

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DO GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES: RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

## SURGERY TREATMENT OF CENTRAL GIANT CELL GRANULOMA OF JAWS: REPORT OF A CASE AND LITERATURE REVIEW

*Prof. Dr. Belmiro Cavalcanti do Egito VASCONCELOS\**

*Ricardo Viana Bessa NOGUEIRA\*\**

*Manuela Lombardi FERNANDEZ\*\*\**

*Maria do Rosário de Holanda DUTRA\*\*\**

*Renata de Albuquerque Cavalcanti ALMEIDA\*\*\**

Recebido em 30/10/2003

Aprovado em 07/01/2004

---

### RESUMO

O objetivo deste trabalho foi o de relatar um caso clínico de um paciente que apresentava uma lesão em maxila bem delimitada entre a região dos dentes 22 e 23. Inicialmente optou-se em realizar tratamento endodôntico, baseado em um diagnóstico inicial de patologia inflamatória periapical. Depois de 2 meses o paciente procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, onde foram realizados exame para o diagnóstico da lesão. O diagnóstico final foi o de granuloma central de células gigantes (GCG). O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico para a exérese da lesão e para o seguimento de acompanhamento de 6 meses mostrou-se sem recidiva.

### DESCRITORES:

Doenças Estomatognáticas; Doenças Maxilomandibulares; Granuloma de Células Gigantes; Granuloma de Células Gigantes/Cirurgia.

---

### ABSTRACT

The aim of this work was to report a case of a patient who had a well defined lesion in maxilla between the left lateral incisor and the left canine. Initially an endodontic treatment was done, based upon an initial diagnosis of periapical inflammatory lesion. After 2 months the patient sought the division of Oral and Maxillofacial Surgery of the Oswaldo Cruz Hospital, where exams were done to diagnostic the lesion. The final diagnosis was central giant cell granuloma (CGCG). The patient was submitted to a procedure to surgically remove the entire lesion and at the follow-up of 6 months the patient showed no recurrence.

### DESCRIPTORS:

Stomatognathic Diseases; Jaw Diseases; Granuloma, Giant Cell; Granuloma, Giant Cell/ Surgery.

---

\* Coordenador do curso de mestrado e doutorado 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 pela FOP/UPE e aluno do programa de mestrado em Odontologia área de concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

\*\*\* Aluno da graduação do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde classifica o granuloma central de células gigantes (GCG) como sendo uma lesão benigna intra-óssea constituída por fibroblastos fusiformes em um estroma contendo colágeno, focos de hemorragia, células gigantes multinucleadas espalhadas uniformemente ou agregadas ao redor dos vasos e trabeculado ósseo (ABU-EL-NAAJ et al., 2002; BATAINEH et al., 2002; KABAN et al., 2002). A literatura relata que o GCG representa 7% de todos tumores maxilares (ABU-EL-NAAJ et al., 2002; BATAINEH et al., 2002; KURTZ et al., 2001) e que a sua etiologia ainda é desconhecida, mas acredita-se que seja uma resposta reparadora: a uma hemorragia, ou inflamação intra-óssea, ou esteja relacionado ao tumor de células gigantes de ossos longos, ou que seja uma anomalia de desenvolvimento intimamente associado com o cisto ósseo aneurismático (REGEZI e CHIBA et al., 2002).

O comportamento clínico do GCG varia desde de aumento de volume assintomático de crescimento lento até a uma lesão agressiva que pode provocar: dor, destruição óssea local, reabsorção radicular ou deslocamento dental. Existe relato de um subtipo agressivo do GCG tem uma maior tendência a recidivar depois da remoção (BATAINEH et al., 2002).

