



## Lesão central de células gigante: apresentação clínica atípica - relato de caso clínico

Larah Gabrielly A.A Da Costa<sup>1</sup>; Geovanna Souza Lima<sup>2</sup>; Guilherme Ribeiro de Queiroz<sup>3</sup>; Gustavo Rocha Vita<sup>4</sup>; Fernanda Pires do Nascimento<sup>5</sup>; Jorge Luiz Vieira Pereira Júnior<sup>6</sup>; Leonardo Araújo Andrade<sup>7</sup>; Cláudio Maranhão Perereira<sup>8</sup>

### Como Citar:

DA COSTA, Larah Gabrielly; LIMA, Geovanna Souza; DE QUEIROZ, Guilherme Ribeiro et al. Lesão central de células gigante: apresentação clínica atípica- relato de caso clínico. Revista Sociedade Científica, vol.7, n. 1, p.3139-3150, 2024.  
<https://doi.org/10.61411/rsc202448317>

DOI: [10.61411/rsc202448317](https://doi.org/10.61411/rsc202448317)

Área do conhecimento: Ciências da Saúde.

Sub-área: Odontologia.

Palavras-chaves: Lesão central de células gigantes, granuloma, células gigantes.

Publicado: 12 de julho de 2024.

### Resumo

A Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) é uma condição intraóssea benigna caracterizada por tecido fibroso com células gigantes multinucleadas, cuja origem ainda é desconhecida, possivelmente relacionada a trauma. Afeta principalmente mulheres jovens, sendo frequentemente encontrada na mandíbula. Clinicamente, pode variar de assintomática a sintomas agressivos, exigindo diferentes abordagens terapêuticas. Relatamos o caso de uma paciente de 21 anos com uma lesão nodular inicialmente confundida com uma lesão cística, posteriormente diagnosticada como LCCG após exames radiográficos e biópsia excisional. O tratamento envolveu curetagem agressiva, seguida de acompanhamento. Destaca-se a importância da avaliação clínica e radiográfica para um diagnóstico preciso e oportuno, bem como a complexidade no manejo dessa condição e a necessidade de acompanhamento a longo prazo para monitorar a eficácia do tratamento.

## 1. Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Lesão Central de Células Gigantes (LCCG), também denominada como Granuloma Central de Células Gigantes ou ainda Tumor Central de Células Gigantes, é definida como uma lesão benigna intraóssea, que consiste em tecido fibroso com focos múltiplos de hemorragia,

<sup>1</sup>Centro Universitário Unigoyazes. Trindade-GO, Brasil ✉

<sup>2</sup>Centro Universitário Unigoyazes. Trindade-GO, Brasil ✉

<sup>3</sup>Pontifícia Universidade Católica, PUC-GO, Brasil ✉

<sup>4</sup>Pontifícia Universidade Católica, PUC-GO, Brasil ✉

<sup>5</sup>Universidade Paulista/GO, Brasil ✉

<sup>6</sup>Centro Universitário Unigoyazes. Trindade-GO, Brasil ✉

<sup>7</sup>Centro Universitário Unigoyazes. Trindade-GO, Brasil ✉

<sup>8</sup>Centro Universitário Unigoyazes. Trindade-GO, Brasil ✉



agregação de células gigantes multinucleadas e, ocasionalmente, trabéculas de tecido ósseo<sup>1</sup>.

Apesar da origem ainda ser desconhecida e haver controvérsias sobre a terminologia e classificação, alguns autores afirmam que essa doença poderia estar relacionada à ocorrência de uma hemorragia intramedular, causada por algum tipo de trauma. Porém, nem sempre é possível obter essa informação de histórico de trauma local<sup>1</sup>. Da maioria dos pacientes acometidos pela LCCG, a maior ocorrência sucede no gênero feminino, com idade inferior a 30 anos<sup>2</sup>.

A localização de maior ocorrência da lesão advém da mandíbula, sendo a região anterior mais prevalente, cruzando a linha média. Com base em seus aspectos radiográficos, a LCCG exibe uma radio transparência uni ou multilocular com margens mal definidas<sup>3</sup>.

