

GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES EN REGIÓN MANDIBULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Central giant cell granuloma of the mandibular region: a case report

Yarisbeth Batista Mariño¹ , Danilo Taño Tamayo¹  , Hugo Fidel González Rivas¹ , Rose Mary Favier Rodríguez² .

¹Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello". Holguín, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández", Sancti Spiritus, Cuba.



Citar Como: Batista Mariño Y, Taño Tamayo D, González Rivas HF, Favier Rodríguez RM. Granuloma central de células gigantes en región mandibular: a propósito de un caso clínico. SPIMED [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso];2(3):e156. Disponible en: <http://revspimed.sld.cu/index.php/spimed/article/view/156>



Correspondencia a:

Danilo Taño Tamayo

Correo Electrónico:

drykurage@gmail.com

Conflicto de Intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Recibido: 13-12-2022

Aceptado: 04-03-2023

Publicado: 10-03-2023

Palabras Clave: GRANULOMA DE CÉLULAS GIGANTES /cirugía; TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES /cirugía; CIRUGÍA BUCAL.

Keywords: GRANULOMA, GIANT CELL /surgery; MAXILLOFACIAL INJURIES /surgery; SURGERY, ORAL.

RESUMEN

Introducción: El granuloma central de células gigantes es una lesión intraósea benigna, destructiva, que ocurre de manera exclusiva en los huesos maxilares.

Presentación del caso: Se presentó el caso clínico de una paciente femenina de 21 años de edad, de raza blanca, con antecedentes de buena salud; que fue remitida al departamento de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Manuel Angulo Farrán, por presentar aumento de volumen en el espacio retromolar; aquí se le diagnosticó granuloma reparativo periférico gigantocelular y se le indicó tratamiento; pero evolucionó desfavorablemente. Se remitió al servicio cirugía máxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín, donde se concluyó la presencia de granuloma reparativo central agresivo de células gigantes y se le realizó tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La presentación de este caso clínico aumenta el volumen de datos para el análisis de los diagnósticos diferenciales a considerar por estomatólogos, el periodoncistas y cirujanos máxilofaciales, y puede enriquecer los esfuerzos de investigación científica.

ABSTRACT

Background: The central giant cell granuloma is a benign, destructive, intraosseous lesion that is found exclusively in the bones of the maxilla.

Case Presentation: The clinical case of a 21-year-old Caucasian female patient with a good health history who was referred to the Periodontics Department of the Clínica Estomatológica Manuel Angulo Farrán due to increased volume in the retromolar space is presented; there she was diagnosed with peripheral reparative giant cell granuloma and treatment was indicated; however, the outcome was unfavorable. He was referred to the Maxillofacial Surgery Service of the Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín, where the presence of an aggressive central reparative giant cell granuloma was diagnosed and surgical treatment was performed.

Conclusions: The presentation of this clinical case increases the volume of data for the analysis of differential diagnoses to be considered by stomatologists, periodontists and maxillofacial surgeons, and may enrich scientific research efforts.

INTRODUCCIÓN

El granuloma central de células gigantes (GCCG) es una lesión intraósea benigna, destructiva que ocurre de manera exclusiva en los huesos maxilares. Por lo general solitario y radiotransparente, produce desplazamiento dental y resorción radicular.^{1,2}

Su etiología es desconocida, sin embargo se ha descrito su asociación a un intento de respuesta de reparación a una hemorragia o inflamación intraósea, asimismo, se ha mencionado en la literatura que esta lesión corresponde a una anomalía del crecimiento relacionado a quistes óseos aneurismáticos.¹⁻³

Dentro de la sinonimia más utilizada para denominarlo encontramos: granuloma reparativo central agresivo de células gigantes, granuloma central agresivo a células gigantes y tumor verdadero de células gigantes.^{1,2,4} La preocupación en el caso de estos tumores de células gigantes, es que en ocasiones pueden propagarse a otras partes del cuerpo y convertirse en tumores cancerosos.^{2,4}

Esta lesión es más frecuente en el sexo femenino, y en niños y adultos jóvenes. Crece considerablemente, expande las corticales, cruza la línea media, causa desplazamiento y reabsorción dentaria.²

Puede ser asintomático, se descubre accidentalmente o al producir una deformidad de los maxilares. Fue descrito por Jaffé en 1953, como enfermedad propia de la región facial, diferente de las que ocurren en el resto del organismo.^{5,6}

El GCCG se presenta como una de las enfermedades óseas más controvertidas, por su probable génesis, características clínicas, radiográficas e histológicas. Posee muy poca frecuencia: 7 % de los tumores benignos de los maxilares, y una alta prevalencia en China y Sur de la India.¹

En cuanto a su tratamiento existen procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, aunque el tratamiento de elección es quirúrgico, dado el elevado riesgo de recurrencia y el potencial de transformación maligna que exhibe.^{1,2,5}

El caso se aprecia con muy poca frecuencia, esto constituye un motivo para su divulgación dentro de la comunidad científica y puede enriquecer los esfuerzos de la investigación sobre tumores benignos maxilares.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de ingreso: Aumento de volumen que ocasionaba dificultad durante el acto masticatorio.

