

**LESIÓN HÍBRIDA CONFORMADA POR UNA LESIÓN CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES Y UN FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

**HYBRID LESION COMPOSED BY A CENTRAL GIANT CELL LESION AND CENTRAL OSSIFYING FIBROMA. A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE**

*Recibido para Arbitraje: 01/04/2014  
Aceptado para Publicación: 05/04/2014*

**Avilés, D., López-Labady, J., Villarroel-Dorrego, M.,** Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

**RESUMEN:**

Las lesiones híbridas son entidades poco frecuentes conformadas por elementos histopatológicos de distintas lesiones, la asociación de un Fibroma Osificante Central (FOC) con una Lesión Central de Células Gigantes (LCCG) es un ejemplo de ellas y representa el tipo más frecuentemente reportado en la literatura con diez casos hasta la fecha. A continuación presentamos el caso de una paciente de 24 años de edad, quien es referida al servicio de clínica estomatológica de la Facultad de Odontología, por presentar un aumento de volumen en la zona mandibular derecha que ocasiona asimetría facial, al examen intrabucal se observó una lesión tumoral de aproximadamente 2,5 cms. de diámetro y recubierta por mucosa bucal sana, que se extendía desde el canino inferior derecho hasta el segundo premolar del mismo lado (de 43 al 45). La paciente refiere una evolución de 3 meses y aparición posterior a un trauma. Se indican pruebas hematológicas y de vitalidad pulpar de los dientes involucrados, tomografía computarizada y biopsia Incisional, la cual concluye: LCCG asociada a FOC. Se trata con recesión quirúrgica total previo tratamiento endodóntico de los dientes involucrados y después de dos años la paciente se mantiene libre de recidiva. El reporte de este tipo de lesiones híbridas permitirá entender mejor en el futuro su comportamiento y a su vez brindar el tratamiento más adecuado a estos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Lesión híbrida, lesión central de células gigantes, fibroma osificante central.

**ABSTRACT:**

Hybrid lesions are rare entities formed by histopathological elements of different lesions, the association of a Central Ossifying Fibroma (COF) with a Central Giant Cell Lesion (CGCL) is an example of them and represents the most frequently reported type in the literature, only ten cases to date. We present the case of a 24 years female patient, who is referred to the dental clinic service to present a swelling in the right mandibular region causing facial asymmetry, the intra oral examination revealed a 2,5 cm lesion covered with healthy oral mucosa which extended from the distal aspect of lower right canine to the right second bicuspid, with 3 months evolution and associated to a trauma. Haematological tests, pulp vitality of involved teeth, CT scan and incisional biopsy were indicated, concluding a diagnosis of COF associated to CGCL. The decision was made to go for the surgical approach of the lesion with previous endodontic treatment of involved teeth and after two years the patient remains free of recurrence. The report of this type of hybrid lesions helps to understand their behavior and guides to the best treatment for these patients.

**KEY WORDS:** Hybrid lesions, Central Giant Cell Lesion, Central Ossifying Fibroma

### **INTRODUCCION:**

Las lesiones híbridas del complejo maxilar mandíbula son entidades poco frecuentes que al estudio histopatológico muestran características de diversas patologías<sup>1</sup>, las alteraciones fibroóseas asociadas a lesiones de células gigantes resultan ser más inusuales aún<sup>2</sup>, en la literatura han sido reportados apenas once casos de Lesiones Centrales de Células Gigantes (LCCG) asociadas a lesiones fibroóseas y de ellas ocho han sido a un Fibroma Osificante Central (FOC).

Las lesiones fibroóseas del complejo maxilar mandíbula, comprenden un grupo de patologías de naturaleza reactiva que se caracterizan por la sustitución de hueso normal por un tejido fibrovascular que contiene grados variables de material mineralizado<sup>2,3</sup>. El FOC forma parte de este grupo de lesiones y se caracteriza por ser más prevalente en el género femenino entre la tercera y cuarta década de la vida<sup>4</sup>, afecta primordialmente mandíbula en zona premolar y molar, es de crecimiento lento, asintomático y produce asimetría facial, el desplazamiento dental es frecuente al igual que la resorción radicular<sup>3,4</sup>.

