

**UNIUBE – UNIVERSIDADE DE UBERABA**  
**EURICO LACERDA JUNIOR**  
**KARULINE PERES FERREIRA**

**GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES**  
**RELATO DE CASO**

UBERABA – MG

2019

**EURICO LACERDA JUNIOR  
KARULINE PERES FERREIRA**

**GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES  
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade de Uberaba como parte das exigências do curso de “Bacharelado em Odontologia”.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique.

UBERABA – MG

2019

L116g Lacerda Junior, Eurico.  
Granuloma periférico de células gigantes: relato de caso / Eurico Lacerda Junior, Karuline Peres Ferreira. – Uberaba, 2019.  
25 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.  
Curso de Odontologia, 2019.  
Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique.

1. Granuloma. 2. Boca – Lesões. 3. Odontologia. I. Ferreira, Karuline Peres. II. Henrique, Paulo Roberto. III. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 617.22

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

**EURICO LACERDA JUNIOR  
KARULINE PERES FERREIRA**

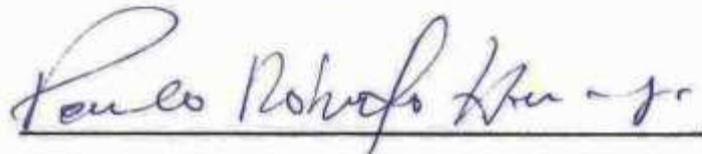
**GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES  
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de cirurgião dentista no curso de odontologia na Universidade de Uberaba.

Área de concentração: Estomatologia

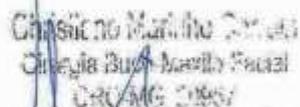
Aprovado em: 29 / 06 / 2019.

**BANCA EXAMINADORA**



**Prof. Paulo Roberto Henrique - Orientador**

**Universidade de Uberaba**



Christiano Marinho Correia  
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial  
CRUAMG 01867

**Prof. Christiano Marinho Correia**

**Universidade de Uberaba**

## RESUMO

O granuloma periférico de células gigantes tem um desenvolvimento parecido com uma neoplasia. Contudo, trata-se de uma lesão inflamatória reacional de natureza benigna, podendo variar de 0,5 a 2 cm de diâmetro. A coloração da lesão varia de vermelho escuro ao vermelho azulado até vermelho púrpura. A base é sésil e de superfície lisa e brilhante. Por muitas vezes, sangrante ao toque, mas sem sintomatologia dolorosa, quando na ausência de ulcerações e superinfecções. O desenvolvimento geralmente ocorre em torno de um ou mais dentes, com preferência para a mandíbula e região de pré-molares. A etiologia é desconhecida, mas sabe-se que é reacional e proliferativa. É uma das lesões proliferativas benignas que mais acometem a população. O diagnóstico é definido por estudo histopatológico a partir da biópsia da lesão. Radiograficamente apresenta-se como uma imagem radiolúcida sem bordas definidas e por vezes com um halo radiopaco em torno da lesão e com discretas áreas de reabsorção óssea. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com o granuloma central de células gigantes (GCCG), granuloma piogênico (GP), carcinoma de células escamosas (CCE), fibroma ossificante periférico (FOP) e fibroma periférico (FP). O tratamento é realizado através da excisão cirúrgica da lesão e curetagem criteriosa da área envolvida, para evitar possível recidiva. O trabalho a seguir teve como intuito, a apresentação de um caso clínico de granuloma periférico de células gigantes, procuramos discutir as características clínicas e histopatológicas da lesão, teve como base a literatura vigente. Como resultado, obtivemos o sucesso da remoção da lesão que foi confirmada por biópsia e a recuperação do paciente quanto à cicatrização e remoção do foco causador da lesão foi eficiente, não havendo nenhuma intercorrência na saúde do paciente operado. O paciente ficou em acompanhamento durante 1 (um) ano e não houve sinais de recidiva.

