



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII
CENTRO CIÊNCIAS E TECNOLOGIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

FÁBIO HENRIQUE VASQUES BEZERRA

**TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES
ATRAVÉS DO USO DA CALCITONINA E CORTICÓIDE INTRALESIONAL:
RELATO DE CASO**

**ARARUNA - PB
2019**

FÁBIO HENRIQUE VASQUES BEZERRA

**TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES
ATRAVÉS DO USO DA CALCITONINA E CORTICÓIDE INTRALESIONAL:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Ma. Karoline Gomes da Silveira.

**ARARUNA
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B574t Bezerra, Fabio Henrique Vasques.

Tratamento conservador de lesão central de células gigantes através do uso da calcitonina e corticóide intralesional: relato de caso [manuscrito] / Fabio Henrique Vasques Bezerra. - 2019.

25 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2019.

"Orientação : Profa. Ma. Karoline Gomes da Silveira, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."

1. Patologia bucal. 2. Células gigantes. 3. Calcitonina. 4. Triancinolona. I. Título

21. ed. CDD 617.63

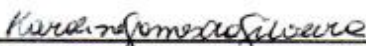
FÁBIO HENRIQUE VASQUES BEZERRA

TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES
ATRAVÉS DO USO DA CALCITONINA E CORTICÓIDE INTRALESIONAL: RELATO
DE CASO


Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: 13 / 11 / 2019.

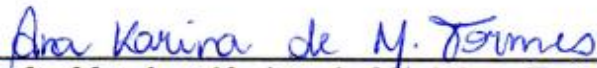
BANCA EXAMINADORA



Profa. Me. Karoline Gomes da Silveira (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Gustavo Gomes Agripino
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Ana Karina de Medeiros Tormes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha família, por todo amor, paciência,
dedicação, companheirismo e felicidade,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por toda força e coragem que me fizeram estar onde estou, ao lado de quem estou e pela confiança divina concebida.

Aos meus pais **Josimar Henrique** e **Kenny Maria**, por todo o amor e dedicação, que muitas vezes foi fonte de energia para continuar essa jornada, meus maiores exemplos de determinação, é tudo por vocês.

Aos meus irmãos **João Marcelo** e **Anna Felícia**, pela compreensão por minha ausência, mas que sempre estiveram presentes em meus pensamentos e coração, meus melhores amigos.

As minhas avós, **Nancy Vasques** e **Izabel Bezerra**, por todo o apoio e torcida para que esse sonho se concretizasse.

À **Yanna Garcia**, por ser a pessoa mais especial e incrível a quem eu poderia entregar o meu coração, obrigado por cuidar tão bem dele.

Aos meus amigos da zO, em especial **Pedro, Victor, Victor H., Igor, Alysson** e **Wens**, que mesmo seguindo caminhos diferentes sempre estivemos juntos em busca do crescimento.

À minha querida orientadora **Karolline Gomes da Silveira**, por ter sido tão atenciosa e prestativa na realização deste trabalho, não existiria pessoa melhor para essa concretização.

Aos professores da UEPB -Campus VIII, por toda a contribuição na minha formação acadêmica, Araruna é um lugar abençoado pelos mestres que aqui estão. Em especial à **Gustavo Agripino**, a quem eu devo a grande satisfação de ter dividido momentos de conhecimento que me foram marcantes, obrigado grande.

Aos meus amigos **Aramys, Raquel, Aretha, Brenda, Thalison, Sander** e **Matheus** que são pessoas incríveis, e em especial à **Breno Maia, Illan Hadson, Nilson Emmanuel** e **Maxsuel Bezerra**, juntos formamos um laço que vai além da amizade, obrigado por terem sido minha segunda família.

Um agradecimento especial á todos os **pacientes** que passaram pelas minhas mãos, obrigado pela confiança e contribuição em minha formação

RESUMO

A Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) é uma condição patológica incomum benigna, que acomete o complexo maxilomandibular. A LCCG representa cerca de 7% das lesões não neoplásicas que acometem os maxilares, mais comumente encontrada na região de mandíbula e com uma prevalência maior para crianças e pacientes jovens com menos de 30 anos, com predileção pelo sexo feminino. Este trabalho tem como objetivo, apresentar um caso de Lesão Central de Células Gigantes acompanhando pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), na cidade de João Pessoa – PB. O paciente do sexo masculino, 38 anos de idade, leucoderma, foi encaminhado ao serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do HULW com o diagnóstico de LCCG, localizado na região de sínfise mandibular sem queixa de dor e apresentando leve deslocamento dentário. O paciente foi submetido ao tratamento conservador com uso da calcitonina via spray nasal onde não apresentou resposta positiva, notando-se desta forma o aumento da LCCG. Foi definido o uso da hexacetonida de triancinolona intralesional como opção secundária, onde se obteve resultados satisfatórios em relação a calcificação da lesão e permitindo a posterior plastia óssea. Desta forma, o uso de alternativas conservadoras vem sendo cada vez mais citadas na literatura, e apresentam resultados satisfatórios na regressão e calcificação das lesões, otimizando os resultados do tratamento de uma LCCG agressiva, evitando uma cirurgia mutiladora ao paciente e poupando o mesmo de problemas funcionais, estéticos e psicológicos. Portanto o conhecimento e atualização do cirurgião dentista é de grande importância para o correto diagnóstico, planejamento e protocolo de tratamento para lesões dessa natureza.

Palavras-Chave: Patologia Bucal. Células gigantes. Calcitonina. Triancinolona

ABSTRACT

The Central Giant Cell Lesion (CGCL) is an uncommon benign pathological condition that affects the maxillomandibular complex. The CGCL represents about 7% of the non-neoplastic lesions that affect the jaws, most commonly found in the mandible region and with a higher prevalence for children and young patients under 30 years, with a predilection for females. This paper aims to present a case of Central Giant Cell Lesion accompanied by Oral MaxilloFacial Surgery service of the University Hospital Lauro Wanderley (HULW), in the city of João Pessoa - PB. The 38-year-old male patient, leucoderma, was referred to HULW with the diagnosis of CGCL, located in the mandibular symphysis region without complaint of pain and presenting slight dental dislocation. The patient underwent conservative treatment, which did not show a positive response to calcitonin use via nasal spray, observing the increase in CGCL. The use of intralesional triamcinolone hexacetonide was defined as a secondary option, where satisfactory results were obtained regarding the lesion calcification and allowing posterior bone plasty. In this way the use of conservative alternatives has been increasingly cited in the literature and presents satisfactory results in the regression and calcification of lesions, optimizing the treatment results of an aggressive LCCG, avoiding patient mutilating surgery and recovering the same functional problem, Therefore, the knowledge and updating of the dentist are of great importance for the correct diagnosis, planning and treatment protocol for injuries of this nature.

