

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ELIAS ABRAÃO DOS REIS SILVA
JOANA FERREIRA RODRIGUES SANTOS

ENUCLEAÇÃO CIRÚRGICA DE LESÃO CENTRAL DE
CÉLULAS GIGANTES BILATERAL DE MANDÍBULA:
RELATO DE CASO

Aracaju

2022

ELIAS ABRAÃO DOS REIS SILVA
JOANA FERREIRA RODRIGUES SANTOS

ENUCLEAÇÃO CIRÚRGICA DE LESÃO CENTRAL DE
CÉLULAS GIGANTES BILATERAL DE MANDÍBULA:
RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Bacharel
em Odontologia.

PROF DR. PAULO ALMEIDA JÚNIOR

Aracaju
2022

ELIAS ABRAÃO DOS REIS SILVA
JOANA FERREIRA RODRIGUES SANTOS

ENUCLEAÇÃO CIRÚRGICA DE LESÃO CENTRAL DE
CÉLULAS GIGANTES BILATERAL DE MANDÍBULA:
RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação da
Universidade Tiradentes como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Bacharel em Odontologia

Aprovado ____/____/____

Banca Examinadora

Professor Orientador: Prof. Dr. Paulo Almeida Júnior

1º Examinador: Prof. PhD. Ricardo Luiz de Albuquerque Júnior

2º Examinador: Esp. Paulo Nand Kumar.

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, **Paulo Almeida Júnior** orientador(a) do(a) discente **Elias Abraão dos Reis Silva e Joana Ferreira Rodrigues Santos** atesto que o trabalho intitulado: “**Enucleação cirúrgica de lesão central de células gigantes bilateral de mandíbula: Relato de Caso**” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientador(a)

AGRADECIMENTOS

Essa meia década pode ser resumida por uma intensa entrega, abdições, noites em claro, mas de muito aprendizado e alegria. Somos gratos a Deus, pelo dom da vida e por ter escrito planos incríveis, esta formação faz parte dos mesmos, agradecemos também aos nossos pais, sem eles não teríamos como realizar esse sonho, nossa eterna gratidão aos senhores que são os nossos maiores exemplos! Muito obrigado ao nosso Orientador, Prof. Paulo Almeida Júnior, sem a sua dedicação, tempo e orientação não teríamos conseguido concretizar um trabalho com tanta excelência, o senhor é um exemplo de profissional e ser humano para nós! Agradecemos também aos professores Ricardo Albuquerque e Paulo Nand, que compõem a nossa banca, obrigado pelo tempo disponibilizado em um momento tão importante. Por fim, mas não menos importante, agradecemos aos nossos familiares, amigos e pacientes! Finalizamos com uma passagem bíblica que faz jus a este momento: “Entrega o teu caminho ao Senhor, confia nele, e ele o fará.”

Enucleação Cirúrgica de Lesão Central de Células Gigantes bilateral de mandíbula: Relato de Caso.

Elias Abraão dos Reis Silva^a, Joana Ferreira Rodrigues Santos^a, Paulo Almeida Júnior^b.

(^a) Graduando em Odontologia- Universidade Tiradentes; (^b) Professor Titular do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes.

RESUMO

A lesão central de células gigantes se trata de uma patologia intraóssea, benigna e de etiologia questionável. Tendo maior incidência na mandíbula, atinge, preferencialmente, mulheres jovens em idade fértil. Histologicamente, apresenta um estroma com numerosas células gigantes multinucleadas, facilmente confundida com tumor marrom do hiperparatireoidismo. A lesão pode ser classificada em: agressiva, com rápido crescimento, presença de sintomatologia e reabsorção radicular; e não agressiva, mais prevalente, com pouca ou nenhuma sintomatologia e de crescimento lento. O tratamento consiste preferencialmente em remoção cirúrgica, embora o uso de medidas terapêuticas também seja considerado. Este artigo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente de 23 anos, com aumento de volume no terço inferior do lado direito da face, que procurou o serviço da Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno em Itabaiana no interior de Sergipe. Essa paciente, munida do resultado de uma biópsia previamente realizada, foi submetida a remoção cirúrgica da lesão, com curetagem agressiva, com preservação do bloco ósseo. A paciente compareceu as revisões pós-operatórias e após 1 ano e 3 meses encontra-se sem sinais e sintomas de recidiva. Embora benigna, a lesão central de células gigantes tem potencial bastante destrutivo, tornando-se necessária a capacitação do profissional de estar à frente do caso.

PALAVRAS-CHAVE:

Lesão central de células gigantes, cirurgia, mandíbula, odontologia.

ABSTRACT

The central giant cell lesion is about a intraosseous, benign and questionable etiology pathology. With a bigger incidence in the jaw, this pathology, preferably, hits young

women who is in fertile age. From the histological view, this pathology shows a stroma with numerous multinucleated giant cells, what can be easily confounded with a brown tumor of hyperparathyroidism. This lesion can be classified in: aggressive, has a fast growth, with symptomatology and root resorption, and not aggressive, what is more prevalent, with little or no symptoms and has a slow growth. The treatment consists, preferably, in a surgical removal, although the use of therapeutic measures is also considered. This article wants to report the case of a 23 year-old patient with volume increase in the lower third of the right side of the face, who sought the Oral and Maxillofacial Traumatology service at the Dr. Pedro Garcia Moreno Hospital in Itabaiana, Sergipe. This patient brought the result of a previous biopsy, had to be submitted to a surgical lesion removal, with aggressive curettage, with preservation of the bone block. The patient returned to the hospital for the post-operative revisions and, after 1 year and 3 months, she has no symptoms of recurrence. Although benign, the central lesion of giant cells has quite destructive potential, it is necessary to train the professional to be ahead of the case.

