

LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO SUL DO BRASIL

BERNARDO DA FONSECA ORCINA¹; FERNANDO AGUIAR CORRÊA²; ANA CAROLINA UCHOA VASCONCELOS³; SANDRA BEATRIZ CHAVES TARQUINIO⁴, ANA PAULA NEUTZLING GOMES⁵, ADRIANA ETGES⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – bernardoforcina@outlook.com

²Universidade Federal de Pelotas – faguiarcorrea@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – carolinauv@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – sbtarquinio@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – apngomes@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – aetges@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A lesão central de células gigantes (LCCG) é uma lesão rara, que representa cerca de 10% dos tumores dos ossos gnáticos, e, geralmente, acomete a região anterior da mandíbula, possuindo crescimento lento e assintomático. (CHUONG et al., 1986; DE LANGE et al., 2007; WHO, 2017). Na última atualização da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2022, as LCCG's são definidas como lesão osteolítica localizada, benigna, que por vezes apresenta comportamento agressivo (VERED; WRIGHT, 2022). A etiologia exata da lesão ainda permanece incerta, porém são sugeridas três teorias para sua origem: a) origem reativa; b) anomalia de desenvolvimento e; c) neoplásica (ALSUFYANI et al. 2021).

Usualmente, a LCCG afeta em maior proporção as mulheres em cerca de 60.8% dos casos. Também, a lesão pode se desenvolver em qualquer idade, porém há uma maior prevalência nas três primeiras décadas de vida. O osso mais afetado é a mandíbula em relação à maxila, 69,2% e 30,8% dos casos, respectivamente (CHRCANOVIC et al., 2018; DE LANGE; VAN DE AKKER, 2005). A LCCG pode apresentar um comportamento clínico não-agressivo ou agressivo. Essa distinção, foi descrita por CHUONG et al. (1986). Os critérios para defini-las como não-agressiva são: ausência de dor, crescimento lento, aumento de volume variado e não há reabsorção radicular, nem perfuração de corticais ósseas e de recidivas. Já para classificá-las como agressivas é quando houver dor, reabsorção radicular, perfuração de corticais ósseas e recidivas após tratamento (CHUONG et al. 1986).

Radiograficamente, a LCCG pode variar de uma pequena lesão radiolúcida unilocular, até uma lesão ampla e multilocular. Predominantemente, a lesão se apresenta com aspecto unilocular 61.8%, porém em casos em que a LCCG é multilocular há características de agressividade (CHRCANOVIC et al. 2018; DE LANGE; VAN DEN AKKER, 2005).

Histologicamente, a LCCG caracteriza-se pela presença de células gigantes multinucleadas do tipo osteoclastos, dispostas em um estroma fibroblástico com células fusiformes. Podem ser notadas também áreas proeminentes de extravasamento de hemácias e eventualmente focos de tecido ósseo neoformado (DE LANGE; VAN DEN AKKER, 2005; MARTINI et al. 2018).

Como forma de tratamento dessas lesões, a intervenção cirúrgica é a mais comum, sendo a enucleação e a curetagem as técnicas mais aplicadas. Quando a lesão se apresenta clinicamente de forma agressiva, a ressecção em bloco pode ser utilizada (CHRCANOVIC et al. 2018; VIGANO et al. 2020). Além disso, tratamentos mais conservadores, também, são aplicados, dentre eles as aplicações intralesionais

de corticoides, calcitonina subcutânea ou nasal, interferon subcutâneo, denosumab, bisfosfonatos e imatinib (CAMARINI et al. 2022).

Com isso, o objetivo desta pesquisa foi realizar um levantamento epidemiológico retrospectivo dos casos diagnosticados histopatologicamente como LCCG pelo Centro de Diagnóstico de Doenças da Boca (CDDB) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo com dados secundários do Centro de Doenças da Boca (CDDB) composto pela totalidade dos casos diagnosticados histopatologicamente como LCCG entre os anos de 1953 e 2023. Foram excluídos aqueles casos de pacientes com hiperparatireoidismo, querubismo, Síndrome de Noonan, assim como outras lesões associadas com LCCG.

