



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA

MARIA GABRIELA FRUTUOSO SOUSA

**O USO DE CORTICOIDE INTRALESIONAL EM LESÃO CENTRAL DE
CÉLULAS GIGANTES: RELATO DE CASO**

FORTALEZA

2025

MARIA GABRIELA FRUTUOSO SOUSA

O USO DE CORTICOIDE INTRALESIONAL EM LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS
GIGANTES: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de odontologia
do Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Dr.Luiz André Brizeno
Cavalcante

FORTALEZA
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus

Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Su

Sousa, Maria Gabriela Frutuoso.

O uso de corticoide intralesional em lesão central de células gigantes: : Relato de caso / Maria Gabriela Frutuoso Sousa. - 2025.
39 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Luiz André Cavalcante Brizeno .

1. granuloma central de célula gigante. 2. corticoide. 3. injeção
intralesional. I. Título.

CDD 617.6

MARIA GABRIELA FRUTUOSO SOUSA

O USO DE CORTICOIDE INTRALESIONAL EM LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS
GIGANTES: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de odontologia do
Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Luiz André
Cavalcante Brizeno

Aprovado em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz André Cavalcante Brizeno
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Ma. Ana Mirian Da Silva Cavalcante
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Edson Luiz Cetira Filho
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Aos meus amados pais, Cleonice e José,
ao meu irmão, Diego, e à minha
madrinha, Karla. Este sonho não é só
meu. Minha eterna gratidão. Com amor
e carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por Sua infinita misericórdia, bondade e cuidado dedicados a mim durante estes cinco anos.

À minha mãe, Cleonice, que me permitiu voar desde muito cedo, que me apoiou e vivenciou comigo este processo por vezes doloroso. Mesmo distante, esteve perto em oração, intercedendo pela minha vida e pelo meu sucesso.

Ao meu pai, José, que cuidou, zelou e que acreditou em mim, oferecendo o seu melhor para que eu pudesse alcançar este momento. Obrigada, meu pai.

Ao meu irmão, Diego, que me apoiou e me acolheu em sua casa com sua família. Obrigada por ter acreditado nos meus sonhos.

À Karla, minha tia e madrinha, que considero minha segunda mãe. Amiga, irmã e aquela que desde cedo me impulsionou a sonhar. Obrigada.

Ao meu amigo Artêmio, irmão de coração, que cresce junto comigo e acredita em dias melhores. Juntos, somos gigantes.

A meu tio Neto que me ajudou durante esses cinco anos de graduação mesmo distante

As minhas amigas de, Talia, Talita e Tais texeira. Que cresceram comigo e viveram este momento, e estendo aos meus amigos Monaliza Maciel, Patricia e Gustavo, obrigada pelas risadas e companheirismo.

Ao meu amigo Yuri Lima, deixo minha gratidão e a certeza de ter encontrado um amigo dentro da faculdade. E à nossa querida Maria Eduarda, carinhosamente Madu, uma amiga paciente que chegou à minha vida para abrillantá-la com sua calma e alegria.

À minha dupla, Anne Yasmim, que viveu comigo estes últimos semestres, compartilhando boas risadas e quase nenhum desentendimento. Aquilo que parecia não funcionar, funcionou e muito bem. Obrigada pela parceria, amizade e confiança, construída desde cedo.

Às minhas queridas amigas, Ana Glória, Jamille e Yasmim, que trilham este caminho comigo, tornando tudo mais leve e dinâmico. E, claro, ouvimos sem julgar.

Ao meu querido e paciente orientador, André Brizeno, deixo o meu muito obrigada e a minha eterna gratidão pelo apoio e pela ajuda gigantesca na produção desta monografia.

E à minha banca avaliadora, Professora Ana Mirian e Professor Edson. Obrigada pelo aceite em abrillantar ainda mais meu trabalho com seus valiosos conhecimentos.

A todos os funcionários da limpeza e tias da biblioteca, obrigada pelo carinho e paciência.

¹⁶ Porque nele foram criadas todas as coisas que há nos céus e na terra, visíveis e invisíveis, sejam tronos, sejam dominações, sejam principados, sejam potestades. Tudo foi criado por ele e para ele.

Colossenses 1:16

RESUMO

A Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) é uma patologia incomum, representando menos de 7% das lesões benignas dos maxilares, com etiologia incerta possivelmente associada a traumas. Epidemiologicamente, acomete preferencialmente a mandíbula (proporção 2:1), o sexo feminino e pacientes jovens (menores de 30 anos). Clinicamente, divide-se em formas agressivas e não agressivas. Não agressivas que constituem a maioria dos casos. Estas apresentam poucos ou nenhum sintoma, crescimento lento e, em geral, não provocam perfuração da cortical nem reabsorção radicular. O objetivo do presente trabalho é relatar uso de corticoide intralesional em um paciente atendido na clínica escola de odontologia da unichristus com diagnóstico de lesão central de células gigantes (LCCG). Paciente J.O.M.C., 45 anos, sexo masculino, natural de Fortaleza, apresentou lesão na região posterior da mandíbula direita, relatando apenas um “inchaço” próximo ao dente 47. Clinicamente, observou-se abaulamento quando realizado à palpação. O diagnóstico estabelecido foi de Tumor Central de Células Gigantes, tendo como diagnósticos diferenciais o Granuloma Reparativo de Células Gigantes e o Tumor Marrom. Para excluir o diagnóstico diferencial de tumor marrom, foram solicitados exames de fosfatase alcalina, fósforo, paratormônio e cálcio, cujos valores (53 U/L, 2,5 pg/mL, 12–88 pg/mL, 9,6 pg/mL) estavam dentro da normalidade, descartando hiperparatireoidismo e confirmando o diagnóstico de lesão central de células gigantes (LCCG). O tratamento inicial escolhido foi a aplicação de corticoide intralesional, devido ao grande tamanho da lesão e ao risco de fratura mandibular caso a cirurgia fosse realizada inicialmente. Em 04/03/2024, foi feita a primeira aplicação de triancinolona acetonida (20 mg/mL) associada a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, na proporção 1:1, distribuída por toda a área da lesão estimada em 5 cm, seguindo o protocolo de 2 mL de solução por cm³. Conclui-se que o uso de corticoides intralesionais foi uma opção eficaz e conservadora, reduzindo a lesão e estimulando a neoformação óssea, além de diminuir o risco cirúrgico. Contudo, destaca-se a necessidade de novos estudos para padronizar protocolos e confirmar a segurança e previsibilidade dessa terapia a longo prazo.

Palavras-chave: granuloma central de célula de gigante; corticoide; injeção intralesional.

ABSTRACT

The Central Giant Cell Lesion (CGCL) is an uncommon pathology, accounting for less than 7% of benign jaw lesions, with an uncertain etiology possibly associated with trauma. Epidemiologically, it more frequently affects the mandible (2:1 ratio), females, and young patients (under 30 years old). Clinically, it is classified into aggressive and non-aggressive forms. The non-aggressive type represents the majority of cases, presenting few or no symptoms, slow growth, and generally no cortical perforation or root resorption. The aim of this report is to describe the use of intralesional corticosteroid therapy in a patient treated at the Unichristus School of Dentistry clinic with a diagnosis of Central Giant Cell Lesion (CGCL). The patient, J.O.M.C., 45 years old, male, from Fortaleza, presented a lesion in the posterior region of the right mandible, reporting only a “swelling” near tooth 47. Clinically, a bulging area was observed on palpation. The established diagnosis was Central Giant Cell Tumor, with the differential diagnoses of Giant Cell Reparative Granuloma and Brown Tumor. To rule out the differential diagnosis of Brown Tumor, laboratory tests for alkaline phosphatase, phosphorus, parathyroid hormone, and calcium were requested. The values obtained (53 U/L, 2.5 pg/mL, 12–88 pg/mL, 9.6 pg/mL) were within normal limits, excluding hyperparathyroidism and confirming the diagnosis of Central Giant Cell Lesion (CGCL). The initial treatment chosen was intralesional corticosteroid therapy due to the large size of the lesion and the risk of mandibular fracture if surgery were performed first. On 03/04/2024, the first application of triamcinolone acetonide (20 mg/mL) combined with 2% lidocaine and epinephrine 1:100,000 (1:1 ratio) was performed, distributed throughout the lesion estimated at 5 cm, following the protocol of 2 mL of solution per cm^3 . It is concluded that intralesional corticosteroid therapy proved to be an effective and conservative option, reducing the lesion and stimulating bone neoformation, while also lowering the surgical risk. However, further studies are needed to standardize protocols and confirm the long-term safety and predictability of this therapeutic approach.

