

Granuloma Periférico de Células Gigantes: Relato de caso com acompanhamento de 2 anos

Peripheral Giant Cell Granuloma: Case report with 2-year follow-up

Diurianne C. C. FRANÇA¹; Nicolas V. ANDRÉ²; Murilo A. A. LESSI²; Gicelma S. S. REIS²; Sandra M. H. C. A. AGUIAR³

1-Pós-graduanda (Doutorado) em Odontopediatria – Unesp/Araçatuba. Professora da Disciplina de Diagnóstico em Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, Estomatologista do CEOPE – Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais.

2-Graduandos em Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande – Univag.

3-Professora Adjunto do Departamento de Clínica Infantil e Social, Universidade Paulista Júlio Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp.

RESUMO

O granuloma periférico de células gigantes (GPCG) é definido como uma enfermidade benigna, de etiopatogênese incerta, proliferativa e reacional do tecido conjuntivo fibroso ou do perioste, que se caracteriza histologicamente pela presença de células gigantes multinucleadas. O objetivo deste artigo é relatar um caso de GPCG em mulher branca, de 56 anos, apresentando nódulo sangrante ao toque, coloração vermelha com pequenas áreas esbranquiçadas e áreas ulceradas, limites definidos, consistência resiliente, base pediculada, com 2,0 cm diâmetro, assintomática, circundando o dente 38, que se apre-

sentava com mobilidade. Radiograficamente observou-se perda óssea significativa em região do dente 38, cujo diagnóstico inicial foi de granuloma piogênico. O diagnóstico definitivo foi obtido após biópsia excisional em cuja análise microscópica se identificou presença de células gigantes multinucleadas. O acompanhamento clínico pós-operatório evidenciou favorável reparação cicatricial da área operada, sem recidiva após 2 anos de acompanhamento.

PALAVRAS-CHAVE: Tumores de células gigantes, granuloma de células gigantes, mandíbula.

INTRODUÇÃO

O granuloma periférico de células gigantes (GPCG) é definido como uma enfermidade benigna, de etiopatogênese incerta, proliferativa e reacional do tecido conjuntivo fibroso ou do perioste, que acomete considerável parcela da população em geral, quando comparada às outras lesões proliferativas não-neoplásicas da boca¹. Pertencem a este grupo, a hiperplasia fibrosa inflamatória, as fibromatoses gengivais, o granuloma piogênico e o GPCG, este último definido pela presença de células gigantes no estroma de lesões gengivais^{2,3}.

Algumas lesões benignas dos maxilares apresentam-se indistinguíveis à análise histopatológica, como no caso das “lesões de células gigantes”, envolvendo o GPCG, o granuloma central de células gigantes (GCCG), cisto ósseo aneurismático, querubismo e o tumor marrom do hiperparatireoidismo e que, devido aos achados histopatológicos comuns das mesmas, o diagnóstico definitivo deve estar associado aos aspectos clínico/radiográficos; localização periosteal em GPCG, ou endosteal no GCCG; história de trauma sugerindo cisto ósseo aneurismático e exames bioquímicos na pesquisa de alterações endócrinas confirmando ou não hiperparatireoidismo^{3,5}.

O GPCG ocorre geralmente após um trauma ou irritação local, tendo como fatores predisponentes ao seu desenvolvimento a presença de raízes residuais, próteses e restaurações mal

adaptadas, placa e cálculos dentais, periodontite e implantes⁴. São mais comuns em gengiva inserida e mucosa alveolar, caracterizam-se por crescimento gengival exofítico de coloração vermelho-escura, de base sésil ou pediculada, apresentando diferentes dimensões e podendo causar o deslocamento dos dentes adjacentes^{6,7}.

Ocorre em todas as idades, sendo mais frequente entre a terceira e a sexta décadas de vida, principalmente em mulheres, com tamanho variando entre 0,5 e 1,5 cm⁸.

