

## ESTADO ATUAL DA LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES

ANDRÉA YABU<sup>a</sup>  
MITSUO TANAKA<sup>b</sup>  
FEIS FERES JÚNIOR<sup>c</sup>  
PEDRO CARLOS FERREIRA TONANI<sup>d</sup>

### RESUMO

*Através da revisão bibliográfica pertinente a lesão periférica de células gigantes, foram discutidos e analisados seus aspectos clínicos e histopatológicos. Baseados nisso é dado o atual estado desta lesão.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Granuloma periférico de células gigantes; Tumor periférico de células gigantes; Granuloma reparador de células gigantes periférico; Epulis mielóide; Osteoclastoma; Hiperplasia granulomatosa gigante-celular periférica.*

A lesão periférica de células gigantes representa uma resposta proliferativa bucal não neoplásica que afeta todas as zonas gengivais onde assentam as peças dentárias.

A lesão é normalmente capsulada, sendo formada por um estroma conjuntivo fibroso, rico em células fusiformes que lembram fibroblastos e células gigantes multinucleadas que lembram, em alguns casos, os osteoclastos<sup>1</sup>. Focos de hemorragia e pigmento tido como hemossiderina, são encontrados perivascularmente. Eventuais focos de calcificação podem ser encontrados.

Seu nome deriva da grande quantidade de células gigantes multinucleadas benignas observada microscopicamente.

O termo "reparador" foi retirado, pois a lesão não parece ser verdadeiramente reparadora, embora alguns autores<sup>7/15</sup> afirmem que é um tumor fundamentalmente inflamatório, com prevalência dos elementos reparadores e células gigantes. O uso do termo "épulis" é condenado, já que a palavra significa apenas todo e qualquer crescimento sobre a gengiva e é inteiramente inespecífico<sup>1,2</sup>.

A teoria de que as células gigantes tinham sua origem a partir das células endoteliais dos capilares, sugeriu aos primeiros estudiosos que a lesão era um verdadeiro neoplasma, denominando-a então de "sarcoma de células gigantes" ou em alguns casos de "sarcoma mielóide". Entretanto, seu comportamento clínico e histopatológico justifica o ponto de vista atual de que essa lesão representa uma resposta proliferativa não neoplástica dos tecidos à injúria.

Segundo ZEGARELLI<sup>15</sup>, a lesão pode estar relacionada com o Hiperparatireoidismo e são necessários exames laboratoriais específicos comprobatórios.

A dentição decídua teria, para alguns autores, como GESCHICKTER & COPELAND (IN SHAFER)<sup>12</sup>, uma estreita relação com a gênese dessa lesão, enquanto SHAFER<sup>12</sup>, considera o ligamento periodontal ou o periosteio como responsável pela mesma.

Mais recentemente tem sido aceito que o trauma causado

por extração dentária pode também ser considerado como agente etiológico<sup>7/12/14</sup>, mas a irritação por dentadura ou uma infecção crônica também são significativos<sup>6/12</sup>.

Segundo EVERSOLE (IN SHAFER)<sup>12</sup>, a lesão atinge ampla faixa etária tendo idade média em torno dos 34,7 anos ou 44,7 anos.

TOMMASI<sup>14</sup> observou que a lesão realmente atinge ampla faixa etária e que a idade média é de 30 anos; há maior prevalência no sexo feminino e na raça caucasiana. Com relação à localização há predileção pelo maxilar superior; duração média de 6 meses; 75% das lesões é de 1,7 cm de diâmetro; trauma evidente em todos os casos.

GIANSANTI & WALDRON (IN SHAFER)<sup>12</sup> em revisão de literatura, acrescentaram a sua série de pacientes um total de 720 casos de lesão periférica de células gigantes. Constataram que 55% das lesões ocorreram na mandíbula e 45% na maxila, 65% em mulheres e 35% em homens e que a média de idade afetada foi de 30 anos.

A lesão é de crescimento exofítico que ocorre exclusivamente na boca e, o local de ocorrência é a gengiva ou a mucosa do processo alveolar em desdentados. Aparece como uma massa mole, intensamente vascularizada com tendência ao sangramento sob pequenos traumas. Para muitos autores quase sempre apresenta superfície ulcerada, no entanto, GRINSPAN<sup>8</sup> a descreve como uma lesão única, elevada, de superfície lisa e não ulcerada a não ser que esteja exposta a fatores irritativos. Pode ser sésil ou pediculada e apresenta tamanho variado, porém, na opinião de SHAFER<sup>12</sup>, está geralmente entre 0,5 a 1,5 cm de diâmetro. GIUNTA<sup>5</sup> afirma que a lesão se forma subitamente e aumenta de volume com rapidez. Comumente apresenta coloração vermelho púrpura ou, segundo GRINSPAN<sup>8</sup>, escuro-vinhosa devido à quantidade de glóbulos vermelhos extravasados. Podem aparecer áreas escuras em decorrência da deposição de hemossiderina. Nas áreas expostas a traumas mastigatórios assume o aspecto de mucosa mastigatória em

<sup>a</sup> Cirurgiã dentista do Curso de Aperfeiçoamento de Diagnóstico Bucal da Disciplina de Semiologia Bucal – CCS/Odontologia da UEL.

<sup>b</sup> Professor Responsável pela Disciplina de Radiologia Bucal – CCS/Odontologia da UEL.

<sup>c</sup> Professor Auxiliar de Ensino da Disciplina de Semiologia Bucal – CCS/Odontologia da UEL.