Keyword: Central giant cell granuloma; Corticosteroid; Intralesional injection.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Radiografia panorâmica	21
Figura 2 – Tc inicial com medidas 25,2 mm horizontal x 14,8mm vertical	21
Figura 3 – Punção aspirativa	22
Figura 4 – Lâmina histológica	23
Figura 5 –Tc de acompanhamento com medidas 21,2mm horizontal x 12,4mm vertical	24
Figura 6 –Tc de acompanhamento com medidas: 20,8mm horizontal x 11,7mm vertical	24
Figura 7 –Tc de acompanhamento com medidas: 19,1mm horizontal x 10,3mm vertical	25
Figura 8 – Reconstrução 3d.....	26
Figura 9 – Corte sagital	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA	Cálcio
Cm	Centímetros
GCCG	Granuloma central de células gigantes
LCCG	Lesão central de células gigantes
Mm	Milímetros
P	Fósforo
PTH	Paratormônio
TC	Tomografia computadorizada
TCFC	Tomografia computadorizada feixe cônicoo
TCG	Tumor de células gigantes
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICHRISTUS	Centro universitário christus

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVO.....	15
2.1 objetivo geral	
2.2 objetivo específico	
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
4. MATERIAIS E MÉTODOS	20
5. RELATO DE CASO.....	21
6. DISCUSSÃO.....	27
7. CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE	34
ANEXO	37

1. INTRODUÇÃO

A lesão central de células gigantes (LCCG) é um processo patológico incomum, correspondendo a menos de 7% das lesões benignas que acometem maxila e mandíbula com maior ocorrência em mandíbula (Tolentino *et al.*, 2010). Embora sua etiologia permaneça incerta, a literatura indica que o Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG) também assim nomeado, pode estar relacionado a fatores reacionais decorrentes de trauma, caracterizando-se por episódios de hemorragia intraóssea de origem sistêmica. Apresentando maior incidência na mandíbula em comparação à maxila, numa proporção de 2:1. É mais frequentemente observada em crianças e adultos jovens, geralmente com menos de 30 anos de idade, e apresenta predileção pelo sexo feminino. (Almeida., 2021).

As características clínicas estão divididas em duas categorias, agressivas e não agressivas, em lesões consideradas graves são aquelas onde o paciente apresenta crescimento rápido, rompimento da cortical, reabsorção radicular, movimentação dentária e parestesia da região afetada, podendo se estender para o tecido mole subjacente e assim gerando a possibilidade de ulceração da mucosa de revestimento. Contudo é importante enfatizar que lesões agressivas costumam ser menos comuns que as não agressivas que constituem a maioria dos casos. Estas apresentam poucos ou nenhum sintoma, crescimento lento e, em geral, não provocam perfuração da cortical nem reabsorção radicular. (Neville *et al.*, 2025).

Radiograficamente falamos de lesões bem delimitadas, porém não contém bordas para delimitações, são uniloculares que podem ser confundidas com cistos e granulomas periapicais ou multiloculares que tem aspecto similar ao do ameloblastoma. Os achados radiográficos podem variar, sendo de 5mm a uma lesão maior e assim destrutiva de 10 cm. Nos exames de tomografia computadorizada por feixe cônico (TCFC), o osso ao redor da lesão pode apresentar um discreto padrão granular, e as formas multiloculares podem revelar uma combinação de septos finos e espessos. (Neville *et al.*, 2025).

Nas imagens histopatológicas, a LCCG apresenta células gigantes multinucleadas em estroma mononuclear de células ovóides a fusiformes. As células gigantes podem aparecer espalhadas por toda a lesão, ou agregadas em uma pequena parte. Estas vão variar em forma e tamanho, pequenas e irregulares. Consta também uma variação na contagem de núcleos dentro das células, podendo conter apenas 1 núcleo e outras a 20 ou mais núcleos. (Neville *et al.*, 2025).

Dentre o diagnóstico diferencial da LCCG, estão lesões como ameloblastoma, displasia fibrosa, hiperparatireoidismo primário e secundário, querubismo e cisto ósseo aneurismático devido a proliferação de células gigantes. Do ponto de vista histopatológico, essas lesões citadas apresentam características morfológicas que não permitem distinção do tumor marrom decorrente do hiperparatireoidismo, assim sendo necessário a solicitação de exames hematológicos. (Doğan *et al.*, 2016).

Os tratamentos para LCCG são diversos: Curetagem, radioterapia, bifosfonatos e a ressecção em bloco. (Doğan *et al.*, 2016). As injeções intralesionais de triancinolona acetonida foram introduzidas pela primeira vez por Terry e Jacoway, em uma concentração anestésica 50:50 de lidocaína a 2% com 1:100.000 de adrenalina, se mostrou eficaz (Lopes *et al.*, 2021). Pesquisadores alertam para o uso desta terapia não cirúrgica, devem se limitar a lesões não agressivas. (Nogueira *et al.*, 2020).

A aplicação consiste em misturar a triancinolona em uma solução de anestésico local e aplicar na região da lesão, sendo uma mistura de partes iguais, no volume de 0,5 a 1ml a cada centímetro cúbico da lesão (De Mendonça *et al.*, 2020).

Dessa forma, o uso de corticosteroides intralesionais no tratamento da lesão central de células gigantes representa uma alternativa conservadora promissora, especialmente por sua capacidade de reduzir o volume da lesão. Além de preservar estruturas anatômicas importantes, essa abordagem pode facilitar uma futura intervenção cirúrgica, caso ainda necessária, tornando-a menos invasiva e com menor morbidade. A realização de estudos nessa área é fundamental para validar a eficácia, segurança e protocolos ideais, ampliando as possibilidades terapêuticas e personalizando o manejo desses casos visto que não existe protocolos estabelecidos na literatura.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Relatar o caso clínico de um paciente diagnosticado com Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) na região posterior da mandíbula, tratado com infiltração intralesional de corticosteroide, acompanhado pelo serviço da Clínica Escola de Odontologia Unichristus.

2.2 Objetivo específico

Avaliar a eficácia do tratamento por meio do monitoramento da redução das dimensões da lesão e da neoformação óssea evidenciada nos exames de tomografia computadorizada de acompanhamento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Lesão Central de Células Gigantes (LCCG), é caracterizada como um processo proliferativo intraósseo benigno e não neoplásico. Sua etiologia permanece controversa, mas acredita-se que pode ser uma resposta, reacional, inflamatória ou ao trauma, sendo os fatores etiológicos mais frequentes dessa lesão. (Corso *et al.*, 2012. Luna.,2006). Sua relevância clínica reside no seu comportamento, que varia de formas não agressivas, de crescimento lento e assintomático, a formas agressivas, com potencial de expansão cortical e reabsorção radicular (Neville *et al.*, 2025).

