
TÉCNICA COMBINADA DE CURETAGEM E CRIOCIRURGIA NO TRATAMENTO DE TUMOR BENIGNO DE CÉLULAS GIGANTES DO MAXILAR SUPERIOR

- CASO CLÍNICO -

Maria Piedade Ribeiro*, Mário Jorge Marques*, J.C. Almeida Gonçalves+

RESUMO: Os autores apresentam técnica combinada de curetagem cirúrgica e criocirurgia com spray de azoto líquido, para tratamento de um caso de volumoso tumor benigno de células gigantes do maxilar superior em criança de seis anos. A criocirurgia teve papel importante, pois diminuiu a necessidade de ressecção cirúrgica mais alargada e contribuiu para evitar a recidiva local.

ABSTRACT: The authors present a combined technique of enucleation and cryosurgery with liquid nitrogen spray in the treatment of a bulky benign giant cell tumour of the upper maxilla of a six-year-old boy. Cryosurgery was important to avoid a larger bone resection and contributed to prevent recurrence.

Palavras-chave: Criocirurgia, enucleação, lesões ósseas agressivas, tumor benigno de células gigantes

Key-words: Cryosurgery, aggressive bone lesion, benign tumour of giant cells, enucleation.

Ribeiro MP e Col. Técnica combinada de curetagem e criocirurgia no tratamento de tumor benigno de células gigantes do maxilar superior. Caso Clínico. Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac. 1995; Vol. 36 (4): 213-216.

INTRODUÇÃO

Os queratoquistos odontogénicos, ameloblastomas, mixomas, lesões de células gigantes e fibromas ossificantes são lesões que têm grau de recidiva elevado quando enucleados, porquanto este tratamen-

to deixa sempre inúmeras células neoplásicas no contorno tumoral. Por este motivo, quando se utiliza apenas a cirurgia convencional, é indispensável fazer grandes ressecções ósseas. Embora a percentagem de neoplasias malignas nos tumores de células gigantes não seja muito elevada -16%- o tumor benigno tratado pela cirurgia convencional tem taxa de recidiva elevadíssima, cerca de 60% (1,2,3). A partir de 1961 foi criada a criocirurgia moderna, desenvolvendo-se desde então, vários sistemas

* Especialistas de Cirurgia Maxilo-Facial do H.D. Santarém
+ Director do Serviço de Dermatologia do H.D. Santarém e Vice-presidente da International Society of Cryosurgery

TÉCNICA COMBINADA DE CURETAGEM E CRIOCIRURGIA NO TRATAMENTO DE TUMOR BENIGNO DE CÉLULAS GIGANTES DO MAXILAR SUPERIOR

geradores de frio intenso, com o fim de destruir células vivas, utilizando o dióxido de carbono, o protóxido de azoto e, por fim, o azoto líquido como agentes criogénicos. O primeiro é, presentemente, pouco utilizado, o segundo usa-se sobretudo em lesões ginecológicas benignas. Para tratamentos oncológicos o criogéneo indicado é o azoto líquido, pela sua baixa temperatura de ebulação: -196°C.

A criocirurgia é, hoje, técnica comprovadamente eficaz em tecidos moles, causando necrose, escara, reepitelização e regeneração tecidual, com pouco desconforto pós-operatório, sem hemorragia e com cicatrizes pouco evidentes (4,5,6,7,8,9). A criocirurgia aplicada a lesões ósseas tem a vantagem de destruir as células vivas, deixando a trama óssea inorgânica intacta que vai servir de esqueleto para a neoformação óssea. É esta propriedade que torna a criocirurgia, associada à prévia enucleação tumoral, método de eleição no tratamento de lesões quísticas ósseas localmente agressivas e com tendência elevada para a recidiva.

Marcove e colaboradores (1) trataram 52 casos destes tumores em ossos longos, associando curetagem e criocirurgia com resultados excelentes e apenas com 12 recidivas ou persistência, as quais foram curadas em segundo tratamento criocirúrgico (1).

