

## Manejo cirúrgico de granuloma central de células gigantes em região de seio maxilar: relato de caso

*Surgical management of central giant cell granuloma in the maxillary sinus: a case report*

### RESUMO

**Introdução:** O granuloma central de células gigantes é uma lesão intraóssea incomum com predileção pela região mandibular e sexo feminino. Classifica-se como agressivo ou não agressivo de acordo com seu comportamento clínico. O tratamento de eleição para este tipo de lesão varia desde modalidades não cirúrgicas até a ressecção óssea. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 21 anos, com lesão osteolítica agressiva em região de parede anterior de seio maxilar direito, tratada com excisão cirúrgica e reconstrução imediata com malha de titânio sem interferências estéticas ou funcionais no pós-operatório. **Considerações finais:** O granuloma central de células gigantes tem apresentação clínica diversa e o tratamento deve levar em consideração as características da lesão em cada paciente, em lesões agressivas, o manejo cirúrgico é sempre o indicado.

**Palavras-chaves:** Células gigantes; Granuloma; Cirurgia.

### ABSTRACT

**Introduction:** Central giant cell granuloma is an uncommon intraosseous lesion with a predilection for the mandibular anterior region and females. It is classified as aggressive or non-aggressive according to its clinical behavior. The treatment of choice for this type of pathology ranges from non-surgical modalities to bone resection. **Case report:** Male patient, 21 years old with an aggressive osteolytic lesion in the anterior wall of the right maxillary sinus, treated with surgical excision and immediate reconstruction with titanium mesh without aesthetic or functional disturbances in the postoperative period. **Final considerations:** The Central giant cell granuloma may have different clinical presentations and treatment must take into account the characteristics of the lesion in each patient, in aggressive lesions, surgical management is always indicated.

**Key-words:** Giant cells; Granuloma; Surgery.

#### **Elesbão Ferreira Viana Junior**

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial -  
HUUFMA, Mestrando em DTM São  
Leopoldo Mandic.

#### **Andre Luis Costa Cantanhede**

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial - HUUFMA,  
Mestrando Clinicas Odontológicas/  
CTBMF – FOP Unicamp.

#### **Roque Soares Martins Neto**

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial HUUFMA,  
Mestrando Odontologia Unichristus-CE.

#### **Loretta Máira dos Santos Barros**

Cirurgiã-dentista - Universidade de  
Brasília – UnB

#### **Eider Guimarães Bastos**

Professor Titular, Departamento de  
Cirurgia Buco-maxilo-facial, Universidade  
Federal do Maranhão.

#### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Andre Luis Costa Cantanhede  
Rua Vital Brasil, 386, Areião, Piracicaba/  
SP – Brasil  
CEP: 13414-044  
Telefone: (98)987389717  
Email: andre\_ctbmf@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O granuloma central de células gigantes (GCCG) é uma lesão intraóssea que acomete principalmente adultos jovens, na 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> décadas de vida, com predileção pela mandíbula anterior, sendo mais prevalente no sexo feminino<sup>1</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) o define como uma proliferação osteolítica benigna, eventualmente agressiva, consistindo de tecido fibroso com focos hemorrágicos e depósitos de hemossiderina, presença de células gigantes multinucleadas e formação de osso reativo<sup>2</sup>.

Radiograficamente, apresenta-se como uma área radiolúcida, que pode ser bem definida, mal definida ou multilocular, podendo ocorrer deslocamento e/ou reabsorção dentária<sup>3</sup>. Pode ser classificado como agressivo ou não agressivo de acordo com seu comportamento clínico<sup>4</sup> (Tabela1). As lesões agressivas caracterizam-se por dor, crescimento rápido, expansão e perfuração das corticais ósseas, reabsorção radicular e elevada taxa de recorrência. O tratamento de eleição para este tipo de lesão varia desde injeções intralesionais de corticóides, administração de interferon alfa e calcitonina a ressecção óssea, sendo a curetagem a abordagem mais utilizada<sup>5</sup>.

