

Aspectos clínicos e cirúrgicos do tratamento do granuloma periférico de células gigantes: relato de caso clínico

Clinical and surgical features of the peripheral giant cell granuloma treatment: report of a case

Aspectos clínicos y quirúrgicos del tratamiento del granuloma central de células gigantes: reporte de caso clínico

Recebido: 29/09/2020 | Revisado: 06/10/2020 | Aceito: 07/10/2020 | Publicado: 08/10/2020

Palloma Gabrielly de Lima Cordeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4428-6285>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: pallomagabriellydelima@gmail.com

Maria Clara Serafim Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2726-1481>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: maria.serafim@souunit.com.br

Ricardo Viana Bessa Nogueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9776-6752>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: ricardo.bessa@foufal.ufal.br

Joedy Maria Costa Santa Rosa Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8486-0128>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: joedysantarosa@hotmail.com

Marcus Antônio Brêda Júnior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6515-472X>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: marcusbredajr@gmail.com

Resumo

Granuloma Periférico de Células Gigantes (GPCG), corresponde a uma das lesões mais comuns da cavidade oral, apresenta-se como uma lesão exofítica, sésil ou pediculada, de

consistência macia ou gelatinosa com coloração vermelha, roxo-azulada ou purpúrea, geralmente assintomática. Atualmente, o GPCG tem alta frequência em mulheres, na gengiva ou na crista alveolar mandibular, com preferência pela região molar. Sua etiopatogenia ainda não foi totalmente esclarecida, mas estima-se que tenha origem no tecido conjuntivo gengival ou no processo alveolar, relacionado a agentes locais irritantes, podendo estar correlacionada aos distúrbios hormonais. Para discernir do diagnóstico diferencial é solicitado alguns exames complementares como radiografia panorâmica e logo após a biópsia o exame histopatológico, sendo assim o tratamento ideal para GPCG é cirúrgico com prognóstico positivo. O objetivo do presente trabalho é relatar um caso de uma paciente do gênero feminino que apresenta GPCG na mucosa gengival, no rebordo mandibular e teve a lesão removida cirurgicamente com margens de segurança, associada a remoção de fatores irritantes.

Palavras-chave: Granuloma; Doenças maxilomandibulares; Cirurgia oral.

Abstract

Giant Cell Peripheral Granuloma (GPCG), corresponds to one of the most common lesions of the oral cavity, presenting as an exophytic lesion, sessile or pediculated, of soft or gelatinous consistency with red, purple – blue or purple coloration, usually asymptomatic. Currently, GPCG has a high frequency in women, in the gingiva or in the mandibular alveolar crest, with preference for the molar region. Its etiopathogenesis has not been fully clarified, but it is estimated to have its origin in the gingival connective tissue or in the alveolar process, related to local irritating agents. In order to discern the differential diagnosis, some complementary exams are requested, such as panoramic radiography and, shortly after the biopsy, the histopathological exam, thus the ideal treatment for GPCG is surgical with a positive prognosis. The aim of this study is to report a case of a female patient who has GPCG in the gingival mucosa, in the mandibular ridge and had the lesion surgically removed with safety margins, associated with the removal of irritating factors.

Keywords: Granuloma; Maxillomandibular diseases; Oral surgery.

Resumen

Granuloma periférico de células gigantes (GPCG), corresponde a una de las lesiones más frecuentes de la cavidad oral, presentándose como una lesión exofítica, sésil o pediculada, de consistencia blanda o gelatinosa con coloración roja, violeta-azul o violeta, habitualmente asintomática. Actualmente, el GPCG tiene una frecuencia alta en mujeres, en la encía o en la cresta alveolar mandibular, con preferencia por la región molar. Su etiopatogenia no ha sido

completamente aclarada, pero se estima que tiene su origen en el tejido conjuntivo gingival o en el proceso alveolar, relacionado con agentes irritantes locales. Para discernir el diagnóstico diferencial se solicitan algunos exámenes complementarios, como la radiografía panorámica y, poco después de la biopsia, el examen histopatológico, por lo que el tratamiento ideal para el GPCG es el quirúrgico con pronóstico positivo. El objetivo de este estudio es reportar el caso de una paciente que presenta GPCG en la mucosa gingival, en el reborde mandibular y a la que se le extirpó quirúrgicamente la lesión con márgenes de seguridad, asociado a la eliminación de factores irritantes.

