

749/109



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES**

Iztacala

U. N. A. M.

Carrera de Odontología

" Granuloma Central de Células Gigantes "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

Marco Antonio Flores Carrillo



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE DE CAPITULOS

	<u>Page.</u>
PROLOGO.....	4
I.- SINONIMIA CONCEPTO Y GENERALIDADES.....	7
II.- ETIOLOGIA Y PREVALENCIA.....	13
III.- CUADRO CLINICO.....	18
IV.- CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.....	23
V.- CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.....	26
VI.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	29
VII.- PRONOSTICO.....	35
VIII.- TRATAMIENTO.....	37
IX.- CASOS CLINICOS.....	40
X.- CONCLUSIONES.....	59
XI.- BIBLIOGRAFIA.....	62

P R O L O G O

En la mente de todos los que estudiamos una profesión, casi siempre esta latente el objetivo de lograr, tarde o temprano el anhelado título que habra de significar la culminación de -- los pocos o muchos esfuerzos desarrollados durante el curso de nuestros estudios. No obstante que para alcanzar tan deseada meta, tenemos que llenar el requisito principal de presentar una tesis. Es en éste momento cuando surgen problemas u obstáculos que nosotros mismos nos forjamos. Principalmente porque muchas veces no tenemos ni la menor idea sobre que tema tratar en tan importante trabajo.

Particularmente desde el inicio de mi formación profesional, me han llamado mucho la atención las enfermedades de la boca, aunque muchas veces se crea a esta parte del organismo como un conjunto de organos sin importancia, puede proporcionarnos - datos muy importantes para el estudio general del paciente; ya que en muchas ocasiones es el sitio de alarma de una enfermedad general no manifestada, o bien presentar una enfermedad mortal de origen ciento por ciento bucal que muchas veces ni el mismo paciente se da cuenta de su padecimiento.

El Cirujano Dentista debe cumplir las funciones a las cuales esta encomendado y a las que está obligado ante sus semejantes; es decir, que está en la misma situación que la de cual -- quier otro Médico especialista.

Sus funciones no se deben concretar unicamente a cumplir - actividades de reparación y restauración de los organos dentarios;

Sino ante todo y fundamentalmente debe preocuparse por observar y aliviar los padecimientos y estados patológicos de los tejidos de sostén de los dientes y de la mucosa bucal. Por otra parte el Cirujano Dentista debe estar en condiciones de diagnosticar, o en el peor de los casos sospechar de un proceso neoplásico maligno en su etapa primaria, otorgando de ésta manera un servicio invaluable a sus pacientes, ya sea al tratarlos o remitiéndolos al especialista.

La elaboración del presente trabajo contempla el propósito de recordar uno de los padecimientos neoplásicos benignos como lo es el "GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES" que con frecuencia se presenta en boca.

Hago referencia de lo anterior porque en cierta ocasión se me presentó la oportunidad de presenciar clínicamente el diagnóstico y tratamiento del padecimiento al que hago mención, lo cual ocurrió durante mi estancia en un Centro De Salud en el que --- presté mi servicio social.

Esto mismo ha hecho que la presentación de éste tema lo ha ya enfocado a esta entidad patológica; ya que frecuentemente al inicio de su aparición, los síntomas que provoca localmente suelen ser leves pudiendo pasar inadvertidos no dandoles la importancia que realmente debe darseles. No así en periodos evolutivos más avanzados, su comportamiento es más agresivo, impidiendo la masticación y ocasionando apertura permanente de la boca, afectando seriamente el estado general del individuo.

Creo que si he logrado mi cometido con ello habre señalado la importancia que la Estomatología tiene en las Ciencias Médicas, y en consecuencia el papel tan importante del Cirujano Dentista en éste campo.

Marco Antonio Flores C.

C A P I T U L O I

SINONIMIA CONCEPTO Y GENERALIDADES

El granuloma central de células gigantes ha sido descrito por muchos autores, bajo una gran variedad de denominaciones - en la literatura dental y médica. Ya que se le conoce también como: TUMOR DE MIELOPLASIAS, TUMOR DE OSTEOCLASTOS, TUMOR OSEO-DE CELULAS GIGANTES, TUMOR CENTRAL DE CELULAS GIGANTES, LESION CENTRAL DE CELULAS GIGANTES, DISIFIBROPLASIA, DISTROFIA OSEA,- GRANULOMA REPARATIVO GIGANTOCELULAR CENTRAL y antiguamente como SARCOMA DE CELULAS GIGANTES, SARCOMA MIELOIDE O MIELOGENO Y EPULLIS. (1)

El granuloma central de células gigantes, es la neoformación que no ha encontrado su lugar dentro de la patología bucal; ya que algunos autores la consideran como lesión granulomatosa o regenerativa y otros como tumoral. (2)

Esto ha sido causa de gran confusión que por lo general, ha reinado e incluso en la actualidad no hay un acuerdo general sobre la naturaleza de dicha lesión. Como es histológicamente similar a varias lesiones óseas que contienen células gigantes, era lógico de suponerse que entre ellas hubiera alguna relación. Algunos investigadores creían que era una verdadera neoplasia, aunque la mayoría de los estudiosos de la actualidad sostienen la idea de que es una respuesta proliferativa rara de los tejidos ante una agresión (3).

-
- 1).-Alvarez Amézquita, Barajas E. Millan I. Manual de Cancerología Básica, Pp. 33,338-347. S.S.A. 1963
 - 2).-Steinhard Gerhard. Tratado General de Odontostomatología. pp.515-528. Tomo III, Vol.1, 1962.
 - 3).-William G. Shafer. Tratado de Patología Bucal. pp.132-138. Editorial Interamericana, Tercera Edición. 1977.

En 1952, Jaffe separó ésta lesión del verdadero tumor de huesos largos y sugirió el nombre de "Granuloma reparador de células gigantes" pero en los últimos años se ha decidido suprimir el término reparador ya que no hay pruebas convincentes de que ésta lesión represente un proceso reparador.

Algunos autores como Velázquez lo considera como un pseudotumor y otros reportados por Bernier considera que el tumor central de células gigantes, es la etapa final de evolución -- del granuloma central. Sin embargo existen razones suficientes para considerarlos como entidades patológicas diferentes (1).

Gerhard Steinhard asevera que dicha lesión neoplásica no puede incluirse dentro de las neoformaciones malignas, no así el tumor central al que se le considera como lesión tumoral de carácter intermedio entre maligno y benigno. Al granuloma central de células gigantes la mayoría de los autores lo consideran como una neoplasia benigna (2).

-
- 1).-Bhaskar S.N. B.D.S. W.S. Phd. Patología Bucal. pp. 50, 202-204. Editorial El Ateneo, Segunda Edición, 1977
 - 2).-Velázquez Tomas. Anatomía Patológica Dental y Bucal. pp. 284, 285. La Prensa Médica Mexicana, 1966.

Geschickter y Copeland han observado en 222 casos de éstas lesiones, 31 recidivas, y en 41 casos han comprobado las llamadas tendencias malignas. De estos 41 casos, 2 eran verdaderos sarcomas de células gigantes, 33 tumores benignos de células gigantes y los 6 restantes eran sarcomas. Opinan que los tumores benignos de dichas células no son verdaderas neoplasias, sino que son fases anormales de resorción ósea después de un trauma.

Pero la mayoría de los autores alemanes, (Haeßhofer, Axhausen, Konjetzny, entre otros) separan los llamados tumores de granulación de los verdaderos tumores y los interpretan como formaciones regenerativas superabundantes, que proceden de un tejido que primitivamente era de granulación. Los interpretan como neoformaciones de resorción debidos a inflamaciones crónicas, en las que las células deben ser tenidas principalmente como derivadas del endotelio. Sin embargo, otros ven en ellos verdaderos tumores benignos (Albertini, Bloodgood, Fwing, Koldny, entre otros) y desarrollados precisamente a base de gérmenes mesenquimatosos muy jóvenes, pero no en las primeras fases embrionarias.

Pocas lesiones óseas han ocasionado mayores controversias que el granuloma central y el tumor de células gigantes. Ha habido un marcado entusiasmo del interés por la histofisiología y la patología ósea así como varios intentos científicos recientes por tratar de clasificar y explicar muchas de las alteraciones poco comunes, tanto neoplásicas como reaccionales que ocurren en el hueso (1).

1).-Bernier Joseph, D.D.S. M.S. F.D.S. Tratamiento de las Enfermedades Orales. pp. 688, 691, 692, 694, 714, 715.
Editorial Omeba, Segunda Edición, 1959.

