

Relato de Caso Clínico

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: Relato de caso

GRANULAR CELL TUMOR: Report of case

Eduardo Acácio de SOUSA¹, Daniela Ribeiro DIAS¹, Henrique Silva FILHO¹, Camila Ferro de Souza RORIZ², Satiro WATANABE³, Mário Serra FERREIRA³

¹Acadêmico do curso de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás

²Mestranda em Odontologia pelo PPGO da Universidade Evangélica de Goiás

³Mestre em Odontologia, Professor do curso de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás

Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 24 Out 2021

Aceito em: 07 Dez 2021

Autor para contato:

Camila Ferro de Souza Roriz.

Endereço: Rua SB2, s/n, Goiânia, Goiás. CEP 74884-606.

Telefone: +55 62 99955-4653.

E-mail: camilafsrroz@yahoo.com.br

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de tumor de células granulares (TCG), apresentando as etapas necessárias para o diagnóstico e tratamento. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, normossistêmica de 40 anos e melanoderma se apresentou queixando-se de um “caroço na língua” com evolução de aproximadamente 8 meses. No exame físico intraoral, foi observada uma lesão nodular localizada no dorso direito da língua, de coloração esbranquiçada, firme a palpação e sem sintomatologia dolorosa, e medindo 10 x 10 mm de diâmetro. Devido à localização da própria lesão, descartou-se qualquer hipótese de trauma regional e foi considerado com hipótese de diagnóstico o TCG. O tratamento preconizado foi a excisão cirúrgica e acompanhamento clínico por 1 ano. Considerações finais: Para este caso, foi preconizado o tratamento cirúrgico, em que houve remoção total da lesão. Se completamente enucleado, as recidivas do TCG são raras, e o prognóstico é favorável.

PALAVRAS-CHAVE:

Tumor de células granulares; Neurofibroma; Neurilemoma; Diagnóstico

INTRODUÇÃO

O tumor de células granulosas (TCG) é uma neoplasia benigna insólita com característica expansiva no tecido conjuntivo, sua evolução é lenta e geralmente assintomática^{1,2}. Sua etiologia é bastante controversa e muito discutida na literatura. Acredita-se que o TCG possa ter origem em células de Schwann, o que

permitiria sua evidenciação através da imunopositividade para proteína S-100³.

Clinicamente, observa-se uma lesão nodular única, séssil, com bordas bem circunscritas e firme a palpação, sua coloração é similar a mucosa ou levemente amarelada², podendo apresentar como diagnóstico diferencial outras neoplasias

como fibroma, lipomas, neurofibromas ou Schwannomas^{4,5}.

Histologicamente, há a presença de uma proliferação com células poligonais grandes, ligeiramente alongadas. Os núcleos são pequenos e vesiculados, o citoplasma é abundante, eosinofílico, pálido e granular². Essas células geralmente estão geralmente arranjadas em camadas, também podendo formar ninhos ou cordões⁵. Um achado significativo é a presença de acantose ou de hiperplasia pseudoepiteliomatosa (HPE) presente em 50-65% dos casos².

Apesar do TCG acometer qualquer parte do corpo humano, a cavidade bucal possui uma alta prevalência, perfazendo até a 70% dos casos^{3,6}. Destes, a língua é local mais comum¹. Não há predileção por faixa etária, sendo descrita em todos os grupos etários (11 meses – 85 anos), porém é rara em crianças e mais comum entre indivíduos pertencentes a quarta e a sexta décadas de vida⁴. Estudos^{3,6} apontam predileção pelo sexo feminino e pela raça negra.

O tratamento preconizado é a remoção cirúrgica total, tendo em vista o comportamento biológico benigno da lesão^{3,6}. Sua recidiva é incomum, mesmo quando a lesão não é removida em sua totalidade⁶.

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de TCG, abordando suas características clínicas e histopatológicas, conduta terapêutica, e correlação com diferentes hipóteses diagnósticas.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, melanoderma e normossistêmica, de 40 anos compareceu à Clínica de Diagnóstico da Faculdade de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, queixando-se de um “caroço na língua”, que teve início há 8 meses, sem sintomatologia dolorosa. Na história médica a paciente relatou ser etilista social há 16 anos e tabagista há mais de 18 anos, fumando em média três cigarros por dia. O exame extraoral não revelou quaisquer alterações. No exame intraoral notou-se uma lesão nodular de coloração esbranquiçada, firme e indolor a palpação, medindo 10 x 10 mm de diâmetro localizada no dorso direito da língua (Figura 1). A etiologia traumática da lesão foi descartada devido a sua localização e pelo fato de a paciente não apresentar nenhum hábito parafuncional que prejudicasse a região.