As margens da lesão frequentemente não são corticalizadas<sup>4</sup>. Sobre o comportamento clínico da LCCG, temos uma variedade de manifestações que vão desde alterações ósseas mínimas, sem dor e edema, até expansões corticais significativas, rápidas e agressivas, assemelhando-se a tumores, com dor, destruição óssea, reabsorção ou deslocamento radicular e uma alta taxa de recidiva<sup>5</sup>.

A LCCG pode ser classificada em dois tipos de acordo com suas características clínicas e imagiológicas: 1) Lesões não agressivas – caracterizadas por crescimento lento, sem reabsorção das raízes dos dentes adjacentes, sem destruição da cortical óssea e sem tendência de recidiva após remoção cirúrgica; 2) Lesões agressivas – caracterizadas por rápida evolução, reabsorção radicular dos dentes e/ou destruição cortical além de tendência a recorrência após o tratamento<sup>6</sup>.

No diagnóstico diferencial da lesão central de células gigantes podem ser mencionados: o ameloblastoma, cisto ósseo aneurismático, displasia fibrosa, manifestações do hiperparatireoidismo, querubismo, queratocisto odontogênico, mixoma, cisto ósseo traumático, lesões periapicais, cistos periapicais; sendo necessário



realizar exames complementares, como tomografia computadorizada, biópsia incisional e exames bioquímicos dos níveis sanguíneos de cálcio, fosfatase alcalina e fósforo, para descartar ou confirmar os indicadores de hiperparatireoidismo<sup>7</sup>.

Normalmente preconiza-se a curetagem vigorosa como terapia para LCCG, sendo que a ressecção deve ser avaliada para as lesões recorrentes e agressivas. A curetagem pode ser entendida como a abordagem direta da lesão, enquanto a ressecção é considerada a abordagem indireta da lesão através da remoção cirúrgica em bloco, incluindo uma margem de tecido ósseo saudável de 5 mm<sup>8</sup>.

Outras terapias também podem ser utilizadas de forma alternativa e adjuvantes no intuito de minimizar os danos cirúrgicos, entre elas se destacam injeções intralesionais de corticosteroides, alfa-interferon e calcitonina usada sistemicamente<sup>9</sup>.

Este trabalho relata um caso de LCCG na mandíbula de paciente do gênero feminino, com uma lesão nodular exuberante com aspecto imageológico mimetizando lesão cística, além de uma evolução rápida de 10 dias, mas com diagnóstica final de lesão central de células gigantes, ou seja, características clínicas e radiográficas atípicas.

## 2. **Relato de caso clínico**

Paciente do gênero feminino, 21 anos de idade, procurou atendimento odontológico, há cerca de 10 dias, queixando-se de “incomodo no dente”. Segundo o paciente, após 5 dias do início dos sintomas, começou a sentir um aumento de volume na mesma região, entretanto não atrapalhava as funções estomatognáticas (Figura 1).



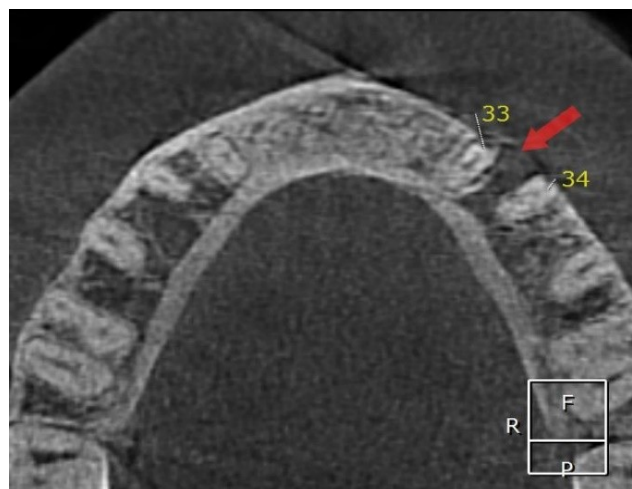
**Figura 1.** Aspecto clínico inicial. Observe nódulo, séssil, em fundo de sulco vestibular em região dos dentes 33 e 34.

Ainda durante a anamneses a paciente negou trauma local recente ou longínquo. Em relação ao histórico buco-dental, a paciente relatou que os dentes envolvidos nunca foram submetidos a tratamentos odontológicos, tampouco sentiu dor local. Sobre a história médica pregressa, histórico familiar e hábitos, nenhuma informação foi relevante ao caso.