En los últimos años, el diagnóstico de tumor óseo central era común, y se aplicaba por lo general, a cualquier lesión -- ósea que contuviera células gigantes. La confusión aumentó con el conocimiento de que los pacientes que sufren de hiperparatiroidismo suelen presentar lesiones óseas por ejemplo, la enfermedad ósea de Engel-Recklinghausen* que a veces se caracterizan por la presencia de numerosas células gigantes multinucleares y así son histológicamente similares, si no idénticas, a las lesiones no endocrinas relacionadas. Así, es evidente -- que, pese a los esfuerzos concertados para estudiar las lesiones de células gigantes desde el punto de vista etiológico y patogénico, existe una gran inseguridad sobre éstas lesiones.

El estado de confusión que existe en el conocimiento actual del granuloma central y el tumor de células gigantes ha -- destacado por Waldron y Shafer en sus estudios de éstas lesiones. La revaloración de lesiones previamente clasificadas como tumores de células gigantes de los maxilares ha ubicado a muchas de ellas en la categoría de displasia fibrosa ósea, grupo mal conocido de lesiones óseas. Otro grupo más de lesiones fue interpretado como una respuesta a la agresión, y fueron designadas por Jaffe como granuloma central de células gigantes, como se dijo anteriormente (1).

*).- Enfermedad hereditaria, con malformaciones múltiples, las más espectaculares son las anomalías de los nervios periféricos. Existen neurofibromas en la piel, cavidad oral, el tracto gastrointestinal y los huesos.

1).- William G. Shafer. Tratado de Patología Bucal. pp. 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138. Editorial Interamericana. Tercera Edición, 1977.

Quando estas lesiones óseas que contienen células gigantes, como el hiperparatiroidismo, la displasia fibrosa ósea, el granuloma de células gigantes y sus variantes, el quiste óseo aneurismático, son clasificados adecuadamente, aun queda un grupo de lesiones muy agresivas, y son las que han sido clasificadas como tumores óseos verdaderos de células gigantes. En los años mas recientes se han publicado varias revisiones y análisis de éstos casos de tumor óseo verdadero, como los de Schajowicz (85 casos), Hutter y colaboradores (41 casos), Dahlin y colaboradores (195 casos), Goldenberg y asociados (218 casos), y McGrath (52 casos).

Aunque se presentaron abundantes e importantes datos con proposiciones para diferenciar entre las formas benignas y malignas, se descuidó la aplicación de principios biológicos básicos de la fisiopatología ósea a las consideraciones del tumor óseo verdadero. Muchos de los investigadores que enfrentaron cuidadosamente este problema y sin preconceptos están convencidos de que la lesión conocida como "tumor óseo benigno de células gigantes" es analoga al "granuloma central de células gigantes de los maxilares" y probablemente idéntico a él. Además opinan que la lesión descrita bajo el nombre de "tumor maligno" es en realidad un sarcoma osteógeno caracterizado por abundantes células gigantes.

La frecuente transformación de un tumor benigno de células gigantes en un tumor maligno de células gigantes especialmente después de repetidas intervenciones quirúrgicas, es característica de muchos tumores malignos que presentan una creciente anaplasia después del tratamiento inadecuado.

El hallazgo de osteoide en muchos de los tumores malignos de células gigantes, es otra prueba de que son sarcomas osteógenos con un cuadro histológico alterado en el cual predominan las células gigantes. Aun cuando el osteoide estuviera totalmente ausente en estos tumores, igualmente podrían ser sarcomas osteógenos, pues sabemos que algunos tumores son tan diferenciados que sus células no elaboran sus productos naturales.

Para resumir lo anterior, se dice que hay dos corrientes de pensamientos sobre los tumores óseos de células gigantes: - a).-Esta lesión es una entidad independiente, separada de otras lesiones óseas y se presenta tanto en la forma benigna como en la maligna; las dos son sumamente raras en los maxilares.

b).-La lesión benigna es la misma que el granuloma central de células gigantes de los maxilares, en tanto que la lesión maligna es una forma de lesiones individuales de sarcoma osteógeno en las cuales varía el grado de malignidad.

Es indudable, que las lesiones de células gigantes de los maxilares existan, pero la gran mayoría de ellas constituyen granulomas centrales, en tanto que el resto comprenden al quiste óseo aneurismático, lesiones del hiperparatiroidismo y formas de displasia fibrosa ósea (1).

1).-William G. Shafer. Tratado de Patología Bucal.
pp. 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138. Editorial Interamericana.
Tercera Edición, 1977.

C A P I T U L O II

ETIOLOGIA Y PREVALENCIA

ETIOLOGIA.- Es desconocida se le atribuye al factor traumático un papel importante en el mecanismo desencadenante, sobre un terreno predisponente. Entre los factores traumáticos se pueden incluir las extracciones dentarias, maloclusiones, prótesis mal ajustadas, e infecciones residuales que ocasionan daño tisular. (1)

Muchos autores creen que éstas lesiones surgen del mesénquima odontógeno, lo que explicaría su ubicación frecuente en la proximidad de los dientes.

Es probable que las células predecesoras del periodonto puedan ser consideradas como parte del tejido de origen de la lesión, al igual que en el granuloma periférico de células gigantes. Desde su inicio éstas lesiones cuentan con una matriz de tejido conjuntivo laxo, en el cual se entremezclan las células gigantes. con el transcurso del desarrollo de la lesión aparece el colágeno y las células gigantes se tornan menos notorias. No tendría ningún propósito útil el tratar de descubrir el origen de las células gigantes, ya que, como en el caso de la lesión periférica, son en realidad incidentes. Designar a éstas lesiones como osteoclastomas es subrayar la presencia de células gigantes y sugerir un proceso neoplásico. Otros autores opinan que se origina a partir de células embrionarias. (2)

-
- 1).-Steinhard Gerhard. Tratado General De Odontostomatología pp. 515-528. Tomo III, Vol.I 1962.
 - 2).-Torres Moreno Daniel. Tumores De Células Gigantes. pp. 21-25, Tesis Profesional, 1962.

PREVALENCIA.- Se presenta según la mayoría de los autores con saltados, habitualmente en mandíbula más que en maxilar superior, en zonas de hueso membranoso y preferentemente en las zonas de premolares y molares. (fig. 1) No tiene predilección por ningún sexo; aunque varios autores sostienen que es más frecuente en el sexo femenino. No se encuentra preferencia -- por ninguna raza en especial, predomina en pacientes menores de 20 años, y se presentan con mayor frecuencia en el lado de recho (fig.2) (1).

Según Kolodny estos granulomas afectan en un 56% de los casos los miembros inferiores, particularmente la región de la articulación de la rodilla (caso clínico 4). En el 23% de los casos afectan las extremidades superiores con predilección por la porción distal del radio. el 21% recae en el tronco, pelvis, cintura escapular y maxilares.

Es de notar que estas tumoraciones son casi siempre enfermedad de un solo hueso, pero muchas veces pueden estar comprometidos dos huesos contiguos (2).

Thoma asevera que es aproximadamente dos veces -- mas frecuente en mujeres y aunque aparece en cualquier edad, -- aproximadamente el 75% aparecen en personas menores de 30 -- años, el 66% en menores de 20 años y el 15% ocurren en la primera década de la vida.

Las dos terceras partes ocurren en la mandíbula y la gran mayoría de los casos de ambos maxilares aparecen por delante de los primeros molares, y no raras veces cruzando la línea media 20% (fig.1).

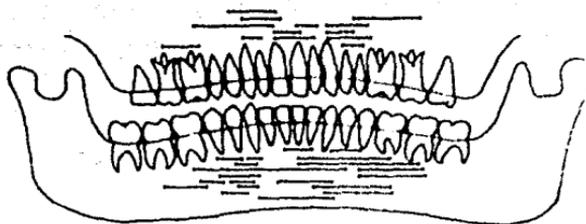


Figura 1.-distribución de la localización de las lesiones.

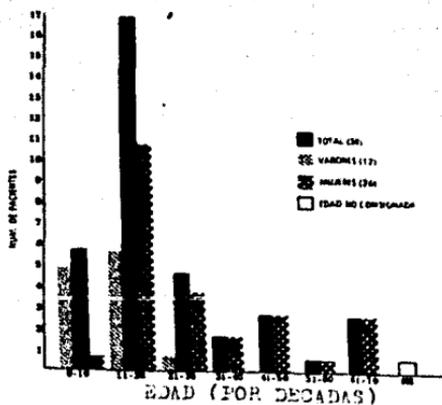


Figura 2.-Distribución y frecuencia por edad y sexo.

Finalmente representa según Velázquez un 6.6% de todas las lesiones benignas que se presentan en los maxilares.

Aunque el trauma ha sido propuesto como factor -- etiológico, su papel es dudoso. Ya que también se ha sugerido la existencia de alguna relación entre el granuloma central y el quiste óseo traumático (3).

-
- 1).-Tiecke Richard, Stuteville Orion. Fisiopatología Bucal. pp. 83,84,338-340. Editorial Interamericana 1a.Edición.
 - 2).-Thoma K.H. Robinson H.B.G. Patología Oral pp.456-459 502-506. Editorial Salvat, Sexta Edición 1973.
 - 3).-Steinhard Gerhard. Tratado General De Odontostomatología pp. 519-528. Tomo III, Vol.1, 1962.

