

A. Gómez¹
A. Dorta²
J.J. Echeverría³

- 1 Periodoncista
- 2 Médico Adjunto
Servicio Microbiología
Hospital Universitario de Canarias
- 3 Profesor Titular
Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona

Correspondencia:

Dr. A. Gómez Jiménez
Horacio Nelson 9
38006 Santa Cruz de Tenerife

Periodontitis y granuloma eosinófilo. Presentación de un caso clínico

RESUMEN

El granuloma eosinófilo es la forma localizada y menos grave de histiocitosis X. Es una lesión ósea destructiva caracterizada histológicamente por un alto número de eosinófilos e histiocitos. La etiología de la enfermedad es desconocida. Frecuentemente el periodonto está involucrado, simulando una periodontitis severa en forma localizada. Se presenta un caso de granuloma eosinófilo localizado en huesos maxilares, enfatizando el diagnóstico clínico diferencial, y discutiendo los posibles problemas en la interpretación de los hallazgos clínicos periodontales.

PALABRAS CLAVE

Granuloma eosinófilo; Histiocitosis X; Diagnóstico periodontal.

ABSTRACT

Eosinophilic granuloma is the localized and mildest form of histiocytosis X. It is a destructive osseous lesion characterized by large number of eosinophils and histiocytes. The etiology of the disease is not known, and very often the periodontium is also affected resembling a severe localized periodontium. A case of eosinophilic granuloma of the upper and lower jaws is presented. The pertinent clinical features are emphasized and possible problems in the interpretation of clinical periodontal features are discussed.

KEY WORDS

Eosinophilic granuloma; Histiocytosis X; Periodontal diagnosis.

576 ANTECEDENTES

El granuloma eosinófilo, está considerado como una forma localizada de histiocitosis X (Store 1979, Cutler y Kruntchkoff 1977, Domboski 1980), una alteración del sistema retículo endotelial (Csiba y cols. 1970, Eversole 1978, Lin y cols. 1979). Linchtenstein (1953) propuso el término histiocitosis X para los tres síndromes conocidos como enfermedad de Hans-Schüller-Christian, enfermedad de Letterer-Sive y granuloma eosinófilo óseo, sugiriendo que esos tres síndromes deberían ser clasificados como una sola entidad, porque poseen en común varios signos clínicos básicos y características histológicas, además de la posibilidad de transformación de un síndrome en otro. El granuloma eosinófilo está considerado como una forma moderada de la enfermedad (Sedano y cols. 1969, Storrs 1976, Domboski 1980, Harman 1980, Shaw y Glenwright 1988). Si la enfermedad está confinada al hueso y ocurre a partir de la tercera década es menos agresiva. Finzi (1929) describió el primer caso de granuloma eosinófilo, como «mieloma con prevalencia de células eosinófilas». Schairer (1938) consideró el granuloma eosinófilo como una osteomielitis con reacción eosinofílica. Otani y Ehrlich (1940), Lichtenstein y Jaffe (1940), independientemente describieron casos de lesiones destructivas solitarias en hueso y observaron acúmulos de histiocitos semejando hojas de papel, y entre éstos acúmulos de células eosinofílicas y leucocitos eosinofílicos entremezclados; de ahí el nombre de *granuloma eosinofílico óseo*, sugerido por Sedano (Sedano y cols. 1969). Los síntomas orales, son los que llevan al paciente a solicitar atención profesional (Hartman 1980, Zuendel y cols. 1984, Shaw y Glenwright 1988, Vallecillo y cols. 1988, Cronning 1991).

Más concretamente el hueso alveolar es una localización frecuente y en ella, la enfermedad puede simular una periodontitis severa localizada o una infección periapical (Johnson y Mohnoc 1967, Gorling y Goldman 1970, Lintytal 1979, Show y Glenwright 1988, Basili 1988, Natkin 1990).

El propósito de esta publicación es presentar la historia clínica de una paciente con granuloma eosinófilo intercurrente con una enfermedad periodontal severa, haciendo énfasis sobre la necesidad de una aproximación



Figura 1.

interdisciplinaria al diagnóstico de lesiones orales que pueden ser confundidas con periodontitis rápidamente progresiva (Page y Schoeder 1982).

