



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

HELEN KAYSA CABRAL CAITANO

**LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A FIBROMA
OSSIFICANTE PERIFÉRICO: RELATO DE CASO RARO**

CAMPINA GRANDE – PB

2021

HELEN KAYSA CABRAL CAITANO

**LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A FIBROMA
OSSIFICANTE PERIFÉRICO: RELATO DE CASO RARO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Odontologia pelo Curso de
Odontologia da Universidade Estadual da
Paraíba – Campus I.

Orientador: Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka

CAMPINA GRANDE – PB

2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C1371 Caitano, Helen Kaysa Cabral.
Lesão periférica de células gigantes associada a Fibroma ossificante periférico [manuscrito] : relato de caso raro / Helen Kaysa Cabral Caitano. - 2021.
34 p. : il. colorido.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2021.
"Orientação : Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka , Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."

1. Lesão periférica de células gigantes. 2. Mandíbula. 3. Patologia. 4. Fibroma ossificante periférico. I. Título
21. ed. CDD 617.6

HELEN KAYSA CABRAL CAITANO

**LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A FIBROMA
OSSIFICANTE PERIFÉRICO: RELATO DE CASO RARO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Odontologia pelo Curso de
Odontologia da Universidade Estadual da
Paraíba – Campus I.

Aprovado em: 28/05/2021

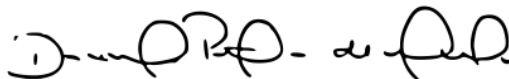
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Daniela Pita de Melo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

DEDICATÓRIA

Ao Senhor, a Ele tudo o que sou, tenho e terei. À Virgem Maria, Mãe de Deus e minha.
À minha família, essa Graça também é vossa. DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, meu Pai e amigo de todas as horas, que me concedeu a graça com a aprovação no curso de Odontologia e me acompanhou por toda a jornada. E principalmente nessa reta final, tem me dado a força necessária para continuar seguindo e lutando pelos meus objetivos e sonhos, conforme a Sua vontade. Sou grata pelo refúgio, fortaleza e por seu imensurável amor que excede todo entendimento.

À **Nossa Senhora**, minha mãezinha e porta do céu, por cada passo dado com um Manto seguro a me guiar, me proteger, me dirigir e providenciar todas as coisas junto a Jesus.

À minha mãe, **Helena Maria Cabral Caitano**, pelo amor, conselhos, orações e incentivo. Onde sempre encontrei refúgio e conforto. Agradeço toda a dedicação e cuidados que sempre teve e continua todos os dias a ter por mim.

Ao meu pai, **José Francisco Caitano**, por toda dedicação, por ter feito o possível e o impossível, trabalhando dia e noite, para me manter e não deixar nada faltar. Agradeço pelo amor e por tudo que sempre fez e faz por mim.

À minha irmã, **Flávia Maria Cabral Caitano**, pela amizade, companheirismo e orações. Obrigada por todo cuidado e paciência. E, por me impulsionar a seguir em frente e vencer as dificuldades. Agradeço a Deus por ter me presenteado com a melhor irmã do mundo.

À minha família, avós, tios e primos, que sempre torcem e vibram comigo a cada vitória. Agradeço todo carinho, apoio e compreensão.

Aos meus amigos do “Squad” que a graduação me presenteou - **Beatriz, Caio, Diego, Manuela, Milena e Raelly**, sou grata por terem feito da minha jornada acadêmica momentos mais leves e cheios de significados ao lado de vocês. Obrigada por terem proporcionado lembranças maravilhosas de muitas risadas, aprendizado e superação de obstáculos. Os momentos vivenciados não seriam os mesmos sem a presença de vocês, pois cada um com seu jeito único e especial de ser deixou sua marca nessa trajetória. A todos minha eterna gratidão por toda alegria, incentivo e amizade, sem vocês esses anos não teriam sido os mesmos. Levarei sempre comigo a nossa amizade e sei que não findará com o desfecho deste ciclo.

À **Anna Beatriz Barbosa Falcão**, minha dupla de clínica e de toda a graduação, que vivenciou comigo todos os altos e baixos da vida acadêmica, esteve ao meu lado nas situações mais difíceis, engraçadas e desafiadoras. Serei eternamente grata por todo companheirismo, palavras e carinho durante esses mais de 5 anos. Tenho certeza que serás uma profissional brilhante e com muito sucesso. Você mora no meu coração!

Aos meus amigos de longas datas, **Antonio, Anderson, Danielly, Gabriela, Germana, João, Maysa, Rafael**, que me presenteiam há anos com suas amizades especiais e por serem anjos em minha vida. Além dos demais amigos, que sempre estiveram ao meu lado, e me

ajudaram a suportar as dificuldades, comemoraram vitórias e ouviram meus desabafos, choros e risos. com palavras de carinho e conforto.

Em especial, agradeço ao meu orientador, **Cassiano Francisco Weege Nonaka**, por todos os ensinamentos, incentivo e motivação. És uma inspiração pra mim, como pesquisador e como ser humano. Sou grata por me inserir no universo da patologia e na iniciação científica, por ser um exemplo de dedicação, competência, responsabilidade, paciência e educação.

Agradeço também às professoras **Pollianna Muniz** e **Daniela Pita** por terem aceitado o convite para compor a banca examinadora na defesa do meu TCC, bem como pela amizade e por todas as orientações que me foram dadas ao longo da graduação.

Aos alunos e servidores do **Laboratório de Histopatologia Oral do Departamento de Odontologia da UEPB**, por todo o acolhimento e troca de experiências e conhecimentos.

Aos docentes e servidores do **Departamento de Odontologia da UEPB**, por todo o conhecimento e aprendizado transmitido. E por todas as contribuições na minha formação, no âmbito acadêmico, da pesquisa e da extensão.

Aos pacientes que tive a oportunidade de atender, foram peça fundamental para o meu aprendizado e crescimento pessoal. Obrigada por toda confiança e pelo compromisso durante todos os atendimentos, com certeza todas as trocas vivenciadas foram essenciais para a minha formação.

