

MÚLTIPLAS RECIDIVAS DE GRANULOMA PIOGÊNICO EM PALATO DURO CAUSANDO AFASTAMENTO DENTÁRIO: Relato de caso.

Ariane Mariano da Silva Machado¹, Andressa Lílian de Souza Ferreira¹, Renata da Silva Pereira¹, Katharina Jucá de Moraes Fernandes², Sonia Maria Soares Ferreira³, Fernanda Braga Peixoto².

¹Graduandos do curso de Odontologia do Centro Universitário Cesmac, Maceió-AL.

² Mestre e Professora do CESMAC

³Doutora e Professora do CESMAC

Endereço correspondência

Ariane Mariano da Silva Machado

R. da Harmônia – Farol.

57081-350, Maceió - AL

ariannemariano@hotmail.com

Recebido em 25 de agosto (2018) | Aceito em 27 de dezembro (2018)

RESUMO

O Granuloma Piogênico (GP) é uma lesão reacional benigna, caracterizada por uma proliferação não neoplásica de células endoteliais, que acomete pele e membranas mucosas. Representa uma reação exacerbada a estímulos como irritação crônica local, lesões traumáticas e fatores hormonais. Clinicamente manifesta-se como um crescimento exófito, assintomático, comumente pediculado e sangrante ao toque. Histologicamente apresenta uma proliferação altamente vascular, semelhante ao tecido de granulação e numerosos canais pequenos e grandes, delimitados por endotélio e obliterados por hemácias. O objetivo desse trabalho foi relatar e discutir o caso de uma paciente com recidivas de GP em região de palato duro.

Palavras-chave: Granuloma Piogênico. Recidiva. Palato Duro.

ABSTRACT

Pyogenic Granuloma (PG) is a benign reactive lesion, which is characterized by a non-neoplastic proliferation of endothelial cells, which affects skin and mucous membranes. It represents an exacerbated reaction to stimulus such as chronic local irritation, traumatic lesions and hormonal factors. Clinically it manifests as exophytic growth, asymptomatic, which is commonly pediculated and bleeding to the touch. Histologically, it presents a highly vascular proliferation, similar to granulation tissue and numerous small and large channels, delimited by endothelium and obliterated by red blood cells. The objective of this work was to report and discuss the case of a patient with recurrences of PG in the region of hard

palate.

Keyword: Pyogenic Granuloma. Recurrences. Hard palate.

1. INTRODUÇÃO

Os Processos Proliferativos Não Neoplásicos (PPNN) são lesões de origem geralmente inflamatória, que ocorrem na cavidade oral [1]. As Lesões proliferativas não neoplásicas mais comuns são: Lesão Periférica de Células Gigantes, Fibroma Cemento e/ou Ossificante Periférico, Hiperplasia Fibrosa Inflamatória e Granuloma Piogênico (GP) [1]. O GP é uma lesão reacional benigna, caracterizada por uma proliferação não neoplásica de células endoteliais, que acomete pele e membranas mucosas [2].

Hullien, em 1844, foi o primeiro a descrever um caso de GP na literatura [1,3]. Em 1897, Poncet e Dor descreveram o GP, usando o termo botryomycose humaine, por pensar que se tratava de uma infecção fúngica. Posteriormente, foi sugerido que se originava de um processo inflamatório reacional associado à proliferação fibrovascular do tecido conjuntivo [4]. O termo Granuloma Piogênico foi firmado por Hartzell, em 1904 [3], porém é considerado um equívoco devido à ausência de alterações granulomatosas, infecção bacteriana e consequente exsudato purulento [3-6]. Sendo assim, atualmente classifica-se o GP como

hemangioma capilar lobular (HCL) [2,3], podendo também apresentar-se da forma não lobulada (Não HCL) [3].

Geralmente representa uma reação exacerbada a estímulos como irritação crônica local, lesões traumáticas e má higiene oral [2,5,7,8], que podem provocar uma inflamação causando o desequilíbrio dos potenciadores e inibidores da angiogênese, onde o decremento de angiostatina e trombopsondina-1, o aumento dos fatores de crescimento endotelial vascular e fibroblástico e a presença de receptores de estrogênio levam a formação do GP3, [5]. Há também a participação dos fatores hormonais caracterizada pelas variações dos níveis de estrógeno e progesterona, tornando o sexo feminino ligeiramente mais suscetível ao GP [3,5]. Principalmente durante o período gestacional, devido ao aumento do nível de hormônios circulantes [3,7]. Nesses casos é classificado como “granuloma gravídico”, “epúlide gravídica” ou “tumor da gravidez” [2,5,9]. Pode acometer indivíduos de qualquer idade, com pico de incidência entre a 2ª e 3ª década de vida [3-10].

