

GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES

CENTRAL GIANT CELL GRANULOMA

Carlos Cava Vergiu¹, Walter Flores Cueto², Andreé Cáceres La Torre³

RESUMEN

Este artículo presenta el caso de una paciente que acudió a la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad de San Martín de Porres. La paciente requería la exodoncia de las terceras molares inferiores. Mediante el examen radiológico se observó una imagen radiolúcida con bordes definidos a nivel apical de las piezas 4.7 y 4.8. El diagnóstico presuntivo planteado fue granuloma central de células gigantes. La presentación de esta lesión es muy rara y puede ser de crecimiento progresivo y destructivo. Este reporte de caso describe el tratamiento de esta lesión mediante escisión quirúrgica con exodoncias de las piezas dentarias afectadas y colocación de injerto óseo. El diagnóstico fue confirmado con el examen histológico de la muestra extirpada.

Palabras Clave: Granuloma de células gigantes, neoplasias maxilomandibulares

ABSTRACT

This article presents a case of a patient treated in the Clinic Specializing in Dentistry at San Martín de Porres University. The patient needed the extractions of third low molars. By means of radiological examination, radiolucency area with edges defined to apical level of teeth 4.7 and 4.8 was observed. The presumptive diagnosis was central giant cell granuloma. The presentation of this lesion is very rare and can be of progressive and destructive growth. This report of case described the treatment of this lesion by means of surgical excision with affected teeth extractions and placement of bone grafts. The diagnosis was confirmed by the histological examination of the extirpated sample.

Key Words: Granuloma Giant Cell, Jaw Neoplasms

¹Doctor en Odontología. Docente de la Facultad de Odontología USMP

²Doctor en Educación e investigación. Docente de la Facultad de Odontología USMP

³Cirujano Dentista. Docente de la Facultad de Odontología USMP

Correspondencia:

Walter Flores Cueto

Correo electrónico: wflores2@usmp.edu.pe

INTRODUCCIÓN

El granuloma central de células gigantes (GCCG), es una lesión destructiva intraósea de los maxilares, que por lo general es menos agresiva que las que se presentan en los huesos largos. Se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula;^{1, 2} y es más común encontrarlo en mujeres que en hombres y sobre todo entre la primera y tercera década de vida.³

Su presentación puede ir desde una lesión pequeña asintomática hasta una de crecimiento progresivo que se exterioriza como una masa inflamatoria. Puede presentarse con dolor o parestesia en algunos casos y puede acompañarse por desplazamiento de piezas dentarias. En lesiones con un comportamiento más agresivo puede haber perforación de las corticales y resorción radicular de piezas adyacentes.^{1,3,4}

Radiográficamente, se puede observar una imagen radiolúcida con márgenes bien definidos no corticalizados.^{3,1} En las lesiones de mayor tamaño son multiloculares⁴ y la destrucción ósea que ocasiona es fácilmente confundible con un proceso neoplásico maligno.⁶ Esta lesión está constituida por células gigantes con gran actividad osteoclástica en un fondo de células mononucleares y tejido fibroso. Se

encuentra considerable extravasación hemorrágica y en ocasiones trabéculas de osteoide.^{1,2}

Desde que fue descrita por Jaffe⁷ en 1953, ha sido eventualmente reportado con gran controversia en relación a su etiología. Algunos autores han sugerido que corresponde a una reacción granulomatosa reparativa consecuenta a hemorragia intraósea, post traumática. Sin embargo, el antecedente de traumas no siempre es referido por los pacientes. Por otra parte, pero con menor respaldo, se ha atribuido su etiología a infecciones crónicas.^{4,8}

El manejo o tratamiento de este tipo de lesiones con mayor sustento en la literatura es el curetaje quirúrgico, considerándose exitoso a pesar de haberse reportado recidivas en algunos casos. Aunque estas recidivas podrían atribuirse entre otras causas a la aplicación de una técnica quirúrgica muy conservadora, en la que lesiones residuales sean las que la produzcan.^{1,2,3,4,8,9}

A continuación se describe el caso de una paciente que presentaba un granuloma central de células

gigantes que fue intervenida quirúrgicamente en la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, encontrándose a la fecha en buenas condiciones.