Palabras clave: Granuloma; Enfermedades maxilomandibulares; Cirugía oral.

1. Introdução

O GPCG apresenta-se como uma lesão exofítica, benigna, que ocorre exclusivamente na cavidade oral, tem origem no tecido conjuntivo do periosteio ou no ligamento periodontal. Ocorrendo em resposta proliferativa anormal e reacional dos tecidos diante de uma irritação local ou a traumatismo crônico, no entanto, não é considerada uma neoplasia verdadeira (Fortes & Manhique, 2018).

Dentre os agentes etiológicos mais comuns dessas lesões, o trauma local é o principal, contudo outros também estão relacionados, como problemas periodontais severos (tártaro e gengivite), extrações recentes, restos radiculares, irritações por próteses dentárias e dentes mal posicionados ou fraturados, infecções crônicas, cirurgias periodontais, implantes ou obturações mal ajustadas (Nogueira et al., 2004).

Para um diagnóstico clínico preciso faz-se necessário a realização de exames complementares. A Radiografia panorâmica, por exemplo, permite que o cirurgião dentista esteja ciente da real situação da estrutura bucal do paciente e seguro dos procedimentos que devem ser realizados. Após a cirurgia, a solicitação do exame histopatológico deve auxiliar no entendimento da natureza, gravidade, extensão, evolução e lesão (Fortes & Manhique, 2018).

Clinicamente, o Granuloma periférico é visto como uma lesão de aspecto exofítico na mucosa gengival ou alveolar em regiões edêntulas, que pode ser séssil ou pediculada, de consistência macia ou gelatinosa de coloração vermelha, roxo-azulada ou purpúrea, geralmente assintomática, contendo na maioria das vezes vasos hemorrágicos e histórico de dor eventual, em razão do trauma exercido (provocando ulcerações). Estende-se de 2 a 3 cm de diâmetro, atingindo um ou mais dentes, apresentar ou não mobilidade e/ou deslocamento dentário (Fortes & Manhique, 2018).

Como diagnóstico diferencial sugere-se o granuloma piogênico, hemangioma, fibroma ossificante periférico, GCCG, tumor marrom do hiperparatireoidismo. O diagnóstico conclusivo pode ser baseado em exame histopatológico, no qual, nota-se uma proliferação não encapsulada de tecido, constituído por um estroma reticular e fibrilar com abundantes fibroblastos de formato ovóide ou fusiforme, células gigantes multinucleadas separadas do epitélio por uma banda composta por tecido conjuntivo; observando-se focos hemorrágicos com hemossiderina e também espículas com neoformação óssea ou tecido osteóide (Gomes et al., 2006).

O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica com margens de segurança e remoção do fator traumático. Nos casos de comprometimento do tecido ósseo subjacente, mostra-se necessário uma ampla curetagem, eliminando as chances de recidiva da lesão (Fortes & Manhique, 2018).

O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de uma paciente de 56 anos de idade com GCCG, sem nenhuma doença sistêmica, com propósito de contribuir com a literatura, ampliando assim os conhecimentos científicos.

2. Metodologia

Se trata de uma revisão de literatura descritiva associada a relato de caso. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Medline, por meio de busca no PubMed, e LILACS. Para realizar tal pesquisa foram utilizados os Descritores em Ciência da Saúde (DECS), e foram pesquisados e selecionados artigos publicados entre os anos de 2004 e 2020, que apresentassem relevância científica e semelhança com o caso descrito, abordando a mesma temática, o critério de inclusão texto completo, foi utilizado.

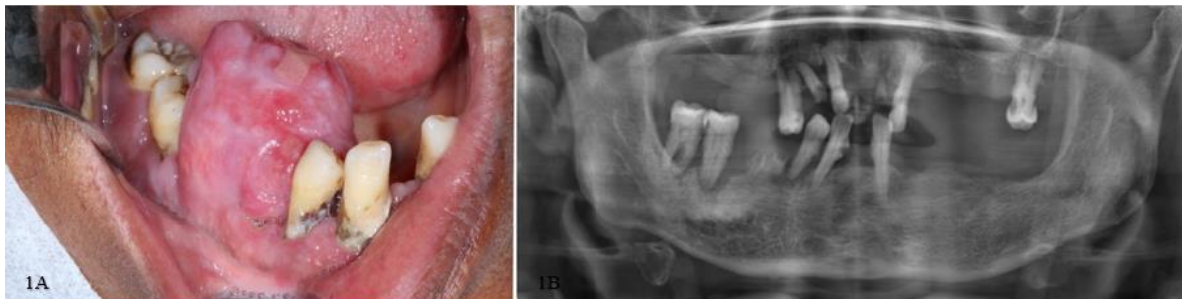
Por se tratar de um Relato de Caso Clínico, não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. No que concerne às implicações éticas, a paciente assinou o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) autorizando o uso de imagens e divulgação de dados clínicos referentes ao caso estudado para fins educativos e de pesquisa.

