

DOENÇA PERIODONTAL COMO FATOR DETERMINANTE PARA A RECIDIVA DO GRANULOMA PIOGÊNICO

PERIODONTAL DISEASE AS A DETERMINING FACTOR FOR PIOGENIC GRANULOMA RECURRENCE

LUCAS SEBEN RAMOS¹
RÚBIA DA ROCHA VIEIRA²
BIANCA DE PAULA DUARTE³
MARÍLIA PAULUS⁴
MARIÁ CORTINA BELLAN⁵

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo descrever por meio de um caso clínico o diagnóstico e a conduta clínica no tratamento de um Granuloma Piogênico (GP) recidivante associado à doença periodontal. O GP é uma lesão inflamatória hiperplásica que se encontra nos tecidos moles da cavidade bucal e que possui um crescimento reagente estimulado por irritação local de baixa intensidade, fator hormonal ou trauma, podendo causar desconforto ao paciente e interferir na fala e mastigação. O GP acomete principalmente mulheres na segunda e terceira décadas de vida em regiões como gengiva, lábios, língua e mucosa bucal. O tratamento do GP consiste em excisão cirúrgica e o diagnóstico decisivo é realizado por meio de exame histopatológico. Paciente do gênero feminino, 57 anos, procurou atendimento no Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG por apresentar lesão rósea pediculada na região de papila incisiva com cerca de 2 cm de diâmetro. A paciente foi submetida a dois procedimentos cirúrgicos e em ambos ocorreu a recidiva. A completa excisão da lesão somente foi realizada após realização de tratamento periodontal e remoção de fatores irritantes como biofilme e cálculo dentário. Desta forma, foi possível concluir que é de suma importância a observação e remoção dos fatores irritantes durante o tratamento do GP e que desta maneira se diminuiu as chances de posterior recidiva.

UNITERMOS: Diagnóstico, Cirurgia Bucal, Recidiva, Granuloma Piogênico.

INTRODUÇÃO

O Granuloma Piogênico (GP) é uma lesão inflamatória hiperplásica que se encontra nos tecidos moles situados na cavidade oral que ocorre na segunda e terceira década de vida e principalmente no sexo feminino. Esta lesão não está associada a uma infecção e tem o surgimento através de um crescimento reagente de diferentes estímulos, tais como: irritação local de baixa intensidade, trauma ou fator hormonal^{1,2}. Além disso, a falta de uma higiene adequada pode ser causa do surgimento desse tumor³.

As características clínicas do GP se apresentam como uma lesão exóftica, macia, lisa ou também lobulada. Mostra-se como uma pápula

eritomatosa avermelhada sobre sua base sésil ou pediculada. O GP acomete geralmente a gengiva, os lábios, a língua e também a mucosa bucal⁴. A cor do GP pode variar de acordo com sua vascularização, pode se apresentar nas cores roxo, vermelho ou rosa⁵.

O método para o diagnóstico correto e conclusivo do GP ocorre por meio de uma biópsia excisional e exame histopatológico onde serão observados numerosos vasos sanguíneos de paredes delgadas, proliferação de células endoteliais, fibroblastos, fibras colágenas, infiltrado celular e na maioria das vezes, úlcera⁶. No entanto, deve-se levar em consideração no diagnóstico da lesão: sintomatologia, gênero, histórico de trauma, estado de saúde do indivíduo, tempo de duração da lesão, medicamentos, entre outros⁷.

¹ Graduando em Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG

² Doutora em Odontologia. Professora da disciplina de Patologia Geral da Universidade Feevale

³ Graduanda em Odontologia do Centro Universitário a Serra Gaúcha - FSG

⁴ Doutora em Odontologia. Professora da disciplina de Prótese Dentária do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG

⁵ Mestre em Odontologia. Professora da disciplina de Prótese Dentária do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG. Endereço Rua Os Dezoito do Forte, 2366 - São Pelegrino, Caxias do Sul - RS, 95020-472 E-mail: maria.bellan@fsg.edu.br

