

Larissa Silva Vieira

Lesão Periférica de Células Gigantes atípica: relato de caso

Brasília
2017

Larissa Silva Vieira

Lesão Periférica de Células Gigantes atípica: relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Laudimar Alves de Oliveira

Brasília
2017

A Deus por me dar força e coragem durante essa longa jornada e aos meus pais que, com muito amor e dedicação, não me deixaram desistir diante das dificuldades.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as oportunidades concebidas e por reger, guardar e guiar todos os meus caminhos.

Aos meus pais, Silvana e Carlos, que sempre me incentivaram, mostrando que a simplicidade e humildade devem sempre ser a base para todo conhecimento e produção. Obrigada por confiar em mim e por dar o melhor de vocês para que eu tivesse um ensino de qualidade, mesmo diante de tantas dificuldades.

Ao meu orientador Prof. Dr. Laudimar Alves de Oliveira, pelos ensinamentos compartilhados, pela paciência e confiança.

Aos professores da banca Maria do Carmo Machado Guimarães, André Ferreira Leite e Sérgio Bruzadelli Macedo por aceitarem meu convite. São pessoas que tenho imensa admiração.

Aos docentes do curso de Odontologia, pelas trocas de conhecimento, experiências e incentivos que foram tão importantes na minha vida acadêmica/pessoal.

À minha irmã Lorena, companheira de sempre, pela cumplicidade e por tudo que passamos juntas durante esses cinco anos de UnB.

Aos meus irmãos, Alexandre e Rodrigo que sempre se orgulharam de mim, por entenderem a minha ausência e serem meus amigos desde sempre.

Ao meu namorado, Attio, que dedicou suas (e nossas) horas corrigindo, formatando, e principalmente me incentivando neste

trabalho. Agradeço pelo carinho de sempre, paciência e por me fazer acreditar que posso mais que imagino.

À minha tia Shirley e prima Sâmya, por acompanharem essa estapa de perto, pelo apoio e compreensão. A presença de vocês foi essencial para que tudo se concretizasse.

Às minhas amigas, pela ajuda, força e pelos tantos momentos divertidos que passamos juntas.

Agradeço à Universidade de Brasília, pela oportunidade de fazer o curso, aos pacientes pela confiança e motivação, e aos funcionários do HuB, em especial dona Vitória, Idelma, senhor Ronaldo, senhor Zé, Fred e Carlos (laboratório) pelo carinho e disposição em ajudar sempre que precisei.

EPÍGRAFE

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

Charles Chaplin

RESUMO

VIEIRA, Larissa Silva. Lesão Periférica de Células Gigantes atípica: relato de caso. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Lesão Periférica de Células Gigantes é definida como hiperplasia reacional benigna do tecido conjuntivo, de etiologia incerta, podendo estar relacionada a trauma ou fatores irritantes locais. Apresenta-se clinicamente como lesão nodular assintomática de base pediculada ou sésil, de coloração geralmente vermelho-azulado e de diâmetro variável. Sua localização preferencial é na gengiva ou no rebordo alveolar edêntulo da mandíbula, com predileção pelo sexo feminino. Os achados radiográficos podem revelar área radiolúcida em forma de “taça” no osso subjacente e em casos mais agressivos reabsorção radicular. Histologicamente, é caracterizada pela presença de células gigantes multinucleadas. O tratamento consiste na excisão cirúrgica. O presente trabalho tem por objetivo analisar, por meio de relato de caso clínico, uma manifestação atípica de lesão periférica de células gigantes de dimensão involgarmente grande, com envolvimento ósseo e reabsorção radicular. O tratamento consistiu em excisão cirurgica da lesão e preservação.

ABSTRACT

VIEIRA, Larissa Silva. Atypical Giant Cell Peripheral Lesion: case report. 2017. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Peripheral Lesion of Giant Cells is defined as a benign reactive hyperplasia of connective tissue, of uncertain etiology, and may be related to trauma or local irritating factors. It is clinically presented as an asymptomatic nodular lesion with a pediculated or sessile base, usually reddish-blue and with a variable diameter. Its preferential location is in the gum or on the edentulous alveolar ridge of the mandible, with a predilection for the female sex. Radiographic findings may reveal a "cup" radiolucent area in the underlying bone and in more aggressive root resorption cases. Histologically, it is characterized by the presence of multinucleated giant cells. The treatment consists of surgical excision. The present study aims to analyze, through a clinical case report, an atypical manifestation of peripheral lesion of giant cells of unusually large size, with bone involvement and root resorption. The treatment consisted in surgical excision of the lesion and follow up.

SUMÁRIO

Artigo Científico	17
Folha de Título.....	19
Resumo	20
Abstract.....	21
Introdução.....	22
Relato de Caso.....	24
Discussão	30
Considerações Finais.....	34
Referências Bibliográficas.....	34
Anexos.....	38
Anexo A	38
Anexo B	39
Normas da Revista.....	40

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

VIEIRA, Larissa Silva; OLIVEIRA, Laudimar Alves de; Lesão Periférica de Células Gigantes atípica: relato de caso.

Apresentado sob as normas de publicação da Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.

FOLHA DE TÍTULO

Lesão Periférica de Células Gigantes atípica: relato de caso.

Atypical Giant Cell Peripheral Lesion: case report.

