

# GRANULOMA PIOGÊNICO

## REVISÃO DE LITERATURA E APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

### PYOGENIC GRANULOMA

#### REVIEW OF LITERATURE AND CLINIC CASE PRESENTATION

Ana Paula Weissheimer\*  
 Miguel Angelo Rodrigues\*  
 Salete Muller\*  
 Sonia Hertzog Schwank\*  
 Francesca Bercini\*\*  
 Tais Weber Furlanetto De Azambuja\*\*\*

### RESUMO

É apresentado um caso de paciente do sexo masculino, de 27 anos, com proliferação tecidual localizada na região antero inferior esquerda da mandíbula, entre os dentes canino e primeiro pré-molar. Lesão semelhante foi removida cirurgicamente há 7 anos, tendo como diagnóstico histopatológico granuloma piogênico.

### SUMMARY

This paper describes a clinical case of a 27 year old man presenting tissue proliferation in the left lower dental arch between the canine and the first premolar. Similar finding was surgically removed 7 years before and the histological diagnose was pyogenic granuloma.

### UNITERMOS

Granuloma piogênico, tumor gravídico, hiperplasia, tecido de granulação

### KEYWORDS

Pyogenic granuloma, pregnancy epulides, hyperplasia, granulation tissue

### INTRODUÇÃO

O granuloma piogênico é uma lesão bastante comum na cavidade bucal, podendo também ocorrer em outras mucosas e na pele. (10)

É uma hiperplasia localizada, considerada resposta a uma irritação contínua dos tecidos moles e duros, contendo componentes normais a anterior reação inflamatória secundária local. (6) A ação bacteriana está associada a lesão, porém não é fator desencadeante da mesma, estando associada ao trauma.

Granuloma piogênico é denominação a um tipo particular de crescimento de tecido de granulação, acentuação da fase proliferativa da resposta inflamatória, que ocorre em muitos indivíduos, principalmente mulheres jovens, como resposta a pequena ação vulnerante. (6)

O termo "granuloma piogênico" não é adequado por não ser a presença de pus, característica dessa lesão. (6)

Encontra-se como sinônimos os termos: tumor gravídico, tumor da gravidez, angiogranuloma, botriomicetoma e granuloma telangiectásico.

### REVISÃO DE LITERATURA

A causa exata desta lesão é desconhecida, mas pensa-se em uma reação localizada e exuberante para uma irritação mínima. (5,7,8,11)

Esses fatores irritantes podem ser mobilidade anatômica, vulnerabilidade da região a irritações, presença ou ausência de dentes em condições normais ou patológicas, restaurações mal elaboradas, aparelhos protéticos desajustados, impacção alimentar ou fragmentos de cálculo lesionando a mucosa gengival e má higiene oral. (2,6)

Fatores hormonais e outros parecem modificar a resposta em certas circunstâncias e promover o desenvolvimento de tecido de granulação hiperplásico (5). O fator hormonal das pacientes grávidas já foi considerado determinante para o aparecimento da lesão, mas atualmente acredita-se no fator local como elemento primário para a gênese da lesão (10).

Há autores que discutem a presença acidental de estafilococos e estreptococos na lesão, sendo essa porta de entrada para os mesmos (5,7,8,9,10). Outros dizem que a presença desses microorganismos é imperativa (6).

A localização preferencial é a gengiva (75%), na região antero-superior e face vestibular (5, 7, 9, 11). Há autores que dizem que a região predominante é a mandíbula (10). A lesão pode localizar-se na pele, na mucosa dos lábios (4) ou em qualquer parte da mucosa oral, assim como nos dedos das mãos, próximo as unhas.

Há maior incidência no sexo femini-

no. (2,5,6,7,8,9,10,11) Quanto a raça, é mais frequente em brancos do que em outros grupos raciais. (9,10) No que se refere a idade há casos relatados em todas as faixas etárias, com predomínio entre 11 e 40 anos. (1)

É uma lesão bem circunscrita, benigna, de natureza inflamatória, originada do tecido conjuntivo de pele ou membrana mucosa. Usualmente aparece como uma elevação, pedunculada ou sésil. A superfície pode ser lisa, granular ou lobulada e a cor varia do rosa ao vermelho acastanhado. Pode ser ulcerada, dependendo da localização e sua exposição a irritação traumática. Também pode ser necrosada e coberta por um tecido necrosado que parece pus. Normalmente não há pus na lesão.

