

RESSECÇÃO SEGMENTAR DE GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES: RELATO DE CASO

SEGMENTATION OF CENTRAL GIANT CELL GRANULOMA: CASE REPORT

Kalyne Kelly Negromonte Gonçalves¹, Demóstenes Alves Diniz², Priscilla Sarmiento Pinto², Jéssica da Silva Cunha², Fernando Antônio Cardoso Maciel³, Carlos Augusto Pereira do Lago³, Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos⁴

1. Mestranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE). Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (HR/FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.
2. Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração (HR/FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.
3. Preceptor do Programa de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração. Recife, Pernambuco, Brasil.
4. Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE). Chefe do Programa de residência do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital da Restauração (HR/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

Palavras-chave:

Células Gigantes; Granuloma Central de Células Gigantes; Osteotomia Mandibular.

RESUMO

O Granuloma central de células gigantes é próprio dos ossos gnáticos, sendo um tumor benigno não odontogênico. É uma lesão de crescimento normalmente lento, bem circunscrito e assintomático, geralmente diagnosticado através de algum exame de rotina ou, em casos mais avançados, quando se começa a visualizar alguma alteração estético-anatômica. O tratamento de eleição para este tipo de lesão é a simples curetagem ou a ressecção em bloco. No entanto, em pacientes adultos jovens e em crianças, o efeito mutilante que este tipo de tratamento pode acarretar deve ser levado em consideração, utilizando tratamentos não cirúrgicos, como injeção intralesional de corticosteroides, administração de interferon alpha e calcitonina. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de tratamento com ressecção segmentar de granuloma central de células gigantes. Tumores mais agressivos e recorrentes devem ser submetidos à ressecção e mesmo assim deve se levar em consideração o efeito estético que pode causar na face do paciente, principalmente, se forem crianças e adultos jovens.

Keywords:

Giant Cells; Giant Cell Central Granuloma; Mandibular osteotomy.

ABSTRACT

The central granuloma of giant cells is specific to gnathic bones, being a benign non-odontogenic tumor. It's a growth injury usually slow, well circumscribed and asymptomatic, usually diagnosed through some routine examination or, in more advanced cases, when it begins to visualize some aesthetic-anatomical alteration. The treatment of choice for this type of injury is a simple curettage or resection in block. However, in young adult patients and children, the mutilating effect that this type of treatment can bring must be taken into consideration, using non-surgical treatments, such as intralesional injection of corticosteroids, administration of alpha interferon and calcitonin. Therefore, the objective of this work is to report a case of treatment with resection segment of central granuloma of giant cells. More aggressive and recurrent tumors must be submitted to resection and even then taking into account the aesthetic effect it can have on the patient's face, especially if they are children and young adults.

Autor Correspondente:

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos, DDS, MSc, PhD.
Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Pernambuco
Rua Arnóbio Marquês, 310, Santo Amaro
Recife – PE, CEP: 50100-130
Telefone: (81) 988868677, e-mail: belmirovasconcelos@gmail.com

INTRODUÇÃO

O granuloma central de células gigantes (GCCG), foi descrito primeiramente em 1953 por Jaffe, representando um tumor odontogênico intra-ósseo raro, benigno, assintomático, porém localmente agressivo e de natureza destrutiva¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o GCCG é composto de tecido fibroso, contendo múltiplos focos de hemorragia, células gigantes multinucleadas e trabéculas de osso. É mais frequente em pacientes do sexo feminino e jovens, com a média de idade variando entre 10 e 25 anos. 70% dessas lesões acometem a

mandíbula, sendo a região anterior mais prevalente, cruzando a linha média^{2,3}.

Embora de etiologia desconhecida, esta lesão é considerada como um reparo reacional ósseo decorrente de trauma, inflamação ou hemorragias⁴. Faz diagnóstico diferencial com lesões que apresentam aspecto histológico com presença de células gigantes, merecendo destaque para o tumor de células gigantes dos ossos longos, cisto ósseo aneurismático e tumor marrom do hiperparatireoidismo. Essas lesões também podem se manifestar em pacientes com síndromes, como a neurofibromatose tipo I, síndrome de Noonan e querubismo.

O tumor marrom do hiperparatireoidismo só pode ser diferenciado do GCCG através de exames laboratoriais^{1,5,6}.

