

Surgical Treatment of Central Giant Cells Lesions in the Maxilla: Case Report

Tratamento cirúrgico de lesão central de células gigantes na maxila: relato de caso

Dmitry José de Santana Sarmiento¹, Jalber Almeida dos Santos², Lúcia Helena Marques de Almeida Lima³, Marcelino Guedes de Lima⁴, Gustavo Pina Godoy⁵

Keywords: granuloma, giant cell, pathology.

Palavras-chave: cirurgia bucal, granuloma de células gigantes, patologia bucal.

INTRODUÇÃO

A lesão central de células gigantes (LCCG) consiste em um processo proliferativo benigno não-neoplásico, o qual corresponde a cerca de 7% das lesões de maxila. Apresenta maior acometimento em adultos jovens e crianças, com predileção pelo gênero feminino, na proporção de 2:1 em relação ao masculino^{1,3}.

A LCCG é normalmente assintomática, seu comportamento clínico pode ser ou não agressivo. Na maxila, essa lesão pode invadir o assoalho do seio maxilar, a órbita e/ou as fossas nasais. Destaca-se ainda que pode se observar assimetria facial, desvio nasal e mobilidade dos elementos dentais associados^{1,4}.

Tais lesões apresentam etiopatogenia obscura, diferentes apresentações clínicas e diversas modalidades de tratamento². Radiograficamente apresenta aspecto radiolúcido uni ou multilocular, com bordas definidas, podendo ou não apresentar expansão cortical e deslocamento dental³.

As hipóteses diagnósticas a serem consideradas dependem do grau de agressividade, rapidez de desenvolvimento, presença de características inflamatórias, dor, mobilidade dental e outras manifestações. Como diagnósticos diferenciais destacam-se a Lesão Periférica de Células Gigantes, o Cisto Ósseo Aneurismático e o Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo³.

A LCCG dos maxilares apresenta histologicamente células gigantes multinucleadas bem como células mononucleadas arredondadas, ovaladas e fusiformes, dispersas em tecido conjuntivo fibroso com focos hemorrágicos e vascularização abundante².

Os principais meios de tratamento são: a biópsia excisional, a curetagem com margem de segurança e a ressecção parcial ou total do osso afetado; o uso de corticosteróides injetáveis na região acometida vem sendo utilizado com êxito^{1,5}.

É necessário tratamento suporte a base de antibióticos, analgésicos e corticosteróides por um

período médio de 10 dias após cirurgia, assim como a necessidade de acompanhamento pós-operatório e exames radiográficos para avaliar a evolução do caso¹.

Portanto, pondo em relevância os aspectos abordados, destaca-se o objetivo de descrever um caso clínico de LCCG, enfatizando seus procedimentos clínicos, radiográficos e laboratoriais para diagnóstico, e tratamento cirúrgico eleito.

RELATO DO CASO CLÍNICO

A paciente de 33 anos, gênero feminino, leucoderma, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Pedro I, em Campina Grande-PB, afirmando que a prótese total perdera estabilidade, e relatando aumento de volume no lado esquerdo da maxila. Na história clínica, a paciente acreditava que o aumento na região estaria associado à remoção recente de elemento dentário, que a mesma complementou ter sido bastante traumática.

Ao realizar o exame físico extrabucal, não se observaram alterações do padrão de normalidade. No exame físico intrabucal verificou-se aumento de volume na região de maxila esquerda, com expansão das corticais ósseas. À palpação a lesão apresentou consistência dura com crescimento intra-ósseo.

Na radiografia panorâmica e tomografia computadorizada, foi observada uma massa radiopaca com imagens radiolúcidas. Foi realizada a excisão cirúrgica da lesão com curetagem meticulosa, optou-se em delinear uma margem de segurança para melhor prognóstico, destacando-se que todo procedimento foi realizado em ambiente hospitalar (Figura 1), e que o mesmo se deu posteriormente à biópsia incisional em ambulatório. A peça foi enviada para exame histopatológico onde se observou diagnóstico conclusivo de LCCG. A conduta terapêutica consistiu na utilização de Amoxicilina 500mg (antibiótico) administrando 1 cápsula via oral (VO) de 8/8 horas (h), Dipirona 500mg (analgésico) - 1 comprimido (comp.) VO de 6/6h e Dexametasona 0,75ml (corticosteroide) - 1 comp. VO de 12/12h.