C A P I T U L O I I I

CUADRO CLINICO

El granuloma central de células gigantes se presenta predominantemente en niños y adultos jóvenes. Puede estar afectado cualquiera de los maxilares pero la mandíbula lo está con mayor frecuencia, en región de premolares y molares, aunque -- puede observarse en región de sínfisis, angulo y rama ascendente coincidiendo con centros de osificación intracartilaginosa. Cuando se presenta en maxilar superior su sitio de predilección es la fosa canina, regiones etmoidales, seno maxilar y piso de orbita (1) (fig.4).

En estudios recientes de 34 casos, Austin y colaboradores han apoyado estos hallazgos. En éste estudio, más del 60% de los casos se producían antes de los 30 años de edad. La distribución por sexo de 38 casos registrados por Waldron y Shafer -- fue de una proporción de alrededor de 2 a 1 de mujeres respecto de varones. Además, el 60% de los casos contaban con menos de 20 años de edad (fig.1). Dos tercios de los casos registrados aparecían en la mandíbula y sólo un tercio en el maxilar -- las lesiones son más comunes en el sector anterior de los maxilares y no es raro que crucen la línea media (2).

-
- 1).-Bhasakar S.N. B.D.S. Phd. Patología Bucal. pp. 50,202,203,204. Editorial El Ateneo. Segunda Edición, 1977.
 - 2).-William G. Shafer. M.K.H. B.N.L. Tratado de Patología Bucal. pp. 132-138. Editorial Interamericana. Tercera Edición, 1977.



Figura 4.-La lesión creció por -
expansión, erosionó la
cavidad orbitaria dere-
cha, llenó las fosas -
nasales de ambos lados
y erosionó la lamina -
cribosa para extender-
se intracranalmente.

Respecto a su origen Thoma y Robinson creen que proceden - de la médula ósea. Albertini opina que se trata de tejido em - brionario mesenquimal (1,2).

En general es una neoplasia de crecimiento lento e inter - mitente aunque algunos acusan un rápido crecimiento que se re - laciona con actividad acelerada de lo que pudo ser un tumor la - tente. Su crecimiento es expansivo, con adelgazamiento de las - paredes óseas; eventualmente puede observarse signo de celuloi - de o pergamino. Ocasiona deformidad variable, el dolor y la tu - mefacción están relacionadas con el tamaño y la ubicación de - la lesión (fig.5). Aunque por lo común se siente un cierto ma - lestar local, debido a la expansión de las corticales hay un - abultamiento entre leve y moderado del maxilar en la zona afec - tada, según sea la extensión de la lesión ósea.

La lesión puede no presentar signos ni síntomas y se llega a - descubrir por accidente.

Puede existir espaciamiento, movilidad o expulsión de los - órganos dentarios, por la presión tumoral o bien existir oca - sionalmente retención de los mismos (fig.6). Así mismo pueden - presentarse fracturas patológicas.

Son de tamaño variable, llegando a medir algunos de 10 a - 20 centímetros en su eje mayor como los que aquí público. Cuando son de menor tamaño, los tejidos contiguos en general - no presentan alteraciones, a menos que la masa tumoral sea lo - bastante grande y ocasione inflamación por presión, o llegue a la perforación y hasta la necrosis.



Figura 5.-Tumefacción en zonas de canino y premaxilares.



Figura 6.-Lesión en la zona anterior de la mandíbula produciendo una gran deformidad.



Figura 7.-Imagen microscópica de la lesión en la cual se observan células gigantes con núcleos que oscilan entre 20 y 50 μ o más.

A la punción exploradora se obtendrá líquido sanguinolento. En la apreciación quirúrgica se observará una tumorcación - blanda, lisa o rugosa, brillante, de coloración rojo vinoso, - azulado o blanco grisáceo, según el periodo evolutivo.

Es friable con pseudofluctuación y al menor estímulo irritativo se observara abundante sangrado (3).

-
- 1).-Kruger O. Gustav. Tratado de Cirugía Oral pp. 488,489. Editorial Interamericana, Primera Edición, 1960.
 - 2).-Tiecke Richard, Stuteville Orion, Calandra Joseph. Fisiopatología Bucal, pp.83,84,338,339,340. Editorial Interamericana, Primera Edición, 1960.
 - 3).-Pichler Hans, Trauner Richard. Cirugía Bucal y de los Maxilares. pp. 203-210. Editorial Labor, Tomo II, 1953.

C A P I T U L O I V

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El estudio radiográfico del granuloma central de células gigantes es generalmente de valor limitado, ya que como se dijo anteriormente esta lesión suele confundirse frecuentemente con otras patologías, como las lesiones quísticas, otras neoplasias o distrofias óseas.

La imagen radiográfica es osteolítica, la lesión central es característicamente multilocular con apariencia de "panal de abejas" o "burbujas de jabon" (fig.3). Lo cual no sería un diagnóstico bien definido, ya que el ameloblastoma, el quiste óseo aneurismático, y el mixoma pueden dar también la misma imagen. Sin embargo el ameloblastoma afecta más comunmente a -- personas de más edad y el mixoma es extremadamente raro (1).

El aspecto del granuloma central de células gigantes es -- constante, excepto en cuanto al tamaño. Ya que en éste aspecto se han observado variaciones de tamaño que van desde un "guisante" hasta los que involucran el cuerpo o la rama ascendente de la mandíbula. Su aspecto no es patognomónico y puede ser -- confundido con el de otras lesiones de los maxilares tanto neoplásicas como no neoplásicas.

A menudo esta lesión muestra las características de una -- patosis periapical. En general en la mayoría de éstas lesiones se puede advertir principalmente una zona radiolúcida con borde relativamente liso o dentado, aunque en algunas de ellas -- los márgenes suelen ser difusos y poco limitados. Muchas veces revela trabéculas débiles, característica de las -- lesiones quísticas, puede haber loculaciones particularmente -- en lesiones de mayor tamaño.



Figura 3.-Todos los diferentes --
 casos revelan la natura
 leza, multilocular y ex
 pansiva de la lesion, -
 así como el aspecto de-
 "panal de abejas" o ---
 "burbujas de jabon"

Entre otros hallazgos radiográficos que pueden encontrarse destacan: El adelgazamiento de las laminas corticales que llegan a ser tan delgadas y facilmente pueden ser perforadas por la masa tumoral.

Con frecuencia se observa también el desplazamiento de los dientes afectados y reabsorcion radicular causados por la presión ejercida de la lesión.

Es muy importante tomar un estudio radiográfico completo e integrar un estudio esquelético, para descartar la presencia de otras lesiones tumorales en otras regiones del organismo, - como suele ocurrir con la enfermedad de Engel-Recklinhausen o tumores pardos del hiperparatiroidismo (2).

-
- 1).-Alvarez Amézquita, Barajas E, Millan I, Montano G. Manual de Cancerología Básica, pp. 33,338-347. S.S.A. 1963
 - 2).-Pichler Hans, Trauner Richard. Cirugia Bucal y de Los Maxilares. pp. 203-210 Editorial Labor, Tomo II, 1953.

C A P I T U L O V

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

El gránuloma central de células gigantes de los maxilares se caracteriza por la preponderancia de células gigantes del tipo osteoclastico. Estas células están dispersas en un estroma fibroendotelial y no son tan abundantes como lo son en el verdadero tumor.

En contraste con la lesión periférica, rara vez ésta lesión -- está rodeada por una zona capsular. El aspecto macroscópico de ésta lesión es en general el de una tumoración sólida, friable pediculada y de aspecto hemorrágico que recuerda la consistencia y apariencia del hígado (1).

Al examen microscópico, presenta una morfología inconfundible, consistente en numerosas células gigantes multinucleares (hasta 12 o más núcleos), tienen generalmente una distribución difusa, pero la gran mayoría de las ocasiones pueden formar aglomeraciones (fig.7), se encuentran gran cantidad de pequeños vasos sanguíneos pero defectuosos, abundantes fibroblastos jóvenes con núcleos vesiculados ovoides, focos hemorrágicos recientes o antiguos irregularmente distribuidos por la lesión, zonas de trabeculación óseas, o espículas muy cerca de los márgenes de la lesión, también son comunes las áreas de necrosis (2).

-
- 1).-Bhaskar S.N. F.D.S. M.S. Phd. Patología Bucal. pp. 50,202-204 Editorial El Ateneo, Segunda Edición, 1977.
 - 2).-Kruger O. Gustav. Tratado de Cirugía Oral, pp. 488,489. Editorial Interamericana, Primera Edición 1960.

