

Reabilitação Estética e Funcional Após Remoção de Granuloma Central de Células Gigantes em Maxila: Relato de caso

Aesthetic and Fuctional Rehabilitation After Removal Of Central Giant Cell Granuloma in The Maxila: Case Report

Darik Warik Amaral Silveria¹, Juliana Tomaz Sganzerla²

RESUMO

O granuloma central de células gigantes (GCCG) é uma lesão intraóssea proliferativa não neoplásica, sendo a segunda mais frequente nos ossos maxilares. Pode ser classificado como não agressivo ou agressivo, quando apresenta sintomatologia dolorosa e potencial para destruição óssea significativa, especialmente em pacientes jovens, com predileção pelo gênero feminino. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define essa patologia como uma lesão intraóssea composta por tecido fibroso celular, com focos de hemorragia, células gigantes multinucleadas e trabéculas de osso imaturo. O tratamento é desafiador, principalmente quando localizado na região anterior da maxila ou mandíbula, devido à necessidade de preservar função e estética. Este estudo relata o caso de uma paciente de 18 anos com GCCG na região anterior direita da maxila, tratada no Serviço de Atendimento da Clínica Escola de Odontologia da Universidade de Gurupi. O tratamento incluiu biópsia incisional para diagnóstico, ressecção cirúrgica da lesão e exodontia dos dentes 11, 12 e 13. O acompanhamento clínico e por exames tomográficos foi realizado por 5 anos, periodicamente, para monitoramento da integridade óssea e detecção de recidivas. O estudo destaca a importância do acompanhamento por imagem para detecção e tratamento precoce de recidivas, assim como os passos cirúrgicos para devolução da função e estética, com consequente melhora da satisfação e qualidade de vida da paciente.

Palavras-chave: Granuloma Central de Células Gigantes. Proservação. Imagem Tomográfica. Relato de Caso.

ABSTRACT

Central giant cell granuloma (CGCG) is a non-neoplastic proliferative intraosseous lesion and is the second most common lesion in the maxillary bones. It can be classified as non-aggressive or aggressive when it presents painful symptoms and potential for significant bone destruction, especially in young patients, with a predilection for the female gender. The World Health Organization (WHO) defines this pathology as an intraosseous lesion composed of cellular fibrous tissue, with foci of hemorrhage, multinucleated giant cells and immature bone trabeculae. Treatment is challenging, especially when located in the anterior region of the maxilla or mandible, due to the need to preserve function and aesthetics. This study reports the case of an 18-year-old patient with CGCG in the right anterior region of the maxilla, treated at the Care Service of the Dental School Clinic of the University of Gurupi. Treatment included incisional biopsy for diagnosis, surgical resection of the lesion and extraction of teeth 11, 12 and 13. Clinical and CT scan follow-up was performed periodically for 5 years to monitor bone integrity and detect relapses. The study highlights the importance of imaging follow-up for early detection and treatment of relapses, as well as surgical steps to restore function and aesthetics, with consequent improvement in patient satisfaction and quality of life.

Keywords: .Central Giant Cell Granuloma. Preservation. Tomographic Imaging. Case Report

¹ Graduando em Odontologia da Universidade de Gurupi, TO (UnirG).

E-mail:

darikwasilveira@unirg.edu.br

² Mestre em Estomatologia. Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Gurupi, TO (UnirG).

1. INTRODUÇÃO

O granuloma central de células gigantes (GCCG) é uma lesão intraóssea benigna, porém localmente agressiva, que afeta predominantemente os maxilares, sendo mais comum em pacientes jovens e na região anterior da maxila. Clinicamente, o GCCG pode apresentar crescimento rápido, causando dor, expansão óssea e, em alguns casos, a destruição de estruturas adjacentes, como dentes.

O GCCG foi definido pela Organização Mundial da Saúde como uma lesão intraóssea constituída por tecido fibroso celular contendo múltiplos focos de hemorragia, agregados de células gigantes multinucleadas e, ocasionalmente, trabéculas de tecido ósseo.

A etiologia dessa lesão é ainda muito discutida entre os autores. Acredita-se que ela possa envolver tanto causas locais como sistêmicas. As causas locais incluem traumas e danos vasculares, que produziriam hemorragia intramedular com consequente reação do tecido conjuntivo ao substituí-lo (Franco et al., 2003). Dentre as causas sistêmicas, pode-se citar a associação com síndromes, como a Neurofibromatose do tipo I, Síndrome de Noonan e distúrbios hormonais, como o Hiperparatireoidismo e a gestação (Lange et al., 1999, Franco et al., 2003).

Baseado no comportamento clínico, o GCCG pode ser classificado como agressivo e não-agressivo. As lesões não agressivas caracterizam-se por crescimento lento, geralmente assintomático, sem perfurar corticais ou induzir reabsorção radicular, apresentando baixa taxa de recorrência.

Já as lesões agressivas caracterizam-se por dor, crescimento rápido, expansão e perfuração das corticais, reabsorção radicular e alta incidência à recorrência (Neville et al., 1998, Kurtz; Mesa; Alberto, 2001). O diagnóstico é geralmente feito com base em achados clínicos, radiográficos e histopatológicos, sendo essencial para guiar o manejo terapêutico.

Desta forma, esse trabalho tem como objetivo relatar o processo de reabilitação estética e funcional de uma paciente submetida à ressecção cirúrgica de GCCG na região anterior da maxila, através do relato de um caso clínico.

2. METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Relato de Caso

Considerações Éticas

O projeto foi submetido ao plenário do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos na Universidade de Gurupi (UNIRG) – Plataforma Brasil e respeitou preceitos da resolução 466/12. O prontuário utilizado para coleta dos dados foi identificado por número para manter a identidade do paciente em sigilo. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Busca Literária

Foram identificados os termos controlados (Mesh Terms) para os descritores: “neoplasia benigna”, “proliferação benigna de fibroblastos e células gigantes multinucleadas”, “não agressiva ou agressiva”, “curetagem simples ou ressecção em bloco”, “lesões orais”, “proservação”, “granuloma central de células gigantes”. A revisão da literatura contemplou a análise dos artigos mais recentes acerca do tema, a fim de subsidiar a discussão do caso apresentado.

