

Maurício Barancelli¹
Heloísa Costa¹
João Paulo De Carli²
Solúete de Oliveira Silva³
Norberto Perri Moraes⁴

Peripheral giant cell lesion treated by conventional surgery and cauterization of the subjacent tissue: a case report

| Lesão periférica de células gigantes tratada por cirurgia convencional e cauterização do leito cirúrgico: relato de caso

Abstract | *Introduction: peripheral giant cell lesion (PGCL) is a disease of the oral cavity characterized by a benign hyperplastic growth of unknown etiology, although it is associated with trauma or local irritant agents. Purpose: to show, through the presentation of a clinical case, that a meticulous surgical excision of PGCL and the removal of etiologic factor results in no postoperative recurrences. Clinical case: this report presents a case of PGCL treated by conventional surgery and cauterization of the subjacent tissue, in a female patient, caucasian, 31 years old, possibly caused by prosthetic trauma. Final considerations: in the presented case, the correct diagnosis associated with a thorough treatment with surgical removal and traumatic factor enabled the restoration of the patient's oral health.*

Keywords | *Peripheral giant cell lesion. Diagnosis. Treatment. Cautery.*

RESUMO | *Introdução: A lesão periférica de células gigantes (LPCG) é uma enfermidade bucal caracterizada por um crescimento hiperplásico benigno de etiologia ainda desconhecida, apesar de se apresentar associada a traumas ou agentes irritantes locais. Objetivo: Mostrar, por meio da apresentação de um caso clínico, que a excisão cirúrgica meticulosa da LPCG e a remoção do fator etiológico resultam num pós-operatório sem a ocorrência de recidivas. Relato do caso clínico: O presente trabalho apresenta um caso clínico de LPCG tratado por cirurgia convencional e posterior cauterização do leito cirúrgico em paciente do gênero feminino, leucoderma, 31 anos, possivelmente ocasionado por trauma protético. Considerações finais: No caso apresentado, o adequado diagnóstico associado a um tratamento meticuloso, com remoção cirúrgica e do fator traumático, possibilitou o restabelecimento da saúde bucal da paciente.*

Palavras-chave | *Lesão periférica de células gigantes; Diagnóstico; Tratamento; Cauterização.*

¹Acadêmico de Odontologia da Universidade de Passo Fundo/RS.

²Mestre em Odontologia/Estomatologia pela UNESP/Araçatuba/SP, Doutorando em Estomatologia pela PUCPR, professor da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo/RS.

³Doutora em Estomatologia Clínica pela PUCRS, professora da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo/RS.

⁴Doutor em Cirurgia Bucocomaxilofacial pela UNESP/Araçatuba/SP, professor de Estomatologia da UNESP/Araçatuba/SP.

Introdução |

A lesão periférica de células gigantes (LPCG) é uma enfermidade da cavidade bucal caracterizada por um crescimento hiperplásico benigno. Os primeiros pesquisadores acreditavam que a lesão era uma neoplasia verdadeira, no entanto a maioria dos estudiosos sustenta o ponto de vista de que a LPCG é uma resposta proliferativa incomum dos tecidos à agressão¹⁵.

Vários autores relataram que a LPCG tem etiologia desconhecida, podendo ser decorrente de respostas teciduais a estímulos crônicos representados por traumatismos, exodontias, próteses mal-adaptadas, restaurações defeituosas e cálculo subgingival^{1,3,8,13}.

Clinicamente, a LPCG se manifesta como lesão exofítica de base séssil ou pediculada, de coloração vermelho-escuro, vascular ou hemorrágica, que ocorre sempre na gengiva ou no processo alveolar, com seu diâmetro podendo variar de 0,5 a 1,5cm³. No entanto, não existem características clínicas patognomônicas, pelas quais esse tipo de lesão possa ser diferenciado de outras formas de aumento gengival⁹.

Outros processos proliferativos, como o granuloma piogênico e as hiperplasias fibrosas inflamatórias, quando ocorrem na gengiva, e até mesmo o fibroma ossificante periférico (neoplasia benigna de natureza odontogênica), podem ser confundidos clinicamente com a LPCG^{8,13,15}.

