

Granuloma Piogênico em lábio superior em criança – uma lesão comum em local incomum

Upper-lip-pyogenic granuloma in child - a common lesion in an uncommon location.

Letícia Miyabara Marques¹

Elen de Souza Tolentino²

Gabriela Cristina Santin³

Daniela Fernandes Ceron⁴

Maria Luiza Barucci Araújo⁵

Resumo

Granuloma piogênico é um tipo de hiperplasia do tecido conjuntivo e vascular, caracteriza-se como um processo proliferativo não-neoplásico, reacional, composto por tecido de granulação, altamente vascularizado frente a uma irritação crônica de baixa intensidade. A nomenclatura granuloma piogênico é inadequada, entretanto, é utilizada até hoje. Acomete principalmente mulheres jovens e gestantes em região de mucosa queratinizada, em especial gengiva inserida. As lesões extrabuciais são poucos comuns e em crianças são raras, dificultando o diagnóstico. Devido a sua característica clínica, muitas vezes os pacientes podem apresentar queixas estéticas e até de desconforto devido a sangramento. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de granuloma piogênico em uma menina de 10 anos em lábio superior, onde a anamnese e a experiência clínica delimitaram as hipóteses diagnósticas, favorecendo a escolha adequada para a excisão cirúrgica (biópsia excisional) e orientação da paciente. O resultado do exame anatomohistopatológico confirmou tratar-se de um granuloma piogênico e a paciente apresenta-se sem recidivas, com função e estética reestabelecidas.

DOI: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v29i1.14292>

¹Cirurgiã buco-maxilo-facial, Mestranda da Universidade Estadual de Maringá-PR.

²Doutora, Docente da Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR.

³Doutora, Docente da Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR.

⁴Odontopediatra, Mestranda da Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR.

⁵Odontopediatra, Mestranda da Universidade Estadual de São Paulo, Araraquara-SP.

Introdução

Granuloma piogênico (GP) é um tipo de hiperplasia inflamatória¹ que caracteriza-se como um processo mucocutâneo proliferativo não-neoplásico^{1-5,8}, benigno^{2,4,6,8}, reacional^{1,7} usualmente solitário^{4,8}, comum⁸ em cavidade oral^{4,6-8} ou pele^{4,7,8}. Trata-se de uma exuberância⁶ ou hiperplasia do tecido conjuntivo¹ e vascular^{2,4,7} frente a irritação local crônica^{1-3,5,7}, estímulos de baixa intensidade³, traumas^{1-3,5-7} e/ou mudanças hormonais^{1,2,5}. A nomenclatura granuloma piogênico não é a mais adequada, uma vez que não há qualquer tipo de secreção purulenta e também não há formação de granulomatoses no aspecto microscópico^{1,3,5,6,8}. Entretanto, segue sendo utilizada até hoje. Alguns autores consideram o GP como uma infecção estável⁴, embora não haja evidências da presença de microrganismos¹.

A prevalência de GP na literatura é de 1:25000⁸, sendo mais comum em mulheres^{7,9} na proporção 2:1 em relação aos homens^{2,3,6,8}. São mais frequentes na segunda década de vida^{2,3,6,7}, sendo raros em crianças^{2,3,6}, apenas 22% das lesões de GP acometem pacientes jovens². Baseado no período em que a lesão surge, pode receber diferentes denominações: epúlide vascular^{2,4}, granuloma gravídico^{1,2,5,7}, doença de Crocker e Hartzell⁴ ou ainda hemangioma capilar lobular⁷.

Clinicamente apresenta-se como uma lesão exofítica solitária^{4,6,8}, podendo ser séssil, pediculada ou ainda lobular^{1,2,3,6,7,8}. Dependendo de seu tempo de evolução, a coloração tem aspecto eritematoso^{1,2,3,5,6}, se houver trauma constante ou irritação local recente^{1,3,6}. Com o decorrer do tempo, torna-se mais fibrosada e rósea^{1,2,3,5,6}. A evolução costuma ser lenta, embora casos de evolução rápida mimetizando processos neoplásicos já tenham sido relatados⁶. Frequentemente, é assintomática^{1,2}, a não ser que o fator irritante se mantenha³.

Na cavidade bucal o sítio mais comumente atingido é a gengiva inserida e o rebordo alveolar (30-60%) (mucosa queratinizada)^{1,3,5} e a maxila é mais envolvida que a mandíbula^{1,5,6}. Em raros casos, acomete a região extragengival^{1,3}, afetando com menos frequência a região de lábios^{5,6}.

