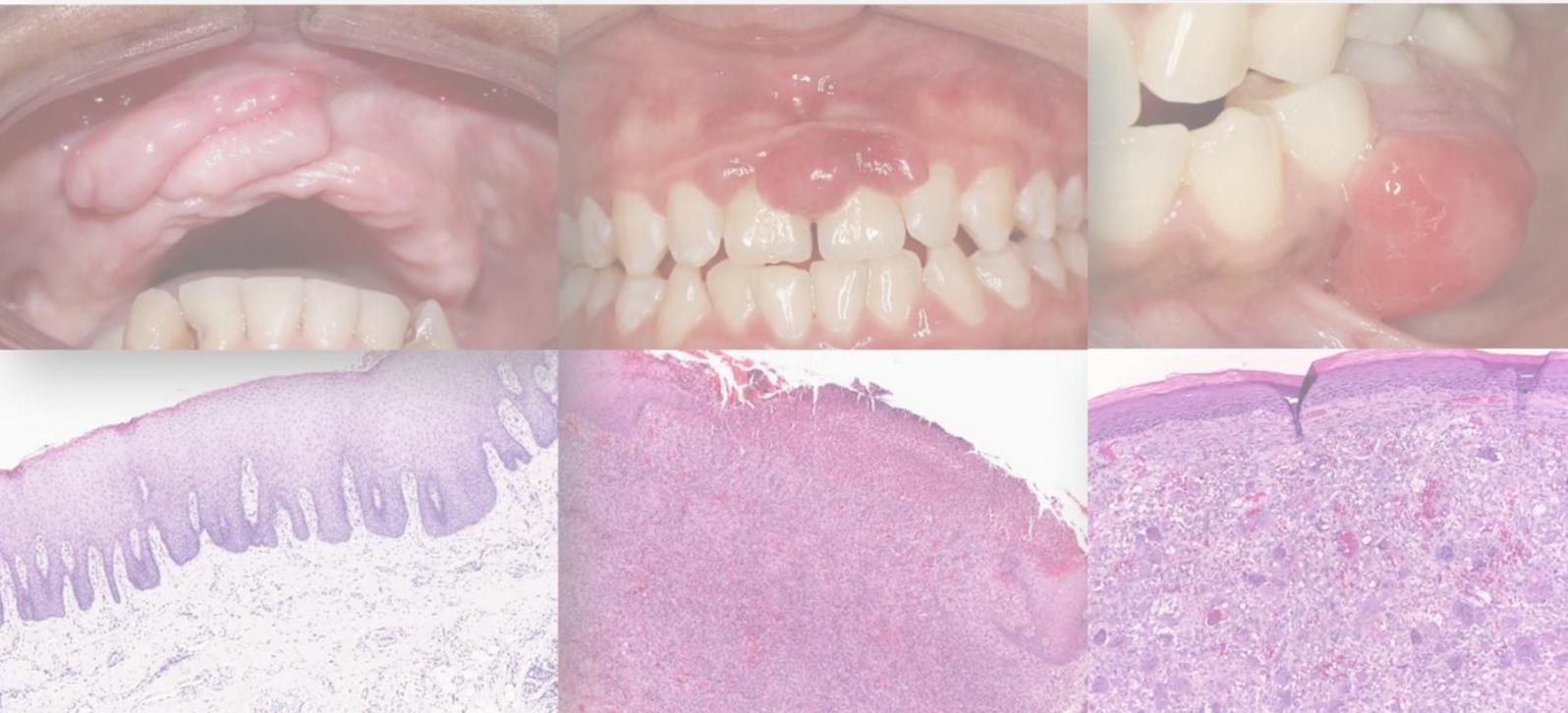


PROCESSOS PROLIFERATIVOS NÃO NEOPLÁSICOS



Cristiane Andressa Pissaia*

Nathália Vanzella Figueiredo*

Isabella Christina Costa Quadras*

João Gabriel Gava Sauchuk*

Heliton Gustavo de Lima**

Maria Ângela Naval Machado**

*Acadêmicos da graduação do Curso de Odontologia da UFPR.

**Professores Doutores da Disciplina de Patologia Bucal do Curso de Odontologia da UFPR.

Sumário

Introdução	3
Hiperplasia Fibrosa Focal	4
Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	8
Hiperplasia por Câmara de Sucção	12
Hiperplasia do Freio	13
Pólipo Fibroepitelial	14
Hiperplasia Papilomatosa Inflamatória	15
Granuloma Piogênico	18
Lesão Periférica de Células Gigantes	22
Fibroma Ossificante Periférico	26
Estudo dirigido	30
Referências Bibliográficas	31

Introdução

Este recurso educacional aberto (REA) foi confeccionado com o objetivo de facilitar o entendimento a respeito dos Processos Proliferativos Não Neoplásicos (PPNN), e despertar o interesse dos graduandos do curso de Odontologia a respeito do assunto. Durante a leitura do REA o acadêmico encontrará dicas, curiosidades, imagens clínicas e histopatológicas, conteúdo teórico e estudo dirigido sobre os PPNN da cavidade oral.

Os PPNN são um grupo de lesões comuns na boca, que possuem um crescimento tecidual exófito de natureza inflamatória, e que não apresentam características histológicas neoplásicas.

As lesões em algumas semanas devido a sua natureza inflamatória podem ter um crescimento rápido e atingir grandes dimensões, motivo que leva o paciente a procurar o cirurgião-dentista. A própria denominação “processos proliferativos”, significa que as lesões possuem constituintes do tecido epitelial e/ou conjuntivo que irão proliferar e em resposta a um trauma contínuo e de baixa intensidade como o uso de próteses mal adaptadas, vício de morder a mucosa ou ainda em resposta a agentes irritantes locais, como o biofilme dental.

Além dos aspectos clínicos, as características histopatológicas são essenciais para estabelecer o diagnóstico diferencial entre esse grupo de lesões. Serão abordados neste REA as lesões mais frequentes na rotina clínica, incluindo as hiperplasias fibrosas, dentre elas a hiperplasia fibrosa focal, hiperplasia fibrosa inflamatória, hiperplasia papilar inflamatória, hiperplasia por câmara de sucção, hiperplasia do freio, pólipos fibroepiteliais, granuloma piogênico, o granuloma periférico de células gigantes e o fibroma ossificante periférico. São lesões prevalentes, e que são apresentadas clinicamente por pápulas ou nódulos, e tratados na maioria dos casos com excisão cirúrgica.

O conhecimento dos aspectos clínicos e histopatológicos dos PPNN é fundamental para que os futuros cirurgiões dentistas realizem o diagnóstico diferencial com segurança.

O diagnóstico de cada uma dessas lesões é realizado de forma individual, pois os aspectos clínicos dos PPNN podem ser semelhantes, principalmente quando envolvem a gengiva. É importante salientar que na maioria das vezes, o diagnóstico definitivo só ocorre mediante ao exame histopatológico. Além disso, ter conhecimento para ler e interpretar os resultados dos exames anatomopatológicos após a análise dos fragmentos de tecidos obtidos por meio de biópsias é um diferencial muitas vezes negligenciado pelo profissional.

Palavras-chave: Patologia Bucal, Granuloma Piogênico, Hiperplasia, Fibroma, Diagnóstico Diferencial.

Hiperplasias fibrosas

As Hiperplasias Fibrosas (HF) são processos patológicos reacionais que ocorrem pelo aumento do número de células em um tecido. Podemos diferenciá-las das neoplasias porque apresentam proliferação celular reacional e não autônoma, geralmente em resposta a um estímulo físico (trauma), hormonal ou inflamatório.

As HFs se desenvolvem a partir de um trauma crônico de baixa intensidade, e são as lesões mais comuns em cavidade bucal. Na maioria das vezes seu tratamento é a excisão cirúrgica e a remoção do estímulo causador do trauma.

ATENÇÃO: Dentre as hiperplasias, podemos citar: Hiperplasia Fibrosa Focal, Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, Hiperplasia por Câmara de Sucção, Hiperplasia do Freio, Hiperplasia Papilar Inflamatória, Pólipo Fibroepitelial, Granuloma Piogênico, Granuloma Periférico de Células Gigantes, e Fibroma Ossificante Periférico.

Hiperplasia fibrosa focal

A Hiperplasia Fibrosa Focal (HFF), também conhecida como fibroma, ou fibroma de irritação é uma lesão ocasionada por um traumatismo crônico de baixa intensidade, ou por estresse e ansiedade que leva os pacientes a morder repetidamente na região. A maior frequência dessa lesão é em mucosa jugal, secundária ao trauma por mordida, mas apesar de menos comum, pode ocorrer também em língua e em lábio inferior e em gengiva. A HFF muitas vezes pode prejudicar a fonação e a mastigação do paciente.

CURIOSIDADE: A HFF tem predileção por mulheres na sexta década de vida, na proporção de 2:1 em relação aos homens (Neville et al., 2016).

Características clínicas

A HFF é um nódulo de superfície lisa com forma e tamanho variado, com base de implantação sésil ou pediculado (figs. 1 e 2). Com frequência, apresenta a coloração rósea, semelhante à mucosa normal, porém a superfície pode se apresentar esbranquiçada, em decorrência de hiperqueratose ou eritematosa em decorrência de inflamação, ou ainda ulcerada (figs. 2 e 3) com sintomatologia dolorosa. O tamanho médio é de 1,5cm, porém pode variar de tamanho.



Figura 1 - Hiperplasia Fibrosa Focal, representada por um nódulo de base sésil em mucosa jugal na altura da oclusão dos dentes posteriores em decorrência da mordida. Observe o primeiro pré molar fraturado em proximidade ao nódulo.

Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 - Neoplasias de Tecidos moles. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016.

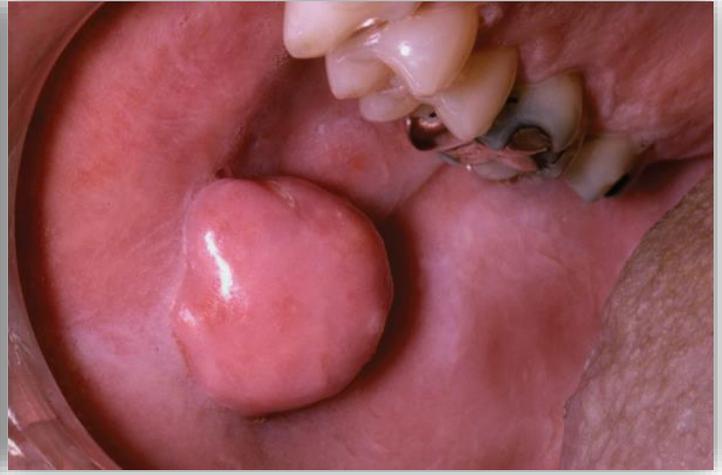


Figura 2 - Hiperplasia Fibrosa Focal em mucosa jugal direita. Observe como o nódulo atingiu uma dimensão maior que o usual.

Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 - Neoplasias de Tecidos moles. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.



Figura 3 – Nódulo sésil em mucosa jugal esquerda, apresentando superfície com área branco-amarelada, indicando ulcera recoberta por membrana fibrinopurulenta.