CASO CLÍNICO

Criança do sexo masculino de seis anos de idade (Fig. 1) desenvolveu tumor benigno de células gigantes do maxilar superior direito, três meses após a extração do 5.5 (Fig. 2). A lesão era bosselada, estendia-se do 2.1 ao 5.5, era indolor e sangrava facilmente ao toque (Fig. 3). O tumor provocou a malposição de 1.1 e 2.1 bem como a deslocação dos germens dentários de 1.3, 1.4, e 1.5 (Fig. 4).

O doente foi submetido a anestesia geral, sendo removido todo o tumor clinicamente visível com cureta, bem como os dentes e germens dentários incluídos.

Após a enucleação (Fig. 5), todo o contorno do



Fig. 1

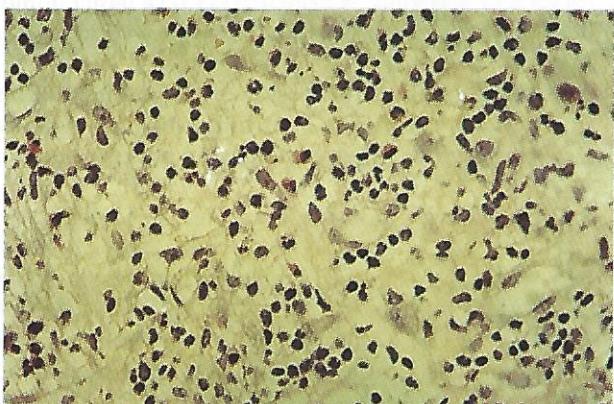


Fig. 2

tumor e a respectiva margem de segurança ficou exposta e foi rodeada por cinco camadas de gaze gorda que protegiam todas as mucosas da boca, a semi-mucosa dos lábios e a pele da face (Fig. 6). Habitualmente, usamos termopares para termos a garantia de atingir temperaturas letais. neste caso, tal não foi possível, porque a curetagem foi muito completa e não deixou tecidos moles onde fosse possível

TÉCNICA COMBINADA DE CURETAGEM E CRIOCIRURGIA
NO TRATAMENTO DE TUMOR BENIGNO DE CÉLULAS GIGANTES DO MAXILAR SUPERIOR

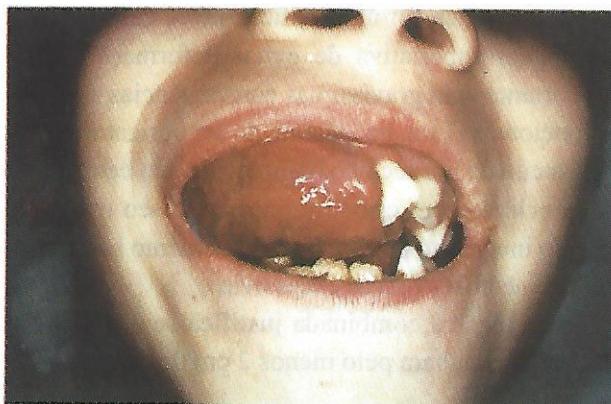


Fig. 3



Fig. 6

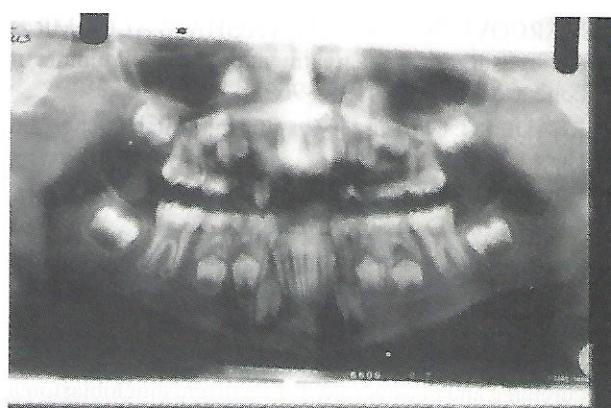


Fig. 4

introduzir as extremidades dos termopares. Aplicámos *spray* de azoto líquido, sem controlo térmico, até conseguir completa congelação em todo o contorno do quisto e margem de segurança, durante cerca de 3 minutos. Deixámos a lesão descongelar completamente e repetimos, de modo semelhante, a congelação. Posteriormente, foi realizada cuidadosa sutura da mucosa.

