

LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES EM PACIENTE PEDIÁTRICO: Relato de Caso

Lara Rebelo de Almeida¹, Jucimara Souza da Rocha¹, Tayguara Cerqueira Cavalcanti, Jassvan Costa Pacheco², Camila Maria Beder RIBEIRO²

¹Acadêmica do curso de graduação em Odontologia pelo Centro Universitário Cesmac

²Professor do curso de Odontologia do Centro Universitário Cesmac

Endereço correspondência

Lara Rebelo de Almeida
Avenida Pedro Américo, 240, Poço.
57025890, Maceió, Alagoas
lara-rebelo@hotmail.com

Recebido em 25 de Janeiro (2018) | Aceito em 27 de Janeiro (2018)

RESUMO

A Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) é uma patologia intraóssea de caráter osteolítico benigno, incomum, cuja sua natureza é incerta. Entre os casos relatados na literatura, é possível verificar que a lesão tem predileção por se manifestar nas primeiras décadas de vida, em pacientes do sexo feminino, com maior frequência na região anterior da mandíbula. Pode ser definida como lesão agressiva ou não agressiva a partir da associação das suas características clínicas e radiográficas. Relata-se o caso de uma paciente de 7 anos de idade, que procurou o serviço de estomatologia com a queixa principal de dentes moles e aumento de volume na região mentoniana. O presente artigo tem o objetivo de abordar os aspectos clínicos, histopatológicos, radiográficos e possibilidades de tratamento da LCCG agressiva, assim como o diagnóstico diferencial com outras doenças que acometem tecido ósseo, como o Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo.

Palavras-chave: Lesão Central de Células Gigantes. Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo. Mandíbula.

ABSTRACT

The Central Giant Cells Lesion (CGCL) is an uncommon, benign, osteolytic intraosseous pathology whose nature is uncertain. Among the cases reported in the literature, it is possible to verify that the lesion has a predilection for manifesting in the first decades of life, in female patients, more frequently in the mandible anterior region. It can be defined as an aggressive or non-aggressive lesion from the association of its clinical and radiographic characteristics. We report the case of a 7 years old patient who sought the stomatology service with the main complaint of soft teeth and increased volume in the mental region. This article aims to address the clinical, histopathological, radiographic and treatment possibilities of aggressive CGCL, as well as the differential diagnosis with other diseases that affect bone tissue, such as the Brown Tumor of

Hyperparathyroidism.

Keyword: Central Giant Cell Lesion. Hyperparathyroidism Brown Tumor. Mandible.

1. INTRODUÇÃO

A Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) é uma patologia intraóssea de caráter osteolítico benigno, incomum, cuja sua natureza é incerta. É proposto que a lesão pode ter três diferentes origens: desencadeada por um trauma ou processo inflamatório, isto é, advinda de um processo reparador; devido ao seu possível comportamento agressivo e imprevisível, pode ser classificada também como uma neoplasia benigna; ou como uma anomalia de desenvolvimento.[1-3] Há controvérsia a respeito da sua relação com o tumor de células gigantes dos ossos longos, já que alguns autores consideram situações distintas e isoladas e outros consideram como manifestações diferentes de um mesmo processo patológico. [3-5]

Entre os casos relatados na literatura, é possível verificar que a lesão tem predileção por se manifestar nas primeiras décadas de vida, especialmente antes dos 30 anos de idade [1-3,6], em pacientes do sexo feminino [1-4,6] e com maior frequência na região anterior da mandíbula.[1,2,4]

A LCCG pode ser definida como lesão não-agressiva, caracterizada por possuir crescimento lento e assintomático; ou agressiva, em que se manifesta com dor e alterações clínicas, como assimetria facial e envolvimento dentário, devido envolvimento da cortical óssea. [1,2,4,7]

Radiologicamente, a lesão pode ser uni ou multilocular, com margens bem ou mal definidas. Suas características radiográficas se relacionam com o comportamento clínico da lesão. [1,4] Por não ser patognomônico, o diagnóstico diferencial é feito com granulomas ou cistos periapicais quando unilocular e com ameloblastoma ou outras lesões quando multilocular. [1,2,4]

As características histológicas da LCCG podem variar, mas é visto comumente células gigantes multinucleadas, agregadas focalmente ou dispersa em toda lesão, associadas com células mesenquimais ovoides ou fusiformes, macrófagos arredondados e focos hemorrágicos. [1,8]

Os padrões histopatológicos observados no cisto ósseo aneurismático mostram algumas áreas semelhantes ao da Lesão Central de Células Gigantes e, em alguns casos, estão associadas.[4] Devido ao histopatológico do tumor marrom do hiperparatireoidismo ser idêntico a LCCG, se faz necessário maior investigação através de exame sorológico para avaliação de distúrbios metabólicos.[1,3-6] Em crianças, o padrão histológico é semelhante ao do querubismo, porém este deve ser considerado quando há envolvimento ósseo multifocal. [4]

Este trabalho tem o objetivo de relatar o caso de uma paciente do diagnosticada com Lesão Central de Células Gigantes agressiva e revisar a literatura sobre o tema.

