

EVOLUÇÃO RADIOGRÁFICA DE UM GRANULOMA EOSINÓFILO

* JORGE OMAR LOPES DA SILVEIRA
** JOÃO EPHRAIM WAGNER

RESUMO

Os autores relatam a evolução radiográfica de um caso de granuloma eosinófilo ocorrido na mandíbula, desde a sua ausência radiográfica até atingir proporções significativas.

Palavras-Chave

- Diagnóstico Diferencial
- Evolução radiográfica
- Granuloma eosinófilo
- Histiocitose X.

I — INTRODUÇÃO

Granuloma eosinófilo do osso foi descrito como uma lesão própria por Otani e Ehrlich¹⁴ (1940) e por Lichtenstein e Jaffe⁹ (1940), embora tenha sido descrito anteriormente por Wassmund e Anders²⁶ (1932), que a caracterizam como sendo uma lesão óssea benigna que primeiramente é uma proliferação histiocitária com abundância de leucócitos eosinófilos

mas sem acúmulo intracelular de lipídios^{10, 12, 18}.

O Granuloma eosinófilo, a doença de Hand-Schüller-Christian e a doença de Letterer-Siwe tem sido agrupados, e denominado por Lichtenstein⁸ de Histiocitose X, pelo facto de provirem de reticuloendotelioses não lipídicas, e que são variante de um mesmo processo patológica^{8, 10}.

II — REVISÃO DE LITERATURA

2.1 — *Etiologia*

O granuloma eosinófilo não apresenta uma etiologia definida, mas apresenta distúrbios de proliferação reticuloendotelial não lipídico^{10, 16, 18}.

Outros autores supõem que a etiologia desta lesão seja neoplásica, inflamatória, anomalia hereditária ou desordem imunológica^{7, 11}.

2.2 — *Características Clínicas*

Às vezes apresenta ausência total de sintomatologia, sendo descoberto ocasionalmente por exame radiográfico de rotina¹⁸.

É uma lesão que ocorre, na maioria dos casos, na 1.^a, 2.^a e 3.^a décadas de vida^{1, 7, 10, 18}, sendo predominantemente no sexo masculino^{1, 18}, localização preferencial nos seguintes os-

* Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Pontifícia Universidade Católica (CTBMF-PUC) na cidade de Porto Alegre, Brasil.

** Professor Titular e Coordenador do Curso de Pós-Graduação em CTBMF-PUC.

sos, em ordem decrescente ⁷: crânio, costelas, fêmur, pelve, vértebras, mandíbula, etc.

As lesões nos maxilares podem ser os primeiros e únicos sinais da doença ^{1, 5, 15}, e geralmente localizada ^{1, 18}.

Ocorrem nos maxilares estendendo-se para os tecidos moles ^{1, 8}, confirmando um quadro de dor, sensibilidade, necrose periodontal, mobilidade dental, hálito fétido, febre, mal-estar, anorexia, tumefação, esfoliação dental, cura retardada após extração entre outros ^{13, 15, 16, 18, 19, 20, 22}.

2.3— *Características Radiográficas*

O granuloma eosinófilo aparece como imagem do tipo infiltrativa, pois seu crescimento não obedece a padrão uniforme, destrói corticais, fundem-se nos espaços medulares, mostrando nas bordas uma imagem irregular e indefinida e podem ocorrer fracturas patológicas ^{4, 8, 24}.

Nos maxilares aparecem como áreas únicas ou múltiplas de rarefação que por serem circunscritas podem simular cistos, granulomas periapicais ou mesmo doença periodontal (reabsorção alveolar horizontal ou vertical) ^{1, 10, 7, 18}, e a característica principal é de «dentes suspensos no ar» quando a lesão encontra-se no osso alveolar ^{1, 7, 10}, pode também a sua imagem radiográfica simular uma lesão óssea maligna ou inflamatória ¹².

Não há linha de osteoesclerose circundando a lesão ^{1, 4, 22}.