Larissa Silva Vieira¹

Laudimar Alves de Oliveira²

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professor Adjunto de Endodontia da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. Laudimar Alves de Oliveira
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de
Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 -
Asa Norte - Brasília - DF
E-mail: laudimar.oliveira@gmail.com / Telefone: (61) 3107-1802

RESUMO

Lesão Periférica de Células Gigantes atípica: relato de caso.

Resumo

Lesão Periférica de Células Gigantes é definida como hiperplasia reacional benigna do tecido conjuntivo, de etiologia incerta, podendo estar relacionada a trauma ou fatores irritantes locais. Apresenta-se clinicamente como lesão nodular assintomática de base pediculada ou sésil, de coloração geralmente vermelho-azulado e de diâmetro variável. Sua localização preferencial é na gengiva ou no rebordo alveolar edêntulo da mandíbula, com predileção pelo sexo feminino. Os achados radiográficos podem revelar área radiolúcida em forma de “taça” no osso subjacente e em casos mais agressivos reabsorção radicular. Histologicamente, é caracterizada pela presença de células gigantes multinucleadas. O tratamento consiste na excisão cirúrgica. O presente trabalho tem por objetivo analisar, por meio de relato de caso clínico, uma manifestação atípica de lesão periférica de células gigantes de dimensão invulgarmente grande, com envolvimento ósseo e reabsorção radicular. O tratamento consistiu em excisão cirurgica da lesão e proervação.

Palavras-chave

Granuloma, Granuloma de células Gigantes; tumores;

ABSTRACT

Atypical Giant Cell Peripheral Lesion: case report.

Abstract

Peripheral Lesion of Giant Cells is defined as a benign reactive hyperplasia of connective tissue, of uncertain etiology, and may be related to trauma or local irritating factors. It is clinically presented as an asymptomatic nodular lesion with a pediculated or sessile base, usually reddish-blue and with a variable diameter. Its preferential location is in the gum or on the edentulous alveolar ridge of the mandible, with a predilection for the female sex. Radiographic findings may reveal a "cup" radiolucent area in the underlying bone and in more aggressive root resorption cases. Histologically, it is characterized by the presence of multinucleated giant cells. The treatment consists of surgical excision. The present study aims to analyze, through a clinical case report, an atypical manifestation of peripheral lesion of giant cells of unusually large size, with bone involvement and root resorption. The treatment consisted in surgical excision of the lesion and follow up.

Keywords

Granuloma, Granuloma Giant Cells; Tumors;

INTRODUÇÃO

A Lesão Periférica de Células Gigantes (LPCG) representa uma entidade patológica benigna da cavidade oral relativamente comum, caracterizada por hiperplasia tecidual de natureza reativa^{1, 2}. Essa lesão tem sido descrita erroneamente com o homônimo granuloma reparador de células gigantes, o que parece inadequado pelo fato de nem sempre apresentar caráter reparador^{3, 4}.

A etiologia da LPCG é incerta e supostamente está associada a irritantes locais ou trauma, tendo como fatores predisponentes a presença de cálculo dental, raízes residuais, restaurações, próteses mal adaptadas e extração dental^{1, 2, 5, 6, 7}. O fator hormonal sistêmico hiperestrogenismo também tem sido descrito como contribuinte na etiologia da lesão⁸. A LPCG origina-se provavelmente do ligamento periodontal ou periosteio podendo causar reabsorção do osso alveolar^{1, 2, 9}.

A localização preferencial da LPCG é na gengiva ou no rebordo alveolar edêntulo da mandíbula. Pode se desenvolver em qualquer idade, com relativa predileção entre a terceira e a sexta décadas de vida e pelo sexo feminino. Clinicamente, se apresenta como aumento de volume nodular, de implantação pediculada ou séssil^{1, 2, 5, 9, 10}. A coloração varia do vermelho ao vermelho-azulado¹ e o tamanho geralmente oscila entre 0,5 e 1,5 cm de diâmetro¹¹. Sua superfície é lisa ou lobulada, podendo em algumas situações se tornar ulcerada devido a traumas, o que pode atribuir aspecto amarelado recoberto por uma rede de fibrina⁹. São lesões bem delimitadas, geralmente assintomáticas, de acentuado potencial de crescimento, podendo causar reabsorção óssea, deslocamento dos dentes adjacentes, e mobilidade dentária¹². Em casos mais agressivos, pode ocorrer perfuração de corticais ósseas e reabsorção radicular^{1, 13}.

Radiograficamente, embora a LPCG se desenvolva dentro dos tecidos moles, pode ser identificada em pacientes

desdentados uma área radiolúcida em forma de “taça” do osso subjacente a lesão - provavelmente pela compressão exercida pela lesão; e nos dentados, uma reabsorção superficial da crista óssea alveolar^{1,13}. Tais características dificultam determinar se a massa origina-se de lesão periférica ou de lesão central de células gigantes (LCCG) que rompeu a tábua cortical, invadindo os tecidos moles gengivais¹.

A LPCG pode se assemelhar a várias doenças, tais como granuloma piogênico, hiperplasia inflamatória, fibroma cemento ossificante periférico e lesões de células gigantes - LCCG, tumor marrom do hiperparatireoidismo e cisto ósseo aneurismático devido a similaridade entre características clínicas relativas à coloração, localização, morfologia, base de implantação e aspectos histológicos no caso das lesões de células gigantes^{1,5,10,14,15}. Dessa forma, o diagnóstico diferencial da LPCG depende da análise minuciosa dos aspectos clínicos, histopatológicos, imuno-histoquímicos e radiográficos da lesão.

