

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentación de una paciente con granuloma periférico de células gigantes

Presentation of a Patient with Peripheral Giant Cell Granuloma

Sara Milagros Rodríguez Tamayo¹, David Vázquez Isla², Leanet Pérez Vera³, Adis Mirtha Reyna Leyva⁴

1. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de Primer Grado en Periodoncia. Instructor. Policlínico Universitario Cesar Fonet Fruto. Banes. Holguín. Cuba.

2. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. Asistente. Policlínico Universitario Cesar Fonet Fruto. Banes. Holguín. Cuba.

3. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Instructor. Policlínico Universitario Cesar Fonet Fruto. Banes. Holguín. Cuba.

4. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Asistente. Clínica Estomatológica Docente 26 de Julio. Banes. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se presentó una paciente femenina de 37 años de edad, sin antecedentes generales de interés, con hábito de onicofagia desde la niñez, que presentaba aumento de volumen localizado en la papila interdientaria entre incisivo lateral y canino maxilar derecho, de aproximadamente dos años de evolución, que le ocasionaba molestias y sangramiento durante el cepillado dentogingival. La lesión se presentó con aspecto de una pieza dentaria, de coloración rosa a rojo, superficie lisa, base sésil, no doloroso a la palpación, rebasaba el borde incisal, sin interferir con la oclusión y sobrepasaba el ancho vestíbulo lingual de los dientes contiguos en aproximadamente dos milímetros. Radiográficamente se observó reabsorción superficial de la cresta del tabique interdientario entre ambos dientes y espaciamiento del trabeculado óseo. Se realizó la escisión

quirúrgica y posterior examen anatomopatológico, el cual confirmó la presencia de granuloma periférico gigante celular completamente resecado, lo cual corroboró el diagnóstico presuntivo. Se apreció una satisfactoria evolución postquirúrgica.

Palabras clave: granuloma periférico de células gigantes, hiperplasia, enfermedades de las encías.

ABSTRACT

A female patient of 37 years old with no history of general interest, nail biting habit from childhood, which had increased volume within the interdental papilla between lateral incisor and maxillary right canine about two years of evolution was presented, which caused discomfort and bleeding during dentogingival brushing. The lesion appeared with appearance of a tooth, pink color to red, smooth, sessile base, not painful on palpation, exceeded the incisal margin, without interfering with the occlusion and surpassing the broad lingual hall of the contiguous teeth in approximately two millimeters. The radiographic exam evidenced superficial reabsorption of the crest of the interdental partition between both teeth and bone-like spacing of the trabeculate. The lesion was eliminated by surgical excision. The histologic test confirmed the presence of peripheral giant cell granuloma completely eliminated. A satisfactory post-surgical evolution was observed.

Keywords: peripheral giant cell granuloma, hyperplasia, gingival diseases.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones proliferativas benignas de la cavidad bucal forman un grupo heterogéneo de alteraciones, cuya característica común es su aparición en forma de aumento de volumen, se encuentran dentro de las enfermedades que más afectan al complejo bucal¹. El granuloma periférico de células gigantes (GPCG) es una lesión de tejido blando no neoplásica ocasionada por traumatismo o irritación crónica local, que a diferencia de otras similares está más profundamente situada en el ligamento periodontal o en el mucoperiostio y es posible encontrar reabsorción del hueso subyacente². Una de las lesiones proliferativas de células gigantes que más frecuentemente afecta a los maxilares es el GPCG³. Se ha considerado como una hiperplasia reactiva de la mucosa bucal que corresponde a una reparación exuberante de los tejidos; benigna, de origen vascular, de carácter inflamatorio crónico, que se asienta en los tejidos gingivales^{4, 5}.

Ciertamente la causa no se conoce^{3,4}, se cree que se produce como respuesta a una irritación local o trauma, oclusión traumática, implantes dentales, mala higiene bucal, obturaciones desbordantes, prótesis mal ajustadas, infección crónica^{6,7}, el cálculo, la placa bacteriana, cirugía periodontal¹, alguna injuria provocada por otra alteración como un mucocele, exodoncias complicadas o sus posibles consecuencias².

Otros posibles factores etiológicos que se relacionan con este padecimiento son el hiperestrogenismo, el hiperparatiroidismo primario, el hipertiroidismo, la neutropenia y el traumatismo agudo⁶.

Desde el punto de vista clínico las lesiones de células gigantes fueron clasificadas por Chuong y Kaban en lesiones agresivas y no agresivas. Estas últimas se caracterizan por ser la mayoría de los casos, asintomáticas o presentar síntomas mínimos, de crecimiento lento, no producir rizólisis o perforación de las corticales óseas y no presentar tendencia a la recurrencia luego del tratamiento quirúrgico⁷. Clínicamente se presenta como una lesión pediculada o sésil, tumor nodular o polipoide, de superficie lisa, brillante, o lobulillada, su color varía desde rojo a rojo púrpura, la consistencia es variable, suele ser blanda, suave, gomosa o firme⁵.

Aparece como un pequeño aumento de volumen llegando a alcanzar en su evolución hasta 2 centímetros de diámetro, puede involucrar uno o más dientes extendiéndose mediante la penetración de la membrana periodontal². En algunos casos el GPCG de la encía tiene capacidad invasora local y produce destrucción del hueso alveolar subyacente llegando a provocar incluso desplazamiento y movilidad de las piezas dentarias³.

