

# Granuloma gravídico - relato de caso

## *Gravidarum granuloma - case report*

Ellen Cristina Gaetti-Jardim\*  
João Batista Vieira\*  
Alvimar Lima de Castro\*\*  
Elerson Gaetti Jardim Júnior\*\*\*  
Renata Callestini Felipini\*\*\*\*

### Resumo

Conhecido como "granuloma gravídico" quando presente em grávidas, o granuloma piogênico manifesta-se clinicamente como uma lesão lobulada ou plana, pediculada e, em alguns casos, de superfície ulcerada. Como características histológicas evidentes há presença de tecido de granulação em áreas de proliferação endotelial e de espaços vasculares e massas lobuladas de tecido hiperplásico. O presente relato objetiva apresentar um caso clínico em paciente de 23 anos, grávida de sete meses, portadora de granuloma gravídico em região de gengiva vestibular inferior. O caso foi tratado cirurgicamente com prognóstico favorável.

Palavras-chave: Granuloma piogênico. Gravidez. Diagnóstico.

### Introdução

O granuloma piogênico (GP) é uma lesão bucal benigna de natureza não neoplásica<sup>1,2</sup>. Considerada uma lesão reacional e multifatorial, é resultante de agressões repetitivas, de microtraumatismo e irritação local sobre a mucosa<sup>1,3</sup>; ocorre em cerca de 5% das mulheres grávidas, recebendo, por isso, a denominação de "granuloma gravídico"<sup>2</sup> (GG). Como resposta a essa agressão há formação de tecido de granulação em excesso<sup>1,3</sup>. Vilman et al.<sup>4</sup> (1986) descreveram que os GP bucais ocorrem em aproximadamente 77% dos casos em gengiva, sendo ligeiramente mais comuns no maxilar superior do que no inferior. A lesão também pode ocorrer na língua, lábios, mucosa jugal e, com menor frequência, no palato duro<sup>4,5</sup>.

Sills et al.<sup>6</sup> (1996) relatam que o GP afeta indivíduos de idades variadas e de ambos os gêneros, apresentando pico de incidência na segunda e na sexta décadas de vida, com uma ligeira preponderância no gênero feminino.

Vários trabalhos mencionam a influência hormonal no desenvolvimento da lesão, pois na gestante o crescimento do GP pode ser rápido e estar relacionado com o aumento nos níveis de estrógeno e progesterona com a progressão da gravidez<sup>2</sup>. Clinicamente, o GG, assim como o GP em geral, apresenta-se como massa plana ou lobulada, geralmente pediculada, de superfície ulcerada, coloração que varia de rosa a vermelho ou arroxeado, de tamanho variado, indolor e sangrante ao toque em virtude da grande vascularização<sup>1,2</sup>.

\* Alunos do curso de mestrado em Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Unesp).

\*\* Professor Titular da disciplina Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Unesp).

\*\*\* Professor Adjunto da disciplina Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Unesp).

\*\*\*\* Professora Assistente Doutora da disciplina Patologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Unesp).

Histologicamente, a lesão mostra massas lobuladas de tecido de granulação hiperplásico, revestidas parcialmente por epitélio estratificado escamoso delgado e atrófico. Os aspectos mais salientes são a presença de áreas circunscritas com proliferação endotelial e a formação de espaços vasculares. Quando as lesões se encontram ulceradas, é comum a presença de infiltrado inflamatório composto por neutrófilos, linfócitos e plasmócitos, o que leva à confusão com as características semelhantes ao hemangioma capilar ulcerado<sup>1,4,7,8</sup>.

Algumas informações coletadas na anamnese, como gênero, estado de gravidez, trauma, uso de medicamentos, tempo de evolução da lesão e estado de saúde geral do paciente, são fundamentais para identificar a etiologia da lesão, estabelecer o diagnóstico e instituir um plano de tratamento<sup>5</sup>.