Ao **Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC) UEPB/ CNPq**.

RESUMO

RESUMO

Lesões constituídas pela associação dos aspectos microscópicos da lesão periférica de células gigantes (LPCG) e do fibroma ossificante periférico (FOP) são raras. O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de LPCG associada a FOP e discutir aspectos relacionados à etiopatogênese, características clinicopatológicas, diagnóstico diferencial, tratamento e prognóstico desta associação incomum. Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, foi encaminhada para avaliação de um aumento de volume indolor na região posterior de mandíbula, do lado esquerdo, identificado há aproximadamente 6 meses. Ao exame físico intraoral, verificou-se um nódulo pediculado, de coloração rósea com áreas esbranquiçadas, eritematosas e ulceradas, que se estendia da gengiva vestibular à mucosa alveolar na região dos dentes 37 e 38. A lesão, com aproximadamente 2,0 cm de diâmetro, apresentava consistência firme à palpação. Ao exame radiográfico panorâmico, constatou-se discreto aumento do espaço do ligamento periodontal ao longo da raiz mesial do dente 37. Exame de tomografia computadorizada de feixe cônico revelou áreas hiperdensas no interior da lesão e rarefação da cortical óssea subjacente. Sob a hipótese diagnóstica de FOP, foi realizada uma biópsia excisional. A análise histopatológica revelou proliferação de células mesenquimais mononucleadas, entremeadas por células gigantes multinucleadas semelhantes a osteoclastos. Justaposta a essa proliferação, foi observada extensa deposição de trabéculas ósseas entremeadas por tecido conjuntivo fibroso celularizado. Com base nesses achados, foi estabelecido o diagnóstico de LPCG associada a FOP. Nenhum sinal clínico de recorrência foi observado após 3 meses de excisão cirúrgica. Em conclusão, lesões híbridas de LPCG e FOP são raras e diversos aspectos relacionados à sua histopatogênese permanecem pouco compreendidos. A formação de tecido ósseo reacional é um evento relativamente frequente nas LPCGs e, neste sentido, o diagnóstico de lesões híbridas de LPCG e FOP pode ser desafiador. Tendo em vista o pequeno número de casos relatados dessas lesões, recomenda-se o acompanhamento dos pacientes a longo prazo.

Palavras-chave: Lesão periférica de células gigantes; Mandíbula; Patologia.

ABSTRACT

ABSTRACT

Lesions constituted by the association of microscopic aspects of peripheral giant cell lesion (PGCL) and peripheral ossifying fibroma (POF) are rare. The objective of this study is to report a rare case of PGCL associated with POF and to discuss aspects related to etiopathogenesis, clinicopathological characteristics, differential diagnosis, treatment and prognosis of this uncommon association. A 38-year-old female patient was referred for evaluation of a painless swelling in the posterior region of the mandible, on the left side, which had been identified approximately 6 months earlier. On intraoral physical examination, there was a pedicled nodule, pink in color, with whitish, erythematous and ulcerated areas, which extended from the vestibular gingiva to the alveolar mucosa in the region of teeth 37 and 38. The lesion, with approximately 2.0 cm in diameter, showed firm consistency on palpation. Panoramic radiographic examination revealed a slight widening of the periodontal ligament space along the mesial root of tooth 37. Cone beam computed tomography revealed hyperdense areas inside the lesion and erosion of the underlying bone cortex. Under the diagnostic hypothesis of POF, an excisional biopsy was performed. Histopathological analysis revealed proliferation of mononucleated mesenchymal cells, interspersed with multinucleated giant cells similar to osteoclasts. Juxtaposed to this proliferation, extensive deposition of trabecular bone intermixed by cellular fibrous tissue could also be observed. Based on these findings, the diagnosis of PGCL associated with POF was established. No clinical sign of recurrence was observed after 3 months of surgical excision. In conclusion, hybrid lesions of PGCL and POF are rare and several aspects related to their histopathogenesis remain poorly understood. The formation of reactionary bone tissue is a relatively frequent event in PGCLs and, therefore, the diagnosis of hybrid lesions of PGCL and POF can be challenging. In view of the small number of reported cases, long-term follow-up of patients is recommended.

Keywords: Peripheral giant cell lesion; Mandible; Pathology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 1. A) Nódulo pediculado com áreas esbranquiçadas, eritematosas e ulceradas, estendendo-se da gengiva vestibular à mucosa alveolar na região dos dentes 37 e 38. B) Detalhe da relação entre a área ulcerada da lesão e a coroa do dente 27.....	20
Figura 2. A) Radiografia panorâmica demonstrando discreto aumento do espaço do ligamento periodontal na raiz mesial do dente 37. B) Cortes transversais oblíquos obtidos por TCFC destacando áreas hiperdensas no interior da lesão e rarefação da cortical óssea subjacente (cortes 9 – 13), na região dos dentes 37 e 38.....	21
Figura 3. A e B) Fotomicrografias revelando proliferação de células mesenquimais mononucleadas, entremeadas por células gigantes multinucleadas, em contiguidade com áreas compostas por trabéculas ósseas de tamanhos variados (HE, 40×). C) Detalhe das células mononucleadas ovoides e fusiformes dispostas em meio a células gigantes multinucleadas, semelhantes a osteoclastos, e áreas de extravasamento hemorrágico (HE, 100×).....	22
Figura 4. A) Detalhe da interface entre as áreas com características de LPCG e FOP (HE, 100×). B) Destaque para as trabéculas ósseas neoformadas, com conspícua pavimentação osteoblástica, dispostas em meio a tecido conjuntivo fibroso celularizado (HE, 200×).....	23

SUMÁRIO

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	17
2 RELATO DO CASO	20
3 DISCUSSÃO	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A lesão periférica de células gigantes (LPCG) e o fibroma ossificante periférico (FOP) são processos proliferativos não neoplásicos, de natureza reacional, resultantes de irritação local crônica sobre os tecidos da cavidade oral (SANGLE *et al.*, 2018; LAKKAM *et al.*, 2020). Essas lesões, localizadas exclusivamente em gengiva e rebordo alveolar, correspondem de 0,7% a 2,6% dos casos enviados para exame em laboratórios de histopatologia oral (DALEY *et al.*, 1990; LAYFIELD; SHOPPER; WEIR, 1995; ZHANG *et al.*, 2007; BUCHNER; SHNAIDERMAN-SHAPIRO; VERED, 2010; DE MATOS *et al.*, 2014).