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años remitida a la consulta del periodoncista (AGJ), tras haber perdido recientemente el 37 por extrema movilidad.

El examen inicial, reveló lesiones periodontales generalizadas en diferente grado de evolución con algunas bolsas mayores de 6 mm y gran pérdida ósea (Fig. 1).

Se informó de la inviabilidad de 17, 15, 25 (27 ya había sido extraído).

La paciente fue tratada mediante raspaje y alisado radicular, mejorando al tiempo que la higiene oral los síntomas clínicos.

Sin embargo, cuatro meses después, tanto los parámetros clínicos como radiológicos han sufrido un gran deterioro, apareciendo nuevas lesiones óseas y ulceraciones en la mucosa en relación con los nuevos defectos óseos. En este momento se tomaron muestras de placa subgingival (Newman y Kornman 1984) para cultivo, usando para el transporte bote para anaerobios de Bio Merrieux, hasta el servicio de microbiología del Hospital Clínico de Canarias, localizándose bacteroides negro pigmentados entre los cuales predominaba el *P.*

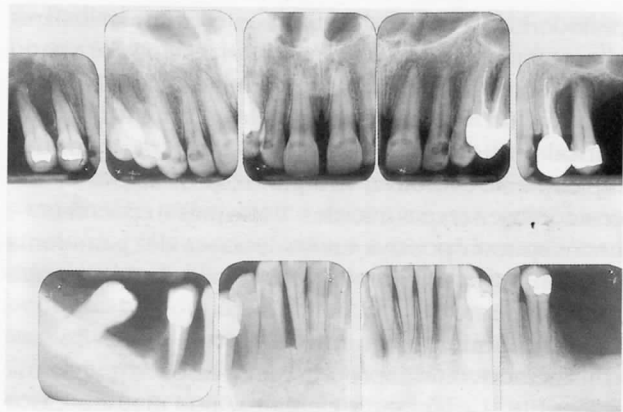


Figura 2.

intermedius. *Fusobacterium* en escasa cantidad y *P. Gingivalis* en menor proporción.

Al mismo tiempo se realizó antibiograma, recomendando la clindamicina como antibiótico de elección.

Tras el desbridamiento de las lesiones y la antibioterapia durante diez días (Dalvin 150 mg x 6 h x 10 d) mejoraron los síntomas clínicos.

Cuatro meses después (Fig. 2) las lesiones siguen evolucionando negativamente, aumenta la profundidad de sondaje y radiográficamente las lesiones en 15, 25, 45 han avanzado en su aspecto proximal hasta ápice indicándose su exodoncia. Aunque 24, 32, 34, 42 están seriamente afectados, se pospone su extracción.

Pocas semanas más tarde se detectó una úlcera en mucosa de maxilar edéntulo (Fig. 3).

Se decide entonces biopsiar esta zona, diagnosticándose un granuloma eosinófilo.

La paciente fue tratada en el servicio de terapéutica física de dicho hospital, según protocolos estandarizados. No se detectaron lesiones fuera de los maxilares en el mapa óseo realizado, ni anomalías en sus constantes hemáticas que oscilaban entre cifras compatibles con la normalidad.

Actualmente las lesiones ulcerosas en mucosa han desaparecido y persisten graves defectos mucogingivales como consecuencia de la denudación parcial. Además la paciente presenta una hiposalia como secuela del tratamiento radioterápico.



Figura 3.

El servicio de medicina interna del mismo hospital, lleva un control periódico, clínico y analítico, con recuento de elementos formes hemáticos y perfil bioquímico. Todas las pruebas están en los límites de la normalidad hasta el momento.

