



ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](http://portal.periodicos.capes.gov.br)

## Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



### Lesão Periférica de Células Gigantes: Relato de Caso com Localização e Dimensões Atípicas

Peripheral Giant Cell Granuloma: Case Report with Atypical Location and Dimensions

DOI: 10.55892/jrg.v8i19.2418

ARK: 57118/JRG.v8i19.2418

Recebido: 25/08/2025 | Aceito: 28/08/2025 | Publicado on-line: 01/09/2025

#### Cláudio Maranhão Pereira<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5511-0387>

<http://lattes.cnpq.br/4975282873806771>

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

E-mail: claudiopereira@pucgoias.edu.br

#### Vittor Dorinato de Santana Sátiro<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7069-0807>

<http://lattes.cnpq.br/0416394008439687>

Universidade Paulista, Goiânia, Goiás, Brasil.

E-mail: vittordotinasto@gmail.com

#### Guilherme Ribeiro de Queiroz<sup>3</sup>

<https://orcid.org/0009-0002-5451-9783>

<http://lattes.cnpq.br/9014427-484866391>

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

E-mail: guilherme.queiroz@pucgoi.edu.br

#### Leonardo Araújo de Andrade<sup>4</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-4363-5044>

<http://lattes.cnpq.br/1703923648295799>

Universidade Paulista, GO, Brasil

E-mail: leonardo.andrade@docenteunip.br

#### Heitor Lima Ribeiro<sup>3</sup>

<https://orcid.org/0009-0007-3311-3799>

<https://lattes.cnpq.br/7728644417439091>

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

Email: heitorlimaribeiro@gmail.com

#### Patrícia Freire Gasparetto<sup>5</sup>

<https://orcid.org/0009-0006-4663-9178>

<http://lattes.cnpq.br/7885081817300547>

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

E-mail: patricia.gasparetto@docente.unip.br

#### Tessa de Lucena Botelho<sup>6</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-0200-5908>

<http://lattes.cnpq.br/6851882988869170>

Centro Universitário Alfredo Nasser, GO, Brasil

E-mail: tessabotelhol@gmail.com



### Resumo

**Introdução:** A lesão periférica de células gigantes (LPCG) é uma entidade proliferativa benigna, de origem reacional, comumente localizada na gengiva e rebordo alveolar. Apesar de relativamente frequente, sua apresentação clínica pode variar, e casos com dimensões atípicas ou em localizações incomuns são raramente relatados. **Objetivo:** Relatar um caso de LPCG em paciente jovem, localizado em palato duro, palato mole e rebordo alveolar de maxila, com características clínicas e radiográficas incomuns. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 32 anos, apresentou nódulo vegetante, ulcerado, eritematoso e hemorrágico, medindo aproximadamente 5 cm, localizado em palato duro/mole e rebordo alveolar esquerdo, associado a reabsorção óssea e deslocamento dentário. Biópsia incisional revelou agregados de células gigantes multinucleadas em estroma fusocelular com áreas hemorrágicas, confirmando o diagnóstico de LPCG. Exames laboratoriais

<sup>1</sup> Doutor em Estomatologia – UNICAMP-SP

<sup>2</sup> Graduado em Odontologia – UNIP-GO

<sup>3</sup> Acadêmico em Odontologia – PUC-GO

<sup>4</sup> Mestre em Ciências da Saúde

<sup>5</sup> Mestre em Odontologia – UNIEVANGELICA-GO

<sup>6</sup> Doutor em Patologia Bucal – USP-SP

descartaram hiperparatireoidismo. A lesão foi removida cirurgicamente em ambiente hospitalar sob anestesia geral. **Discussão:** O caso se destaca pelo tamanho da lesão, localização palatina e comportamento hemorrágico exuberante, características incomuns que dificultam o diagnóstico diferencial com tumores de células gigantes centrais e neoplasias ósseas. Relatos recentes corroboram a raridade de LPCG em palato e reforçam a necessidade de correlação clínico-radiográfica e histopatológica para diagnóstico preciso. **Conclusão:** Apesar de seu caráter benigno, a LPCG pode apresentar comportamento agressivo localmente, exigindo abordagem terapêutica cuidadosa. Casos com dimensões atípicas e localização incomum devem ser documentados, contribuindo para ampliar o espectro clínico e auxiliar no manejo dessa lesão.

