

LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Ana Paula Braz Carvalho¹, Priscila Laiza Rubim Leão²

Recebido em: 17.06.2023

Aprovado em: 07.07.2023

Resumo: A lesão periférica de células gigantes é definida como uma enfermidade benigna, com etiopatogênese incerta e uma das lesões mais comuns na cavidade oral. O correto diagnóstico e o adequado tratamento culminaram em bons resultados. O objetivo do presente estudo é realizar o relato de caso clínico de um paciente do gênero masculino, 17 anos de idade, com presença de lesão hiperplásica inflamatória, localizada da distal do dente 35 a mesial do dente 37, em tecido gengival, que foi submetido a tratamento.

Palavras-chave: hiperplasia gengival; lesão periférica de células gigantes.

PERIPHERAL GIANT CELL LESION IN A YOUNG PATIENT: CASE REPORT

Abstract: The peripheral giant cell lesion is defined as a benign disease, with uncertain etiopathogenesis and one of the most common lesions in the oral cavity. The correct diagnosis and adequate treatment will culminate in good results. The objective of the present study is to carry out a clinical case report of a male patient, 17 years old, with the presence of an inflammatory hyperplastic lesion, located from the distal of tooth 35 to the mesial of tooth 37, in gingival tissue, which was submitted to the incisinal biopsy.

¹ Graduada em Odontologia e futura Cirurgiã-dentista especialista em Radiologia odontológica.

² Graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2013), especialista e mestre em Estomatologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2016). Atualmente é doutoranda em Patologia Bucal (UFMG) e desenvolve pesquisa na linha de Biologia Oral. Tem experiência na área de estomatologia com foco em neoplasias malignas. Atua como docente na graduação e pós-graduação em Odontologia.

Keywords: Gingival hyperplasia; Peripheral giant cell injury.

1 INTRODUÇÃO

As lesões periféricas de células gigantes (LPCG) são proliferações benignas e sem etiopatogênese certa, que podem estar relacionadas a fatores traumáticos como irritação causada por próteses, placa, tártaro, exodontias, impactação de alimentos, restaurações inadequadas (Mannem et al. 2012) e implantes dentários (Sánchez-Torres et al. 2021). Acomete mais região de mandíbula, aproximadamente 56% dos casos, têm predileção por sexo feminino e apresenta faixa etária variável, França (2010) e de Castro (2007) considera mais frequente entre a terceira e sexta décadas de vida, já Barancelli (2009) relata que pode se desenvolver em qualquer idade, mas mostra um pico de prevalência na quinta e sexta décadas, podendo haver ocorrência de picos de incidência durante a dentição mista (Tandon et al. 2012).

As características clínicas consistem em lesões nodulares pediculadas ou sésseis, podendo estar ulceradas, que tem como local de incidência papila interdentária, crista marginal ou rebordo alveolar de edêntulos, possuem coloração vermelho-arroxeadas e são assintomáticas, mas devido a ação mastigatória podem evoluir com trauma secundário e sintomatologia dolorosa. A LPCG em geral tem crescimento lento, mas em crianças pode se comportar de forma muito agressiva (Cardoso et al. 2011).

O diagnóstico dessa lesão ocorre por meio de exames histológico e radiográfico. Os diagnósticos diferenciais de LPCG são lesões centrais de células gigantes, granuloma piogênico e fibroma ossificante periférico, sendo o diagnóstico conclusivo com a análise histopatológica, devido a semelhança clínica das lesões. No exame histopatológico de uma LPCG observa-se um estroma de tecido conjuntivo, contendo numerosas células jovens ovóides ou fusiformes e células

gigantes multinucleadas e focos de hemorragia, justificando a coloração da lesão (Tandon et al. 2012).

O tratamento dessas lesões consiste em excisão cirúrgica com curetagem óssea e remoção do fator irritante. É de extrema importância fazer a curetagem óssea para retirar qualquer possível irritação e minimizar o risco de recidiva, que é relatada em 10% dos casos (Vallejo et al. 2017). Se houver recidiva, recomenda-se a excisão novamente. O prognóstico é favorável por se tratar de uma proliferação benigna.

Com isso, o objetivo desse artigo é relatar o caso clínico de um paciente do gênero masculino, 17 anos, com presença de lesão hiperplásica nodular na região posterior de mandíbula do lado esquerdo com diagnóstico de lesão periférica de células gigantes.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 17 anos de idade, compareceu ao consultório com um encaminhamento do PSF para avaliação de aumento de volume em rebordo alveolar esquerdo, aproximadamente 2 centímetros. Paciente relatou que observou a lesão após exodontia de um dente na região e ainda queixava dor ao mastigar. Ao exame clínico, foi observado ausência do dente 36 e presença de lesão nodular, superfície irregular coloração levemente arroxeadada com sangramento ao toque, localizado em rebordo alveolar edêntulo inferior posterior esquerdo. Foi solicitado radiografia panorâmica (figura 2) onde observou-se ausência do dente 36 e imagem radiolúcida compatível com crescimento de tecido mole, bem delimitada, com imagens radiopacas no seu interior, provocando reabsorção óssea em forma de taça. Diante desses achados as hipóteses diagnósticas foram de Lesão periférica de células gigantes, granuloma piogênico e ameloblastoma periférico. Foi realizado então, uma

biópsia incisional na região (figura 3) e o fragmento foi enviado para o laboratório de patologia para elucidação do diagnóstico.