DISCUSIÓN

Hasta el presente, la etiología y fisiopatología de la histiocitosis X permanece desconocida, aún cuando han sido postulados variedad de factores etiológicos. Cada vez más evidencias involucran a las células de Langerhans en las lesiones estudiadas en piel y mucosa (Shaw y Glenwright 1988). Histiocitos y células de Langerhans con similares hallazgos morfológicos, formando gránulos (Basset y Turiaf) se han descrito como patognomónicos de algunas formas de histiocitosis X, por lo que se ha propuesto que representa una proliferación anormal de células de Langerhans (Johnson y Mohanac 1967, Cutler y Krutchoff 1977, Skiba y cols. 1978). También se han seguido anomalías inmunológicas (Linchtenstein 1953, 1964, Osband y cols. 1981, Mackenzie 1988, Duncan 1988), estableciendo la hipótesis que estima el origen de la enfermedad como una respuesta o hiperreacción del sistema macrofagohistocitario a un antígeno desconocido (Cline y Golde 1973).

La teoría inflamatoria ha sido propuesta debido a los hallazgos en microscopia, el curso clínico de la enfermedad y la respuesta de la enfermedad al tratamiento de tipo conservador en algunas ocasiones. La etiología infecciosa fue propuesta (Hartman 1980, Geuskens y cols. 1991) a pesar de que el agente causal específico no ha sido definido. La composición bacteriana de la muestra tomada a los pacientes, como en nuestro caso, de bolsas profundas, parece ser similar a la que podemos encontrar en lesiones causadas por periodontitis, es decir una elevada proporción de gram (-) anaerobios facultativos incluyendo «bacteroides negro pigmentado, fusobacterium, junto con gran cantidad de espiroquetas y bastoncillos móviles típicas de una bolsa periodontal no tratada» (para revisión consultar Dzink y cols. 1985, Loesche y cols. 1985, Haaffajee y cols. 1988).

Las lesiones orales son un hallazgo frecuente y precoz en el granuloma eosinófilo y muchas veces su única manifestación (Johnson y Mohnac 1957, Hartman 1980, Shaw y Glenwright 1988). La enfermedad puede simular periodontitis o lesiones periapicales (Lin y cols. 1979, Shaw y Glenwright 1988, Natkin 1990, Croning 1991), así como movilidad dentaria y cicatrización deficiente tras la extracción dentaria. La ulceración en la encía y sangrado espontáneo son hallazgos relativamente frecuentes (Sedano y cols. 1969, Albers y cols. 1973, Skiba y cols. 1978, Zmendel y cols. 1984, Vallecillo y cols. 1988).

La paciente de esta publicación como primeros síntomas presentó ulceraciones, en un principio en relación con la encía marginal y tras la extracción de una pieza. Se consideró, teniendo en cuenta la evolución de la enfermedad, que la paciente podría presentar una periodontitis refractaria.

La enfermedad es más común entre la pubertad y adultos jóvenes con mayor incidencia en hombres (Gorling y Goldman 1970, Eversole 1978, Hartman 1980, Patrikion y cols. 1984, Shaw y Glenwright 1988) aunque hay casos de afección en los primeros meses de vida (Basili y Sirham 1988, Duncan 1988).

Especialmente en casos de periodontitis precoces (Page y Schroeder 1982), con episodios de destrucción periodontal generalizada y severa, sin ningún patrón determinado, podemos errar el diagnóstico y tratar lo que es un granuloma eosinófilo como si de una forma de

periodontitis se tratase. Efectivamente, en casos similares al presentado aquí, y en base a la evolución del estado periodontal y especialmente cuando incluimos en el estudio un cultivo microbiano compatible con periodontitis podemos diagnosticar periodontitis rápidamente evolutiva, en algunos casos de granuloma eosinófilo, en etapas iniciales. Y aún más si encontramos una respuesta positiva en las lesiones del granuloma eosinófilo al tratamiento cuando se evalúan únicamente desde el punto de vista periodontal.

El tratamiento quimioterápico, no debe ser considerado como impropio en casos de granuloma eosinófilo. La literatura científica, nos muestra casos donde signos y síntomas, incluidos movilidad dentaria extrema y bolsas periodontales, han desaparecido de éste (Geiser 1979, Zuendel y cols. 1984). El grave problema estriba en que las lesiones no orales pueden dejar de ser diagnosticadas al desaparecer estos síntomas precoces de localización oral. Problema similar se planteó en un niño con granuloma eosinófilo, donde basados en signos radiológicos y síntomas clínicos se diagnosticó y trató como una periodontitis prepuberal (Shaw y Glenwright 1988).