Histologicamente, a LPCG se apresenta como estroma de tecido conjuntivo abundantemente vascularizado contendo várias células ovoides ou fusiformes e células gigantes multinucleadas. Também podem ser encontradas partículas de hemossiderina provenientes de focos de hemorragia, além de neoformação óssea no interior da lesão^{1,2,9,11}.

O tratamento tradicional da LPCG consiste na excisão cirúrgica total abaixo do osso subjacente utilizando bisturi convencional, curetagem local e raspagem cuidadosa dos dentes envolvidos, a fim de diminuir o risco de recidivas - de aproximadamente 10%, estando muito associada a uma técnica cirúrgica ineficiente^{1,5,9,16}. Outra forma de tratamento sugerida baseia-se no uso do eletro-cautério na excisão da lesão¹⁷.

O presente trabalho tem por objetivo analisar, por meio de relato de caso clínico, uma manifestação atípica de LPCG em região posterior de mandíbula, de dimensão involgarmente grande, com envolvimento ósseo e reabsorção radicular.

RELATO DE CASO

Homem, leucoderma, 20 anos de idade, compareceu ao Ambulatório Eurípedes Barsanulfo do Grupo de Apoio Aprendizagem do Amor Cristão – GAAAC, queixando-se da presença de massa volumosa indolor em região posterior de mandíbula direita. Durante a anamnese, relatou que a lesão surgiu aproximadamente dois meses após a perda parcial do dente 46, sendo este o tempo de evolução. Também referiu dificuldade de higienização, disfagia, dislalia, dor à mastigação e esporádicos sangramentos ao toque. O paciente referiu, ainda, em relação à história médica pregressa, diagnóstico não conclusivo de polipose intestinal e histórico familiar de câncer colorretal.

Ao exame físico, observou-se leve assimetria facial, com aumento volumétrico em terço inferior de hemiface direita. Ao exame intrabucal, constatou-se lesão exofítica em rebordo alveolar de corpo mandibular direito (entre os dentes 44 e 47, com envolvimento do 45), de cor rosa-pálido, com base pediculada, com limites bem definidos, aspecto lobular, de consistência firme, com sangramento à manipulação, e dimensão aproximada de 5,5x3,5x2,5cm conforme observado na figura 1. A lesão apresentava ainda áreas com evidente solução de continuidade. Mediante estes aspectos, foi solicitada inicialmente uma radiografia panorâmica para análise das estruturas mineralizadas.



Figura 1 - Aspecto intrabucal evidenciando crescimento nodular pediculado entre os dentes 44 e 47.

A radiografia panorâmica revelou área de reabsorção óssea entre os elementos dentários 44 e 47 provavelmente devido à compressão exercida pela lesão, reabsorção radicular do 45 e resto radicular do 46 conforme observado na figura 2.



Figura 2 - Radiografia panorâmica revelando reabsorção do osso subjacente a lesão, reabsorção radicular do dente 45 e resto radicular do 46 como indicado pelas setas amarelas.

Com base nos aspectos clínicos evidenciados e do exame radiográfico, formulou-se a seguinte hipótese diagnóstica: granuloma piogênico ou LPCG. O paciente fora então submetido a uma biópsia incisional para análise histopatológica e identificação da lesão com remoção de um fragmento com dimensões aproximadas de 1,3x 1,2cm (em anexo, página 38).

O exame histopatológico revelou lesão constituída por lóbulos de vasos sanguíneos de paredes finas e congestionados, envoltos por leve infiltrado inflamatório linfoplasmocitário com polimorfonucleares de permeio. O epitélio que revestia a lesão mostrou-se ulcerado e substituído por fibrina, detritos celulares e exsudado inflamatório. A estes achados foi então atribuído como diagnóstico o granuloma piogênico.

A partir do resultado obtido pelo exame histopatológico inicial, foi então realizada a excisão da lesão sob anestesia local, e manobra operatória convencional com remoção de toda a peça exofítica (5,5x3,5x2,5cm), curetagem agressiva da loja óssea seguida de síntese por pontos isolados (Figuras 3 e 4).



Figura 3 - Lesão excisada. Verificar aspecto de massa uniforme de bordos regulares.



Figura 4 - Aspecto pós-operatório imediato evidenciando boa aproximação dos bordos com sutura em seda por pontos isolados.

Durante sua remoção, a lesão se mostrou altamente vascularizada, entretanto, de sangramento autolimitado. A peça cirúrgica foi acondicionada em recipiente contendo solução de formol a 10% e encaminhada para análise histopatológica.

Os cortes histológicos corados por hematoxilina e eosina (HE) revelaram mucosa escamosa, exibindo lesão polipoide com ulceração da superfície, recoberta por fibrina e na lâmina própria, lesão constituída por lóbulos de vasos sanguíneos com paredes finas e congestionadas, envoltos por infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e polimorfonucleares. O aspecto mais notável foi a presença de inúmeras células gigantes multinucleadas permeadas por células fusiformes e hemossiderofagos (em anexo, página 39). O diagnóstico apontou LPCG com granuloma piogênico associado.