KEYWORDS:

Central giant cells lesion, surgery, jaw, odontology.

1. INTRODUÇÃO

A Lesão central de células gigantes é uma lesão osteolítica incomum e benigna. É mais comum a ocorrência na mandíbula em região posterior, nas mulheres com uma relação comparativa de 2:1 e em população jovem. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a mesma como uma lesão intraóssea que possui tecido fibroso com múltiplos focos de hemorragia, agregação de células gigantes multinucleadas e, ocasionalmente, trabeculado ósseo, ela representa 7% de todos os tumores benignos que acometem a mandíbula (PRATA-JÚNIOR *et al*, 2019; ANAND, KV, 2021).

Essa lesão pode ser classificada em agressiva e não agressiva, levando-se em consideração as características clínicas e radiográficas. São utilizados critérios como: crescimento rápido, reabsorção radicular, deslocamento dentário, adelgaçamento ou perfuração das corticais. A forma agressiva deve apresentar pelo menos três deles, além disso, uma lesão maior ou igual a 5 cm ou com recorrência após curetagem (RUEDA, BRENER, BARRIOS, 2019).

Suas características clínicas são a destruição óssea, assimetria facial e deslocamento dos dentes, afetando, principalmente, indivíduos jovens. Os tipos agressivos expandem-se rapidamente, causando abaulamento da tábua óssea, possui sintomatologia dolorosa, sangramento e deslocamento de raízes dentárias (ORZECOWSKI *et al*, 2012).

Os achados imaginológicos dessas lesões podem apresentar-se uniloculadas ou multiloculadas, com margens bem definidas ou irregulares e com graus variáveis de expansões corticais podendo levar a reabsorção de raízes, se pequenas podem ser confundidas com cistos periapicais (CORSO *et al* 2012; MENDONÇA *et al*, 2019).

Histologicamente, a Lesão Central de Células Gigantes possui alta celularidade, fibroblastos fusiformes ou células miofibroblásticas dispostas livremente em tecido fibroso, às vezes fibromixóide, vascularizado com áreas hemorrágicas, depósitos de hemossiderina, macrófagos, linfócitos, granulócitos e, raramente, plasmócitos. Em áreas hemorrágicas, células gigantes semelhantes a osteoclastos são encontradas espalhadas uniformemente ou em pequenos agrupamentos. Além disso, feixes de colágeno estão presentes, muitas vezes acompanhados de formação óssea metaplásica, conferindo à lesão uma aparência lobulada e ovóide ou fusiforme, a mitose é comum. Vale ressaltar que os critérios histológicos por si só não conseguem prever o seu comportamento biológico (RUEDA, BRENER, BARRIOS, 2019; ESCALERA *et al*, 2015; ORZECOWSKI *et al* 2012).

Os diagnósticos diferenciais clínico-radiográficos incluem Lesões Uniloculares, como Cistos Periapicais, e Lesões Multiloculares, como Ameloblastoma, Mixoma Odontogênico, Tumor Odontogênico Ceratocístico e Cisto Ósseo Aneurismático. Os diagnósticos diferenciais histológicos incluem Granuloma de Células Gigantes Periféricas, Tumor Marrom de hiperparatireoidismo, Tumor de Células Gigantes Verdadeiras, Cisto Ósseo Aneurismático e Lesões de Células Gigantes associadas a Síndromes Genéticas como Querubismo, entre outras entidades (ESCALERA *et al* 2015).

Dependendo da extensão, comportamento e características, o manejo varia suas abordagens. A remoção cirúrgica é o tratamento mais comum e pode variar desde a curetagem simples à ressecção em bloco. A curetagem local agressiva é considerada o tratamento de escolha tradicional para esta lesão, a ressecção é realizada para

variantes recorrentes ou mais agressivas, o que leva a grandes defeitos e perda de dentes (MENDONÇA *et al*, 2019).

Tratamentos alternativos com injeções intralesionais de corticosteróides, calcitonina sistêmica, interferon, bisfosfonatos e anticorpos antinucleares têm sido abordados, estes são usados como tratamentos definitivos ou pré-cirúrgicos, visando reduzir a morbidade (MENDONÇA *et al*, 2019; RUEDA, BRENER, BARRIOS, 2019).

O presente trabalho relata o caso de uma paciente jovem com o diagnóstico de Lesão Central de Células Gigantes bilateralmente em mandíbula, cuja lesão apresentava caráter sintomático, a mesma foi submetida a um tratamento cirúrgico. As características clínicas, radiográficas e histológicas assim como o tratamento da lesão serão apresentados e discutidos no mesmo.

2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, com 23 anos, compareceu ao consultório odontológico com um aumento de volume na altura do corpo e ângulo de mandíbula do lado direito com crescimento rápido. A hipótese diagnóstica levantada pelo cirurgião-dentista foi de abscesso. Fora prescrito 15 dias de antibiótico, e após esse período retornou com um aumento de volume ainda maior. Em seguida, o profissional executou sem qualquer exame de imagem a exodontia das unidades 47 e 48, acreditando que estas seriam as causadoras da infecção, caracterizando uma negligência e imprudência deste profissional. Como não houve melhora do quadro, o cirurgião-dentista solicitou radiografia panorâmica e então a encaminhou para um Cirurgião Bucomaxilofacial.

Foi realizada a biópsia incisiva na lesão do lado direito por parte do Cirurgião Bucomaxilofacial na cidade de origem, no exame histológico notou-se uma proliferação de células gigantes do tipo osteoclasto, em meio a estroma fibroso e vascular, áreas focais de hemorragia e neoformação óssea sem atipia, apresentando atividade mitótica inconspícua e ausência de necrose e pleomorfismo celular, favorecendo ao quadro de granuloma de células gigantes central (figura 01).