**Palavras chaves:** Granuloma periférico de células gigantes. Lesão de células gigantes. Lesões reacionais.

## ABSTRACT

Peripheral giant cell granuloma has a tumor-like development. However, this is a benign lesion, ranging from 0.5 to 2 cm in diameter. Its coloration ranges from dark red to bluish red to purple red. The base is sessile and smooth and shiny. For many times, bleeding to the touch, but without painful symptomatology, when in the absence of ulcerations and superinfections. Its development usually occurs around one or more dental elements, with preference for the mandible and premolar region. Its etiology is unknown, but it is known to be reactionary and proliferative. It is one of the benign proliferative lesions that most affect the population. Its diagnosis is defined by histopathological study taken from incisional or excisional biopsy. Radiographically it presents as a radiolucent image without definite borders and sometimes with a radiopaque halo around the lesion and with discrete areas of bone resorption. Its treatment is the surgical excision of the lesion with safety area and curettage to avoid possible relapse. Differential diagnosis should be made with giant cell central granuloma (GCCG), pyogenic granuloma (PG), squamous cell carcinoma (SCC), peripheral ossifying fibroma (POF) and peripheral fibroma (PF) lesions. The following work had as its main subject, a clinical case of a giant cell peripheral granuloma. which was treated by surgical excision, and that sought to discuss the characteristics clinical and histopathological aspects of the lesion, based on current literature.

**Key words: Giant cell peripheral granuloma. Giant cell lesion. Reactional lesions.**

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 JUSTIFICATIVA	7
3 OBJETIVO	8
4 MATERIAIS E MÉTODOS	9
5 RESULTADOS	11
6 DISCUSSÃO	12
7 CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16
ANEXOS	18
ANEXO A – Fotografia clínica da lesão	18
ANEXO B – Radiografia panorâmica	19
ANEXO C – Incisão da biópsia	20
ANEXO D – Fatia de tecido incisionada para biópsia	21
ANEXO E – Laudo anatomopatológico	22
ANEXO F – Aspecto clínico após a excisão cirúrgica e exodontia do dente 44	23
ANEXO G – Autorização de imagem e depoimentos	24
ANEXO H – Termo de consentimento livre e esclarecido	25

## 1 INTRODUÇÃO

O Granuloma Periférico de Células gigantes (GPCG) é descrito na literatura como um crescimento semelhante a um tumor, considerado benigno, de etiologia desconhecida, reacional e proliferativa, acomete o tecido conjuntivo fibroso ou o tecido do periósteo. Atinge grande parte da população quando comparada as outras lesões proliferativas benignas, como por exemplo, a hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), o granuloma piogênico (GP) e as fibromatoses gengivais (FRANÇA *et al.* 2010).

O GPCG ainda tem uma etiologia obscura e indefinida, pode ocorrer a partir de respostas teciduais frente a estímulos crônicos traumáticos tais como exodontias, próteses mal adaptadas, restaurações insatisfatórias e cálculo subgengival. Hormônios ovarianos (estrógeno e progesterona) também estão correlacionados ao desenvolvimento do GPCG, o que leva a predominância da lesão no sexo feminino. Também tem sido observada a predominância em leucodermas (FERNANDES *et al.* 2007).

Segundo Oliva *et al.* (2014), não foi descrito uma preferência etária ao desenvolvimento do GPCG, que pode ocorrer em qualquer época da vida, mas que se pode notar uma prevalência na faixa etária dos 30 aos 40 anos, e uma proporção maior nas mulheres do que nos homens. O GPCG é relatado com outros nomes, como epúlide de células gigantes, osteoclastoma, granuloma de células reparadoras ou hiperplasia de células gigantes.

Conforme o relato de Falaschini *et al.* (2007), o GPCG parece ser mais agressivo em crianças, apresenta reabsorção na crista alveolar interproximal, deslocamento dos dentes adjacentes à lesão e constante recidivas.

As lesões clinicamente se apresentam como um tumor nodular ou polipóide, sésil ou pediculada, pode variar do vermelho escuro ao vermelho azulado e até mesmo vermelho púrpura, com superfície lisa e brilhante ou lobulada, pode alcançar até 2 cm de diâmetro. Possui consistência gelatinosa ou mole com o crescimento retardado, circunda um ou mais elementos dentais. É indolor na inexistência de ulcerações e superinfecções, pode ocorrer sangramento frequente durante a escovação e as refeições. Observa-se um maior surgimento das lesões na

mandíbula, especificamente na região dos pré-molares e molares. (TAMAYO *et al.* 2015).