O tratamento do GP é dependente do tamanho e da localização da lesão. Na maioria das vezes, a melhor opção de tratamento do GP é por meio da biópsia excisional. O laser de granada de trio alumínio também pode ser utilizado devido ao menor sangramento durante o procedimento e maior coagulação da lesão. Uma outra alternativa de tratamento, mais conservadora é a eletrodessecção⁸. Entretanto, após a remoção da lesão, a manutenção e cuidados com a higiene oral são fundamentais para que não ocorra a recorrência da lesão⁹⁻¹⁰.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um Granuloma Piogênico recidivante localizado na região de papila incisiva em uma paciente do sexo feminino tratado cirurgicamente.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 57 anos de idade, em bom estado geral de saúde, porém com pressão alta controlada, não fumante, etilista eventual, não usuária de próteses dentárias, compareceu ao Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG relatando a presença de uma bolha que estava aumentando de tamanho no palato além da dificuldade na fala e na mastigação. A paciente também relatou a presença de sensibilidade dos dentes anteriores superiores, porém sem dor na região da lesão e pequenos sangramentos ao toque.

Inicialmente foi realizada a avaliação clínica e radiográfica da paciente. O exame radiográfico não apresentou alterações a não ser um espessamento do ligamento periodontal e uma perda óssea mais acentuada na região de incisivos superiores (Figura 1). No exame clínico observou-se uma lesão rósea pediculada na região de papila incisiva com cerca de 1,2 cm de diâmetro (Figura 2a). A paciente recebeu anestesia tópica e infiltrativa em toda a base da lesão com lidocaína a 2% e epinefrina 1:100.000 (DFL, Taquara, Rio de Janeiro, Brasil) e então, foi realizada a excisão cirúrgica da lesão^{1,3,8}. Foi realizado o pinçamento e tracionamento da lesão e após, com uma lâmina de bisturi número 15C (Swann- Morton, Sheffield, Inglaterra) a lesão foi removida de forma paralela à base da mesma. A ferida cirúrgica foi irrigada com soro fisiológico (Eurofarma, São Paulo, SP, Brasil) e então foi aplicado cimento cirúrgico sobre a lesão para auxiliar na cicatrização (Figura 2b). As orientações pós-operatórias foram passadas à paciente e prescrito analgésico e bochechos com clorexidina a 0,12%.

A lesão foi devidamente armazenada em formaldeído a 10% e encaminhada para o laboratório de análises clínicas (Diagnose Patologia e Citologia, Rio Grande do Sul, Caxias do Sul) para a análise histopatológica, na qual, obteve-se o resultado conclusivo de Granuloma Piogênico (Figura 3).



Figura 1



Figura 2

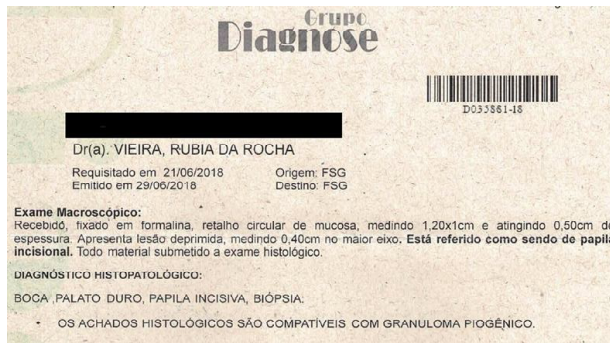
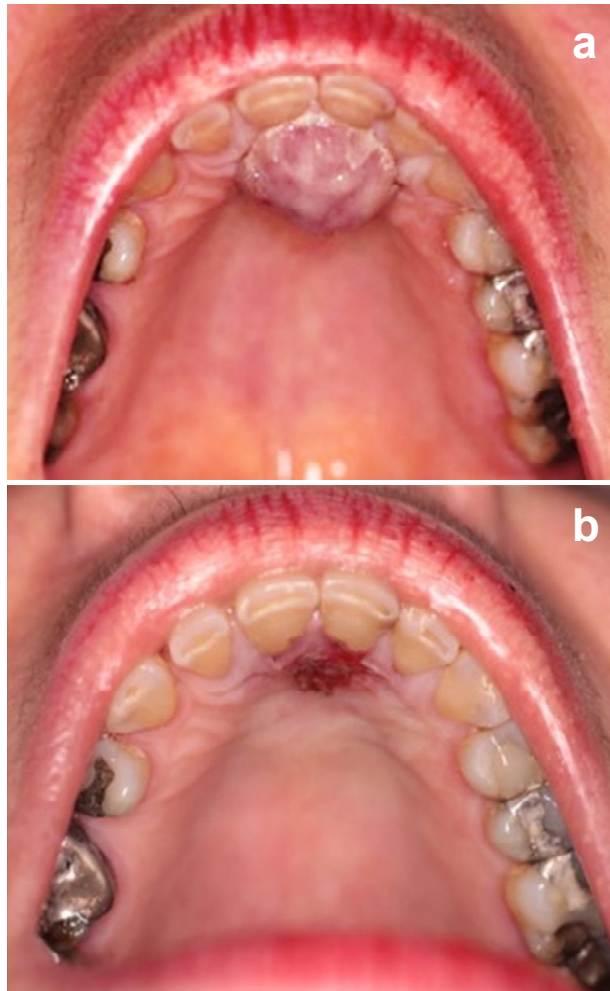