LAUDO DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

Resumo da história clínica: Lesão removida da região retromolar mandibular direita. A mesma tem crescimento tumoral expansível e osteolítico, com aspecto de multilocos.

Hipótese diagnóstica: Ameloblasma? Ceratocisto odontogênico.

Material: Biópsia de lesão em região retromolar.

MACROSCOPIA

Retromolar mandibula direita :Múltiplos fragmentos irregulares, de consistência elástico-firme, de cor pardacenta, medindo em conjunto 2,4x2,2x0,6 cm.

Representação Total	Grupo Geral	Região Sem identificação	Qtd frag. 10	Qtd blocos 1

CONCLUSÃO

Ex cisão de lesão retromolar direita:

- Proliferação de células gigantes do tipo osteoclasto, em meio a estroma fibroso e vascular, áreas focais de hemorragia e neoformação óssea sem atipia.
- Atividade mitótica inconspícua;
- Ausência de necrose e pleomorfismo celular.

Nota: - Os aspectos morfológicos favorecem o quadro de Granuloma de células gigantes central. Fazer correlação com demais aspectos clínicos e radiológicos pertinentes.

Figura 01. Laudo Histológico de biópsia incisional
Fonte: Arquivo Pessoal

A paciente munida do resultado da biópsia e da radiografia panorâmica, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Regional de Itabaiana Dr. Pedro Garcia Moreno.

Ao exame físico extra-oral observou-se assimetria facial ocasionada por aumento de volume na região de terço inferior da face lado direito, indolor e consistência firme a palpação (Figuras 02 e 03).



Figura 02. Vista frontal
Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 03. Vista axial
Fonte: Arquivo Pessoal

Ao exame físico intraoral pode-se notar apagamento de fundo de vestibulo, aumento de volume em mucosa jugal do lado inferior direito, deslocamento do plano oclusal e ausência das unidades 47 e 48 (figura 03).



Figura 04. Aspecto intraoral.

Fonte: Acervo Pessoal

Diante do diagnóstico e do quadro clínico apresentado, foi solicitado uma Tomografia Computadorizada de feixe cônico com prototipagem, assim como exames laboratoriais, sendo eles: dosagem de Cálcio, Sódio, Fósforo, Paratormônio PTH Intacto e Fosfatase Alcalina para descartar a hipótese diagnóstica de Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo (Tabela 01.).

Exame	Valores de referência	Valores encontrados
Potássio	De 3,5 a 5,1 mEq/L	4,3 mEq/L
Sódio	De 136 a 145 mEq/L	137 mEq/L
Fosfatase Alcalina	De 36 a 110 U/L	97 U/L
Paratormônio PTH Intacto (Molécula Interna)	De 18,5 a 88,0 pg/mL	40,3 pg/MI
Cálcio	De 8,5-10 mg/dL	8,7 mg/DI

Tabela 01. Exames com valores de referência e valores encontrados

A Tomografia Computadorizada, revelou presença de lesão hipodensa estendendo-se da região retromolar a região da U.D 46, promovendo reabsorção na raiz distal da U.D 46, abaulamento e rompimento das corticais ósseas. Notou-se também uma imagem hipodensa na região da U.D 36, com aproximadamente 7mm, promovendo abaulamento e rompimento da cortical óssea vestibular (figuras 05, 06, 07, 08 e 09).



Figura 05. Tomografia Computadorizada Cone Bean. Reconstrução Tridimensional. Corte Sagital
Fonte: Arquivo Pessoal

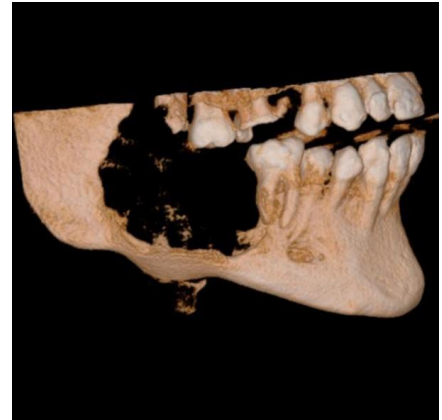


Figura 06. Tomografia Computadorizada Cone Bean. Reconstrução Tridimensional. Visão Lateral direita
Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 07. Tomografia Computadorizada Cone Bean. Reconstrução tridimensional. Visão Lateral Esquerda.
Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 08. Tomografia Computadorizada Cone Bean. Reconstrução Tridimensional. Visão Frontal
Fonte: Arquivo Pessoal

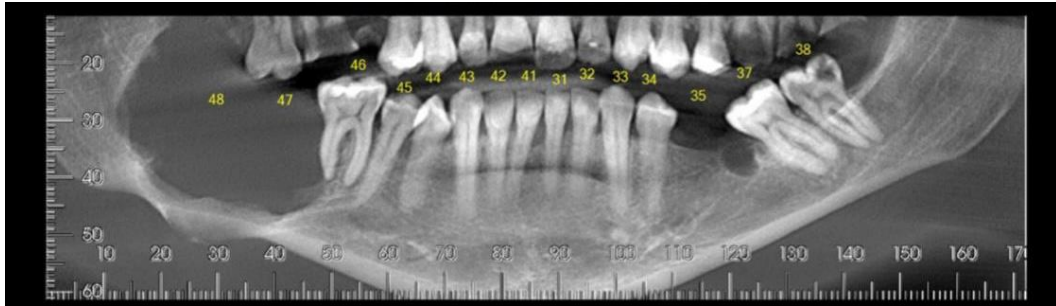


Figura 09.
Visão Panorâmica
Fonte: Arquivo Pessoal

Durante o planejamento cirúrgico, optou-se por não realizar a ressecção em bloco, levando em consideração a idade da paciente, possíveis deformidades faciais e funcionais. Com o auxílio de um protótipo da mandíbula da paciente confeccionado por meio da tomografia computadorizada, após a análise e manuseio do protótipo, foi realizada a adaptação prévia da placa metálica a ser utilizada posteriormente no reforço mecânico da loja cirúrgica em região mandibular direita da paciente, com intuito de prevenir risco de fratura de mandíbula (figura 10 e 11).



