



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

**LUZIA LARA COURA CARVALHO LEITE**

**REMOÇÃO DE LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES EM  
REBORDO ALVEOLAR COM LASER CIRÚRGICO: RELATO DE CASO**

**CAMPINA GRANDE  
2023**

LUZIA LARA COURA CARVALHO LEITE

**REMOÇÃO DE LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES EM  
REBORDO ALVEOLAR COM LASER CIRÚRGICO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado à Coordenação  
/Departamento do Curso de Odontologia  
da Universidade Estadual da Paraíba,  
como requisito parcial à obtenção do título  
de Bacharel em Odontologia.

**Orientadora: Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes**

**CAMPINA GRANDE  
2023**

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.

L533r Leite, Luzia Lara Coura Carvalho.  
Remoção de lesão periférica de células gigantes em rebordo alveolar com laser cirúrgico [manuscrito] : relato de caso / Luzia Lara Coura Carvalho Leite. - 2023.  
27 p. : il. colorido.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.  
"Orientação : Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS. "

1. Granuloma periférico de células gigantes. 2. Mucosa bucal. 3. Patologia bucal. I. Título

21. ed. CDD 617.6

LUZIA LARA COURA CARVALHO LEITE

**REMOÇÃO DE LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES EM  
REBORDO ALVEOLAR COM LASER CIRÚRGICO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação /Departamento do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em: 13 / 11 / 2023.

**BANCA EXAMINADORA**



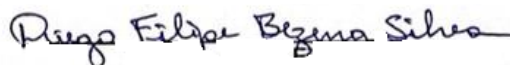
---

Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes (Orientadora)  
**Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**



---

Profa. Dra. Bruna Rafaela Martins dos Santos  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof. Me. Diego Filipe Bezerra Silva  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho à toda a minha família e ao meu namorado que sempre me incentivaram durante toda a graduação.

“Levanto os meus olhos para os montes e pergunto: De onde me vem o socorro? O meu socorro vem do SENHOR, que fez os céus e a terra.”

*Salmos 121:1-2*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Aspecto clínico da lesão após biópsia incisional, evidenciando a área de sutura .....	11
Figura 2	Aspecto clínico pré-operatório da lesão, em que se observa um tumor exofítico, séssil, medindo 3,0 x 2,8 x 1,3 cm, normocrômico com áreas arroxeadas e superfície lobulada com áreas ulceradas. (A) Aspecto vestibular da lesão. (B) Aspecto palatino da lesão. (C) Aspecto oclusal da lesão.....	12
Figura 3	Laser de diodo de alta potência utilizado para excisão da lesão .. .....	12
Figura 4	Radiografia panorâmica do paciente indicando perda de suporte ósseo do dente 17 .....	13
Figura 5	Aspectos histopatológicos da lesão periférica de células gigantes (A): Fragmento de mucosa bucal revestida por epitélio estratificado escamoso paraqueratinizado e lâmina própria exibindo proliferação bem circunscrita de células com morfologia variando de ovoide a fusiforme, células gigantes multinucleadas, focos hemorrágicos e pigmentação acastanhada grosseira compatível com hemossiderina (HE 200x). (B): Detalhe das células gigantes multinucleadas contendo quantidade variável de núcleos de permeio a células mesenquimais ovoides e fusiformes (HE 400x).....	14
Figura 6	Aspecto clínico de 4 meses pós-operatório .....	14

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CGM	Células Gigantes Multinucleadas
Er:YAG	Erbium Yag
HPT	Hiperparatireoidismo
Hz	<i>Hertz</i>
J	Joule
LCCG	Lesão Central de Células Gigantes
LPCG	Lesão Periférica de Células Gigantes
min	Minutos
nm	Nanometros
PB	Paraíba
s	Segundos
SIP	Segundo informações do paciente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
W	<i>Watt</i>



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	9
2	METODOLOGIA .....	10
3	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	11
4	DISCUSSÃO.....	15
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
	REFERÊNCIAS.....	18
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	22
	ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	23
	ANEXO B - LAUDO HISTOPATOLÓGICO.....	26
	AGRADECIMENTOS.....	27

## REMOÇÃO DE LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES EM REBORDO ALVEOLAR COM LASER CIRÚRGICO: RELATO DE CASO

Luzia Lara Coura Carvalho Leite<sup>1\*</sup>  
Daliana Queiroga de Castro Gomes<sup>2\*\*</sup>

### RESUMO

A Lesão Periférica de Células Gigantes (LPCG) é relativamente comum na cavidade bucal, e se desenvolve como consequência de trauma crônico, resultando em uma resposta tecidual exuberante originada por células do ligamento periodontal. O objetivo deste trabalho foi descrever um caso clínico de LPCG, tratada com laser de diodo de alta potência. Paciente do sexo masculino, 45 anos, foi encaminhado por cirurgião-dentista do município de Lagoa Seca - PB, com resultado histopatológico, após biópsia incisional, de LPCG, para remoção completa da lesão referida anteriormente. A lesão possuía aspecto de tumor em região de rebordo alveolar superior (lado direito); exofítica; séssil; medindo 3,0 x 2,8 x 1,3 cm, normocrômica, com algumas áreas arroxeadas; superfície lobulada e ulcerada; de consistência firme; contornos bem definidos sem sintomatologia ou sangramento à palpação, com história evolutiva de aproximadamente oito meses. Diante do exposto, optou-se pela biópsia excisional da lesão com laser de diodo alta potência (980 nm, 2,0 W, modo contínuo), sob constante aspiração. O procedimento ocorreu com ausência de sangramento, dispensando a realização de suturas e sem relato de desconforto por parte do paciente. Durante o pós-operatório não houve queixa de dor. Após 30 dias, observou-se reparação total da ferida cirúrgica. O paciente vem sendo proservado há 12 meses, sem recidiva da lesão. Logo, a utilização desse protocolo de tratamento, neste caso, demonstrou ser efetivo, seguro e rápido, resultando em maior conforto para paciente e operador durante as fases trans e pós-operatória, sendo então uma alternativa viável para tratamento de LPCG.