**Palavras-chave:** Lesão periférica de células gigantes. Cavidade bucal. Diagnóstico diferencial. Palato. Patologia oral.

### Abstract

**Introduction:** *Peripheral giant cell granuloma (PGCG) is a benign reactive lesion, most frequently affecting the gingiva and alveolar ridge. Although relatively common, its clinical presentation may vary, and cases with atypical dimensions or unusual locations are rarely reported.* **Objective:** *To report a case of PGCG in a young patient, located in the hard and soft palate and maxillary alveolar ridge, with uncommon clinical and radiographic features.* **Case Report:** *A 32-year-old male presented with a vegetative, ulcerated, erythematous, and hemorrhagic nodule measuring approximately 5 cm, located in the hard/soft palate and left alveolar ridge, associated with bone resorption and dental displacement. Incisional biopsy revealed aggregates of multinucleated giant cells in a spindle-cell stroma with hemorrhagic areas, confirming the diagnosis of PGCG. Laboratory tests ruled out hyperparathyroidism. The lesion was surgically removed under general anesthesia in a hospital setting.* **Discussion:** *This case is remarkable due to the lesion's large size, palatal location, and exuberant hemorrhagic behavior, uncommon features that complicate the differential diagnosis with central giant cell granulomas and bone neoplasms. Recent reports corroborate the rarity of palatal PGCG and emphasize the need for clinical, radiographic, and histopathological correlation for accurate diagnosis.* **Conclusion:** *Although benign, PGCG can exhibit locally aggressive behavior, requiring careful therapeutic planning. Cases with atypical dimensions and unusual location should be documented to broaden the clinical spectrum and guide management of this lesion.*

**Keywords:** *Peripheral giant cell granuloma. Oral cavity. Differential diagnosis. Palate. Oral pathology.*

### 1. Introdução

A lesão periférica de células gigantes (LPCG) é uma entidade proliferativa reacional relativamente comum da cavidade bucal, caracterizada pela presença de células gigantes multinucleadas distribuídas em um estroma fibroblástico rico em áreas hemorrágicas e depósitos de osteoide (NEVILLE et al., 2016; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2017). Apesar de sua etiopatogênese ainda não estar totalmente esclarecida, acredita-se que decorra de estímulos locais como trauma, extrações dentárias e irritações crônicas (AKERZOUL et al., 2023).

Clinicamente, a LPCG manifesta-se como um nódulo exofítico, geralmente sésil ou pediculado, de coloração variando entre eritematosa e arroxeada, podendo

apresentar superfície ulcerada em decorrência de trauma local (BODNER et al., 2014). A maioria dos casos está localizada na gengiva ou rebordo alveolar, com predileção pela região anterior da mandíbula e em indivíduos do sexo feminino, principalmente entre a quarta e sexta décadas de vida (KUMAR et al., 2018; PATEL et al., 2024).

O tamanho das lesões é variável, porém, na maioria das vezes, não ultrapassa 2 cm de diâmetro. Casos acima de 4 cm são considerados raros e de difícil manejo clínico, sendo frequentemente associados a comprometimento funcional importante (SHADMAN et al., 2009; ALCARAZ BATURONI et al., 2023). Relatos recentes descrevem casos de LPCG em regiões incomuns, como palato duro e mole, com dimensões superiores a 5 cm, reforçando seu potencial de crescimento quando não diagnosticada precocemente (BAŞKAN et al., 2024).

O diagnóstico diferencial inclui lesões reacionais e neoplásicas, como granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico, hemangioma e tumores centrais de células gigantes. Além disso, o tumor marrom do hiperparatireoidismo deve ser descartado por meio de exames laboratoriais de cálcio, fósforo e paratormônio (CARLOS; SEDANO, 2002; FLIGELSTONE et al., 2023).

Histopatologicamente, a LPCG apresenta células gigantes multinucleadas em estroma fibroblástico, acompanhadas de hemorragia e frequente deposição de trabéculas ósseas. Essa arquitetura, embora característica, pode simular outras entidades, exigindo correlação clínico-patológica para diagnóstico preciso (GIANANTI; WALDRON; HOOVER, 1973; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2017).