Figura 10. Protótipo
Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 11. Protótipo com placa adaptada
Fonte: Arquivo Pessoal

O procedimento foi realizado sob anestesia geral assistida com intubação nasotraqueal. O acesso cirúrgico de Risdon foi executado em região submandibular do lado direito, expondo a lesão no corpo da mandíbula (Figura 12). Outra incisão foi executada de forma intraoral em fundo de vestibulo também do lado direito.



Figura 12.
Exposição da lesão
Fonte: Arquivo Pessoal

O cirurgião optou pela remoção da lesão de forma conservadora, preservando o bloco ósseo remanescente. Com o auxílio de um bisturi elétrico e descolador de Molt a lesão foi desprendida do tecido ósseo. Com o uso de broca cirúrgica e sob forte irrigação de soro fisiológico, o cirurgião executou margem de segurança de cerca de 5 mm (Figura 13).



Figura 13.
Remanescente ósseo após enucleação da lesão e preservação do Nervo Alveolar Inferior
Fonte: Arquivo Pessoal

Com o auxílio do sistema de fixação óssea, foi posicionada e fixada uma placa de 2,3 mm do ramo direito da mandíbula até a região de parassínfise do mesmo lado, dando suporte mecânico e maior segurança ao corpo mandibular (Figuras 14 e 15).

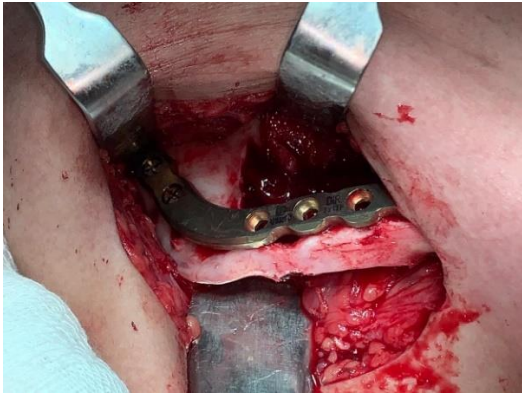


Figura 14. Fixação da placa de reconstrução de 2,3mm na região de ramo da mandíbula

Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 15. Fixação da placa de reconstrução de 2,3mm na região de parassínfise

Fonte: Arquivo Pessoal

Iniciou-se a remoção da lesão, ainda em fase inicial, existente em corpo de mandíbula do lado esquerdo. Com auxílio de um bisturi elétrico e descolador de Molt foi exposto o tecido ósseo, em seguida, com o uso da broca cirúrgica nº 06, a lesão foi exposta e curetada (Figuras 16 e 17). Em seguida realizou-se o fechamento das feridas cirúrgicas com fio poliglactina 910 e nylon 6-0 (Figuras 18, 19 e 20).



Figura 16. Exposição da lesão no lado esquerdo

Fonte: Arquivo Pessoal

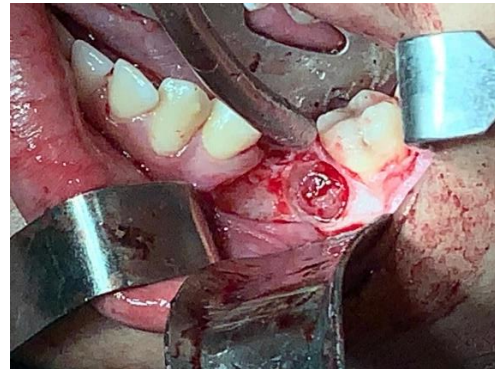


Figura 17. Curetagem da lesão no lado esquerdo

Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 18. Aspecto intra-oral
Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 19. Região Retromolar
Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 20.
Fechamento de ferida cirúrgica
Fonte: Arquivo Pessoal

As peças cirúrgicas removidas, foram enviadas separadamente em 02 recipientes devidamente identificados, com a descrição de coloração acastanhada e consistência ora elástico-firme, ora pétrea, aos cortes foram vistos tecido denso e castanho-esbranquiçado. Diante da análise histológica, observou-se a proliferação fusocelular rica em células gigantes multinucleadas, áreas hemorrágicas e depósitos de hemossiderina imersas em tecido conjuntivo fibrovascular e tecido ósseo normotípico completam o quadro histopatológico compatível com Lesão Central de células gigantes (figuras 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 e 28).

