

Granuloma Telangiectásico e Recobrimento Radicular: Relato de Caso Clínico

Telangiectasic granuloma and root coverage: case report

Marco Aurélio Bianchini*
Ricardo de Souza Magini**
Cynthia Zocche Soprana***
Mariana Cristina Rensi****
Rodrigo Bongioiolo Magennis****

*Professor do Curso de Especialização em Periodontia da Universidade Federal de Santa Catarina
Coordenador do Curso de Especialização em Implantodontia da Universidade Federal de Santa Catarina

**Coordenador do Curso de Mestrado em Implantodontia da Universidade Federal de Santa Catarina
Coordenador do Curso de Especialização em Periodontia da Universidade Federal de Santa Catarina

***Graduandas em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina

****Especialista em Periodontia pela Universidade Federal de Santa Catarina

Marco Aurélio Bianchini
Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciência - Departamento de Estomatologia
CEPID - Centro de Ensino e Pesquisa em Implantes Dentários
Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC, CEP: 88040-900
e-mails: bian07@yahoo.com.br ou cepid@ccs.ufsc.br

data de recebimento: 01/07/2005
data de aprovação: 29/07/2005

RESUMO

Este artigo relata um caso clínico de granuloma telangiectásico, abordando as principais características clínicas e histológicas da lesão. Com base na revisão da literatura, discute o diagnóstico diferencial, tratamento e prognóstico dessa lesão, considerando o recobrimento radicular terapia alternativa para minimizar as seqüelas de sua remoção.

PALAVRAS-CHAVE

Granuloma piogênico. Ferimentos e lesões. Biofilmes.

ABSTRACT

The aim of this paper is to report a case of Piogenic Granuloma. The main clinical and histological aspects of this lesion are described. A literature review was done objecting to discuss the diagnosis, treatment and prognostic of this injury. The association of a root coverage procedure was performed in order to avoid the relapse of the lesion.

KEYWORDS

Pyogenic granuloma. Wounds and injuries. Biofilms.

INTRODUÇÃO

O granuloma telangiectásico é uma entidade clínica distinta, que se origina como resposta dos tecidos a uma infecção inespecífica. Sua importância na odontologia deve-se ao fato de sua ocorrência intrabucal ser comum e, por vezes, apresentar aspecto clínico alarmante.

Atualmente, existe consenso entre alguns autores¹⁻⁴ de que o granuloma telangiectásico resulta de um traumatismo menor dos tecidos, que serve de porta de entrada para microorganismos oportunistas de baixa virulência. A remoção dessa lesão dá-se via incisão cirúrgica, com pequena margem de segurança, associada a procedimentos restauradores que diminuem a possibilidade de infecção, de forma a evitar a recidiva.

REVISÃO DA LITERATURA

O granuloma telangiectásico caracteriza-se por crescimento tecidual semelhante a um tumor, considerado de natureza não-neoplásica. Originalmente, pensava-se que essa lesão fosse causada por microorganismos piogênicos, porém, agora se acredita que não esteja relacionada à infecção. Em vez disso, considera-se que o granuloma telangiectásico representa uma resposta tecidual exuberante a uma irritação local ou a um trauma.¹ Dentre os irritantes, estão o cálculo, as restaurações mal adaptadas, o biofilme e os restos alimentares, aos quais o organismo reage, por meio da proliferação de tecido de granulação.²

Apesar dessa denominação, a lesão não é um granuloma verdadeiro.¹ O granuloma piogênico é denominado mais corretamente de granuloma telangiectásico, já que a lesão é altamente vascularizada e usualmente não é purulenta, como sugere o termo piogênico,³ entretanto, devido ao intenso componente vascular, pode-se também denominá-lo *hemangiogranuloma*.⁴

Alguns autores relacionam o granuloma telangiectásico a alterações hormonais durante a gravidez, quando passa a se denominar *granuloma gravídico*⁴ ou *tumor gravídico*.¹ Essas lesões podem começar a se desenvolver durante o primeiro trimestre, e sua incidência aumenta a partir do sétimo mês de gravidez. A elevação gradual no desenvolvimento dessas lesões durante a gravidez pode estar relacionada ao aumento nos níveis de estrogênio e progesterona, com a progressão da gravidez.¹ É uma alteração frequente nas mulheres grávidas, e, segundo diversos autores, seus índices de prevalência são por volta de 5% na população gestante. Essa mudança é usualmente explicada pelo aumento de estrógeno e seus efeitos sobre o componente vascular dos tecidos.⁵ Após a gravidez e normalização dos níveis hormonais, alguns desses granulomas telangiectásicos resolvem-se sem tratamento ou sofrem maturação fibrosa e lembram um fibroma.¹

Clinicamente, o granuloma telangiectásico caracteriza-se por lesão exofítica,³ pediculada ou sésil, com superfície lisa, lobulada ou mesmo verrucosa,² consistência flácida, freqüentemente ulcerada,⁴ podendo atingir o tamanho médio variável entre 0,9 e 1,2cm,⁶ e o aspecto de úlcera recoberta por fibrina pode assemelhar-se a pus.³ Granulomas telangiectásicos em sua fase inicial são altamente vascularizados e as lesões mais antigas tendem a se tornar mais colagenizadas e de coloração rósea.¹ Sua coloração varia do vermelho intenso ao vermelho arroxeadado, e sangra fartamente à mínima injúria, dependendo da quantidade de sua vascularização.

