



FIBROMA DE CÉLULAS GIGANTES E SEUS ASPECTOS: RELATO DE CASO CLÍNICO

GIANT CELL FIBROMA AND ITS ASPECTS: CLINICAL CASE REPORT

César Magno Costa CARVALHO
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: cesar.opcn@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0002-9959-9174>

Viviane da Silva SIQUEIRA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
Viviane.siqueira@faculdefacit.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009.0000.7469,4576>

58

RESUMO

Introdução: O fibroma de células gigantes, é uma lesão incomum que se dá em mucosa oral, considerada uma neoplasia benigna, encontrada geralmente em caucasianos tendo predileção pelo sexo feminino nas primeiras três décadas devida. A sua etiologia se encontra desconhecida e não havendo relação de origem de fatores irritantes locais como de outras neoplasias bucais. Vale ressaltar, que os aspectos clínicos são considerados como um surgimento de uma massa séssil ou pediculada, assintomática e relativamente rara se apresentando em torno de 2% a 5% das lesões de tecidos moles e geralmente menor de 1 cm. Na qual, podem ser facilmente confundidas facilmente com outras lesões. Dessa forma, a intervenção cirúrgica é indicada quando há comprometimento funcional, estético e má higienização.

Objetivo: O presente estudo teve o intuito de relatar o caso clínico de um tratamento cirúrgico através de uma biópsia em comparação a literatura, a demonstrar com eficácia todo o procedimento por intermédio da histologia e proposta de tratamento.

Relato de caso: Relatou-se uma paciente de 17 anos, parda, feminina, que se apresentou na clínica de semiologia da Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT, com queixa de aumento de volume em gengiva inferior da mandíbula. Sendo assim, devido o envolvimento estético, foi realizada a intervenção cirúrgica através da biópsia excisional. **Considerações finais:** A biópsia excisional é o tratamento mais indicado nesses casos e seguro. Assim. O diagnóstico foi confirmado após ao

procedimento cirúrgico com o exame histopatológico como FCG.

Palavras-chave: Fibroma. Biópsia. Cirurgião-dentista. Lesão. Odontologia.

ABSTRACT

Introduction: Giant cell fibroma is an uncommon lesion that occurs in the oral mucosa, considered a benign neoplasm, generally found in Caucasians with a predilection for females in the first three decades of life. Its etiology is unknown and there is no relationship between local irritating factors and other oral neoplasms. It is worth mentioning that the clinical aspects are considered as the appearance of a sessile or pedunculated mass, asymptomatic and relatively rare, occurring in around 2% to 5% of soft tissue injuries and generally smaller than 1 cm. In which, they can easily be confused with other injuries. Therefore, surgical intervention is indicated when there is functional and aesthetic impairment and poor hygiene. **Objective:** The present study aimed to report the clinical case of a surgical treatment through a biopsy in comparison to the literature, effectively demonstrating the entire procedure through histology and treatment proposal. **Case report:** A 17-year-old, brown, female patient was reported, who presented to the semiology clinic of the Faculty of Sciences of Tocantins - FACIT, complaining of increased volume in the lower gums of the mandible. Therefore, due to aesthetic involvement, surgical intervention was performed through excisional biopsy. **Final considerations:** Excisional biopsy is the most indicated and safe treatment in these cases. Like this. The diagnosis was confirmed after the surgical procedure with histopathological examination such as FCG.

Keywords: Fibroma. Biopsy. Dental surgeon. Lesion. Dentistry.

INTRODUÇÃO

O fibroma de células gigantes (FCG) é uma lesão de característica benigna, assintomática, de etiologia desconhecida, relativamente rara, descrita inicialmente pelos autores Weathers e Callihan, em 1974 relatam como uma lesão não neoplásica, representando um crescimento lento em tecido de mucosa bucal, tendo predileção pelo gênero feminino nas primeiras três décadas de vida. Assim, se apresentando como uma lesão de tecido mole com 2% a 5% de todas as proliferações fibrosas na qual é

submetida à biopsia. Sua etiologia não está definida ainda, mas parece haver afinidade com aparição normal de resposta tecidual a injúrias igualmente a outras lesões de tecidos moles que estão associadas a fatores de irritações crônicas. Mas uma possível instigação viral já foi postulada como hipótese^{1,2,3,4,5,10,23}.