CARACTERÍSTICAS	AGRESSIVA	NÃO AGRESSIVA
<b>Crescimento</b>	Rápido	Lento
<b>Expansão</b>	Comumente presente	Pode não estar presente
<b>Parestesia</b>	Presente	Ausente
<b>Histológico</b>	Maior nº de células gigantes	Menor nº de células gigantes
<b>Imaginologia</b>	Reabsorção radicular, cortical, expansão, perfuração	Mínima expansão
<b>Recorrência</b>	Alta	Rara

**Tabela 1** - Características que distinguem as duas variantes de Granuloma central de células gigantes relatados.

Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso de granuloma central de células gigantes agressivo em maxila, acometendo seio maxilar tratado através de curetagem cirúrgica com excelente resultado pós-operatório.

## RELATO DE CASO

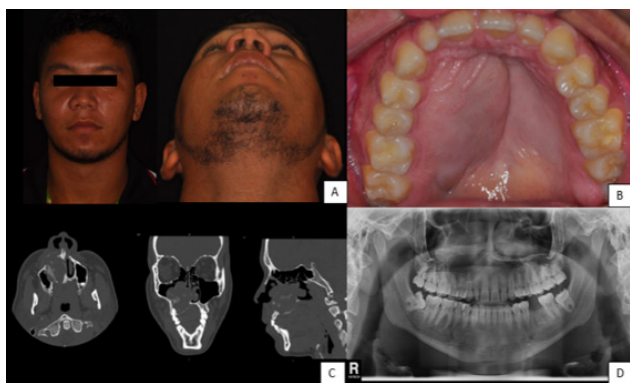
Paciente do sexo masculino, 21 anos, leucoderma, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital

Universitário Presidente Dutra queixando-se de aumento volumétrico em região de palato duro com evolução de aproximadamente 1 mês e dor associada em hemiface direita.

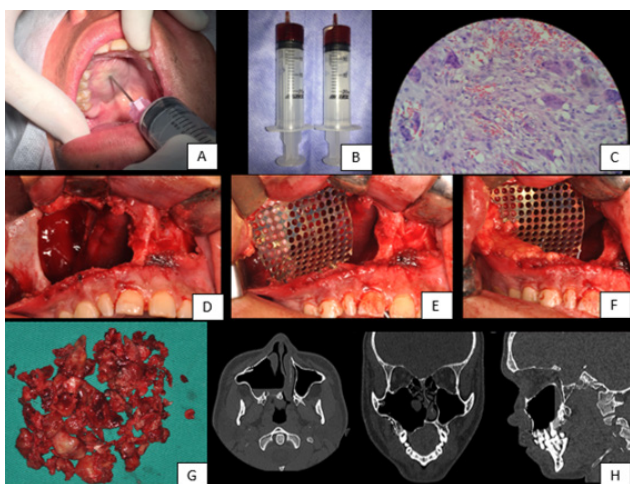
Ao exame clínico extrabucal, observou-se expansão em região anterior de maxila com discreta elevação da asa nasal direita causando (Figura 1- A). O exame intrabucal revelou tumefação em região palatina direita de superfície lisa de consistência firme a palpação (Figura 1 - B). Não havia histórico de trauma prévio, nem linfadenopatia associada. O paciente não possuía alterações sistêmicas e os históricos médico e familiar não revelaram outras anormalidades. Foram solicitadas radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de face. A primeira serviu para nos nortear quanto a reabsorções dentárias e a tomografia evidenciou área predominantemente hiperdensa em região de seio maxilar direito com invasão dessa estrutura, além de, fenestração da cortical óssea vestibular (Figura 1 – C-D). Foi realizado punção aspirativa em região palatina sob anestesia local, obtendo-se conteúdo de aspecto sanguinolento (Figura 2 – A e B). Por essa razão, devido a característica sangrante da lesão, optou-se por realizar biópsia incisional sob anestesia geral. A peça coletada foi enviada para análise histopatológica, apresentando como diagnóstico: lesão proliferativa de células fusiformes pouco colageinizadas entremeadas por células gigantes osteoclásticas (Figura 2 - C). As hipóteses diagnósticas foram de granuloma central de células gigantes ou tumor central de células gigantes, favorecendo a primeira. Histologicamente, o GCCG e o tumor marrom do hiperparatidoidismo, não podem ser distinguidos. Por essa razão, foram solicitadas análises de cálcio sérico, fósforo e paratormônio. Não foram encontradas alterações nestes exames.

