



## Relato de caso

### GRANULOMA PIOGÊNICO EM LÍNGUA: RELATO DE CASO

#### *Piogenic granuloma on tongue: case report.*

Alex da Rocha GONÇALVES<sup>1</sup>, Ana Beatriz Teodoro dos ANJOS<sup>1</sup>, Jeane Katuscia SILVA<sup>1</sup>, Fernanda Larissa da SILVA<sup>2</sup>, Brunno Santos de Freitas SILVA<sup>3</sup>, Mário Serra FERREIRA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Acadêmicos de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

<sup>2</sup> Cirurgiã-dentista, egressa do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

<sup>3</sup>Doutor, Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

<sup>4</sup>Mestre, Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

#### Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 10 Out 2018

Aceito em: 19 Fev 2019

#### Autor para contato:

Mário Serra Ferreira, Avenida 09, Quadra 09, Lote 10, Bairro Jardim Mirage, Anápolis, Brasil.

E-mail: [dr.mario.ctbmf@gmail.com](mailto:dr.mario.ctbmf@gmail.com)

#### RESUMO

O Granuloma Piogênico é um processo proliferativo não neoplásico. Clinicamente, a lesão se apresenta como um nódulo ou pápula, séssil ou pedunculada, com coloração variante do rosa ao arroxeadado, sendo normalmente assintomática e bastante vascularizada. Sua etiologia ainda não é bem delimitada, entretanto há discussões sobre sua relação com a gravidez, bem como algumas indicações de seu surgimento após um evento traumático. A minuciosa avaliação dos sinais clínicos, história da doença, bem como o histológico é indispensável para o correto diagnóstico. Esse trabalho tem como escopo relatar um caso de Granuloma Piogênico em uma localização incomum, a língua, e discutir sobre a conduta tomada para realização de um diagnóstico e tratamento correto. O paciente em questão relatava sintomatologia dolorosa. Ao exame intrabucal, havia uma lesão nodular do lado esquerdo, na borda lateral da língua, de coloração avermelhada, com pequenos pontos ulcerados, base pedunculada, tamanho aproximado de 2cm. A principal hipótese de diagnóstico foi Granuloma Piogênico, porém, sem descartar outras, por exemplo, carcinoma espinocelular, sarcoma de Kaposi e hemangioma. Através da biópsia excisional, contatou-se Granuloma Piogênico.

#### PALAVRAS-CHAVE

Granuloma piogênico; Biópsia; Diagnóstico diferencial.

#### INTRODUÇÃO

O granuloma piogênico (GP) é classificado como um dos mais prevalentes processos proliferativos não neoplásicos, possuindo caráter reacional e multifatorial. Embora o termo granuloma piogênico seja utilizado para se referir a tal lesão, não existe relação entre a patologia e os organismos piogênicos.<sup>1</sup> Portanto, apesar de seu nome,

não é um granuloma verdadeiro. Uma nova terminologia para lesão foi proposta, hemangioma capilar lobular, porém, ainda não é usualmente utilizada.<sup>2</sup>

Os processos proliferativos não neoplásicos se originam decorrentes de estímulos irritativos locais crônicos, agressões repetitivas, traumas e higiene bucal deficiente, principalmente relacionada

às doenças periodontais.<sup>3</sup> Entretanto, além destes fatores já elencados, interferências hormonais e medicamentosas também possuem papel significativo na etiologia da lesão.<sup>4,5</sup>

Clinicamente o GP se mostra como uma hiperplasia tecidual localizada, de superfície lisa ou lobulada, que pode ser pedunculada ou de base séssil. Sua coloração pode variar do rosa ao roxo, dependendo da idade da lesão. Apesar da lesão se apresentar indolor, é extremamente vascularizada e apresenta sangramento a traumas mínimos ou até mesmo sangramento espontâneo. A predominância é maior em pacientes do sexo feminino,<sup>3</sup> devido a alterações hormonais.<sup>2</sup> Sendo o sítio de maior incidência a gengiva, correspondendo a mais de 80% dos casos<sup>3,2</sup> seguido por lábios, língua, mucosa oral e palato.<sup>2</sup>

O tratamento mais indicado para a lesão é a biópsia excisional. Em conjunto com a excisão, deve ser realizada a análise dos fatores que levaram o aparecimento da lesão, possibilitando, assim, a remoção da causa.<sup>3</sup>

O objetivo do presente artigo é relatar um caso de granuloma piogênico em língua, uma localização incomum na cavidade bucal.