Os dados epidemiológicos mostram que a lesão tem maior prevalência nas primeiras décadas de vida. A suscetibilidade é superior no sexo feminino em relação ao masculino, contudo a lesão não parece estar ligada a fatores hormonais. Esta patologia representa 7% de lesões não neoplásicas dos maxilares. No que diz respeito a idade dos pacientes, 74% têm menos de 34 anos, 61% menos de 21, e 16% menos de 10 anos de idade. (Corso *et al.*,2012. Felin *et al.*, 2014)

A LCCG acontece com mais frequência em mandíbula em região posterior, quando em maxila pode atingir o seio maxilar ou da órbita e fossas nasais, e sendo mais comum encontrar a forma mais agressiva devido a uma menor densidade óssea. A escolha do tratamento varia de acordo com a localização, o aspecto clínico, o tamanho, evolução da lesão, fatores associados ao paciente e a idade (Felin *et al.*, 2014).

Em relação ao aspecto histológico apresenta células gigantes multinucleadas, estas podem estar agregadas ou espalhadas por toda lesão. O tamanho também difere nos casos, algumas podem estar pequenas e de forma irregular com poucos núcleos, outras maiores e redondas podendo apresentar 20 ou mais núcleos. Por mais que as células gigantes sejam as mais proeminente, são as células fusiformes mononucleadas que estão em proliferação, a partir disso acredita-se que haja a recrutamento de monócitos e a indução destes em se diferenciar em células gigantes, pela liberação citocinas (Luna.,2006).

No que tange a exames radiográficos, estes são variáveis. Radiograficamente 87,5% mostram área radiolúcida uniloculada ou multilocular (Luna.,2006). Kaffe *et al.*, (1996) em sua revisão, com 80 pacientes para análise das características radiográficas, mostram bordas definidas em 56% dos casos, mal definidas em 30% e difusas em 14%. Em relação ao aspecto multiloculadar ou uniloculadar e não loculadar, respectivamente representam: 51%, 44% e 5% dos casos. No que se refere a localização, lesões localizadas na mandíbula apresentavam 68%

das lesões multiloculares em comparação a maxila que foi em 32%. A Expansão óssea foi observada em 75% dos casos, em 20% dos casos não houve expansão e nem dor, em 5 % dos casos não houve expansão, mas relataram dores.

O diagnóstico diferencial inclui lesões como tumor marrom do hiperparatireoidismo, cisto ósseo aneurismático e querubismo. O diagnóstico de LCCG necessita que exames hematológicos relacionados ao metabolismo do cálcio estejam dentro dos valores de referências. com frequência são solicitados, concentração sérica de cálcio (Ca), fosfato (p) e o PTH (paratohormônio) (Luna., 2006). Elevadas concentrações séricas de PTH podem desequilibrar a homeostase entre osteoclastos/osteoblastos e a regulação de cálcio/fosfato, podendo resultar em reabsorção óssea com substituição do osso medular por tecido fibroso e refinamento das corticais ósseas, onde tumores marrons são encontrados. (Lange *et al.*, 2005)

Ainda no diagnóstico diferencial, outra lesão com aspecto histopatológico semelhante é o cisto ósseo aneurismático, mesmo que seu aparecimento em face seja raro. A etiologia está ligada a traumas ou funções hemodinâmicas, mais presente em crianças e adolescentes. Já no que refere ao LCCG este se difere no comportamento biológico, onde apresenta grandes chances de recidiva. O querubismo citado também como diagnóstico diferencial, apenas o histológico se assemelha, às características radiográficas mostram expansão bilateral e lesões multiloculares (Luna., 2006).

Com base no diagnóstico estabelecido, é crucial considerar as diversas opções de tratamento disponíveis, o tradicional é a remoção da lesão por curetagem ou ressecção em bloco. Esta lesão também é retratada por autores por condutas não cirúrgicas (Chuong *et al.*, 1986). Bataineh *et al.*, (2002) avaliou casos de LCCG agressivos, tratados dentro de 9 anos. 18 pacientes foram tratados por método cirúrgico e osteotomia periférica. A realização dessa análise retrospectiva em lesões especialmente localizadas em mandíbula obteve resultados positivos para o método cirúrgico, tendo mostrado que teve baixa taxa de recidiva e boa função pós-operatória. Lange et al., (2005) Em seu estudo envolvendo 83 pacientes, a escolha para o tratamento foi enucleação associando a curetagem. Foram detectados 3 casos compostos por pacientes jovens e que apresentavam características clínicas agressivas. Estes foram tratados com calcitonina e acompanhados por 7 anos sem sinais de recidiva.

O tratamento com corticoide intralesional é preconizado por diversos autores. Os protocolos incluem injeções com intervalos semanais, em média por seis semanas, com aplicação 1 ou 2ml por 2cm radiográficos da lesão. (Carlos, Sedano.,2002).

Silva *et al.*, (2019) em seu relato, apresenta paciente do gênero feminino, 10 anos, com queixa de aumento de volume unilateral e relatando dor. Ao exame clínico observou-se dentição mista, assimetria facial. Ao exame radiográfico panorâmico nota-se lesão extensa, circunscrita e multilocular, radiolúcida sugestiva de lesão tumoral. Foi solicitada TC que evidenciava extensa área hipodensa, multilocular com formatos que lembram bolhas de sabão, também foi visto áreas de hiperdensidade no seu interior. A escolha do uso de triancil nesse caso foi devido a idade do paciente visando diminuir possíveis deformidades faciais. O que reafirma Felin *et al.*, (2014) sobre a grande aceitação do uso de corticoides em pacientes jovens se deve ao tratamento evitar o contato com estruturas nobres, e tendo como vantagem ser uma técnica de fácil execução.

Em um estudo imuno-histoquímico realizado por Vered *et al.* (2006), com o intuito de comparar a expressão dos receptores de glicocorticoides e calcitonina para orientar o tratamento, analisou-se uma amostra de 41 casos de LCCG. Todos obtiveram resultados positivos para o receptor de glicocorticoide; já em relação à calcitonina, apenas 23 obtiveram resultados positivos

Araujo *et al.*, (2023) em seu relato de caso, apresenta um paciente de 10 anos de idade, pós exames radiográficos, histopatológicos e sanguíneos (que estavam dentro dos valores de referências) o diagnóstico final foi de LCCG. A escolha do tratamento invasivo traria remoção de três dentes. Foi visto que a paciente não apresentava fratura e apenas rompimento da cortical. Com isso a terapia escolhida foi a aplicação de triancinolona hexacetonida (20mg/ml) diluídos em solução anestésica de lidocaína 1:100.000 de epinefrina com proporção 1:1. Foi aplicado um volume total de 3ml de solução, 1 ml a cada cm da lesão. Foram 8 sessões de infiltração e na segunda sessão já se observou regressão clínica.

Em um estudo analisado por Dogan *et al.* (2016), sete pacientes diagnosticados com Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) que foram tratados de forma conservadora com injeções intralesionais de triancinolona (Kenacort-A) associada à bupivacaína 0,5% com epinefrina, seguindo o protocolo proposto por Terry e Jacoby. A mistura, totalizando 7 mL, foi administrada semanalmente durante seis semanas diretamente na lesão. O tratamento foi acompanhado por meio de radiografias periódicas e apresentou bons resultados na maioria dos casos, com completa regressão e ossificação das lesões em quatro pacientes e redução significativa em outro. Dois casos, contudo, necessitaram de intervenção cirúrgica complementar devido à resposta parcial ao tratamento conservador. No acompanhamento médio de 39 meses, não foram observadas recidivas nem efeitos colaterais relevantes,

demonstrando que a terapia intralesional com corticosteroides pode ser uma alternativa eficaz e menos invasiva para o manejo da LCCG.

