

Tratamento cirúrgico de granuloma central de células gigantes agressivo em maxilacom acesso weber ferguson: relato de caso

Surgical treatment of aggressive central giant cell granuloma on the jaw using the Weber Ferguson approach: a case report

Radamés Bezerra Melo^I | Priscilla Flores Silva^{II} | Fábio Luiz Neves Gonçalves^{III} | Alysson Lopes Rodrigues^{IV} | Helder Antonio Rebelo Pontes^V

RESUMO

O Granuloma central de células gigantes (GCCG) é uma entidade não neoplásica, tendo em vista suas características clínicas e imaginológicas faz-se a definição do padrão da lesão em agressiva ou não-agressiva que irá determinar o tratamento de escolha, quando agressiva causa destruição óssea considerável. O presente trabalho visa relatar um caso clínico de Granuloma Central de Células Gigantes agressiva em maxila com tratamento cirúrgico de enucleação com acesso cirúrgico de Weber Ferguson, atualmente esse paciente encontra-se com dezoito meses de acompanhamento sem sinais de recidiva.

Descritores: células gigantes, granuloma, ossos faciais.

ABSTRACT

Central giant cell granuloma is a non-neoplastic entity in which the clinical and imaging characteristics identify the injury as an aggressive or nonaggressive lesion, a distinction that will determine the choice of treatment, bearing in mind that the aggressive form may cause significant bone destruction. This paper describes a case of aggressive central giant cell granuloma in the maxilla treated surgically using the Weber Ferguson approach. After eighteen months of follow-up the patient shows no signs of recurrence.

Descriptors: giant-cells, granuloma, facial bones.

INTRODUÇÃO

O Granuloma central de células gigantes (GCCG), também denominado Lesão Central de Células Gigantes, é uma patologia incomum, encontrada na região maxilofacial correspondendo a menos de 7% de todas as lesões benignas dos maxilares. Consiste em um processo proliferativo

benigno não-neoplásico comumente encontrado em crianças ou adultos jovens, sendo mais comum em mulheres do que em homens¹.

A etiologia da GCCG é incerta. Acredita-se que ela possa envolver tanto causas locais quanto sistêmicas. As causas locais incluem traumas e insultos vasculares, que produziram hemorragia

Trabalho realizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará. Belém-PA, Brasil.

I. Cirurgião-dentista pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPA)

II. Cirurgião Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz (UPE); Staff da Residência de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-Facial do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPA).

III. Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital da Restauração (SES/PE); Staff da Residência de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-Facial do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPA).

IV. Cirurgião Oncológico pelo Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo/SP. Staff da residência de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Cirurgia Geral na área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPA)

V. Doutor em Odontologia (Patologia Bucal) pela Universidade de São Paulo – USP. Coordenador da Residência de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPA).

intramedular com conseqüente reação do tecido conjuntivo a substituí-lo. Dentre as causas sistêmicas, à associação com síndromes, como: a Neurofibromatose I e Síndrome de Noonan².

O presente trabalho relata um caso de GCCG agressivo em maxila com tratamento cirúrgico através de acesso de Weber Ferguson para exérese da lesão.

RELATO DE CASO

Um paciente do gênero masculino de 18 anos de idade, cor parda, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPa) para avaliação de assimetria facial às custas de um aumento de volume assintomático, firme à palpação na região anterior de maxila no lado esquerdo, com tempo de evolução de aproximadamente um ano causando apagamento do sulco nasogeniano e

levantamento da asa nasal, no exame físico intraoral, observou-se tumefação ulcerada sangrante em região vestibular de maxila, lado esquerdo, de limites irregulares, com aproximadamente 10 cm no maior diâmetro, estendendo-se entre os elementos dentais 13 e 14. Ao exame tomográfico, observou-se área hiperdensa em região anterior de maxila invadindo seio maxilar esquerdo. (Figura 1)

Realizou-se biópsia incisional da lesão e a peça coletada enviada para análise histopatológica que apresentou hipótese diagnóstica de Granuloma Central de Células Gigantes.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia geral, realizado acesso de Weber Ferguson, a lesão foi totalmente enucleada, a membrana do seio maxilar e os elementos dentais 13 e 14 foram removidos a fim de se evitar recidiva da lesão. (Figura 2) Atualmente, o paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de dezoito meses, observando-se a presença da cicatriz do acesso



Figura 1: A: Aspecto extra oral em vista frontal, pré operatório. B: Aspecto intraoral. C: Corte coronal evidenciando área hiperdensa em seio maxilar esquerdo.