O diagnóstico diferencial do GP pode ser feito com lesão de células gigantes periférica, hemangioma capilar, fibroma traumático, linfoma, entre outros<sup>3</sup>. Elias et al.<sup>9</sup> (2004) descreveram três lesões distintas (granuloma piogênico, sarcoma de Kaposi, hemangioma), mas que mostravam características clínicas e histopatológicas semelhantes.

Ao exame clínico deve-se observar o estado de saúde bucal do paciente, presença de placa, tártaro e restaurações mal adaptadas e com bordos excessivos. A lesão deve ser analisada quanto ao seu tamanho, base de implantação, superfície e consistência. O tratamento do GG dependerá da severidade dos sintomas; se a lesão for pequena, indolor e livre de hemorragia, observação clínica acompanhada de proervação bastará<sup>6</sup>. Steelman e Holmes<sup>10</sup> (1992) reportam que a manutenção da higiene bucal e proervação clínica durante o período gestacional são recomendadas<sup>11</sup>. Durante a gravidez, cirurgias devem ser reservadas aos casos de hemorragias espontâneas ou com presença de dor advinda do impedimento das práticas de higiene bucal ou outras atividades diárias<sup>6</sup>, ou em situações em que o tratamento conservador não produziu resultados satisfatórios<sup>12,13</sup>.

Tendo em vista o exposto, o presente trabalho objetiva relatar um caso de GG em paciente de 23 anos de idade, grávida de sete meses.

## Relato do caso clínico

Paciente do gênero feminino, melanoderma, 23 anos de idade, procurou atendimento odontológico com queixa principal de “bolinha que sangra na gengiva”. Na anamnese, a paciente relatou que a lesão surgira com o início da gravidez, que já durava sete meses. Relatou ainda que, apesar de indolor, apresentava hemorragia durante a escovação e dificuldade de higienização da área. Ao exame físico extrabucal foi observada a presença de lesão arroxeada compatível com hemangioma capilar (nevo flâmeeo), que, segundo a paciente, surgira ao nasci-

mento, compreendendo a região de mento, corpo e ramo mandibular, orelha e região cervical esquerda. Os linfonodos apresentavam aspectos de normalidade (Fig. 1).



Figura 1 - Exame físico extrabucal: lesão arroxeada compatível com nevo flâmeeo

Ao exame intrabucal, observou-se lesão localizada na gengiva vestibular, região do incisivo central a canino (31 ao 33), de coloração avermelhada, base pediculada, aspecto lobular, com pequenas áreas de ulceração e hemorrágicas ao toque, com extensão de aproximadamente 2 cm de diâmetro (Fig. 2). Diante dessas características, como diagnóstico diferencial optou-se por hemangioma capilar, granuloma piogênico (gravídico) e lesão de células gigantes periférica. Como diagnóstico clínico da lesão, tendo-se em vista o estado fisiológico da paciente, optou-se por granuloma gravídico.

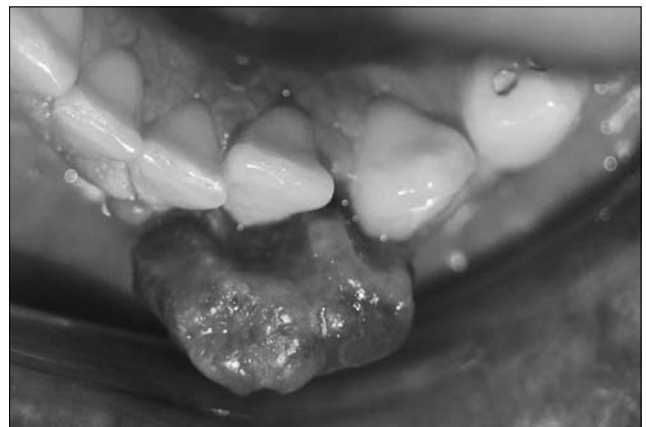


Figura 2 - Exame físico intrabucal: lesão localizada na gengiva vestibular com cerca de 2 cm de diâmetro

Sucessivas raspagens coronorradiculares foram realizadas, especialmente na região da lesão, porém mesmo assim a paciente relatava dificuldade de hi-

gienização e controle de placa bacteriana, o que a levou, por si mesma, a demonstrar o interesse pela remoção cirúrgica.