Comumente, o FCG é encontrado em gengiva inferior, seguida pelo ápice e a borda lateral de língua, mucosa jugal, lábio e palato. Clinicamente, se apresenta como uma lesão única, de crescimento lento, pediculada ou séssil, esofítico, superfície lisa ou papiloso e depositado de pequenas proporções comenos de 1 cm^{1,2}.

Microscopicamente, o FCG é composto por um tecido conjuntivo fibroso geralmente frouxamente organizado com ausência de inflamação. É recoberta por epitélio escamoso estratificado hiperplásico, com presença de células gigantes mono, bi ou multinucleadas, fusiformes ou estreladas e localizadas predominantemente na própria lâmina papilar. Ademais, o fibroma é um tipo de tumor que se origina a partir da prescrição de fibroblastos, que são células do tecido conjuntivo originando-se da ectomesenquima dado esse nome devido a fase embrionária do ectoderma, em que dá toda essa função de surgimento do tecido de formação histológica⁸. Quando essas células começam a se reproduzir de forma anormal e descontrolada, podem formar um tumor denominado fibroma. Assim, fazendo-se a suas as principais características histopatológicas. Estas células gigantes mona, bi ou multinucleadas não são exclusivas do FCG, sendo detectadas também em outras lesões fibrosas como o papiloma, fibroma, granuloma piogênico e lesão periférica de células gigantes^{3,4}.

Outrossim, se destaca a importância do tratamento adequado para o FCG, com incisão cirúrgica conservadora através da biopsia excisional que é utilizada quando se há neoplasias benignas com menos de 5 cm em todo seu diâmetro com a total remoção. Analogamente, o diagnóstico é realizado pelo exame histopatológico, em que pode ser facilmente confundido clinicamente com outras lesões de tecido mole, visto que as suas características predominantes evidentes no exame podem diferenciar o correto diagnóstico do resultado. Contudo, ao envio para diagnóstico diferencial ao exame anatômico-patológico devem conter as descrições necessárias e corretas da peça afim de ser descrita no formulário fornecido pelo laboratório^{3,5}.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo principal apresentar um relato de caso clínico e compará-lo com achados semelhantes previamente descritos na literatura odontológica. O objetivo desse trabalho elaborado foi proporcionar uma

compreensão mais profunda dos mecanismos que levaram ao desenvolvimento do caso em questão, além de explorar a histogênese (processo de formação dos tecidos), propor uma abordagem de tratamento adequada e fornecer informações sobre o prognóstico relacionado à intervenção cirúrgica.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente T. I. R. M., gênero feminino, 17 anos, parda, saudável, apresentou-se à Clínica de Semiologia da Faculdade de Ciências do Tocantins – FACIT acompanhada dos responsáveis, com queixa principal de “um caroço perto do dente da frente que não dói” na região de mandíbula que relatou também ter originado rapidamente nos primeiros 60 dias com a evolução da lesão progressiva lentamente durante 1 ano até a intervenção cirúrgica, também, relatou não haver histórico de trauma na região. Ao exame clínico intra-oral, identificou-se lesão nodular, pediculada, de coloração rósea, com seu tamanho, aproximadamente 5 cm em seu maior diâmetro, na região gengival pelo rebordo lingual em mandíbula entre os dentes 31, 32 e 33 (Figura F-1). Na palpação digital, a paciente não relatou sintomatologia dolorosa ao toque mais sim quando distanciava a lesão.

Figura 1: Fotografia da vista clínica enfocando lesão séssil localizada em região dos dentes incisivos a canino inferiores 31, 32 e 33 pelo rebordo lingual em mandíbula.