Exames bioquímicos laboratoriais para a análise dos níveis de potássio, sódio, fosfatase alcalina, cálcio e paratormônio foram solicitados, a fim de se descartar ou não a possibilidade de hiperparatireoidismo. Os resultados encontravam-se dentro dos padrões de normalidade.

Quatro meses após a cirurgia, a região apresentava-se satisfatoriamente cicatrizada e com coloração normal (Figura 5). O paciente não apresentava quaisquer sinais.



Figura 5 - Aspecto da mucosa 4 meses após a cirurgia. Observar reparo tecidual eficiente e coloração normal.

Ao exame radiográfico, notou-se defeito ósseo na região distal da raiz do dente 44, levantando dúvidas sobre processo recidivante (Figura 6). Diante disso, foi solicitada tomografia computadorizada de feixe cônico, a qual pode-se observar área hipodensa com escasso trabeculado ósseo em loco cirúrgico prévio (Figura 7).

Em face da evidência – inconclusiva para quadro recidivante, o paciente segue em proervação. A apresentação deste relato de caso obteve o consentimento livre e esclarecido do paciente.



Figura 6 - Radiografia panorâmica de controle 4 meses após a cirurgia. Observar defeito ósseo na região distal da raiz do 44 indicado pela seta amarela.

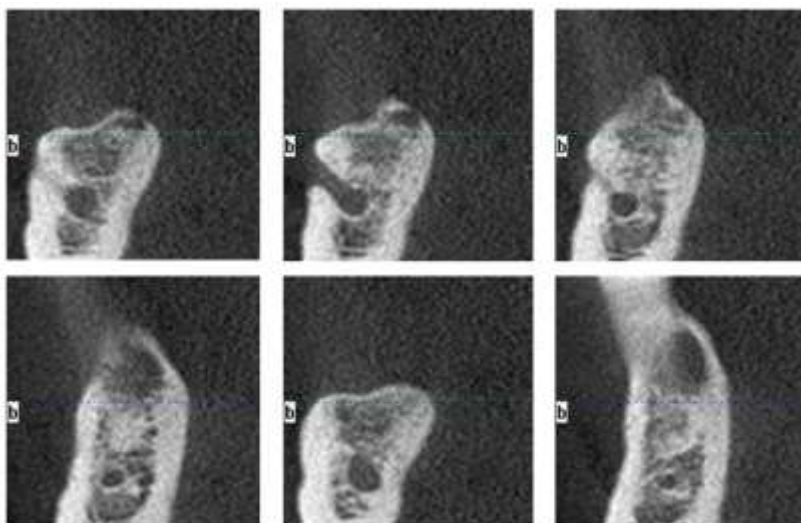


Figura 7 - Tomografia computadorizada: Imagem de cortes transversais. Aspecto hipodenso de leito cirúrgico 7 meses após biópsia excisional.

DISCUSSÃO

A LPCG é a lesão de células gigantes mais comum nos maxilares, sendo uma proliferação oral não neoplásica, reacional, causada por trauma ou irritação ^{1, 8, 9}. Representa cerca de 10% de todas as lesões gengivais hiperplásicas ¹¹.

A etiopatogenia da LCGP pode estar relacionada tanto à resposta proliferativa incomum do periósteo frente a uma irritação que leva ao aumento no número e atividade de osteoclastos e osteoblastos ^{8, 18}, quanto a uma hiperplasia inflamatória do ligamento periodontal, na qual as condições são favoráveis à formação de células gigantes multinucleadas ². A origem das células gigantes no LPCG ainda é incerta, apesar de alguns estudos afirmarem que elas são de origem osteoclástica e derivadas de células mononucleares diferenciadas. O mecanismo que ativa ou recruta os osteoclastos ainda está sendo investigado ⁴.

A origem da LPCG tem sido associada a fatores locais - traumáticos e/ou irritantes - e sistêmicos, tais como: hiperestrogenismo, hipertensão arterial, anemia, retardo mental (devido à redução da coordenação motora e consequente pobre higiene oral, além do uso de medicamentos como a fenitoína por apresentar efeitos diretos sobre os fibroblastos) diabetes tipo I e gastrite crônica ^{2, 8}. No presente trabalho, os prováveis fatores etiológicos podem estar associados ao biofilme, cálculo e a presença de raiz residual do dente 46. Como fator sistêmico, foi relatada a presença de polipose intestinal, fato este que pode estar relacionado ao desenvolvimento da lesão, entretanto, não foi encontrado estudo algum na literatura que confirmasse tal associação.

Quanto à faixa etária, a lesão se desenvolve tanto em jovens quanto na população idosa, com relativa predileção entre a terceira e a sexta décadas de vida ^{1, 2, 8}. A segunda e quarta décadas de vida são as mais acometidas ¹⁸.

Geralmente, o tamanho da LPCG varia de 0,5 a 1,5 cm de diâmetro, com 94% dos casos medindo menos que 1,5cm¹⁹. Os escassos relatos na literatura de LPCG que atingiram 5 cm de diâmetro revelam que uma fraca higiene oral e impactação alimentar são os principais fatores etiológicos no crescimento da lesão^{8, 20, 21}. No caso relatado, o tamanho da lesão atingiu 5,5 cm em seu maior diâmetro e se desenvolveu durante o período de dois meses, o que inicialmente conferiu uma impressão de malignidade. Fato este que pode estar vinculado ao grau de agressividade da LPCG².