Historia de la enfermedad actual: Paciente femenina de 21 años de edad, de piel blanca, procedencia urbana, con antecedentes de buena salud; la cual fue remitida de Atención Primaria al departamento de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Manuel Angulo Farrán, por presentar aumento de volumen en el espacio retromolar, sin causa aparente. En la consulta de Periodoncia se le realizaron los procedimientos concernientes a la fase I y de mantenimiento de atención periodontal; al evolucionar desfavorablemente al tratamiento establecido, fue remitida al servicio Cirugía máxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín, para continuar estudio y tratamiento.

Datos positivos al examen físico

Al examen físico general:

Paciente normolíneo, que deambula sin dificultad. Mucosas húmedas y normocoloreadas, piel normocoloreada. Articulación temporomandibular (ATM) sintomática.

Al examen físico regional de la cabeza:

Forma de la cara: ovoide, perfil recto. Se observaba aumento de volumen en la hemicara inferior izquierda.

Examen intraoral: Aparatología fija de ortodoncia en la arcada superior para corregir maloclusión dentaria. Encía de coloración normal en la arcada superior y en la arcada inferior en el sector izquierdo se observa edematosa. En ambos maxilares existe ausencia clínica de los terceros molares (18, 28, 38, 48). El sector izquierdo mandibular, a nivel del ángulo retromolar se encuentra invadido por una masa amorfa, con límites bien precisos en toda su extensión, de consistencia friable, no salida de líquidos, no dolor, no movilidad dentaria asociada a la misma.

Procedimientos realizados en el departamento de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Manuel Angulo Farrán:

Complementarios:

Exámenes imagenológicos: se realizó un Rayo X panorámico, donde se informó la presencia de imagen radiolúcida mandibular izquierda, bien delimitada, que ocupaba desde la zona correspondiente al tercer molar inferior izquierdo (38) hasta el espacio retromolar, con rastros de reabsorción ósea.

Diagnóstico:

Ante los hallazgos positivos al interrogatorio, examen físico y a los datos arrojados por los exámenes complementarios, se concluyó que esta paciente presentaba: granuloma reparativo periférico gigantocelular. Se decidió realizar tratamiento de fase I de atención periodontal y de mantenimiento, para luego realizar la remoción quirúrgica del mismo con el fin de eliminar el proceso.

Tratamiento:

Tratamiento inicial:

- Educación para la salud y motivación del paciente.
- Control de la placa dentobacteriana y otros factores de riesgos modificables.
- Remoción de cálculos y pulidos de las superficies.
- Tratamientos restauradores básicos.
- Utilización de la medicina natural y tradicional.

II. Mantenimiento:

Uso local de Sulfato de cobre: astringente metálico, sólido, azul cristalino, inodoro, de sabor picante. Se utilizó diluido en alcohol sobre la mucosa del proceso, por 4 min., durante cuatro sesiones.

Al realizar la evaluación durante la quinta sesión, la masa amorfa se encontraba más inflamada, con los vasos sanguíneos ingurgitados, lisa, brillante y muy edematosa por lo que el Departamento de Periodoncia decidió remitir a la paciente al servicio de Cirugía máxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín.

Procedimientos realizados en el servicio de cirugía máxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín:

Complementarios:

Exámenes imagenológicos: se realizaron radiografía lateral y tomografía axial computarizada (TAC). En esta última, se informó la presencia de imagen radiolúcida mandibular izquierda, bien delimitada, unilocular, de 35,9 mm de largo, 6,4 mm de profundidad y 22,1 mm de ancho, que ocupaba desde la zona correspondiente al tercer molar inferior izquierdo (38) hasta el espacio retromolar, con ruptura y extensión hacia la cortical lingual y algunas zonas con trabeculado óseo mal definido e imágenes radiopacas en su interior.

