

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"CAPITAN ROBERTO RODRIGUEZ"
MORON

**Granuloma reparativo periférico de células gigantes. A propósito de un caso.
Peripheral giant cell reparative granuloma. A case report.**

Elier Morales Moreira (1), Kirenía Rodríguez Molina (2), José García Alonso (1), Gisela Sardiña López (3), Rolando Herrera Paradelo (1).

RESUMEN

El granuloma reparativo periférico de células gigantes es una lesión tumoral benigna que aparece como respuesta exuberante de los tejidos ante una agresión local. Presentamos el caso de una mujer de la raza negra de 34 años de edad que acude a la consulta de cirugía máxilo-facial con un aumento de volumen en el reborde alveolar superior derecho. Se realizan exámenes de laboratorio y radiográficos. La paciente es operada bajo anestesia general donde se realiza la excéresis de la lesión y examen histopatológico de la pieza. El informe del departamento de anatomía patológica corrobora el diagnóstico presuntivo de granuloma reparativo periférico de células gigantes. La evolución de la paciente fue satisfactoria.

Palabras Clave: GRANULOMA REPARATIVO PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo-Facial. Profesor instructor.
2. Estomatólogo General Básico.
3. Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología. Profesor Instructor

INTRODUCCIÓN

El Granuloma Periférico de Células Gigantes (GPCG) es conocido también como granuloma de células gigantes, épulis de células gigantes, granuloma periférico reparativo de células gigantes e hiperplasia de células gigantes. Es una lesión tumoral benigna de carácter inflamatorio crónico que se asienta en los tejidos gingivales; es una de las lesiones más comunes en la mucosa bucal y representa una respuesta reparadora exuberante (1-5).

En 1953, Jaffe dio nombre a estos procesos e introdujo el término granuloma reparativo de células gigantes, distinguiendo un tipo periférico y otro central (6).

La etiología de esta lesión en la actualidad permanece sin aclarar, aunque existen dos factores primordiales en su génesis:

Irritantes locales: el trauma oclusal, irritantes crónicos como uso indiscriminado de palillos dentales, problemas periodontales severos, extracciones recientes, infecciones crónicas, cirugías periodontales, irritación por dentaduras y dientes en mal posición o fracturados, sarro, gingivitis, obturaciones desbordantes, etc (2,8-10).

Efecto hormonal: hiperestrogenismo y embarazo (10).

La patogénesis de las lesiones de células gigantes todavía es un misterio, se han realizado estudios inmunohistoquímicos y ultraestructurales que concluyen que estos procesos derivan de los macrófagos. En este sentido otros autores proponen al GPCG como un proceso reparativo anormal y sugieren que los fibroblastos sobre-expresan inadecuadamente citocinas y factores de crecimiento que inducen o activan a los macrófagos a convertirse en células gigantes (11-13).

Se presenta exclusivamente en los tejidos gingivales, no tiene predilección por sitio alguno en los maxilares, aunque se conoce que es más frecuente en el sector posterior del maxilar superior y en la

mandíbula. Se puede ver en individuos jóvenes, aunque también en otros grupos, presentando dos picos de máxima incidencia, uno durante el período de dentición mixta y otro durante la quinta y sexta décadas de la vida; es más frecuente en el sexo femenino que el masculino en una proporción de 2:1 y el maxilar inferior suele estar más afectado que el superior (1,2,6).

Clínicamente estas lesiones se presentan como un nódulo focal sésil de color rojo-azulado en la encía. Las lesiones pueden aumentar de tamaño, alcanzando algunas 2 cm. Suelen ser exofíticas y abarcar uno o más dientes. Tienen abundante vascularización razón por la que en ocasiones presenta una tendencia fácil al sangrado. El paciente puede referir ligeras molestias a la palpación. Tienen un gran potencial de crecimiento y pueden causar aumento de la movilidad dentaria y pérdida final del diente, debido a la presión ejercida en su evolución. En algunas ocasiones su volumen puede alcanzar el plano oclusal del paciente y quedar las superficies dentarias impresas en la misma o causar ulceraciones (14-15). Las evidencias radiográficas son escasas porque dichas lesiones pueden ser pequeñas y localizarse principalmente en los tejidos blandos. Las lesiones de mayor tamaño muestran una erosión superficial del hueso cortical y pueden presentar algún ensanchamiento del espacio periodontal adyacente (14-16).