**Palavras-Chave:** granuloma periférico de células gigantes; lasers; mucosa bucal.

### ABSTRACT

Peripheral Giant Cell Lesion (PGCL) is relatively common in the oral cavity, and develops as a consequence of chronic trauma, resulting in an exuberant tissue response originating from periodontal ligament cells. The objective of this work was to describe a clinical case of PGCL, treated with a high-power diode laser. A 45-year-old male patient was referred by a dental surgeon in the city of Lagoa Seca - PB, with histopathological results, after incisional biopsy, of PGCL, for complete removal of the previously mentioned lesion. The lesion had the appearance of a tumor in the region of the upper alveolar ridge (right side); exophytic; sessile; measuring 3.0 x 2.8 x 1.3 cm, normochromic, with some purplish areas; lobulated and ulcerated surface; firm in consistency; well-defined contours without symptoms or bleeding on palpation, with an evolutionary history of approximately eight months. In view of the above, it was decided

---

<sup>1\*</sup> Estudante de Graduação em Odontologia na UEPB; luzialaracoura@gmail.com

<sup>2\*\*</sup> Professora Doutora em Odontologia na UEPB; dqcgomes@hotmail.com

to perform an excisional biopsy of the lesion with a high-power diode laser (980 nm, 2.0 W, continuous mode), under constant aspiration. The procedure occurred without bleeding, eliminating the need for sutures and without reports of discomfort from the patient. During the postoperative period there were no complaints of pain. After 30 days, complete repair of the surgical wound was observed. The patient has been monitored for 12 months, without recurrence of the lesion. Therefore, the use of this treatment protocol, in this case, proved to be effective, safe and quick, resulting in greater comfort for the patient and operator during the trans and postoperative phases, making it a viable alternative for the treatment of PGCL.

**Keywords:** peripheral giant cell granuloma; lasers; buccal mucosa.

## 1 INTRODUÇÃO

A Lesão Periférica de Células Gigantes (LPCG) é caracterizada como processo proliferativo não neoplásico que se desenvolve por irritação local ou trauma, e as principais hipóteses sugerem que sua origem pode ser do ligamento periodontal, do periosteio ou da persistência de células do ligamento periodontal após a extração dentária (Baesso *et al.*, 2019; Aboujaoude *et al.*, 2023). Desse modo, fatores locais, incluindo biofilme e cálculo dentário, infecções crônicas, impactação alimentar, doença periodontal, cirurgia periodontal, aparelhos mal adaptados, restaurações fraturadas ou mal adaptadas e trauma por exodontias são considerados eventuais fatores responsáveis pelo surgimento da LPCG (Akerzoul; Touré, 2023).

Esse tipo de lesão é mais frequente em indivíduos entre a 3<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> décadas de vida e tem maior predileção pelo sexo feminino (Baesso *et al.*, 2019). Clinicamente, a LPCG pode ser descrita como um aumento de volume exófito sésil ou pedunculado; tipicamente marrom, vermelho ou arroxeadado, cujo tamanho pode variar de alguns milímetros a vários centímetros; de consistência macia (Dalipi; Krasniqi; Kondirolli, 2023); superfície lobulada e frequentemente ulcerada (Román-Quesada *et al.*, 2021), sendo um achado relativamente comum (Akerzoul; Touré, 2023).

A LPCG ocorre exclusivamente na gengiva ou no rebordo alveolar de pacientes edêntulos, e não apresenta características clínicas patognomônicas que possam diferenciá-la de outras lesões que acometem a gengiva, como o granuloma piogênico e fibroma ossificante periférico (Dalipi; Krasniqi; Kondirolli, 2023).

Devido ao fato da LPCG apresentar características microscópicas muito semelhantes às da lesão central de células gigantes (LCCG), alguns patologistas acreditam que ela possa representar a contraparte de tecido mole dessa lesão óssea central (Morais *et al.*, 2019). As duas são lesões reativas benignas e histologicamente são indistinguíveis, todavia, elas apresentam comportamentos biológicos distintos, visto que a LCCG possui potencial destrutivo e agressivo e a LPCG não (Gupta *et al.*, 2019).

Salienta-se a existência do tumor marrom que se manifesta em pacientes com hiperparatireoidismo (HPT) e, em geral, é uma lesão intraóssea (Santana *et al.*, 2017). Todavia, quando esse tumor ocorre extraósseo, assemelha-se à LPCG. O tumor marrom muitas vezes aparece como uma lesão osteolítica múltipla e expansiva do osso e essa lesão não neoplásica é causada por um metabolismo ósseo anormal e caracteriza-se pela proliferação de tecido de granulação altamente vascularizado em meio a uma matriz de células gigantes multinucleadas (CGM) do tipo osteoclastos. Tendo em vista a dificuldade de distinção microscópica dessa lesão em relação às

lesões citadas anteriormente, faz-se necessário um diagnóstico clínico com base na associação com HPT. O envolvimento ósseo é a manifestação tardia do HPT e ocorre em menos de 5% dos casos. Ademais, tanto o HPT primário quanto o secundário são propensos a causar perda da lâmina dura. Desse modo, se houver alteração do metabolismo fósforo-cálcio, deve-se suspeitar de HPT e considerar a possibilidade de um tumor marrom. O tratamento para essa lesão nos maxilares inclui enucleação e curetagem; ressecção radical e reconstrução; radioterapia e quimioterapia (Guimaraes *et al.*, 2006; Wilson; Schwartz; Tehrani, 2013; Lee; Huang, 2020; Román-Quesada *et al.*, 2021).

Ademais, para o diagnóstico definitivo, deverá ser realizada uma biópsia excisional, seguida de avaliação histopatológica (Dalipi; Krasniqi; Kondirolli, 2023). Outrossim, na LPCG, a erosão do osso subjacente ou do periodonto também pode ocorrer e, em áreas edêntulas, muitas vezes, o exame de imagem evidencia uma reabsorção côncava descrita como “em formato de taça” (Román-Quesada *et al.*, 2021).

Nesse contexto, dentre as formas de remoção cirúrgica de lesões bucais de tecido mole, incluindo a LPCG, destaca-se a utilização do laser de diodo de alta potência, devido à diversas vantagens como facilidade de manuseio do aparelho (Pisano *et al.*, 2021).

A partir de seu efeito fototérmico, esses lasers são classificados como lasers de penetração profunda, o que está relacionado ao seu menor coeficiente de absorção em água. Além disso, sua maior absorção pela hemoglobina e pigmentos possibilita que esse tipo de laser tenha excelentes propriedades hemostáticas, que resultam do seu efeito sobre o fator VII da coagulação (Pisano *et al.*, 2021).

Além disso, ressalta-se que esta técnica apresenta muitas vantagens sobre outras modalidades de tratamento, como redução microbiana e da dor; ausência de sangramento, o que resulta em uma melhor visualização do campo operatório; menor quantidade de anestésico; melhor cicatrização, uma vez que a ferida cirúrgica tem uma menor quantidade de miofibroblastos, e redução do tempo de procedimento (Naaz *et al.*, 2021).

O laser de diodo fornece uma satisfatória visão cirúrgica à medida que promove o selamento de pequenos vasos sanguíneos e desnatura proteínas por meio da geração de calor. Além disso, há diminuição do desconforto pós-operatório. A camada protetora na ferida é formada a partir de proteínas desnaturadas, que auxilia na proteção e reduz a necessidade de sutura. Essa camada eventualmente se decompõe e ajuda na reparação e formação de tecidos. Sendo assim, o laser de diodo é capaz de proteger as terminações nervosas sensoriais por um curto período de tempo, diminuindo a dor durante o procedimento, o que possibilita o uso de uma menor quantidade de anestésico. Outrossim, ocorre redução microbiana durante a cirurgia, reduzindo o risco de infecção (Ratre *et al.*, 2019; Gholizadeh *et al.*, 2020; Naaz *et al.*, 2021).

