

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL  
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

**DÉCIO RESENDE FONSECA CAMPOS**

**LESÃO PERIFÉRICA DE CELULAS GIGANTES: RELATO DE UM CASO  
CLÍNICO**

**PATOS-PB**

**2018**

**DÉCIO RESENDE FONSECA CAMPOS**

**LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES: RELATO DE UM CASO  
CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

**Orientador(a):** Prof. Dr(a). Keila Martha Amorim Barroso

**PATOS-PB**

**2018**

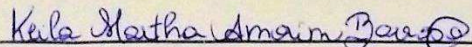
DÉCIO RESENDE FONESCA CAMPOS

**LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES: RELATO DE  
CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado: 03/08/2018

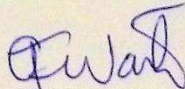
**BANCA EXAMINADORA**



Profª Drª Keila Martha Amorim Barroso – Orientadora  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Profª Drª Cyntia Helena Pereira de Carvalho – 1º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dr. George João Ferreira do Nascimento – 2º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

C1981 Campos, Décio Resende Fonseca.  
Lesão periférica de células gigantes : relato de um caso clínico / Décio Resende Fonseca Campos. – Patos, 2018.  
55 f. : il. Color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2018.

"Orientação: Profª. Drª. Keila Martha Amorim Barroso".  
Referências.

1. Granuloma de Células Gigantes. 2. Gengiva. 3. Diagnóstico.  
I. Barroso, Keila Martha Amorim. II. Título.

CDU 616-006.44(043)

Dedico esse trabalho a minha avó, aos pais, meus irmãos, meus amigos e minha namorada por acreditarem em mim.

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, pois sem ele eu não seria nada, tudo que deu certo ou errado foi proposito dele por que sabe o que é bom para a vida de cada um.

Os meus pais, que me ensinaram valores que levo até hoje comigo. Por todo esforço que fizeram para que eu pudesse chegar aonde eu cheguei, devo tudo a vocês nessa vida. As minhas irmãs Dayane e Daliana, pelo companheirismo e carinho que sempre tiveram comigo.

A minha vó a única que sobrou, mãe do pai e minha também, até hoje moro com a senhora, sempre se sacrificou por mim, nunca me deixou faltar nada, como também a todos os meus tios que sempre me apoiaram.

A minha orientadora Keila Martha que foi sem dúvida um dos professores que mais me ajudaram e me apoiaram na minha graduação, sou grato a todas as oportunidades que ele me proporcionou. Agradecer também aos professores que compõe a banca. E todos os professores da UFCG, sou grato pelo apoio e carinho.

Aos meus amigos de infância que sempre me ajudaram em tudo que precisei e me apoiaram nas minhas ideias. Sou grato a Vocês!

Aos meus grandes amigos Felipão forro moral, Neguim, finado Tetevo, Henrique, Alberto, Braga, Gabi, Nilo, Ramonzin, Xerife, Monalisa, companheiros de clínica, vou levar pra vida toda.

Quero agradecer especialmente a minha namorada por me ajudar em tudo, mas tudo mesmo e por ter sido essencial na minha vida, sempre estando do meu lado quando precisei, quando me estressava, e quando chegava louco com dores nas costas. Por ter sempre me apoiado em todas as decisões, além de ter sido fundamental nas correções e orientações no Português que eu nunca aprendi. Amo você.

Agradecer a todos os funcionários da clínica escola UFCG por me acolherem e me ajudarem como se eu fosse da família.

*Alegrai-vos na esperança, sede pacientes na tribulação, perseverai na oração;*

*Romanos 12:12*

## **RESUMO**

A Lesão periférica de células gigantes (LPCG) é um processo proliferativo não neoplásico, reativo a irritação local como traumas de baixa intensidade e longa duração. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de (LPCG) em uma paciente feoderma, de 44 anos, que compareceu a Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), relatando um incomodo na cavidade oral. No exame radiográfico verificou-se uma modesta área radiopaca, sugerindo a presença de material ósseo. O correto diagnóstico e o adequado tratamento culminaram em resultados satisfatórios e completa resolução do caso, sem indícios de recidivas.

**Descritores:** Granuloma de Células Gigantes; Gengiva; Diagnóstico.



## **ABSTRACT**

Peripheral Giant Cell Lesion (LPCG) is a non-neoplastic proliferative process. reactive to local irritation as low intensity and long duration traumas. The objective of this work is to report a case of (LPCG) in a 44-year-old feoderma patient who attended the School Clinic of Dentistry of the Federal University of Campina Grande (UFCG), reporting an uncomfortable oral cavity. The radiographic examination revealed a modest radiopaque area, suggesting the presence of bone material. The correct diagnosis and the appropriate treatment culminated in satisfactory results and complete resolution of the case, with no evidence of relapses.

**Keywords:** Granuloma Giant Cell; Gingiva; Diagnosis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Aspecto clínico inicial da lesão.....	34
<b>Figura 2:</b> Imagem radiográfica da lesão .....	35
<b>Figura 3:</b> Em A remoção da lesão em B, peça cirúrgica .....	36
<b>Figura 4:</b> Em A área de ulceração e infiltrado inflamatório crônico, em B, trabéculas ósseas imaturas e maduras, em C, numerosos vasos sanguíneos, em D, células gigantes em um estroma de tecido conjuntivo fibroso denso. ....	37
<b>Figura 5:</b> Em A, pós-operatório imediato, em B pós-operatório com sete dias .....	38

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

PPNN	Processos Proliferativos Não- Neoplásicos
GP	Granuloma Piogênico
LPCG	Lesão Periférica de Células Gigantes
FOP	Fibroma Ocificante Periférico
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## LISTA DE SÍMBOLOS

cm Centímetro

% Por Cento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>14</b>
2.1 Granuloma Piogênico	14
2.2 Lesão Periférica de Células Gigantes	17
2.3 Fibroma Ossificante Periférico	20
<b>3. REFERÊNCIAS</b>	<b>22</b>
<b>4. ARTIGO</b>	<b>27</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>43</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO – Normas para publicação</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os processos proliferativos não-neoplásicos ou lesões proliferativas não-neoplásicas (PPNN), representam um grupo de lesões reacionais de tecidos moles, benignas, de caráter inflamatório, decorrentes de respostas orgânicas teciduais a estímulos de irritação local de longa duração, tais como cálculos subgengivais, má adaptação protética, mau estado de conservação de dentes, restaurações mal elaboradas, apresentando excessos interproximais, e processos infecciosos de origem dentária, como raízes residuais. (PALMEIRA et al., 2013). Outrossim, hormônios sexuais também são caracterizados como causas de PPNN (PATUSSI et al., 2014).

Dentre os PPNN de maior prevalência podemos citar a Lesão periférica de células gigantes (LPCG), o Granuloma piogênico (GP) e o Fibroma ossificante periférico (FOP), em geral caracterizados pelo crescimento nodular ou difuso de tecido gengival, o qual perde, paulatinamente, seu aspecto superficial normal, apresentando consistência fibrosa ou flácida, de base sésil ou pediculada, com sintomatologia e coloração variáveis, onde, em alguns casos, assemelham-se a lesões malignas (DE SOUZA PORDEUS et al., 2016).

Embora os PPNN tenham predileção pela gengiva, também podem ser localizados na região extragengival. O seu diagnóstico final deve ser realizado através de exame histopatológico do material obtido por biópsia incisional (remoção de parte da lesão) ou excisional (remoção da lesão em sua totalidade, incluindo um perímetro de 2 a 3 mm de tecido saudável ao seu redor), dependendo do local e da extensão da lesão (PALMEIRA, et al., 2013; MARINHO; DE ANDRADE SANTOS; DE ALBUQUERQUE, 2016).

A compreensão dos PPNN por parte dos cirurgiões-dentistas é imprescindível para o diagnóstico, por meio do conhecimento das características clínicas, imaginológicas, cirúrgicas e histopatológicas, pode-se prevenir o surgimento dessas lesões, uma vez que, muitas delas, podem ser evitadas nos procedimentos clínicos odontológicos. O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão dos três principais tipos de lesões reativas localizadas na gengiva e relatar um caso de LPCG.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 GRANULOMA PIOGÊNICO

Sendo o Granuloma Piogênico (GP) uma lesão benigna de tecido mole e caráter inflamatório, apresenta-se como um aumento de volume tecidual, podendo ocorrer na mucosa bucal em resposta a estímulos variados como corpos estranhos, traumas mecânicos, má higiene bucal e fatores hormonais (PATUSSI et al., 2014; CÁDERNAZ; VÁSQUEZ, 2018).

