

Tratamento e preservação de nove meses em um paciente com granuloma piogênico: relato de caso

Adriano Wilber Azevedo BRUST^a, José Eduardo Gomes DOMINGUES^b

^aAluno de Graduação, Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal do Amazonas – UFAM, 69025-050 Manaus - AM, Brasil

^bMestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia,
Professor Assistente do Curso de Odontologia, Disciplina de Diagnóstico Bucal,
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas – UFAM,
69025-050 Manaus - AM, Brasil

Brust AWA, Domingues JEG. A 9-month treatment and preservation in a patient with pyogenic granuloma: case report. Rev Odontol UNESP. 2009; 38(3): 192-7.

Resumo: O granuloma piogênico é uma lesão caracterizada pelo aumento volumétrico nodular do tecido conjuntivo e é de grande ocorrência na cavidade bucal. Apesar de se assemelhar a um tumor, é de natureza não-neoplásica benigna. Sua etiologia exata é desconhecida e pode estar associada a pequenos traumas e irritações na superfície, tendendo essa lesão a aparecer com mais frequência na gengiva e em mulheres. O granuloma piogênico tem como principais características a ausência de dor e o sangramento à mínima injúria. O objetivo deste artigo foi avaliar por um período de nove meses um paciente de 65 anos que passou por excisão de um granuloma piogênico, observando sua reabilitação oral e uma possível recidiva da lesão, a qual não foi notada durante esse período. Além dessa avaliação, procurou-se descrever as principais características clínicas e histopatológicas dessa lesão.

Palavras-chave: *Granuloma piogênico; cavidade bucal; trauma.*

Abstract: The pyogenic granuloma is a lesion characterized by a nodular volumetric increasing of the connective tissue, pretty like a tumor, however, of a non-neoplastic benign nature and large occurrence in the oral cavity, which the exact cause is unknown, possibly being associated with small traumas and surface irritation, appearing with more frequency in the gum and in women, and its main characteristics are the pain absence and bleeding to minimal injury. The objective of this article was to evaluate for a 9-month period a 65 year-old patient that perceived an excision of his granuloma, observing his oral rehabilitation and possible recurrence of the lesion, which was not noticed during this period, besides describing its main clinical and histopathologic characteristics.

Keywords: *Pyogenic granuloma; buccal cavity; injury.*

Introdução

O granuloma piogênico (GP) é uma lesão oral bem conhecida, caracterizada pelo aumento volumétrico nodular do tecido conjuntivo. Pode variar de uma discreta massa esférica geralmente pediculada, assemelhando-se a um tumor – porém, de natureza não-neoplásica – a um aumento tecidual com aspecto queiloide, achatado e sésil^{2,9}. É uma lesão solitária na maioria das vezes¹⁰. Sua consistência pode ser mole ou firme e a coloração, vermelho-brilhante ou púrpura^{1,2,14}. Pode atingir até 2,5 cm e geralmente alcança seu tamanho completo em semanas ou meses, permanecendo indefini-

damente após esse período¹¹. Frequentemente, encontra-se ulcerado, recoberto por fibrina, que pode assemelhar-se ao pus^{7,12}. Apesar de ser indolor¹², em alguns casos apresenta-se latejante ou com discreto ardor. Na maioria dos casos de GP, devido à sua grande vascularização, a queixa principal do paciente é a facilidade de sangramento, além de situações em que os dentes podem tornar-se separados devido à pressão exercida pela lesão^{1,4,6,7}.

O seu início, geralmente, é a partir de uma papila interdental; por este motivo, corresponde de 30 a 60% de todas as

lesões reacionais que acometem a gengiva⁴, sua localização predominante. Pode manifestar-se também nos lábios, língua, bochechas e outras áreas da mucosa bucal^{1,3,5}, e certas áreas da pele como cabeça, pescoço e dedos³. A maxila é mais afetada que a mandíbula^{5,7}, mais na porção anterior^{5,12}, e na maioria das vezes em mulheres leucodermas, na faixa de 21 a 50 anos, devido aos efeitos vasculares provocados pelos hormônios femininos^{3,5,8,9}.

