

#020 Granuloma de Células Gigantes Periférico ou Central? A propósito de um Caso Clínico



Susana Raquel Rocha*, Bibiana M. Assunção, Henrique Silva Maia, Constança Monteiro Lopes, Beatriz dos Santos, Salomé Cavaleiro

Hospital de São João

Introdução: O granuloma periférico de células gigantes é uma lesão de tecidos moles, de natureza provavelmente reativa, não neoplásica, que surge como um nódulo vermelho-azulado na gengiva ou crista alveolar. O granuloma central de células gigantes pode ser clínico e histopatologicamente semelhante, todavia difere do periférico essencialmente pela sua localização intraóssea e o seu comportamento clínico mais agressivo. **Descrição do Caso Clínico:** Um paciente de 74 anos de idade foi referenciado à consulta de Estomatologia por coloração azulada e discreta nodulação da gengiva do rebordo alveolar edêntulo a distal do dente 1.3, com um ano de evolução. A relação com a prótese dentária motivou o tratamento inicial com antifúngico e evicção da prótese. Contudo, perante a persistência do quadro, foi realizada uma biópsia incisional, cujo resultado histológico foi granuloma periférico de células gigantes. O estudo radiográfico adicional revelou uma lesão lítica maxilar subjacente à topografia da lesão e aparente resto radicular retido de 1.4. O envolvimento ósseo, despertou a suspeita de um granuloma central de células gigantes, embora clinicamente pouco agressivo. Optou-se por uma abordagem cirúrgica, com enucleação do componente intraósseo em bloco com a gengiva subjacente e extração do resto radicular retido. O exame histológico da peça revelou a presença adicional de um quisto odontogénico em adição ao granuloma periférico de células gigantes previamente incompletamente excisado. A cicatrização foi satisfatória e o seguimento radiográfico não demonstrou sinais de recidiva. **Discussão e Conclusões:** Os granulomas centrais e periféricos de células gigantes são considerados lesões reativas, que podem ter apresentações clínicas semelhantes e ser histologicamente indistinguíveis. No entanto, as duas lesões apresentam localização e comportamento clínico habitualmente distintos. Neste caso, o diagnóstico definitivo dependeu da confirmação da presença do quisto radicular subjacente ao granuloma periférico de células gigantes, que mimetizou o componente intraósseo de um granuloma central, ao mesmo tempo que surge como um fator de irritação local crónica (em adição à prótese mal adaptada e à raiz retida) que terá contribuído para o desenvolvimento da lesão gengival. O reconhecimento desta relação causal, aliada à exclusão de um diagnóstico potencialmente mais agressivo, é crucial para o tratamento eficaz e para a prevenção de recorrências.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2025.11.1459>

#021 Hiperplasia gengival – a propósito de um caso clínico



Constança Monteiro Lopes*, Susana Raquel Rocha, Henrique Silva Maia, Ana Cláudia Maurício, Mariana Magalhães Maia, Pedro Cabeça Santos

Hospital de São João

Introdução: A hiperplasia gengival corresponde ao aumento anormal do volume dos tecidos gengivais, podendo ter origem inflamatória, medicamentosa, hereditária ou idiopática. Embora frequentemente associada a higiene oral insuficiente, pode ocorrer em indivíduos com cuidados adequados. O seu impacto funcional e estético, especialmente em pacientes jovens, requer uma abordagem terapêutica adaptada à idade e ao contexto clínico. **Descrição do Caso Clínico:** Apresenta-se o caso de um adolescente de 14 anos, saudável, sem antecedentes de relevo ou medicação habitual, referenciado à consulta de Estomatologia por lesões gengivais volumosas. O doente já tinha história de hiperplasia gengival desde a pré-adolescência, sendo seguido regularmente pelo seu médico dentista e submetido a destartarizações frequentes por episódios recorrentes de gengivite. Clinicamente, apresentava aumento significativo do volume gengival, predominantemente nas papilas interdentárias nos 2.º e 5.º sextantes, de coloração normal, com perda de inserção de todas as papilas, hemorragia à sondagem e com sinais inflamatórios locais. Na ausência de fatores sistémicos ou farmacológicos identificáveis e face ao impacto funcional e estético significativo observado no doente, foi proposta a realização de tratamento cirúrgico mediante gengivectomia. A cirurgia decorreu sob anestesia local, primeiro realizou-se tartarrectomia e alisamento radicular e, de seguida, gengivectomia com recurso ao medidor de proporcionalidade Chu e eletrocautério. **Discussão e Conclusões:** A hiperplasia gengival resulta mais frequentemente da acumulação de placa bacteriana e tártaro, que promovem inflamação gengival e a produção de mediadores inflamatórios e fibroblastos. Perante estados de inflamação crónica, a tumefação torna-se irreversível e a melhoria da escovagem ou destartarizações deixam de ser suficientes para reversão clínica. O diagnóstico diferencial inclui o uso de fármacos (principalmente, antiepiléticos, imunossuppressores, bloqueadores de canais de cálcio, mas também antibióticos, anticoncepcionais e antipsicóticos), alterações hematológicas (leucemia), hormonais/endócrinas e doenças hereditárias (fibromatose gengival hereditária). A gengivectomia pode oferecer bons resultados estéticos e funcionais, mas deve integrar uma estratégia multidisciplinar, com seguimento clínico e reforço da higiene oral. A investigação etiológica é essencial para reduzir recorrência e garantir controlo a longo prazo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2025.11.1460>