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino de 34 años de edad y clínicamente sano acudió a la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, requiriendo las exodoncias de las piezas 3.8 y 4.8. El protocolo para esto fue la indicación de una radiografía panorámica; se realizó la toma mediante la cual se observó una imagen radiolúcida con bordes definidos no corticalizados a nivel apical de las piezas 4.7 y 4.8; su extensión llegaba hasta el borde mandibular (Fig. 1). Seguidamente, se indicaron los estudios radiológicos correspondientes para determinar la extensión de la lesión en sentido vestibulo-lingual y para valorar el compromiso de las piezas dentarias adyacentes. Estos estudios mostraron el compromiso de la cortical vestibular y de los ápices de las piezas 4.7 y 4.8; con lo cual se planificó la intervención quirúrgica que a continuación se describe (Fig. 2-3).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Debido al compromiso de las piezas 4.7 y 4.8, el abordaje para el curetaje de la lesión incluyó la exodoncia a colgajo de ambas piezas, (pieza 4.8 semiretenida) (Fig. 4). Se realizaron la incisión y el levantamiento del colgajo de espesor total correspondiente (Fig.5-6) y se realizó la ostectomía a nivel de la pieza 4.8, lo cual permitió realizar las

exodoncias propiamente dichas (Fig. 7-8). Luego de retirar las piezas comprometidas, se obtuvo el acceso completo a la lesión y se realizaron la escisión quirúrgica y el curetaje minucioso de la lesión, preservando la integridad del paquete vasculonervioso inferior (Fig. 9-10) Se colocó la muestra extirpada en formol al 10% para que fuera realizado el examen histopatológico respectivo^{2,39,10} (Fig. 11).

Posteriormente se rellenó el lecho quirúrgico mediante la colocación de injerto óseo bovino en gránulos más membrana reabsorbible amniótica (Fig. 12-13-14) y se realizó el cierre de la herida con seda negra trenzada 3/0. (Fig. 15)

INDICACIONES Y MEDICACIÓN POST OPERATORIA:

Amoxicilina 500mg. VO C/6 horas por siete días.
Dexametasona 4mg. IM C/12 horas por dos días.
Ketarolaco 60mg. IM C/12 horas por dos días.
Colutorios con digluconato de clorhexidina al 0,12% por siete días.
Dieta blanda durante 48 horas.
Reposo absoluto por 48 horas y relativo por siete días.
Se realizaron los controles correspondientes a los siete días, a los 30 días y posteriormente cada seis meses, durante los cuales la evolución post operatoria fue satisfactoria (Fig. 16-17-18).
Finalmente, el diagnóstico histológico de la muestra indicó "granuloma central de células gigantes", por lo cual se deberán seguir realizándose controles periódicos con la finalidad de descartar probables recidivas.



Figura 1: radiografía panorámica



Figura 2: radiografía posterior-anterior inclinada (técnica de Caldwell)