2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 7 anos de idade, foi encaminhada ao serviço de Estomatologia, com queixa principal de dentes moles e aumento de volume na região mentoniana. A paciente foi submetida a anamnese e exame físico.



Figura 1: Fotografia extra bucal frontal mostrando aumento de volume em região anterior da mandíbula.

Durante a história da doença atual a responsável pela menor afirmou que não havia histórico de trauma na região e que a lesão evoluiu em 3 meses sem relatos de dor ou febre.



Figura 2: Exame intrabucal exibindo lesão tumoral única na região de rebordo alveolar.

Ao exame extraoral observou-se assimetria facial devido ao aumento volumétrico da região anterior da mandíbula (Figuras 1 e 2) e durante palpação dos linfonodos não houve evidência de linfonodomegalia cervical.

Na radiografia panorâmica foi observada uma área radiolúcida, delimitada, de grande extensão, localizada na região de sínfise e parassínfise, estendendo-se lateralmente do elemento 34 ao elemento 44, unilocular, com acometimento da base da mandíbula, provocando adelgaçamento da cortical óssea. Notou-se ainda o envolvimento das raízes das unidades 73, 32, 31, 41, 42 e 83, reabsorção radicular externa nas unidades 31, 41, 42, 83 e 84, com deslocamento dos germes dentários e abaulamento com adelgaçamento da cortical basal da mandíbula (Figura 3).

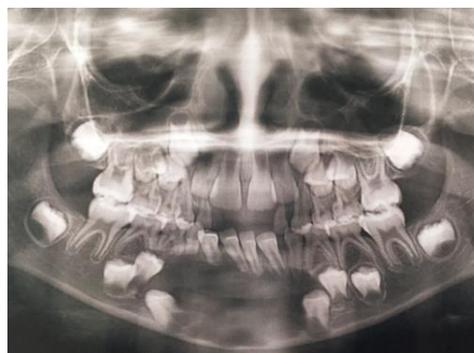


Figura 3: Radiografia panorâmica exibindo uma área

radiolúcida de grande extensão na região de sínfise e parassínfise, com comprometimento dentário.

Realizou-se a punção aspirativa por agulha fina, a qual foi negativa, seguida de uma biópsia incisional da lesão sob anestesia local e o material foi levado para análise anátomo-patológica. O material recebido para exame constava de 01 fragmento de tecido mole com formato e superfície irregulares, coloração enegrecida com áreas acinzentada e amarelada e consistência borrachóide. Por meio da coloração de hematoxilina e eosina os cortes histológicos revelaram fragmentos de lesão benigna com grande quantidade de células gigantes multinucleadas associadas a células mesenquimais fusiformes e ovais (Figuras 4). Trabéculas ósseas com características de normalidade estavam presentes completando quadro microscópico.

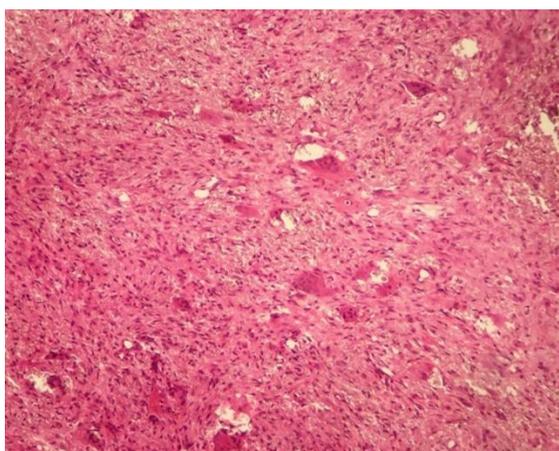


Figura 4: Aspectos histológicos da lesão na coloração em HE e aumento de x100.

