

MARCELO MATOS ROCHA

GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES:

Revisão de literatura e relato de um caso clínico

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
BELO HORIZONTE**

2013

MARCELO MATOS ROCHA

GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES:

Revisão de literatura e relato de um caso clínico

Monografia apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial .

Orientador: Prof. Msc. Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha

BELO HORIZONTE

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

R672g Rocha, Marcelo Matos.
2013 Granuloma central de células gigantes: revisão de literatura
MP e relato de um caso clínico [manuscrito] / Marcelo Matos
Rocha. – 2013.
30 f.: il.

Orientador: Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha.
Monografia (Especialização) – Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Doenças maxilomanibulares - diagnóstico. 2. Arcada
osseodentária - diagnóstico. 3. Granuloma de células gigantes.
I. Noronha, Vladimir Reimar Augusto. II. Universidade Federal
de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK D62



Ata da Comissão Examinadora para julgamento de Monografia do aluno **MARCELO MATOS ROCHA**, do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, realizado no período de 08/08/2011 a 26/08/2013.

Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de agosto de 2013, às 12:00 horas, no Auditório da Faculdade de Odontologia, reuniu-se a Comissão Examinadora, composta pelos professores Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha (orientador), Cláudio Rômulo Comunian e Rodrigo Carvalho Pinto Coelho. Em sessão pública foram iniciados os trabalhos relativos à Apresentação da Monografia intitulada “**Granuloma central de células gigantes: revisão de literatura e relato de caso clínico**”. Terminadas as arguições, passou-se à apuração final. A nota obtida pelo aluno foi 90 (noventa) pontos, e a Comissão Examinadora decidiu pela sua aprovação. Para constar, eu, Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha, Presidente da Comissão, lavrei a presente ata que assino, juntamente com os outros membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 26 de agosto de 2013.


Prof. Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha
Orientador


Prof. Cláudio Rômulo Comunian


Prof. Rodrigo Carvalho Pinto Coelho

DEDICATÓRIA

Especialmente aos meus pais, Marcelo e Mariceli, que nesta trajetória, foram essenciais e sempre a base de tudo.

Ao meu irmão, Antônio, meu melhor amigo.

A minha namorada, Ana Paula, que me apoiando e superando distancias, esteve e está sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais pela estrutura, organização e suporte colocados a disposição, facilitando todo o desenvolvimento desse trabalho.

A todos os professores, colegas e funcionários do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Agradeço ao meu professor, orientador, amigo e agora colega, Prof. Vladimir Noronha que soube lidar ou colocar o tempo ao nosso favor, conduzindo de forma habilidosa esse momento.

A minha família e namorada que tanto me apoiaram desde o início desta caminhada, pela força e pela positividade que me desejaram.

Á Deus, pela inspiração e direção que tive nesses últimos anos.

RESUMO

O Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG) se define como uma lesão intra-óssea, agressiva, porém benigna. Contem células estromais fusiformes, circundada, e células ovais mononucleadas semelhantes a histiócitos e abundante numero de células gigantes osteoclásticas uniformemente distribuídas. Lesão é classificada como agressiva e não agressiva, dependendo de seu comportamento clínico, imaginológico e histológico. Após diagnosticado, o GCCG, necessita de intervenção imediata, onde seu comportamento determinará o quanto invasivo será o tratamento de escolha, sendo ele cirúrgico ou terapêutico. O presente trabalho te como objetivo revisar a literatura pertinente ao GCCG e realizar um relato de caso clínico.

Palavras-chaves: doenças maxilomandibulares; granuloma de células gigantes; mandíbula.

ABSTRACT

Central giant cell granuloma: Review of the literature and case report.

The Central giant cell granuloma (CGCG) is defined as intra bone tumor, aggressive but benign. Containing stromal spindle cells, surrounded by oval mononuclear cells like histiocytes, and abundant number of equally distributed osteoclastic giant cells of. Lesions classified as aggressive and non-aggressive, depending on their clinical, histological and imaginological features. Once diagnosed, the CGCG, requires immediate intervention, where his behavior will determine how invasive be the treatment of choice, it surgery or medicament therapy. This study will aim to review the literature relevant to the CGCG and resolution of a case report.

Key words: maxillofacial diseases; granuloma giant cell; mandible

LISTA DE ABREVIATURAS

1. GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES.....GCCG.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.....OMS.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION.....WHO.
4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.....UFMG.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: ASPECTO FACIAL INICIAL.....	20.
FIGURA 2: RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL.....	21.
FIGURA 3: CORTE PANORÂMICO EM TOMOGRAFIA CONE BEAN.....	21.
FIGURA 4: RECONSTRUÇÃO 3D DE MANDÍBULA, MOSTRANDO PERDA PARCIAL DA CORTICAL ANTERIOR VESTIBULAR.....	22.
FIGURA 5: RECONSTRUÇÃO 3D DE MANDÍBULA, MOSTRANDO PERDA PARCIAL DA CORTICAL ANTERIOR LÍNGUAL.....	22.
FIGURA 6: RADIOGRAFIA PANORÂMICA APÓS 4 MESES. OBSERVA-SE ÁREAS DE NEOFORMAÇÃO ÓSSEA.....	23.
FIGURA 7: RECONSTRÇÃO 3D DA MANDÍBULA APÓS 4 MESES. OBSERVA-SE ÁREAS DE NEOFORMAÇÃO ÓSSEA EM CORTICAL VESTIBULAR....	24.
FIGURA 8: RECONSTRÇÃO 3D DA MANDÍBULA APÓS 4 MESES. OBSERVA-SE ÁREAS DE NEOFORMAÇÃO ÓSSEA EM CORTICAL LÍNGUAL.....	24.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 DEFINIÇÃO	11
1.2 ASPECTOS CLÍNICOS E IMAGINOLÓGICOS.....	12
1.3 HISTOLOGIA	13
1.4 TIPOS DE TRATAMENTO.....	14
1.4.1 CIRÚRGICO.....	14
1.4.2 CORTICOSTERÓIDES.....	15
1.4.3 CALCITOCINA E ASSOCIAÇÕES.....	16
2. OBJETIVOS.....	18
3. METODOLOGIA.....	19
4. CASO CLÍNICO.....	20
5. DISCUSSÃO.....	25
6. CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 DEFINIÇÃO

O Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG) foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como "uma lesão intra-óssea constituída por tecido fibroso celular contendo múltiplos focos de hemorragia, agregados de células gigantes multinucleadas e, ocasionalmente, trabéculas de tecido ósseo". Uma neoplasia agressiva, mas benigna contendo células estromais fusiformes, rodeada de células ovais mononucleadas semelhantes a histiócitos e abundante número de células gigantes osteoclásticas uniformemente distribuídas (OMS, 2005 em Classification of Tumours).

O GCCG foi descrito por JAFFE em 1953, chamando de granuloma reparador de células gigantes. Ele ainda relata que essas lesões não eram verdadeiras neoplasias, mas, em vez disso, representava uma reação reparadora.

Com base no seu comportamento clínico, GCCG tem sido classificada, de acordo com Chuong, 1986, como:

- a. NAO AGRESSIVA: caracterizado por crescimento lento e assintomático crescimento, que não perfura a cortical óssea e não induz a reabsorção radicular, além disso, tem uma baixa tendência a recidiva.
- b. AGRESSIVO: caracterizado por dor, rápido crescimento, expansão e / ou perfuração da cortical óssea, reabsorção radicular, e uma tendência alta de recidiva.

Experiência subsequente, revela que o comportamento clínico da lesão é largamente incompatível com o processo reparador, e o termo "Reparativa" caiu em desuso (COHEN, 1988).

NOGUEIRA et al., (2004) em uma revisão literária concluiu que quando do diagnóstico de lesão de células gigantes, deve-se solicitar exames complementares para se investigar o hiperparatireoidismo, assim estabelecer o diagnóstico diferencial

entre as lesões de células gigantes devido ao fato de que o tratamento e a terapêutica aplicada para cada uma delas é, na maioria das vezes distintas.

1.2 ASPECTOS CLINICOS E IMAGINOLÓGICOS

Radiograficamente, a maioria dos GCCG (87,5%) apresenta radiolucidez expansiva, seja unilocular ou multilocular, que geralmente é percorrida por espículas ósseas. As bordas da lesão foram avaliadas como bem definidas em 56% dos casos, mal definidas em 30% dos casos, e difundir no restante 14%. Quando na maxila, GCCG podem invadir o assoalho do seio maxilar ou da órbita, bem como as fossas nasais. (KAFFE, 1996).

Os aspectos radiográficos dos GCCG não são patognomônicos, levando o profissional a propor uma série de hipóteses diagnosticas. Geralmente apresentam-se como imagens radiotransparentes uni ou multiloculares, bem delineadas e com margens descortizadas. Em fases mais precoces pode aparentar uma imagem sugestiva de um cisto, e nas mais adiantadas pode apresentar-se como uma lesão extensa com presença de septos, devido ao crescimento expansivo com ocupação das áreas ósseas adjacentes, criando uma aparência multilocular. A lesão pode envolver completamente as raízes dos dentes adjacentes, que ficam imersas no tecido patológico. Pode ocorrer também divergência das raízes dos dentes irrompidos e deslocamento dos não-irrompidos (ADORNATO e PATICOFF, 2001).

Os GCCG são assintomáticos, porém ao exame imaginológico de rotina e uma expansão indolor do osso afetado, seria um primeiro achado e sinal da lesão. Uma associação a dor, parestesia ou rompimento do osso cortical, evoluindo em ulceração da superfície da mucosa, seria em uma minoria nos casos (NEVILLE, 2004).

O GCCG pode ser encontrado em todas as faixas etárias, no entanto, a maioria dos casos são diagnosticados em paciente com menos de 30 anos de idade. As mulheres são mais frequentemente afetadas do que os homens. (World Health Organization Classification of Tumours, 2005)

NOLETO, et al. (2006), avaliou características epidemiológicas e radiográficas de vinte e seis lesões de células gigantes, incluindo GCCG, e tumores marrons do hiperparatireoidismo. Concluiu-se neste trabalho que é de suma importância o conhecimento da variação das imagens radiográficas produzida pelos GCCG e tumores marrons associados ao hiperparatireoidismo. Frente a paciente com diagnóstico de GCCG, não deve ser descartada a possibilidade da presença de distúrbios das paratireoides.

SUN et al. (2009), em uma análise retrospectiva das características clínicas e radiográficas, tratamento a longo prazo e resultados de 22 pacientes com CGCGs, cita que radiologicamente, o GCCGs frequentemente, apresentava lesões uniloculares com ambos bem definidos e margens mal definidas e que deve ser distinto de outras lesões osteolíticas dos maxilares. Diferenciação entre agressiva e GCCGs não agressivas devem ser considerados para melhorar planejamento do tratamento individual.