Características Histopatológicas.

El GPCG se caracteriza por presentar un epitelio escamoso estratificado que puede o no estar queratinizado con un tejido conectivo fibroso donde se observan células gigantes multinucleadas que semejan osteoclastos con numerosos capilares, frecuentemente localizados en la periferia de la lesión, además hay infiltrado inflamatorio de células polimorfonucleares, linfocitos y células plasmáticas (4-6,12).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Al servicio de Cirugía Máxilo-Facial del Hospital de Morón acude una paciente femenina de 34 años de edad, de la raza negra; procedente del área de salud sur, en el municipio Morón. El motivo de la consulta era la presencia de un aumento de volumen de aspecto nodular en el reborde alveolar superior derecho, de 5 meses de evolución, no doloroso a la palpación, de color rojo azulado, sangrante al menor estímulo, de aproximadamente 3 cm de longitud extendiéndose desde el canino hasta el primer molar de la zona afectada. El crecimiento tumoral cubría las superficies vestibular y lingual de estos dientes, observándose además las huellas de los dientes antagonistas. La higiene oral de la paciente era pobre. Presentaba abundante sarro, caries dental y restos radiculares. Se realiza un estudio imagenológico indicando una radiografía panorámica, una periapical de la zona afectada, y una técnica oclusal superior, donde no se aprecian imágenes radiográficas importantes que muestren alteración del hueso maxilar. En la zona que corresponde al tumor se observó un resto radicular que correspondía a la primera bicúspide superior derecha con una pequeña imagen lítica del hueso. Se realizaron exámenes complementarios: hemoglobina, leucograma, tiempos de sangramiento y de coagulación, tiraje del grupo sanguíneo y pruebas serológicas. El diagnóstico presuntivo fue el de un Granuloma Reparativo Periférico de Células Gigantes. Se decide llevar a cabo la intervención quirúrgica bajo anestesia general. Se realiza la excéresis de la lesión tumoral con margen de seguridad oncológica, curetaje amplio de la zona y exodoncia del resto radicular del 15, y se envía la pieza para el departamento de Anatomía Patológica, los que corroboran el diagnóstico inicial y presuntivo. Se impone tratamiento con antimicrobianos, analgésicos y se mantuvo un chequeo periódico. La sutura se retiró al séptimo día y la evolución del paciente fue satisfactoria.

DISCUSIÓN

Los granulomas de células gigantes (periférico y central), el Hiperparatiroidismo, la enfermedad osea de Paget, el querubismo, la displasia fibrosa, el fibroma condromixóide y el osteosarcoma, son lesiones que se caracterizan histopatológicamente por la presencia de células gigantes, aunque presentan un comportamiento clínico diferente. Ha sido descrito en grupos de edad muy variables; hay autores que sitúan su máxima incidencia entre la dentición mixta y la quinta década de la vida, Se estima que existe

mayor prevalencia en mujeres en una proporción de 2/1. La mayoría se localizan en la mandíbula y son más raros en el maxilar superior y todavía más raros son aquellos casos que sobrepasan distalmente la región canina, como ocurre con la paciente que presentamos (1-2,6).

Entre los factores etiológicos de los granulomas de células gigantes está la irritación local (11), por lo que comprobamos que en nuestra paciente la presencia de un resto radicular en el premolar 14 está relacionado etiológicamente con la lesión.

La afectación ósea está relacionada con el tiempo de evolución de la lesión. Es más extensa en los pacientes con mayor tiempo de evolución. En el caso se evidencia una imagen lítica a nivel del hueso maxilar en la región afectada.

No se ha podido aclarar aún el potencial de crecimiento de las lesiones de células gigantes por los diferentes patrones evolutivos encontrados en varios pacientes. Es un hecho que el GRPCG nunca es clínicamente agresivo o invasivo (6). El diagnóstico precoz de esta patología permite realizar un tratamiento conservador sin riesgo para los dientes vecinos ni para el hueso adyacente. Se destaca la importancia de que el clínico conozca que existen otras patologías que desde el punto de vista histopatológico muestran células gigantes.

Es imperativo que la conducción del caso implique terapia periodontal, de lo contrario las probabilidades de recidiva son muy elevadas.