Na América, em 1904, foi estabelecida por Hertzell a denominação GP. Logo acreditava-se ser a mais descritiva do processo patológico. Fato, porém, é que essas lesões não são nem piogênicas, pois não se conseguiu provar a participação da infecção bacteriana, nem granulomatosas, pois não existe a formação purulenta. Portanto, o termo mais apropriado seria Hemangioma Capilar Lobular (KRISHNAPILLAI et al., 2012; DE SOUZA PORDEUS, et al., 2016).

O GP corresponde de 30 a 60% de todas as lesões reacionais que acometem a gengiva, sendo esta sua localização predominante. Desta forma, sua ocorrência na gengiva corresponde a 75% dos casos, sendo mais comum na região anterior da maxila. Pode acometer, também, membranas mucosas, como a mucosa bucal, lábios e língua (MENEZES et al., 2014; MARINHO; DE ANDRADE SANTOS; DE ALBUQUERQUE, 2016).

Possui predileção por jovens e adultos entre a primeira e quarta década de vida, com incidência de 60%. Não apresenta maior tendência a uma raça específica e tem predominância no sexo feminino. Acredita-se que essa predileção pode estar relacionada aos efeitos vasculares provocados pelos hormônios estrógeno e progesterona, os quais, quando em níveis elevados, podem aumentar a vascularização da mucosa bucal, inibir a resposta inflamatória aguda ao trauma, estimulando a reação de reparo crônica formando a lesão. Verificou-se durante o período gestacional, grande ocorrência da lesão sendo habitualmente conhecida como granuloma gravídico. (NEVILLE et al., 2016; REYES et al., 2017; CÁDERNAZ; VÁSQUEZ, 2018).

Clinicamente, o GP pode apresentar-se de tamanhos variados de acordo com o tipo de estímulo, intensidade e região do tecido em que se encontra, variando de milímetros a centímetros, na forma de nódulos ou pápulas. Sua superfície pode ser lisa

ou lobulada, com ulceração e coloração variada (desde o rosa ao vermelho ao roxo) a depender do tempo e estágio da lesão. Granulomas jovens tendem a apresentar sangramentos, devido a sua alta capilaridade, enquanto os mais antigos um aspecto mais colagenoso e menos vascularizado. (NEVILLE et al., 2016; REYES et al., 2017).

Para o diagnóstico correto da lesão, é necessária a realização de anamnese e exame clínico detalhado. Além da observação dos sinais clínicos, dos fatores locais irritantes, os quais contribuem para resposta exagerada do tecido e a formação da lesão, e do estado geral do paciente. Tornando-se, portanto, imprescindível o uso de recursos complementares, como exame radiográfico, para descartar uma hipótese de lesão óssea, e biópsia, com posterior encaminhamento da peça para análise histopatológica (BRUST; DOMINGUES, 2013; CADERNAZ; VASQUEZ, 2017).

Como diagnóstico diferencial desta lesão tem-se a lesão periférica de células gigantes, o fibroma ossificante periférico, a hiperplasia inflamatória (OLIVEIRA et al., 2012; DE MENDONÇA et al., 2015; AL-MOHAYA; AL-MALIK, 2016).

Quanto aos aspectos histopatológicos, observa-se que a lesão é revestida por epitélio pavimentoso estratificado queratinizado, com regiões atróficas e hiperplásicas em sua composição. A sua parte central é composta por tecido de granulação com proliferação endotelial num estroma de tecido conjuntivo frouxo e infiltrado inflamatório misto, o qual é constituído por neutrófilos em maior quantidade nas regiões próximas à superfície ulcerada e linfócitos e plasmócitos em maior quantidade mais profundamente. Mostra-se como uma lesão altamente vascularizada, semelhante ao tecido de granulação, com canais de paredes delgadas obliterados por hemácias, responsáveis pela coloração vermelha da lesão, formando agregados lobulares. Em locais recentes e com presença de ulceração, a lesão é envolvida por exsudato fibrinoso (DE CARLI; DA SILVA, 2011; BRUST; DOMINGUES; CARDOSO et al., 2013).

Nas lesões mais antigas, observa-se a substituição do componente vascular por tecido fibroso, em decorrência da deposição de colágeno, fazendo com que se assemelhe aos processos de crescimento fibroepiteliais e aos fibromas. Devido a este aspecto fibrosado em que toma o estroma, é imprescindível que se faça o exame histopatológico da lesão, para que seja descartada a hipótese diagnóstica de lesões como a hiperplasia fibrosa (MENEZES et al., 2014; MARINHO; DE ANDRADE SANTOS; DE ALBUQUERQUE, 2016).



O devido diagnóstico orientará o tipo de tratamento que deverá ser seguido, desde o acompanhamento das lesões pequenas, indolores e sem a presença de sangramentos espontâneos, até a remoção cirúrgica com incisão estendendo-se para o perióstio do rebordo alveolar, envolvendo toda a lesão e apresentado uma margem de segurança sobre o tecido conjuntivo circundante. A taxa recidiva varia entre 10 e 15% dos casos, principalmente quando ocorre a remoção incompleta da lesão somada a não remoção do fator irritante local. Portanto deve ser fundamental o acompanhamento clínico dos pacientes acometidos para um controle efetivo (BRUST; DOMINGUES, 2013; DE AZAMBUJA; DAUDT, 2015).

## 2.2 LESÕES PERIFÉRICAS DE CÉLULAS GIGANTES

A LPCG apresenta-se como uma lesão de caráter benigno, não neoplásica, com crescimento semelhante a um tumor, por vezes localmente agressivas, sendo relativamente comum na cavidade bucal. Possui etiologia incerta, mas acredita-se que pode ocorrer em resposta a irritação e trauma locais, implantes dentários e prótese mal ajustados, infecção crônica, má higiene (CARDOSO et al., 2011; RODRÍGUEZ TAMAYO et al., 2015; MAHESHWARI et al., 2017).

Anteriormente chamada de granuloma reparativo periférico de células gigantes, a LPCG, no entanto, não apresenta efeito reparativo comprovado, portanto, a atividade osteoclástica parece duvidosa (MANNEM; CHAVA, 2012; VASCONCELOS, R; VASCONCELOS, M; QUEIROZ, 2013).

Seu desenvolvimento pode ocorrer em qualquer idade, contudo, predominantemente entre a primeira e a sexta década de vida, especialmente de 31 a 41 anos de idade, a ocorrência em crianças pode atingir por volta de 9%, variando de 6,5% a 12,7% em pacientes de 11 a 20 anos (MARINHO; DE ANDRADE SANTOS; DE ALBUQUERQUE, 2016).

Ocorre mais em mulheres, correspondendo a aproximadamente 60% dos casos, quanto à localização, a lesão pode surgir nas regiões anterior e posterior da gengiva, crista alveolar e áreas desdentadas, afetando mais a mandíbula que a maxila e pode surgir também em áreas adjacentes a implantes (MANNEM; CHAVA, 2012; VASCONCELOS, R; VASCONCELOS, M; QUEIROZ, 2013;).

A LPCG acomete exclusivamente a gengiva ou rebordo alveolar, geralmente com diâmetros menores que 2 cm, embora lesões maiores aconteçam ocasionalmente. Apresenta-se como uma massa de tecido mole de consistência firme a palpação, crescimento exofítico, com inserção séssil ou pedunculada, superfície lisa ou podendo apresentar ulcerações, de coloração roxa azulada em comparação ao GP (NEVILLE et al., 2016; MAHESHWARI et al., 2017).

Em geral, a tumefação apresenta um crescimento limitado, podendo envolver um ou mais elementos dentários, com tendência a sangramentos ocasionados por pequenos traumas. Em alguns casos têm capacidade de ser mais invasiva, acometendo tecido ósseo alveolar, esse potencial de crescimento pode levar a erosão do osso subjacente ou mesmo a uma reabsorção do osso alveolar (RODRÍGUEZ TAMAYO et al., 2015; FRANÇA et al., 2017).

