

2. Voss PJ, Metzger MC, Schulze D, Loeffelbein DJ, Pautke C, Hohlweg-Majert B. Anterior lingual mandibular bone cavity as a diagnostic challenge: Two case reports. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68:201-4.
3. Belmonte-Caro R, Velez-Gutierrez MJ, Garcia de la Vega-Sosa FJ, García-Perla-García A, Infante-Cossío PA, Díaz-Fernández JM, et al. A Stafne's cavity with unusual location in the mandibular anterior area. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005; 10:173-9.
4. De Courten A, Kuffer R, Samson J, Lombardi T. Anterior lingual mandibular salivary gland defect (Stafne defect) presented as a residual cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;94:460-4.
5. Richard EL, Ziskind J. Aberrant salivary gland tissue in mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1957;10:1086-90.
6. Buchner A, Carpenter WM, Merrell PW, Leider AS. Anterior lingual mandibular salivary gland defect. Evaluation of twenty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Patol.* 1991;71:131-6.
7. Arijji E, Fujiwara N, Tabata O, Nakayama E, Kanda S, Shiratsuchi Y, et al. Classification based on outline and content determined by computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993;76:375-80.
8. Guedes LM, Silva R, Bezerra de Medeiros K, Da Silveira EJ, Lins RD. Anterior bilateral presentation of Stafne defect: An unusual case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:613-5.
9. Segev Y, Puterman M, Bodner L. Stafne bone cavity - Magnetic resonance imaging. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11:345-7.
10. Herbozo P, Briones D, Martínez B. Giant mandibular bone defect: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:145-50.
11. Kao YH, Huang IY, Chen CM, Wu CW, Hsu KJ, Chen CM. Late mandibular fracture after lower third molar extraction in a patient with Stafne bone cavity: A case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;23:1-3.
12. Jahangiri L, Jandinski JJ, Flinton RJ. Stafne's bone cavity and its utilization in complete denture retention. *J Prosthet Dent.* 2002;87:245-7.

Granuloma de células gigantes en maxilar

Giant-cell granuloma of the jaw

Isidoro Rubio-Correa*, Damián Manzano-Solo de Zaldívar, Raúl González-García y Florencio Monje-Gil

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

Discusión

El granuloma de células gigantes (GCG) fue descrito por primera vez por Jaffe¹ en 1953 como "granuloma reparativo de células gigantes", si bien actualmente no se refiere a él como reparativo, debido a su carácter localmente destructivo. Es una entidad relativamente rara. Supone un 7% de los tumores de los maxilares (siendo su localización preferente en la región de los incisivos, y más frecuentemente en la mandíbula que en el maxilar)². Es más habitual en niños y adultos jóvenes, con un ligero predominio en el sexo femenino².

Histológicamente se caracteriza³ por la intensa proliferación de células gigantes multinucleadas y fibroblastos, sobre una densa estroma vascular, con depósitos de hemosiderina. Se clasifica en: a) periférico, si afecta a las extremidades, y b) central, si se desarrolla en la línea media (siendo este tipo menos frecuente). En cualquier caso, siempre afecta a tejidos con soporte óseo.

Como factores etiológicos⁴ se han relacionado diversos factores, sobre todo irritantes locales (como extracciones dentales o prótesis mal adaptadas) y hormonales³ (de hecho, ante todo en el GCG debería descartarse la coexistencia de hiperparatiroidismo primario, ya que los clásicos tumores pardos característicos de esta afección tienen una histología prácticamente indistinguible de la del GCG). Otra teoría sobre su origen refiere que se trata de una lesión vascular intraósea similar a los angiomas de tejidos blandos⁵.