Las lesiones óseas son un hallazgo importante en el granuloma eosinófilo, aisladas o multifocales. Su aspecto radiográfico no es patognomónico, aunque cuando están presentes las lesiones en sacabocados con pérdida de la cortical, cuyos márgenes pueden ser suaves o irregulares, pero tienden a estar claramente definidos en su radiolucidez, son muy elocuentes. Su distribución es irregular, más frecuente en mandíbula que en maxilar. Cuando el alveolo participa en la lesión, el aspecto que confiere al diente es de estar flotando. Destruye la lámina dura y el espacio correspondiente al ligamento periodontal de coronal a apical, sin incluir al hueso por coronal (Natkin 1990).

En la paciente de nuestro caso, encontramos lesiones severas con una distribución irregular, aunque el típico aspecto de diente flotante no aparece, ya que las lesiones no afectan a las piezas en su totalidad, sólo en su aspecto mesial o distal, simulando una lesión ósea angular, pero que con sorprendente rapidez interesa desde coronal hasta apical de la pieza. La falta de definición en las lesiones en sacabocados, en un principio nos hacen dudar al interpretar una ortopantomografía, entre estas y un artefacto. Posteriormente en el Servicio

de Radiodiagnóstico del Hospital Clínico de Canarias, no se encontraron lesiones en cráneo ni en el resto del esqueleto, en el mapa óseo que se realizó.

Debido a la forma en que se presentan las lesiones, su clínica y su aspecto radiográfico, es muy conveniente sistematizar un diagnóstico diferencial en casos de periodontitis rápidamente evolutiva con granuloma eosinófilo, ya que si esperamos a que las lesiones sean más floridas, o a la aparición de signos más evidentes, permitiríamos que evolucionen lesiones de otra localización en la economía.

Así mismo se debe establecer diagnóstico diferencial con lesiones radiolúcidas provocadas por quistes odontógeno y tumores benignos y malignos de estirpe ósea, lesiones periapicales, osteomielitis, linfomas malignos, mieloma múltiple. Cuando la lesión se localiza en ápices dentales, con la displasia cementarias (Sedano y cols. 1969, Cutler y Krutchkoff 1977, domboski 1980, Hartmen 1980, Gorsky y cols. 1983, Vallecillo y cols. 1988, Natkin 1990).

La frecuencia en la aparición de lesiones orales nos hace poner énfasis en la necesidad de un acceso multidisciplinario al diagnóstico ya que son estas lesiones orales los primeros signos de una enfermedad multifocal; pueden estar presentes en otros sistemas de la economía lesiones asintomáticas, que un estudio detallado puede poner en evidencia, permitiendo un tratamiento precoz. Hay que incluir en el estudio un mapa óseo, estudio clínico minucioso, biopsia de las lesiones y tras el tratamiento, estudios radiográficos periódicos (Johnson y Mohnac 1967, Sedano y cols. 1969, Golin y Goldman 1970).

A pesar de que la naturaleza y etiología de la histiocitosis X no ha sido claramente establecida, hay propuestas varias modalidades de tratamiento (Sedano y cols. 1969, Soskolne y cols. 1977, Lin y cols. 1979, Patrikion y cols. 1984, Zuendel y cols. 1984, Nikopoulou-Karayianni y cols. 1989). En 28 casos de granuloma eosinófilo localizado en hueso, la respuesta fue excelente cuando se utilizó cirugía y radioterapia (McGravran y Spady 196). Zuendel y cols. (1984) publicaron que lesiones de histiocitosis X eran sensibles a diferentes tratamientos, evaluando individualmente cada caso, en general están indicadas las terapéuticas más conservadoras. Sbarbaro y Francis (1961), Patrikion y cols. (1984) prefieren el curetaje como único tratamiento, cuando la lesión es solitaria y reserva la radioterapia y quimioterapia para lesiones inaccesibles. Mientras Ochsner (1966) refiere una respuesta muy favorable a la radioterapia. Como fue en nuestro caso.