Radiograficamente não se observam áreas nítidas de envolvimento, restringindo-se a observação de discretas áreas de reabsorção óssea em forma de taça, provavelmente pela compressão exercida pela lesão⁹. O acentuado potencial de crescimento pode levar à erosão do osso subjacente ou mesmo a uma reabsorção do osso alveolar¹⁰. Essa característica pode dificultar a diferenciação entre granuloma periférico e central de células gigantes, principalmente quando do rompimento da tábua cortical e invasão dos tecidos moles gengivais². Outra dificuldade diagnóstica ocorre entre granuloma piogênico (GP) e GPCG, devido às similaridades da etiopatogenia e características clínico-radiográficas. O diagnóstico definitivo nesses casos é baseado no exame histopatológico, onde no GPCG constata-se a presença de um estroma de tecido conjuntivo contendo numerosas células jovens ovóides ou fusiformes e células gigantes multinucleadas, focos de hemorragia e, mais frequentemente espículas neofor-

madras de osso ou tecido osteóide^{9,11}.

O tratamento indicado é a excisão cirúrgica e eliminação do fator irritante com conseqüente acompanhamento da área. Em casos de comprometimento do tecido ósseo subjacente, uma curetagem ampla se faz necessária, para que não haja recidivas^{1,5}.

É objetivo deste trabalho relatar um caso de GPCG, abordando suas características clínicas, radiográficas e histológicas, contribuindo com a literatura científica a fim de ampliar o conhecimento dos cirurgiões dentistas a respeito desta patologia.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente sexo feminino, 56 anos de idade, raça branca, procurou atendimento odontológico em um centro de referência especializado em Cuiabá/MT, apresentando como queixa principal aumento tecidual em região retromolar esquerda, com evolução de 1 mês. Na história médica relatou hipertensão arterial, fazendo uso de captopril 25mg, porém apresentava-se descompensada no momento da consulta com pressão arterial de 180 / 120 mmHg, mesmo em uso da medicação. Foram administrados captopril 25mg e Enalapril 20mg, para compensação do quadro hipertensivo e encaminhamento ao cardiologista para reavaliação. No exame físico extrabucal, observou-se assimetria facial em região de ramo mandibular esquerdo, e intrabucalmente nódulo sangrante ao toque, de base pediculada, 2,0 cm diâmetro, coloração vermelha com pequenas áreas esbranquiçadas e áreas ulceradas, com limites definidos, de consistência resiliente, assintomática, circundando o dente 38, que se apresentava com mobilidade (figura 1). A hipótese diagnóstica foi de granuloma piogênico. Solicitou-se exames complementares como hemograma completo, risco cirúrgico, radiografia panorâmica, oclusal e periapical. Na radiografia panorâmica observaram-se áreas de reabsorção óssea na região do dente 38, provavelmente pela compressão exercida pela lesão e imagem radiopaca discreta envolvendo o elemento em questão sugerindo proliferação de tecido mole (figura 2). Diante do histórico da lesão e dos aspectos clínicos e radiográficos evidenciados, levantou-se como hipótese diagnóstica inicial o granuloma piogênico ou o GPCG.

O tratamento de eleição foi a exérese da lesão com margem de segurança associada à exodontia do terceiro molar inferior direito, que apresentava-se com grande quantidade de cálculo e extensa perda óssea devido à doença periodontal. Este possivelmente foi o fator irritante local além do trauma oclusal. Executou-se raspagem da tábua óssea, seguida de sutura para cicatrização por primeira intenção. Os procedimentos foram realizados em ambiente cirúrgico sob monitoramento contínuo e sedação intravenosa, após 10 dias de acompanhamento e estabilização do quadro hipertensivo, por sugestão do médico cardiologista.

O exame histopatológico da peça revelou mucosa recoberta por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com exocitose, acantose e ulceração. Na lâmina própria observou-se intensa celularidade; infiltrado inflamatório crônico inespecífico e células gigantes multinucleadas, estas últimas conclusivas para o diagnóstico de GPCG (figura 3).



Figura 1. Aspecto intrabucal evidenciando nódulo avermelhado circundando o dente 38.

