

# Granuloma piogênico em assoalho bucal: relato de caso

*Pyogenic granuloma in mouth floor: case report*

### RESUMO

O Granuloma Piogênico (GP) é uma lesão de caráter inflamatório originado da membrana mucosa ou do tecido conjuntivo, que possui predileção por pacientes leucodermas, do sexo feminino, entre 11 e 40 anos, especialmente durante a gravidez. Clinicamente apresenta-se preferencialmente na maxila, com forma irregular, consistente, pediculado, de crescimento lento e sem sintomatologia dolorosa. As principais causas do GP são os traumas ou irritantes locais associados à má higiene oral. Histologicamente apresenta-se bastante vascularizado, organizado em agregados lobulares. O tratamento cirúrgico de escolha é a exérese total da lesão. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de granuloma piogênico com características clínicas incomuns, tratado cirurgicamente.

**Palavras-chaves:** Granuloma Piogênico; Patologia Oral; Cirurgia Oral

### ABSTRACT

Pyogenic Granuloma (GP) is an inflammatory lesion originating from the mucous membrane or connective tissue, which is predilected by female patients, between 11 and 40 years old, especially during pregnancy. Clinically it presents preferably in the maxilla, with irregular shape, consistent, pediculated, slow-growing and without painful symptomatology. The main causes of GP are the traumas or local irritants associated with poor oral hygiene. Histologically, it is quite vascularized, organized in lobular aggregates. The surgical treatment of choice is the total exeresis of the lesion. The objective of this study is to report a case of pyogenic granuloma with unusual clinical features, treated surgically.

**Key-words:** Pyogenic Granuloma; Oral Surgery; Pathology Oral

#### **Eduardo Francisco de Deus Borges**

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Universitário Professor Edgard Santos – HUPES, Hospital Geral do Estado – HGE, Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce) – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

#### **Lorena Mendonça Ferreira**

Cirurgiã-Dentista pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – FOUFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

#### **João Nunes Nogueira Neto**

DDS. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Universitário Professor Edgard Santos – HUPES, Hospital Geral do Estado – HGE, Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce) – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

#### **João Frank Carvalho Dantas de Oliveira**

DDS, PhD. Professor Adjunto do Departamento de Propedêutica e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – FOUFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

#### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Rua Araújo Pinho, 62 – Canela, Salvador – BA. CEP: 40.110-150 FOUFBA – 4º andar.  
E-mail: lorena.mf@yahoo.com

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é um distúrbio caracterizado por apresentar episódios recorrentes de obstrução completa ou parcial das vias aéreas superiores (VAS) durante o sono<sup>1</sup>. A apneia consiste na obstrução total do fluxo aéreo por um período de dez segundos ou mais, enquanto a hipopneia é definida por uma diminuição de 50% do fluxo respiratório, associada a uma redução de pelo menos 4% na saturação de oxigênio<sup>2</sup>.

Para o diagnóstico da SAOS, o paciente é submetido à anamnese, exame clínico<sup>3</sup>, exames de imagens que permitem a avaliação da face e do espaço aéreo<sup>4</sup>, assim como, tomografias computadorizadas, para mensurar o volume da VAS e ressonância magnética<sup>1</sup>. Entretanto, o diagnóstico final da síndrome é realizado por intermédio da polissonografia. A polissonografia é um exame que consiste no monitoramento do sono, observando sinais característicos que determinam e definem o grau de severidade da SAOS através do índice de apneia e hipopneia<sup>3</sup>. O IAH corresponde ao número de episódios ocorridos por hora de sono e é dividido em três níveis: leve (IAH  $\geq$  5), moderado (IAH  $\geq$  15) e severo (IAH  $\geq$  30)<sup>2,3</sup>.

