

LESÕES GIGANTOCELULARES DA MANDÍBULA

* ANTÔNIO DE PÁDUA BERTELLI, TCBC, FACS, FICS

** MARCO TULLIO BARCELLOS DE ASSIS FIGUEIREDO

Desde a introdução em 1910, na literatura médica, por Blodgood (1), do termo tumor gigantocelular, grande controvérsia sobre o assunto persiste até nossos dias.

Stout em 1947 (2) reconheceu a impossibilidade de conceituação pela anatomia patológica das lesões fibrosas e granulomatosas dos maxilares, e Fergue em 1955 (3) classificou os tumores ósseos de células gigantes (ex-sarcomas e mieloplaxis) no grupo das distrofias ósseas, isto é, ao lado das osteites fibrocísticas, e para isso invocou Nové, Jessarand, Taverner, Sabrazes, Jeanneney, Mallassez, Ribert, Masson, Oberling, Roussy, Grinfeld, Albertin, Alexander e Crawford, Ewing e Codman, Moumounguet e Monckeberg. Em 1953, Jaffe (4) realiza a descrição da lesão gigantocelular central da mandíbula, e em 1962, Thoma (5) demonstra a semelhança das lesões gigantocelulares do ponto de vista anatomopatológico, enquanto em 1971, Dahlin, (6) comentava que na verdade os tumores gigantocelulares são tão raramente encontrados nos maxilares que se pode praticamente excluir esta possibilidade, Batsakis, (7) em 1974, afirmava que jamais havia visto uma evidência bem documentada de qualquer lesão gigantocelular central da mandíbula como um verdadeiro tumor. Waldron e Shafer, em 1966 (8) no entanto consideram que o granuloma de reparação gigantocelular central é

semelhante, e provavelmente idêntico ao tumor gigantocelular benigno dos outros ossos.

INTRODUÇÃO:

A distinção de uma lesão gigantocelular central da mandíbula é impraticável tanto pela clínica, como pela radiologia quer pela anatomia patológica.

Atendendo a propósitos didáticos as lesões predominantemente gigantocelulares que ocorrem no osso mandibular podem ser classificadas em:

- A. Tumor gigantocelular
- B. Granulomas reparacionais
 - 1. Periférico
 - 2. Central

A existência do tumor gigantocelular verdadeiro na mandíbula é controvertida e discutível, não havendo correspondência biológica entre a lesão gigantocelular da mandíbula e o tumor gigantocelular dos ossos longos.

Os granulomas reparacionais perifé-

Trabalho do Departamento de Cabeça e Pescoço e do Departamento de Anatomia Patológica da Fundação Antônio Prudente, São Paulo, Brasil.

* Titular do Departamento de Cabeça e Pescoço do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

** Titular do Departamento de Anatomia Patológica do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

ricos causam osteólise secundariamente, enquanto os centrais são os que se prestam realmente à confusão com os tumores. Interessa-nos sobremaneira no presente estudo, os granulomas reparacionais centrais.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS LESÕES GIGANTOCELULARES DA MANDÍBULA:

1. O aspecto clínico varia em relação a situação anatômica da lesão. Na periferia do osso assume aspecto de lesões globosas e carnosas. Na área central do osso assumem aspecto osteolítico, cujas cavidades são preenchidas por tecido carnoso e fibroso.
2. Do ponto de vista anatomopatológico o elemento marcante destas lesões é a célula gigante multinucleada, tipo corpo estranho, isoladas, dispersas ou agrupadas em um estroma de elementos fusiformes ou arredondados. O aspecto anatomopatológico não é patognomônico para nenhum dos tipos de lesões gigantocelulares.
3. A evolução histoquímica de todas as lesões gigantocelulares da mandíbula é semelhante.
4. A evolução biológica das lesões gigantocelulares da mandíbula é de benignidade, ainda que pesem as necessidades de procedimentos cirúrgicos alargados.
5. Com exceção das lesões gigantocelulares provocadas pelo hiperparatireoidismo primário, estão normais, na bioquímica plasmática, as taxas de cálcio, fósforo e fosfatases.
6. Para a correta conceituação dessas lesões devem se somar os achados da clínica, radiologia e anatomopatológico.
7. O estudo radiológico das lesões periféricas mostra pequenas alterações ósseas, enquanto nas lesões centrais há grandes áreas de osteólise.