Figura 1: Lesão nodular de coloração esbranquiçada, firme a palpação, medindo 10 x 10 mm de diâmetro localizada no dorso direito da língua.

Por apresentar crescimento lento e limites bem definidos, sem envolvimento de outras estruturas, o diagnóstico clínico foi sugestivo de neoplasia benigna. Todos os dados clínicos observados no caso foram compatíveis com os descritos na literatura para TCG. Entretanto, em razão da raridade da lesão, sugeriu-se ainda como diagnóstico diferencial Neurofibroma (NF), Neurilemoma/Schwannoma e o Tumor de células granulares.

Foi realizada antissepsia extra-oral com gaze embebida em solução de clorexidina a 2% (Riohex, Rioquímica) e intra-oral com bochecho com clorexidina a 0,12% (Periogard, Colgate). Após a colocação dos campos estéreis, anestesia local do nervo lingual foi executada pela infiltração de lidocaina a 2% com vasoconstritor de 1:100.000 (Alphacaine, DFL) pela técnica anestésica direta.

Realizou-se apreensão da lesão com pinça Dietrich (Rhosse), para estabilização do tecido, assim como incisão em torno de toda sua extensão para sua remoção com lâmina de bisturi número 15 (Solidor) (Figuras 2 e 3). Posteriormente, síntese com 2 pontos simples, utilizando fio de nylon 5-0 Shalom (Figura 4).

O fragmento de tecido mole foi então colocado em recipiente específico contendo Formol a 10% e enviado para análise histológica. No exame microscópico, observou-se células poligonais com grande citoplasma eosinofílico granular e pequenos núcleos periféricos hipercromáticos e sem

atipias, confirmando o diagnóstico de tumor de células granulares.



Figura 2: Excisão cirúrgica.

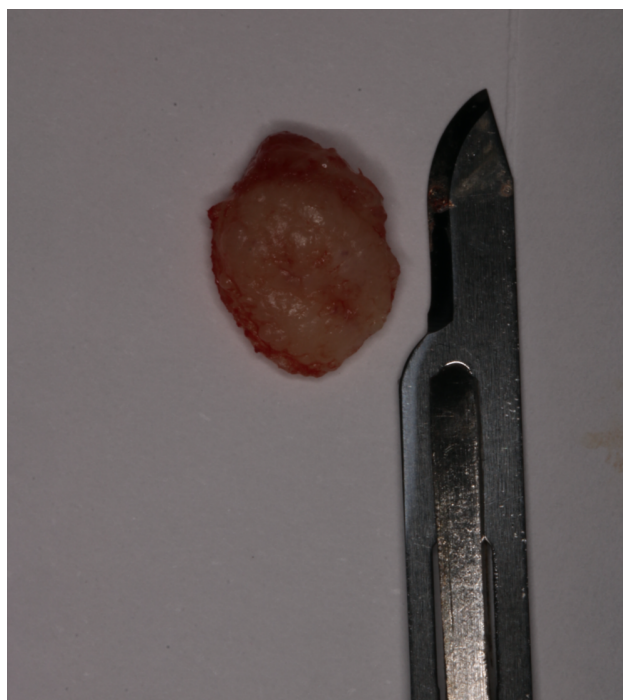


Figura 3: Remoção completa da lesão.



Figura 4: Sutura – 2 pontos simples, com fio seda 4.0.

Para o pós-operatório, foi prescrito - Dipirona 500mg 1 comprimido de 6/6h por três dias e - Ibuprofeno 600mg 1 comprimido de 8/8h por três dias.

A paciente retornou à clínica uma semana após o ato cirúrgico para remoção da sutura sem apresentar nenhuma complicação pós-operatória. Recebeu alta um mês após sua consulta inicial, tendo sido realizado seu acompanhamento, com avaliação positiva do quadro clínico e confirmação anatomopatológica de TCG por meio de laudo.