No todos los dientes afectados por la enfermedad deben ser extraídos sino sólo aquellos con una marcada movilidad y lesiones destructivas en el hueso rodeando de los ápices (Skiba y cols. 1978, Hartman 1980, Gorsky y cols. 1983).

En conclusión, en pacientes donde se establece un diagnóstico de periodontitis rápidamente evolutiva es conveniente hacer sistemáticamente un diagnóstico diferencial, o despistaje de granuloma eosinófilo. Hasta que la etiología pueda ser establecida y desarrollado un tratamiento definitivamente eficaz en todos los casos, uno de los recursos más valiosos en el manejo de estas lesiones es el diagnóstico precoz que permita el tratamiento en estadios iniciales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Albers SW, Francis DA, Apert B, Laskin DM. Eosinophilic granuloma of the mandible. *Journal of Oral Surgery* 1973;**31**:841-843.
- 2 Basili A, Sirhan R. Granuloma eosinófilo en el territorio maxilofacial. *Revista Chilena de Odontostomatología* 1988;**12**:108-113.
- 3 Basset F, Turiaf J. Identification par la microscopie électronique de particules de nature probablement virale dans les lesions granuloma d'une histiocytose X pulmonaire. *Comptes-Rendus de l'Academie des Sciences* 1965;**261**:3701=3703.
- 4 Chase DC, Eversole LR, Hall HD. Histiocytosis X with jaw involvement. *Journal of Oral Surgery* 1974;**32**:494-502.
- 5 Cline MJ, Golde DW. A review and reevaluation of the histiocytic disorders. *The American Journal of Medicine* 1973;**55**:49-60.
- 6 Croning AJ, Stevenson AR, Austin BW. Eosinophilic granuloma of the oral region: a potential diagnostic problem. *Australian Dental Journal* 1991;**36**:113-119.
- 7 Csiba A, Dzsinih CS, Ökrös I, Szabó D. A mandibular eosinophilic granuloma studied with the light and electron microscope. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1970;**30**:796-802.
- 8 Cutler LS, Krutchkoff D. An ultrastructural study of eosinophilic granuloma: The Langerhans cell -Its role in histogenesis and