Apesar de benigna, a LPCG pode apresentar comportamento agressivo localmente, com taxas de recidiva que variam de 10% a 20% dependendo da técnica cirúrgica empregada (KFIR; BUCHNER; HANSEN, 1980). Revisões recentes têm discutido modalidades terapêuticas adjuvantes visando reduzir tais índices, especialmente em lesões extensas e de difícil acesso (ALIU et al., 2024).

Nesse contexto, o presente relato descreve um caso atípico de LPCG em paciente jovem, localizado em palato duro/mole e rebordo alveolar, com dimensões acima de 5 cm, superfície ulcerada e caráter hemorrágico significativo. A documentação deste caso contribui para ampliar a compreensão do espectro clínico e terapêutico da LPCG.

## 2. Relato de Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, chegou ao consultório odontológico queixando-se de um “caroço na boca”. Durante a anamnese, o paciente relatou que há cerca de 1 ano e 3 meses foi submetido a extração de 2 dentes superiores posteriores esquerdos e, segundo o paciente, o procedimento cirúrgico foi bem complexo e teve como intercorrência uma hemorragia intensa. Após 3 meses da realização cirurgia o paciente notou o desenvolvimento de um nódulo na mesma região da extração dos dentes. Este nódulo cresceu gradativamente de forma lenta e assintomática. Diante disso o paciente procurou um profissional de sua região onde foi submetido a uma biópsia incisional, entretanto o resultado foi inconclusivo. O mesmo profissional solicitou uma revisão da lâmina desta biópsia, cujo resultado também foi inconclusivo. Após isso o paciente foi submetido a uma tomografia computadorizada da região o qual mostrou uma imagem osteolítica primária de tecido mole, disseminada, estendendo-se palato duro/mole e rebordo alveolar esquerdo de maxila. Após 2 meses desta biópsia e diante do resultado inconclusivo, o paciente foi encaminhado para nova avaliação.

Durante exame físico intrabucal, foi possível observar um nódulo vegetante de superfície irregular e ulcerada, eritematoso, sangrante ao toque, com a porção anterior

séssil e a porção posterior pediculada, com cerca de 5 centímetros em seu maior diâmetro (Figuras 1 e 2). A lesão localizava-se em palato duro, estendendo-se para rebordo alveolar esquerdo, palato mole esquerdo chegando próximo a região de úvula. Neste momento o paciente já se queixava de dificuldade de se alimentar em virtude das dimensões exageradas da lesão.

Em virtude da falta de acesso ao antigo exame de TC que o paciente havia sido submetido em sua cidade de origem, foi solicitado nova tomografia computadorizada da região onde foi observado aumento de volume em partes moles do rebordo alveolar na região do dente 27 ausente, provocando o rechaçamento dos dentes 26 e 28 associados a irregularidade do rebordo alveolar. Estas eram caracterizadas por alteração do padrão do trabeculado ósseo com aumento da densidade óssea e imagens hipodensas de permeio, bem como crescimento exofítico mineralizado irregular no interior do crescimento tecidual, no sentido vestibulo-palatal, medindo aproximadamente 28,89 mm x 13,31 mm x 12,06 mm em suas maiores dimensões (largura x comprimento x altura) (Figuras 3a-3e).

Considerando a hipótese de lesão de tecido mole com invasão óssea local ou neoplasia óssea localmente agressiva, o paciente foi submetido a nova biópsia incisinal. Em análise histopatológica os cortes histológicos revelaram agregados de células fusiformes permeadas por inúmeras células gigantes multinucleadas. Notam-se extensas áreas hemorrágicas. Em algumas regiões, notam-se formação osteóide e osso remanescente, além de ausência sinais de malignidade nos cortes analisados, chegando-se assim ao diagnóstico de lesão periférica de células gigantes.

Diante do resultado foi solicitado exames de dosagem de paratormônio, cálcio e fosfato para descartar Tumor Marrom do Paratireoidíssimo, entretanto todos os exames estavam dentro dos padrões de normalidade.