Dentre os fatores que podem acarretar o aumento tecidual, podem-se destacar, além das influências hormonais^{3,8,9}, o uso de certas drogas como a ciclosporina¹¹ e, principalmente, as irritações crônicas locais e traumas de baixa intensidade^{1,5,7}, tais como cálculos dentários, restaurações defeituosas, biofilme, raízes residuais, próteses inadequadas, corpos estranhos no sulco gengival, além de outros agentes traumáticos^{7,13}. Shenoy, Dinkar⁶ relataram em seu artigo ser possível que as microulcerações causadas por esses irritantes em uma gengiva já inflamada permitam o ingresso de uma microbiota oral de baixa virulência dentro do tecido conjuntivo gengival. Esse quadro pode resultar na resposta vascular hiperplásica exagerada no tecido conjuntivo e levar à formação do GP, o que pode classificá-lo como uma desordem de angiogênese (apesar da etiologia desconhecida¹⁰).

Nos seus aspectos histológicos, o granuloma piogênico consiste em revestimento por epitélio pavimentoso estratificado queratinizado, sendo atrófico em algumas áreas e hiperplásico em outras². Em regiões ulceradas e recentes, a lesão é recoberta por exsudato fibrinoso. 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^{1-3,5,7,10}. Nas lesões antigas, há deposição de colágeno pela substituição do componente vascular por tecido fibroso, assemelhando-se aos crescimentos fibroepiteliais ou até mesmo fibromas^{4,5,7,9}. Numerosos espaços vasculares e muitos agregados sólidos de células endoteliais podem ser observados, algumas vezes organizados em agregados lobulares^{5,10}. O conteúdo de eritrócitos nos espaços vasculares é responsável pela coloração vermelha da lesão e o estroma tecidual pode tornar-se fibrosado com o tempo, o que torna tanto o aspecto clínico quanto o histopatológico em parte semelhantes aos da hiperplasia fibrosa¹².

Lesões não tratadas eventualmente atrofiam, tornam-se fibromatosas (assemelhando-se a um papiloma fibroepitelial) e têm regressão lenta ou podem persistir sem alterações por anos^{2,15}. A média de recorrência é de 10-15%¹⁶ e pode estar relacionada com a excisão incompleta, a não remoção dos fatores etiológicos ou a nova agressão à área². Como as lesões não são encapsuladas, seus limites são difíceis de definir⁴. O diagnóstico diferencial depende da anamnese² e, principalmente, do estudo histológico¹⁰; o granuloma piogênico pode ser comparado com a lesão periférica de células gigantes^{9,12}, hiperplasia fibroepitelial inflamatória e

hemangiomas, quando a lesão é jovem^{4,7}, e com carcinoma de células basais¹⁰, sarcoma de Kaposi¹⁶, leiomioma, tumor metastático ou hemangioendotelioma⁶.

Para Sanchez et al.¹⁷, o diagnóstico definitivo é confirmado por biópsia e exame histopatológico, e alguns dados devem servir de ajuda para reconhecer a etiologia e guiar o diagnóstico da lesão, tais como: gênero, estado de gravidez, história do trauma, uso de medicamentos, sintomatologia, tempo de evolução da lesão e estado de saúde geral do paciente.

O tratamento consiste na remoção da lesão e a eliminação dos fatores irritantes locais^{2,6,7,12}. Para Giblin et al.¹⁰, a excisão completa do GP é o tratamento de escolha, mesmo deixando cicatriz, pois outros tratamentos como cauterização, curetagem, separação a laser, crioterapia ou fotocoagulação são menos eficientes em eliminar a recorrência dessas lesões, apesar de causarem menor comprometimento estético à área que tinha o GP.

A escolha da melhor técnica de remoção do GP – associada ao controle contínuo de fatores locais irritantes que pudessem contribuir para a recidiva da lesão – e seu acompanhamento durante nove meses foram os objetivos propostos deste trabalho.