Os achados radiográficos presentes são de lesões radiolúcidas bem definidas, podendo ser uni ou multilocular, reabsorções radiculares, perfuração da cortical óssea e deslocamentos dentários². O GCCG pode ser classificado em lesões agressivas ou não agressivas, sendo as não agressivas o padrão mais comum. É importante ressaltar que as lesões agressivas apresentam maior taxa de recidiva⁷.

Curetagem cirúrgica, enucleação e tratamentos terapêuticos com drogas, como corticóides, calcitonina, interferon alfa e bifosfonatos, têm sido descritos na literatura. Entretanto a taxa de recorrência desses tumores com o tratamento conservador é de 11 a 72%⁸. Ressecções cirúrgicas ainda são consideradas como primeira opção terapêutica para GCCG, principalmente quando é diagnosticada a variante agressiva do tumor⁹.

Nesse sentido, o presente artigo tem o propósito de relatar um caso de granuloma central de células gigantes, sem associação com síndromes ou hiperparatireoidismo, sendo o tratamento cirúrgico sob ressecção segmentar proposto, bem como promover uma reflexão a cerca da terapêutica desses tumores.

RELATO DE CASO

Paciente S.M.S., gênero feminino, 40 anos de idade, melanoderma, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração,

Recife-PE, com aumento de volume em face e evolução clínica de 02 anos. Apresentava diagnóstico prévio de Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG), estabelecido por biópsia incisional 01 ano antes. Ao exame físico extra-oral evoluía com discreto aumento de volume em região anterior de mandíbula e submandibular esquerdo, sem sintomatologia dolorosa associada e de crescimento progressivo.

O exame físico intra-oral sugeria extensão do tumor para região de mucosa oral de aspecto ulcerado, com expansão de corticais óssea vestibular e lingual. O exame de imagem (Figura 1) evidenciava lesão radiolúcida multilocular em região de sínfise mandibular, parassínfise mandibular direita e corpo mandibular esquerdo bem delimitada, associada ao ápice dos dentes 41,42,43,44,31,32,33 e 34, causando reabsorção radicular dos mesmos.

Os exames laboratoriais da paciente não sugeriam alterações. Complementar ao diagnóstico, foi realizada punção aspirativa, sendo o conteúdo negativo. A proposta cirúrgica escolhida foi a realização de cirurgia sob anestesia geral, utilizando-se o acesso de Newmann modificado para completa exposição do tumor (Figura 2).

Seguiu-se a ressecção segmentar do osso envolvido através do uso da serra de Gigli, estabelecendo margem de segurança de 1,5cm, bem como reconstrução mandibular imediata com instalação de placa de reconstrução (Figura 3).

A paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 01 ano, (Figura 4), sem sinais de infecção ou recidiva do tumor, aguardando reabilitação oral através de prótese convencional.