Diante do exposto, este trabalho propôs-se a relatar um caso clínico de LPCG, descrevendo as etapas e recursos para definir o diagnóstico definitivo e discorrer sobre o plano de tratamento utilizando o laser de diodo de alta potência.

## 2 METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se em um relato de caso clínico, com abordagem qualitativa, de uma LPCG em região de rebordo alveolar do lado direito, removida cirurgicamente com laser de diodo de alta potência (Thera Lase Surgery® - DMC

Equipamentos, São Carlos, Brasil). O paciente foi atendido na Clínica Escola do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus I, localizada na Rua Baraúnas, nº 351, Universitário, Campina Grande – PB. Antes do atendimento clínico e posterior tratamento, o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), concordando na divulgação de suas imagens em eventos e revistas científicas.

Nessa perspectiva, as bases de dados PubMed, MEDLINE e biblioteca virtual BVS foram empregados para conduzir uma exploração completa das investigações pertinentes, oferecendo assim uma base científica sólida para o estudo atual.

### 3 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

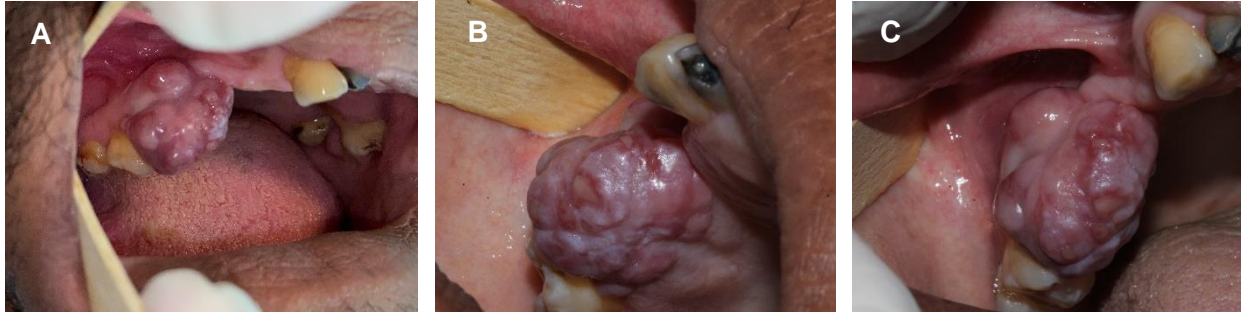
Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, não branco, foi encaminhado por cirurgião-dentista do município de Lagoa Seca - PB, para atendimento na clínica-escola do Departamento de Odontologia da UEPB, com resultado preliminar, após biópsia incisional (Figura 1), realizada pelo CD no município citado anteriormente, de LPCG. Durante a anamnese, queixou-se de “caroço na boca” (SIP), sem história de trauma prévio na região. Paciente ainda relatou ser portador de Diabetes tipo I. Ao exame físico intrabucal, observou-se um tumor em rebordo alveolar superior à direita (região compreendida entre os dentes 16 a 14), estendendo-se para vestibular e lingual; exófito de base séssil; medindo 3,0 x 2,8 x 1,3 cm, normocrômico, com algumas áreas arroxeadas; superfície lobulada e ulcerada; de consistência firme; contornos bem definidos sem sintomatologia ou sangramento à palpação, com história evolutiva de aproximadamente oito meses (Figuras 2A, 2B e 2C). Ressalta-se que o paciente apresentava precárias condições de higiene bucal, com presença de biofilme e cálculo dentário; múltiplas cavidades por cárie; restos radiculares.

**Figura 1.** Aspecto clínico da lesão após biópsia incisional, evidenciando a área de sutura



**Fonte:** Elaborada pela autora, 2023.

**Figura 2.** Aspecto clínico pré-operatório da lesão, em que se observa um tumor exófito, séssil, medindo 3,0 x 2,8 x 1,3 cm, normocrômico com áreas arroxeadas e superfície lobulada com regiões ulceradas. (A) Aspecto vestibular da lesão. (B) Aspecto palatino da lesão. (C) Aspecto oclusal da lesão.



**Fonte:** Elaborada pela autora, 2023.

Após a avaliação dos exames pré-operatórios (hemograma, velocidade de hemossedimentação, tempo de sangramento, tempo de protrombina, tempo de coagulação e glicemia em jejum), nenhuma alteração da normalidade foi verificada, optou-se, então, pela biópsia excisional da lesão.

Previamente ao procedimento cirúrgico, o paciente bochechou clorexidina a 0,12 % (Riohex Gard® 0,12% – Rioquímica), e foi realizada antisepsia da região peribucal com clorexidina a 2%. Em seguida, executou-se anestesia infiltrativa perilesional com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 100, DFL Indústria e Comércio S.A.).

A remoção cirúrgica da lesão foi realizada com o laser de diodo de alta potência (Thera Lase Surgery® - DMC Equipamentos, São Carlos, Brasil) (Figura 3) no comprimento de onda de 980 nm e potência de 2,0 W, em modo contínuo, sob constante aspiração, com duração de 5 min e 9 s e energia total de 619,58 J, sendo a fibra óptica (400µm de diâmetro) do laser cirúrgico foi ativada com papel carbono.

Foi observado mínimo sangramento durante o procedimento, bem como, não houve necessidade de sutura. Em seguida, realizou-se curetagem no osso subjacente com Cureta Lucas Duflex n° 85 (SS-White).

**Figura 3.** Laser de diodo de alta potência utilizado para remoção da lesão.



**Fonte:** <https://implantecbrasil.com.br/produto/laser-cirurgico-dmc-thera-lase-surgery-9w-100mw/>



Após o procedimento cirúrgico, verificou-se a necessidade de exodontia do dente 17, uma vez que o referido dente estava envolvido pela lesão e sem suporte ósseo, sugerindo uma doença periodontal (Figura 4). Nesse sentido, na região do alvéolo, foi realizada sutura.