Coleta de Dados

Um examinador fará a coleta de dados de um prontuário arquivado no Ambulatório de Patologia, do curso de Odontologia, da Universidade de Gurupi-UNIRG. Foram coletadas as variáveis demográficas (idade, sexo, cor da pele), comportamentais (tabagismo, consumo de bebida alcoólica) e clínicas relacionadas a lesão (localização, tamanho, forma, cor, consistência, limites, inserção, tempo de evolução, sintomas, características radiográficas).

Trata-se de um relato de caso clínico, com abordagem qualitativa, baseado na análise documental de dados clínicos, radiográficos e tomográficos de uma paciente atendida na Clínica Escola de Odontologia da Universidade de Gurupi – UNIRG.

3. RELATO DO CASO

Paciente J.R.G.M, 18 anos, sexo feminino, compareceu ao Ambulatório de Patologia da UnirG, em outubro de 2020, encaminhada de sua unidade de saúde devido a presença de uma lesão proliferativa em rebordo região maxilar direita. Negava qualquer comorbidade, uso de medicações, assim como alergias, tabagismo ou consumo de bebida alcoólica. Relatou que aos 7 anos de idade passou por procedimento para remoção de uma lesão na mesma região, e que nos últimos 5 anos percebeu o aumento de volume na mesma área, possuindo características semelhantes, porém sem laudo prévio.

Ao exame tomográfico foi constatada a existência de imagem radiolúcida na região dos elementos 13, 12, e 11 com rechaçamento das raízes dos elementos 13 e 12, não apresentando reabsorção. A lesão se estendia no sentido anteroposterior com expansão cortical vestibular e alguns pontos de rompimento da mesma, incluindo perda da lâmina dura dos dentes 13 e 12 (Imagem 1). Na reconstrução tomográfica 3D, a lesão envolvia desde o rebordo alveolar do incisivo central até o canino do mesmo lado

Foi então indicado a realização de biópsia da lesão e envio ao laboratório histopatológico para diagnóstico, que confirmou a hipótese de GCCG (Imagem 2).

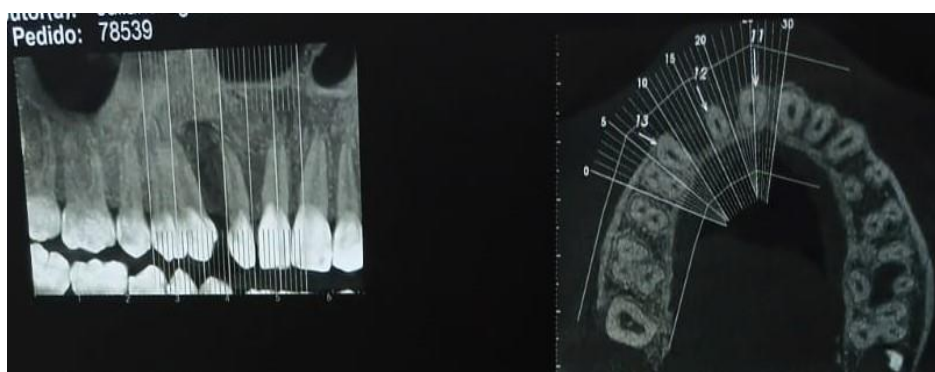


Imagem 1. Tomografia Computadorizada da Maxila (Outubro,2020)



Imagem 2. A. Reconstrução 3D TCFC (Outubro,2020); B. Biópsia incisional (Outubro, 2020)

O tratamento proposto foi a ressecção cirúrgica da lesão, curetagem óssea, e exodontia dos elementos 13, 12, e 11. No mesmo momento, foi realizada a entrega de uma prótese provisória imediata, confeccionada sobre modelo de gesso (Imagem 3). A paciente seguiu em acompanhamento periódico semestral para controle de possíveis recidivas. Na primeira avaliação de controle (junho, 2021), a região apresentava-se clinicamente inteiramente recoberta por tecido de reparação, mucosas unidas e coradas sem sinais de inflamação ou recidivas (Imagem 4).