No exame radiográfico pode-se observar uma imagem radiolúcida, sem bordas definidas, por vezes apresenta um halo radiopaco em torno da lesão, e discretas áreas de reabsorção óssea em forma de taça, ligeiro alargamento do espaço do ligamento periodontal no nível apical das áreas afetadas. Os registros radiográficos são de extrema importância para indicar se é uma lesão de granuloma central de células gigantes (GCCG) ou uma lesão de GPCG facilitando o diagnóstico diferencial (PETRIS *et al.* 2008).

O diagnóstico diferencial é baseado na comparação dos sinais clínicos e histopatológicos do granuloma central de células gigantes, do cisto ósseo aneurismático, do granuloma piogênico, do carcinoma de células escamosas e fibroma ossificante periférico. O diagnóstico definitivo do GPCG é fundamentado por um exame histopatológico onde se encontra um estroma de tecido conjuntivo contendo células jovens ovóides ou fusiformes, com a presença também de células gigantes multinucleadas associadas a numerosos vasos sanguíneos de vários calibres e, por vezes espículas ósseas neoformadas (NEVILLE *et al.* 2010).

O fechamento do diagnóstico é realizado, na maioria das vezes, através de confirmação por uma biópsia incisional ou excisional e/ou punção aspirativa com agulha fina (PAAF). É de suma importância a precocidade e precisão do diagnóstico para a realização do tratamento conservador sem risco aos dentes e ao osso adjacentes. O tratamento da lesão consiste basicamente na excisão cirúrgica feita com bisturi a frio ou laser de CO<sup>2</sup>, remoção dos fatores causadores da injúria ao tecido, realização de curetagem ampla na base da lesão a fim de evitar possíveis recidivas (VERGARA *et al.* 2010).

O objetivo desse trabalho foi apresentar um caso clínico de um granuloma periférico de células gigantes, localizado na região do elemento dental 45, que teve seu tratamento realizado através de excisão cirúrgica na Policlínica Getúlio Vargas da Universidade de Uberaba, que procurou discutir as características clínicas e histopatológicas da lesão, teve como base a literatura vigente.

## 2 JUSTIFICATIVA

O cirurgião dentista tem como obrigação ética e profissional detectar, diagnosticar e tratar as lesões da cavidade oral, com o objetivo de promover a saúde dos pacientes no dia a dia da clínica odontológica, entretanto o granuloma periférico de células gigantes (GPCG) apresenta-se na literatura como uma lesão benigna, mas que possui certas características de uma lesão maligna, por isso a importância de estudar essa lesão com bastante atenção, a fim de evitar erros de diagnóstico, tendo em vista, sua semelhança com outras lesões benignas e malignas.

### **3 OBJETIVO**

Apresentar um caso clínico de um granuloma periférico de células gigantes, localizado na região do elemento dental 45, que foi tratado através de excisão cirúrgica, procurando discutir as características clínicas e histopatológicas da lesão, tendo como base a literatura vigente.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Paciente do gênero masculino, melanoderma, 45 anos de idade, sem alterações sistêmicas, apresentou-se na clínica de estomatologia da UNIUBE tendo como queixa principal, “um caroço na sua gengiva que estava incomodando muito que surgiu a 2 (dois) anos e não parava de crescer”, já tinha sido retirado por outro cirurgião dentista e recidivou. Durante a consulta, utilizamos instrumentais clínicos básicos sendo composto por espelho clínico nº 5, sonda exploradora nº 5, sonda periodontal (Carolina do Norte + OMS) e pinça clínica, além de uso específico de EPI para proteção do profissional composto de jaleco com manga longa, touca descartável, máscara descartável, óculos de proteção e luva de procedimento descartável.

Durante o exame intrabucal observamos uma lesão nodular de superfície irregular, vermelha e que media aproximadamente 3 cm em seu maior diâmetro conforme é possível verificar no “ANEXO A” deste trabalho. Na radiografia panorâmica apresentada pelo paciente e demonstrada no “ANEXO B” deste trabalho, observamos uma densidade diminuída na área da lesão, quando comparado com outro lado de referência.