O diagnóstico diferencial é baseado nas características clínicas e as hipóteses mais citadas são: hiperplasia fibrosa inflamatória, granuloma de células gigantes, mucocelo, fibroma ossificante periférico⁸.

Devido a sua característica clínica, muitas vezes os pacientes podem apresentar queixas estéticas e até de desconforto devido a sangramento. Para o diagnóstico definitivo se faz necessária a análise anatomopatológica². Diante disso, este artigo tem como objetivo relatar o tratamento cirúrgico de um GP em lábio superior em uma menina de 10 anos, confirmado por avaliação anatomopatológica.

Relato de Caso

Este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, sob número de CAAE 80725624.7.0000.0104. Uma paciente do gênero feminino, 10 anos, normossistêmica, leucoderma, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Maringá (UEM), setor de Odontopediatria, com a queixa “tem uma bolinha feia na minha boca”. Durante a anamnese, foi relatado que a lesão apresentava evolução de aproximadamente 3 meses, com história de trauma tipo “mordiscada” no local. Durante o exame físico constatou-se presença de nódulo pediculado de 1 cm em lábio superior direito, de cor avermelhada, arredondado e firme à palpação, ulcerado superficialmente, bem definida e assintomática (Figura 1).



Figura 1. Aspecto inicial da lesão. Lesão exofítica, avermelhada, pediculada, localizada em lábio superior direito.

Frente ao aspecto clínico, a hipótese diagnóstica foi de GP. Foi então realizada excisão cirúrgica (biópsia excisional) em formato de cunha, removendo a lesão na base, mantendo 2 mm de margem de segurança em tecido saudável. Previamente foi realizada assepsia dos tecidos moles adjacentes e anestesia local com lidocaína 1:100.000, à distância, para se evitar o acúmulo de anestésico e alteração da arquitetura tecidual. A peça cirúrgica foi então acondicionada em formol 10% e encaminhada para análise anatomohistopatológica. Foi então realizada sutura das margens com fio de nylon 4.0 (Figura 2) e a paciente foi medicada com analgésico e anti-inflamatório não-esteroidal. A orientação com os cuidados pós-operatórios incluíram: repouso, compressas frias e alimentação líquida/pastosa fria por 3 dias e evitar atividades físicas e exposição solar por um período de 7-10 dias.



Figura 2. Aspecto após a remoção cirúrgica da lesão.

Após 7 dias, a paciente retornou sem queixas e foi removida a sutura. O diagnóstico anatomopatológico foi compatível com GP, demonstrando mucosa com revestimento epitelial escamoso exibindo área ulcerada recoberta por crosta fibrinoleucocitária e exibindo, abaixo, tecido de granulação constituído por neovasos proliferados em meio a inflamação crônica e aguda. Nas demais áreas, revestimento epitelial escamoso, com acantose, sem atipias.

Após 21 dias, a paciente recebeu alta (Figura 3), por se tratar de uma lesão de características benignas, e segue em acompanhamento sem sinais de recidiva. A paciente foi orientada a abandonar o hábito de mordiscamento.



Figura 3. Aspecto após 21 dias da remoção da lesão.

Discussão

O GP é resultado de uma reação exagerada localizada de tecido^{4,6}, decorrente de trauma ou irritação local^{4,6,9}, tártaro^{4,6,9}; higiene oral pobre^{4,6,8}, infecção não específica^{4,6}, excesso de restauração^{4,6}, extração dentária recente^{4,6,8}, espículas ósseas^{4,6}, raízes remanescentes^{4,6,9}, trauma de escovação^{4,6}, entre outros. É comumente diagnosticado na segunda década de vida em mulheres^{1,6-9}, possivelmente devido aos efeitos vasculares dos hormônios femininos^{1,3,4,6,9}. A

gengiva pode ser sugerida como “órgão-alvo” para a ação direta do estrogênio e hormônio progesterona^{1,4}, demonstrando uma relação entre a lesão gengival e a condição hormonal^{1,8,9}. Estima-se que 3%-5% dos GP acontecem na gravidez^{7,8}, sendo então chamados de “granuloma gravídico”^{7,9}.

