

Lesão de células granulares congênita: relato de caso

Congenital granular cell lesion: a case report

Marcelo Rodrigues dos Santos^I
Karina Magalhães Lopes^{II}
Gabriel Haddad Franchim^{III}
Basílio de Almeida Milani^{III}
Fernando Simões Morando^{III}
Waldyr Antônio Jorge^{IV}

Recebido em 06/05/2009
Aprovado em 09/09/2009

RESUMO

A lesão de células granulares congênitas ou epúlida congênita é uma lesão rara, que acomete recém-nascidos (RN) e ocorre predominantemente no rebordo alveolar superior. Essa lesão apresenta comportamento benigno, e não há relatos na literatura de recidiva. Nós descrevemos o caso de uma RN de cinco dias de vida, apresentando lesão na mucosa gengival mandibular com dificuldades para alimentação. O tratamento realizado constou de uma excisão cirúrgica sob anestesia geral, e o exame histológico mostrou presença de células granulares.

Descritores: Lesão Periférica Congênita. Cirurgia Bucal. Mucosa Bucal/lesões.

ABSTRACT

Congenital granular cell lesion, or congenital epulis, is a rare lesion occurring in the newborn and arising predominantly from the maxillary alveolar ridge. It presents a benign behavior and no cases of recurrence have been reported. We report the case of a girl aged five days, who presented with a large mass arising in the gingival mucosa of the mandible, causing difficulty in feeding. The treatment was a surgical excision under general anesthesia and the histological examination revealed large granular cells.

Keywords: Gingival Neoplasms. Surgery, Oral. Mouth Mucosa/injuries.

INTRODUÇÃO

A lesão de células granulares congênita foi descrita por Neumann em 1871, que a denominou de epúlida congênita^{2, 3, 5, 7}. Apesar de rara, a lesão é de fácil diagnóstico devido à manifestação típica no rebordo alveolar de recém-nascidos^{2, 3, 5, 6, 8}. Apresenta-se como uma massa submucosa, de tamanho variado, geralmente único, com predominância em mulheres^{3, 4, 6, 7}. Sua ocorrência é esporádica e sem tendências familiares³. Além disso, apresenta comportamento benigno, e não há

relatos na literatura de recidiva^{1, 4-6}. O tratamento preconizado é a excisão cirúrgica, principalmente quando há comprometimento das funções de amamentação, deglutição e respiração^{1, 4, 6, 7}.

Este artigo descreve um recém-nascido com epúlida congênita, tratado com terapia cirúrgica.

RELATO DE CASO

Paciente RN com 5 dias de vida, gênero feminino, segundo a mãe e a equipe de Neonatologia do Hospital

^I Residente do Serviço de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

^{II} Especialista em CTBMF (Fundectó-USP) e Residente do serviço de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

^{III} Especialista em CTBMF, ex-residente do HU-USP, diarista do serviço de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

^{IV} Especialista em CTBMF, ex-residente do HU-USP, chefe do Serviço de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

^V Especialista em CTBMF, ex-residente do Hospital Municipal do Tatuapé, plantonista do serviço de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

^{VI} Professor Doutor em CTBMF, coordenador da residência de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

Municipal do Campo Limpo, apresenta dificuldades de sucção e deglutição, causando restrição no ganho de peso corporal.

Realizada interconsulta pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial que ao exame físico loco regional, observou lesão intraoral exteriorizada entre os lábios superior e inferior (Figura 1). À oroscopia, notou-se nódulo em rebordo alveolar inferior anterior, com 2 cm de diâmetro, pediculado, com coloração semelhante à mucosa oral, superfície lisa e íntegra e de consistência endurecida (Figura 2).



Figura 1: Vista frontal da lesão intraoral exteriorizada entre os lábios superior e inferior.



Figura 2: Vista lateral evidenciando a lesão pediculada no rebordo alveolar inferior.

As hipóteses diagnósticas foram: fibroma, granuloma e epúlide congênita.

O planejamento cirúrgico consistiu em biópsia excisional sob anestesia geral. No intraoperatório, realizou-se incisão supraperiosteal, remoção total da lesão (fig 3) e sutura simples com fio 5.0 biodegradável.



Figura 3: Lesão de aproximadamente 2 cm de comprimento.

Observamos o reestabelecimento das funções de sucção e deglutição da RN no pós-operatório imediato. No sétimo dia de pós-operatório, observou-se cicatrização completa da mucosa oral e optou-se pela remoção do fio de sutura que permanecia na região do rebordo alveolar inferior. No sexto mês de pós-operatório, a paciente não apresentava recidiva, comprovando a efetividade do tratamento cirúrgico realizado.

Os cortes histológicos revelaram proliferação de grandes células redondas, com citoplasma abundante, granular e eosinófilo (Figura 4). No estroma de tecido conjuntivo denso moderadamente celularizado, perceberam-se inúmeros espaços vasculares ectásicos ou hiperemiados de formas e tamanhos variados (Figura 5). O epitélio pavimentoso estratificado parakeratinizado, de recobrimento, apresentava-se íntegro, discretamente atrófico e com retificação papilar, organizando a lesão em agregados lobulares (Figura 6). Tal descrição é compatível com diagnóstico de Lesão de Células Granulares Congênita.