O comportamento clínico, localização e idade do paciente, são fatores norteadores para o tratamento de lesões centrais de células gigantes. (Lopes *et al.*, 2021).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional descritivo/relato de caso realizado na clínica escola de odontologia Unichristus. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do centro universitário christus sob o parecer nº 7.806.281, na data de 29 de agosto de 2025. (Apendice A) (Anexo A)

5 RELATO DE CASO

Paciente J.O M.C 45 anos, sexo masculino, natural de Fortaleza, apresentou lesão na região posterior mandibular, lado direito, relatava apenas que sentia um “inchaço” na região dos molares inferiores, na área do dente 47. Clinicamente apresentava um abaulamento na região posterior de mandíbula quando realizado palpação. O exame radiográfico (panorâmico) mostrava lesão radiolúcida e unilocular (figura 1), foi solicitado uma tomografia para melhor visualização da lesão. A primeira tomografia (Software CS 3D Imaging) realizada em 08/06/2022 mostra uma área hipodensa, irregular, em tamanhos, horizontal 25,2 mm e vertical 14,8mm. (figura 2). O diagnóstico clínico incluía ameloblastoma, ceratocisto odontogênico e lesão central de células gigantes (LCCG).

Figura 1: Exame panorâmico mostrando lesão radiolúcida e unilocular em região dente 47



ACERVO DO AUTOR

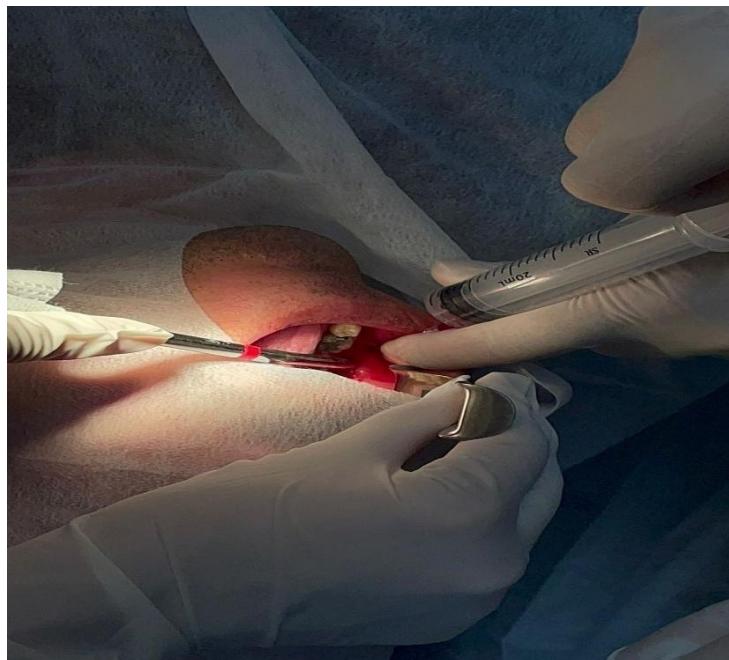
Figura 2: TC incial mostrando area hipodensa,e medidas em horizontal 25,2 x vertical 14,8.



ACERVO DO AUTOR

Na data de 11/09/2023 foi realizada punção aspirativa com presença de conteúdo sanguinolento e biópsia incisional. (figura 3). Foram removidos dois fragmentos do local da lesão, com aproximadamente 0,5 a 0,8 cm cada e encaminhados para análise histopatológica. Receitado nimesulida 100mg de 12 em 12 horas, dipirona 500 mg de 6 em 6 horas por 3 dias e amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas por 7 dias.

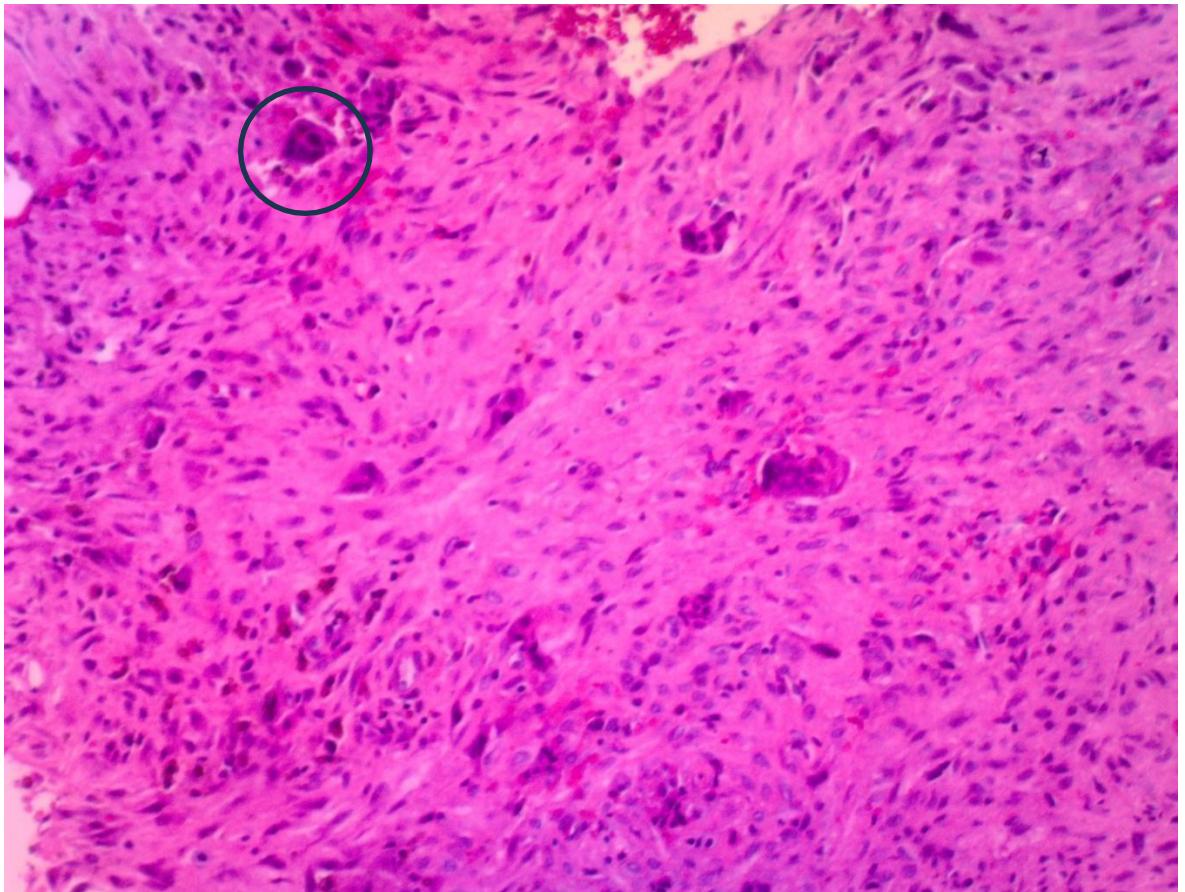
Figura 3: Punção aspirativa, presença de conteúdo sanguinolento



ACERVO DO AUTOR

O histopatológico revelou fragmentos contendo células gigantes multinucleadas de fenótipo osteoblástico, bem como células histiocitárias uninucleadas e linfócitos maduros. As células eram permeadas por tecido fibroconjuntivo denso, com focos de hemorragia recente e antiga. Havia ainda representação de trabéculas ósseas com sinais de remodelamento. Ausência de necrose e formação de granulomas. Não se observou revestimento epitelial compatível com lesão cística na amostra (figura 4), o diagnóstico foi de Tumor central de Células Gigantes e o diferencial de Granuloma Reparativo de Células Gigantes ou Tumor Marrom. (Anexo B)

Figura 4 : Lâmina histológica : Círculo - osteoclastos gigantes multinucleados.