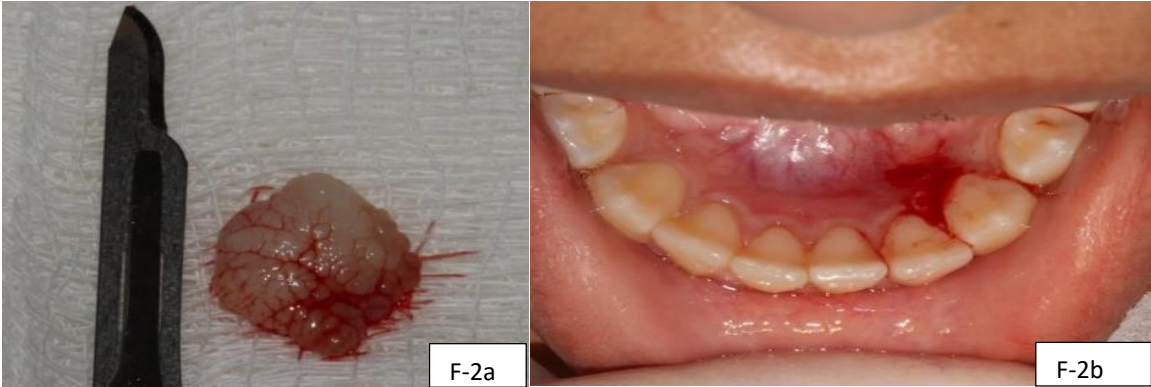


Fonte: Os autores.

Em suma, o procedimento de escolha mais indicado para a paciente foi da biopsia excisional pelo aparente aspecto da lesão ser benigna e menor de 5 mm em seu diâmetro. A paciente foi submetida aoprocedimento cirúrgico com o condicionamento adequado, antisepsia com margens de segurança, em que no tratamento foi feito a incisão como uma gengivoplastia com bisturi nº 3 (Millennium- Golgran®, Brasil) com a devida lâmina 15c (Adantive®- Unimarcas distribuição e comércio, Brasil), anestésico de escolha foi o tubete de lidocaína a 2% mais epinefrina (DFL comercio, Brasil), sob a anestesia infiltrativa supra epitelial na região da lesão (Figura F-2a), houve compressão com gazes para a hemostasia e cicatrização por segunda intenção (Figura F-2b).

Contudo, realizou-se uma biopsia exsional na qual o material foi encaminhado para o laboratório de análise histopatológica da (São Leopoldo Mandic), para a confirmação do diagnóstico (Figura F-3).

Figura 2: A. Fotografia da visão macroscópica com aspecto nodular, irregular e consistência fibrosa removida com tamanho aproximadamente 5 cm em todo seu diâmetro. B. Fotografia após a remoção da peça.



Fonte: Os autores.

Figura 3: Fotografia da visualização do fragmento único de tecido mole, medindo 15mmx12mmx06mm, formato nodular, superfície irregular, coloração esbranquiçada consistência fibrosa. condicionada em formol a 10%.

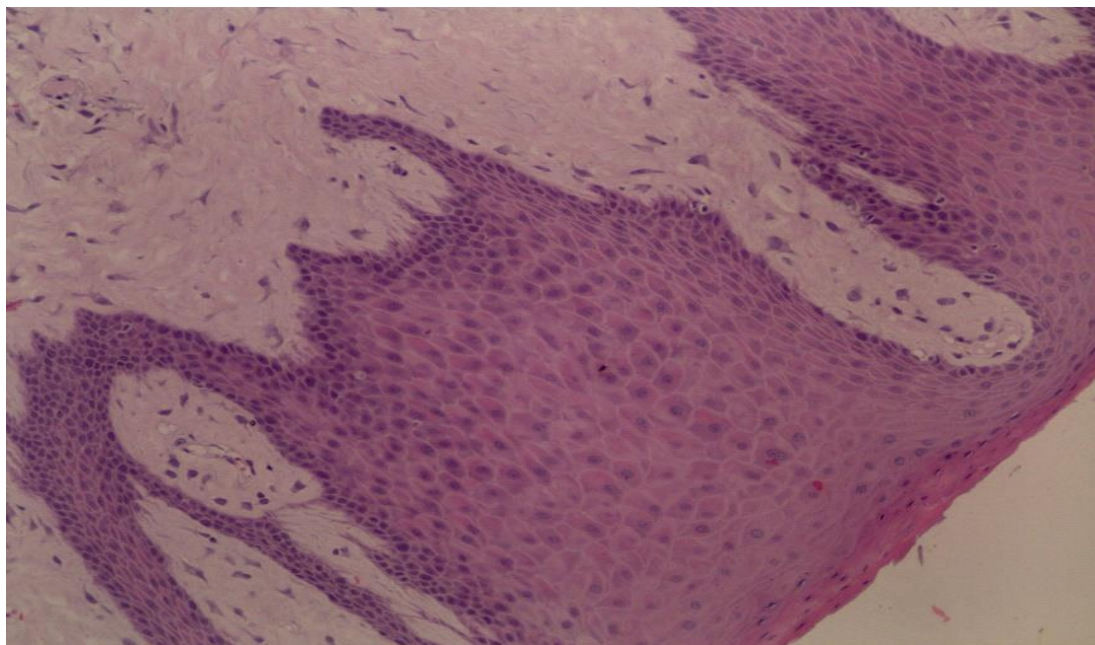


Fonte: Os autores.