No exame radiográfico pode ou não apresentar achados significativos quando presente pode ser observado uma área radiolúcida no osso adjacente à lesão, com ausência de bordas definidas, podendo apresentar halo radiopaco ao redor dela e, quando na presença de dentes adjacentes à lesão, verifica-se destruição superficial da crista óssea interdental em forma de “taça”, formada provavelmente pela compressão exercida pela lesão (NEVILLE et al 2016; FRANÇA et al., 2017).

O diagnóstico diferencial da LPCG inclui o granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico, hiperplasia fibrosa inflamatória, fibroma gengival, tumor marrom do hiperparatireoidismo, lesões vasculares benignas em estágios iniciais, quando houver um comprometimento ósseo mais agressivo deve-se incluir no diagnóstico a lesão central de células gigantes (MANNEM; CHAVA, 2012; TOMMASI, A.F; TOMMASI, M.H, 2014; MAHESHWARI et al., 2017).

Quanto aos aspectos histopatológicos, a LPCG se assemelha à Lesão Central de Células Gigantes (LCCG). A LPCG possui epitélio escamoso estratificado, queratinizado ou não, e tecido conjuntivo fibroso com presença de células multinucleadas, cujos núcleos podem ter quantidade e tamanho variados, podendo ser grandes e vesiculosos ou pequenos e picnóticos. Estas células são localizadas constantemente na periferia da lesão, mais precisamente, na lâmina própria, em meio a infiltrado inflamatório crônica (RODRIGUES et al., 2015; MARINHO; DE ANDRADE SANTOS; DE ALBUQUERQUE, 2016).

Estas células gigantes estão espalhadas entre células mesenquimais ovoides e fusiformes e o infiltrado inflamatório é composto de polimorfonucleados, plasmócitos e vasos sanguíneos com tecido hemorrágico, o qual culmina no depósito de hemossiderina especialmente na periferia da lesão. Ocasionalmente, pequenas quantidades de osso neoformado e/ou calcificações distróficas estão presentes nessas lesões. (NEVILLE et al., 2016; VAIDYA et al., 2018).

No tratamento realiza-se a remoção cirúrgica da lesão e eliminação dos fatores que agredem a mucosa gengival, seguida da curetagem, em casos de comprometimento da tábua óssea da região afetada, e eventual exodontia dos elementos envolvidos, desse modo, a remoção cirúrgica da lesão deve ser completa para que seja minimizado o risco de recidivas, os quais ocorrem em aproximadamente 10% dos casos (AHMED et al., 2016; MAHESHWARI et al., 2017).

### 2.3 FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO

O FOP apresenta-se como um crescimento gengival relativamente comum que é considerado mais como uma lesão de natureza reacional do que neoplásica. Possui patogênese incerta, o que leva a alguns autores acreditar que seu desenvolvimento inicialmente é semelhante ao GP, posteriormente sofre maturação fibrosa passando a apresentar material calcificado como parte de sua constituição (NEVILLE et al., 2016; DE OLIVEIRA, et al., 2017).

Descrito primordialmente no século XIX por Menzel e alcunhado como Fibroma Ossificante Periférico por Montgomery na década de 20, também chamado de epúlide fibróide ossificante, apresenta predileção pela porção anterior dos maxilares, havendo maior prevalência em mulheres, atinge uma extensa faixa etária, com maior número de casos entre a terceira e quarta décadas de vida (MORETI et al., 2016; DE OLIVEIRA, et al., 2017).

Clinicamente, o FOP mostra-se como um aumento de volume nodular, bem delimitado, superfície lisa, de inserção séssil ou pedunculada, com coloração que varia do vermelho ao rosa, podendo atingir dimensões superiores a 2 cm. A maxila é a região mais acometida (KAPDAN et al., 2014; MUNIZ et al., 2017; PATIL et al., 2018).

No exame radiográfico pode-se observar a presença de focos de calcificações a depender do tempo de desenvolvimento da lesão, bem como pode ou não ser visualizado um espessamento do ligamento periodontal. Na grande maioria dos casos não há envolvimento do osso subjacente visível na radiografia (MORETI et al., 2016; MUNIZ et al., 2017).

Como diagnóstico diferencial do FOP podemos citar, a lesão periférica de células gigantes, hiperplasia fibrosa inflamatória, fibroma ossificante periférico, granuloma piogênico, fibroma odontogênico periférico (FIGUEIREDO, 2014; KATTA et al., 2016).

Quanto aos aspectos histopatológicos, nota-se na lesão a presença de um epitélio pavimentoso estratificado. Este pode estar ulcerado, com a superfície recoberta por uma membrana fibrinopurulenta e áreas adjacentes de tecido de granulação, recobrendo o tecido conjuntivo fibroso vascularizado. Possui um estroma constituído por fibroblastos associados à formação de material mineralizado e a deposição de fibras colágenas. Os componentes mineralizados são variáveis e podem ser do tipo cementóide, osso, normalmente entrelaçado e trabeculado, e calcificações distróficas,

caracterizadas por diversos grânulos, glóbulos ou grande massa de material mineralizado (RIBEIRO; DO NASCIMENTO; HENRIQUES e MUNIZ et al., 2017).

Todavia, pode haver também, frequentemente, trabéculas de osteóide não mineralizado, e, menos comumente, depósitos ovóides arredondados de material basofílico. Constantemente, pode haver combinação desses materiais. Em lesões iniciais é comum que haja calcificações distróficas. Já as lesões mais antigas, são caracterizadas pela usual apresentação de osso lamelar maduro, nas quais as lesões não ulceradas recorrentemente apresentam osso ou cemento bem desenvolvidos (KALE et al., 2014; PATIL et al., 2018).

O tratamento preconizado é a remoção cirúrgica completa da lesão, devendo ser suficientemente profunda para incluir o perióstio e o ligamento periodontal afetados. Caso haja envolvimento de elementos dentários deve-se fazer raspagens periódicas ou até mesmo a exodontia dos elementos afetados, visando evitar recidiva (MORETTI et al., 2016)

A taxa de recorrência da lesão fica entre 8 a 20%, ligada diretamente a casos de remoção incompleta, e não eliminação dos fatores locais irritantes, bem como o acesso cirúrgico inadequado (RIBEIRO; DO NASCIMENTO; HENRIQUES, 2017; SHAH et al., 2018).

## REFERÊNCIAS

AHMED, S.S. et al. Peripheral giant cell granuloma: a case repo. **International Journal of Dental Research**, v. 4, n. 2, p. 44-46, 2016.

AL-MOHAYA, M. A; AL-MALIK, A. M. Excisão de granuloma piogênico oral em paciente diabético com laser de diodo 940nm. **Revista Médica Saudita** , v. 37, n. 12, p. 1395, jun. 2016.

BRUST, A. W. A; DOMINGUES, J. E. G. Tratamento e proervação de nove meses em um paciente com granuloma piogênico: relato de caso. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 38, n. 3, p. 192-7, mai. 2009.

CÁRDENAS, J. L. R; VÁSQUEZ, Z. T. GRANULOMA PIOGENO ORAL. **Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque**, v. 4, n. 1, p. 24-27, mar. 2018.

CARDOSO, C. L. et al. Lesão periférica de células gigantes recorrente: relato de caso. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 10, n. 1, p. 95-98, mar. 2011.

CARDOSO, J. A. et al. Oral granuloma gravidarum: a retrospective study of 41 cases in Southern Brazil. **Journal of Applied Oral Science**, v. 21, n. 3, p. 215-218, abr. 2013.

DE AZAMBUJA, C. B; DAUDT, F. A. R. L. GRANULOMA PIOGÊNICO ASSOCIADO À PRESENÇA DE PERIMPLANTITE: RELATO DE CASO. **Braz J Periodontol-September**, v. 25, n. 03, set. 2015.

DE CARLI, J. P; DA SILVA, S. O. Análise clínico-histopatológica do granuloma piogênico e do fibroma ossificante periférico. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 9, n. 2, ago. 2011.