1.3 HISTOLOGIA

Os GCCG são caracterizados por células gigantes distribuídas pelo tecido conjuntivo frouxo, com tamanho e número de núcleos variável, não necessariamente abundantes. Pode-se observar grupos de fibras colágenas com aspecto espiralado e áreas de extravasamento de eritrócitos e depósitos de hemossiderina. São frequentes focos de tecido osteóide e trabéculas recém-formadas, particularmente na periferia da lesão (WALDRON, 1998).

Segundo OMS (2005) em *Classification of Tumours*, o GCCG consiste em células fibroblásticas ou miofibroblástica fusiformes, frouxamente organizadas em um fibroso tecido vascularizado com áreas hemorrágicas, e junto depósitos de hemosiderina, macrófagos, linfócitos, granulócitos e raramente células do plasma. Especialmente nas zonas hemorrágicas, aglomerado de osteoclastos. Atravessando feixes de colágeno, estão presentes muitas vezes formação de osso metaplásico, dando um pouco a aparência de lesão lobular.

1.4 TRATAMENTO

1.4.1 CIRURGICO

Dependendo do comportamento da lesão quanto sua agressividade, determina-se a o quanto invasivo será o tratamento de escolha. O tratamento cirúrgico, ou seja, a ressecção em bloco, seria a principal indicação terapêutica para o tratamento de lesões caracterizadas como agressivas (MARTIN, J. P. et al., 1999).

O GCCG na maioria dos casos, é tratados com curetagem total da lesão. Grandes revisões, com numerosos casos de GCCG, mostram taxas de recorrência de 11% a 50% ou superior. Em sua maioria os estudos mostram uma taxa de recorrência de cerca de 15% a 20%. Muitas vezes lesões recorrentes são mais agressivas, necessitando assim de cirurgias mais radicais como tratamento (NEVILLE, 2004).

O tratamento cirúrgico é uma certeza maior de cura, sendo que a morbidade seria muito elevada. Existe uma grande necessidade de mais pesquisas para permitir e detectar lesões que não respondem a terapêutica medicamentosa e para justificar um tratamento mais agressivo. Embora, se tecidos moles e periósteo são preservados, é possível reconstruir a o defeito cirúrgico com enxertia de osso autógeno. Assim mantém uma continuidade óssea e uma reabilitação protética através de implantes pode ser realizada com segurança (TOSCO et al. 2009).

LYGIDAKIS, et al. (2010), avaliou crianças com até treze (13) anos de idade entre os anos de 2000 e 2009, que estavam em acompanhamento, de GCCG em maxila. Com o objetivo de apresentar e avaliar as características, o padrão de tratamento selecionado, e os resultados. Foram registrados os seguintes dados: idade, gênero, história pregressa da lesão, localização, tamanho da lesão, achados clínicos e radiológicos, bem com tratamento e resultados. Tratamento de escolha para 12 pacientes foi biópsia, seguida de acesso intra-oral das lesões, enucleação, curetagem total e em 2 pacientes houve enxertia óssea. Em acompanhamento de 53,8 meses, o tratamento cirúrgico conservador, foram bem sucedidos nos pacientes.

1.4.2 CORTICOSTEROIDES

O protocolo para Injeções intralesionais proposto por Terry e Jacoway (1994), é uma mistura de 1:1 de triancinolona (10mg/ml) e anestésico local (lidocaína a 0,5%), 2ml da solução administrada a cada 2 cm da lesão, semanalmente por pelo menos seis semanas. As medições realizadas para se determinar a melhora, foram feitas por radiografias panorâmicas.

As injeções de corticosteroides intralesionais, sendo uma técnica simples e barata, permite poupar estruturas vitais, assim evitando grandes defeitos ao paciente, sendo uma alternativa a cirurgia, principalmente em lesões extensas. Acredita-se que já existam evidencias suficientes para justificar esta terapia não cirúrgica como primeira escolha no tratamento de GCCG (ADORNATO e PARTICOFF, 2001).

KURTZ, et al. em 2001 cita vantagens da técnica do uso de esteroides intralesional como: um procedimento menos invasivo; provável menor custo ao paciente; baixo risco de morbidade; capacidade de tratamento cirúrgico da lesão em um momento futuro se necessário.

Segundo CARLOS e SEDANO (2002) as injeções de corticosteróides podem fazer parar a reabsorção do tecido ósseo por dois mecanismos: 1. Inibição da produção extracelular de proteases lisossomais; 2. Ação apoptótica de células semelhantes a osteoclastos.

Abdo et al. (2005), citaram que o fracasso de uma curetagem com uma recorrência rápida e o resultado excelente de injeções intralesionais de corticosteroides mostra a vantagem desta abordagem. Após relato de caso, paciente de quatorze (14) anos, com diagnóstico de GCCG pós biópsia incisional em região de corpo mandibular.

De acordo com FERRETI e MUTHRAY (2011), o GCCG é uma lesão controversa cuja natureza tem sido amplamente contestada. Assim sendo difícil comparar a resposta entre diferentes especialistas e intervenções, pois na há estudos controlados que demonstram vantagens no desempenho do tratamento. Após relato de

caso de uma menina de 16 anos de idade diagnosticada com GCCG, e tratada com administração de corticosteroides intralesionais obtendo notável resposta da doença.