3. Relato de Caso

Paciente do gênero feminino, melanoderma, 56 anos, foi encaminhada para um centro de especialidades odontológicas relatando queixa de aumento de volume em boca localizada no rebordo alveolar mandibular direito. Durante a anamnese, a paciente referia um tempo de

evolução de aproximadamente sete meses, negou história de doença sistêmica anterior presente ou internação hospitalar prévia, e não relatou nenhum histórico de trauma associado à região da mandibular. Ao exame clínico intrabucal, a paciente apresentava aumento de volume evidente em rebordo alveolar direito, associado a região dos dentes 43 ao 46, com a lesão apresentando aspecto exofítico com áreas de ulceração e de hiperqueratose e mostrando de consistência fibrosa à palpação. Os dentes envolvidos apresentavam doença periodontal severa, mobilidade grau III, lesões cáries e a higiene bucal da paciente era precária (Figura 1A).

Figura 1. A. Aspecto inicial da lesão ao exame clínico intra-oral (aspecto exofítico com áreas de ulceração e de hiperqueratose). B. Radiografia panorâmica inicial.



Fonte: Imagem do Autor.

Através do exame clínico e também radiográfico (Figura 1B), visualizou-se o principal fator do trauma: contato prematuro do dente 13 por extrusão com os dentes antagonistas na lesão, associado a raiz residual (elemento 46) e a presença de cálculos dentais em múltiplos dentes, com migração dental. A hipótese diagnóstica inicial foi de fibroma, ou LPCG, e desta forma, foi indicada a biópsia excisional.

No dia da cirurgia, a paciente foi anestesiada com lidocaína a 2% com Epinefrina 1:100.000 usando a técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior e técnica complementar em rebordo alveolar. Primeiramente foi extraído o elemento 43, depois foi realizada incisão em fundo de sulco mandibular na área compreendida entre o dente 43 até o trígono retro-molar direito. Após a divulsão tecidual, deparou-se com osso cortical de fina espessura em toda a extensão da lesão (Figura 2A). Concomitantemente, a região apresentou-se bastante sangrante e com certa dificuldade em realizar a hemostasia. A hemostasia foi realizada com compressão da região. Após a criteriosa remoção do tecido granulomatoso, debridou-se as margens ósseas do local e irrigou abundantemente, com soro fisiológico. Realizou-se sutura contínua com fio de nylon 4-0 (Technofil, SP, Brasil). (Figura 2 B).

Figura 2. A. Incisão em fundo de sulco mandibular envolvendo região do elemento 43 ao 47. B. Sutura contínua com fio de nylon 4-0 (Technofil). C. Remoção da lesão e elementos dentários envolvidos.

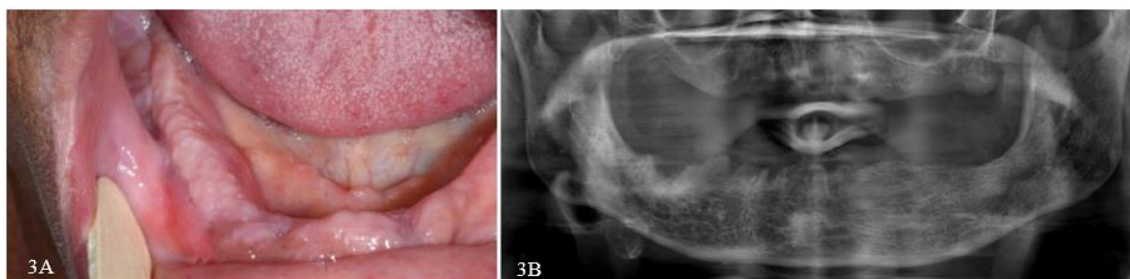


Fonte: Imagem do Autor.