Dado a possibilidade aventada de lesão maligna, realizamos uma biópsia incisional da lesão utilizando os instrumentais e materiais cirúrgicos exigidos para a execução do procedimento de coleta do material. Acompanhados do uso de EPI composto por capote cirúrgico estéril descartável, touca descartável, máscara descartável, óculos de proteção, luvas cirúrgica estéril descartável, realizamos a antisepsia extra oral, utilizando pinça collin com gaze estéril embebida com solução de digluconato de clorexidina 2% e intra oral com bochecho de digluconato de clorexidina 0,12% durante 1 minuto.

Após antisepsia, realizamos anestesia local do nervo alveolar inferior direito e também na base da lesão, com seringa carpule de refluxo carregada com tubete de anestésico a base de mepivacaína 2% + epinefrina 1:1.000.000 e agulha gengival 30G curta. Após a anestesia local, foi realizada a incisão retirando uma fatia da lesão representada no “ANEXO C”, utilizando cabo de bisturi nº 3 carregado de lâmina de bisturi nº 15. Com o auxílio de uma pinça auxiliar Dietrich, retiramos a fatia da lesão, como mostra o “ANEXO D” e imediatamente secamos essa fatia em gaze estéril e imergimos em solução de formol 10% tamponada para preservação

tecidual, em um recipiente com devida identificação do paciente e data da realização da biópsia que foi encaminhado para análise anatomopatológica no laboratório de patologia da UNIUBE.

Realizado a biópsia incisional, e após confirmação do laudo de granuloma periférico de células gigantes, executamos a devida excisão cirúrgica da lesão com os mesmos materiais e métodos utilizados na biópsia, complementando com uma vigorosa curetagem da área da lesão utilizando cureta periodontal de Gracey 13/14.

Realizamos a exodontia do dente 44 utilizando fórceps nº 151 e uma ampla curetagem do alvéolo com cureta de Lucas nº 85. Após a remoção da lesão, curetagem e exodontia do dente adjacente como podem observar no “ANEXO E”, foram realizadas as devidas suturas utilizando porta agulha de Mayo Hegar, munido de fio de sutura de seda 4-0 e agulha MT ½ circular estéril descartável e posterior liberação do paciente com as devidas orientações de pós-cirúrgico e receituário medicamentoso.

O paciente foi orientado ao retorno para avaliação da cicatrização, e manter observação profissional de 6 em 6 meses a fim de detectar possíveis recidivas. Além disso, foi orientado sobre o uso das imagens e do caso para apresentação e publicação de caráter acadêmico, sendo coletada sua assinatura para autorização do uso de imagens e depoimentos e do termo de consentimento livre e esclarecido, como podemos observar nos anexos F e G respectivamente.

## 5 RESULTADOS

O granuloma periférico de células gigantes foi conferido no laudo anatomopatológico da biópsia e realizamos a remoção dessa lesão com sucesso. A recuperação do paciente quanto à cicatrização e remoção do foco causador da lesão foi eficiente e não houve nenhuma intercorrência na saúde do operado. O paciente ficou em acompanhamento durante 1 (um) ano e não houve sinais de recidiva.

## 6 DISCUSSÃO

O Granuloma Periférico de Células Gigantes (GPCG) é uma lesão de etiologia imprecisa, tendo publicações divergentes sobre a causa dessa condição patológica. Todavia, observam-se algumas semelhanças entre os diversos autores estudados e citados no decorrer deste trabalho, o que facilita o entendimento dessa lesão. Haja vista, ser consensual nas publicações existentes, que o GPCG é ocasionado basicamente por uma reação a um tipo de injúria local causada por trauma ou irritação, entretanto, grande relevância tem sido dada em estudos recentes, da associação dessa entidade patológica a fatores hormonais.