**Figura 4.** Radiografia panorâmica do paciente indicando perda de suporte ósseo do dente 17.

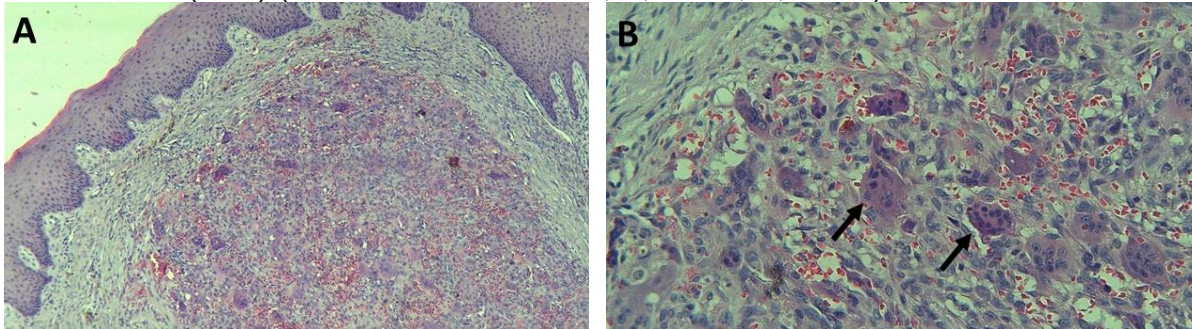


**Fonte:** Elaborada pela autora, 2023.

Prescreveu-se clorexidina 0,12% para realização de bochecho de 12 em 12 horas, durante sete dias, e paracetamol de 500 mg, em caso de dor. Além disso, foram realizadas as recomendações quanto aos cuidados pós-operatórios, como não ingerir alimentos quentes nas primeiras 24 horas e evitar atividade física por um período de sete dias.

Após remoção, a peça cirúrgica foi encaminhada para análise histopatológica no Laboratório de Histopatologia da UEPB, evidenciando, ao exame microscópico, fragmento de mucosa bucal revestido por epitélio pavimentoso estratificado ora paraqueratinizado ora ortoqueratinizado exibindo áreas de hiperplasia, acantose, hiperqueratose, degeneração vacuolar hidrópica, espongirose, e áreas focais de ulceração recobertas por membrana fibrinoide. Na lâmina própria papilar e reticular, composta de tecido conjuntivo fibroso, observou-se células mesenquimais exibindo morfologia ovoide e fusiforme e intensa proliferação de CGM apresentando número variado de núcleos com diferentes formatos. A lesão encontrava-se organizada em arranjo multilobular separada por septos de tecido conjuntivo fibroso denso onde observaram-se delicados vasos capilares. Áreas hemorrágicas além de deposição grosseira de pigmento acastanhado compatível com hemossiderina também foram notadas. Infiltrado inflamatório de intensidade leve à moderada composto predominantemente por linfócitos e plasmócitos em disposição subepitelial e perivascular completaram o quadro histopatológico. Sendo assim, estabeleceu-se o diagnóstico de LPCG (Figura 5A e 5B).

**Figura 5.** Aspectos histopatológicos da LPCG. (A) Fragmento de mucosa bucal revestida por epitélio estratificado escamoso paraqueratinizado e lâmina própria exibindo proliferação bem circunscrita de células com morfologia variando de ovoide a fusiforme, células gigantes multinucleadas, focos hemorrágicos e pigmentação acastanhada grosseira compatível com hemossiderina. (B) Detalhe das CGM contendo quantidade variável de núcleos de perimeio a células mesenquimais ovoides e fusiformes (seta) (Hematoxilina e eosina; A, x 200, B, x 400).



**Fonte:** Elaborada pela autora, 2023.

Após sete dias, o paciente retornou à Clínica Escola de Odontologia da UEPB, sem queixa de dor, não havendo necessidade de uso de medicação para alívio de sintomatologia dolorosa. Ademais, no mesmo dia foi realizada a remoção da sutura na área em que foi feita a exodontia, isto é, na região do dente 17. O paciente retornou após 30 dias da realização do procedimento sem queixa e com a região totalmente cicatrizada.

Após quatro meses, a área operada apresentava-se sem recidiva (Figura 6). De acordo com avaliação do paciente, o tratamento transcorreu de forma excelente. Ademais, o mesmo foi encaminhado para a realização do tratamento odontológico necessário. O paciente permanece em proervação há 12 meses, sem recidiva da lesão.

**Figura 6.** Aspecto clínico de quatro meses pós-operatório, sem recidiva.



**Fonte:** Elaborada pela autora, 2023.



## 4 DISCUSSÃO

A LPCG é uma lesão não neoplásica que surge na gengiva ou no rebordo alveolar. É considerada um crescimento gengival reativo em resposta à irritação local, trauma crônico ou desequilíbrio hormonal (Fligelstone; Ashworth, 2023). Ocorre predominantemente na mandíbula e geralmente é observado entre a 3ª e a 5ª década de vida (Baesso *et al.*, 2019; Aboujaoude *et al.*, 2023). O tratamento para essa lesão é a excisão cirúrgica e sua recorrência é rara (Akerzoul; Touré, 2023). Nesse sentido, os lasers de diodo são cada vez mais usados para a excisão desse tipo de lesão, pois pode manter a integridade do tecido para o exame histopatológico, ao mesmo tempo que permite a excisão completa e o controle do sangramento e proporciona maior conforto para o paciente (Sotoode *et al.*, 2015; Aboujaoude *et al.*, 2023).

No caso reportado, o desenvolvimento da LPCG está relacionado à má higiene bucal do paciente. Dalipi, Krasniqi e Kondirolli (2023), em seu relato de caso sobre a excisão de uma LPCG na mucosa bucal na região da mandíbula com laser de diodo de 975 nm, elencaram as principais influências para a formação desse tipo de lesão, dentre elas, encontra-se a má higiene bucal. Além disso, Ratre *et al.* (2019), em seu relato de caso, apontaram que a precária higiene bucal, em associação com a grande quantidade de cálculo dentário favoreceram o desenvolvimento da LPCG na descrição do caso.

O paciente possuía 45 anos e era do sexo masculino. Ahmed e Haggag (2022), em seu estudo com um grupo de 40 pacientes diagnosticados com LPCG, constataram que a idade desses indivíduos variou de nove a 74 anos com média de 35,9 anos. Além disso, a LPCG acomete mais indivíduos do sexo feminino (Baesso *et al.*, 2019; Wu *et al.*, 2022; Akerzoul; Touré, 2023).

A LPCG do presente estudo encontrava-se localizada em maxila. Diferentes autores relatam predileção da LPCG pela mandíbula, sendo rara em maxila (Gupta *et al.*, 2019; Pattnaik *et al.*, 2020; Sánchez-Torres *et al.*, 2021; Akerzoul; Touré, 2023; Dalipi; Krasniqi; Kondirolli, 2023).