Igualmente, na lâmina própria, constituída por tecido conjuntivo denso, notam-se, de permeio a deposição de fibras colágenas, numerosos fibroblastos de morfologia estrelaria, por vezes, binucleares (Figuras F-4, F-5 e F-6). Vasos congestionados completam o quadro examinado. Contudo, o diagnóstico diferencial foi constatado em mucosa, região entre os dentes 31, 32 e 33 o fibroma de células gigantes. Logo, na pós-cirurgia a paciente foi orientada a correta higienização e indicação de posologia: ibuprofeno de 600mg de 08 em 08 horas durante as primeiras 48 horas em caso de dor ou desconforto, com retorno marcado de 6 meses para a satisfação do sucesso do tratamento. Finalmente, após o seu retorno paciente permanece sem nem uma recidiva (Figura F-7).

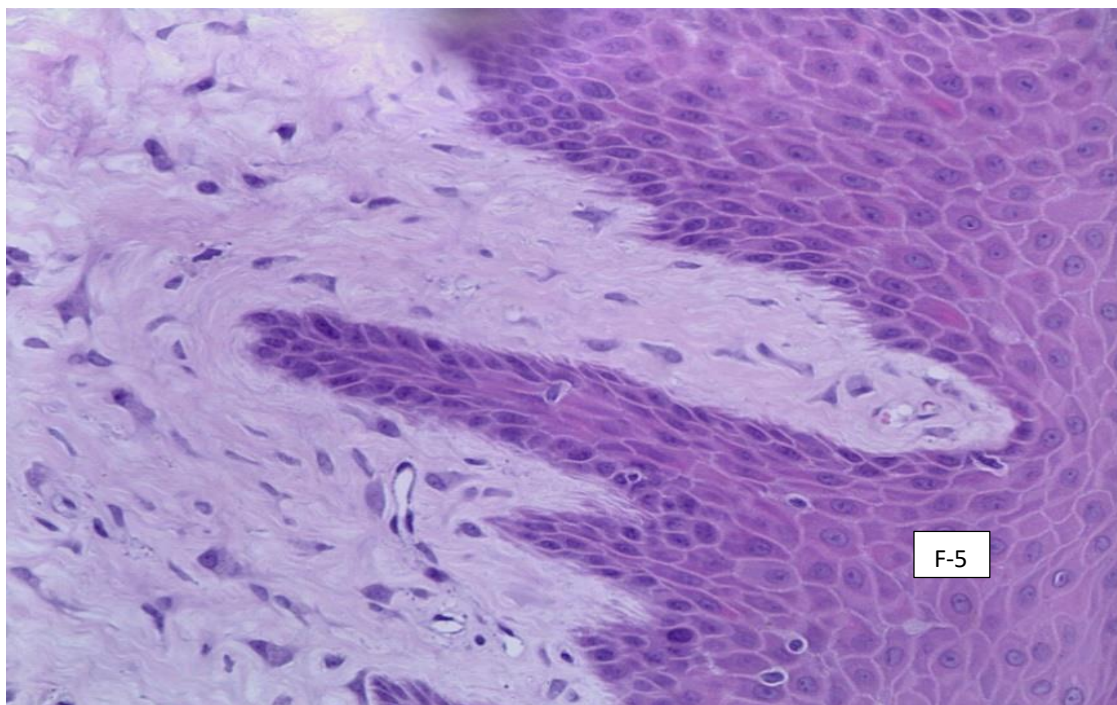
Sem demora, foi obtido o laudo anátomo-patológico com os aspectos microscópicos histológicos que revelaram um fragmento de mucosa revestida por tecido epitelial pavimentoso estratificado queratinizado exibindo projeções alongadas em direção do tecido conjuntivo (Figura F-3).

Figura 4: Análise microscópica sendo exibido mucosa revestida por tecido epitelial pavimentoso, em que a exibição do tecido conjuntivo exacerbado. (coloração hematoxilina e eosina) no aumento de 10x. Colaboração pelo laboratório de São Leopoldo MANDIC.