Relato de caso

O paciente E.S., 65 anos, chegou à Clínica do Curso de Aperfeiçoamento em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) queixando-se que, fazia cerca de um ano, havia sofrido traumas na região da gengiva inferior devido a uma restauração defeituosa, com resina composta, e que, durante a alimentação, essa situação incomodava muito. O paciente relatou que surgiu, então, após seis meses da realização daquela restauração, uma área volumosa na gengiva da região anterior inferior do lado esquerdo, acarretando dormência dos elementos dentários próximos à região e sangramento ao se alimentar, além de presença de dor ao fazer esforço físico (espontânea, de curta duração, de grau leve e localizada).

Durante o exame clínico, foi observada uma lesão exoftítica na região vestibular entre os dentes 33 e 32, com base pediculada (Figura 1), medindo 1,6 × 1,2 × 0,5 cm em suas maiores dimensões, de coloração rosa-pálido, com superfície lisa, consistência firme e levemente ulcerada (Figura 2). Foi encontrado também acúmulo de cálculo, principalmente próximo à região onde a lesão se encontrava.

Foi feita a adequação do meio bucal (AMB) previamente à excisão da lesão, a fim de remover os possíveis fatores predisponentes para a ocorrência de tal lesão. Para a cirurgia, foi necessária anestesia local à distância, para não mascarar o volume da lesão, que foi excisada em sua base, com lâmina 15 (Figura 3). Por se tratar de uma lesão com grande vascularização, foi necessário o auxílio de um bisturi

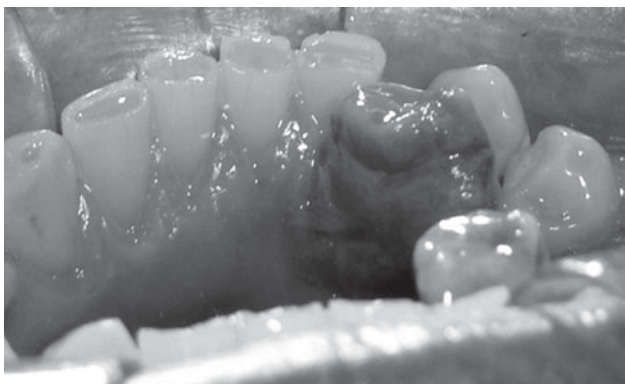


Figura 1. Lesão exofítica localizada na região vestibular, entre os dentes 33 e 32.



Figura 2. Características da lesão: pediculada, de coloração rosa-pálido, superfície lisa e de consistência firme.

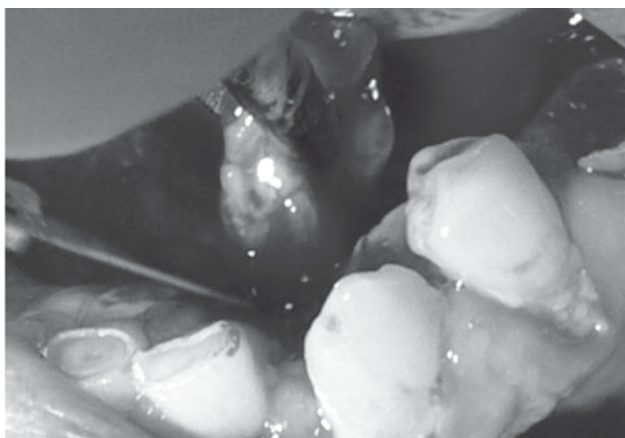


Figura 3. Remoção do granuloma piogênico.