DELGADO, C. A. C. et al. Fibroma Osificante Periférico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. **Acta Bioclínica**, v. 6, n. 11, p. 86-95, jan. 2016.

DE SOUZA PORDEUS, S. et al. Granuloma Piogênico Atípico de Comportamento Agressivo: Relato de Caso. **Revista da ACBO-ISSN 2316-7262**, v. 5, n. 2, mar- ago. 2016.

FIGUEIREDO, L. M. G. et al. Fibroma ossificante periférico extenso: relato de caso. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 43, n. 4, p. 167-171, dez. 2014.

KAPDAN, A. et al. Peripheral ossifying fibroma associated with actinomycosis. **Journal of Pediatric Dentistry**, v. 2, n. 2, p. 70, jun. 2014.

KATTA, R. C. et al. Peripheral Ossifying Fibroma: A Case Report. **Journal of Periodontal Practice**, v. 1, n. 1, jun. 2016.

KRISHNAPILLAI, R. et al. Oral pyogenic granuloma - a review of 215 cases in a South Indian Teaching Hospital, Karnataka, over a period of 20 years. **Oral and maxillofacial surgery**, v. 16, n. 3, p. 305-309, fev. 2012.

DE MENDONÇA, J. C. G. et al. Granuloma piogênico de grandes proporções: relato de caso clínico-cirúrgico. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 4, n. 3, abr. 2015.

DE OLIVEIRA, A. L. P. et al. FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO: relato de caso. **Revista da AcBO-ISSN 2316-7262**, v. 7, n. 2, nov. 2017.

FRANÇA, S. R. et al. Lesão periférica de células gigantes em região palatina anterior: excisão cirúrgica e acompanhamento de um ano. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 22, n. 3, set- dez. 2017.

OLIVEIRA, H. F. L. et al. Granuloma Piogênico Com Características Clínicas Atípicas: Relato de Caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 12, n. 3, p. 31-34, jul- set. 2012.



PALMEIRA, A. R. B. L et al. Processos proliferativos não neoplásicos: um estudo retrospectivo de 10 anos. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 61, n. 4, p. 543-547, dez. 2013.

PATIL, S. R. et al. Management of a Peripheral Ossifying Fibroma in a Male Patient. **International Journal of Human and Health Sciences (IJHHS)**, v. 1, n. 2, p. 83-85, jul. 2018.

PATUSSI, C. et al. Oral pyogenic granuloma after tongue piercing use: case report. **Dentistry**, v. 4, n. 229, p. 2161-1122.1000229, 2014.

MAHESHWARI, S., et al. Peripheral Giant Cell Granuloma—A Review and Case Report. **International J. of Healthcare and Biomedical Research**, v. 5, n. 02, p. 53-58, jan. 2017.

MANNEM, S; CHAVA, V.K. Management of an unusual peripheral giant cell granuloma: A diagnostic dilemma. **Contemporary clinical dentistry**, v. 3, n. 1, p. 93, jun. 2012.

MARINHO, T. F. C; DE ANDRADE SANTOS, P.P; DE ALBUQUERQUE, A.C.L. PROCESSOS PROLIFERATIVOS NÃO-NEOPLÁSICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 5, n. 2, p. 94-110, jun. 2016.

MENEZES, R. E. R. et al. Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: Relato de caso e revisão de literatura. **Salusvita**, v. 33, n. 1, p. 111-127, jan. 2014.

MORETI, L. C. T. et al. Fibroma ossificante periférico: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 5, n. 2, abr. 2016.

MUNIZ, A. B. et al. FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO: relato de caso. **Revista da AcBO-ISSN 2316-7262**, v. 7, n. 1, dez. 2017.

NEVILLE, B. W. et al. **Oral and Maxillofacial Pathology**. 4. ed. Canadá: Saunders, 2016. 928 p.

REYES, A. C. et al. GRANULOMA PIOGÊNICO: enfoque na doença periodontal como fator etiológico. **Archives of Oral Research**, v. 4, n. 1, jan-fev. 2008.

RIBEIRO, C. V; DO NASCIMENTO, L. S. O; HENRIQUES, J. C. G. Fibroma ossificante periférico: relato de um novo caso. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 26, n. 79, mai. 2017.

RODRIGUES, S.V., et al. Peripheral giant cell granuloma: This enormity is a rarity. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 19, n. 4, p. 466, jul. 2015.

RODRÍGUEZ TAMAYO, S. M. et al. Presentación de una paciente con granuloma periférico de células gigantes. **Correo Científico Médico**, v. 19, n. 2, p. 378-384, out. 2015.

SHAH, J. S. et al. Peripheral ossifying fibroma: An unusual presentation. **International Journal of Oral Health Sciences**, v. 8, n. 1, p. 47, jul. 2018.

TOMMASI, A. F; TOMMASI, M.H. **Diagnóstico em patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2014. 457 p.

VAIDYA, K., et al. Peripheral giant cell granuloma recurring as an exclusively intra-osseous lesion: An unusual clinical presentation. **Clinics and practice**, v. 8, n. 1, p. 1023, mai. 2018.

VASCONCELOS, R. G; VASCONCELOS, M. G; QUEIROZ, L. M. G. Peripheral and central giant cell lesions: etiology, origin of giant cells, diagnosis and treatment. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 49, n. 6, p. 446-452, dez. 2013.

**4 ARTIGO**

**LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES: RELATO DE UM CASO CLÍNICO  
PERIPHERAL GIANT CELL LESION: REPORT OF A CLINICAL CASE**

*Décio Resende Fonseca Campos<sup>1</sup>, Cyntia Helena Pereira de Carvalho<sup>2</sup>, George João Ferreira do Nascimento<sup>2</sup>, Keila Martha Barroso Amorim<sup>2</sup>.*

*1. Graduando do Curso de Odontologia do Centro de Saúde e Tecnologia Rural (CSTR). Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Patos, PB, Brasil.*

*2. Professor Doutor da Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas-Curso de odontologia/CCSTR – UFCG.*

*\*Correspondência: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos - Paraíba – Brasil.*

*Email:keilamartha@gmail.com*

## **RESUMO**

A Lesão periférica de células gigantes (LPCG) é um processo proliferativo não neoplásico, reativo a irritação local como traumas de baixa intensidade e longa duração. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de (LPCG) em uma paciente feoderma, de

44 anos, que compareceu a Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), relatando um incomodo na cavidade oral. No exame radiográfico verificou-se uma modesta área radiopaca, sugerindo a presença de material ósseo. O correto diagnóstico e o adequado tratamento culminaram em resultados satisfatórios e completa resolução do caso, sem indícios de recidivas.

**Descritores:** Granuloma de Células Gigantes; Gengiva; Diagnóstico.

**ABSTRACT**

Peripheral Giant Cell Lesion (LPCG) is a non-neoplastic proliferative process. reactive to local irritation as low intensity and long duration traumas. The objective of this work is to report a case of (LPCG) in a 44-year-old feoderma patient who attended the School Clinic of Dentistry of the Federal University of Campina Grande (UFCG), reporting an uncomfortable oral cavity. The radiographic examination revealed a modest radiopaque area, suggesting the presence of bone material. The correct diagnosis and the appropriate treatment culminated in satisfactory results and complete resolution of the case, with no evidence of relapses.

**Keywords:** Granuloma Giant Cell; Gingiva; Diagnosis.

## INTRODUÇÃO

Os processos proliferativos não-neoplásicos ou lesões proliferativas não-neoplásicas (PPNN), representam um grupo de lesões reacionais de tecidos moles, benignas, de caráter inflamatório, decorrentes de respostas orgânicas teciduais a estímulos de irritação local de longa duração, tais como cálculos subgengivais, má adaptação protética, mau estado de conservação de dentes, restaurações mal elaboradas, apresentando excessos interproximais, e processos infecciosos de origem dentária, como raízes residuais<sup>1</sup>. Outrossim, hormônios sexuais também são caracterizados como causas de PPNN<sup>2</sup>.