<sup>d</sup> Professor da Disciplina de Semiologia Bucal – CCS/Odontologia da UEL.

função do aumento de queratinização do epitélio que o reveste. Com a evolução, o componente vascular pode ser reduzido, e intensificado o fibroso, modificando a coloração e consistência da lesão. Em geral, é assintomático.

Radiograficamente, pode-se ou não detectar evidência de envolvimento do osso subjacente. Segundo SHAFER<sup>1,2</sup>, nas áreas desdentadas, ocorre, caracteristicamente, uma erosão superficial do osso com um "colar" periférico patognômico de osso, visto na radiografia. Em áreas onde há dentes, pode estar presente uma destruição superficial da margem ou crista do osso interdental.

Na literatura, é descrita uma entidade central ou intra-óssea e uma periférica ou de tecidos moles, compondo a lesão de células gigantes. Ambas são histologicamente semelhantes, apresentando diferenças em seus aspectos clínicos. Todavia, a possibilidade de serem consideradas como um mesmo tipo de resposta foi analisado por BIRMAN, NOVELLI & HONG<sup>3</sup>, num estudo clínico e histopatológico de 205 casos de lesões de células gigantes centrais e periféricas dos maxilares. A distribuição das lesões frente à faixa etária,

comportou-se de modo semelhante, afetando mais indivíduos jovens e diminuindo sua frequência nas faixas etárias mais elevadas, de forma mais proeminente nas lesões periféricas. Também se comportaram igualmente em relação ao sexo, notando-se prevalência do sexo feminino. Quanto à localização, a mandíbula foi o local mais atingido, com maior prevalência na região ântero-posterior. A evolução, em geral, foi assintomática em ambas as lesões, apresentando a periférica, tamanho menor que a central e tempo de duração, na época do diagnóstico, por volta de 6 meses, enquanto a central apresentava tempo maior de existência. A lesão central foi descrita, basicamente, como tumefação e a periférica era descrita como globosa, pediculada e exofítica, com ulcerações superficiais quase na metade dos casos.

O tratamento é a remoção cirúrgica com possibilidade de recidiva, se a remoção da base for insatisfatória. A princípio, é contra-indicada a extração dos dentes adjacentes como prevenção de uma provável recorrência, já que seu índice não é tão elevado quanto se pensava. O prognóstico é favorável.

#### ABSTRACT

*Following a literature review, clinical and histopathological aspects of peripheral giant cell lesions are analyzed, and the actual stage of the lesion is discussed.*

**KEY-WORDS:** *Peripheral giant cell lesion.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANNEROTH, G., & SIGURDSON, A. Hyperplastic lesions of the gingiva and alveolar mucosa. *Acta Odontol. Scand.*, 41(2):75-86, apr., 1983.
02. BERTOTTO, J. C. Granuloma central e lesão periférica de células gigantes. *RGO*, 28(4):275-277, out./dez., 1980.
03. BIRMAN, E. G.; NOVELLI, M. D.; HONG, T. S. Lesão central e periférica de células gigantes. Uma só entidade? *Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.*, 37(5):382-392, set./out., 1983.
04. EBLING, H. et alii Lesões de células gigantes dos maxilares, possibilidades e limitações do diagnóstico histológico. *Rev. Fac. Odont. P.A.*, 12: 51-57, 1970.
05. GIUNTA, J. Patologia de la mucosa bucal: alteraciones macroscópicas de la mucosa bucal. In: *Patologia Bucal*. México, Interamericana, 1978. cap. 6, p. 83-84.
06. GOLDRING, R. M. Granuloma gigantocelular periférico: caso clínico. *Rev. Assoc. Odont. Argent.*, 61(4):115-117, abr., 1973.
07. STANDISH, S. M. & GORLIN, R. J. Transtornos óseos maxilares. In: GORLIN, R. J. et alii. *Patologia Oral - Thoma*. Spain, Salvat, 1975. cap. 12, p. 572-573.
08. GRINSPAN, D. et alii Lesiones primitivas de la mucosa bucal. *Semiologia topográfica*. In: —. *Enfermedades de la boca*. Argentina, Mundi, 1974. cap. III-A/VIII-C, p. 133-138/370-375.
09. MARZOLA, C.; GUIMARÃES, S. A. C.; DUARTE, P. B. Granuloma reparador de células gigantes. *Rev. APCD.*, 29(4):10-14, 1975.
10. MCMILLAN, M. D. et alii. Giant cell hyalin angiopathy or pulse granuloma. *Oral Surg.*, 62(2):178-185, aug., 1981
11. PINDBORG, J. J. Doenças gengivais e periodontais. In: *Atlas das doenças da mucosa oral*. 3 ed. São Paulo, Panamericana, 1981. p. 156.
12. SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. Tumores benignos e malignos da cavidade oral. In: *Patologia Bucal*. 3a.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. cap. 2, p. 112-115.
13. SONIS, S. J.; FAZIO, R. C.; FANG, L. Tumores benignos e lesões malignas diferentes do Carcinoma Espinocelular. In: *Medicina Oral*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. cap. 41, p. 366.
14. TOMMASI, A. F. et alii. Processos proliferativos. In: *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo, Artes Médicas, 1982, cap. 13, p. 206-207.
15. ZEGARELLI, E. V.; KUTSCHER, A. H.; HYMAN, G. A. Tumores, cistos e neoplasmas. In: *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares*. 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981, cap. 8, p. 182.