A localização mais frequente da LPCG é a região anterior de mandíbula, sendo a maxila pouco afetada^{2, 14, 18}, contudo, outras evidências apontam para presença da lesão na região de molar e pré-molar inferior corroborando com o caso relatado^{8, 22}.

A maioria dos autores relata maior prevalência da LPCG no sexo feminino e na raça branca^{1, 2, 8, 9, 18, 23}. No caso em tela, a idade e etnia do paciente eram compatíveis com a literatura, diferentemente da predileção pelo sexo.

A LPCG pode causar mobilidade ou deslocamento dos dentes vizinhos²⁵. Tal fato foi encontrado no presente caso, com o envolvimento do dente 45. Não foi relatada sintomatologia dolorosa à palpação e/ou espontaneamente o que coincide com outros dados da literatura^{17, 24}. A base de implantação da lesão era pediculada²⁴.

A consistência da lesão pode estar relacionada ao período de existência da lesão, pois com o passar do tempo há aumento das fibras de colágeno, conferindo-a consistência fibrosa. Assim, lesões mais desenvolvidas possuem consistência mais rígida que aquelas menos desenvolvidas^{11, 24}. No caso relatado, a lesão se mostrou consistente.

No que concerne à superfície da lesão, esta se apresentava ulcerada, provavelmente devido ao trauma sofrido de maneira acentuada em virtude do seu tamanho avantajado^{14, 18}.

As evidências radiográficas da LPCG, muitas vezes, são ausentes ou irrelevantes, uma vez que a lesão acomete quase que exclusivamente os tecidos moles ^{1, 2, 9, 14}. Entretanto, em alguns casos, inclusive o presente, pode haver sinal radiográfico, representado por reabsorção superficial do osso com aspecto de “taça”. Nesse caso, a reabsorção pode ter se originado da presença de raiz residual do dente 46 que atuava como fator irritante, e/ou pela compressão exercida pela lesão ¹.

A reabsorção dental é extremamente rara, com poucos casos relatados na literatura ^{26, 27}, podendo este processo estar diretamente relacionado com a faixa de agressividade clínico-radiográfica considerada moderada a severa². No caso relatado, as características observadas clínica e radiograficamente enquadram a lesão dentro das formas consideradas severas, devido à presença de reabsorção radicular no dente 45.

Do ponto de vista histológico, a LPCG apresenta inúmeras células gigantes multinucleadas provavelmente relacionadas à osteoclastos, permeadas por células mesenquimais ovoides e fusiformes. Também podem ser encontrados depósitos de hemossiderina¹. No presente caso, todas essas características estavam presentes. No entanto, lesões benignas de células gigantes como LCCG, tumor marrom do hiperparatireoidismo, querubismo e cisto ósseo aneurismático também apresentam tais aspectos histológicos, sendo lesões importantes a se considerar para o diagnóstico diferencial da LPCG. Para tal, deve-se levar em conta aspectos clínico-radiográficos, como localização endosteal na LCCG ou periosteal na LPCG; lesão intraóssea cística, osteolítica e expansiva com relação ao cisto ósseo aneurismático e exames bioquímicos na pesquisa de alterações endócrinas confirmando ou não hiperparatireoidismo ^{6, 10, 28, 29, 30}.

Outra dificuldade diagnóstica ocorre entre LPCG e granuloma piogênico devido suas similaridades de etiopatogenia e características clínico-radiográficas ^{7, 5, 10}. Nesses casos, o

diagnóstico definitivo se dá por meio do exame histopatológico, sendo o granuloma piogênico caracterizado por uma proliferação altamente vascular, que lembra um tecido de granulação permeado por infiltrado celular inflamatório misto de neutrófilos, plasmócitos, linfócito e ausência de células gigantes¹. A LPCG também pode apresentar similaridades macroscópicas com a hiperplasia fibrosa inflamatória, fibroma verdadeiro (neoplasia), fibroma cimento-ossificante periférico e hemangioma capilar ulcerado^{1, 14}.

Outro ponto relevante a ser observado no presente relato assenta-se na diferença identificada no resultado da biópsia inicial, granuloma piogênico, com os dados histológicos verificados no exame definitivo, LPCG. Esse desencontro histopatológico reforça as orientações encontradas na literatura quanto à possibilidade de confusão no diagnóstico diferencial entre as duas lesões e a necessidade de análise mais criteriosa quanto às evidências que levam ao desfecho do caso.

Com isso, verifica-se que tão importante quanto à análise inicial da peça cirúrgica – biópsia incisional – no diagnóstico, é a confirmação deste por meio de novo estudo histopatológico – biópsia excisional. O tratamento tradicional para LPCG consiste na excisão cirúrgica local, abaixo do osso subjacente, sendo também necessária a remoção de fatores ou irritantes locais^{1,9}.