Keywords: Pathology Oral. Giant Cells. Calcitonin. Triamcinolone

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – (A) Exame clínico inicial extraoral (vista frontal); (B) Exame clínico inicial extraoral evidenciando discreta assimetria facial (vista caudo-cranial)..... 14
- Figura 2 - Exame clínico inicial intraoral evidenciando aumento de volume em região anterior de mandíbula, em processo de cicatrização proveniente de biópsia incisiva previamente realizada..... 15
- Figura 3 – Aspecto clínico intraoral evidenciando considerável aumento de volume lesional associado a deslocamento dentário após o uso da calcitonina de salmão..... 16
- Figura 4 - (A) Exame clínico intraoral (3ª aplicação do corticóide); (B) Exame clínico intraoral (5ª aplicação do corticóide)..... 16
- Figura 5 - Cortes tomográficos evidenciando o processo de calcificação lesional..... 17
- Figura 6 - Reconstrução tridimensional evidenciando a calcificação lesional..... 17
- Figura 7 - (A) Corte tomográfico evidenciando a completa calcificação lesional. (B) Reconstrução tridimensional evidenciando a completa calcificação lesional..... 17
- Figura 8 – **(A)** Acesso cirúrgico e exposição inicial evidenciando toda a calcificação da lesão; **(B)** Plastia óssea realizada através da remoção de fragmentos ósseos calcificados sobrepostos; **(C)** Aspecto clínico obtido através da plastia óssea evidenciando o melhor contorno mandibular. **(D)** Fragmentos ósseos removidos através da plastia óssea..... 18
- Figura 9 - Cortes tomográficos evidenciando o resultado obtido através da calcificação lesional associada a plastia óssea..... 19
- Figura 10 - **(A)** Exame clínico extraoral pós-operatório (vista frontal); **(B)** Exame clínico extraoral pós-operatório (caudo-cranial); **(C)** Exame clínico intraoral pós-operatório (vista frontal)..... 19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGCL	Central Giant Cell Lesion
GCCG	Granuloma Central de Células Gigantes
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
LCCG	Lesão Central de Células Gigantes
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCT	Receptores para Calcitonina
UFPE	Universidade Federal do Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	RELATO DE CASO	14
3	DISCUSSÃO	20
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
6	REFERÊNCIAS	25
	ANEXO A – RESULTADO HISTOPATOLÓGICO	27

1 INTRODUÇÃO

A Lesão Central de Células Gigantes (LCCG), ou também conhecida como Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG) é uma condição patológica de natureza benigna que acomete a região maxilofacial (NOGUEIRA, R. L. M.; CAVALCANTE, R. B.; CARVALHO, A. C. G. S.; COSTA, F. W. G. 2004; SAMPIERI, et al 2013). É descrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma lesão intraóssea benigna localizada, podendo apresentar caráter agressivo através da proliferação de tecido fibroso seguido de hemorragia, deposição de hemossiderina, agregação de células gigantes multinucleadas semelhantes a osteoclastos e formação de osso reacional (SAMPIERI, et al 2013; DOLANMAZ, D.; ESEN, A.; MIHMANLI, A.; ISIK, K. 2015; ROSA, M. R. P.; SÁ, J. P.; MARTINS, V. B.; OLIVEIRA, M. V. 2018).

A LCCG é uma patologia intraóssea responsável por cerca de 7% das lesões não neoplásicas que acometem os maxilares, sendo esta, mais comumente encontrada na região de mandíbula em uma proporção que varia entre 2:1 até 4:1 em relação a maxila. É uma condição prevalentemente encontrada em crianças e adultos jovens com menos de 30 anos, acometendo o sexo feminino em cerca de 65% dos casos (NOGUEIRA, R. L. M.; CAVALCANTE, R. B.; CARVALHO, A. C. G. S.; COSTA, F. W. G. 2004; DOLANMAZ, D.; ESEN, A.; MIHMANLI, A.; ISIK, K. 2015; ROSA, M. R. P.; SÁ, J. P.; MARTINS, V. B.; OLIVEIRA, M. V. 2018).

De acordo com as características clínicas e radiográficas, a LCCG pode ser classificada como agressiva ou não agressiva. Os parâmetros de agressividade estabelecidos envolvem; sintomatologia dolorosa, expansão e/ou perfuração da cortical óssea, reabsorção radicular, e alta tendência a recidiva, sendo esses, fatores que a caracterizam como a forma agressiva da LCCG, enquanto a forma não agressiva, apresenta um crescimento lento e usualmente assintomático, sem destruição da cortical óssea, ou reabsorção radicular (SARODE, et al 2016; GOMES, et al 2018; ROSA, M. R. P.; SÁ, J. P.; MARTINS, V. B.; OLIVEIRA, M. V. 2018).

Radiograficamente, as LCCG podem apresentar caráter radiolúcido, uni ou multilocular, de margens bem ou mal delimitadas, usualmente sem a presença de halo radiopaco, e com diferentes graus de expansão de cortical, podendo ainda apresentar a reabsorção radicular em alguns casos, enquanto histologicamente, é comum encontrar: estroma fibroso mesenquimal com células de forma variadas, áreas de extravasamento de eritrócitos, depósitos de hemossiderina, células gigantes

multinucleadas e, ocasionalmente, osso reativo (NOGUEIRA, R. L. M.; CAVALCANTE, R. B.; CARVALHO, A. C. G. S.; COSTA, F. W. G. 2004; NOGUEIRA 2010; DOLANMAZ, D.; ESEN, A.; MIHMANLI, A.; ISIK, K. 2015).