Dentre os PPNN de maior prevalência podemos citar a Lesão periférica de células gigantes (LPCG), o Granuloma piogênico (GP) e o Fibroma ossificante periférico (FOP), em geral caracterizados pelo crescimento nodular ou difuso de tecido gengival, o qual perde, paulatinamente, seu aspecto superficial normal, apresentando consistência fibrosa ou flácida, de base séssil ou pediculada, com sintomatologia e coloração variáveis.<sup>1,3,4</sup>

A LPCG apresenta-se como uma lesão de caráter benigno, não neoplásica, com crescimento semelhante a um tumor, por vezes localmente agressivas, sendo relativamente comum na cavidade bucal. Possui etiologia incerta, mas acredita-se que pode ocorrer em resposta a irritação e trauma locais, implantes dentários e prótese mal ajustados, infecção crônica, má higiene, bem como o hiperparatireoidismo primário<sup>5,6</sup>.

Anteriormente chamada de granuloma reparativo periférico de células gigantes, a LPCG, no entanto, não apresenta efeito reparativo comprovado, portanto, a atividade osteoclástica parece duvidosa<sup>3,7</sup>.

Seu desenvolvimento pode ocorrer em qualquer idade, contudo, predominantemente entre a primeira e a sexta década de vida, especialmente de 31 a 41 anos de idade<sup>8</sup>. A ocorrência em crianças pode atingir por volta de 9%, variando de 6,5% a 12,7% em pacientes de 11 a 20 anos<sup>9</sup>. Ocorre mais em mulheres, correspondendo a aproximadamente 60% dos casos<sup>7</sup>. Quanto à localização, a lesão pode surgir nas regiões anterior e posterior da gengiva, crista alveolar e áreas desdentadas, afetando mais a mandíbula que a maxila e pode surgir também em áreas adjacentes a implantes<sup>3</sup>.

A LPCG acomete exclusivamente a gengiva ou rebordo alveolar, geralmente com diâmetros menores que 2 cm, embora lesões maiores aconteçam ocasionalmente. Apresenta-se como uma massa de tecido mole de consistência firme a palpação, crescimento exofítico, com inserção sésil ou pedunculada, superfície lisa ou podendo apresentar ulcerações, de coloração roxa azulada em comparação ao GP<sup>6,10</sup>.

Em geral, a tumefação apresenta um crescimento limitado, podendo envolver um ou mais elementos dentários, com tendência a sangramentos ocasionados por pequenos traumas. Em alguns casos têm capacidade de ser mais invasiva, acometendo tecido ósseo alveolar<sup>5</sup>. Esse potencial de crescimento pode levar a erosão do osso subjacente ou mesmo a uma reabsorção do osso alveolar<sup>8</sup>.

No exame radiográfico pode ou não apresentar achados significativos,<sup>11</sup> quando presentes pode ser observada uma área radiolúcida no osso adjacente à lesão, com ausência de bordas definidas, podendo apresentar halo radiopaco ao redor dela e, quando na presença de dentes adjacentes à lesão, verifica-se destruição superficial da



crista óssea interdental em forma de “taça”, formada provavelmente pela compressão exercida pela lesão <sup>8,10</sup>.

O diagnóstico diferencial da LPCG inclui o granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico, hiperplasia fibrosa inflamatória, fibroma gengival, tumor marrom do hiperparatireoidismo, lesões vasculares benignas em estágios iniciais, <sup>7,12</sup> quando houver um comprometimento ósseo mais agressivo deve-se incluir no diagnóstico a lesão central de células gigantes <sup>6</sup>.

Quanto aos aspectos histopatológicos, a LPCG se assemelha à Lesão Central de Células Gigantes (LCCG). A LPCG possui epitélio escamoso estratificado, queratinizado ou não, e tecido conjuntivo fibroso com presença de células multinucleadas, cujos núcleos podem ter quantidade e tamanho variados, podendo ser grandes e vesiculosos ou pequenos e picnóticos. Estas células são localizadas constantemente na periferia da lesão, mais precisamente, na lâmina própria, em meio a infiltrado inflamatório crônica <sup>13,9</sup>.

Estas células gigantes estão espalhadas entre células mesenquimais ovoides e fusiformes e o infiltrado inflamatório é composto de polimorfonucleados, plasmócitos e vasos sanguíneos com tecido hemorrágico, o qual culmina no depósito de hemossiderina especialmente na periferia da lesão. Ocasionalmente, pequenas quantidades de osso neoformado e/ou calcificações distróficas estão presentes nessas lesões <sup>10,14</sup>.

No tratamento realiza-se a remoção cirúrgica da lesão e eliminação dos fatores que agredem a mucosa gengival, seguida da curetagem, em casos de comprometimento da tábua óssea da região afetada, e eventual exodontia dos elementos envolvidos <sup>15</sup>.

Desse modo, a remoção cirúrgica da lesão deve ser completa para que seja minimizado o risco de recidivas, os quais ocorrem em aproximadamente 10% dos casos <sup>9,10</sup>.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de LPCG e realizar uma breve revisão a respeito características da lesão.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, M.D.L.S. de 44 anos, feoderma, compareceu à Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), relatando um incomodo cavidade oral relacionado ao aparecimento de um “caroço” há aproximadamente dois meses. A paciente não apresentava alterações sistêmicas nem extra-orais, estas verificadas por meio de exame clínico extra-oral.

No exame clínico intra-oral verificou-se a presença de uma lesão exofítica, na região da gengiva, mais precisamente no rebordo alveolar inferior direito, na porção anterior da mandíbula, com envolvimento dos elementos dentários 42, 44 e 45 (43 ausente), os quais apresentavam mobilidade (figura 1).



**Fig. 1.: Aspecto Clínico inicial**

A lesão media 3 cm em seu maior diâmetro e apresentava-se com inserção pediculada, de consistência firme, eritematosa, com áreas de coloração semelhante à mucosa, superfície lobulada, sangrante à palpação e de crescimento lento. No exame

radiográfico verificou-se uma radiopacidade no local da lesão, sugerindo a presença de material ósseo (figura 2).



Fig. 2.: Imagem radiográfica da lesão

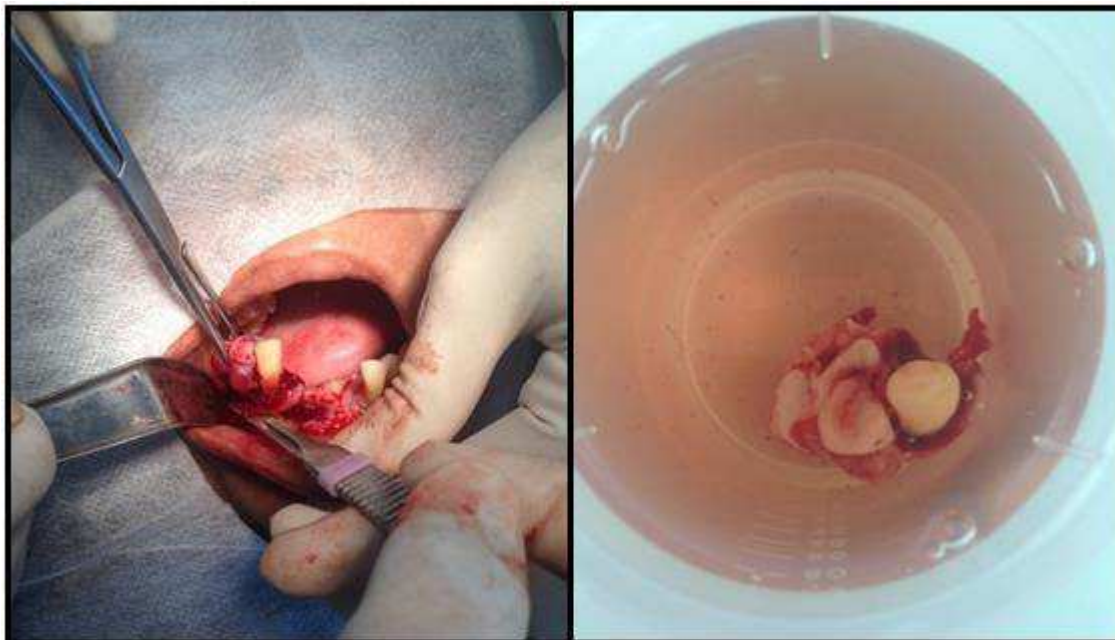
Com base no exame clínico, com hipótese diagnóstica de hiperplasia gengival, granuloma piogênico ou lesão periférica de células gigantes.

#### PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

O plano de tratamento foi explicado para o paciente, a qual assinou um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), autorizando a realização do procedimento cirúrgico e publicação deste caso clínico (APÊNDICE A). O procedimento cirúrgico escolhido foi a biopsia excisional, com curetagem do tecido ósseo e exodontia dos elementos envolvidos, pois os mesmos apresentavam mobilidade e grande perda óssea horizontal.

#### TECNICA CIRÚRGICA

No procedimento cirúrgico, foi realizada antissepsia extra e intrabucal com digluconato de clorexidina 2% respectivamente. Em seguida, anestesia local infiltrativa com cloridrato de mepivacaina a 3%, realizou-se incisão completa da lesão com a lâmina de bisturi 15C (figura 3).



**Fig. 3 A: Remoção da lesão**

**Fig. 3 B: Peça cirúrgica**

Objetivando a eliminação dos fatores traumáticos e evitar posterior recidiva, fez-se a exodontia dos elementos 42, 44 e 45, com posterior curetagem e irrigação abundante com solução salina a 0,9 %. Foi feita sutura com fio de nylon, visando cicatrização por primeira intenção, e, conseqüentemente, uma melhor reparação da ferida cirúrgica. Não foram reportadas complicações pós-operatórias.

A lesão removida foi fixada em formol a 10% e encaminhada ao Laboratório de Patologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). No exame histológico foi constatado fragmento de mucosa revestido por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado com área de ulceração superficial e focos de tecido fibroso denso de infiltrado mononuclear, disposto justaepiteliamente, misturados com proliferações de células mesenquimais vesiculares, material amorfo mineralizado e osso trabecular imaturo e lamelar, além de acentuada vascularização com grande quantidade de brotos capilares e células gigantes (figura 4). O diagnóstico foi de Lesão Periférica de Células gigantes.

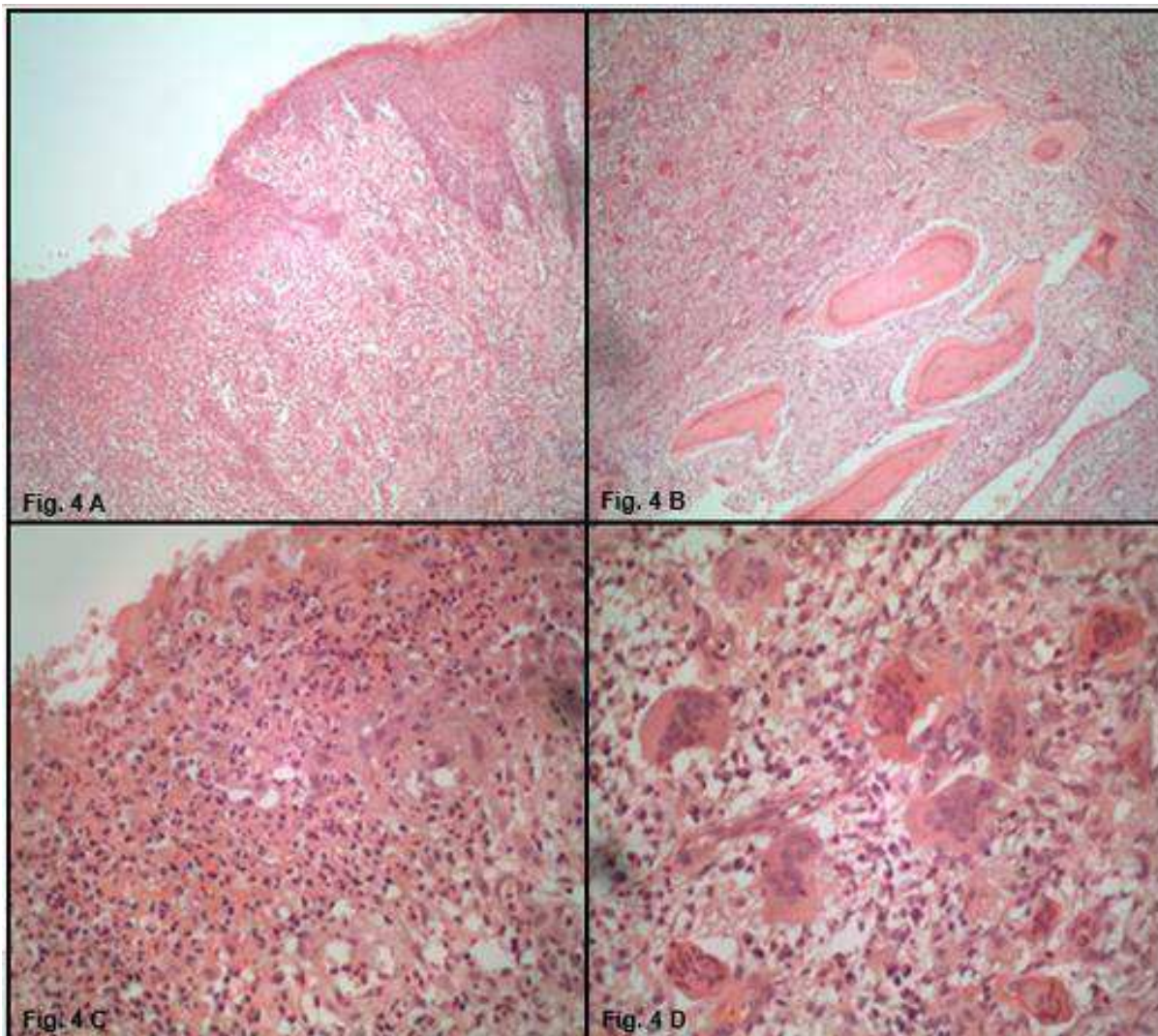


Fig. 4 A: área de ulceração superficial e infiltrado inflamatório crônico. Fig. 4 B: Trabéculas ósseas imaturas e maduras. Fig. 4 C: Numerosos vasos sanguíneos. Fig. 4 D: Células gigantes multinucleadas em um estroma de tecido conjuntivo fibroso denso.

A imagens do pós-operatório imediato, e depois de 7 dias (figura 5). Não foram observadas recidivas em 12 meses de acompanhamento e proervação.



Fig. 5 A: Pós – operatório imediato

Fig. 5 B: Pós – operatório após 7 dias

## DISCUSSÃO

Os processos proliferativos não-neoplásicos (PPNN), são lesões decorrentes de respostas orgânicas teciduais a irritação ou trauma. Essas lesões são relativamente comuns, como citado por Shamim et. al (2008),<sup>16</sup> em sua pesquisa no sul da Índia, em que foram analisados 244 casos de lesões na gengiva e ,destas, 75,5% eram lesões não – neoplásicas, e por Kamath et al. (2013),<sup>17</sup> em sua pesquisa no sul da África, em que foram analisadas 153 lesões e, destas, 51% eram não-neoplásicas.

Os PPNN representam lesões reacionais de tecido mole que acometem mais mulheres. Em concordância com esta ideia há o estudo de Alblowi et. al (2018),<sup>18</sup> o qual afirmou que as lesões não neoplásicas são mais prevalentes no sexo feminino com base na sua pesquisa de 20 anos (1996 – 2016), bem como o estudo de Palmeira et al., (2013),<sup>1</sup> onde foram analisadas 938 lesões, das quais 35% eram pertencentes aos PPNN e ,destas, 73% acometiam o sexo feminino, com faixa etária predominante de 40 a 59 anos de idade. No entanto, há quem discorde desta faixa etária, que descreve em seu estudo a faixa etária de 20 a 49 anos como a mais comum.<sup>17</sup>

A LPCG, é conhecida na comunidade científica por diversas denominações, entre elas, granuloma periférico de células gigantes, epúlide de células gigantes e hiperplasia de células gigantes Marques (2013).<sup>19</sup> Configura-se como uma lesão reativa, que se origina no perióstio ou ligamento periodontal como resultado de irritação local ou trauma crônico Vaidya et al., (2018)<sup>14</sup> e Kadeh et at., (2015),<sup>20</sup> Hunasgi et al., (2014)<sup>21</sup> e possui alta incidência na gengiva, podendo ocasionalmente recobrir áreas desdentadas, como afirmado por Verma, (2013)<sup>15</sup> e causar reabsorção nas cristas



edêntulas, devido ao seu padrão de crescimento celular osteoclástico, como afirma Oliva, (2014).<sup>23</sup>

Clinicamente, é difícil diferenciar entre a maioria das lesões gengivais reativas, particularmente nos estágios iniciais. De acordo com Neville et al., (2016)<sup>10</sup> a LPCG apresentam-se como elevação nodular, com crescimento lento de coloração azul roxeada, podendo está ulcerada em 50% dos casos, com tamanho não superior a 2 cm<sup>9,11,13,15</sup>. Discordando do caso apresentado em que a lesão em seu maior comprimento chegou aos 3 cm, com envolvimento de três elementos dentários.

