

GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES DEL SENO MAXILAR.

A PROPOSITO DE UN CASO

Dr. Aillón Huáscar ¹
Dra. Gutierrez Ana ²

RESUMEN

El granuloma central de células gigantes es una lesión osteolítica localizada, de naturaleza variablemente agresiva que afecta a los maxilares, se presenta con relativa frecuencia en pacientes pediátricos y jóvenes, en el presente artículo se presenta un caso clínico de granuloma central de células gigantes (GCCG) con seis meses de evolución, localizado en región geniana derecha, iniciándose en el seno maxilar derecho (presentando inclusión del canino sup. derecho), en una joven de veinticuatro años de edad, cuya lesión llegó a producir asimetría facial, mismo que se trató quirúrgicamente, eliminándolo por medio de excéresis.

PALABRAS CLAVE

Granuloma central de células gigantes (GCCG), lesión osteolítica.

INTRODUCCION

Pseudotumor frecuente de la región dentada de los maxilares, producido posiblemente por reparación de procesos hemorrágicos, formado por tejido fibroso rico en células, donde se encuentra acúmulos focales de células gigantes multinucleadas.¹

Las lesiones mesenquimatosas benignas representan el grupo más frecuente de tumores no odontogénicos en pacientes jóvenes. Se incluyen en este grupo: 1) lesiones de células gigantes, 2) lesiones fibroósas y 3) mixomas. La tumefacción constituye el síntoma inicial característico en las tres clases de tumores, el dolor, los dientes desplazados o móviles y la resorción radicular acontecen con mayor frecuencia en personas con lesiones de células gigantes. Este tipo de padecimientos incluye granuloma central de células gigantes GCCG, tumor pardo de hiperparatiroidismo y tumor de células gigantes.⁴

Los tres son indistinguibles mediante técnicas histológicas estándar. Las células gigantes encontradas en estas formaciones se presentan en una variedad de tumores benignos y malignos de los maxilares: como quiste óseo aneurismático, displasia fibrosa, querubismo, fibroma osificante o sarcoma osteógeno.

La incidencia máxima del GCCG ocurre de 10 a 25 años de edad, es una lesión de relativa frecuencia que ocurre predominantemente en niños, adolescentes y jóvenes, 60 de 75% de los casos estudiados son diagnosticados en pacientes menores de 30 años.

La proporción entre mujeres y hombres es de 3:2, predominando en sexo femenino, y la lesión se presenta más a menudo en el maxilar inferior. El GCCG rara vez se encuentra en sentido posterior con respecto al primer molar permanente, por lo general, no provoca síntomas y se descubre por accidente en radiografías de rutina. Los síntomas pueden abarcar tumefacción local casi siempre sin dolor o parestesia, y el hallazgo inicial es una asimetría facial leve, engrosamiento del hueso afectado, trastornos de la respiración y o una

¹Odontólogo. Especialista en Cirugía Máxilo Facial UMSA-UMRPSFX. Cirujano Maxilofacial. Especialista en labio Leporino La Paz-Bolivia
²Odontóloga. UMRPSFX

repentina malposición de los dientes, o pérdida de la oclusión, como también un sorpresivo aflojamiento de dientes que suelen permanecer vitales. Generalmente se mantiene circunscrito al hueso afectado, y se manifiesta abombado, quedando siempre respetada su cortical.¹

En el maxilar superior puede ocupar todo el seno maxilar e inclusive levantar el piso de la órbita (exoftalmo) e invadir fosas nasales (dificultad respiratoria). Solo ocasionalmente y también en caso de una anodoncia, se ha observado su protrusión dentro de la boca, apareciendo como un tumor redondo, violáceo, con tendencia sangrante, con las mismas características morfológicas de un épulis gigantocelular.¹

Desde el punto de vista radiográfico, se observa una imagen radiolúcida que por lo general se presenta relativamente grande con una línea de demarcación poco definida en relación al hueso normal, pudiendo tener incluido uno o varios dientes cuyos ápices pueden estar reabsorbidos. La expansión de las corticales vestibular y palatina o lingual suele observarse mediante la radiografía oclusal, las cuales presentan a menudo una ausencia completa del hueso cortical, comúnmente se observa desplazamiento de los dientes asociados.²