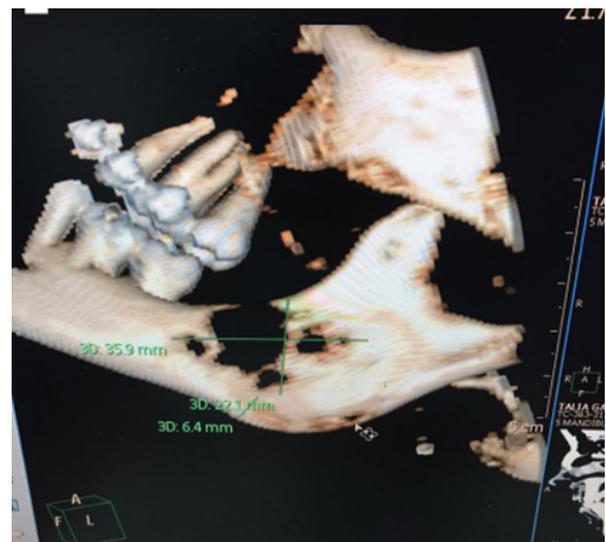


Figura 1. Tomografía axial computarizada

Diagnóstico:

Ante los hallazgos positivos al interrogatorio, examen físico y a los datos arrojados por los exámenes complementarios, se concluyó que esta paciente presentaba: Granuloma reparativo central agresivo de células gigantes. Se decidió realizar tratamiento quirúrgico con el fin de eliminar el proceso.

Tratamiento:

Luego de que el paciente firmara el consentimiento informado, en el cual autorizaba los procedimientos clínicos y quirúrgicos, se decidió realizar un desgaste selectivo de las piezas dentarias antagonistas, con el fin de evitar el continuo sangrado y mejorar las dificultades masticatorias.

Se tomó una muestra para la biopsia, la cual confirmó el diagnóstico de GCCG. Se realizó la resección en bloque con margen de seguridad, bajo anestesia general, con intubación nasotraqueal; sin involucrar piezas dentarias.

El GCCG agresivo, era de crecimiento rápido, provocó el desplazamiento de las piezas dentarias, reabsorción, expansión y perforación cortical, por lo que, luego de la resección en bloque se realizó reconstrucción inmediata con injerto libre de cresta ilíaca y placas de reconstrucción mandibular de titanio. La paciente se encontraba con antibioticoterapia (ampicilina 875 mg) desde las 24 h previas a la cirugía.

Fue dada de alta 48 h después de la intervención quirúrgica con control radiográfico. Se le prescribió espray con clorhexidina al 0,12 %, analgésicos (ibuprofeno 600 mg cada 8 h) y antibióticos (amoxicilina 875 mg, vía oral, durante 7 días).



Figura 2. Radiografía lateral realizada a las 48 h después de la intervención quirúrgica

La sutura se retiró a los 15 días. Se realizaron controles posquirúrgicos a los 7, 15 y 30 días, en los que se observó una buena evolución. Se efectuó el seguimiento a los 90 días, con control radiográfico. Actualmente se mantiene en seguimiento con buena evolución, sin embargo dadas las características de su caso se le ha dedicado especial atención.

DISCUSIÓN

Este estudio reporta un caso con granuloma reparativo central agresivo de células gigantes, con la gran mayoría de los hallazgos

característicos descritos en la bibliografía a excepción de la localización; debido a que las lesiones a pesar de ser más frecuentes en la mandíbula y tienden a afectar en mayor medida la zona anterior del maxilar, y en muy pocas ocasiones se extienden más allá de la línea media.^{4,7} Este tipo de neoplasias afecta con muy poca frecuencia las regiones posteriores de la mandíbula que incluyen el ángulo retromolar, la rama y el cóndilo mandibular.^{1,7}

Estos pacientes requieren tratamiento multidisciplinario, según las alteraciones que manifiesten. Dentro de sus características clínicas más notables se encuentra que predomina en niños y adultos jóvenes, y dentro de estos grupos, cerca del 75 % de los casos, aparece antes de los 30 años, afectando con más frecuencia a mujeres en relación de 2:1,^{6,8} como en el caso en cuestión.

La TAC permite definir mucho mejor la extensión real del tumor y ayuda a diferenciarlo de otras lesiones óseas. Hammad J, et al.⁸ plantean que el diagnóstico es complicado y debe basarse en la clínica, radiología e histología de manera conjunta, opinión que secundan los autores de esta investigación.