Com relação às características clínicas da lesão do relato em questão, observou-se tumor medindo 3,0 x 2,8 x 1,3 cm, localizado em região de rebordo alveolar superior. Ratre *et al.* (2019), em sua breve revisão de literatura e relato de dois casos de crescimentos gengivais excessivos e com reação focal, constataram, no primeiro caso relatado, que se tratava de uma LPCG, medindo aproximadamente 2,5 x 2,0 cm, localizando-se em rebordo alveolar superior, lado direito, na região dos dentes 13 e 15, assemelhando-se ao que foi relatado no presente estudo. Ademais, a lesão excisada era normocrômica com algumas áreas arroxeadas. Limongelli *et al.* (2020), ao avaliarem 16 pacientes com diagnóstico de LPCG, constataram que a cor de todas as lesões era vermelho-azulada. Além disso, a superfície da lesão era lobulada com áreas ulceradas, como é descrito por Subramanian, Kharbuli e Das (2019) e sem sintomatologia ao toque ou espontânea como foi afirmado por Wu *et al.* (2022) em seus respectivos relatos de casos.

A remoção cirúrgica foi o tratamento de escolha para a lesão relatada, sendo esta considerada a terapia indicada quando se trata LPCG. Sendo assim, diferentes técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas para o tratamento. Dentre elas, pode-se elencar a técnica cirúrgica convencional com uso de bisturi (Karimi *et al.*, 2023) e o laser de alta potência (Jané-Salas *et al.*, 2015; Román-Quesada *et al.*, 2021; Dalipi; Krasniqi; Kondirolli, 2023).

A excisão cirúrgica com laser, no presente caso, demonstrou, dentre os principais benefícios durante o período trans-operatório, a redução microbiana;

hemostasia, conseqüentemente, melhor visão do campo operatório e o reduzido tempo cirúrgico, considerando-se a grande extensão da lesão, o que corrobora os achados de Dalipi, Krasniqi e Kondirulli (2023) que, em seu relato de caso, verificaram a eficiência do laser de diodo e também suas vantagens na remoção de uma LPCG, medindo 2,0 cm de diâmetro. A excisão foi realizada com laser de diodo (Hager & Werken, Duisburg, Alemanha) a 975 nm com fibra óptica de 400 nm e infiltração de anestésico local. O uso dessa tecnologia possibilitou a manutenção da integridade do tecido para histopatologia e permitiu a excisão completa e o controle do sangramento. Ademais, os autores demonstraram que o laser gerou diminuição do tempo operatório, diminuição da dor pós-operatória, do trauma mecânico e ajudou em uma maior aceitabilidade do paciente, além de uma rápida cicatrização da ferida sem a utilização de suturas, do mesmo modo que foi observado no presente estudo.

Nessa perspectiva, Ortega-Concepción *et al.* (2017) realizaram uma revisão de literatura de artigos publicados nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scopus e *Cochrane Library* entre os anos de 2007 e 2017. Para a busca, foram empregados os termos “Laser de diodo”, “tecidos moles”, “cavidade oral” e “cirurgia oral”. Nesse contexto, o laser de diodo foi considerado uma tecnologia minimamente invasiva que proporciona grandes vantagens em comparação com às do bisturi convencional. Dentre essas vantagens, destaca-se a redução de sangramento, inflamação e a menor probabilidade de cicatrizes. É uma opção de maior facilidade de uso e que apresenta grande eficácia. Referindo-se à sua aplicação em tecidos moles, o laser de diodo pode ser utilizado, possibilitando excelentes resultados na remoção de lesões em tecidos moles, sendo usado, principalmente, em pequenas lesões exofíticas devido à sua fácil aplicação, coagulação adequada, sem necessidade de sutura e à menor inflamação e dor. Por fim, o método também é considerado seguro e eficaz para excisão de lesões como fibromas, lesões vasculares e realização de frenectomias.

No caso reportado, foi prescrito paracetamol, em caso de dor após a cirurgia. Todavia, em seus retornos para avaliação pós-operatória, o mesmo não relatou sintomatologia dolorosa, não sendo necessária a utilização do analgésico. Pulicari *et al.* (2022), que constataram, em seu estudo, que a cirurgia com laser de diodo para remoção de LPCG resulta em ausência de edema e infecção, não sendo necessário o uso de analgésicos ou antibióticos durante as consultas de controle. Além disso, Ahad *et al.* (2017), em seu estudo, discutiram sobre quatro pacientes com lesões excisadas com laser diodo e com diagnóstico histopatológico de fenômeno de extravasamento de muco. Observou-se cicatrização sem intercorrências nos quatro casos e, a redução significativa no desconforto pós-operatório.

Outrossim, no presente caso, não foi realizada sutura, o que corrobora a informação presente em estudos sobre ao uso do laser de diodo para tratamento de lesões de tecido mole. Nessa perspectiva, Naaz *et al.* (2021) relataram a remoção de um fibroma de células gigantes utilizando um laser de diodo com comprimento de onda de 980 nm com ponta iniciada com diâmetro de 320 µm (FONA Laser, Sirona Dental Systems GmbH, Alemanha) em modo pulsado (ciclo de trabalho de 50%, frequência de 20 Hz) com potência média de 1,5 W, sem a necessidade de sutura. Já Ratre *et al.* (2019) afirmaram, por meio de uma revisão de literatura e relato de dois casos, um sobre LPCG e outro sobre fibroma ossificante periférico, que a aplicação do laser de diodo não proporciona apenas vantagem psicológica para o paciente, mas também promove a execução habilidosa do procedimento pelo operador devido à hemostasia e maior precisão. Outrossim, Chen *et al.* (2021) descreveram a remoção de uma lesão vascular com laser de diodo em modo contínuo, com potência de saída

ajustada em 2,0 W e comprimento de onda em 810 nm, resultando em um bom efeito terapêutico.

A peça cirúrgica, do presente relato de caso, não demonstrou alteração que comprometesse a avaliação histopatológica. O que corrobora os estudos de Naaz *et al.* (2021) e Pisano *et al.* (2021), que relataram a remoção de um fibroma de células gigantes e de um granuloma piogênico, respectivamente, com laser de diodo de 980 nm, e constataram que o mesmo manteve a integridade dos espécimes de biópsia. Ademais, no estudo de Mathur *et al.* (2015), quatro pacientes foram submetidos à remoção cirúrgica de lesões benignas da cavidade bucal. Utilizou-se laser de diodo de 810 nm, em modo de onda contínua, para realização de biópsia excisional. As peças foram enviadas para exame histopatológico, e a amostra excisada mostrou-se adequada para exame histopatológico. Por conseguinte, os autores constataram que os lasers de diodo podem ser empregados em procedimentos que requerem biópsia excisional de lesões de tecidos moles bucais, não inviabilizando o diagnóstico histopatológico. Não menos importante, eles também afirmam que os lasers de diodo estão rapidamente tornando-se o padrão de atendimento na prática odontológica contemporânea.