A LPCG e o FOP demonstram considerável sobreposição em seus aspectos clínicos (OGBUREKE *et al.*, 2015; BHARATHI *et al.*, 2016). Esses processos proliferativos se apresentam como nódulos, com coloração que varia de arroxeadada a rosa pálido, medindo aproximadamente 2 cm de diâmetro (HUNASGI *et al.*, 2017; SANGLE *et al.*, 2018). Ocasionalmente áreas de ulceração podem ser observadas, mas sintomatologia dolorosa não constitui um achado frequente nos FOPs e LPCGs (NADERI; ESHGHYAR; ESFEHANIAN, 2012; DE MATOS *et al.*, 2014). Embora geralmente não demonstrem achados radiográficos apreciáveis, eventualmente, FOPs podem exibir focos radiopacos em seu interior (CHILDERS *et al.*, 2013; GOMES *et al.*, 2019) e LPCGs podem determinar reabsorção óssea superficial e alargamento do espaço do ligamento periodontal (CHAPARRO-AVENDAÑO; BERINI-AYTÉS; GAY-ESCODA, 2005).

Microscopicamente, a LPCG revela uma proliferação de células mesenquimais mononucleadas, ovoides e fusiformes, permeadas por células gigantes multinucleadas semelhantes a osteoclastos (KATSIKERIS; KAKARANTZA-ANGELOPOULOU; ANGELOPOULOS, 1998; CHRCANOVIC; GOMES; GOMEZ, 2018). Áreas de formação de tecido mineralizado, como trabéculas ósseas e calcificações distróficas, podem ser observadas em 38,9% a 44,6% dos casos de LPCG (KATSIKERIS; KAKARANTZA-ANGELOPOULOU; ANGELOPOULOS, 1998; DE MATOS *et al.*, 2014; LESTER *et al.*, 2014). O FOP, por sua vez, se caracteriza pela proliferação de fibroblastos fusiformes associados à formação de material mineralizado, que pode consistir em tecido ósseo, material cementoide ou calcificações distróficas (DAS *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2019). Em alguns casos, os FOPs podem apresentar coleções de células gigantes multinucleadas, usualmente associadas ao tecido mineralizado (SANGLE *et al.*, 2018).

Os eventuais depósitos de material mineralizado, nas LPCGs, e coleções de células gigantes multinucleadas, nos FOPs, são aspectos bem reconhecidos da histopatologia destas

lesões (DE MATOS *et al.*, 2014; OGBUREKE *et al.*, 2015; SANGLE *et al.*, 2018). No entanto, raramente, LPCGs podem apresentar extensas áreas de formação de tecido ósseo trabecular (OGBUREKE *et al.*, 2015; DE CASTRO *et al.*, 2017). A natureza desse processo, reportado em apenas 2 casos publicados na literatura inglesa, permanece pouco compreendida. Estudos sugerem uma possível associação de dois processos patológicos distintos, caracterizando uma lesão híbrida de LPCG e FOP (OGBUREKE *et al.*, 2015; DE CASTRO *et al.*, 2017), como já relatado entre lesões centrais de células gigantes (LCCGs) e lesões fibro-ósseas (KAPLAN *et al.*, 2007; CRUSOÉ-REBELLO *et al.*, 2009; ALSUFYANI *et al.*, 2021).

Nesse contexto, este trabalho se propôs a relatar o terceiro caso de LPCG associada a FOP e discutir aspectos relacionados à etiopatogênese, características clinicopatológicas, diagnóstico diferencial, tratamento e prognóstico desta rara lesão.

RELATO DO CASO

2 RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, melanoderma, 38 anos de idade, foi encaminhada para avaliação de um aumento de volume indolor na região posterior de mandíbula, identificado há aproximadamente 6 meses. A paciente apresentava um bom estado geral de saúde, sem comorbidades. Ao exame físico extraoral, não foram observadas alterações clínicas na região.

O exame físico intraoral revelou a presença de um nódulo pediculado, com aproximadamente 2,0 cm de diâmetro, localizado na região correspondente aos dentes 37 e 38. A lesão, que se estendia da gengiva vestibular à mucosa alveolar, apresentava coloração rósea com áreas esbranquiçadas, eritematosas e ulceradas (FIGURAS 1A e 1B). À palpação, o nódulo revelou uma consistência firme. Além disso, foi constatado discreto acúmulo de biofilme e cálculo salivar ao longo do terço cervical das coroas dos dentes 37 e 38.

