

Granuloma de células gigantes. A propósito de un caso.

* Dr. José Ferdinand Loza Orozco

** Dr. Carlos Humberto Torres Freire

* Médico Post-gradista R3 de Cirugía Oncológica. Hospital SOLCA – Núcleo de QUITO

** Médico Cirujano Oncólogo Tratante del Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital de SOLCA – Núcleo de Quito

ABSTRACTO

Los tumores benignos originados en alguna de las estructuras óseas pueden presentarse en la mandíbula, sin embargo este tipo de patologías son raras. (1)

Los tumores óseos de células gigantes son tumores agresivos de recurrencia local, con un bajo potencial metastásico. Clínicamente son ligeramente más frecuentes en mujeres que en varones presentándose en un 80% en los huesos largos y ocasionalmente en otras estructuras óseas.

Aunque los tumores de células gigantes son raramente malignos de novo (2-8%) pueden sufrir transformación y demostrar potencial maligno histológico y clínico después de múltiples recurrencias locales. (2)

Por la rareza de este tipo de tumor benigno se ha decidido presentar el caso clínico y efectuar la correspondiente revisión bibliográfica.

Palabra Clave: *Granuloma reparativo de células gigantes.*

MATERIALES Y MÉTODOS:

Mujer de 20 años, instrucción superior, soltera, estudiante.

APP: Antecedentes de manejo odontológico mediante ortodoncia (Brakers) a los 14 años hasta los 15 años.

AGO: Menarquía a los 13 años, Ciclos menstruales Irregulares, FUM: 04 de Octubre del 2004; Compañeros Sexuales: No

APF: Abuela materna con antecedentes de diabetes tipo 2. Madre con antecedentes de HTA.

MOTIVO DE CONSULTA: Masa hemimandibular derecha.

ENFERMEDAD ACTUAL: La paciente informa que hace 5 meses identificó asimetría de hemimandíbula derecha valorada por odontóloga particular que trató como proceso inflamatorio de encía, sin embargo evolucionó con crecimiento de una lesión nodular dolorosa localizada en encía fue revalorada y tratada mediante extracción de premolar derecho y curetaje. Permaneció asintomática hasta 15 días antes de acudir al hospital (21/Oct/2004) presentó reaparición de nueva lesión en zona de pieza dental extraída, clínicamente de crecimiento progresivo, asociada a dolor permanente que limitó la masticación determinando subsecuente asimetría facial, y movilización de piezas dentales circundantes, niega fiebre o escalofrío. Fue revalorada por Odontóloga particular y transferida de SOLCA Portoviejo, sitio en donde efectúan una biopsia incisional

Correspondencias y Separatas:

Dr. Carlos Humberto Torres F.
Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello
Hospital Oncológico Solón Espinoza Solca Quito
Av. Eloy Alfaro y Los Pinos
Quito - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

ABSTRACT

Benign tumors could be present in the mandible caused in some of the bony structures; however this pathology type is infrequent. Bony tumors of giant cells they are aggressive tumors of local recurrent with a metastatic potential lower. Clinically they are lightly most frequent in women that in men presenting 80% in long bones and fortuitously in other bony structures.

Although the tumors of giant cells are rarely malignant of novo (2-8%) they can suffer transformation and to demonstrate malignant histology potential and after multiple local recurrent clinic (2). By it peculiarity of benign tumor it has been decided to show this clinic case and realize bibliographic corresponding inspection.

Key word: *Granuloma reparative of giant cell*

de la lesión tumoral y transfieren a la paciente al Hospital Oncológico Solón Espinosa.

EXAMEN FÍSICO

Paciente hemodinamicamente estable, Peso: 72 Kg. Talla: 165 cm. K: 90%; Obesidad G I (IMC 26) Cabeza: Normal. Cara: Deformación hemimandibular derecha que se extiende desde 1cm lateral a la sínfisis mentoneana y que mide 5cm; externamente se palpa una lesión dura, de bordes definidos, no dolorosa, con edema de piel circundante Intra-oralmente cambio de textura de mucosa oral con hipertrofia de mucosa gingival que se extiende desde incisivo derecho hasta premolar; movilidad de piezas dentales circundantes a la lesión y dolor a la exploración. Mucosa yugal, piso de la boca y lengua normales.

