



CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesión nodular en encía de rápido crecimiento

A Rapidly Growing Gingival Nodule

Historia clínica

Varón de 34 años sin antecedentes médicos de interés que acude a Urgencias por una tumoración ligeramente dolorosa y con sangrado ocasional en la encía inferior. Presentó una periodontitis en el molar adyacente dos meses antes, tratada con antibioterapia oral (amoxicilina-ácido clavulánico), tras lo cual se formó la lesión. Niega haber tenido fiebre, la ingesta de algún medicamento previamente e intervenciones quirúrgicas en la zona.

Exploración física

En la encía inferior, adyacente al segundo molar derecho, presenta una lesión tumoral, eritematoviolácea, de consistencia firme de unos 20mm de diámetro (fig. 1). No se aprecian otras alteraciones en la cavidad oral.

Histopatología

El estudio histológico revela una mucosa gingival revestida por un epitelio escamoso estratificado sin alteraciones relevantes. El corion se encuentra ocupado en su totalidad por un infiltrado inflamatorio caracterizado por un estroma conectivo que contiene numerosas células gigantes multinucleadas de tipo osteoclástico, células mesenquimales



Figura 1

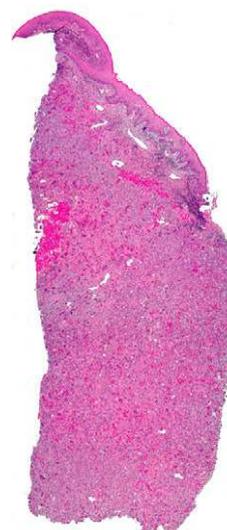


Figura 2 Hematoxilina-eosina x20.

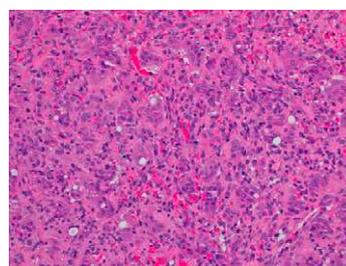


Figura 3 Hematoxilina-eosina x200.

inmaduras y leve infiltrado predominantemente mononuclear. También se observan abundantes capilares con focos de extravasación hemática y depósitos de hemosiderina (figs. 2 y 3).

Exploraciones complementarias

La ortopantomografía realizada no mostró alteraciones óseas subyacentes. En la analítica no se objetivaron alteraciones significativas en el hemograma, como tampoco se observaron en la bioquímica, en las hormonas tiroideas ni en las paratiroideas.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Granuloma periférico de células gigantes.

Evolución

La lesión fue extirpada por el Servicio de Cirugía Maxilofacial y el paciente continúa asintomático 6 meses después.

Comentarios

En 1953 Jaffe utilizó por primera vez el término “granuloma reparativo de células gigantes”¹ para definir lesiones tumorales de comportamiento benigno, “reactivo” y distinguirlas de los tumores de células gigantes que aparecen en las metáfisis de los huesos largos, y cuyo comportamiento es más agresivo, con capacidad incluso de metastatizar en un 2% de los casos. El granuloma periférico de células gigantes (GPCG), épuli de células gigantes o granuloma reparativo de células gigantes que aparece en la cavidad oral consiste en una tumoración gingival eritematoviolácea, adyacente al hueso, de superficie lisa y que crece rápidamente. Se origina normalmente en la mucosa mandibular, aunque puede también aparecer en la zona maxilar, y se han dado casos excepcionales en otras localizaciones, como la mucosa nasal². Se trata de una enfermedad poco frecuente que afecta más frecuentemente a varones menores de 30 años y es excepcional en los niños³, aunque también se ha descrito en ancianos en relación con el roce de la prótesis dental⁴. Se postula que el origen de estas lesiones pueda ser reactivo a una infección, traumatismo o a un roce permanente^{1,3,4}.

Clínicamente el diagnóstico diferencial debemos realizarlo con un granuloma piogénico, aunque este es de consistencia más blanda y presenta mayor sangrado, con un fibroma por irritación, aunque su localización no es sólo en la encía, sino también en la mucosa yugal o en los labios y su crecimiento es más lento, o con una malformación venosa de la cavidad oral, aunque ésta suele estar presente desde edades tempranas.

Histológicamente se caracteriza por células gigantes multinucleadas de tipo osteoclástico rodeadas de un infiltrado inflamatorio en el estroma, por lo que el diagnóstico diferencial debe realizarse con el granuloma central de células gigantes (GCCG), que presenta las mismas características histológicas y únicamente se diferencia en que este último afecta al hueso subyacente, visualizándose un área radiolúcida en la ortopantomografía^{1,5}. Otra lesión similar es el tumor pardo del hiperparatiroidismo, por lo que se deben determinar los valores de calcio, fósforo y hormona paratiroidea en estos pacientes¹.

Respecto al tratamiento el más empleado es la cirugía, con buenos resultados, pero con algunas recidivas^{1,5,6}. Las terapias médicas han sido publicadas de forma anecdótica o como serie de casos, y sobre todo en relación con el GCCG. La inyección intralesional de corticoides suele disminuir la lesión⁶. La calcitonina oral o intranasal se ha empleado con excelentes resultados⁶. Otras terapias son interferón α , imatinib o una combinación de ambos. Sin embargo, no existen estudios comparativos entre los distintos tratamientos para determinar si alguno es tan eficaz como la extirpación quirúrgica⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gándara JM, Pacheco JL, Gándara P, Blanco A, García A, Madriñán P, et al. Granuloma periférico de células gigantes. Revisión de 13 casos clínicos. *MedOral*. 2002;7:254–9.
- Mohammadi S, Hassannia F. Giant cell reparative granuloma of nasal cavity, a case report. *J Craniomaxillofac Surg*. 2010;38:145–7.
- Grand E, Burgener E, Samson J, Lombardi T. Post-traumatic development of a peripheral giant cell granuloma in a child. *Dent Traumatol*. 2008;24:124–6.
- Etoz OA, Demirbas AE, Bulbul M, Akay E. The peripheral giant cell granuloma in edentulous patients: report of three unique cases. *Eur J Dent*. 2010;4:329–33.
- Mighell AJ, Robinson PA, Hume WJ. Peripheral giant cell granuloma: a clinical study of 77 cases from 62 patients, and literature review. *Oral Dis*. 1995;1:12–9.
- Biblioteca Cochrane Plus 2009, Número 4. [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2009 [consultado el 14 de octubre de 2010]. Suárez-Roa ML, Reveiz L, Ruiz-Godoy Rivera LM, Asbun-Bojalil J, Dávila-Serapio JE, Menjivar-Rubio AH, et al. Intervenciones para el tratamiento del granuloma central de células gigantes (GCCG) de los maxilares. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Citado en Cochrane Library CD007404.

A. Nuño-González^{a,*}, F.J. Vicente-Martín^a y F.J. Salamanca-Santamaría^b

^a *Unidad de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España*

^b *Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anuno@fhalcorcon.es (A. Nuño-González).