

Epúlíde congênita em neonato, um tumor raro: relato de caso

Epulis congénita en un neonato, un tumor poco frecuente: informe de un caso

Congenital epulide in a neonate, a rare tumor: case report

RESUMO

Objetivo: relatar o caso de uma paciente neonatal, que apresentou uma massa tumoral no rebordo gengival de maxila, observada após o nascimento. **Relato de caso:** Paciente recém-nascida, do sexo feminino, parto normal, com peso de 3,460 kg, sem intercorrências no parto. Durante oroscopia feita pela equipe médica, observou-se tumefação no rebordo alveolar de maxila, e optou-se pela transferência para UTI neonatal para observação e passagem de sonda oral. Na avaliação odontológica, observou-se um nódulo liso e brilhante, de coloração rósea/arroxada, com aproximadamente 2,4cm no longo eixo, pediculado, localizado em rebordo anterior de maxila esquerda. A proposta de tratamento foi a excisão cirúrgica, realizada sob anestesia local, 36 horas após o nascimento, sem intercorrências. A hipótese clínica de epúlíde congênita foi confirmada pelo exame anatomopatológico. A paciente segue em acompanhamento de 4 meses, com ótimo aspecto do rebordo. **Conclusão:** o diagnóstico precoce e a intervenção rápida foram determinantes para o sucesso do tratamento e prevenção de possíveis complicações como a obstrução de vias aéreas e deficiências nutricionais. **Palavras chave:** epúlíde congênita; tumor de células granulares; neonatal; diagnóstico; tratamento.

RESUMEN

Objetivo: reportar el caso de una paciente neonatal que presentó una masa tumoral en el reborde gingival maxilar, observada después del nacimiento. **Reporte de caso:** Paciente recién nacida de sexo femenino, nacida por parto normal, con un peso de 3.460 kg, sin complicaciones durante el parto. Durante una exploración oral realizada por el equipo médico, se observó una tumefacción en el reborde alveolar maxilar, lo que llevó a la decisión de transferirla a la UCI neonatal para observación e inserción de una sonda oral. Durante la evaluación odontológica, se observó un nódulo liso y brillante, de color rosado/purpúreo, de aproximadamente 2,4 cm en su eje longitudinal. Era pediculado y estaba ubicado en el reborde anterior de la maxila izquierda. El tratamiento propuesto fue la excisión quirúrgica bajo anestesia local, realizada 36 horas después del nacimiento sin complicaciones, y la hipótesis clínica de epulis congénito fue confirmada mediante examen histopatológico. La paciente ha estado en seguimiento durante 4 meses, mostrando excelente apariencia del reborde. **Conclusión:** La inclusión de un cirujano dentista en el equipo multidisciplinario en un entorno hospitalario es crucial, ya que el diagnóstico temprano y la intervención rápida fueron determinantes para el éxito del tratamiento y la prevención de posibles complicaciones. **Palabras clave:** epulis congénita; tumor de células granulares; neonatal; diagnóstico; tratamiento.

Vanessa Einsfeld

ORCID: 0000-0002-8238-6415

Especialista em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba – PR
Departamento de estomatologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR
dravansaeinsfeld.ctbmf@gmail.com

Marcela Andrade Ivanoski

ORCID: 0009-0005-3427-512X

Mestre em Estomatologia
Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba – PR. Departamento de estomatologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR
olivemarcela@gmail.com

Fernanda Joly Macedo

ORCID: 0000-0001-7310-3201

Especialista em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba – PR. Departamento de estomatologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR
fernandajoly@gmail.com

José Miguel Amenábar Céspedes

ORCID: 0000-0001-9755-6870

Doutor em estomatologia
Departamento de estomatologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR
jamenaba@gmail.com

Delson João da Costa

ORCID: 0000-0001-7622-6469

Doutor em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Departamento de estomatologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR
delsongcosta@ufpr.br

Aline Sebastiani

ORCID: 0000-0002-2904-5056

Doutora em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Departamento de estomatologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR
sebastianialine@gmail.com

ABSTRACT

Objective: report the case of a neonatal patient who presented with a tumoral mass on the maxillary gingival ridge, observed after birth. **Case report:** Female newborn patient, delivered by normal birth, weighing 3.460 kg, with no complications during delivery. During an oral examination performed by the medical team, a swelling was observed on the maxillary alveolar ridge, leading to the decision to transfer her to the neonatal ICU for observation and insertion of an oral tube. During the dental evaluation, a smooth, shiny nodule with a pinkish/purplish color, approximately 2.4 cm along its long axis, was observed. It was pedunculated and located on the anterior ridge of the left maxilla. The proposed treatment was surgical excision under local anesthesia, performed 36 hours after birth without complications, and the clinical hypothesis of congenital epulis was confirmed by histopathological examination. The patient has been under follow-up for 4 months, showing excellent ridge appearance. **Conclusion:** The inclusion of a dental surgeon in the multidisciplinary team in a hospital setting is crucial, as early diagnosis and prompt intervention were decisive for successful treatment and prevention of potential complications. **Key words:** congenital epulis; granular cell tumor; neonatal; diagnosis; treatment.