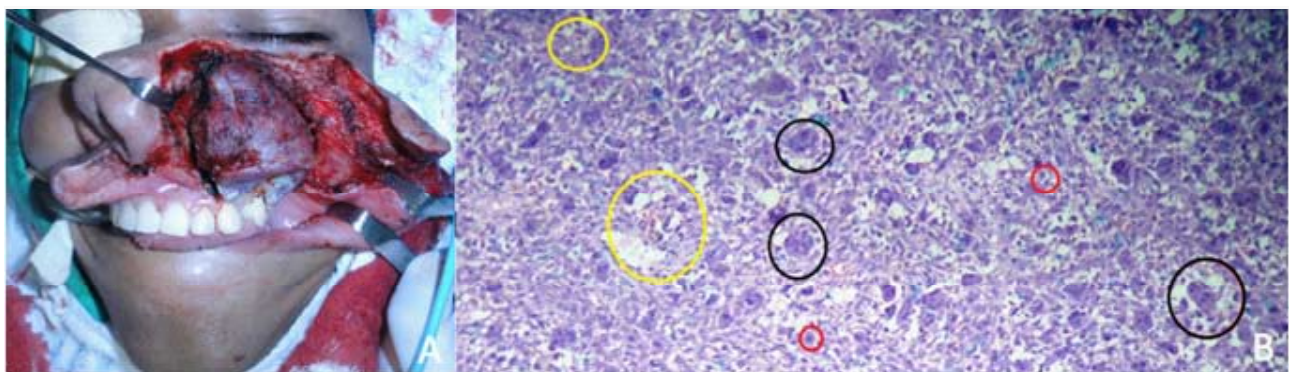


Figura 2: A: Acesso cirúrgico Weber Ferguson expondo a lesão. B: Cortes histológicos revelando tecido conjuntivo eritematoso e fusiforme exibindo grupos de células gigantes multinucleadas (halo preto), células em forma ovoide ou ovalada (halo vermelho), áreas de hemorragia (halo amarelo)

cirúrgico, e ausência de sinais de lesão nos exames imagiológicos pós operatórios, pode ser verificado o potencial agressivo da lesão nos exames de imagem pós operatórios.(Figura 3).



Figura 3: A: Aspecto extraoral em vista frontal, pós operatório de dezoito meses. B: Reconstrução óssea 3d de tomografia de face realizada com dezoito meses de pós operatório.

DISCUSSÃO

A natureza do GCCG é controversa. Existe uma grande quantidade de casos associados ao trauma ósseo, tais como exodontia e trauma local³. A maioria dos GCCG dos maxilares são de origem idiopática. Menos frequentemente, eles podem ser associados ao hiperparatireoidismo, querubismo, doença de Paget, ou Síndrome de Noonan.² O paciente em questão não possuía qualquer evidência bioquímica ou radiológica de hiperparatireoidismo, nem qualquer característica que pudesse ser enquadrada nas síndromes ou demais condições sistêmicas elucidadas.

Os GCCG foram classificados como agressivos e não-agressivos. A maioria dos casos apresenta-se como lesões assintomáticas, de crescimento lento e sem perfuração de corticais ósseas, sendo classificados como não-agressivos. As lesões agressivas são caracterizadas por um crescimento rápido, dor, expansão óssea ou perfuração de corticais, reabsorção radicular e mobilidade dental. Nas lesões agressivas, a recorrência é comum. No presente caso, temos uma lesão agressiva com crescimento

rápido, rompimento da cortical óssea vestibular maxilar, alterações da mucosa oral e mobilidade dentária.^{4,1}

Histologicamente, os GCCG caracterizam-se pela proliferação de células redondas, fusiformes e ovaladas, com numerosas células gigantes multinucleadas, dispersas em um estroma de tecido conjuntivo de densidade variável e, por vezes, intimamente associados a vasos sanguíneos. Há raras figuras de mitose, sem atipia, e material osteóide, além de depósitos de hemossiderina^{4,5}. Acredita-se, que lesões com padrão uniforme de distribuição das células gigantes multinucleadas grandes e estroma bem celularizado possam ser diagnosticadas como agressivas. Radiograficamente, o GCCG apresenta-se como áreas radiolúcidas uni ou multiloculares, com bordas irregulares ou relativamente regulares. No caso abordado, observamos ao exame tomográfico uma imagem hiperdensa no interior do seio maxilar esquerdo bem definida(Figura 1c), e os cortes histológicos revelando tecido conjuntivo eritematoso e fusiforme exibindo grupos de células gigantes multinucleadas, células em forma ovoide ou ovalada, áreas de hemorragia. (Figura 2b)