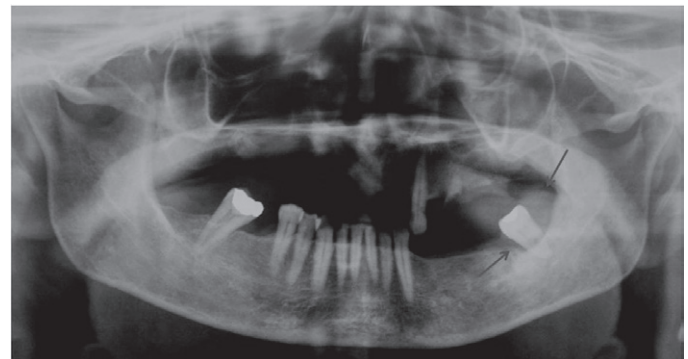


Figura 2. Radiografia panorâmica demonstrando reabsorção óssea e imagem radiopaca discreta envolvendo o dente 38 sugerindo proliferação de tecido mole.

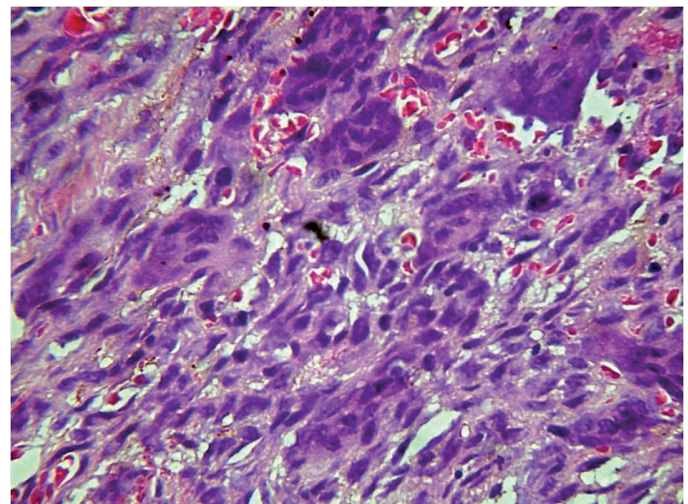


Figura 3. Tecido conjuntivo bastante celularizado, presença de células gigantes multinucleadas e vasos sanguíneos com hemácias no interior. (H.E. - aumento aproximado 40X)

Após 2 anos de acompanhamento do caso, verificou-se, na região do dente 38, gengiva e rebordo alveolar com características de normalidade (figura 4). Radiograficamente observou-se completa reparação óssea alveolar da área operada não apresentando evidências que sugiram recidiva da lesão (figura 5). A paciente foi encaminhada para tratamento cirúrgico-reabilitador.

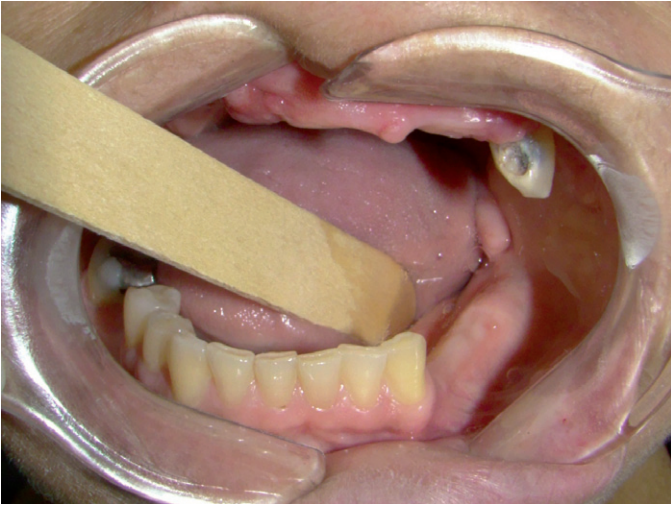


Figura 4. Aspecto intrabucal após 2 anos de acompanhamento

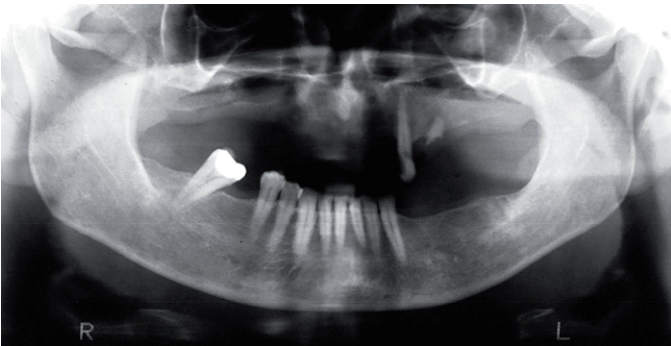


Figura 5. Radiografia panorâmica mostrando, na região do dente 38, aspectos de normalidade