El estroma es bastante celular, con presencia de células de tejido conjuntivo fibroso laxo; células redondas y fusiformes con irregularidades citoplasmáticas y nucleares y en estrecha relación con las células gigantes. En el verdadero tumor, las células redondas superan a las fusiformes y sus núcleos -- son de mayor tamaño. El citoplasma de éstas células no es tan acidófilo como el del verdadero tumor según Geschickter y Copeland así como no se observa concentración mayor de cromatina en los núcleos como aparece en el tumor (1).

Bhaskar, Geschickter y Copeland, coinciden en que es imposible distinguir microscópicamente un granuloma central de un periférico, así como que existen variaciones mínimas entre el granuloma central de células gigantes, el verdadero tumor y la de una variedad de osteitis fibrosa (2,3).

-
- 1).-Rossi Ernesto. Tumores de los Maxilares pp. 25-64. Editorial La Medica.
 - 2).-Bhaskar S.N. B.D.S. M.S. Phd. Patología Bucal. pp. 50,202-204. Editorial El Ateneo, Segunda Edición, 1977
 - 3).-Geschickter Charles F. M.D. y Copeland Murray M.D. Tumores de Hueso, pp. 293-330,354-359,683,684. Editorial Suescum Berrenchea, 1953. Primera versión castellana de la tercera edición inglesa.

Dispuestos de manera laxa y sostenidos por matriz fibrilar generalmente suelen observarse dentro de las células gigantes fagocitos o inclusiones citoplasmáticas de hemosiderina o eritrocitos. Por lo cual mediante observaciones realizadas minuciosamente, se ha comprobado fagocitosis en las células gigantes; la matriz del estroma puede ser colágena o mixomatosa, siendo ésta última mas frecuente en individuos de más de 20 años de edad. Se pueden encontrar figuras mitóticas en los fibroblastos estromáticos en aproximadamente la mitad de las lesiones, pero no en las células gigantes. Hay formación de osteoide o hueso en más o menos tres cuartas partes de la lesión. Las células gigantes que en ésta lesión se observan tienen relación estrecha con los osteoclastos como lo comprueba la presencia de una enzima similar (1).

Algunos investigadores sostienen que se trata de una desviación neoplásica de los osteoclastos. Otros reportados por Steinhardt Gerhard no diferencian si se trata de osteoclastos o células de tejido especializado; sin embargo la mayoría de los autores coinciden en que se trata de células gigantes semejantes a las de cuerpo extraño con un tamaño que varía entre 10 y 100 micrones según Geschickter y Copeland o entre 50 y 150 micras según Rossi, con abundantes núcleos aunque en menor cantidad que el verdadero tumor como sostiene Tiecke. Su citoplasma es opaco, y según la mayoría de los investigadores basófilo y su función es fagocitaria (2).

1).-Thoma K.H. Robinson H.B.G. Patología Oral, pp. 456-459, 502-506. Editorial Salvat, Sexta Edición, 1973.

2).-Ogilvie Robertson F. Histopatología, pp. 85-87. Editorial Interamericana, Quinta Edición, 1960.

C A P I T U L O VI

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Clínica e histopatológicamente, las lesiones de células gigantes en cavidad oral plantean serias dificultades en el diagnóstico diferencial. De acuerdo con algunos autores su desarrollo es mas infiltrativo, particularmente en el maxilar; el seno maxilar, las celdas etmoidales y el piso orbitario pueden ser invadidos por el tejido tumoral (fig.4).

Estas lesiones tumorales también llegan a hacer prominencia en las fosas nasales, de modo parecido a como lo hacen las neofor maciones malignas. En caso de encontrarse el tumor en la zona de la articulación temporomandibular, en la vecindad inmediata de la fosa media del cráneo o en cualquier otra localización de la base craneana, pueden llegar a representar una amenaza vital.

Como se dijo en el capítulo III, algunas formas poseen un crecimiento expansivo, que adelgazan las laminas óseas de modo que las paredes pueden facilmente fracturarse y eventualmente escucharse el característico ruido de pergamino (1).

El diagnostico de éste tipo de lesiones en los maxilares puede ser hecho en base a un conjunto de hallazgos clínicos, quirúrgicos, radiográficos, de laboratorio e histopatológicos ya que no tiene características plenamente distintivas. De hecho esta lesión puede ser asintomática en sus inicios.

1).-Steinhardt Gerhard. Tratado General de Odontostomatología pp. 515-528. Tomo III, Vol.I, 1962.

Más frecuentemente y sobre todo en lesiones de mayor tamaño, los signos clínicos son algunos de los siguientes: agrandamiento óseo o inclinación del maxilar, con o sin dolor o hiperestesia asociados; a veces presenta un agrandamiento de consistencia semiblanda del maxilar debido a la destrucción de la lámina cortical protectora (1).

En el interrogatorio se descubre frecuentemente una serie de traumatismos sobre la zona afectada, como pueden ser una caída, un golpe o incluso una extracción dentaria. Cuando el enfermo se da cuenta de la presencia del tumor, describirá su evolución como un agrandamiento lento y progresivo. Las pruebas de vitalidad pulpar suelen realizarse para descartar la posibilidad de alguna patosis periapical. Sin embargo debemos de tener en cuenta que aunque la mayor parte de los dientes en el caso de granulomas centrales de células gigantes en sus etapas primarias son vitales y normales, en lesiones más extensas y destructivas, pueden causar pérdida de la vitalidad y avulsión de los dientes próximos o contiguos.

Para el diagnóstico diferencial debemos de tener en mente y sobre todo saber diferenciarlo del verdadero tumor de células gigantes, del ameloblastoma, del quiste óseo aneurismático del granuloma eosinófilo, de los tumores benignos de origen conjuntivo (mixomas, fibromas, condromas, angiomas etc.) de los tumores pardos que se presentan en el hiperparatiroidismo, de tumores malignos de origen conjuntivo con aspecto osteolítico (sarcoma) (2).

Y de lesiones que pueden ser síntoma parcial de una enfermedad sistémica como la osteomalacia, osteoporosis, osteosclerosis, osteitis fibrosa quística o enfermedad de Engel-Recklinghausen, o bien de alguna variedad de displasia fibrosa (3).

-
- 1).-Edward V. Zegarelli. Diagnostico en Patología Oral. pp. 184,185. Editorial Salvat, Primera Edición 1974.
 - 2).-Alvarez Amézquita, Barajas E. Willan I. Montaño G. Manual de Cancerología Basica. G.S.A. 1963 pp. 33,338-347.
 - 3).-Valdézquez Tomás. Anatomía Patológica Dental y Bucal. pp. 284,285. La Prensa Médica Mexicana 1966.

El granuloma central de células gigantes se diferencia de el verdadero tumor en que su frecuencia de aparición en los -- maxilares es ligeramente mayor; Velázquez sostiene que en los casos publicados dentro de la literatura como tumores existentes datos clínicos y patológicos suficientes para sospechar que se trataba de verdaderos granulomas centrales de células gigantes la edad de aparición es generalmente en menores de 20 años, -- no así en los casos de tumores en donde la edad sobrepasa éste límite.

El comportamiento clínico del granuloma es menos agresivo que el verdadero tumor y el aspecto histopatológico es ligeramente variable. El granuloma central de células gigantes se diferencia del ameloblastoma en que la edad de aparición de éste es en mayores de 20 años. Un método valioso de exploración para el diagnóstico diferencial es la punción exploradora ya que en el granuloma se obtiene líquido sanguinolento y el líquido que se obtiene del ameloblastoma en general es quístico.

Del quiste óseo-aneurismático se diferencia por la ausencia de lagunas hemorrágicas o espacios resultantes de la reabsorción-
osea que se observa en el quiste; generalmente el hueso - se expande pero la corteza no se destruye.

Del granuloma eosinófilo se diferencia en que éste se cree que es una forma de la enfermedad de Hand-Schuler-Christian* o Histiocitosis X Diseminada Crónica se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y 30 años de edad. Ya en la apreciación radiográfica se observan lesiones múltiples y perforadas. En el área afectada existe dolor, hipersensibilidad y edema.

Como síntomas generales hay anorexia, cefalea, fiebre así como leucocitosis con predominancia de eosinófilos; añadido a esto, existe una estructura histopatológica diferente. Con los tumores benignos de origen conjuntivo, al que más puede semejarse es al mixoma pero la aparición de éste en los maxilares es muy rara además de que se trata de un tumor infiltrante y su aspecto microscópico es diferente (1).

*).- Enfermedad de etiología desconocida que afecta principalmente los huesos, en los cuales zonas de médula normal son reemplazadas por macrófagos en proliferación. El cráneo es afectado con mayor frecuencia, y algunos enfermos presentan una triada de síntomas que son: a).- lesiones óseas b).- exoftalmia y c).- diabetes insípida.

1).- Tiecke Richard, Stuteville Orion, Calandra Joseph. Fisiopatología Bucal. pp. 83,84,338-340 Primera Edición, 1960.