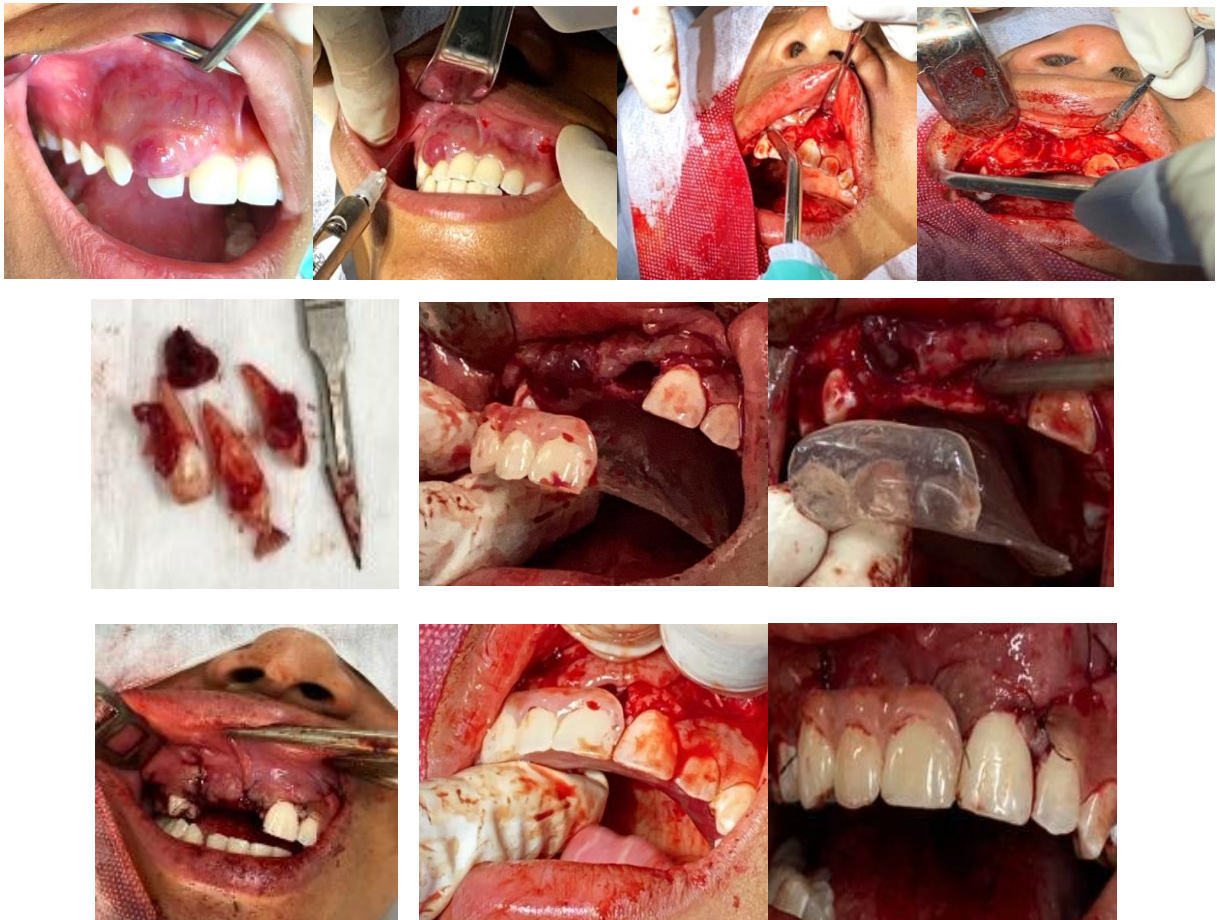


Imagem 3. A. Lesão Inicial; B. Anestesia; C. Descolamento do retalho mucoperiosteal; D. Pós-operatório imediato; E. Elementos dentais extraídos; F. G. Prova Prótese Provisória Imediata; H. Sutura; I. J. Instalação da Prótese Imediata (Outubro, 2020)



Imagem 4. A. B. Reavaliação pós-operatória; (Junho, 2021)

Em maio de 2022, a paciente retornou para uma nova avaliação, com o objetivo de planejamento reabilitador. Clinicamente, observou-se um aumento de volume granulomatoso, de coloração avermelhada, compatível com quadro de recidiva da lesão anterior (Imagem 5). Ao exame tomográfico não foi observado alterações a nível ósseo. Apenas evidências de áreas de remodelação óssea na região de crista óssea alveolar. (Imagem 6). Realizou-se uma nova intervenção cirúrgica, que confirmou a recidiva de GCCG.



Imagem 5. A. B. Recidiva; (Junho, 2022)

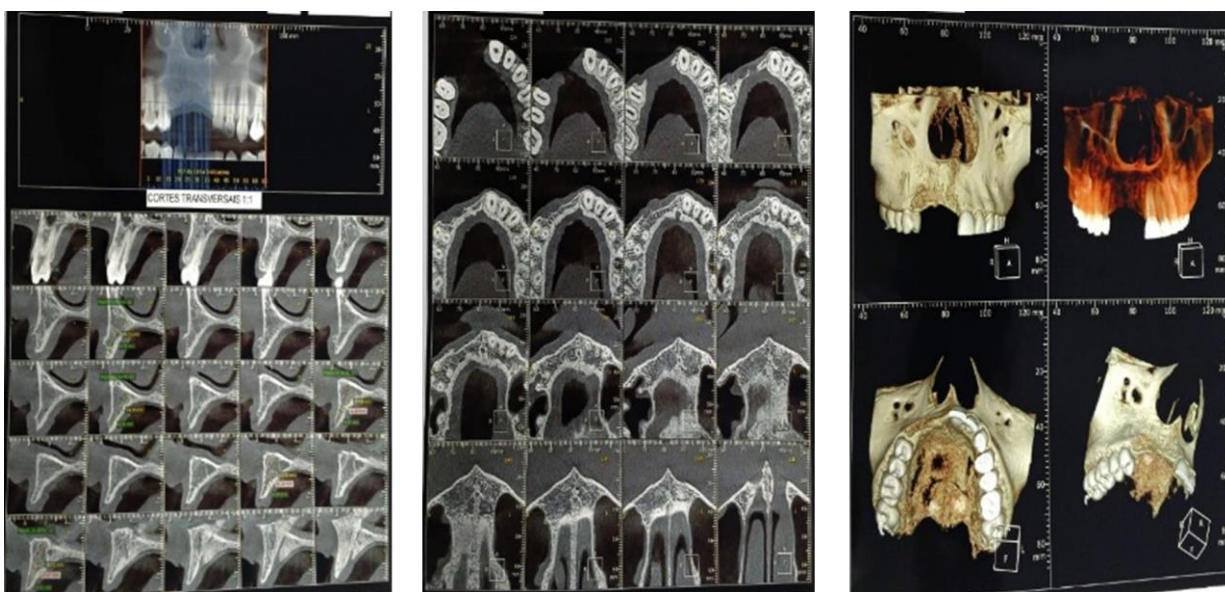


Imagem 6. TCFC para reavaliação de recidiva (Setembro, 2022)

Entre o período do final de 2023 até agosto de 2024, a paciente não retornou para as consulta de revisão. Em setembro de 2024, conseguimos retomar o contato e

solicitação de novo exame de imagem, tendo como intuito de avaliar a condição óssea tridimensional para um possível planejamento de reabilitação estética e funcional. Clinicamente, a paciente não apresentava sinais de recidivas e tinha como queixa o desconforto funcional mastigatório, assim como o comprometimento estético. Foi proposta uma cirurgia de enxerto ósseo para posterior instalação de implantes e próteses implanto-suportadas (Imagem 7).