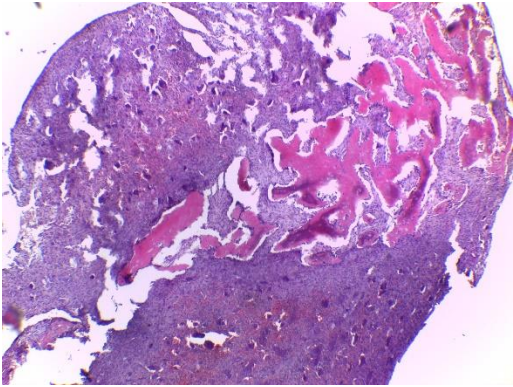


Figura 21. Coloração em HE
Aumento de 40x
Fonte: Arquivo Pessoal

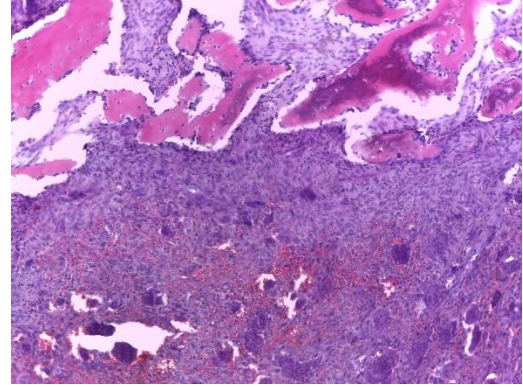


Figura 22. Coloração em HE
Aumento de 100x
Fonte: Arquivo Pessoal

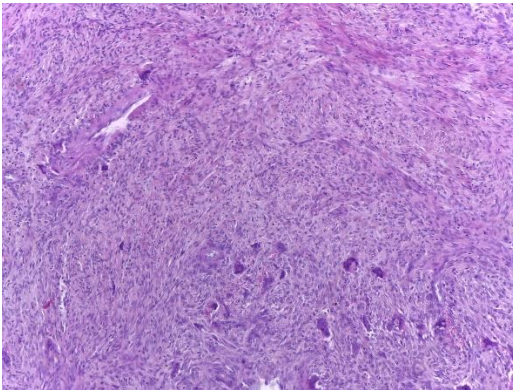


Figura 23. Coloração em HE.
Aumento de 100x
Fonte: Arquivo Pessoal

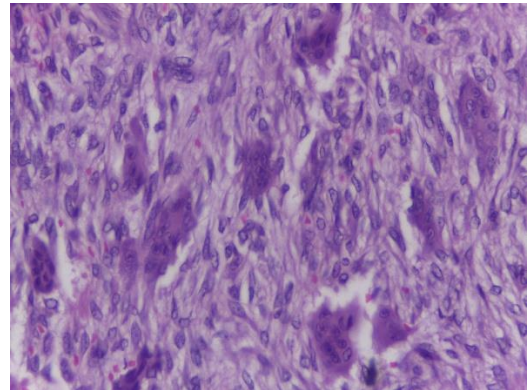


Figura 24. HE Aumento de 400x
Fonte: Arquivo Pessoal

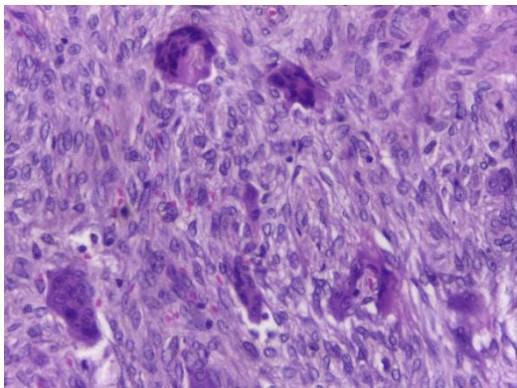


Figura 25. Coloração em HE
Aumento de 400x
Fonte: Arquivo Pessoal

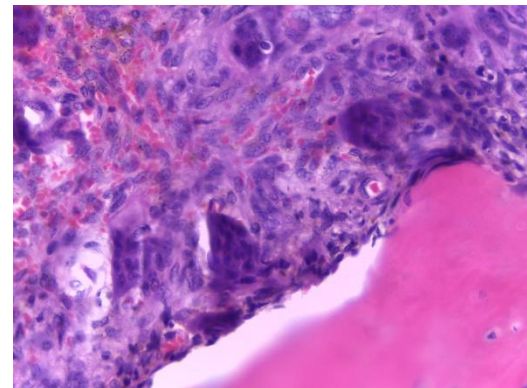


Figura 26. Coloração em HE.
Aumento de 400x
Fonte: Arquivo Pessoal

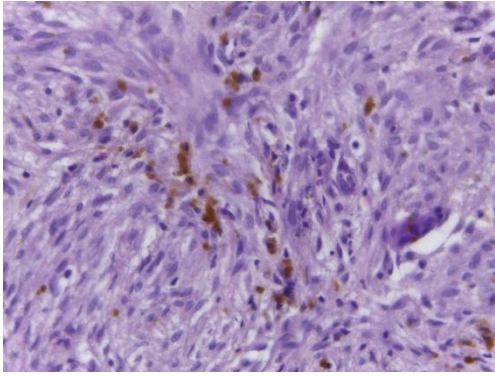


Figura 27. Coloração em HE.
Macrófagos com hemossiderina
Fonte: Arquivo Pessoal

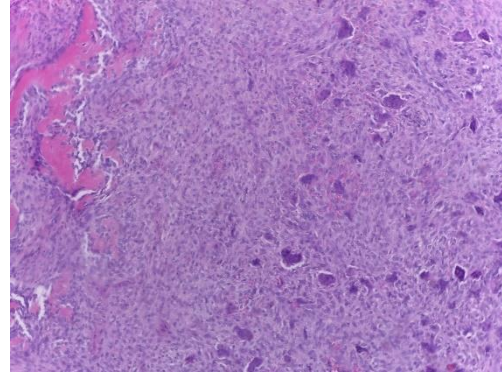


Figura 28. Coloração em HE.
Remodelação óssea
Fonte: Arquivo Pessoal

A paciente compareceu as revisões pós-operatórias de 15 dias (figuras 29, 30, 31 e 32), 1 mês (figuras 33, 34, 35 e 36) e 3 meses (figuras 37, 38, 39, 40 e 41). Não apresentando recidiva ou quaisquer tipos de desconforto, apenas foi relatado parestesia sem perda de função, além de boa estética.