Fonte: Martorelli et. al - Fibroma de Irritação Ulcerado em Mucosa Jugal Odontol. Clín.-Cient., Recife, 19(5) 401 - 404, Novembro, 2020.

Características histopatológicas

A HFF apresenta epitélio pavimentoso, estratificado, hiperplásico, ceratinizado, alternando áreas de paraqueratose e hiperqueratose. O epitélio apresenta atrofia das cristas. Já o tecido conjuntivo é fibroso e denso, composto por feixes de fibras de colágenas dispostas de forma circular, irradiada ou aleatória, entremeados por fibroblastos e pequenos vasos sanguíneos. Pode ser observada uma inflamação difusa, principalmente abaixo da superfície epitelial.

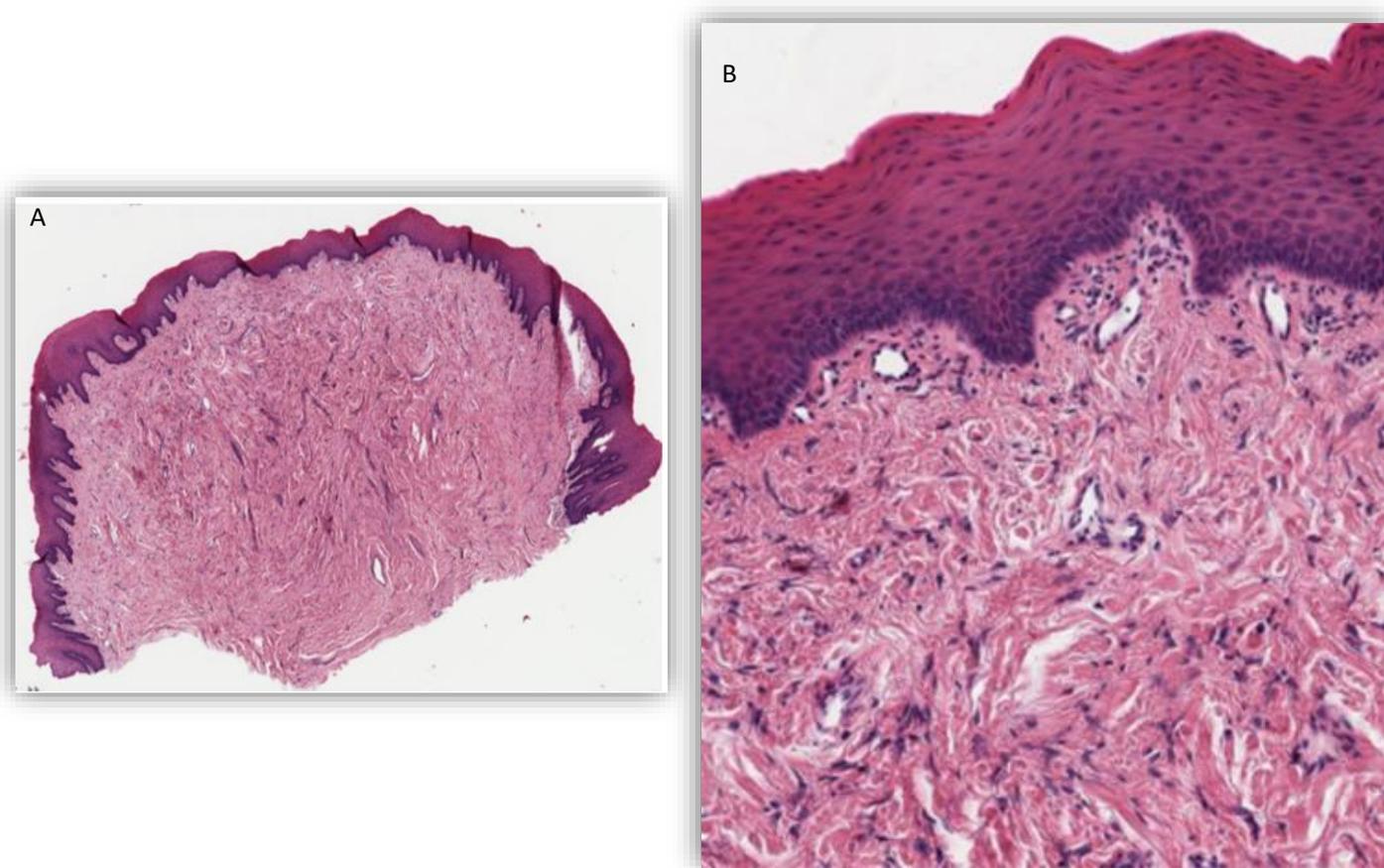


Figura 4 A e B: A- Fotomicrografia em menor aumento de uma HFF, observe o contorno nodular da lesão. B- Observe que o epitélio é paraqueratinizado, exibe áreas de hiperplasia, atrofia e acantose. O tecido conjuntivo é bem fibroso (HE).

Fonte: Virtual Microscopy - School of Dentistry Pathology Slides. Indiana UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE VIRTUAL MICROSCOPY, 2014. Disponível em: <https://vmicro.iusm.iu.edu/virtual_dent/dental_toc.htm>. Acesso em: 14 de Julho de 2021.

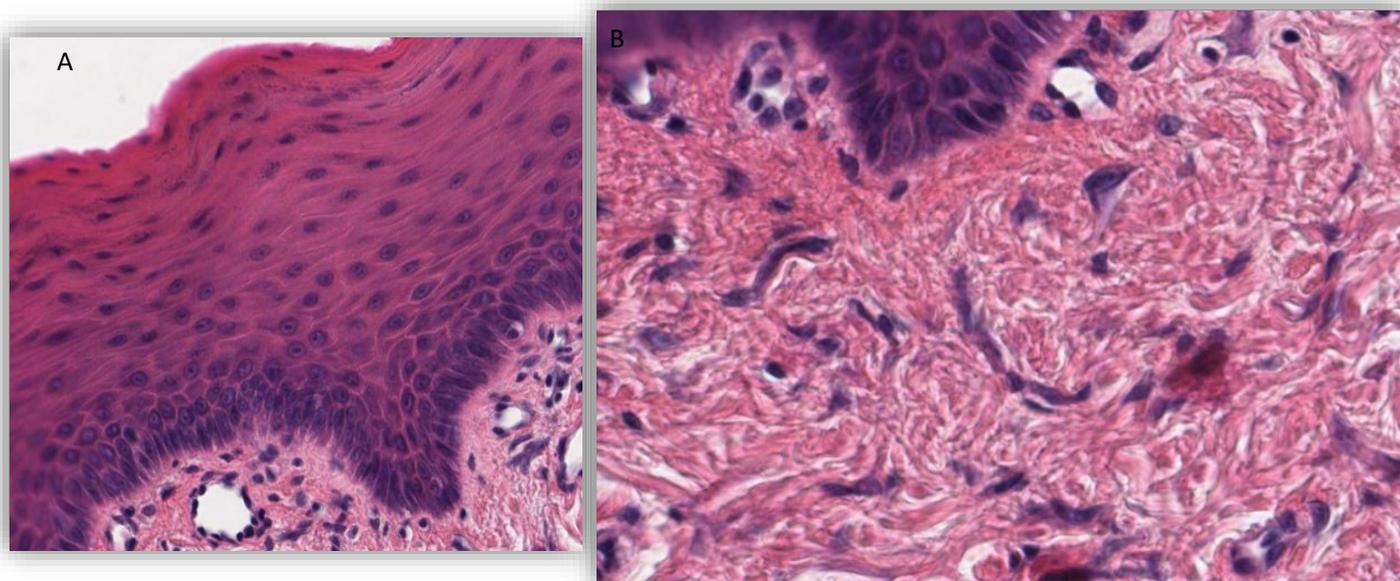


Figura 5: A e B. (HE) - Fotomicrografia de HFF. 5A- Em maior aumento, observar no epitélio a presença de células achatadas, dispostas em camadas. Notar a camada córnea mantendo o núcleo dos queratinócitos no epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado. 5B- Observar no tecido conjuntivo fibroso a exuberante quantidade de fibras colágenas e fibroblastos com discreto infiltrado inflamatório mononuclear. (HE)

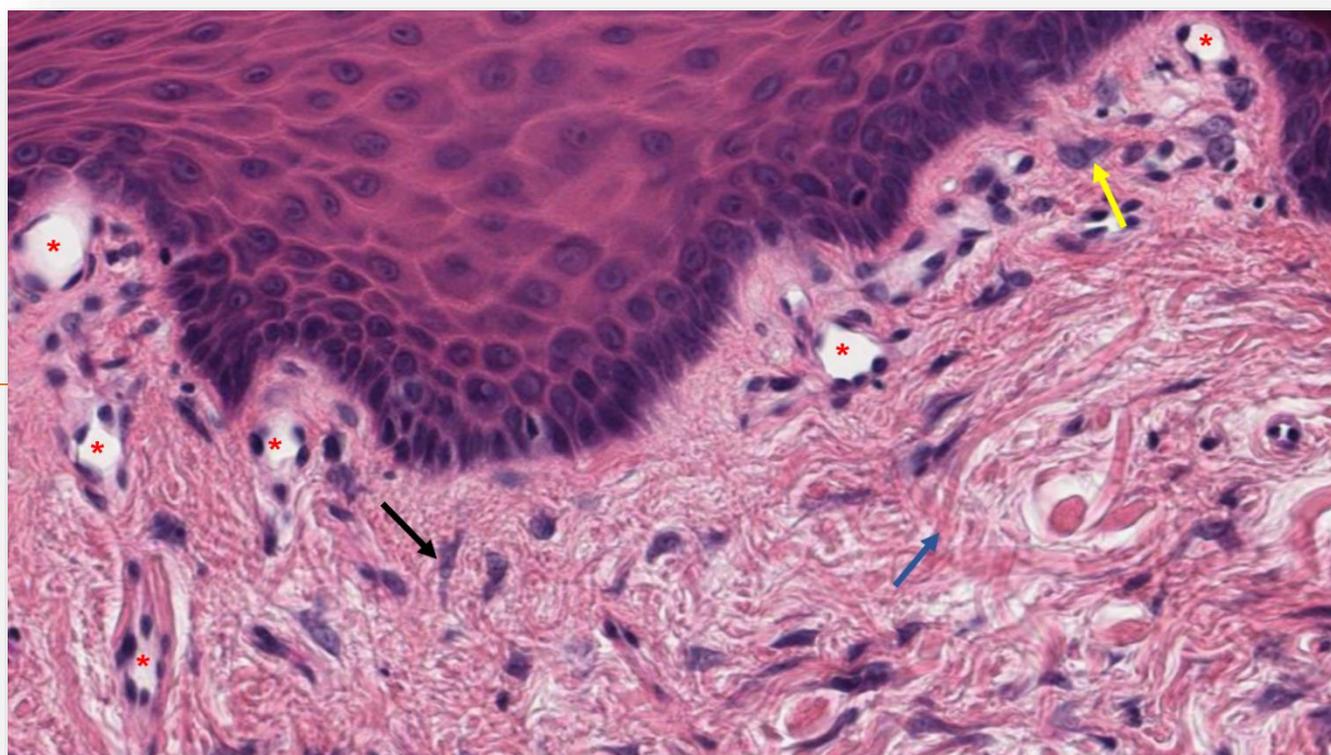


Figura 6 – Fotomicrografia em maior aumento de HFF. Observar o formato pavimentoso das células do epitélio, as fibras colágenas (seta azul) dispostas de forma aleatória, além de vasos sanguíneos (*) e fibroblastos (seta preta), que são células com núcleos achatados e a presença de discreto infiltrado inflamatório, macrófagos (seta amarela). (HE)

Figuras 5A, 5B e 6 - Fonte: Virtual Microscopy - School of Dentistry Pathology Slides. Indiana University School of Medicine Virtual Microscopy, 2014. Disponível em: <https://vmicro.iusm.iu.edu/virtual_dent/dental_toc.htm>. Acesso em: 14 de Julho de 2021.