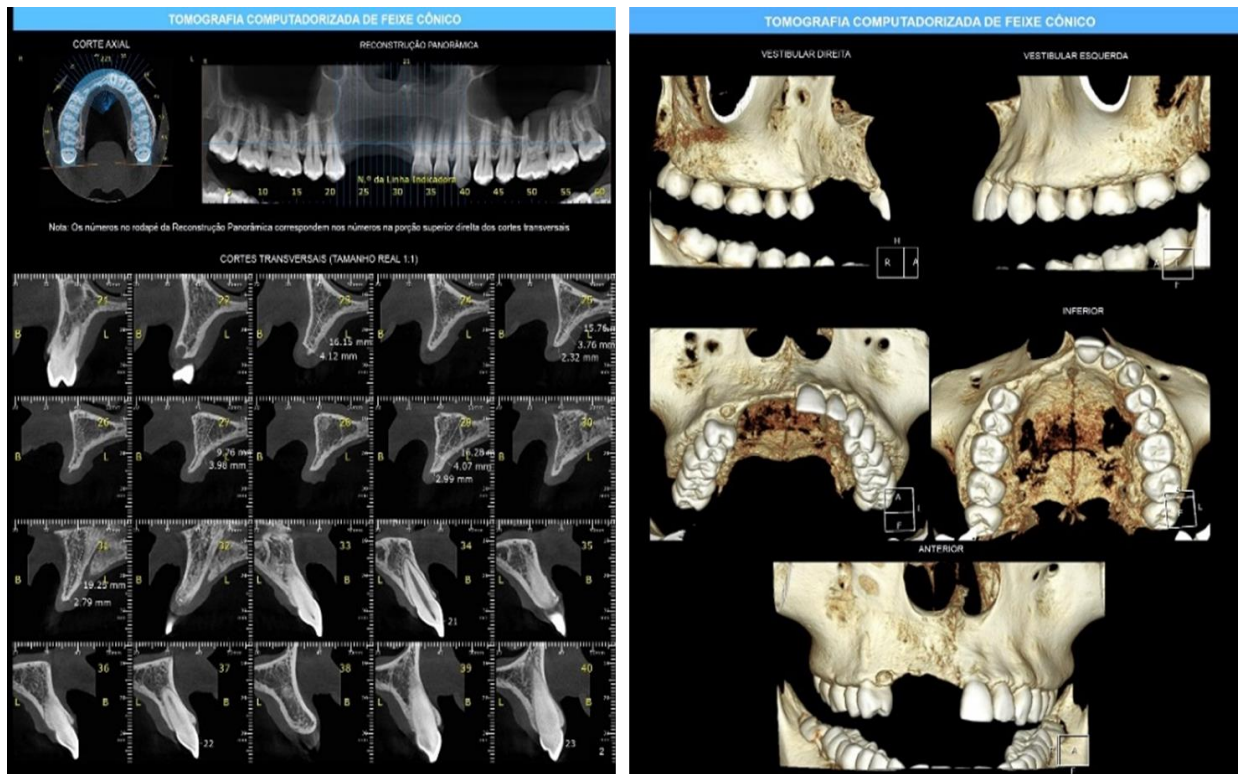


Imagem 7. TCFC para planejamento reabilitador (Setembro, 2024)

A cirurgia proposta para a fase de reabilitação, realizada em março de 2025, utilizou enxerto ósseo xenólogo de origem bovino, uma matriz óssea inorgânica mineralizada do Bonefill®, granulação média 0,60 – 1,50mm na quantidade de 1,0g, associada a uma malha de titânio cirúrgica implantável Surgitime® não reabsorvível 34x25x0,04mm furo 0,15 e parafusos de fixação para enxerto de 1,2x4,0mm (Imagem 8) e membrana de Fibrina Rica em Plaquetas e Leucócitos (L-PRF), coletado da própria paciente uma hora antes do procedimento cirúrgico. O planejamento teve como objetivo, preencher e estabilizar o material na região indicada, visando acelerar e otimizar a neoformação e remodelação óssea e cicatrização tecidual na região anterior direita da maxila (Imagem 9).



Imagem 8. Biomaterial utilizado no procedimento cirúrgico (Março, 2025). **Fonte:** <https://www.bionnovation.com.br> (2025)



Imagem 9. L-PRF
Imagens realizadas gentilmente pelo professor Henrique Ruella Torres (Março, 2025)

Após anestesia, incisão do tipo envelope e descolamento cuidadoso do retalho mucoperiósteal, pode-se observar que a área receptora para o material apresentava um defeito ósseo significativo, com isso se fez necessário a ampliação da região com o uso de uma lâmina de bisturi número 15c para a liberação de fibras elásticas do tecido mole ganhando amplitude do movimento do tecido e facilitando a deposição do osso. O enxerto ósseo utilizado foi preparado conforme as recomendações do fabricante e acondicionadas no leito do receptor (Imagem 10). Após o posicionamento do biomaterial, ao tentar a fixação da malha de titânio, verificou-se que a ancoragem óssea não era suficiente para garantir a estabilidade necessária. A baixa resistência óssea impediu a adequada retenção dos parafusos, gerando risco a imobilização do enxerto, e possível falha na osseointegração. Diante dessa situação, optou-se por não fixar a malha de titânio com os parafusos, utilizando-a sobre o material depositado com intenção de estabilizar o enxerto ósseo através de sutura fazendo uso de pontos simples, buscando assegurar sua conservação e o reposicionamento do retalho

aproximando os tecidos moles (Imagem 11).