Las lesiones de células gigantes también conforman un grupo de patologías que tienen en común la presencia de células gigantes multinucleadas, entre estas entidades se encuentra la LCCG, también conocida como granuloma central de células gigantes, su etiopatogenia no es clara sin embargo se sugiere puede ser el resultado de un proceso de reparación exacerbado relacionado a un trauma previo<sup>5</sup>. Se caracteriza por afectar a jóvenes en especial hembras y la zona de predilección es mandíbula, presentándose como una lesión radiolúcida que puede ser uni o multilocular<sup>6</sup>.

A continuación presentamos un caso de una lesión híbrida donde la histopatología confirma la asociación de una LCCG con un FOC.

### **REPORTE DE CASO:**

Se trata de paciente femenina de 24 años de edad, afinidad racial afroamericana, que es referida a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, para la evaluación de un aumento de volumen en zona mandibular derecha. Al examen extra bucal se observó un discreto aumento de volumen submandibular y asimetría facial derecha sin la presencia de linfadenopatías, la paciente no refirió dolor o parestesia de la zona.



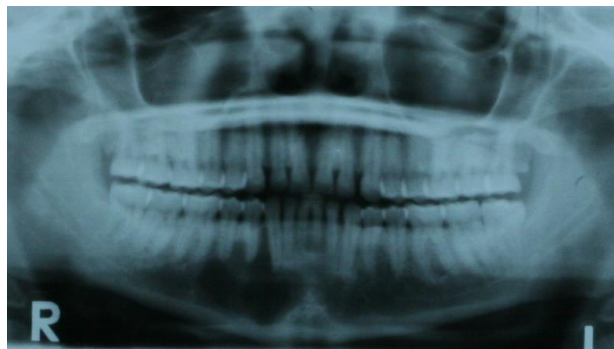
Ligera asimetría facial mandibular derecha

El examen intrabucal reveló una lesión tumoral de aproximadamente 2,5 cms de diámetro, que abarcaba toda la región premolar y molar mandibular derecha, firme a la palpación.



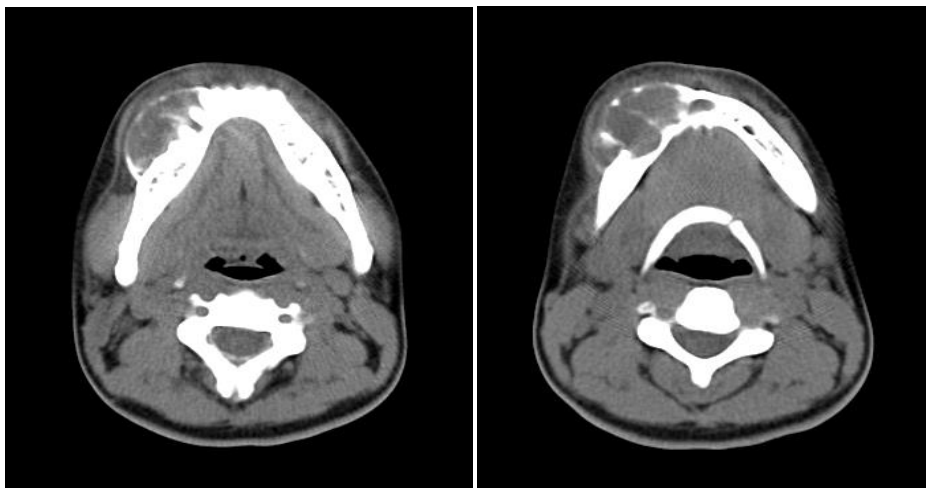
Aumento de volumen en fondo de vestíbulo mandibular derecho

La radiografía panorámica mostró una imagen radiolúcida bien definida y no corticada que se invaginaba entre las raíces de los dientes involucrados con desplazamiento de la raíz del 43.



Radiografía Panorámica

La imagen tomográfica en corte axial para ventana de tejido duro evidenció una imagen hipodensa de aproximadamente 2,3x1x0,7 cms y la tabla vestibular se encontraba adelgazada, la ventana de tejido blando mostró una imagen hipodensa multilocular, sin apreciarse la tabla vestibular.