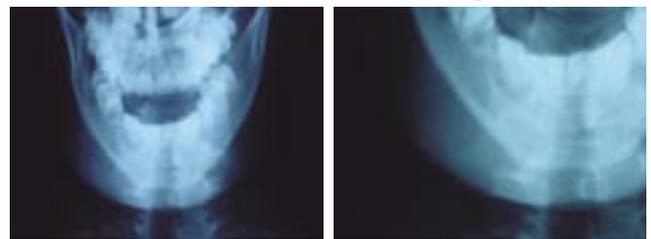
Cuello: No adenopatías cervicales o supraclaviculares. Resto del examen físico Normal.

DIAGNOSTICO.

LABORATORIO: Normal

RX DE TORAX: Normal.

RX DE MACIZO FACIAL: Lesión osteolítica en rama mandibular derecha. Resto del estudio sin otras patologías.



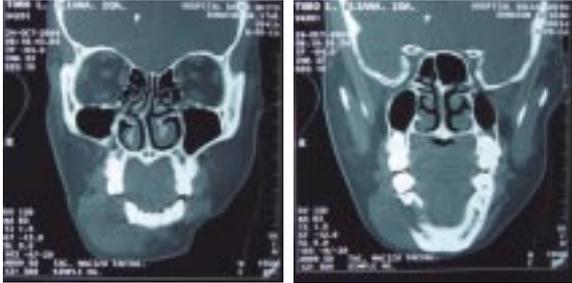
Fotos 1: Lesión osteolítica en rama mandibular derecha



TAC DE MACIZO FACIAL SIMPLE Y CONTRASTADO.

Proceso tumoral expansivo hipodenso, mal definido, con realce post-contraste, se acompaña de destrucción de la rama mandibular derecha en su tercio proximal y que tiene un diámetro de 5 x 3.5cm; infiltra a los músculos depresor del ángulo de la boca y cigomático mayor y toma contacto con músculo milohioideo.

En resumen: Presencia de recidiva tumoral a nivel de rama mandibular derecha. Discreta desviación del septum nasal hacia la derecha.



Fotos 2 : Proceso tumoral expansivo que compromete la rama mandibular derecha

BIOPSIA: Revisión de laminillas

- **MACROSCOPÍA:**
 - Rotulado 2894 04 (3 laminillas + 3 bloques)
- **MICROSCOPÍA:**
 - Los cortes muestran numerosas células gigantes, muchas de tipo osteoclasto, inmersas en un estroma con numerosos vasos congestivos. Ausencia de mitosis o atipia.

DIAGNÓSTICO**GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES (REVISIÓN DE LAMINILLAS)**

Con este diagnóstico la paciente fue valorada en la consulta externa del servicio de traumatología y se decidió efectuar tratamiento quirúrgico.

El procedimiento quirúrgico efectuado en nuestra paciente fue una mandibulectomía marginal derecha con resección de un ganglio cervical en nivel I (a) derecho cuyo estudio transoperatorio se reportó como negativo para malignidad.

REPORTE DE PATOLOGÍA**HALLAZGO MACROSCÓPICO**

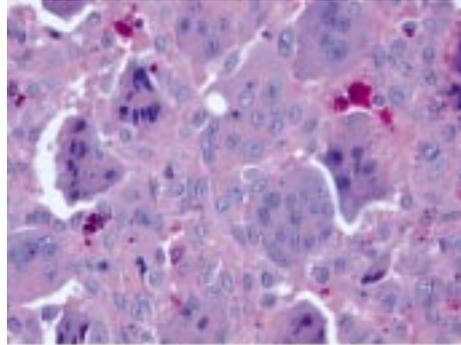
Rotulado «ganglio cervical», nódulo de 1.5 x 1 cm. Al corte superficie homogénea, grisácea.

(B) Rotulado «tumor maxilar derecho», un fragmento irregular de tejido de aspecto muscular de 7 x 3 x 1 cm. Superficie externa irregular. Al corte superficie homogénea, de aspecto carnosos. Además se reciben 7 piezas dentales.