De otros tipos de tumores óseos benignos como el fibroma, condroma, angioma etc. puede diferenciarse en que la apreciación radiográfica es distinta y no es la característica de "pompas de jabón" o "panal de abejas" y los caracteres histopatológicos son diferentes.

De los tumores pardos del hiperparatiroidismo se diferencia en que éstos van asociados a excesiva producción de parathormona, destrucción ósea generalizada, aumento de calcio sanguíneo y fosfatasa alcalina, disminución de fósforo sanguíneo y otros síntomas generales. Histopatológicamente tanto el granuloma central de células gigantes como el tumor pardo o marrón son semejantes.

Para diferenciarlo de otro tipo de lesiones, afortunadamente existen datos clínicos, radiográficos e histopatológicos que son ayuda valiosa para el diagnóstico correcto.

Finalmente es aconsejable como medida de precaución los estudios de laboratorio como bioquímica sanguínea para determinar los niveles hemáticos de calcio, fósforo y fosfatasa alcalina que evidentemente estos valores deben ser normales en el granuloma central de células gigantes.

C A P I T U L O V I I

P R O N O S T I C O

Generalmente es bueno a la total extirpacion de la lesión-Steinhart y colaboradores opinan que no se le puede ni debe incluir dentro de las neoplasias malignas. Tiene tendencia a recurrir pero no se han encontrado hasta la fecha casos de reacciones malignas, aun despues de repetidas extirpaciones o legrados; no se han reportado metástasis antes o después de su eliminación (1).

Geschickter y Copeland no encontraron en sus 222 casos publicados de éstas lesiones de células gigantes ni un solo caso en el que pudiera hablarse de una metástasis o malignización -- con la organización histológica de los tumores granulomatosos -- centrales. Aquellos en los que se hallaron metástasis eran osteosarcomas primarios. Esto es ciertamente notable, dada la riqueza vascular de algunas formas de éstos tumores centrales de células gigantes, en los que se dan las mayores posibilidades -- para la metastatización, por la proximidad de los vasos sanguíneos y la posible invasión en los mismos del tejido tumoral (2)

Fichler ha reportado 22 casos de granulomas centrales de células gigantes de la clínica de Cirugía Maxilar de Viena. Ocho pacientes eran niños y de los restantes, siete no habian -- llegado a los 30 años y seis los habian rebasado; 2/3 partes -- pertenecian al sexo femenino y 1/3 parte al sexo masculino; la edad del tumor pasaba raras veces de un año. En los niños se cito muchas veces un trauma. La edad de la fanerodoncia parece -- ser la preferida para la aparicion de este (como en los adamantinomas la edad es postfanerodontica).

Como método de elección se practicó en todos los casos menos dos, el legrado preciso y posteriormente se empleo la curie terapia. Un caso antiguo se reseco a causa del diagnostico de - sarcoma y en un tumor del maxilar en un paciente se practicó la resección a causa de su propagacion y crecimiento desmesurado.

Cuatro veces se produjo una recidiva varios años después - del legrado; tres de ellas se volvieron a someter al legrado y - los pacientes se encuentran desde entonces permanentemente cura - dos y una se mantuvo estacionaria por varios años, por no pre - sentarse a tratamiento. En dos casos se trataba de tumores de - tamaños y características extraordinarias en la mandíbula en -- los cuales se procedio a un raspado muy conservador, a fin de - mantener la continuidad del hueso; ésto se llevó a cabo satis - factoriamente y las recidivas fueron minimas y de facil extirpa - ción.

En ningun caso se produjo pseudoartrosis en el segundo se produ - jo una fractura espontanea despues del cureteado del tumor muy - grande, pero esto fue a causa de haber recibido actinoterapia - con radium; y el debido tratamiento por medio de ferulas logro - la completa curación (3).

- 1).-Steinhard Gerhard. Tratado General de Odontocestomatologia. pp. 515-528 Tomo III Vol. 1. 1962.
- 2).-Geschickter Charles F. M.D. y Copeland Murray M.M.D. Tumores de Hueso. pp. 293-330, 354-359, 683, 684. Editorial Suescum Berrenechea, 1953.
- 3).-Fichler Hans. Trauner Richard. Cirugia Bucal Y de los Maxi - lares pp. 203-210. Editorial Labor, Tomo II. 1953.

C A P I T U L O V I I I

T R A T A M I E N T O

El tratamiento de elección del granuloma central de célula gigante es el cureteado o la extirpación quirúrgica con la remoción completa de la tumoración. Algunos autores como Alvarez Amézquita, Barajas Millán y colaboradores aconsejan obturar la cavidad resultante con injertos osteoperiosticos. O en algunas ocasiones cuando la lesión es de gran tamaño y no es posible conservar puentes óseos, lo indicado es la resección del segmento afectado seguida de la colocación de prótesis o injerto necesario. La intervención quirúrgica o cureteado es de resultados mas seguros que la radioterapia primaria en ciertas formas de éstas lesiones (1).

Segun Schinz los granulomas centrales de células gigantes ocupan un segundo lugar en lo relativo a su radiosensibilidad. Por esta razón se ampara esta forma de tratamiento en Suiza y Suecia y se considera como suficiente para su tratamiento. Sin embargo Hammer reporta que solo las formas juveniles responden a la irradiación, en tanto que las lesiones de periodos evolutivos mas avanzados se comportan como refractarios.

El tratamiento combinado (extirpación con técnica de legrado y eventualmente irradiación consecutiva) habitualmente se practica en Alemania por no estar justificada una actitud mas radical teniendo en cuenta su imagen histológica y la experiencia clínica (2).

-
- 1).-Alvarez Amézquita, Barajas E. Millán I. Montaña G. Manual De Cancerología Basica. pp. 33, 338-347. S.S.A. 1963.
 - 2).-Steinhard Gerhard. Tratado General De Odontostomatología. pp. 515-528. Tomo III Vol. I. 1962.

Por la tendencia a las recidivas algunos autores recomiendan también la electrocauterización del hueso subyacente. Pero existe el peligro de que la lesión inducida por la corriente -- pueda delimitarse con dificultad y aparezcan necrosis importantes; incluso pueden también resultar lesionados los dientes próximos dado que solo ha de coagularse superficialmente, deberían emplearse las menores intensidades de corriente necesaria. También la irradiación consecutiva con rads ha sido recomendada para prevenir las recidivas, sin embargo, solo tendrá éxito en los granulomas ricos en células, pero poco maduras.

Otra forma de tratamiento para las lesiones menos maduras pero tendentes a las recidivas, aconsejan el proceder radical; el hecho de necesitarse repetidos legrados con el peligro de -- una eventual malignización y las molestias que para el paciente suponen las repetidas intervenciones. Para tener en éste caso una orientación importante en cuanto al tratamiento correcto en el curso de la intervención, está indicada la biopsia previa o su modalidad transoperatoria; entonces sabremos con seguridad histológica si estamos ante formas maduras o bien formas inmaduras del tumor en la zona periférica del mismo. En el último de los casos podrá elegirse la extirpación por legrado, siempre -- que el tamaño y la situación del tumor granulomatoso lo permita en tanto que en el primer caso optaremos por la resección. Además debemos de tener en cuenta que los tejidos inmaduros son mas radiosensibles.

En cada caso habrá de emplearse la técnica quirúrgica más adecuada.

Con las posibilidades actuales de las técnicas plásticas -
podrán adoptarse medidas radicales ahí donde el éxito esté sal-
vaguardado mejor con ellas que con los métodos conservadores. -
(extirpación por legrado) Cuanto más nos inclinemos por la re-
sección, con eventual sustitución plástica en los casos indica-
dos, tantas menos recidivas podremos experimentar.

Se tiene una cierta predilección por los trasplantes óseos
los cuales, además, ahorran al paciente el defecto óseo transi-
torio. Como éste trasplante óseo descansa en las partes blandas
y solo mas tarde habra de fijarse, apenas nos vemos comprometidos
en lo relativo a las medidas quirúrgicas (1).

1).-Steinhard Gerhard. Tratado General De Odontostomatología.
pp. 515-528. Tomo III Vol. I. 1962.

C A S O C L I N I C O No. 1

GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES EN MANDIBULA

Paciente que se presenta al Departamento De Cirugía Buco - dentomaxilar del Hospital Juárez, en el mes de agosto de 1966, - acompañado de su madre, por medio de la cual se procede a elaborar el interrogatorio por las condiciones especiales del paciente.

Su nombre es M. R. G. de 18 años de edad, sexo masculino, - sin ocupación, soltero, con lugar de nacimiento y residencia en la Ciudad de México D. F. expediente No. 14605/66 de éste nosocomio. Sobre sus antecedentes hereditarios y familiares reporta la madre que es el producto de su tercer embarazo; ella dice tener en la actualidad 45 años de edad, el padre 47, y no padecer enfermedad alguna. Sus otros tres hijos son aparentemente normales y sanos. No existen antecedentes cardiovasculares, diabéticos, fímicos, luéticos, ni neoplásicos.