ACERVO DO AUTOR

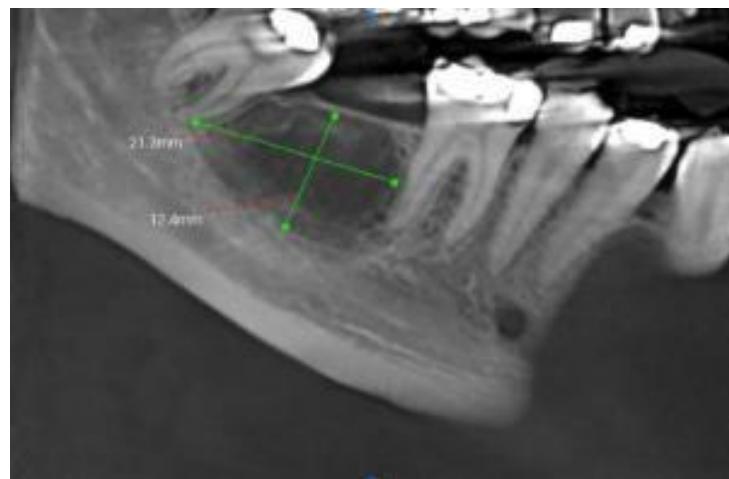
Para excluir a possibilidade de diagnóstico diferencial sugerido no histopatológico, como o tumor marrom, foram solicitados exames laboratoriais de fosfatase alcalina, fósforo, paratormônio e cálcio, com valores respectivos (53 U/L, 2,5 PG/ML, 12 A 88 PG/ML, 9,6 PG/ML), todos dentro dos valores de referências, excluindo a possibilidade de tumor marrom do hiperparatiroidismo, confirmando então o diagnóstico de tumor (lesão) central de células gigantes (LCCG). (anexo C)

O tratamento inicial escolhido para este caso foi a aplicação de corticoide intralesional, pois tratava-se de uma lesão de grande dimensão com risco cirúrgico de fratura mandibular caso essa terapia fosse a primeira escolha de abordagem. Na data de 04/03/2024 foi realizada a primeira aplicação de triancinolona acetonida (20mg/ml) com anestésico local, lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000 sendo a proporção de 1:1 aplicada em toda região da lesão que era estimada em 5 cm, sendo sugerido então a aplicação de 2 ml de solução a cada cm³. A aplicação foi distribuída

em 5 sessões semanais e com retorno do paciente para nova tomografia após aproximadamente 3 meses. O procedimento foi realizado em âmbito ambulatorial e sem intercorrências.

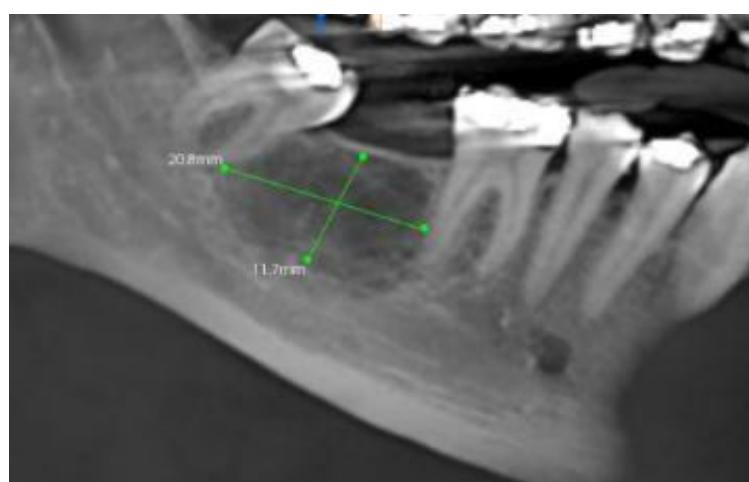
Paciente retorna para nova TC em 15/05/2024, para análise da lesão. Houve redução nas dimensões verticais e horizontais da lesão (21,3 mm horizontal e 12,4 mm vertical) (figura 5). Em nova avaliação no dia 18/06/2024, verificou-se discreta redução, apresentando 20,8 × 11,7 mm (figura 06) sem evidências de expansão óssea adicional ou reabsorção radicular associada, todas as avaliações descritas foram realizadas por TC (Software CS 3D Imaging).

Figura 5 :TC para avaliação com medidas: Horizontal 21,1 mm., vertical 12,4mm.



ACERVO DO AUTOR

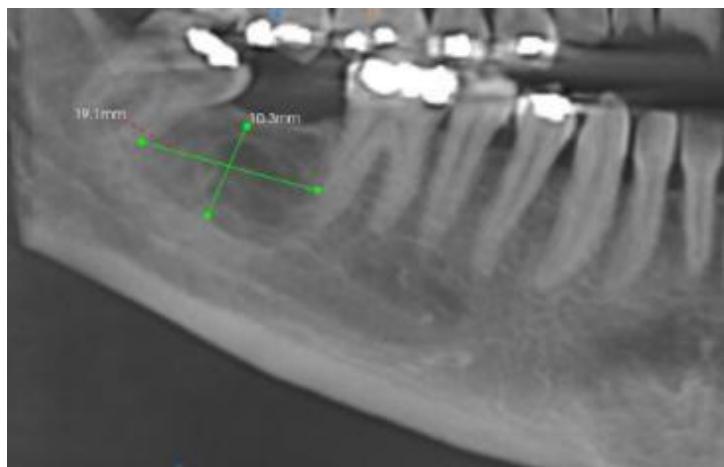
Figura 6: TC avaliativa com medidas: Horizontal 20,8 Vertical 11,7mm



ACERVO DO AUTOR

Houve diminuição de aproximadamente 5 mm em largura (horizontal) e 3 mm em altura (vertical), nas imagens da TC, notou-se também maior hiperdensidade em seu interior, demonstrando maior neoformação óssea. O paciente foi submetido a 2 novas sessões de injeções de triancil 20 mg/ml com o mesmo protocolo inicial. Foi realizada nova TC em 10/03/2025 Os resultados tomográficos não mostram redução aparente comparada à TC anterior horizontalmente, verticalmente nota-se leve redução. (19,1 mm horizontal x 10,3 mm verticalmente).

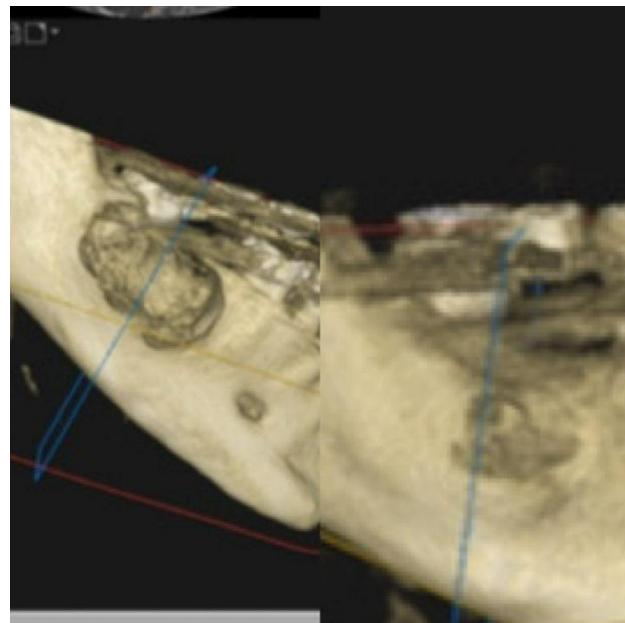
Figura 7: TC em medidas de 19.1mm horizontalmente e 10.3mm vertical, mostrando área da lesão hipodensa, indicando Neoformação óssea.