Freqüentemente ocorre em paciente jovens antes dos 30 anos, acomete mais mulheres que homens e a mandíbula é o osso mais afetado estando confinada a região dos dentes (BATAINEH et al., 2002). Radiograficamente o GCG apresenta-se como uma lesão unilocular ou multilocular radiolúcida bem delimitada. Pequenas lesões podem ser confundidas com granuloma periapical ou cisto inflamatório. As imagens multiloculadas assemelham-se com as apresentadas por: ameloblastomas, mixomas, queratocistos, cisto ósseo aneurismático, tumor marrom do hiperparatireoidismo ou querubismo (se bilateralmente) (NEVILLE et al., 1998; DAHLKEMPER et al., 2000; BATAINEH et al., 2002).

Observa-se que o tratamento desta lesão pode ser cirúrgico ou não. O tratamento cirúrgico pode ser realizado por meio da curetagem simples ou ressecção em bloco. Dentre os métodos não cirúrgicos tem-se: a radioterapia, doses sistêmicas de calcitonina, injeções intralesionais com corticoides e aplicações subcutâneas de interferon  $\alpha$  ou  $\beta$  (BATAINEH et al., 2002).

Objetivo deste trabalho é o de fazer o relato de caso de um paciente com GCG em maxila e apresentar uma revisão comentada da literatura.

## RELATO DE CASO

O Paciente J. G. S., 48 anos de idade foi encaminhado ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, com queixa de um aumento de volume em hemiface esquerda. Durante a anamnese o paciente referia um tempo de evolução de aproximadamente cinco meses e negou história de doença sistêmica anterior ou presente ou internamento hospitalar prévio. O paciente relatou que devido ao fato do aumento de volume não diminuir com os meses, procurou dois cirurgiões-dentistas com um intervalo de 1 mês entre as consultas. Um diagnóstico clínico de ausência de vitalidade dos elementos dentais 22 e 23 e conseqüentemente foi sugerido um diagnóstico sugestivo de lesão periapical. Subseqüentemente, foi realizado tratamento endodôntico dos dentes. No período de 30 dias após o tratamento o aumento de volume encontrava-se ainda presente, sendo que, o paciente não apresentou processos dolorosos intensos ou usou analgésico durante este período.

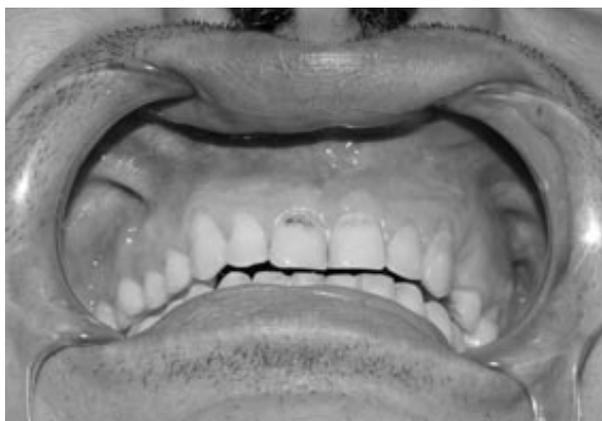
Ao exame da face foi observada uma leve assimetria facial, caracterizada pela elevação da asa nasal esquerda, desvio do ápice nasal para o lado direito e presença de um aumento de volume circunscrito a região naso-geniana esquerda, sem o apagamento do sulco desta região. Ao exame

intrabucal foi observado: presença de manchas de aspecto hipoplásico nos elementos 11 e 21, discreto escurecimento da coroa dos elementos 22 e 23, e apagamento do fundo de sulco que se estendia do canino superior esquerdo até o incisivo central homolateral e era de consistência firme à palpação.

O paciente referia que a região não se mostrava dolorida no momento do exame (figuras 1 e 2).



**Figura 1: Aspecto facial do aumento de volume**



**Figura 2: Aspecto intrabucal do aumento de volume**

Em seguida, foram solicitadas uma ortopantomografia dos maxilares e uma radiografia oclusal da maxila com incidência na região anterior, onde foi observada a presença de uma imagem radiográfica que sugeria uma lesão radiolúcida de limites definidos, localizada na região periapical

respeitando o ápice dos dentes 22 e 23, porém estendendo-se até a região do segundo premolar superior homolateral (sem o comprometimento do dente) (figuras 3 e 4).