Sua característica clínica é indicativa mas não específica. O diagnóstico diferencial pode incluir: granuloma periférico de células gigantes; hemangioma capilar; tumor metastático, especial-

\* Cirurgiões-dentistas.

\*\* Professora Assistente da Disciplina de Exodontia II da F.O.-UFRGS, Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial.

\*\*\* Professora Assistente da Disciplina de Anestesiologia e Exodontia da F.O. - UFRGS, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial e Mestre em Educação.

mente células renais e carcinoma broncogênico; sarcoma de Kaposi; angiosarcoma; melanoma maligno. (5) Além desses, inclui-se diferentes tipos de angiomas; fibroepitelioma com infiltração hemorrágica e molusco contagioso. (4) O diagnóstico definitivo só pode ser feito por exame histopatológico do tecido biopsiado.

Quanto ao aspecto histológico, é uma lesão proliferativa, não neoplásica, que se apresenta em geral parcialmente revestida por epitélio pavimentoso estratificado queratinizado. Nas áreas ulceradas observa-se a lesão coberta por exsudado fibrinoso ou fibrino-purulento. (10)

A massa central da lesão é constituída por tecido de granulação exuberante, isto é, proliferação endotelial num estroma de tecido conjuntivo frouxo acrescido de variável grau de infiltrado inflamatório. As lesões de maior tempo de duração apresentam por vezes o componente vascular diminuído ou esclerosado e com maior deposição de colágeno. O infiltrado inflamatório é formado por linfócitos e plasmócitos, sendo que os neutrófilos tornam-se mais numerosos próximos às áreas de ulceração. (10)

O granuloma piogênico, quando ocorre em gestantes, recebe a denominação de "tumor gravídico". No entanto não apresenta nenhuma característica diferencial para que se possa enquadrá-lo em outro tipo histológico. (10) A maioria dos autores acredita que a lesão ocorre como resultado de um pequeno trauma ou irritação local, no qual a reação tecidual está, provavelmente, intensificada pela alteração endócrina que aparece durante a gravidez. (8)

O tratamento consiste em excisão cirúrgica. A taxa de recidiva varia entre 15 e 16% e ocorre pelo fato da lesão não ser encapsulada e o cirurgião pode ter dificuldade para determinar seus limites e excisá-la adequadamente. Algumas lesões recidivantes podem representar exemplos de um segundo episódio de irritação, com reinfeção do tecido.

Ao realizar a excisão de um granuloma piogênico de gengiva, é sempre necessário ter o cuidado de raspar o dente adjacente e certificar-se de que está livre de cálculos, já que estes podem agir como o fator irritante que leva a recidiva da lesão. O exame microscópico cuidadoso dos granulomas excisados irá, quase sempre, revelar a presença de fragmentos de cálculos na superfície interna da lesão que estava adjacente ao dente. (8)

## CASO CLÍNICO

O paciente J.R.P.N., do sexo masculino, 27 anos de idade, procurou atendimento porque apresentava um aumento de volume nas gengivas vestibular e lingual entre o canino e o primeiro pré-molar inferiores, do lado esquerdo. (FIGURA 1) O paciente apresentava uma lesão semelhante há 7 anos que fora removida cirurgicamente e que recidivara há, aproximadamente, 3 meses antes da realização da cirurgia.

Foi solicitado exame radiográfico periapical onde pode-se comprovar integridade das estruturas de suporte destas peças dentárias bem como ausência de tártaro. (FIGURA 2)

A técnica cirúrgica constituiu-se dos seguintes passos:

- assepsia do campo operatório;
- anestesia regional e terminal no local;
- pinçagem da lesão;

- excisão total da lesão. Com corte em cunha realizado com bisturi lâmina 15. A incisão foi feita com margem de segurança com o objetivo de se evitar a recidiva da lesão; (FIGURA 3)

- removida a lesão realiza-se fricção com gase, com movimentos de vai-vem no sentido vestibulo-lingual, entre dos dentes com o objetivo de remover quaisquer fragmentos da lesão bem como resíduos;

- faz-se a raspagem radicular dos dentes envolvidos com curetas periodontais, com a finalidade de eliminar cálculo e placa bacteriana, o que constitui-se em possível etiologia da lesão;

- cuidados com a ferida operatória e sutura a pontos isolados.