Chrcanovic, Gomes e Gomez (2018) revisaram 2.824 casos de LPCG que foram documentados na literatura existente. A análise revelou uma taxa geral de recorrência de 9,5% para LPCGs após tratamento. Notavelmente, quando as LPCGs foram tratadas exclusivamente por meio de excisão, a taxa de recorrência aumentou para 16%. No entanto, um declínio acentuado nas taxas de recorrência foi observado quando procedimentos adicionais, como curetagem ou osteotomia periférica, foram realizados após a excisão cirúrgica, com taxas reduzindo para 2,8% e 0%, respectivamente. Esses achados defendem fortemente a inclinação para a excisão cirúrgica buscada por curetagem suplementar ou osteotomia periférica como a principal abordagem terapêutica para LPCGs. Além disso, os autores sugerem que uma recorrência local é esperada em cerca de um em cada dez pacientes. Tais achados corrobora os resultados observados no relato de caso em questão, visto que o paciente não apresentou recidiva da lesão, após realização da excisão cirúrgica da lesão, por meio do uso de laser de diodo, e posterior curetagem do osso subjacente.

Diante do exposto, pode-se verificar os benefícios do laser de alta potência em relação a técnicas convencionais, durante o trans e pós-operatório, possibilitando maior conforto para o profissional durante o procedimento e também para o paciente, principalmente durante o período de cicatrização. Ressalta-se ainda, a necessidade de ensaios clínicos, para comprovação de tais observações.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O relato deste caso clínico evidencia que o manejo do LPCG, utilizando excisão com laser de diodo de alta potência, engloba uma série de vantagens em comparação às terapias convencionais empregadas. Isso inclui oferecer um procedimento mais seguro; rápido e eficiente tanto para o paciente quanto para o operador; um período pós-operatório mais confortável; uma cicatrização satisfatória, sem efeitos indesejáveis aos tecidos adjacentes. Consequentemente, os resultados observados, após a execução deste caso, reforçam a importância do protocolo utilizado ser submetido a uma investigação mais abrangente, que estimule o cirurgião - dentista a adquirir uma compreensão e um treinamento mais completo relativo a essa técnica, com o objetivo de expandir o escopo das opções de tratamento disponíveis para a

remoção das lesões bucais, aproveitando, de forma segura, todas as vantagens que esse protocolo específico pode oferecer.

## REFERÊNCIAS

- ABOUJAOUDE, S. KHALAF, R. D.; MOUKARZEL, C.; AOUN, G. Laser resection of a peripheral giant cell granuloma in a 12 Year Old Boy: A Case Report. **Journal of Advances in Medicine and Medical Research**, v. 35, n. 17, p. 1-5, 2023.
- AHAD, A.; TANDON, S.; LAMBA, A. K.; FARAZ, F.; ANAND, P.; ALEEM, A. Diode laser assisted excision and low level laser therapy in the management of mucus extravasation cysts: a case series. **Journal of lasers in medical sciences**, v. 8, n. 3, p. 155-159, 2017.
- AHMED, W. M. S.; HAGGAG, M. A. HAS Carnoy's solution a role in the management of recurrent peripheral giant cell granuloma? **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 123, n. 1, p. 37-43, 2022.
- AKERZOUL, N.; TOURÉ, B. Surgical excision of peripheral giant cell granuloma of the maxilla: a case report. **The Pan African Medical Journal**, v. 44, n. 141, p. 1-6, 2023.
- ANDREADIS, D.; LAZARIDI, I.; ANAGNOSTOU, E.; POULOPOULOS, A.; PANTA, P.; PATIL, S. Diode laser assisted excision of a gingival pyogenic granuloma: A case report. **Clinics and practice**, v. 9, n. 3, p. 69-72, 2019.
- BAESSO, R. C. P.; BARKI, M. C. L. J. M.; AZEVEDO, R. S.; FONTES, K. B. F. C.; PEREIRA, D. L.; TUCCI, R.; PIRES, F. R.; PICCIANI, B. L. S. Peripheral giant cell granuloma associated with a dental implant. **BMC oral health**, v. 19, n. 283, p. 1-6, 2019.
- CHEN, Tie-Lou; WANG, Xiao-Man; ZHANG, Xin-Hai; CHEN, J.; LIU, J. Therapeutic effects of diode laser on vascular epulis in esthetic area. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 25, n. 1, p. 75-77, 2021.
- 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.
- DALIPI, Z.; KRASNIQI, M. S.; KONDIROLI, L. Excision of a benign peripheral giant cell granuloma in the oral mucosa of the anterior mandibular teeth with a 975-nm diode laser: a case report of a 39-year-old woman. **The American Journal of Case Reports**, v. 24, p. e938793-1–e938793-6, 2023.
- FLIGELSTONE, S.; ASHWORTH, D. Peripheral giant cell granuloma: a case series and brief review. **The Annals of The Royal College of Surgeons of England**, p. 1-8, 2023.
- GHOLIZADEH, N.; TAHERI, J. B.; NAMAZI, Z.; MASHHADIABBAS, F.; BAKHTIARI, S.; RAHIMZAMANI, A.; ASNAASHARI, M. Excision of different oral benign exophytic

lesions with a diode laser: A clinical case series. **Journal of Lasers in Medical Sciences**, v. 11, n. 4, p. 502-508, 2020.

GUIMARAES, A. L. S.; MARQUES-SILVA, L.; GOMES, C. C.; CASTRO, W. H.; MESQUITA, R. A.; GOMEZ, R. S. Peripheral brown tumour of hyperparathyroidism in the oral cavity. **Oral Oncology Extra**, v. 42, n. 3, p. 91-93, 2006.

GUPTA, S.; NARWAL, A.; KAMBOJ, M.; DEVI, A.; HOODA, A. Giant cell granulomas of jaws: a clinicopathologic study. **Journal of Oral & Maxillofacial Research**, v. 10, n. 2, p. 1-10, 2019.

JANÉ-SALAS, E.; ALBUQUERQUE, R.; FONT-MUÑOZ, A.; GONZÁLEZ-NAVARRO, B.; DEVESA, A. E.; LÓPEZ-LÓPEZ, J. Pyogenic granuloma/peripheral giant-cell granuloma associated with implants. **International journal of dentistry**, v. 2015, p.1-9, 2015.

KARIMI, A.; DERAKHSHAN, S.; HASHEMINASAB, M.; KORDI, S. Fibrous dysplasia associated with peripheral giant cell granuloma in maxilla in a young patient, a case report of rare hybrid lesion. **Rare Tumors**, v. 15, p. 1-6, 2023.

LEE, Jen-Chieh; HUANG, Hsuan-Ying. Soft tissue special issue: giant cell-rich lesions of the head and neck region. **Head and neck pathology**, v. 14, n. 1, p. 97-108, 2020.

LIMONGELLI, L.; TEMPESTA, A.; LAURITANO, D.; MAIORANO, E.; INGRAVALLO, G.; FAVIA, G.; CAPODIFERRO, S. Peripheral giant cell granuloma of the jaws as first sign of primary hyperparathyroidism: a case series. **Journal of Clinical Medicine**, v. 9, n. 12, p. 2-7, 2020.