Diagnóstico diferencial: *Lipoma, Neurofibroma, Rabdomioma, Leiomioma, Tumores de Glândula Salivar Menor, Granuloma Piogênico e Fibroma Ossificante Periférico.* As características clínicas dessas lesões podem ser semelhantes, daí a importância de realizar um correto diagnóstico diferencial e obter o laudo histopatológico para diferenciar as lesões.

NÃO SE ESQUEÇA: O tratamento da HFF é a excisão cirúrgica, com a eliminação do agente traumático.
A recidiva é incomum nestes casos.

Excisão cirúrgica total significa remover a lesão inteira.

Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

É uma hiperplasia de tecido conjuntivo fibroso que se desenvolve em associação as bordas de uma prótese total ou parcial mal adaptada. É conhecida por outros nomes, como epúlide fissurada, tumor por lesão de dentadura, epúlide por dentadura e hiperplasia fibroepitelial.

CURIOSIDADE: O termo “**epúlide**”, às vezes, é usado como sinônimo de epúlide fissurada. Mas na verdade, é um termo genérico que define qualquer aumento presente na gengiva ou no rebordo alveolar. Por isso, alguns autores preferem que a denominação utilizada seja Hiperplasia Fibrosa Inflamatória.



Figura 8 - Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. Pregas de tecido hiperplásico no vestibulo maxilar anterior.

Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Cap. 12 Neoplasias de Tecidos moles. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

Características Clínicas

Apresenta-se como uma prega única ou múltipla de tecido hiperplásico no vestíbulo alveolar. O tecido é firme e fibroso e algumas vezes pode se apresentar eritematoso e ulcerado. O tamanho da lesão pode variar de poucos milímetros a alguns centímetros. Se desenvolve na região vestibular do rebordo alveolar, mas também pode aparecer na face lingual do rebordo alveolar inferior. Os sintomas dependem da intensidade do trauma. Ocorre mais comumente em adultos de meia-idade e idosos, por ser uma lesão relacionada ao uso de prótese. O gênero feminino é o mais afetado.



Figura 9 - Hiperplasia Fibrosa Inflamatória em fundo de vestibulo com uma fissura na qual a prótese total se encaixava.

Fonte: TOMMASI, M. H. M. Diagnóstico em Patologia Bucal. Capítulo 12: Processos Proliferativos não Neoplásicos. 4. Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Características Histopatológicas

O epitélio da mucosa bucal é do tipo estratificado pavimentoso queratinizado, apresenta áreas de hiperplasia, acantose, exocitose e espongiose. Pode ser observadas áreas de ulceração. O tecido conjuntivo é fibroso e apresenta grande quantidade de fibras colágenas e um número variável de vasos sanguíneos. Em algumas outras áreas o tecido conjuntivo pode ser frouxo. O infiltrado inflamatório crônico pode variar de moderado a intenso e é constituído de células mononucleares (linfócitos, macrófagos e plasmócitos).

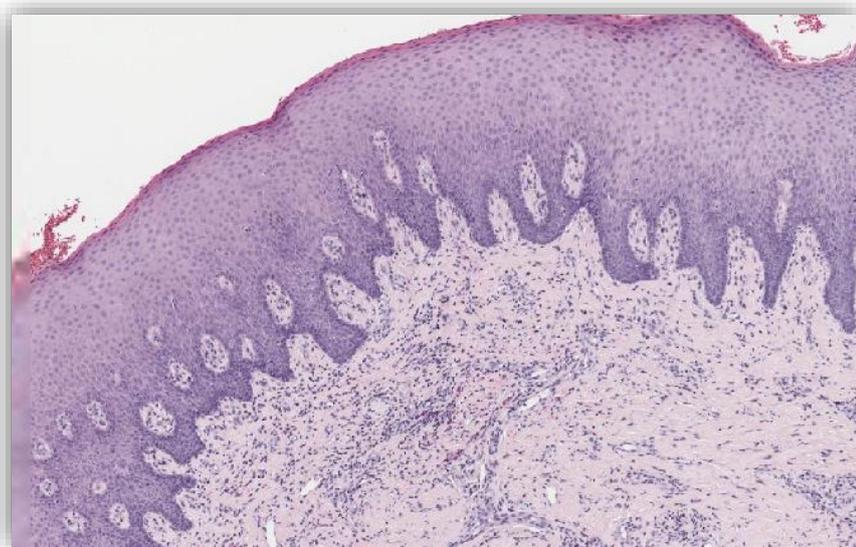


Figura 10 – Fotomicrografia de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. O epitélio estratificado pavimentoso é paraqueratinizado e exhibe hiperplasia, lembrando a hiperplasia pseudocarcinomatosa. O tecido conjuntivo é fibroso e exhibe um infiltrado inflamatório crônico de células mononucleares, fibroblastos e observam-se vasos sanguíneos (HE).

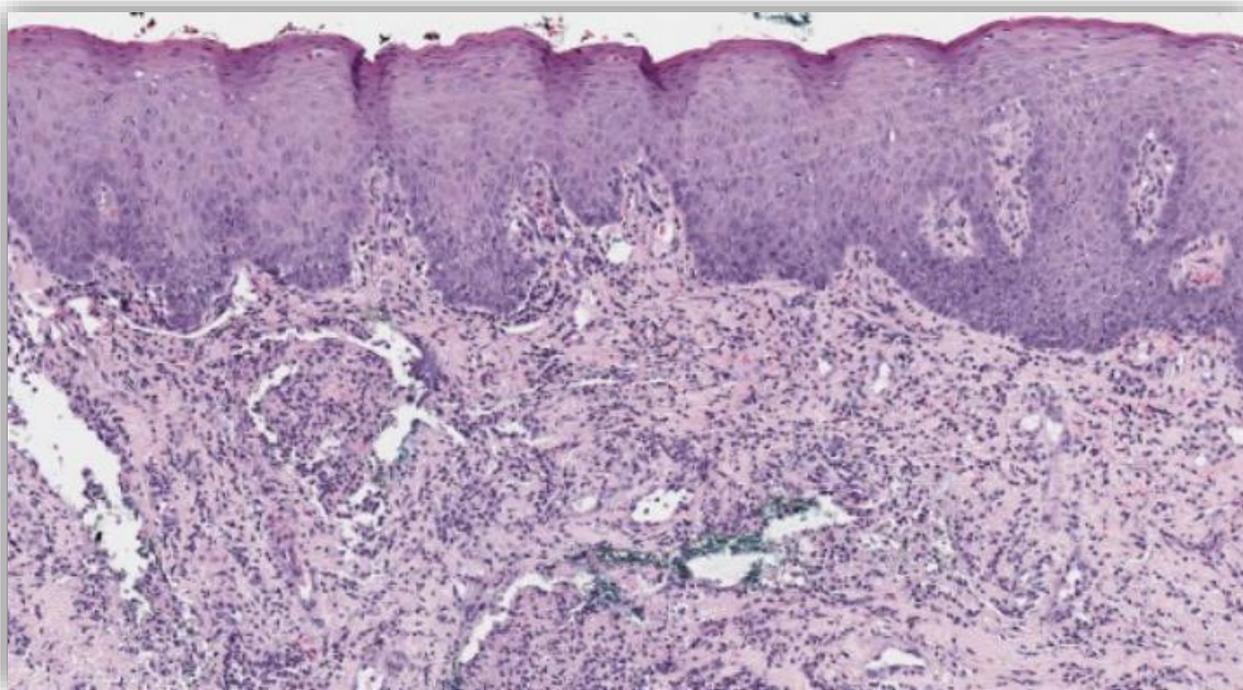


Figura 11 – Fotomicrografia de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. Epitélio estratificado pavimentoso queratinizado mostrando áreas de hiperplasia e acantose, e o tecido conjuntivo apresenta um intenso infiltrado inflamatório crônico(HE).

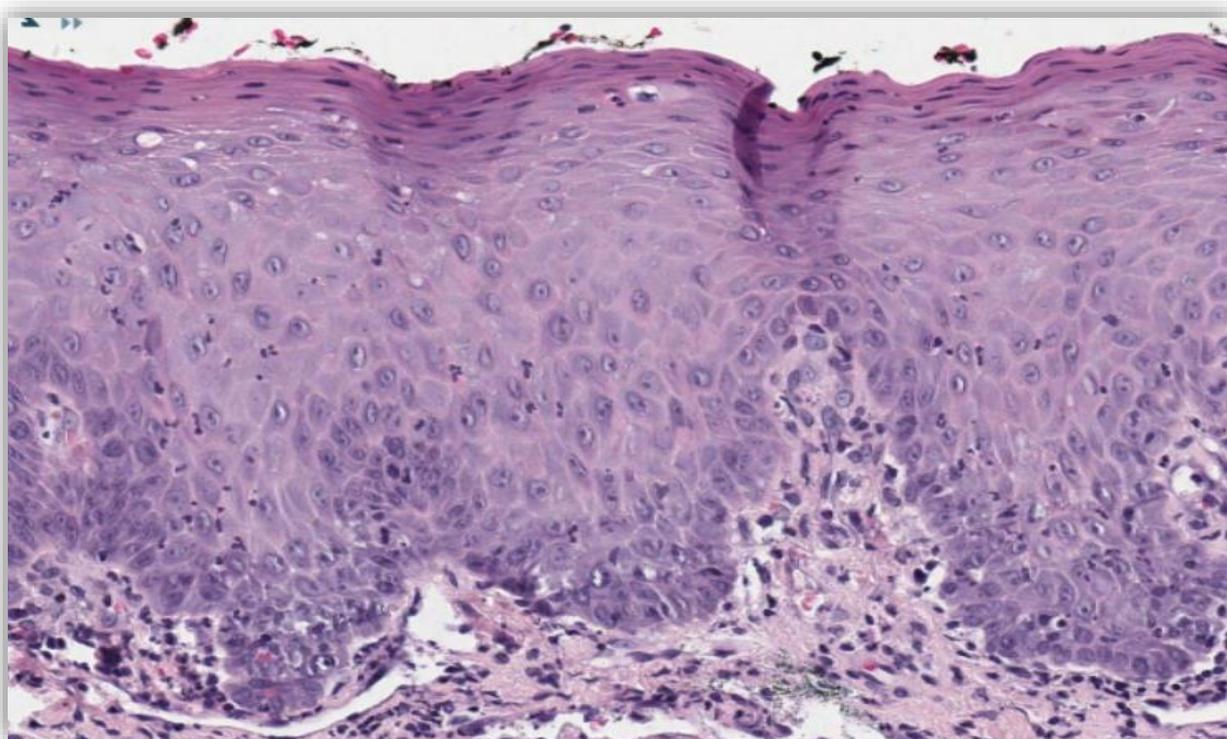


Figura 12 – Fotomicrografia de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. O Epitélio estratificado pavimentoso queratinizado mostra áreas de hiperplasia, acantose, excitose e espongiose (HE).

