

Tumor de células granulares: relato de dois casos

MARINA CURRA*, MANOELA DOMINGUES MARTINS**, MANOEL SANT'ANA FILHO**, MARCO ANTONIO TREVIZANI MARTINS***, MARIA CRISTINA MUNERATO***

*Aluna de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO/UFRGS), bolsista IC PROBIC/FAPERGS – Porto Alegre/RS.

**Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO/UFRGS) – Porto Alegre/RS.

***Unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA/UFRGS) – Porto Alegre/RS.

RESUMO

O tumor de células granulares (TCG) é uma neoplasia benigna incomum de tecidos moles. Dorso e borda lateral de língua são os sítios mais comumente afetados. Clinicamente, apresenta-se como uma lesão nodular, firme à palpação, bem delimitada, de crescimento lento. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos clínicos de TCG mostrando seu aspecto clínico, histopatológico e discutir as hipóteses de diagnóstico e conduta realizada em cada caso.

DESCRITORES

Tumor de células granulares. Diagnóstico diferencial. Terapêutica.

INTRODUÇÃO

O tumor de células granulares (TCG), também conhecido como tumor de Abrikossoff é uma neoplasia benigna incomum de tecidos moles⁴. Acreditava-se que essa lesão tinha origem em células do músculo esquelético⁸; porém, devido à imunomarcagem com a proteína S-100 sabe-se que essa lesão apresenta origem neural⁴.

O TCG pode afetar qualquer parte do corpo humano. A região de cabeça e pescoço é o sítio de preferência, com 45 – 65% de prevalência, sendo que destes, as lesões bucais representam 70% dos casos descritos na literatura. Dorso e borda lateral de língua são os sítios mais afetados, seguidos da mucosa jugal^{4,7,8}. Esta lesão tem sido descrita em todos os grupos etários (11 meses – 85 anos), sendo rara em crianças e mais comum entre

a quarta e a sexta décadas de vida. Há predileção pelo sexo feminino e pela raça negra^{3,5,7}.

Clinicamente, o TCG caracteriza-se por ser uma lesão nodular séssil e firme à palpação, bem delimitada, de crescimento lento, com coloração semelhante à mucosa ou levemente amarelada. Geralmente, a lesão do TCG é única, apenas de 10 a 15% dos pacientes portadores do TCG apresenta lesões em múltiplas localizações, podendo envolver tecido subcutâneo ou submucoso^{3,6,7}.

Histologicamente, o TCG é caracterizado por uma proliferação de células poligonais grandes, ligeiramente alongadas. As bordas das células tendem a ser indistintas, dando a impressão de um sincício. Os núcleos são pequenos e vesiculados; o citoplasma é abundante, eosinofílico, pálido e granular. Essas células geralmente estão arranjadas em camadas, também podendo formar ninhos ou cordões^{7,8}. Um achado significativo é a presença de acantose ou de hiperplasia pseudoepiteliomatosa, presente em 50-65% dos casos^{1,8}.

O tratamento do TCG envolve remoção cirúrgica conservadora, porém o profissional deve estar atento, pois este tumor, apesar de exibir crescimento delimitado nem sempre exibe cápsula e, por vezes, parece infiltrar o tecido conjuntivo adjacente. Se completamente enucleado, as recidivas são raras e o prognóstico é favorável^{4,7,8}.

O objetivo deste trabalho é relatar dois casos clínicos de TCG mostrando seu aspecto clínico, histopatológico e discutir as hipóteses de diagnóstico e conduta realizada em cada caso.

RELATO DE CASOS

Caso 1

Paciente masculino, 81 anos de idade, procurou atendimento com queixa de lesão assintomática em língua com período de evolução de 3 meses. Ao exame intrabucal, observou-se uma lesão nodular em ápice de

Endereço para correspondência:

Profa. Dra. Maria Cristina Munerato

Avenida Coronel Corte Real, 82, apto. 1409

CEP 90630-080 – Porto Alegre/RS

Fone: (51) 3359-8248

E-mail: mcmunerato@gmail.com

língua, de base sésbil, consistência endurecida, coloração semelhante à da mucosa, superfície lisa, com dimensão de 10 x 10 mm (Figura 1A).

Com base nos dados do exame clínico, as hipóteses de diagnóstico foram de neoplasias benignas de origem mesenquimal, tais como: fibroma, schwannoma e leiomioma. Uma vez que as hipóteses envolviam lesões benignas, realizou-se biópsia excisional e o espécime (Figura 1B) foi submetido ao exame histopatológico. Os cortes histológicos revelaram células poligonais grandes, ligeiramente alongadas com bordas indistintas formando cordões e ninhos; o citoplasma demonstrou ser granular e abundante, eosinofílico pálido e granular, e os núcleos pequenos e vesiculados (Figura 2). O diagnóstico foi de tumor de células granulares. O controle pós-operatório de 1 ano mostra ausência de recidiva.