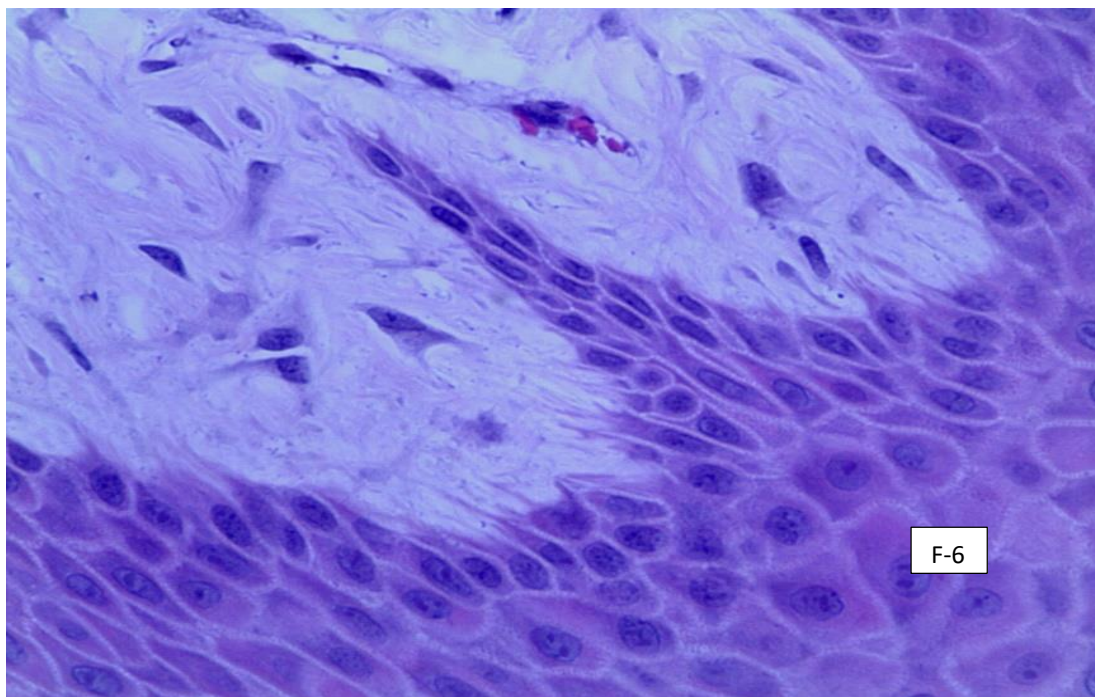
64

Figura 5: Análise microscópica sendo exibido mucosa revestida por tecido epitelial pavimentoso estratificado queratinizado exibindo projeções alongadas em direção do tecido conjuntivo. (coloração hematoxilina e eosina) no aumento de 20x. Colaboração pelo laboratório de São Leopoldo MANDIC.



Fonte: Os autores.

Figura 6: Análise microscópica sendo exibido tecido conjuntivo denso, notam-se, de permeio a deposição de fibras colágenas, numerosos fibroblastos de morfologia estrelaria, por vezes, binucleares. Vasos congestionados completam o quadro examinado. (coloração hematoxilina e eosina) no aumento de 40x. Colaboração pelo laboratório de São Leopoldo MANDIC.



Fonte: Os autores.

Figura 7: Região cicatricial com a visualização enfoco do tratamento satisfatório sem indícios de recidiva da lesão, após 3 meses do procedimento cirúrgico.



Fonte: Os autores.

F-7

DISCUSSÃO

É notório, que a literatura preconize as características clínicas, histologia e tratamento do caso citado que foram semelhantes com os relatos das literaturas em relação ao Fibroma de Células Gigantes, em que o mesmo é considerado um tumor de caráter fibroso, de etiologia desconhecida, benigna, relativamente raro, nodular, sésil ou pediculada, indolor, medindo em torno de até 1 cm sendo mais prevalente nas primeiras três décadas de vida, tendo predileção ao sexo feminino, causiana e com surgimento em aproximadamente em 2% a 5% de todas as lesões fibrosas biopsiadas, é comumente vista em regiões bucais em gengivas como em mandíbula, seguido de língua, mucosa bucal, palato, lábio e assoalho de boca. Bem como, é frequentemente confundida clinicamente entre outras lesões fibrosas como papiloma, fibroma de irritação, fibroma traumático, hiperplasia fibrosa focal ou nódulo fibroso por causa de sua superfície papilar e fibrosa ou natureza elástica sendo difícil o diagnóstico corretamente a primeiro olhar^{3,5,6,23}.