Figura 3: radiografía periapical de pieza 4.7



Figura 4: zona operatoria

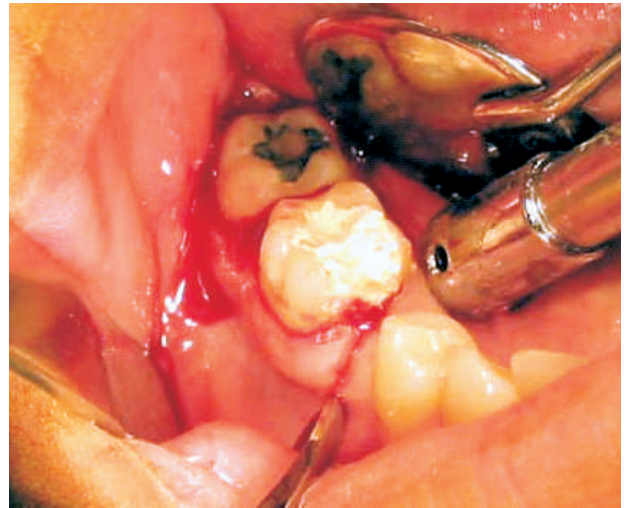


Figura 5: incisión

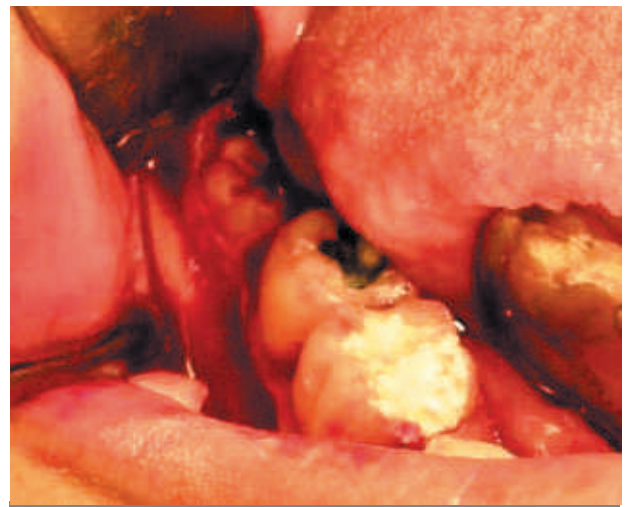


Figura 6: levantamiento del colgajo

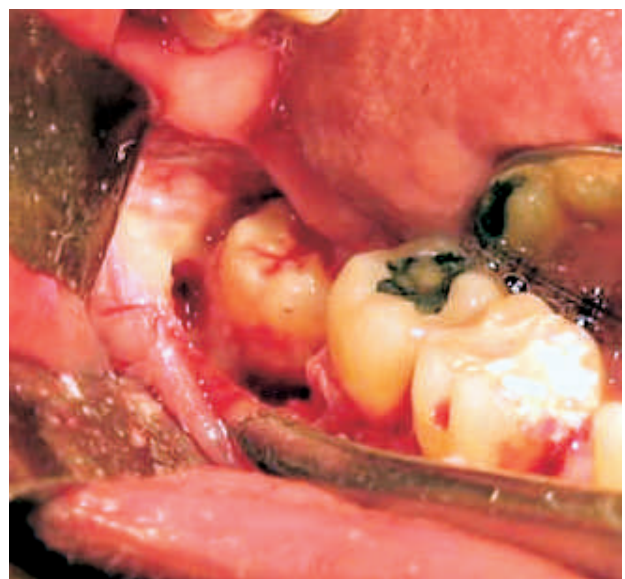


Figura 7: ostectomía

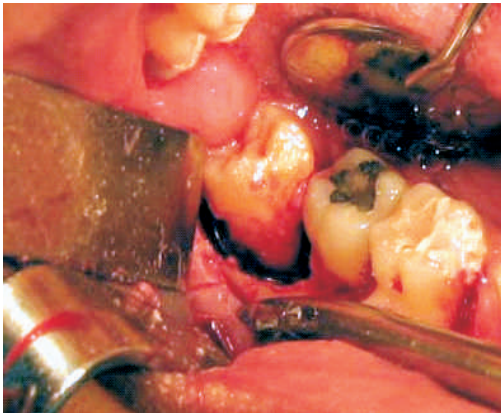


Figura 8: exodoncias de piezas 4.7 y 4.8

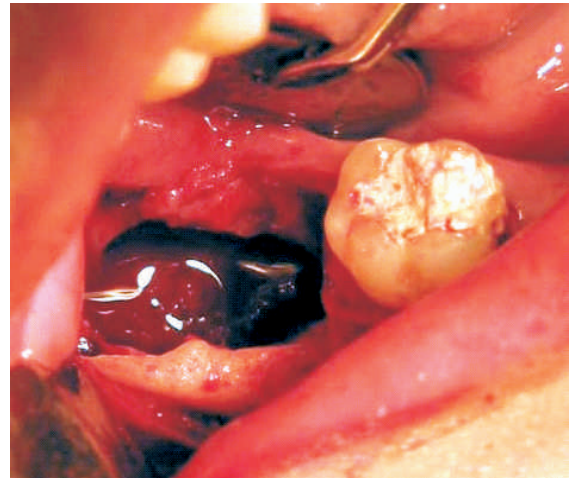


Figura 12: lecho quirúrgico

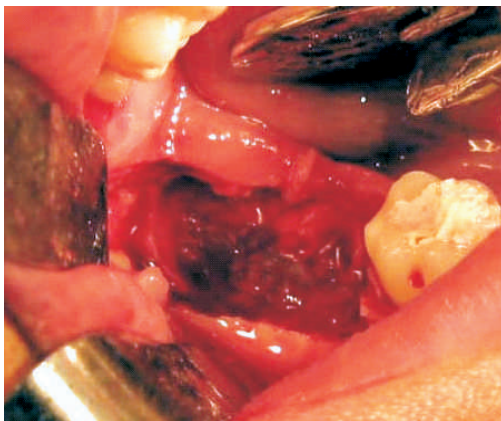


Figura 9: exposición de la lesión



Figura 13: material de relleno óseo

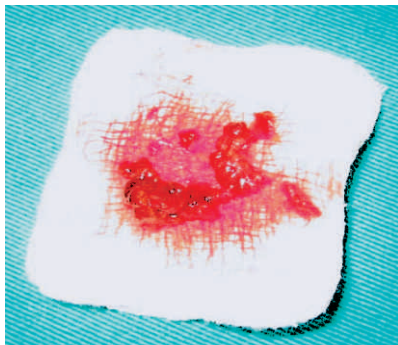


Figura 10: muestra extirpada



Figura 11: muestra de la lesión

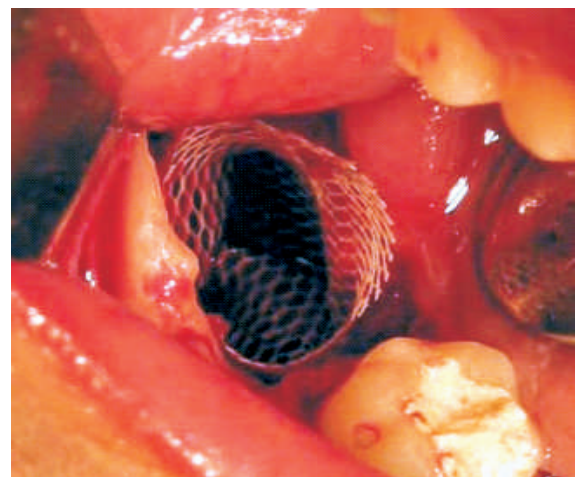