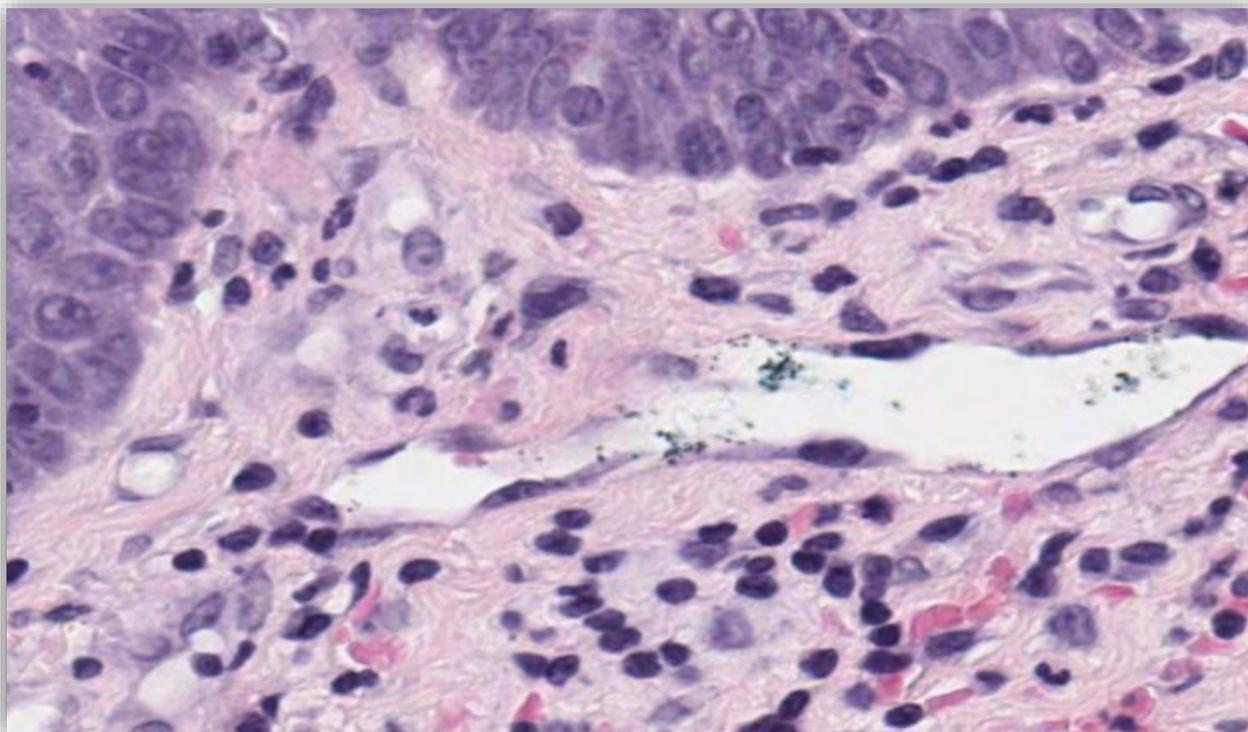


Figura 13 – Fotomicrografia de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. O tecido conjuntivo é denso fibroso e exibe um intenso infiltrado inflamatório crônico entremeados por fibras colágenas, com quantidade variável de vasos sanguíneos. O infiltrado inflamatório é mononuclear composto por linfócitos, macrófagos e plasmócito (HE).

Figuras 10, 11, 12 e 13 - Fonte: Virtual Microscopy - School of Dentistry Pathology Slides. Indiana University School of Medicine Virtual Microscopy, 2014. Disponível em: <https://vmicro.iusm.iu.edu/virtual_dent/dental_toc.htm>. Acesso em: 14 de Julho de 2021.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial das lesões que estão localizadas na gengiva inserida inclui: granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico, lesão periférica de células gigantes e neoplasias mesenquimais benignas. Quando localizadas em outras áreas da mucosa bucal, o diagnóstico diferencial deve considerar principalmente as neoplasias mesenquimais e glandulares.

Tratamento e prognóstico

O tratamento da hiperplasia fibrosa inflamatória consiste na remoção cirúrgica ou excisão cirúrgica, com o exame microscópico do tecido removido. A prótese mal adaptada deve ser refeita ou corrigida para prevenir a recidiva da lesão.

Hiperplasia por Câmara de Sucção

É causada pela câmara de sucção, definida como uma cavidade que os protéticos faziam na parte central da prótese total mucosuportada (PTM) superior para aumentar a retenção e dar estabilidade a PTM no palato. Porém a pressão negativa da câmara de sucção exercida sobre a mucosa, causa o desenvolvimento de uma hiperplasia.

Características clínicas

Esta hiperplasia é bem aderida ao osso e sua coloração é semelhante à da mucosa. A câmara de sucção estimula a proliferação da mucosa e preenche o espaço entre o palato e a prótese, ficando assim com a forma e o volume da câmara.

CURIOSIDADE: As próteses totais atuais não possuem câmara de sucção devido a possibilidade de causar hiperplasia. Por este motivo, é cada vez mais difícil encontrar pacientes com esta hiperplasia.



Figura 14- A: Hiperplasia fibroepitelial inflamatória no palato provocada por câmara de sucção (CS) em prótese total (PT). A hiperplasia tem exatamente o mesmo formato da CS.; B: Prótese total com cavidade (CS) no centro.

Fonte: TOMMASI, M. H. M. Diagnóstico em Patologia Bucal. Capítulo 12: Processos Proliferativos não Neoplásicos 4. Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Características Histopatológicas

As pápulas na superfície da hiperplasia são cobertas por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado, hiperplásico e tecido conjuntivo fibroso exibindo infiltrado inflamatório crônico com células mononucleares. O tecido conjuntivo pode ser frouxo ou até densamente colagenizado, semelhante a figura 10.

Tratamento e prognóstico

Excisão cirúrgica, remoção do trauma e confecção de uma nova prótese. Além da orientação sobre a higienização da prótese para eliminar a placa e conservá-la limpa e remoção da mesma durante a noite.

Hiperplasia do Freio

É um tipo comum de hiperplasia fibrosa que ocorre no freio labial superior. Se apresenta como um pequeno crescimento exofítico assintomático aderido ao freio.

Características clínicas

A Hiperplasia do freio se apresenta como uma pápula achatada de superfície lisa e coloração similar à coloração da mucosa normal, base sésil, localizada na superfície do freio labial. É assintomática.



Figura 15 - Hiperplasia de Freio Labial. Pápula achatada no freio labial superior.

Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 - Neoplasias de Tecidos moles. 4.^a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

Características Histopatológicas

Aumento de volume nodular de tecido conjuntivo fibroso, denso e colagenizado, recoberto por epitélio pavimentoso estratificado. O epitélio da superfície pode exibir hiperqueratose secundária a trauma. Pode ocorrer inflamação difusa e crônica.

Tratamento e prognóstico

As hiperplasias do freio são inofensivas e não causam complicações. São facilmente diagnosticadas clinicamente e não é necessário tratamento.

CURIOSIDADE: Se o freio estiver próximo a um diastema ou a hiperplasia tiver um grande crescimento, então a remoção cirúrgica é indicada para evitar recessão gengival ou até necrose.

Pólipo Fibroepitelial

O pólipo fibroepitelial é um crescimento reativo que ocorre, exclusivamente em palato duro abaixo das próteses totais. O pólipo é comprimido pela prótese contra a mucosa do palato e se assenta numa discreta depressão.

Características clínicas

O pólipo fibroepitelial é um nódulo plano de coloração rósea, aderido ao palato por um pedículo. Apresenta aspecto semelhante a uma "folha" com bordas recortadas e é localizado em palato duro, abaixo da PT superior. O tratamento é a excisão cirúrgica, associada a correção da prótese total.

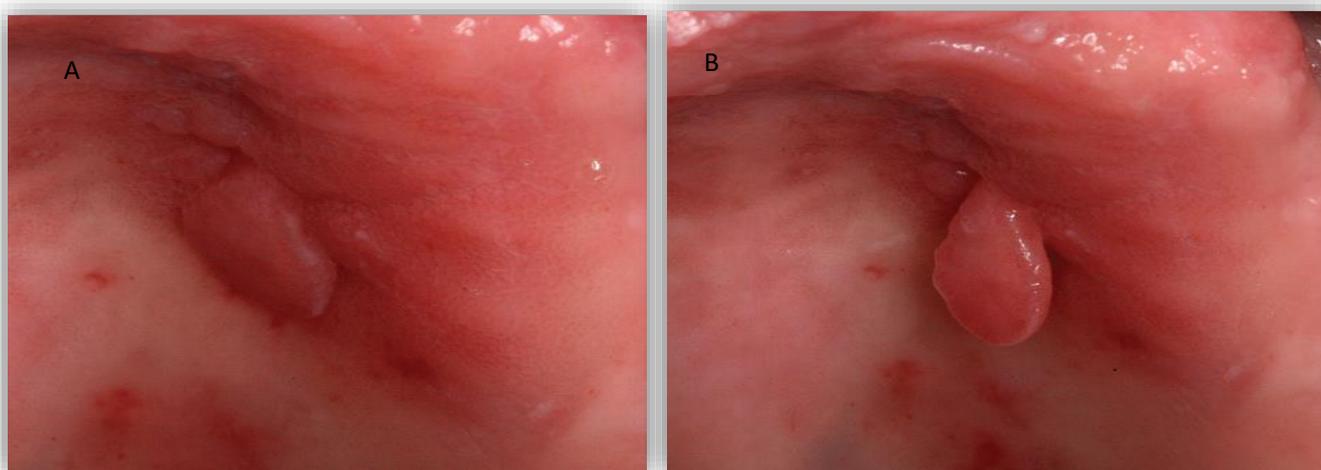


Figura 16 – A: Pólipo Fibroepitelial em palato duro. Note a presença do nódulo achatado e "comprimido" contra o palato; B: O nódulo tem base pediculada e se destaca da mucosa palatina.

Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. Patologia Oal e Maxilofacial. Cap. 12 - Neoplasias de tecidos moles. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.



Figura 17- Pólipo Fibroepitelial em palato duro com inserção pediculada, consistência firme, superfície lisa e margens recortadas .
Fonte: Guimaraes et. al – Hiperplasia Inflamatória Papilomatosa associada ao uso de Prótese Total: Um relato de caso – Saber Digital, v.12 n.1 p.122-130, Valença Rio de Janeiro.

Hiperplasia Papilomatosa Inflamatória

A hiperplasia papilomatosa inflamatória (HPI) é definida como um crescimento tecidual reacional da mucosa bucal, que usualmente se desenvolve por baixo da dentadura. A patogênese exata é desconhecida, porém os fatores associados são prótese mal adaptada, má higiene da prótese, ou o uso diário excessivo da prótese total.