A etiologia da LCCG é indefinida (RACHMIEL, A.; EMODI, O.; SABO, E.; AIZENBUD, D.; PELED, M. 2012; GOMES, et al 2018), embora seja apontada como causa, a proliferação inflamatória, considerando assim uma lesão reativa reacionária (RACHMIEL, A.; EMODI, O.; SABO, E.; AIZENBUD, D.; PELED, M. 2012), outra hipótese considerada, cita o caráter de natureza neoplásica dada a sua agressividade em determinados casos (NOGUEIRA, R. L. M.; FARIA, M. H. G.; OSTERNE, R. L. V.; CAVALCANTE, R. B.; RIBEIRO, R. A.; RABENHORST, R. H. B. 2012).

Como diagnóstico diferencial da LCCG, pode-se observar as seguintes lesões: granuloma periférico de células gigantes, cisto ósseo aneurismático, tumor marrom do hiperparatireoidismo, mixoma odontogênico, displasia fibrosa, ameloblastoma e querubismo. Nesses casos, além dos exames complementares, os aspectos clínico-radiográficos tornam-se instrumentos de caráter conclusivo para alcançar o diagnóstico correto dessas lesões (NOGUEIRA, R. L. M.; CAVALCANTE, R. B.; CARVALHO, A. C. G. S.; COSTA, F. W. G. 2004; NOGUEIRA 2010; DOLANMAZ, D.; ESEN, A.; MIHMANLI, A.; ISIK, K. 2015).

O tratamento previsto para as LCCG varia desde a simples curetagem até a ressecção em bloco, que podem ser associadas à cricocirurgia, uso de bifosfonatos ou ostectomia periférica. Outros métodos terapêuticos e conservadores podem ser utilizados, incluindo o uso de corticósteróides intralesionais durante o período previsto de 6 semanas, e o uso de calcitonina sistêmica via injeção intradérmica ou aplicação de spray nasal diariamente durante o período previsto de 12 meses. A escolha do tratamento deve levar em consideração a agressividade ou não-agressividade do caso, localização, tamanho, e aparência radiográfica (NOGUEIRA 2010; DOLANMAZ, D.; ESEN, A.; MIHMANLI, A.; ISIK, K. 2015).

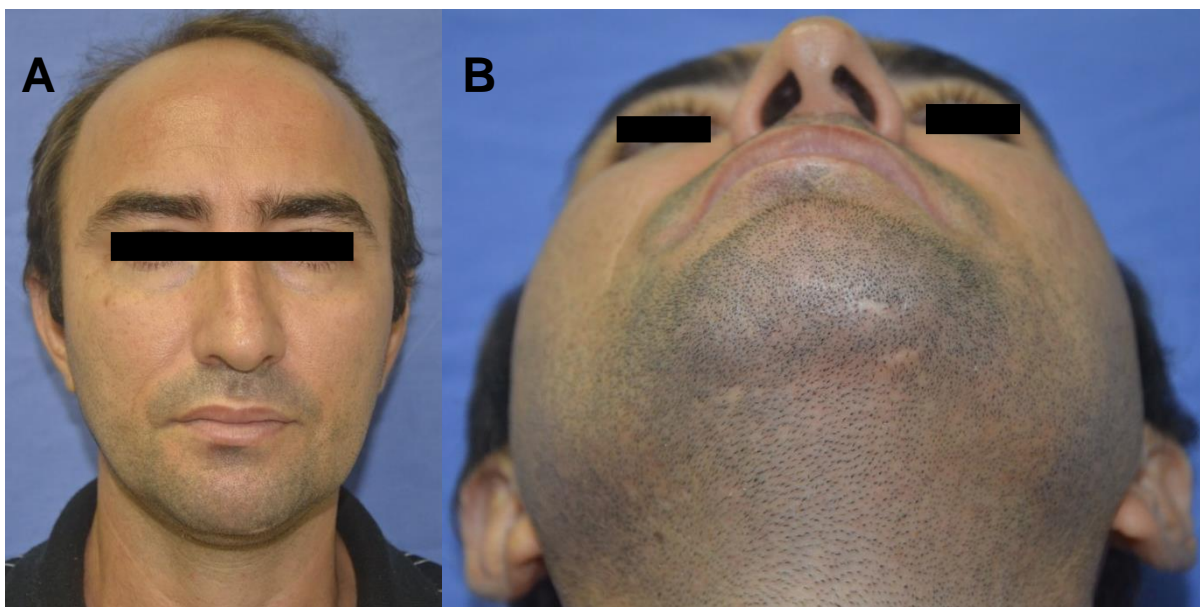
O objetivo do presente trabalho, é relatar o caso de um paciente do sexo masculino, diagnosticado com LCCG em região anterior de mandíbula, e apresentar o protocolo de tratamento instituído a esse paciente durante o período determinado pela equipe de cirurgia e traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, na cidade de João Pessoa – PB.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 38 anos de idade, leucoderma, ASA II apresentando quadro de hipertensão arterial controlada sob o uso de Losartana 50mg uma vez ao dia, foi encaminhado ao serviço de cirurgia e traumatologia BucoMaxiloFacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW na cidade de João Pessoa – PB, para tratamento de lesão tumoral na região anterior de mandíbula, previamente biopsiado incisionalmente e diagnosticado histopatologicamente como LCCG.

O mesmo relatou histórico de trauma em parassínfise esquerda 04 meses antes do diagnóstico. Ao exame extraoral, apresentava discreta assimetria facial com discreto aumento de volume em região anterior de mandíbula. Ao exame intraoral, observou-se um aumento de volume na região de sínfise, com apagamento de fundo de sulco vestibular, ferida em processo de cicatrização devido à realização de biópsia incisional prévia e mobilidade dentária nos elementos dentários 31 e 41.

Figura 1 – (A) Exame clínico inicial extraoral (vista frontal); **(B)** Exame clínico inicial extraoral evidenciando discreta assimetria facial (vista caudo-cranial).



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 2 – Exame clínico inicial intraoral evidenciando aumento de volume em região anterior de mandíbula, em processo de cicatrização proveniente de biópsia incisiva previamente realizada.



Fonte: Arquivo pessoal

Ao exame tomográfico, apresentou lesão expansiva multilocular estendendo-se desde a região do dente 36 ao dente 44, observando rompimento e expansão das corticais vestibular e lingual, deslocamento dentário e reabsorção radicular apical nos incisivos inferiores.

Paciente apresentava laudo histopatológico realizado previamente com microscopia apresentando células gigantes multinucleadas entremeadas por células mononucleadas de aspecto ovalado sugestivo de Lesão Central de Células Gigantes.