## RELATO DE CASO

Paciente de 72 anos de idade, sexo feminino, melanoderma, compareceu a Clínica Odontológica de Ensino do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA queixando-se de um “caroço na língua” com ausência de sintomatologia dolorosa e sangrante ao toque. Relatou ter percebido o

crescimento da lesão em aproximadamente três meses, após um trauma com espinha de peixe, tendo rápida evolução, de aproximadamente 15 dias. Informou também ter sido fumante por um período de 15 anos.

Ao exame físico intrabucal (Figura 1), observou-se uma lesão nodular do lado esquerdo na borda lateral da língua, de coloração avermelhada, com pequenos pontos ulcerados, base pedunculada, tamanho aproximado de 2cm. Ao exame extraoral não foi encontrado nada digno de nota.



Figura 1- Aspecto clínico da lesão

Diante da anamnese e achados clínicos, formulou-se como hipótese diagnóstica granuloma piogênico, optando como plano de tratamento a exérese completa da lesão. O procedimento cirúrgico para realização da biópsia excisional foi realizada em ambiente ambulatorial e sob anestesia local. Para minimizar o sangramento durante a excisão, anestesia infiltrativa perilesional na base da lesão e sutura em massa foram realizadas. (Figura 2) O espécime removido foi colocado em um frasco contendo formol a 10%. (Figura 3)

A analgesia pós-operatória foi obtida através da prescrição de dipirona sódica na posologia de 500mg de 6/6 horas durante

três dias. A ação analgésica deste fármaco é atribuída à depressão direta da atividade nociceptora, diminuindo o estado de hiperalgisia persistente por meio do bloqueio da entrada de cálcio e da diminuição dos níveis de AMP cíclico (AMPC) nas terminações nervosas.



Figura 2- Estabilização da lesão



Figura 3 – Espécime removido

Após uma semana, não se verificaram complicações pós-operatórias e os tecidos encontravam-se em processo normal de cicatrização. (Figura 4)

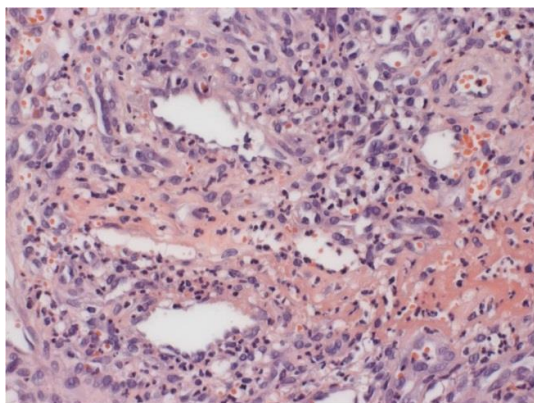


Figura 4 – Exame histopatológico

Posteriormente, enviou-se ao laboratório a peça anatômica para avaliação. O método utilizado foi a inclusão em parafina, com coloração H.E. A hipótese diagnóstica foi confirmada, sendo possível observar em lâmina uma proliferação altamente vascular, numerosos canais obliterados por hemácias e a presença de uma inflamação difusa, que caracterizam o GP. (Figura 5) (Figura 6).



Figura 5 – Pós-operatório de uma semana

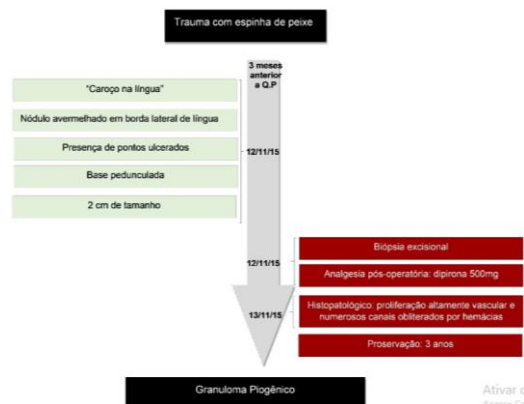


Figura 6 – Cronograma do caso clínico (modelo sugerido pelo case report guidelines – CARE)<sup>6</sup>

## DISCUSSÃO

O GP é uma lesão proliferativa não neoplásica, de prevalência expressiva nas lesões bucais e que, clinicamente, apresenta-se como uma lesão séssil ou pediculada, com superfície ulcerada e em alguns casos pode apresentar uma fina membrana fibrinopurulenta. A coloração varia de arroxeado a vermelho, devido aos numerosos canais existentes na lesão,

sendo possível observar no exame histopatológico uma proliferação altamente vascularizada.<sup>5</sup>

As regiões topográficas em que o granuloma piogênico se mostra mais prevalente são as áreas de gengiva, principalmente na maxila, lábios, palato e a mucosa bucal. Apesar de sua etiologia não definida, a literatura atual levanta hipóteses de sua relação com eventos traumáticos, baseando-se nas histórias progressas de traumatismo, especialmente nas regiões de lábio, língua e mucosa bucal. Etiologicamente, também se relaciona o surgimento do granuloma piogênico a mudança na vascularização devido a alterações hormonais.<sup>7</sup>