ACERVO DO AUTOR

Observou-se, portanto, diminuição considerável do tamanho da lesão tanto no sentido vertical como horizontal e aumento da hiperdensidade intralesional bastante evidenciado na reconstrução tomográfica 3D (figura 8). Em um corte sagital (Figura 9) se observa o antes e depois com neoformação óssea e remodelamento indicado pela hiperdensidade no corte. Paciente segue em acompanhamento para ressecção cirúrgica conservadora em ambiente hospitalar. O tratamento proposto, portanto, foi eficiente em promover neoformação óssea, redução do tamanho da lesão e do risco cirúrgico de fratura mandibular.

Figura 8: Reconstrução tomográfica 3D – A – antes do tratamento intralesional com triancinolona. B – depois das aplicações



ACERVO DO AUTOR

Figura 9: Corte sagital- A- antes do tratamento intralesional com triancinolona. B- Depois do tratamento



ACERVO DO AUTOR

6. DISCUSSÃO

No presente relato de caso de LCCG o tratamento com corticoide intralesional, reduziu significativamente o tamanho da lesão, com neoformação óssea observada através de exames radiográficos e tomográficos.

As características clínicas do LCCG mostram aumento de volume causando assimetria, estas lesões estão localizadas na região anterior da maxila, mas também pode ser observada na região anterior ou posterior da mandíbula (Bayar., Ak.,2014) Esse aumento de volume também foi visto neste caso quando realizada palpação e sendo perceptível por via extraoral.

No presente caso a lesão apresentava-se radiograficamente como uma área radiolúcida, delimitada, mas com irregularidades. Richardson *et al.*, 2022 relata lesão com mesma característica (radiolúcida e delimitada com irregularidades), porém, multiloculada diferente do presente caso em que a lesão se apresentava de forma unilocular. Em relação às imagens tomográficas o exame mostra uma região hipodensa semelhante ao descrito por de Araújo *et al.*,2023 que observa lesão hipodensa, bem delimitada, localizada em corpo de mandíbula à esquerda, com rompimento da cortical lingual, diferente deste caso em que havia rompimento de cortical na região vestibular.

O histopatológico mostra células gigantes multinucleadas de fenótipo osteoclástico, bem como células histiocitoses uninucleadas e linfócitos maduros. As células encontram-se permeadas por tecido fibroconjuntivo denso. Lopes *et al.*,2021 também descreve características histológicas semelhantes de LCCG como proliferação de osteoclastos, caracterizada por células gigantes, circundadas por células mononucleares fusiformes, ovóides e redondas, com núcleos de morfologia histiocítica, inseridas em um estroma de fibrovascular. Em relação à agressividade da lesão, o exame histopatológico parece não apresentar características diferentes (Carlos., Sedano.,2002).

O diagnóstico diferencial se torna imprescindível neste caso pois lesões como o tumor marrom do hiperparatiroidismo apresentam as mesmas características histopatológicas. O tumor marrom é comum em pacientes com insuficiência renal crônica ou problemas endócrinos

relacionados à função da glândula paratireoide (Santoso *et al.*, 2023). Portanto, exames laboratoriais se fazem necessário para descartar essa hipótese (de Araújo *et al.*, 2023) No presente caso foram solicitados exames de função hepática e renal, exames relacionados a função do paratormônio e do cálcio todos com resultados dentro do padrão de normalidade, descartando a hipótese de tumor marrom e confirmando o diagnóstico de LCCG.

Os estudos sobre a aplicação de injeções de corticoides intralesionais mostram resultados positivos, que podem resolver completamente ou reduzir significativamente o tamanho da lesão. (Nogueira *et al.*, 2020). A escolha de tratar este caso com injeções de corticoides intralesionais, foi devido a literatura descrever uma resposta favorável em lesões não agressivas, com o objetivo de uma abordagem terapêutica menos invasiva, visando preservar estruturas anatômicas e evitar a necessidade de uma cirurgia de ressecção em bloco. Estas abordagens geralmente são reservadas a lesões mais agressivas de crescimento rápido, com reabsorção de raízes dentárias (de Mendonça *et al.*, 2020), fato não observado neste relato. Newton *et al.*, 2012 apresenta um paciente de 36 anos do sexo masculino, exame clínico mostrava edema em região de mento, a radiografia panorâmica mostrava área radiolúcida cruzando linha média e causando reabsorção em alguns dentes. o protocolo inicial de tratamento, 1 ampola de 1ml de triancinolona acetonida(40mg/ml), diluída em uma solução de 3,6ml de mepvacaina 2% com epinefrina (1:100.000). A duração total do tratamento foi de 7 meses, e após dois anos o osso estava o mais próximo do normal com radiolucência mínima perto dos dentes envolvidos. Paciente é acompanhado há quatro anos e encontra-se assintomático.

O tratamento conservador da lesão central de células gigantes (LCCG) por meio de injeções intralesionais de corticosteroides têm se mostrado uma alternativa eficaz e menos invasiva em comparação à abordagem cirúrgica convencional. A principal vantagem observada é a redução significativa do volume da lesão, acompanhada de remodelação óssea e preservação das estruturas anatômicas adjacentes. Estudos relatam taxas de sucesso próximas a 78% dos casos tratados, especialmente em lesões de comportamento não agressivo, que podem alcançar até 88,9% de resposta favorável ao tratamento conservador (Nogueira *et al.*, 2013). O corticosteroide mais frequentemente utilizado é a triancinolona, em suas formas acetonida ou hexacetonida, devido à sua potente ação anti-inflamatória e à capacidade de inibir a atividade osteoclástica mediada por citocinas inflamatórias (Pogrel., 2003; Kaban *et al.*, 2002). O mesmo corticoide foi o utilizado no presente trabalho na forma de acetonida.

Em relação ao protocolo, em geral se utiliza triancinolona 20 mg/mL diluída em anestésico local (lidocaína 2% com epinefrina 1:200.000), na proporção de 1:1, sendo administrado 1 mL por cm³ da lesão, com aplicações quinzenais durante aproximadamente seis sessões (Silva *et al.*, 2017). Protocolo semelhante foi adotado em nosso caso, onde foram realizadas 7 sessões com intervalo de 15 dias, a concentração e dose da triancinolona também foi semelhante, apenas diferindo na concentração do vasoconstritor no nosso caso epinefrina de 1:100.000.

Apesar dos resultados positivos e da boa tolerância ao tratamento, ainda não há consenso quanto ao protocolo ideal de corticoterapia intralesional para a LCCG. As variações observadas incluem não apenas o tipo e concentração do corticosteroide, mas também o número de sessões, o intervalo entre as aplicações e o volume total injetado, o que dificulta a padronização e a comparação entre estudos. Essa ausência de uniformidade metodológica evidencia a necessidade de ensaios clínicos controlados e de longo prazo, que possam avaliar a eficácia e segurança do tratamento e definir parâmetros terapêuticos mais consistentes (Lima., Almeida, 2020). No presente estudo o paciente foi monitorado antes e após o tratamento com corticoterapia em relação a pressão arterial, função renal e hepática, glicemia de jejum, parâmetros esses que podem ser alterados com o uso prolongado de corticoides (Casale *et al.*, 2024), no presente trabalho o paciente não apresentou nenhuma alteração nos parâmetros dos exames solicitados atestando segurança no tratamento nas doses e tempo avaliados.

