


LESÃO PERIFÉRICAS DE CÉLULAS GIGANTES EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Peripheral giant cell lesion in a pediatric patient: case report

Access this article online	
Quick Response Code:	Website: https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/69083
	

Autores:

Cíntia Moreira Gonçalves

Graduada em Odontologia - Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR).

Ana Clara Sá Pinto Tibães

Doutora em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales de Jequitinhonha e Mucuri/MG; Profa. Dra. do curso de especialização em odontopediatria da Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMandic), Belo Horizonte/MG.

Fernando de Góes Ladeia

Mestrado profissional em Implantodontia pela Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMandic), Campinas/SP; Professor de Odontologia na Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) - Vitória da Conquista/BA.

Rebeca de Souza Azevedo

Doutora em Estomatopatologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP), Piracicaba/SP; Professora associada III na área de Patologia oral do Instituto de Saúde de Nova Friburgo da Universidade Federal Fluminense (ISNF/UFF)- Nova Friburgo, RJ.

Juliana de Souza do Nascimento

Doutora em Estomatopatologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP), Piracicaba/SP; Professora substituta na área de diagnóstico oral da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)-Rio de Janeiro/RJ.

Instituição onde o trabalho foi realizado: : Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR)

Endereço para correspondência: Boulevard 28 de Setembro, 157, Vila Isabel, Rio de Janeiro – RJ

Telefone Odonto: (21) 2868-8286, Telefone celular a autora: (21) 974540404

E-mail para correspondência: : juliananascimento@id.uff.br



RESUMO

A lesão periférica de células gigantes é um processo proliferativo não neoplásico que acomete mais comumente a região de mandíbula, com predileção por mulheres entre 40 a 60 anos de idade. Porém, raramente, crianças também podem ser afetadas. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de lesão periférica de células gigantes em uma criança de 08 anos de idade atendida em uma clínica escola do curso de odontologia de uma faculdade privada de Vitória da Conquista/Bahia com história prévia de extração dentária na região da lesão. Ao exame extraoral, nada digno de nota foi observado, mas ao exame físico intraoral, notou-se uma massa exofítica, sangrante ao toque, localizado em região posterior de mandíbula do lado esquerdo, com limites imprecisos. Ao exame de imagem, nada fora do quadro de normalidade foi notado. A partir disso, a conduta realizada foi a biópsia incisional. O fragmento de biópsia foi encaminhado para o estudo anatomopatológico que foi compatível com lesão periférica de células gigantes. O tratamento estabelecido foi de biópsia excisional e o acompanhamento foi de 01 ano. A lesão periférica de células gigantes é incomum na população pediátrica, porém deve ser considerada um dos diagnósticos diferenciais nos casos de aumento gengival.

Palavras-chave: Criança. Lesão periférica de células gigantes. Patologia Bucal. Medicina Bucal.

ABSTRACT

Peripheral giant cell lesion is a non-neoplastic proliferative process that most commonly affects the mandible, with a predilection for women between 40 and 60 years of age. However, children can also be affected, rarely. This study reports a case of peripheral giant cell lesion in an 8-year-old child seen at a private dental school teaching clinic in Vitória da Conquista, Bahia, with a history of tooth extraction in the lesion area. Extraoral examination revealed nothing remarkable, but intraoral physical examination revealed an exophytic mass, bleeding to the touch, located in the posterior region of the left mandible, with imprecise boundaries. Imaging revealed nothing out of the ordinary. Therefore, an incisional biopsy was performed. The biopsy specimen was sent for pathological analysis, which was consistent with peripheral giant cell lesion. The established treatment was excisional biopsy, and follow-up was 1 year. Peripheral giant cell lesion is uncommon in the pediatric population but should be considered as one of the differential diagnoses in cases of gingival enlargement.

Keywords: Child. Peripheral giant cell lesion. Oral pathology. Oral medicine.



INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a lesão periférica de células gigantes (LPCG) caracteriza-se por ser um processo proliferativo não neoplásico limitado à região da mucosa alveolar e/ou gengival, sendo a etiologia desconhecida (CHANDNA *et al.*, 2017; SHRESTHA *et al.*, 2014; BARANCELLI *et al.*, 2009; OMS, 1981).

Clinicamente, apresenta-se como uma lesão nodular, circunscrita, de tamanho variável, com coloração normocrômica a vermelho-escura devido à extensa vascularização, podendo frequentemente causar sangramento espontâneo (VASCONCELOS *et al.*, 2013). É sésil ou pediculada, assintomática, mas em alguns casos pode ser sintomática em decorrência da área superficial ulcerada formada pela ação mastigatória (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Microscopicamente, caracteriza-se pela proliferação de células gigantes multinucleadas acompanhada de deposição de hemossiderina localizada no tecido conjuntivo (NEVILLE *et al.*, 2009).