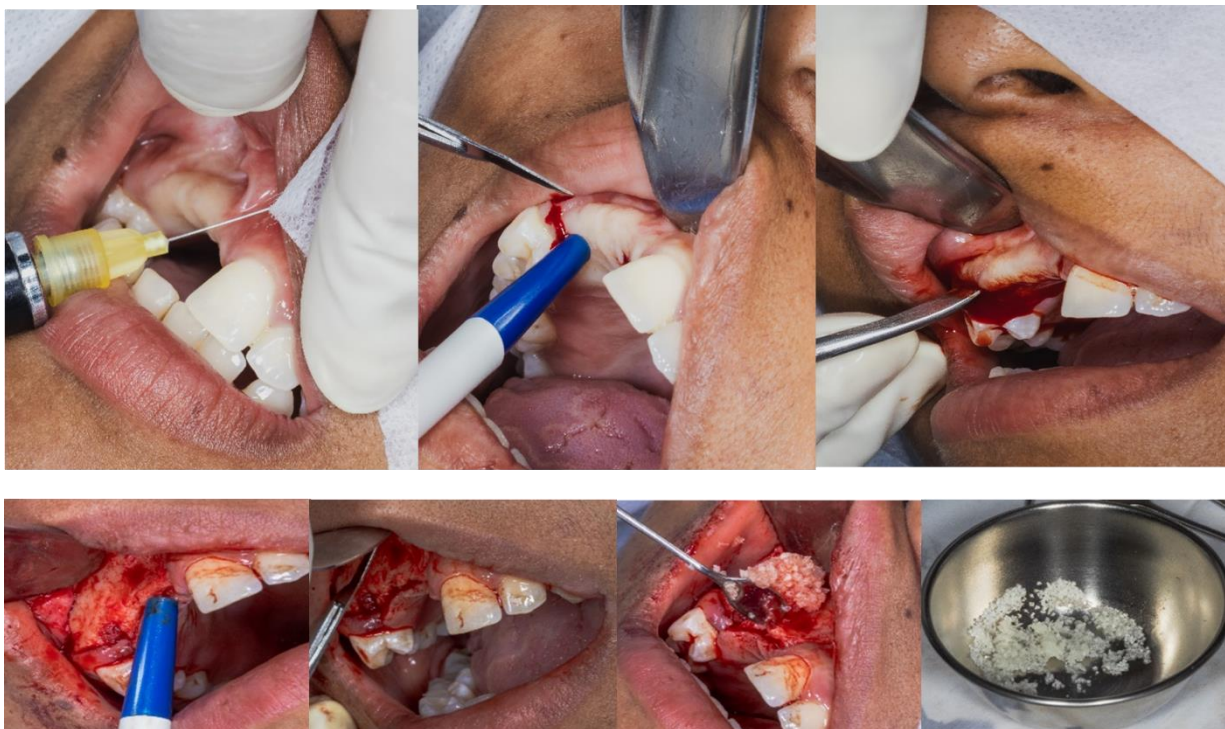


Imagem 10. Procedimento cirúrgico para enxerto xenógeno.
Imagens realizadas gentilmente pelo professor Henrique Ruella Torres (Março,2025)



Imagem 11. Utilização da malha de titânio sem ancoragem.
Imagens realizadas gentilmente pelo professor Henrique Ruella Torres (Março,2025)

Após o reposicionamento do retalho e sutura, a paciente recebeu prescrição medicamentosa pós-operatória para analgesia com Dipirona 4g diárias, Ibuprofeno 2400mg diárias, e antibioticoterapia com Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potássio 125mg a cada oito horas, durante sete dias, além do controle de biofilme com gluconato de clorexidina 0,12% por 7 dias. Também foram passadas as orientações quanto à

higiene oral e dieta. Atualmente, a paciente segue em acompanhamento pós-operatório para monitoramento da cicatrização e integração do enxerto. Também foi realizado o escaneamento intraoral da maxila, utilizando-se o modelo Scanner Intraoral 3DS Runyes, com o objetivo de documentar a anatomia atual da região enxertada e auxiliar no planejamento das futuras etapas reabilitadoras. A paciente foi posicionada confortavelmente na cadeira odontológica, e, após isolamento relativo e secagem da área, o escaneamento foi iniciado, cobrindo toda a extensão da maxila, com atenção especial à região enxertada. (Imagem 12).