Chama-se a atenção para o acompanhamento por período mínimo de quatro anos, o qual é de fundamental importância para confirmação de sucesso terapêutico ou não. A taxa de recorrência segundo Neville é de 10%¹. As lesões mais agressivas apresentam grande tendência à recidiva após tratamento^{2, 31, 32}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face do exposto, faz-se necessário um diagnóstico precoce e preciso da lesão periférica de células gigantes para que o tratamento seja dado de maneira adequada; oferecendo melhor prognóstico e qualidade de vida. Manobra cirúrgica com curetagem cautelosa da região afetada deve ser realizada a fim de se reduzir recidivas da lesão. A realização de reavaliação clínica e radiográfica é fator imprescindível no acompanhamento do caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
2. De Carli JP. Lesão de células gigantes periférica da cavidade bucal: avaliação da agressividade das lesões por meio dos estudos clínico-radiográfico retrospectivo, histopatológico, histoquímico e imunohistoquímico. [Dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Faculdade de Odontologia; 2006.
3. Shrestha A, Marla V, Shrestha S, Neupane, M. Giant cells and giant cell lesions of oral cavity-a review. Cumhuriyet Dent J, 2014;17(2):192-204.
4. Vazquez-Piñero MT, Gonzáles-Bereijo JM, Niembro Rasche E. Granuloma periférico de células gigantes: caso clínico y revisión de la literatura. RCOE 2002; 7 (2):201-206.
5. Volpato LER, Leite CA, Anhesini BH, Aguilera JMG da S, Borges ÁH. Peripheral Giant Cell Granuloma in a Child Associated with Ectopic Eruption and Traumatic Habit with Control of Four

- Years. Case Reports in Dentistry. 2016; 2016:6725913. doi:10.1155/2016/6725913.
6. Nogueira RLM, Cavalcante RB, Carvalho ACGS, Costa FWG. Lesão de células gigantes: um estudo do diagnóstico diferencial em 04 casos clínicos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial. 2004; 4(2):81-9.
 7. Katsikeris N, Kakarantza-Angelopoulou E, Angelopoulos AP. Peripheral giant cell granuloma. Clinicopathologic study of 224 new cases and review of 956 reported cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 1988; 17(2):94-9.
 8. Bodner L, Peist M, Gatot A, Fliss DM. Growth potential of peripheral giant cell granuloma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997; 83:548-51.
 9. Regezi JÁ, Sciubba JJ. Patologia Bucal. Correlações clínico-patológicas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
 10. França DCC, André NV, Lessi MAA, Reis GSS, Aguiar SMACA. Granuloma periférico de células gigantes: relato de caso com acompanhamento de 2 anos. Rev. Odontol. Bras. Central. 2010; 19(51).
 11. Rodrigues SV, Mitra DK, Pawar SD, Vijayakar HN. Peripheral giant cell granuloma: This enormity is a rarity. J Indian Soc Periodontol. 2015 Jul-Aug; 19(4):466-469.
 12. Ferro MF, Sanromán JF, López AC, Gutiérrez JS, Sánchez AL. Tratamiento quirúrgico del granuloma central de células gigantes: estudio y seguimiento de 10 casos. Revisión de la literatura. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2011; 33(1):1-8.
 13. Marinho TFC, Santos PPA, Albuquerque ACL. Processos proliferativos não-neoplásicos: uma revisão da literatura. RSC online. 2016; 5(2):94-110.

14. Flaitz CM. Peripheral giant cell granuloma: a potentially aggressive lesion in children. *PedDent*. 2000; 22(3):232-233.
15. Hernández CIV, Caballero AD, Tóvar LA. Granuloma periférico de células gigantes. Reporte de un caso. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2010; 22(1):117-121.
16. Grand E, Burgener E, Samson J, Lombardi T. Post-traumatic development of a peripheral giant cell granuloma in a child. *Dent Traumatol*. 2008; 24:124-126.
17. Pandolfi PJ, Felefli S, Flaitz CM, Johnson JV. An aggressive peripheral giant cell granuloma in a child. *J Clin Pediatr Dent*. 1999; 23:353-355.
18. Giansanti JS, Waldron CA. Peripheral giant cell granuloma: a review of 720 cases. *J Oral Surg*. 1969; 27(10):787-91.
19. Kfir Y, Buchner A, Hansen LS. Reactive lesions of the gingiva. A clinicopathological study of 741 cases. *J Periodontol*. 1980;51:655-61.
20. Manneme S, Chava VK. Management of an unusual peripheral giant cell granuloma: A diagnostic dilemma. *Contemp Clin Dent*. 2012 Jan-Mar; 3(1):93-96.
21. Etoz AO, Demirbas AE, Bulbul M, Akay E. The Peripheral Giant Cell Granuloma in Edentulous Patients: Report of Three Unique Cases. *Eur J Dent*. 2010; 4:329-33.
22. Pindborg JJ, ed. *Atlas de enfermedades de la mucosa oral*. 5th ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1994, p. 186.
23. Gándara JM, Pacheco JL, Gándara P, Blanco A, García A, Madriñán A, Martín MS. Granuloma periférico de células gigantes. Revisión de 13 Casos Clínicos. *Medicina Oral*. 2002;7:254-259.