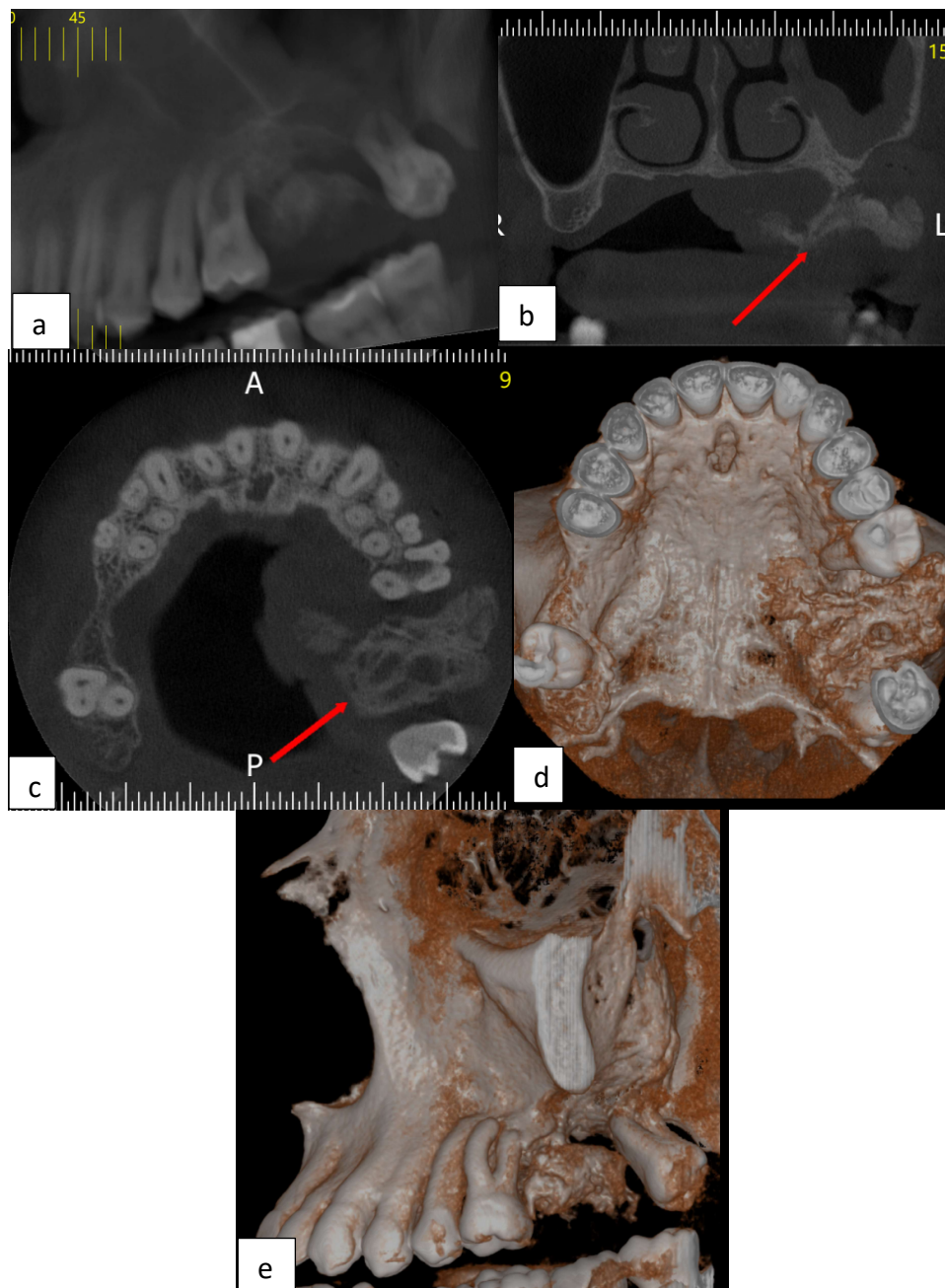
Devido a grande dimensão da lesão, da localização desfavorável e caráter hemorrágico da mesma, foi optado pela remoção cirúrgica da lesão em âmbito hospitalar sob anestesia geral (Figuras 4 e 5). A peça cirúrgica foi novamente submetida à análise histopatológica confirmando novamente tratar-se de uma lesão periférica de células gigantes. Após 4 meses da realização da cirurgia o paciente encontra-se sem queixas e sem sinais de recidiva (Figura 6).



