

# Granuloma piogênico em assoalho bucal: relato de caso

*Pyogenic granuloma in mouth floor: case report*

### RESUMO

O Granuloma Piogênico (GP) é uma lesão de caráter inflamatório originado da membrana mucosa ou do tecido conjuntivo, que possui predileção por pacientes leucodermas, do sexo feminino, entre 11 e 40 anos, especialmente durante a gravidez. Clinicamente apresenta-se preferencialmente na maxila, com forma irregular, consistente, pediculado, de crescimento lento e sem sintomatologia dolorosa. As principais causas do GP são os traumas ou irritantes locais associados à má higiene oral. Histologicamente apresenta-se bastante vascularizado, organizado em agregados lobulares. O tratamento cirúrgico de escolha é a exérese total da lesão. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de granuloma piogênico com características clínicas incomuns, tratado cirurgicamente.

**Palavras-chaves:** Granuloma Piogênico; Patologia Oral; Cirurgia Oral

### ABSTRACT

Pyogenic Granuloma (GP) is an inflammatory lesion originating from the mucous membrane or connective tissue, which is predilected by female patients, between 11 and 40 years old, especially during pregnancy. Clinically it presents preferably in the maxilla, with irregular shape, consistent, pediculated, slow-growing and without painful symptomatology. The main causes of GP are the traumas or local irritants associated with poor oral hygiene. Histologically, it is quite vascularized, organized in lobular aggregates. The surgical treatment of choice is the total exeresis of the lesion. The objective of this study is to report a case of pyogenic granuloma with unusual clinical features, treated surgically.

**Key-words:** Pyogenic Granuloma; Oral Surgery; Pathology Oral

#### **Eduardo Francisco de Deus Borges**

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Universitário Professor Edgard Santos – HUPES, Hospital Geral do Estado – HGE, Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce) – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

#### **Lorena Mendonça Ferreira**

Cirurgiã-Dentista pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – FOUFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

#### **João Nunes Nogueira Neto**

DDS. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Universitário Professor Edgard Santos – HUPES, Hospital Geral do Estado – HGE, Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce) – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

#### **João Frank Carvalho Dantas de Oliveira**

DDS, PhD. Professor Adjunto do Departamento de Propedêutica e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – FOUFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

#### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Rua Araújo Pinho, 62 – Canela, Salvador – BA. CEP: 40.110-150 FOUFBA – 4º andar.  
E-mail: lorena.mf@yahoo.com

## INTRODUÇÃO

O organismo para sobreviver utiliza de células responsáveis pela defesa que são mediadas por um processo denominado inflamação, a exacerbação dessas células causa proliferação desordenada gerando uma lesão<sup>2,4</sup>.

O granuloma piogênico é uma lesão benigna originada da proliferação de tecidos e vasos sanguíneos, este processo inflamatório crônico é gerado por fatores múltiplos, irritantes locais e repetidos traumas sempre associados a higiene oral deficiente que são os principais responsáveis por tal patologia<sup>1,2,6</sup>.

Na cavidade oral o GP se apresenta, em 77% dos casos, na gengiva vestibular da maxila. É uma lesão de sangramento espontâneo, pediculada, firme, de coloração avermelhada. Suas características clínicas não são suficientes para reconhecer tal patologia, se faz necessário exame anatomopatológico a fim de ter um diagnóstico diferencial e definitivo. O GP tem predileção pelo sexo feminino, pele branca, grávidas (granuloma gravídico), adolescentes e adultos jovens de 11 a 40 anos<sup>5</sup>.

Histologicamente pode-se observar um exuberante tecido de granulação altamente vascularizado, muitas vezes organizados em agregados lobulares cobertos de endotélio que são utilizados por patologista para diferenciar o diagnóstico, além disso nota-se membrana fibrinopurulenta ou um padrão ulcerado devido traumas recorrentes<sup>10</sup>.

O GP é uma lesão de tecido mole, não apresentada em imagem radiográfica, A imagem se torna importante, para melhor avaliação da região lesionada, permitindo encontrar os impactos ou a motivação da lesão, restaurações mal adaptadas, dentes fraturados, problemas periodontais, possíveis motivadores da patologia<sup>6,8</sup>.

Para tratar o granuloma piogênico é preconizado excisão cirúrgica da lesão sendo que a remoção parcial em sua maioria leva a recidiva, o diagnóstico diferencial com outras patologias da mucosa, tais como, sarcoma de kaposi ou granuloma de células gigantes é feito através do estudo anatomopatológico do tecido removido<sup>1,2,3,9</sup>.