Os principais sintomas que acometem os pacientes correspondem à sonolência diurna excessiva, ronco, comprometimento das funções cognitivas<sup>2</sup> e despertares recorrentes<sup>1</sup>. Estes sintomas influenciam negativamente na qualidade de vida, afetam a produtividade no trabalho<sup>3</sup> e, muitas vezes, nos relacionamentos interpessoais. Além disso, estudos indicam a necessidade do reconhecimento e tratamento precoce deste distúrbio devido ao aumento da mortalidade quando os casos mais severos estão associados à hipertensão, distúrbios cardiovasculares e metabólicos, acidente vascular cerebral ou, inclusive, acidentes automobilísticos<sup>3</sup>.

Durante o sono, há uma diminuição na atividade motora geral, fato que colabora para uma hipotonicidade dos músculos da faringe. Esse fenômeno, em alguns indivíduos, pode acarretar distúrbios respiratórios que podem levar ao surgimento da síndrome quando associados a fatores de risco como idade, sexo, fatores genéticos e hormonais, obesidade, postura, alterações anatômicas<sup>1,3</sup>, consumo de álcool e tabagismo<sup>3</sup>.

Sabe-se, que as VAS se caracterizam anatomicamente pela ausência de tecido ósseo e por um predomínio de tecido mole, o que contribui facilmente para o seu colapso e obstrução<sup>3</sup>. Esta obstrução pode ocorrer de forma pontual em um segmento da via aérea ou em vários segmentos,

simultaneamente ou seguindo uma sequência<sup>1</sup>, o que ocorre comumente em indivíduos que possuem mandíbula e maxila posicionadas posteriormente, oclusão classe II e a consequente diminuição do volume das VAS<sup>5</sup>.

Em relação aos tratamentos propostos para esse distúrbio, o uso do dispositivo CPAP (pressão positiva contínua na via aérea) apresenta bons resultados, sendo considerado o “padrão ouro” para os casos moderados a graves e pode ser avaliado nos casos mais leves<sup>6</sup>. Esse dispositivo consiste em uma máscara acoplada a um sistema de tubulação que fornece um fluxo de ar constante, contribuindo para a manutenção e a permeabilidade das vias aéreas superiores<sup>3</sup>. Entretanto, a aceitação e adesão por conta dos pacientes é bastante crítica. O tempo de utilização dos pacientes é insuficiente para a obtenção de resultados clinicamente significativos<sup>6</sup>. Os demais tratamentos não-cirúrgicos incluem o uso de aparelhos orais, reeducação alimentar, higienização do sono<sup>3</sup>, e procedimentos cirúrgicos como a uvulopalatofaringoplastia e a cirurgia ortognática<sup>7</sup>.

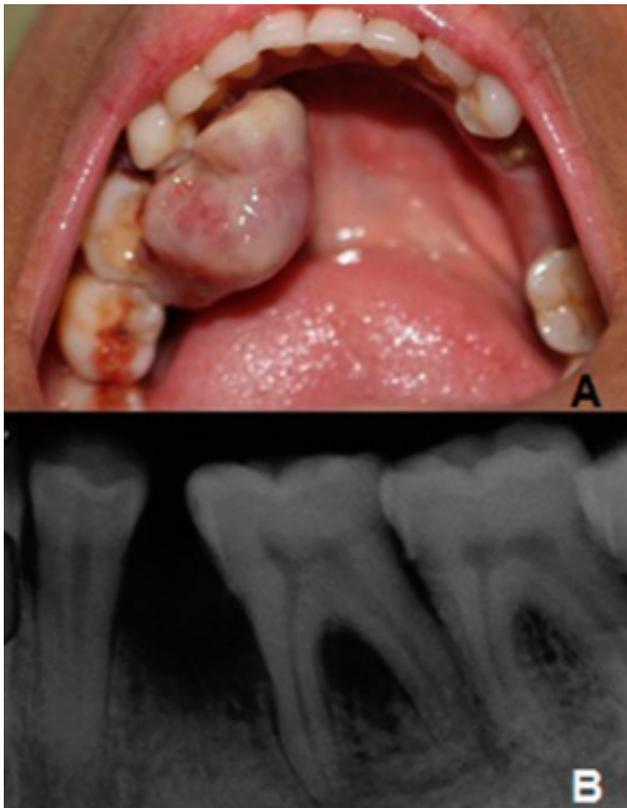
Dentre os procedimentos cirúrgicos, a cirurgia ortognática é uma excelente opção de tratamento para pacientes com alterações anatômicas em maxila e mandíbula que propiciam o estreitamento ou a obstrução das VAS<sup>4</sup>. Segundo Boyd e colaboradores<sup>8</sup>, o avanço maxilomandibular mostrou-se seguro a longo prazo, demonstrando previsibilidade e bons resultados, sendo indicado como tratamento para a maioria dos pacientes com SAOS moderada a grave. A cirurgia amplia parte das VAS, uma vez que posiciona anteriormente o palato mole, base de língua e a musculatura suprahióide, associados, respectivamente, ao avanço da maxila e mandíbula<sup>7</sup>. O avanço realizado pode ser maxilar, mandibular ou uma combinação entre os dois, podendo estar ou não associado à mentoplastia<sup>4</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente 42 anos do sexo feminino, leucoderma, compareceu ao ambulatório de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia com queixa de aumento de volume intra-oral.

