

# Exuberante granuloma piogênico em localização incomum: Relato de caso

An exuberant presentation of pyogenic granuloma: Case report

### **Marcelo Bonifácio Da Silva Sampieri**

Doutor em Estomatologia - Professor da Universidade Federal do Ceará – Sobral (Estomatologia, Radiologia, Odontologia Legal e Clínica Integrada)

### **Filipe Nobre Chaves**

Mestre em Estomatologia - Professor da Universidade Federal do Ceará – Sobral (Estomatologia, Radiologia, Odontologia Legal e Clínica Integrada)

### **Josfran da Silva Ferreira Filho**

Acadêmico de Odontologia – Universidade Federal do Ceará – Sobral

### **Hamara Manoela Marinho Bezerra**

Mestre em Estomatologia - Professor da Universidade Federal do Ceará – Sobral (Estomatologia, Radiologia, Odontologia Legal e Clínica Integrada)

### **Karuza Maria Alves Pereira**

PhD em Patologia Oral – Universidade Federal do Ceará – Fortaleza (Histologia)

### **Ana Paula Nunes Negreiros**

PhD em Patologia Oral – Universidade Federal do Ceará – Fortaleza (Patologia Geral Oral)

### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Josfran da Silva Ferreira Filho  
Rua Corina Dantas, 66 – Sobral/Ceará  
Autor principal: Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri  
Rua Coronel Estanislau Frota, s/n  
Cep: 62010-560  
Josfranf@hotmail.Com  
Faculdade de Odontologia  
UFC - Universidade Federal do Ceará – Sobral  
Ceará/Brasil  
Rua Coronel Estanislau Frota, s/n  
Cep: 62010-560

## RESUMO

O granuloma piogênico é definido como um processo proliferativo reacional não neoplásico, composto por tecido de granulação com extensa vascularização, provavelmente decorrente da irritação crônica de baixa intensidade, como raízes residuais, cálculos subgingivais e restaurações com excesso em faces proximais. Apresenta predileção pelo sexo feminino da 2ª à 4ª década de vida, sendo a gengiva o sítio preferencial de acometimento. Em cerca de 80% dos casos, as lesões extragengivais são consideradas raras na literatura e, quando presentes, diagnósticos tardios podem ser experimentados. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de um paciente do sexo masculino, de 14 anos de idade, apresentando um exuberante granuloma piogênico em mucosa labial inferior anterior bem como realizar uma revisão de literatura sobre os aspectos clínicos e sobre o tratamento do granuloma piogênico. Para tanto, foi realizada uma busca nas bases de dados pubmed e bireme, das quais foram selecionados artigos científicos entre 2006 e 2016, nos idiomas português e inglês, utilizando-se os descritores: “granuloma piogênico”, “doenças da gengiva” e “mucosa bucal”. O tratamento realizado foi a excisão cirúrgica simples da lesão. Atualmente, 11 meses após o procedimento cirúrgico, não há recidiva da lesão.

**Palavras-Chave:** Granuloma piogênico; Doenças da gengiva; Mucosa bucal.

## ABSTRACT

Pyogenic Granuloma is defined as a non-neoplastic proliferative process, composed by granulation tissue with large vascularization, probably caused by a chronic reaction with low intensity like residual roots, subgingival, dental calculus and restorations with proximal excess of material. Presents some predilection for female patients on second and fourth decades of life and gums as preferential site of involvement in almost 80% of cases. Extra-gingival pathologies are considered rares in literature and when present, a late diagnosis can be done. The objective of present study is describe a case of male patient, 14 years old, prespyogenic granuloma. For this porpoise was realized a search in databasis PubMed and Bireme, which selected scientific articles between 2006- 2016, in Portuguese and English languages, using the descriptors “pyogenic granuloma”, “gingival diseases” and “mouth mucosa”. The performed treatment for the case was surgical and simple excision of lesion. Actually, eleven months after the surgical procedure, there is no recurrence of lesion.