Devido a LCCG apresentar histopatológico semelhante ao do tumor marrom do hiperparatireoidismo, foi solicitado, a dosagem sérica de cálcio (9,7 mg/dL) e paratormônio (61,7 pg/mL) cujos valores encontrados estavam dentro do parâmetro de normalidade, eliminando a presença de distúrbio endócrino.

Optou-se pelo início do tratamento da lesão, com o uso da Calcitonina sintética de salmão, 200 UI, na forma de spray nasal, sendo este, um jato de spray em uma das narinas, uma vez ao dia. Após um mês e quinze dias do início da calcitonina, uma nova avaliação imagiológica, por meio da tomografia computadorizada, revelou um aumento de volume considerável da lesão, e não observou-se a presença de calcificações intralesionais provenientes do uso da calcitonina. O uso da calcitonina foi encerrado, e optou-se por uma nova forma de tratamento para a calcificação

intralesional, consistindo na utilização do corticóide Acetonida de Triancinolona na concentração de 20mg/ml.

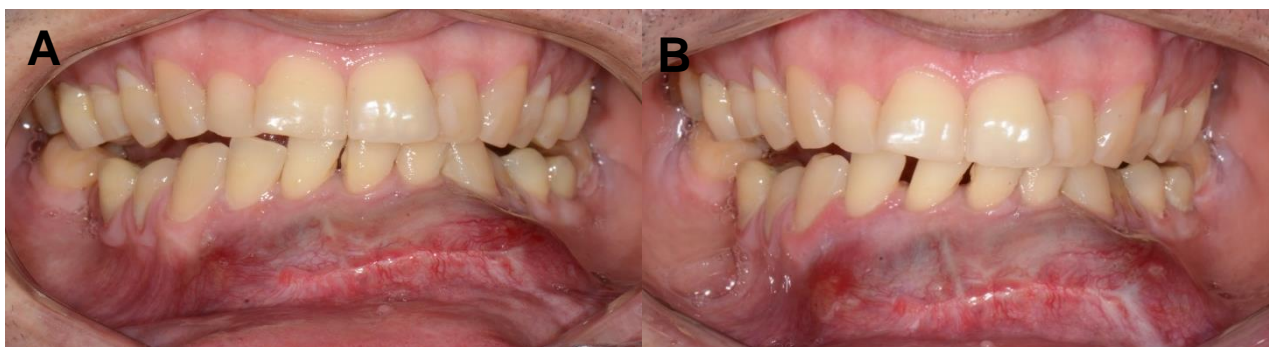
Figura 3 – Aspecto clínico intraoral evidenciando considerável aumento de volume lesional associado a deslocamento dentário após o uso da calcitonina de salmão.



Fonte: Arquivo pessoal

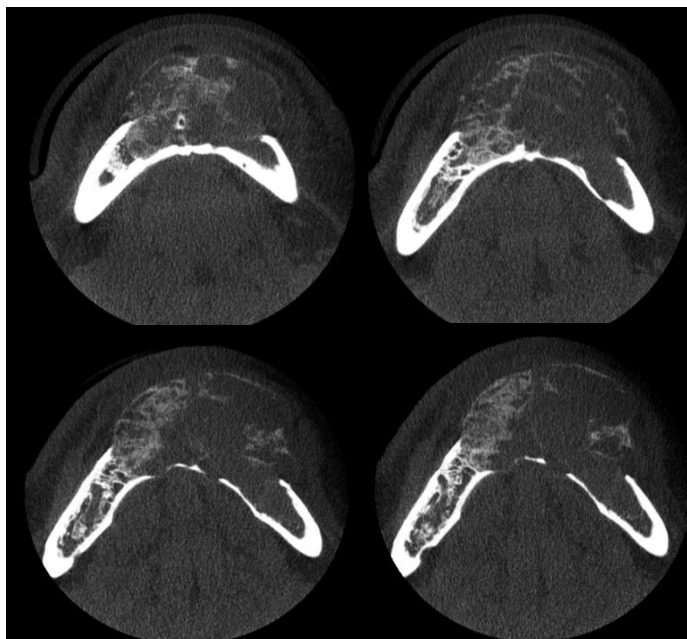
A aplicação passou a ser feita uma vez por semana, de forma intralesional, injetando solução de Acetonida de Triancinolona com Lidocaina 2% com adrenalina 1:100.000 (1:1) – 1 ml para cada 1 cm³ de defeito radiolúcido, 01 vez por semana, por 06 semanas em toda a lesão, segundo o protocolo estabelecido por Terry & Jacoway em 1994, sendo assim utilizado 2mL de Lidocaína 2% e 2 mL de Acetonida de Triancinolona. Novos exames imaginológicos foram solicitados, onde observou-se após 12 meses uma calcificação total da lesão.

Figura 4 – (A) Aspecto clínico intraoral (3^a aplicação do corticóide); (B) Aspecto clínico intraoral (5^a aplicação do corticóide).



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 5 – Cortes tomográficos evidenciando o processo de calcificação lesional.



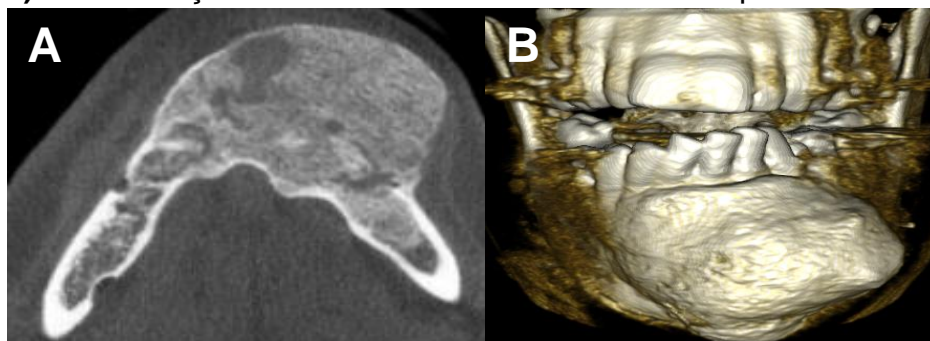
Fonte: Arquivo pessoal

Figura 6 – Reconstrução tridimensional evidenciando a calcificação lesional.