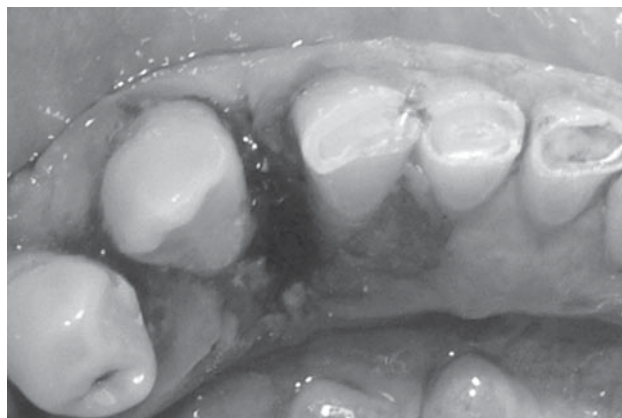


Figura 4. Com o auxílio de um bisturi elétrico, foi possível fazer a cauterização da gengiva. Notar que a lesão foi totalmente removida.

elétrico para cauterização (Figura 4). A lesão removida foi posta em formol a 10% e encaminhada para o Laboratório de Anatomia Patológica da Universidade Federal do Amazonas (Figura 5).

O exame histopatológico revelou uma lesão de epitélio pavimentoso estratificado ceratinizado, com áreas de acantose, atrofia e ulceração, com infiltrado inflamatório crônico inespecífico. Além disso, foram observadas proliferações fibroblásticas, bem como deposição de fibras colágenas delicadas, de permeio a intensa proliferação de espaços vasculares. Com esses dados, chegou-se à conclusão de que a lesão era Granuloma Piogênico.

Após seis meses da cirurgia, não se verificou recidiva da lesão, mas havia acúmulo de cálculo na região cervical na área onde a lesão se encontrava (Figura 6). Na medida em que esse cálculo poderia interferir num resultado favorável em uma avaliação a longo prazo, o mesmo foi removido na fase de manutenção da terapia periodontal.

Após um período de nove meses, com o paciente sendo acompanhado constantemente, este retornou para avaliação. O exame clínico não demonstrou sinais de recidiva, mas uma recessão gengival na região foi notada (Figura 7).

Discussão

O granuloma piogênico é uma lesão de grande incidência na cavidade bucal, principalmente na gengiva marginal e na região anterior. O paciente do caso apresentado possuía um GP localizado na região anterior da gengiva, confirmando que essa região é a mais afetada por essa lesão^{4,5,12,13}. Apesar de a maioria das lesões serem em indivíduos jovens, do gênero feminino, e mais comum na maxila^{3,5,6,7,13,18,19}, o paciente, no presente estudo, é do gênero masculino e a lesão estava na mandíbula, diferindo, portanto, dos achados literários mais frequentes.

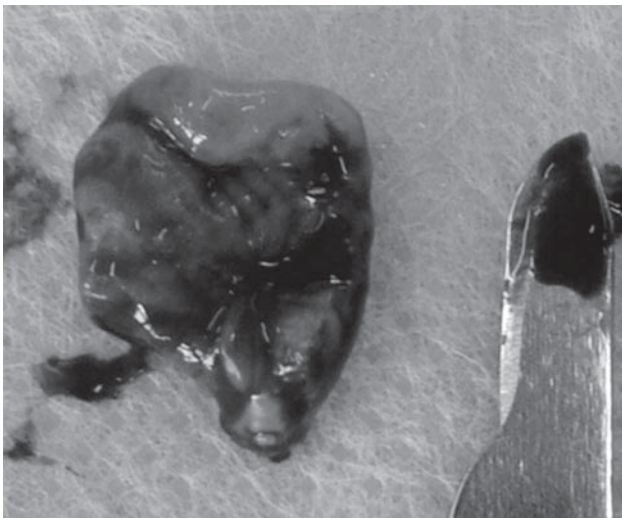


Figura 5. Lesão medindo 1,6 × 1,2 × 0,5 cm, em suas maiores dimensões.



Figura 6. Aspecto da região onde o GP se encontrava (6 meses após a cirurgia). Não houve recidiva, mas há acúmulo de cálculo na região cervical.