8. A dificuldade da conceituação radiológica exclusiva das lesões gigantocelulares da mandíbula foi sentida por quase todos os autores que se ocuparam do problema. (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

CLÍNICA:

As lesões gigantocelulares da mandíbula, localizam-se preferencialmente, na sínfise e região premolar da mandíbula. Ocasionalmente abaulamento ósseo, a maior parte das vezes doloroso, distendem o rebordo alveolar e deformam as regiões mandibulares. Estas lesões não vegetam na mucosa gengival parecendo incapazes de rompê-la. Ocorrem principalmente em adultos e adultos jovens entre os 10 e 35 anos de idade, e são muito mais frequentes na mandíbula que no maxilar.

RADIOLOGIA:

A lesão gigantocelular central da mandíbula, oferece imagens radiológicas que podem se prestar à confusão com as dos cistos e tumores odontogênicos. Em alguns casos, refere Barbosa. (15 e 16) oferecem imagens radiolúcidas policísticas que à primeira vista se prestam à confusão com as dos ameloblastomas, porém os septos, aqui são mais delgados, quase imperceptíveis e não apresentam aquelas zonas de esclerose característica dos ameloblastomas. Basicamente, as lesões gigantocelulares oferecem um defeito ósseo radiolúcido, as vezes multilocular. Os septos ou trabéculas oferecem um aspecto bolhoso quando as lesões são de grande tamanho.

ETIOPATOGENIA:

Muitos autores depois de Jaffe (3), consideraram o granuloma reparacional gigantocelular como uma reação de reparação local do osso, possivelmente à uma hemorragia intramedular ou trauma. O fator etiológico da lesão gigantocelular central da mandíbula, está ligado ao próprio osso. A lesão óssea precederia de início o processo de reparação gigantocelular.

Dessa forma, a evolução destes granulomas centrais ocorreria de maneira semelhante aos granulomas reparacionais periféricos, para se tornarem indistintos em seus quadros histopatológicos e histoquímicos.

TRATAMENTO:

O tratamento das lesões gigantocelulares centrais da mandíbula é do domínio exclusivo da cirurgia. A extensão da ressecção deverá ser determinada pelo estudo radiológico da lesão.

EVOLUÇÃO:

Oito casos de lesões gigantocelulares centrais da mandíbula foram tratados por cirurgias radicais no Serviço de Cabeça e Pescoço da Fundação Antonio Prudente, no período de 1953 - 1972, e, em períodos de controle que variam de 3 a 16 anos. Em nenhum dos pacientes houve aparecimento de recidivas ou outras manifestações loco regionais da doença.

LESÕES GIGANTOCELULARES CENTRAIS DA MANDÍBULA

Serviço de Cabeça e Pescoço
Fundação Antonio Prudente
1953 - 1972

IDADE	N.º DE CASOS	SEXO	RAÇA
11 - 20	— 4 casos	Masculino: 2	Branca: 7
21 - 30	— 3 casos	Feminino: 6	Preta: 1
30 - 40	— 1 caso		
Total — 8 casos			

LOCALIZAÇÃO

Mandíbula = 8 casos
Mento: 2 casos
Ramo horizontal: 3 casos
Ramo horizontal e ascendente: 3 casos

RELATO DOS CASOS MAIS SUGESTIVOS DAS LESÕES GIGANTOCELULARES CENTRAIS DA MANDÍBULA

1. REG. 561506 — Hospital A. C. Camargo.

A.L., 17 anos, Fem., Branca,
Admissão: 01/06/1956.

Queixa: Tumor na mandíbula há 3 anos.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: Há cerca de 3 anos principiou a sentir dores nos dentes da hemimandíbula direita. Nesta mesma época sofreu uma queda tendo nesta ocasião chocado o joelho contra a mandíbula, provocando fortes dores, sentindo adormecer a região e tendo sangrado abundantemente pela boca. Após 3 meses começou a notar que os dentes voltavam a doer e imediatamente observou que havia aumento de volume da mandíbula. Procurou dentista que enviou a paciente a médico que realizou biópsia e a enviou ao nosso Serviço.

ANTECEDENTES PESSOAIS: Sem interesse.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sem interesse.

EXAME LOCO REGIONAL: Paciente em bom estado geral, mucosas visíveis coradas, alimentação por sonda nasogástrica.