YANIK, et al. (2013), correlacionaram autores que descreveram tratamento de GCCG com corticosteroides intralesional, mostrando em todos eficácia do tratamento, porém, muitos deles não compararam o relato com outros casos já descritos na literatura, quanto localização da lesão e idade do paciente. Acredita-se que os pacientes mais jovens respondem ao tratamento mais rapidamente, e quanto a localização, pois a mandíbula tem uma regeneração mais rápida que em maxila.

1.4.3 CALCITOCINA E ASSOCIAÇÕES

LANGE, et al. (1999) relataram quatro pacientes diagnosticados com GCCG, após resultado de biópsia incisional, tratados com calcitocina, a fim de mostrar a eficácia e segurança deste tratamento como primeira opção na linha terapêutica. A terapia convencional é enucleação ou ressecção, no entanto a terapia com calcitocina, especialmente nesses casos que acontece uma mutilação maior do paciente, ela se torna uma alternativa atraente no tratamento do GCCG.

POGREL et al. (1999), reportaram dois (2) casos de GCCG, pacientes de treze(13) e onze (11) anos de idade respectivamente, nos quais o tratamento foi realizado com calcitocina humana, 0.5mg em subcutâneo, 1 vez ao dia. Sendo ela não contraindicado no crescimento em crianças. Foi obtido um resultado, positivo para um(1) paciente e negativo para outro.

A literatura mostra que o tratamento pode levar a uma estabilização da lesão ao invés da cura, o que pode indicar um risco de recorrência após vários anos. (O'REGAN et al., 2001)

Foi relatado na literatura um caso de uma lesão em uma paciente grávida onde a calcitocina foi bastante eficiente no controle da evolução da lesão, usada de maneira segura, já que a droga não atravessa a barreira placentária. Entretanto, a ocorrência de efeitos colaterais como náusea, vômito, cefaleia e diarreia, acabam por reduzir a opção por essa modalidade de tratamento (BATAINEH et al., 2002).

A calcitocina age por inibição da atividade osteoclástica, aumentando assim o nível de cálcio sérico e estimulando a atividade osteoblástica. Deve ser usada em injeções subcutâneas diárias. (FRANCO, et al., 2003)

Uma alternativa de tratamento associando o corticosteróide intralesional e bisfosfonato oral foi relatada na literatura por SILVA JUNIOR et al. em 2012. O trabalho mostra relato clínico de uma paciente diagnosticada com GCCG, tratada com 1ml Theracort (triamcinolona acetônico, 40mg/ml) diluído em 3,6 ml de mepivacaína 2% (epinefrina 1:100.000), po meio de sete injeções em um período de 15 dias, e três injeções ao longo de um mês. O alendronato de sódio (70 mg) foi utilizado semanalmente para controlar a reabsorção óssea durante o tratamento. A paciente foi acompanhada durante quatro anos, com radiografia panorâmica, a qual mostrou formação óssea e sem recidiva. Neste estudo a combinação de alendronato com corticosteroide não parece ter benefícios, necessitando de uma maior amostra para confirmar vantagens da associação.

2 OBJETIVOS

1. Através de revisão de literatura, identificar características, dados clínicos, imaginológicos e histológicos pertinentes ao Granuloma Central de Células Gigantes.
2. Conhecer e identificar uma melhor opção para resolução de um caso.
3. Relato de caso clínico pertinente ao tratamento de GCCG, com uma das técnicas descritas em literatura.

3 METODOLOGIA

O trabalho foi elaborado através de uma revisão sistemática da literatura com base em artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, coletados no período de 1 de maio de 2013 a 1 de julho de 2013 por buscas nos portais bireme, pubmed e scielo. E um relato de caso clínico, conduzido em Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UFMG, e sob acompanhamento de acordo com o tratamento proposto e aceito pelo paciente em questão.

4 CASO CLÍNICO

Paciente J.E.M em julho de 2012 procurou atendimento odontológico, em consultório particular, para tratamento ortodôntico. Ao exame radiográfico de rotina observou-se área radiolúcida em região anterior de mandíbula entre forames. O profissional que assistia o paciente logo o encaminhou para uma avaliação, no curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Ao chegar no serviço, procedeu-se ao preenchimento de ficha clínica, junto do exame clínico intra e extra oral. Durante a anamnese o paciente não relatou uso contínuo de medicamento, ou comorbidades. Sem relatos de sintomatologias, disse apenas que procurou o ortodontista porque havia observado uma mudança no posicionamento dos dentes inferiores e que gostaria de coloca-los alinhados como eram quando mais novo. Observou-se nesse primeiro contato um pequeno aumento de volume intra e extra-oral, além de um apagamento do fundo de vestibulo da mandíbula que se estendia do primeiro pré-molar esquerdo ao primeiro pré-molar direito (Figura 1).



Figura 1: Aspecto facial inicial do paciente.

O paciente já se apresentou para a consulta portando uma radiografia panorâmica e uma tomografia computadorizada do tipo Cone Bean. Ao examinar as imagens percebeu-se, na radiografia panorâmica uma área radiolúcida entre os forames, estendendo da basilar até o colo dos dentes envolvidos (Figura 2).



Figura 2: Radiografia panorâmica inicial.