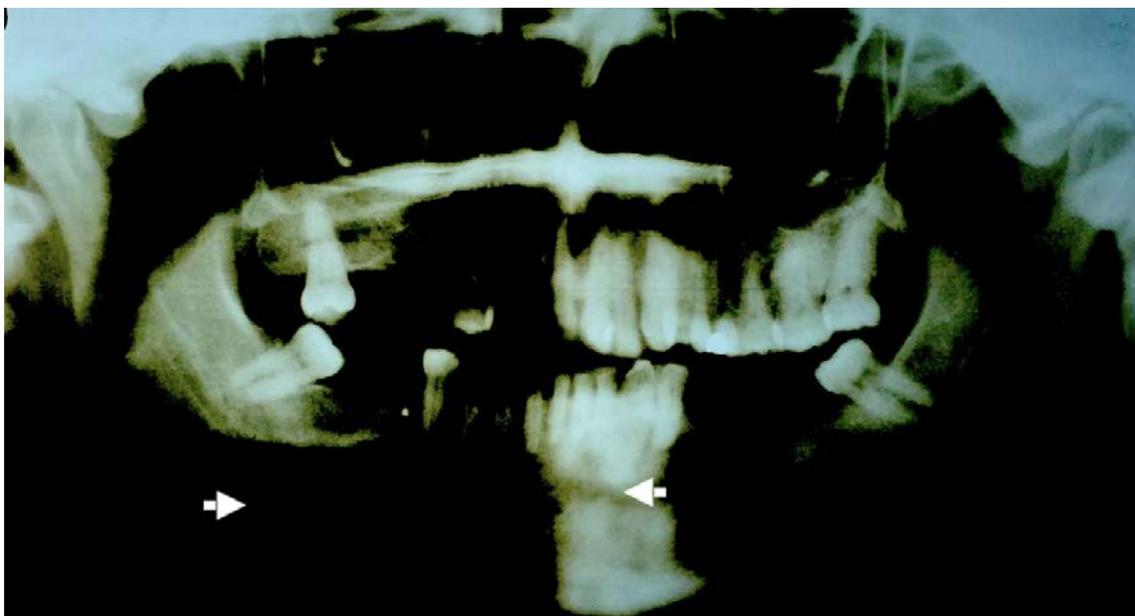


Figura 1 – Radiografia Panorâmica dos Maxilares sugerindo lesão radiolúcida multilocular em região anterior de mandíbula e corpo mandibular esquerdo, como delimitado pelas setas.

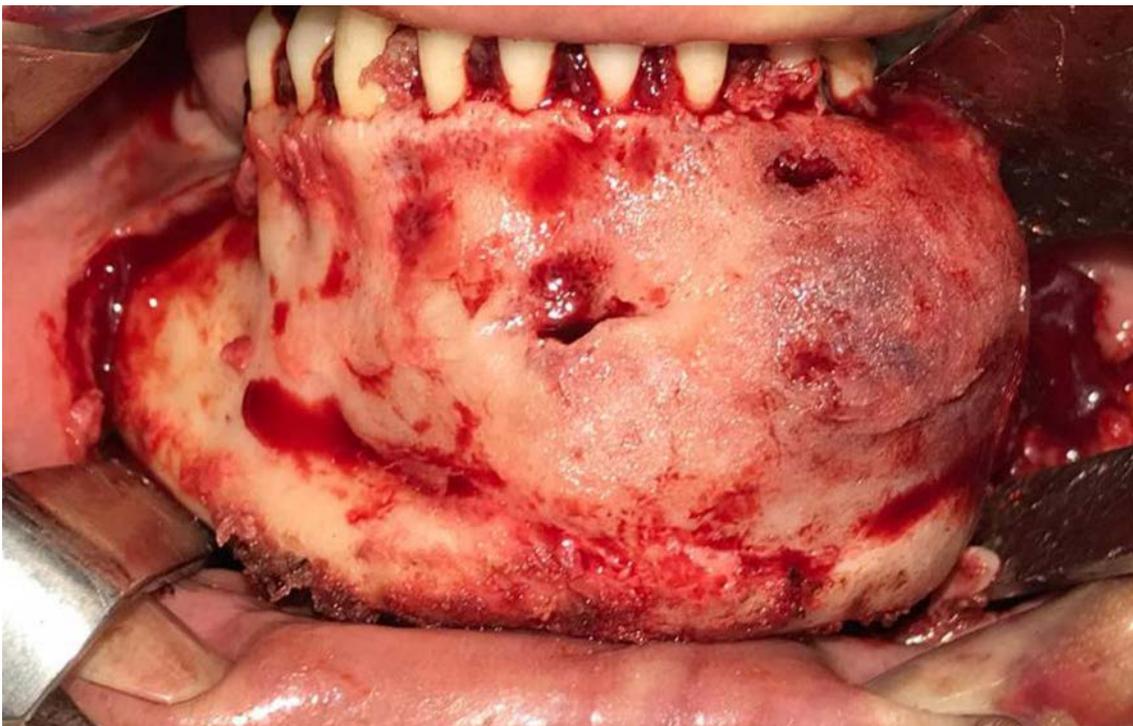


Figura 2 – Exposição total do tumor.