Fonte: Arquivo pessoal

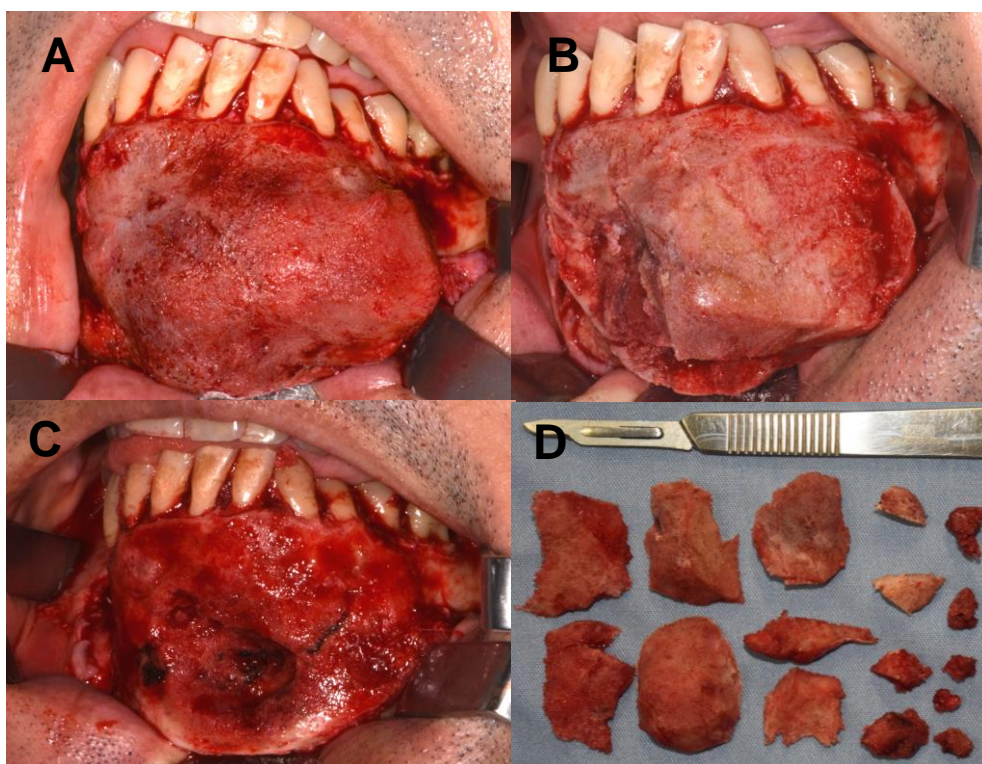
Figura 7 – (A) Corte tomográfico evidenciando a completa calcificação lesional. (B) Reconstrução tridimensional evidenciando a completa calcificação lesional.



Fonte: Arquivo pessoal

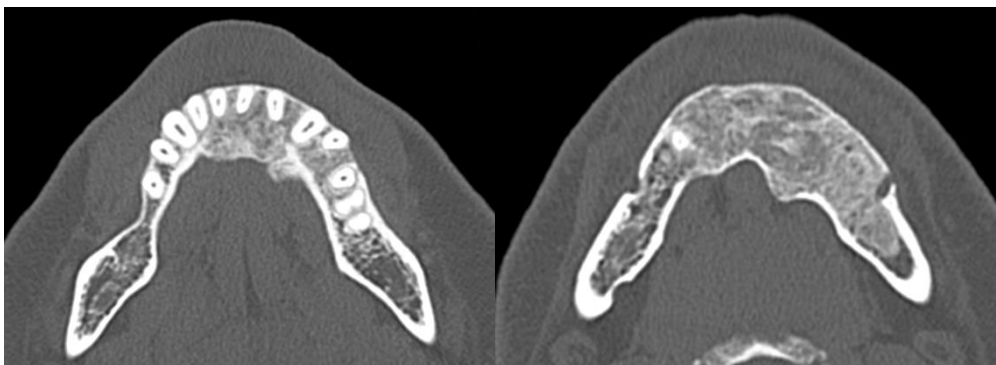
Desta forma, optou-se pela realização de uma plastia óssea, visando reestabelecer a estética ao paciente, realizando o contorno mandibular. O paciente foi submetido ao procedimento em ambiente hospitalar, sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. Foi realizada infiltração local com lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, realizada uma incisão intrasulcular com duas incisões relaxantes na região distal do primeiro molar direito e segundo molar esquerdo e descolamento mucoperiosteal utilizando Molt número 09. Após descolamento, verificou-se completa calcificação da lesão, então realizou-se desgaste ósseo utilizando uma broca Maxicut, e finalizando o procedimento com a sutura utilizando fio de sutura Vicryl 3.0. Todo material removido foi enviado para análise histopatológica.

Figura 8 – (A) Acesso cirúrgico e exposição inicial evidenciando toda a calcificação da lesão; (B) Plastia óssea realizada através da remoção de fragmentos ósseos calcificados sobrepostos; (C) Aspecto clínico obtido através da plastia óssea evidenciando o melhor contorno mandibular. (D) Fragmentos ósseos removidos através da plastia óssea.