Su alimentación es deficiente en calidad y cantidad, impedida actualmente por la lesión que presenta. La habitación que ocupa carece de higiene y ventilación; su higiene personal es deficiente además de practicar el alcoholismo, tabaquismo y otras toxicomanías negativas. Sobre sus antecedentes patológicos personales, refiere la madre que padeció sarampión a la edad de 5 años, y tosferina a los 8; otras enfermedades no recuerda. Hace 13 años notó la detención del crecimiento de su hijo, razón por la cual lo llevo al Hospital Infantil; no le comunicaron la causa ni le instituyeron tratamiento alguno. No continuó asistiendo a consultas por falta de recursos económicos.

A la inspección se observa que se trata de un paciente del sexo masculino, de edad aparente menor a la que reportan; se le calculan de 5 a 6 años de edad corporal, aparentemente íntegro, mal conformado, con una estatura de aproximadamente un metro de altura, sin movimientos anormales y con reflejos presentes (figs 6 y 7).

No existen antecedentes quirúrgicos, traumáticos, alérgicos ni transfusionales. Su tensión arterial fue de 85/65; pulso de 100 x min. respiración de 24 x min. y temperatura de 36.5 -- grados centígrados.

Inició su padecimiento hace aproximadamente seis meses notando la madre la presencia de una "bolita" a nivel de la encía de los dientes anteriores inferiores; la coloración era rojiza, del tamaño de un "chicharo" sangrante y ligeramente dolorosa. Dicha lesión fue creciendo, notando que hace aproximadamente dos meses apareció una nueva "bolita" del lado derecho de la primera la cual también ha ido aumentando de volumen. Y actualmente le impide la masticación y le ocasiona apertura permanente de la boca.

A la exploración se observa una tumoración en región anterior de mandíbula, de aproximadamente diez centímetros de diámetro en cuyo margen derecho se advierte otra lesión de más o menos tres centímetros de diámetro, de forma irregular, que abarca lateralmente hasta la región de los premolares, hacia atrás parte del piso de la boca y hacia arriba alcanza a tocar la bóveda palatina lo que ocasiona la apertura constante de la cavidad oral, provocando sialorrea continua (figs. 1, 2 y 3).

La consistencia es dura, la coloración rojiza amarillenta,

Con gran cantidad de costras serohemáticas y sangrado abundante a la mínima irritación; se observa rechazamiento hacia atrás de la lengua, así como movilización de órganos dentarios. Los demás tejidos orales se encuentran en aparente buen estado pero se nota un completo abandono en lo que respecta a higiene. No existe adenopatía cervical. Se le ordenan análisis clínicos, observándose en ellos que existe un porcentaje de hemoglobina bajo; hematocrito bajo y una leucocitopenia. No se encontraron otros datos anormales.

En su estudio radiográfico se observa una lesión osteolítica de mandíbula, multiquística, con gran desplazamiento de órganos dentarios y que se extiende hasta el cuerpo mandibular a nivel de los premolares (figs. 4 y 5).

Se ordeno estudio radiográfico esquelético completo para descartar otros padecimientos y solo se encontro un megacolon (fig.8) Hecha la valoración completa se programa a intervención quirúrgica, pensando en un diagnóstico de osteosarcoma.

Durante el acto quirúrgico se observará abundante sangrado y ciertas características que hacen dudar el diagnóstico previo por lo que se procede a efectuar una biopsia transoperatoria, con resultado de granuloma central de células gigantes (fig. 9) por lo que de inmediato se cambia el plan de tratamiento y se efectúa resección de hueso mandibular anterior hasta el primer molar del lado izquierdo. Se coloca gasa de canalización y se cierra parte de la herida quirúrgica.

Se envía la masa tumoral al Departamento De Anatomía Patológica y el reporte confirma el diagnóstico transoperatorio.

La evolución fue aparentemente satisfactoria; notándose una recuperación general del paciente. Localmente se le fue retirando la canalización, observándose tejido de neoformación (fig 10). Se dio de alta al paciente, pero desgraciadamente no continuó asistiendo a control periódico, por lo que su rehabilitación completa quedó pendiente así como el tratamiento de su padecimiento general. (1)

(1) Asociación Dental Mexicana (A.D.M.)
caso clínico

P.P. 444-456 Vol. XXIX No. 6 Dic. 1976 M-exico, D.F.



Fig. 1.-Vista anterior del paciente con lesión tumoral de gran tamaño.



Fig. 2.-Vista lateral mostrando lesión que debido a su volumen le impide cerrar la boca.



Fig. 3.-Vista lateral mostrando las alteraciones locales que ocasiona una lesión tumoral de gran tamaño.



Fig. 4.-Vista radiográfica P.A.



Fig. 5.-Vista radiográfica lateral.



Fig. 6.-Vista anterior del paciente mostrando las alteraciones generales que presentaba.



Fig. 7.-Vista lateral mostrando alteraciones generales.



Fig. 8.-Vista radiográfica del megacolon.

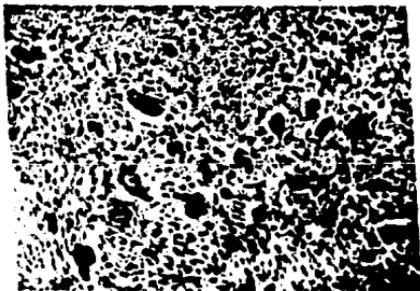


Fig. 9.-Vista microscópica del estudio anatomopatológico - donde el diagnóstico fue de granuloma central de células gigantes.



Fig. 10.-Vista postoperatoria del paciente.

C A S O C L I N I C O No. 2

GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES EN MANDIBULA

Paciente del sexo masculino de nombre M. A. F. de 16 años de edad (1), ambulante, conciente en sus tres esferas, aparentemente bien nutrido, con lugar de nacimiento en el Estado de Tamaulipas y residencia en México D. F.

Se presenta al Servicio De Cirugia Bucodentomaxilar del -- Hospital General del C. M. N. en abril de 1976 con historia de dos años de haber iniciado movilidad anormal del incisivo lateral inferior izquierdo, avulsión del mismo y aumento de volúmen en dicha región causado ésto por haber recibido un traumatismo.

A los tres meses de iniciada la movilidad dentaria, se observó una masa tumoral a nivel de proceso alveolar del mismo lado que fue creciendo lentamente hasta alcanzar un tamaño de 3 cms. de diámetro; con éste motivo acudio a su médico familiar, quien lo envió con diagnóstico de provable Ca. de encia.

Al examen físico, el paciente presenta una masa tumoral a nivel de proceso alveolar inferior izquierdo de 4 cms. de diámetro, de consistencia semidura, de color rojizo con areas amarillo palidas, de superficie rugosa e indolora a la palpacion y desplazamiento de canino y primer premolar inferiores izquierdos (fig. 1).

La radiografía oclusal y la lámina dura, no mostraron alteración ósea generalizada, solamente descalcificación local (fig. 2) con espacio quístico por destrucción ósea, pensándose en masa tumoral de tejidos blandos. La química sanguínea fue normal. Se procedió bajo anestesia general a la extirpación quirúrgica de dicha tumoración (fig. 3). Reportada poco después por el Departamento de Anatomía Patológica como granuloma central de células gigantes, caracterizándose por un estroma bastante celular con presencia de abundantes células gigantes dispuestas alrededor de vasos sanguíneos predominantemente, los cuales muestran eritrocitos y hemosiderina extravasada.

Se dio de alta al paciente citándose a revisiones periódicas en el transcurso de un año notándose una buena mejoría y evolución satisfactoria. (2).

-
- (1).- La Edad en la que se presenta la lesión es acorde a lo descrito por Austin L.T. et. al: Giant Cell Reparative Conditions Affecting the jawbones. Oral Surgery 12:1285, 1959
 - (2).- Asociación Dental Mexicana de lesiones de células gigantes en cavidad oral.
P.P. 382-384 Vol. XXIV No. 4 Julio-Agosto 1978 México, D.F.



Fig. 1.-La fotografía muestra presencia de masa tumoral y desplazamiento dental.



Fig. 2.-Se observan formaciones quísticas por destrucción ósea debido a infiltración tumoral.

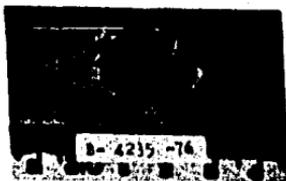


Fig. 3.-Figura macroscópica de la lesión después de su extirpación quirúrgica.