Toda via, vários estudos imuno-histoquímicos sugeriram diferentes origens para as células gigantes estreladas, de todas a mais postulada seria de acordo com Regezi, et al⁹(1987), devido uma proveniência da linhagem monocítica macrofágica tem sido sugerida para as células do fibroma de células gigantes, em que encontraram antiqumiotripsina positiva variáveis que ajuda na proteção contra a destruição de órgãos da destruição tecidual, e HLA-DR que seria um conjunto de antígenos leucocitários humanos, Douglas e Justin,⁸(2009), evidencia que essas células poderiam representar ao um nível célula mesenquimais primitivas com conexão a origem embrionário do próprio tecido com os aspectos fibroblásticos que seria a característica marcantes no diagnóstico histológico da lesão^{8,9}.

Porém, outros autores como Dwight e Michael¹⁰(1974), propuseram a linhagem melanocínótica com a função pela produção de melanina, o pigmento que define a cor das pessoas, pela qual a lesão tem predisposição a raças negras, apesar disso, pesquisas mais atuais revelam que essas possibilidades se encontram negativas para anticorpos contra proteínas S-100, nas quais são substâncias que nesse contexto são encontradas em condições de auto-imune na pele. De forma análoga, Bakos¹³(1992), relata em que “As células de Langerhans foram cogitadas como representando estas células gigantes, mas foram excluídas devido ao fato dos grânulos de Birbeck não serem identificados

nestas células em estudos ultraestruturais”, na qual não são encontradas nos exames ou testes em microscópico eletrônico^{10,11,12,13}.

Em conformidade ao caso, na anamnese a paciente não relatava hábitos parafuncionais de morder a mucosa oral e nem objetos, o que coincide com os autores Neville, et al ²³(2009); Márcia, et al ⁴(2003) e Lucas, et al ²(2018) explicam que o surgimento da lesão não haveria afinidade com irritações crônicas intra orais. Segundo, Ingrid, et al ²⁴(2016), presumiram que a lesão resulta de um agente etiológico desconhecido, que altera o funcionamento das células fibroblásticas^{2,4,23,24}.

Alguns autores como Houston, et al ¹⁴(1982), denotam que o fibroma de células gigantes não mostra predileção pelo gênero, já outros autores Toletino, et al ¹(2009), propuseram uma propensão pelo sexo feminino, tal qual nesse estudo se encontra a paciente pelo mesmo sexo^{1,14}. Nesse mesmo contexto, explica-se a maior prevalência pelo gênero feminino em FCG, assim como, acredita-se que em alguns casos o aumento das concentrações hormonais influencia no surgimento de novas lesões nas mulheres. O auto índice de estrogênio e progesterona levam à dilatação e controle dos microvasos gengivais e à destruição dos mastócitos, exacerbando assim a condição inflamatória. Este fato promove o desencadeamento de processos proliferativos gengivais como a granulomatose gravídica ou FCG. No entanto, em células gigantes multinucleadas (semelhantes aos osteoclastos) respondem de maneira diferente, e o estrogênio pode reverter seus efeitos consoante a Nedir, et al ¹⁵(1997); Roberson, et al ¹⁶(1997) e Sanchez et al ¹⁷(2000)^{15,16,17}. Outra possibilidade é que pacientes do sexo feminino procuram atendimento odontológico em maior escala quando se depararam com problemas de saúde bucal, em comparação a outros indivíduos de demais gêneros.

Acerca da raça, as bibliografias tem relatado a predominância assinalada em caucasianos, conforme este relato de caso. Não houve na literatura diante os artigos pesquisados o apontamento sobre pessoas brancas ao menos terem o mesmo índice de acometimento pelo FCG igual aos negros. Diante do resultado seria de suma importância elucidar alguns fatores ignorados e que merece ser atenuados^{1,18}. Outro fato se vem à tona que os indivíduos da raça negra têm menos acesso e disponibilidade ao atendimento odontológico pela exclusão social e condições financeiras pela ausência de oportunidades¹⁹.