Em tomografia computadorizada, observou-se área hipodensa entre os forames que se estendia da basilar aos dentes envolvidos. No sentido ântero-posterior uma grande área hipodensa, com expansão do mento e perda parcial da cortical anterior da mandíbula, foi notada (Figuras 3, 4 e 5).

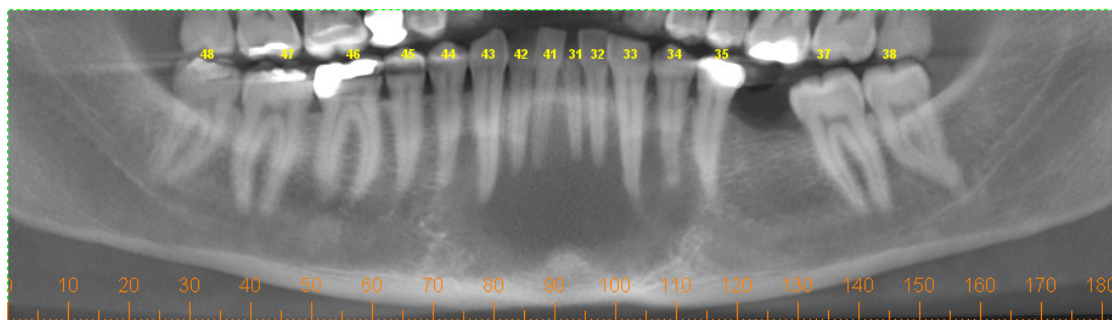


Figura 3: Corte panorâmico em Tomografia Computadorizada tipo Cone-Bean.

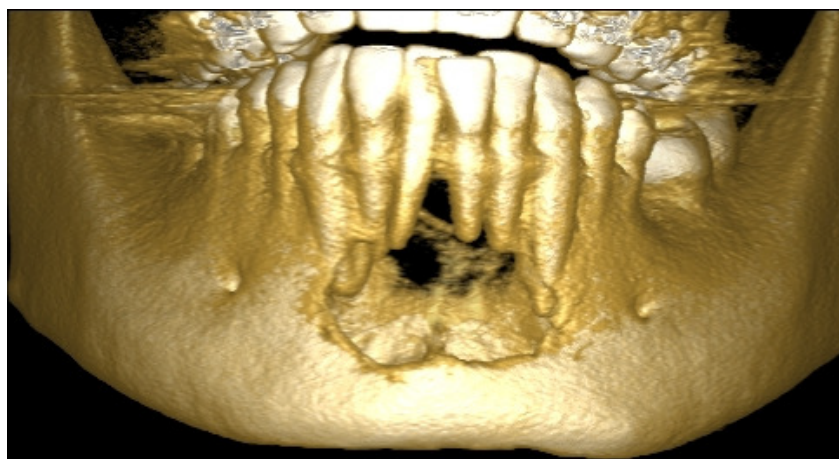


Figura 4: Reconstrução 3D de mandíbula, mostrando perda parcial da cortical anterior vestibular.

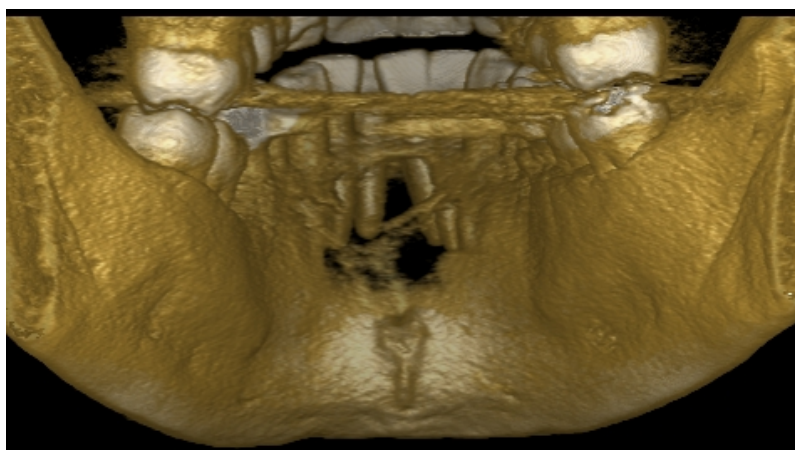


Figura 5: Reconstrução 3D de mandíbula, mostrando perda parcial da cortical anterior lingual.

Diante desse quadro formularam-se as possíveis hipóteses de diagnóstico: cisto periapical; lesão periférica de células gigantes; cisto ósseo aneurismático; tumor marron do hiperparatireoidismo; mixoma e ameloblastoma.

Procedeu-se então com as explicações necessárias do quadro ao paciente e da necessidade de uma biópsia incisiva, para confirmação do diagnóstico. Foi realizada punção aspirativa, que foi negativa, sugerindo quadro de lesão sólida. Na sequência, um retalho com acesso a lesão foi realizado havendo sangramento. Foi colhido material e enviado a laboratório de histopatologia particular.

O resultado confirmou GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES. De acordo com o patologista, a quantidade de células gigantes era extremamente alta.

De posse do resultado do exame histopatológico, o paciente foi informado do quadro e os possíveis tratamentos, dentre eles o tratamento cirúrgico, no qual seria feita remoção em bloco da lesão, com possível margem de segurança e perda dos elementos dentários envolvidos, ou tratamentos considerados alternativos e conservadores, como a aplicação de corticosteroides intralesional, ou o uso da calcitocina humana.