O granuloma telangiectásico tem evolução assintomática. Na maioria das vezes, o paciente não procura o cirurgião-dentista nas fases iniciais da lesão.² Pode desenvolver-se rapidamente³ e varia em tamanho de pequenos crescimentos de somente alguns milí-

metros a lesões maiores, que podem medir vários centímetros de diâmetro.¹ Os dentes podem separar-se, devido à pressão exercida pela lesão.³

O granuloma telangiectásico pode ocorrer em todas as regiões da mucosa oral, mas é mais freqüentemente observado na porção vestibular da região anterior dos maxilares, com predileção pela maxila e gengiva marginal,³ onde ocorrem em 75% dos casos¹. Com menor freqüência, em ordem decrescente, pode ocorrer nos lábios, língua, mucosa jugal, palato, véstíbulo e mucosa alveolar.⁶ Embora o granuloma telangiectásico possa desenvolver-se em qualquer idade, é mais comum em crianças e adultos jovens.¹ A maioria dos estudos tem mostrado predileção pelo sexo feminino (1), em uma proporção de 4:1,⁴ possivelmente, devido aos efeitos vasculares provocados pelos hormônios femininos.¹

O diagnóstico diferencial é feito com as hiperplasias fibrosas inflamatórias, lesão periférica de células gigantes e até mesmo fibroma ossificante periférico,⁷ hiperplasia fibroepitelial inflamatória e hemangiomas, quando a lesão é jovem.⁴ Além disso, o processo de biópsia excisional é indispensável para certificação do diagnóstico.⁷

O exame microscópico do granuloma telangiectásico mostra proliferação altamente vascular, que lembra o tecido de granulação. Numerosos canais pequenos e grandes, revestidos por endotélio, são formados, estando obliterados com hemácias.¹ Na região central, encontra-se tecido de granulação por proliferação endotelial, num estroma de tecido conjuntivo frouxo e infiltrado inflamatório, formado por linfócitos, plasmócitos e neutrófilos, principalmente, nas áreas ulceradas.⁴ Células da inflamação crônica são encontradas na profundidade do espécime.¹ O estroma tecidual pode, com o tempo, tornar-se fibroso, o que deixa tanto o aspecto clínico quanto o histológico semelhantes aos da hiperplasia fibrosa.³

O tratamento consiste na remoção da lesão e eliminação dos



Figura 1: Vista frontal do granuloma telangiectásico.

fatores de irritação local,⁸ como placa, cálculo e restaurações deficientes, para evitar a recorrência que é de aproximadamente 15%.⁸ O granuloma telangiectásico recidiva, porque, por não ser encapsulado, há dificuldade de determinar os limites para total remoção.⁶ Ao excisar a lesão da gengiva, é sempre necessário executar as manobras de raspagem, alisamento e polimento dos dentes adjacentes à lesão, para se certificar da remoção de cálculos, biofilme ou outro depósito local, que atuam como irritantes, aumentando o risco de recidiva.² O espécime deve ser submetido a exame microscópico, a fim de afastar o diagnóstico de lesões mais graves.¹

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 22 anos, aluna do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), encaminhou-se à clínica do curso de Especialização em Periodontia do Centro de Ensino e Pesquisa em Implantes Dentários (CEPID) da UFSC, com a finalidade de resolver um problema de ordem gengival que a acompanhava havia alguns meses. Ela informou o uso de gluconato de clorexidina a 0,12%, duas vezes ao dia, por sete dias, indicado por uma profissional da área, um mês antes de procurar o serviço da UFSC, contudo, o tratamento não solucionou o caso.

No decorrer da anamnese, a paciente relatou aumento de volume arredondado, indolor, que às vezes sangrava na escovação, e, nessa região, ocorria freqüentemente impacção de restos alimentares. A lesão acompanhava-a havia seis meses e sofrera pequeno aumento de volume nesse período. A paciente não usava álcool, nem fumava, como também não apresentava doenças de ordem sistêmica.