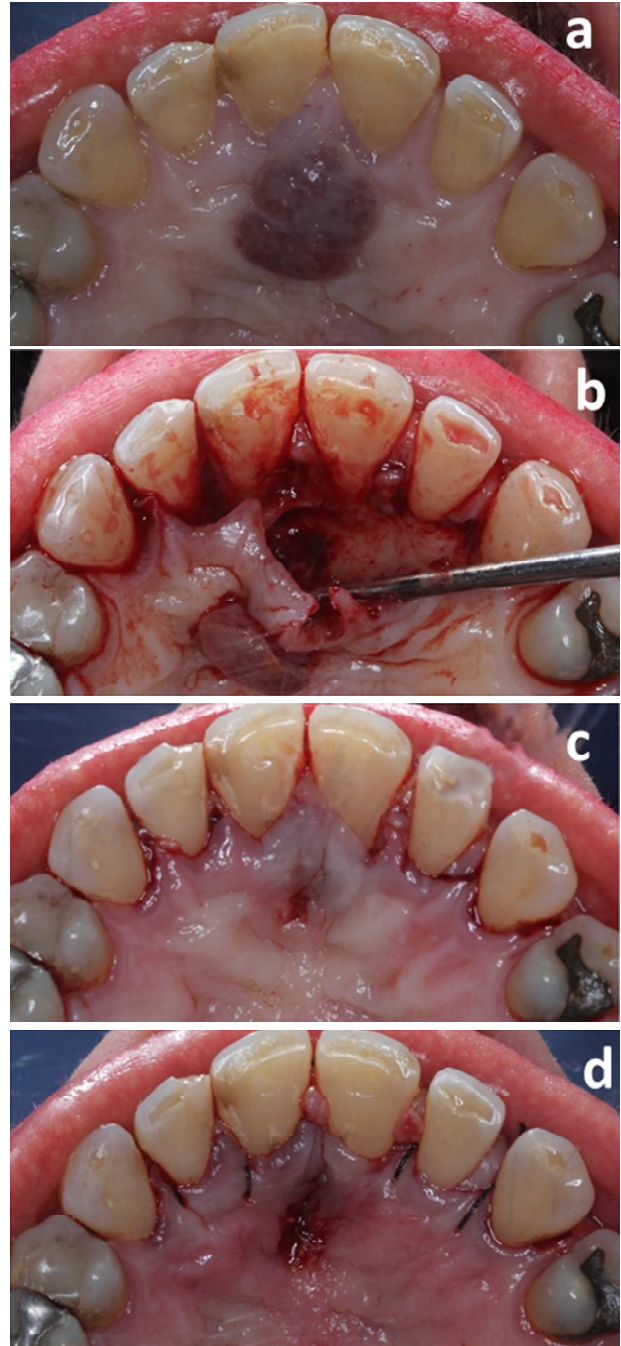
Figura 3

Um mês após a intervenção cirúrgica, a paciente retornou à faculdade de Odontologia relatando que a lesão anterior havia crescido novamente. Foi realizada uma nova avaliação clínica e se observou a recidiva da lesão com aproximadamente o mesmo diâmetro (Figura 4a). Em seguida, a paciente foi anestesiada para que a lesão fosse novamente removida, porém com eletrocautério⁸ (Emai, Transmai, São Paulo, Brasil). O eletrocautério foi aplicado na base da lesão e esta foi removida por completo com a vantagem de controle de sangramento local (Figura 4b).



Figuras 4

Quase dois meses após o último procedimento cirúrgico, novamente a paciente retorna à faculdade de Odontologia relatando o reaparecimento da lesão na região de papila incisiva, porém com menor tamanho (Figura 5a). Desta vez, foi realizado um exame clínico mais completo envolvendo exame periodontal e pôde-se perceber que a paciente apresentava cálculos subgingivais em todos os dentes e uma deficiente higienização, chegando a conclusão de que a recidiva do GP estava relacionada com o fator irritante da doença periodontal.