Clinicamente manifesta-se como um crescimento exofítico, assintomático, sangrante ao toque, pediculado ou séssil, de superfície lisa ou lobulada, com coloração variando entre rósea, eritematosa e violácea, com predileção pelo tecido gengival (75%), sendo, lábios, língua e mucosa jugal os subseqüentes locais mais comuns [1-5,8-10] e raro em região palatina [4, 7].

Histologicamente o GP apresenta uma proliferação altamente vascular, semelhante ao tecido de granulação e numerosos canais, pequenos e grandes, delimitados por endotélio e obliterados com hemácias [7]. Pode ser classificado como HCL quando apresenta proliferação de vasos sanguíneos organizados em lóbulos, sem alterações específicas; ou Não HCL quando consiste em um núcleo vascular que se assemelha ao tecido de granulação com fragmentos de tecido fibroso [3].

Entre os tratamentos designados estão a biópsia excisional com curetagem rigorosa da lesão, criocirurgia, lasers de corantes pulsados com lâmpadas de flash, laser de Nd:YAG, laser dióxido de carbono, eletrodissecção, escleroterapia com tetracil sulfato de sódio e injeções de corticoides intralesionais [3,5,6,8]. Durante a gravidez o tratamento varia de medidas preventivas como:

cuidados de higiene bucal, remoção de cálculo dentário e uso de escova macia, sendo realizado o tratamento cirúrgico, quando necessário, no 2º trimestre da gestação, no entanto, a lesão pode regressar após o parto [3,6].

Após a remoção, a taxa de recidiva é de 16% [3-9], possivelmente devido a falhas na excisão da lesão e a continuidade dos fatores etiológicos [3,6]. Contudo, a recidiva de um GP extra gengival, bem como, as múltiplas recidivas, são raras [5-7].

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de granuloma piogênico em paciente do sexo feminino que evoluiu com múltiplas recidivas no período de dois anos.

2. RELATO DE CASO

Paciente L.I.D.S., gênero feminino, dezenove anos de idade, melanoderma; compareceu à clínica de Estomatologia do Centro Universitário Cesmac, em agosto de 2017 queixando-se de: “Quando eu engravidei nasceu um abscesso no céu da minha boca, quando eu tive ela, voltou”. Na história da doença atual foi constatado que a paciente havia procurando outro serviço em setembro 2012, relatando que há mais de um mês a lesão havia surgido, após um trauma causado por palito de dente, em região de papila incisiva, no palato duro. Foi realizada uma biópsia excisional, tendo como diagnóstico o GP. No entanto, em novembro de 2013, a paciente retornou, gestante de 4 meses, queixando-se de uma nova lesão, na mesma região, sendo realizada nova biópsia excisional, confirmando recidiva de GP. O fato ocorreu novamente em agosto de 2017, onde a paciente relatou que, em setembro de 2014, notou outra provável recidiva da lesão, sendo encaminhada a clínica odontológica do Centro Universitário CESMAC para realização de biópsia para confirmação do diagnóstico.

Ao exame extra bucal, não foi identificado nada digno de nota.

Durante o exame intrabucal foi observada uma lesão exofítica nodular assintomática, fixa, única, não infiltrativa, pediculada de coloração variando de rósea, eritematosa à violácea com superfície irregular e lisa, limites nítidos e formato irregular de

consistência amolecida com área fibrosada, medindo aproximadamente 15 x 15 x 10 mm, em região de papila incisiva no palato duro próximo aos dentes 11 e 21 (figura 1), os quais sofreram afastamento devido à presença da lesão (figura 2), levando à hipótese diagnóstica principal de GP e como possíveis diagnósticos diferenciais: Lesão de Células Gigantes e Fibroma Ossificante Periférico.



Figura 1: Figura 1: Nódulo de consistência amolecida, de base pediculada, superfície lisa com área fibrosada, medindo 1,5 x 1,5 x 1,0 cm, localizada em região anterior de palato duro.



Figura 2: Afastamento dentário.