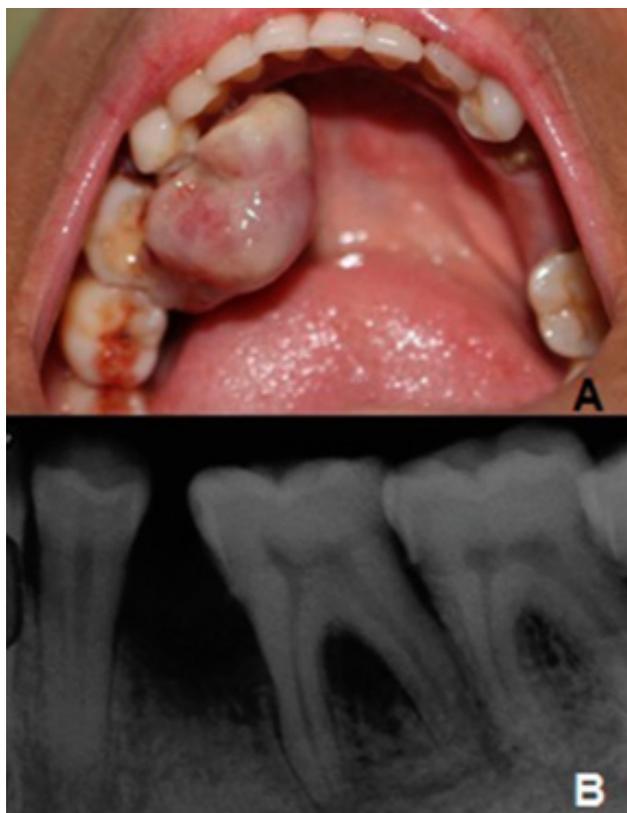
Das biópsias realizadas na cavidade oral, cerca de 3,8 a 7% das análises de peças patológicas reconhecem uma lesão como granuloma piogênico com uma média de 1,3 cm em seu maior diâmetro<sup>3,4,7</sup>.

O presente trabalho tem o objetivo de expor um caso de granuloma piogênico de tamanho, idade e localização divergente da literatura, tratado cirurgicamente.

## RELATO DE CASO

Paciente 42 anos do sexo feminino, leucoderma, compareceu ao ambulatório de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia com queixa de aumento de volume intra-oral.

Ao exame clínico notou-se presença de aumento de volume em região posterior esquerda de mandíbula, com aproximadamente 2,5cm, envolvendo região de pré-molares e molares, consistente a palpação, de base sésil, com sangramento à manipulação e com sintomatologia dolorosa (Figura 1 – A). Radiograficamente notou-se presença de reabsorção óssea significativa em região de rebordo alveolar e área de rarefação óssea entre as raízes do dente 36 compatível com lesão de furca (Figura 1 – B).



**Figura 1** - A) Vista oclusal da lesão hiperplásica, granulomatosa em assoalho de boca recoberto a face lingual e oclusal da região de molares e pré-molares esquerdos. B) Radiografia periapical da região de molar inferior esquerdo, nota-se rarefação óssea.

Foi realizada punção aspirativa negativa para presença de conteúdo intralesional confirmando suspeita de GP. Assim, optou-se pela exodontia do dente 36 com comprometimento periodontal seguido da remoção da lesão sem margens de segurança (Figura 2).



**Figura 2** - Vista transcirúrgica após remoção do dente 36, preparado para exérese da lesão.

Ao exame anatomopatológico notou-se fragmento de mucosa, forma arredondada, consistência fibrosa, medindo 2,5x2,0x1,4 com aspecto avermelhado internamente (Figura 3), parcialmente revestida por epitélio pavimentoso estratificado hiperqueratinizado seguida de extensa faixa de membrana fibrinopurulenta. Com área subjacente notam-se inúmeros vasos sanguíneos por vezes inconspícuos, delimitadas por feixes de fibras colágenas, infiltrado inflamatório misto, células fusiformes volumosas e por vez ovaladas. A proliferação de vasos assume arranjo lobular em algumas áreas, tendo como conclusão GP ulcerado.



**Figura 3** - Vista Lesão tecidual arredondada, consistência firme medindo 2,5x2,0x1,4 cm.

## DISCUSSÃO

O GP é um processo inflamatório visto com frequência na clínica odontológica, é um consenso que esta lesão acomete principalmente mulheres com alterações hormonais geralmente localizadas no sítio vestibular da gengiva superior, apresenta cor rósea, tecido fibroso de sangramento

espontâneo<sup>2,6,8</sup> no caso apresentado a paciente exibe, divergindo da literatura, uma lesão em assoalho de boca, invadindo a face oclusal e lingual dos molares e pré-molares inferiores esquerdo, apresentava um tecido esbranquiçado bastante ulcerado.

