

# Granuloma reparativo de células gigantes: Presentación de un caso y revisión de la literatura

J. Cuenca Espiérrez, A.A. Martínez Martín, J.J. Panisello Sebastián, L.J. Domingo Cebollada, A. Herrera Rodríguez

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario «Miguel Servet», Zaragoza*

**RESUMEN:** Se describe un caso de granuloma reparativo de células gigantes (GRCG) de la falange proximal del segundo dedo de la mano. Se analiza el diagnóstico diferencial con otras lesiones líticas de las falanges y se expone el tratamiento quirúrgico realizado. Tras un seguimiento de 24 meses el paciente no presenta recidiva y la función del dedo es normal.

**PALABRAS CLAVE:** Granuloma reparativo de células gigantes (GRCG); Mano.

## GIANT CELL REPARATIVE GRANULOMA: PRESENTATION OF THE CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE

**ABSTRACT:** We report a case of giant cell reparative granuloma involving proximal phalanx of the index finger. Differential diagnosis with other lytic lesions of the phalanges is analysed and surgical treatment performed is explained. After 24 months follow-up there is no recurrence and finger function is normal.

**KEY WORDS:** Giant cell reparative granuloma; Hand.

## INTRODUCCIÓN

El granuloma reparativo de células gigantes (GRCG) es una rara lesión pseudotumoral que afecta sobre todo a los huesos del cráneo, de la mandíbula, de la mano o del pie<sup>(1, 2)</sup>. En algunos casos se identifica un antecedente traumático reciente. La lesión está compuesta por un tejido histiofibroblástico con numerosas células gigantes, presenta un crecimiento lento y no interrumpe la cortical. Se trata de una lesión osteolítica, de localización excéntrica metafisaria, frecuentemente de crecimiento hacia la diáfisis, y más raramente hacia la fisis, sin superar el cartílago de crecimiento. Cuando esta lesión se localiza en la mano hay que hacer un diagnóstico diferencial con el quiste aneurismático (QA), el tumor de células gigantes (TCG) y el tumor pardo del hiperparatiroidismo. Las

porciones sólidas del QA son histológicamente indistinguibles del GRCG<sup>(3, 4)</sup>. Cuando un TCG tiene un área con una fractura patológica asociada con formación de hueso reactivo, las características histológicas se parecen mucho a las del GRCG<sup>(5)</sup>. También es histológicamente idéntico a los tumores pardos del hiperparatiroidismo<sup>(6, 7)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Niño de 12 años que acudió a urgencias por dolor a nivel de la falange proximal del 2º dedo de la mano derecha tras un traumatismo banal contra una mesa dos meses antes. A la exploración se objetivó hematoma en cara volar de la falange proximal del 2º dedo, con leve inflamación y un importante aumento del diámetro del dedo con evidente deformación. El aspecto radiográfico mostraba una lesión osteolítica con aspecto de «vidrio esmerilado» que abombaba e insuflaba la práctica totalidad de la falange, con límites netos y sin afectar el cartílago de crecimiento (Fig. 1).

El paciente fue intervenido, realizándose un abordaje lateral de la falange proximal, con apertura de una ventana ósea. Se encontró una cavidad de paredes muy frágiles y un contenido friable de color grisáceo. Se cureté la cavidad y se rellenó con injerto de cresta ilíaca. El examen anatomopatológico evidenció un tumor con áreas predominantemente fibroblásticas y células gigantes que se distribuían en grupos y también de forma difusa. Las células no eran de gran talla y presentaban un bajo número de núcleos, siendo las mitosis aisladas, con formación de trabéculas de osteoide reactivo y hueso. El diagnóstico histológico fue de granuloma reparativo de células gigantes (Fig. 2). Tras 24 meses de seguimiento el injerto se ha incorporado y no se ha evidenciado recurrencia (Fig. 3). La función del dedo es normal.

## DISCUSIÓN

El GRCG es una lesión benigna rara, aunque su diagnóstico debe considerarse cuando aparece una lesión lítica

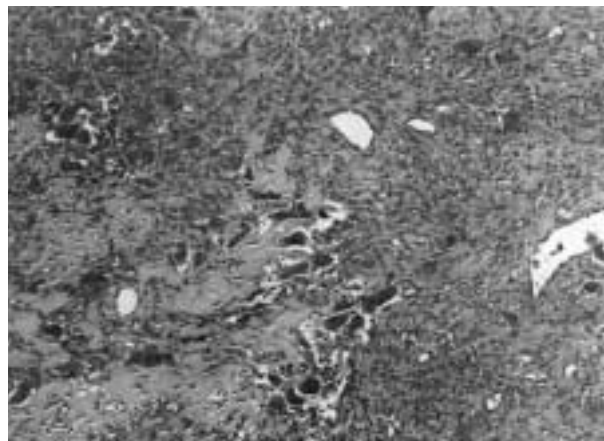
**Correspondencia:** Dr. Jorge Cuenca Espiérrez, Plaza José M.ª Forqué 3, 1º B, 50004 Zaragoza.