Figura 1 – Aspecto intrabucal inicial



Fonte: Autoras (2023)

Figura 2 - Radiografia panorâmica



Fonte: Digital Imagens Radiologia

Figura 3 – Fotografia intrabucal após biópsia



Fonte: Autoras (2023)

O laudo histopatológico evidenciou fragmentos de mucosa escamosa apresentando área de ulceração e constituída por proliferação de células fusiformes de mistura com células do tipo osteoclasto, em meio a áreas de hemorragia, na periferia há infiltrado inespecífico e em profundidade há focos de metaplasia óssea e não evidenciado atipias ou sinais de malignidade, sendo achados histológicos compatível com lesões de células gigantes periférica. Diante desse diagnóstico foi procedido a remoção cirúrgica total da lesão com realização de osteotomia periférica, sem intercorrências (figura 4). O paciente foi orientado a permanecer em acompanhamento clínico e radiográfico, devido a possibilidade de recidiva da lesão, e permanece sem alterações clínicas e radiográficas há 6 meses (figuras 5 e 6).

Figura 4 – Aspecto intrabucal após 15 dias da remoção total da lesão



Fonte: Autoras (2023)

Figura 5 - Aspecto intrabucal após 6 meses

Fonte: Autoras (2023)

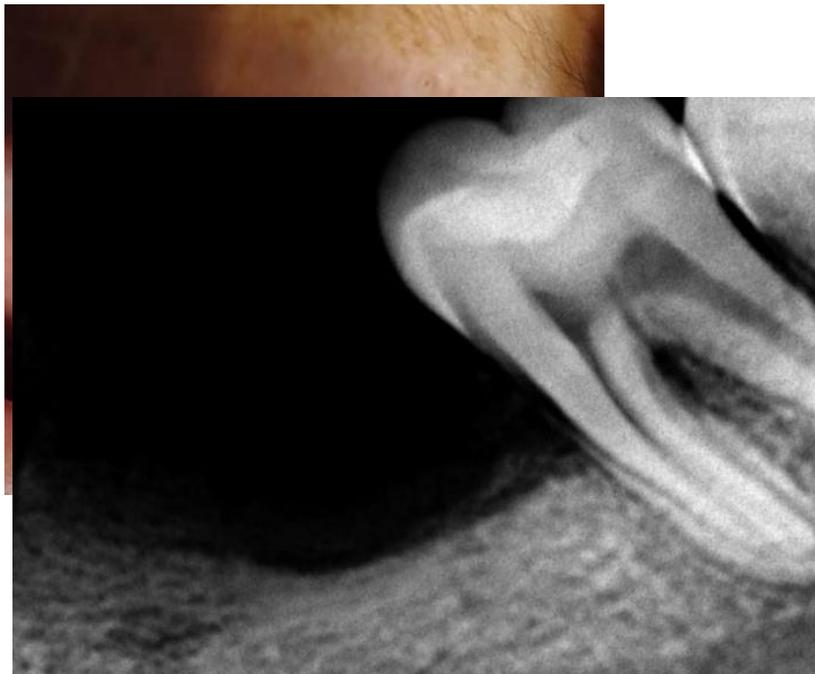


Figura 7 – Aspecto radiográfico final

Fonte: Digital Imagens Radiologia

3 DISCUSSÃO

A lesão periférica de células gigantes (LPCG) é uma lesão caracterizada por crescimento nodular, de tamanho variado, coloração vermelha-arroxeadada, pode

ser ulcerada e bem delimitada, com base séssil ou pediculada, pode causar deslocamento de dentes adjacentes, e seu local de incidência é papila interdentária, crista marginal ou rebordo alveolar de edêntulos. (França, et al. 2010).

O diagnóstico diferencial de LPCG deve incluir lesão central de células gigantes (LCCG), hiperplasia fibrosa, granuloma piogênico e fibroma ossificante periférico, sendo lesões com aspecto clínico semelhantes. O granuloma piogênico tem a cor mais avermelhada e o fibroma ossificante periférico possui coloração semelhante a mucosa. Diferente das duas últimas lesões citadas, na lesão periférica de células gigantes pode haver reabsorção óssea em forma de “taça” (Vasconcelos et al. 2013).

Uma dificuldade que pode ocorrer entre LPCG e LCCG é a etiopatogenia e características clínico serem similares, sendo o diagnóstico baseado em achado radiográfico e histopatológico. O histopatológico de LPCG consiste em um estroma de tecido conjuntivo, contendo numerosas células jovens ovóides ou fusiformes e células gigantes multinucleadas e focos de hemorragia, o que justifica a coloração vermelha-arroxeadada da lesão periférica de células gigantes (Tandon et al. 2012). A lesão central de células gigantes diferencia-se também da periférica, por iniciar-se no tecido ósseo. (Cardoso et al. 2012). Devido a essa diferença óssea de LPCG e LCCL, o exame radiográfico é de extrema importância para correlacionar com dados clínicos.