O GCCG é uma lesão incomum que ocorre mais frequentemente no gênero feminino. Apesar de ser encontrada em todos os grupos etários, a maioria dos casos aparecem antes dos 30 anos. A mandíbula é mais frequentemente envolvida do que a maxila com uma relação mandíbula/maxila de 2:1. Na maxila, a região anterior é geralmente mais afetada, enquanto na mandíbula não se é demonstrado maior incidência posterior ou anterior.^{4,5,6}

O tumor marrom do hiperparatireoidismo é indistinguível clinicamente e radiograficamente do GCCG, fazendo-se necessários exames laboratoriais para confirmação do diagnóstico. Níveis séricos aumentados de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina acusam distúrbios endócrinos e, nessa circunstância, a lesão pode ser diagnosticada como tumor marrom

do hiperparatireoidismo⁷. No presente caso, tais exames laboratoriais não demonstraram nenhuma alteração, podendo a hipótese de associação com o hiperparatireoidismo ser descartada.

Tradicionalmente, a cirurgia é o tratamento de escolha para GCCG e a extensão da cirurgia varia de curetagem com ou sem adjuvante, tais como: crioterapia, ostectomia periférica, solução de Carnoy ou ressecção em bloco, resultando em diferentes graus de deformidade. Dentre os métodos não-cirúrgicos propostos para tratar o GCCG relata-se radioterapia, calcitonina sistêmica, injeção intralesional com corticoides e o uso de interferon sistêmico.^{4,6,8} A ressecção deve ser o procedimento de escolha quando há lesões recorrentes e agressivas. Por ser geralmente encontrada em crianças e adultos jovens, considera-se a cirurgia, dependendo da área acometida, um método desfigurante.^{9,10} A opção da abordagem pelo acesso Weber Ferguson deveu-se à agressividade, extensão, localização em hemimaxila e natureza sangrante do GCCG, tornando possível a exérese da lesão em sua plenitude.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem uma variedade de tratamentos para GCCG discutidos na literatura, variando de tratamentos clínicos como injeções intralesionais de corticoides até ressecção óssea, sendo a curetagem o método mais tradicionalmente utilizado para esses casos. No presente caso, foi utilizada a curetagem agressiva através de um acesso cirúrgico de Weber Ferguson para uma boa exposição de toda a lesão e remoção completa da mesma a fim de garantir sua completa remoção e minimizar as chances de recidiva. Coloca-se em evidencia a boa visualização da lesão por esse acesso garantindo a remoção da lesão em sua totalidade. O presente relato de caso encontra-se com dezoito meses de acompanhamento pós operatório, não sendo observado quaisquer

sinais de recidiva da lesão, clínico ou imagiológico até o momento.

REFERENCIAS

1. THRONDSO, R. R.; SEXTON, S. B. A mandibular central lesion with unusually rapid growth. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod* 2004 Jul;98(1):4-9.
2. LANGE, J.; ROSENBERG, A. J. W. P.; van den AKKER, H. P. et al., Treatment of central giant cell granuloma of the jaw with calcitonin. *Int. J. oral Maxillofac. Surg.* 1999 Oct;28(5):372-6.
3. Unal M, Karabacak T, Vayisog İlu Y, Bag İis İ HE, Pata YS, Akbas İ Y. Central giant cell reparative granuloma of the mandible caused by a molar tooth extraction: special reference to the manuever of drilling the surgical field. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006 Apr;70(4):745-8.
4. Chuong R, Kaban LB, Kozakewich H, Perez-Atayde A. Central giant cell lesions of the jaws: a clinicopathologic study. *J Oral Maxillofac Surg* 1986 Sep;44(9):708-13.
5. 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 Apr;99(4):464-70.
6. Kruse-Lo İsler 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 Mar;101(3):346-54.
7. Liu B, Yu SF, Wu YT, Pang SZ. Central giant cell lesions of the jaws: a clinicopathological study of 31 cases. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2005 Jan;40(1):67-9.
8. Tosco P, Tanteri G, Iaquina C, Fasolis M,

- Roccia F, Sid Berrone Garzino-Demo P. Surgical treatment and reconstruction for central giant cell granuloma of the jaws: a review of 18 cases. *J Craniomaxillofac Surg* 2009 Oct;37(7):380-7.
9. Adornato MC, Patricoff KA. Intralesional corticosteroid injection for treatment of central giant-cell granuloma. *J Am Dent Assoc.* 2001 Feb;132(2):186-90.
10. Silva LF, Pimentel GC, Benevides BS, Parente JLC, Barbalho JCM. Combined Treatment of central giant cell granuloma through corticotherapy and enucleation: case report. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* 2013 out/dez;13(4):09-14.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Radamés Bezerra Melo

Rodovia dos Trabalhadores, 2000 / Casa 63

66635-894 Belém – PA Brasil

Tel.: (85) 99848691

radamesbmelo@hotmail.com