A LPCG pode se desenvolver em qualquer idade, mas mostra um pico de prevalência na quinta e sexta décadas¹³.

Em relação à localização, a LPCG pode ocorrer tanto na maxila como na mandíbula^{8,9,13}.

Quanto ao sexo, há uma concordância entre os autores, e as mulheres eram afetadas com maior predileção em relação aos homens^{2,9,13,15}.

Com referência à raça mais acometida, a maioria dos autores relata ser a branca^{1,2,13}, não tendo sido encontrados na literatura trabalhos que justifiquem esses dados epidemiológicos.

Por ser uma lesão de tecido mole, razão da denominação “periférica”, a LPCG comumente não apresenta aspecto radiográfico significativo. Por vezes, no entanto, pode apresentar reabsorção óssea superficial em forma de taça⁸.

O exame histopatológico é indispensável para estabelecer o diagnóstico definitivo, pois o aspecto micros-

cópico da lesão gigantocitária é ímpar, mostrando, em meio a um estroma de tecido conjuntivo fibroso, a presença de células gigantes multinucleadas a corpo estranho que possivelmente representam osteoclastos^{8,13}.

O tratamento cirúrgico é o único método empregado na terapia da lesão periférica de células gigantes, tornando-se fácil sua remoção completa, tomando o cuidado quanto à margem de segurança e margem da lesão para que não ocorram recidivas⁹.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico de LPCG tratado por cirurgia convencional e posterior cauterização do leito cirúrgico, a fim de observar que a meticulosa remoção da lesão e a extinção do fator etiológico resultaram num pós-operatório sem a ocorrência de recidivas.

Relato do caso clínico |

A paciente do caso clínico em questão autorizou a publicação dos dados e imagens clínicas e radiográficas por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Paciente feminino, 31 anos de idade, leucoderma, procurou atendimento odontológico relatando como queixa principal a presença de um “caroço na boca”. No exame anamnésico, não foram obtidos dados contributivos.

Ao exame físico, notou-se um crescimento exofítico nodular ulcerado localizado na porção vestibular do rebordo alveolar superior, na região desdentada correspondente aos elementos 22 e 23, com aproximadamente 2,5cm em seu maior diâmetro, de base pediculada, coloração róseo-avermelhada e consistência borrachoide (Fig. 1). A paciente era portadora de prótese parcial removível provisória, a qual envolvia e traumatizava a região da lesão (Fig. 2).

De acordo com o relato da paciente, a lesão era assintomática e seu tempo de evolução era de aproximadamente quatro meses.

Radiograficamente, a cortical óssea apresentava-se levemente reabsorvida, o que foi comprovado pela existência de pequena área radiolúcida na região (Fig. 3).

Tendo em vista as boas condições de saúde geral da paciente e as características de benignidade da lesão, procedeu-se à biópsia excisional da lesão. Iniciou-se o procedimento com anestesia perilesional, para a qual se utilizou um tubete de Xylestesin[®] 2% (cloridrato



Figura 1. Aspecto clínico inicial da lesão



Figura 2. Prótese parcial removível traumatizando a lesão



Figura 3. Aspecto radiográfico da região da lesão evidenciando leve reabsorção da cortical óssea (seta)

de lidocaína com norepinefrina 1:50.000).

Após, utilizando-se uma lâmina de bisturi nº 15, realizou-se a excisão da lesão com margem de segurança (Fig. 4).

Em seguida, usando-se um bisturi eletrônico (Deltornix modelo BO 1300T[®]), cauterizou-se o leito cirúrgico (Fig. 5 e 6). Não foi realizada sutura, no entanto co-

