

Caso Clínico

Tratamento conservador de extensa lesão de células gigantes



Mariana Vital Borges^a, Mônica Cristina Carafini Nunes^a, Carla Oliveira Favretto^a,
Natália Galvão Garcia^{b,*}

^a Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros – GO, Brasil

^b Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), Lavras – MG, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 17 de novembro de 2019

Aceite a 11 de abril de 2020

On-line a 2 de julho de 2020

Palavras-chave:

Corticosteroide

Lesão central de células gigantes

Tratamento conservador

R E S U M O

O tratamento de escolha da Lesão Central de Células Gigantes, na maioria das vezes, é a intervenção cirúrgica. No entanto, estudos recentes têm trazido uma opção terapêutica mais conservadora através de aplicações intralesionais de corticosteroides associados com calcitonina. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi o relato de um caso clínico envolvendo uma paciente com queixa de “queimadura no céu da boca”. Durante o exame físico, foi observada uma tumefação na região central do palato duro. No exame tomográfico, notou-se lesão osteolítica invadindo a cavidade nasal. Foi feita uma biópsia incisional e o diagnóstico estabelecido foi de Lesão Central de Células Gigantes. Considerando o tamanho da lesão e a condição sistêmica da paciente, optou-se pela realização de um tratamento conservador, sendo observada extensa regressão da lesão. Com base no resultado obtido, sugere-se que o tratamento conservador pode ser considerado uma abordagem terapêutica viável para o tratamento de lesões extensas. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2020;61(1):33-37)

© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEMD. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: natggalvao@hotmail.com (Natália Galvão Garcia).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.07.695>

1646-2890/© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEMD.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conservative treatment of extensive giant cell injury

A B S T R A C T

Keywords:

Corticosteroid
Central giant cell injury
Conservative treatment

The treatment of choice for central giant cell injury is generally surgical intervention. However, recent studies have approached it with a more conservative therapeutic strategy through intralesional corticosteroid applications associated with calcitonin. Thus, the aim of this study was to report a clinical case involving a patient complaining of palatal burn. During physical examination, swelling was observed in the central region of the hard palate. Tomographic examination revealed an osteolytic lesion invading the nasal cavity. An incisional biopsy was performed, and the diagnosis was central giant cell injury. Considering the size of the lesion and the patient's systemic condition, a conservative treatment was chosen, and extensive regression of the lesion was observed. The obtained result suggests that conservative treatment may be considered a viable therapeutic approach for the treatment of extensive lesions. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2020;61(1):33-37)

© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) é uma lesão intraóssea formada por tecido fibroso celular que contém múltiplos focos de hemorragia, agregados de células gigantes multinucleadas e, ocasionalmente, trabeculado de osso imaturo.^{1,3}

Apesar de uma etiologia incerta, alguns autores acreditam que possa estar relacionada a traumas e hemorragia intraóssea, ou, ainda, a causas sistêmicas, como distúrbios hormonais (hiperparatireoidismo), gravidez e síndromes como a Neurofibromatose I e a Síndrome de Noonan.²

Clinicamente, a LCCG se apresenta como uma massa de crescimento lento, indolor, podendo expandir às regiões corticais ósseas.³ No entanto, há relatos de uma forma mais agressiva, cujo crescimento é rápido e provoca assimetria da face, deslocamento de dentes, reabsorção radicular e expansão das corticais ósseas.^{2,4}

Radiograficamente, a LCCG pode apresentar-se de diferentes formas que varia de pequenas lesões radiolúcidas uniloculares até extensas áreas multiloculares. Geralmente, a lesão apresenta limites festonados, apresentando ou não halo radiopaco. Quando a lesão se encontra na região maxilar, ela pode invadir o pavimento de órbita e o seio maxilar, bem como a fossa nasal. Já na região mandibular, a lesão pode expandir-se e/ou perfurar a cortical óssea, o que provoca movimentação dentária e/ou reabsorção dentária.^{1,5,6}