A coleta de dados foi realizada por um pós-graduando do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas por meio de uma planilha eletrônica desenvolvida no Microsoft Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, WA, EUA). As seguintes variáveis foram coletadas: número do caso, sexo, etnia, idade, sinais clínicos, coloração da lesão, sintomas clínicos, tempo de evolução, localização da lesão, tamanho da lesão, periferia da lesão na imagem, forma da lesão na imagem, estrutura interna na imagem, efeitos em estruturas adjacentes na imagem, diagnóstico clínico, tipo de coleta de material para diagnóstico, lesão associada, tratamento, recidivas, tempo de recidivas e tempo de acompanhamento.

Os dados sociodemográficos, clínicos, imaginológicos e histopatológicos foram avaliados por meio de análise estatística descritiva - através do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, EUA*) ® 17.0 - na qual foram empregadas frequência, média, desvio-padrão e intervalo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total, foram coletados 80 casos de LCCG. Observa-se que houve uma grande falta de dados não reportados (NR) nas fichas de biópsias enviadas juntamente com o material anatomopatológico em todos os tópicos pré-estabelecidos. A tabela 1 contém as características demográficas, clínicas e de tratamento dos casos.

Com relação aos dados imaginológicos, a periferia das LCCG foi reportada, como, 1 caso (9,1%) como bem definida, 2 casos (36,4%) como mal definida e 6 casos (54,5%) NR. Já a visualização interna da lesão na imagem apresentou 4 casos (36,4%) de lesão radiolúcida/hipodensa multilocular, 2 (18,2%) como lesão bem definida/corticais expandidas, 2 de lesão radiolúcida/hipodensa unilocular e 3 NR (27,3%). Na locularidade da estrutura interna da imagem 9 casos NR (81,8%), 1 (9,1%) a imagem era radiolúcida/hipodensa unilocular e 1 (9,1%) radiolúcida/hipodensa multilocular. No tópico efeitos nas estruturas adjacentes na imagem 9 (81,8%) NR, 1 caso (9,1%) que se estende para os dentes vizinhos e 1 caso (9,1%) de reabsorção dentária. Todos os casos que relataram (n=11/100%) como foi o tipo de coleta para diagnóstico histopatológico referiram a biópsia incisiva. Ainda, se a LCCG possuía alguma lesão associada, 10 casos NR (90,9%) e 1 (9,1%) referiu periimplantite. Do total de 20 casos que referiram se houve ou não recidiva, 18 casos (90%) NR, 1 caso (5%) afirmou que não houve e outro (5%) confirmou que houve recidiva em 12 meses após o tratamento proposto. Doze casos preencheram com relação ao tempo de acompanhamento e 11 deles (91,6%) NR e 1 caso (8,3%) informou 24 meses.

Tabela 1. Características demográficas, clínicas e radiográficas dos casos.

Variável	n (%)
Sexo (n=21)	
Feminino	15 (71,4%)
Masculino	6 (28,6%)
Feminino: masculino	2.5:1
Idade (n=21)	
	Média: 36.4 ± 22.2 anos
	Intervalo: 8-74 anos
Etnia (n=21)	
NR	4 (19,1%)
Leucoderma	17 (80,9%)
Sinais clínicos (n=43)	
NR	8 (18,4%)
Lesão nodular	26 (59,8%)
Tumefação	7 (16,1%)
Outros	2 (4,6%)
Coloração da lesão (n=10)	
NR	7 (10%)
<i>Azul</i>	1 (10%)
Semelhante à da mucosa adjacente	2 (20%)
Tempo de evolução (n=21)	
NR	7 (%)
Média	4,6 meses (1-24 meses)
Localização da lesão (n=20)	
NR	1 (5%)
Maxila anterior	2 (10%)
Maxila posterior	1 (5%)
Maxila Anterior/posterior	2 (10%)
Mandíbula anterior	6 (30%)
Mandíbula posterior	5 (25%)
Mandíbula posterior/ângulo/ramo da mandíbula	2 (10%)
Outras	1 (5%)
Tratamento (n=19)	
NR	13 (68,4%)
Cirúrgico	4 (21,1%)
Corticoide	1 (5,3%)
Corticoide + Cirurgia	1 (5,3%)