Estudos mostram que a lesão GP se forma a partir de irritantes locais e pequenos traumas associados a má higiene oral<sup>1,2,5</sup>, observa-se no caso estudado a presença do trauma da mastigação sobre a lesão já formada, além de cálculo gengival e severa doença periodontal na região envolvida pela lesão.

Paciente diagnosticado com GP apresenta alterações bucais no tecido mole<sup>3,4,5</sup>, por isso não se encontra muitas evidências radiográficas da lesão. O fato do granuloma ser uma patologia multifatorial<sup>10</sup>, é importante a realização de tomada radiográfica. A imagem pode fornecer: restaurações mal adaptadas, cálculos gengivais, rarefação óssea e doença periodontal que são classificadas com causa ou efeito da lesão, no presente estudo nota-se área de rarefação óssea entre as raízes compatível com lesão de furca que pode ter sido motivada pela lesão ou uma consequência da mesma.

Na literatura não encontra-se GP de tamanhos exuberantes, geralmente o crescimento é estacionado durante a evolução<sup>6,7</sup>. A lesão exibida havia apenas 30 dias, mas já media 2,5cm em seu maior diâmetro, um tamanho atípico de acordo com as lesões reportadas na literatura.

A excisão cirúrgica é a conduta melhor descrita na literatura para o tratamento do GP<sup>9</sup>, nota-se poucos casos de recidiva, e não há necessidade de uma biópsia perilesional, tal característica foi representada neste caso, onde o tratamento instituído foi a excisão cirúrgica e não houve recidiva após um ano de acompanhamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser uma lesão vista com frequência na rotina odontológica, este caso apresenta características clínicas e radiográficas atípicas do GP, portanto, a biópsia da lesão é fundamental para estabelecimento do diagnóstico final. Instituir tratamento precoce através da remoção de irritantes locais, traumas e da qualidade na higiene oral pode evitar uma intervenção cirúrgica e o avanço da doença.

## REFERÊNCIAS

1. Costa FWG, Lima ATT, Cavalcante RB, Pereira KMA. Exuberant Pyogenic Granuloma in Extragingival Site. Braz J Otorhinolaryngol 2012; 78(4): 134

1. Avelar RL, Antunes AA, Carvalho RW et al. Granuloma Piogênico Oral: Um estudo epidemiológico de 191 casos. RGO 2008; 56, 131-35.
2. Durairajanayagam S, Saad AZM, Chooi LK. Pyogenic Granuloma- like lesion in children: Should we wait? Indian J Plast Surg. 2017 Jan-Apr, 50(1): 104-106.
3. Vara JT, Gurudu VS, Ananthaneni A et al. Correlation of Vascular and Inflammatory Index in Oral Pyogenic Granuloma and Periapical Granuloma- An Insight Into Pathogenesis. J Clin Diagn Res. 2017 May; 11(5): 25-28.
4. Rivero ERC, Araujo RMA, Granuloma piogênico: uma análise clínico-histopatológica de 147 casos bucais. Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo 1998, 3(2): 55-61.
5. Moraes SH, Moraes GF, Durski J, et al. Granuloma Piogênico: Relato de caso clínico. Revista Gestão & Saúde, Curitiba, v.9, n.2, p.12-19. 2013.
6. Oliveira HFL, Neto AMR, Santos LAM et al. Granuloma piogênico com características atípicas: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.12, n.3, p. 31-34, jul/set. 2012.
7. Torres KC, Carrasco NP, Rojas AA. Granuloma Piógeno de Presentación inusual: Reporte de Caso. Rev. Odontol. Vital, 2016. Jul/dec ano14, vol 2 No 25.
8. Gonçalves ES, Dammante JH, Rubia CMF, Taveira LAA. Granuloma Piogenico no Labio Superior: Local incomum. J App Oral Sci. 2010; 18(5): 538-41
9. Vara JT, Gurudu VS, Ananthaneni A, Bagalad BS, Kuberappa PH, Ponnappalli HP, Correlation of Vascular and Inflammatory Index in Oral Pyogenic Granuloma and Periapical Granuloma- An insight into Pathogenesis. J Clin Diagn Res. 2017 may 11(5); ZC25-ZC28.