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica local com margem de segurança, associada à raspagem da tábua óssea acometida e à eliminação do fator irritante, com posterior acompanhamento clínico do caso. (CHANDNA *et al.*, 2017).

A LPCG é incomum na população pediátrica. Assim, esse trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de LPCG em região mandibular em uma criança de 8 anos de idade.

RELATO DE CASO

O presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAEE 59533922.3.0000.5578.

Paciente ASA I, com 8 anos de idade, sexo feminino e melanoderma, compareceu à clínica escola de odontologia da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), situada na cidade de Vitória da Conquista (Bahia) acompanhada de sua responsável que relatou a seguinte queixa principal: “Depois de ter sido tirado três dentes, essa lesão apareceu e começou a crescer” (SIC).

Ao exame físico extraoral, nada digno de nota foi observado. Ao exame físico extraoral, notou-se lesão do tipo tumoral, com evolução de 3 meses, de centro ulcerado de coloração amarelada devido ao contato direto com o dente 24 e bordas avermelhadas, de base séssil, acometendo região desdentada da distal do dente 33 até o 36 se estendendo para fundo de vestibulo e lingual, com medição aproximada de 3 cm em seu maior diâmetro, sangrante ao toque (Figura 1). A paciente não relatava dor. Ao examinar a radiografia panorâmica, nada digno de nota foi encontrado (Figura 2). Foram sugeridas as hipóteses diagnósticas de granuloma piogênico (GP), LPCG e fibroma ossificante periférico (FOP).



Figura 1. Lesão exofítica, do tipo tumoral, em região de mandíbula do lado esquerdo, com limites imprecisos, com coloração amarela em seu centro e vermelho nas extremidades.



Figura 2. Radiografia panorâmica da paciente mostrando quadro de normalidade.

Em um primeiro momento, foi realizado uma biópsia incisional para se obter o diagnóstico definitivo. Os fragmentos de espécime de biópsia foram encaminhados para o laboratório de patologia oral do Instituto de Saúde de Nova Friburgo da Universidade Federal Fluminense (ISNF/UFF) localizado no estado do Rio de Janeiro para fins de análise anatomopatológica.

Ao exame microscópico, observou-se uma proliferação de células gigantes multinucleadas permeados por vasos sanguíneos neoformados, áreas hemorrágicas e células inflamatórias agudas e crônicas no tecido conjuntivo denso. Notou-se também ausência de epitélio de revestimento devido a grande extensão de área ulcerada (Figura 3). Diante do exposto, o diagnóstico de LPCG foi estabelecido.

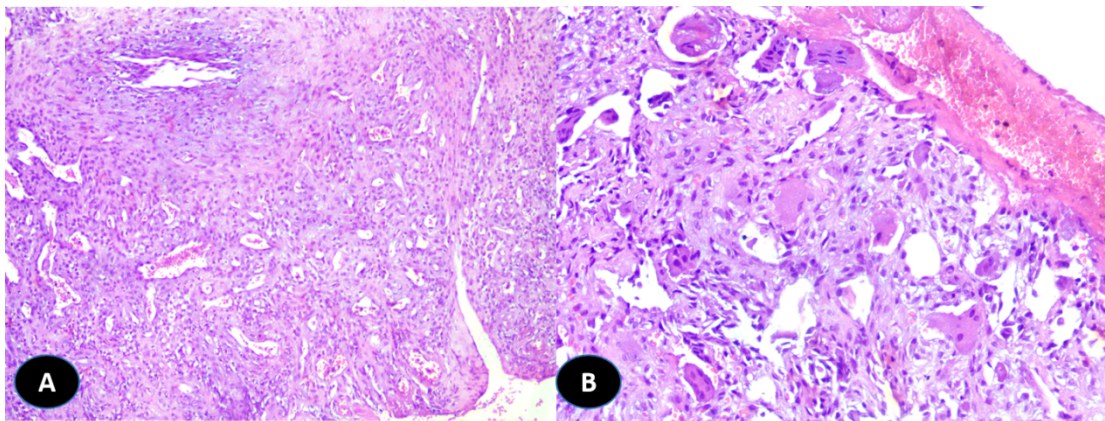


Figura 3. Características microscópicas. **(A)** Vasos sanguíneos distribuídos em um estroma fibroso associado a um infiltrado inflamatório prévio (HE, x10), **(B)** Presença de células gigantes multinucleadas no estroma (HE, x20).