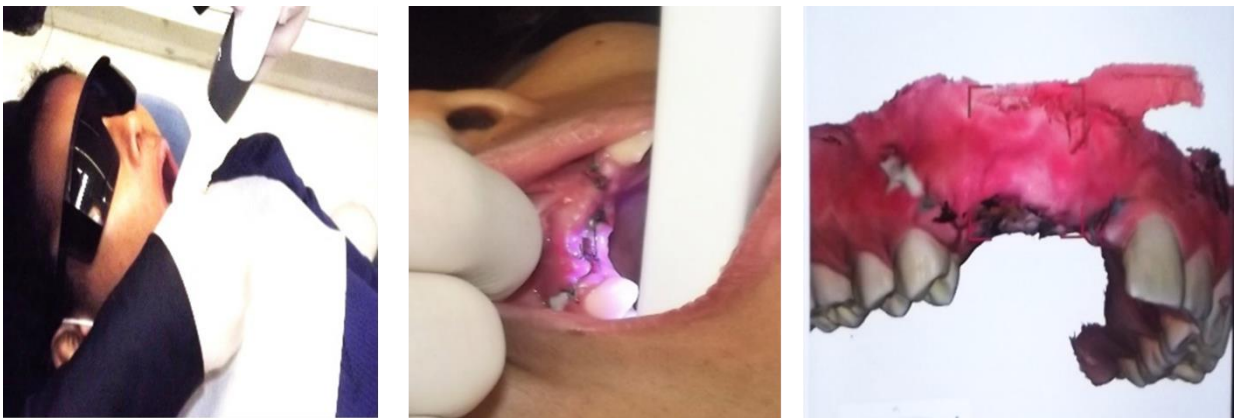


Imagem 12. Escaneamento Intraoral com Scanner 3DS Runyes

Após o escaneamento, a paciente foi submetida a reavaliações clínicas em curto prazo devido a sinais de complicações na cicatrização da área enxertada. A primeira reavaliação ocorreu no dia 01/04/2025, quando se observou abertura parcial do rebordo gengival, com leve exposição da malha de titânio. Diante desse quadro, optou-se por realizar nova sutura com o objetivo de reaproximar os bordos e proteger a área enxertada, visando favorecer a neoformação tecidual e prevenir contaminações. Na segunda reavaliação, realizada em 10/04/2025, constatou-se nova deiscência gengival, com exposição significativa da malha de titânio e sinais locais de inflamação. Posteriormente foi feita uma avaliação criteriosa, onde concluiu-se que a permanência da malha poderia comprometer o processo de regeneração óssea e a estabilidade do enxerto. Assim, foi realizada a remoção da malha de titânio, sob anestesia local e com todos os cuidados assépticos. O procedimento foi conduzido de forma minimamente invasiva, com remoção cuidadosa do biomaterial exposto, seguida de irrigação abundante da região e nova sutura para fechamento do tecido gengival.

A paciente foi novamente orientada quanto aos cuidados pós-operatórios, reforçando-se a importância da higiene oral e da dieta adequada para evitar novas

intercorrências. O acompanhamento contínuo foi mantido, visando a preservação do volume ósseo enxertado e a estabilidade do leito receptor para as futuras fases da reabilitação. (Imagem 13).



Imagem 13. Pós-operatório de 12, 22 e 30 dias.

Com os dados obtidos por meio do escaneamento intraoral da maxila, o arquivo digital foi exportado no formato STL (Standard Tessellation Language), amplamente utilizado em odontologia digital. Esse arquivo foi então importado para um software de modelagem 3D específico, que permitiu a geração de um modelo virtual preciso da arcada superior incluindo a área enxertada, utilizando-se do modelo de impressora 3D Creality Resina Halot R6. A partir desse modelo digital tridimensional, foi possível realizar uma avaliação detalhada da topografia óssea, contornos gengivais e volumes disponíveis para futuras intervenções protéticas ou cirúrgicas. O modelo 3D também proporciona uma visualização ampliada e interativa da região, favorecendo o diagnóstico, planejamento e simulações de diferentes abordagens reabilitadoras.

Com o modelo 3D digital finalizado e validado, foi possível dar início à confecção da prótese provisória com base nas condições anatômicas atuais da maxila. O desenho da prótese provisória considerou a preservação dos tecidos moles e a proteção da região enxertada, evitando sobrecargas ou interferências que pudessem comprometer a cicatrização óssea. Após a conclusão do design, a peça foi confeccionada pelo protético responsável da Clínica Escola de Odontologia da Unirg, utilizando-se de material escolhido, dentes de estoque números 13,12 e 11, resina acrílica de alta resistência e fio ortodôntico 7,0mm ideal para uso temporário em áreas estéticas. (Imagem 14).

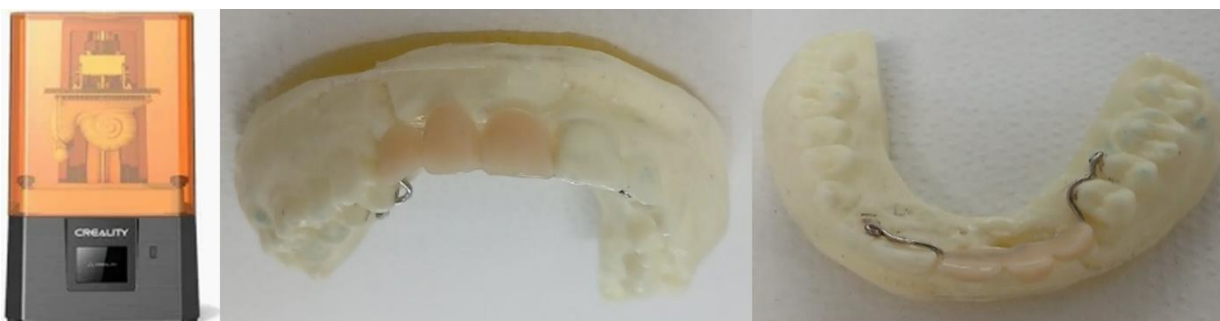


Imagem 14. A. Impressora 3D CreaLity Resina Halot R6; B e C. Modelo 3D e prótese provisória.

Após o período de acompanhamento e estabilidade clínica da região enxertada, foi realizada a instalação da prótese provisória. Antes da instalação, realizou-se uma avaliação clínica minuciosa da área receptora, confirmando a ausência de sinais inflamatórios, boa cicatrização dos tecidos moles e estabilidade óssea. A prótese foi testada em boca para verificação da adaptação marginal, pontos de contato, oclusão e estética, com pequenos ajustes realizados para garantir conforto e integração ao conjunto dentário. A fixação da prótese foi realizada por meio de técnica adesiva, com condicionamento ácido utilizando ácido fosfórico a 37% AllPrime®, seguido de aplicação de sistema adesivo Ambar Universal APS-FGM® e cimentação com resina composta fluida Opallis Flow® cor A3. Essa abordagem proporcionou uma excelente retenção da prótese, com vedamento adequado e boa estética. (Imagem 15).



Imagem 15. Imagens finais com a prótese parcial provisória instalada.

A paciente relatou conforto imediato com a reabilitação instalada, e o resultado estético foi considerado satisfatório, com restauração da função mastigatória, da fonética e da harmonia do sorriso. Orientações quanto à higiene oral, cuidados com a prótese e retorno para acompanhamento foram reforçadas, sendo programadas visitas de controle para avaliação da adaptação funcional e planejamentos futuros da reabilitação definitiva.