INTRODUÇÃO

A epúlida congênita (EC), também denominada pela OMS como epúlida congênita de células granulares, é classificada como um tumor benigno, não odontogênico, raro, que ocorre em neonatos, sendo descrita pela primeira vez em 1871 por Newmann. Na literatura, são relatados menos de 100 casos de EC, com uma incidência mais comum em bebês do sexo feminino, em cerca de 90% dos casos, o que sugere um fator hormonal envolvido no desenvolvimento da lesão. Histologicamente este tumor se encontra encapsulado, com proliferação de células de morfologia poligonal, núcleos excêntricos ovais e citoplasma eosinofílico granuloso, envolvido por um epitélio estratificado contido, sem projeções exteriores.^{1,2}

Ao exame clínico, a lesão apresenta-se como um nódulo, com base sésil ou pediculada, medindo entre 1-2cm, geralmente, mas podendo atingir até 9cm de diâmetro.³ Seu aspecto poderá apresentar-se normal, eritematosa ou ulcerada, em casos de trauma local constante. Fatores como tamanho, trauma, dificuldade de amamentação e obstrução de vias aéreas são importantes na tomada de decisão da abordagem cirúrgica.⁴ O diagnóstico é clínico, na maioria das vezes sendo observada logo

após o nascimento, porém essa tumoração pode ser detectada durante a gestação através do auxílio do ultrassom (USG) em alguns casos^{1,2}.

No recém-nascido uma das maiores preocupações em relação à EC é que ela pode dificultar a pega da mama, a deglutição, a respiração, e o selamento labial do bebê. Assim, o manejo da lesão vai depender do tamanho e do quanto ela está interferindo nestas funções do neonato, podendo ser removida de forma precoce ou mais tardia, com anestesia local ou geral^{1,5}.

Este estudo tem como objetivo, relatar o caso de um paciente neonato, que recebeu uma intervenção precoce para remoção de uma EC extensa no rebordo de maxila, e discutir a importância do cirurgião dentista dentro do ambiente hospitalar, para resolução rápida e eficaz destes casos.

RELATO DE CASO

Logo após o parto, na primeira avaliação médica do recém-nascido (RN) neonato, foi observada na oroscopia, tumoração em gengiva de aspecto pediculado e vascularizado. A primeira ecografia intrauterina foi realizada tardiamente, e a tumoração não foi observada neste exame. Devido ao tamanho da lesão e seu aspecto vascular, a conduta médica foi transferir a paciente para UTI neonatal para investigação e aleitamento via sonda orogástrica (SOG), devido ao risco de sangramento da lesão. Uma tomografia de crânio foi solicitada para descartar mal formações intracranianas. Por fim, foi solicitado parecer a equipe da odontologia hospitalar/CTBMF, a qual a avaliação foi realizada ainda no primeiro dia de vida.

Durante o exame, a paciente RN, do sexo feminino, encontrava-se em leito da UTI NEO, em ar ambiente (AA), e em uso SOG para alimentação. Na avaliação intraoral, observou-se a presença de uma tumefação em anterior de maxila esquerda, pediculada, firme a palpação, com aproximadamente 2,4 cm no seu maior diâmetro, de superfície lisa, brilhante, e coloração rósea/arroxada (figura 1). A hipótese de diagnóstico (HD) foi EC. A conduta proposta, foi a ressecção total da lesão em centro cirúrgico obstetrício (CCO) na manhã seguinte, com avaliação prévia do médico anestesiológico, que liberou a paciente para o procedimento.



Figura 1 - Aspecto inicial da lesão visualizada após o nascimento. Fonte: os autores (2024).

A paciente foi encaminhada ao CCO, e submetida a ressecção de massa em maxila esquerda, 36 horas após o seu nascimento. Foi optado pela abordagem sob anestesia local visto se tratar de uma lesão pediculada, inserida em região anterior de maxila, de fácil acesso. Além disso, por se tratar de RN, não a submeter à anestesia geral também foi um fator importante na escolha da técnica, visando menores riscos à paciente.