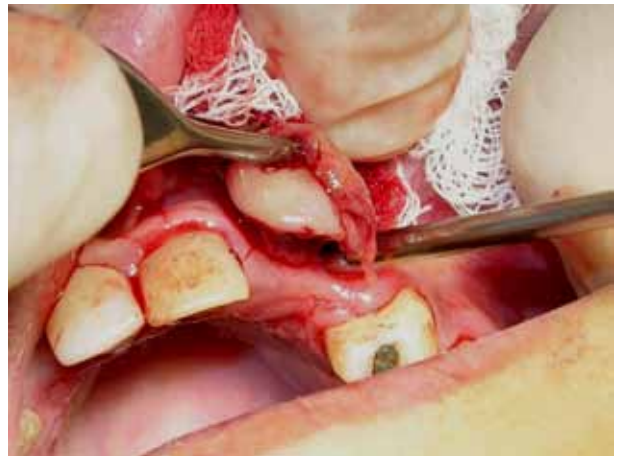


Figura 4. Remoção da lesão com lâmina de bisturi nº 15



Figura 5. Leito cirúrgico sendo cauterizado com bisturi eletrônico



Figura 6. Leito cirúrgico após a cauterização

locou-se um curativo de cimento cirúrgico na prótese removível, aliviada na região da lesão. Como medicação pós-operatória, receitou-se paracetamol 750mg (1 comprimido de 8 em 8h durante 3 dias).

O exame histopatológico da lesão removida confirmou o diagnóstico de LPCG, tendo-se notado, em meio a um estroma de células conjuntivas e inflamatórias, a presença de numerosas células gigantes multinucleadas (Fig. 7).

Passados 15 dias, a região já se apresentava satisfatoriamente cicatrizada e com coloração normal (Fig. 8). Não houve relato de dor ou desconforto pós-operatório por parte da paciente. Em seguida, a paciente foi encaminhada para confecção de nova prótese parcial removível.

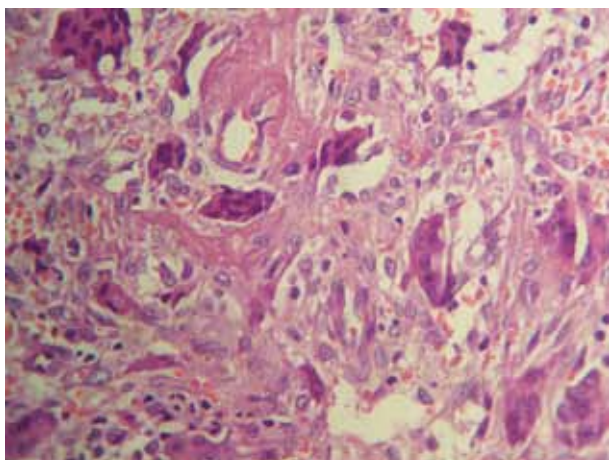


Figura 7 - Aspecto histopatológico da LPCG, evidenciando a presença de inúmeras células gigantes multinucleadas em meio a um estroma de tecido conjuntivo



Figura 8 - Aspecto do leito cirúrgico quinze dias após a realização da biópsia excisional e cauterização do leito cirúrgico

Discussão |

A lesão periférica de células gigantes da cavidade bucal (LPCG) é definida como uma enfermidade benigna, proliferativa e reacional do tecido conjuntivo fibroso ou do periosteio, que acomete considerável parcela da população em geral, quando comparada com outras lesões proliferativas não neoplásicas da mucosa bucal^{5,11,16}.

A LPCG foi descrita na literatura odontológica e médica por várias terminologias, por exemplo, granuloma periférico reparador de células gigantes, tumor periférico de células gigantes, épulis de células gigantes ou, ainda, osteoclastoma. Isso indica a confusão que essas designações têm provocado. Hoje ainda não há concordância sobre a verdadeira natureza da lesão¹⁵.

Shafer et al.¹⁵ (1985) afirmam que a referida lesão evolui a partir do tecido conjuntivo do ligamento periodontal ou do periosteio. A informação de que a LPCG se origina do periosteio está a favor do que aconteceu no presente caso, uma vez que a paciente não possuía mais dentes e, conseqüentemente, ligamento periodontal no local do rebordo alveolar acometido. Sendo assim, presume-se que a lesão descrita no presente trabalho tenha se originado a partir da irritação mecânica do mucoperiosteio pelo trauma protético, resultando na proliferação das células periosteais.