Histologicamente, é comum a presença de células gigantes multinucleadas de permeio a diversos vasos sanguíneos e áreas hemorrágicas, imersas num estroma colagenoso de células mesenquimatosas ovoides ou fusiformes com elevada taxa mitótica. Também podem ser observadas calcificações distróficas ou ossificações metaplásicas.^{1,4,6,7}

O tratamento da LCCG, na maioria das vezes, é a intervenção cirúrgica por meio de curetagem ou de uma ressecção em bloco.^{8,9} No entanto, estudos recentes têm trazido uma opção de tratamento mais conservadora, através dos quais são

realizadas aplicações intralesionais com corticosteróides em associação ou não com medicamentos, tal como a calcitonina e Interferon α (IFN α).^{1,10,11}

Considerando, portanto, que o tratamento conservador pode apresentar bons resultados quando bem indicado, este trabalho teve como intuito relatar um caso clínico de uma extensa LCCG localizada na maxila tratada e que foi tratada de forma conservadora.

Caso Clínico

Paciente do género feminino, 57 anos, leucoderma, compareceu à clínica Escola de Odontologia queixando-se de uma “queimadura no céu da boca”.



Figura 1. Aspeto clínico inicial apresentava tumefação em região central do palato duro, de coloração mista, superfície irregular, bem delimitada, base séssil, resiliante a palpação e discreta sintomatologia dolorosa.

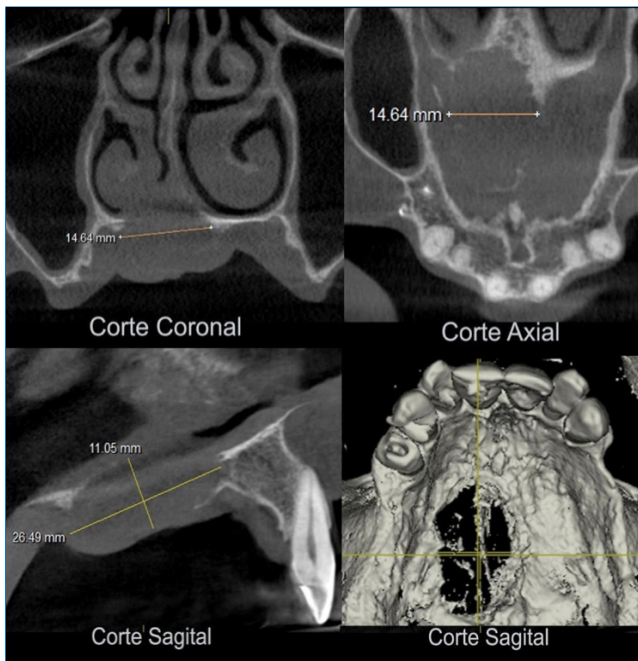


Figura 2. Os cortes coronal, axial e sagital do exame tomográfico apresentavam uma lesão hipodensa, unilocular, osteolítica e expansiva, localizada na região do palato duro do lado direito e invadindo a cavidade nasal.

Ao exame físico intrabucal, foi observada uma tumefação de aproximadamente 11 mm na região central do palato duro de coloração mista, superfície irregular bem delimitada, base sésbil, resiliente à palpação, além de discreta sintomatologia dolorosa (Figura 1).

O exame tomográfico revelou lesão hipodensa, unilocular, osteolítica e expansiva localizada na região do palato duro do lado direito, invadindo a cavidade nasal, medindo 26,4 x 64 x 11 mm no maior diâmetro (Figura 2). O laudo tomográfico sugeriu como hipótese diagnóstica, Neoplasia de Glândula

Salivar. Assim, foi realizada uma biópsia incisional, cujo material coletado foi enviado para o laboratório de anatomia patológica.

Os cortes microscópicos revelaram inúmeras células gigantes multinucleadas de permeio às células fusiformes distribuídas aleatoriamente, vasos sanguíneos dilatados, sendo alguns congestionados, áreas hemorrágicas, hemossiderose e trabéculas ósseas (Figura 3A e B). Suprajacente, foi observado epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado hiperplásico, com áreas de atrofia e solução de continuidade recoberta por pseudomembrana serofibrinosa e polimorfonucleares. Com base nos aspectos clínicos, imagiológicos e microscópicos, o diagnóstico estabelecido foi Lesão Central de Células Gigantes.