Obs: A HPI também pode ser chamada de: Papilomatose por Dentadura.

Características clínicas

A HPI é caracterizada por eritema e inflamação das áreas de mucosa bucal cobertas pela prótese. A mucosa se apresenta com superfície papilar ou pedregosa, com múltiplas pápulas ou nódulos eritematosos. As projeções podem ser vilosas e delgadas, ou arredondadas e rombas e apesar de ser uma lesão "assintomática", muitas estão associadas com a sensação de "queimação" na boca por dentadura e à candidose e/ou ulceração.

A área mais envolvida é a abóbada palatina, porém também pode ocorrer no rebordo alveolar e palato mole com menos frequência. São mais comuns entre a terceira e a quinta década de vida.

A HPI associada à *Cândida albicans* tem sido relatada em pacientes com síndrome da imunodeficiência humana adquirida, porém, mais estudos são necessários para estabelecer uma relação causal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico, lipofibroma, neurofibroma, rabdomioma, leiomioma, tumores de glândula salivar menor.



Figura 18 - Hiperplasia papilomatosa inflamatória em palato duro com diversas pápulas de formato arredondado e , eritematoso em paciente usuário de prótese total Superior.

Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 - Neoplasias de Tecidos moles. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

Características Histopatológicas

Em lesões de HPI, os crescimentos papilares na superfície da mucosa são cobertos por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado ou não. Áreas de hiperplasia, acantose são observados frequentemente no epitélio, porém é possível notar em maior aumento microscópico, a presença da degeneração hidrópica, exocitose e espongiose. O Epitélio envolve um tecido conjuntivo hiperplásico, que pode variar entre frouxo, edematoso ou densamente colagenizado. Há também a presença de um infiltrado de células inflamatórias mononucleares , podendo estar presentes leucócitos polimorfonucleares. Áreas de feixes de fibras colágenas são observados dispersas pelo tecido conjuntivo e na submucosa.

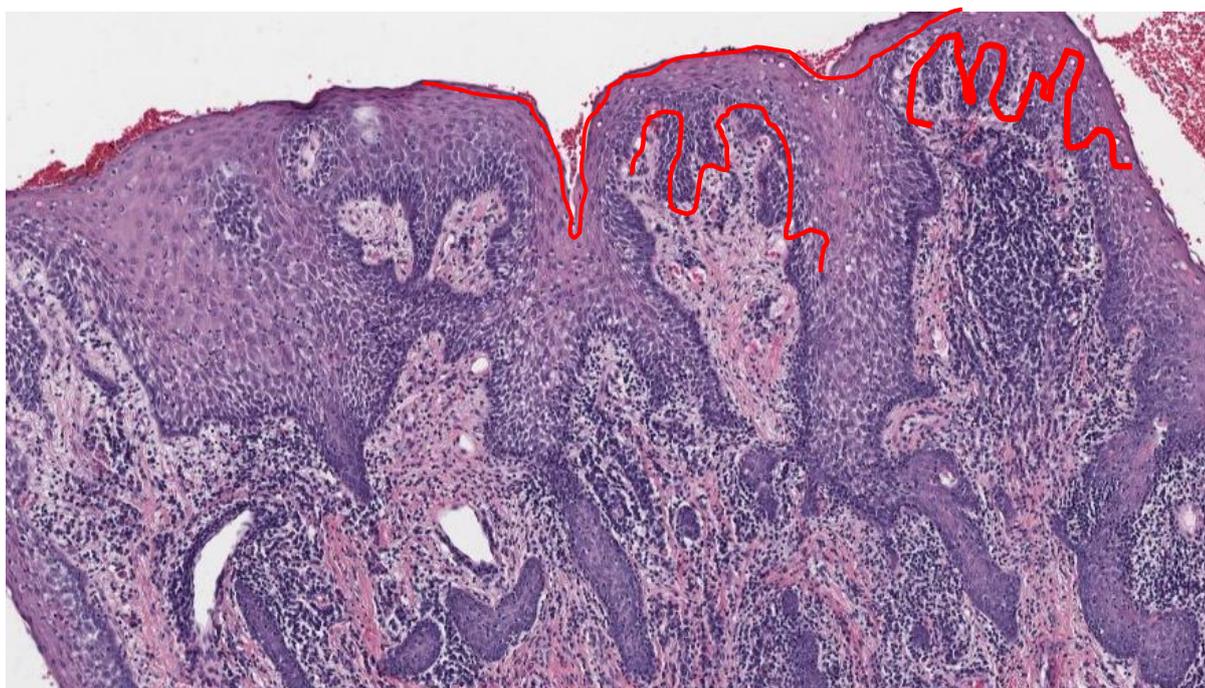


Figura 19 – Fotomicrografia de Hiperplasia Papilar Inflamatória. Notar a presença de crescimentos papilares na superfície (contornado em vermelho). O epitélio pavimentoso estratificado é queratinizado e uma quantidade abundante de células inflamatórias (basófilicas) no tecido conjuntivo hiperplásico subjacente é observado (HE).

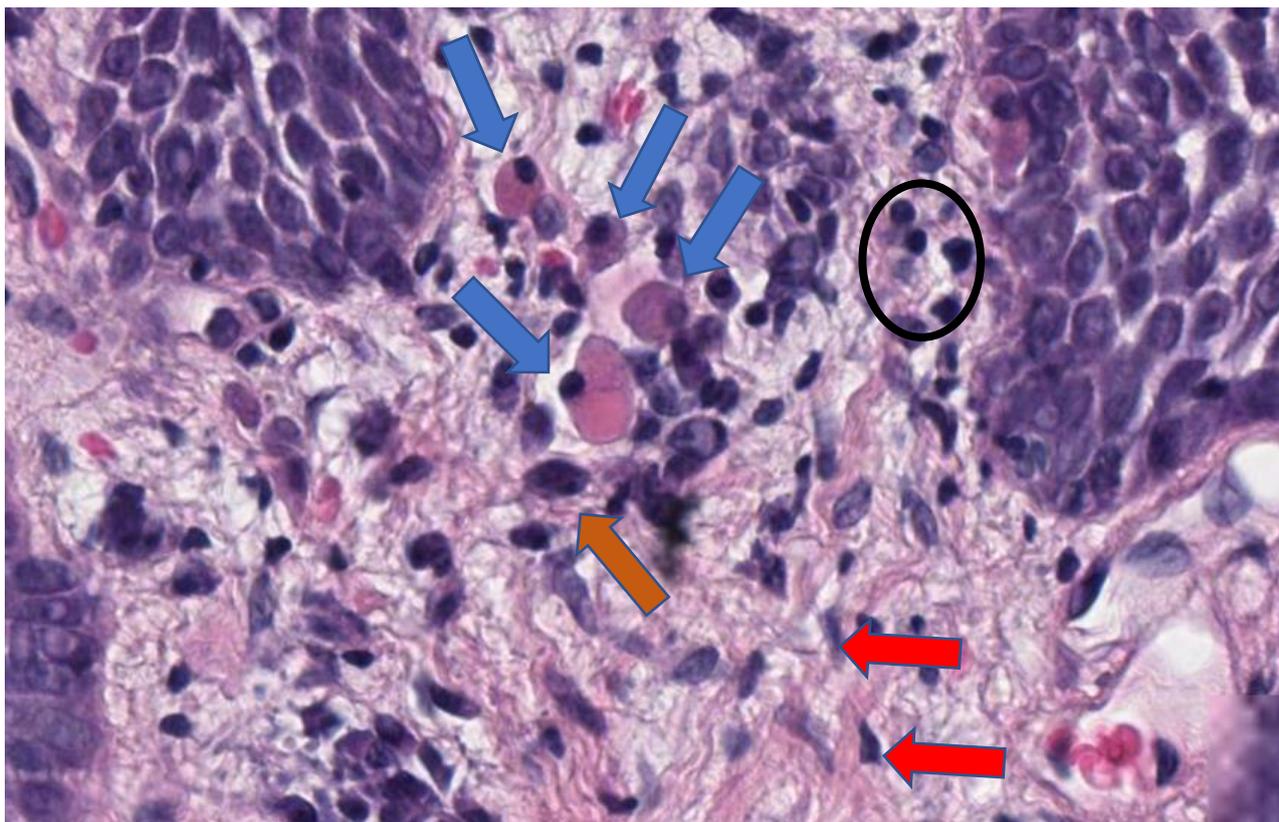


Figura 20 – Fotomicrografia de Hiperplasia Papilar Inflamatória em maior aumento. Observar o infiltrado inflamatório composto por células mononucleares (HE). Observe na seta azul os plasmócitos; círculo: alguns Linfócitos; seta laranja: macrófagos; seta vermelha: fibroblastos.

Figuras 19 e 20 - Fonte: Virtual Microscopy - School of Dentistry Pathology Slides. Indiana University School of Medicine Virtual Microscopy 2014. Disponível em: <https://vmicro.iusm.iu.edu/virtual_dent/dental_toc.htm>. Acesso em: 14 de julho de 2021.

Tratamento e Prognóstico

O tratamento consiste na remoção cirúrgica, seguida da confecção de uma nova prótese total. Além disso, o paciente deve seguir as orientações de cuidado com a prótese:

1. Não usar a prótese total para dormir.
2. Durante a noite, mergulhar a prótese em solução de água com hipoclorito de sódio.
3. Higienizar a prótese após as refeições com escova e pasta não abrasiva.

Obs.: Em casos de candidose sobre a HPI, é indicado o uso de terapia antifúngica tópica ou sistêmica.

Granuloma Piogênico

O Granuloma Piogênico (GP) é uma lesão hiperplásica reacional, caracterizado pela proliferação de células endoteliais e pela formação de vasos sanguíneos. Sua localização preferencial é na gengiva inserida, porém também podem ocorrer em dorso de língua, mucosa labial e jugal. Sua etiologia geralmente envolve o acúmulo de biofilme e cálculo, para lesões em gengiva, ou trauma, para lesões em outros locais. O estímulo inflamatório leva a angiogênese.

Características clínicas

Apresenta-se como pápula ou nódulo de superfície lisa ou lobulada, de base séssil ou pediculada, superfície ulcerada (ou não), de coloração que varia do rosa ao vermelho ou roxo, dependendo do tempo da lesão. Crescimento indolor e rápido. Apresenta grande vascularização, podendo sangrar facilmente. Cerca de 75% se apresentam na gengiva, sendo mais comum na região vestibular na área dos dentes anterossuperiores. Outras localizações mais comuns são: lábios, língua e mucosa jugal. Frequentemente acomete crianças e jovens, com predileção ao sexo feminino.



Figura 21 – Nódulo pediculado em paciente do sexo feminino, em região gengival, próximo aos incisivos superiores. Notar que a lesão tem superfície lisa, e é extremamente avermelhada, devido a intensa proliferação de vasos sanguíneos. Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 - Neoplasias de Tecidos moles. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,



Figura 22 - Aspecto clínico do Granuloma Piogênico em dorso de língua. Apresenta-se como nódulo pediculado, de cor avermelhada e com superfície lobular e ulcerada.

Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 - Neoplasias de Tecidos moles. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.



CURIOSIDADES

Lesões mais antigas tendem a tornar-se róseas devido à maior colagenização.