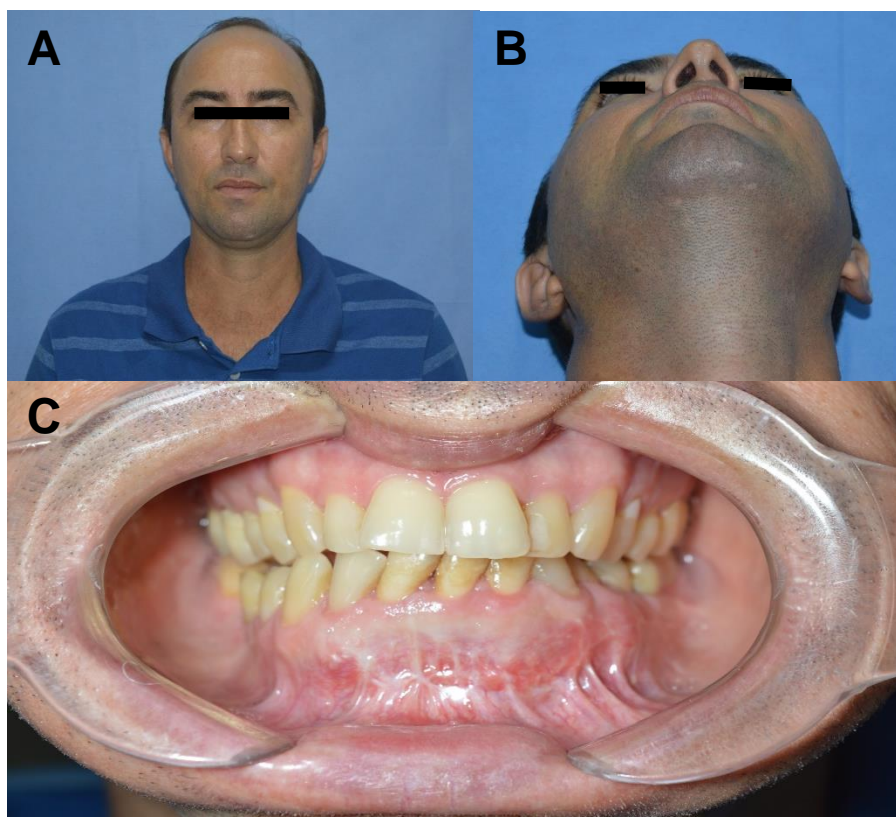
Fonte: Arquivo pessoal

Figura 9 – Cortes tomográficos evidenciando o resultado obtido através da calcificação lesional associada a plastia óssea.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 10 – **(A)** Aspecto clínico extraoral pós-operatório (vista frontal); **(B)** Aspecto clínico extraoral pós-operatório (caudo-cranial); **(C)** Aspecto clínico intraoral pós-operatório (vista frontal).



Fonte: Arquivo pessoal

Paciente encontra-se em acompanhamento de 6 meses, sem sinais de recidiva da lesão, apresentando melhora do contorno ósseo mandibular sem comprometimento estético ou funcional.

3 DISCUSSÃO

O presente relato, descreve um caso de Lesão Central de Células Gigantes (LCCG), descrita na literatura como uma condição patológica de natureza benigna, caracterizada como uma lesão intraóssea, podendo apresentar-se localmente agressiva, envolvendo dor, deslocamento dentário e reabsorção radicular, e uma certa tendência a recidiva após excisão cirúrgica (MOURA, L. B.; TARQUINIO, S. B. C.; GOMES, A. P. N.; SCHINESTOCK, A. B.; TORRIANI, M. A. 2018; ROSA, M. R. P.; SÁ, J. P.; MARTINS, V. B.; OLIVEIRA, M. V. 2018; TECCO, et al 2018). Concordando com a presença de deslocamento dentário e reabsorção radicular no caso aqui apresentado, e diferindo-se na ausência de sintomatologia dolorosa em sua manifestação agressiva.

Histopatologicamente, as LCCG podem ser definidas através da presença de focos de hemorragia, deposição de hemossiderina, agregação de células gigantes multinucleadas sobre um fundo de células mononucleares estromais, e ocasionalmente a formação de trabéculas ósseas reacional (DOLANMAZ, D.; ESEN, A.; MIHMANLI, A.; ISIK, K. 2015; TECCO, et al 2018; GUPTA, S.; NARWAL, A.; KAMBOJ, M.; DEVI, A.; HOODA, A. 2019). Essas características assemelham-se às apresentadas na análise histopatológicas do caso relatado, corroborando o diagnóstico estabelecido de LCCG.

A etiopatogenia das LCCG é de caráter indefinido e controverso, podendo ser associado a distúrbios de desenvolvimento, processos reparadores, cistos ósseos traumáticos, ou cistos ósseos simples. As manifestações de lesões após determinados traumas ósseos e extrações dentárias, apontam uma natureza reativa da LCCG, enquanto a manifestação agressiva da LCCG, com um rápido crescimento e alto índice de recidiva, aponta uma natureza neoplásica (BORGES, et al 2008; NOGUEIRA, R. L. M.; FARIA, M. H. G.; OSTERNE, R. L. V.; CAVALCANTE, R. B.; RIBEIRO, R. A.; RABENHORST, R. H. B. 2012; URS, A.; YAMING, P.; MALHOTRA, R. 2018). A etiopatogenia da LCCG no presente relato, demonstra possível correlação com o histórico de trauma descrito pelo paciente, na região de parassínfise esquerda 4 meses antes do diagnóstico, corroborando assim, uma das hipóteses da etiopatogenia descrita na literatura.

As LCCG acometem em uma maior prevalência, crianças e adultos jovens, onde mais de 60% possuem idade inferior a 30 anos (NOGUEIRA, R. L. M. 2010), não

concordando com o caso aqui apresentado. Observa-se ainda uma predileção pelo sexo feminino, envolvendo uma proporção de 2:1 dos casos encontrados, em relação ao sexo masculino (BORGES, et al 2008), diferindo do presente relato. O local de acometimento das LCCG apresentam-se mais frequentemente na região de sínfise mandibular em uma proporção de 2:1 em relação a maxila (SAMPIERI et al, 2013; ROSA, M. R. P.; SÁ, J. P.; MARTINS, V. B.; OLIVEIRA, M. V. 2018), assemelhando-se dessa forma com o caso descrito.

Em um estudo base, Chuong, et al (1986), avaliaram pacientes de ambos os tipos de classificação de agressividade, no qual os pacientes acometidos com a forma agressiva da LCCG apresentaram um maior índice de recidiva, além de se constatar a sua maior ocorrência em pacientes mais jovens, enquanto os pacientes acometidos pela forma não agressiva da manifestação da LCCG, apresentaram uma baixa taxa de recidiva sob o tratamento cirúrgico. A lesão descrita no presente trabalho foi classificada como a forma agressiva da LCCG, no qual o paciente em questão apresentou tamanho superior a 5 cm, deslocamento dentário, presença de reabsorção radicular e constatação radiográfica da perfuração de cortical óssea, corroborando assim com a forma agressiva da LCCG descrita nos estudos apresentados por Chuong, et al (1986), Rachmiel, et al (2012), e Sarode, et al (2016), no entanto, o paciente não apresentou sintomatologia dolorosa, diferindo-se dessa forma, dos estudos citados anteriormente.