A incidência do GP é de 26-32%, sendo a gengiva inserida acometida em 75% dos casos¹. Comumente, a lesão se manifesta em tecido intrabucal queratinizado^{1,2,3,5,7,9}, tendo a papila interdental como local mais comum⁶, especialmente em região de pré-molares da maxila⁹. Os sítios extrabuciais mais comuns são lábios, língua e mucosa jugal^{1,7-9}. No presente caso, a paciente relata ter traumatizado o lábio através de “mordiscadas” e esta pode ser a razão para o desenvolvimento da lesão. Apesar dos poucos casos relatados de GP em lábio⁶, parece haver uma preferência pelo lábio inferior^{2,5}, sendo que somente 10% dos casos labiais acontecem no lábio superior⁵, como no presente caso, sendo raro⁵. Em regiões extrabuciais, o fator etiológico mais comum é o traumatismo^{1,2,7} combinado a higiene oral pobre^{1,2,7}, sendo que 1/3 das lesões apresenta história de trauma primário¹.

Clinicamente, a aparência do GP vai se alterando conforme a lesão perdura⁶. Inicialmente, é mais avermelhada⁶⁻⁸ e sangrante devido a alta quantidade de vasos sanguíneos⁶ e, com o decorrer do tempo, vai ganhando uma tonalidade rósea^{6,7}, devido à maturidade da lesão e diminuição do número de vasos sanguíneos⁶, tornando-se mais colageinizado¹. As lesões podem ser sésseis, pediculadas ou lobulares^{6,7}, usualmente menores que 2,5cm^{1,6,9}. Podem apresentar dor, principalmente se localizadas em área de constante atrito⁶, sendo a superfície ulcerada e friável^{1,6,7}, recobertas por uma membrana fibrinosa¹. Algumas lesões têm crescimento rápido⁶ inicialmente, sendo exames de imagem importantes para avaliar se há ou não destruição óssea, pois trata-se de uma lesão onde não há características de grande erosão óssea, perda ou mobilidade dentária⁶. Porém na maioria das lesões o crescimento é lento^{1,8,9} e assintomático^{1,8}.

A etiologia do GP é desconhecida⁸, alguns estudos associam fatores como trauma, inflamação, agentes infecciosos, corpos estranhos, imunossupressão, mudanças hormonais e medicações⁸. Alguns autores consideram o GP como uma infecção estável⁴, sendo que um trauma pequeno facilitaria a contaminação por microrganismos (bactérias e colônias de fungos) e ocorreria a resposta de proliferação de tecido vascular e conjuntivo⁴, podendo qualquer microrganismo funcionar como estímulo ou agente destrutivo⁴. A manutenção do estímulo agressivo leva ao aumento de endotélio vascular e crescimento do tecido conjuntivo compacto⁴, sendo que o processo de reparação causa proliferação exuberante do tecido conjuntivo⁷. A superfície da lesão pode estar coberta por fibrina, que se assemelha a pus⁴. O exame anatomopatológico extragengival e gengival do GP é similar⁶, consistindo de muitos vasos dilatados em um tecido conjuntivo edematoso⁶. É caracterizado pela proliferação de vasos dispostos em agregados lobulares separados por feixes fibrosos de tecido conjuntivo⁷.

O diagnóstico diferencial do GP inclui condições clínicas similares como: fibroma traumático⁶, lesão periférica de células gigantes^{1,7,8}, hiperplasia gengival inflamatória^{1,7,8}, adenoma pleomórfico⁵, carcinoma mucoepidermóide⁵, hiperplasia fibrosa inflamatória⁶, sarcoma de

Kaposi^{1,7,8}, queratoacantoma⁵, melanoma⁶, angiosarcoma^{1,3,8}, hemangioma⁶⁻⁸, fibroma ossificante periférico^{1,8}, tumor metastático^{1,8}, hemangioma¹, linfoma não-Hodgkins^{1,8}, tumores de glândula salivares menores⁶. O diagnóstico é definido a partir das características clínicas e avaliação anatomopatológica, sendo este imprescindível para o adequado tratamento e prognóstico⁶.

O tratamento preconizado é a biópsia excisional^{1,2,4-9}, conjuntamente com a remoção do irritante causador^{13,6,8}. No momento da exérese de lesões gengivais, a incisão deve se estender ao periósteo, diminuindo as chances de recidiva^{3,4}, sendo recomendado também a remoção de 2mm de margem da periferia^{4,9}. A média de recorrência é de 16% após excisão conservadora^{2-4,9}. O principal motivo de recorrência é a remoção insuficiente da lesão ou falha na eliminação da causa^{2,5}, sendo rara a recorrência em áreas extrabuciais⁵. A recorrência é mais comum em caso de gravidez⁴.