**ATENÇÃO**

Apesar da nomenclatura, o granuloma piogênico **não é um granuloma verdadeiro**, pois não apresenta **inflamação granulomatosa** e **não é causado por bactérias piogênicas** porque não há formação de conteúdo purulento. O termo “Epúlide Granulomatosa” é utilizado para descrever crescimentos de tecido de granulação, normalmente associados a alvéolos dentários pós extração, e geralmente se assemelham a granulomas piogênicos.

Características histopatológicas

Ao exame microscópico o epitélio é estratificado, pavimentoso e pode exibir hiperplasia, acantose, atrofia, exocitose leucocitária e ulceração, sendo esta última recoberta por membrana fibrinopurulenta. No tecido conjuntivo fibroso nota-se numerosas células endoteliais, por vezes dispostas em padrão lobular, formando espaços vasculares de tamanho e formato variados. Alguns vasos estão congestionados (obliterados por hemácias). O infiltrado inflamatório é misto (agudo e crônico) e de intensidade variável, com presença de neutrófilos, linfócitos, macrófagos e alguns plasmócitos.

As células da inflamação aguda (polimorfonucleares) estão localizadas mais próximas a superfície da úlcera e as células da inflamação crônica (mononucleares) são encontradas permeando as células endoteliais e em áreas mais profundas. Lesões antigas podem ter áreas com aparência mais fibrosa.

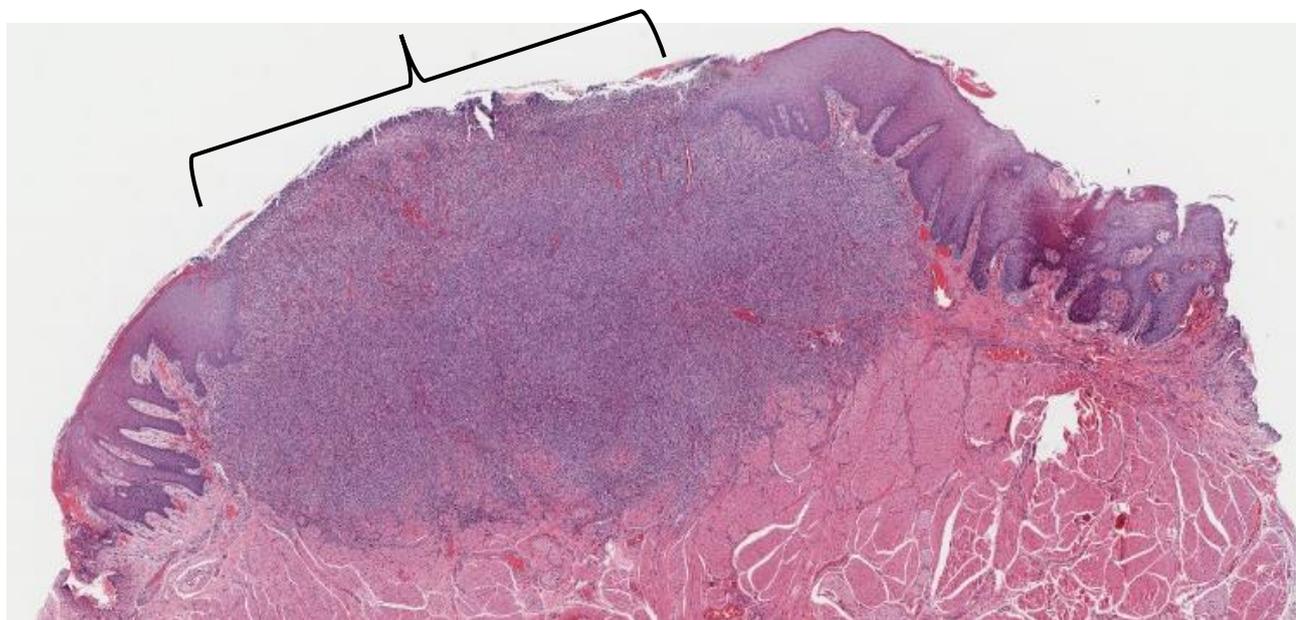


Figura 23 – Fotomicrografia de Granuloma Piogênico. Observa-se uma lesão nodular, com área de ulceração entre áreas de mucosa bucal (sinalizado com colchete preto). O epitélio presente é estratificado pavimentoso queratinizado, e observa-se também um tecido conjuntivo com infiltrado inflamatório significativo.

Fonte: Virtual Microscopy - School of Dentistry Pathology Slides. Indiana University School of Medicine Virtual Microscopy, 2014. Disponível em: <https://vmicro.iusm.iu.edu/virtual_dent/dental_toc.htm>. Acesso em: 14 de Julho de 2021.

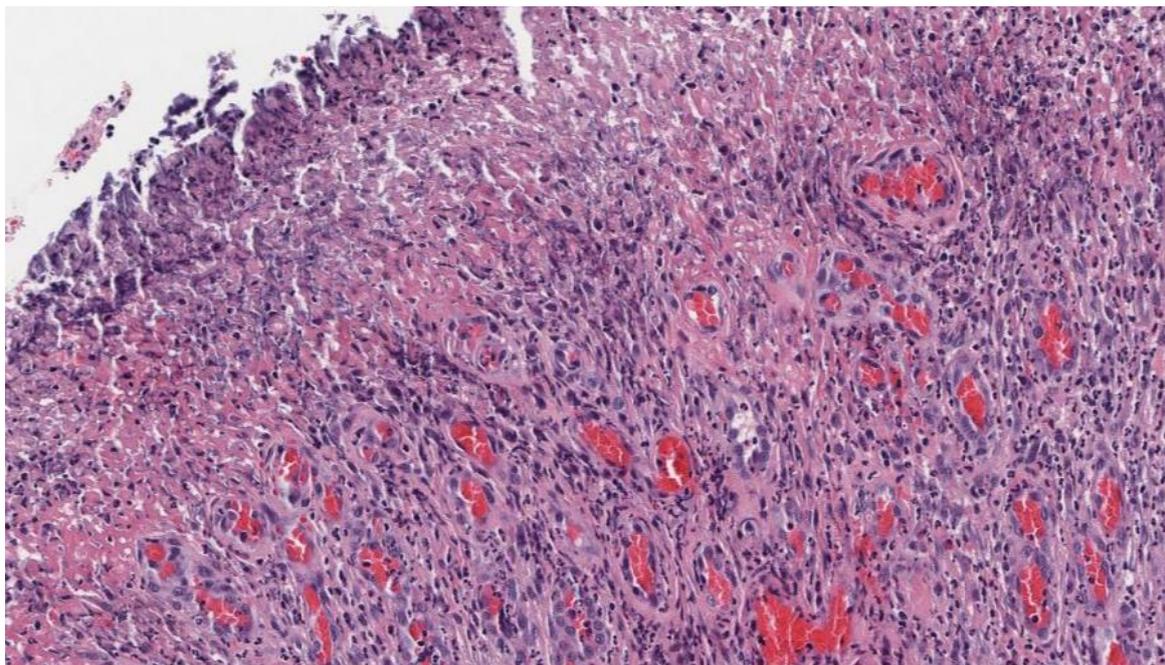


Figura 24 – Fotomicrografia em maior aumento de Granuloma Piogênico. Observa-se área da úlcera recoberta por membrana fibrinopurulenta e logo abaixo um rico tecido de granulação constituídos por numerosos vasos sanguíneos, células endoteliais e células inflamatórias. (HE). Fonte: Virtual Microscopy - School of Dentistry Pathology Slides. Indiana University School of Medicine Virtual Microscopy, 2014.

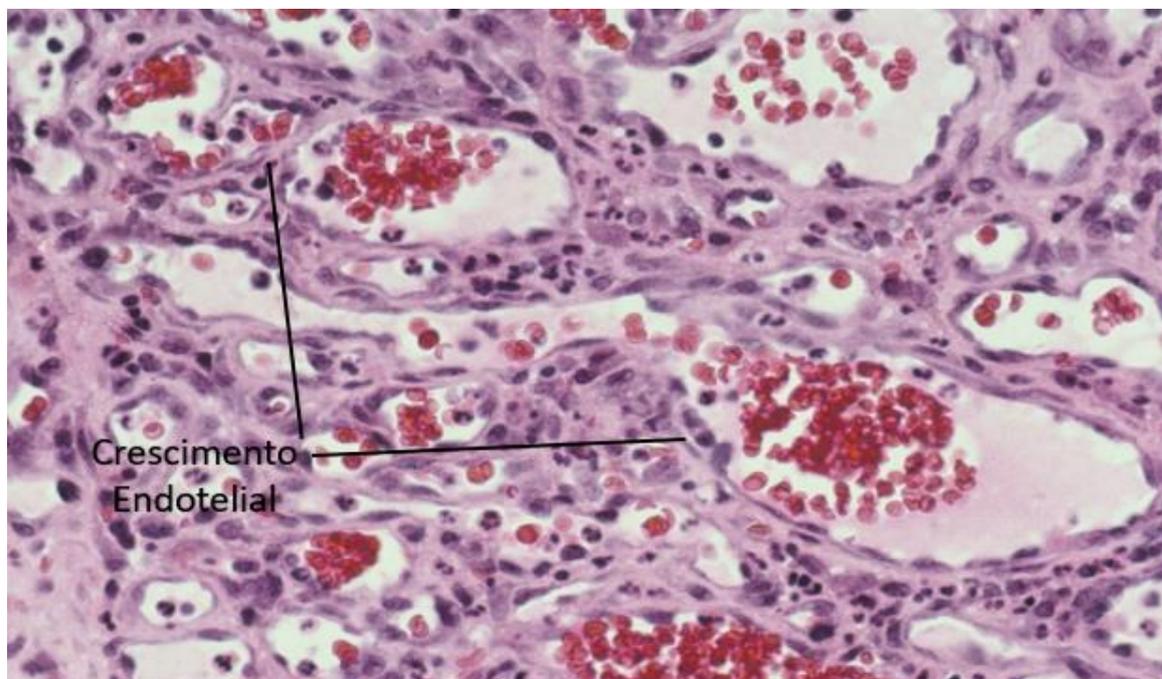


Figura 25 – Fotomicrografia de granuloma piogênico em maior aumento: Note a inflamação difusa e a presença dos capilares sanguíneos, característico desta lesão (HE).
Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 - Neoplasias de tecidos moles. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algumas lesões do tecido mole têm alguns **aspectos semelhantes**, por isso é importante fazer o **diagnóstico diferencial (DD)** entre elas. Os principais DDs do granuloma piogênico em gengiva são: lesão periférica de células gigantes, hiperplasia fibrosa, fibroma ossificante periférico e neoplasias mesenquimais benignas. Lesões vasculares benignas e neoplasias malignas também devem ser consideradas.

Diagnóstico e Tratamento

Para diagnóstico e tratamento, deve-se realizar biópsia, geralmente excisional, além da remoção dos fatores irritativos causais, como biofilme e cálculos dentais, para as lesões gengivais. Nas demais localizações, deve-se remover o traumatismo associado. Quando há suspeita de lesão vascular benigna, manobras como diascopia devem ser consideradas antes da realização de biópsia. Recorrências podem ocorrer, principalmente nos casos em que os fatores irritativos associados não são adequadamente eliminados.