Além disso, o sucesso da terapêutica parece depender da correta seleção dos casos sendo a corticoterapia intralesional mais indicada para lesões pequenas, não agressivas e sem destruição cortical acentuada, como no presente caso. Assim, posto que a corticoterapia intralesional represente uma alternativa promissora e de baixo custo para o manejo da LCCG, seu uso deve ser cuidadosamente avaliado caso a caso, até que existam protocolos bem estabelecidos e validados na literatura científica. (Lima., Almeida., 2020)

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que o tratamento proposto, baseado na aplicação de corticoides intralesionais, mostrou-se uma alternativa eficaz e conservadora para o manejo da lesão, promovendo redução e estimulando a neoformação óssea. Essa abordagem contribuiu significativamente para a diminuição do risco cirúrgico relacionado ao caso. Entretanto, ressalta-se a importância da condução de novos estudos longitudinais e ensaios clínicos controlados, a fim de estabelecer protocolos padronizados que consolidem a previsibilidade e a segurança desta terapêutica a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ADORNATO, M. C.; PATICOFF, K. A. Injeção intralesional de corticosteroide para tratamento de granuloma central de células gigantes. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 132, n. 2, p. 186-190, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2001.0150>. Acesso em: 17 out. 2025.
- ALMEIDA, H. M. S. *et al.* Granuloma central de células gigantes dos maxilares: relato de caso. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 12, p. 118427-118437, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-167>. Acesso em: 13 out. 2025.
- BATAINEH, Anwar B.; AL-KHATEEB, Taiseer; MA'AMON, A. Rawashdeh. The surgical treatment of central giant cell granuloma of the mandible. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 60, n. 7, p. 756-761, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/joms.2002.33241> acesso em 07 nov. 2025
- CARLOS, R.; SEDANO, H. O. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, St. Louis, v. 93, n. 2, p. 161-166, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/moe.2002.119971>. Acesso em: 17 out. 2025.
- CORSO, Paola Fernanda Cotait de Lucas *et al.* Tratamento de lesão central de células gigantes recidivante: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilofacial**, v. 12, n. 3, p. 73-78, 2012.
- CASALE, T. B. *et al.* Real-world association between systemic corticosteroid exposure and complications in US patients with severe asthma. **Allergy, Asthma & Clinical Immunology**, London, v. 20, art. 25, 2024. DOI: 10.1186/s13223-024-00882-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13223-024-00882-y>. Acesso em: 3 nov. 2025.
- DA SILVA, N. G. *et al.* Tratamento de lesões centrais de células gigantes com bifosfonatos e injeções intralesionais de corticosteroides. **Head & Face Medicine**, London, v. 8, art. 23, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1746-160X-8-23>. Acesso em: 19 out. 2025.
- DA SILVA SAMPIERI, M. B. *et al.* Granuloma central de células gigantes: tratamento com calcitonina, acetonido de triancinolona e achado cístico 3 anos e 6 meses após o tratamento primário. **Oral and Maxillofacial Surgery**, Berlin, v. 17, n. 3, p. 229-234, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10006-012-0370-5>. Acesso em: 20 out. 2025.
- DE ARAÚJO, G. S. *et al.* Lesão central de células gigantes – relato de caso. **Revista Ciências e Odontologia**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 77-83, 2023. Disponível em <https://doi.org/10.29327/5190040-3697> Acesso em: 26 out. 2025.
- 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2004.11.015>. Acesso em: 2 nov. 2025.
- DE MENDONÇA, R. P. *et al.* Central giant cell granuloma treated with intralesional corticosteroid injections and bisphosphonates: a long-term follow-up case study. **Head and Neck Pathology**, New York, v. 14, p. 497-502, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12105-019-01053-x>. Acesso em: 17 out. 2025.

DE SOUZA TOLENTINO, E. *et al.* Lesão central de células gigantes: relato de caso. **RSBO**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 360-365, 2010. Disponível em <https://doi.org/10.21726/rsbo.v7i3.1160>. Acesso em: 17 out. 2025.

DOLANMAZ, D. *et al.* Management of central giant cell granuloma of the jaws with intralesional steroid injection and review of the literature. **Oral & Maxillofacial Surgery, Berlin**, v. 20, n. 2, p. 203-209, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10006-015-0530-5>. Acesso em: 3 out. 2025.

DO NASCIMENTO, I. E. A. *et al.* Corticoterapia como tratamento adjuvante de lesão central de células gigantes de grandes dimensões: relato de caso. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. e28011629209, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29209>. Acesso em: 14 out. 2025

EISENBUD, Leon *et al.* Central giant cell granuloma of the jaws: experiences in the management of thirty-seven cases. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 46, n. 5, p. 376-384, 1988. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0278-2391\(86\)90040-6](https://doi.org/10.1016/0278-2391(86)90040-6). Acesso em: 06.Nov.2025.

FELIN, G. C. *et al.* Tratamento com corticosteroide de granuloma central de células gigantes mandibular em criança: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF, Passo Fundo**, v. 19, n. 3, 2014. Disponível em: <https://ojs.upf.br/index.php/rfo/article/view/5115>. Acesso em: 1 nov. 2025.

KABAN, L. B. *et al.* Corticosteroid injections in the management of central giant cell granuloma of the jaws. **Journal of oral and Maxillofacial Surgery, Philadelphia**, v. 60, n. 7, p. 789-793, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/joms.2002.34975>. Acesso em: 3 nov. 2025.

KAFFE, I. *et al.* Radiologic features of central giant cell granuloma of the jaws. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, St. Louis**, v. 81, n. 6, p. 720-7726, 1996. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(96\)80079-5](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(96)80079-5). Acesso em: 2 nov. 2025.

LIMA, L. A.; ALMEIDA, R. A. Terapia conservadora para lesão central de células gigantes: revisão e relato de caso. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 85-92, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v10i1.1328>. Acesso em: 3 nov. 2025.

LOPES, L. T. *et al.* Tratamento cirúrgico de lesão central de células gigantes: relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research**, [S. l.], v. 37, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2317-4404.2021v37n2p37>. Acesso em: 17 out. 2025.

LUNA, A. H. B. **Avaliação retrospectiva do tratamento do granuloma central de células gigantes pela área de cirurgia buco-maxilo-facial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba entre 1996 a 2006**. 2006. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2006. Disponível em: <https://www.repositorio.unicamp.br/>. Acesso em: 2 nov. 2025.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 5. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2025. E-book. ISBN 9786561110129. Disponível em:

<https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786561110129/>. Acesso em: 6 out. 2025.

NOGUEIRA, R. L. *et al.* Injections of intralesional corticosteroids for central giant cell granuloma: a meta-analysis. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 115, n. 6, p. 743-751, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2013.04.017>. Acesso em: 3 nov. 2025.

NOGUEIRA, R. L. M. *et al.* Injeção intralesional de hexacetonido de triancinolona como tratamento alternativo para lesões centrais de células gigantes: um estudo prospectivo. **British Journal of oral and Maxillofacial Surgery**, v. 58, n. 10, p. 1162-1166, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.07.032>. Acesso em: 17 out. 2025.

PÓGREL, M. A. Intra-lesional steroid injection for the treatment of central giant cell granuloma. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 15, n. 4, p. 621-630, 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1042-3699\(03\)00042-6](https://doi.org/10.1016/S1042-3699(03)00042-6). Acesso em: 3 nov. 2025.