O paciente foi instruído quanto as recomendações pós-operatórias de rotina. Foi receitado medicação analgésica do grupo do acetaminofen, 1 comprimido de 4 em 4 horas, enquanto a sensação dolorosa persistisse.

Após 07 dias, o paciente foi revisado e as suturas foram removidas. (FIGURA 4). O resultado

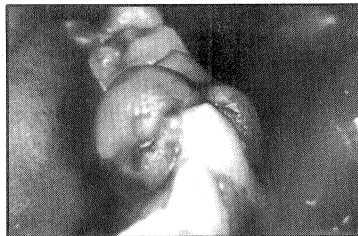


FIGURA 01 - Aspecto clínico pré-operatório



FIGURA 02 - Rx pré-operatório

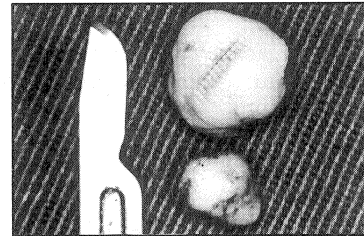


FIGURA 03 - Lesão removida

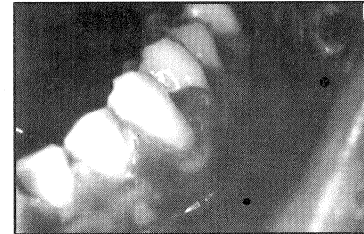


FIGURA 04 - Aspecto clínico pós-operatório

do exame histopatológico foi de granuloma piogênico.

## CONCLUSÃO

Relacionando a cirurgia realizada com a literatura constatou-se semelhanças nos aspectos referentes a característica clínica da lesão, quanto a tamanho, cor e superfície. A literatura também relata que há recidiva da lesão em 16% dos casos, concordando com o caso clínico em questão, visto que esse trata-se de recidiva.

Por outro lado, há relatos de predominância da lesão na região anterior da maxila, ao contrário do caso relatado, onde ocorre na mandíbula. Da mesma forma há predomínio em mulheres e pessoas da raça branca, o que contraria o caso citado, já que o paciente pertence ao sexo masculino e é da raça mestiça.

No pós-operatório não houve intercorrências e passados 60 dias da cirurgia, o paciente encontra-se em boas condições.

## BIBLIOGRAFIA

1. ANGELOPOULOS, A.P. Pyogenic granuloma of the oral cavity: statistical analysis of its clinical features. *J. Oral Surg.*, Chicago, v.29, n.12, p. 840-847, Dec. 1971.
2. ARAUJO, N. S.; ARAUJO, V. C. Patologia bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1984. 239p.
3. BHASKAR, S. N. Patologia bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1976. 615p.
4. BORK, K.; HOEDE, N.; KORTING, G. W. Doenças e sintomas da cavidade bucal e da região perioral: atlas colorido. São Paulo: Manole, 1988. 346p.
5. GOODMAN-TOPPER, E.D.; BIMSTEIN, E. Pyogenic granuloma as a cause of bone loss in a twelve-year-old child: report of case. *J. Dent. Child.*, Chicago, v. 61, n.1, p. 65-67, Jan./Feb. 1994.
6. GROSSI, S.T.L.; GRANZOTTO, J.M. Granuloma Piogênico. *Rev. Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 168-173, jul./set. 1974.
7. PINDBORG, J. Atlas of diseases of the oral mucosa. 2. ed. Copenhagen: Munksgaard, 1973. 170 p.
8. SHAFFER, W. G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. Tratado de patologia bucal. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. 837 p.
9. TINOCO, P.J.; SALAZAR, N. Granuloma piogênico vs. hemangioma capilar lobular: análise histopatológico e epidemiológico. *Acta Odontol. Venezuelana*, Caracas, v.27, n. 2-3, p. 13-20, dez 1989.
10. TONANI, P.C.F. et al. Granuloma piogênico. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 110-114, jan./fev. 1976.
11. VELEZ, L.M.A.; SOUZA, L.B.; PINTO, L.P. Granuloma piogênico. *Rev. Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 52-56, jan./fev. 1992.