Ao exame clínico notou-se presença de aumento de volume em região posterior esquerda de mandíbula, com aproximadamente 2,5cm, envolvendo região de pré-molares e molares, consistente a palpação, de base sésil, com sangramento à manipulação e com sintomatologia dolorosa (Figura 1 – A). Radiograficamente notou-

se presença de reabsorção óssea significativa em região de rebordo alveolar e área de rarefação óssea entre as raízes do dente 36 compatível com lesão de furca (Figura 1 – B).



**Figura 1** - A) Vista oclusal da lesão hiperplásica, granulomatosa em assoalho de boca recobrendo a face lingual e oclusal da região de molares e pré-molares esquerdos. B) Radiografia periapical da região de molar inferior esquerdo, nota-se rarefação óssea.

Foi realizada punção aspirativa negativa para presença de conteúdo intralesional confirmando suspeita de GP. Assim, optou-se pela exodontia do dente 36 com comprometimento periodontal seguido da remoção da lesão sem margens de segurança (Figura 2).



**Figura 2** - Vista transcirúrgica após remoção do dente 36, preparado para exérese da lesão.

Ao exame anatomopatológico notou-se fragmento de mucosa, forma arredondada, consistência fibrosa, medindo 2,5x2,0x1,4 com aspecto avermelhado internamente (Figura 3), parcialmente revestida por epitélio pavimentoso estratificado hiperqueratinizado seguida de extensa faixa de membrana fibrinopurulenta. Com área subjacente notam-se inúmeros vasos sanguíneos por vezes inconspícuos, delimitadas por feixes de fibras colágenas, infiltrado inflamatório misto, células fusiformes volumosas e por vez ovaladas. A proliferação de vasos assume arranjo lobular em algumas áreas, tendo como conclusão GP ulcerado.



**Figura 3** - Vista Lesão tecidual arredondada, consistência firme medindo 2,5x2,0x1,4 cm.

## DISCUSSÃO

O GP é um processo inflamatório visto com frequência na clínica odontológica, é um consenso que esta lesão acomete principalmente mulheres com alterações hormonais geralmente localizadas no sítio vestibular da gengiva superior, apresenta cor rósea, tecido fibroso de sangramento espontâneo<sup>2,6,8</sup> no caso apresentado a paciente exibe, divergindo da literatura, uma lesão em assoalho de boca, invadindo a face oclusal e lingual dos molares e pré-molares inferiores esquerdo, apresentava um tecido esbranquiçado bastante ulcerado.

Estudos mostram que a lesão GP se forma a partir de irritantes locais e pequenos traumas associados a má higiene oral<sup>1,2,5</sup>, observa-se no caso estudado a presença do trauma da mastigação sobre a lesão já formada, além de cálculo gengival e severa doença periodontal na região envolvida pela lesão.