**Figura 1.** Imagen radiológica inicial.

y expansiva en un hueso de la mano, sobre todo en las falanges<sup>(8,9)</sup>. Su edad de aparición más frecuente es entre los 15 y 25 años. Tanto Jaffe<sup>(6)</sup> como Lorenzo y Dorfman<sup>(7)</sup> han señalado que histológicamente es indistinguible del tumor pardo del hiperparatiroidismo. Las determinaciones en suero de calcio, fósforo, fosfatasa alcalina y hormona paratiroidea permiten diagnosticar un hiperparatiroidismo. Además, en dicha enfermedad también aparecen hallazgos radiológicos como la osteopenia generalizada, la reabsorción cortical subperióstica de la falange de la mano, del tercio distal de la clavícula y de la sínfisis púbica. El QA se presenta solitario y en pacientes jóvenes, aunque tiene predilección por los metacarpianos. Sólo existe referido un caso de localización en una falange<sup>(10)</sup>, lo cual nos inclina a descartar este diagnóstico en nuestro caso.

El TCG afecta a pacientes de mayor edad que el GRCG, se localiza en los metacarpianos y se origina en epífisis. El TCG tiene una tasa de recidivas mucho mayor tras el curetaje (más del 90%)<sup>(11)</sup> que el GRCG (33%)<sup>(12)</sup>. El tratamiento de las recidivas debe ser mucho más agresivo en el TCG ya que puede producir diseminación local y metástasis pulmonares<sup>(11,13)</sup>, complicaciones que no se han descrito en las recidivas del GRCG. Una recidiva de un GRCG puede tratarse con un nuevo curetaje e injerto óseo, aunque si la le-



**Figura 2.** Imagen histológica de la lesión.



**Figura 3.** Imagen radiológica a los 24 meses. El injerto se ha incorporado. No recidiva.

sión es extensa la amputación del radio afectado da buen resultado<sup>(13)</sup>.

Para evitar las recidivas es imprescindible de inicio la exéresis de la membrana que limita la lesión y un curetaje cuidadoso de la cortical. También pueden cauterizarse las paredes con fenol<sup>(14)</sup>.

En nuestro caso el curetaje minucioso de la lesión y su relleno con injerto de cresta ilíaca ha sido suficiente para lograr un resultado satisfactorio, no observándose hasta el momento ningún indicio de recidiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Campacci M. *Tumori dell'osso e delle parti molli*. Bologna: A. Gaggi Ed., 1981; 689-692.
2. Wold LE, Dobyns JH, Swee RG, Dahlin DC. Giant cell reaction (giant cell reparative granuloma) of the small bones of the hands and feet. *Am J Surg Pathol* 1986;**10**:491-496.
3. Sanerkin NG, Mott MG, Roylance J. An unusual intraosseous lesion with fibroblastic, osteoclastic, osteoblastic, aneurismal and fibromyxoid elements: «Solid» variant of aneurismal bone cyst. *Cancer* 1983;**51**:2278-2286.
4. Schwinn CP. Differential diagnosis of giant cell lesions of bone. *Monogr Pathol* 1976;**17**:236-299.
5. Wold LE, Swee RG. Giant cell tumor of the small bones of the hands and feet. *Semin Diag Pathol* 1984;**1**:173-184.
6. Jaffe PL. Giant-cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibro-osseous) dysplasia of the jaw bones. *Oral Surg* 1953;**6**:159-175.
7. Lorenzo JC, Dorfman HD. Giant-cell reparative granuloma of short tubular bones of the hands and feet. *Am J Surg Pathol* 1980;**4**:551-563.
8. Picci P, Baldini N, Sudanese A, Boriani S, Campanacci M. Giant cell reparative granuloma and other giant cell lesions of the bones of the hands and feet. *Skeletal Radiol* 1986;**15**:415-421.
9. Bertoni F, Laus M, Campanacci M. Reazioni a cellule giganti dell'osso. *Giorn Ital Ortop Traumatol* 1980;**6**:235-243.
10. Leeson MD, Lowry L, McCue RW. Aneurysmal bone cyst of the distal thumb phalanx. A case report and review of the literature. *Orthopaedics* 1988;**11**:601-604.
11. Averill RM, Smith RJ, Campbell CJ. Giant-cell tumors of the bones of the hand. *J Hand Surg* 1980;**5**:39-50.
12. Mella O, Dahl O, Bang G, Engedal H, Gothlin J, Lunde OD. Chemotherapy of a malignant, metastasizing giant-cell tumor of bone: report of an unusual case and the response to combination chemotherapy. *Cancer* 1982;**50**:207-211.
13. Merkow RL, Bansal M, Lugles AE. Giant cell reparative granuloma in the hand: report of three cases and review of the literature. *J Hand Surg* 1985;**10**(A):733-739.
14. Poli G, Di Liddo M, Fruscio A, Verni E, Lollini ME. Giant cell reparative granuloma: presentation of one case and review of the literature. *Chir Organi Mov* 1996;**81**:217-221.