Para Brow *et al.* (2015), o GPCG é uma lesão não neoplásica, que apresenta irritação local acompanhada de hiperplasia reativa e que na maioria dos casos não se identifica nenhum fator causal. Já para Rodrigues *et al.* (2015), o GPCG é uma lesão benigna, geralmente assintomática e proveniente de uma irritação local ou trauma. Segundo Chandna *et al.* (2017), a etiologia do GPCG surge a partir de uma irritação local física ou química e que se origina no tecido conjuntivo do perióstio ou da membrana periodontal. Para Hunasgi *et al.* (2017), o surgimento dessa lesão deve-se a um estímulo induzido por cálculo dental, substâncias químicas e/ou iatrogenias locais. Com base na literatura científica, conclui-se que a provável causa da lesão hiperplásica encontrada no paciente do presente caso seja de origem irritativa local, e os prováveis fatores etiológicos seriam cálculo dentário subgengival e placa dentária verificadas durante o exame clínico.

Segundo Giansanti *et al.* (1969) e Katsikeris *et al.* (1988), o GPCG ocorre ao longo da vida com pico de incidência entre a faixa etária de 30 a 40 anos, sendo mais comuns em mulheres e tendo preferência pela mandíbula. Para Rodrigues *et al.* (2015), as ocorrências são geralmente mais comuns em mulheres do que em homens, correspondendo a 60% dos casos no gênero feminino, como também sendo mais frequentes na mandíbula. Conforme publicação de Nedir *et al.* (1977), a preferência da lesão pela região molar e pré-molar tem sido apontada. O paciente do caso relatado tinha 45 anos, sexo masculino e a lesão encontravam-se na região de pré-molar da mandíbula, fato compatível com a literatura em idade e região de ocorrência, mas não em predileção por sexo.

No exame clínico do paciente, encontrou-se uma lesão nodular de superfície irregular, vermelha e branca, com massa lobulada, pediculada, com superfície ulcerada e que media aproximadamente 3 cm em seu maior diâmetro. Condições clínicas semelhantes a relatadas por Rodrigues *et al.* (2015); Hunasgi *et al.* (2015); Chandna *et al.*, (2017); Aksakalli (2018), que descreveram as características clínicas de lesões de GPCG, conforme esses autores, essas lesões na fase inicial são vermelhas com superfícies ulceradas e com pequeno sangramento ao toque. Em fase final aparecem como lesões firmes, pediculadas ou em forma de folha ou sésseis.

Para auxiliar no diagnóstico, o uso de radiografia como exame complementar não deve ser dispensado. No caso apresentado, a radiografia panorâmica mostrou rarefação óssea associada à lesão na mandíbula lado direito na região dos elementos dentais 45, 46. Contudo, Chandna *et al.* (2017), as lesões do GPCG possuem características radiográficas irrelevantes e portanto, não definem o diagnóstico da lesão, mas que ocasionalmente, pode-se notar uma leve reabsorção dentária adjacente. Segundo França *et al.* (2010), os achados radiográficos mostram pequena rarefação óssea, que provavelmente pode ser causada pela compressão da lesão na área. Conforme Resende *et al.* (2007); Falaschini *et al.* (2007) e Petris *et al.* (2008), o diagnóstico das lesões de GPCG, deve ser feito apenas pelo exame clínico e histopatológico, descartando os exames por imagem. Notadamente, as características radiográficas não definem a lesão, porém, é de grande importância para verificar o grau de destruição óssea associada à lesão, inclusive, fornecendo dados importantes para realização do tratamento cirúrgico desse tipo de lesão.

O diagnóstico correto dessas lesões depende de várias manobras como anamnese completa, um bom exame clínico que deverão ser ordenadas através de um raciocínio lógico, para que se tenha um diagnóstico definitivo dessa condição patológica. Para tanto, é indispensável o exame histopatológico a fim de descartar outras lesões reativas da mucosa oral com aspectos semelhantes ao GPCG, como também uma eventual lesão maligna. No presente caso, a biópsia da lesão mostrou nos cortes histológicos, fragmentos de mucosa oral revestida por epitélio pavimentoso estratificado com extensa área de ulceração, com atrofia epitelial, células gigantes multinucleadas permeando e entremeando vasos sanguíneos que apresentavam hemorragia e hemossiderina. Peralles *et al.* (2006); Rajendran *et al.*

(2006); Naderi *et al.* (2012) e Rodrigues *et al.* (2015), em seus achados histopatológicos também encontraram características histológicas semelhantes, ressaltando a importância da presença de células gigantes multinucleadas no estroma do tecido conjuntivo para o fechamento do diagnóstico.