Paciente diagnosticado com GP apresenta alterações bucais no tecido mole<sup>3,4,5</sup>, por isso não se encontra muitas evidências radiográficas da lesão. O fato do granuloma ser uma patologia multifatorial<sup>10</sup>, é importante a realização de tomada radiográfica. A imagem pode fornecer: restaurações

mal adaptadas, cálculos gengivais, rarefação óssea e doença periodontal que são classificadas com causa ou efeito da lesão, no presente estudo nota-se área de rarefação óssea entre as raízes compatível com lesão de furca que pode ter sido motivada pela lesão ou uma consequência da mesma.

Na literatura não encontra-se GP de tamanhos exuberantes, geralmente o crescimento é estacionado durante a evolução<sup>6,7</sup>. A lesão exibida havia apenas 30 dias, mas já media 2,5cm em seu maior diâmetro, um tamanho atípico de acordo com as lesões reportadas na literatura.

A excisão cirúrgica é a conduta melhor descrita na literatura para o tratamento do GP<sup>9</sup>, nota-se poucos casos de recidiva, e não há necessidade de uma biópsia perilesional, tal característica foi representada neste caso, onde o tratamento instituído foi a excisão cirúrgica e não houve recidiva após um ano de acompanhamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser uma lesão vista com frequência na rotina odontológica, este caso apresenta características clínicas e radiográficas atípicas do GP, portanto, a biópsia da lesão é fundamental para estabelecimento do diagnóstico final. Instituir tratamento precoce através da remoção de irritantes locais, traumas e da qualidade na higiene oral pode evitar uma intervenção cirúrgica e o avanço da doença.

## REFERÊNCIAS

1. Costa FWG, Lima ATT, Cavalcante RB, Pereira KMA. Exuberant Pyogenic Granuloma in Extragingival Site. *Braz J Otorhinolaryngol* 2012; 78(4): 134
2. Avelar RL, Antunes AA, Carvalho RW et al. Granuloma Piogênico Oral: Um estudo epidemiológico de 191 casos. *RGO* 2008; 56, 131-35.
3. Durairajanayagam S, Saad AZM, Chooi LK. Pyogenic Granuloma- like lesion in children: Should we wait? *Indian J Plast Surg.* 2017 Jan-Apr, 50(1): 104-106.
4. Vara JT, Gurudu VS, Ananthaneni A et al. Correlation of Vascular and Inflammatory Index in Oral Pyogenic Granuloma and Periapical Granuloma- An Insight Into Pathogenesis. *J Clin Diagn Res.* 2017 May; 11(5): 25-28.

5. Rivero ERC, Araujo RMA, Granuloma piogênico: uma análise clinico-histopatológica de 147 casos bucais. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo* 1998, 3(2): 55-61.
6. Moraes SH, Moraes GF, Durski J, et al. Granuloma Piogênico: Relato de caso clínico. *Revista Gestão & Saúde, Curitiba,* v.9, n.2, p.12-19. 2013.
7. Oliveira HFL, Neto AMR, Santos LAM et al. Granuloma piogênico com características atípicas: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.12, n.3, p. 31-34, jul/set. 2012.
8. Torres KC, Carrasco NP, Rojas AA. Granuloma Piógeno de Presentación inusual: Reporte de Caso. *Rev. Odontol. Vital,* 2016. Jul/dec ano14, vol 2 No 25.
9. Gonçales ES, Dammante JH, Rubia CMF, Taveira LAA. Granuloma Piogenico no Labio Superior: Local incomum. *J App Oral Sci.* 2010; 18(5): 538-41
10. Vara JT, Gurudu VS, Ananthaneni A, Bagalad BS, Kuberappa PH, Ponnappalli HP, Correlation of Vascular and Inflammatory Index in Oral Pyogenic Granuloma and Periapical Granuloma- An insight into Pathogenesis. *J Clin Diagn Res.* 2017 may 11(5); ZC25-ZC28.