DISCUSSÃO

Os TCGs acometem prioritariamente pacientes do sexo feminino, entre a quarta e sexta década de vida³. Os artigos de Mendonza et al. (2020)³, Apisarnthanarax (1981)⁶ e Fishbein (2007)⁷ apontam que o fator hormonal feminino pode interferir no grau de diferenciação das células de Schwann⁷, corroborando com o aparecimento desse tumor em mulheres. A literatura ainda evidencia que o acometimento do TCG na cavidade oral varia entre 40 e 70% dos

casos^{1,3,6}. O tumor apresenta predominância de 62,5% em pacientes da raça negra⁶.

Dentre os tumores de tecido mole do corpo humano, o TCG representa aproximadamente 0,5%⁸, reforçando sua singularidade. Comumente, cerca de 89%, se apresenta como nódulos pequenos, de crescimento lento, solitários e indolores, apresentando comportamento benigno na maioria das vezes^{2,3,6}, como observado no presente relato de caso. O tamanho das lesões geralmente está associado ao tempo de evolução³. Em estudo realizado na Espanha (Universidade do País Basco e Universidade de Barcelona)³, todos os casos apresentavam tumefações únicas e indolores, de evolução e crescimento lento, sem ulcerações, sendo 75% das lesões localizadas em língua^{3,9}, dados semelhantes ao caso apresentado.

Embora considerada uma lesão predominantemente benigna, o TCG pode ainda apresentar comportamento localmente agressivo em cerca de 2% dos casos, associado a uma malignidade e metástases à distância^{9,10}. Essa malignidade é sugerida pela alta atividade mitótica, necrose e surgimento de células fusiformes, o que dificulta o diagnóstico, pois a lesão pode aparentar grande semelhança com o carcinoma de células escamosas (CEC), principalmente quando são coletadas amostras superficiais^{9,10,11}. Vale a pena destacar a importância da

correta delimitação da margem cirúrgica, evitando-se assim, falhas no diagnóstico histológico¹¹.

Outras lesões que compartilham características histopatológicas semelhantes ao TCG, são os Neurofibromas e Schwannomas^{3,12,13}, portanto o conhecimento desses tumores é essencial para o correto diagnóstico diferencial. O Neurofibroma (NF), por sua vez, é um tumor constituído por células de Schwann comumente localizado em língua e histologicamente associado ou não a axônios, fibroblastos e células perineurais¹². Os NFs, frequentemente estão associadas à neurofibromatoses¹². Outra lesão que compartilha achados clínicos comuns com o TCG é o Schwannoma, neoplasia essa, benigna e raramente encontrada em região buco-maxilo-facial (1%) dos casos¹³. Os sítios mais comuns são a língua e o assoalho bucal, seguidos da mucosa oral, lábios, gengiva, palato e mandíbula¹³. A principal diferença entre esses tumores advém da organização e proliferação de suas células³. O TCG é um tumor não-encapsulado que se infiltra nos músculos adjacentes³. Por isso, é válido ressaltar que o diagnóstico definitivo carece do resultado do exame histopatológico¹.

Os TCGs normalmente manifestam a proteína S-100, um marcador antigênico que indica a origem neural das células^{2,14}. O diagnóstico destas condições exige um

criterioso exame físico, associado a métodos auxiliares que exercem fundamental importância para que, deste modo, seja possível diferenciar as lesões que apresentam características bastante semelhantes^{2,5}. Alguns recursos podem auxiliar no diagnóstico, como o exame histopatológico, que possibilita a identificação de possíveis características específicas de cada lesão. Ainda assim, como na maioria dos casos, o tratamento de escolha é a excisão cirúrgica da lesão^{15,5}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, o presente artigo observou o comportamento do TCG, traçando seus principais achados clínicos, compatíveis com os descritos pela literatura. Logo, o tratamento de escolha foi excisão cirúrgica da lesão nodular e acompanhamento da paciente, haja visto que se a lesão for completamente enucleada, as recidivas são extremamente raras e o prognóstico é favorável, sendo o diagnóstico histológico a única forma de avaliar seu comportamento biológico^{9,14}. Embora raro³, o Cirurgião-Dentista deve sempre considerá-lo dentre os demais diagnósticos diferenciais para lesões nodulares localizados em língua². Portanto, sugere-se que toda lesão oral desconhecida seja submetida à exames clínicos e de imagem para que seja possível diagnosticá-la precocemente, proporcionando um tratamento adequado e promissor³.

