

Caso Clínico

Granuloma periférico de células gigantes – Relato de um caso clínico



Nádia Fortes*, Roberto Bonne, Bento Manhique

Departamento de Cirurgia, Serviço de Cirurgia Oro-Maxilofacial, Hospital Central de Maputo, Moçambique

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 10 de março de 2018

Aceite a 15 de dezembro de 2018

On-line a 2 de janeiro de 2019

Palavras-chave:

Granuloma periférico de células
gigantes

Moçambique

Variante clínica rara

R E S U M O

Granuloma Periférico de Células Gigantes (GPCG), é uma lesão de tecidos moles não neoplásica. Ocorre exclusivamente na cavidade oral, por reação hiperplásica a uma irritação local ou a um traumatismo crónico, no tecido conjuntivo do periosteio ou no ligamento periodontal. Apresenta-se como uma massa duro-elástica sésil ou pediculada roxo-azulada, com superfície lisa e brilhante ou multilobulada. Raramente excede os 2 a 3 cm de diâmetro e localiza-se frequentemente na mucosa gengival, nas papilas interdentárias. Relata-se um caso raro de GPCG, que devido à sua dimensão, superior a 10 cm de diâmetro, contraria a literatura. Num paciente do sexo masculino, 51 anos, melano-dérmico, a lesão com seis meses de evolução, desenvolveu-se na mucosa gengival, ocupando a região do corpo da mandíbula, com projeção extra-oral. O tratamento desta lesão deve ser efetuado tão cedo quanto possível pelo crescimento progressivo, podendo atingir grandes dimensões, comprometendo a função e a estética. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2018;59(4):225-230)

© 2018 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEDM. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: nadfortes1@hotmail.com (Nádia A. H. Fortes).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.417>

1646-2890/© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEDM.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Peripheral giant cell granuloma – Case report

A B S T R A C T

Keywords:

Peripheral giant cell granuloma
Mozambique
Rare clinical variant

The peripheral giant cell granuloma (PGCG) is a non-neoplastic soft-tissue lesion. It occurs exclusively in the oral cavity, due to a hyperplastic reaction to local irritation or chronic trauma, originating in the conjunctive periosteal tissue or the periodontal ligament. It manifests itself as a purplish-bluish sessile or pedunculated mass of hard-elastic consistency, with a bright smooth surface or multilobulated. Its diameter rarely exceeds 2-3 cm, and it is often located in the gingival mucosa affecting the interdental papillae. This article reports a rare case of PGCG whose diameter larger than 10 cm contrasts with the literature. The 51-year-old black male patient had a lesion with a six-month evolution that had developed in the gingival mucosa throughout the body of the mandible, with extraoral protrusion. This lesion should be treated as early as possible due to its rapid growth, as it may impair the function and esthetics of the patient. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2018;59(4):225-230)

© 2018 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O granuloma periférico de células gigantes (GPCG) é uma lesão exofítica, benigna que ocorre exclusivamente na cavidade oral, conhecida também como “epúlido de células gigantes”, que surge como reação a determinados estímulos. Ocorre como uma resposta proliferativa anormal e reacional dos tecidos a uma irritação local ou a traumatismo crônico.^{1,2} Origina-se no tecido conjuntivo do periósteo ou no ligamento periodontal. Portanto, não constitui uma neoplasia verdadeira.³⁻⁶

A etiologia é pouco clara, porém o trauma oclusal ou irritantes crônicos favorecem o desenvolvimento da lesão. Alguns fatores traumáticos que contribuem para o seu desenvolvimento incluem: palitos dentais, problemas periodontais severos (presença de tártaro e gengivite), extrações recentes, restos radiculares, infecções crônicas, irritações por próteses dentárias e dentes em má posição ou fraturados, cirurgias periodontais, implantes, obturações mal ajustadas. Relatam-se também efeitos hormonais durante a gravidez e hipertireoidismo associado ao trauma local.⁷⁻¹³