Volumosa tumoração formando uma saliência globosa sob o mento e o ramo horizontal direito da mandíbula. Possui cerca de 10 cm de diâmetro e se eleva cerca de 5 cm sob os planos adjacentes. A pele que a recobre é normal, deixando ver por transparência algumas veias dilatadas do subcutâneo. Não há sinais inflamatórios. Pela palpação a paciente sente dores na raiz dos dentes desta região. O tumor é de consistência firme, fazendo corpo com o esqueleto e dando, em algumas zonas a sensação de pergaminho. A superfície é irregular e não há limitação nos movimentos de abertura da boca.

OROSCOPIA: A tumoração se projeta no interior da cavidade bucal formando um enorme abaulamento que toma praticamente toda a arcada dentária inferior, com exceção dos últimos molares. Sobreeleva a porção anterior do soalho da boca até cerca de 1,5 cm acima do nível da implantação dos dentes, principalmente do lado direito; em consequência a língua está recalcada para o fundo da cavidade bu-

cal. Esta porção endobucal do tumor se apresenta recoberta por mucosa em grande parte não ulcerada, distendida, congesta e com marcado desenho capilar venoso. Os dentes estão amolecidos e deslocados pela lesão. Nas vizinhanças destes dentes o tumor se mostra ulcerado e recoberto por membrana fibrinosa. O tumor pela palpação é de consistência duro elástica.

DEMAIS REGIÕES EXAMINADAS: Normais.

PESCOÇO: Sem alterações.

DIAGNÓSTICO: Tumor cístico da mandíbula.

A biópsia incisional revela: Tumor gigantocelular.

O estudo radiológico n. 9008 revela na mandíbula: Áreas císticas volumosas de tamanhos diversos localizadas na região anterior e no ramo direito do osso. Aspecto sugestivo de adamantinoma da mandíbula pela existência de vesículas filhas.

Operada em 13.07.1956 — Mandibulectomia subtotal com aplicação imediata de prótese interna.

Exame anatomopatológico n.º 12209 desta peça operatória revela: Os cortes praticados em numerosas áreas do tumor revelam a presença de uma formação tumoral constituída por grande proliferação de tecido fibroso ora frouxo, ora denso, hemorrágico e edematoso e no seio do qual se evidencia grande número de gigantócitos. As células gigantes ostentam grande número de núcleos (gigantócitos tipo epuliforme). Há áreas do tumor onde se nota a presença de pigmento hemossiderótico esparsos em algumas zonas do tumor. Evidencia-se ainda tecido ósseo septando por vezes o tumor. Completando o quadro histológico vê-se ainda acúmulos de células em fagocitose e com o citoplasma vacuolizado. Os quadros macroscópicos, microscópico e radiológico da peça operatória se completam no diagnóstico de tumor gigantocelular onde não há sinais de transformação maligna. Diagnóstico: Mandíbula: Tumor gigantocelular. Lâminas do caso foram enviadas ao Prof.

Schajowicz, em Buenos Aires, tendo em vista a possibilidade de se tratar também de um granuloma gigantocelular reparativo tipo Jaffe. A impressão do Prof. Schajowicz é de um tumor gigantocelular benígno.

EVOLUÇÃO: A paciente foi examinada pela última vez em 06.04.1963 quando se encontrava assintomática e sem sinais de lesões em atividades.

ETIOPATOGENIA: Muitos autores depois de Jaffe, consideraram o granuloma reparacional gigantocelular como uma reação de reparação local no osso; possivelmente à uma hemorragia intramedular ou trauma. Ao se admitir como fator etiológico a lesão óssea, a evolução destes granulomas ocorreria de maneira semelhante aos granulomas reparacionais periféricos, para se tornarem indistintos em seus quadros histopatológicos e histoquímicos.

TRATAMENTO: Estes granulomas reparacionais devem ser tratados pela cirurgia conservadora, completada ou não pelo uso das irradiações externas. As formas volumosas exigem grandes ressecções.

2. REG. n.º 600924 — Hospital A. C. Camargo.

M. M. O., 30 anos, Feminina, Branca.

Queixa: Inchaço na hemiface direita há 3 anos.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: Refere que há 3 anos após forte dor dentária, surgiu no lado direito da face um pequeno caroço que aumentou de volume desde então. Não tem outras queixas, a não ser que os dentes da gengiva inferior direita ficaram abalados e foram extraídos por dentista.