No presente caso, optou-se pela excisão cirúrgica e remoção concomitantes dos fatores etiológicos locais. Sendo efetuada uma ampla curetagem dos tecidos moles envolvidos e raspagem das raízes dentais adjacentes a lesão. Conduta de tratamento em concordância com Kfir *et al.* (1980) e Neville *et al.* (2010), que publicaram a necessidade de remover os fatores irritantes locais, para evitar as chances de recidivas. Katsikeris *et al.* (1988) observaram recidivas nos casos de GPCG em torno de 10% dos casos. Demonstrando assim, ser essa lesão mais agressiva do que o fibroma periférico e o granuloma piogênico, cujas recidivas não são esperadas.

## 7 CONCLUSÃO

Diante da análise criteriosa da literatura, pode-se concluir:

- a) A GPCG é uma lesão nodular eritematosa benigna, reativa, agressiva que pode aparecer na gengiva ou rebordo alveolar.
- b) O exame anatomopatológico é fundamental para conferir a possibilidade de ser outra lesão reativa, ou mesmo uma lesão maligna.
- c) O tratamento dessas lesões deverá ser realizado através da excisão cirúrgica.
- d) A preservação do paciente torna-se imperiosa considerando-se o risco de recidiva do caso em questão.

## REFERÊNCIAS

AKSAKALLI, Nihan. Avaliação da osteopontina em granuloma oral periférico e central de células gigantes. **Indian Journal of Pathology e Microbiology**. Março de 2018. Volume 61. Questão 1. Página 18-21.

BROWN, Amy Louise *et al.* Granuloma de Células Periféricas Associadas a um Implante Dentário: Um Relato de Caso e Revisão da Literatura. **Case Reports in Dentistry**. Março de 2015. PMID: PMC4378320.

CHANDNA, Preetika *et al.* Lesões periféricas e centrais de células gigantes em crianças: experiência institucional no Subharti Dental College e Hospital. **Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology**. Outubro/Dezembro de 2017. Volume 38. Questão 4. Página 440-446. PMID:PMC5759061.

FALASCHINI, S. *et al.* Granuloma de células gigantes periféricas: análise imuno – histoquímica da população celular em três casos clínicos. **Avanços na Odontoestomatologia**. Volume 23. Questão 4. Madrid. Julho/Agosto 2007. ISSN 0213-1285.

FERNANDES, Marilene Issa *et al.* Lesão de células gigantes periférica em paciente periodontal – relato de caso. **RFO**, v. 12, n. 1, p. 56-60, Janeiro/Abril 2007.

FRANÇA, Diurianne C. C. *et al.* Granuloma Periférico de Células Gigantes: Relato de caso com acompanhamento de 2 anos. **Revista Odontológica Brasil Central** 2010; 19(51). ISSN 1981 – 3708.

GIANSANTI, J. S; WALDRON, C. A. Granuloma de células gigantes periféricas: revisão de 720 casos. **Journal Oral Surgery**. 1969; 27: 787-91.

HUNASGI, Santosh *et al.* Avaliação de lesões gengivais reativas da cavidade oral: estudo histopatológico. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**. Janeiro/Abril de 2017. Volume 21. Página 180. PMID:PMC5406807.

KATSIKERIS, N; KAKARANTZA, A. E; ANGELOPOULOS, E. Granuloma de células gigante periféricas: Estudo clínico-patológico de 224 novos casos e revisão de 956 casos relatados. **International Journal Oral Maxillofacial Surgery**. 1988; 17: 94-9.

KFIR, Y; BUCHNER, A; HANSEN, L. S. Lesões reativas da gengiva: Um estudo clinicopatológico de 741 casos. **Journal Periodontology**. 1980; 51 : 655-61.

NADERI, N.J; ESHGHYAR, N; ESFEHANIAN, H. Lesões reativas da cavidade oral: Um estudo retrospectivo de 2068 casos. **Dental Restorative Journal (Isfahan)**. 2012; 9: 251-5.

NEDIR, R; LOMBARDI, T; SAMSON, J. Granuloma de células gigantes periféricas recorrentes associado à reabsorção cervical. **Journal Periodontology**. 1997; 68: 381-4.