Em relação à patogênese existe controvérsia; alguns investigadores sugerem que a lesão de células gigantes deriva dos macrófagos baseando-se em estudos imunohistoquímicos e ultraestruturais; outros investigadores referem esta lesão como um processo de reparação anormal e consideram que os fibroblastos secretam de forma exagerada citocinas e fatores de crescimento que induzem ou ativam os macrófagos que se convertem em células gigantes.⁷⁻⁸

Epidemiologicamente, esta lesão pode ocorrer em todas as idades (lesão bastante agressiva em crianças)¹⁵ porém com maior frequência entre a quarta e sexta década de vida, com maior predileção pelo sexo feminino numa relação de 2:1. Ocorre com maior frequência na mandíbula sendo a região dos pré-molares e dos molares a mais afetada.^{3,7,8,15-16}

Clinicamente apresenta-se como uma lesão elevada na mucosa gengival ou alveolar de áreas edentulas, de consistência mole ou gelatinosa com coloração vermelha, purpúrea ou roxo-azulada que pode ser sésil ou pediculada, usualmente assintomática, em que o paciente pode referir hemorragia e dor ocasional devido ao trauma (provocando ulcerações que por vezes podem sobre-infectar), geralmente não excede os 2 a 3 cm de diâmetro,^{4,17-21} podendo atingir um ou mais dentes e estender-se desde a gengiva vestibular à palatina ou lingual, associado ou não a deslocamento dentário e mobilidade.

Radiograficamente observam-se discretas áreas de reabsorção óssea em forma de taça, provavelmente pela compressão exercida pela lesão. O acentuado potencial de crescimento da lesão pode levar à erosão do osso subjacente, ou mesmo, a uma reabsorção do osso alveolar. Estabelece-se o diagnóstico diferencial com: granuloma piogénico, hemangioma, fibroma ossificante periférico, granuloma central de células gigantes, tumor marron de hiperparatiroidismo.^{10,15,16,18,21,22} O diagnóstico definitivo é baseado no exame histopatológico, em que no GPCG se observa uma proliferação não encapsulada de tecido formado por um estroma reticular e fibrilar com abundantes fibroblastos de forma ovoide ou fusiforme, células gigantes multinucleadas e células gigantes mononucleadas separadas do epitélio por uma banda de tecido conjuntivo; observam-se focos de hemorragia com hemossiderina e mais frequentemente espículas neoformadas de osso ou tecido osteoide.^{2,14,17,19,20}

O tratamento indicado é a excisão cirúrgica com margens de segurança e eliminação do fator irritante. Em casos de comprometimento do tecido ósseo subjacente, revela-se necessária uma curetagem ampla, pois diminui a taxa de recidiva.^{1,2,6,15}

É objetivo deste trabalho relatar um caso de GPCG de grandes dimensões (mais de 10 cm de diâmetro, contrariando a literatura consultada), um caso raro, abordando as suas

características clínicas, radiográficas e histológicas, contribuindo com a literatura científica a fim de ampliar o conhecimento dos cirurgões Oro-Maxilofaciais a respeito desta patologia.

Caso clínico

Admite-se na enfermaria de Cirurgia Maxilofacial do Hospital Central de Maputo, transferido do Hospital Provincial de Inhambane via Serviço de Urgência, um paciente de 51 anos, sexo masculino, melanodérmico, com história de início de sintomatologia há cerca de 6 meses com surgimento de uma massa +/- 12x12 cm na região dos pré-molares da hemimandíbula direita, de crescimento progressivo associado a hemorragia, odontalgia e dificuldades na alimentação. Em relação a história médica pregressa referiu prolapso retal há 4 meses atrás, tratado e atualmente melhorado. Nega Tuberculose e Diabetes Mellitus. Apresentava-se à entrada consciente, hidratado, com mucosas pálidas, com baixo peso para altura. Os sinais vitais: tensão arterial – 120/90 mmHg; frequência cardíaca – 80 bp/mim; frequência respiratória – 18 cp/min; temperatura – 36,1°C, auscultação pulmonar e cardíaca sem alterações. Ao exame físico: apresentava assimetria facial à custa de ligeira tumoração no andar inferior direito da face, intra e extra-oral observava-se uma massa duro elástica, séssil, multilobulada, sangrante, com mais de 10 cm de diâmetro estendendo-se para o pavimento bucal, com projeção extra-oral (Figura 1). A lesão envolvia a mucosa gengival na região sinfisária e do ramo horizontal da mandíbula provocando deslocamento e mobilidade dos dentes da região ântero-inferior (Figuras 1 e 2). Doente sem adenopatias palpáveis nas cadeias cervicais. Tórax, abdômen e extremidades sem alterações.

