

CASOS CLÍNICOS

Tumor mandibular de células gigantes

Drs. ALFONSO AGUIRRE M, M LORETO VENT C

Servicio y Cátedra de Cirugía. Hospital "Eduardo Pereira", Universidad de Valparaíso, Valparaíso

RESUMEN

Los tumores mandibulares centrales de células gigantes o "lesiones centrales de células gigantes" son de rara ocurrencia y se presentan, preferentemente, en la zona central de la mandíbula. Afectan mayormente a mujeres que a hombres (3 a 2) y a grupos de edad por debajo de los 40 años, con una media de 20 años. La terminología usada para definir este tumor es variada lo que se debe a su compleja naturaleza histológica. Se presenta el caso de una paciente de 80 años con un tumor central de la mandíbula de grandes proporciones (22 cm) y de 40 años de evolución, tratada quirúrgicamente con buen resultado y sin recidiva en control alejado a 4 años plazo.

PALABRAS CLAVES: *Tumores mandibulares, mandíbula*

SUMMARY

Central giant cell lesions of the jaws or giant cell reparative granuloma of the jaws are infrequent and occur mainly in women under 40 years of age. The lesion is known by different names according to its varied histologic nature. We report the case of an 80-year-old female with a giant central tumor of the jaws present for 40 years prior to the treatment. She underwent successful surgical treatment with no recurrence after 4 years of follow up.

KEY WORDS: *Jaw tumors, mandible*

INTRODUCCIÓN

El tumor mandibular de células gigantes es una lesión de rara ocurrencia anecdóticamente reportada en la literatura.¹

El caso que se refiere es el de una paciente de 80 años con un tumor central de la mandíbula de grandes proporciones, tratado quirúrgicamente y controlada por 4 años, encontrándose en buenas condiciones a la fecha de esta presentación.

CASO CLÍNICO

Paciente de 80 años que presenta masa mandibular central de gran volumen, cuyo eje mayor alcanza aproximadamente 22 cm. La masa

protruye hacia el piso de la boca en donde se aprecian múltiples y pequeñas úlceras sangrantes. La paciente tiene serias dificultades para la alimentación y severa dislalia (Figura 1).

La masa descrita ha evolucionado por 40 años, progresivamente, provocando una deformidad ostensible que llega finalmente a un aspecto grotesco que invalida socialmente a la paciente y la hace vivir reclusa (Figura 2).

En el examen físico se constata una paciente con estado nutritivo deteriorado y en regulares condiciones generales.

El examen cardiovascular y pulmonar es normal para la edad de la enferma. Los exámenes de laboratorio, electrocardiográfico y de función pulmonar se encuentran también en rango normal.



Figura 1.



Figura 2.

La masa mandibular descrita es moderadamente sensible a la palpación y no existen adenopatías cervicales palpables.

El examen radiográfico de la mandíbula demuestra destrucción ósea en toda su parte central con loculaciones y compromiso de la cortical, imagen característica en este tipo de tumores.

Una antigua biopsia local de la lesión tomada 9 años antes por vía oral, ya había diagnosticado granuloma reparativo de células gigantes mandibular. Se estudia, en esa época, posibilidad de hiperparatiroidismo que se descarta a través de radiografías óseas, calcemias seriadas y medición de fosfatasas alcalinas.

La lesión continúa evolucionando y creciendo hasta alcanzar el tamaño indicado anteriormente. En estas condiciones dada las severas limitaciones funcionales que provoca la masa y que amenazan la vida de la paciente, se decide el tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se efectúa incisión medial de labio y piel que

recubre el tumor hasta región suprahiodea. Otra incisión suprahiodea transversal permite desplazar colgajos músculos cutáneos y exponer la gran masa tumoral central de la mandíbula hasta ramas mandibulares de aspecto sano. Se efectúa resección en *block* del tumor y se reconstituye sin dificultad el piso de la boca y el plano músculo cutáneo de labio inferior, mentón y región submentoniana.