NEVILLE, Brad W *et al*. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4ª Ed, Rio de Janeiro; Editora Elsevier, 2010.

OLIVA, Luis *et al*. Granuloma de células gigantes periféricas: recorrência pós-operatória. Revisão da literatura e relato de um caso clínico. **Revista Odontológica Mexicana**, v. 18, n. 3, p. 180-185, Julho/Setembro 2014. ISSN 1870-199X.

PERALLES, P. G *et al*. Lesões reativas gengivais e alveolares hiperplásicas: estudo clínico-patológico de 90 casos. **Brazil Journal Oral Science**. 2006; 5: 1085-9.

PETRIS, Gustavo Passarelli *et al*. Lesão Periférica de Células Gigantes – Diagnóstico Diferencial e Tratamento da Lesão: Relato de Caso Clínico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. v. 49, n. 4, 2008.

RAJENDRAM, R. **Tumores benignos e malignos da cavidade oral**. Livro de Shafer de Patologia Oral 5ª Ed. 2006; 113-308.

RESENDE, Celso Renato de Souza *et al*. Granuloma periférico de células gigantes – imunohistoquímica anti-tnf-alfa. **Jornal Periodontia**. Dezembro de 2017. Volume 17 – Numero 04.

RODRIGUES, Silvia Victor *et al*. Granuloma de células gigantes periféricas: essa enfermidade é uma raridade. **Indian Society Periodontology**. Julho/Agosto de 2015. PMID:PMC455810.

TAMAYO, Sara Milagros Rodriguez *et al*. Apresentação de um paciente com granuloma de células gigantes periféricas. **Correio Científico Médico**, v. 19, n. 2, Holguín, Abril/Junho 2015. ISSN 1560-4381.

VERGARA, Clara Inés; CABALLERO, Antônio Díaz; TÓVAR, Luis Arévalo. Granuloma periférico de células gigantes. Relatório de um caso. **Faculdade de Odontologia Universidade de Antioquia**. v. 22, n. 1, Medellin, Julho/Dezembro 2010. ISSN 0121-246X.

**ANEXOS****ANEXO A – Fotografia clínica da lesão.**

**ANEXO B – Radiografia panorâmica.**



**ANEXO C – Incisão da biópsia.**

**ANEXO D – Fatia de tecido incisionada para biópsia.**



## ANEXO E – Laudo anatomopatológico

<b>Paciente:</b> Francisco Ivanildo Dias			
<b>No. Lab.:</b> 7470-AP	<b>Coleta:</b> 27/06/2018	<b>Recebimento:</b> 28/06/2018	<b>Prontuário Nº.:</b> 78624
<b>Idade:</b> 45 anos	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Raça:</b> Melanoderma	<b>Disciplina:</b> Estomatologia
<b>Localização da Lesão:</b> Região do elemento dental 45 (que é ausente) no rebordo.			
<b>Diagnóstico Clínico ou Hipótese(s) Diagnóstica(s):</b> Granuloma piogênico; Granuloma periférico de células gigantes. Carcinoma de células escamosas.			
<b>Recebido de:</b> Prof. Paulo Roberto Henrique			

**HISTÓRIA CLÍNICA**

Região do elemento dental 45 (que é ausente) no rebordo. Massa lobulada, pendiculada, superfície ulcerada, vermelha e branca.

**EXAME MACROSCÓPICO**

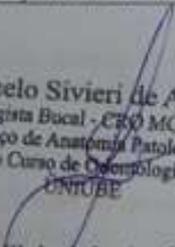
O material recebido para exame consta de um fragmento que mede 1,7 x 1,3 x 0,5 cm, formato e superfície irregulares, consistência borrachóide, coloração esbranquiçada acinzentada e acastanhada escura (1c, 3f. ITM).