**Figura 3: Radiografia panorâmica inicial**



**Figura 4: Radiografia oclusal inicial**

Alguns diagnósticos presuntivos foram propostos ao paciente, como: cisto periapical inflamatório, ou cicatriz periapical ou reação tecidual inflamatória crônica inespecífica. Em seqüência foi realizado procedimento de biópsia incisional sob anestesia local, onde foram removidos fragmentos para fins de diagnóstico histopatológico. O material foi encaminhado ao serviço de patologia cirúrgica da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, onde os cortes revelaram fragmentos de tecido conjuntivo fibroso de densidade colagínea, exibindo inúmeras células gigantes multinucleadas, tendo de permeio material eosifílico semelhante a tecido cementóide, presença de tecido ósseo trabecular em arranjo

desorganizado, interseptado com tecido conjuntivo fibroso sede de áreas hemorrágicas e a presença de vasos sanguíneos de tamanhos variados. O laudo histopatológico foi o de lesão de células gigantes ou lesão fibro-óssea benigna.

Em seqüência o paciente foi então submetido a procedimento cirúrgico sob anestesia geral com o objetivo de se fazer a exérese da lesão. Foi realizado uma incisão sulcular que se estendeu da mesial do incisivo central esquerdo até a mesial do primeiro molar, concomitantemente com duas incisões verticais de alívio, objetivando a obtenção de um retalho trapezoidal de espessura total. O retalho foi então descolado e o osso alveolar conjuntamente com o osso maxilar foi exposto. Neste momento uma perfuração da cortical externa do osso maxilar foi identificada e serviu como guia para o acesso da lesão (figura 5).



**Figura 5: Aspecto trans-operatório do osso alveolar. A seta indica a perfuração da cortical**

Para a realização da osteotomia foram utilizadas brocas cirúrgicas número 702 e 703 montadas em peça de mão sob irrigação com água destilada. A identificação da lesão foi bastante facilitada pelo fato que não apresentava infiltração em osso cortical sadio e se destacava facilmente do leito cirúrgico. O material obtido era composto por múltiplos fragmentos de consistência densa e foi encaminhado ao serviço de patologia. A limpeza do leito cirúrgico foi realizada utilizando-se curetas para

osso e irrigação com soro fisiológico a 0,9%. Conseqüentemente o retalho foi reposicionado e suturado com fio reabsorvível 3-0 (Vicryl®) por meio de pontos interrompidos simples (figura 6).



**Figura 6: Retalho cirúrgico após ser reposicionado e suturado**

O laudo histopatológico final mostrou a presença de um tecido conjuntivo sede de leve infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, com extensas áreas de hemorragias, inúmeras células gigantes multinucleadas, áreas de calcificações distróficas e trabeculado ósseo exibindo características usuais de normalidade, sendo concluído o diagnóstico de lesão de células gigantes. No acompanhamento pós-operatório de 6 meses o paciente mostra-se com uma face mais simétrica e sem qualquer queixa de sintomatologia dolorosa ou incomodo na região.

## DISCUSSÃO

O granuloma central de células gigantes aparece freqüentemente como sendo uma massa de crescimento expansivo e sem sintomatologia dolorosa associada (CHUONG et al. 1986, ABU-EL-NAAJ et al. 2002). Os pacientes são mais acometidos durante a terceira década de vida, existindo uma predileção pelo sexo feminino (BATANICH et al., 2002). Segundo DAHLKEMPER et al, (2000) o CGC pode ser confundido corriqueiramente com uma lesão periapical

inflamatória, levando ao tratamento endodôntico dos dentes afetados sem sucesso. Este fato foi observado neste caso relatado.