Imágenes tomográficas que muestran a la lesión multilocular

Se indican estudios hematológicos, los cuales se encontraban dentro de los límites normales y se realiza biopsia incisional, reportando al estudio histopatológico una lesión conformada por fibras colágenas entremezcladas con fibroblastos y numerosos vasos sanguíneos delineados por endotelio de aspecto normal y repletos de eritrocitos en su interior (Figura 4), así como abundantes células multinucleadas (Figura 5), algunas zonas mostraron discretos depósitos de

tejido osteoide (Figura 6). El estudio del material descalcificado reveló una lesión conformada por fibras colágenas entremezcladas con fibroblastos y numerosos depósitos irregulares de tejido óseo de aspecto basófilo, también estaban presentes células gigantes multinucleadas, abundantes vasos sanguíneos delineados por endotelio de aspecto normal y repletos de eritrocitos. La conclusión diagnóstica fue LCCG concomitante con FOC.

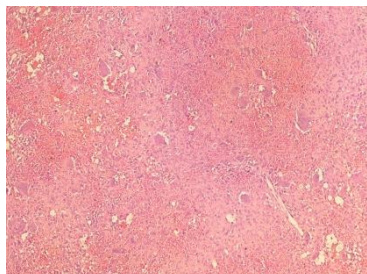


Foto microscópica a menor aumento de la muestra

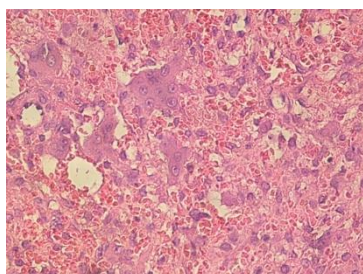


Foto microscópica que muestra las células gigantes multinucleadas

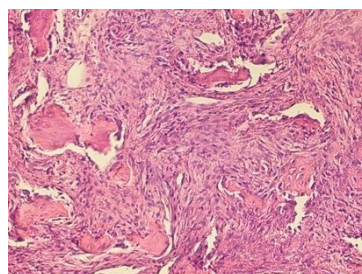


Foto microscópica que muestra los depósitos de material calcificado

La paciente fue sometida a la extirpación quirúrgica completa de la lesión con curetaje y ostectomía periférica, el postoperatorio transcurrió con normalidad y el estudio microscópico confirmó el diagnóstico inicial. Después de dos años de haber sido tratada la paciente se encuentra libre de recidivas.

#### DISCUSIÓN:

Se entiende como una lesión híbrida aquella entidad que desde el punto de vista histopatológico está constituida por elementos de distintas lesiones<sup>1</sup>. En el año 1993<sup>7</sup>, se publicó en la literatura el primer caso de una lesión híbrida en el complejo maxilar mandíbula, se trataba de la asociación de un GCCG con una lesión fibroósea tipo FOC y hasta la fecha sólo se han reportado once casos más incluyendo el de este artículo (ver tabla 1), este reducido número de reportes nos indica que se trata de una condición patológica muy inusual de presentarse en esta zona anatómica<sup>1</sup>, más aún si consideramos que estos dos tipos de lesiones son bastante frecuentes en esta ubicación<sup>4,6</sup>.

El FOC es la patología más reportada en asociación a la LCCG con 8 casos y en su mayoría han afectado el género masculino (5 casos) a diferencia del nuestro, el cual trataba de una mujer de 24 años, la edad de la misma se encontraba dentro de los rangos etarios referidos que van de los 5 a los 68 años (tabla 1). Esta lesión híbrida no pareciera tener predilección por un grupo etario o género en especial pues los límites de edad son amplios y en referencia al género con el reporte de nuestro caso la relación estaría prácticamente igual para ambos sexos.

La mayoría de las lesiones han sido reportadas en mandíbula<sup>1,2,5,8,9</sup> al igual que nuestro caso y este no es un rasgo que deba sorprender de esta patología híbrida pues el grupo de lesiones fibroósas y el de células gigantes se caracterizan por tener predilección de aparición en esta zona anatómica<sup>4,6</sup>. Nuestro caso radiográficamente se caracterizó por ser una lesión radiolúcida sin embargo, esta patología bien podría mostrar un patrón mixto o radiopaco como de hecho ha sido reportado en los otros casos y esto es un patrón característico del grupo de lesiones fibroósas y tiene que ver con el grado de madurez de los depósitos de material calcificado<sup>10</sup>, que en nuestra paciente trataba de discretos depósitos de tejido osteoide, lo que explica por qué no mostró un patrón mixto o radiopaco al estudio radiográfico convencional.