ANTECEDENTES PESSOAIS: Sem interesse.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sem interesse.

EXAME LOCO REGIONAL: Paciente emagrecida e de mucosas descordadas.

Hemiface direita abaulada e deformada em calota na região mandibular direita, abaulamento esse que está re-

coberto por pele íntegra e mede 8 x 8 cm em seus maiores diâmetros e é de consistência óssea.

OROSCOPIA: Espessamento do rebordo gengival inferior direito com desaparecimento completo e total de saco gengivo jugal inferior D que se nivela ao rebordo.

PESCOÇO: Sem alterações.

DIAGNÓSTICO: Tumor de mandíbula. (Fig. 1)

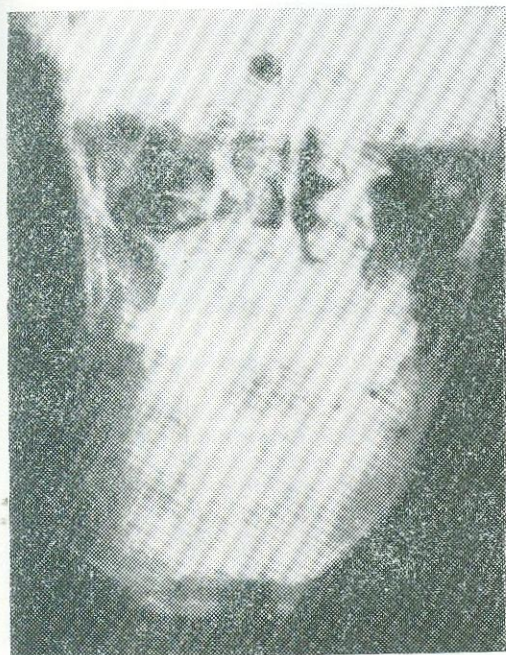


Fig. 1 — Paciente M. M. O. — O aspecto radiológico evidencia no corpo e ramo ascendente da mandíbula volumosa lesão multiocular. Os septos são delicados isolando áreas císticas. A cortical adelgada e insuflada provoca grande abaulamento ósseo.

A biópsia realizada pelo fundo de saco gengivo jugal revela ao exame histopatológico: Tumor gigantocelular.

O estudo radiológico da mandíbula n.º 28925, revela: Volumosa lesão cística que insufla a mandíbula desde as proximidades da sínfise até ao ângulo. As paredes ósseas estão adelgadas e um fino trabeculado ósseo fornece um aspecto policístico. O aspecto radiológico é sugestivo de ameloblastoma.

Operada em 24.08.1960: Hemimandibulectomia direita. (Fig. 2)

O exame anatomopatológico da peça operatória n.º 35071, mostra: Os cortes praticados em 8 diferentes fragmentos da peça revelam tratar-se de uma tumoração conjuntival, ricamente vascularizada, com extensas áreas hemorrágicas. A parte essencial do tu-

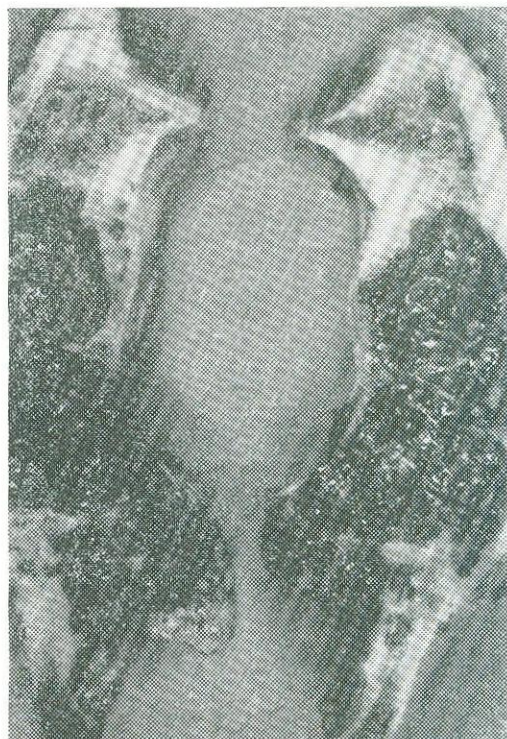


Fig. 2 — Peça operatória da paciente M. M. O.. O corte da hemimandíbula direita mostra a cavidade da lesão osteolítica preenchida por tecido carnoso.

mor é formada por elementos fusiformes, arrançados anarquicamente sem, entretanto, apresentarem qualquer anaplasia. Convém destacar que há grande riqueza em gigantócitos tipo epuliforme que são visíveis em íntima transição a partir dos elementos fusiformes acima descritos.