4. DISCUSSÃO

O presente artigo tem como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação estética e funcional após remoção de Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG) em maxila, abordando também aspectos clínico-cirúrgicos, epidemiológicos, diagnóstico diferencial e tratamentos sugeridos na literatura. Para isso, a discussão foi organizada em subtítulos que contemplam dados relevantes sobre o GCCG, com base na literatura recente, visando contribuir para o conhecimento da comunidade odontológica.

É frequente ainda a discussão a respeito da etiologia dessa lesão, pois enquanto alguns autores descrevem-na como uma resposta reacional advinda de processos traumáticos, outros tratam-na como uma neoplasia benigna, porém sua etiologia ainda permanece desconhecida (Adornato; Patricoff, 2001). A patologia é classificada como um tipo de tumor benigno não-odontogênico devido a seu caráter agressivo ocasional e sua inconstância, apresentando-se histologicamente como uma proliferação benigna de fibroblastos e células gigantes multinucleadas, ocorrendo na maioria das vezes nos ossos maxilares (Regezi; Sciubba; Jordan, 2013).

Segundo De Lange e Van den Akker (2005), a região mais afetada em maxila é a porção anterior, enquanto em mandíbula as regiões anterior e posterior apresentam praticamente a mesma prevalência. Devido às características da maxila e de sua cortical mais delgada, permite que a lesão se expanda com maior facilidade do que em relação à mandíbula (Rawashdeh; Bataineh; Al-Khateeb, 2006). De Lange e Van den Akker (2004) apontam que a incidência mundial de GCCG é aproximadamente de 1,1 casos a cada 1 milhão de pessoas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O GCCG é diagnosticado, muitas vezes, através de exames de radiografia rotineiros ou devido à assimetria por expansão óssea cortical (Goaz; White, 1994). O exame radiográfico ideal de escolha para definir extensão e localização da lesão é a

tomografia computadorizada (Gaspar et al., 2004). As lesões podem se apresentar radiograficamente como áreas hipodensas uni ou multiloculares, usualmente com margens bem definidas, além de variarem seu tamanho. O diagnóstico não deve ser baseado apenas em exames radiológicos, pois se assemelham a outras lesões patológicas, como é o caso de imagens multiloculares, as quais poderiam sugerir semelhanças com ameloblastoma (Regezi; Sciubba; Jordan, 2016), enquanto imagens uniloculares podem se assemelhar a lesões periapicais, como cistos e granulomas (Neville et al., 2016).

Os aspectos radiográficos dos GCCG não são patognomônicos, levando o profissional a propor uma série de hipóteses diagnósticas. Lesões iniciais podem aparentar uma imagem sugestiva de um cisto, e nas mais avançadas pode apresentar-se como uma lesão extensa com presença de septos, devido ao crescimento expansivo com ocupação das áreas ósseas adjacentes, criando uma aparência multilocular. A lesão pode envolver completamente as raízes dos dentes adjacentes, que ficam imersas no tecido patológico. Pode ocorrer também divergência das raízes dos dentes irrompidos e deslocamento dos não-irrompidos (Adornato e Paticoff, 2001).

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

O tratamento escolhido deve estar baseado nas características clínicas da lesão, seu comportamento e localização. Espera-se do tratamento cirúrgico que seja o mais conservador possível, com remoção mínima e adequada de tecido ósseo, ainda mais em casos de pacientes pediátricos (Kolomvos et al., 2013).

Rawashdeh, Bataineh e Al-Khateeb (2006) acreditam que a cirurgia é o padrão ouro do tratamento da GCCG, empregando-se ou não tratamentos adjuvantes, podendo ser desde uma osteotomia periférica até ressecções em bloco, causando diferentes graus de deformidade no paciente (perdas dentárias e parestesia). Segundo Adornato e Paticoff (2001) e De Lange, Van den Akker e Van den Berg (2007), o método cirúrgico mais tradicional é a curetagem agressiva. Deve-se atentar que o tratamento cirúrgico é muitas vezes escolhido após insucesso em casos de tratamento conservador.

Para o caso descrito nesse relato, optou-se pelo tratamento cirúrgico devido a extensão da lesão e as condições já estabelecidas pelas características presentes ao exame clínico, definindo um plano de tratamento direcionado a reabilitação através de enxerto ósseo xenógeno, plaquetas ricas em fibrina e leucócitos (L-PRF) e malha de titânio. Devido aos seus resultados confiáveis, morbidade reduzida e baixa

complicação, o osso xenógeno, usado para reconstruções ósseas, apresenta boa estabilidade a longo prazo devido à sua lenta reabsorção. (Alayan e Ivanovski, 2017; Carvalho et al., 2019).

A malha de titânio foi escolhida por apresentar características como fácil manuseio, permitindo a visualização tridimensional na reconstrução de grandes defeitos ósseos, tanto vertical quanto horizontalmente (Briguglio et al, 2019; Miyamoto et al, 2012; Gutta et al, 2009; Pieri et al, 2008). A Membrana de fibrina rica em plaquetas e Leucócitos (L-PRF) tem uma liberação lenta de fatores de crescimento, permitindo a melhoria de cicatrização de feridas e regeneração de tecidos (Najeeb et al, 2017).

REABILITAÇÃO

O presente relato de caso corrobora com a literatura para demonstrar que o ganho de osso em procedimentos de enxerto é possível, obtendo-se previsibilidade com menos complicações pós-operatórias, além de estabilidade para a instalação dos futuros implantes nas regiões operadas. Este achado também foi relatado por Briguglio et al (2019), que realizaram um estudo retrospectivo sobre a associação de enxertos xenógenos e autógenos com L-PRF para reconstrução de defeitos ósseos verticais e horizontais na maxila e mandíbula.