Figura 29. Vista frontal
Fonte: Arquivo Pessoal
15 Dias



Figura 30. Vista lateral
Fonte: Arquivo Pessoal
15 Dias



Figura 31. Vista axial.
Fonte: Arquivo Pessoal
15 Dias



Figura 32. Radiografia Panorâmica
Fonte: Arquivo Pessoal
15 Dias



Figura 33. Vista frontal.
Fonte: Arquivo Pessoal.
01 Mês



Figura 34. Vista axial.
Fonte: Arquivo Pessoal
01 Mês



Figura 35. Vista frontal.
Fonte: Arquivo Pessoal
01 Mês



Figura 36. Vista frontal
Fonte: Arquivo Pessoal
01 Mês



Figura 37. Vista frontal.
Fonte: Arquivo Pessoal
03 Meses



Figura 38. Vista frontal.
Fonte: Arquivo Pessoal
03 Meses



Figura 39. Vista frontal.
Fonte: Arquivo Pessoal
03 Meses



Figura 40. Vista axial.
Fonte: Arquivo Pessoal
03 Meses



Figura 41. Radiografia panorâmica.
Fonte: Arquivo Pessoal
03 Meses

Durante o período de 01 (um) ano e 03 (três) meses a paciente encontra-se morando em outro estado, entretanto, a mesma alega não possuir nenhum tipo de parestesia, realiza todas as expressões faciais sem nenhuma dificuldade, não possui sintomatologia dolorosa ou deformidade facial, além de não apresentar sinais imaginológicos de recidiva (Figuras 42, 43, 44, 45 e 46).



Figura 42. Visão Frontal.
Fonte: Arquivo Pessoal
01 ano e 03 meses



Figura 43. Visão Axial.
Fonte: Arquivo Pessoal
01 ano e 03 meses



Figura 44. Visão Frontal.
Fonte: Arquivo Pessoal
01 ano e 03 meses



Figura 45. Visão Frontal.
Fonte: Arquivo Pessoal
01 ano e 03 meses

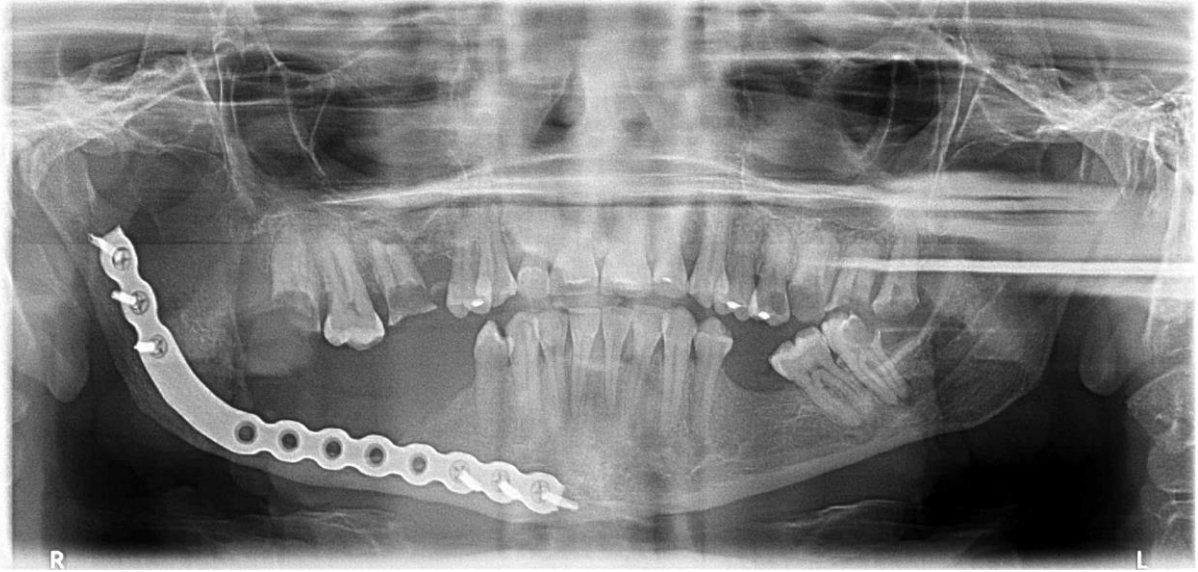


Figura 46. Radiografia panorâmica.

Fonte: Arquivo Pessoal
01 Ano 03 Meses

3. DISCUSSÃO

A Lesão Central de Células Gigantes é caracterizada como uma lesão intraóssea, benigna, rara de etiologia idiopática, observada mais frequentemente em mulheres jovens, na região mandibular de molar e pré-molar, possui incidência de 2:1 na mandíbula quando comparada a maxila. Pode ser classificada como Agressiva e Não Agressiva. O presente caso tem em comum com a literatura a prevalência abordada nos estudos, por ser uma paciente do sexo feminino, jovem e com lesões localizadas em mandíbula conforme os números trazidos, porém, distinguindo-se da maioria dos relatos pois a paciente apresentava uma lesão agressiva, com sintomatologia dolorosa, rompimento de cortical óssea vestibular na região de corpo da mandíbula, abaulamento e reabsorção radicular nas U.D 46 e 36 (ESCALERA *et al*, 2015; CAVALCANTE *et al*, 2018; KRUPP *et al*, 2016).

Chrcanovic, Gomes e Gomez (2018) expuseram que o fator etiológico desta lesão pode ser associado a alguma forma de síndrome hereditária ou doença sistêmica, entretanto, a paciente não apresentou nenhum tipo de síndrome hereditária, trauma e tampouco doença sistêmica. Araújo *et al* (2021), Vasconcelos, Vasconcelos e Queiroz (2013) e Escalera *et al* (2015) colocaram em debate os diagnósticos diferenciais de Querubismo, Síndrome de Noonan e Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo, esta

última fora considerada no caso da paciente. Para descartar tal hipótese foram feitos exames laboratoriais, obtendo resultados em parâmetros normais e descartando a mesma.