Analiticamente apresentava alteração na biometria hemática (hemoglobina – 4,6 g/dl; plaquetas – 417), sem outras alterações de relevo. O exame de bioquímica e a radiografia do tórax, projeção pósterio-anterior (PA) sem alterações, HIV negativo. As radiografias da mandíbula nas projeções PA



Figura 1. Doente com a lesão inicial à entrada no Hospital Central de Maputo. Inspeção exploratória da cavidade oral.



Figura 2. Radiografia perfil esquerdo da mandíbula, mostrando dentes ântero-inferiores sem suporte ósseo e deslocados pela reabsorção das cristas alveolares. Osso basilar da mandíbula não afetado.

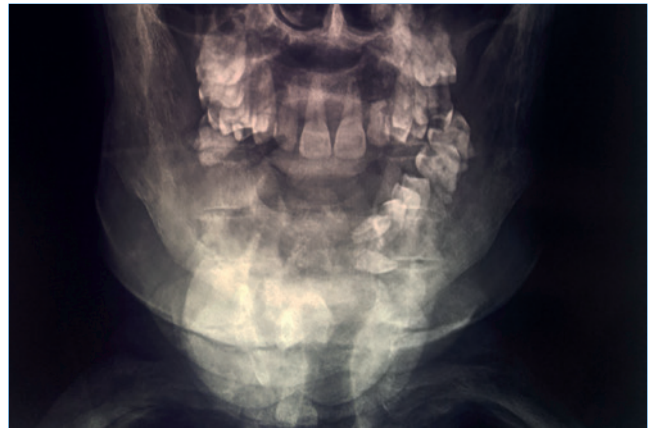


Figura 3. Radiografia na projeção postero-anterior da mandíbula, evidenciando o deslocamento dentário e a grande destruição dos alvéolos dentários.

(Figura 3) e perfil esquerdo (Figura 2) apresentavam grande destruição das cristas alveolares ântero-inferiores incluindo reabsorção radicular e deslocamento dos dentes ântero-inferiores. Contudo, o osso basilar da mandíbula encontrava-se intacto sem sinais radiográficos de lesão.

O doente foi internado com hipótese diagnóstica de carcinoma da língua e anemia grave por déficit de ferro. Foi feita a reposição/transusão de 3 UI de concentrado de glóbulos vermelhos e procedeu-se a uma biopsia incisional cujo resultado histopatológico foi compatível com GPCG. Estabeleceu-se então o diagnóstico definitivo (Figura 4).

Preparou-se o doente para a intervenção cirúrgica. A consulta pré-anestésica não apresentou contra-indicações para anestesia geral tendo sido programada uma entubação nasotraqueal com auxílio de fibroscópio. A intervenção cirúrgica consistiu em excisão “in totu” da massa com margem de segurança e osteotomia do osso mandibular afetado com auxílio de uma broca esférica e exodontia dos dentes envolvidos na lesão (Figuras 5 a 8).

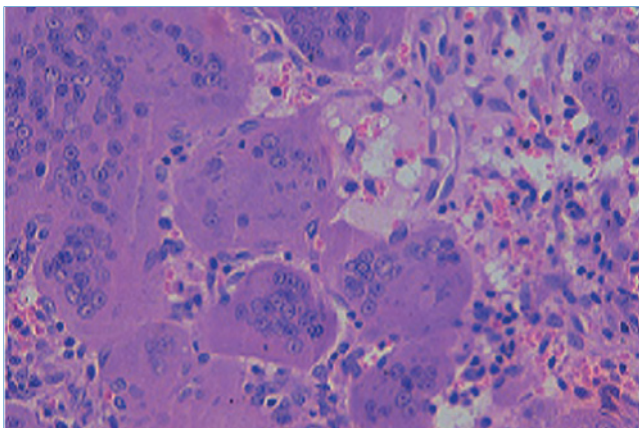


Figura 4. Fragmento de tecido, observando-se uma proliferação de células gigantes multinucleadas assentes no estroma vascular e células mononucleadas.