Quanto a faixa etária, a paciente do caso se encontrava na fase juvenil entrando

na idade adulta. Nos artigos em questão alguns relatam que o FCG tem acometido mais jovens nas primeiras três décadas de vida consoante a Toletino, et al ¹(2009); Lucas, et al ²(2018); e Fortes, et al ²⁰(2002)^{1,2,20}. Por outro lado, há pesquisadores que mostram estudos com povos de diferentes idades acometidos pelas lesões de caráter fibroso. Houston, et al ¹⁴(1982) e Lunardo ²¹(2016).

Portanto, pode-se observar que indivíduos de qualquer idade podem ser acometidos pela FCG com um padrão diversificado de agressividade em comum da lesão^{14,21}.

Em princípio, neste caso clínico a lesão foi encontrada na região gengival pelo rebordo lingual em mandíbula entre os dentes 31, 32 e 33, igualmente relatado na literatura. Da mesma forma, surgem mais em região de mucosa da mandíbula do que maxila. As particularidades clínicas do FCG apresentadas no caso são semelhantes com estudos dos autores, com aspecto de uma lesão única, de crescimento lento, pediculada ou sessil, esofítico, superfície lisa ou papilosa^{1,2,22}.

Os aspectos histopatológicos expostos nesse estudo demonstram um tecido fibroso benigno frouxamente organizado com ausência de inflamação, evidenciando uma mucosa revestida por tecido epitelial pavimentoso, estratificado, queratinizado, e hiperplásico exibindo projeções alongadas em direção ao tecido conjuntivo, o mesmo dispondo de fibras colágenas, numerosos fibroblastos de morfologia estrelada com células mono, bi e multinucleadas, fusiformes ou filiformes localizadas predominantemente na própria lâmina papilar, em que os vasos congestionados completam a investigação que estão de acordo com a descoberta na literatura^{3,4,8}. Assim, fazendo-se as suas principais características histopatológicas como o diagnóstico diferencial.

A terapêutica para o FCG, é indicada conforme os autores Jennifer e Claudia, ³(2013); Camila, ⁵(2022) e Neville, ²⁴(2009), a incisão cirúrgica conservadora através da biópsia excisional é empregada para lesões císticas benignas com menos de 5 cm, assim, a lesão é removida por total para evitar recorrências relativamente raras, em que foi utilizado o bisturi de número 15 e anestesia local infiltrativa para o diagnóstico diferencial com o resultado do exame anatômico-patológico^{3,5,24}. Consoante ao caso, a paciente retorna da pós-cirurgia aos 6 meses sem recorrências. Há outras formas de tratamento sugeridas pelos autores Neves, et al ²(2018); Mohammad e Saeede ²⁵(2014), através do aparelho de laser cirúrgico de diodo com aspecto de luz infravermelha de ondas entre 800 a 900 nm, sendo utilizado de modo contínuo ou pulsante, com umas

das vantagens de coagulação de pequenos vasos e sem recendivas^{2,25}.

Diante aos pretextos, nas grandes argumentações sobre o fibroma de células gigantes do presente trabalho, há suposições que mais anuem as explicações de que as células realmente derivam de uma linhagem fibroblásticas de tal origem, de que há um agente etiológico talvez conhecido que altera o funcionamento destas células fibroblásticas^{8,9,10,11,12,13}. No entanto, se houvesse mais pesquisas suficientes pra entender tal associamento com os fibroblastos quem sabe haveria um conceito conclusivo.

O FCG tende-se ser identificado por suas características clínicas, dispersão anatômica, desenvolvimento com potencial limitado, e com aspectos anatômico-patológico com microscopia de células fibroblastas de estrelaria com sua principal característica para o diagnóstico conclusível.

CONCLUSÃO

As características clínicas e histológicas do caso descrito foram semelhantes às relatadas na literatura em relação ao fibroma de células gigantes. O FCG possui particularidades próprias, isto é, características histológicas marcantes e prevalência de ocorrência em determinados grupos etários, sexo e raças, o que o distingue das demais lesões.

Por último, mas não menos importante, deve-se notar que a realização de um exame histopatológico é essencial para confirmar o diagnóstico do fibroma das células gigantes.