Figuras 5

Foi realizado tratamento periodontal da paciente, controle de biofilme e instrução de higiene bucal¹¹⁻¹². Após o completo tratamento periodontal,

foi feita uma nova intervenção cirúrgica, na qual a paciente foi anestesiada e teve o descolamento parcial do palato com lâmina 15C (Figura 5b). Após o descolamento do palato, a lesão foi removida em sua base e esta foi curetada até a remoção total de fibras da região (Figura 5c). Além disso, fatores etiológicos como biofilme dentário e cálculos foram removidos durante o procedimento cirúrgico. O palato foi irrigado com soro fisiológico e o retalho foi posicionado. Foram feitas suturas envolvendo as papilas dentárias para que o retalho permanecesse em posição (Figura 5d). Foi prescrito analgésico (paracetamol 500 mg de 8 em 8 horas enquanto houvesse dor), anti-inflamatório (ibuprofeno 600 mg de 8 em 8 horas durante 3 dias) e bochechos com clorexidina a 0,12%.

Sete dias após a última intervenção cirúrgica, a paciente compareceu para remoção da sutura, sem ter apresentado intercorrências pós-operatórias e mostrando satisfatória cicatrização da área. Além disso, relatou uma melhora na fala e na mastigação. Um ano após o procedimento cirúrgico a paciente não teve mais recidivas e continua fazendo tratamento periodontal periodicamente (Figura 6).



Figura 6

DISCUSSÃO

O Granuloma Piogênico (GP) se apresenta histologicamente como uma massa lobulada com tecido de granulação hiperplásico revestimento de epitélio estratificado escamoso, delgado e também atrófico, áreas circunscritas com a presença de proliferação de tecido endotelial e também o desenvolvimento de espaços vasculares.¹² Além disso, o GP se assemelha com outras lesões: hiperplasia gengival inflamatória, lesão periférica de células gigantes, fibroma ossificante periférico, hemangioma, entre outros^{8,12-14}. Com isso, torna-se de suma importância o correto diagnóstico pela análise histopatológica e, desta maneira, correta conduta frente à lesão¹⁵⁻¹⁶.

Clinicamente, o GP apresenta algumas características peculiares como uma lesão de forma exofídica, séssil ou também pediculada e com uma alta vascularização. Apresenta uma superfície com

um aspecto liso ou lobulada e sua coloração pode variar de vermelho até róseo¹⁷. O GP é frequentemente encontrado na gengiva, seguido do rebordo alveolar, palato, língua e mucosa jugal¹⁸⁻¹⁹, entretanto esses achados diferem do caso clínico apresentado, na qual, a papila incisiva propriamente dita foi a região afetada.

Em relação à faixa etária mais afetada, diversos estudos relatam que as faixas etárias mais acometidas pelo GP são a segunda e terceira década de vida²⁰⁻²²; porém a paciente apresentou a lesão no final da quinta década de vida, corroborando com Cavazzola *et. al.*¹⁹ (2012) que afirma que a lesão pode ocorrer em qualquer idade e sexo, mas a maior prevalência ocorre entre 45 e 55 anos. Além disso, outro estudo relatou que pacientes do sexo feminino com uma média de 52 anos de vida são mais afetadas pela lesão e que o ápice de idade seria na sexta década de vida²³.

Quanto ao gênero, Avelar *et al.*²⁰ (2008) demonstraram em um estudo com 191 pacientes, que 69,1% dos mesmos era do gênero feminino, condizendo com nosso estudo. A predileção pelo sexo feminino deve-se ao fato dos efeitos vasculares causados principalmente pelos hormônios femininos^{8,23}.

A paciente deste estudo era da raça branca o que pode ser validado por um estudo realizado por Silveira *et. al.* (2004) onde foram analisados 150 prontuários do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e puderam observar que 56% dos casos pertenciam a raça branca. Outros estudos também corroboram a predileção da lesão pela raça branca^{8,21}.