Clinicamente, tanto a LPCG como o granuloma piogênico apresentam-se como elevações nodulares, pediculadas ou sésseis, de coloração avermelhada a roxa, com superfície lisa ou lobulada, que pode ou não estar ulcerada, tendo evolução clínica lenta e crescimento limitado^{3,13}. Assim, conforme o caso analisado no presente estudo, torna-se difícil diferenciar essas lesões somente pelo aspecto clínico.

A paciente do caso apresentado possuía 31 anos de idade, informação compatível com os achados de Cavezzi Júnior⁴ (1997), que reporta ser maior a ocorrência de LPCG após os 20 anos de idade, com pico de prevalência na terceira e quarta décadas de vida. De outra forma, segundo Neville et al.¹³ (2004), a LPCG pode se desenvolver em qualquer idade, mas mostra um pico de prevalência na quinta e sexta décadas.

Diversos autores não chegaram a um consenso de qual seria a região mais acometida pela lesão, mas, segundo Cavezzi Júnior⁴ (1997), a LPCG ocorre em igual proporção na mandíbula e maxila, sendo uma lesão que acomete a gengiva, especialmente em localiza-

ção anterior aos dentes molares. Em estudo realizado por De Carli⁸ (2006), chegou-se à conclusão de que a região anterior das arcadas dentárias (maxila ou mandíbula) é mais acometida por LPCGs do que regiões médias ou posteriores, provavelmente pelo fato de estar mais exposta a fatores traumáticos, fato também observado no presente caso.

Segundo a maioria dos autores, a LPCG tem maior prevalência no gênero feminino^{2,9,13,15}, informação que coincide com o caso relatado, mas contraria os resultados obtidos por Bhaskar et al.¹ (1971). Explica-se uma maior prevalência das LPCGs no gênero feminino, em primeiro lugar, por se considerar possível que em alguns casos, o aumento da concentração hormonal nas mulheres exerça influência no surgimento da lesão. O aumento dos níveis de estrogênio e progesterona produz dilatação e proliferação da microvasculatura gengival, bem como destruição de mastócitos, o que agrava o quadro inflamatório. Outra hipótese seria a de que, em frente a um problema de doença bucal, os pacientes femininos buscam atendimento odontológico em maior escala⁸.

Com relação à raça mais acometida, a maioria dos autores concorda que seja a raça branca^{1,2,13}. Para explicar tal resultado, pode-se considerar que os indivíduos de raça negra têm menos acesso a atendimento odontológico do que os brancos, talvez por questões de exclusão social ou financeira. No entanto, nenhum estudo foi encontrado na literatura explicando a maior ocorrência da lesão na raça branca.

Por ser uma lesão de tecido mole, razão da denominação “periférica”, a LPCG comumente não apresenta aspecto radiográfico significativo, mas 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 ou, como preferem alguns autores, em “forma de prato”, fato este observado no presente caso¹⁷. Nos indivíduos dentados, essa reabsorção superficial da crista óssea é invariavelmente encontrada na crista óssea interdental¹⁵.

O tratamento da LPCG deve ser a excisão cirúrgica, tomando-se o cuidado de remover toda a base da lesão, juntamente com a eliminação do fator irritante. Curetagem da área para evitar que haja recidivas também deve ser realizada. Essa lesão é benigna, não sofre transformação maligna e o material de biópsia deve ser encaminhado ao patologista para confirma-

ção do diagnóstico⁴. Segundo De Carli⁸ (2006), novos campos de investigação estão se abrindo no que diz respeito ao tratamento da LPCG, por exemplo, as injeções intralesionais de corticosteroides ou injeções subcutâneas de calcitonina e de interferon alfa.

Em relação ao índice de recidiva da LPCG, ele tem sido considerado elevado pela maioria dos autores. Esse fato provavelmente se deve à técnica cirúrgica utilizada, uma vez que, quando os bordos da lesão não são totalmente removidos, a chance de recidiva é maior e, quando são excisados em sua totalidade, a probabilidade de ocorrerem recidivas é praticamente nula¹². No caso em questão, após acompanhamento pós-cirúrgico de um ano, não se notaram episódios de recidiva. Isso provavelmente se deve ao fato de as margens da lesão terem sido completamente removidas por uma excisão cirúrgica meticulosa, conforme preconizaram Ferreira e Cavezzi Jr.⁹ (1994). Além disso, eliminou-se o fator traumático que ocasionou a lesão por meio da confecção de nova prótese parcial removível.