**KeyWords:** Pyogenic granuloma; Gum disease; Oral mucosa.

## INTRODUÇÃO

O Granuloma Piogênico (GP) caracteriza-se como um processo mucocutâneo proliferativo não neoplásico, relativamente incomum em cavidade oral, composto por tecido de granulação, além de exibir grande área de vascularização. A lesão tem como fatores etiológicos os estímulos ou traumas de baixa intensidade, tais como: raízes residuais, cálculos subgingivais, restaurações com excesso em faces proximais, próteses inadequadas e corpos estranhos em sulco gengival<sup>1</sup>. São lesões comuns em crianças, adolescentes e adultos jovens, com predileção em pacientes do sexo feminino<sup>2</sup>. Apesar de sua nomenclatura, não há presença de qualquer secreção purulenta em seu perfil clínico, justificando-se, em épocas mais remotas, ser uma lesão propagada por contato com cavalos e aparentando ser uma infecção micótica. Ainda, por demonstrar áreas ulceradas em superfície, pode haver incerteza quanto à diferenciação da membrana fibrinopurulenta proveniente da ulceração conflitante à presença de exsudato<sup>1,3</sup>. Clinicamente, pode apresentar-se como uma lesão exofítica, de caráter nodular sésil ou pedunculado, com bordas ligeiramente elevadas e de coloração semelhante à mucosa ou eritematosa<sup>4</sup>. Em GP maiores, pode haver áreas ulceradas devido ao trauma constante, principalmente se houver histórico comum de irritação local. A sua arquitetura morfológica se baseará no tempo de evolução da lesão e do sítio onde esta se encontra, podendo encontrar variações quanto a sua anatomia<sup>3,5</sup>. Histologicamente, o GP é uma lesão revestida por epitélio pavimentoso estratificado queratinizado com aspecto atrófico em algumas áreas. Na região central, encontra-se tecido de granulação por proliferação endotelial num estroma de tecido conjuntivo frouxo e infiltrado inflamatório, formado por linfócitos, plasmócitos e neutrófilos, principalmente nas áreas ulceradas<sup>4</sup>. Os sítios mais comuns de acometimento dessa patologia são o rebordo alveolar e a gengiva -30 a 60% -, podendo afetar, também, com menor prevalência, a língua, o palato duro e a mucosa jugal, além de outros sítios extragengivais.<sup>1,3,4</sup> O presente estudo tem por objetivo relatar o caso de um paciente, de gênero masculino, de 14 anos de idade, apresentando um exuberante granuloma piogênico em mucosa labial inferior anterior bem como realizar uma revisão de literatura sobre os aspectos clínicos e o tratamento dessa lesão.

## RELATO DE CASO

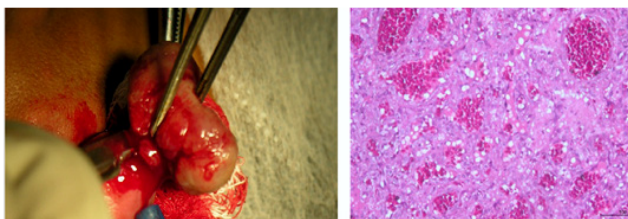
Um paciente do sexo masculino, 14 anos, normossistêmico e feoderma compareceu a um Serviço de Estomatologia com queixa principal condizente a “Caroço no lábio inferior” {S.I. P}. Durante a anamnese, foi constatado que esse aumento de volume tinha tempo de evolução de aproximadamente 5 meses concomitantemente com a presença de parafunção (mordiscamento do lábio). Durante o exame físico, foi observada uma lesão exofítica em região de mucosa labial inferior, de caráter nodular, pedunculado, de cor arroxeada, superfície lisa com áreas ulceradas e sangramento ao toque. A lesão apresentava tamanho aproximado de 2 cm x 1,5 cm e sintomatologia dolorosa (Figura 1).



**Figura 1** - Paciente com lesão exofítica, sintomática, de superfície ulcerada e base pedunculada, localizada em mucosa labial inferior. Por questão estética, o paciente tendia a morder e traumatizar a lesão para dentro da cavidade oral, com o intuito de omiti-la.

Devido aos aspectos clínicos da lesão, a hipótese diagnóstica sugerida foi de granuloma piogênico com diagnósticos diferenciais de lesão central de células gigantes e hemangioma. Para a confirmação do diagnóstico, foi realizada a biópsia excisional sob anestesia local, utilizando-se Lidocaína 1:100000 com vasoconstrictor. Realizou-se técnica anestésica perilesional com o intuito de evitar que a vasoconstrição e a difusão anestésica pudessem mascarar o tamanho real da lesão. Posterior à técnica anestésica, a lesão foi transfixada por um fio de sutura 4.0 de Nylon para melhor evidência de sua base pedunculada e, assim, facilitar sua excisão. Para incisão, o instrumental de escolha foi um cabo de bisturi nº 3 associado a uma Lâmina cirúrgica nº 15, indicada para procedimentos em mucosa oral. A incisão (sob forma de elipse) removeu totalmente tanto o tecido lesionado como parte do tecido sadio de mucosa labial inferior (Fig. 2), essencial para posterior comparação durante a análise anatomohistopatológica. Após o procedimento cirúrgico, foi realizada uma sutura simples utilizando Fio 4.0 de Nylon para cicatrização primária em leito cirúrgico. A peça excisada foi colocada em Formol a 10% e encaminhada a laboratório para análise histopatológica. A peça cirúrgica apresentava-se com tamanho de 2,2 x 1,2