Figura 7. Radiografia pós-operatória da mandíbula perfil esquerdo. Controle 2.º dia pós-operatório.



Figura 5. Doente em decúbito dorsal, anestesia geral entubação naso-traqueal com fibroscópio. Antissépsia do campo operatório; perspectiva macroscópica antes da intervenção cirúrgica.



Figura 8. Follow-up dois meses depois da intervenção cirúrgica.



Figura 6. Lesão com mais de 10cm de diâmetro multilobulada e sangrante.

Discussão e Conclusões

O GPCG é definido como uma lesão de tecidos moles não neoplásica, originada por uma reação hiperplásica em consequência de um traumatismo ou inflamação local. Este doente apresentava mau estado dentário generalizado em que se podia observar bastante tártaro e placa bacteriana, o que está de acordo com a literatura consultada, concluindo-se que a reação hiperplásica não foi resultado de um único fator irritante mas antes de uma combinação de vários fatores locais nomeadamente tártaro, gengivite, periodontite, extração recente e outros fatores que provavelmente não foram investigados no momento. Assim sendo, poderemos admitir que neste doente a causa da lesão foi consequência de uma combinação de vários fatores irritantes locais.¹⁵ Clinicamente, e em concordância com a literatura, observa-se nos GPCG, um nódulo ou massa

que pode ser multilobulada, pediculada ou sésil, assintomática, geralmente de cor roxo azulada de diâmetro variável porém sem ultrapassar os 2 a 3 cm de diâmetro e que afeta frequentemente a gengiva marginal.⁶ Não obstante, discordamos dos autores no referente às dimensões, pois todos tendem a afirmar que estas lesões não ultrapassam 3 a 5 cm de diâmetro. Nós porém constatamos que estas dimensões podem ser maiores embora não seja comum, e neste paciente a lesão apresentava mais de 10 cm de comprimento e diâmetro, um caso raro, o que interferia não só na alimentação, como também na estética e qualidade de vida do doente. Neste caso, o paciente encontrava-se debilitado e evoluía com anemia grave (4,6 g/dl). Esta condição não é muito comum mas pode acontecer, principalmente em países em vias de desenvolvimento em que a rede sanitária é escassa sendo necessário percorrer longas distâncias. Em relação à prevalência, a literatura consultada refere uma maior predileção pelo sexo feminino com média de idade nos 30 anos. Este caso ocorreu num indivíduo do sexo masculino com 54 anos de idade, porém com o relato apenas deste caso não é possível avançar o género e as idades mais prevalentes desta patologia, pelo que estimulamos a que se façam estudos em Moçambique que possam fornecer esta informação adicional. Esta lesão teve um crescimento rápido com seis meses de evolução, indo de encontro com o que refere a literatura consultada ao relatar um tempo de evolução próximo ao que ocorreu com este caso clínico reportado, porém com a diferença desta lesão apresentar dimensões de mais de 10 cm de diâmetro.⁴

Esta lesão para além da hemorragia evoluiu com sobre-infeção, pelo trauma recorrente durante a alimentação concordando com os autores citados quando referem que por vezes esta lesão pode ulcerar e sobre-infectar.²

Na imagem radiográfica observa-se uma destruição grande, quase completa das cristas alveolares incluindo deslocação e mobilidade dentária, em concordância com a literatura que refere uma destruição leve das cristas em forma de taça por compressão, o que dificulta o diagnóstico desta lesão. Como tratamento, foi indicado excisão com margens de segurança e osteotomia do osso afetado, incluindo exodontia dos dentes adjacentes envolvidos, no sentido de se conseguir remover a base da lesão tal como referido na literatura, a fim de evitar a ocorrência de recidivas, que não é incomum.