- diagnosis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1977;**44**:246-252.
- 9 Domboski ML. Eosinophilic granuloma of bone manifesting mandibular involvement. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1980;**50**:116-123.
- 10 Duncan WK, Post AC, McCoy BP. Eosinophilic granuloma. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1988;**16**:505-509.
- 11 Dzink JL, Tanner ACR, Haffajee AD, Socransky SS. Gram negative species associated with active destructive periodontal lesions. *Journal of Clinical Periodontology* 1985;**12**:648-659.
- 12 Eversole LR. *Clinical outline of oral pathology: diagnosis and treatment*. Lea and Febiger, Philadelphia 1978:222.
- 13 Finzi O. Mieloma con prevalenza delle cellule eosinofile, circoscritto all'osso frontale in un giovane di 15 anni. *Minerva Medica* 1929;**91**:239-241.
- 14 Geeser CF. The histiocytosis syndromes. *Pediatric Annals* 1979;**8**:54-64.
- 15 Geuskens M, Borojevec R, Cansen P. Eosinophil granulocytopenia in hepatic periocular granuloma during the chronic phases of experimental murine. *Schistosomiasis mansoni*. *Biologie Cellulaire* 1991;**71**:89-96.
- 16 Gorlin RJ, Goldman HM. *Thoma's oral pathology*. C.V. Mosby Company, St. Louis 1970:521-522.
- 17 Gorsky M, Silverman S, Lozada F, Kushner J. Histiocytosis X: Occurrence and oral involvement in six adolescent and adult patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1983;**55**:24-28.
- 18 Haaffajee S, Socransky S, Dzink JL, Smith DJ. clinical, microbiological and immunological features of subjects with destructive periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology* 1988;**15**:240-246.
- 19 Hartman KS. Histiocytosis X: a review of 114 cases with oral involvement. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1980;**49**:38-54.
- 20 Johnson RP, Mohnac AM. Histiocytosis X: report of 7 cases. *Journal of Oral Surgery* 1967;**25**:7-22.
- 21 Linchtenstein L. Histiocytosis X. Integration of eosinophilic granuloma of bone, «Letter-Siwe Disease» and «Schüler-Christian Disease» as related manifestations of a single nosologic entity. *Archives of Pathology Laboratories Medicine* 1953;**56**:84-102.
- 22 Linchtenstein L. Histiocytosis X (eosinophilic granuloma of bone, Letter-Siwe-Disease, and Schüler-Christian-Disease): Further observations of pathological and clinical importance. *Journal of Bone and Joint Surgery* 1964;**46**:76-90.
- 23 Linchtenstein L, Jaffe HL. Eosinophilic granuloma of bone with report of a case. *American Journal of Pathology* 1940;**16**:595-604.
- 24 Lin LM, Wyman TP, Bushell A, Langeland K. Eosinophilic granuloma of the jawbone. *Journal of Endodontics* 1979;**5**:25-30.
- 25 Loesche WJ, Syed SA, Morrison EC. Bacterial profiles of subgingival plaque in periodontitis. *Journal of Periodontology* 1985;**56**:447-456.
- 26 McGavran MH, Spady HA. Eosinophilic granuloma of bone study of twenty eight cases. *The Journal of Bone Surgery* 1960;**42**:979-992.
- 27 Mackenzie WG, Morton KS. Eosinophilic granuloma of bone. *Canadian Journal of Surgery* 1988;**4**:264-267.
- 28 Natkin E. Zebra Hunt. *Journal of Endodontics* 1990;**16**:552-555.
- 29 Newman M, Kornman K. *Guide to antibiotic use in dental practice*. Quintessence Publishing, Chicago USA, 1984.
- 30 Nicopolou-Karayianni K, Mombelli A, Lang NP. Diagnostic problems of periodontitis like lesions of eosinophilic granuloma. *Journal of Clinical Periodontology* 1989;**15**:505-509.
- 31 Ochsner SF. Eosinophilic granuloma of bone: experience with 20 cases. *American Journal of Roentgenology* 1966;**97**:719-726.
- 32 Osband ME, Lipton JM, Lavin P y cols. Histiocytosis X: demonstration of abnormal immunity, T-cell histamine H₂-receptor deficiency and successful treatment with thymic extract. *The New England Journal of Medicine* 1981;**304**:146-153.
- 33 Otani S, Ehrlich JC. Solitary granuloma of bone simulating primary neoplasm. *The American Journal of Pathology* 1940;**16**:479-490.
- 34 Page RC, Schroeder HE. *Periodontal disease in man and other animals*. Karger, Basel, Switzerland, 1982.
- 35 Patrikion A, Sefheriadou TH, Sklavounos A. Therapeutic problems in eosinophilic granuloma of the jaws. *Stomatologia* 1984;**41**:105-115.
- 36 Sbarbaro JL, Francis KC. Eosinophilic granuloma of bone. *Journal of the American Dental Association* 1961;**178**:706-708.
- 37 Schairer E. Über eine eigenartige Erkrankung des kindlichen Schädels (Osteomyelitis mit eosinophilier reaktion). *Zentralblatt für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie* 1938;**71**:113-117.
- 38 Sedano HO, Cernea P, Hosxe G, Gorling RJ. Histiocytosis X. Clinical, radiologic and histologic findings with special attention to oral manifestations. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1969;**27**:760-771.
- 39 Shaw L, Glenwright HD. Histiocytosis X: an oral diagnostic problem. *Journal of Clinical Periodontology* 1988;**15**:312-315.
- 40 Skibe TJ, Wheat P, Williams RA, Dixon RA, Mercuri LG. Eosinophilic granuloma. *Journal of Oral Surgery* 1978;**36**:960-962.
- 41 Soskolne WA, Lustmann J, Azaz B. Histiocytosis X: report 6 cases initially in the jaws. *Journal of Oral Surgery* 1977;**35**:30-33.
- 42 Storrs J. Bilateral eosinophilic granuloma of the mandible. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1976;**41**:93-100.
- 43 Zuendel MT, Bowers DF, Kramer RN. Recurrent histiocytosis X with mandibular lesions. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1984;**58**:420-423.