De acordo com o estudo de Lester et al. (2014)<sup>24</sup> a localização mais frequente foi a mandíbula representando 58% em relação a maxila, concordando com o nosso caso e discordando do estudo de Maturama, (2015)<sup>25</sup> que apresentou uma distribuição equiparada na maxila e na mandíbula (50-50%) e França, (2017)<sup>8</sup> na qual houve a maior prevalência na maxila. Sendo uma lesão que acomete frequentemente a porção anterior aos molares.<sup>6,8,12</sup> Em estudo realizado por De Carli (2006)<sup>26</sup>, chegou-se à conclusão de que a região anterior das arcadas dentárias é mais acometida, provavelmente pelo fato de estar mais exposta a fatores traumáticos,<sup>8,10,12</sup> também observado no presente caso.

Em relação ao sexo e a faixa etária mais acometida pela lesão, houve predomínio do sexo feminino com a faixa etária entre a quarta e a sexta década de vida<sup>9,10,12,20,21,23</sup>, para Shadman et al. (2009)<sup>22</sup> a terceira década de vida mostrou-se mais afetada com predominância do sexo feminino, discordando de Maturama, (2015)<sup>25</sup> que obteve a sexta década de vida, com uma prevalência de 51,6% dos casos no sexo masculino.

Por ser uma lesão de tecido mole, razão da denominação “periférica”, a LPCG comumente não apresenta aspecto radiográfico significativo. Para alguns autores a

lesão pode apresentar reabsorção óssea em forma de “taça”<sup>3,7,9,10,12</sup>. Para Barancelli et al., (2009)<sup>27</sup> a compressão mecânica da lesão na crista óssea subjacente em pacientes desdentados pode estimular uma reabsorção dos tecidos que será visível radiograficamente como uma área radiolúcida, em formato côncavo.

Histologicamente, a LPCG é composta de nódulos de células gigantes multinucleadas em um fundo de células mesenquimais ovóides e fusiformes gordurosas e eritrócitos extravasados. As células gigantes podem conter vários alguns núcleos. Alguns deles são grandes, vesiculares e outros demonstram núcleos pequenos e picnóticos. A origem da célula gigante é desconhecida, segundo Tandon (2012).<sup>28</sup> Porém, estudos ultraestruturais e imunológicos mais antigos apontam que as células gigantes são derivadas de osteoclastos, Bonetti (1990).<sup>29</sup> Já para Adlakha (2010),<sup>30</sup> a presença de células gigantes tem sido atribuída a várias causas, pode ser uma resposta fagocítica à hemorragia em um tecido de granulação preexistente, ou pode surgir das células endoteliais dos capilares, periósteo, ligamento periodontal ou tecido conjuntivo da gengiva.

No caso apresentado foi constatada no exame histológico a presença de material amorfo mineralizado, embora a maioria dos autores na literatura consultada não relatarem a presença deste tipo de material. Para Lester et al. (2014);<sup>10</sup>, não são incomuns áreas de formação de osso reacional ou de calcificações distróficas.

O tratamento cirúrgico é o mais descrito na literatura. Segundo os autores,<sup>3,5,6,8,10,12,13</sup> o tratamento inclui a excisão cirúrgica juntamente com a remoção dos fatores causais. No entanto estudos mais atuais revelam outras opções terapêuticas igualmente recomendáveis como, o laser de dióxido de carbono e o bisturi elétrico.<sup>21</sup> Embora apresentem vantagens como diminuição do sangramento e

facilidade na execução da técnica, não foram encontrados na literatura estudos que comparem os resultados obtidos com esses métodos alternativos em relação ao bisturir cirúrgico.

A taxa recidiva da LPCG, ele tem sido considerado elevada por alguns autores variando de 5% a 70,6%,<sup>13,14</sup> Esse fato se deve a não remoção dos fatores causais e possível falha na técnica cirúrgica utilizada, uma vez que, quando os bordos da lesão não são totalmente removidos, a chance de recidiva é maior. Quando o tratamento é realizado da forma correta as chances de recidivas dessa lesão diminuem significativamente variando aproximadamente 10% dos casos.<sup>9,10</sup>

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conhecimento do cirurgião dentista a respeito das características clínica, radiográficas e histológicas dessa patologia é fundamental para o diagnóstico correto. Quando adequadamente diagnosticada e tratada a lesão apresenta um prognóstico excelente, com altas taxas de sucesso no tratamento, evitando assim possíveis quadros de recorrência.

## **6. REFERÊNCIAS**

1. Palmeira ARDBL, Florêncio AG, Silva Filho JPD, Silva UHD, Araújo NSD. Processos proliferativos não neoplásicos: um estudo retrospectivo de 10 anos. RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online). 2013; 61(4): 543-547.
2. Patussi C, Sassi LM, Da Silva WP, Zavarez LB, & Schussel JL. Oral pyogenic granuloma after tongue piercing use: case report. Dentistry. 2014; 4:5
3. Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Queiroz, LMG. Peripheral and central giant cell lesions: etiology, origin of giant cells, diagnosis and treatment. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial. 2013; 49(6): 446-452.
4. de Souza PorDeus SSLNS, de Melo FAV, Ferreira SMS, da Silva FSB, Peixoto FB. Granuloma Piogênico Atípico de Comportamento Agressivo: Relato de Caso. Revista da AcBO. 2016; 25(2): 219-225.
5. Rodríguez Tamayo SM, Vázquez Isla D, Pérez Vera L, Leyva R, Mirtha A.. Presentación de una paciente con granuloma periférico de células gigantes. Correo Científico Médico. 2015; 19(2): 378-384.
6. Maheshwari S, Bhutada G, Baisane V, Palve D. Peripheral Giant Cell Granuloma - A Review and Case Report. International J. of Healthcare and Biomedical Research. 2017; 5(02): 53-58.
7. Mannem S, Chava VK. Management of an unusual peripheral giant cell granuloma: A diagnostic dilemma. Contemporary clinical dentistry. 2012; 3(1): 93.
8. França SR, Matos MFS, da Silva Sampieri MB, Chaves FN, Pereira KMA, Alves APNN. Lesão periférica de células gigantes em região palatina anterior: excisão cirúrgica e acompanhamento de um ano. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF. 2017; 22(3): 342-346.

9. Marinho TDFC, de Andrade Santos PP, de Albuquerque ACL. PROCESSOS PROLIFERATIVOS NÃO-NEOPLÁSICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Saúde & Ciência Online*. 2016; 5(2): 94-110.
10. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Angela C. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4. ed. Canadá: Saunders; 2016. 928 p.
11. Ahmed SS, Zaman H, Abrar FB, Khalid S. Peripheral giant cell granuloma: a case repo. *International Journal of Dental Research*. 2016; 4(2): 44-46.
12. Tommasi AF, Tommasi MH. *Diagnóstico em patologia bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2014. 457 p.
13. Rodrigues SV, Mitra DK, Pawar SD, Vijayakar HN. Peripheral giant cell granuloma: This enormity is a rarity. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2015; 19(4): 466.
14. Vaidya K, Sarode GS, Sarode SC, Majumdar, B, Patil S. Peripheral giant cell granuloma recurring as an exclusively intra-osseous lesion: An unusual clinical presentation. *Clinics and practice*. 2018; 8(1):1023.
15. Verma PK, Srivastava R, Chandra A, Gautam A, Yadav P. Peripheral giant cell granuloma. *SRM Journal of Research in Dental Sciences*. 2013; 4(2): 90.
16. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S. A retrospective analysis of gingival biopsied lesions in south indian population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13, E414-E418.
17. Kamath KP, Vidya M, Anand PS. Biopsied Lesions of the Gingiva in a Southern Indian Population--A Retrospective Study. *Oral health & preventive dentistry*. 2013; 11(1).