No se intenta reconstrucción mandibular por la edad de la paciente, la infección local existente y la mala calidad del hueso en los márgenes de resección.

La evolución postoperatoria es satisfactoria y, pese a la falta de la parte central de la mandíbula, se consigue una rehabilitación cosmética y funcional razonablemente buena. La paciente se alimenta y deglute sin dificultad y su estado actual es satisfactorio (Figura 3).

El diagnóstico histológico de la pieza operatoria indica "Granuloma central de células gigantes". Los hallazgos histológicos corresponden a los distintos componentes celulares que se detallarán más adelante.



Figura 3.

DISCUSIÓN

El tumor central de la mandíbula es una lesión infrecuente que ha sido anecdóticamente reportada en la literatura desde su descripción por Jaffe en 1953.²

Se trata de una lesión osteolítica de agresividad variable que afecta preferentemente la mandíbula y más raramente la maxila. La definición incluye tanto lesiones asintomáticas descubiertas con ocasión de radiografías dentales, que se pueden solucionar con simple curetaje, como también grandes lesiones destructivas y agresivas, frecuentemente recurrentes, capaces de destruir las placas corticales del hueso.

La variada terminología que se aplica nace de la contraposición de conceptos sobre la naturaleza reactiva o neoplásica del tumor, de si lo segundo sucede a lo primero o si se trata de dos entidades distintas. En este último caso se aduce el parecido histológico de esta lesión con el de las células gigantes de tumores extra mandibulares como el osteoclastoma.

Lo de gigante deriva de la presencia de grandes células multinucleares que caracterizan la lesión y lo de granuloma alude a una población heterogénea y abundante de células fibrocíticas y osteoblásticas. La lesión, sin embargo, no parece ser el proceso reparativo de ningún evento destructivo ni cumple con los criterios histológicos requeridos para un proceso granulomatoso. Ello ha llevado a la propuesta reciente de renombrar esta lesión como "lesión central de células gigantes".

Clínica

Afecta a un amplio grupo etario con una media de 20 años. Muchos pacientes tienen la lesión antes de los 30 años. La proporción mujer/hombre es de 3 a 2. Se compromete dos veces más frecuentemente la mandíbula que el maxilar.

Como se ha dicho, la presentación puede ser la de una pequeña lesión asintomática o la de un crecimiento progresivo que se evidencia por masa inflamatoria, parestesias y alteraciones radiológicas características.

Radiología

La exploración radiológica demuestra lesiones pequeñas radiolúcidas bien circunscritas, no expansivas ni erosivas. En las lesiones mayores hay multiloculación, destrucción de los corticales, reabsorción de raíces dentales (40%), desplazamiento de dientes y perforaciones corticales tanto radiológicas como histológicas, que son indicativas de mayor índice de recurrencia.^{5,6} (Figura 4).

Hallazgos patológicos

El tumor de células gigantes se caracteriza por extensa proliferación fibroblástica en medio de estroma colágeno y de sustancia mixoide con nidos de células de tipo osteoclasto.^{1,2,3} Se observan células gigantes dispersas multinucleadas. Hay mitosis presentes, depósitos locales de hemosiderina indicativos de hemorragia intralesional. También se pueden observar espículas óseas, similares al tejido óseo reactivo calloso.

En los casos más agresivos las células gigantes están más parejamente distribuidas y son más grandes, con mayores núcleos que las de variedad

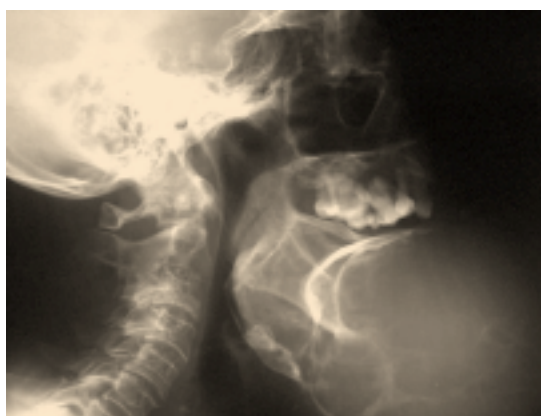


Figura 4.

menos agresivas. Todo este aspecto semeja al de las lesiones de células gigantes óseas extramandibulares (Figura 5).