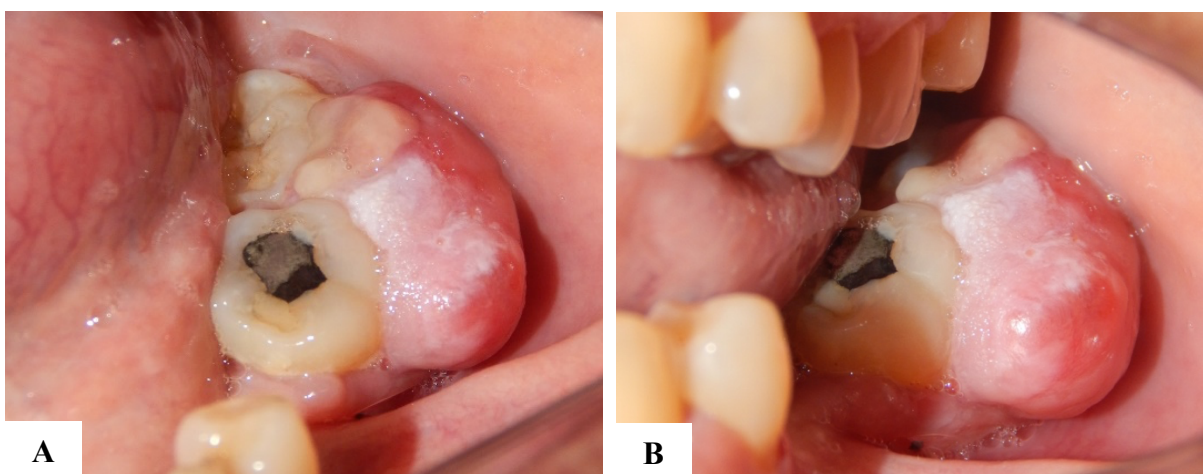


Figura 1. A) Nódulo pediculado com áreas esbranquiçadas, eritematosas e ulceradas, estendendo-se da gengiva vestibular à mucosa alveolar na região dos dentes 37 e 38. B) Detalhe da relação entre a área ulcerada da lesão e a coroa do dente 27.

Exame de radiografia panorâmica revelou discreto aumento do espaço do ligamento periodontal ao longo da raiz mesial do dente 37 (FIGURA 2A). Por sua vez, exame de tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) demonstrou áreas hiperdensas no interior da lesão e rarefação da cortical óssea subjacente, na região correspondente aos dentes 37 e 38 (FIGURA 2B).

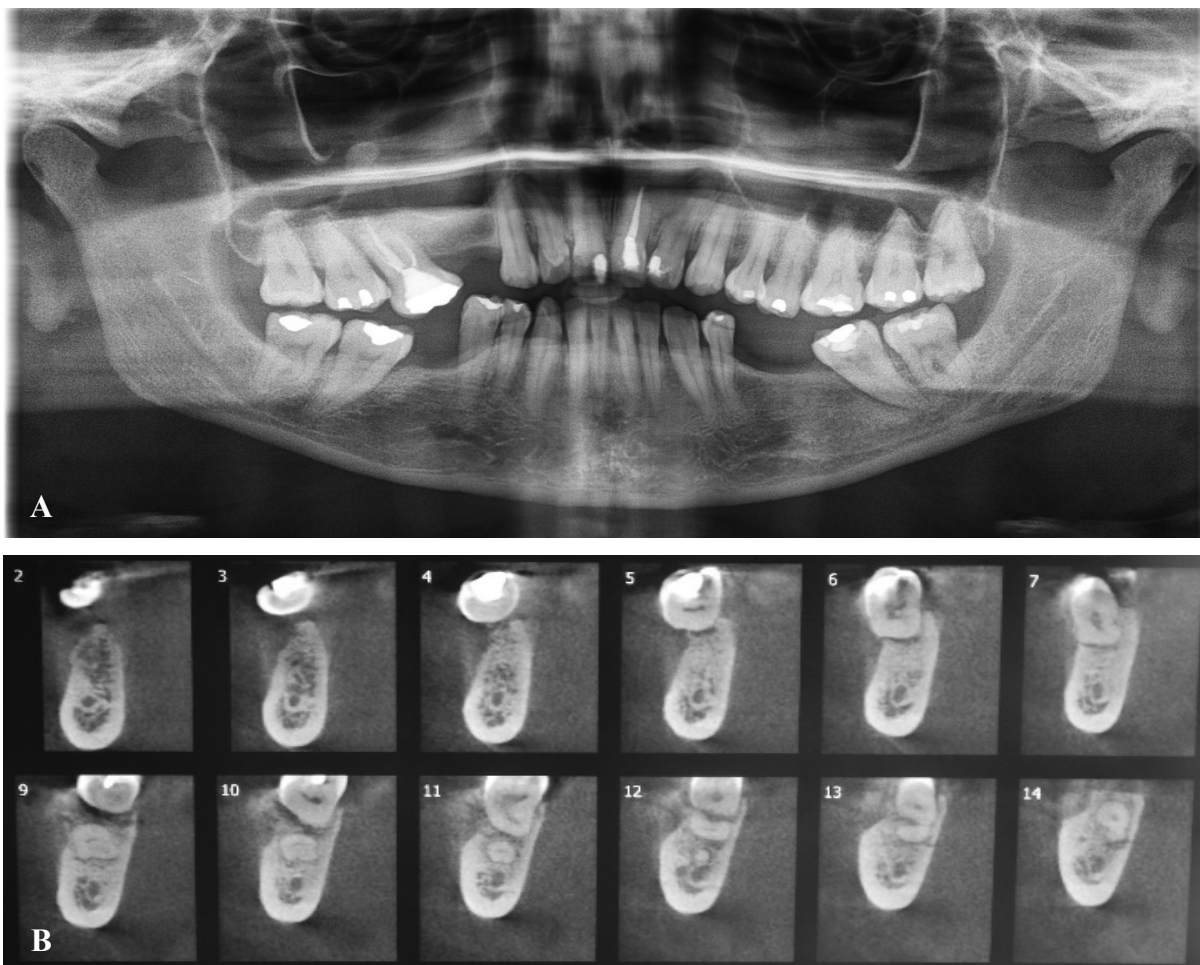


Figura 2. A) Radiografia panorâmica demonstrando discreto aumento do espaço do ligamento periodontal na raiz mesial do dente 37. B) Cortes transversais oblíquos obtidos por TCFC destacando áreas hiperdensas no interior da lesão e rarefação da cortical óssea subjacente (cortes 9 – 13), na região dos dentes 37 e 38.

