

# Lesão de células granulares congênita: relato de caso

## *Congenital granular cell lesion: a case report*

Marcelo Rodrigues dos Santos<sup>I</sup>  
Karina Magalhães Lopes<sup>II</sup>  
Gabriel Haddad Franchim<sup>III</sup>  
Basílio de Almeida Milani<sup>III</sup>  
Fernando Simões Morando<sup>III</sup>  
Waldyr Antônio Jorge<sup>IV</sup>

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

### RESUMO

A lesão de células granulares congênicas ou epúlides 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 epúlides congênita<sup>2, 3, 5, 7</sup>. Apesar de rara, a lesão é de fácil diagnóstico devido à manifestação típica no rebordo alveolar de recém-nascidos<sup>2, 3, 5, 6, 8</sup>. Apresenta-se como uma massa submucosa, de tamanho variado, geralmente único, com predominância em mulheres<sup>3, 4, 6, 7</sup>. Sua ocorrência é esporádica e sem tendências familiares<sup>3</sup>. Além disso, apresenta comportamento benigno, e não há

relatos na literatura de recidiva<sup>1, 4, 6</sup>. O tratamento preconizado é a excisão cirúrgica, principalmente quando há comprometimento das funções de amamentação, deglutição e respiração<sup>1, 4, 6, 7</sup>.

Este artigo descreve um recém-nascido com epúlides 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

<sup>I</sup> Residente do Serviço de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

<sup>II</sup> Especialista em CTBMF (Fundectó-USP) e Residente do serviço de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

<sup>III</sup> Especialista em CTBMF, ex-residente do HU-USP, diarista do serviço de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

<sup>IV</sup> Especialista em CTBMF, ex-residente do HU-USP, chefe do Serviço de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

<sup>V</sup> Especialista em CTBMF, ex-residente do Hospital Municipal do Tatuapé, plantonista do serviço de CTBMF do Hospital Municipal do Campo Limpo-SP.

<sup>VI</sup> 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.

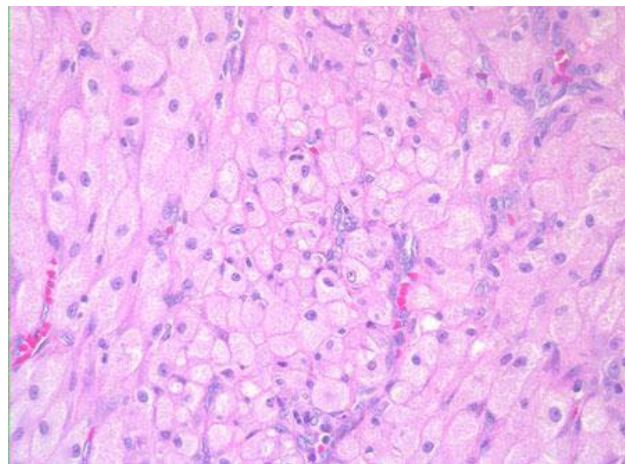
O planejamento cirúrgico consistiu em biópsia excisional sob anestesia geral. No intraoperatório, realizou-se incisão supraperiosteal, remoção total da lesão (fig 3) e sutura simples com fio 5.0 biodegradável.



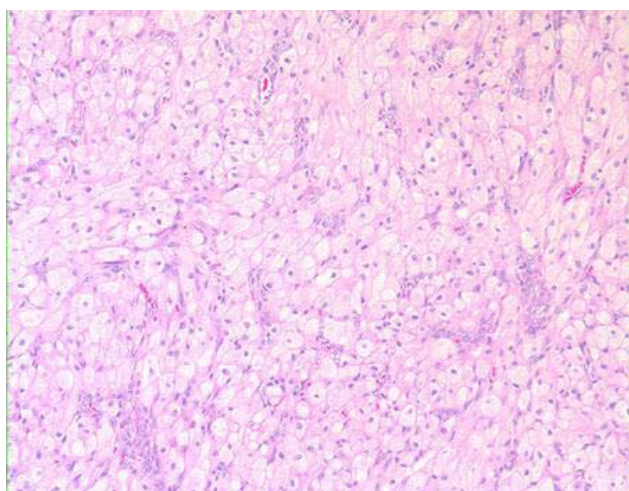
**Figura 3: Lesão de aproximadamente 2 cm de comprimento.**

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.