Autores como Fortes¹³ e Silveira et al.¹⁸ realizaram estudos e comprovaram que as faixas etárias mais acometidas pelo GP são as de segunda e terceira décadas; porém, o paciente apresentou-se com a lesão na sexta década de vida, mostrando que o GP pode acometer indivíduos de qualquer idade.

O tamanho da lesão geralmente não ultrapassa 2,5 cm em sua maior dimensão, fato esse também confirmado na lesão desse paciente, a qual tinha 1,6 cm, concordando assim com os estudos de Jafarzadeh et al.¹¹.



Figura 7. Aspecto da área onde o GP se encontrava (9 meses após a cirurgia), livre de fatores irritantes.

É sabido que a maioria dos GP pode surgir a partir de traumas de baixa intensidade ou de irritações crônicas, tais como restaurações defeituosas, raízes residuais, próteses inadequadas ou corpos estranhos no sulco gengival, associadas à má higiene oral, que levam à formação de biofilme e cálculos. O estudo em questão está de acordo com os achados clínicos apresentados por diversos autores^{1,5,6,7,13}, pois o paciente chegou à Clínica de Aperfeiçoamento de CTBMF queixando-se de uma lesão que surgira após traumas decorrentes de uma restauração insatisfatória e o exame intraoral mostrou acúmulo de biofilme e cálculos próximos à região, além das principais características clínicas relatadas na literatura^{1-3,6,7,9,12}.

Resultados histopatológicos encontrados em vários trabalhos^{1,2,3,7,5,10} e neste caso clínico foram de extrema importância para a conclusão do diagnóstico de Granuloma Piogênico. O tratamento da lesão consistiu na adequação do meio (com raspagem e alisamento radicular) e remoção da lesão, realizando-se uma excisão completa com pequena margem de segurança, com finalidade de evitar recidivas. Esses dados seguem as medidas propostas por autores como Carranza, Hogan², Tommasi⁷, Holmstrup, Reibel¹², Shenoy, Dinkar⁶.

A exérese da lesão é considerada a melhor alternativa de tratamento, mas nem sempre a mais estética. Há também tratamentos não cirúrgicos, mas que ainda não foram totalmente avaliados quanto à sua eficácia em evitar recidivas, tais como: crioterapia na forma de nitrogênio líquido spray, sendo uma alternativa de tratamento sem grandes custos, segura e de fácil utilização; laser, tendo como vantagem a mínima dor e invasividade, sem precisar de sutura ao

final do procedimento¹; enucleação⁸ e injeção de etanol²⁰, apresentando-se com resultados satisfatórios.

O uso do bisturi elétrico foi planejado pelo fato de promover cauterização enquanto faz o corte para excisão da lesão, eliminando ou diminuindo o sangramento proporcionado pela alta vascularização dos GP²¹. O modo como a decisão por determinado tratamento foi adotada baseou-se no trabalho de Giblin et al.¹⁰.

O fato de haver recessão na região deveu-se à remoção completa da lesão com certa margem de segurança, chegando-se até abaixo do periosteio, uma vez que a lesão se apresentava na forma pediculada; tal característica torna esse tipo de tratamento, por vezes, antiestético, porém mais promissor para evitar recidivas¹.

Uma avaliação de nove meses pós-operatório não mostrou qualquer evidência de recidiva da lesão, fato que Giorgi¹⁶ mostrou ter baixa ocorrência (cerca de 10-15%). A não recidiva também se deveu à remoção dos fatores que poderiam levar à lesão, em associação com o acompanhamento periódico da região e a manutenção da higiene oral por parte do paciente.

Conclusão

- O granuloma piogênico é uma lesão comum na cavidade bucal, com surgimento após traumas contínuos de baixa intensidade; acomete principalmente a gengiva, sendo que o diagnóstico diferencial só pode ser confirmado após exame histopatológico; e
- Durante o período de acompanhamento do paciente, não foram notados quaisquer sinais de recidiva da lesão, fato esse que leva a crer que a escolha do tratamento, por meio da sua exérese, mesmo que deixando sequela (recessão no local), foi a melhor forma de evitar sua recorrência, como está sendo comprovado até o momento atual. Com relação a esse fato, também é importante salientar o contínuo controle de higiene tanto por parte do paciente quanto dos profissionais que realizaram constantemente a manutenção da condição bucal do mesmo.