Em conformidade com o paciente foi optado pelo tratamento conservador, através de injeções intralesional de corticosteroides, de acordo com o seguinte protocolo: Uma mistura de 1:1 de Triancinolona 10mg/ml (corticosteróide) e Lidocaína 0,5% (anestésico local), 2ml da solução administrada a cada 2cm da lesão, semanalmente por pelo menos seis semanas. Realizando medições em radiografias panorâmicas para avaliar a melhora do quadro.

Atualmente o paciente se encontra em acompanhamento clínico e imagiológico com melhoras do quadro (Figura 6, 7 e 8).

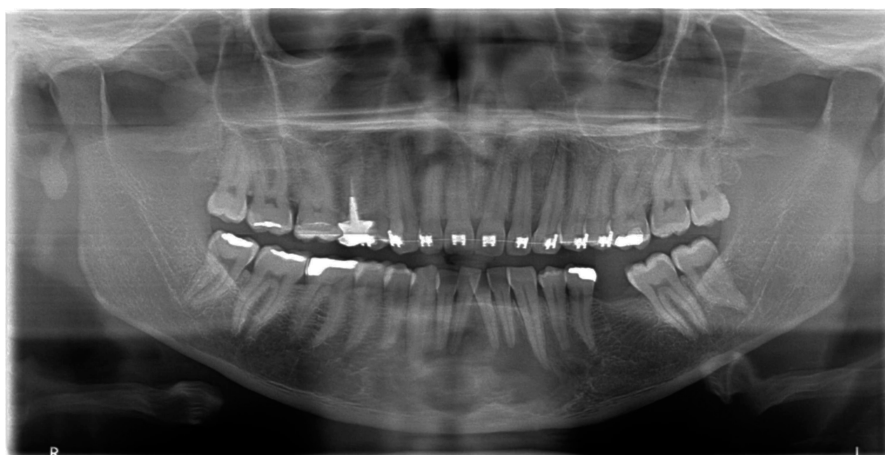


Figura 6: Radiografia panorâmica após 4 meses de tratamento. Observa-se áreas de neoformação óssea.

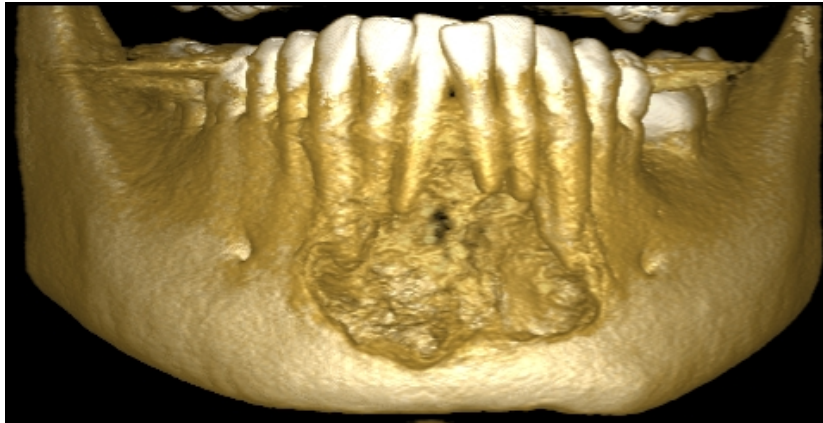


Figura 7: Reconstrução 3D de mandíbula após 4 meses de tratamento. Observa-se áreas de neof ormación óssea em cortical óssea vestibular.

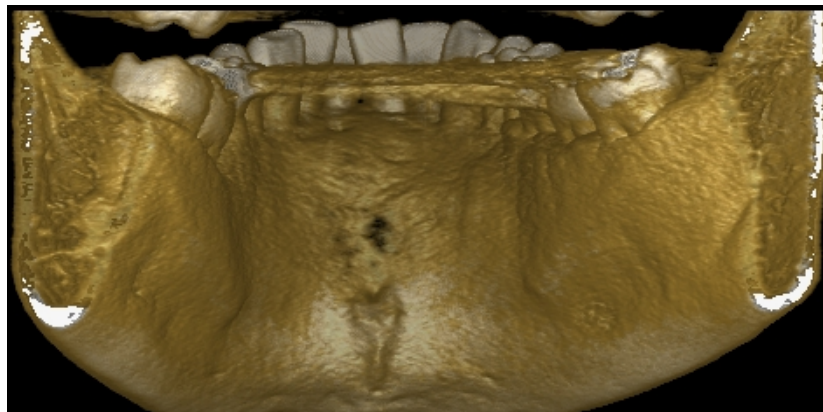


Figura 8: Reconstrução 3D de mandíbula após 4 meses de tratamento. Observa-se áreas de neof ormación óssea em cortical óssea língual.

5 DISCUSSÃO

O comportamento clínico dos GCCG segundo CHUONG em 1986, é classificada como agressivo e não agressivo, tendo eles diferenças clínicas e imaginológicas, como sintomatologia, crescimento, envolvimento ou não de dentes adjacentes e tendência a recidiva. O presente caso clínico, após diagnosticado, foi classificado como agressivo, pois apresentava, leve sintomatologia dolorosa, expansão e perfuração de cortical óssea vestibular, e envolvimento de dentes adjacentes.