Caso 2

Paciente feminino, 15 anos de idade, procurou atendimento com queixa de lesão assintomática em língua com período de evolução de 3 meses. Ao exame intrabucal, observou-se uma lesão nodular em dorso de língua, sésbil, de consistência endurecida, coloração semelhante à da mucosa, superfície lisa com dimensão de 3 mm (Figura 3A).

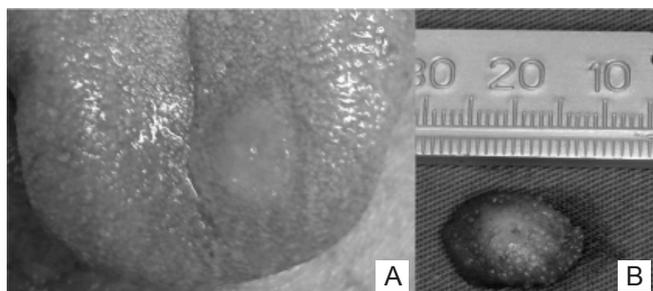


Figura 1 - Caso 1. (A) Aspecto clínico mostrando lesão nodular em dorso de língua. (B) Macroscopia do espécime após remoção cirúrgica.

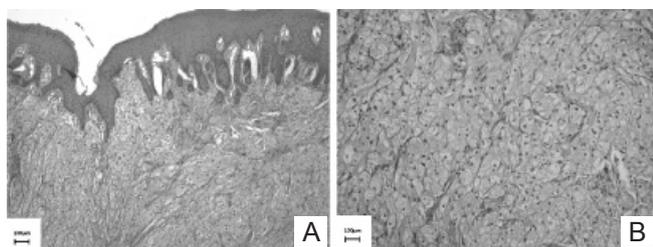


Figura 2 - Imagem histopatológica do tumor de células granulares. (A) Hiperplasia pseudoepiteliomatosa e células formando ninhos e cordões (hematoxilina e eosina, aumento original, 100 x); (B) Tumor composto por células poligonais grandes e alongadas, núcleos pequenos e vesiculares, citoplasma abundante e eosinofílico (hematoxilina e eosina, aumento original, 400x).

A principal hipótese de diagnóstico foi fibroma. Optou-se pela realização de biópsia excisional e o material foi coletado e enviado para exame histopatológico (Figura 3B). O diagnóstico foi de tumor de células granulares. A paciente permanece em controle pós-operatório, sem sinais de recidiva da lesão.

Em ambos os casos foi realizada reação imunoistoquímica para detecção da proteína S-100 (Figura 4). As células tumorais mostraram intensa positividade citoplasmática, confirmando a origem neural da lesão e corroborando os achados morfológicos avaliados anteriormente.

DISCUSSÃO

O TCG é uma neoplasia benigna incomum que se manifesta frequentemente em língua como nódulo assintomático^{4,5}. A lesão também pode ocorrer em outras partes do corpo, como Sistema Nervoso, trato gastrointestinal, bexiga urinária, sistema reprodutor feminino e brônquios⁹. Usualmente, são nódulos únicos, contudo podem aparecer de forma múltipla, comprometendo a submucosa e uma estrutura visceral⁴. Em muitos casos, a ocorrência de múltiplas lesões caracteriza-se como intercorrência de TCG primeiramente único. Múltiplas lesões de TCG são mais características de processos inflamatórios do que de crescimento neoplásico verdadeiro². Nos dois casos apresentados neste trabalho, pode-se observar a manifestação isolada (única) da lesão, envolvendo

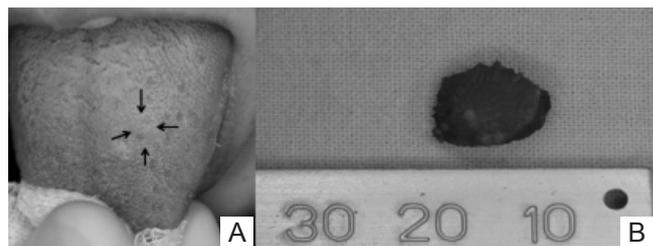


Figura 3 - Caso 2. (A) Imagem clínica da lesão localizada em dorso de língua com aspecto nodular. (B) Macroscopia do espécime após remoção cirúrgica.