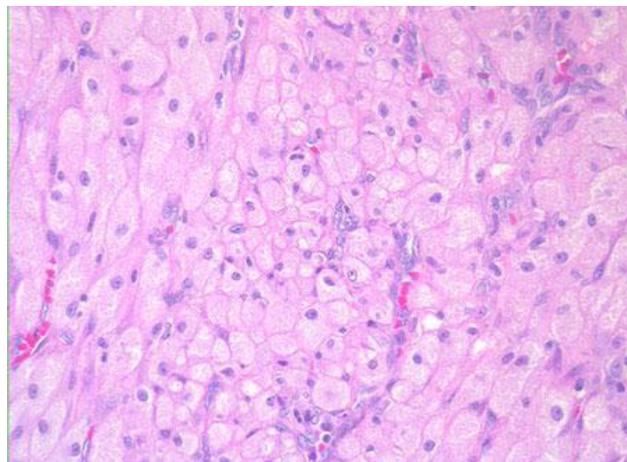


Figura 4: LCGC: Células redondas e alongadas com citoplasma granular abundante.

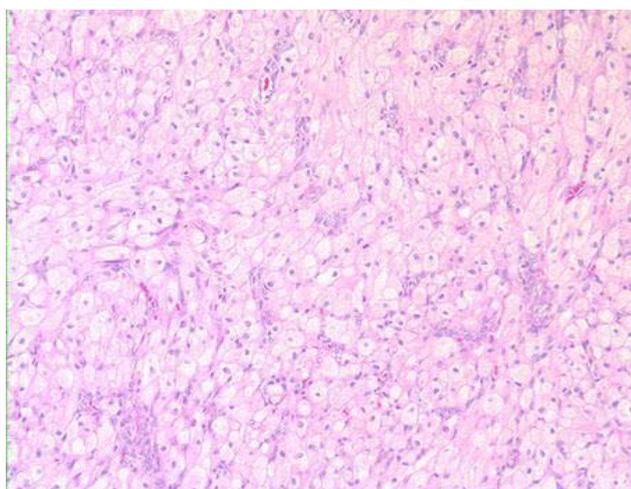


Figura 5: Inúmeros espaços vasculares ectásicos ou hiperemiados de formas e tamanhos variados no estroma de tecido conjuntivo denso.

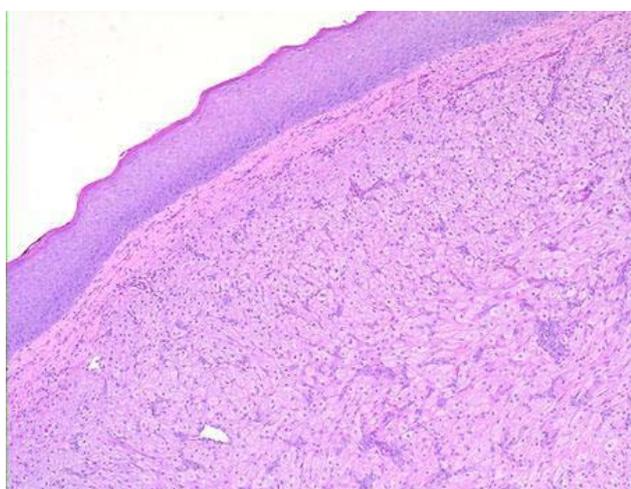


Figura 6: Imagem de pequeno aumento mostrando zona estreita de tecido conjuntivo frouxo (seta) separando a lesão do epitélio de recobrimento. Nota-se atrofia das papilas epiteliais.

DISCUSSÃO

Neumann em 1871 foi o primeiro a descrever a lesão que denominou de epúlide congênita ou tumor de Neumann^{2,3,5,7}. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde a nomeia como epúlide de células granulares congênita⁹, no entanto, segundo Loyola et al⁵, o nome lesão de células granulares congênita (LCGC) parece ser o termo adequado devido à lesão não ser restrita ao rebordo alveolar, e o termo epúlis significar aumento de volume gengival³.

A LCGC acomete recém-nascidos na proporção de oito mulheres para cada homem^{3,4,6,7}; é uma lesão de

tecido mole^{7,8}, restrita à cavidade oral, sendo o rebordo alveolar anterior a região mais afetada^{2,3,5,6,8} e três vezes mais comum na maxila do que na mandíbula^{1,4-7}. Clinicamente, a lesão pode ser séssil⁶ ou pediculada^{1,4,6-8}, de consistência firme⁴, de tamanho variado^{4,6-8} e predominantemente única.^{1,3,5} Apenas 10% das lesões são múltiplas, afetando um ou ambos os rebordos. São raros os casos de lesões simultâneas na região alveolar e extra-alveolar^{3,5}, assim como os casos de lesões únicas extra-alveolares⁹. Não há envolvimento do tecido ósseo subjacente^{3,7} ou de dentes decíduos não erupcionados³.