Como um transcirúrgico com bastante hemorragia já era esperado, optou-se pela utilização do eletrocautério para excisão da lesão com concomitante coagulação sanguínea (Fig. 3).



Figura 3 - Transcirúrgico com a utilização do eletrocautério

Após excisão da lesão, a peça cirúrgica foi acondicionada num recipiente contendo formol a 10% e enviada para processamento histopatológico.

Nos cortes microscópicos corados por hematoxilina e eosina (HE) observou-se epitélio estratificado escamoso delgado e atrófico. Os aspectos mais notáveis foram a presença de áreas circunscritas com proliferação endotelial e formação de espaços vasculares (Fig. 4 e 5).

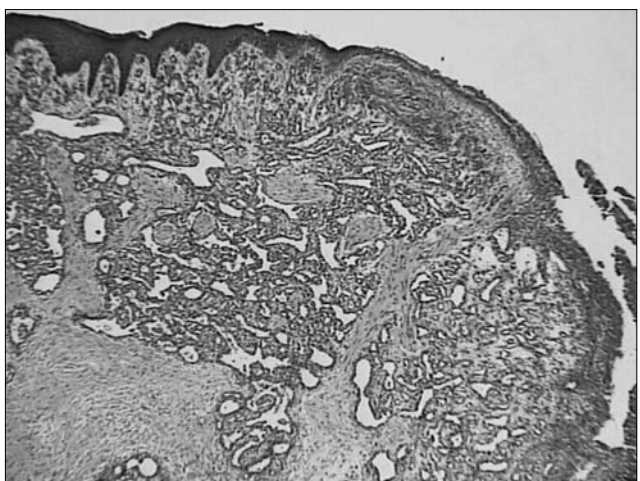


Figura 4 - Epitélio atrófico estratificado com proliferação endotelial e formação de espaços vasculares no tecido conjuntivo (H. E., 400 X)

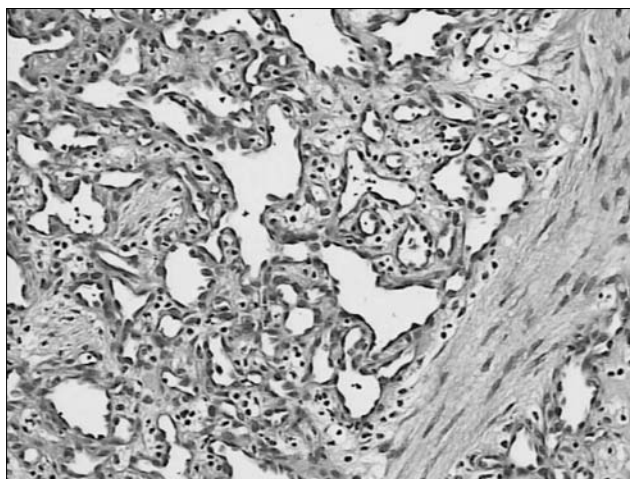


Figura 5 - Proliferação vascular no tecido conjuntivo (H. E., 1000 X)

O caso clínico em questão foi acompanhado por dois anos sem quaisquer evidências de recidiva da lesão (Fig. 6).



Figura 6 - Aspecto clínico pós-operatório de cinco meses

A paciente em questão consentiu com a publicação do caso por meio da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

## Discussão

“Granuloma gravídico” é um termo utilizado para descrever o GP que se desenvolve em mulheres grávidas<sup>14,15</sup>. Ocorre geralmente no primeiro trimestre da gravidez e seu crescimento rápido acompanha o aumento constante de estrógeno e progesterona circulante<sup>1</sup>. A lesão relatada apresentou crescimento considerável, abrangendo a região do incisivo ao canino inferior esquerdos. Durante a gestação ocorre uma alteração da dieta ou dos hábitos alimentares da mulher, assim como mudanças na frequência da sua ingestão. Por outro lado, a higienização bucal não acompanha essas novas rotinas e, por vezes, tende a diminuir em razão de náuseas, sono e outros motivos associados<sup>16</sup>.