**EXAME MICROSCÓPICO**

Os cortes histológicos revelaram fragmentos de mucosa oral revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado que mostra-se descontínuo com extensa área de ulceração e presença de membrana fibrinopurulenta. O epitélio exibe atrofia, exocitose e áreas focais de degeneração hidrópica. O tecido conjuntivo é denso, representado por exuberante lâmina própria que apresenta numerosos e pequenos vasos sanguíneos, por vezes congestionados e com a presença de hemorragia e hemossiderina. Observa-se a presença de células fibroblástica proliferativas permeando vasos sanguíneos neoformados e por vezes entremeadas células gigantes multinucleadas intensamente basofílicas. Intenso infiltrado inflamatório mononuclear e polimorfonuclear é visto permeando vasos sanguíneos, as células fibroblástica e as células gigantes multinucleadas. Não foram observadas estruturas que compõem a submucosa. Exudato fibrino-hemorrágico é visto permeando as bordas do material analisado.

**DIAGNÓSTICO APÓS MICROSCOPIA**

Granuloma periférico de células gigantes.

  
**Marcelo Sivieri de Araújo**  
 Patologista Bucal - CRO MG 16636  
 Serviço de Anatomia Patológica  
 do Curso de Odontologia  
 UNRUBR

**Marcelo Sivieri de Araújo, CD**  
 Patologista Bucal – CRO MG 16636  
 Data da emissão: 04/07/2018

**ANEXO F** – Aspecto clínico após a excisão cirúrgica e exodontia do dente 44.



**ANEXO G – Autorização de imagem e depoimentos.****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS**

Eu, Francisco Ivanildo Dias, CPF 142.198.988-32, RG M-7932388, declaro que depois de conhecer e entender os objetivos e procedimentos metodológicos do relato de caso, bem como de estar ciente da necessidade do uso da imagem e/ou depoimentos, especificados no “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, autorizo, através do presente termo, os acadêmicos Eurico Lacerda Junior e Karuline Peres Ferreira, sob orientação do Professor Paulo Roberto Henrique, a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiro a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos acadêmicos acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas leis que resguardam os deveres do cirurgião-dentista e os direitos do paciente, conforme o “Capítulo VI – Do Sigilo Profissional”, Art. 14, parágrafo I – **Código De Ética Odontológica** – Resolução CFO-118/2012.

UBERABA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Paciente: Francisco Ivanildo Dias

---

Assinatura do Acadêmico: Eurico Lacerda Junior

---

Assinatura do Acadêmico: Karuline Peres Ferreira

---

Assinatura do Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique

**ANEXO H – Termo de consentimento livre e esclarecido.****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Nome do Projeto:** Granuloma Periférico de Células Gigantes – Relato de Caso.

**Orientador do Projeto:** Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique.

**Acadêmicos Responsáveis Pelo Projeto:** Eurico Lacerda Junior RA:5135466.

Karuline Peres Ferreira RA:5136165.

**Instituição de Ensino:**UNIUBE – Universidade de Uberaba.

Você está sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa na Universidade de Uberaba, a ser realizado pelos discentes Eurico Lacerda Junior e Karuline Peres Ferreira, sob a orientação do docente Paulo Roberto Henrique. O objetivo deste projeto será a realização do diagnóstico, discussão e tratamento de uma lesão bucal. Os seus dados serão mantidos em sigilo e serão utilizados apenas com fins científicos, tais como apresentações em congressos e publicação de artigos científicos. Seu nome ou qualquer identificação sua (voz, foto, etc.) jamais aparecerá. Pela sua participação no projeto, você não receberá nenhum pagamento, e também não terá nenhum custo. Você pode parar de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para você ou para seu tratamento/atendimento. Sinta-se à vontade para solicitar, a qualquer momento, os esclarecimentos que você julgar necessários. Caso decida-se por não participar, ou por não ser submetido a algum procedimento que lhe for solicitado, nenhuma penalidade será imposta a você, nem o tratamento ou atendimento será alterado ou prejudicado. Você receberá uma cópia desse termo, assinado pela equipe, onde constam os nomes e os telefones da equipe de pesquisadores, caso você queira ou precise entrar em contato com eles.

UBERABA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Paciente: Francisco Ivanildo Dias

---

Assinatura do Acadêmico: Eurico Lacerda Junior – Tel.: (34) 98864-4977

---

Assinatura do Acadêmico: Karuline Peres Ferreira – Tel.: (62) 98107-6097

---

Assinatura do Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique – Tel.: (34) 99699-0389