Para maior segurança, o RN foi transportado e mantido em incubadora, durante o procedimento, com monitorização de sinais vitais. Com a paciente em decúbito dorsal, foi realizada a assepsia da face, aposição de campos estéreis e, com o auxílio de um afastador labial pediátrico, afastamento dos tecidos para exposição da lesão. Após a visualização da área, foi feita a infiltração local com lidocaína com epinefrina 0,3ml e a incisão com bisturi e lâmina fria logo abaixo da base da lesão, em anterior de maxila esquerda com ressecção total da lesão (figura 2a). Após compressão local, a inspeção confirmou a remoção completa da lesão, sem comprometimento da estrutura alveolar dentária. A sutura foi realizada com 1 unidade de vicryl 4-0 e a hemostasia foi complementada com cauterização dos pontos sangrantes da ferida operatória (FO), devido à grande vascularização observada durante o procedimento.

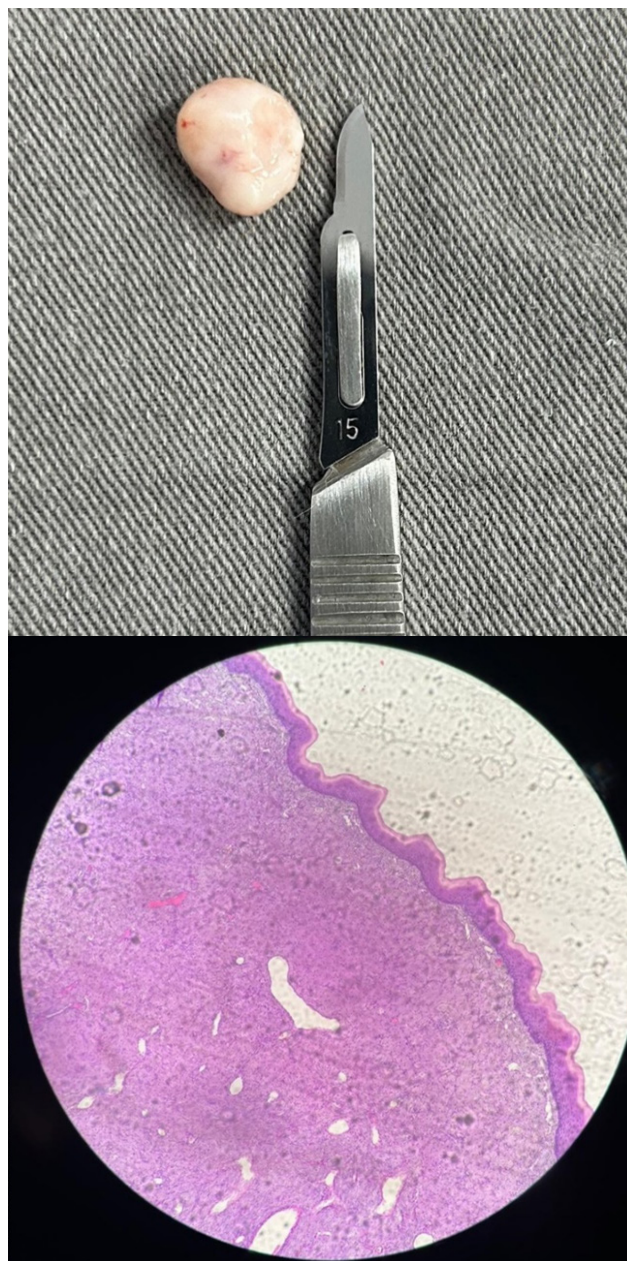


Figura 2 - FIGURA 2a Aspecto da lesão após a excisão cirúrgica. FIGURA 2b. Nos cortes microscópicos nota-se numerosas células arredondadas, com abundante citoplasma granular eosinofílico e núcleo basofílico com formato variando do redondo à oval. Suprajacente, nota-se mucosa escamosa revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado predominantemente atrófico e sem presença de cristas epiteliais. Fonte: os autores (2024).

Após a revisão de hemostasia, a limpeza com soro fisiológico foi concluída, finalizando o procedimento sem intercorrências. A peça removida apresentava um aspecto fibroelástico, e coloração esbranquiçada após a sua excisão. A amostra foi armazenada em formol 10% e enviada para exame anatomopatológico.

Na sala de observação do CCO, foi orientada a estimulação precoce da amamentação pela mãe. No primeiro dia de pós-operatório, devido à boa aceitação da amamentação, a SOG foi removida.