Referências

1. Al-Khateeb T, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61:1285-8.
2. Carranza FA, Hogan EL. Aumento gengival. In: Carranza FA, Newman MG, Takei HH. *Periodontia clínica.* 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 250-66.
3. Castro AL. Lesões nodulares e vegetantes. In: Castro AL, Castro AL, Moraes NP, Furuse TA. *Estomatologia.* 3ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2000. p. 76-94.
4. Dezotti MSG, Iwaki LCV, Capelozza ALA, Alvares LC. Granuloma piogênico: ocorrência, prevalência de gênero e de idade e aspectos clínicos mais comuns. *Salusvita.* 2000;19(1):47-60.
5. Neville BW. Tumores dos tecidos moles. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2004. p. 420-73.
6. Shenoy SS, Dinkar AD. Pyogenic granuloma associated with bone loss in a eight year old child: a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2006;201-3.
7. Tommasi AF. *Diagnóstico em patologia bucal.* 3ª ed. São Paulo: Pancast Editora; 2002.
8. Aguiló L, Bagan JV. Pyogenic Granuloma subsequent to apical fenestration of a primary tooth. *J Am Dent Assoc.* 2002;133: 599-602.
9. Aguilo L. Pyogenic granuloma subsequent to injury of a primary tooth. A case report. *Int J Paediat Dent.* 2002;12:438-41.
10. Giblin AV, Clover AJP, Athanassopoulos A, Budny PG. Pyogenic ranuloma – the quest for optimum treatment: audit of treatment of 408 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007;60:1030-5.
11. Jafarzadeh H, Sanat-Khani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci.* 2006;48:167-75.
12. Holmstrup P, Reibel J. Diagnóstico diferencial: tumores e cistos do periodonto. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2005. p. 290-308.
13. Fortes TMV. Estudo epidemiológico de lesões proliferativas não neoplásicas da mucosa oral – análise de 20 anos. *Cienc Odontol Bras.* 2002;5:54-61.
14. Cruz MCFN, Almeida KGB, Bastos EG, Freitas RA. Levantamento das biópsias da cavidade oral realizadas no Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra / UFMA, da cidade de São Luís – MA, no período de 1992 a 2002. *Rev Bras Patol Oral.* 2005;4:185-8.
15. Pierson JC, Pierson DM. Pyogenic granuloma (Lobular Capillary Hemanangioma) [acesso 2008 Mar 1]. Disponível em: <http://www.emedicine.com/derm/topic368.htm>
16. Giorgi VP. A 42-year-old man with a rapidly growing lesion of the soft palate. *CMAJ.* 2005;173:367.
17. Sanchez JG, Villaruel M, Lopes-Labady J, Mata de Henning M. Granuloma piogenico: reporte de los casos de aparición inusual y revisión de la literatura. *Acta Odontol. Venez.* 2000;38(2):36-40.
18. Silveira EJD, Oliveira JMB, Galvão HC, Souza EL, Freitas RA, et al. Granuloma piogênico. *RGO.* 2004; 50:30-3.
19. Torreão ACR, Rabelo MLM, Soares PL, Nunes RB, Andrade ESS. Levantamento epidemiológico de biópsias da região buco-maxilo-facial encaminhadas ao laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia

- de Pernambuco. Revista do CRO de Pernambuco Recife. 1999;2:119-25.
20. Campos S. Successful treatment of pyogenic granuloma with injection of absolute ethanol. J Dermatol. 2004;31:342-4.
21. Goffi FS. Técnica cirúrgica; bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 4ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 1997.

Autor para correspondência:
Adriano Wilber Azevedo Brust
adrianobrust@gmail.com

Recebido: 14/11/2008
Aceito: 24/05/2009