MATHUR, E.; SAREEN, M.; DHAKA, P.; BAGHLA, P. Diode laser excision of oral benign lesions. **Journal of lasers in medical sciences**, v. 6, n. 3, p. 129-132, 2015.

MORAIS, T. M.; SOARES, C. D.; URIZAR, J. M. A.; ALBERDI-NAVARRO, J.; DE ALMEIDA, O. P.; PIRES, F. R. Peri-implant peripheral giant cell lesions: report of 13 new cases and comparative histological and immunohistochemical analysis with peripheral and central giant cell lesions. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 24, n. 6, p. e739–e745, 2019.

NAAZ, S.; AHAD, A.; BEY, A.; ANSARI, H. A. Use of GaAlAs Diode Laser for Excisional Biopsy of Gingival Giant Cell Fibroma: A Case Report of a Rare Lesion. **Frontiers in Dentistry**, v. 18, n.3, p. 1-6, 2021.

ORTEGA-CONCEPCIÓN, D.; CANO-DURÁN, J. A.; PEÑA-CARDELLES, J.; PAREDES-RODRÍGUEZ, V.; GONZÁLEZ-SERRANO, C.; LÓPEZ-QUILES, J. The application of diode laser in the treatment of oral soft tissues lesions. A literature review. **Journal of clinical and experimental dentistry**, v. 9, n. 7, p. e925-e928, 2017.

PATTNAIK, N.; RAJGURU, J. P.; PATTANAİK, S. J.; BARDHAN, D.; NAYAK, B.; ISLAM, M. M. F. Coexistence of hyperparathyroidism and peripheral giant cell

granuloma of the jaw: A rare case report. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 9, n. 6, p. 3142 - 3146, 2020.

PISANO, M.; SAMMARTINO, P.; DI VITTORIO, L.; IANDOLO, A.; CAGGIANO, M.; ROGHI, M.; BIZZOCA, M. E.; LO MUZIO, L. Use of diode laser for surgical removal of pyogenic granuloma of the lower lip in a pediatric patient: a case report. **The American Journal of Case Reports**, v. 22, p. e929690-1–e929690-5, 2021.

PULICARI, F.; PELLEGRINI, M.; PORRINI, M.; KUHN, E.; SPADARI, F. Peripheral giant cell granuloma, diode laser surgical treatment: a case report. **Journal on surgery**, v. 2, p. 1-5, 2022.

RATRE, M. S.; CHAUDHARI, P. A.; KHETARPAL, S.; KUMAR, P. Effective management of focal reactive gingival overgrowths by diode laser: A review and report of two cases. **Laser Therapy**, v. 28, n. 4, p. 291-297, 2019.

ROMÁN-QUESADA, N.; GONZÁLEZ-NAVARRO, B.; IZQUIERDO-GÓMEZ, K.; JANÉ-SALAS, E.; MARÍ-ROIG, A.; ESTRUGO-DEVESA, A.; LÓPEZ-LÓPEZ, J. An analysis of the prevalence of peripheral giant cell granuloma and pyogenic granuloma in relation to a dental implant. **BMC Oral Health**, v. 21, n.204, p. 1-11, 2021.

SÁNCHEZ-TORRES, A.; PÉREZ-AMATE, B.; JAVIER, A.; CERCADILLO-IBARGUREN, I.; FIGUEIREDO, R.; VALMASEDA-CASTELLÓN, E. Peripheral giant cell granuloma associated with a dental implant: A case report. **Journal of clinical and experimental dentistry**, v. 13, n. 10, p. e1049–e1052, 2021.

SANTANA, P. H. G.; FAGUNDES, L. S.; SILVA, G. B. L.; PEREIRA, C. M. Brown tumour of the jaws associated with secondary hiperparathyroidism: case report. **J. Health Sci. Inst**, v. 35, n. 1, p. 55-58, 2017.

SHARMA, N.; RANA, S.; JETLEY, S. Peripheral giant cell granuloma of maxilla. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 26, n. 1, p. 75-78, 2022.

SOTOODE, S. M.; AZIME, S.; TAHERI, S. A.; ASNAASHARI, M.; KHALIGHI, H.; RAHMANI, S.; JAFARI, S.; RANKOHI, Z. E. Diode laser in minor oral surgery: a case series of laser removal of different benign exophytic lesions. **Journal of lasers in medical sciences**, v. 6, n. 3, p. 133-138, 2015.

SUBRAMANIAN, P.; KHARBULI, D.; DAS, S. J. Peripheral giant cell granuloma: A case report. **J Res Med Dent Sci**, v. 7, n. 3, p. 169-172, 2019.

TENORE, G.; MOHSEN, A.; NUVOLI, A.; PALAIA, G.; ROCCHETTI, F.; DI GIOIA, C. R. T.; CICONETTI, A.; ROMEO, U.; DEL VECCHIO, A. The impact of laser thermal effect on histological evaluation of oral soft tissue biopsy: systematic review. **Dentistry Journal**, v. 11, n. 2, p. 1-24, 2023.

YOUSEFIAN, M.; AGHAKOUCHAKZADEH, A.; TORKI, S. Peripheral giant cell granuloma as a sign of hyperparathyroidism in a patient under hemodialysis: A case report and review of literature. **Clinical Case Reports**, v. 11, n. 8, p.1-5, 2023.

WILSON, J. J.; SCHWARTZ, H. C.; TEHRANY, G. M. Brown tumor of the posterior maxilla as initial manifestation of primary hyperparathyroidism: case report. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 71, n. 5, p. 886-890, 2013.

WU, Yu-Hsueh; WU, Yang-Chen; LEE, Yi-Pang; CHIANG, Chun-Pin. Peripheral giant cell granuloma—Case report. **Journal of Dental Sciences**, v. 17, n. 3, p. 1434-1436, 2022.





## ANEXO A – APROVAÇÃO O COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REMOÇÃO DE LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES EM REBORDO ALVEOLAR COM LASER CIRÚRGICO: RELATO DE CASO

**Pesquisador:** Daliana Queiroga de Castro Gomes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 73964023.6.0000.5187

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.299.459

#### Apresentação do Projeto:

O projeto está bem estruturado, apresentando resumo, revisão de literatura e metodologia exequível. O título e os objetivos apresentam coerência. Todos os itens do projeto obedecem às Resoluções 466/12 e 510/16 do Ministério da Saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de Lesão Periférica de Células Gigantes, destacando pontos a serem considerados no plano de tratamento e etapas clínicas que resultem em uma conduta terapêutica satisfatória.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos deste relato de caso poderiam estar relacionados com a quebra acidental de confidencialidade, devido a divulgação de dados e identificação não autorizada pelo paciente, que poderia ter ocasionado danos psicológicos, morais e/ou materiais ao paciente ou a terceiros.