18. Alblowi JA, Binmadi NO. Histopathologic analysis of gingival lesions: A 20-year retrospective study at one academic dental center. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2018; 10(6):561.
19. Márquez OP, Camacho ML, Guillén JY, Peña MB. GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. REPORTE DE CASO. *Odontologia*. 2013; 8 (1)
20. Kadeh H, Saravani S, Tajik M. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity. *Iranian journal of otorhinolaryngology*. 2015; 27(79): 137.
21. Hunasgi S, Koneru A, Vanishree M, Manvikar V. Avaliação das lesões gengivais reativas da cavidade oral: estudo histopatológico. *Jornal de patologia oral e maxilofacial: JOMFP*. 2014 ; 21 (1): 180
22. Shadman N, Ebrahimi SF, Jafari S, Eslami M. Peripheral giant cell granuloma: a review of 123 cases. *Dent Res J (Isfahan)*. 2009; 6(1):47.
23. Oliva L, de Oliva M, Herrera N, Andrade R. Granuloma periférico de células gigantes: recidiva postquirúrgica. Revisión de la literatura y reporte de un caso clínico. *Revista odontológica mexicana*. 2014; 18(3): 180-185.
24. Lester SR, Cordell KG, Rosebush MS, Palaiologou AA, Maney P. Granulomas de células gigantes periféricas: uma série de 279 casos. *Cirurgia oral, medicina oral, patologia oral e radiologia oral*. 2014; 118 (4):475-482.
25. Maturama-Ramírez A, Adorno-Farías D, Montserrat ReyesRojas M, Farías-Vergara N, Aitken-Saavedra J. A retrospective analysis of reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: study of 1149 cases diagnosed between 2000 and 2011, Chile. *Acta Odontol Latinoam*. 2015; 28(2):103-7.

26. Carli JPD. Lesão de células gigantes periférica da cavidade bucal: avaliação da agressividade das lesões por meio dos estudos clínico-radiográfico retrospectivo, histopatológico, histoquímico e imunohistoquímico. 2006.
27. Barancelli M, Costa H, De Carli JP, de Oliveira Silva S, 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/Brazilian Journal of Health Research. 2009; 11(3):59-64.
28. Tandon PN, Gupta SK, Gupta DS, Jurel SK, Saraswat, A. Peripheral giant cell granuloma. Contemporary clinical dentistry. 2012; 3(Suppl1), S118.
29. Bonetti F, Pelosi G, Martignoni G, Mombello A, Zamboni G, Pea M, Chilosi, M. Peripheral giant cell granuloma: evidence for osteoclastic differentiation. Oral surgery, oral medicine, oral pathology. 1990; 70(4):471-475.
30. Adlakha VK, Chandna P, Rehani U, Rana V, Malik P. Peripheral giant cell granuloma. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, 2010; 28(4):293.



Divulga os avanços científicos e tecnológicos conquistados pela comunidade odontológica, respeita os indicadores de qualidade, a fim de que seja assegurada a sua aceitabilidade junto à comunidade de pesquisadores da área em nível local, regional, nacional e internacional. São Artigos Originais; Observatório (opinião qualificada sobre tópicos específicos em odontologia a convite dos editores); Revisão; Notas de pesquisa; Relato de casos, ensaios, relatos de experiências na área de educação, saúde e, sobretudo, aspectos ético-legais e sociais da odontologia, na forma de artigos especiais, inclusive de áreas afins; Resenha; Tese; Cartas (crítica a artigo publicado em fascículos anterior da Revista, relatando observações de campo ou laboratório máximo de 3 páginas). Após o recebimento do artigo, o mesmo é numerado e segue carta informando aos autores acerca de recebimento de artigo, que aguardem a análise; Editor encaminha o artigo para 02 pareceristas (duplo cego); Editor recebe e analisa os pareceres, em caso de discordância há o envio para um 3 revisor; Editor recebe todos os pareceres e delibera acerca de aceitação, encaminhamento para reformulação ou rejeição do artigo para publicação. A Revista busca encaminhar para reformulação até o limite máximo de três vezes o mesmo artigo, evitando a rejeição imediata. A filosofia é contribuir para o aprimoramento dos papers. O público alvo é constituído por cirurgiões-dentistas, acadêmicos de odontologia e de áreas correlatas.

#### Fontes de Financiamento

- Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

- No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### Conflito de interesses

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### Forma e preparação de manuscritos

Os originais deverão ser digitados em espaço duplo, papel ofício (tamanho A-4), observando-se o máximo de páginas para cada categoria, sendo Artigos Originais, Revisão (20 páginas); Notas de Pesquisa, Relatos de Casos, ensaios, de experiências (15 páginas); á todas as páginas deverão estar devidamente numeradas e rubricadas pelo(s) autor(es), incluindo ilustrações e tabelas. Os trabalhos deverão ser enviados ao CRO/PE, por correio ou e-mail, 02 vias do artigo, 1 com identificação dos autores e outra sem identificação, e acompanhados do CD, quando enviados por correio, usando um dos programas: MSWORD, WORD PERFECT, WORD FOR WINDOWS, e da Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais. O manuscrito deverão seguir a seguinte ordem:

A) Título (língua original) e seu correspondente em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de título em português ou espanhol;

B) Nome do(s) autor(es) , por extenso, com as respectivas chamadas, contendo as credenciais (títulos e vínculos). Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência;

C) Resumo e Descritores (sinopse de até 200 palavras), com descritores (unitermos, palavras-chaves) de identificação, de conteúdo do trabalho, no máximo de cinco. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou espanhol;

D) Texto: o texto em si deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais). O exemplo a seguir deve ser utilizado para estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa: INTRODUÇÃO: exposição geral do tema devendo conter os objetivos e a revisão de literatura; DESENVOLVIMENTO: núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão; CONCLUSÃO: parte final do trabalho baseado nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo;

E) Sinopse ou Abstract, datilografado em inglês, com descritores em inglês;

F) Agradecimentos - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria. Também podem constar desta parte instituições pelo apoio económico, pelo material ou outros;

G) As referências (máximo de 30) devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica,

seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

\*Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

\*No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ), o(s) autor(es) devera (ão) converter as referências para texto.

H) Tabelas e/ ou figuras (máximo 5)

#### Tabelas

Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé e não no cabeçalho ou título. Se as tabelas forem extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos á publicação. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

#### Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser apresentadas em folhas à parte e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que

foram citadas no texto. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos a publicação.

### Abreviaturas e Siglas

Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecerem nas tabelas e nas figuras, devem ser acompanhadas de explicação. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

### Publicação de ensaios clínicos

Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico. Essa exigência está de acordo com a

recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

\* As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Nederlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Envio de manuscritos

Os manuscritos devem ser encaminhados para:

Odontologia Clínico-Científica - Av. Norte Miguel Arraes de Alencar, 2930 - Rosarinho - CEP. 52041-080 Recife /PE, Brasil. Fone: (81) 3194-4900 ou através do E-mail: revista@cro-pe.org.br Este endereço de e-mail este protegido contra spambots. Você deve habilitar o JavaScript para visualiza-lo.

Fontes de Financiamento

- Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

- No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Conflito de interesses

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

**APÊNDICE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL – CSTR  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS – UACB  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para a realização dos exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, Marina Gaires Lima da Silva abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização de radiografias, fotografias, resultados de exames e outras informações desta ficha clínica como material didático ou de publicação científica. Declaro estar ciente que, em caso de acidente perfuro-cortante, me submeterei ao teste rápido para HIV e colaborarei com o que for necessário dentro das normas estabelecidas por esta instituição de ensino.

Patos, 18 de maio de 2013.

\* Joazuma Lima, RG: \_\_\_\_\_, CPF: 000203904-40

Assinatura do paciente ou responsável