O período pós-operatório decorreu sem desconforto e sem complicações, nomeadamente dor ou infecção (Fig. 7). A extração dos dentes englobados no tecido tumoral obrigou a reabilitação combinada ortodôntica-protética, a fim de evitar a retracção do maxilar superior direito e restabelecer a função



Fig. 5

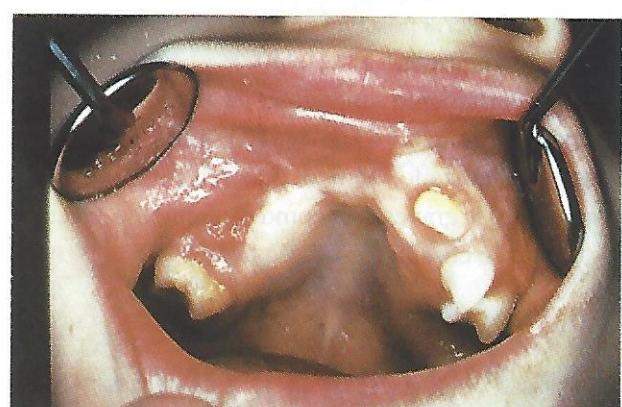


Fig. 7

TÉCNICA COMBINADA DE CURETAGEM E CRIOCIRURGIA
NO TRATAMENTO DE TUMOR BENIGNO DE CÉLULAS GIGANTES DO MAXILAR SUPERIOR

masticatória e a estética facial (Fig. 8). O doente é seguido há doze meses, sem recidiva.



Fig. 8

DISCUSSÃO

Utilizámos o *spray* de azoto líquido porque este consegue congelar todo o contorno irregular do quisto enucleado, "esterilizando-o" oncologicamente, e evitando o tratamento agressivo habitual. Obviamente, a criocirurgia por contacto não estaria aqui indicada, pois não seria possível congelar o fundo irregular da lesão enucleada.

O encerramento cuidadoso da mucosa é fundamental para impedir o contacto do meio bucal com o osso desvitalizado, sem o que seriam de esperar complicações graves, tais como osteomielite, fractura patológica e eliminação de sequestros.

Esta técnica foi muito eficaz neste caso e teve a vantagem superlativa de evitar deformação facial importante com gravíssimas consequências estéticas e funcionais. Tem, no entanto, de ser obrigatoriamente executada por técnico competente, em centro bem apetrechado com criocirurgia, pois o seu manuseamento incorrecto pode levar ao tratamento insuficiente ou a necroses ósseas excessivas.

Esta técnica combinada justifica-se em todas as lesões que tenham pelo menos 2 cm de diâmetro.

BIBLIOGRAFIA

1. MARCOVE RC, WEIS LD, VAGHAIWALLA MR *et al.* Cryosurgery in the treatment of giant cell tumors of bone. *Cancer* 1978;41:957-969.
2. READE PC: Cryosurgery in clinical dental practice. *Int Dent J* 29:1, 1979.
3. LEOPARD PJ: Cryosurgery and its application to oral surgery. *Br J Oral Surg* 13:128, 1975.
4. WEBB J, BROCKBANK J: Treatment of the odontogenic keratocyst by combined enucleation and cryosurgery. *Int J Oral Surg* 13:506, 1984.
5. EMMINGS FG, GAGE AA, KOEFPF SW: Combined curettage and cryotherapy for recurrent ameloblastoma of the mandible. *J Oral Surg* 29:41, 1971.
6. SIPPEL HW, EMMINGS FG: Cryotherapy in the treatment of recurrent ossifying fibroma. *J Oral Surg* 27:32, 1969.
7. VOORSMIT RACA, STOELINGA PJW, VON HAAELST UJGM: The management of the keratocysts. *J Maxillofac Surg* 9:228, 1987.
8. JESEN J, SINDET-PEDERSON S, SIMONSEN EK: A comparative study of treatment of keratocysts by enucleation or enucleation combined with cryotherapy; a preliminary report. *J Craniomaxillofac Surg* 16:362, 1988.
9. EMMINGS FG, KOEFPF SW, GAGE AA: Cryotherapy for benign lesions of the oral cavity. *J Oral Surg* 25:320, 1967.