A Literatura classifica o comportamento biológico do granuloma de células gigantes em agressivo e não agressivo. O tipo agressivo é usualmente encontrado em pacientes jovens e possui um crescimento rápido com expansão óssea e com tendência a recidiva. O tipo não agressivo apresenta frequentemente como sendo um aumento de volume assintomático e de crescimento lento (ABU-EL-NAAJ et al. 2002). O tratamento do granuloma de células gigantes é normalmente cirúrgico, sendo que na literatura são citados procedimentos mais ou menos agressivos.

BATAINEH et al. (2002) relatou dezoito casos de CGC que apresentavam lesão agressiva e com dor, mobilidade dental e rápido inchaço e as lesões mediam de 2,7 a 10 cm, onde o tratamento de escolha foi a exérese sem defeito de continuidade e osteotomia periapical sem recorrência. ABU-EL-NAAJ et al. (2002), relatou um caso de uma paciente de 15 anos, cujo CGC envolvia a região pré-auricular esquerda de aproximadamente dois meses de duração sem restringir o movimento mandibular e sem distúrbio oclusal. A lesão era unilocular bem definida e uma parte considerável ocupando do côndilo homolateral. O tratamento foi a exérese da lesão e no seguimento de 6 meses de acompanhamento não foi observado recidiva. COHEN (1988) relatou o caso de um paciente de 15 anos de idade com um CGC na maxila, onde foram realizadas ressecção e reconstrução com retalho do músculo temporal. Chiba et al. (2002), relata em seu caso clínico a presença do granuloma de células gigantes na mandíbula em um menino de 12 anos, que referia história de traumatismo maxilar.

Clinicamente apresentava dores nos molares, dois meses após passou a apresentar intensa expansão óssea. Foi realizada a remoção do defeito ósseo com ampla margem de segurança e não foi

observada recidiva.

Na literatura também se observa relatos de outras formas de tratamento que variam desde a aplicação intralesional de corticoides (KURTZ et al., 2001; CARLOS e SEDANO, 2002), calcitonina (O'REGAN et al., 2001) ou uso de interferon (KABAN et al, 2002).

KURTZ et al. (2001) descreveram um caso de uma menina de 10 anos, com CGC na mandíbula na região do canino esquerdo não erupcionado. Quatro meses após a curetagem a lesão recidivou causando expansão da sínfise e deslocamento dos dentes anteriores. Então foi feita a aplicação de repetidas semanalmente num total de seis aplicações. Após um ano a radiografia panorâmica apresentava completa ossificação da área com erupção dos seus permanentes. CARLOS e SEDANO (2002), relataram quatro casos CGC tratados com aplicação de corticoide e lidocaína intralesional por 3 semanas (num total de 20 aplicações). O tempo de acompanhamento foi de 4 anos onde foi observado remodelação óssea e uma pequena área residual radioluscente.

O'REGAN et al. (2001) descreveram o caso clínico de uma paciente gestante, de 33anos, com lupus eritematoso e problema renal, que apresentava CGC.

O tratamento dessa paciente foi através da administração de calcitonina (0,5 mg-100 IV) subcutânea durante 15 meses. A paciente que foi acompanhada por 4 anos onde não houve recidiva. KABAN et al. (2002) descreveram 8 casos de CGC localizados seis na região mandibular posterior e duas na região maxilar anterior. Todas as lesões foram todas tratadas por exérese seguida da administração de interferon alfa ou beta (3.000.000 unid/m<sup>2</sup>) subcutâneo iniciada 48-72h pós-cirurgia durante seis a oito meses. Ao final do estudo não se observou recidiva em nenhum dos casos.

Como foi observado neste relato de caso o tratamento cirúrgico foi o de escolha devido a lesão ser bem delimitada e apresentar um comportamento

biológico pouco agressivo, uma vez que respeitava a região apical dos dentes e não se infiltrava em nosso cortical sadio. Como resultado mediato da cirúrgica foi observada uma redução satisfatória da lesão, sem qualquer dano ou complicações para o paciente. No seguimento de acompanhamento pós-operatório de seis meses o paciente não relatou nenhuma dor ou incomodo na região.