RICHARDSON, J. *et al.* Granuloma central de células gigantes de cabeça e pescoço: relato de caso e revisão sistemática. **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 123, n. 4, p. e161-e168, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2022.01.017>. Acesso em: 26 out. 2025.

SANTOSO, D. *et al.* Brown tumour in chronic kidney disease: revisiting an old disease with a new perspective. **Cancers (Basel)**, Basel, v. 15, n. 16, p. 4107, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/cancers15164107>. Acesso em: 3 nov. 2025.

SILVA, E. C. *et al.* Conservative therapy for central giant cell lesion: case report. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 1-5, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20170065>. Acesso em 03 out. 2025

VERED, M.; BUCHNER, A.; DAYAN, D. Immunohistochemical expression of glucocorticoid and calcitonin receptors as a tool for selecting therapeutic approach in central giant cell granuloma of the jawbones. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 35, n. 8, p. 756-760, 2006. Disponível em : <https://doi:10.1016/j.ijom.2006.02.014>. acesso em 7 de novembro de 2025.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

José Delciano de Melo Polanen, você está sendo convidado (a), pelo pesquisador Luiz André Cavalcante Brizeno, da Clínica Odontológica do Centro Universitário Christus, a participar de um estudo do tipo relato de caso, intitulado:

TRATAMENTO DE LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES COM CORTICOIDE INTRALESIONAL

O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre o estudo que estaremos realizando. A sua participação é importante, porém você não deve participar contra sua vontade e sem sua autorização. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar que teremos prazer em esclarecer-las.

1. TÍTULO DA PESQUISA:

TRATAMENTO DE LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES COM CORTICOIDE INTRALESIONAL

2. PESQUISADOR:

Dr. Luiz André Cavalcante Brizeno

3. OBJETIVOS DO ESTUDO:

Relatar um caso de paciente com Lesão Central de Células Gigantes (LCCG) em região posterior de mandíbula tratado com infiltração de corticóide intralesional atendido pelo serviço da Clínica Escola de Odontologia Unichristus.

4. BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS AO TRATAMENTO: O tratamento proposto demonstra grande relevância e importância, pois tem o objetivo de propiciar uma melhoria na qualidade de vida e da saúde oral, através do tratamento da condição, e evitando um tratamento cirúrgico agressivo com possibilidade de ressecção. Sendo assim consequentemente o paciente também apresentará melhora no bem-estar físico social e psicológico. Além disso, haverá uma contribuição aos estudos científicos da literatura odontológica.

Como malefícios pode acontecer a não regressão do tumor ou a não resposta adequada do paciente ao tratamento, possibilidade de desconforto durante o tratamento e não obtenção do resultado desejado caso o paciente e/ou responsáveis não colaborem com o tratamento, quebra acidental de sigilo.

5. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

A sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir ou interromper a participação neste estudo no momento que desejar, para isso você deve informar imediatamente sua decisão aos pesquisadores, sem necessidade de qualquer explicação e sem que isto venha interferir de forma alguma em seu atendimento médico-odontológico.

6. GARANTIA DE SIGILO:

Os pesquisadores se comprometem a resguardar todas as informações individuais, tratando-as com impessoalidade e não revelando a identidade do sujeito que as originou, durante e após o estudo. Além disso, as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa e a divulgação destas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. As imagens e os dados poderão ser publicados em revistas científicas, porém seu nome será preservado. Os pesquisadores garantem que as imagens e os dados serão utilizados somente para esta pesquisa.

7. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:

Eu, JOSÉ OCLECIANO DE MELO COLARES, 47 anos, portador(a) do RG nº 99010176046 responsável legal por, declaro que li cuidadosamente todo este documento denominado TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e que, após, tive nova oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo e também sobre o estudo, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Acredito estar suficientemente informada, ficando claro para mim que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou plenamente de acordo com a realização do estudo e com a utilização das imagens para publicações em revistas ou artigos científicos. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso e afirmo estar livre espontaneamente decidido(a) a autorizar a minha

participação no estudo e declaro ainda estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza-CE, 05 de Mai de 2025.

RESPONSÁVEL:

1º PESQUISADOR (A)

André Andrade Braga,

2º PESQUISADOR (A)

Maria Gabriela Furtado Sousa.

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRATAMENTO DE LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES COM CORTICOIDE INTRALESIONAL

Pesquisador: Luiz André Cavalcante Brizeno

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90741925.3.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.806.281

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os termos foram apresentados

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2557967.pdf	29/06/2025 21:07:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	comite.pdf	29/06/2025 20:38:29	MARIA GABRIELA FRUTUOSO SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	22/06/2025 19:27:02	MARIA GABRIELA FRUTUOSO SOUSA	Aceito
Outros	TERMOanuenccia.pdf	16/06/2025 21:09:53	MARIA GABRIELA FRUTUOSO SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclerpdf.pdf	14/06/2025 21:44:52	MARIA GABRIELA FRUTUOSO SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO B

Informações clínicas disponibilizadas:

Aumento de volume na região do corpo da mandíbula. Cisto Radicular? Ceratocisto Odontogênico?

Microscopia e parecer diagnóstico:

Fragmentos contendo células gigantes multinucleadas de fenótipo osteoclástico, bem como células histiocitoides uninucleadas e linfócitos maduros. As células encontram-se permeadas por tecido fibroconjuntivo denso, com focos de hemorragia recente e antiga. Há ainda representação de trabéculas ósseas com sinais de remodelamento. Ausência de necrose e formação de granulomas. Não se observa revestimento epitelial compatível com lesão cística nesta amostra.

Conclusão

- Achados suspeitos para **Lesão Rica em Células Gigantes** (vide observação).

Macroscopia:

Três diminutos fragmentos, pardacentos, irregulares, firmes e elásticos, medindo em conjunto 0,5 x 0,3 x 0,2cm.
3F-1C-SR

PO483/23 - 1 lâmina

Observações:

Recomenda-se correlação com achados clínicos e de imagem, para avaliação de possibilidades como Tumor de Células Gigantes, Granuloma Reparativo de Células Gigantes ou Tumor Marrom. Cabe diagnóstico diferencial com área de remodelamento ósseo associada a atividade osteoclástica.

Profissional:
ANDRÉ COSTA TEIXEIRA**Código do conselho:**
CRM: 14432

ANEXO C

CALCIO

Resultado: **9,6**

Unidade
mg/dL

Valores de Referência
9,8 a 11,0 mg/dL

Material: Soro

Método: Arsenazo III (Autom. Vytra BM 200)



Duran Lopes de Sousa
CRF: 6174

FOSFORO

Resultado: **2,5**

Unidade
mg/dL

Valores de Referência
Crianças: 4,0 a 7,0 mg/dL
Adultos.: 2,8 a 4,8 mg/dL

Material: Soro

Método: Colorimétrico (Autom. Vytra BM 200)



Duran Lopes de Sousa
CRF: 6174

FOSFATASE ALCALINA

Resultado: **53 U/L**

Valores de Referência

Crianças e adolescentes até 15 anos: 75 - 390 U/L
Adultos.....: 27 - 100 U/L

Material: Soro

Método: Cinético IFCC (Autom. Vytra BM 200)



Duran Lopes de Sousa
CRF: 6174

PARATORMÔNIO - MOLÉCULA INTACTA

Valor de referência

Resultado:

44 pg/mL

12 a 88 pg/mL

Método...: QUIMIOLUMINESCÊNCIA

Material: SORO

Coletado em (09/11/2023 14:49)

Assinado eletronicamente em: (10/11/2023 19:07)
por Dra. Gabriela Roncaglio de Carvalho - CRBM/2: 9.911 -
DB - CNES: 9772723