Sizaret *et al* (2022) relata um caso de uma Lesão Central de Células Gigantes bilateral, porém, diferente do caso abordado neste trabalho, o caso relatado está associado a Síndrome de Noonan, que causa graves cardiopatias, deformidades faciais, baixa estatura, entre outras complicações.

Na análise imaginológica, a Lesão Central de Células Gigantes pode variar de pequenas lesões apicais uniloculares a grandes radiolucências multiloculares, envolvendo os ossos gnáticos. A Tomografia Computadorizada da paciente abordada no caso, apresentou uma lesão hipodensa em região retromolar, que promovia reabsorção radicular na região de mandíbula no lado direito, já no lado esquerdo, notou-se uma pequena imagem hipodensa na região da U.D 36, que também causava abaulamento, levantando a hipótese de uma Lesão Central de Células Gigantes Bilateral (CAVALCANTE *et al*, 2018; JÚNIOR *et al*, 2019; ESCALERA *et al*, 2015).

A escolha do tratamento para a Lesão Central de Células Gigantes, associa-se ao seu comportamento clínico, podendo envolver abordagem cirúrgicas (ressecção cirúrgica simples, curetagem e até mesmo ressecção em bloco) ou abordagens mais conservadoras, como por exemplo, injeções intralesionais de corticoesteroides, o uso de calcitonina e interferon alfa. Neste caso fora escolhido o tratamento de curetagem e fixação de uma placa de reconstrução de 2,3mm na região de mandíbula no lado direito garantindo reforço mecânico, na lesão encontrada do lado esquerdo foi realizada apenas a curetagem, devido a sua pequena extensão (LANDO *et al*, 2020, CAVALCANTE *et al*, 2018, RAMESH, 2020).

Em suas pesquisas, Consoli *et al* (2018), Corso *et al* (2012) e Melo *et al* (2014), ressaltaram a eficácia do tratamento cirúrgico, desde a curetagem (que foi o tratamento escolhido para a presente paciente) até uma excisão ampla, dependendo da extensão e do comportamento da lesão. A curetagem foi escolhida como tratamento com o intuito de preservar a estrutura óssea da paciente, a fim de não ocasionar uma deformidade facial que pode ser causada com uma ressecção em bloco. O tratamento conservador medicamentoso vem ganhando destaque, pois em alguns estudos como os de Yüzbaşıoğlu *et al* (2022) e Saxena, Sethuram, Mittal

(2014), mostraram uma grande preocupação, especialmente em crianças e adultos jovens, pois a ressecção da lesão pode resultar em um grande defeito ósseo e consequente dano estético aos pacientes, porém, neste caso, o tratamento conservador medicamentoso não seria uma boa escolha, pois a lesão já apresentava um quadro agressivo com um acometimento extenso da região, podendo agravar ainda mais a destruição óssea, se houvesse a postergação do procedimento cirúrgico.

Orzechowski *et al* (2012), Fonseca *et al* (2013), Wang *et al* (2019) e Mendonça *et al* (2019) mostraram a existência de uma gama de substâncias utilizadas no tratamento conservador medicamentoso, tais como os corticoesteróides, o seu uso tem como principal argumento positivo a facilidade de uso e por ser uma alternativa viável à cirurgia, além de um período curto de tratamento, cerca de 6 semanas, a associação do tratamento conservador com o cirúrgico também é evidenciada, mas neste caso a escolha seguiu o padrão-ouro, a cirurgia, pois o tempo que se leva para realizar o tratamento conservador poderia aumentar a destruição óssea caso não surtisse o efeito esperado.

O uso do protótipo foi bastante importante para o procedimento cirúrgico, pois além de auxiliar na visualização das estruturas, otimizou o planejamento cirúrgico e ajudou a realizar a adaptação da placa de reconstrução, conforme foi visto no estudo de Rueda, Brener e Barrios (2019).

Prata-Júnior *et al.* (2019), apontaram a extrema importância da necessidade de preservação clínica e radiográfica pelo tempo de aproximadamente dezoito (18) meses, a paciente encontra-se em um período pós-operatório de quinze (15) meses, não apresentando nenhum sinal clínico ou imaginológico de recidiva, assim como não apresenta parestesia, deformidade facial de grande impacto ou qualquer tipo de dor ou incômodo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que a lesão central de células gigantes é uma patologia oral intraóssea incomum, que embora benigna, é bastante destrutiva, desta forma a capacitação do profissional no diagnóstico e tratamento dessa lesão é indispensável

para uma abordagem eficaz, garantindo um pós operatório com segurança contra recidivas e com menor deformidade facial.