A paciente recebeu alta com as orientações pós-operatórias padrões e foi prescrito Nimesulida 100 mg (1 comprimido de 12/12 horas por 3 dias), Dipirona 500 mg (1 comprimido de 6/6 horas por 2 dias) e Digluconato de Clorexidina 0,12% bochecho 2x dia.

O espécime foi encaminhado ao exame anátomo-patológico. A microscopia revelou fragmentos de mucosa revestidos por epitélio estratificado pavimentoso ceratinizado. A lâmina própria subjacente apresenta intenso infiltrado de inflamação crônica e células gigantes multinucleadas. Após 7 dias, a paciente retornou para controle pós-operatório e remoção da sutura, no qual notou-se melhora considerável no aspecto inicial da região e ótima cicatrização intrabucal. Observou-se bom contorno mandibular e ausência de fístula ou deiscência de sutura (Figura 3A).

Figura 3. A. Controle pós-operatório e remoção da sutura. B Aspecto radiográfico no acompanhamento de 1 mês.



Fonte: Imagem do Autor.

Após um mês de pós-cirúrgico, foi solicitada nova radiografia panorâmica, na qual se percebe o rebordo edêntulo sem alteração óssea e em franco processo de reparo (figura 3B). O caso encontra-se em acompanhamento.

4. Discussão

O granuloma periférico de células gigantes (GPCG) conta por uma grande parte dos processos proliferativos não-neoplásicos do tecido conjuntivo. Este trabalho procurou relatar o caso de uma paciente com um GPCG, e desta forma, a relevância do conhecimento sobre este tipo de lesão, além de abordar a importância do diagnóstico diferencial pertinente a lesões similares. Em 1953, foi mencionado pela primeira vez o termo granuloma reparador de células gigantes, em duas localizações: no tecido ósseo, granuloma central e, no tecido conjuntivo gengival, granuloma periférico (França et al., 2010). Sua etiopatogenia ainda é incerta, autores relatam ser uma enfermidade de origem benigna, proliferativa, de característica reacional do tecido conjuntivo fibroso ou do periósteo, sendo uma lesão exclusiva de tecidos moles (Fortes et al., 2018).

Epidemiologicamente, esta lesão pode acometer indivíduos de qualquer idade, no entanto, sendo frequentes entre a 3^o e a 6^o década de vida (França et al., 2010; Fortes et al., 2018). Apresentam uma maior predileção pelo gênero feminino (frequência de 53%) e o local mais afetado é a mandíbula, no tocante ao rebordo alveolar (53%), comumente em região posterior (73%) (Vallejo & Tanimoto, 2017). Em comparação ao gênero masculino, as mulheres, também, são mais afetadas com lesões mais extensas (Nogueira et al., 2004; Cardoso et al., 2011; Valentine & Nelson., 2011). Como observado no caso exposto no presente trabalho.

Seu surgimento provavelmente parte de uma reação proliferativa anormal e reacional dos tecidos diante de alguma agressão local seguida por traumatismo crônico, com origem no tecido conjuntivo do periósteo ou no ligamento periodontal (Cardoso et al., 2011). Algumas condições traumáticas podem desencadear o desenvolvimento desta lesão, como nos casos de doenças periodontais severas (presença de tártaro e gengivite), dentes mal posicionados, trauma de oclusão, fraturas, implantes, restaurações com mal adaptação, extrações recentes, presença de infecções dentárias ou restos radiculares (Fortes et al., 2018; Gomes et al., 2006; Valentine & Nelson., 2011). Conforme observado no caso relatado, a região mandibular direita da paciente sofria constantemente de trauma mastigatório oriundo do dente 13, além de apresentar resto radicular e doença periodontal.

O Granuloma periférico é visto como uma lesão de crescimento nodular gengival exofítico, geralmente de coloração vermelha-escura ou vermelha-azulada, causada devido ao depósito de hemossiderina e hematoidina na periferia da lesão (Fortes et al., 2018; Cardoso et al., 2011). Possuindo uma base séssil ou pediculada e seu exterior apresenta aspecto liso e

brilhante, dor e parestesia podem ser relatados, devido a ulceração da mucosa bucal pertinente a lesão subjacente (França et al., 2010; Corso et al., 2012). Além disso, encontra-se hemorragia intersticial abundante em toda extensão da lesão, resultante na deposição de pigmento de hemossiderina, localizada em sua periferia. Em muitos casos, pode apresentar-se revestida por epitélio estratificado pavimentoso hiperplásico, paraqueratinizado com intensa exocitose e resquícios de tecido mineralizado (Vallejo & Tanimoto, 2017).