HALLAZGO MICROSCÓPICO

Neoplasia constituida por una población de células fusiformes sin atipia, con numerosos vasos y que contienen abundantes células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasto. Se identifican áreas de

tejido de granulación, mucosa con epitelio escamoso ulcerado y músculo estriado.

DIAGNÓSTICO**GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES.**

GRANULOMA DE CÉLULAS GIGANTES

El granuloma de células gigantes fue descrito por primera vez por JAFFE (1953) quien denominó a tal lesión como granuloma reparativo de células gigantes; Já. Em, Waldrom y Shafer en 1996, sugirieron el uso de un nuevo término de reparativo ya que su comportamiento clínico es compatible con tal designación. (6) Es una lesión benigna rara, considerada actualmente como una respuesta a un trauma o hemorragia; Compromete preferentemente a la mandíbula, en menor grado al maxilar, órbita o huesos de la base del cráneo. (4)

Las lesiones de la mandíbula son preferentemente osteoclasticas, entre este tipo de lesiones se incluyen el granuloma de células gigantes, el querubismo en sí es una patología que se transmite de forma genética (7), el tumor de células gigantes (osteoclastoma), la lesión tipo osteofibrosa, las lesiones óseas presentes en el hiperparatiroidismo, y el quiste óseo aneurismático. El granuloma central de células gigantes es el más común, su patogénesis es desconocida, por este motivo se ha sugerido que es producto de la organización de hemorragias o pequeños traumas recurrentes; por este motivo se ha utilizado el termino de granuloma reparativo de células gigantes (5)

Este tipo de tumor se presenta en el 5 a 9% de todas las lesiones primarias de hueso, siendo frecuente en mujeres jóvenes adultas entre los 25 a 40 años (4)

CLÍNICA:

Se deben tomar en consideración factores como extracción de piezas dentales, traumatismos antecedentes de tratamiento odontológico. Este tipo de tumor se presenta en el 5 a 9% de todas las lesiones primarias de hueso, siendo frecuente en mujeres jóvenes adultas entre los 25 a 40 años (4) Los granulomas centrales de células gigantes poseen un comportamiento bastante variable (9). Algunas lesiones cursan asintomáticas.

Frecuentemente descubiertas en exámenes de imagen de rutina, que se presentan de pequeño tamaño con un crecimiento muy lento; sin embargo existen lesiones más agresivas caracterizadas por dolor, crecimiento rápido, pudiendo existir destrucción de las raíces dentales (9). El 75% de este tipo de lesiones se presentan en menores de 30 años, existiendo una predilección por el sexo femenino en una relación 2:1, inclusive en ocasiones pueden cruzar la línea media (9).

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

No existen signos patognomónicos, generalmente se presentan como imágenes radiolúcidas uni o multiloculares, bien delineadas, sugestivas de un quiste, inclusive puede presentarse como una lesión extensa con presencia de septos debido a un crecimiento expansivo con ocupación de las áreas óseas adyacentes, creando de esta forma una imagen multilocular. (3) (10). Si se identifican lesiones extramandibulares, con una histología osteoblástica se debe sospechar en otras patologías como por ejemplo en osteosarcoma. (11).

El osteosarcoma mandibular no es una enfermedad estereotipada ya que algunas variedades han sido identificadas tanto clínicamente como por imagen o por patología; y su patrón radiográfico es similar tanto en su presentación mandibular como en su presentación axial. (12) A más de su diagnóstico por clínica e imagen se ha implementado la citometría de flujo de DNA, sobre todo para identificar la presencia de células diploides en fase G1, en fase S y en fase G2, lo cual ayudaría a efectuar un diagnóstico diferencial del tumor de células gigantes y sus factores estimuladores de crecimiento (14).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debido a la gran variación de las características clínicas y radiográficas de los granulomas de células gigantes se han ideado varias hipótesis de su origen, en relación a su diagnóstico diferencial se deberá efectuar tomando en consideración las siguientes patologías

TABLA N°1. TUMORES QUE POSEEN CÉLULAS GIGANTES DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (13)