O método cirúrgico é comumente utilizado no tratamento desse tipo de lesão e ocorre através da curetagem, curetagem associada a alguma terapia adjuvante como a criocirurgia, ostectomia periférica ou solução de carnoy, e até mesmo através da ressecção marginal óssea, sendo esta, usualmente utilizada em casos de LCCG em sua forma agressiva, levando a maiores defeitos ósseos com potencial de alteração dos contornos faciais, perdas dentárias, e comprometimento do nervo alveolar inferior. (RACHMIEL, A.; EMODI, O.; SABO, E.; AIZENBUD, D.; PELED, M. 2012; SAMPIERI, et al 2013; FAVERANI, L. P.; FERREIRA, S.; FERREIRA, G.; COLÉTE, J. Z.; ARANEGA, A.; JUNIOR, I. 2014; MOURA, L. B.; TARQUINIO, S. B. C.; GOMES, A. P. N.; SCHINESTSK, A. B.; TORRIANI, M. A. 2018) diferindo-se assim, do método de tratamento escolhido para a condução do caso aqui relatado.

O método conservador ou não-cirúrgico, vem sendo cada vez mais descrito na literatura, no qual as alternativas nesse tipo de tratamento envolvem a administração sistêmica da calcitonina através de injeção subcutânea ou via spray nasal, injeção

intralesional de corticosteróides como a triancinolona, e o uso sistêmico do interferon alfa (NOGUEIRA, R. L. M.; FARIA, M. H. G.; OSTERNE, R. L. V.; CAVALCANTE, R. B.; RIBEIRO, R. A.; RABENHORST, R. H. B. 2012; RACHMIEL, A.; EMODI, O.; SABO, E.; AIZENBUD, D.; PELED, M. 2012). Segundo Sampieri et al (2013), o uso dos métodos conservadores alternativos à abordagem cirúrgica apresentam uma gama de benefícios para o paciente, entre eles o baixo custo, baixa morbidade, preservação de estrutura óssea remanescente, preservação de dentes associados e estruturas nobres.

Baseando-se na similaridade histológica com o tumor marrom provindo do hiperparatireoidismo, estudos apontam que o uso da calcitonina apresenta efeitos positivos no tratamento da LCCG, uma vez que a calcitonina é um hormônio polipeptídico que consiste de 32 aminoácidos, produzido e secretado pelas células C da tireoide. Dessa forma, em casos de lesões maxilo-mandibulares, a calcitonina apresenta determinado potencial de impedir o crescimento por meio dos efeitos mediados pelos seus receptores. (BORGES, et al 2008). Para Tobon-Arroyave et al (2005) e Nogueira (2010) o uso da calcitonina se dá de forma eficaz no tratamento da LCCG, uma vez que, a expressão de receptores para a calcitonina (RCT) encontrado nas células gigantes multinucleadas e nos osteoclastos são considerados marcadores específicos de reabsorção óssea. O uso da calcitonina promove a ligação com os RCT's inibindo diretamente a reabsorção óssea. A administração da calcitonina pode ser estabelecido através do uso de injeções subcutâneas na dosagem normal de 100 UI, ou via spray nasal na dosagem normal de 200 UI, corroborando dessa forma com o tratamento inicialmente escolhido para o caso descrito (BORGES et al 2008).

Já Pondel (2000) e Martins (2015), relatam que o uso prolongado da calcitonina é uma causa significativa na queda da expressão das RCT's devido ao "Efeito de Fuga", levando assim a uma ineficácia do uso da calcitonina na inibição da atuação osteoclástica. Fernández-Cooke et al (2015), relata em seu estudo um caso no qual a administração da calcitonina no tratamento da LCCG não demonstrou efetividade, observando-se ainda uma progressão no crescimento da lesão e assimilando-se dessa forma com o caso aqui relatado.

Segundo Nogueira (2010), as injeções de corticóide intralesional têm demonstrado resultados satisfatórios através da diminuição ou até resolução dos casos de LCCG, sob o uso de um tratamento simples e econômico, que pode evitar a abordagem cirúrgica. Tobo'n-Arroyave et al (2005) e Moura et al (2018) apontam

em seus estudos que o mecanismo de ação dos corticosteróides se dá através da diminuição da secreção das proteases lisossômicas que mediam a reabsorção óssea criando um meio extracelular ácido, e promovendo ainda a apoptose de células osteoclásticas.

O protocolo de Terry e Jacoway foi a primeira corticoterapia descrita na literatura para o tratamento das LCCG, e consiste na administração de injeções intralesionais de Acetonida de Triancinolona (Kenalog® 10mg/ml) associado ao uso de anestésico local (Marcaína® 0,5ml com epinefrina 1:200.000) em uma proporção de 1:1, no qual a dose sugerida corresponde a 1ml/cm³ de radiolucidez. As injeções são realizadas em sítios distintos da lesão, em um intervalo de uma vez por semana, por no mínimo seis semanas (NOGUEIRA 2010; SAMPIERI et al 2013). O protocolo adotado para o tratamento da LCCG aqui apresentado assemelha-se ao descrito por Terry e Jacoway, e demonstrou significativa eficácia em sua resolutividade, promovendo uma considerável calcificação lesional. O tratamento de escolha a base de injeções de corticóide intralesional apresentou grande eficácia no tratamento do presente relato, corroborando dessa forma com os dados literários descritos pelos estudos supracitados.

O índice de sucesso no tratamento conservador sob o uso de corticoterapia intralesional sem a necessidade de abordagem cirúrgica é de 65%, no entanto, as lesões remanescentes requerem curetagem, ou osteoplastia local, visando atingir um contorno ósseo anatômico adequado (MOURA, L. B.; TARQUINIO, S. B. C.; GOMES, A. P. N.; SCHINESTOCK, A. B.; TORRIANI, M. A. 2018). Dessa forma, o presente relato corrobora com o estudo supracitado.

A segurança da posologia do corticoide intralesional utilizada para o tratamento de LCCG foi relatada por Carlos e Sedano (2002), apresenta baixo risco de efeitos colaterais, não comprometendo a função da glândula adrenal, sendo necessário dosagem maior de corticoide para produzir supressão adrenal. O paciente do presente caso, não apresentou efeitos colaterais da utilização de corticoide intralesional.