24. Shadman N, Ebrahimi SF, Jafari S, Eslami M. Peripheral Giant Cell Granuloma: A Review of 123 Cases. *Dent Res J (Isfahan)*. 2009; 6(1):47-50.
25. Eronat N, Aktug M, Giinbay T, Unal T. Peripheral giant cell granuloma: Three case reports. *J Clin Pediatr Dent*. 2000; 24:245-8.
26. Amler MH. Peripheral giant cell granuloma. *NY State Dent J*. 1992; 58:38-9.
27. Nedir R, Lombardi T, Sanson J. Recurrent peripheral giant cell granuloma associated with cervical resorption. *J Periodontol*. 1997; 68(4):381-4.
28. Okada H, Davies JE, Yamamoto H. Brown tumor of the maxilla in a patient with secondary hyperparathyroidism : a case study involving immunohistochemistry and electron microscopy. *Journal Oral Maxillofac Surg*. 2000; 8:233-238.
29. Vikram HR, Petito A, Bower BF, Goldoberg MH. Parathyroid carcinoma diagnosed on the basis of a giant lesion of the maxilla. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. 2000; 58:567-569.
30. Harris M. Central giant cell granulomas of the jaws regress with calcitonin therapy. *British Journal Oral Maxillofacial Surgery*. 1993; 3:89-94.
31. Capelozza ALA, Taveira LAA, Pagin O. Lesão periférica de células gigantes. *Salusvita, Bauru*. 2007; 26(1):99-104.
32. Fernandes MI, Diogo ACF, Ribeiro CG, Rados PV. Lesão de células gigantes periférica em paciente periodontal - relato de caso. *RFO*. 2007; 12(1):56-60.

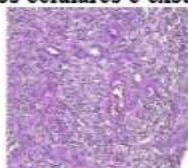
ANEXO A - EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DA BIÓPSIA INCISIONAL

MACROSCOPIA:

Um fragmento de tecido de forma irregular, pardacento e elástico, medindo 1,3x1,2cm.

MICROSCOPIA:

O exame histológico revela mucosa apresentando na lâmina própria, lesão constituída por lóbulos de vasos sanguíneos de paredes finas e congestos, envoltos por leve infiltrado inflamatório linfoplasmocitário com polimorfonucleares de permeio. O epitélio que reveste a lesão mostra-se ulcerado e substituído por fibrina, detritos celulares e exsudato inflamatório.



CONCLUSÃO:

GRANULOMA PIOGÊNICO

Cortes examinados: Vários

Colorações: HE



Dunya Bachour Basílio
CRM-DF 12345

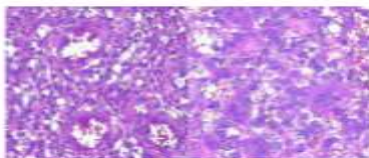
ANEXO B – EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DA BIÓPSIA EXCISIONAL

MACROSCOPIA:

Um fragmento irregular de tecido pesando 16g e medindo 5,5x3,5x2,5cm, parcialmente revestido por mucosa pardacenta. Aos cortes exhibe superfície esbranquiçada com áreas pardacentas. Apenso dente medindo 1,0x0,6x0,5cm.

MICROSCOPIA:

O exame histológico revela mucosa escamosa exibindo lesão polipoide com ulceração da superfície, recoberta por fibrina e na lâmina própria, lesão constituída por lóbulos de vasos sangüíneos de paredes finas e congestos, envoltos por infiltrado inflamatório linfoplasmocitário com polimorfonucleares de permeio. Subjacente nota-se lesão nodular, constituída por numerosas células gigantes multinucleadas, tendo de permeio células fusiformes e hemossiderófagos.



CONCLUSÃO:

**GRANULOMA DE CÉLULAS GIGANTES PERIFÉRICO
GRANULOMA PIOGÊNICO ASSOCIADO**

Cortes examinados: Vários

Colorações: HE



Dunya Bachour Basílio
CRM-DF 12345

NORMAS DA REVISTA

1) INTRODUÇÃO

A revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, destina-se à publicação de trabalhos relevantes para a educação, orientação e ciência da prática acadêmica de cirurgia e áreas afins, visando a promoção e intercâmbio do conhecimento entre a comunidade universitária e os profissionais da área de saúde.

2) INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS

2.1 - A categoria dos trabalhos abrange artigos originais e/ou inéditos, revisão sistemática, ensaios clínicos, relato de casos, dentre outros.

2.2 - Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados pela Comissão Editorial, que decidirá sobre sua aceitação.

2.3 - As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores.

2.4 - Os originais aceitos ou não para publicação, não serão devolvidos aos autores.

2.5 - É reservado à Revista os direitos autorais do artigo publicado, permitindo sua reprodução parcial, ou total, desde que citada a fonte.

2.6 - Nas pesquisas desenvolvidas em seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. Nota: Para fins de publicação, os artigos não poderão ter sido divulgados em periódicos anteriores.

2.7 - A revista aceita trabalhos em português e espanhol.

Orientações para publicação

3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

3. 1. Carta de Encaminhamento: Na carta de encaminhamento, deverá ser mencionado: a) a seção a qual se destina o artigo apresentado; b) que o artigo não foi publicado antes; c) que não foi encaminhado para

outra Revista. A carta deverá ser assinada pelo autor e por todos os co-autores.