Não obstante, outros estudos^{6,7,10,14} afirmam que a realização de meticulosa excisão cirúrgica da LPCG não seria por si só a responsável pelo não acontecimento de episódios de recidiva. Existem casos da referida lesão com potencial clínico-radiográfico agressivo intrínseco. Esse fato não foi observado no presente relato de caso, uma vez que não se notou a ocorrência de episódios de recidiva um ano após a excisão cirúrgica da lesão.

Considerações finais |

O êxito do tratamento do caso apresentado foi obtido em razão de uma sistemática adequada de diagnóstico, a qual foi possível pelo adequado exame clínico. Além disso, o tratamento cirúrgico do caso em questão foi estabelecido tendo-se em vista a etiopatogenia da lesão, removendo-se totalmente a base e o possível fator etiológico traumático a fim de evitar episódios de recidiva.

Referências |

- 1 Bhaskar SN, Cutright DE, Beasley JD, Perez B. Giant cell reparative granuloma (peripheral): report of 50 cases. *J Oral Surg* 1971; 29(2):110-5.

- 2 Bodner L, Peist M, Gatot A, Fliss DM. Growth potencial of peripheral giant cell granuloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83(5):548-51.
- 3 Brinhole MCP, Prada CT, Adde CA. Granuloma de células gigantes periférico: relato de um caso. *Rev Inst Ciênc Saúde* 1997; 15(1):57-60.
- 4 Cavezzi Júnior O. Granuloma periférico de células gigantes. *RGO*. 1997; 45(3):149-52.
- 5 Cloutier M, Charles M, Carmichael R, Sándor GK. An analysis of peripheral giant cell granuloma associated with dental implant treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103:618-22.
- 6 De Carli JP, Moraes NP, Crivelini MM, Sundefeld ML, Silva SO. Avaliação da agressividade da lesão de células gigantes periférica da cavidade bucal por meio do estudo clínico-radiográfico de 61 casos. In: Linden MS. *Abordagens multidisciplinares em Odontologia*. Passo Fundo: UPF Editora; 2007. p. 161-83.
- 7 De Carli JP, Silva SO, Paza A. Lesão de células gigantes periférica: revisão de literatura e relato de um caso recidivante. *Rev APCD Reg Araçatuba* 2006; 27:19-24.
- 8 De Carli JP. Lesão de células gigantes periférica da cavidade bucal: avaliação da agressividade das lesões por meio dos estudos clínico-radiográfico retrospectivo, histopatológico, histoquímico e imunohistoquímico [Dissertação de Mestrado]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia; 2006.
- 9 Ferreira FC, Cavezzi Júnior O. Granuloma periférico de células gigantes com ossificação. *RGO*. 1994; 42(6):337-41.
- 10 Grand E, Burgener E, Samson J, Lombardi T. Post-traumatic development of a peripheral giant cell granuloma in a child. *Dent Traumatol* 2008; 24:124-6.
- 11 Motamedi MH, Eshghyar N, Jafari SM, Lassemi E, Navi F, Abbas FM et al. Peripheral and central giant cell granulomas of the jaws: a demographic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103:39-43.
- 12 Nedir R, Lombardi T, Samson J. Recurrent peripheral giant cell granuloma associated with cervical resorption. *J Periodontol* 1997; 68(4):381-4.
- 13 Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 14 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; 12:331-5.
- 15 Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal*. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.
- 16 Silverman Jr S, Eversole LR, Truelove EL. *Fundamentos de Medicina oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 17 Zardo M, Velasco MDPB. Lesão periférica de células gigantes: relato de caso clínico. *Rev Fac Odontol Lins* 1996; 9(1):14-6.

Correspondência para/ Reprin request to:

João Paulo De Carli

Rua Bento Gonçalves, 967 / 204, Centro

Passo Fundo – RS - 99010-010

Fone: (54) 9112-3079

E-mail: joaostomatologia@yahoo.com.br