Apesar de o GPCG ser uma lesão desenvolvida dentro dos tecidos moles, em alguns casos, áreas com reabsorção óssea em formato de taça, por consequência da compressão exercida pela lesão, podem ser observados, como no caso relatado (França et al., 2010; Fortes et al., 2018; Vallejo & Tanimoto, 2017). Contrário ao GCCG, na qual, imagens radiográficas se tornam fator decisivo de diagnóstico, durante o GPCG, achados radiográficos em muitos casos, são ausentes ou irrelevantes, uma vez que a lesão acomete tecidos moles. Radiograficamente o que se observa são pontos radiopacos no interior da lesão, indicando pontos de calcificação, erosão do osso subjacente, ou até áreas de reabsorção do osso alveolar (França et al., 2010; Fortes et al., 2018; Valentine & Nelson, 2011). Demonstrando limites regulares, com discretas trabéculas, espículas ósseas, e áreas irregulares ocasionadas por traumas (Vallejo & Tanimoto, 2017).

Muitas lesões benignas dos maxilares apresentam-se indistinguíveis em análise histopatológica, como no caso das "lesões de células gigantes", que pode ser observado em relatos de GCCG, cisto ósseo aneurismático, e o tumor marrom do hiperparatireoidismo. Para o diagnóstico conclusivo deve-se unir aos achados histopatológicos, um detalhado exame clínico e radiográfico, como feito no caso exposto, levando-se em consideração a localização periosteal em GPCG, ou endosteal no GCCG, além de investigações relativas a traumas nos casos de suspeita de cisto ósseo aneurismático ou do próprio GPCP, seguidos de exames bioquímicos para análise de desordens endócrinas em suspeitas de hiperparatireoidismo (França et al., 2010).

Artigos relatam grande dificuldade na diferenciação entre granuloma periférico e central de células gigantes, nos casos em que existe rompimento da tábua cortical com seguinte invasão dos tecidos moles (Cardoso et al., 2011; França et al., 2010). Além da grande dificuldade de diagnóstico clínico nos casos em que ocorre granuloma piogênico e granuloma periférico, pois sua etiologia, e aspectos clínicos costumam ser semelhantes, causando dúvidas ao cirurgião. Embora o GPCG seja ocasionalmente mais azul-arroxeadado, quando comparado ao vermelho-brilhante de um granuloma piogênico típico, necessitando de exames histopatológicos para diagnóstico conclusivo da lesão (França et al., 2010).

O diagnóstico diferencial do GPCG também deve incluir as seguintes lesões: fibroma ossificante periférico, hiperplasia fibrosa inflamatória, fibroma odontogênico periférico, hemangioma cavernoso, fibroma gengival, fibrossarcomas e até metástases de tumores (Cardoso et al., 2011). A literatura também relata que o GPCG poderia estar relacionado com algumas doenças sistêmicas, citando o hiperparatireoidismo, neutropenia e doença de Paget, como exemplos (França et al., 2010). No caso apresentado, a presença da lesão não foi correlacionada a nenhuma doença sistêmica de base.

Diante disso, as opções de tratamento preconizadas para o GPCG, variam conforme o caso, dependendo das características observadas e do desenvolvimento da lesão (Orzechowski et al., 2012). Alguns fatores são levados em consideração diante do seu tratamento, como a localização e extensão da lesão, a proximidade com áreas nobres, a idade do paciente, e suas condições sistêmicas, no intuito de determinar a melhor conduta de tratamento (Avenidaño et al., 2005). Em maior parte dos casos a remoção cirúrgica com margem de segurança é o tratamento de eleição (Fortes et al., 2018; França et al., 2010; Vallejo & Tanimoto, 2017). Sendo assim, o tratamento de escolha neste caso, consistindo na eliminação do fator irritante com conseqüente preservação da área afetada.