DIAGNÓSTICO: Mandíbula: Granuloma de reparação gigantocelular.

EVOLUÇÃO: Examinada pela última vez em 01.08.1966 não apresentava si-

nais de lesões em atividade estando assintomática.

3. REG. n.º 612263 — Hospital A. C. Camargo.

A.P., 31 anos, Feminina, Branca.

Queixa: Dor no lado esquerdo da mandíbula há muito tempo.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: Refere a paciente que há muito tempo vem sentindo dores na mandíbula inferior direita, em caráter de pontadas, variando de intensidade, sem relação com a mastigação. Há cerca de 2 anos notou um abaulamento na zona dolorosa.

ANTECEDENTES PESSOAIS: Sem interesse.

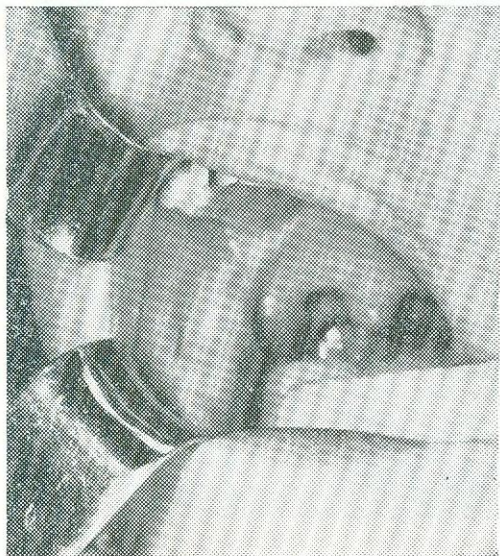


Fig. 3 — Paciente A.P. — Nota-se o detalhe da integridade da mucosa recobrindo a área da lesão.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sem interesse.

EXAME LOCO REGIONAL: Paciente em bom estado geral, mucosas visíveis coradas, pele lisa, úmida e elástica.

Discreto abaulamento da hemiface direita, recoberto por pele íntegra interessando a região do ramo ascendente da mandíbula.

OROSCOPIA: Abaulamento discreto do rebordo gengival inferior direito

desde o último molar até o ressalto do ramo ascendente, recoberto por fibromucosa íntegra. Pela palpação percebe-se áreas císticas em relação ao abaulamento. (Fig. 3)

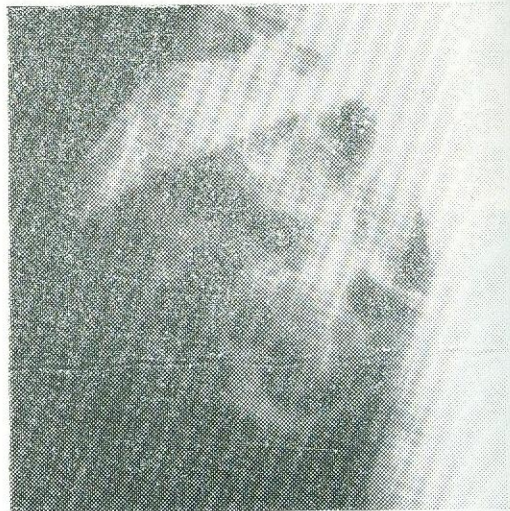


Fig. 4 — No aspecto radiológico uma extensa lesão osteolítica toma o ramo horizontal e ascendente da mandíbula à direita. As trabéculas ósseas dão à lesão um aspecto multilocular, que conferirá ao conjunto, o muitas vezes invocado "aspecto em bolha de sabão" para caracterizar os tumores gigantocelulares. A cortical está adelgada e as projeções ósseas assumem o aspecto insuflado.

PESCOÇO: Sem alterações.

DIAGNÓSTICO: Tumor cístico de mandíbula.

A biópsia realizada por via endobucal revela: Tumor gigantocelular.