La existencia de un verdadero tumor de células gigantes de los maxilares es motivo de polémica; sin embargo, este tipo de células en los maxilares, es muy agresiva *in situ* con un índice de recurrencia elevado pero poca tendencia a desarrollar metástasis. Los tumores de células gigantes de los huesos largos se presentan en grupos de mayor edad, mientras que las lesiones agresivas de células gigantes en los maxilares se presentan en niños y jóvenes. Los tumores de los huesos

largos son más destructivos, sufren recidiva más a menudo; entre 15 a 30% se tornan malignos con tendencia a sufrir metástasis en los pulmones; en consecuencia, es probable que ambos tumores sean distintos.⁵

Se han clasificado las lesiones de GCCG en dos categorías: 1) agresivas y 2) no agresivas, mediante técnicas radiográficas y citométricas con la finalidad de aportar más datos acerca de esta patología. Las lesiones agresivas de células gigantes tienden a ocurrir en pacientes pediátricos, con una edad promedio de seis años, provocan dolor, tienen crecimiento rápido y de modo característico muestran resorción radicular y perforación de la corteza en las radiografías. Las lesiones no agresivas de células gigantes se presentan en una edad promedio de nueve años, radiográficamente se aprecian como zonas radiolúcidas que no causan dolor, no se observa resorción radicular o perforaciones de las corticales óseas. Las lesiones agresivas poseen un índice de recurrencia alto a menos que se traten mediante extirpación en bloque.⁴

La terapéutica de las lesiones de células gigantes depende de la combinación de las características clínicas e histológicas, y más importante, el comportamiento histológico de la lesión. El curetaje es el tratamiento primario conveniente para el GCCG no agresivo. Posiblemente se requiera la extirpación de lesiones recurrentes, luego de descartar hiperparatiroidismo. La resección en bloque es la mejor terapéutica en lesiones agresivas de células gigantes con crecimiento rápido, dolor, expansión ósea, perforación, resorción radicular. Existe un método alternativo de tratamiento no quirúrgico para el GCCG, el cual consiste en la administración intralesional de corticoesteroides, según un estudio por Jacoway y

colaboradores, en donde se ha podido observar regeneración ósea en las áreas osteolíticas y disminución del edema facial, el medicamento utilizado es triamcinolona 10 mg mezclado con xylocaína al 0.5%, inyectado dentro de la lesión 2 ml. de la solución por cada dos cm. de su tamaño, aplicada semanalmente por seis semanas aproximadamente.⁴

La extirpación quirúrgica, asociada o no a otra terapia, adyuvante es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos. Las vías de abordaje empleadas dependerán de la localización, tipo, extensión y comportamiento biológico del granuloma, eligiendo aquel que nos permita una adecuada exposición para realizar una resección segura y satisfactoria.³

Finalmente, subrayamos la importancia de la primera visita, del diagnóstico radiográfico e histológico para prevenir el posible daño de los dientes y del hueso adyacente.

CASO CLÍNICO

Se realizó una valoración clínica, un análisis histológico y anatomopatológico con la finalidad de determinar diagnóstico.(Fig.1).



Fig. 1 Paciente con GCCG

VALORACION CLÍNICA

Anamnesis

Mujer boliviana de 24 años de edad, que responde a las iniciales B. CH. A., concubina, ama de casa, sin antecedentes personales de interés o alergias a medicamentos conocidas.

La lesión presenta una evolución de seis meses aproximadamente, la cual estaba ubicada a nivel del surco nasogeniano derecho, de 1 cm aproximadamente, doloroso; con el transcurso de los días fue aumentando de volumen paulatinamente hasta sus dos meses de evolución; posteriormente aumento de volumen en forma acelerada en región geniana, nasal y labial derechas a expensas del maxilar superior.

Examen físico

Aumento de volumen en región geniana, nasal y labial superior derechas, de dimensión aproximada de 7.3 x 5.9 cm, duro y doloroso a la palpación, provocando asimetría facial importante (Fig.2), intraoralmente se palpa masa dura borrando parcialmente el fondo de surco vestibular derecho.