O tratamento desta lesão deve ser tão precoce quanto possível porque o GPCG pode crescer progressivamente, num curto período de tempo, atingindo grandes dimensões comprometendo a função e estética do paciente. O controlo clínico e radiográfico periódico após a intervenção cirúrgica são recomendáveis, pois existe possibilidade de recidiva.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência está na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Falaschini S, Ciavarella D, Mazzanti R, Di Cosola M, Turco M, Escudero N, et al. Granuloma periférico de células gigantes: análisis inmunohistoquímico de la población celular en tres casos clínicos. *Av Odontoestomatol.* 2007;23:181-188.
2. Sicairos B, Legorreta B, Yáñez A, Barrios B. Granuloma periférico de células gigantes. Revisión de 87 casos. *Revista ADM.* 2016;73:175-82.
3. Nekouei A, Eshghi A, Jafarnejadi P, Enshaei Z. A Review and Report of Peripheral Giant Cell Granuloma in a 4-Year Old Child. *Case Rep Dent.* 2016;2016:7536304.
4. Moghe S, Gupta MK, Pillai A, Maheswari A. Peripheral Giant Cell Granuloma: A Case Report and Review of Literature. *People's Journal of Scientific Research.* 2013;6:55-59.
5. Neville B, Damm D, White D. Color Atlas of clinical oral pathology. London: BC Decker Inc, 2003.
6. Santana-Garay J. Atlas de patología del complejo bucal. 2a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2010.
7. López-Labady J, Moret Y, Virguez Y. Granuloma Periférico De Células Gigantes: Reporte de dos Casos Y Revisión De La Literatura. *Acta Odontol Venez.* 2008;46:1-6.
8. Chuc-Ucán E, Castillo-Bolio R, Martínez-Aguilar V, Berzunza-Santiago AP. Granuloma periférico de células gigantes. Reporte de un caso. *Rev Tamé.* 2013;2:121-5.
9. França DCC, André NV, Lessi MAA, Reis GSS, Aguiar SMHCA. Granuloma Periférico de Células Gigantes: Relato de caso com acompanhamento de 2 anos. *Rev Odontol Bras Central.* 2010;19:352-5.
10. França DCC, André NV, Lessi MAA, Reis G, Aguiar SMHCA. Granuloma Periférico de Células Gigantes: Relato de Caso. *Rev Cir Traumatol Bucco-maxilo-fac.* 2010;10:29-32.
11. Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Mosby, 2004.
12. Laskaris G. Pocket Atlas of Oral Diseases. 2nd ed. Thieme, 2006.
13. Regezi J, Sciubba J. Oral Pathology Clinical pathologic Correlations. 4th ed. Elsevier Science, 2003.
14. Flaitz CM. Peripheral giant cell granuloma: A potentially aggressive lesion in children. *Pediatric Dent.* 2000;22:232-3.
15. Oliva L, Oliva M, Herrera N, Andrade R. Giant cell peripheral granuloma: post-surgical recurrence. Literature review and clinical case report. *Revista Odontológica Mexicana.* 2014;18:180-5.
16. Falabella M, Fischer. Granuloma periférico de células gigantes – Caso clínico. *R Periodontia.* 2008;18:38-43.
17. Rodrigues S, Mitra D, Pawar S, Vijayakar H. Peripheral giant cell granuloma: This enormity is ararity. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19:466-9.
18. Avendaño AVC, Aytés LB, Escoda CG. 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.
19. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Patología Oral e Maxilofacial. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008;431-2.

-
20. Prado R, Salim M. Cirurgia Bucomaxilofacial Diagnóstico e Tratamento. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004;331-3.
 21. Soames JV, Southam JC. Oral Pathology. 4th ed. New York: Oxford Medical Publications, 2005.
 22. Ogbureke E, Vigneswaran N, Seals M, Frey, Johnson C, Ogbureke K. A peripheral giant cell granuloma with extensive osseous metaplasia or a hybrid peripheral giant cell granuloma-peripheral ossifying fibroma: a case report. J Med Case Rep. 2015;9:14.
 23. Tandon P, Gupta S, Gupta D, Jurel S, Saraswat A. Peripheral giant cell granuloma. Contemp Clin Dent. 2012;3(suppl1):S118-21.