É frequentemente encontrado em pacientes do sexo feminino, entre a terceira e quarta década de vida devido as alterações hormonais. Normalmente acomete as mulheres durante o período gestacional, onde se desenvolve rapidamente devido ao aumento de estrógeno e progesterona, por isso, conhecido também como granuloma gravídico. Entretanto, após o fim da gravidez, parte destas lesões acabam regredindo espontaneamente, devido a normalização dos níveis hormonais da mulher.<sup>7</sup>

Algumas lesões podem apresentar características semelhantes ao GP, sendo extremamente necessário que o cirurgião-dentista reconheça os achados clínicos e saiba os diferenciais das lesões que apresentam potencial de malignização.<sup>7</sup> Dentre elas o carcinoma espinocelular, sarcoma de kaposi e hemangioma, os quais serão descritos a seguir.

O carcinoma espinocelular representa mais de 90% das neoplasias

malignas orais, possuindo etiologia multifatorial. Os carcinomas intrabucais apresentam determinadas características clínicas que, em alguns casos, pode ser confundido com lesões de natureza benigna, como o granuloma piogênico. Um dos locais de maior acometimento na cavidade bucal é a borda lateral de língua, apresentando-se como tumores ou úlceras indolores e de bordas endurecidas.<sup>8</sup>

O sarcoma de Kaposi (SK) é uma lesão neoplásica que possui vários focos, sendo bastante sangrante devido sua gênese ser de células provenientes do endotélio, as quais são vascularizadas, assemelhando-se ao GP. Os locais mais acometidos são o palato duro, mucosa gengival e língua, porém todos os locais da cavidade bucal podem ser acometidos.<sup>8</sup>

O hemangioma é uma anomalia vascular, benigna, que pode se apresentar como uma pápula, nódulo ou máculas. A coloração é semelhante à do Granuloma Piogênico, devido ao rico suprimento sanguíneo destas lesões. Em relação ao tamanho, pode variar de pequenas lesões a grandes massas vascularizadas. O sítio bucal mais comumente afetado são os sulcos bucais, seguido pelo palato duro e palato mole. Enquanto no Granuloma Piogênico há uma frequência maior de aparecimento em pacientes na terceira ou quarta década de vida, o hemangioma atinge uma ampla faixa etária, variando desde bebês a indivíduos na quinta ou sexta década de vida. Estudos ainda apresentam controvérsias sobre qual o sexo mais afetado por esta lesão. Normalmente apresenta-se assintomática. Histologicamente, consiste em uma lesão não encapsulada, composta de vasos

sanguíneos, que podem estar localizados na lâmina própria, na submucosa ou até mesmo atingir ambas.<sup>9</sup>

Devido as altas taxas de recidivas, torna-se de suma importância a preservação do caso. Muitas vezes, uma nova excisão cirúrgica é necessária. Felizmente, as múltiplas recidivas são atípicas.<sup>5</sup> O período de escolha para o acompanhamento foi de seis meses.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela baixa ocorrência de granuloma piogênico em região da língua, é pertinente enfatizar a importância do correto diagnóstico dessas lesões, distinguindo de outras alterações que possam apresentar características análogas, propiciando, dessa forma, adequada conduta terapêutica. A remoção da lesão por meio da biópsia excisional e orientações foram medidas eficazes para o tratamento.

## ABSTRACT

*Third molars represent the largest portion of dental retention and the degree of impaction is directly related to the complexity of tooth extraction. Objective: The present study investigated the prevalence of impaction in third molars related to the bones of the maxillo-mandibular complex at the Clínica Odontológica de Ensino de Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Methods: The analysis was performed according to the Pell and Gregory classifications, which determine the degree of impaction of the dental element and Winter, which evaluate the angulation of the long axis of third molars. This is an observational research conducted through radiographic analysis of stored documents of patients treated during the clinical stages of the 7th and 8th periods and the subject "Advanced Topics in Surgery", between the years 2015 to 2018. Results: Using a proposed classification by winter, the vertical position prevailed in 81% of cases in maxillary elements and 63% of the mandibular elements. Based on the Pell and Gregory classification, position A had a prevalence of 66% in the mandibular elements and class 1 of approximately 58%. Based on the adaptation made in the study of Pell and Gregory classification, position A prevailed about 58% in the maxillary elements. Conclusions: According to the classification of Pell and Gregory, it was concluded in the data obtained in the study that there was a higher prevalence of position A1 for mandibular teeth and position A for maxillary teeth. According to the Winter method, the vertical pattern was the most prevalent for both jaws.*