Figura 1. Aspecto clínico da lesão. Nota-se nódulo arroxado em palato duro/mole estendendo-se para rebordo alveolar. (Fonte: autores).



Figura 2. Visão antero-lateral da lesão. Observa-se pontos hemorrágicos espontâneos na porção lateral do nódulo. (Fonte: autores).



Figuras 3a-3e. Tomografia computadorizada mostra imagens hipodensas de permeio, bem como crescimento exófito mineralizado irregular no interior do crescimento tecidual, no sentido vestibulo-palatal. (Fonte: autores).

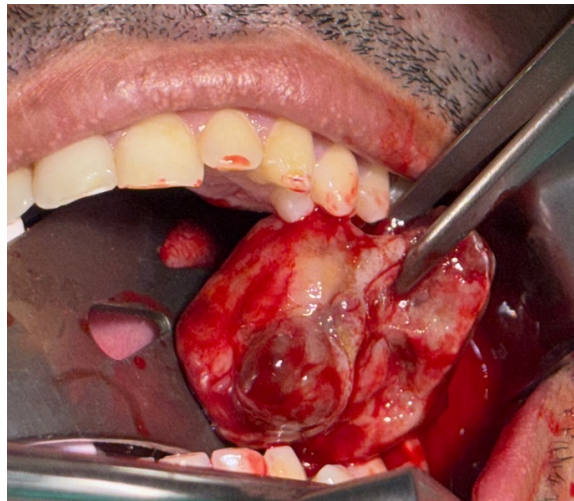


Figura 4. Trans cirúrgico. É possível observar a dimensão da lesão e seu aspecto hemorrágico. (Fonte: autores).

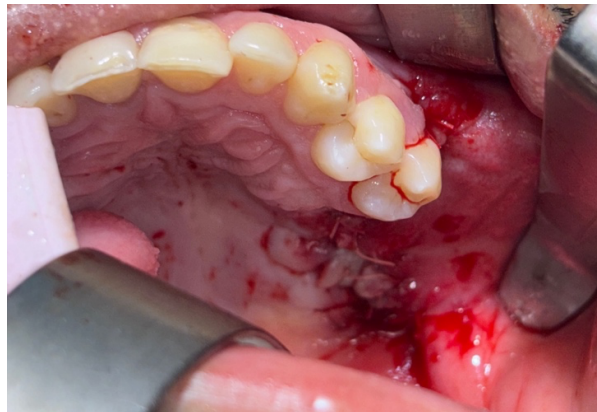


Figura 5. Visão clínica após a sutura e finalização da remoção cirúrgica. (Fonte: autores).



Figura 6. Aspecto clínico após 4 meses da cirurgia. Observa-se área reparada e sem sinais de recidiva.

### 3. Discussão

O caso relatado apresenta particularidades clínicas e anatômicas que o diferenciam da maioria dos relatos publicados. A localização em palato duro e mole, estendendo-se ao rebordo alveolar, é considerada rara, já que a literatura aponta a gengiva marginal e a região anterior da mandíbula como os locais mais comuns (BODNER et al., 2014; BAŞKAN et al., 2024).

Outro aspecto incomum é a dimensão da lesão. Enquanto a maioria das LPCG possui diâmetro inferior a 2 cm, o caso relatado atingiu cerca de 5 cm, com impacto funcional significativo, como dificuldade de alimentação. Esse crescimento exacerbado é documentado em relatos recentes, os quais sugerem que fatores locais e sistêmicos, como traumas prévios ou alterações hormonais, podem influenciar a evolução da lesão (ALCARAZ BATURONI et al., 2023; AKERZOUL et al., 2023).

A superfície ulcerada, vegetante e sangrante também merece destaque. Embora a LPCG frequentemente apresente coloração avermelhada, ulcerações extensas e aspecto proliferativo exuberante não são habituais, sugerindo atividade proliferativa intensa e vascularização aumentada (KFIR; BUCHNER; HANSEN, 1980; FLIGELSTONE et al., 2023).

No exame de imagem, a presença de áreas osteolíticas e remodelação óssea irregular ampliou o desafio diagnóstico, podendo simular tumores centrais de células gigantes ou até neoplasias ósseas malignas. A literatura reforça que, em situações como essa, múltiplas biópsias e exames complementares são indispensáveis para diagnóstico preciso (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2017; BAŞKAN et al., 2024).

