

# GRANULOMA DE CÉLULAS GIGANTES: PERIFÉRICO OU CENTRAL? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

20

Susana Rocha; Bibiana Assunção; Henrique Maia; Constança Lopes; Beatriz Santos; Salomé Cavaleiro

Serviço de Estomatologia da ULS São João



u020025@ulssjoao.  
min-saude.pt

## Introdução

### Granuloma periférico de células gigantes (GPCG):

- Lesão de tecidos moles **reativa**, não neoplásica, geralmente desencadeada por acumulação de placa bacteriana/tártaro, trauma, prótese mal adaptada ou restos radiculares retidos;
- **Localização extraóssea**, na gengiva/rebordo alveolar edêntulo, como um nódulo vermelho-azulado, sésil ou pediculado, de evolução lenta.

### Granuloma central de células gigantes (GCCG):

- **Lesão óssea benigna** de origem desconhecida (reativa *versus* neoplásica);
- **Localização intraóssea**, geralmente maxilomandibular, como lesão lítica, que pode ser assintomática ou causar dor, expansão/erosão cortical, reabsorção radicular e alteração da oclusão.

**Histologicamente**, GPCG e GCCG são virtualmente **indistinguíveis**, sendo a localização, o estudo imagiológico e a evolução clínica o que permite a sua distinção e tratamento adequado.



FIG. 1 – Aspeto clínico inicial

## Caso Clínico

Um paciente de 74 anos de idade foi referenciado à consulta de Estomatologia por **coloração azulada e discreta nodulação da gengiva do rebordo alveolar edêntulo** a distal do dente 1.3, com **um ano de evolução** (Fig. 1).

A **relação com a prótese dentária** motivou o tratamento inicial com antifúngico e evicção da prótese. Contudo, perante a persistência do quadro, foi realizada uma **biópsia incisional**, cujo resultado histológico foi **granuloma de células gigantes**.

O estudo radiográfico adicional (**OPG** e **CBCT**) revelou uma **lesão lítica maxilar subjacente à topografia da lesão** e aparente **resto radicular retido do dente 1.4** (Fig. 2).

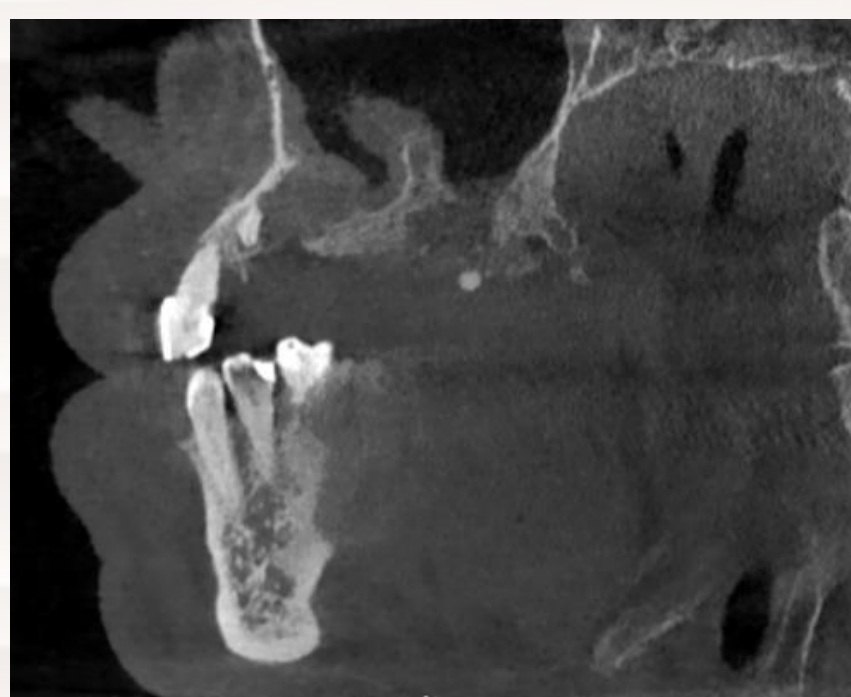


FIG. 2 – CBCT: lesão lítica de contornos grosseiramente regulares na maxila direita, com resto radicular do dente 1.4 retido

O envolvimento ósseo, despertou a suspeita de um GCCG, embora clinicamente pouco agressivo.

Optou-se por uma **abordagem cirúrgica**, com **enucleação do componente intraósseo em bloco com a gengiva subjacente e extração do resto radicular retido** (e do dente 1.3 sem suporte ósseo).

O exame histológico da peça revelou a presença adicional de um **quisto odontogénico em adição ao GPCG** previamente incompletamente excisado.

A cicatrização foi satisfatória e o seguimento clínico e radiográfico não demonstrou sinais de recidiva (Fig. 3 e 4).



FIG. 3 – Aspeto clínico aos 6 meses de pós-operatório



FIG. 4 – CBCT, 6 meses pós-operatório: depressão maxilar na topografia da lesão, sem sinais de recidiva e com alguma neoformação óssea

## Discussão

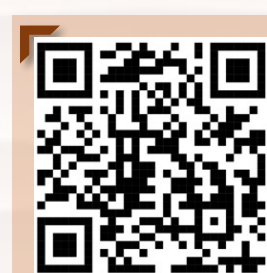
Os granulomas centrais e periféricos de células gigantes são considerados lesões reativas, que podem ter apresentações clínicas semelhantes e ser histologicamente indistinguíveis.

No entanto, as duas lesões apresentam localização e comportamento clínico habitualmente distintos.

Neste caso, o diagnóstico definitivo dependeu da confirmação da presença do quisto radicular subjacente ao GPCG, que mimetizou o componente intraósseo de um granuloma central, ao mesmo tempo que surge como um fator de irritação local crónica (em adição à prótese mal adaptada e à raiz retida) que terá contribuído para o desenvolvimento da lesão gengival.

## Conclusão

O reconhecimento da relação causal, aliado à exclusão de um diagnóstico potencialmente mais agressivo, é crucial para o tratamento eficaz e para a prevenção de recidivas.



BIBLIOGRAFIA