O exame clínico extra-oral apresentou quadro de normalida-



Figura 2: Remoção da lesão.

de. Na região intra-oral, verificou-se aumento de volume gengival vestibular sobre os elementos dentais 25-26, ocupando espaço referente à gengiva marginal (papila gengival) e à inserida. Tratava-se de lesão de cor avermelhada, com pontos de ulceração, pediculada e indolor. Os elementos 25 e 26 estavam hígidos, sendo que, no dente 24, verificou-se recessão de 3mm na região vestibular, sem causa aparente. Na radiografia periapical, não se observaram alterações ósseas na área da lesão (Fig. 1).

As características clínicas da lesão e a incidência sugeriam o diagnóstico de granuloma telangiectásico: lesão localizada na gengiva marginal; traumatismo leve dos tecidos; sexo feminino.

A retirada da lesão realizou-se por meio de duas incisões mesial e distal, em forma de cunha, para a completa remoção da injúria pela sua base. Após isso, realizou-se raspagem dos dentes envolvidos e curetagem da gengiva remanescente. O tecido excisado foi submetido a biópsia, realizada pelo Laboratório de Patologia do Hospital Universitário da UFSC, cujo resultado histológico resumiu-se da seguinte forma:

- *Macroscopia*: “fragmento irregular de tecido brancacento medindo 0,6 X 0,5 X 0,5cm”.



Figura 3: Lesão removida.

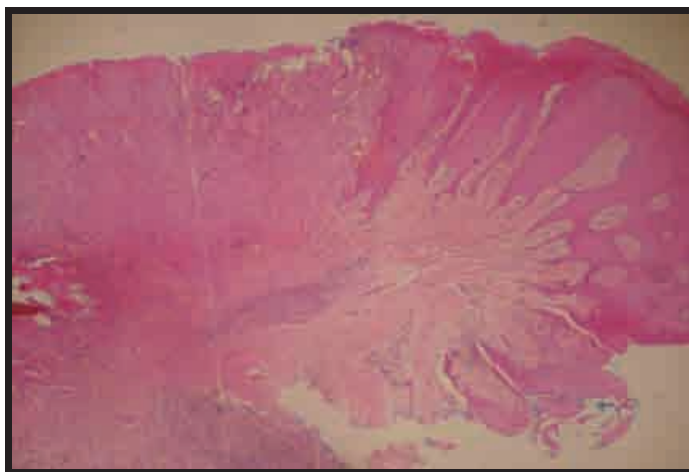


Figura 4: Lâmina histológica do granuloma telangiectásico.

- *Microscopia*: “cortes histológicos de mucosa exibindo epitélio escamoso estratificado queratinizado em áreas, erodido, contendo no conjuntivo vasos neoformados em meio a estroma denso, permeado por moderado infiltrado inflamatório mononuclear” (Fig. 2-4).
- *Conclusão do exame histopatológico*: “Granuloma Telangiectásico em mucosa gengival”.

Por meio dos dados obtidos pela anamnese e pelo exame clínico, concluiu-se que o granuloma telangiectásico pode ter sido causado pelo acúmulo de placa, que ocasionava impacção alimentar. A presença de recessão gengival no elemento 24 colaborava para maior presença de placa, além de evidenciar algum tipo de trauma na região. Devido a esses fatores, após 45 dias de cicatrização, optou-se pelo recobrimento radicular do dente 24, aumentando-se a faixa de mucosa ceratinizada na região dos dentes 24 e 25, o que ocasionaria maior proteção natural dos elementos, evitando possível recidiva da lesão. A técnica cirúrgica escolhida foi tração coronal de um enxerto de conjuntivo colhido da região de palato duro, próxima à área dos elementos 24 e 25. Essa técnica evita incisões relaxantes, por meio de um retalho de espessura par-

cial na região vestibular dos dentes em tratamento (Fig. 5-9).⁹

Seis meses após a biópsia, a paciente retornou para consulta de controle, e a área antes lesionada apresentava características de normalidade, sem sinais clínicos de recorrência da lesão. O controle final foi realizado um ano após remover-se a lesão e o recobrimento radicular. Observou-se eliminação completa da recessão do elemento 24 e aumento da faixa de mucosa ceratinizada, na região do dente 24 e 25 (Fig. 10).

DISCUSSÃO

O granuloma telangiectásico constitui lesão inflamatória causada por traumatismos, contudo, a doença periodontal avançada pode também ser citada como causa, devido ao acúmulo demorado de cálculo sob o tecido gengival, formando bolsa e gerando trauma.² Alterações hormonais durante a gravidez ou puberdade podem levar ao aparecimento dessa lesão, tendo em vista o aumento dos níveis de estrógeno e progesterona.¹ Sendo assim, traumas leves que não ocasionariam maiores respostas inflama-



Figura 5: Pós-operatório de 15 dias.