A forma de remoção da lesão pode variar de acordo com cada caso, algumas das formas relatadas são feitas com o uso do bisturi frio como relatado no caso, ou laser de CO₂ na potência de 5W. Não há diferenças na literatura entre a realização da excisão com bisturi frio ou com laser de CO₂, no entanto, a utilização do laser de CO₂ demonstra um menor sangramento intra-operatório e esterilização da ferida, além de proporcionar maior conforto ao paciente por não necessitar de sutura, no entanto, apresentaria uma limitação diante de lesões que afetam osso adjacente, necessitando assim de uma curetagem cirúrgica completa. Outra forma de remoção da lesão, poderia ser feita com uso do bisturi elétrico, com objetivo de reduzir o risco de sangramento durante o procedimento (Brinhole et al., 2006).

O correto diagnóstico e tratamento da lesão culminaram em resultados satisfatórios e completa resolução do caso, sem indícios de recidivas. O acompanhamento semestral pós-operatório clínico e radiográfico da paciente não demonstrou qualquer evidência de recidiva local, por ser uma lesão benigna, o prognóstico é sempre favorável, visto que, além da remoção da lesão de forma cirúrgica, houve a supressão do fator etiológico irritante responsável, o caso da paciente relatado encontra-se em preservação.

5. Considerações Finais

Diante do correto diagnóstico, o GPCG costuma apresentar excelente prognóstico e altas taxas de sucesso, no entanto, é necessário que além da completa remoção da lesão, seja removido o fator irritante local, precursor de tal enfermidade.

Dessa maneira, atenta-se para a importância do cirurgião-dentista ao correto diagnóstico frente ao caso e, conseqüentemente, na elaboração do melhor plano de tratamento. Além de amplo domínio das técnicas cirúrgicas e adequada preservação do caso.

Referências

Avendaño, A. V. C., Aytés, L. B., & Escoda, C. G. (2005). Granuloma periférico de células gigantes: A propósito de 5 casos y revisión de la literatura. *Revista Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 10(1), 41-47.

Brinhole, M. C. P., Giovanni, E. M., Teixeira, R., Bezerra, J., Melo, J. A. J. D. (2006). Lesão de células gigantes periférica: Relato de caso. *Revista Instituto Ciência e Saúde*, 24(2), 145-8.

Cardoso, C. L., Tolentino, E. D. S., Marques, V. R., Júnior, O. F., & Taveira, L. A. D. A. (2011). Lesão periférica de células gigantes recorrente: relato de caso. *Revista Odontologia Clínico-Científica*, 10(1), 95-98.

Corso, P. F. C. L., Nascimento, L. C., Rebelatto N. L. B., Sassi, L. M., & Moraes, R. S. (2012). Tratamento de Lesão Central de Células Gigantes Redicivante: relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 12(3), 73-78.

França, D. C. C., André N. V., Lessi, M. A. A., Reis. G., & Aguiar S. M. H. C. A. (2010). Granuloma periférico de células gigantes: relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 10(3), 29-32.

Fortes, N. B. R., & Manhique, B. (2018). Granuloma periférico de células gigantes – Relato de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 59(4), 225-230.

Gomes, A. C. A., Silva, E. D. D. O., Avela. R. L., Santos, T. D. S., & Andrade, E. S. D. S. (2006). Lesão de células gigantes: um estudo retrospectivo de 58 casos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 7(2), 83-88.

Nogueira, R. L. M., Cavalcante, R. B., Carvalho, A. C. G. S., & Costa, F. W. G. (2004). Lesão de células Gigantes: Um estudo do diagnóstico diferencial em 04 casos clínicos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 4(2), 81-89.

Orzechowski, P. R., Takashima, M., Romeiro, R. L., Santana, J. B., & Campos, M. S. (2012). Granuloma Central de Células Gigantes: Relato de Caso Clínico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 12(4), 81-89.

Trento, C. L., Castro, E. V. F. L., Hernandez, F. T., Veltrini, V. V., Castro, A. L., França, C. C. (2020). Lesão de células gigantes central: relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 9(4), 39-44.

Valentine, J. C., & Nelson, B. L. (2011) Lesão central de células gigantes. *Revista Cabeça Pescoço Pathol*, 5(4), 385-388.

Vallejo, P. H. C., & Tanimoto, H. M. (2017). Granuloma Periférico de Células Gigantes: Revisão da Literatura. *Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário da FEB*, 13(2), 87-94.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Maria Clara Serafim Rocha– 50%

Palloma Gabrielly de Lima Cordeiro – 50%