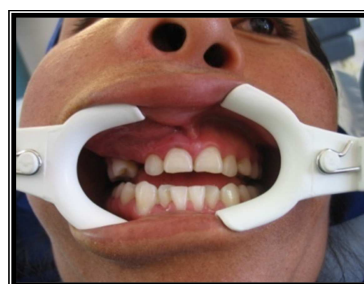


Fig. 2 Pérdida parcial del fondo del surco.

Examen Radiográfico

Para tener un mejor estudio del caso clínico se tomaron en cuenta dos radiografías:

Radiografía de Waters (Fig. 3) y la Ortopantografía (Fig. 4). El cuadro radiográfico muestra en el maxilar superior, en la región del antro del seno maxilar, un gran aumento de grosor del hueso con una estructura opalina amplia, con una imagen radiolúcida, la cual se encuentra poco delimitada, y se puede observar en su interior un canino incluido.

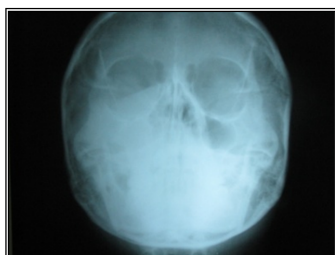


Fig. 3 Radiografía de Waters Fig. 4 Ortodontografía

Tratamiento

En este caso clínico se realizó el abordaje mediante la incisión "Rinotomía con ampliación subciliar".

Procedimientos quirúrgicos:

- Paciente en decúbito dorsal pasivo bajo efectos de anestesia general.
- Se realizó la asepsia y antisepsia de región operatoria.
- Se colocó los campos según técnica.
- Incisión de Weber – Ferguson Dieffenbach (Rinotomía lateral ampliada) (Fig. 5), esta incisión se inicia en el labio superior, en la línea media hasta el suelo de la fosa nasal de la columela. En este punto la incisión se hace lateral y cefálica

para entrar en el suelo de la cavidad nasal. Después de girar 45° saliendo del suelo de la fosa nasal se sigue el ala nasal y el borde lateral de la nariz y se asciende lateralmente al dorso nasal hasta el nivel del canto interno³

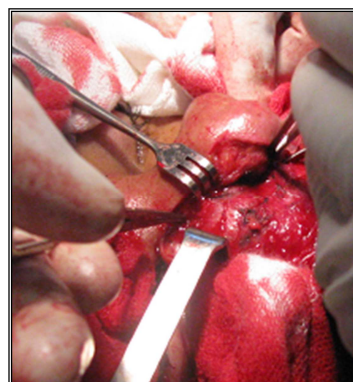


Fig. 5 Incisión de Weber-Ferguson Dieffenbach

Posteriormente se procedió a la diéresis aguda con bisturí, por planos, se identifica granuloma, se observa la presencia del canino superior derecho incluido, con ausencia de pared anterior de seno maxilar, el GCCG abarcaba hasta piso de órbita, fosa pterigomaxilar, fosa nasal derecha y la totalidad de seno maxilar, se realizó hemostasia compresiva y electrocoagulación lavando intermitentemente el lecho operatorio.

Se resecó el GCCG en su totalidad (Fig. 6), revisando minuciosamente lecho operatorio. Inmediatamente después se aplicó un tapón hemostático con gasas impregnadas con yodoformo.

Posteriormente se procedió a la síntesis con hilo reabsorbible 3/0, puntos sueltos en planos profundos (Fig. 7-8); hilo nylon 5/0, puntos sueltos; y puntos continuos intradérmicos en piel (Fig. 8).

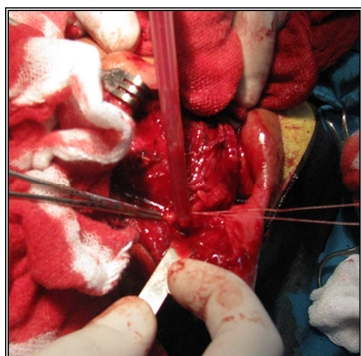


Fig. 6 Identificación del Granuloma Central de Células Gigantes

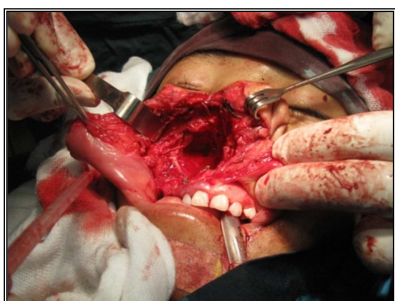


Fig. 6 Resección del GCCG



Fig. 7 Revisión de lecho operatorio

Histopatología

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico del granuloma central de células gigantes, descrito como tejido fibroconjuntivo con células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño, numerosos capilares sobre todo en la