Com base nos achados clínicos e radiográficos, foram estabelecidas as hipóteses diagnósticas de FOP, LPCG ou granuloma piogênico. Após realização de biópsia excisional, a peça cirúrgica foi fixada em formol a 10% e encaminhada para análise histopatológica. O exame microscópico revelou proliferação de células mesenquimais mononucleadas, entremeadas por células gigantes multinucleadas semelhantes a osteoclastos. Tais elementos celulares se encontravam dispostos em meio a fibras colágenas de espessuras variadas, arranjadas ora frouxamente, ora de forma predominantemente densa, entremeadas por vasos sanguíneos de calibres variados. Em contiguidade com o conjunto anteriormente descrito, foram observadas áreas constituídas por células mesenquimais mononucleadas, dispostas em meio a fibras colágenas e numerosas trabéculas ósseas de tamanhos variados (FIGURAS 3A – 4B). Baseado nesses achados, foi estabelecido o diagnóstico de LPCG associada a FOP.

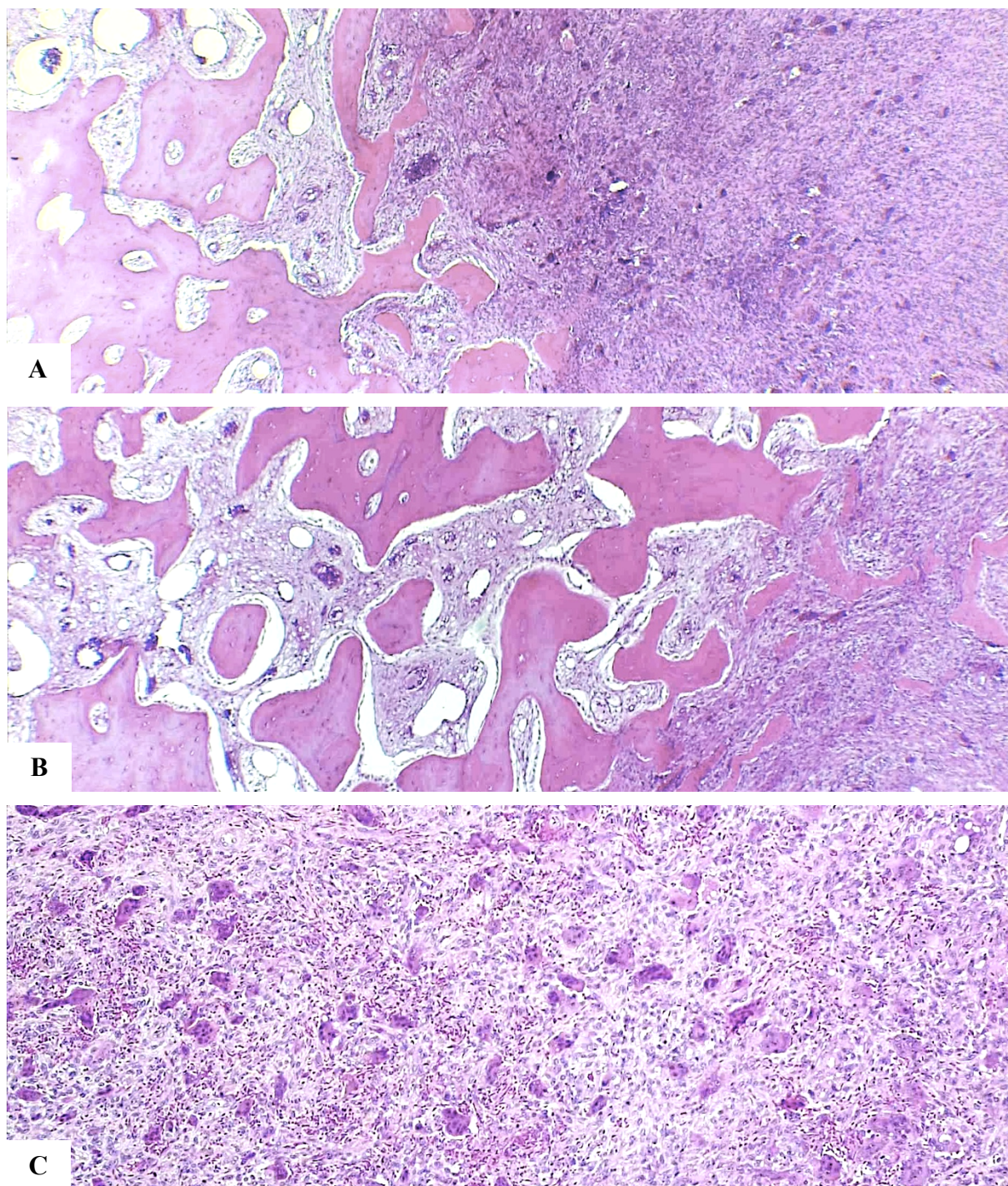


Figura 3. A e B) Fotomicrografias revelando proliferação de células mesenquimais mononucleadas, entremeadas por células gigantes multinucleadas, em contiguidade com áreas compostas por trabéculas ósseas de tamanhos variados (HE, 40×). C) Detalhe das células mononucleadas ovoides e fusiformes dispostas em meio a células gigantes multinucleadas, semelhantes a osteoclastos, e áreas de extravasamento hemorrágico (HE, 100×).