Após a conclusão diagnóstica, a paciente foi submetida um segundo tempo cirúrgico, em nível ambulatorial, para a remoção total da lesão (Figura 4). O procedimento iniciou-se com a antisepsia da face do paciente, na região perioral, com solução de iodo (Iodopovidona 10% - Rioquímica, São Paulo, Brasil) seguido do bloqueio anestésico do nervo alveolar inferior e suplementação perilesional com um total de 03 tubos de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Nova DFL, Taquara, Brasil). A incisão foi realizada com lâmina de bisturi nº 15c acoplada ao cabo do bisturi (Golgran millenium, São Caetano do Sul/SP) e com auxílio de pinça reta Millenium a fim de tracionar a lesão e evitar laceração na incisão. Após excisão total da lesão, foi realizada sutura contínua com fio de náilon nº 4.0 (Procure, São Paulo, Brasil). Posteriormente, a lesão foi colocada em um frasco com formalina tamponada a 10% para conservação e envio ao laboratório de análise anatomopatológica (Figura 3). Foram prescritos Amoxicilina 250 mg, 05 ml via oral a cada 8 horas por 5 dias e Ibuprofeno gotas 100 mg/ml, 01 gota por kg, a cada 8 horas por 3

dias. As orientações pós-operatórias foram transmitidas para a responsável pela paciente.