x 0,9 cm. O exame histopatológico evidenciou a presença de epitélio de revestimento da mucosa oral, exibindo acantose e hiperqueratinização, além de degeneração hidrópica, espongirose e exocitose, exibindo áreas recobertas por membrana fibrinopurulenta compatível com ulceração. A lâmina própria é composta por tecido conjuntivo fibroso, permeada por difuso e moderado infiltrado inflamatório. Observa-se, ainda, a presença de agregados de vasos sanguíneos neoformados e ectásicos. Em fotomicroscopia (Fig. 2), existe a presença de epitélio de revestimento do tipo pavimentoso estratificado hiperparaceratinizado, evidenciando acantose e perda de continuidade epitelial, compatível com ulceração e recoberta por membrana fibrinopurulenta. Subepitelialmente, observa-se a presença de numerosos vasos sanguíneos de pequenos calibres - com alguns congestionados - e células inflamatórias. Completando-se o quadro histológico, a presença de hemácias extravasadas. Após aliar esses dados ao exame clínico e à anamnese, chegou-se ao diagnóstico de granuloma piogênico.



**Figura 2** - Excisão cirúrgica da lesão por uso de cabo de bisturi + lâmina nº 15, com incisão elipsoide margeando a base da lesão. O procedimento foi guiado por anestesia local. Após excisionada, a peça foi examinada anatomohistopatologicamente: observam-se vasos sanguíneos neoformados e ectásicos, alguns dos quais congestionados, adjacentes à proliferação de células de núcleo fusiforme a ovoide, com citoplasma amplo compatível com célula endotelial. (20X HE).

O paciente encontra em preservação, e, após 11 meses, não houve recidiva da lesão. (Fig. 3)



**Figura 3** - Após 11 meses de diagnóstico e tratamento cirúrgico, o paciente, ainda sob acompanhamento do Serviço de Estomatologia, retornou para a avaliação clínica, apresentando cicatrização primária sem intercorrências ou complicações, sem evidência de recidiva.

## DISCUSSÃO

Considerando a literatura utilizada para estudo, o Granuloma Piogênico evidenciado no presente caso, não corroborou, em totalidade, as características epidemiológicas descritas<sup>2,3,5</sup>, tendo em vista que ele se apresentou em local pouco usual e em tamanho exuberante, visto que o paciente relatou ter “vergonha” da lesão e a omitiu por aproximadamente cinco meses, o qual tendia a morder e comprimir a lesão. Esse caso tende a refutar a importância do exame histopatológico e da anamnese bem detalhada como conduta do cirurgião-dentista. Devido ao caráter hemorrágico, crescimento rápido, sítio de localização e aspecto anatômico, essa lesão poderia mimetizar outras e conduzir o profissional a tratamentos inadequados, como: hemangiomas, neoplasias benignas vasculares e tumores de glândulas salivares<sup>1,5,6</sup>. Além dos fatores traumáticos mecânicos, cita-se também a alteração hormonal relacionada a períodos de gravidez: o aumento de progesterona e estrogênio podem promover uma proliferação e dilatação microvascular gengival, causando a destruição de células inflamatórias – principalmente mastócitos – os quais liberam substâncias vasoativas no tecido adjacente<sup>6</sup>. Quanto ao tratamento, por ser um processo reacional benigno, a excisão total da patologia ainda é mais aconselhável frente a outras possibilidades no que tange à integridade da peça para análise anatomohistopatológica, à simplicidade da técnica e à disponibilidade ampla de instrumentais necessários em Serviços Odontológicos<sup>2,7,8</sup>. Em regiões dentoalveolares, deve-se preconizar a adequação do meio bucal posterior à excisão, já que o cálculo pode estar associado à etiologia do GP e, no momento da exérese, é essencial que a incisão deva atingir nível abaixo do periosteio – preconizando a total remoção e diminuindo consideravelmente as chances de recidiva<sup>1,4,7</sup>. No exame anatomohistopatológico, são evidenciadas características que refutam a literatura quanto ao aspecto semelhante ao tecido de granulação, em que se registra a presença de numerosos vasos sanguíneos ectásicos – limitados por endotélio - o que explicaria o aspecto hemorrágico da lesão, associando o exame clínico ao seu caráter de fácil sangramento. Quanto às áreas ulceradas, observou-se epitélio íntegro, porém, em alguns sítios, havia descontinuidade de mucosa com hiperqueratose reacional relacionada ao trauma, recoberta por membrana fibrinopurulenta, além do infiltrado inflamatório misto por linfócitos e neutrófilos. Pode haver áreas de epitélio

hiperparaceratinizado ou ortoceratinizado nos sítio de ulceração<sup>5,6</sup>. No presente caso, foi evidenciada a hiperparaceratinização epitelial associada à acantose epitelial. Quanto ao diagnóstico diferencial, houve divergência quanto aos tumores benignos de glândulas salivares devido à não visualização de glândulas adjacentes ou ácinos, característicos desse tipo de lesão<sup>3, 8</sup>. Quanto ao Fibroma traumático, foi evidenciado o aumento nodular de tecido conjuntivo fibroso recoberto por epitélio escamoso estratificado, porém sem haver a presença maciça de vasos sanguíneos no Fibroma como no Granuloma Piogênico<sup>3,5,8</sup>. Quanto à Lesão periférica de células gigantes, não houve reabsorção óssea em exame clínico – área mucocutânea – e sem a presença de células gigantes multinucleadas e material osteoide reacional no exame anatomohistopatológico, característico em literatura<sup>1,5,10</sup>.