Em se tratando da etiologia do GP, esta, geralmente, está relacionada a uma resposta crônica dos tecidos a traumas, reações repetitivas e irritativas locais, fatores hormonais, margens salientes de restaurações, alterações hormonais (gestação, menarca ou menopausa) e irritantes locais que podem levar ao avanço da doença^{12-14,20,22}. Além disso, doenças periodontais, má higiene oral e cálculo dental são fatores predisponentes na formação do GP, visto que a gengiva já inflamada permite a entrada de uma microflora oral virulenta no tecido conjuntivo gengival, provocando uma resposta hiperplásica vascular exagerada no tecido conjuntivo^{12,23} consolidando os achados deste estudo e a relação do GP com a doença periodontal.

O tratamento de escolha do GP mais encontrado na literatura é a excisão cirúrgica subperióstica, a qual, é geralmente combinada com a remoção dos fatores irritativos locais e terapia periodontal básica como sessões de raspagem, alisamento e polimento corono-radicular, exceto em regiões estéticas onde o procedimento pode deixar alguma cicatriz. Entretanto, outros procedimentos podem ser realizados para a remoção do GP, tais como: laser Nd:YAG e CO₂ que tem menor chances

de sangramento e permite boa coagulação, bisturi elétrico que também tem ação dupla, ação cortante e de cauterização, reduzindo ou anulando o sangramento da região. Além disso, há também tratamentos não cirúrgicos, mas que ainda não foram totalmente avaliados em relação à sua eficácia e chances de recidiva como a crioterapia na forma de nitrogênio líquido spray e enucleação e injeção de etanol a 20%^{10,13, 25-27}.

A recidiva da lesão só ocorre quando a excisão tiver sido incompleta e também caso tenha ocorrido alguma deficiência na remoção dos fatores etiológicos ou irritantes da região, como o biofilme dentário e infecções periodontais. Esses dados complementam nossos achados, visto que nos dois primeiros procedimentos cirúrgicos realizados, os fatores irritantes não haviam sido removidos e a lesão recidivou^{8,12}.

CONCLUSÃO

Foi possível concluir que a doença periodontal tem estreita relação com a etiologia do GP e que é de suma importância a observação e remoção dos fatores irritantes locais durante o tratamento da lesão para que desta maneira seja possível diminuir as chances de recidiva.

ABSTRACT

The present study aims to describe through a clinical case the diagnosis and clinical management treatment of a recurrent Piogenic Granuloma (GP) associated with periodontal disease. PG is a hyperplastic inflammatory lesion found in the soft tissues of the oral cavity and has a reactive growth stimulated by low intensity local irritation, hormonal factor or trauma, which may cause patient discomfort and interfere with speech and chewing. GP affects mainly women in the second and third decades of life in regions such as gums, lips, tongue and oral mucosa. The treatment of GP consists of surgical excision and the decisive diagnosis is made by histopathological examination. Female patient, 57 years old, attended the University Center of Serra Gaúcha - FSG presenting pediculated pink lesion in the incisive papilla region with about 2 cm in diameter. The patient underwent two surgical procedures and both relapsed. Complete excision of the lesion was only performed after periodontal treatment and removal of irritating factors such as biofilm and dental calculus. Thus, it was possible to conclude that the observation and removal of irritating factors during the treatment of GP is of paramount importance and thus reduced the chances of further relapse.