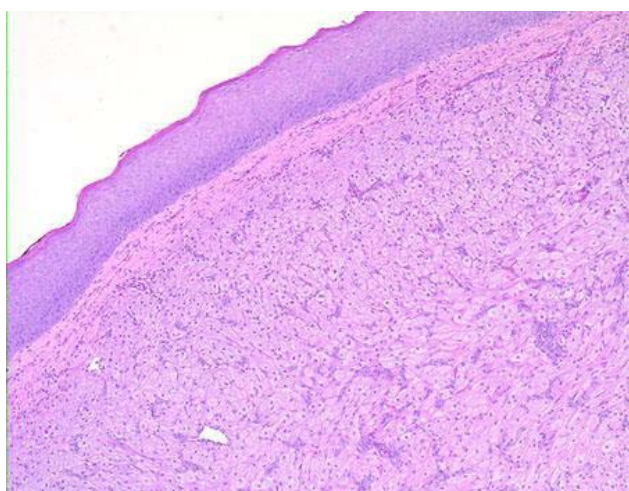
Os cortes histológicos revelaram proliferação de grandes células redondas, com citoplasma abundante, granular e eosinófilo (Figura 4). No estroma de tecido conjuntivo denso moderadamente celularizado, perceberam-se inúmeros espaços vasculares ectásicos ou hiperemiados de formas e tamanhos variados (Figura 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 epúlida congênita ou tumor de Neumann<sup>2,3,5,7</sup>. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde a nomeia como epúlida de células granulares congênita<sup>9</sup>, no entanto, segundo Loyola et al<sup>5</sup>, 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 gengival<sup>3</sup>.

A LCGC acomete recém-nascidos na proporção de oito mulheres para cada homem<sup>3,4,6,7</sup>; é uma lesão de

tecido mole<sup>7,8</sup>, restrita à cavidade oral, sendo o rebordo alveolar anterior a região mais afetada<sup>2,3,5,6,8</sup> e três vezes mais comum na maxila do que na mandíbula<sup>1,4-7</sup>. Clinicamente, a lesão pode ser séssil<sup>6</sup> ou pediculada<sup>1,4,6-8</sup>, de consistência firme<sup>4</sup>, de tamanho variado<sup>4,6-8</sup> e predominantemente única.<sup>1,3,5</sup> 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<sup>3,5</sup>, assim como os casos de lesões únicas extra-alveolares<sup>9</sup>. Não há envolvimento do tecido ósseo subjacente<sup>3,7</sup> ou de dentes decíduos não erupcionados<sup>3</sup>.

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

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 granulares<sup>2</sup> e a ausência de hiperplasia pseudoepiteliomatosa nos casos de epúlida congênita<sup>1-4,6</sup>. Além disso, estudos imunohistoquímicos demonstram a presença da proteína S-100<sup>1,3-5,9</sup>, de receptores dos fatores de crescimento 75 KD, gene *trk*<sup>1,4,5,9</sup> e células fosfotirosina-positivas<sup>1,4,5</sup> 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<sup>4,9</sup>.

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

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

O diagnóstico diferencial inclui uma variedade de raras lesões, como hemangioma, fibroma <sup>2,4,8</sup>, linfangioma <sup>4,8</sup>, rabiomioma <sup>4</sup>, granuloma <sup>2,8</sup>, lipoma congênito <sup>3</sup> e sarcoma osteogênico <sup>7,8</sup>.

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 <sup>5-8</sup>. 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 <sup>2, 4,6</sup>.

### 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