Considerando o tamanho da lesão e a condição sistêmica da paciente, a qual apresentava um aneurisma cerebral, optou-se pela realização de um tratamento conservador, através do qual foi utilizado o seguinte protocolo: dez sessões de aplicações intralésionais de uma solução de hexacetonido de triancinolona (Triancil) 20 mg/ml e Lidocaína 2% na proporção de 1:1.

As aplicações foram realizadas com seringa de 1 mL e agulha ultrafina, infiltrando 10 UI para cada 1 cm³ da lesão com intervalo de tempo de duas semanas entre cada aplicação.

Cinco meses depois, no final das aplicações, foi observada expressiva regressão da lesão, tanto do ponto de vista clínico quanto do ponto de vista tomográfico, e o tratamento foi complementado com o uso de calcitonina spray nasal (Miacalcic®) (Figura 4).

A paciente foi orientada a fazer uso diário do medicamento, com posologia de aplicação de uma dose (200 UI/ml) em cada narina, totalizando 400 UI/ml ao dia.

Após sete meses do início do tratamento confirmou-se a regressão progressiva da lesão do ponto de vista clínico (Figura 5). Optou-se então por solicitar uma nova tomografia computadorizada para controle, cujo laudo revelou redução volumétrica significativa da lesão associado a áreas de mineralização (Figura 6).

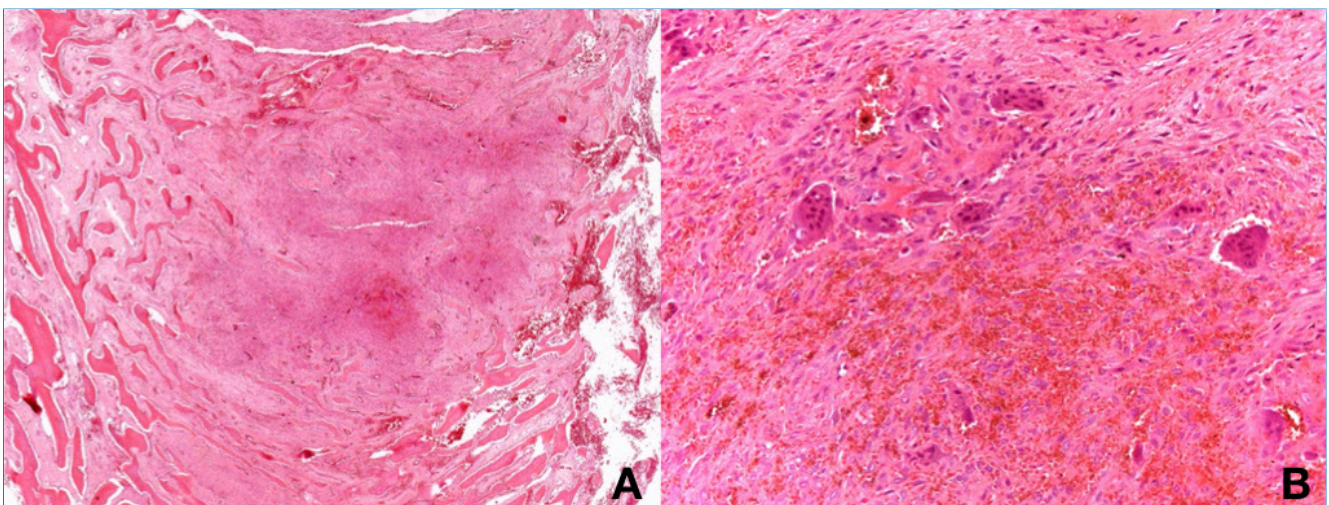


Figura 3A e B. Foram observadas inúmeras células gigantes multinucleadas de permeio às células fusiformes distribuídas aleatoriamente, áreas hemorrágicas e trabéculas ósseas.



Figura 4. Cinco meses depois, ao final das aplicações de corticosteróides, foi observada expressiva regressão clínica da lesão.