Entretanto, durante todo o desenvolvimento do trabalho, todos os cuidados foram tomados para que a identidade do paciente não fosse revelada e a autorização para uso de imagens esteve expressamente firmada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos benefícios, pode-se citar o emprego da tecnologia laser no tratamento do paciente,

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP**



Continuação do Parecer: 6.299.459

que proporcionou uma reparação mais biológica e com sangramento mínimo durante o procedimento, propiciando um melhor campo de visualização para o operador

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta relevância por se tratar de um tema atual e segue o que preconizam as Resoluções 466/12 e 510/16 do MS. O texto apresenta-se de fácil entendimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos e anexos apresentam-se em consonância com o que se pretende analisar e conforme o solicitado pelo CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto é viável, está embasado cientificamente e conforme preconizam as Resoluções 466/12 e 510/16 do Ministério da Saúde. Portanto emito parecer favorável.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2208538.pdf	05/09/2023 20:26:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	05/09/2023 20:25:17	Daliana Queiroga de Castro Gomes	Aceito
Declaração de concordância	CONCORDANCIA.pdf	05/09/2023 20:23:53	Daliana Queiroga de Castro Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/09/2023 20:14:54	Daliana Queiroga de Castro Gomes	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	05/09/2023 20:09:20	Daliana Queiroga de Castro Gomes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.299.459

CAMPINA GRANDE, 13 de Setembro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Patricia Meira Bento**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

## ANEXO B – LAUDO HISTOPATOLÓGICO



**UEPB**  
Universidade  
Estadual da Paraíba

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL

**LAUDO HISTOPATOLÓGICO**

**REGISTRO DA PATOLOGIA: 22-211**

**REQUISITADO POR: Daliana Queiroga**

**Nome do Paciente:** ██████████

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO-CIRÚRGICO: Lesão periférica de células gigantes**

**EXAME MACROSCÓPICO:**

O material recebido para exame consta de 09 fragmentos de tecido mole da região de rebordo alveolar superior exibindo coloração acastanhada com áreas avermelhadas, consistência elástico-firme, formato e superfícies irregulares, medindo em conjunto 3,0 x 2,8 x 1,3 cm.

**EXAME MICROSCÓPICO:**

Os cortes histológicos corados em hematoxilina e eosina, e observados em microscopia de luz, revela fragmento de mucosa oral revestido por epitélio pavimentoso estratificado ora paraqueratinizado ora ortoqueratinizado exibindo áreas de hiperplasia, acantose, hiperqueratose, degeneração vacuolar hidrópica, espongirose, e áreas focais de ulceração recobertas por membrana fibrinoide. Na lâmina própria papilar e reticular, composta de tecido conjuntivo fibroso, observa-se células mesenquimais exibindo morfologia ovoide e fusiforme e intensa proliferação de células gigantes multinucleadas apresentando número variado de núcleos com diferentes formatos. A lesão encontra-se organizada em arranjo multilobular separada por septos de tecido conjuntivo fibroso denso onde observam-se delicados vasos capilares. Áreas hemorrágicas além de deposição grosseira de pigmento acastanhado compatível com hemossiderina também são notados. Infiltrado inflamatório de intensidade leve à moderada composto predominantemente por linfócitos e plasmócitos em disposição subepitelial e perivascular completam o quadro histopatológico.

**DIAGNÓSTICO: Lesão periférica de células gigantes**

Campina Grande, 19 de maio de 2022.

Prof. MSc. John Lennon Silva Cunha  
Patologia Oral – UEPB  
Matrícula 1305735



## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e à Nossa Senhora por terem me concedido a graça de cursar Odontologia e hoje está finalizando esse ciclo tão importante em minha vida.

Agradeço aos meus pais, Maxnoá e Maria Lucia, por sempre terem feito o possível e o impossível para que eu conseguisse ser a pessoa que me tornei hoje, obtendo tantos conhecimentos e podendo hoje concluir a minha graduação. Agradeço por toda a dedicação e por cada esforço feito para que eu tivesse tudo o que de melhor vocês podiam me proporcionar. Obrigada pelo amor incondicional, vocês sempre foram e sempre serão meus heróis e meus exemplos de força e determinação. Sem vocês eu nada seria.

Agradeço aos meus irmãos, Max e Renata, por sempre me incentivarem a seguir meus sonhos e por terem me fortalecido nessa caminhada com tanto amor. A minha sobrinha Marianne que, com sua inocência e amor, me alegrou e me fortaleceu quando mais precisei, tornando tudo mais leve.

Gratidão à toda a minha família, que sempre depositou confiança em mim e que buscaram sempre me ajudar e me fortalecer e a minha tia, Maria Estela, que sempre me incentivou, antes e durante a minha graduação, a ter êxito em meus objetivos.

Agradeço ao meu namorado, José Assis, por sempre ter me incentivado e por sempre segurar na minha mão e não me deixar desistir nos momentos mais difíceis que enfrentei em minha vida pessoal durante minha graduação, e por acreditar em mim em momentos que nem mesmo eu acreditava. Obrigada por todo o seu amor. Em você sei que sempre terei um ombro amigo e um companheiro para toda a vida.

Agradeço à família do meu namorado, que sempre foram como uma segunda família para mim e em todos os momentos torceram por minha jornada acadêmica e se fizeram presentes em todos os momentos que mais precisei. Agradeço também as minhas sobrinhas do coração, Maria Dulce, minha afilhada, e Mariana que, com suas doces presenças, tornaram minha vida mais alegre e leve.

Sou grata à minha orientadora, Daliana Queiroga, que durante todo o curso tanto me ensinou. Devo à senhora maior parte da minha evolução acadêmica. Além de uma professora, com seus vastos ensinamentos, também pude encontrar uma grande amiga, que me ajudou e me aconselhou, nos momentos em que estive mais aflita.

Agradeço a todos os professores que fizeram parte da minha jornada e tanto me ensinaram. Em especial, agradeço aos professores, que gentilmente, aceitaram fazer parte da banca avaliadora do meu trabalho de conclusão de curso. Professora Bruna, agradeço por seus vários ensinamentos e por sua compreensão em tantos momentos. Professor Diego, agradeço por tanto ter aprendido com o senhor no início do meu curso, gratidão pela paciência em me ensinar tantas coisas sobre a Odontologia.

Gratidão à minha dupla Hysla, que durante todo o curso me ajudou de diversas maneiras e sempre torceu por mim, tornando-se uma grande amiga, com quem sempre pude contar.

Agradeço aos meus amigos de graduação, Aleksandra, Ana Beatriz, Arthur, Caroline, Júlia, Túlio e Vitória, que sempre estiveram presentes no meu dia a dia e tornaram os dias mais cansativos em dias mais alegres e leves. Sentirei saudades do contato diário com cada um.