Fig. 8 Síntesis de planos profundos

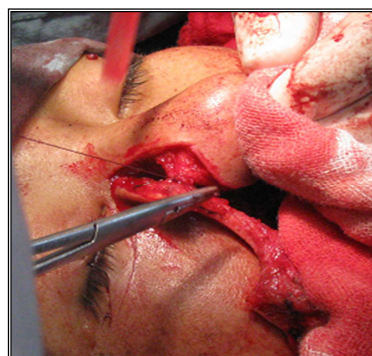
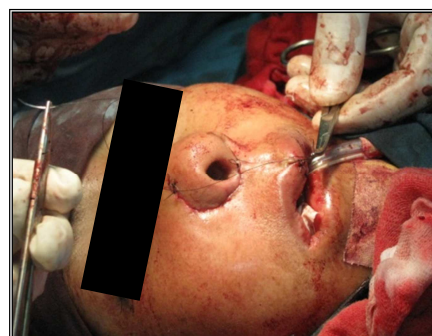


Fig. 9 Sutura intradérmica



periferie de la lesión, un constituyente más de la lesión es la presencia de espículas óseas, con hueso residual laminar que puede ser atrapado dentro de la lesión o puede ser visto como una capa sobre su periferia.

En la forma más agresiva del GCCG, histológicamente las células se observan más grandes y tienen más núcleos que la forma no agresiva, las divisiones

mitóticas son más numerosas y frecuentes sin ser anormales.

Las características histológicas pueden ser idénticas para el tumor de células gigantes del esqueleto estomatognático o para el GCCG, así que sin importar la localización de la lesión el diagnóstico histológico puede ser también tumor de células gigantes de hueso.

El diagnóstico de la histopatología reportó: Granuloma central de células gigantes del seno maxilar.

Controles postoperatorios

En el postoperatorio inmediato la paciente refirió haber pasado la noche tranquila, con leve dolor a nivel de la herida operatoria, que cedió favorablemente.

Al examen físico presenta la hemicara derecha con ligero aumento de volumen, doloroso a la palpación, con presencia de dren laminar en cavidad oral, piel normotérmica, normohidratada. Se indica alta hospitalaria.

La paciente tuvo un postoperatorio mediato y tardío con evolución favorable (Fig. 11). A los dos meses, la paciente presenta evolución favorable; al examen físico, simetría facial, piel normotérmica y normohidratada, ausencia de dolor a la palpación



Fig. 11 Control después de dos meses

CONCLUSION

El granuloma central de células gigantes es una afección que aún no se sabe su etiología, es poco frecuente (más aún en el maxilar superior) por lo cual existe escasa evidencia y poca experiencia en esta patología.

El estado funcional, el compromiso de estructuras vitales y o estéticas del individuo, que padece de esta patología, determina el tipo de tratamiento, si éste será farmacológico o quirúrgico por lo cual se determinará el abordaje y extensión de la resección.

Por los antecedentes, cuadro clínico, evolución y el diagnóstico histológico se debe realizar el diagnóstico diferencial con lesiones de células gigantes, lesiones fibroósas y mixomas. La tumefacción constituye el síntoma inicial característico en las tres clases de tumores, el dolor, los dientes desplazados o móviles y la resorción radicular acontecen con mayor frecuencia en personas con lesiones de células gigantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Sandner Montilla O. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Amolca. Año 2007; 615 y 616.
2. Sapp J. P. Eversale L. Wysoki G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Mosby 2^{da} Edición 119 y 120.
3. Carlos Navarro Vila, F. García Marin, S. OchandiaroCaicoya. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Tomo III. Arán. 2004:1324 y 1325.
4. Corbeto T. Manejo de cirugías URL disponible en: www.odontochile.cl/archivos/tercero/.../g_centraldecelulasgigantes.ppt
5. Contreras Vidaurre E. Alternativa de tratamiento para el granuloma central de células gigantes URL disponible en: www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/2455.pdf