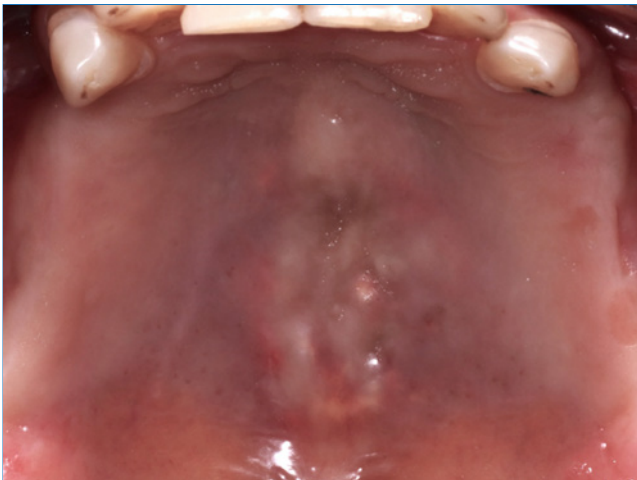


Figura 5. Após sete meses do início do tratamento confirmou-se a regressão progressiva da lesão do ponto de vista clínico.

Considerando, então, a boa tolerância que a paciente apresentou ao uso da calcitonina *spray*, o tratamento foi mantido. Atualmente, a paciente segue em vigilância e não apresenta queixas funcionais ou sinais de recidiva.

Discussão e Conclusões

A LCCG é uma patologia de etiologia incerta. No entanto, alguns autores acreditam que possa estar relacionada a traumas, hemorragia intraóssea ou a causas sistêmicas.² Sua maior incidência ocorre em mulheres abaixo de 30 anos e na região anterior da mandíbula.^{1,12,13} Neste estudo, a paciente do gênero feminino tinha 57 anos e apresentava comprometimento maxilar. Além disso, não foram identificadas alterações sistêmicas e nem histórico de trauma na região.

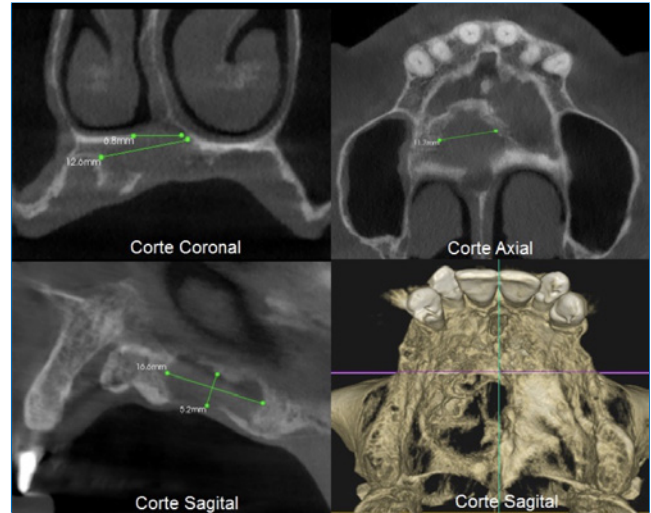


Figura 6. Exame tomográfico realizado sete meses após o início do tratamento revelou redução volumétrica significativa da lesão associado a áreas de mineralização.

Clinicamente, a maioria dos casos de LCCG apresenta-se como uma massa tumoral, de consistência endurecida, assintomática, de crescimento lento, podendo expandir às regiões corticais ósseas.³ No entanto, alguns autores relatam a ocorrência de uma forma mais agressiva, de crescimento rápido que pode provocar assimetria da face, deslocamento de dentes e reabsorção radicular.^{2,4} No caso relatado, foi observada uma tumefação de superfície irregular, base séssil, discreta sintomatologia dolorosa, causando expansão das corticais.

Radiograficamente observa-se possível invasão do pavimento do seio maxilar e das fossas nasais quando a LCCG acomete a região maxilar.^{5,6} Corroborando com o estudo desses autores, os cortes tomográficos deste caso apresentaram uma lesão osteolítica que invadiu a cavidade nasal.