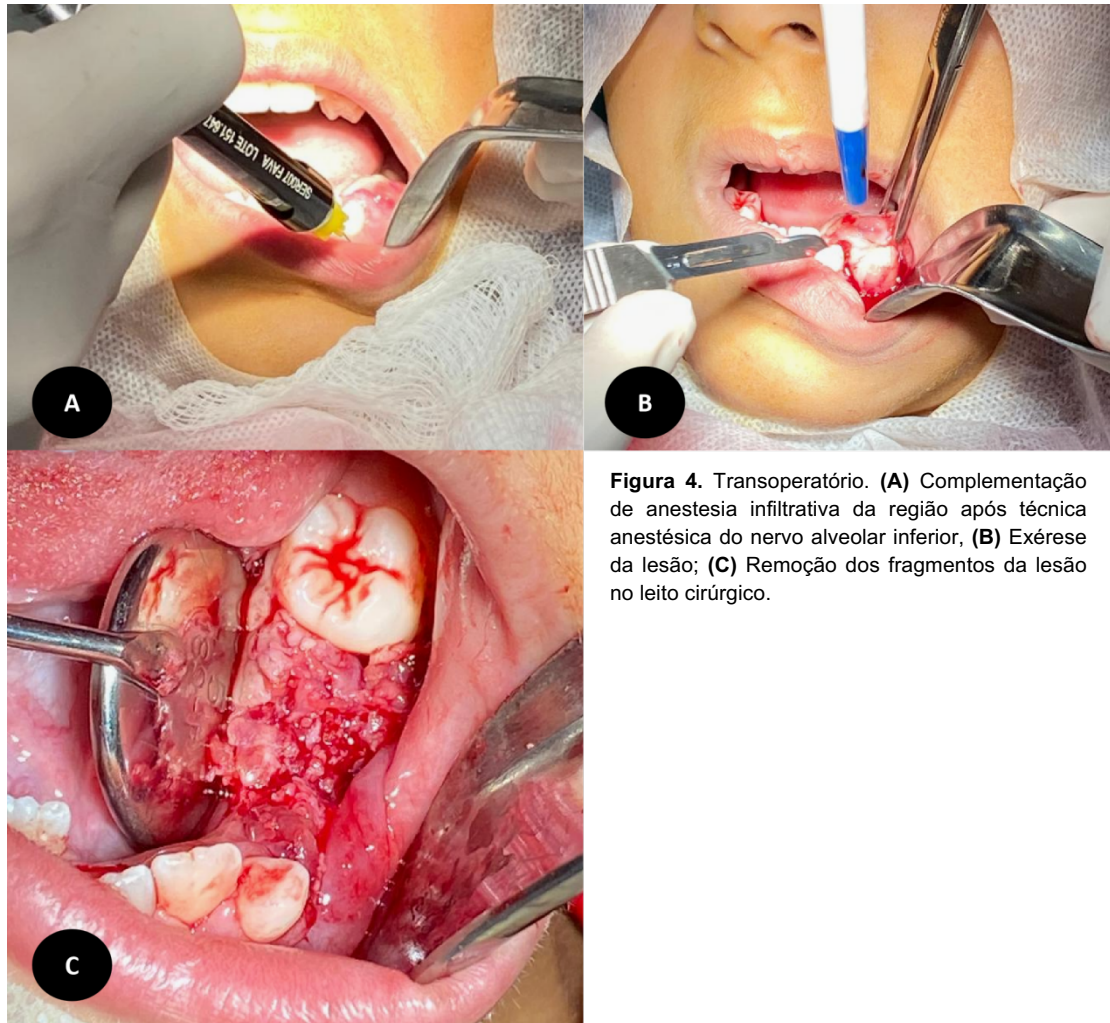


Figura 4. Transoperatório. (A) Complementação de anestesia infiltrativa da região após técnica anestésica do nervo alveolar inferior, (B) Exérese da lesão; (C) Remoção dos fragmentos da lesão no leito cirúrgico.

Após 15 dias de procedimento, a paciente retornou ao setor para a remoção de sutura. Ela seguiu em acompanhamento semestral com a equipe durante um ano, porém sem episódio de recidiva da lesão (Figura 5). Assim, foi instituído alta ambulatorial, mas com orientações de retorno caso a lesão reaparecesse.



Figura 5. 10 meses após a biópsia excisional com a completa remissão da lesão.

DISCUSSÃO

O LPCG é uma doença que afeta grande parte da população em geral, quando comparado a outras lesões proliferativas benignas da cavidade oral. Possui outros nomes, como granuloma periférico de células gigantes, tumor periférico de células gigantes e osteoclastoma (FRANÇA *et al.*, 2010).

A etiologia ainda é desconhecida, mas presume-se que a presença de um agente causal traumático associado à placa bacteriana, doença periodontal, extração dentária, restaurações insatisfatórias/fraturadas, infecção crônica e implantes ou doenças sistêmicas, como hiperparatireoidismo, neutropenia e doença de Paget, possa dar origem a esse tipo de lesão (SHRESTHA *et al.*, 2014; TANDON *et al.*, 2012). No presente caso, ocorreram exodontias prévias ao aparecimento da lesão.

O LPCG é mais frequentemente observado entre a quarta e a sexta década de vida acometendo preferencialmente as mulheres, sua ocorrência durante a fase pediátrica é rara, com apenas cerca de 9% dos casos registrados em crianças com até 10 anos de idade, no presente estudo, a paciente possuía 08 anos na época do diagnóstico (OZALP *et al.*, 2010; ZHANG *et al.*, 2007). Em pacientes pediátricos, o LPCG costuma estar localizado em região anterior de mandíbula e apresentar crescimento acelerado, alcançando dimensões consideráveis em um curto período de tempo podendo acarretar em reabsorção óssea e



comprometer a erupção ou o posicionamento dos dentes em diferentes graus (MUKHERJEE *et al.*, 2018; CHRCANOVIC *et al.*, 2018), o que não ocorreu nesse caso.

Adlakha *et al.* (2010) relatam que as características radiográficas tendem a ser inespecíficas, embora, ocasionalmente, possa haver destruição superficial da margem alveolar ou da crista óssea interdental. Neste caso específico, nenhuma alteração radiográfica foi observada.

Microscopicamente, a LPCG é caracterizada por uma massa de tecido não encapsulado, com o tecido conjuntivo podendo apresentar fibroblastos densos, ovóides ou fusiformes, além das células gigantes multinucleadas compatível com o quadro histopatológico desse caso (ADLAKHA *et al.*, 2010; TELFAH; ABDEL LATIF, 2006).

O LPCG constitui uma lesão hiperplásica benigna de caráter reacional, sem comportamento neoplásico. Clinicamente, apresenta-se como uma massa exofítica indolor, de coloração variável (vermelha, arroxeada ou azulada), superfície lisa, consistência elástico-firme e inserção séssil ou pediculada. As dimensões da lesão variam de milímetros a vários centímetros. Em determinadas situações, podem ocorrer ulceração da mucosa superficial, sangramento espontâneo ou induzido e deslocamento dentário. Tais características foram encontradas na lesão descrita nesse caso, exceto a ausência de envolvimento dentário (DODDAWAD *et al.*, 2022; TANDON *et al.*, 2012).