ABSTRACT

The peripheral giant cell reparative granuloma is a benign tumor that appears as an exuberant response of tissue in the face of a local aggression. A case of a black woman of 34 years of age that goes to the maxillofacial doctor's office with an increase of volume in the right superior alveolar rim is presented. X-ray examinations of laboratory are carried out. The patient is operated under general anaesthesia. The exeresis of the injury and histopathologic exam of the piece are done. The report of the department of pathological anatomy corroborates the presumptive diagnosis of peripheral giant cell reparative granuloma. The evolution of the patient was satisfactory.

Key words: PERIPHERAL GIANT CELL REPARATIVE GRANULOMA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Granuloma Periférico de Células Gigantes. Acta Odontol Venezolana [serie en Internet]. 2000 [citado 28 Dic 2008]; 38(2):71-73. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652000000200016&lng=es&nrm=iso. ISSN 0001-6365
2. López Labady J, Moret Y, Virguez Y. Granuloma Periférico de Células Gigantes: reporte de dos casos y revisión de la literatura. Acta Odontol Venezolana [serie en Internet]. 2008 [citado 28 Dic 2008]; 46(1):81-84. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000100017&lng=es&nrm=iso. ISSN 0001-6365
3. Gándara Rey JM, Pacheco JL, Gándara Vila P, Blanco Carrión A, García García A, Madrinán Grana P, Martín MS. Peripheral giant-cell granuloma. Review of 13 cases. Med Oral. 2002; 7:254-259.
4. Chaparro Avendano AV, Berini Aytes L, Gay Escoda C. Peripheral giant cell granuloma. A report of five cases and review of the literature. Med Oral Pathol Oral Cir Bucal. 2005; 10: 5357.
5. Sapp JP, Eversole LR, Wisocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
6. Vázquez Piñeiro MT, González Bereijo JM, Niembro de Rasche E. Granuloma periférico de células gigantes: caso clínico y revisión de la literatura. RCOE. [serie en Internet]. 2002 [citado 28 Dic 2008]; 7(2):201-206. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000300006&lng=es&nrm=iso

7. Nedir R, Lombardi T, Samson J. Recurrent Peripheral Giant Cell Granuloma associated with cervical resorption. J. Periodontol. 1997; 68: 381-384.
8. Sahingur SE, Cohen RE, Aguirre A. Esthetic management of peripheral giant cell granuloma. J Periodontol. 2004; 75: 487- 492.
9. Bernier JL, Cahn LR. The peripheral giant cell reparative granuloma. J Am Dent Assoc. 1954; 49: 141-148.
10. Giansanti JS, Waldron CA. Peripheral giant cell granuloma: review of 720 cases. J Oral Surg. 1969; 27: 787-791.
11. Cavezzi Júnior O. Granuloma periférico de células gigantes. RGO (Porto Alegre) 1997; 45(3):149-52.
12. Giglio Peralles P, Borges Viana AP, da Rocha Azevedo AL, Ramôa Pires F. Gingival and alveolar hyperplastic reactive lesions: clinicopathological study of 90 cases. Braz J Oral Sci. [serie en Internet] 2006 [citado 20 Dic 2008]; 5(18):1085-1089. Disponible en: <http://www.fop.unicamp.br/brjorals/index.htm>
13. Falabella Vieira ME. Granuloma periférico de células gigantes: histopatologia e imunohistoquímica anti-PCNA e anti-a-actina de músculo liso: análise quantitativa [tesis]. Rio de Janeiro: [s.d.]; 2005.
14. Tiffée JC, Aufdemorte TB. Markers for macrophage and osteoclast lineages in giant cell lesions of the oral cavity. J Oral Maxillofac Surg. 1997; 55: 1108-1112.
15. Gil JN, Teixeira S, Dutra Tannus AL, Abreu Pachecode J. Granuloma periférico de células gigantes. J Bras Clin Estet Odontol. 1999; 3(18):20-23.
16. Cavezzi Junior O. Complicações em implante dentário devido a lesão periférica de células gigantes: relato de caso clínico. Rev Bras Patol Oral. 2004; 3(4):199-203.

ANEXOS



Figura 1. Radiografía oclusal superior donde se observan restos radiculares de primera bicúspide superior (14).



Figura 2. Radiografía periapical donde se observan restos radiculares de primera bicúspide superior (14) con reacción lítica del hueso maxilar.