Histopatológicamente se caracteriza por presentar un epitelio escamoso estratificado que puede o no estar queratinizado, con un tejido conectivo fibroso donde se observan células gigantes multinucleadas que semejan osteoclastos con abundantes capilares, frecuentemente localizados en la periferia de la lesión, además hay infiltrado inflamatorio de células polimorfonucleares y células plasmáticas, ocasionalmente pequeñas cantidades de hueso neoformado se hacen evidentes en estas lesiones⁶.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 37 años de edad, de la raza mestiza, sin antecedentes generales de interés, con hábito de onicofagia desde la niñez; que acudió por presentar aumento de volumen localizado en la papila interdentaria entre incisivo lateral y canino derecho maxilar, de aproximadamente dos años de evolución, que le ocasionaba molestias y sangramiento durante el cepillado dentogingival.

Examen físico intrabucal: permitió corroborar dicho aumento de volumen, ubicado en la papila interdientaria entre los dientes 12 y 13, el cual provocó la separación de estos. Se presentó con aspecto de una pieza dentaria, de coloración rosa a rojo, superficie lisa, base sésil, no doloroso a la palpación, que rebasaba el borde incisal sin interferir con la oclusión y sobrepasaba el ancho vestíbulo lingual de los dientes contiguos en aproximadamente dos milímetros ([fig. 1](#)).



Fig.1. Lesión exofítica

En la radiografía periapical se observó reabsorción superficial de la cresta del tabique interdentario entre ambos dientes y espaciamiento del trabeculado óseo ([fig. 2](#)).



Fig. 2. Rx periapical con reabsorción ósea

Los análisis complementarios de laboratorio realizados arrojaron resultados normales. Existen otras afecciones que asientan en la encía con las cuales era preciso realizar diagnóstico diferencial, tales como: granuloma piógeno, fibroma de células gigantes, hemangiomas, absceso gingival; por lo que se procedió a la escisión quirúrgica de la lesión. El estudio anatomopatológico

corroboró el diagnóstico presuntivo de GPCG que permitió establecer el diagnóstico definitivo. Se apreció una satisfactoria evolución postquirúrgica ([fig. 3](#)).



Fig. 3. Evolución satisfactoria postoperatoria

DISCUSIÓN

El GPCG no es una verdadera neoplasia, sino una reacción hiperplásica causada por un daño local o trauma crónico que se desarrolla únicamente en la cavidad oral. El presente caso coincidió con lo planteado en la mayoría de los estudios en cuanto a edad, ya que muchos autores concluyen que tiene mayor incidencia entre la tercera y cuarta décadas de vida. En relación con la localización se plantea que son discretamente más frecuentes en la mandíbula, existen divergencias en cuanto a su ubicación en encía papilar, marginal o rebordes edéntulos, en este caso se localizó en el maxilar entre lateral y canino derecho.

También se plantea que puede presentarse afección ósea, del ligamento periodontal o de los dientes involucrados, en esta paciente se evidenció radiográficamente una reabsorción superficial de la cresta en el hueso interdental, produciéndose separación de los dientes comprometidos.

A diferencia de lo planteado en la literatura la paciente no presentaba factores de riesgo, ni acumuladores de placa como tártaro supra o subgingival en el área de la lesión, sin embargo, puede considerarse como un factor estrechamente relacionado a la aparición de esta lesión la práctica del hábito de onicofagia, capaz de proporcionar un estímulo lesivo de forma intermitente; lo que explica que el crecimiento de la lesión no fuera tan acelerado en un período de dos años, si

se tiene en cuenta que el potencial de crecimiento de estas lesiones puede tener diferentes patrones evolutivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barceló López K, Delgado Fernández R, Rodríguez Soto A. Lesiones proliferativas más frecuentes del complejo bucomaxilofacial. Rev Cubana Estomatol. 2013 [citado 15 ago 2014]; 50(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000200008&lng=es
2. Santana Garay JC. Neoplasias benignas del Complejo Bucal. En: Atlas de Patología del complejo bucal. 2ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.p.315-317.
3. Campos França DC, Vasconcellos Andre N, Alves Lessi MA, Gicelma R, Aguiar Herondina Coelho Ávila de SM. Granuloma periférico de células gigantes: relato de caso. Rev Cir Traumatol Bucomaxilo-fac. 2010 [citado 1 oct 2014]; 10(3): 29-32. Disponible en: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102010000300006&lng=pt
4. Narayan Tandon P, Gupta SK, Shanker Gupta D, Kumar Jurel S, Saraswat A. Peripheral giant cell granuloma. Contemp Clin Dentev. 2014 [citado 15 ago 2014] 3(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354806/>
5. Rodríguez Rodríguez N, Pérez Giliberti JD, Álvarez Blanco Y. Granuloma reparativo periférico de células gigantes. Presentación de un caso. Rev Mediciego. 2010 [citado 15 ago 2014]; 16(2) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl2_10/casos/t-14.html
6. Sánchez Cabrales E, Álvarez Arredondo B, Vila Morales D. Granuloma reparativo de células gigantes agresivo en región mandibular. Rev Cubana Estomatol. 2010 [citado 1 oct 2014]; 47(2): 243-253. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200013&lng=es
7. João J, Luiza L, Moreira G. Frequência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária. Rev Cubana Estomatol. 2014 [citado 31 jul 2014]; 51(1) Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/254>

Recibido: 13 de octubre de 2014

Aprobado: 17 de octubre de 2014

Dr. *David Vázquez Isla*. Policlínico Universitario Cesar Fonet Fruto. Banes. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: davidvisla@banes.hlg.sld.cu