Devido à idade do paciente, mesmo com o comportamento agressivo da lesão, optou-se por tratamento conservador, através da curetagem cirúrgica por acesso cirúrgico intrabucal ao fundo de vestibulo direito. O seio maxilar e a cavidade nasal direita foram curetados. Posteriormente, foi realizada aposição de malha de titânio em parede anterior do seio maxilar com interposição do corpo adiposo da bochecha para prevenir possível deiscência de sutura (Figura 2 - D, E e F). Os dentes reabsorvidos foram mantidos e encaminhados para tratamento endodôntico. A peça cirúrgica foi enviada para realização do exame histopatológico. A hipótese diagnóstica de GCCG foi confirmada através do exame histopatológico da peça curetada. Tomografia computadorizada de controle no pós-operatório de 01 ano (Figura 2 – G e H) não se

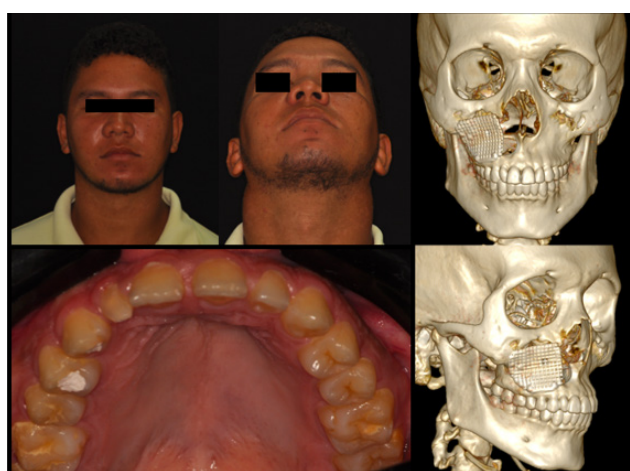
observou sinais imaginológicos de recidiva, sinusite, mantendo-se estética facial satisfatória (Figura 3).



**Figura 1** - A - Aspecto extrabucal inicial. B - Aspecto intrabucal inicial. C - Tomografia computadorizada inicial. D - Radiografia panorâmica inicial demonstrando reabsorção radicular.



**Figura 2** - A - Punção aspirativa. B - Conteúdo aspirado. C - Aspecto histopatológico da lesão. D - Lesão curetada. E - Aposição de malha de titânio. F - Interposição do corpo adiposo de Bichat. G - Peça cirúrgica curetada. H - Tomografia computadorizada realizada no pós-cirúrgico imediato.



**Figura 3** - Controle clínico após 1 ano de cirurgia, demonstrando boa simetria facial e ausência de abaulamento na região palatal. Tomografia 3D demonstrando a malha de titânio aposicionada, reconstruindo parede anterior de seio maxilar direito.

## DISCUSSÃO

O GCCG é uma lesão intraóssea incomum da região de cabeça e pescoço, que embora benigna, pode ser localmente agressiva, representando 7% dos tumores benignos que acometem os maxilares<sup>6</sup>. Apresenta incidência ligeiramente maior no gênero feminino e tende a envolver mais a porção anterior da mandíbula. Portanto, a lesão relatada, apresenta acometimento incomum, localizando-se região de seio maxilar e em paciente do gênero masculino.

Na maioria dos casos, o GCCG surge como uma lesão de crescimento lento e indolor. No entanto, o paciente queixava-se de dor e, através dos exames de imagem, pode-se observar reabsorção radicular e perfuração de cortical óssea, classificando a lesão como agressiva<sup>7</sup>. Sua etiopatogenia permanece incerta e, fatores como trauma, focos inflamatórios, distúrbios endócrinos, têm sido apontados como agentes etiológicos<sup>8</sup>. Porém, não foi relatado trauma prévio e nem diagnosticado distúrbio sistêmico que fossem indicativos de fator causal específico.