O estudo radiológico da mandíbula revela: Lesões císticas multiloculadas interessando desde a região dos molares até o ramo ascendente direito da mandíbula. (Fig. 4)

Operada em 15.09.1961: Hemimandibulectomia direita. (Figs. 5 e 6)

O exame anatomopatológico da peça operatória n.º 40790 revela: Os cortes revelam a presença de uma neoplasia mesenquimal ricamente vascularizada, hemorrágica, com a característica de apresentar grande riqueza de células gigantes. (Fig. 7)

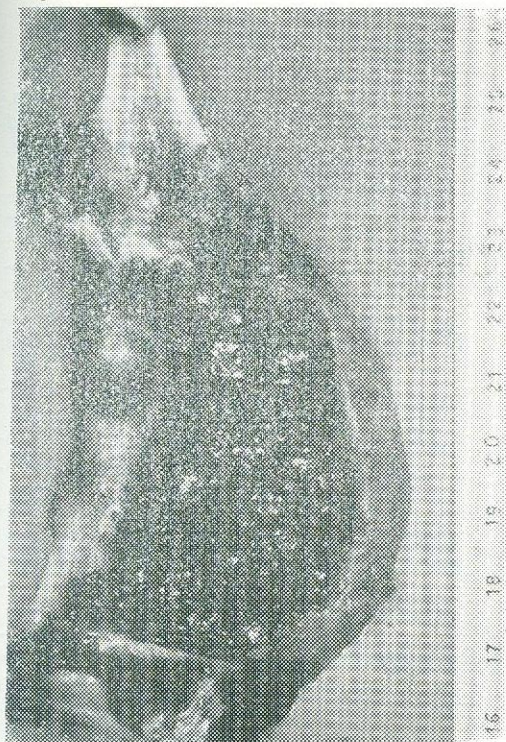


Fig. 5 — A peça operatória (hemimandíbula direita) mostra que as cavidades císticas estão preenchidas por tecido carnososo. Vários septos ósseos nessas cavidades são incompletos.

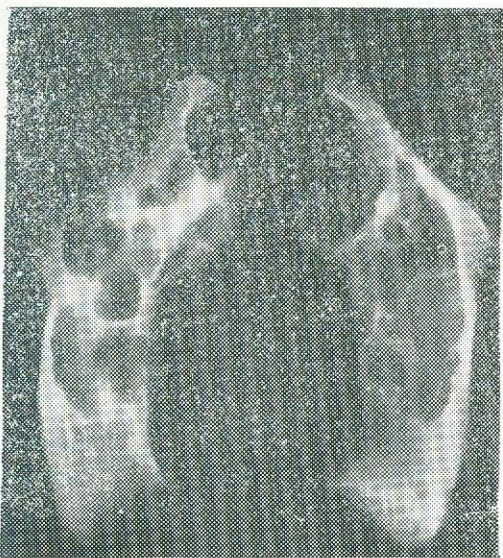


Fig. 6 — A radiografia da peça operatória mostra em detalhes o aspecto das bolhas de sabão, além de definir a extensão da lesão multilocular.



Fig. 7 — Granuloma constituído de arranjo desordenado de fibroblastos, grandes e pequenos mononucleares e células gigantes multinucleadas.

Nota-se que apesar da lesão ser osteolítica apresenta arranjo nodular multicêntrico. As células gigantes são visíveis junto a focos hemorrágicos recentes e antigos. (Fig. 8). A hipótese de um tumor gigantocelular não pode ser afastada, mas o arranjo nodular não afasta a hipótese de granuloma gigantocelular reparativo do osso descrito por Jaffe.

DIAGNÓSTICO: mandíbula: Tumor gigantocelular.

Examinada pela última vez em 22.04.1971, achava-se sem evidência de lesões em atividade, assintomática.