El diagnóstico diferencial se realizará con el granuloma piogénico, el fibroma gingival, el fibrosarcoma y las metástasis de tumores a distancia, que clínicamente pueden parecerse al GCG. El diagnóstico definitivo viene dado por la biopsia. Clínicamente se manifiestan como una masa o nódulo de color rojizo (aunque a veces puede ser azulado), de consistencia carnosa y ocasionalmente ulcerada superficialmente. Pueden ser desde asintomáticos, de pequeño tamaño y lento crecimiento, hasta grandes y destructivas lesiones que crecen rápidamente. En cuanto al manejo, clásicamente se recurría

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Isirc84@gmail.com (I. Rubio Correa).

al tratamiento quirúrgico, desde el simple curetaje de la lesión, hasta la resección en bloque, lo cual supone una maxilectomía o mandibulectomía. Tras el tratamiento quirúrgico, se ha observado una alta tasa de recidiva. Actualmente se aboga por un tratamiento conservador, que evite o disminuya las secuelas tanto estéticas, como funcionales ocasionadas por los tratamientos clásicos. Así fundamentalmente destacan tres líneas de tratamiento conservador. La más usada es la infiltración intralesional de corticoides, descrita inicialmente por Jacoway⁶, con diversas pautas y protocolos, de los cuales el más extendido en la bibliografía es la infiltración semanal de triamcinolona⁷ asociada a anestésico local, durante un período de 6 semanas. Las otras opciones conservadoras son el uso de calcitonina⁸ (generalmente en forma de aerosol nasal) o interferón- α ^{3,8}, ambos en pauta de varios meses, según el éxito en la disminución del granuloma. En ocasiones, debido a la alta tasa de recidiva del GCG o a la desaparición incompleta de éste con el tratamiento, es necesario complementar su tratamiento con la extirpación quirúrgica. Sea cual sea la modalidad elegida, es fundamental el control clínico-radiológico del paciente, mediante revisiones y pruebas de imagen (fundamentalmente tomografía computarizada). En nuestro caso clínico, basándonos en la edad de la paciente, en la ausencia de clínica y en la naturaleza benigna de la lesión, nos decantamos por un tratamiento conservador, mediante la infiltración intralesional de corticoides, con la realización ulterior de controles radiológicos regulares.

Conclusiones

El GCG es una entidad relativamente rara, de carácter histológico benigno, pero que puede llegar a tener un comportamiento local muy agresivo. A su diagnóstico definitivo se llega mediante biopsia de la lesión. Debería estar presente en el

diagnóstico diferencial ante toda lesión expansiva y osteolítica que afecte a la mandíbula o al maxilar, como el granuloma piogénico, el fibroma gingival, el fibrosarcoma y las metástasis de tumores a distancia. El tratamiento a aplicar puede ser desde su exéresis, hasta la simple infiltración intralesional de corticoides o el uso de calcitonina o INF- α , siempre con control clinicoradiológico, debido a su alta tasa de recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaffe HL. Giant cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibro-osseous) dysplasia of the jaw bones. *Oral Surg.* 1953;6:159-75.
2. Comert E, Turanlı M, Ulu S. Oral and intralesional steroid therapy in giant cell granuloma. *Acta Oto-Laryngologica.* 2006;126:664-6.
3. Goldman KE. Complications of alpha-interferon therapy for aggressive central giant cell lesion of the maxilla. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100:285-91.
4. Kalantar Motamedi MH, Eshghyar N, Jafari SM, Lassemi E, Navi F, Abbas FM, et al. Peripheral and central giant cell granulomas of the jaws: A demographic study *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103:e39-e43.
5. Kaban LB, Troulis MJ, Ebb D, August M, Hornicek FJ, Dodson TB. Antiangiogenic therapy with interferon alpha for giant cell lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60:1103-11.
6. Jacoway JR, Howell FV, Terry BC. Central giant cell granuloma-an alternative to surgical therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988;66:572.
7. Khafif A, Krempf G, Medina JE. Treatment of Giant cell granuloma of the maxilla with intralesional injection of steroids. *Head & Neck.* 2000;22:822-5.
8. De Lange J, Van den Akker HP, Van den Berg H, Richel DJ, Gortzak RAT. Limited regression of central giant cell granuloma by interferon alpha after failed calcitonin therapy: a report of 2 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006;35:865-9.