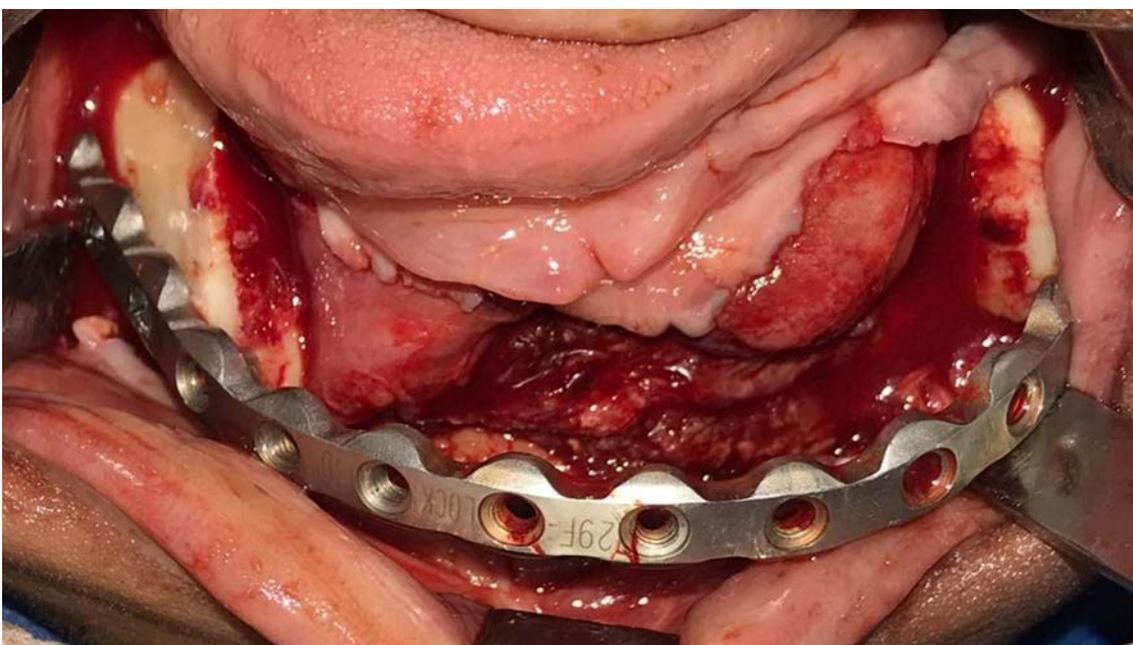


Figura 3 – Reconstrução imediata após ressecção segmentar.



Figura 4 – Um ano de pós-operatório.

DISCUSSÃO

O granuloma central de células gigantes possui uma apresentação clínica variável, com aspecto desde discreto aumento volume, de crescimento lento e assintomático, até uma extensa expansão óssea com perfuração de cortical e reabsorção radicular. Essa lesão acomete especialmente região anterior de mandíbula e pacientes do sexo feminino¹⁰. Através das características clínicas e de imagens, pode-se classificar o GCCG em agressivo ou não agressivo¹¹. O caso em questão apresentou-se como um discreto aumento de volume, assintomático, porém causando expansão de corticais ósseas e acometendo considerável extensão do osso mandibular, podendo assim ser considerado como lesão agressiva. Quanto à localização e gênero de maior acometimento, o presente caso corrobora com os achados da literatura.

Exames de imagens são fundamentais para complementar o diagnóstico e planejar um tratamento adequado. Radiografias convencionais possuem limitações quanto a observação de expansão das corticais e extensão da lesão para o tecido mole adjacente. Sendo assim, as tomografias computadorizadas de face são de grande valia, evidenciando detalhes tridimensionais do envolvimento da lesão².

O GCCG se assemelha radiograficamente e histologicamente ao tumor marrom encontrado em pacientes com hiperparatireoidismo, se fazendo assim necessários exames laboratoriais para o diagnóstico diferencial. Há casos

na literatura² de tumor marrom, em que os exames laboratoriais mostravam níveis elevados de creatinina, ureia, fosfatase alcalina e paratormônio e níveis de cálcio sérico total e iônico diminuídos. No presente estudo, foram realizados exames para avaliação de níveis de hormônio estimulante da tireoide (TSH), tiroxina livre circulante (T4 livre), hormônio luteinizante (LH), hormônio folículo estimulante (FSH), cortisol, além de fosfatase alcalina, paratormônio e níveis séricos de cálcio. Como resultados, não foram encontradas alterações hormonais e laboratoriais, descartando-se, assim, o tumor marrom associado ao hiperparatireoidismo, confirmando-se o diagnóstico de GCCG encontrado no laudo histopatológico progressivo.