5. REFERÊNCIAS

1. ANAND, S., KV, Arunkumar. An Aggressive Central Giant Cell Granuloma of Mandible in an Older Patient Managed Successfully With Marginal Mandibulectomy and Reconstruction With Submental. **Island Flap. Cureus.** v.13, n.6, p.154-162, 2021.
2. ARAÚJO, N.S.F.C.M.S. CUSTÓDIO, G.P., MAZZON, J.P.P., COSSOLIN, G.S.C., Lesão central de células gigantes em sínfise mandibular de paciente pediátrico: relato de caso. **Research, Society and Developmet**, v. 10, n.2, p.712-721, 2021
3. CAVALCANTE, I.L., BARROS, C.C.S., RODRIGUES, K.A.M., OSTERNE, R.L.V., CAVALCANTE, R.B., NOGUEIRA, R.M., MEDEIRSO, R.C.T. Quantification of bone gain in central Giant cell granuloma of the jaws submitted to intralesional corticotherapy. **J Bras Patol Med Lab.**, v.54, n.3, p.183-188, 2018.
4. CHRCANOVIC, B.R., GOMES, C.C., GOMEZ, R.S., Central giant cell lesion of thw jaws: An updated analysis of 2270 cases reported in the literature. **J Oral Psthol Med.**, v.47, n.8, p.731-739, 2018.
5. CONSOLI, N.R., BERARDI, A.G., PASQUALE, N.V., PESCE, M.A., FRACHESCHI, C.D. Granuloma central de células gigantes. Caso clínico y tratamiento quirúrgico. **Rev Asoc Odontol Argent.**, v.106, n., p.93-97, 2018
6. CORSO, P.F.C.D.L., NASCIMENTO, L.C.D., COSTA, D.J., REBELATTO, N.L.B., SASSI, L.M., MORAES, R.S.D., Tratamento de Lesão Central de Células Gigantes Recidivante: Relato de Caso. **Rev. Cirg. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v.12, n.3, p.73-78, 2012.
7. ESCALERA, J.C.L., PÉREZ, L.A.M., BARRIOS, B.C.A.,D CRUZ, M.E.V., LUGO, J.A., OJEDA, J.L., Lesión central de células gigantes: reporte de um caso y revisión de la literatura. **Revista ADM.**, v.72, n. 1, p.48-53, 2015
8. FONSECA, F.P., RIBEIRO, A.C.P., SILVA, A.R.D.S., VARGAS, P.A., LOPES, M.A., Fine Needle Aspiration Cytology and Intralesional Steroid Injection in a

- Central Giant Cell Granuloma Affecting the Gingiva: A New Clinical Approach. **Brazilian Dental Journal.**, v.24, n.4, p.420-427, 2013
9. PRATA JÚNIOR, A.R.P., FRANÇA, A.B., SILVA, A.G.S., TRENTO, C.L., SOUZA, L.M.D.A, TAKESHITA, W.M. Tumor central de células gigantes em paciente pediátrico: exérese, reabordagem e homeopatia. **Revista Cubana de Estomatología.**, v.56, n.4, e2207, 2019.
 10. KRUPP, S., BRIEND, M.S., COLODRERO, L.E.O.D., VELOSO, C.M., FORTIN, P.L., ROMERO, M. Tumor central de células gigantes em mandíbula: reporte de um caso clínico. **Revista ADM**, v.74, n.3, p.144-150, 2016.
 11. LANDO, L., SILVA, H.M., CARDOSO, L.L., ISAAC, D.L.C., TEIXEIRA, K-I-S.S, AVILA, M. Retinal ischemia following mandible tumor treatment with steroid injection. **Arq Bras Oftalmol.**, v.83, n.6, p.543-546, 2020.
 12. MELO, R.B., SILVA, P.F., GONÇALVES, F.L.N., RODRIGUES, A.L., PONTES, H.A.RE. Tratamento cirúrgico de granuloma central de células gigantes agressivo em maxila com acesso Weber Ferguson: Relato de caso. **Rev. Cirur. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v.14, n.4, p.65-70, 2014.
 13. MENDONÇA, R.P.D., MITRE, G.P., REAL, F.H., KATAOKA, M.S.D.S., JÚNIOR, S.D.M.A., VIANNA, P., JÚNIOR, N.G.D.S., PINHEIRO, J.D.J.V., Central Giant Cell Granuloma Treated with Intralesional Corticosteroid Injections and Bisphosphonates: A Long-Term-Follow-Up Case Study. **Head Neck Pathol.**, v.14, n.2, p.497-502, 2019
 14. ORZECOWSKI, P.R., TAKASHIMA, M., ROMEIRO, R.D.L., SANTANA, J.B., CAMPOS, M.S. Granuloma Central de Células Gigantes: Relato de Caso Clínico. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe**, v.12, n.4, p.61-68, 2012.
 15. RAMESH, V., Central giant cell granuloma- An update. **J. Oral Maxillofac Pathol.**, v.24, n.3, p.413-415, 2020.
 16. RUEDA, C. C., BRENER, I.V., BARRIOS, B.A. Lesión central de células gigantes em mandíbula. Reporte de um caso y revisión de la literatura. **Revista ADM**, v.76, n.1, p.49-54, 2019.
 17. SAXENA, V., SETHURAM, AK., MITTAL, M., Rehabilitation of a Patient with Central Giant Cell Granuloma of Mandible by Iliac Graft, Bone Distraction and Implant Retained Telescopic Prosthesis: a Two Year Follow Up. **J Indian Prosthodont Soc.** n.14, v.1, p.293-298, 2014.

18. SIZARET, D., TALLEGAS, M, D.P.G., Granulome central à cellules géantes des maxillaires bilatéral dans le cadre d'un syndrome de Noonan. **Ann Pathol.** N.42, v.3, p.259-263, 2022.
19. VASCONCELOS, R.G., VASCONCELOS, M.G., QUEIROZ, L.M.G., Peripheral and central giant cell lesions: etiology, origin of giant cells, diagnosis and treatment. **J Bras Patol Med Lab.**, v. 49, n.6, p.446-452, 2013.
20. WANG, Y., LE, A., DEMELLAWY, D.E., SHAGO, M., ODELL, M., OBASEKI, S.J-, An aggressive central giant cell granuloma in a pediatric patient: case report and review of literature. **Journal of Otolaryngology- Head and Neck Surgery.**, v.48, n.1., p.32, 2019.
21. YÜZBAŞIOĞLU, E., ALKAN, AL., ÖZER, M., BAYRAM, M. Multidisciplinary approach for the rehabilitation of central Giant cell granuloma: A clinical report. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v.17, n., p.528-533, 2022.