Lesão Periférica de Células Gigantes

A lesão periférica de células gigantes (LPCG) se caracteriza por um crescimento semelhante a um tumor, seu aparecimento na cavidade bucal é comum. É uma lesão hiperplásica reacional ocasionada por agentes traumáticos ou irritantes locais. Apresenta numerosas células gigantes multinucleadas permeadas por células mononucleares. Alguns autores acreditam que as células gigantes apresentam características imuno-histoquímicas relativas aos osteoclastos, outros acreditam que essas lesões são formadas por células do sistema fagocítico mononuclear. Microscopicamente é semelhante a lesão central de células gigantes que afeta o tecido ósseo, porém a LPCG afeta tecidos moles.



CURIOSIDADE: Outro nome comum da LPCG é Granuloma Periférico de Células Gigantes e Epúlide de Células Gigantes. Antigamente também era chamada de Granuloma. Reparador de Células Gigantes Periférico, porém sua natureza reparadora não foi comprovada.

Características clínicas

Apresenta-se como pápula ou nódulo de coloração que varia do vermelho ao vermelho-azulado, possui menos de 2 cm de diâmetro, pode ser sésil ou pediculada e em alguns casos apresentam ulcerações. **É exclusiva da gengiva ou rebordo alveolar edêntulo.** Desenvolve-se nas regiões anterior e posterior da gengiva ou da mucosa alveolar, sendo a mandíbula ligeiramente mais afetada que a maxila. Tem maior prevalência nas quintas e sextas décadas de vida, sendo mais comum no sexo feminino.



Figura 26 – Lesão Periférica de Células Gigantes. Nódulo de coloração azul-arroxeadada na gengiva mandibular. Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 - Neoplasias de tecidos moles. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.



Figura 27 – Lesão Periférica de Células Gigantes. Nódulo pediculado, de coloração vermelho-arroxeadada, superfície lisa, localizado na gengiva vestibular em maxila. Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; CHI, A. C. Atlas de Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 – Tumores de tecidos moles. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Características histopatológicas

A LPCG apresenta proliferação de células gigantes multinucleadas em meio a células mesenquimais ovoides e fusiformes. As células gigantes podem ter poucos ou muitos núcleos, sendo eles grandes e vesiculares ou pequenos e picnóticos. Frequentemente são observadas áreas de hemorragia e depósitos de hemossiderina (pigmento férrico resultante da degradação das hemácias), além de células inflamatórias mononucleares. Ocasionalmente, podem ser detectadas áreas de formação óssea. Uma faixa de tecido conjuntivo fibroso separa a proliferação de células gigantes da mucosa de superfície, também estão presentes células inflamatórias agudas e crônicas.

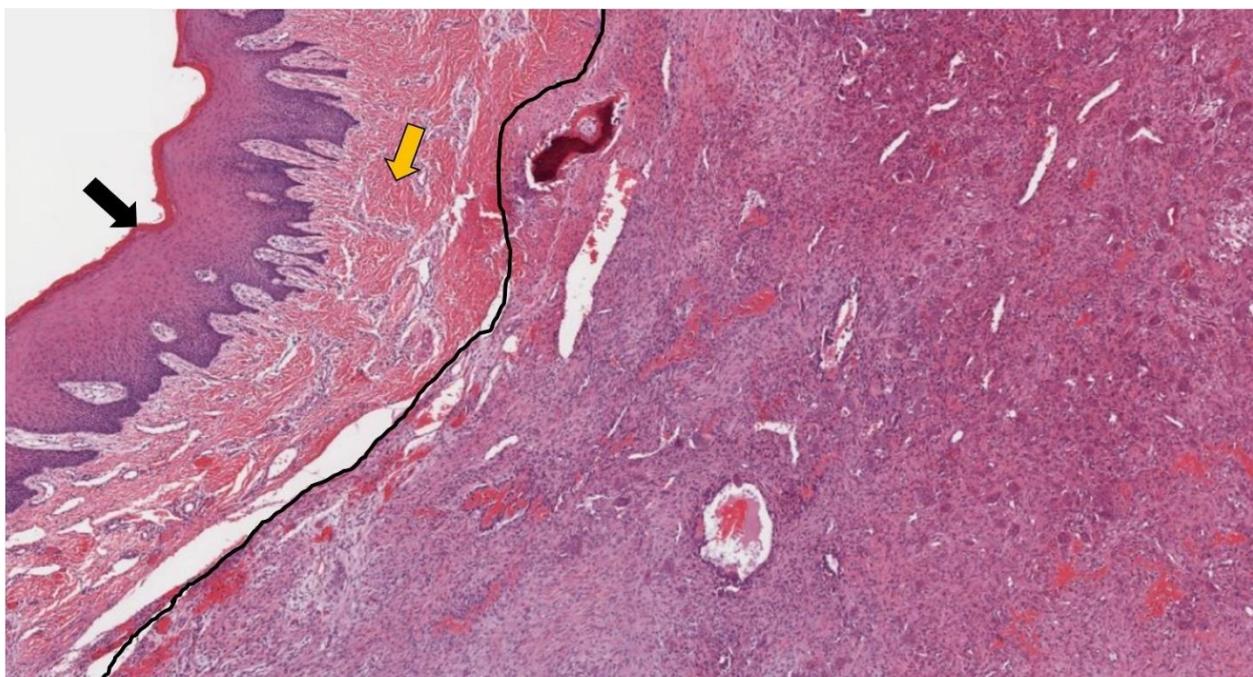


Figura 28 – Lesão Periférica de Células Gigantes. A fotomicrografia em menor aumento revela mucosa bucal revestida por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado (seta preta). Na lâmina própria superficial observa-se delgada faixa de tecido conectivo fibroso celularizado (seta amarela). Em plano mais profundo, observam-se numerosas células gigantes multinucleadas, de tamanhos e formatos variados, permeadas por células mononucleares de morfologia ovoide ou fusiforme, além de vasos sanguíneos (área demarcada à direita) (HE).

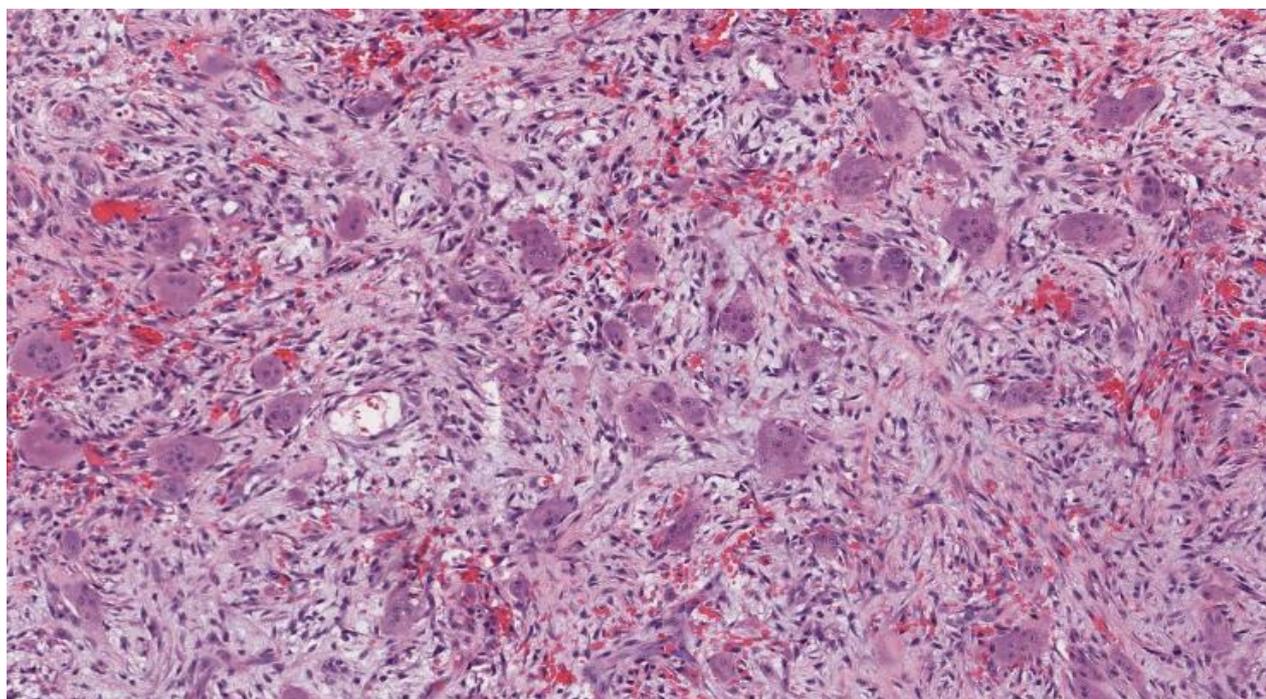


Figura 29 – Lesão Periférica de Células Gigantes. Fotomicrografia em maior aumento revelando numerosas células gigantes multinucleadas, permeadas por células mononucleares de morfologia ovoide ou fusiforme, além de vasos sanguíneos e áreas hemorrágicas (HE).

Figuras 28 e 29 - Fonte: Virtual Microscopy - School of Dentistry Pathology Slides. Indiana University School of Medicine Virtual Microscopy, 2014. Disponível em: <https://vmicro.iusm.iu.edu/virtual_dent/dental_toc.htm>. Acesso em: 14 de julho de 2021.

Tratamento e prognóstico

O estabelecimento do diagnóstico e o tratamento envolvem a realização de biópsia e remoção dos possíveis fatores irritativos causais. Lesões menores podem ser submetidas à biópsia excisional com curetagem do osso subjacente. Em lesões de tamanho maior, principalmente quando neoplasias malignas são consideradas no diagnóstico diferencial, pode-se optar pela realização de biópsia incisional para confirmação do diagnóstico previamente à excisão cirúrgica total. Em casos de recidiva, que são raros, deve ser realizada nova excisão cirúrgica com remoção dos possíveis fatores irritativos locais associados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os principais diagnósticos diferenciais são granuloma piogênico, hiperplasia fibrosa, fibroma ossificante periférico e neoplasias mesenquimais benignas. Da mesma forma que para o GP, lesões vasculares benignas e neoplasias malignas também devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.

Fibroma Ossificante Periférico

O fibroma ossificante periférico (FOP) é considerado uma lesão de natureza reacional e não neoplásica. Caracteriza-se pela proliferação de células mesenquimais, com capacidade de deposição de colágeno, matriz óssea e estruturas semelhantes ao cimento. Trata-se de uma lesão que é originada a partir de células indiferenciadas do periósteo ou ligamento periodontal, sendo o material mineralizado provavelmente originado por essas células. A etiologia do FOP é incerta, porém acredita-se que seja em decorrência de fatores locais irritantes, como acúmulo de biofilme e cálculo dental.

Há uma confusão sobre a nomenclatura dessa lesão e vários termos têm sido usados para descrever suas características histopatológicas. Embora apresente nome semelhante, essa lesão **não representa a contraparte periférica do fibroma ossificante central**, uma lesão fibro-óssea benigna de natureza neoplásica. O FOP também pode ser chamado de: Epúlide Fibroide, Fibroma Periférico com Calcificação, Granuloma Fibroblástico Calcificante, e antigamente era chamado de Fibroma Cimento-Ossificante Periférico.