A aspiração prévia a realização da biópsia alertou sobre a característica sanguinolenta da lesão. Optou-se, então, pela realização da biópsia incisional sob anestesia geral em centro cirúrgico, com mais segurança caso houvesse sangramento mais abundante. O exame histopatológico evidenciou dois importantes critérios histológicos levados em consideração no diagnóstico do GCCG: presença de células gigantes multinucleadas e um estroma com células fusiformes<sup>2</sup>.

Existem diversas modalidades de tratamento para esta patologia dependendo do comportamento clínico. Para as variantes agressivas, como a relatada aqui, cirurgias mais invasivas muitas vezes são indicadas por alguns profissionais como a ressecção e apropriada reconstrução<sup>9</sup>. No presente caso, devido a idade do paciente, optou-se por realizar curetagem cirúrgica, levando em consideração o efeito mutilante que a ressecção poderia causar ao paciente. Após a curetagem, foi realizada aposição de malha de titânio para dar suporte e impedir o colapso dos tecidos moles, seguida da interposição do corpo adiposo da bochecha como auxílio na reconstrução do defeito cirúrgico, além de melhorar a espessura de tecidos moles no local, prevenindo deiscências. Os dentes que apresentavam alguma associação com a lesão foram mantidos e tratados endodonticamente visando manutenção funcional e estética.

As taxas de recorrência de lesões agressivas após tratamento cirúrgico variam de 11% a 49%, podendo recorrer anos depois do tratamento realizado<sup>10</sup>. Portanto, é importante enfatizar a

importância do acompanhamento frequente, principalmente quando o tratamento de escolha for conservador. Atualmente, o paciente encontra-se com 02 anos de acompanhamento, sem sinais clínicos ou radiográficos de recorrência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O GCCG tem apresentação clínica diversa e o tratamento deve levar em consideração as características da lesão em cada paciente. O tratamento conservador evita grandes mutilações e maiores prejuízos funcionais e estéticos. No entanto, tem indicação precisa e é importante o monitoramento permanente através de controle clínico e radiográfico para diagnóstico precoce de possíveis recorrências.

## REFERÊNCIAS

1. Sun ZJ, Cai Y, Zwahlen RA, Zheng YF, Wang SP, Zhao YF. Central giant cell granuloma of the jaws: clinical and radiological evaluation of 22 cases. *Skeletal Radiol.* 2009; 38: 903-9.
2. L. Barnes, J. W. Eveson, P. Reichart, and D. Sidransky, Eds., *Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*, vol. 9 of IARC WHO Classification of Tumours, IARC Press, Lyon, France, 2005.
3. Pogrel AM. The diagnosis and management of giant cell lesions of the jaws. *Annals of Maxillofacial Surgery.* 2012; 2(2):102-06.
4. Kruse-Losler B, Diallo R, Gaertner C, Mischke KL, Joos U, Kleinheinz J. Central giant cell granuloma of the jaws: a clinical radiologic and histopathologic study of 26 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006; 101:346–354.
5. Patel D, Minhas G, Johnson P. A recurrent central giant cell granuloma in a young patient and orthodontic treatment: a case report, *Journal of Orthodontics.* 2016; 43:4, 306-313.
6. De Lange J, van den Akker HP, Klip H. Incidence and disease-free survival after surgical therapy of central giant cell granulomas of the jaw in The Netherlands: 1990–1995. *Head Neck.* 2004;26:792–5.
7. Garg P, Jain J, De N, Chatterjee K. A central giant cell granuloma in posterior part of maxilla-A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 30:222-225.
8. Aditya A, Aditya P. Central Giant Cell Granuloma of Jaw with Multiple, Multifocal Recurrences. *J Clin Diagn Res.* 2016 Aug; 10(8): ZJ03–ZJ04.
9. de Lange J, van den Akker HP, van den Berg H. Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007; 104:603–615.
10. de Lange J, van den Akker HP. Clinical and radiological features of central giant-cell lesions of the jaw. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 99:464–470.