Após a análise histopatológica e devido a semelhança das características microscópicas com o Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo, foi solicitado dosagem de paratormônio (valor de referência: 15,5 – 65 pg/mL), fosfatase alcalina (valor de referência: 75 – 390U/L), cálcio (valor de referência: 8,8 – 11,0 mg/dL), cujo os valores encontrados foram, respectivamente, 21pg/mL, 336U/L, 10,13mg/dL, todos dentro do padrão de normalidade.

Dada a confirmação do diagnóstico de Lesão Central de Células Gigantes e sabendo da agressividade da lesão devido ao seu tempo de evolução e os aspectos radiológicos observados, optou-se pela curetagem total vista clinicamente com margem de segurança sob

anestesia geral, com exodontia dos dentes envolvidos, de modo que permaneceu apenas a cortical óssea lingual onde a mesma apresentou algumas fenestrações com contato com tecido mole. O material removido foi encaminhado para análise anátomo-patológica, reforçando o diagnóstico de LCCG. Foi realizada antibioticoterapia por sete dias. (Figuras 5)

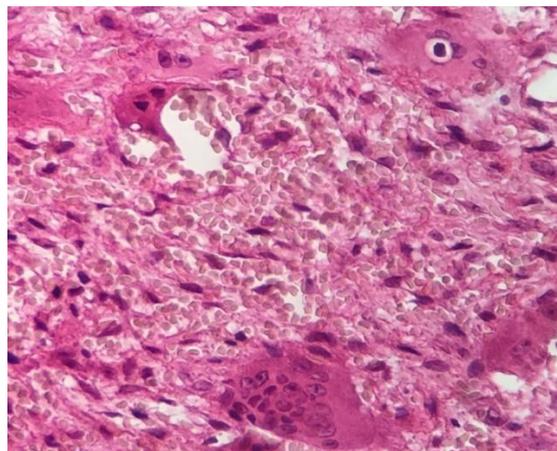


Figura 5: Aspectos histológicos da lesão na coloração em HE e aumento de x400, exibindo células gigantes multinucleadas.

Devido a sua considerável capacidade de recidiva, foi necessário o acompanhamento radiográfico de 3 meses, 6 meses, 9 meses e 1 ano, sem recidivas. A paciente segue em acompanhamento anual.

3. DISCUSSÃO

De acordo com De Corso et al. [9], a LCCG acomete as três primeiras décadas de vida. Dos pacientes diagnosticados com a patologia, 74% têm menos de 30 anos de idade, 61% menos de 21 anos e 16% menos de 10 anos, com predileção pelo gênero feminino. Embora a maioria dos autores convirjam em relação a essa predileção [1-4,6,10], um estudo realizado por BODNER e BAR-ZIV em que foi avaliado um grupo de 6 a 16 anos, mostrou que não há predileção de gênero, com a proporção 1:1.1 A patologia se manifesta preferencialmente na região anterior da mandíbula.[1-4,6,7,10]

No caso apresentado, embora a paciente tenha menos de 10 anos de idade, o que diverge da maioria dos casos, há convergência no gênero e localização.

Ao levar em consideração as características clínicas e radiográficas da LCCG, é possível classificá-la como lesão agressiva ou não agressiva [1,2,4,5]. A lesão agressiva é caracterizada por dor, crescimento rápido, perfuração da cortical e reabsorção radicular. [4]

A lesão relatada apresentou rápida evolução, reabsorção radicular dos elementos dentais, reabsorção óssea que levou ao adelgaçamento da cortical, e assimetria da face. Embora a paciente não tenha relatado dor, as demais características levaram ao diagnóstico de LCCG agressiva. Segundo CORSO et al, a maioria das LCCG são assintomáticas, detectadas através da expansão óssea ou achados radiográficos, assim como o caso clínico apresentado. Na minoria dos casos a lesão se associa com dor, parestesia e perfuração da cortical.

Segundo Neville et al. [4] é comum a todas as LCCG a presença de células gigantes multinucleadas associadas a células mesenquimais, ovoides ou fusiformes e macrófagos arredondados. Porém, por suas características microscópicas serem idênticas ao Tumor Marrom de Hiperparatireoidismo, é necessário investigar a dosagem sérica de cálcio, fosfatase alcalina e paratormônio, que são determinantes na etiopatogenia da doença.

As pessoas que apresentam Tumor Marrom são, com maior frequência, do gênero feminino, entre a 3ª e 6ª década de vida e, quando na região de cabeça em pescoço, com maior acometimento na mandíbula. [11] Assemelha-se com o presente caso clínico a área de maior acometimento.