La histopatología de una lesión híbrida como la de este reporte nos debe mostrar la coexistencia de ambas entidades, por lo que deben estar presentes células gigantes multinucleadas y fibras colágenas entremezcladas con fibroblastos y numerosos depósitos

irregulares de tejido óseo de aspecto basófilo, tal y como fue visto en el caso de de nuestra paciente y de otros reportados<sup>1,2,7,8,9,11</sup>.

Autores como Wong<sup>12</sup> y Flanagan et al<sup>13</sup>. han reportado en el pasado que el origen de estos patrones híbridos puede deberse al estroma de la lesión inicial, donde osteoblastos presentes a través de un mecanismo paracrino activan el cambio de los osteoclastos a un tipo de células gigantes y otros autores coinciden en esta teoría como Shetty et al<sup>3</sup>., quienes consideran que esta puede ser la explicación al por qué una entidad como la LCCG que es característica de individuos por debajo de la tercera década puede estar presente de forma híbrida en pacientes de mayor edad, como es su caso y otros cinco más reportados<sup>2,3,7,9,11</sup> (tabla 1).

No obstante, no es el caso de nuestro paciente ni de otros 6 reportes<sup>1,5,8,11,14</sup> (tabla 1), cuyas edades están por debajo de la tercera década, sin embargo esto no necesariamente descarta que la lesión inicial sea un FOC pues como bien señala Kaplan et al<sup>11</sup>. y considerando otros aspectos epidemiológicos, esta es una patología más frecuente del sector premolar y molar coincidiendo con la ubicación de nuestro caso y la mayoría de los otros reportes, a diferencia de la LCCG que es más prevalente del sector anterior<sup>6</sup>.

El tratamiento para nuestro paciente en estudio fue la eliminación quirúrgica de la lesión y después de 2 años no hay evidencia de recidiva. Esta misma forma de tratamiento y evolución la hemos notado en todos los casos publicados hasta la fecha<sup>1,2,7,8,9</sup>, por lo que podemos considerar que se trata de una patología de excelente pronóstico siempre y cuando el caso sea diagnosticado de forma correcta y tratado de la manera adecuada.

Se puede concluir que las lesiones híbridas tipo LCCG y FOC son patologías poco frecuentes, sin afinidad por edad o género y que afectan principalmente a la mandíbula con un patrón radiográfico variable. Considerando lo poco usuales que son estos casos, es una necesidad su reporte para así poder contribuir a un mejor entendimiento del comportamiento biológico de las lesiones híbridas.

**Tabla 1. Casos reportados en la literatura de lesiones híbridas, asociación de lesión central de células gigantes con lesiones fibroóseas del complejo maxilar mandíbula.**

<b>Autores</b>	<b>Tipo de Patología</b>	<b>Género</b>	<b>Edad</b>	<b>Características radiográficas</b>	<b>Localización</b>
<b>Penfold et al<sup>7</sup>.</b>	LCCG asociado a fibroma osificante central	Masculino	41 años	Expansión radiopaca	Área izquierda maxilar
<b>Shetty et al<sup>3</sup></b>	LCCG asociado a displasia cemento ósea florida	Femenino	39 años	Lesión multilocular Mixta y expansión	Área izquierda mandibular
<b>Farzaneh et al<sup>14</sup>.</b>	LCCG asociado a displasia fibrosa	Femenino	20 años	Expansión radiopaca	Área mandibular derecha
<b>Kaplan et al<sup>11</sup>. (3 casos)</b>	LCCG asociado a fibroma osificante	Femenino Masculino Femenino	5 años 68 años 12 años	Expansión unilocular mixta Expansión unilocular Expansión unilocular RL	Mandíbula Maxilar Mandíbula
<b>Crusoe -</b>	LCCG asociado			Lesión mixta y	Parasífnisis