O diagnóstico histopatológico foi consistente com LPCG, com abundância de células gigantes multinucleadas e áreas hemorrágicas, além de presença de osteoide. Contudo, a semelhança histológica com o tumor marrom do hiperparatireoidismo justificou a solicitação de exames laboratoriais, que descartaram doença sistêmica, corroborando achados de outros autores (CARLOS; SEDANO, 2002; PATEL et al., 2024).

A conduta cirúrgica em ambiente hospitalar sob anestesia geral foi adequada diante do risco hemorrágico e da localização desfavorável. Esse manejo encontra respaldo em publicações recentes que reforçam a importância da segurança cirúrgica em casos de grande porte (CHAPMAN; SCHUBERT, 2018; AKERZOUL et al., 2023).

O acompanhamento pós-operatório inicial, sem sinais de recidiva após três meses, é encorajador. Entretanto, a literatura enfatiza a necessidade de monitoramento a longo prazo, visto que a recidiva pode ocorrer em até 20% dos casos (BUCHNER; HANSEN, 1987; ALIU et al., 2024). Estratégias adjuvantes, como revisão periódica clínica e radiográfica, são fundamentais para garantir o sucesso terapêutico.

Assim, o presente caso ilustra que a LPCG, embora comum, pode apresentar-se com características clínicas atípicas e agressivas. O relato reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar envolvendo clínica, radiologia, patologia e cirurgia, além de ampliar o conhecimento sobre as possíveis variações clínicas dessa entidade.

## Referências

- ALCARAZ BATURONI, F. J. et al. Peripheral Giant Cell Granuloma in Pregnancy: A Case Report. *Applied Sciences*, v. 13, n. 23, p. 12688, 2023.
- ALIU, F. et al. Evaluating Treatment Modalities for Reducing Recurrence in Giant Cell Granuloma. *Dent. J.*, v. 12, n. 9, p. 295, 2024.
- AKERZOUL, N. et al. Surgical excision of peripheral giant cell granuloma located in maxillary region after traumatic extractions: a case report. *Pan African Medical Journal*, v. 45, p. 39, 2023.
- BAŞKAN, M. B. et al. Peripheral Giant Cell Granuloma: Case Series and Report with 20 Years of Pain in Posterior Palatal Region. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 2024.
- BODNER, L. et al. Peripheral giant cell granuloma: clinicopathologic study of 77 cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 72, n. 3, p. 450–458, 2014.
- BUCHNER, A.; HANSEN, L. S. The histomorphologic spectrum of peripheral giant cell granuloma. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, v. 63, n. 2, p. 288–294, 1987.
- CARLOS, R.; SEDANO, H. Peripheral giant cell granuloma and hyperparathyroidism. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, v. 31, n. 3, p. 153–155, 2002.
- CHAPMAN, C. N.; SCHUBERT, M. M. Management of peripheral giant cell granuloma: a clinical perspective. *Oral Diseases*, v. 24, n. 6, p. 1045–1051, 2018.
- FLIGELSTONE, S. et al. Peripheral giant cell granuloma: a case series and review. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, 2023.
- GIANSANTI, J. S.; WALDRON, C. A.; HOOVER, N. V. Peripheral giant cell granuloma: a review of 720 cases. *Journal of Oral Surgery*, v. 31, n. 3, p. 187–191, 1973.
- KFIR, Y.; BUCHNER, A.; HANSEN, L. S. Reactive lesions of the gingiva: a clinicopathological study of 741 cases. *Journal of Periodontology*, v. 51, n. 11, p. 655–661, 1980.
- KUMAR, S. K. S. et al. Peripheral giant cell granuloma: a case series of 40 patients. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, v. 10, n. 4, p. e321–e326, 2018.
- NEVILLE, B. W. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- PATEL, C. et al. Peripheral giant cell lesion of the oral cavity in a 12-year-old: a case report. *Cancer Journal*, v. 30, n. 3, p. 48–51, 2024.
- REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations*. 7. ed. St. Louis: Elsevier, 2017.
- SHADMAN, N. et al. Peripheral giant cell granuloma: a review of 123 cases. *Journal of Oral Science*, v. 51, n. 1, p. 55–59, 2009.