Dentro de uma relação custo-benefício temos que nenhum tratamento cirúrgico ou não cirúrgico pode nos dar um resultado totalmente previsível, mas todos são unânimes em afirmar que a taxa de recidiva é baixa (NEVILLE et al., 1998; DAHLKEMPER et al., 2000; BATAINEH et al., 2002; KABAN et al. (2002).

Se analisarmos por um outro prisma podemos ver que a cirurgia é o que possibilita o resultado final, uma vez que a intensão de se usar medicamentos (exemplos) é o de se reduzir o tamanho da lesão e posteriormente realizar um procedimento cirúrgico.

É certo que para lesões de grandes tamanhos ou lesões que envolvam completamente seguimentos dentados, a perspectiva de se usar medicamento como forma de se realizar uma cirurgia mais conservadora é muito importante e deve ser ponderada por parte do profissional.

Mas lesões de tamanho pequenos e bem delimitadas o tratamento cirúrgico é o que em tese proporciona resultados satisfatórios, sem que o paciente tenha que ficar realizando visitas adicionais, que irão demandar tempo e dinheiro por parte do paciente.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como conclusão podemos afirmar que o comportamento biológico do CGC, o comprometimento de estruturas anatômicas importantes e a relação cirurgião-paciente serão os fatores mais decisivos para eleição da melhor terapêutica cirúrgica a ser utilizada.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-EL-NAAJ, I.; ARDEKIAN, L.; LIBERMAN, R.; PELED, M. Central giant cell granuloma of the mandibular condyle: a rare presentation. **J Oral Maxillofac Surg.** v.60, n. 8, p. 939-941, Aug 2002.

BATAINEH, A. B.; AL-KHATEEB, T.; RAWASHDEH, M. A. The surgical treatment of central giant cell granuloma of the mandible. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 60, n. 7, p. 756-761, Jul 2002.

CARLOS, R.; SEDANO, H. O. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giantcell granuloma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.93, n. 2, p. 161-16, Feb 2002.

CHIBA, I.; TEH, B. G. ; IIZUKA, T. ; FUKUDA, H. Conversion of a traumatic bone cyst into central giant cell granuloma: implications for pathogenesis—a case report. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 60, n. 2, p. 222-225, Feb 2002.

CHUONG, R.; KABAN, L. B.; KOZAKIEWICH, H.; PEREZ-ATAYDE, A. Central giant cell lesions of the jaws: a clinicopathologic study. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 44, n. 9, p. 708-713, Sep 1986.

COHEN, M. A. Management of a huge central giant cell granuloma of the maxilla. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 46, n. 6, p. 509-513, Jun 1988.

DAHLKEMPER, P.; WOLCOTT, J. F.; PRINGLE, G. A.; HICKS, M. L. Periapical central giant cell granuloma: a potential endodontic misdiagnosis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.90, n. 6, p. 739-745, Dec 2000.

KABAN, L. B.; TROULIS, M. J.; EBB, D.; AUGUST, M.; HORNICEK, F. J.; DODSON, T. B.

Antiangiogenic therapy with interferon alpha for giant cell lesions of the jaws. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 60, n. 10, p. 1103-1111, Oct 2002.

KURTZ, M. et al. Treatment of a central giant cell lesion of the mandible with intralesional glucocorticosteroids. V.91. n.6, p. 636-637, 2001.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilo Facial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.287-296.

O'REGAN, E. M.; GIBB, D. H.; ODELL, E. W. Rapid growth of giant cell granuloma in pregnancy treated with calcitonin. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v. 92, n. 5 p. 532-58, Nov 2001.

REGESI, J. A.; SCIUBBA, J. J. **Patologia Bucal: Correlações Clinicopatológicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 62-78.