O tratamento para a LPCG inclui excisão cirúrgica completa de toda a base. Ademais, é importante eliminar fatores etiológicos, como placa ou cálculo dental e excessos de restaurações (OZALP *et al.*, 2010). As várias modalidades utilizadas para excisão da lesão são bisturi frio, eletrocautério e laser de dióxido de carbono, e a literatura não mostra diferença entre a ressecção de PGCG com bisturi frio e laser de CO₂ (ADLAKHA *et al.*, 2010). A taxa de recorrência é de aproximadamente 10% a 17,5%, tanto em adultos como em crianças, mas recorrências múltiplas com eventual perda dos dentes adjacentes são uma complicação potencial (LESTER *et al.*, 2014; FLAITSZ, 2000). Entretanto, ainda não há dados claros acerca da taxa de recorrência somente em pacientes pediátricos. Nesse relato de caso, a paciente foi acompanhada por um ano sem sinais de recidiva da lesão.



CONCLUSÃO

A LPCG é rara na população pediátrica, porém deve ser considerada um dos diagnósticos diferenciais nos casos de aumento gengival em crianças, sendo a excisão cirúrgica completa com eliminação dos fatores etiológicos é o tratamento de escolha. O acompanhamento do caso é essencial devido à sua alta taxa de recorrência.

REFERÊNCIAS

1. Chandna P, Srivastava N, Bansal V, *et al.* Lesões de células gigantes periféricas e centrais em crianças: experiência institucional no Subharti Dental College and Hospital. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 2017;38(4):440-6.
2. Shrestha A, Marla V, Shrestha S, *et al.* Células gigantes e lesões de células gigantes da cavidade oral: uma revisão. *Cumhuriyet Dent J.* 2014;17(2):192-204.
3. Barancelli M, *et al.* Lesão periférica de células gigantes tratada por cirurgia convencional e cauterização do leito cirúrgico: relato de caso. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2009;11(3):59-64.
4. Organização Mundial da Saúde. Progresso na caracterização de venenos e padronização de antivenenos. Genebra: OMS; 1981.
5. Vasconcelos R, Queiroz M, *et al.* Lesões periféricas e centrais de células gigantes: etiologia, origem das células gigantes, diagnóstico e tratamento. *J Bras Patol Med Lab.* 2013;49(6):446-52.
6. Rodrigues SV, Mitra DK, Pawar SD, *et al.* Granuloma periférico de células gigantes: Esta enfermidade é uma raridade. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19(4):466-9.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, *et al.* Tumores de tecidos moles. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, editores. *Patologia Maxilofacial.* 3ª ed. Louis: Saunders; 2009. p.507-63.
8. Tandon P, Bansal V, Sharma A, *et al.* Peripheral giant cell granuloma of the oral cavity: a review. *J Clin Exp Dent.* 2012;4(5):e286-91.



9. Ozalp N, Sener E, Songur T. Peripheral giant cell granuloma and peripheral ossifying fibroma in children: two case reports. *Med Princ Pract.* 2010;19:159-62. doi: 10.1159/000273079.
10. França DCC, André NV, Lessi MAA, *et al.* Granuloma periférico de células gigantes: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac.* 2010;10(3):29-32.
11. Zhang W, Chen Y, An Z, *et al.* Reactive gingival lesions: a retrospective study of 2,439 cases. *Quintessence Int.* 2007;38:103-10.
12. Mukherjee CG, Mukherjee U, Bansal A, Mukhopadhyay M. Giant cell granuloma: two expressions in pediatric population. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018;11:46-9.
13. Chrcanovic BR, Gomes CC, Gomez RS, *et al.* Peripheral giant cell granuloma: an updated analysis of 2824 cases reported in the literature. *J Oral Pathol Med.* 2018;47(5):454-9. doi: 10.1111/jop.12706.
14. Adlakha VK, Chandna P, Rehani U, *et al.* Peripheral giant cell granuloma. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2010;28:293-6.
15. Telfah H, Abdel Latif AM. Oral granulomas at Prince Rashid Hospital North Jordan: a retrospective study of 62 cases. *JRMS.* 2006;13(2):41-5.
16. Doddawad VG, Shivananda S, Girish MS, *et al.* Delayed eruption of tooth due to peripheral giant-cell granuloma: an unusual presentation and treatment in a 15-year-old child patient. *J Pharm Bioall Sci.* 2022;14:S1079-81.
17. Flaitz CM. Peripheral giant cell granuloma: a potentially aggressive lesion in children. *Pediatr Dent.* 2000;22:232-3.
18. Lester SR, Cordell KG, Rosebush MS, *et al.* Peripheral giant cell granulomas: a series of 279 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014;118:475-82.