Estudos revelam que a gengiva apresenta receptores para hormônios esteroides. Dessa forma, o aumento do estrogênio e progesterona provocaria alterações na fisiologia gengival<sup>5,17</sup>, as quais poderiam intensificar a resposta dos tecidos aos irritantes locais<sup>5,6</sup> e alterar a microbiota local, com predomínio de microrganismos mais patogênicos<sup>18</sup>.

No presente caso, ao exame clínico identificou-se acúmulo de placa bacteriana e cálculo quase que restritos à região da lesão. Em mulheres grávidas o metabolismo de progesterona nos tecidos gengivais é diminuído, com conseqüente aumento da permeabilidade dos vasos sanguíneos e inibição da migração de células inflamatórias e fibroblastos<sup>8</sup>. Isso altera a resposta inflamatória à placa, resultando em gengivite exacerbada<sup>1</sup>.

Aproximadamente 77% dos GP ocorrem na gengiva, preferencialmente na região anterior, sendo a maioria dos casos por vestibular<sup>2</sup>. No presente trabalho, a localização da lesão entre os dentes 31 e 33 vem corroborar os achados da literatura, que referem grande prevalência do granuloma piogênico em gengiva vestibular<sup>2</sup>. Segundo alguns autores<sup>1,4,6,7</sup>, o tamanho da lesão pode variar de 3 x 2 mm até 30 x 20 mm. No caso relatado, foi de, aproximadamente, 2 cm de diâmetro, o que, associado ao comportamento clínico, foi motivo de preocupação da paciente quanto ao diagnóstico.

Diante de tais características, o GG mostrou-se um diagnóstico mais convincente, já que se tratava de uma mulher grávida e que relatara o surgimento da lesão concomitantemente à gravidez. A possibilidade de se tratar de um hemangioma capilar ulcerado não podia ser descartada até a confecção do laudo histopatológico, já que sangramento gengival, abaulamento da cortical óssea, bem como a presença de mobilidade dental, que pode às vezes ser equivocadamente associada a má higiene bucal, podem estar presentes<sup>14</sup>. Dessa forma, confirma-se a necessidade sempre de um exame histopatológico.

A remoção cirúrgica é o tratamento mais recomendado<sup>1-3</sup> e foi o procedimento realizado na paciente citada neste trabalho, já que, mesmo após sucessivos procedimentos de raspagem e alisamento coronorradicular, a dificuldade referida pela paciente para higienizar a área persistia e, por conseguinte, a presença de placa bacteriana. O risco para a paciente e a gestação são mínimos, pois, além de as dimensões da lesão serem bem estabelecidas e de possuir base pediculada, o que facilita a sua remoção, a utilização do eletrocautério restringiu a uma quantidade menor o sangramento trans e pós-operatórios, além de a cirurgia ter sido realizada por uma equipe capacitada e equipada. Lesões menores podem ser apenas acompanhadas pelo cirurgião-dentista durante e após a gravidez, pois em alguns casos pode ocorrer regressão espontânea da lesão ou esta sofrer maturação fibrosa<sup>1,2</sup>.

O acompanhamento dos pacientes é importante para se detectarem possíveis recorrências das lesões<sup>1-4</sup>. A paciente referida neste trabalho<sup>4</sup> foi acompanhada durante um período de dois anos, não havendo evidência de nova lesão.

## Considerações finais

Durante o período gestacional o GP pode apresentar crescimento rápido e exacerbado, atingindo dimensões tais que podem alarmar tanto a paciente quanto um profissional menos informado, pensando tratar-se de lesão maligna. Assim, os sintomas desta enfermidade norteiam a necessidade de se adotarem protocolos de atenção odontológica a pacientes grávidas<sup>19</sup>, os quais incluem o conhecimento do GP, anamnese e avaliação clínica criteriosa. A realização de biópsia é fundamental para o estabelecimento do diagnóstico final e tratamento, podendo ocorrer recidivas. É importante evidenciar a necessidade de cuidados com a higiene, remoção da placa bacteriana e o uso de escovas dentais macias, com técnicas de escovação adequadas e que diminuam o trauma sobre a gengiva.