Os cortes histológicos revelaram fragmentos de tecido conjuntivo exibindo duas populações celulares (mononucleadas e multinucleadas). As células mononucleares exibiam morfologia fusiforme com núcleos alongados e citoplasma claro. As células gigantes multinucleadas destacavam-se por apresentar uma quantidade variável de núcleos e amplo citoplasma de coloração eosinofílica.

A paciente foi acompanhada por um período de um mês, sendo remarcada para consultas rotineiras de proervação durante 6 meses, apresentando evolução satisfatória do pós-operatório.

DISCUSSÃO

Ahmed et al.² e Ciorba et al.⁶ afirmaram que a LCCG é mais comum em pacientes do gênero femi-

nino com idade inferior a 30 anos, fato reforçado pelo relato aqui descrito. Apesar de a principal localização da LCCG, ser na mandíbula^{1,3}, no caso clínico a lesão apresentou-se na maxila, localização esta destacada por Uzbek; Mushtaq⁵. Güngörmüş; Akgül³ afirmaram que 22% dos pacientes com LCCG eram edêntulos totais, característica também observada na paciente objeto do presente relato.

Ainda não se sabe ao certo a etiologia das LCCG, porém alguns fatores, como o trauma e exodontias múltiplas, podem estar ligados a essa patologia^{1,5}, o que foi possível ser observado na anamnese do caso ora descrito.

A paciente apresentava quadro assintomático, ausência de sangramento, presença de abaulamento das corticais, ligeira assimetria facial, sendo a lesão palpável ao exame intrabucal, características observadas em relatos como os de Neville et al.⁴ e Ciorba et al.⁶.

As características histopatológicas da LCCG geralmente são representadas por populações de células mononucleadas e multinucleadas que podem estar acompanhadas por infiltrado inflamatório^{2,4}, estando de acordo com as observadas no estudo histopatológico da peça removida do caso.

A cirurgia é o método mais tradicional e aceito para o tratamento da LCCG^{5,6}, sendo utilizado para o caso através da excisão cirúrgica da lesão, com curetagem meticulosa para diminuir o risco de recidiva, conduta realizada também por Tasar et al.¹ Uzbek e Mushtaq⁵. Foi associado ao tratamento o uso de corticosteróides, analgésicos e antibióticos, com intuito de atenuar os efeitos pós-operatórios e otimizar o prognóstico.

CONCLUSÃO

A LCCG é uma patologia pouco frequente e de etiologia obscura que, apesar de benigna, pode ser altamente destrutiva. Seu diagnóstico conclusivo depende do exame histopatológico, e o tratamento de eleição deve ser criteriosamente elaborado de acordo com as peculiaridades de cada caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tasar F, Bayik S, Eratalay K. Unusual localization and etiology of giant cell granuloma. J Islam Acad Sci. 1991;4:190-2.
2. Ahmed S, Babu I, Priya SP. Central giant cell granuloma - a case report. J Oral Maxillofac Pathol. 2003;7:111-4.
3. Güngörmüş M, Akgül HM. Central Giant Cell Granuloma of the Jaws: A Clinical and Radiologic Study. J Contemp Dent Pract. 2003;4:387-97.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Patologia oral e maxilofacial. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
5. Uzbek UH, Mushtaq I. Giant cell granuloma of the maxilla. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2007;19:393-5.
6. Ciorba A, Altissimi G, Giansanti M. Giant cell granuloma of the maxilla: case report. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2004;24:26-9.



Figura 1. Tratamento Cirúrgico de Lesão Central de Células Gigantes na Maxila: Relato de Caso - Aspecto cirúrgico da lesão.

¹ Mestrando em Patologia Oral pela UFRN.

² Mestrando em Odontologia pela UEPB.

³ Doutorando em ciências e engenharia de materiais, Professora Titular da UEPB.

⁴ Doutorando em ciências e engenharia de materiais, Professor Titular da UEPB.

⁵ Doutor em Patologia Oral pela UFRN, Professor Titular de Patologia Oral da UEPB.

Endereço para correspondência: Dmitry José de Santana Sarmiento - Rua José Jesuino de Brito 415 Quarenta Campina Grande PB 58.416-270.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 13 de dezembro de 2009. cod. 6838

Artigo aceito em 23 de março de 2010.