<b>Rebello et al<sup>2</sup>.</b>	un fibroma osificante	Femenino	38 años	Expansión	mandibular
<b>Geetha et al<sup>1</sup>.</b>	LCCG asociado a un fibroma osificante juvenil	Masculino	9 años	Lesión unilocular mixta y expansión	Ángulo Mandibular Izquierdo
<b>Kim et al<sup>8</sup>.</b>	LCCG asociado a fibroma osificante	Masculino	25 años	LD: Lesión RL LI: Lesión mixta con perforación de la cortical ósea	Región posterior Mandibular bilateral
<b>Fasolis et al<sup>9</sup>.</b>	LCCG asociado a fibroma osificante	Masculino	46 años	Lesión RL	Mandibula lado derecho
<b>Kurra et al<sup>5</sup>.</b>	LCCG asociado a displasia fibrosa	Femenino	18 años	Lesión RL Multilocular	Ángulo mandibular derecho
<b>Aviles et al.</b>	LCCG asociado a fibroma osificante	Femenino	24 años	Lesión RL	Área mandibular derecha

RL: Radiolúcida, LD: Lado derecho, LI: Lado izquierdo

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Geetha NT, Pattathan RK, Shivakumar HR, Upasi AP. Fibro-osseous lesions vs. central giant cell granuloma: A hybrid lesion. *Ann Maxillofac Surg* 2011; 1(1):70-3.
2. Crusoe-Rebello I, Torrens MG, Burgos V, Oliveira C, Santos JN, Azevedo RA, et al. Hybrid lesion: central giant cell granuloma and benign fibro-osseous lesion. *Dentomaxillofac Radiol* 2009; 38(6): 421-25.
3. Shetty K, Giannini P, Leigh J. A hybrid giant cell granuloma and fibro-osseous lesion of the mandible. *Oral Oncology EXTRA* 2004; 40:81–84.
4. de Andrade M, Silva-Sousa YT, Marques MF, Pontual ML, Ramos-Perez FM, Perez DE. Ossifying Fibroma of the Jaws: A Clinicopathological Case Series Study. *Braz Dent J* 2013; 24(6):662-6.
5. Kurra S, Reddy D S, Gunupati S, K S, Reddy M S. Fibrous dysplasia and central giant cell granuloma: a report of hybrid lesion with its review and hypothesized pathogenesis. *J Clin Diagn Res* 2013; 7(5):954-8.
6. Aghbali A, Sina M, Vahid Pakdel SM, Emamverdizadeh P, Kouhsoltani M, Mahmoudi SM, Janani M. Correlation of histopathologic features with demographic, gross and radiographic findings in giant cell granulomas of the jaws. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2013; 7(4):225-9.
7. Penfold CN, McCullagh P, Eveson JW, Ramsay A. Giant cell lesions complicating fibro-osseous conditions of jaws. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993; 22(3):158-62.
8. Kim BC, Lee J, Choi B, Min SK, Yoon JH. Synchronous central giant cell granuloma and ossifying fibroma of the mandible. *J Craniofac Surg* 2012; 23(6):e645-7.
9. Fasolis M, Zavatiero E, Garzino-Demo P, Ramieri G, Berrone S. Surgical management of synchronous central giant cell granuloma and ossifying fibroma of the mandible. *J Craniofac Surg* 2013; 24(6):e627-30.
10. Pérez-García S, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Ossifying fibroma of the upper jaw: report of a case and review of the literature. *Med Oral* 2004; 9(4):333-9.
11. Kaplan I, Manor I, Yahalom R, Hirshberg A, Petah-Tikva, Tel Aviv, Tel-Hashomer. Central giant cell granuloma associated with central ossifying. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103:e35-41.
12. Wong GL. Paracrine interactions in bone secreted products of osteoblasts permit osteoclasts to respond to parathyroid hormone. *J Chem* 1984; 259:4019–22.
13. Flanagan AM, Nui B, Tinkler SMB, Horton MA, Williams DM, Chambers TJ. The multinucleate cells in giant cell granulomas of the jaw are osteoclasts. *Cancer* 1988; 62(6):1139-45.
14. Farzaneh AH, Pardis PM. Central giant cell granuloma and fibrous dysplasia occurring in the same jaw. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10(2): e130–132.