O tratamento de escolha da LCCG, geralmente, inclui intervenção cirúrgica, por meio de curetagem ou ressecção.^{8,9} No entanto, os bons resultados apresentados por lesões tratadas de forma conservadora têm ressaltado a eficácia dessa opção terapêutica em situações bem indicadas.^{1,10,11}

Essa forma conservadora trata-se de aplicações intralesionais com corticosteroides, associados ou não a outros medicamentos, tal como a calcitonina e o IFN α , cujos resultados têm mostrado vantagens no tratamento de lesões extensas, o que evita possíveis mutilações.^{1,10,11} No presente caso, por ser uma lesão extensa numa paciente com compromisso sistêmico, optou-se pela realização do tratamento conservador para evitar a submissão da paciente a uma cirurgia de alta complexidade. Logo, foi utilizado um protocolo de dez sessões de aplicações intralesionais de uma solução de acetato de triancinolona (Triancil) 20 mg/ml e Lidocaína 2% na proporção de 1:1.

Após finalizadas as aplicações e, tendo sido observada expressiva regressão da lesão, foi feita a associação com o uso de calcitonina *spray* nasal (Miacalcic®), uma vez que estudos recentes têm demonstrado que a calcitonina inibe a atividade dos osteoclastos, aumentando dos níveis séricos de cálcio e estimulando a atividade osteoblástica.^{9,10} Corroborando com

esses achados, sete meses após o início da utilização da calcitonina, foi observada redução volumétrica significativa da lesão, associada a áreas de mineralização.

Com base nos resultados satisfatórios obtidos, sugere-se que o uso intralesional de corticosteroides em associação com a calcitonina *spray* nasal pode ser considerado uma abordagem terapêutica viável para o tratamento de lesões extensas.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos da comissão de investigação clínica e ética relevante e de acordo com os do Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsínquia).

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência está na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Gomes ACA, Silva EDO, Porto GG, Machiore E. Granuloma Central de Células Gigantes: Relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco Maxilofac.* 2004;4:87-91.
- Felin GC, Zanata A, Rocha G, Conto F, Rovani G, Flores ME. Tratamento com corticosteroide de granuloma central de células gigantes mandibular em crianças: relato de caso. *RFO Passo Fundo.* 2014;19:354-8.
- Silva FL, Pimentel GG, Benevides BS, Parente JLC, Barbalho JCM. Tratamento combinado de granuloma central de células gigantes por meio de corticoterapia e enucleação: Relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco Maxilofac.* 2013;13:9-14.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* Rio de Janeiro. 2009.
- Noleto JW, Marchiore E, Sampaio RK, Irion KL, Collares FB. Aspectos radiológicos e epidemiológicos do granuloma central de células gigantes. *Radiol Bras.* 2007;40:167-71.
- Matos FR, Benevenuto TG, Medeiros AMC, EJD, Freitas RA. Lesão central de células gigantes agressiva: relato de caso e revisão dos aspectos atuais. *Rev Odontol Unesp.* 2009;38:324-7.
- França DCC, André NV, Lessi MAA, Reis GSS, Aguiar SMHCA. Granuloma periférico de células gigantes: relato de caso com acompanhamento de dois anos. *Rev Odontol Bras Central.* 2010;19:352-5.
- de Lange J, Rosenberg AJ, van den Akker HP, Koole R, Wirts JJ, van den Berg H. Treatment of central giant cell granuloma of the jaw with calcitonin. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1999;28:372-6.
- Pogrel MA. Calcitonin Therapy for Central Giant Cell Granuloma. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61:649-53.
- Rachmiel A, Emodi O, Sabo E, Aizenbud D, Peled M. Combined treatment of aggressive central giant cell granuloma in the lower jaw. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012;40:292-7.
- Carlos R, Sedano HO. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93:161-6.
- Abdo EN, Alves LC, Rodrigues AS, Ricardo RA, Gomez RS. Treatment of a Central Giant Granuloma with Intralesional Corticosteroide. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005;43:74-6.
- Borges HO, Machado RA, Vidor MM, Beltrão RG, Heitz C, Filho MS. Calcitonin: A non-invasive giant cells therapy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2008;72:959-63.