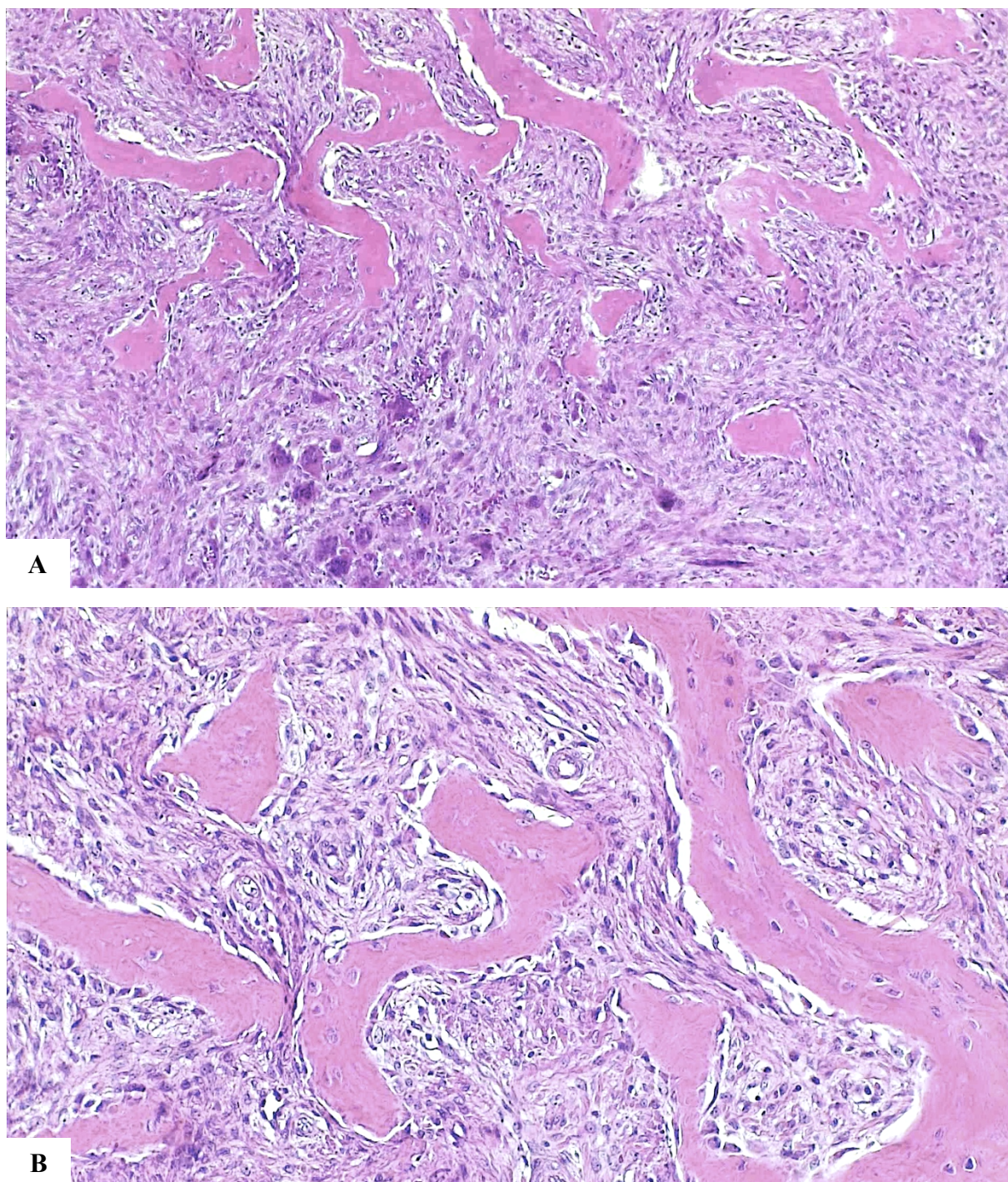


Figura 4. A) Detalhe da interface entre as áreas com características de LPCG e FOP (HE, 100×). B) Destaque para as trabéculas ósseas neoformadas, com conspícua pavimentação osteoblástica, dispostas em meio a tecido conjuntivo fibroso celularizado (HE, 200×).

Em acompanhamento pós-operatório de 3 meses, não foram observados sinais clínicos de recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

3 DISCUSSÃO

LPCGs e FOPs são lesões, originadas a partir da irritação crônica sobre o mucoperiósteo ou porções superficiais do ligamento periodontal (BUCHNER.; SHNAIDERMAN-SHAPIRO; VERED, 2010; SANGLE *et al.*, 2018), que demonstram considerável sobreposição em seus aspectos clínicos (BHARATHI *et al.*, 2016; DUTRA *et al.*, 2019). Essas lesões reacionais também compartilham algumas características histopatológicas (BHARATHI *et al.*, 2016; SANGLE *et al.*, 2018). Merecem destaque, nesse sentido, os depósitos de material mineralizado nas LPCGs e as coleções de células gigantes multinucleadas nos FOPs (DE MATOS *et al.*, 2014; OGBUREKE *et al.*, 2015; SANGLE *et al.*, 2018).

Por compartilharem alguns aspectos microscópicos, Dereci *et al.* (2017) sugerem que LPCGs e FOPs podem representar pontos distintos de um espectro histopatológico. Em estudo com 10 casos designados de intermediários, os quais apresentavam áreas típicas tanto de LPCG quanto de FOP, Dereci *et al.* (2017) constataram maior expressão de colágeno III nas áreas de LPCG e maior imunorreatividade para colágeno I nas áreas de FOP. Para esses autores, alguns casos de FOP podem representar estágios mais tardios e maduros do desenvolvimento das LPCGs. Em consonância com essa sugestão, alguns estudos consideram que os FOPs também podem representar estágios tardios do desenvolvimento dos granulomas piogênicos, nos quais houve maior maturação fibrosa e deposição de tecido mineralizado (KFIR; BUCHNER; HANSEN, 1980; DE MATOS *et al.*, 2014; BABU; HALLIKERI, 2017).

Raramente, podem ser identificadas lesões caracterizadas pela sobreposição considerável das características microscópicas da LPCG e do FOP (OGBUREKE *et al.*, 2015; DE CASTRO *et al.*, 2017). Incluindo o presente relato, são constatados apenas 3 desses casos descritos na literatura, os quais se destacam pela presença de extensas áreas de formação de tecido ósseo trabecular (OGBUREKE *et al.*, 2015; DE CASTRO *et al.*, 2017). Pouco se sabe sobre a histogênese e a patogênese das lesões constituídas pela associação dos aspectos microscópicos da LPCG e do FOP (OGBUREKE *et al.*, 2015; DE CASTRO *et al.*, 2017). Estudos sugerem que tais casos podem representar verdadeiras lesões híbridas (OGBUREKE *et al.*, 2015; DE CASTRO *et al.*, 2017).