## KEYWORDS

*Prevalence; Third molar; Impacted Tooth.*

## REFERÊNCIAS

1. Costa M, Oliveira A, Costa J, Silva R, Lopes F, Silva A. Incidência das posições anatômicas e agenesia dos terceiros molares em estudantes de São Luiz, Maranhão. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2010;10(3):399-403.
2. Oliveira D, Martins V, Oliveira M. Avaliação tomográfica de terceiros molares inclusos segundo classificação de Winter. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2016;16(2):18-23.
3. Patel S, Mansuri S, Shaikh F, Shah T. Impacted Mandibular Third Molars: A Retrospective Study of 1198 Cases to Assess Indications for Surgical Removal, and Correlation with Age, Sex and Type of Impaction-A Single Institutional Experience. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016;16(1):79-84.
4. Dobranszki A, Lima F. Prevalência das posições dos terceiros molares

- inclusos segundo a classificação de Pell & Gregory e das indicações para sua exodontia. *Rev Odontol Planal Cent.* 2015;5(1):11-16.
5. Gomes J, Freire J, Barreto J, Santos J, Araújo-Filho J, Dias-Ribeiro E. Prevalência das posições de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas: estudo retrospectivo no sertão nordestino. *Arch Health Invest.* 2017;10(6):328-331.
  6. Hatem M, Bugaughis I, Taher E. Pattern of third molar impaction in Libyan population: A retrospective radiographic study. *Saudi J Dent Res.* 2016;7(1):7-12.
  7. Trento C, Zini M, Moreschi E, Zamponi M, Gottardo D, Cariani J. Localização e classificação de terceiros molares: análise radiográfica. *Interbio.* 2009;3(2):1981-3775.
  8. Couto P, Couto J, Pereira M, Borges T, Almeida B. Prevalência de retenções dentárias nos utentes adultos da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2016;57(3):151–157.
  9. Peterson J, Ellis III E, Hupp J, Tucker M. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.* 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
  10. Winter G. Impacted mandibular third molars. St Louis: American Medical Book Co; 1926.
  11. Pell G, Gregory G. Impacted mandibular third molars: classification and modified technique for removal. *Dental Digest.* 1933;39(9):330-338.
  12. Dias-Ribeiro E, Palhano-Dias J, Rocha J, Sonoda C, Sant'ana E. Avaliação das posições de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas: revisão da literatura. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2017;29(2):154-162.
  13. Marzola C. *Retenção Dental.* 2 ed. São Paulo: Pancast; 1995.
  14. Santos L, Dechiche N, Ulbrich L, Guariza O. Análise radiográfica da prevalência de terceiros molares retidos efetuada na clínica de odontologia do Centro Universitário Positivo. *RSBO.* 2006;3(1):18-23.
  15. Graziani M. *Cirurgia Bucocomaxilofacial.* 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
  16. Vulcano E. *Complicações cirúrgicas do Terceiro Molar [dissertação].* Porto: Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa; 2017.
  17. Pinto D, Mockdecki H, Almeida L, Assis N, Vilela E. Análise da prevalência e correlações por gênero, faixa etária, raça e classificação dos terceiros molares. *HU Rev.* 2015;41(3):155-162.
  18. Vannucci M, Fritzen T, Moraes J, Weber J, Hellwig I, Oliveira M, et al. Estudo comparativo da variabilidade da posição dos terceiros molares retidos em pacientes adolescentes e adultos jovens. *Stomatol.* 2010;16(31):4-13.
  19. Nery F, Santos L, Sarmento V, Santana E. Avaliação da prevalência de terceiros molares inferiores inclusos e da posição e inclinação do seu longo eixo em radiografias panorâmicas. *Rev Ciênc Méd Biol.* 2006;5(3):222-230.
  20. Santos D, Quesada G. Prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições segundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2009;9(1):83-92.

21. Kato R, Bueno R, Neto P, Ribeiro M, Azenha M. Acidentes e Complicações Associadas à Cirurgia dos Terceiros Molares Realizada por Alunos de Odontologia. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2010;10(4):45-54.
22. Dias-Ribeiro E, Lima-Júnior J, Barbosa J, Haagsma I, Lucena L, Marzola C. Avaliação das posições de terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. *Rev de Odont da UNESP.* 2008;37(3):203-209.
23. Santos-Júnior P, Marson J, Toyama R, Santos J. Terceiros molares inclusos mandibulares: incidência de suas inclinações, segundo classificação de Winter: levantamento radiográfico de 700 casos. *Rev Gaúcha Odontol.* 2007;55(2):27-31.
24. Hupp J, Ellis III E, Tucker R. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.* 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2009. Cap 9: Princípios do Tratamento de Dentes Impactados.