ABSTRACT

The aim of this article was to report a case of granular cell tumor (GCT), showing its clinical aspect and discuss the hypotheses of diagnosis and conduct performed in the treatment. Case report: Female patient, 40 years old, normossystemic, melanoderm, presented complaining of a "tongue lump" with an evolution of approximately 8 months. On intraoral physical examination, a nodular lesion located on the right dorsum of the tongue was observed, whitish in color, firm to palpation and without painful symptoms, measuring 10 x 10 mm in diameter. Due to the location of the lesion itself, any hypothesis of regional trauma was ruled, and the GCT was considered as a diagnostic hypothesis. The recommended treatment was surgical excision and clinical follow-up for 1 year. Final considerations: For this case, surgical treatment was recommended, in which the lesion was completely removed. If completely enucleated, GCT recurrences are rare, and the prognosis is favorable.

KEYWORDS

Granular Cell Tumor; Neurofibroma; Neurilemmoma; Diagnosis.

REFERÊNCIAS

1. Avelar RL, Santos TS, Falcão PGCB, Antunes AA, Andrade ESS. Tumor de células granulares em língua: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe. 2010;10(1):39-42.
2. Curra M, Matrins MD, Sant'Ana Filho M, Martins MAT, Munerato MC. Tumor de células granulares: relato de dois casos. Rev Pós Grad. 2011;18(4):266-268.
3. Mendonza ILI, Ortega KL, Trierveiler M, Alves MGO, Almeida JD, Gándara VP, Urizar JMA, Sayans MP. Oral granular cell tumour: a multicentric study of 56 cases and a systematic review. **Oral Diseases**. 2020;26(3): 573-589.
4. Ferreira JCB, Oton-Leite AF, Guidi R, Mendonça EF. Granular cell tumor mimicking a squamous cell carcinoma of the tongue: a case report. BMC Res Notes. 2017; 10:14. Published online.
5. Nagaraj PB, Ongole R, Bhujanga-Rao BR. Granular cell tumor of the tongue in a 6-year-old girl- a case report. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11(2):162-164.
6. Apisarnthanarax, P. Granular cell tumor: An analysis of 16 cases and review of the literature. Journal of the American Academy of Dermatology. 1981;5(2):171-182.
7. Fishbein L, Zhang X, Fisher LB, Li H, Campbell-Thompson M, Yachnis A, Rubenstein A, Muir D, Wallace MR. In vitro studies of steroid hormones in neurofibromatosis 1 tumors and Schwann cells. Molecular Carcinogenesis. 2007;46(7):512-523.
8. Santos MQ, de Lima Neto TJ, Santos AMS, Honfi Júnior ES, Paiva LCA. Tumor de células granulares em criança: Relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe. 2019;19(4):38-41.
9. Krishnamurthy A, George R, Majhi U. Malignant Granular Cell Tumor of the Tongue: A Clinico-Pathological Challenge - Indian J Surg Oncol. 2014;5(1):71-74.

10. Fanburg-Smith JC, Meis-Kindblom JM, Fante R, Kindblom LG. Tumor maligno de células granulares de tecidos moles: critérios diagnósticos e correlação clínico-patológica. *Am J Surg Pathol*. 1998;22(7):779–794.
11. Barbieri M, Musizzano Y, Boggio M, Carcuscia C. Tumor de células granulares em língua em um menino de 14 anos: relato de caso. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2011;31(3):186-189.
12. Martorelli SBF, de Andrade FBM, Martorelli FO, Marinho EVS, Coelho E. Neurofibroma isolado da cavidade oral: Relato de Caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragib*. 2010;10(1):43-48.
13. Lima RA, Almeida Júnior VR, Brito TAP, Santana DCP, Quintas PH, Carvalho MMM. Schwannoma em cavidade oral: relato de caso. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2018;39(2):13-16.
14. Vered M, Carpenter WM, Buchner A. Granular cell tumor of the oral cavity: updated immunohistochemical profile. *J Oral Pathol Med*. 2009;38(1):150–159.
15. Sposto MR, Navarro CM, Andrade CR. Granular cell tumour (Abrikossoff's tumour): Case series, *Oral Oncology Extra*. 2006;42(5):194-197.