C A S O C L I N I C O No. 3

TUMOR PARDO DEL HIPERPARATIROIDISMO

Paciente del sexo femenino de 28 años de edad. Fue vista en su clínica de adscripción en marzo de 1975 con antecedente de haber iniciado su padecimiento en febrero del mismo año, ocho días después de una profilaxis dentaria. Se manifestó por una movilidad anormal del incisivo lateral inferior derecho y por la presencia de masa tumoral a ese nivel de 1 cm. de diámetro, no dolorosa, de color pardo rojizo, de consistencia semidura; esto se acompañó de polidipsia, poliuria, vómitos y náuseas frecuentes hipertermia y aumento de volumen en cuerpo de tiroides, por lo que recibió yodo por vía oral. La masa tumoral fue extirpada inmediatamente bajo anestesia local y un mes después recidivó por lo que nuevamente regresó a la clínica y fue remitida al Servicio de Cirugía Bucodentomaxilar del Hospital del C. M. N. con el diagnóstico de probable "Epulis".

En el examen físico se encontró a la paciente bien nutrida y aparentemente sana. Mostraba masa tumoral en región mandibular de 3 cms. de diámetro con áreas pardo rojizas que alternaban con rojo violáceas, de consistencia dura, rugosa e indolora de los signos vitales la tensión arterial fue de 140/90 y el resto normal. Las radiografías intraorales mostraron osteoporosis marcada y desaparición de la lámina dura; las extraorales no reportaron alteración ósea. Se extirpó dos veces más y de nuevo recidivó con intervalos de 3 meses con diagnóstico anatomopatológico de granuloma central de células gigantes.

Nuevamente reaparece por cuarta ocasión (fig. 1). Dudándose en ésta ocasión del diagnóstico se solicitó la determinación sérica de calcio resultando de 13, 14 y 17 mg² con intervalos de tres días; fósforo de 1.9 mg. fosfatasa alcalina de 320 Horn gestera (80 normal) y radiografías de lámina dura fueron compatibles con hiperparatiroidismo primario.

Se realizó gammagrama de tiroides y fue compatible con Bocio Nodular no tóxico. Posteriormente, el 31 de marzo de 1976 o sea un año después de su primera manifestación, se le realizó paratiroidectomía de la glándula superior derecha e inferior izquierda que median 2 x 2 x 1 cms. y 4 x 3 x 3 cms. respectivamente y reportadas por el Departamento de Anatomía Patológica como adenoma de paratiroides. Su evolución postoperatoria curso con hipocalcemia corregida con calcio endovenoso y lactato gluconato.

Se dió de alta al paciente en mayo de 1976 continuando con control periódico cada seis meses, notándose hasta la fecha una buena mejoría y evolución satisfactoria. (1)

(1).- Gaceta Médica de México
Contribución al Estudio de los Tumores de Células Gigantes.
P.P. 467-474 Vol. 113 No. 10 octubre de 1977 México, D.F.



Fig. 1.-Tumor Pardo recurrente 3 meses después de la 3a.-extirpación quirúrgica.- La fotografía muestra expansión mandibular en -- proceso alveolar.



Fig. 2.-Notese la Lamina Dura - alterada, en region de-premolares.

C A S O C L I N I C O No. 4

GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES DE RODILLA

L. H. M. Paciente del sexo femenino, de 24 años de edad. - Fue vista en consulta en el mes de febrero de 1976. Inició su padecimiento siete años antes, con dolor en la rodilla izquierda intermitente, que aumentaba con el ejercicio, la bipedestación y la marcha y disminuía con analgésicos y calor local. Unos meses después, notó un aumento de volúmen, a nivel y por encima de la rodilla el dolor se intensificó e hizo continuo. La tumoración fué creciendo lenta y continuamente hasta llegar a -- a impedir los movimientos de la rodilla y obligarla a usar muletas; al presentarse a consulta, el dolor era solo moderado.

Las radiografías pusieron de manifiesto una lesión de la rodilla izquierda, la que se encontro "soplada" con la cortical adelgazada. A la exploración se encontró una gran tumoración -- que tenía unos 20 cms. aproximadamente en su eje mayor, irregularmente redonda, dura y que impedía los movimientos de la articulación (fig. 1). Se hizo diagnostico de probable granuloma de células gigantes lo cual se comprobó histologicamente (fig. 2). Y se programó para su extirpación; ésta se llevó a cabo satisfactoriamente bajo anestesia general (fig. 3) y los extremos de femur y tibia se fijaron con un clavo de Küntscher y cemento -- para mantener el espacio, teniendo en mente que en segundo tiempo, podria lograrse la artrodesis con injertos tomados del otro miembro, o bien, colocar una prótesis de rodilla con tallo largo para fémur.

El miembro se inmovilizó además con una férula posterior - de yeso y tres semanas después se le permitió la deambulación - con muletas. Cinco meses después se le retiraron el clavo y el cemento y se le colocó una prótesis total de rodilla de bisagra (fig. 4) que un mes después le permitió movimiento de 0° a 80° de flexión; actualmente camina con una muleta y tiene un acortamiento de 30 Mm. en ese miembro que se compensa mediante una alza de corcho en el zapato.

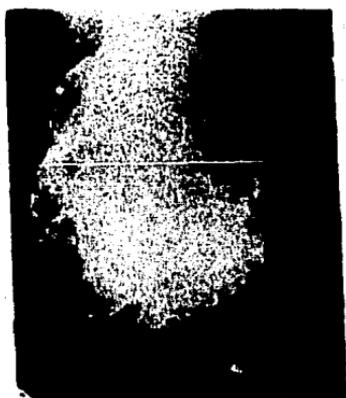


Fig. 1.-Gran tumor de la extremidad inferior del fémur, lítico, con aspecto típico de "burujas de jabón"; epifisis y metáfisis "so platan".

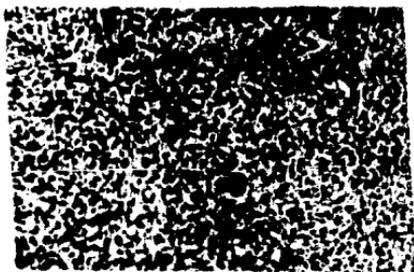


Fig. 2.-Necrosis extensa. El estroma es muy activo, pero sin mitosis.



Fig. 3.-Corte longitudinal del tumor.

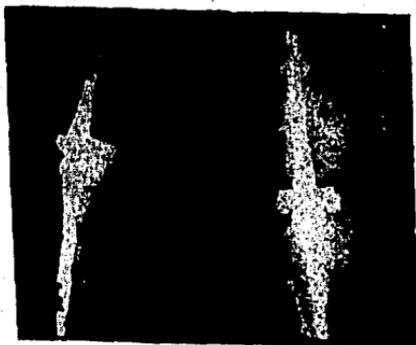


Fig. 4.-Prótesis total de rodilla, aún se observa el tubo de canalización.

C A S O C L I N I C O No. 5

GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES

Paciente del sexo femenino que se presenta a consulta al Departamento de Cirugia Bucodentomaxilar del Hospital Juarez, - el 6 de Octubre de 1978. Su nombre es C. R. R. de 10 años de edad, estudiante, soltera, con lugar de nacimiento y residencia en San Gerónimo Histapantango Estado de México, con expediente- No. 150283/78 de éste nosocomio.

Sobre sus antecedentes hereditarios y familiares reporta - que el padre tiene 48 años y es aparentemente sano, la madre 56 años y se sabe hipertensa desde hace 5 años y se encuentra en - tratamiento. Son doce hermanos uno de ellos de 14 años padece - cuadros epilépticos no tratados; viven en casa de adobe, con pi so de tierra, ventilación inadecuada, sin servicio de agua pota ble, drenaje ni luz eléctrica; su alimentación es sumamente de- ficiente con bajo aporte protéico.

Sobre sus antecedentes patológicos, no recuerda haber pade cido enfermedades ya que le fueron aplicadas todas las inmuniza ciones de la infancia, refiere haber recibido traumatismos en - la mandíbula hace aproximadamente cinco meses.

A la inspección se observa paciente del sexo femenino de - edad aparente a la cronológica, conciente, integra, sin facies- características, sin movimientos anormales, marcha sin altera - cion, mal conformada a expensas de asimetría de la cara, de con stitucion débil, bien orientada, craneo normocefálico, sin hun dimientos, ni exostosis, ojos con conjuntivas oculopalpebrales, normales, buena coloración,

y con buenas respuestas a los estímulos luminosos, apiñamiento de incisivos inferiores, no existen antecedentes alérgicos ni transfusionales, los signos vitales estuvieron dentro de lo normal y coopera para su estudio y tratamiento.

Inició su padecimiento 5 meses posteriores al traumatismo recibido en la mandíbula del lado izquierdo al parecer por un clavo, no lesionando la piel y no dejando solución de continuidad, refiere el paciente que hace aproximadamente 4 meses notó el crecimiento de una "bolita" a nivel de encía del lado izquierdo que no impedía su alimentación sino que únicamente sentía la sensación de cuerpo extraño en esa región, y que su crecimiento ha sido en forma insidiosa; no refiere otros datos de infecciones o síntomas agregados.