UNITERMS: Diagnosis, Oral Surgery, Relapse, Pyogenic Granuloma

REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM. Patologia oral e maxilofacial. 2 ed. Filadélfia: WB Saunders; 2002.
2. Eversole LR. Delineamento clínico da patologia oral: diagnóstico e tratamento. 3 ed. Hamilton: BC Decker.
3. Regezi JÁ, Sciubba JJ, Jordan RCK. Patologia oral: considerações clínico-patológicas. 4 ed. Filadélfia: WB Saunders; 2003.
4. Shenoy SS, Dinkar AD. Pyogenic granuloma associated with bone loss in an eight year old child: A case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2006; 24(4): 201-203.
5. Marla V; Shrestha A, Goel K, Sherestha S. The histopathological spectrum of pyogenic granuloma: a case series. Revista Case Report in Dentistry 2016; 2016: 1-6.
6. Rivero ERC, Araújo LMA. Granuloma piogênico: uma análise clínico-histopatológica de 147 casos bucais. RFO 1998; 3(2): 55-61.
7. Sanchez JG, Villstrols M, Lopes-Labady J, Henning MAM. Granuloma piogenico: reporte de dos casos de aparición inusual y revisión de la literatura. Acta Odontol 2000; 38(2):36-40.
8. Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. J Oral Sci 2006; 48(4): 167-75.
9. Al-Zayer, Fonseca M, Ship JA. Pyogenic granuloma in a renal transplant patient: case report. Spec Care in Dentist 2001; 21(5): 187-190.
10. Ichimiya M, Yoshikawa Y, Hamamoto Y. Successful treatment of pyogenic granuloma with injection of absolute ethanol. J Dermatol 2001; 31(4): 342-344.
11. Zhu YQ, Wang YQ, Tang YC, Li CZ. Initial periodontal therapy for the treatment of gingival pregnancy tumor. Genet. Mol. Res. 2016; 15(2): 1-9.
12. Reyes A, Pedro IG, Utumi ER, Aburad A, Soares MS. Granuloma Piogênico: enfoque na doença periodontal como fator etiológico. Rev. Clín. Pesq. Odontol. 2008; 4(1): 29-33.
13. Shakir QJ, Sheiba RG, Thaker PV, Tavadia JK. Pyogenic granuloma of the gingiva: a misnomer? A case report and review of literature. J Indian S Periodontol 2013; 17(4): 514-519.
14. Barros RMG, Campos KSM, Cabral LM. Relato de Caso Clínico de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. Rev Odontol Arac 2014; 35(2): 15-18.

15. Elias R, Weigert KL, Figueiredo MAZ, Yurgel LS. Hamangioma, granuloma piogênico ou sarcoma de Kaposi? Diagnóstico diferencial em Estomatologia. Ver. Bras. Odontol 2004; 61(2): 84-87.
16. Brust AWA, Domingues JEG. Tratamento e preservação de nove meses em um paciente com granuloma piogênico: relato de caso. Revista de Odontologia da UNESP 2009; 38(3): 192-197.
17. Soletti AC, Costa MG, Chiapinotto GA. Granuloma piogênico: relato de caso. Stomatos 2004; 20(19): 53-57.
18. Al-Khateeb A, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: A retrospective analysis of 108 cases. J Oral Maxillofac Surg 2003; 61(11): 1285–1288.
19. Cavazzola A. Granuloma piogênico. In: Linden MSS et al. (org.). Multidisciplinaridade na Saúde bucal. 5 ed. Porto Alegre: RGO; 2012. p. 52-57.
20. Avelar RL, Antunes AA, Carvalho RWF, Santos TS, Oliveira Neto PJ, Andrade ESS. Granuloma Piogênico Oral: um estudo epidemiológico de 191 casos. RGO 2008; 56(2): 131-135;
21. Fortes TMV, Queiroz LMG, Piva MR, da Silveira JD. Estudo epidemiológico de lesões proliferativas não neoplásicas da mucosa oral – análise de 20 anos. Cienc Odontol Bras 2002; 5(3): 54-61.
22. Camargo MC, Sakashita MS, Ferlin CR, Oliveira DTN, Bigliuzzi R, Bertoz FA. Atendimento e protocolo indicados na odontologia à gestante: revisão de literatura. Rev Odontol Arac 2014; 35(2): 55-60.
23. Silveira EJD. Granuloma Piogênico. RGO 2004; 52(1): 30-33.
24. Epivatianos A, Antoniadis D, Zaraboukas T, Zairi E, Pouloupoulos A, Kiziridou A. Pyogenic granuloma of the oral cavity: Comparative study of its clinicopathological and immunohistochemical features. Pathol Int. 2005; 55(7): 391-7.
25. Reis SRA, Silvany Neto AM. Concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico de lesões da cavidade oral. Ver. Odont Ciênc; 1996; 11(21): 183-95.
26. Giblin AV, Clover AJP, Ahanassopoulos A, Budny PG. Pyogenic granuloma – the quest for optimum treatment: audit of treatment of 408 cases. JPRAS 2007; 60:1030-1035.
27. Panseriya BJ, Hungrand S. Pyogenic Granuloma associated with periodontal abscess and bone loss. A rare case report. Contemp Clin Dent 2011; 2(3): 240-244.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

PROF^a. ME. MARIÁ CORTINA BELLAN

Centro Universitário da Serra Gaúcha

Departamento de Prótese.

Rua Coronel Flores 510, sala 61, CEP 95034-160

Caxias do Sul – RS

E-mail: maria.bellan@fsg.edu.br