Foi possível observar, clinicamente, aumento de volume esférico, recoberto por mucosa ligeiramente eritematosa, séssil, duro à palpação, com cerca de 1,0 X 1,0 X 0,8 cm de diâmetro em região de rebordo alveolar/gengiva marginal vestibular dos dentes 33 e 34 (Figura 1). Em teste de vitalidade pulpar os dentes envolvidos responderam positivamente. Em exame radiográfico periapical, foi possível observar apenas imagens mistas sem limites definidos.

Diante do quadro clínico, optou-se pela realização de exame de tomografia computadorizada cone beam, constatando-se alteração no padrão do trabeculado óssea na região anterior da mandíbula, estendendo-se da região do dente 34 ao 43, caracterizada por hiperdensidade difusa, de limites imprecisos, relacionada ao periápice

destes dentes, sem expansão de corticais circunjacentes. Na região entre os dentes 33 e 34 observa-se imagem hipodensa, ovóide, unilocular, de limites definidos, com solução de continuidade na cortical óssea vestibular, sem sinais tomográficos compatíveis com reabsorção radicular dos referidos dentes (Figuras 2, 3 e 4).



**Figura 2.** Aspecto da TC inicial. Nota-se imagem hipodensa entre o 33 e 34.

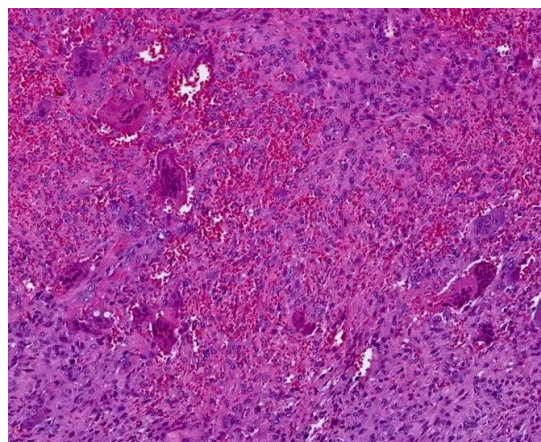


**Figura 3.** Aspecto TC inicial. Corte longitudinal. Evidencia lesão hipodensa circunscrita entre as raízes dos dentes 33 e 34.



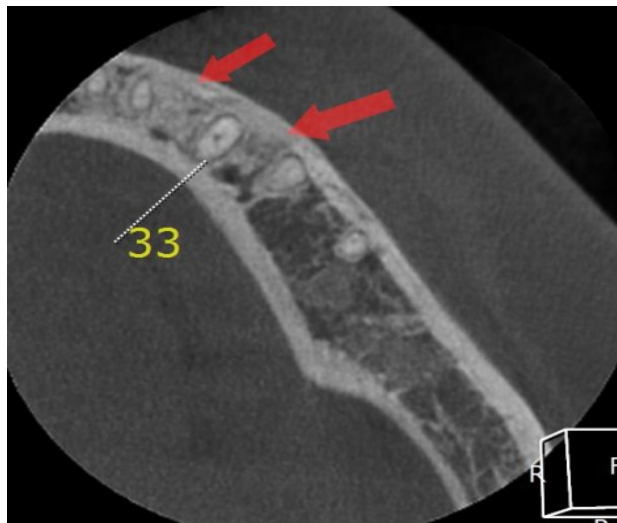
**Figura 4.** Aspecto TC inicial. Reconstrução 3D

Com base nos achados clínicos e imageológicos, postulou-se a hipótese diagnóstica de uma Lesão fibro-óssea benigna. Desta forma, o paciente foi submetido à biópsia excisional da lesão. A peça cirúrgica foi enviada para análise microscópica, ocasião em que verificou-se a proliferação de células mononucleares e células gigantes multinucleadas tipos osteoclasto e tipo corpo estranho, além de presença de hemossiderófagos de permeio e osteoides, chegando ao diagnóstico de Lesão de células gigantes (Figura 5).



**Figura 5.** Análise histopatológica da lesão. Observa-se tecido conjuntivo denso com presença de células gigantes entremeadas por células mononucleares, fusiformes, além de derrame sanguíneo.

Paciente foi orientada quanto ao diagnóstico e foi acompanhada e após 4 meses e após 12 meses da realização da cirurgia foram feitas tomografia computadorizada, onde foi possível observar neoformação óssea.