Foi realizada biópsia excisional (Figura 3) e curetagem rigorosa da região, visando a remoção de qualquer remanescente que pudesse suscitar uma nova recidiva (Figura 4), direcionando a peça para o laboratório de patologia bucal do Centro Universitário Cesmac para posterior análise histopatológica.



Figura 3: Tomografia Computadorizada – Cabeça da mandíbula esquerda. Aplainamento na face ântero-superior do polo medial, posicionando-se de forma posteriorizada na cavidade em boca fechada.



Figura 4: Curetagem.

O material recebido para a análise constava de 1 (um) fragmentos de tecido mole, medindo 1,7 x 1,6 x 0,9 cm, apresentava formato irregular, superfície irregular e lisa, coloração pardacenta e consistência fibrosa. Os cortes histológicos corados em hematoxilina-eosina (HE) elucidaram a presença de fragmentos de mucosa revestidos por epitélio estratificado pavimentoso. No tecido conjuntivo notava-se proliferação de células endoteliais, presença de vasos com parede espessada e congestos (figura 5) e fibras colágenas

caracterizando o envelhecimento da lesão (Figura 6), sendo assim, compatível com os achados clínicos, confirmando a hipótese diagnóstica principal de GP.

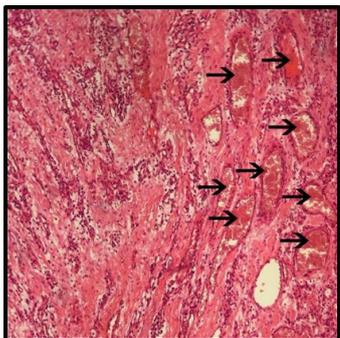


Figura 5: Aspecto histopatológico da lesão. Proliferação de vasos sanguíneos. Coloração HE, Aumento 40x.

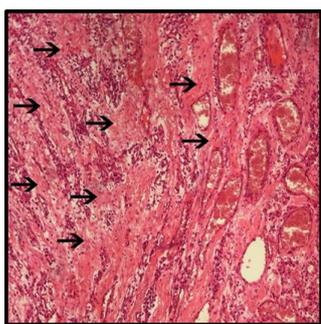


Figura 6: Presença de fibras colágenas. Coloração HE, Aumento 100x.

Ao exame clínico realizado 3 meses após a remoção da lesão, foi observado boa recuperação, sem focos de mais uma possível recidiva (figura 7) e retorno dos dentes afastados pela presença da lesão (figura 8). Foi requerido um exame radiográfico periapical para avaliação da cortical óssea da região, onde o mesmo desvelou que apesar do tamanho da lesão, não apresentava alterações ósseas (figura 9).

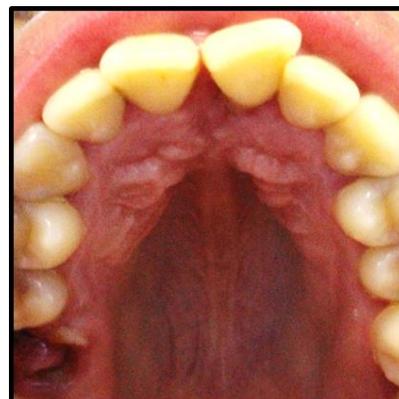


Figura 7: Exame clínico intrabucal. Avaliação da área da lesão feita 3 meses após a remoção.



Figura 8: Retorno dos dentes 11 e 21 após a remoção de lesão.



Figura 9: Aspecto radiográfico da área da lesão mostrando ausência de alterações ósseas.

3. DISCUSSÃO

O GP é uma lesão reacional benigna, caracterizada por uma proliferação não neoplásica de células endoteliais, que acomete pele e membranas mucosas [2], podendo acometer indivíduos de qualquer idade, tendo pico de incidência entre a 2ª e 3ª década de vida [1-10], e ligeira susceptibilidade pelo sexo feminino. No presente caso, constatamos a lesão em uma paciente do sexo feminino, 19 anos de idade, tornando os fatos condizentes com o relatado na literatura.

O GP possui predileção pelo tecido gengival (75%), sendo, lábios, língua e mucosa jugal os subsequentes locais mais comuns. O que difere deste relato de caso, devido à presença da lesão em região de palato duro, a qual é raramente acometida [4,7], devido à menor vascularização quando comparada as demais regiões (falta justificar).