Um completo exame de outros ossos do corpo é mandatário ^{4, 15}.

2.4 — *Aspecto Histopatológico*

A célula principal é o histiócito, sendo que estas podem, dificilmente, unir-se e formar células gigantes multinucleadas.

Observa-se também grandes agregados de leucócitos polimorfonucleares eosinófilos no início da lesão, diminuindo a medida que há uma maturação da lesão, ocorrendo fibrose. Encontra-se também infiltrado linfoplasmocitário e proliferação capilar ^{1, 2, 7, 10, 12, 18}.

2.5 — *Tratamento*

Alguns casos demonstraram remissão espontânea ^{1, 23}, mas na maioria dos casos o tratamento indicado é o cirúrgico e/ou a radioterapia, em baixas doses ^{1, 3, 11, 17, 18, 21}.

A curetagem cirúrgica é recomendada para o tratamento e as doses de ^{5, 6, 15, 23, 25} radiação variam entre 300 e 500 rads ^{2, 3, 11}.

A quimioterapia é uma forma de tratamento utilizada ^{13, 21} sendo melhor indicada quando existe uma forma disseminada da lesão ²⁵, tais como doença de Hand-Schüller-Christian e Letterer-Siwe o que não ocorre no granuloma eosinófilo, por ser localizado.

Corticóides e antibióticos são utilizados mas demonstram pouco sucesso no tratamento do granuloma eosinófilo ^{7, 11}.

2.6 — *Diagnóstico Diferencial*

Muitas lesões que envolvem os maxilares devem ser cogitadas na tentativa de estabelecer o diagnóstico do granuloma eosinófilo ^{7, 11}, entre as quais:

Cisto periodontal periapical, cisto primordial, cisto ósseo aneurismático, fibroma ossificante, granuloma central de células gigantes, displasia fibrosa monostótica, ameloblastoma e reabsorção alveolar proveniente de lesões periodontais.

Outras lesões como a osteomielite, querubismo e tumores malignos de

origem linfática, lesões malignas tais como sarcomas de Ewing e o mieloma múltiplo, entre outros, assemelham-se radiograficamente podendo dificultar o diagnóstico do granuloma eosinófilo, são descritas por Damante e col.²

III — CASO CLÍNICO

Paciente A. V., 32 anos, branco e do sexo masculino.

Em Outubro de 1985 foi submetido a hemiressecção da mandíbula lado E, devido a extenso granuloma eosinófilo na região de pré-molares. O referido paciente mantém-se em controle periódicos visando ao diagnóstico precoce de provável recidiva ou surgimento de novas lesões em ossos da face ou em outras regiões anatómicas.

Em Julho de 1986, foi encaminhado a colegas para a confecção de uma prótese bucomaxilofacial. Por motivos de ordem protética indicou-se o tratamento endodôntico dos dentes, 1.º pré-molar e canino, do lado direito. Em Abril de 1987, em revisão de rotina, o paciente nos relatou que o colega não conseguiu terminar os procedimentos endodônticos devido à lesão radiolúcida periapical no 1.º pré-molar e que posteriormente expandiu-se pelo osso alveolar indo envolver o canino. Nesta ocasião mostramos uma série de radiografias periapicais, datadas de: a) Jun./86; b) Dez./86; c) Fev./87 e d) Abr./87. Nas radiografias a e b, observamos um discreto espessamento do espaço periodontal do dente 44; na radiografia c, observamos uma imagem radiolúcida do tipo cavitária no mesmo dente, compatível com granuloma periapical, e na radiografia d, observamos uma imagem radiolúcida do tipo infiltrativa, sem contornos definidos envolvendo o 1.º pré-molar e canino, englobando todo o processo alveolar,