Para auxiliar no reparo pós-cirúrgico, foram realizadas duas sessões de laserterapia de baixa potência, acelerando o processo cicatricial e antiálgico. Com a boa aceitação da dieta (amamentação), sem perda de peso, e boa reparação tecidual da FO, a paciente RN recebeu alta hospitalar no 4º dia pós-operatório e 5º dia de vida.

No acompanhamento, a paciente foi reavaliada aos 7 dias após alta hospitalar (13º dia PO – figura 3a) e aos 25 dias PO, observando a cicatrização completa dos tecidos, sem sinal de recidiva. Nestes retornos foi realizada a pesagem da RN, sendo observado ganho de peso após a remoção da lesão e da SOG.

A hipótese de epúlide congênita (EC) foi confirmada pelo exame anatomopatológico, que revelou numerosas células arredondadas, com abundante citoplasma granular eosinofílico e núcleo basofílico de formato variando do redondo à oval. A mucosa escamosa sobrejacente era revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado predominantemente atrófico e sem cristas epiteliais (figura 2b).

As orientações sobre a lesão foram fornecidas à mãe da paciente, juntamente com uma cópia do laudo anatomopatológico. A criança encontra-se bem, com total cicatrização tecidual, aspecto normocrômico do rebordo alveolar e sem sinais de recidiva, após de 4 meses de acompanhamento (figura 3b).



Figura 3 - 3a. Aspecto do rebordo alveolar de maxila esquerda, 13 dias após a excisão cirúrgica. 3b- Aspecto do rebordo alveolar de maxila esquerda, 4 meses após a excisão cirúrgica. Fonte: os autores (2024).

DISCUSSÃO

A EC é uma lesão que pode causar grande preocupação aos pais, ao ser detectada logo após ao nascimento. No entanto, essa lesão tende a estabilizar o crescimento, ou até mesmo regredir, especialmente em casos menores. A literatura não descreve atividade proliferativa celular significativa ou aumento clínico após o nascimento. Contudo, em um estudo foi observado aumento da lesão por edema em resposta inflamatória gerado por trauma local, durante a amamentação⁶.

Quando a lesão tem dimensões grandes ou que interfiram diretamente na alimentação ou respiração do RN, o tratamento de escolha deve ser a remoção cirúrgica simples imediata. Não são indicadas exéreses radicais ou com grandes margens de segurança, uma vez que podem danificar tecidos adjacentes. A literatura científica não relata casos de recidiva ou degeneração maligna, mesmo em casos de remoções parciais⁷. Ainda a excisão do tumor, quando realizada de maneira correta, não compromete o crescimento ósseo ou irrompimento dos dentes, nem compromete a estruturas dentárias, pois a lesão é geralmente pediculada e de fácil remoção.^{1,7,5} No presente caso, a paciente foi submetida ao procedimento 36 horas após o nascimento, com início da amamentação nas primeiras horas após a cirurgia, o que possibilitou a remoção da SOG, o ganho de peso e alta hospitalar precoce.

As abordagens padrão para EC inclui a remoção cirúrgica completa ou parcial, realizada sob anestesia geral ou local nas primeiras horas ou dias após o nascimento. No presente caso, optou-se pela anestesia local, uma vez que a lesão era pediculada, de fácil acesso e localizada na região anterior de maxila. Essa escolha evitou os riscos associados a anestesia geral, como laringoespasma, hipotensão arterial e depressão respiratória, otimizando o tempo de recuperação da paciente.

No que diz respeito à técnica cirúrgica, o uso do bisturi ou laser de CO₂ são recomendados, proporcionando ambos um prognóstico excelente, sem relatos de recidiva. Procedimentos com eletrocautério e laser de dióxido de carbono ajustado para onda contínua de 15 watts, também foram descritos, sem intercorrências.^{1,2,5} O uso do bisturi a laser tem como vantagem a realização do corte e coagulação simultâneos, reduzindo o sangramento transoperatório, e minimizando a dor pós-operatória. No entanto, seu custo elevado, ainda limita sua disponibilidade nos hospitais. Já, o eletrocautério, por sua vez, é um aparelho de fácil acesso em ambiente hospitalar. Porém, este é evitado muitas vezes em tecidos delicados, devido a maior risco de necrose tecidual e desconforto pós-operatório.