Em relação a conduta clínica, opta-se por fazer biópsia incisional e enviar amostra ao laboratório histopatológico para planejar o melhor tratamento após confirmação de resultado.

O tratamento indicado é excisão cirúrgica e eliminação do fator irritante (Nogueira et al. 2004). Quando houver comprometimento do osso alveolar, há necessidade de curetagem para diminuir os casos de recidiva da lesão. A remoção

total da lesão também se faz necessária devido ao desconforto causado pela lesão em rebordo alveolar, dificultando a higiene bucal.

Os prognósticos das lesões periféricas de células gigantes são favoráveis, por se tratar de lesões benignas.

O caso clínico apresentado confirma o fato de ser uma lesão que acomete mais mandíbula e confirma o que Barancelli (2009) relata em relação a prevalência, as LPCG podem se desenvolver em qualquer idade. No caso clínico, a exodontia do dente 36 foi considerado fator traumático para o desenvolvimento da lesão, confirmando o que relata Mannem (2012). Já em relação a predileção por sexo, o caso clínico contraria o que relatam os artigos sobre a predileção ser pelo sexo feminino.

4 CONCLUSÃO

O presente trabalho apresenta diversas concordâncias em relação as características clínicas das LPCG e discordância apenas em relação a predileção por sexo. Além disso, mostra a importância da conduta clínica desde a chegada do paciente ao tratamento da lesão para um desfecho bem-sucedido, em hipótese alguma deve-se submeter o paciente a um tratamento sem exames complementares, nesse caso biópsia incisional, para evitar complicações e prognóstico desfavorável.

REFERÊNCIAS

Barancelli M, Costa H, De Carli JP, Silva SO, Moraes NP. Lesão periférica de células gigantes tratada por cirurgia convencional e cauterização do leito cirúrgico: relato de caso. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 11(3):59-64, 2009.

Cardoso CL, Tolentino ES, Marques VR, Junior OF, Taveira LAA. Lesão periférica de células gigantes recorrente: relato de caso. *Odontol. Clín.-Cient., Recife*, 10 (1) 95 - 98, jan./mar., 2011.

Chrcavnovic BR, Gomes CC, Gomez RS. Peripheral giant cell granuloma: An updated analysis of 2824 cases reported in the literature. *J Oral Pathol Med* 2018;5:459-459.

de Castro AL, de Castro EVL, Salzedas LMP, Giovanini EG. Lesão de células gigantes periférica: Relato de caso. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.28, n.2, p. 51-54, Maio/Agosto, 2007.

França DCC, André NV, Lessi MAA, Reis G, Herondina SM, de Aguiar CA. Granuloma Periférico de Células Gigantes: Relato de Caso. *Rev. Cir. Traumatol. BucoMaxilo-Fac.*, Camaragibe v.10, n.3, p. 29-32, jul./set. 2010.

Grand E, Burgener E, Samson J, Lombardi T. Post-traumatic development of a peripheral giant cell granuloma in a child. *Dental Traumatology*. 2008 Feb;24(1):124– 6.

Gupta S, Narwal A, Kamboj M, Devi A, Hooda A. Giant Cell Granulomas of Jaws: a Clinicopathologic Study. *Journal of Oral and Maxillofacial Research*. 2019 Jun 30;10(2).

Mannem S, Chava V. Management of an unusual peripheral giant cell granuloma: A diagnostic dilemma. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2012;3(1):93.

Nogueira RLM, Cavalcante RB, Carvalho ACGS, Costa FWG. Lesão de células gigantes: um estudo do diagnóstico diferencial em 04 casos clínicos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, v.4, n.2, p. 81 - 89, abr/jun, 2004.

Ruiz BD, García FA, Cuéllar CN, Bucci T, Gil MC, Vila CN. Reparative giant cell granuloma in a pediatric patient. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12:E331-5.

Sánchez-Torres, A., Pérez-Amate, B., Javier, A. N., Cercadillo-Ibarguren, I., Figueiredo, R., & Valmaseda-Castellón, E. (2021). Peripheral giant cell granuloma associated with a dental implant: A case report. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 13(10), e1049–e1052

Shrestha S, Zhang J, Yan J, Zeng X, Peng X, He B. Radiological features of central giant cell granuloma: comparative study of 7 cases and literature review. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2021 Jul 1;50(5):20200429.

Tandon P, Gupta D, Saraswat A, Gupta S, Jurel S. Peripheral giant cell granuloma. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2012;3(5):118.

Vallejo P, Tanimoto, H. Granuloma periférico de células gigantes: revisão de literature. CIÊNCIA E CULTURA - Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário da FEB, v. 13, n. 2, jul./dez. 2017

Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Queiroz LMG. Pheripheral and central giant cell lesions: etiology, origin of giant cells, diagnosis and treatment. J Bras Patol Med Lab, v. 49, n. 6, p. 446-452, dezembro, 2013.