Características clínicas

O FOP ocorre exclusivamente na gengiva, principalmente na papila interdental e se caracteriza por uma pápula ou nódulo, podendo apresentar base séssil ou pediculada, de superfície lisa, de consistência firme, cor rósea ou avermelhada e pode apresentar ulceração com sintomatologia dolorosa. É provável que seu crescimento se inicie com uma lesão ulcerada, já que as lesões mais antigas mostram cicatrização da úlcera e superfície íntegra. O FOP acomete mais mulheres que homens, ocorre frequentemente em adolescentes e adultos jovens, com pico na segunda década de vida e predileção para a maxila, principalmente na região dos dentes anteriores, não afetando os dentes. Usualmente mede 1,5 cm, porém conforme registros na literatura, lesões de 6 a 9 cm já foram examinadas. Radiografias periapicais podem mostrar estruturas radiopacas no interior da lesão, contribuindo para estruturação das hipóteses diagnósticas. Porém para o estabelecimento do diagnóstico é fundamental a realização de exame anatomopatológico.



O FOP possui semelhança clínica e histopatológica com o granuloma piogênico, e alguns desses fibromas são considerados granulomas piogênicos que sofreram maturação fibrosa e calcificação na fase inicial.



Figura 30 – Fibroma Ossificante Periférico. Nota-se nódulo de coloração avermelhada, de superfície lisa e ulcerada, localizado na gengiva vestibular em maxila. Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; CHI, A. C. Atlas de Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 – Tumores de tecidos moles. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Características histopatológicas

O FOP apresenta histologicamente um epitélio estratificado pavimentoso, que pode apresentar hiperplasia, acantose, atrofia, exocitose leucocitária e ulceração. Em caso de ulceração do epitélio, a superfície é coberta por membrana fibrinopurulenta com área subjacente de tecido de granulação. No tecido conjuntivo fibroso subjacente, observa-se numerosas células mesenquimais fusiformes ou ovoides, permeadas por trabéculas de osso (imaturo ou lamelar) e material mineralizado ovoide e basofílico semelhante à cimento ou calcificação distrófica, havendo uma combinação destes. O osso é do tipo trabeculado e entrelaçado. As calcificações distróficas possuem por característica múltiplos grânulos, glóbulos e grandes massas irregulares de material mineralizado basofílico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Granuloma Piogênico, Hiperplasia Fibrosa, Lesão Periférica de Células Gigantes, Neoplasias mesenquimais benignas. O exame Radiográfico nestes casos pode colaborar nas hipóteses diagnósticas!

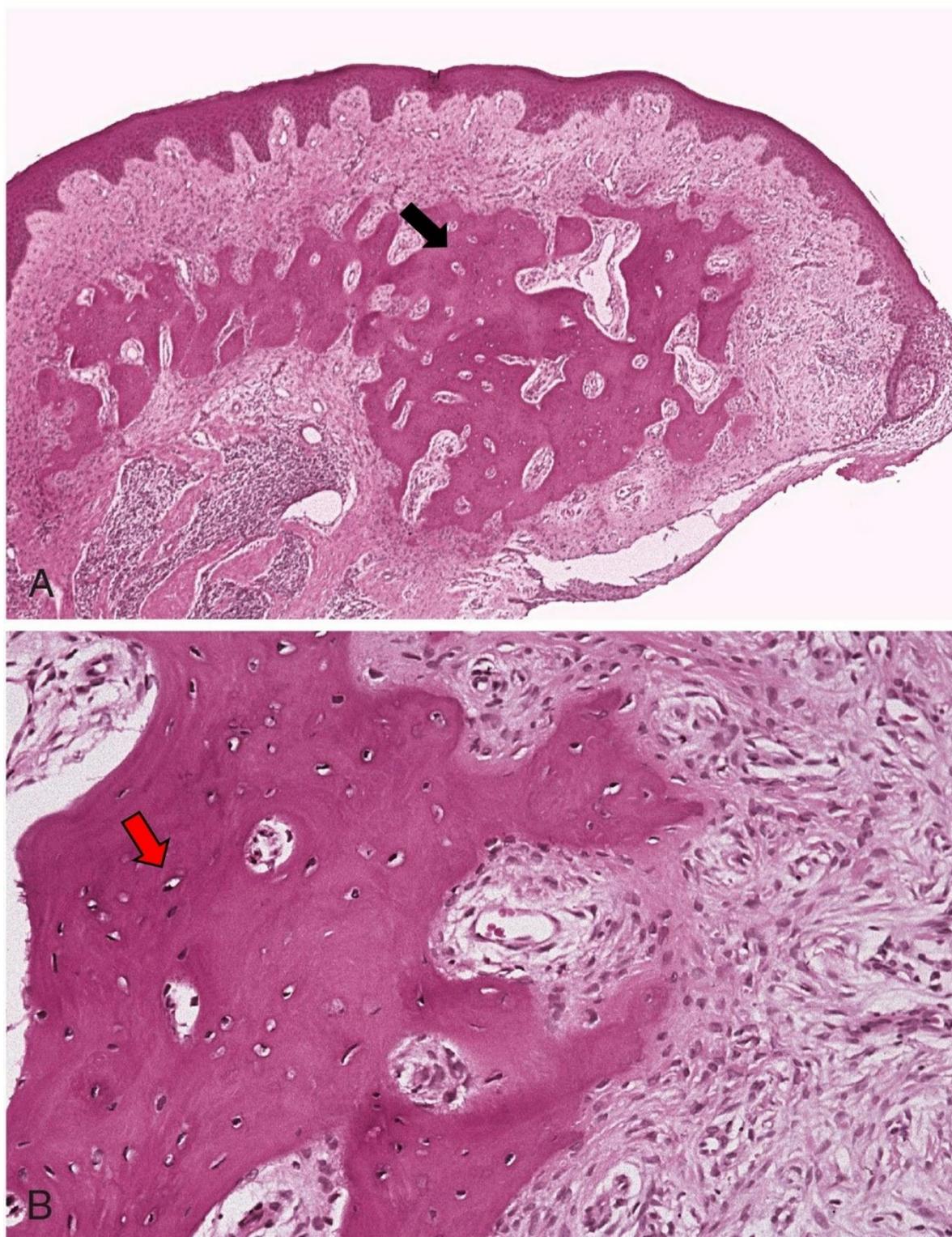


Figura 31 – Fibroma Ossificante Periférico. Nota-se mucosa bucal revestida por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado. Subjacente, no tecido conjuntivo fibroso, verifica-se formação de osso em sua porção central (seta preta em figura A). Em maior aumento nota-se trabécula óssea, composta por vários osteócitos (seta vermelha), adjacente ao tecido conjuntivo fibroso contendo numerosas células fusiformes e ovoides (Figura B).

Fonte: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Cap. 12 - Neoplasias de tecidos moles. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

#ficaadica

Se você quiser revisar alguns conceitos ou observar uma imagem de determinada lesão durante a prática clínica, e possui como ferramenta de busca o celular, então recomendamos o **App Atlas de Patologia Bucal**: fácil de utilizar, rápido e completo. Além disso, os desenvolvedores do App também estão no Instagram, no **@patologia.bucal** você encontra casos clínicos dessas e outras lesões orais.

Será uma ótima revisão!



Além disso, há também o **aplicativo DIAB.B** e a plataforma “Minha biblioteca UFPR” que tem disponível vários livros digitais. É gratuito para os alunos da UFPR, entre no site **minhabiblioteca.ufpr.br**.

Outra dica são os lâminários virtuais na Universidade de Indiana, que pode ser encontrado no site https://vmicro.iusm.iu.edu/virtual_dent/dental_toc.htm e o laminário virtual da Universidade de Leeds, no endereço <https://www.virtualpathology.leeds.ac.uk/slides/library/advanced.php>

Agradecimentos

Os professores da Disciplina de Patologia Bucal da UFPR agradecem a equipe de professores do Ambulatório de Estomatologia da Universidade Estadual de Londrina pela valiosa colaboração em ceder algumas imagens clínicas e histopatológicas para ilustração do REA de PPNN.

Referências bibliográficas

- 1- Gennari, P.U., Allegra, F. As Doenças da Mucosa Bucal. Segunda edição; Editora: Santos, São Paulo, 2000.
- 2- Tommasi, M. H. M. Diagnóstico em Patologia Bucal. 4. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- 3- Neville, B. W.; Damm, D. D.; Allen, C. M.; Bouquot, J. E. Patologia Oral e Maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- 4- Barros R. M. G., Campos K. S. M., Cabral L. M. Relato de caso clínico de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. Revista Odontológica de Araçatuba. 2014;35(2):15-8.
- 5- Martorelli S. B. F., Carvalho H. A. A., Amorim G. O., Souto Maior L. J. C. Fibroma de Irritação Ulcerado em Mucosa Jugal. Odontologia Clínico-Científico, Recife, 19(5) 401 - 404, Novembro, 2020.
- 6- Prasanna J, Sehrawat S. Fibroepithelial hyperplasia: Rare, selflimiting condition-Two case reports. Journal of Advanced Oral Research. 2011; 3(3), 63-70.
- 7- Guimaraes et. al. Hiperplasia Inflamatória Papilomatosa associada ao uso de Prótese Total: Um relato de caso. Saber Digital, 2019; v.12 n.1 p.122-130, Rio de Janeiro.
- 8- Marinho, Thales de Figueirêdo Costa; De Andrade Santos, Pedro Paulo; DE ALBUQUERQUE, Ana Carolina L. Processos proliferativos não-neoplásicos: uma revisão de literatura. Revista Saúde & Ciência Online, v. 5, n. 2, p. 94-110, 2016.
- 9- França, D. C. C, André N. V., Lessi M. A. A., Reis G., Aguiar S. M. H. C. A. Granuloma Periférico de Células Gigantes: Relato de caso com acompanhamento de 2 anos, Revista Odontológica Brasileira Central, 2010; 19(51); (352-355)
- 10- Falabella, M.E.V., Fisher, R.G. Granuloma Periférico de Células Gigantes - Caso Clínico, Revista Periodontia, 2008, 18(01); (38-43).
- 11- Luvizuto ER, Da Silva JB, Luvizuto GC, Pereira FP, Faco EF, Sedlacek P, Poi WR. Peripheral ossifying fibroma. The Journal of Craniofacial Surgery, 2012 ;23(1):e7-10. doi: 10.1097/SCS.0b013e3182420729. PMID: 22337469.

- 12- Behl, AB, et al. Pheriferal Ossifying Fibroma: A case report series. International Journal of Stomatology and Occlusion Medicine, 2012; 5; (42-48).
- 13- Junior, JCM et al. Fibroma Ossificante Periférico: Relato de Caso Clínico Arquivos Internacionais Otorrinolaringologia / International Archives of Otorhinolaryngology., São Paulo, v.12, n.2, p. 295-299, 2008.
- 14- Virtual microscopy - School of Dentistry Pathology Slides. Indiana University School of Medicine Virtual Microscopy, 2014. Disponível em: <https://vmicro.iusm.iu.edu/virtual_dent/dental_toc.htm>. Acesso em: 14 de Julho de 2021.