Os aspectos radiográficos dos GCCG não são patognomônicos, levando o profissional a propor uma série de hipóteses diagnósticas. Geralmente apresentam-se como imagens radiotransparentes uni ou multiloculares, bem delineadas e com margens descortizadas. Além disso, em 87,5% dos GCCG há radiolucidez expansiva, geralmente percorrido por espículas ósseas. A lesão pode envolver completamente as raízes dos dentes adjacentes, que ficam imersas no tecido patológico (ADORNATO E PATICOFF, 2001; KAFFE, 1996; SUN, 2009). Características imaginológicas do caso descrito, condiz com literatura, paciente apresentava uma imagem unilocular, delineada, com margens descortizadas, e envolvimento dos elementos dentários adjacentes. Valido ressaltar que a necessidade de um exame de imagens mais detalhado, como a tomografia computadorizada, usada no tratamento do paciente em questão, mostrando dados não vistos em exame convencional (panorâmico), com proximidade da lesão com estruturas anatômicas importantes como dentes e raízes adjacentes e canal mandibular, real extensão e localização da lesão, e a reabsorção e perdas das corticais ósseas vestibular e lingual.

O GCCG (Granuloma Central de Células Gigantes), a escolha do tratamento pode variar desde a simples curetagem até a ressecção em bloco. Muitos autores mostram que o que o tratamento cirúrgico faz com que exista um prognóstico melhor para o paciente portador de GCCG, onde comportamento da lesão que determinará o quão invasiva será a intervenção de escolha. Lesões mais agressivas, precisam assim de cirurgias mais radicais, para uma certeza maior de cura. (NEVILLE, 2004; STERN EISENBUD, 1991; MARTIN, 1999; TOSCO, 2009).

LYGIDAKIS, et.al em 2010, optou como tratamento de 12 pacientes, a biópsia, seguida de acesso intra-oral das lesões, enucleação, e curetagem total e em dois pacientes houve enxertia óssea. Com acompanhamento de 53,8 meses, o tratamento cirúrgico conservador, foram bem sucedidos. Porém existe uma grande necessidade de mais pesquisas para permitir e detectar lesões que não respondem a terapêutica medicamentosa e para justificar um tratamento mais agressivo (TOSCO, 2009).

No entanto, recentemente algumas terapêuticas conservadoras têm sido propostas, como a injeção intralesional de corticosteróides (ADORNATO E PATICOFF, 2001; KERMER et al., 1994; SEDANO, 2002) e o uso de solução nasal de calcitonina (HARRIS, 1993; POGREL et al., 1999).

No caso clínico descrito, optou-se por um tratamento conservador, com injeções intralesionais de corticosteroide, seguindo protocolo de Terry e Jacoway (1994). Obtendo também melhoras em um acompanhamento de 8 meses, esses sendo avaliados por radiografias panorâmicas. Resultados com injeções intralesionais de corticosteroides foram obtidos, também em trabalhos de outros autores.

CARLOS E SEDANO (2002), com quatro (4) casos de GCCG, tratados com infiltração intralesional de KENACIRT-A(10mg / ml, suspensão aquosa de triancinolona), em 50% da mistura em volume com lidocaína a 2% com epinefrina 1:200.000, ou marciana ou a bupivacaína. A dosagem média da solução foi de 6ml (adultos) e 5ml (pediátricos). Casos esses diagnosticados por estudos histológicos e radiográficos. Após controle, radiografias indicaram melhora progressiva das lesões. ABDO (2005) após fracasso de uma curetagem com uma recorrência rápida e o resultado excelente de injeções intralesionais de corticosteroides em paciente de quatorze (14) anos, com diagnóstico de GCCG pós biópsia incisional em região de corpo mandibular. FERRETI E MUTHRAY (2011) após tratamento de menina de 16 anos de idade diagnosticada com GCCG, e tratada com administração de corticosteroides intralesionais. De acordo com o protocolo proposto por TERRY E JACOWAY em 1994. YANIK (2013), correlacionando autores que descrevem tratamento de GCCG, com corticosteroides intralesional, mostrando em todos eficácia do tratamento.