Las células gigantes cultivadas *in vitro* y mediante estudios inmunquímicos se han definido como osteoclastos, capaces de digerir sustrato óseo en cultivos de tejido, actividad inhibida por la calcitonina.

La patogénesis del tumor no está bien definida y se ha sugerido que corresponde a una reacción granulomatosa reparativa consecuyente a hemorragia intraósea, post traumática. El antecedente traumático, sin embargo, no es siempre referido por los pacientes. Se ha atribuido también a infecciones crónicas, pero existe mayor consenso en que es una lesión reactiva propiamente tal.

El diagnóstico diferencial incluye el quiste óseo aneurismático, la displasia fibrosa, el tumor óseo de células gigantes, el fibroma no osteogénico, el querubinismo y el tumor pardo del hiperparatiroidismo. El sexo femenino, las características radiológicas y la ubicación de la parte central de la mandíbula, son elementos que ayudan a la definición diagnóstica entre las entidades mencionadas.^{2,4,5}

El tratamiento es quirúrgico y puede consistir en simples curetajos en lesiones pequeñas hasta las grandes resecciones, como en el caso presente, que deben ser completas a fin de evitar las recidivas, que no son infrecuentes.^{1,5}

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil C, Badell C y cols: Lesión de células gigantes de la maxila y antro maxilar izquierdo. Acta Otorrinolaringológica 2001; 13: 1.
2. Jaffe HL: The giant cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibro-osseous) dysplasia of the jawbones. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1953; 6: 159.
3. Waldrom CA, Shafer WG: The giant cell reparative granuloma of the jaws: an analysis of 38 cases. Am J Clin Pathol 1966; 45: 437-7.
4. Chuong R, Kaban L, Kozakewich H, Pérez-Atayde A: Central giant cell lesions of the jaws: a clinicopathologic study. J Oral Maxillofac Surg 1986; 44: 708-13.
5. Eisenbud L, Stem M, Tothberg M, Sachs S: Giant cell granuloma of the jaws: experience in management of thirty-seven cases. J Oral Maxillofac Surg 1988; 46: 376-84.
6. Whitaker SB, Waldron CA: Central giant cell lesions of the jaws. A Clinical radiologic and histopatologic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993; 75: 199-208.

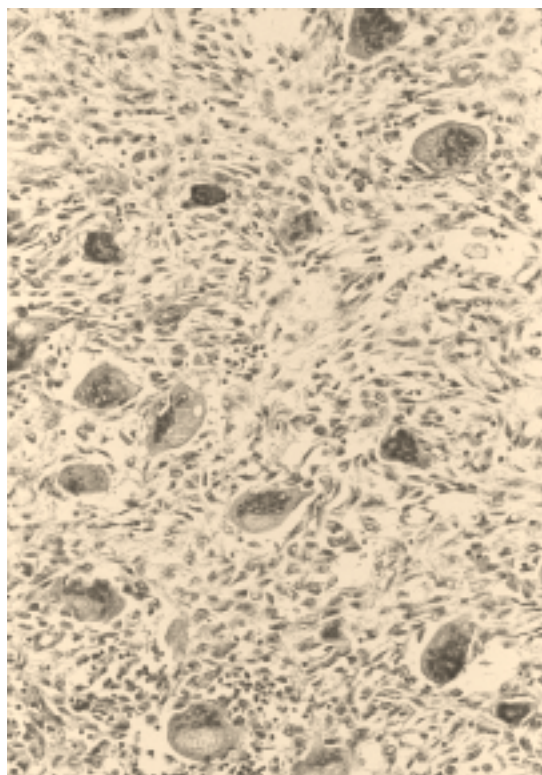


Figura 5.