**Figura 6.** TC após 4 meses da remoção cirúrgica. É possível observar neoformação óssea e aspecto misto na região.



**Figura 7.** TC após 4 meses. Reconstrução em 3D.



Figura 8. TC após 12 meses de cirurgia. Corte longitudinal.

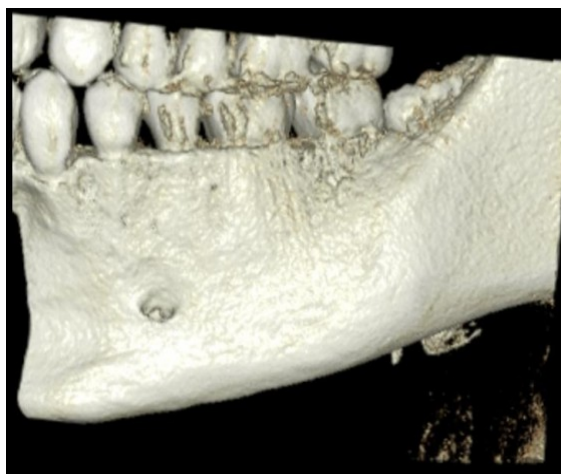


Figura 9. TC após 12 meses. Reconstrução em 3D.

### 3. **Discussão**

O GCCG é uma lesão rara, intraóssea, localmente invasiva e não neoplásica<sup>10, 11</sup>. Uma minoria dos pacientes relata sintomas, tais como inchaço, dor, parestesia, ou perfuração da cortical resultando em ulceração. Sua etiopatogênese não está claramente esclarecida, mas tem sido sugerido que seja resultante de um trauma prévio com hemorragia e posterior reação inflamatória do tipo granulomatosa<sup>12</sup>. O caso em apreço



apresentou-se como um aumento de volume, com sintomatologia de um ‘‘incomodo na região’’, sem trauma local, de aproximadamente 10 dias de evolução.

Para se realizar o diagnóstico da lesão deve-se levar em consideração os achados clínicos e radiográficos. A partir disso, será estabelecido um diagnóstico provisório, que deve ser confirmado ou não, pela análise histopatológica<sup>13</sup>. No tocante ao aspecto do exame radiográfico periapical, observamos apenas uma imagem mista sem limites definidos. Por outro lado, no exame de tomografia computadorizada foi constatada uma alteração no trabeculado óssea região anterior da mandíbula, estendendo-se da região do dente 34 ao 43 caracterizada por hiperdensidade difusa, de limites imprecisos, relacionada ao periápice destes dentes, sem expansão de corticais circunjacentes, características estas diferentes das comumente relatadas na literatura.

Como diversas lesões ósseas, o aspecto radiográfico não é patognomônico e o GCCG pode ser confundido com outras lesões da mandíbula<sup>14, 15</sup>. Baseado nos achados clínicos e de imagem, a hipótese diagnóstica levantada é a de uma lesão fibro-óssea benigna. Assim sendo, a paciente foi submetida à biópsia excisional da lesão, para um diagnóstico preciso. Com o resultado da análise microscopia pudemos confirmar o diagnóstico de Lesão Central de Células Gigantes.

O manejo terapêutico de GCCG é controverso e difere dependendo da agressividade, tamanho e localização. Cirurgia, radiação, injeção intralesionais (calcitonina, esteroides, interferon, inibidores da tirosina quinase) são as principais formas de tratamento descritas na literatura<sup>16</sup>. O tratamento feito para a paciente do caso em questão foi curetagem agressiva e acompanhamento. Após 12 meses da remoção cirúrgica pudemos observar, através de um exame de tomografia computadorizada, a neoformação óssea da região afetada.

#### **4. Considerações finais**

O tratamento da LCCG deve ser fundamentado no comportamento clínico da lesão, sua localização e na idade do paciente. Neste trabalho, foi realizada a curetagem



agressiva. Apesar das múltiplas alternativas terapêuticas disponíveis, a excisão local ainda é a abordagem que oferece as taxas de sucesso mais elevadas, menor incidência de recidivas e menor impacto na qualidade de vida do paciente.