6 CONCLUSÃO

- Para realizar o diagnóstico do Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG), é de extrema importância, um ótimo exame clínico, junto de exames complementares, como o imaginológico e histológico, isso devido grandes semelhanças do GCCG com outros tipos de patologias.
- Ainda há necessidade de mais estudos na literatura para concluir qual seria a melhor conduta para determinados tipos de casos, devido não saber ao certo, a diferença histológica de um GCCG, diferenciando-o em agressivo e não-agressivo, assim escolhendo a melhor terapêutica.
- O tratamento de escolha é baseado no comportamento clínico do GCCG, elucidando, comprometimento de estruturas anatômicas importantes, localização e idade do paciente.
- Após diagnosticado, o tratamento cirúrgico, ainda é a primeira escolha, por ter o maior número de sucesso pós-operatório de acordo com a literatura.
- Os tratamentos com terapias medicamentosas, como o uso de corticosteroides intralesionais e a calcitocina, vem sendo utilizado no tratamento de GCCG classificados como não-agressivo, obtendo ótimos resultados. Porém ainda há necessidade de mais embasamentos científicos, para elucidar a eficácia dessas alternativas de tratamentos mais conservadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABDO, E.; ALVES, L.C.F.; RODRIGUES, A.S.; MESQUITA, R.A.; GOMEZ, R.S. Treatment of a central giant cell granuloma with intralesional corticosteroid. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Belo Horizonte, v. 43, p. 74-76, aug. 2004.
2. ADORNATO, M.C.; PATICOFF, K.A. Intralesional corticosteroid injection for treatment of central giant-cell granuloma. Case report. *JADA*, v.132, p. 186-190, feb 2001.
3. BATAINEH, A. B.; TAISEER, A.; RAWASHDEH, M. The surgical treatment of central giant cell granuloma of the mandible. *Journal Oral Maxillofacial Surgeons*, v. 60, p. 756-761, 2002.
4. BARNES, L.; EVESON, J. W.; REICHART, P.; SIDRANSKY, D. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors. IARC Press. Lyon 2005.
5. CARLOS, R.; SEDANO, H.O. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. *Oral and maxillofacial pathology*, Los Angeles, v.93, n. 2, feb. 2002.
6. CHUONG, R.; KABAN, L. B.; KOZAKEWICH, 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, Set 1986.
7. FRANCO, R.L.; TAVARES, M.G.; BEZERRIL, D.D.L.; LACERDA, S.A.; XAVIER, S.P. Granuloma de células gigantes central: Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Patologia Oral*, v. 2, n. 2, p. 10-16, abr/jun. 2003.
8. JAFFE, H. L. Giant-cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibro-osseous) dysplasia of the jawbones. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 6, p. 159-75, 1953.
9. KAFFE, I.; ARDEKIAN, L.; TAICHER, S.; LITTNER, M.M.; BUCHNER, A. Radiologic features of central giant cell granuloma of the jaws. *Oral Sur. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 81, p. 720-726, 1996.
10. KURTZ, M.; MESA, M.; ALBERTO, P. Treatment of a central giant cell lesion of the mandible with intralesional glucocorticosteroids. *Oral Sur. Oral Med. Oral Pathol.* V. 91, p. 636-637, 2001.
11. LANGE, J.; ROSENBERG, A. J. W. P.; AKKER, H. P.; KOOLE, R.; WIRDS, J. J.; BERG, H. Treatment of giant cell with calcitonin. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* V. 28, p. 372-376, 1999.

12. MARTIN, J. P.; UNKEL, J. H.; FORDJOUR, I. Preservation of the dentition following removal of a central giant cell granuloma: A case presentation. *J. Clin. Ped. Dent.*, v.24, p. 35-37, 1999.
13. MOTAMEDI, M. H.; ESHGHYAR, N.; JAFARI S. M.; et al. Peripheral and central giant cell granulomas of the jaws: A demographic study. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 103, n. 39, 2007.
14. NEVILLE, B. W.; DANN, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia Oral e Maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 820p.
15. NOGUEIRA, R. L. M.; CAVALCANTE, R. B.; CARVALHO, A. C. G. S.; COSTA, F. W. G.; Lesão de células gigantes: Um estudo do diagnóstico diferencial em 04 casos clínicos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, v. 4, n. 2, p. 73-145, abr/jun 2004.
16. NOLETO J. W.; MARCHIORI, E.; SAMPAIO, R. K.; IRION, K. L.; COLLARES, F. B. Aspectos radiológicos e epidemiológicos do granuloma central de células gigantes. *Radio. Bras.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 167-171, set. 2006.
17. O'REGAN, E. M.; GIBB, D. H.; ODELL, E. W. Rapid growth of giant cell granuloma in pregnancy treated with calcitonin. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology.*, v. 92, p. 532-538, 2001.
18. POGREL, M. A.; REGEZI, J. A.; HARRIS, S. T.; GOLDRING, S. R. Calcitocin treatment for central giant cell granulomas of the mandible: Report of two cases. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery.*, v. 57, p. 848-853, 1999.
19. SILVA JÚNIOR, N. G.; CARREIRA, A. S. D.; PEDREIRA, E. N.; TUJI, F. M. Treatment of central giant cell lesions using bisphosphonates with intralesional corticosteroid injections. *Head & Face Medicine*, v. 8, n. 23, 2012.
20. STERN, M.; EISENBUD, L. Management of giant cell lesions of the jaws. *Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Am.*, v. 3, p. 165-171, 1991.
21. SUN, Z.; CAI, Y.; ZWAHLEN, R.A.; ZHENG, Y.; WANG, S.; ZHAO, Y. Central giant cell granuloma of the jaws: Clinical and radiological evaluation of 22 cases. *Skeletal Radiol.*, v. 38, p. 903-909, jul. 2009.
22. TOSCO, P.; TANTERI, G.; IAQUINTA, C.; FASOLIS, M.; ROCCIA, F.; BERRONE, S.; GARZINO-DEMO, P. Surgical treatment and reconstruction for central giant cell granuloma of jaws: A review of 18 cases. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, Turin, v. 37, p. 380-387, april 2009.
23. THEOLOGIE-LYGIDAKIS, N.; TELONA, P.; MICHAEL-STANTZIA, C.; IATROU, I. Treatment of central giant-cell granulomas of the jaws in children: Conservative or radical surgical approach?. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, Athens, v.39, p. 639-644, nov.2010.

24. YANIK, S.; ARAS, M. H. Management of central giant cell granuloma of mandible using intralesional corticosteroids: Case report and review of literature. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 71, p. 721-722, 2013.
25. WALDRON, C.A. Patologia Óssea. In: NEVILLE, B.W et al. (Ed). *Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.14, p.431-480.