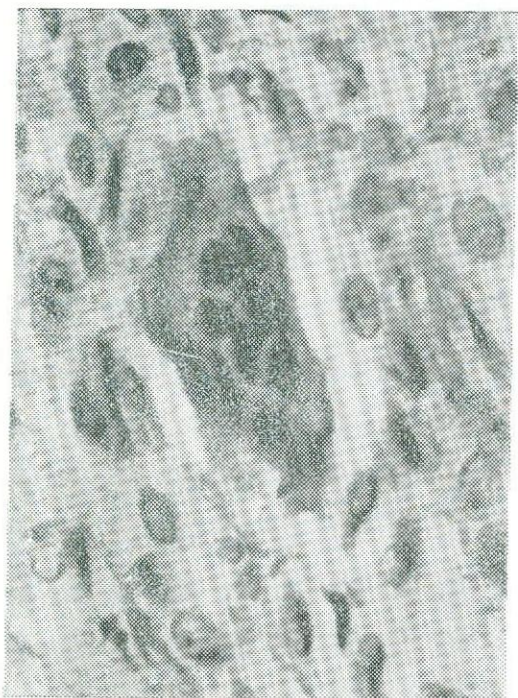


Fig. 8 — Observa-se uma célula gigante multinucleada, com núcleos pequenos de cromatina densa, citoplasma granuloso, células mononucleares de limites imprecisos, citoplasma pálido; núcleos grandes, ovais e vesiculosos.

RESUMO

As dificuldades de conceituação das lesões gigantocelulares centrais da mandíbula como tumores verdadeiros ou processos reparacionais são discutidas pelos autores. Apresentam 8 casos de lesões gigantocelulares centrais da mandíbula, tratadas cirurgicamente, e que em períodos de observação que variaram de 3 a 16 anos não apresentaram recidivas ou metastases.

SUMMARY

The difficulties concerning central giant cell of the mandible, as true neoplasias or reparative process are discussed by the authors. 8 central giant cell lesion of the mandible, are presented. Surgical treatment was applied in whole cases. Under 3 to 16 years of follow up no recurrences or metastases was observed.

BIBLIOGRAFIA

1. BLODGOOD, J. C. — Benign bone cysts, osteitis fibrosas, giant cell sarcoma and bone aneurysm of the long pipe bones. *Ann. Surg.* 52: 145-154, 1910.
2. STOUT, A. P. — Fibrous and granulomatous lesions of the jaws. *New York State Dental J.* 13: 127-136, 1947.
3. JAFFE, H. L. — Giant cell tumor (osteoclastoma of bone). Its pathologic delimitation and the inherent clinical implications, *Ann. R. Coll. Surg.* 13: 343 — 349, 1953.
4. FORGUE, E. — *Patologia Externa* — Espasa — Madrid, 1955.
5. THOMA, K. H. — Cherubism and other intraosseous giant cell lesions. *Oral Surg.* 15: — Supl. 2: 1-4, 1962.
6. DAHLIN, D. C. — *Bone Tumors*. Livingstone — U.S.A.-1971.
7. BATSAKIS, J. G. — *Tumors of the Head and Neck*. The Williams & Wilkin Co. — Baltimore, 1974.
8. WALDRON, C.A. — SHAFER, W.G. — The Central giant cell reparative granuloma of the jaws, an analysis of 38 cases. *Am. J. Clin. Pathol.* 45: 437-446, 1966.
9. PHEMISTER, D.B., GRIMSON, K.S. — Fibrous osteoma of the jaws. *Ann. Surg.* 105: 564-583, 1937.
10. BYARS, L. T., SARNAT, B. C. — Mandibular tumors clinical roentgenographic and histopathologic study. *Surg. Gynec. Obst.* 83: 355-363, 1946.
11. PENNETA, G. — I tumori a mieloplasi del maxillare superiore. *Boll. mal. orecchio*, 75: 331-342, 1957.
12. WOLGAMOT, J. R. — Fibrous Dysplasia of the mandible and maxillary. *Am. J. Path.* 24: 685-686, 1948.
13. LATTES, A., BATAILLE, R. — Étude radiologique — Tumeurs benignes des maxillaires — *Presse Med.* 50: 258-284, 1952.
14. LEWIN, M. L. — Fibrous dysplasia of the mandible — *Amer. J. Surg.* 90: 951-963, 1955.
15. BARBOSA, J. F. — Tumores da mandíbula e do processo alveolar do maxilar superior. *Rev. Med. Cir. São Paulo*, XVII, n.º 5 e 6, 1957.
16. BARBOSA, J. F. — Câncer da boca — *Prociex* — São Paulo, 1962.
17. CARAVAGLIA, G., GUZZON, A. — Contributo allo studio radiologico delle neoplasie mandibolari. *Tumori* 48: 81-97, 1962.

Separatas podem ser solicitadas ao Centro Médico de Cabeça e Pescoço. Rua Dr. Diogo de Faria, 171 — São Paulo — Brasil.