Figura 14: colocación de membrana reabsorbible

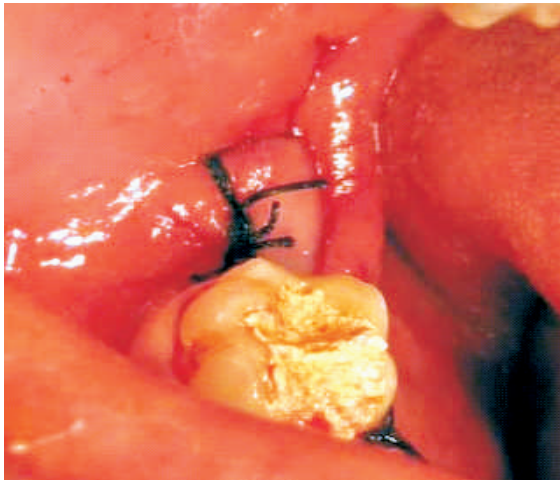


Figura 15: cierre de la herida



Figura 16: cicatrización a los 30 días



Figura 17: control radiográfico a los 12 meses



Figura 18: control radiográfico a los 12 meses

DISCUSIÓN

El hallazgo radiográfico de este tipo de lesiones que algunas veces no manifiesta sintomatología ni signos que indiquen su presencia, resalta la importancia de considerar la indicación de radiografía panorámica como protocolo para descartar la presencia de patologías que en estadios iniciales no son evidentes. De esta manera podrían ser tratadas con técnicas más conservadoras que no comprometan tanto la función como la estética.