Cabe destacar que el GCCG se debe diferenciar de lesiones radiotransparentes como el ameloblastoma, mixoma y quiste óseo aneurismático. También debe distinguirse del tumor pardo relacionado al hiperparatiroidismo.^{2,5,6}

Spini R, et al.⁹ alegan que en ocasiones es difícil determinar si la lesión es verdaderamente periférica o central dado el grado de reabsorción ósea que pueda observarse; tal y como sucedió en el caso que se presenta. Por su parte, Rocha Prata JA, et al.¹⁰, señalan que la imagen radiográfica no es patognomónica.

Histológicamente se observa la proliferación de fibroblastos fusiformes contenidos en un estroma de colágeno. Existe la presencia de células gigantes multinucleadas alrededor de los vasos sanguíneos. No hay presencia significativa de células inflamatorias.^{4,7} En el estudio histológico realizado fueron encontrados focos de osteoide disperso en el estroma.

El tratamiento de esta lesión consiste en cirugía y curetaje agresivo, con extirpación de los bordes, incluso llegando en algunos casos a la resección en bloque^{1,3,6,9}; procedimiento que fue llevado a cabo adecuadamente durante el tratamiento quirúrgico de la paciente, la cual continúa actualmente en seguimiento y vigilancia por medio de la exploración clínica y radiográfica. No se han visto signos o síntomas de recidiva.

El granuloma reparativo central de células gigantes constituye un proceso patológico de baja incidencia, la presentación de este caso clínico aumenta el volumen de datos para el análisis de los diagnósticos diferenciales a considerar por el estomatólogo, el periodoncista y el cirujano maxilofacial, y puede enriquecer los esfuerzos de investigación científica.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Todos los autores participaron en la concepción y diseño de la investigación, recogida de datos, búsqueda de información, discusión del caso, redacción del borrador y el manuscrito final. Todos los autores aprobaron la versión final.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Duque-Serna FL, Franco LM, Martin Ardila-Medina C. Granuloma central de células gigantes: presentación de diez casos. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2012 [citado 4 Dic 2022];16(5):1618-1624. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/478/376>
2. Villarreal Arizpe KL, Partida González MF, Guerra Leal DA. Tratamiento conservador del granuloma central de células gigantes: A propósito de un caso. Rev Mexicana Estomatología [Internet]. 2018 [citado 4 Dic 2022];5(1):73-74. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/213/354>
3. Bencini AC, De Sagastizábal MA, Sanchez IR, Perez Olivero JM, Doglia AC, Rolandelli G, et al. Granuloma central de células gigantes: presentación. Rev Fac Ciencias Med Tercera Etapa. [Internet]. 2020 [citado 4 Dic 2022];10(1). Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/107528/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. de Arruda JAA, Martins AFL, Abreu LG, Mesquita RA, von Zeidler SV, Estrela C, Mendonça EF Arruda JAA, Martins AFL, Abreu LG, et al. Central giant cell granuloma of the maxilla: Long-term follow-up of a patient treated with an adjuvant corticosteroid. Spec Care Dentist [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 4];41(3):399-407. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scd.12569>
5. Wright JM, et al. Odontogenic and maxillofacial bone tumors .Update from the 4th edition of the World Health Organization Classification of Health and Neck Tumours. Head Neck Pathol [Internet]. 2017 [cited 2022 Dec 4];11(1):68-77 Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5340735/pdf/12105_2017_Article_794.pdf
6. Méndez Mena R, Castillo Camacho MG, Méndez Mendoza A, Guzmán Priego CG, Zapot Martínez JC. Granuloma central de células gigantes. Reporte de un caso clínico. Salud en Tabasco [Internet]. 2012 [citado 20 Dic 2020];18(2):71-75. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48724405006.pdf>
7. McArthur D, Palacios E, Nguyen J. Maxillary Giant Cell Granuloma: A Long-Term Follow-Up. Ear Nose Throat J [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 4];98(6):E70-E72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31064243/>
8. Hammad J, Ayoub M, Tariq K, Babar FG. Aggressive Central Giant Cell Granuloma: A Case Report. J Islamabad Med Dental Coll [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 4];9(1):73-75. Available from: <https://jimdc.org.pk/index.php/JIMDC/article/view/428/391>
9. Spini R, Juchli M, Fernández M, Ramírez Z. Granuloma gigante celular de mandíbula en un niño de 6 años de edad. Reporte de un caso. Arch Argent Pediatr [Internet] 2019 [citado 4 Dic 2022];117(2):e173-e177. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v117n2/v117n2a26.pdf>
10. Rocha Prata JA, Batistussi França A, Santos Silva AG, Trento CL, Mitsunari Takeshita W, Maciel de Almeida Souza L. Tumor central de células gigantes en paciente pediátrico: exéresis, reabordaje y homeopatía. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 4 Dic 2022];56(4).Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2207>