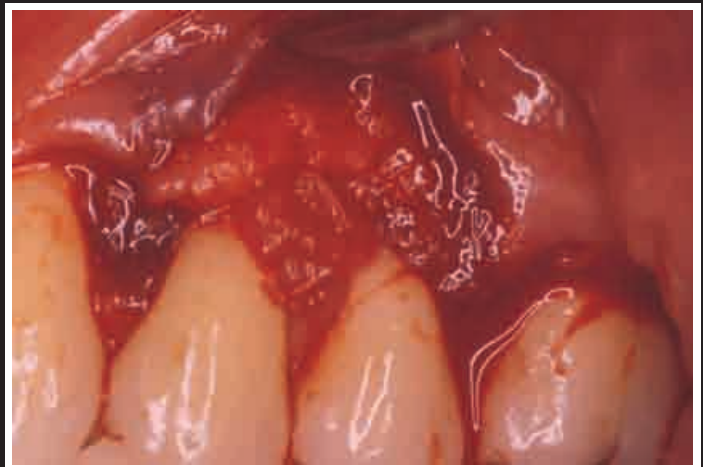


Figura 7: Enxerto de conjuntivo.



Figura 6: Retalho parcial.



Figura 8: Recobrimento radicular.

tórias podem resultar em granuloma telangiectásico, em pacientes do sexo feminino.

Se a lesão não for excisada cirurgicamente, há obliteração gradual de muitos capilares e ela adquire aspecto mais fibroso. Uma lesão antiga pode assemelhar-se a uma hiperplasia fibroepitelial ou a um fibroma típico, sendo provável que certos fibromas intrabucais sejam granulomas telangiectásicos cicatrizados.² O granuloma telangiectásico também pode causar a separação de dentes, devido à pressão exercida pelo seu crescimento.³

Para curar a lesão, é fundamental removê-la e eliminar completamente o fator etiológico.² Raspagem, alisamento, polimento e controles periódicos dos tecidos periodontais constituem procedimentos básicos para evitar sua recidiva.⁶ No caso clínico em questão, o controle dos tecidos periodontais deu-se por meio de aumento da faixa de mucosa ceratinizada da região, além do recobrimento da recessão do dente 24.

A quantidade ideal de mucosa ceratinizada para proteger um dente é assunto muito discutido. As características individuais dos seres humanos geram respostas diferentes aos mais diversos tipos de agressão bacteriana, impedindo que se obtenha valor numérico



Figura 9: Pós-operatório de 15 dias.



Figura 10: Controle de um ano.

da exata quantidade de mucosa necessária para essa proteção. Apesar disso, estatisticamente, parece haver maior incidência de problemas periodontais associados à odontologia restauradora nos indivíduos com pouca mucosa ceratinizada.⁹ Dessa forma, optou-se pela realização desse procedimento periodontal, objetivando recuperar as relações entre os componentes do periodonto de proteção. Essa proteção fica comprometida, uma vez que existem outros fatores que influenciam o aparecimento desse tipo de anomalia, contudo, por se tratar de infecção inespecífica, a eliminação de todas as possíveis causas relacionadas parece ser procedimento aconselhável.

CONCLUSÃO

Assim como a maioria das lesões benignas que ocorrem na cavidade bucal, o granuloma telangiectásico é de origem traumática, sendo que, em grande parte dos casos, advém da irritação constante, promovida pelo acúmulo do biofilme. Há maior incidência dele no sexo feminino, em que traumas leves geram distúrbios maiores do que o normal. O tratamento engloba sua excisão cirúrgica e a eliminação de fatores etiológicos. Para evitar a recidiva da lesão, é fundamental adotar medidas de prevenção inerentes ao tratamento periodontal tradicional. O aumento da faixa de mucosa ceratinizada pode ser fator que evita a recidiva da lesão, entretanto, mais estudos são necessários para comprovar essa assertiva.

REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, White DH. Patologia oral e maxilofacial. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Costa CC, Pithan AS, Pistóia AD, Martins Neto M. Granuloma telangiectásico: relato de um caso. Rev Odonto Ciência. 2001 Maio-Ago; 16(33):171-5.
3. Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
4. Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. 3a ed. São Paulo: Pancast; 2002.
5. Díaz-Guzman LM, Castellanos Suárez JL. Lesions of the oral mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004 Nov-Dec; 9(5): 430-7.
6. Martins AM, Vargas CAS, Biacchi GR, Achutti NA. Granuloma telangiectásico de etiologia periodontal. Rev ABO Nac. 1998 Out-Nov; 6 (5):308-11.
7. Magini RS, Carvalho AW, Schiochett C, Bianchini MA. Lesão periférica de células gigantes: caso clínico. Rev Bras Odontol. 2001 Maio-Jun; 58 (3): 201-3.
8. Carranza Jr FA. Aumento gengival. In: Carranza Jr FA, Newman MG. Periodontia clínica. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 246-62.
9. Zucchelli G, Amore C, Sforzal NM, Montebugnoli L, De Sanctis M. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. J Clin Periodontol. 2003 Oct; 30(10): 862-70.