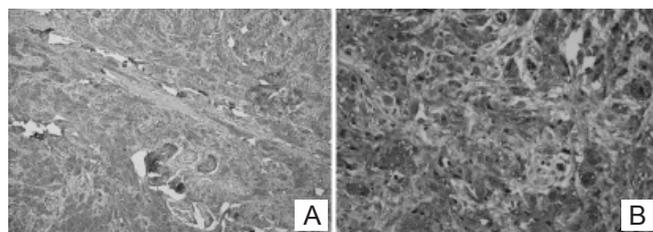


Figura 4 - (A e B) Imunomarcagem intensa das células tumorais para proteína S-100 (streptoavidina-biotina peroxidase, aumento original, 100 e 400x).

língua. Nossos achados clínicos e histopatológicos corroboram os previamente descritos na literatura^{7,10}. O único aspecto divergente foi a idade dos pacientes reportados em nosso estudo, pois o TCG é mais comum entre a quarta e a sexta décadas de vida⁶.

Clinicamente, o TCG apresenta um aumento de volume firme à palpação, com coloração semelhante à da mucosa ou levemente amarelada^{3,6,7}. Assim sendo, o TCG apresenta as mesmas características que lesões como fibroma, leiomioma, neurofibroma, schwannoma, rabdomioma, e lipoma⁷. Nos casos relatados, a lesão apresentava-se única, bem delimitada, com crescimento lento. Não mostrando padrão de malignidade, portanto, o diagnóstico clínico foi presuntivo de neoplasia benigna, sendo o procedimento de biópsia excisional, seguido de análise microscópica da peça cirúrgica, a conduta adotada em ambos os casos que resultaram no estabelecimento do diagnóstico. Todos os dados clínicos observados nos casos descritos são compatíveis com os descritos previamente na literatura; entretanto, os dentistas não incluíram este tumor nas hipóteses de diagnóstico, visto que esta lesão é rara.

Ao exame histopatológico, em ambos os casos apresentados notava-se o padrão histopatológico característico do TCG, no qual se observam células poligonais com um pequeno núcleo vesiculoso e citoplasma granular abundante. Por vezes, as células estavam organizadas em camadas, mas também formavam cordões e ninhos.

A principal imunomarcagem para lesões neurais é a proteína S-100, que se mostrou positiva nas células tumorais dos casos apresentados, confirmando o diagnóstico histopatológico. A realização desta reação teve o objetivo de ilustrar os casos, uma vez que a morfologia é o que define o diagnóstico desta lesão.

O tratamento do TCG preconizado é a remoção cirúrgica total, tendo em vista o comportamento biológico benigno da lesão. Em ambos os casos apresentados as lesões foram totalmente removidas durante o procedimento de biópsia excisional que coincidiu com o tratamento das lesões que, por sua vez, não apresentaram recidiva.

ABSTRACT

Granular cell tumor: report of two cases

The granular cell tumor (GCT) is an uncommon benign neoplasm of soft tissue. The sites most commonly affected are the dorsum and lateral border of the tongue. Clinically it presents as a nodular lesion, firm to palpation, well-defined with slow-growing. The aim of this study is to report two cases of GCT showing its clinical and histopathological aspects, and discuss the diagnosis and management of each case.

DESCRIPTORS

Granular cell tumor. Diagnosis, differential. Therapeutics.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brown AC, Audisio RA, Regitnig P. Granular cell tumour of the breast. *Surg Oncol* 2011;20:97-105.
2. Collins BM, Jones AC. Multiple Granular Cell Tumors of the Oral Cavity: Report of a case and Review of the Literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53:707-11.
3. Daniels JS. Granular cell tumor of tongue: A case report. *The Saudi Dental Journal* 2009;21:75-8.
4. Ferraz EG, Couto AR, Provedel R, Sarmento VA, Reis SR. Tumor de células granulares: relato de dois casos. *Clin Pesq Odontol* 2005;2:145-51.
5. Kang HW, Kim YW, Ha YS, Min YK, Kim WT, Kim YJ et al. Granular cell tumor of the urinary bladder. *Korean J Urol* 2010;51:291-3.
6. Laskaris G. Doenças da Boca. Texto e atlas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
7. Nagaraj PB, Ongole R, Rao BB. Granular Cell Tumor of the tongue in a 6-year-old-girl: A case report. *Oral Med Oral Pathol Oral Surg* 2006;11:162-4.
8. Park JH, Yong N, Sho S, Choi JY. Granular Cell Tumor in Larynx. *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology* 2010;3:52-5.
9. Rekhi B, Jambhekar NA. Morphologic spectrum, immunohistochemical analysis, and clinical features of a series of granular cell tumors of soft tissues: a study from a tertiary referral cancer center. *Ann Diagn Pathol* 2010;14:162-7.
10. Torrijos-Aguilar A, Alegre-de Miquel V, Pitarch-Bort G, Mercader-García P, Fortea-Baixauli JM. Cutaneous granular cell tumor: a clinical and pathologic analysis of 34 cases. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:126-32.

Recebido em: 18/7/11

Aceito em: 15/8/11