- | | |
|---------------------------------|-----------------------|
| - Tumor del hiperparatiroidismo | - Quiste óseo simple. |
|---------------------------------|-----------------------|

- | | |
|-----------------------------|---|
| - Fibroma no osificante | - Fibroma condromixoide |
| - Ganglión intraóseo | - Condrosarcoma de células claras |
| - Osteoma osteoide | - Enfermedad de Payer |
| - Osteoblastoma | - Osteosarcoma rico en células gigantes |
| - Quiste óseo aneurismático | - Displasia fibrosa |

TRATAMIENTO

Existen algunos tratamientos propuestos en la literatura, todo dependerá de la edad del paciente, la características clínicas de la lesión y de su agresividad.

El curetaje es el tratamiento más utilizado, sin embargo si se trata de una lesión agresiva no se recomienda efectuar un nuevo curetaje. Se podrá optar por una osteotomía periférica con aplicación de laser o crioterapia. Si se identifica perforación de la cortical con compromiso de las raíces molares se realizará una resección en bloque (15).

Se contraindica la RT debido al potencial de transformación maligna relatada por varios autores (8).

En lesiones recurrentes o extensas sobre todo en pacientes jóvenes se han ideado terapias alternativas para evitar procedimientos quirúrgicos mutilantes, así por ejemplo el uso de la calcitonina, alfa interferon, e inyecciones intralesionales de corticosteroides. (8)

Bibliografía:

- Gallegos F. Tratamiento quirúrgico y reconstrucción de la mandíbula. Tumores de Cabeza y Cuello – Diagnóstico y tratamiento. Sociedad Mexicana de estudios Oncológicos, A. C. Pag: 183 – 189.
- Sugarbaker P. Malawer M. Estadaje, patología y radiología de los tumores musculoesqueléticos. Cirugía del cáncer musculoesquelético – Principios y técnicas. Pag 23 – 54. 1995.
- Eisenberg R. Clinical Imaging an atlas of differential diagnosis. Second Edition. Pag 868 – 875. 1991.
- <http://bonetumor.org/tumors/pages/page106.htm>. Bone Tumors Org – The web most comprehensive bone tumors Resource
- Ackerman R. Rosai J. Surgical Pathology. Eighth edition. Pag 257 – 284. 1996
- Franco R, Tavares M, Becerril D. et al. Granuloma de células gigantes central: Revisao de literature. Rev Brasil Patol oral. 2 (2). Pag 10 – 16. Abr-Jun 2003.
- Silverman F. Caffey's Pediatric X-Ray Diagnosis Volume one. Eight edition. Pag 125 – 127.
- Adornato M, Paticoff K. Intralesional corticosteroid injection for treatment of central giant-cell granuloma. JADA. 132. Pag 186 – 190. 2001
- Whitaker S, Waldron C. Central giant cell lesions of de Jaws. A clinical, radiologic, and histopatologic study, Oral Surgical Oral med Oral Pathology 75 (2) Pag 199 – 208. 1993.
- Waldron C. Shafer W. The gian cell reparative granuloma of the jaws: an analysis of 38 cases. American Journal Clinical Pathology 45. Pag 437 – 447. 1996.
- Smith R, Apostolakis L, Harnell L. et al. National cancer data base report on osteosarcoma of the Head and neck. Cancer. October 98 (8). Pag 1670 – 1680. 2003.
- Bertoni F, Pallera P, Bacchini P. et al. The Instituto Rizzoli-Beretta Experience with Osteosarcoma of the Jaw. Cancer. October 68 (7). Pag 1555 – 1563. 1991.
- Danne V, Mooren R. Differentiation of multiple giant cell lesions Noonan.like syndrome and occult hiperparathyroidism. Case report an review of the literature. Int J Oral Maxillofac Surg. 23 Pag 32 – 36. 1994.
- Alho Antii. Larsen T, et al. Growth Stimulatio by giant –cell tumor of bone. Acta Orthop Scand. 60 (2). Pag 227 – 229. 1989.
- Chuon R. Kaban L, Kozakewich H. et al. Central Giant Cell lesions of the jaws. A Clinicopathologic Study. J Oral Maxillofac Surg Vol 44. 708 – 713. 1986