No caso aqui descrito, o paciente não apresentou uma resposta positiva ao uso da calcitonina, correlacionando-se dessa forma com o “Efeito de Fuga”, no entanto apresentou uma resposta positiva ao uso da hexacetonida de Triancinolona intralesional como previsto na literatura, observou-se a calcificação total da lesão, sendo necessária a realização apenas do recontorno ósseo visando o estabelecimento de um perfil facial mais estético.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) apesar de ser caracterizada como uma condição de natureza benigna, pode apresentar comportamento agressivo e com determinado potencial de recidiva. O diagnóstico correto desse tipo de lesão é indispensável para o correto acompanhamento e escolha de tratamento, que vai desde um método conservador a uma abordagem mais invasiva. O uso de alternativas conservadoras vem sendo cada vez mais citadas na literatura, e apresentam resultados satisfatórios na regressão e calcificação das lesões, otimizando os resultados do tratamento de uma LCCG agressiva, evitando uma cirurgia mutiladora ao paciente e poupando o mesmo de problemas funcionais, estéticos e psicológicos. Portanto o conhecimento e atualização do cirurgião dentista é de grande importância para o correto diagnóstico, planejamento e protocolo de tratamento para lesões dessa natureza.

REFERÊNCIAS

- BORGES, H. et al. Calcitonin: A non-invasive giant cells therapy. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 72, p. 959-963, 2008.
- CARLOS, R.; SEDANO, H. O. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.93, n.2, p.161-166, 2002.
- 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, p. 708-713, 1986.
- DOLANMAZ, D.; ESEN, A.; MIHMANLI, A.; ISIK, K. Management of central giant cell granuloma of the jaws with intralesional steroid injection and review of the literature. **Oral Maxillofac Surg**, Heidelberg, v. 15, p. 530-535, 2015.
- FAVERANI, L. P.; FERREIRA, S.; FERREIRA, G.; COLÉTE, J. Z.; ARANEGA, A.; JUNIOR, I. Central Giant Cell Granuloma in Pediatric Maxilla: Surgical Management. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v. 25, n. 4, p. 344-346, 2014.
- FERNÁNDEZ-COOKE, Elisa et al. Tumor-Induced Rickets in a Child With a Central Giant Cell Granuloma: A Case Report. **Pediatrics**, Illinois v. 135, n. 6, p 1518-1523, 2015.
- GOMES, Carolina et al. TRPV4 and KRAS and FGFR1 gain-of-function mutations drive giant cell lesions of the jaw. **Nature Communications**, v. 9, p. 1-8, 2018.
- GUPTA, S.; NARWAL, A.; KAMBOJ, M.; DEVI, A.; HOODA, A. Giant Cell Granulomas of Jaws: a Clinicopathologic Study. **J Oral Maxillofac Res**, v. 10, n. 2, p. 5, 2019.
- MOURA, L. B.; TARQUINIO, S. B. C.; GOMES, A. P. N.; SCHINESTSCCK, A. B.; TORRIANI, M. A. Modified Approach to Central Giant Cell Lesion. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 42, n. 4, p 292-294, 2018.
- MARTINS, A. F. L. Expressão de osteocalcina e de receptores da calcitonina e glicocorticoide em lesão central de células gigantes do complexo maxilo-mandibular. 2015. 58f. Tese (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Goiás, Goiás.
- NOGUEIRA, R. L. M. Avaliação clínica da corticoterapia intralesional em lesão central de células gigantes dos maxilares – relevância da ex-pressão dos receptores de corticóide e calcitonina, cox-2, p16 e amplificação da ciclina d1. 2010. 58f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- 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. 81-89, 2004.

NOGUEIRA, R. L. M.; FARIA, M. H. G.; OSTERNE, R. L. V.; CAVALCANTE, R. B.; RIBEIRO, R. A.; RABENHORST, R. H. B. Glucocorticoid and calcitonin receptor expression in central giant cell lesions: implications for therapy. **Int J. Oral Maxillofac Surg**, v. 41, p.994-1000, 2012.

PONDEL, M. Calcitonin and calcitonin receptors: bone and beyond. **Int J Exp Pathol.**, v.81, n.6, p.405-422, 2000.

RACHMIEL, A.; EMODI, O.; SABO, E.; AIZENBUD, D.; PELED, M. Combined treatment of aggressive central giant cell granuloma in the lower jaw. **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery**, Haifa, v. 40, p. 292-297, 2012.

ROSA, M. R. P.; SÁ, J. P.; MARTINS, V. B.; OLIVEIRA, M. V. Central giant cells lesion: Report of a conservative management. **European Journal of Dentistry**, Turquia v.12, p. 305-310, 2018

SAMPIERI, M. et al. Central giant cell granuloma: treatment with calcitonin, triamcinolone acetonide, and a cystic finding 3 years and 6 months after the primary treatment. **Oral Maxillofac Surg**, Heidelberg, v. 17, p. 229-234, 2013.

SARODE, G. et al. Cellular cannibalism in giant cells of central giant cell granuloma of jaw bones and giant cell tumors of long bones. **Journal of Investigative and Clinical Dentistry**, Australia, p. 1-7, 2016.

TECCO, S. et al. Bilateral Central Giant Cell Granuloma of the mandibular angle in three females from the same family. **Head & Face Medicine**, v. 14, n. 14, p 1-8, 2018.

TOBÓN-ARROYAVE, S. I. et al. Immunohistochemical expression of RANK, Grα and CTR in central giant cell granuloma of the jaws. **Oral Oncology**, v. 41, p. 480-488, 2005.

URS, A.; YAMING, P.; MALHOTRA, R. An insight into the cannibalistic behavior of giant cells granulomas of the jaws. **J Oral Maxillofac Pathol**, v. 22, n. 3, p. 449, 2018.

ANEXO A – RESULTADO HISTOPATOLÓGICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CURSO DE ODONTOLOGIA
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL
Av. Prof. Moraes Rego, S/N. Cidade Universitária
Tel.: (81) 2126-7510



EXAME Nº: 4508

DATA: 27/04/2015

PACIENTE: [REDACTED]

IDADE:40 GÊNERO: M

PROCEDÊNCIA: HOSPITAL GERAL DE AREIAS

REGISTRO:

REQUISITADO POR: [REDACTED]

MACROSCOPIA:

BIÓPSIA DE LESÃO LOCALIZADA NA REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA. CONSTA DE 03 FRAGMENTOS DE TECIDO MOLE, DE COLORAÇÃO ACASTANHADA, FORMATO IRREGULAR, SUPERFÍCIE IRREGULAR, CONSISTÊNCIA MOLE, MEDINDO 1,9 X 1,0 X 0,2 CM.

MICROSCOPIA:

CÉLULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS ENTREMeadAS POR CÉLULAS MONONUCLEADAS DE ASPECTO OVALADO.