Há diversas teorias sobre a origem histológica dessa lesão: mioblástica^{1,4-8}, neuroblástica, odontoblástica, fibroblástica ou histiocítica^{1,3-8}. A hipótese mais aceita é a de um processo degenerativo das células mesenquimais indiferenciadas, que, por sua vez, possuem capacidade de múltiplas diferenciações^{5,9}.

Ao estudo histopatológico, a LCGC é semelhante ao tumor de células granulares, e o que as diferencia é a presença de fina camada vascular entre as células granulares² e a ausência de hiperplasia pseudoepiteliomatosa nos casos de epúlide congênita^{1-4,6}. Além disso, estudos imunohistoquímicos demonstram a presença da proteína S-100^{1,3-5,9}, de receptores dos fatores de crescimento 75 KD, gene *trk*^{1,4,5,9} e células fosfotirosina-positivas^{1,4,5} nos tumores de células granulares e a ausência destes marcadores nas LCGC.

Há também diferenças em relação à epidemiologia e ao quadro clínico, visto que o tumor de células granulares acomete adultos jovens. Principalmente mulheres da etnia negra apresentam recidiva após excisão cirúrgica conservadora, e a região anatômica mais afetada é a língua^{4,9}.

Apesar das controvérsias sobre a etiologia da LCGC, a literatura é unânime em afirmar sua natureza benigna.^{1,4-6} Relatos de regressão espontânea corroboram com o comportamento inócua da lesão^{1,4,5}, e a recidiva não é observada mesmo após excisão incompleta^{1,3,4,6,7}. Nenhuma atividade celular proliferativa

significante ou crescimento clínico após o nascimento é descrito na literatura ^{1,4,5}. No entanto, pode-se observar aumento da lesão por edema em resposta inflamatória ao trauma da alimentação, como relatado por Atterbury e Vazirani ⁵.

O diagnóstico diferencial inclui uma variedade de raras lesões, como hemangioma, fibroma ^{2,4,8}, linfangioma ^{4,8}, rabiomioma ⁴, granuloma ^{2,8}, lipoma congênito ³ e sarcoma osteogênico ^{7,8}.

Devido à natureza inofensiva da lesão de células granulares congênicas, alguns autores não recomendam a excisão cirúrgica, pois afirmam que lesões pequenas tendem a regredir e desaparecer espontaneamente, indicando a exérese, quando há dificuldade na alimentação ou na respiração do recém-nascido ⁵⁻⁸. Outros autores preconizam o procedimento cirúrgico assim que a lesão é observada. Caso o tratamento optado seja cruento, este deve ser limitado apenas à lesão ^{2, 4,6}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lesão de células granulares congênita é uma doença rara que acomete recém-nascidos e apresenta evolução benigna. Apresenta aspectos histológicos semelhantes ao tumor de células granulares, e o estudo imunohistoquímico auxilia no correto diagnóstico. Lesões pequenas podem ter tratamento conservador, porém lesões maiores necessitam de tratamento cirúrgico, quando comprometem a respiração ou a alimentação.

REFERÊNCIAS

1. Bilen BT, Alaybeyoğlu N, Arslan A, Türkmen E, Aslan S, Celik M. Obstructive congenital gingival granular cell tumour. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004 Dec;68(12):1567-71.
2. Evans DA. Congenital epulis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001 Sep; 125(3): 283-4.
3. Godra A, D'Cruz CA, Labat MF, Isaacson G.

Pathologic quiz case: a newborn with a midline buccal mucosa mass. Congenital gingival granular cell tumor (congenital epulis). *Arch Pathol Lab Med*. 2004 May;128(5):585-6.

4. Kanotra S, Kanotra SP, Paul J. Congenital epulis. *J Laryngol Otol*. 2006 Feb;120(2):148-50. Epub 2005 Nov 25.
5. Loyola AM, Gatti AF, Pinto DS Jr, Mesquita RA. Alveolar and extra-alveolar granular cell lesions of the newborn: report of case and review of literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997 Dec;84(6):668-71.
6. McGuire TP, Gomes PP, Freilich MM, Sándor GK. Congenital epulis: a surprise in the neonate. *J Can Dent Assoc*. 2006 Oct;72(8):747-50.
7. Merrett SJ, Crawford PJ. Congenital epulis of the newborn: a case report. *Int J Paediatr Dent*. 2003 Mar;13(2):127-9.
8. Sakai VT, Oliveira TM, Silva TC, Moretti AB, Santos CF, Machado MA. Complete spontaneous regression of congenital epulis in a baby by 8 months of age. *Int J Paediatr Dent*. 2007 Jul;17(4):309-12.
9. Senoo H, Iida S, Kishino M, Namba N, Aikawa T, Kogo M. Solitary congenital granular cell lesion of the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007 Jul;104(1):e45-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marcelo Rodrigues dos Santos
Rua Duarte de Carvalho, 155. apto 142
Bairro: Tatuapé CEP: 03084-030 São Paulo-SP
email: martche@gmail.com