dando uma imagem de «dentes suspensos no ar». Esta imagem da radio-

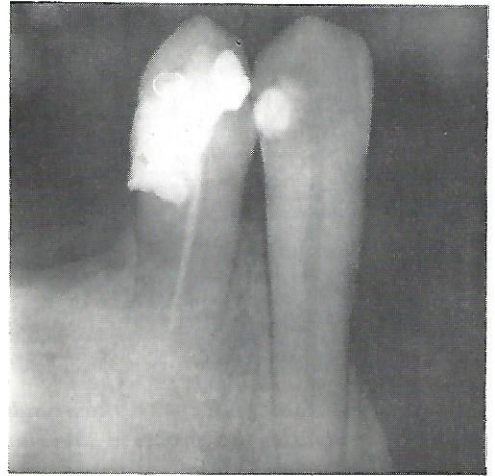


Figura 1 — Radiografia «b» mostrando discreto espessamento do espaço periodontal do dente 44



Figura 2 — Radiografia «c» mostrando imagem do tipo cavitária no dente 44

IV — CONCLUSÕES



Figura 3 — Radiografia «d» mostrando imagem infiltrativa no processo alveolar.

grafia d mostra-se compatível com múltiplas lesões entre elas: lesões ósseas malignas, granuloma eosinófilo, granuloma central de células gigantes entre outras, assim como uma provável reabsorção óssea alveolar vertical devido a alterações periodontais. Ao exame clínico os dentes não apresentavam mobilidade e nem alterações de volume ou gengivais, assim como o paciente não apresentava sintomatologia.

Nosso diagnóstico clínico foi, a princípio, de granuloma eosinófilo (devido à história prévia desta lesão no lado E, assim como imagem radiográfica característica) ou de lesão óssea maligna (devido a rápida evolução, 6-8 meses, e a imagem do tipo infiltrativa).

O diagnóstico histopatológico foi de granuloma eosinófilo e o tratamento cirúrgico consistiu de ressecção em bloco permanecendo o processo basilar.

A partir da análise da evolução radiográfica de um granuloma eosinófilo observado em caso descrito neste artigo, podemos concluir e supor que:

— o granuloma eosinófilo durante a sua evolução radiográfica pode simular múltiplas lesões ósseas, benignas ou malignas, que variam desde granulomas periapicais, reabsorções alveolares verticais e até lesões ósseas malignas, entre outras.

— devido à sua rápida evolução e características radiográficas, esta lesão deve ser incluída no diagnóstico diferencial de lesões ósseas malignas.

— a etiologia do granuloma eosinófilo seja oriunda de reacções inflamatórias (pois em nosso caso observamos tratamento endodôntico incorrecto o qual poderia desencadear uma possível reacção inflamatória periapical).

— lesões periapicais que não regredem com o tratamento endodôntico devem ser periodicamente avaliados clínica e radiograficamente, visando a detectar-se precocemente um provável granuloma eosinófilo.

Abstract

The authors report the radiographic evolution of a case of eosinophilic granuloma, which occurred in the lower jaw, from radiographic absence until it grew to significant proportions.

Key - words

- Differential diagnosis
- Radiographic evolution
- Eosinophilic granuloma
- Histiocytosis X