REFERÊNCIAS

1. Tolentino E S. Centurion B S. Damante J H. Fibroma De Células Gigantes: Considerações Gerais e Relato de Caso. Rev. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2009; 21(3): 277-81.
2. Neves E M. Carvalho S H G. Sarmiento D J S. Pereira J S. Agripino G. Marinho S A. Rev. Revista Cubana de Estomatología 2018; 55(4) 1-8.
3. Alves J A M P. Carvalho C B. Fibroma de Células Gigantes: considerações e apresentação de um caso clínico. Rev. Odontol Planal Cent. 2019; 5(1):1-9.
4. Miguel M C. Andrade E S. Rocha D A P. Freitas R A. Souza L B. Expressão Imuno-histoquímica da Vimentina e do HHF-35 em Fibroma de Células Gigantes,

- Hiperplasia Fibrosa e Fibroma da Mucosa Oral. Rev. J Appl Oral Sci, 2003; 11(1): 77-82.
5. Trimboli C F. Caracterização das Lesões de Tecidos Moles e Duros nos Pacientes da Clínica Dentária Universitária: Um Estudo Retrospectivo. [Mestrado]. Viseu: Católica – Faculdade de Medicina Dentária; 2022.
 6. Kuo R C. Wang Y P. Chen H M. Sun A. Liu B Y. Kuo Y S. Estudo clínico- patológico de Fibromas Orais de Células Gigantes. Rev. J Formos Med Assoc. 2009; 108(9): 725-729.
 7. Sabarinath B. Sivaramakrishnan M. Sivapathasundharam B. Fibroma de Células Gigantes Um estudo clínico-patológico. Rev. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology. 2012; 16(03): 359-362.
 8. Gnepp D R. Bishop J A. Patologia Cirúrgica Diagnóstica de Cabeça e Pescoço. 3. ed – Rio de Janeiro: Elsevier; 2020.
 9. Regezi J A. Zarbo R J. Tomich C E. Lloyd R V. Coutney R M. Crissman J D. Immunoprofile of benign and malignant fibrohistiocytic tumors. J Oral Pathol 1987; 16:260-5.
 10. Weathers D R. Callihan M D. Giant-cell fibroma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1974; 37:374-84.
 11. Magnusson B C. Rasmusson L G. The giant cell fibroma: a review of 103 cases with immunohistochemical findings. Acta Odontol Scand 1995; 53: 293- 296.
 12. Odell E. Lock C. Lombardi T. Phenotypic characterisation of stellate and giant cells in giant cell fibroma by immunocytochemistry. J Oral Pathol Med 1994; 23: 284-287.
 13. Bakos L H. The giant cell fibroma: a review of 116 cases. Am J Dent 1992;5: 32-5.
 14. Houston G D. The giant cell fibroma: a review of 464 cases. Oral Surgery Oral Medicine and Oral Pathology. 1982; 53(6): 582-587.
 15. Nedir R. Lombardi T. Samson J. Recurrent peripheral giant cell granuloma associated with cervical resorption. J Periodontol. 1997; 68(4): 381-384.
 16. Roberson J B. Crocker D J. Schiller T. The diagnosis and treatment of central giant cell granuloma. J Am Dent Assoc. 1997; 128(1): 81-84.
 17. Sanchez J G, Villarroel M, Lopez-Labady J. Granuloma Piogênico: reporte de dos casos de aparición inusual y revisión de la literatura. Acta Odontol Venez. 2000; 38(2): 36-40.
 18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de Saúde – 2003. Disponível em:
 19. <<http://www.1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/>

notícia_visualiza.php?id_noticia=370 &id_pagina=1>. Acesso em 30 novembro de 2023.

20. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – 2005. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em 30 novembro de 2023.
21. Fortes T M V. Queiroz L M G. Piva M R. Estudo epidemiológico de lesões proliferativas não neoplásicas da mucosa oral: análise de 20 anos. *Cienc Odontol Bras.* 2002; 5(3): 54-61.
22. Longo L. Lesões Proliferativas Não Neoplásicas Estudo Epidemiológico. [Graduação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
23. Flaitz C M. Peripheral giant cell granuloma: a potentially aggressive lesion in children. *Ped Dent.* 2000; 22(3): 232-233.
24. Neville B W. Damm D D. Allen C M. Bouquot J E. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3. Ed - Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
25. Góngora I. Molina K. Romero M. Paredes E. Pediatric dental management fibroma giant cell: case report. *Kiru.* 2016; 13(2):167-70.
26. Asnaashari M. Zadsirjan S. Aplicação do Laser em Cirurgia Oral. *Rev. JLasers Med Sci.* 2014; 5(3): 97-107.