## Abstract

*The pyogenic granuloma may be classified as "pregnancy tumor" when it occurs in pregnant women manifests itself clinically as an injury lobulated or flat, pedicled and, in some cases, surface ulcerated. As histological features are obvious to the presence of granulation tissue, in areas of proliferation of endothelial and vascular spaces and lobulated masses of hyperplastic tissue. The objective of this study is to present a 23 years old patient's case, 7 months pregnancy, bearer of pyogenic granuloma in vestibular lower gingival region. The case was surgically treated with favorable prognosis.*

*Key words: Pyogenic granuloma. Pregnancy. Diagnosis.*

## Referências

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Souza YTCS, Coelho CMP, Brentegani LG, Vieira MLSO, Oliveira ML. Avaliação clínica e histológica de granuloma gravídico: relato de caso. Braz Dent J 2000; 11:135-9.
3. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia Bucal. Correlações clínico-patológicas. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1991.
4. Vilman A, Vilman P, Vilman H. Pyogenic granuloma: evaluation of oral condition. Britsh J Oral Maxillofac Surg 1986; 24:376-82.
5. Jensen J, Liljemark W, Bloomquist C. The effect of female sex hormones on subgingival plaque. J Periodont 1981; 52:599-602.
6. Sills ES, Zegarelli DJ, Hoschander M, Strider WE. Clinical diagnosis and management of hormonally responsive oral pregnancy tumor (pyogenic granuloma). J Reprod Med 1996; 41:467-70.

7. Wandera A, Walker PO. Bilateral pyogenic granuloma of the tongue in graft-versus-host disease: Report of case. *J Dent Child* 1994; 61:401-3.
8. Vieira EMM, Spalding M, Morais S. Granuloma gravídico de crescimento exagerado: caso clínico. *Rev Port Estomatol, Med Dent Cir Maxilofac* 2006; 47(4):227-30.
9. Elias R, Weigert KL, Figueiredo MAZ, Yurgel LS. Hemangioma, granuloma piogênico ou sarcoma de Kaposi. Diagnóstico diferencial em Estomatologia. *RBO* 2004; 61:84-7.
10. Steelman R, Holmes D. Pregnancy tumor in a 16-year-old: case report and treatment considerations. *J Clin Pediatr Dent* 1992; 16:217-8.
11. Zanini M, Paschoal LHC. Dermatoses gestacionais. *Med Cutan Iber Lat Am* 2004; 32(4):139-50.
12. Butler EJ, MacIntyre DR. Oral pyogenic granulomas. *Dent Update* 1991; 18:194-5.
13. Tumini V, Di Placido G, D'Archivio D, Del Giglio Matarazzo A. Hyperplastic gingival lesions in pregnancy. I. Epidemiology, pathology and clinical aspects. *Minerva Stomatol* 1998; 47:159-67.
14. Daley TD, Nartey NO, Wysocki GP. Pregnancy tumor: an analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1991; 72:196-9.
15. Diaz-Guzman LM, Castellanos-Suarez JL. Lesions of the mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9:434-7.
16. Welgatch MKM, Samalea DMV. Atenção odontológica às gestantes na estratégia de saúde da família. *Rev Divulg Técnico-Cient ICPG* 2008; 3(2):74-9.
17. Ojanotko-Harri AO, Harri MP, Hurttia HM, Sewon LA. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. *J Clin Periodontol* 1991; 18:262-6.
18. Jafarzadeh H, Sanatkhan M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Scie* 2006; 48(4):167-75.
19. Velazco N, González E, Quiñónez B. Granuloma piogênico gravídico. *Rev Odontol de Los Andes* 2007; 2(1):51-6.

**Endereço para correspondência**

Ellen Cristina Gaetti Jardim  
Rua América do Norte, 373, J. Jussara  
16021-295 Araçatuba - SP  
Fone: (18) 3631 0188  
E-mail: ellengaetti@gmail.com

*Recebido: 06/05/2008 Aceito: 14/01/2009*