DISCUSSÃO

O GPCG é a lesão de células gigantes mais comum dos maxilares, sendo lesão reacional de etiologia desconhecida, provavelmente associada a uma irritação local crônica provocada por cálculo subgengival, restaurações e próteses mal-adaptadas^{4,12}, o que assemelha ao caso, visto que a paciente usava uma prótese parcial removível na região da lesão e apresentava cálculo no dente envolvido.

Os exames de imagem mostraram áreas de reabsorção óssea na região do dente 38, provavelmente pela compressão exercida pela lesão. Baseados nos achados clínico-radiográficos, e fundamentados pela literatura, Petris *et al.*¹³ (2008) optaram pelo diagnóstico clínico de GP. Concordamos com Castro *et al.*⁹ (2007), Resende *et al.*¹⁰ (2007) e Falaschini *et al.*¹⁴ (2007) que relatam dificuldade em distinguir o GPCG do GP somente com as características clínicas e radiográficas. As diferenças são discretas e o exame histopatológico é necessário para o diagnóstico conclusivo de GPCG, visto que não há características patognomônicas para diferenciá-las^{7,11}.

De acordo com a maioria dos autores referenciados, a predileção da lesão é pelo sexo feminino, região mandibular, sendo o fator idade mais variável, entre a terceira e sexta décadas de vida^{1,2,6,8,9}, características essas confirmadas no caso relatado, porém, discordando do trabalho de Gomes *et al.*² (2007) que mos-

traram maior ocorrência em maxila e o de Resende³ (2007) onde as lesões ocorreram mais em homens.

A localização habitual para GPCG é o tecido gengival em região pré-molar e a crista do rebordo desdentado. Raramente é encontrado na mucosa, que não está ligada ao osso, sendo mais comum do que o GCCG numa proporção aproximada de 3:1¹⁴.

Fortes *et al.*⁷ (2002) analisando 117 casos de GPCG confirmaram que esta é uma lesão quase exclusivamente de gengiva e rebordo alveolar, de base pediculada e cor predominante vermelho rosado, concordando com os nossos achados clínicos.

Optou-se pela exodontia do elemento 38 por apresentar-se com mobilidade e perda óssea horizontal significativa, além da enucleação da lesão e de seus bordos seguida de curetagem da loja óssea, assim como sugerem os autores^{1,4,6,9}. A técnica adequada de curetagem é importante para evitar recidivas onde as taxas variam entre 4,9% e 9,8% dos casos¹.

As características comuns observadas na descrição microscópica dos espécimes corroboram com a literatura, onde observou-se proliferação de células gigantes multinucleadas em meio a células fusiformes de tecido conjuntivo¹⁵, confirmando diagnóstico de GPCG.

A paciente continua em acompanhamento de dois anos, não apresentando recidiva da lesão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento dos cirurgiões dentistas a respeito das características clínicas, radiográficas e histológicas dessa patologia, é de fundamental importância visto que o correto diagnóstico é fator imprescindível para se obter sucesso no tratamento além da realização de reavaliação clínica e radiográfica no acompanhamento do caso, pois existe possibilidade de recidiva.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o empenho e a dedicação dos professores Dr. Arlindo Tadeu Teixeira Aburad pela cedência das imagens do exame histopatológico utilizada neste artigo e ao Dr. João Milanez Moreira Junior pela realização da cirurgia.