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BHASKAR, S. N. *Patologia Bucal*. 4.^a ed., Rio de Janeiro, Artes Médicas.
- 2 — DAMANTE, J. M.; ALVARES, L. C.; CHINELLATO, L. E. M., Eosinophilic Granuloma of Mandibule. *Oral Surg.*, 51 (4): 456-9, April, 1981.
- 3 — GONZALES, A.; PEREIRA, A.; PERES, F., Granuloma Eosinófilo de Localização Exclusivamente Mandibular. *Rev. Port. Estomat. Cir. Max.*, 23 (3): 369-75, Jul.-Sept., 1980.
- 4 — GORLIN, R. J. & GOLDMAN, H. M., *Thoma's Oral Pathology*. 6.^a ed., St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1970, p. 519-22.
- 5 — HARTMAN, S. K., Histiocytosis X: A Review of 114 Cases With Oral Involvement. *Oral Surg.*, 49: 38-54, 1980.
- 6 — KANTER, H. M. et alii. Mandibular Listeriocyte X and Lymphoblastic Leukemia. *Oral Surg.*, 42: 221-30, 1976.
- 7 — LECCISOTTI, A.; LICCIARI, E.; MIRISOLA, F. Contributo allo Studio del Granuloma Eosinófilo. *Riv. Ita. Stomatol.*, 52 (6): 471-83, Jun., 1983.
- 8 — LICHTENSEITN, L. Histiocytosis X: Integration of Eosinophilic Granuloma of Bone «Letterer-Siwe-Disease» and «Schüller-Christian Disease» as Related Manifestations of a Single Pathologic Entity. *Ach. Pathol.*, 56: 84-102, 1953.
- 9 — LICHTENSTEIN, L., H. L., Jaffe. Eosinophilic Granuloma of Bone — with Report of Case. *Amer. J. Pathol.*, 16 (1940) 595.
- 10 — LUCAS, W. J.; SMITH, G.; GAINESVILLE, F.; MEISELMAN, F. Eosinophilic Granuloma of the Jaws. *J. Oral Surg.*, 39 (8), Aug., 1981.
- 11 — MARTINELLI, C. & CASTRO, A. L., Granuloma Eosinófilo de Mucosa Bucal. *Ars Cvrandi Odonto.*, 5(3) 44-8, Jun., 1978.
- 12 — MAKEK, M. & SAILER, M., Eosinophilic Granuloma of the Mandibular Condyle — Case Report. *J. Max-Fac. Surg.*, 8 (11): 327-31, 1980.
- 13 — MCGARVAN, M. H. & SPADY, H. A., Eosinophilic Granuloma of Bone: study of twentp-eight cases. *JAMA*, 42A:979, 1960.
- 14 — OTANI, S., J. C. EHRlich. Solitary Granuloma of Bone Simulating Primary Neoplasm. *Amer. J. Pathol.*, 16 (1940) 479.
- 15 — PERACCHIO, R. L., A Description os Eosinophilic Granuloma of Bone, Hand-Schüller - Christian Disease and Letter-Siwe-Disease. *Oral Surg.*, 11:617-29, 1958.
- 16 — RAPIDS, A. D. et alii. Histiocytosis X: A Review of 50 Cases. *Int. J. Oral Surg.*, 7:76-84, 1978.
- 17 — SBARBARO, J. L. & FRANCIS, I. C., Eosinophilic Granuloma of Bone. *JAMA*, 178:706, 1961.
- 18 — SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M., *Tratado de Patologia Bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro, Interamericana 1985.
- 19 — SHKLAR, G.; TAYLOR, R.; SCHWARTZ, S., Oral Lesions of Eosinophilic Granuloma. *Oral Surg.*, 19:613-22, 1965.
- 20 — SLEEPER, E. L., Eosinophilic Granuloma of Bone. *Oral Surg.*, 4:896-918, 1951.
- 21 — SMITH, D. G. et alii. Histiocytosis X: Role of Radiation Therapp in Management with Special reference to Dose Levels Employed. *Ther Radiology*, 106:419-22, 1973.
- 22 — STAFNE, E. C. & GIBILISCO, J. A., *Diagnóstico Radiológico em Odontologia*. Buenos Aires, Panamericana, 1978, pp. 298-302.
- 23 — STORRS, J., Bilateral Eosinophilic Granuloma of the Mandible. *Oral Surg.*, 41:93-100, 1976.
- 24 — TOMMASI, A. F., *Diagnóstico Bucal*. São Paulo, Medisa, 1977, pp. 253-64
- 25 — VOGEL, J. M. & VOGEL, P., Idiopathic Histiocytosis: A Discussion of Eosinophilic Granuloma, the Hand-Schüller-Christian Syndrome and the Letterer-Siwe Spndrome, *Semin. Hematol.*, 9:349-69, 1972.
- 26 — WASSMUND, M., H. ANDERS. Über eine bisher unbekannte destruirerende Erkrankung der Kieferknochen. *Vjschr., Zahnheilk.* 48 (1932) 157.