Pactuando com os autores [1-10] os achados clínicos mostraram um crescimento exofítico, assintomático, sangrante ao toque, pediculado, de superfície lisa, com coloração variando entre rósea, eritematosa e violácea.

Entre os tratamentos designados estão a biópsia excisional com curetagem rigorosa da lesão, criocirurgia, lasers de corantes pulsados com lâmpadas de flash, laser de Nd:YAG, laser dióxido de carbono, eletrodissecção, escleroterapia com tetradeecil sulfato de sódio e injeções de corticoides intralesionais [3,5,6,8]. A conduta adotada para o tratamento do caso reportado foi a biópsia excisional juntamente com a curetagem rigorosa da região, visando a remoção de qualquer remanescente que pudesse suscitar uma nova recidiva.

Os cortes histológicos elucidaram a presença de fragmentos de mucosa revestidos por epitélio estratificado pavimentoso. No tecido conjuntivo notava-se proliferação de células endoteliais, presença de vasos com parede espessada e congestos e fibras colágenas, acordando com os autores [7].

Atualmente o GP pode ser classificado como HCL ou Não HCL3. A lesão em discussão foi categorizada como Não HCL por apresentar tecido de granulação com fragmentos de tecido fibroso.

De acordo com a literatura, taxa de recidiva é de 16% [3-9], possivelmente devido a falhas na excisão da lesão e a continuidade dos fatores etiológicos [3,6]. Contudo, as múltiplas recidivas, são raras [5-7]. Neste caso, além da localização extra gengival, apresentaram-se múltiplas recidivas em um ínterim de aproximadamente 2 anos.

CONCLUSÃO

Percebe-se que, apesar da remoção cirúrgica do GP, a continuidade dos fatores etiopatológicos sejam eles locais como a má higienização, associadas aos fatores sistêmicos como as alterações dos níveis hormonais, podem levar ao reaparecimento da lesão. Logo, é de considerável importância a participação do paciente para o não surgimento ou não recidiva do GP, a partir da manutenção da higiene oral, principalmente durante a gravidez, assim como, o estabelecimento correto do diagnóstico e da conduta de tratamento pelo cirurgião-dentista. As diversas recidivas e sua localização no palato duro, são alterações raras, não fazendo parte do padrão descrito pela literatura sobre o granuloma piogênico.

REFERÊNCIAS

- [1] Marinho TFC, Santos PPA, Albuquerque ACL. Processos proliferativos não-neoplásicos: uma revisão da literatura. RSC online. 2016; 5(2): 94-110.
- [2] Mendonça JCG et al. Large proportion pyogenic granuloma: clinical and surgical case report. Archives of health investigation. 2015; 4(3): 47-51.
- [3] Gomes SR, Shakir QJ, Thaker VP, Tavadia JK. Pyogenic granuloma of the gingiva: A misnomer? – A case report and review of literature. J Indian Soc Periodontol. 2013;17(4): 514–519.
- [4] Mahabob N, Kumar S, Raja S. Palatal pyogenic granuloma. J Pharm Bioallied Sci. 2013; 5(2): 179–181.
- [5] Kamala KA, Ashok L, Sujatha GP. Pyogenic granuloma on the upper labial mucosa: A case report. J Clin Diagn Res. 2013; 7(6): 1244–1246.
- [6] Sachdevaa SK. Extragingival pyogenic granuloma: An unusual clinical presentation. J Dent (Shiraz). 2015; 16(3): 282–285.
- [7] Neville BW, Damndd, Allen CM, Bouquot JE. Patologia bucal e maxilofacial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Gua-

nabara Koogan, 2016.

- [8] Fekrazad R, Nokhbatolfoghahaei H, Khoei F, Kalhori KAM. Pyogenic granuloma: Surgical treatment with er:yag laser 2014. *J Lasers Med Sci.* 2014; 5(4): 199–205.
- [9] Sacadura RR. Granuloma Piogênico oral na gravidez [dissertação] [Internet]. Almada: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; 2017. [acesso em 2018 mar 27]. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19967/1/Sacadura_Rafaela_Ribeiro.pdf.
- [10] Cardoso JÁ, Spanemberg JC, Cherubini K, Figueiredo MAS, Salum FG. Oral granuloma gravidarum: a retrospective study of 41 cases in Southern Brazil. *J. Appl. Oral Sci.* 2013; 21 (3): 215-218.