No caso apresentado por Pinto et al. [8], os exames laboratoriais mostravam níveis elevados de creatinina, ureia, fosfatase alcalina (1831.0 U/L) e paratormônio (1927.0 pg/ml). Além disso, os níveis de cálcio sérico total e iônico estavam diminuídos. No caso clínico apresentado, foi solicitado dosagem de paratormônio (valor de referência: 15,5 – 65 pg/mL), fosfatase alcalina (valor de referência: 75 – 390U/L), cálcio (valor de referência: 8,8 – 11,0 mg/dL), cujo os valores encontrados foram, respectivamente, 21pg/mL, 336U/L, 10,13mg/dL. Devido os padrões de normalidade apresentado nos exames sorológicos, foi descartada a possibilidade de Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo.

O tratamento mais utilizado para a LCCG é a curetagem simples ou remoção cirúrgica com margem de segurança, a depender da gravidade da lesão. [1,5] Algumas terapêuticas mais conservadoras têm sido comentadas na literatura, como o tratamento com injeção

intralesional de corticosteroides. [6] Tolentino et al. [10] optou pela utilização da injeção em seu estudo, porém, a terapêutica não apresentou benefícios já que não houve a regressão do quadro.

O tratamento de escolha para o presente estudo foi a curetagem total com margem de segurança devido à idade da paciente e agressividade da lesão. Após 1 ano do procedimento cirúrgico, a paciente segue sem indícios de recorrência. Mesmo com o sucesso do tratamento, a paciente continua em acompanhamento devido o potencial recidivante da patologia.

4. CONCLUSÃO

A LCCG possui comportamento variável. Por isso, se faz necessário realizar o diagnóstico diferencial com as demais lesões ósseas e descartar, através do exame sorológico, a relação com o Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo. De acordo seu comportamento biológico e características radiográficas, é possível determinar a agressividade da lesão e elaborar um plano de tratamento adequado, o qual pode variar de injeções intralesionais de corticosteroides até remoção cirúrgica. O acompanhamento do paciente é de fundamental importância, pois deve-se ter sempre em mente o potencial recidivante dessa lesão.

REFERÊNCIAS

- [1] Corso PFCL, Nascimento LC, Costa DJ, Rebelatto NLB, Sassi LM, Moraes RS. Tratamento de lesão central de células gigantes recidivante: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2012; 12(3): 73-78.
- [2] Yüzbaşıoğlu E, Alkan A, Özer M, Bayran M. Multidisciplinary approach for the rehabilitation of central giant cells granuloma: a clinical report. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2014; 17(4): 528-533
- [3] Jadu FM, Pharoah MJ, Lee L, Baker GI, Allidina A. Central giant cell granuloma of the mandibular condyle: a case report and review of literature. Dentomaxillofacial Radiology. 2011; 40: 60-64.
- [4] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- [5] Ebrahime H, Yazdani J, Pourshahidi S, Esmaeli F, Zenouz AT, Mehdipour M. Central giant cell granuloma of the posterior maxilla: a case report. JODDD. 2008; 2(2): 71-75.
- [6] Pogrel MA, Regezi JA, Harris ST, Goldring SR. Calcitonin treatment for central giant cell granulomas of the mandible: report of two cases. J Oral Maxillofac. Surg. 1999; 57(7): 848-853.

- [7] Matos FR, Benevenuto TG, Medeiros AMC, Silveira EJD, Freitas RA. Lesão central de células gigantes agressiva: relato de caso e revisão dos aspectos atuais. Rev. Odontol. UNESP. 2009; 38(5): 324-327.
- [8] Pinto MC, Sass SMG, Sampaio CPP, Campos DS. Brown tumor in a patient with hyperparathyroidism secondary to chronic renal failure. Braz J Otorhinolaryngol. 2010; 76(3): 404.
- [9] De Corso E, Politi M, Marchese MR, Pirronti T, Ricci R, Paudetti T. Advanced giant cell reparative granuloma of the mandible: radiological features and surgical treatment. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2006; 26: 168-172.
- [10] Tolentino ES, Rocha JF, Dias-Ribeiro E, Tolentino LS, Iwaki Filho L, Rodrigues FG. Lesão central de células gigantes: relato de caso. Rev Sul-Bras Odontol. 2010; 7(3): 360-365.
- [11] Souza RS, Belini J, Miguel P, Villalba H, Giovani EM, Jam de Melo JA, Tortamano N. Tumor marrom do hiperparatireoidismo dos maxilares. Rev Inst Ciênc Saúde. 2005; 23(3): 227-230.