REFERÊNCIAS

01. De Carli JP, Silva SO, Paza A. Lesão de células gigantes periférica: revisão de literatura e relato de um caso recidivante. Rev Odontol Araçatuba 2006;27(1):19-24.
02. Gomes ACA, Silva EDO, Avelar RL, Santos TS, Andrade ESS. Lesão de células gigantes: um estudo retrospectivo de 58 casos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial 2007;7(2):83-8.
03. Resende CRS. Granuloma periférico de células gigantes: imunohistoquímica Anti-TNF- α . Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy" como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de Mestre em Periodontia. Duque de Caxias RJ 2007;1:23-5.
04. Nogueira RLM, Cavalcante RB, Carvalho ACGS, Costa FWG. Lesão de células gigantes: um estudo do diagnóstico diferencial em 04

- casos clínicos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial* 2004;4(2):81-9.
05. Silva AG, Cardoso CC. Lesões ósseas maxilares contendo tecido de células gigantes. *Rev Port Estomatol, Med Dent Cir Maxilofac* 2007;48(4):237-42.
06. Capelozza ALA, Taveira LAA, Pagin O. Lesão periférica de células gigantes: relato de caso. *Salusvita* 2007;26(1):99-104.
07. Fortes TMV, Queiroz LMG, Piva MR, Silveira EJD. Estudo epidemiológico de lesões proliferativas não neoplásicas da mucosa oral – análise de 20 anos. *Cienc Odontol Bras* 2002;5(3):54-61.
08. Cavezzi Junior O, Sartori JHF, Aguiar ECG. Lesão periférica de células gigantes: relato de caso clínico. *Odontol Clín. - Científ* 2008;7(3):257-60.
09. Castro AL, Castro EVFL, Salzedas LMP, Giovanini EG. Lesão de células gigantes periférica: relato de caso. *Rev Odontol Araçatuba* 2007;28(2):51-4.
10. Resende CRS, Falabella MEV, Valença SS, Teixeira HGC, Tinoco EMB. Granuloma periférico de células gigantes: imunohistoquímica anti-tnf-alfa. *Rev Periodont* 2007;17 (3):104-11.
11. Reyes A, Pedron IG, Utumi ER, Aburad A, Soares MS. Granuloma Piogênico: enfoque na doença periodontal como fator etiológico. *Rev Clín Pesq Odontol* 2008;4(1):29-33.
12. Chaparro-Avendaño AV, Berini-Aytés L, Gay Escoda C. Granuloma periférico de células gigantes. A propósito de 5 casos y revisión de La literatura. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:48-57.
13. Petris GP, Bremm LL, Tanaka F, Melhado RM, Miura CS . Lesão Periférica de Células Gigantes – Diagnóstico Diferencial e Tratamento da lesão: Relato de Caso Clínico. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2008;49:237-240.
14. Falaschini S, Ciavarella D, Mazzanti R, Di Cosola M, Turco M, Escudero N, Bascones A, Lo Muzio L. Peripheral giant cell granuloma: immunohistochemical analysis of different markers. Study of three cases. *Rev Odontoestomatol* 2007;23(4):189-96.
15. Fernandes MI, Diogo ACF, Ribeiro CG, Rados PV. Lesão de células gigantes periférica em paciente periodontal: relato de caso. *RFO* 2007;12(1):56-60.

ABSTRACT

The peripheral giant cell granuloma (GPCG) is defined as a benign disorder of uncertain etiopathogenesis, and proliferative reaction of the fibrous connective tissue or the periosteum, which is characterized histologically by the presence of multinucleated giant cells. The purpose of this study is report a case of GPCG in a white women, with 56 years old, presenting nodule bleeding to the touch, red and white with small ulcerated areas, defined limits, resilient consistency, pedicled base with 2.0 cm diameter, asymptomatic, involving the permanent lower left third molar, that it was presented with mobility. Radiographi-

cally there was significant bone loss in this tooth region, whose initial diagnosis was pyogenic granuloma. The definitive diagnosis was obtained after excisional biopsy in which microscopic examination it was identified e presence of multinucleated giant cells. The clinical postoperative presented favorable cicatricial repairing of the operated area without recurrence after two years of monitoring.

KEYWORDS: Giant cell granuloma, giant cell tumors, mandible.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Diurianne Caroline Campos França
Av. Dom Orlando Chaves, nº 2.655 – CEP 78118-900
Bairro Cristo Rei, Várzea Grande – MT
Ciências da Saúde – Odontologia - Univag
E-mail: diurianne.odonto@terra.com.br