Para tanto, a abordagem cirúrgica deverá ser realizada por um cirurgião-dentista, com experiência nas desordens buco-maxilo-faciais, e a inserção deste profissional no ambiente hospitalar, facilita e acelera o processo de resolução do caso. Entretanto, apenas em 2015, a atuação do cirurgião-dentista ganhou destaque na promoção da saúde bucal, a partir da Resolução CFO nº 163/2015, em que a presença deste profissional se tornou exigência no atendimento a pacientes críticos^{8,9}. Em um estudo de Riboli et al., em 2016, foi observado, que apenas metade das unidades de terapia intensiva brasileiras oferecem algum tipo de serviço de odontologia à beira de leito⁸.

Quando avaliado a importância do cirurgião buco-maxilo-facial em ambiente hospitalar, principalmente em pacientes internados no setor de terapia intensiva, reafirmasse mais uma vez a importância deste profissional, visto que este é responsável pelo diagnóstico e tratamento de lesões do complexo maxilo-mandibular, infecções odontogênicas, pneumonias aspirativas, traumas, desobstrução de vias áreas e contenção de sangramentos oriundos da cavidade oral^{8,9}.

Com relação ao caso apresentado, a abordagem multidisciplinar envolvendo o pediatra, cirurgião buco-maxilo-facial, anesthesiologista e patologista foi imprescindível para condução adequada destas lesões⁷. Outros autores ainda reforçam que a inclusão do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar, é essencial para o correto diagnóstico e manejo de lesões, alterações da normalidade e má formações congênitas do sistema estomatognático^{1,2,5,8}.

CONCLUSÃO

A inclusão do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional em ambiente hospitalar é fundamental para o correto diagnóstico e tratamento de alterações do complexo maxilo-mandibular. Quando após o nascimento, são identificadas má formações, anquiloglossias e lesões orais, a presença de um cirurgião dentista com especialidades na cirurgia buco-maxilo-facial e na estomatologia, auxiliará no rápido diagnóstico e tratamento cirúrgico, evitando possíveis complicações como a perda de peso precoce e a obstrução de vias aéreas, nos casos mais severos. A excisão cirúrgica da EC é rápida e sem maiores riscos para o RN, sendo de recuperação rápida e sem relatos de recidivas.

REFERÊNCIAS

1. Cheung JM, Putra J. Congenital Granular Cell Epulis: Classic Presentation and Its Differential Diagnosis. *Head Neck Pathol.* 2020 Mar;14(1):208-211. doi: 10.1007/s12105-019-01025-1.
2. Elías Podestá MC, Córdor Astucuri JM, García Gutiérrez MA, Arellano Sacramento C, Elías Díaz P. Épulis del recién nacido. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2017 Sep;19(75): 275-278.
3. Conrad R, Perez MC. Congenital granular cell epulis. *Arch Pathol Lab Med.* 2014 Jan;138(1):128-31. doi: 10.5858/arpa.2012-0306-RS.
4. Kim YD, Kim HJ, Lee NK, Ha WH, Lee CH, Park SE. Congenital epulis: prenatal ultrasonographic and postnatal MR features with pathologic correlation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008 Nov;106(5):743-8. doi: 10.1016/j.tripleo.2007.12.018.
5. Rahman NYA, Mohamad HII, Yusof S, Mohamad H. Congenital mandibular epulis – A rare oral lesion in a newborn. *Egypt J Ear Nose Throat Allied Sci.* 2015; 16(3):295-298. doi: 10.1016/j.ejenta.2015.07.003.
6. Silva GCC, Vieira TC, Vieira JC, Martins CR, Silva EC. Congenital granular cell tumor (congenital epulis): a lesion of multidisciplinary interest. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;12(6):E428-30.
7. Lee J-M, Kim U-K, Shin S-H. Multiple congenital epulis of the newborn: A case report and literature review. *J Pediatr Surg Case Rep.* 2013; 1(3):32-33. doi: 10.1016/j.epsc.2013.03.002
8. Babu E, Kamalasanan G, Prathima GS, Kavitha M. Congenital Epulis of the Newborn: A Case Report and Literature Review. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2021 Nov-Dec;14(6):833-837. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2078.
9. Riboli R, Siqueira SP, Conto F. Papel do cirurgião bucomaxilofacial nas unidades de terapia intensiva. *RFO UPF.* 2016;21(2). doi: 10.5335/rfo.v21i2.5904.
10. Deus CBD, Silva JVU, Oliva AH, Nunes WJA, Okamoto R. Extensa epúlida congênita em uma recém-nascida: diagnóstico e

tratamento de uma lesão rara. Res Soc Dev.
2021;10(2):e6910212324. doi: 10.33448/rsd-
v10i2.12324