Por se tratar de uma área estética e constranger a paciente, é reforçada a importância do diagnóstico e tratamento cirúrgico³ precoce pelo cirurgião-dentista. A apresentação benigna sugere a tomada de decisão pela excisão cirúrgica total, sendo esta modalidade de tratamento a mais utilizada² e o tratamento de escolha mais adequado⁵.

Considerações Finais

A condução da anamnese, em busca de hábitos que possam contribuir para o desenvolvimento da lesão é de extrema importância para a delimitação das hipóteses diagnósticas, incluindo o GP. O diagnóstico pode ser dificultado devido a semelhança com outras lesões, sendo a experiência clínica essencial na decisão cirúrgica e o exame anatomopatológico imprescindível para o diagnóstico definitivo. No presente caso, a biópsia excisional e orientações foram realizadas, e a paciente segue sem recidivas, com função e estética reestabelecidas.

Abstract

Pyogenic granuloma is a type of connective and vascular tissue hyperplasia, characterized as a non-neoplastic, reactive proliferative process, composed of granulation tissue, highly vascularized in face of a chronic irritation with low intensity. The nomenclature pyogenic granuloma is inadequate, however, it is still used nowadays. It mainly affects young women and pregnant women in the region of keratinized mucosa, specially inserted gum. Extrabuccal lesions are uncommon and the occurrence in child are rare, making the diagnosis difficult. Due to its clinical characteristics, patients may often have aesthetic complaints and even discomfort due to bleeding. The purpose of this article is to report a pyogenic granuloma case in a 10-year-old girl in upper lip, that anamnesis and clinical experience defined the diagnosis hypotheses, favoring the best choice to chirurgic excision (excisional biopsy) and patient orientation. The anatomohistopathological exam result confirmed the diagnosis of pyogenic granuloma and the patient is without relapses, with function and esthetics reestablished.

Referências

1. Jafarzadeh H; Sanatkhan M; Mohtasham N; Oral pyogenic granuloma: a review. *Journal of Oral Science*, vol. 48, n 4, 167-175, 2006.
2. Banjar A, Abdrabuh A, Al-Habshi M, Parambil M, Bastos P, Abed H. Labial pyogenic granuloma related to trauma: A case report and mini-review. *Dent Traumatol*. 2020;36:446–451.
3. Sampieri M. B; Chaves, F.N; Ferreira Filho J. S; Bezerra H.M.M; Pereira K.M.A; Negreiros A. P. N; Exuberante granuloma piogênico em localização incomum: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.18, n.3, p. 22-25, jul./set. 2018 Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery – BrJOMS*.
4. Sharma S, Chandra S, Gupta S, Srivastava S. Heterogeneous conceptualization of etiopathogenesis: Oral pyogenic granuloma. *Natl J Maxillofac Surg* 2019;10:3-7.
5. Poudel P, Chaurasia N, Marla V, Srii R. Pyogenic granuloma of the upper lip: A common lesion in an uncommon location. *J Taibah Univ Med Sc* 2019;14(1):95e98.
6. Sachdeva SK. Extralingival Pyogenic Granuloma: an Unusual Clinical Presentation. *J Dent Shiraz Univ Med Sci.*, 2015 September; 16(3 Suppl): 282-285.
7. Ribeiro JL, Moraes RM, Carvalho BFC, Nascimento AO, Milhan NVM, Anbinder AL. Oral pyogenic granuloma: An 18-year retrospective clinicopathological and immunohistochemical study. *J Cutan Pathol*. 2021;1–7.
8. Neychev DZ, Cholakova RB, Sbirkova TI, Kisselov SN, Bachurska SY, Atanasov DT. Pyogenic granulomas in the oral cavity: a series of cases. *J of IMAB*. 2019 Jan-Mar;25(1):2337-2342.
9. Al-Noaman AS. Pyogenic granuloma: Clinicopathological and treatment scenario. *J Indian Soc Periodontol*. 2020 May-Jun; 24(3): 233–236.

Endereço para correspondência:

Letícia Miyabara Maques
Rua: Mato Grosso, nº 820, Bairro: Centro.
CEP 86870-000 – Ivaiporã, Paraná, Brasil
Telefone: (43) 99987-1103
E-mail: leticiacirurgia@gmail.com

Recebido em: 02/09/2023. Aceito: 28/07/2024.