## 5. **Declaração de direitos**

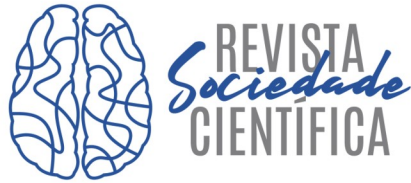
O(s)/A(s) autor(s)/autora(s) declara(m) ser detentores dos direitos autorais da presente obra, que o artigo não foi publicado anteriormente e que não está sendo considerado por outra(o) Revista/Journal. Declara(m) que as imagens e textos publicados são de responsabilidade do(s) autor(s), e não possuem direitos autorais reservados à terceiros. Textos e/ou imagens de terceiros são devidamente citados ou devidamente autorizados com concessão de direitos para publicação quando necessário. Declara(m) respeitar os direitos de terceiros e de Instituições públicas e privadas. Declara(m) não cometer plágio ou auto plágio e não ter considerado/gerado conteúdos falsos e que a obra é original e de responsabilidade dos autores.

## 6. **Referências**

1. Aragão M. S., Pinto L. P., Nonaka C. F. W., Freitas R. A., Souza L. B. Estudo clínico e histo-patológico de lesões centrais de células gigantes e tumores de células gigantes. *Cienc. Odontológica Brasileira*. 9 (2): 75 – 82; 2006.
2. Carlos R, Sedano HO. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 93(2):161-6, 2002.
3. Edwards PC, Fox J, Fantasia JE, Goldberg J, Kelsch RD. Bilateral central giant cell granulomas of the mandible in an 8-year-old girl with Noonan syndrome (Noonan-like/multiple giant cell lesion syndrome). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 99(3):334-40, 2005.
4. Carlos R, Sedano HO. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 93(2):161-6, 2002.
5. Rawashdeh AB. Long-term clinical and radiological outcomes of surgical management of central giant cell granuloma of the maxilla. *J Oral Maxillofac Surg*. 35:60-6, 2006.



6. Edwards PC, Fox J, Fantasia JE, Goldberg J, Kelsch RD. Bilateral central giant cell granulomas of the mandible in an 8-year-old girl with Noonan syndrome (Noonan-like/multiple giant cell lesion syndrome). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 99(3):334-40, 2005.
7. Nadini F., Godoy H., Ferrari L. Tumor central de células gigantes mandibular: reporte de um caso y revisión de la literatura. *RAOA.* 94 (2): 149 – 153, 2006.
8. Lange J, Van den Akker HP, Van den Berg H. Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 104(5):603-15, 2007.
9. Edwards PC, Fox J, Fantasia JE, Goldberg J, Kelsch RD. Bilateral central giant cell granulomas of the mandible in an 8-year-old girl with Noonan syndrome (Noonan-like/multiple giant cell lesion syndrome). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 99(3):334-40, 2005.
10. SHRESTHA, S.; ZHANG, J.; YAN, J. et al. Radiological features of central giant cell granuloma: comparative study of 7 cases and literature review. *Dentomaxillofac Radiol*, v.3, n.2, p. 1-16. 2020.
11. VALENTINE, J. C.; NELSON, B. L. Central Giant Cell Lesion. *Head and Neck Pathology*, 388 f, v.1, n. 1, p. 388-393. 2011.
12. RICHARDSON, J.; STANBOULY, D.; LITMAN, E. Central giant cell granuloma of the head & neck: A case report and systematic review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*, v. 1, n.1, p. 20- 28. 2021.
13. TRIANTAFILLIDOU, K.; VENETIS, G.; KARAKINARIS, G.; et al. Central giant cell granuloma of the aws: a clinical study of 17 cases and review of the literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, v. 120, n. 3, p. 167-174. 2015.
14. SHOLAPURKAR, A.; PAI, K. M.; AHSAN, A. Central giant cell granuloma of the anterior maxilla. *Indian J Dent Res*, v. 19, n. 1, p. 78. 2008.



15. TRIANTAFILLIDOU, K.; VENETIS, G.; KARAKINARIS, G.; et al. Central giant cell granuloma of the jaws: a clinical study of 17 cases and review of the literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, v. 120, n. 3, p. 167-174. 2015.
16. KRUSE-LÖSLER, B.; DIALLO, R.; GAERTNER, C. et al. Central giant cell granuloma of the jaws: a clinical, radiologic, and histopathologic study of 26 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v. 101, n. 3, p. 346-354. 2006.