3. 2. Apresentação Geral: Os trabalhos deverão ser apresentados em três vias, sendo 1 original com o nome dos autores e 2 cópias sem identificação, digitados no processador de texto *Microsoft Word*, em caracteres da fonte Times New Roman, tamanho 12, em papel branco, tamanho A4 (21,2x29,7 cm) com margens mínimas de 2,5 cm. A numeração das páginas deverá ser consecutiva, começando da página título e ser localizada no canto superior direito. A gravação deverá ser realizada em CD com arquivo *Word* para textos e arquivos *Excel* para gráficos, ficando 1 em posse do autor. Na etiqueta, deverá constar nomes dos arquivos, respectivos programas e nome do autor principal. Poderá também ser enviado via e-mail como arquivo em anexo de no máximo 1 Mb e até 5 figuras ao e-mail brjoms.artigos@gmail.com

3. 3. Estilo: Os artigos deverão ser redigidos de modo conciso, claro e correto, em linguagem formal, sem expressões coloquiais. A versão em inglês deverá ser a mais fiel possível à escrita em português. Na preparação dos originais, solicita-se a leitura e a observância completa das Normas de Publicação.

3. 4. Número de Páginas: Os artigos enviados para publicação deverão ter, no máximo, 15 páginas de texto, número este que inclui a página título ou página rosto, a página Resumo e as Referências Bibliográficas. Tabelas, Quadros e Legendas de Figuras (ilustrações: fotos, mapas, gráficos, desenhos etc.) deverão vir em páginas separadas e numeradas no final do texto, em algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. Os autores deverão certificar-se de que todas as tabelas, quadros e figuras estão citados no texto e na seqüência correta.

3. 5. Página Título: Esta página deverá conter somente: a) título do artigo nas línguas portuguesa e inglesa, o qual deverá ser o mais informativo possível e ser composto por, no máximo, oito palavras; b) nome completo sem abreviaturas dos autores, com o mais alto grau acadêmico de cada um; c) nome do Departamento, Instituto ou Instituição de vínculo dos autores; d) nome da Instituição onde foi realizado o trabalho; e) endereço completo do primeiro autor para correspondência com os editores; f) endereço completo do autor principal para correspondência com os leitores; g) nome ou sigla das

agências financiadoras, se houver; h) E-mail, de preferência do primeiro autor.

3.6. As ilustrações (gráficos, desenhos etc.) deverão ser limitadas até 5 figuras, construída preferencialmente, em programas apropriados como Excel, Harvard Graphics ou outro, fornecidas em formato digital apresentados no texto, e em arquivo conjuntamente em folhas separadas (papel) e numeradas, consecutivamente em algarismos arábicos. As fotografias deverão ser fornecidas na forma digital de alta resolução (JPEG). As respectivas legendas deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo das ilustrações ou das fotos e procedidas danumeração correspondente. Deverão ser indicados os locais aproximados no texto no qual as imagens serão intercaladas como figuras. As tabelas e os quadros deverão ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda será colocada na parte superior dos mesmos. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos.

3.7. Resumo: O Resumo com Descritores e o Abstract com Descriptors deverão vir na 2ª página de suas respectivas versões, e o restante do texto, a partir da 3ª. página. Nos casos de artigos em espanhol, é obrigatório o resumo em português e inglês.

3.8. O artigo deverá obedecer à seguinte ordem:

- a) Título e seu correspondente em inglês;
- b) Nome do autor e dos colaboradores, por extenso, com as respectivas chamadas ao pé da página, contendo as credenciais (qualificação, títulos);
- c) Resumo (com até 200 palavras), descritores (até 5 palavras-chave para identificação do conteúdo do trabalho, retiradas do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, disponível no site da BIREME, em <http://www.bireme.br>, link *terminologia em saúde*) e Abstract, em inglês, com unitermos (descritores) em inglês;
- d) Texto: o texto propriamente dito deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais). O exemplo, a seguir, serve como estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa:
 - Introdução: exposição geral do tema, devendo conter os objetivos e a revisão da literatura;
 - Desenvolvimento: núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão;

- Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto do estudo;

EX:

1) TRABALHO DE PESQUISA (ARTIGO ORIGINAL)

Título (Português/Inglês)

Resumo/Descritores

Abstract/Descriptors

Introdução (Introd. + proposição)

Metodologia

Resultados

Discussão

Conclusões

Referências Bibliográficas (20 referências máximo
ordem de citação no texto)

NOTA: Máximo 5 figuras

2) RELATO DE CASO

Título (Português/Inglês)

Resumo/Descritores

Abstract/Descriptors

Introdução (Intro. + proposição)

Relato de Caso

Considerações Finais

Referência Bibliográfica (10 referências máximo –
ordem de citação no texto)

NOTA: Máximo 3 figuras

3.9. As citações e referências bibliográficas devem seguir as normas de Vancouver. Exemplo: O tratamento das fraturas dependem também do grau de deslocamento dos segmentos⁴.

3.9.1 As citações deverão seguir o sistema de numeração progressiva no corpo do texto.

3.9.2 Referência igual a PubMed.

Autor (res). J Oral Maxillofac Surg. 2009 Dec;67(12):2599-604

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

A assinatura da declaração de responsabilidade é obrigatória. Sugerimos o texto abaixo:

Certifico (amos) que o artigo enviado à Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE) é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico.

Datar e assinar

Observações: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE).

Encaminhamento de Originais

Comissão Editorial da Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Universidade de Pernambuco
Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1.650. Tabatinga, Camaragibe - Pernambuco - Brasil
CEP 54753-220 - Fone: ++55-81-31847652 - FAX: ++55-81-31847686

brjoms.artigos@gmail.com