Os dados clínicos das lesões híbridas de LPCG e FOP, descritas na literatura, se encontram sumarizados na Tabela 1. As lesões foram diagnosticadas em pacientes com idades que variaram de 31 a 44 anos e estavam localizadas em região posterior de mandíbula. Clinicamente, se apresentaram como nódulos/massas nodulares indolores, com áreas ulceradas, associados a dentes. No caso relatado por Ogbureke *et al.* (2015), a lesão também demonstrou

proximidade com implantes dentários. Achados radiográficos foram observados no caso reportado por De Castro *et al.* (2017) e no presente relato. De Castro *et al.* (2017) identificaram focos radiopacos no interior da lesão. Além desse aspecto, no caso ora relatado, constatou-se aumento do espaço do ligamento periodontal e rarefação da cortical óssea.

Como a formação de tecido mineralizado é um aspecto relativamente frequente nas LPCGs, observado em 38,9% a 44,6% dos casos (KATSIKERIS; KAKARANTZA-ANGELOPOULOU; ANGELOPOULOS, 1998; DE MATOS *et al.*, 2014; LESTER *et al.*, 2014), De Castro *et al.* (2017) ressaltam a importância de se excluir esta possibilidade antes de estabelecer o diagnóstico de lesão híbrida de LPCG e FOP. Para o diagnóstico das lesões híbridas, Ogbureke *et al.* (2015) e De Castro *et al.* (2017) destacam a necessidade de serem identificadas áreas típicas de FOP, caracterizadas por tecido conjuntivo fibroso celularizado associado à formação de material mineralizado. Além disso, nas lesões híbridas relatadas por esses autores, as áreas características de LPCG e FOP se apresentaram em proporções similares (OGBUREKE *et al.*, 2015; DE CASTRO *et al.*, 2017). Achados semelhantes foram observados no caso ora descrito.

Em relação ao material mineralizado nas lesões híbridas, Ogbureke *et al.* (2015) e De Castro *et al.* (2017) reportaram extensa formação de tecido ósseo nas áreas correspondentes ao FOP, como identificado no presente caso. Adicionalmente, Ogbureke *et al.* (2015) constataram ocasionais depósitos de material cementoide na lesão. Estudos retrospectivos revelam baixas frequências (KATSIKERIS; KAKARANTZA-ANGELOPOULOU; ANGELOPOULOS, 1998; CHAPARRO-AVENDAÑO; BERINI-AYTÉS; GAY-ESCODA, 2005; HUNASGI *et al.*, 2017; SANGLE *et al.*, 2018), ou mesmo ausência de depósitos de material compatível com cimento em LPCGs (DAYAN, BUCHNER; SPIRER, 1990; DE MATOS *et al.*, 2014; HUNASGI *et al.*, 2017). A ausência de material cementoide, nesse sentido, poderia favorecer o diagnóstico de LPCG associada à formação de osso metaplásico em detrimento de uma verdadeira lesão híbrida de LPCG e FOP (DAYAN, BUCHNER; SPIRER, 1990; OGBUREKE *et al.*, 2015). Contudo, visto que material de aspecto cementoide não está presente em todos os casos de FOP (DE MATOS *et al.*, 2014; LESTER *et al.*, 2014;), Ogbureke *et al.* (2015) consideram que a sua ausência não seria suficiente para excluir o diagnóstico de lesão híbrida de LPCG e FOP.

O tratamento para LPCGs e FOPs consiste em excisão cirúrgica e remoção dos fatores etiológicos associados (KAYSHYAP; REDDY; NALINI, 2012; BABU; HALLIKERI, 2017; SANGLE *et al.*, 2018). Com essa modalidade de tratamento, recorrências têm sido reportadas em 10,0% a 18,2% das LPCGs (KATSIKERIS; KAKARANTZA-ANGELOPOULOU;

ANGELOPOULOS, 1998; BABU; HALLIKERI, 2017; CHRCANOVIC; GOMES; GOMEZ, 2018) e em 14,8% a 20,0% dos FOPs (EVERSOLE; ROVIN, 1972; SAH *et al.*, 2012; BABU; HALLIKERI, 2017; LÁZARE *et al.*, 2019). Em relação às lesões híbridas de LPCG e FOP, os casos relatados até o momento foram tratados por meio de excisão cirúrgica (OGBUREKE *et al.*, 2015; DE CASTRO *et al.*, 2017). Apesar do curto tempo de preservação dos pacientes, não foram constatados sinais de recorrência no presente caso e no relatado por De Castro *et al.* (2017).

De acordo com Ogbureke *et al.* (2015), não se espera que o comportamento biológico das lesões híbridas de LPCG e FOP difira significativamente daquele observado em LPCGs e FOPs isolados. Nesse contexto, em estudo com 279 casos de LPCG, Lester *et al.* (2014) observaram que 2 (15,3%) das 13 lesões recorrentes apresentavam sobreposição de características histopatológicas com FOPs. Tendo em vista o pequeno número de casos de lesões híbridas de LPCG e FOP relatados até o momento, recomenda-se o acompanhamento dos pacientes a longo prazo.

Tabela 1. Casos relatados de LPCG associada a FOP.