A modalidade de tratamento mais adequada para esse tipo de lesão ainda é muito discutida na literatura e deve levar em consideração a idade do paciente, quadro clínico, características da lesão e sua agressividade¹². Os tratamentos propostos vão desde procedimentos conservadores até a ressecção da lesão com margem de segurança. As opções conservadoras incluem a aplicação intralesional de corticoide, interferon alfa, calcitonina subcutânea e uso de bifosfonatos. O interferon alfa pode ser utilizado sozinho ou como coadjuvante quando realizada enucleação da lesão¹³. O uso de calcitonina é baseado na afirmativa que as células gigantes da GCCG são osteoclastos e por isso seriam inativadas pela calcitonina. Já o mecanismo de ação do corticoide intralesional é explicado pela inibição da reabsorção óssea por duas vias diferentes: a primeira, pela inibição da produção extracelular de proteases lisossomais e segunda, pela ação apoptótica sobre células semelhantes a osteoclastos⁴.

Devido à chance de recidiva desse tipo de lesão, quando submetidos a tratamentos conservadores, alguns estudos indicam a ressecção em bloco para as lesões consideradas clínicas e radiograficamente agressivas^{14,15}. No presente caso clínico, pela apresentação agressiva da lesão ao expandir corticais ósseas e promover reabsorções radiculares, optou-se pela ressecção segmentar, diminuindo assim a chance de recidiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a variante não agressiva do granuloma central de células gigantes seja mais comum, o padrão agressivo e expansivo merece atenção. Deve haver um planejamento cirúrgico minucioso, visto que necessita de ressecções ósseas, trazendo sequelas funcionais e estéticas importantes, comprometendo a qualidade de vida do paciente.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Órgão de Fomento Brasileiro Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Hospital da Restauração da cidade do Recife.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

FINANCIAMENTO

Este trabalho recebeu apoio financeiro da agência de fomento brasileira Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho foi realizado de acordo com a Declaração de Helsinki. O consentimento por escrito do paciente foi obtido para a publicação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Chavus, et al. Coordinated pediatric reconstruction and rehabilitation of maxillary central giant cell granuloma. *Clinical Dentistry* 2018. 7(20): 528-33.
2. Abdelkarim A Z, Abu el sadat S M, Chmieliauskaite M, et al. Radiographic Diagnosis of a Central Giant Cell Granuloma Using Advanced Imaging: Cone Beam Computed Tomography. *Cureus* 10(6): e2735; June 05, 2018.
3. Gulati, et al. Central Giant Cell Granuloma of Posterior Maxilla: First Expression of Primary Hyperparathyroidism. Hindawi Publishing Corporation 2015; 35:60-6.
4. Etoz M, Asatongrol F, Akyol R. Central giant cell granulomas of the jaws: retrospective radiographic analysis of 13 patients. *Oral Radiology* 2018; 10:60-6.
5. Noleto JW, et al. Aspectos radiológicos e epidemiológicos do granuloma central de células gigantes. *Radiol Bras* 2007;40(3):167-71.
6. Özlem Filiz BAYAR, Gülsüm AK. Treatment of giant cell granuloma with intralesional corticosteroid injections: a case report. *J Istanbul Univ Fac Dent* 2015;49(3):45-50.
7. Pinheiro da Rosa MR, de Sá JL, Martins VB, de Oliveira MV. Central giant cells lesion: Report of a conservative management. *Eur J Dent* 2018; 12: 305-10.
8. Chrcanovi, et al. Central giant cell lesion of the jaws: an updated analysis of 2270 cases reported in the literature. *J Oral Pathol Med* 2018 Sep;47(8):731-39.
9. Nogueira, et al. Surgical treatment, oral rehabilitation, and orthognathic surgery after failure of pharmacologic treatment of central giant cell lesion: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2016;1(10).
10. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2009
11. Yuzbasioglu E, Alkan A, Özer M, Bayran M. Multidisciplinary approach for the rehabilitation of central giant cells granuloma: a clinical report. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2014;17(4): 528-33;
12. Carlos R, Sedano HO. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93:161-66.
13. Bayar OF, Gulsun AK. TREATMENT OF GIANT CELL GRANULOMA WITH INTRALESIONAL. *J Istanbul Univ Fac Dent* 2015;49(3):45-50.
14. Rawashdeh AB. Long-term clinical and radiological outcomes of surgical management of central giant cell granuloma of the maxilla. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35: 60-6.
15. De Lang J. Incidence and disease-free survival after surgical therapy of central giant cell granulomas of the jaw in the Netherlands: 1990- 1995. *Head & Neck* 2004; 26: 792-95.