A la exploración se observa una tumoración de forma irregular de aproximadamente 3 cms. de diámetro a nivel de incisivo lateral a primer premolar inferiores izquierdos, con extensión vestibular y lingual de 2 x 2 cms. de color rojizo con zonas amarillo pálidas, punteado y de consistencia semidura, unibediculada, no desplazable, de paredes rugosas, no dolorosa y sangrante a la mínima irritación, se observa movilidad de órganos dentarios y existe abandono total de higiene bucal; el cuello se observa sin alteraciones, torax de forma y volumen normal, con movimientos respiratorios de buena amplitud y frecuencia, extremidades superiores e inferiores sin alteraciones aparentes, no se auscultaron fenómenos agregados.

Se le ordenaron análisis clínicos, observándose en ellos una disminución respecto de las cantidades normales de las células formadoras de la sangre.

El estudio radiográfico mostró, lámina dura alterada, se observó una zona limitante radiopaca bien definida, desplazamiento de órganos dentarios y el aspecto característico de "panal - de abejas o burbujas de jabon", así como adelgazamiento de las tablas óseas.

Hecha la valoración es programada a intervención quirúrgica una semana después, teniendo en mente un diagnóstico de presunción de granuloma central de células gigantes, sin descartar la posibilidad de que pudiera tratarse de un tumor del hiperparatiroidismo u otra lesión semejante.

El diagnóstico se corroboró con la biopsia, procediéndose a hacer la extirpación total del mismo; la evolución postoperatoria fue satisfactoria notándose una recuperación general del paciente, - dos semanas después se dio de alta y se le citó periódicamente a revisión y para descartar una posible recidiva.

CONCLUSIONES

- 1.- Las lesiones de células gigantes de la cavidad oral, especialmente el tumor pardo del hiperparatiroidismo y el granuloma central, son indistinguibles por microscopía de luz y electrónica y básicamente están constituidas por células gigantes que asientan en una matriz de células de estirpe fibroblástica que circunscriben a las células gigantes dispuestas predominantemente alrededor de vasos sanguíneos, los cuales muestran eritrocitos y hemosiderina extravasada, pudiendo inferirse, que quizás estos globulos rojos y la hemosiderina extravasada producen una reacción granulomatosa que constituyen estas lesiones.
- 2.- El granuloma central de células gigantes es una lesión benigna, que se presenta con mayor frecuencia en mandíbula, en ambos sexos y a una edad menor de veinticinco años.
- 3.- Su etiología es desconocida, atribuyendo al factor traumático un papel desencadenante sobre un terreno predisponente.
- 4.- Clínicamente se observa aumento de volumen de los maxilares de crecimiento relativamente lento, con dolor ocasional, con o sin alteraciones de las condiciones de los órganos dentarios.
- 5.- Todas sus características son parecidas a las de tipo inflamatorio.
- 6.- Radiográficamente debe identificarse de las lesiones quísticas (ameloblastoma, quiste óseo aneurismático) del granuloma eosinófilo, mieloma múltiple, principalmente del mixoma y de los tumores pardos del hiperparatiroidismo en que:

Su apariencia radiográfica es de una zona osteolítica semejante a "pompas de jabon" o "panal de abejas".

- 7.- Histopatológicamente presenta gran número de células gigantes, aunque en menor cantidad que el verdadero tumor; multinucleadas, sobre un estroma celular, con presencia de células redondas y fusiformes. Notandose que en el verdadero tumor existe predominancia de células redondas con citoplasma fuertemente acidófilo y concentración mayor de cromatina en sus núcleos. El estroma está abundantemente vascularizado.
- 8.- Tiende a recidivar después de la extirpación, pero no da metástasis ni se maligniza*
- 9.- Para el diagnóstico diferencial debemos de tener en mente - el tumor verdadero de células gigantes de huesos en el cual la distribución de éstas células es difusa y no alrededor - de vasos sanguíneos y el estroma es mas compacto y celular; no hay globulos rojos extravasados ni hemosiderina; además - existe en un 50% de casos, formación de osteoide y clínicamente se presenta excepcionalmente en mandíbula, predominando en huesos largos a nivel epifisiario.
- 10.- El tratamiento de elección del granuloma central de células gigantes es el quirúrgico con curetaje o legrado de la lesión. Dicho curetaje debera hacerse completo, evitandose -- normalmente con ésto las recidivas.
- 11.- Con todo lo anteriormente dicho se concluye, que, en muchos casos es difícil sino imposible desde el punto de vista histológico diferenciar lesiones de células gigantes en cavidad oral.

De tal manera que para su diagnóstico, éstas lesiones dependen fundamentalmente de hallazgos clínicos, radiográficos, quirúrgicos, de laboratorio y de anatomía patológica.

- *).-Cuando hay recidivas frecuentes y la terapia es inadecuada, debera mantenerse a la expectativa de una malignización de la lesión.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alvarez Amézquita, Barajas E. Millan I. Montañó G.
Manual de Cancerología Básica, S. S. A.
pp. 33,338-347. México D. F. 1963.
- 2.- Bhaskar S. N. B. D. S. M. S. Phd.
Patología Bucal.
pp. 50,202-204.
Editorial El Ateneo, Segunda Edición, 1977.
Buenos Aires, Argentina.
- 3.- Bernier Joseph, D. D. S. M. S. F. D. S. R. C. S.
Tratamiento de las Enfermedades Orales.
pp. 688,691,692,694,714,715.
Editorial Omeba, Segunda Edición, 1959.
Buenos Aires, Argentina.
- 4.- Geschickter Charles F. M. D. y Copeland Murray M.M.D.
Tumores de Hueso.
pp. 293-330,354-359,683,684.
Editorial Suescum Berrenechea, 1953.
Primera Versión Castellana de la Tercera Edición Inglesa.
Buenos Aires Argentina.
- 5.- Kruger O. Gustav.
Tratado de Cirugía Oral.
pp. 488,489. Editorial Interamericana, Primera Edición
Mexico D. F. 1960.

- 6.- Olgilvie Robertson F.
Histopatología, pp. 85-87.
Editorial Interamericana, Quinta Edición, 1960.
Buenos Aires, Argentina.
- 7.- Pichler Hans, Trauner Richard.
Cirugía Bucal y de los Maxilares.
pp. 203-210 Editorial Labor, Tomo II, 1953.
México D. F.
- 8.- Rossi Ernesto.
Tumores de los Maxilares.
pp. 25-64. Editorial La Médica
- 9.- Steinhard Gerhard.
Tratado General De Odontocestomatología.
pp. 515-528. Tomo III, Vol. I, 1962.
- 10.- Thoma K. H. Robinson H. B. G.
Patología Oral.
pp. 456-459, 502-506.
Editorial Salvat, Sexta Edición, 1973.
Barcelona, España.
- 11.- Tietze Richard, Stuteville Orion, Calandra Joseph.
Fisiopatología Bucal.
pp. 83, 84, 338-340. Primera Edición, 1960.
Editorial Interamericana.
Buenos Aires, Argentina.

- 12.- Torres Moreno Daniel.
Tumores de Células Gigantes.
pp. 21-25, Tesis Profesional, 1962.
México D. F.
- 13.- Velázquez Tomás.
Anatomía Patológica Dental y Bucal.
pp. 284,285. La Prensa Médica Mexicana, 1966.
México D. F.
- 14.- J. F. Colyer, K. B. E., P. R. C. S., L. D. S.
Patología Clínica y Odontológica.
pp. 522,523.
Editorial Pubul, Quinta Edición, 1930.
Barcelona, España.
- 15.- Hamilton B. G. Robinson.
Odontología Clínica de Norteamérica.
pp. 101,102. Editorial Mundi, Vol. III, 1959.
Buenos Aires, Argentina.
- 16.- William G. Shafer. M. K. H. B. M. L.
Tratado de Patología Bucal.
pp. 132-138.
Editorial Interamericana, Tercera Edición, 1977.
Buenos Aires, Argentina.
- 17.- Edward V. Zegarelli.
Diagnóstico en Patología Oral.
pp. 184,185, Editorial Salvat, Primera Edición, 1974
Barcelona, España.

R E V I S T A S

18.- Gaceta Médica De México.

Contribución al estudio de los tumores de células gigantes.

Pp. 467-474. vol. 113 No. 10 Octubre de 1977.

México, D. F.

19.- Asociación Dental Mexicana. (A. D. M.)

Dificultad diagnóstica de lesiones de células gigantes en cavidad oral.

pp. 382-384. vol. XXXV No. 4 Julio-Agosto de 1978.

México, D. F.

20.- Asociación Dental Mexicana. (A. D. M.)

Caso Clínico.

pp. 444-456. vol. XXIX No. 6 Nov.-Dic. de 1972.

México, D. F.