Autor	Sexo	Idade (anos)	Localização	Região anatômica	Associação com dentes	Ulceração	Tempo de evolução	Tamanho	Proservação
Ogbureke <i>et al.</i> (2015)	M	44	Mandíbula	Posterior	Sim	Sim	3 meses	4,5 × 2,5 × 1,5 cm	NI
De Castro <i>et al.</i> (2017)	F	31	Mandíbula	Posterior	Sim	Sim	8 anos	2,5 cm	9 meses; SER
Presente estudo	F	38	Mandíbula	Posterior	Sim	Sim	6 meses	2,0 cm	3 meses; SER

Legenda: NI – Não informado; SER – Sem evidência de recorrência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lesões compostas pela associação dos aspectos microscópicos da LPCG e do FOP são raras e, dessa forma, diversos aspectos relacionados à sua histopatogênese permanecem pouco compreendidos. Considerando-se que a formação de tecido ósseo reacional é um evento relativamente frequente nas LPCGs, o diagnóstico de lesões híbridas de LPCG e FOP pode ser desafiador. Não se espera que o comportamento biológico das lesões híbridas difira significativamente daquele observado em LPCGs e FOPs isolados. No entanto, tendo em vista o pequeno número de casos relatados dessas lesões, recomenda-se o acompanhamento dos pacientes a longo prazo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALSUFYANI, N. A. *et al.* A systematic review of the clinical and radiographic features of hybrid central giant cell granuloma lesions of the jaws. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 79, n. 2, p. 124-131, 2021.
- BABU, B.; HALLIKERI, K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. **Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 21, n. 4, p. 258-263, 2017.
- BHARATHI, D. R. *et al.* Isolated lesions of gingiva: A case series and review. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 7, n. 2, p. 246-249, 2016.
- BUCHNER, A.; HANSEN, L. S. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 63, n. 4, p. 452-461, 1987.
- BUCHNER, A.; SHNAIDERMAN-SHAPIRO, A.; VERED, M. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Israel. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 39, n. 8, p. 631-638, 2010.
- CHAPARRO-AVENDAÑO, A. V.; BERINI-AYTÉS, L.; GAY-ESCODA, C. Peripheral giant cell granuloma. A report of five cases and review of the literature. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 10, n. 48, p. 53-57, 2005.
- CHILDERS, E. L. B. *et al.* Giant peripheral ossifying fibroma: a case report and clinicopathologic review of 10 cases from the literature. **Head and Neck Pathology**, v. 7, n. 4, p. 356-360, 2013.
- CHRCANOVIC, B. R.; GOMES, C. C.; GOMEZ, R. S. Peripheral giant cell granuloma: an updated analysis of 2824 cases reported in the literature. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 47, n. 5, p. 454-459, 2018.
- CRUSOÉ-REBELLO, I. *et al.* Hybrid lesion: central giant cell granuloma and benign fibro-osseous lesion. **Dentomaxillofacial Radiology**, v. 38, n. 6, p. 421-425, 2009.
- DALEY, T. D. *et al.* The major epulides: clinicopathological correlations. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 56, n. 7, p. 627-630, 1990.
- DAS, U. M. *et al.* Peripheral ossifying fibroma. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 27, n. 1, p. 49-51, 2009.
- DAYAN, D.; BUCHNER, A.; SPIRER, S. Bone formation in peripheral giant cell granuloma. **Journal of Periodontology**, v. 61, n. 7, p. 444-446, 1990.
- DE CASTRO, M. S. *et al.* Hybrid peripheral giant cell granuloma and peripheral ossifying fibroma lesion: A rare case report and review of the literature. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology**, v. 29, n. 6, p. 587-593, 2017.

DE MATOS, F. R. *et al.* Retrospective analysis of the histopathologic features of 288 cases of reactionary lesions in gingiva and alveolar ridge. **Applied Immunohistochemistry & Molecular Morphology**, v. 22, n. 7, p. 505-510, 2014.

DERECI, Ö. *et al.* Histological evaluation of the possible transformation of peripheral giant cell granuloma and peripheral ossifying fibroma: A preliminary study. **Indian Journal of Pathology and Microbiology**, v. 60, n. 1, p. 15-20, 2017.

DUTRA, K. L. *et al.* Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 85, n. 4, p. 399-407, 2019.

EVERSOLE, L. R.; ROVIN, S. Reactive lesions of the gingiva. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 1, n. 1, p. 30-38, 1972.

GOMES, V. R. *et al.* Peripheral ossifying fibroma on the mandible: report of atypical presentation case. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 55, n. 5, p. 522-529, 2019.

HUNASGI, S. *et al.* Assessment of reactive gingival lesions of oral cavity: A histopathological study. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 21, n. 1, p. 180, 2017.

KAPLAN, I. *et al.* Central giant cell granuloma associated with central ossifying fibroma of the jaws: a clinicopathologic study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, v. 103, n. 4, p. e35-e41, 2007.

KATSIKERIS, N.; KAKARANTZA-ANGELOPOULOU, E.; ANGELOPOULOS, A. P. Peripheral giant cell granuloma. Clinicopathologic study of 224 new cases and review of 956 reported cases. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 17, n. 2, p. 94-99, 1998.

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.

LAKKAM, B. D. *et al.* Relative frequency of oral focal reactive overgrowths: An institutional retrospective study. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 24, n. 1, p. 76-80, 2020.

LAYFIELD, L. L.; SHOPPER, T. P.; WEIR, J. C. A diagnostic survey of biopsied gingival lesions. **Journal of Dental Hygiene**, v. 69, n. 4, p. 175-179, 1995.

LÁZARE, H. *et al.* Clinicopathological features of peripheral ossifying fibroma in a series of 41 patients. **The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**, v. 57, n. 10, p. 1081-1085, 2019.

LESTER, S. R. *et al.* Peripheral giant cell granulomas: a series of 279 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 118, n. 4, p. 475-482, 2014.

NADERI, N. J.; ESHGHYAR, N.; ESFEHANIAN, H. Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. **Dental Research Journal**, v. 9, n. 3, p. 251-255, 2012.

OGBUREKE, E. I. *et al.* A peripheral giant cell granuloma with extensive osseous metaplasia or a hybrid peripheral giant cell granuloma-peripheral ossifying fibroma: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 9, p. 14, 2015.

SAH, K. *et al.* Peripheral cemento-ossifying fibroma: Report of a recurrence case. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 3, n. Suppl S1, p. 23-25, 2012.

SANGLE, V. A. *et al.* Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: A retrospective survey study and literature review. **Indian Journal of Dental Research**, v. 29, n. 1, p. 61-66, 2018.

ZHANG, W. *et al.* Reactive gingival lesions: a retrospective study of 2,439 cases. **Quintessence International**, v. 38, n. 2, p. 103-110, 2007.