NR, não reportado

Com relação aos diagnósticos clínicos, houve 20 relatos, sendo que em 8 casos (40%) citaram o ameloblastoma como primeira escolha; a LCCG foi lembrada por 2 casos (10%). Outras hipóteses diagnósticas foram ceratocisto odontogênico, tumor

odontogênico adenomatoide, mixoma, hemangioma e lesão periférica de células gigantes. Em duas recentes revisões sistemáticas (ALSUFYANI et al., 2021; RICHARDSON et al., 2022) observam-se aspectos sociodemográficos, clínicos, radiológicos e de tratamento das LCCG, porém alguns deles divergem dos achados deste estudo. RICHARDSON et al. (2022) relataram dados sociodemográficos e clínicos de 55 pacientes. Neles, 50% eram mulheres, com idade média de 27,5 anos e com maior localização em maxila. Os autores ainda apontam que em 76,9% dos casos o tratamento de escolha foi a ressecção cirúrgica. Ainda, 93,2% desses casos sem recidivas. Da mesma forma, ALSUFYANI et al. (2021), trazem aspectos clínicos e radiográficos de 39 casos de LCCGs, sendo eles a apresentação da lesão como uma tumefação mandibular, assintomática, radiograficamente bem definida, causando expansão cortical, com efeito mínimo nos dentes vizinhos.

4. CONCLUSÕES

Apesar do grande número de NRs, a prevalência dos resultados nos aspectos sociodemográficos, clínicos e imaginológicos dessa amostra vão de encontro as características usuais das LCCGs evidenciadas na literatura, porém, revisões atuais estão mostrando variações da apresentação das LCCGs.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALSUFYANI, N. A., et al., A systematic review of the clinical and radiographic features of hybrid central giant cell granuloma lesions of the jaws. **Acta Odontologica Scandinavica**, Stockholm, v.79, n.2, p. 124-131, 2021.
- CAMARINI, C.; TOLENTINO, S. E. Non-surgical treatment as an alternative for the management of central giant cell granuloma: a systematic review. **Clinical Oral Investigations**, Berlin, v.26, n.2, p.2111-2132, 2022.
- CHUONG, R., et al. Central giant cell lesions of the jaws: a clinicopathologic study. **Journal of oral maxillofacial surgery**, Philadelphia, v.44, p.708-713, 1986.
- CHRCANOVIC, B. R.; GOMES, C. C.; GOMEZ, R. S. Central giant cell lesion of the jaws: An update analysis of 2270 cases reported in the literature. **Journal of oral pathology & medicine**, Copenhagen, v.47, p.731-739, 2018.
- DE LANGE, J.; VAN DEN AKKER, H. P.; VAN DEN BERGE, H. Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontology**, St. Louis, v.104, p.603-615, 2007.
- DE LANGE, J.; VAN DEN AKKER, H. P. Clinical and radiological features of central giant cell lesions of the jaw. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontology**, St. Louis, v.99, n.4, p.464-470, 2005.
- MARTINI, G., et al. Immunohistochemical expression of RANKL in oral giant cell lesions is predictive of aggressiveness. **Brazilian oral research**, São Paulo, 32:e115, 2018.
- RICHARDSON, J., et al. Central giant cell granuloma of the head & neck: A case report and systematic review. **Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery**, Issy les Moulineaux Cedex, v.123, n.4, p.e161-e168, 2022.
- VERED, M.; WRIGHT, J. M. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. **Head and neck pathology**, Secaucus, v.16, n.1, p.63-75, 2022.
- VIGANO, L., et al. Alternative treatments and therapies in central cell granuloma: a narrative review. **International Journal of Pharmaceutical and Phytopharmacological Research**, Kalyan, v.10, n.4, p.13-21, 2020.
- WHO. **World Health Organization Classification of head and neck Tumours**, 4th ed. Lyon, France: IARC Press; 2017.