Além da excisão cirúrgica, existe a possibilidade de utilizar outras terapêuticas, como: laserterapia de baixa intensidade, criocirurgia, injeções intralésionais de corticoides ou etanol e escleroterapia por sulfato de tatrâdecil de sódio, embora ainda careçam de mais estudos para comprovada eficácia<sup>1,4,5,8</sup>.

**Tabela 1** - Resultados acerca da literatura selecionada para discussão.

Autor	Grupo (n=)	Sexo	Idade	Localização	Implantação	D.D.*	Tratamento
Saravana, 2009	N=137	Fem	40-50 anos	Crista alveolar	Séssil	Neoplasia vascular benigna	Excisão cirúrgica + Eletrocauterização
Gonçales, 2010	Relato de caso (N=1)	Fem	14 anos	Palato duro	Séssil	Hemangioma	Excisão cirúrgica
Cardoso, 2013	N=41	Masc	35-50 anos	Lábio inferior	Pedunculada	Fibroma Traumático	Excisão cirúrgica
Antunes, 2008	N=191	Fem	30-45 anos	Lábio inferior	Séssil	Neoplasia de glândula salivária	Excisão cirúrgica
Krishnapillai, 2012	N=215	Fem	30-40 anos	Mucosa jugal	Pedunculada	Fibroma traumático	Excisão cirúrgica
Wilber, 2009	Relato de caso (N=1)	Fem	22 anos	Borda lateral de língua	Séssil	Neoplasia vascular benigna	Excisão cirúrgica

\*D.D.: Diagnóstico diferencial

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o granuloma piogênico ter um aspecto clínico bem característico, apresentações atípicas podem conduzir a um diagnóstico incorreto, sendo necessária a realização de biópsia e do exame histopatológico visando ao correto diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

1. Saravana GHL. Short communication Oral pyogenic granuloma : A review of 137 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2009;47:318–9.
2. Gonçalves ES, Damante JH, Fischer Rubira CM, Taveira LAA. Pyogenic granuloma on the upper lip: An unusual location. *J Appl Oral Sci*. 2010;18(5):538–41.
3. Cardoso JA, Spanemberg JC, Cherubini K, De MAZ, Salum FG. Oral granuloma gravidarum : a retrospective study of 41 cases in Southern Brazil. *J Appl Oral Sci*. 2013;21(3):215–8.
4. Antunes AA, Wathson R, Carvalho F De. Granuloma piogênico oral : um estudo epidemiológico de 191 casos. *Rev Gaúcha Odontol*. 2008;56(2):131–5.
5. Krishnapillai R, Punnoose K. Oral pyogenic granuloma — a review of 215 cases in a South Indian Teaching Hospital , Karnataka , over a period of 20 years. *Oral Maxillofac Surg* 2012;16:305–9.
6. De R. Gravidarum granuloma associated to an osseointegrated implant : case report. *Rev Odontol UNESP*. 2014;43(2):148–52.
7. Wilber A, Brust A, Eduardo J, Domingues G. Tratamento e preservação de nove meses em um paciente com granuloma piogênico : relato de caso. *Rev Odontol UNESP*. 2009;38(3):192–7.
8. Jafarzadeh H, Sanatkhan M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci* 2006;48:167–75. ALD. Adenoma pleomórfico no palato duro: relato de caso. *UFES rev. odontol*. 2008; 10(3): 51-55.
8. Jaafari-Ashkavandi Z, Ashraf MJ, Afandak N. A Clinico-pathologic study of 82 intraoral minor salivary gland tumors. *Iran Red Crescent Med J*. 2011; 13(9): 674-677.
9. Torabinia N, Khalesi S. Clinicopathological study of 229 cases of salivary gland tumors in Isfahan population. *Dent Res J (Isfahan)*. 2014; 11(5): 559-563
10. Patigaroo SA, Patigaroo FA, Ashraf J, Mehfooz N, Shakeel M, Khan, NA, Kirmani MH. Pleomorphic adenoma of hard palate: an experience. *J Maxillofac Oral Surg* 2014 Mar;13(1):36-41.