En los últimos años ha sido sugerido el tratamiento medicamentoso para el granuloma central de células gigantes, mediante el uso de drogas como el interferón, la calcitonina y los corticoides.^{11,12,13,14,15} Sin embargo, a pesar de ser una opción de tratamiento viable, algunos autores indican que estos tipos de tratamiento deberían ser indicados para lesiones múltiples, recurrentes y en sus formas de presentación más agresivas, debido al tiempo que requieren para su administración.¹⁶

En el caso reportado en este artículo, el tratamiento de elección fue la escisión quirúrgica debido a que era una lesión de una extensión no muy amplia, en la cual el tratamiento no implicaba compromiso estético ni funcional que no pudiera ser corregido mediante una prótesis convencional; por lo cual se planteó esta alternativa de tratamiento que no demanda periodos largos de terapia y que representa una solución inmediata para el paciente. Cabe resaltar que independientemente del tipo de tratamiento realizado, el paciente debe ser sometido a un seguimiento permanente con la finalidad de identificar a tiempo potenciales recidivas propias de este tipo de lesiones.^{1,2,3,5,9,10}

CONCLUSIONES

La indicación de radiografías como protocolo para el diagnóstico estomatológico general debe ser un hábito tanto para el odontólogo de práctica general como para los diversos especialistas.

El tratamiento de este tipo de lesiones (GCCG) debe incluir un seguimiento permanente mediante controles clínicos y radiográficos periódicos, de tal manera que se pueda identificar a tiempo cualquier recidiva que de lo contrario repercutiría en la

aplicación de un tratamiento muy agresivo con compromiso de la función y la estética.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Philip J, Eversole L, Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid: Harcourt Brace; 1998:110-113.
- 2 Laskin D. Cirugía bucal y maxilofacial. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1987: 560-563.
- 3 Coulthard P, Horner K, Sloan Ph, Theaker E. Oral and Maxillofacial Surgery, Radiology, Pathology and Oral Medicine. London: Churchill Livingstone; 2003. pp. 105.
- 4 Aguirre A, Loreto M. Tumor mandibular de células gigantes. Rev. Chilena de Cirugía 2003; 55 (3): 270-273.
- 5 White S, Pharoah M. Radiología Oral: Principios e interpretación. 4ª edición. Ediciones Harcourt; 2001. pp. 459-461.
- 6 Santana J. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985: 152-153.
- 7 Jaffe HL: The giant cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibro-osseous) displasia of the jaw bones. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1953; 6: 159.
- 8 Kruger G. Cirugía buco-maxilofacial. 5ª Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2000: 571-572.
- 9 Raspall G. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello: atlas clínico. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 1999: 327-329.
- 10 Amorim A, Dias E, Granja G Marchiori E. Central giant cell granulomas: A case report. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac 2004; 4(2): 91-95.
- 11 Kaban L. et al. Antiogenic Therapy with Interferon Alpha for giant cell lesions of the jaws. J. Maxillofac. Surg 2002; 60: 1103-1111.
- 12 Kaban L, Dodson T. Calcitonin Therapy for Central Giant Cell Granuloma. J. Oral Maxillofac. Surg 2003; 61: 653-654.
- 13 Pogrel M. Calcitonin Therapy for Central Giant Cell Granuloma. J. Oral Maxillofac. Surg 2003; 61: 649-653.
- 14 Adornato M, Patcoff K. Intralesional corticosteroid injection for treatment of central giant cell granuloma. J. Am. Dent. Assoc 2001; 132: 186-190.
- 15 Carlos R, Sedano H. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 2002; 93(2): 161-166.
- 16 Amorim A, Marchiori E, Barbosa L, Granja G. Tratamiento do granuloma central de células Gigantes. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac 2005; 5(2): 9-18.

Recibido para su publicación:

24-02-08

Aceptado para su publicación:

30-05-08