Os possíveis ganhos obtidos na remodelação óssea após o enxerto, possibilitaram uma reabilitação futura da paciente e mais adiante isso permitirá que o resultado final se torne mais estético e funcional, sendo provável minimizar o defeito ósseo e preparar a região para receber futuros implantes osseointegrados estabilizados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação estética e funcional após a remoção de um granuloma central de células gigantes na maxila representa um desafio clínico que exige uma abordagem multidisciplinar e um planejamento criterioso. No presente relato de caso, foi possível observar que, apesar da complexidade do tratamento, a utilização do enxerto ósseo xenógeno se mostrou uma alternativa viável para uma possível reconstrução da área acometida, proporcionando uma base adequada para futuras reabilitações protéticas ou implantares. O sucesso da reabilitação depende de fatores como a integração do enxerto, a saúde dos tecidos adjacentes e o acompanhamento contínuo do paciente para evitar complicações ou recidivas. Dessa forma, a intervenção cirúrgica associada

a um protocolo de reabilitação bem estruturado e acompanhamento constante possibilita não apenas a recuperação funcional, mas também a restauração da estética facial, promovendo uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Este estudo reforça a importância de um planejamento individualizado e do uso de biomateriais adequados para otimizar os resultados na reabilitação de pacientes submetidos à ressecção de lesões ósseas na região maxilar. O acompanhamento a longo prazo será essencial para avaliar a estabilidade do enxerto e a efetividade das etapas subsequentes da reabilitação, além das possíveis recidivas.

REFERÊNCIAS

ADORNATO, M. C.; PATICOFF, K. A. **Intralesional corticosteroid injection for treatment of central giant-cell granuloma.** The Journal of the American Dental Association, Chicago, v. 132, no. 2, p. 186-190, Feb. 2001.

ALAYAN, J.; IVANOVSKI, S. **A prospective controlled trial comparing xenograft/autogenous bone and collagen-stabilized xenograft for alveolar ridge preservation.** *Clinical Oral Implants Research*, v. 28, n. 7, p. 753–759, 2017.

DE LANGE, J. VAN DEN AKKER, H.; KLIP, H. **Incidence and disease-free survival after surgical therapy of central giant cell granulomas of the jaw in the Netherlands: 1990-1995.** *Head Neck*, New York, v. 26, no. 9, p. 792-795, Sept. 2004.

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, no. 4, p. 464-470, Apr. 2005.

DE LANGE, J.; VAN DEN AKKER, H. P.; VAN DEN BERG, H. **Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options.** *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, St. Louis, v. 104, no. 5, p. 603-615, Nov. 2007.

F. BRIGUGLIO, D. FALCOMATÀ, S. MARCONCINI, L. FIORILLO, R. BRIGUGLIO e D. FARRONATO, **“O uso de tela de titânio em regeneração óssea guiada: uma revisão sistemática”**, *International Revista de Odontologia*, vol. 2019, p. 8, 2019.

F. PIERI, G. CORINALDESI, M. FINI, NN ALDINI, R. GIARDINO e C. MARCHETTI, **“Aumento da crista alveolar com titânio malha e uma combinação de osso autógeno e inorgânico osso bovino: um estudo prospectivo de 2 anos”**, *Journal of Periodontology*, vol. 79, no. 11, pp. 2093–2103, 2008.

GASPAR, F. P. S., et al. **Granuloma reparativo de células gigantes dos seios etmoidal e maxilar.** *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 4, p. 555-560, ago. 2004.

GOAZ, P. W.; WHITE S. C. **Oral radiology: principles and interpretation.** 3. ed. Michigan: Mosby Company, 1994. 777 p

I. MIYAMOTO, K. FUNAKI, K. YAMAUCHI, T. KODAMA e T. TAKAHASHI, **“Reconstrução da crista alveolar com titânio malha e enxerto ósseo autógeno particulado: computadorizado avaliações baseadas em tomografia da qualidade óssea aumentada e quantidade”**, *Implantodontia Clínica e Afins Pesquisa*, vol. 14, n.º 2, pp. 304–311, 2012.

KOLOMVOS, N. et al. **Benign fibro-osseous lesions of the jaws in children. A 12-year retrospective study.** *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, Edinburgh, v. 41, no. 7, p. 574-580, Oct. 2013.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 928 p.

PH DE A. CARVALHO, G. DOS SANTOS TRENTA, LB MOURA, G. CUNHA, MAC GABRIELLI e VA PEREIRA-FILHO, “**Aumento da crista horizontal usando enxerto ósseo xenógeno** – revisão sistemática”, Cirurgia Oral e Maxilofacial, vol. 23, não. 3, pp. 271–279, 2019.

RAWASHDEH, M. A.; BATAINEH, A. B.; AL-KHATEEB, T. **Long-term clinical and radiological outcomes of surgical management of central giant cell granuloma of the maxilla.** International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Copenhagen, v. 35, no. 1, p. 60- 66, Jan. 2006.

REGEZI, JOSEPH A. **Patologia oral: correlações clinicopatológicas** / Joseph A. Regezi, James J. Sciubba, Richard C.K. Jordan; tradução Renata Tucci, Décio Santos. -- 7. ed. -- Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 496 p.

REGEZI, J.; SCIUBBA, J.; JORDAN, R. **Patologia oral: correlações clinicopatológicas.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 407 p.

R. GUTTA, RA BAKER, AA BARTOLUCCI e PJ LOUIS, “**Barreira membranas utilizadas para aumento de crista: existe uma solução ideal tamanho dos poros,**” Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, vol. 67, não. 6, pp. 1218–1225, 2009.

S. NAJEEB, Z. KHURSHID, MAS AGWAN, SA ANSARI, MS ZAFAR e JP MATINLINNA, “**Potencial regenerativo das plaquetas rico em fibrina (PRF) para cura de defeitos periodontais intraósseos: uma revisão sistemática de estudos clínicos**”, Engenharia de Tecidos e Medicina Regenerativa, vol. 14, n.º 6, pp. 735–742, 2017.