

Nódulo em dorso de língua

um exercício de diagnóstico

*Nodule in the dorsum of tongue
a diagnosis exercise*

Resumo

Este artigo relata o caso de uma lesão nodular em dorso de língua em que as hipóteses principais de diagnóstico clínico foram neurilemoma, tumor de células granulares (TCG), neurofibroma, fibroma, hemangioma e linfangioma. Apresenta considerações importantes que favorecem o estabelecimento do diagnóstico diferencial, o quadro histopatológico e o tratamento dessa lesão, cujo diagnóstico conclusivo foi de TCG.

Palavras-chave: nódulo, língua, diagnóstico diferencial, tumor de células granulares.

Relato de caso

Foi encaminhado ao Serviço de Estomatologia e Prevenção do Câncer Bucomaxilofacial do Hospital São Lucas, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, um paciente leucoderma, gênero feminino, vinte anos, com queixa de "bolinha na língua". A anamnese não revelou informações sobre a história médica atual, pregressa e familiar que pudessem contribuir para o estabelecimento do diagnóstico. A lesão era indolor, estava evoluindo há cerca de um ano e, como tratamento prévio, o paciente referiu o uso de antiinflamatório e vitamina C, sem, contudo, ter obtido sucesso. Ao exame físico, observou-se lesão nodular com 1 cm de diâmetro na mucosa do dorso da língua, terço médio, lado direito, de coloração rósea, inserida na submucosa e firme à palpação. Os gânglios linfáticos submandibulares, bilaterais apresentavam-se palpáveis, móveis e indolores (Fig. 1).

Rubem Beraldo dos Santos¹

Marcio Corrêa¹

Karen Cherubini²

Maria Antonia Zancanaro de Figueiredo²

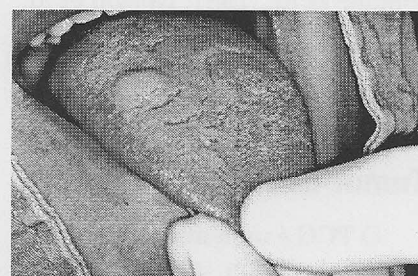


Figura 1. Lesão nodular em dorso de língua.

Diagnóstico diferencial

Considerando uma lesão que apresente as características clínicas relatadas, Nelson et al. (1998) entendem que, como hipóteses de diagnóstico, as principais entidades patológicas a serem levantadas são o neurilemoma ou schwannoma, o tumor de células granulares (TCG), o neurofibroma, o fibroma, o hemangioma e o linfangioma.

Neurilemoma ou Schwannoma

É uma neoplasia neural benigna derivada das células de Schwann e que se associa, predominantemente, ao tronco nervoso que lhe deu origem. Apresenta-se como um tumor encapsulado, de crescimento lento, que em sua progressão pode deslocar lateralmente o tronco nervoso que o originou.

¹ Alunos do Programa de Doutorado em Estomatologia Clínica - PUCRS.

² Doutoradas em Estomatologia Clínica e professoras do Programa de Doutorado em Estomatologia Clínica - PUCRS.

Pode decorrer longo período de tempo até que o paciente busque atendimento, o que se justifica, em parte, pela ausência de sintomatologia, exceto quando fizer pressão sobre outros nervos adjacentes, produzindo sensibilidade ou dor. É mais comum em adultos jovens, porém têm sido registrados casos desde a primeira infância até a idade avançada. O tamanho da lesão pode variar de alguns milímetros a vários centímetros, e a língua é a localização mais comum dos neurilemomas orais, embora possam ocorrer em outros sítios da mucosa bucal. As lesões geralmente são nodulares, únicas e circunscritas, podendo assemelhar-se a outras lesões benignas que ocorrem nos tecidos moles da boca (Shafer et al., 1987; Nelson et al., 1998; Neville et al., 1998). Em linhas gerais, essa descrição corresponde ao caso relatado neste artigo.

Tumor de células granulares

O TCG é uma neoplasia benigna cuja origem, até o presente momento, não é consenso entre os autores. A língua, principalmente a sua superfície dorsal, é o sítio intra-oral mais comum, onde se registra entre um terço e a metade dos casos relatados. Ocorre com mais frequência da quarta à sexta década de vida, sendo raro em crianças. Há uma predileção de dois para um pelo gênero feminino. Clinicamente, apresenta-se como um nódulo sésil, assintomático, geralmente com, no máximo, 2 cm de diâmetro; sua coloração é usualmente rósea, porém pode apresentar-se amarelado. O mais comum é que a lesão evolua por meses ou anos, sendo, por vezes, apenas descoberta em exame de rotina. Na maior parte dos casos, é uma lesão única, embora haja relatos de múltiplos tumores isolados (Colins e Jones, 1995; Nelson et al., 1998; Neville et al., 1998). A exemplo do neurilemoma, as características descritas para o TCG estão de acordo com o caso apresentado.

Neurofibroma

O neurofibroma é uma neoplasia benigna de nervos periféricos, originada de um componente celular misto, incluindo as células de Schwann e fibroblastos perineurais. Quando presente como lesão única é indolor, mole, de crescimento lento e tamanho variando desde pequenos nódulos a grandes massas tumorais. A faixa etária preferencial inclui adultos jovens e, na cavidade bucal, a língua e a mucosa jugal são os sítios anatômicos mais frequentes. Os neurofibromas podem ser múltiplos, sendo mais comuns na pele, como um componente da neurofibromatose. Quando aos múltiplos neurofibromas cutâneos se somarem seis ou mais manchas café-com-leite, maiores do que 1,5 cm de diâmetro, é considerado sinal patognomônico da doença cutânea de Von Recklinghausen (Shafer et al., 1987; Nelson et al., 1998; Neville et al., 1998). As diferenças básicas mais importantes, em relação ao presente relato concentram-se na ausência de lesões múltiplas, de comprometimento cutâneo e no fato de o nódulo apresentar-se firme. No entanto, essa hipótese de diagnóstico não deve ser descartada exclusivamente por critérios clínicos.

Fibroma

É classificado como uma neoplasia benigna que pode estar associada a um traumatismo crônico local. Promove uma grande proliferação de tecido conjuntivo fibroso, resultando em uma massa submucosa clinicamente visível. Os sítios anatômicos preferenciais são a mucosa jugal, borda lateral da língua e lábio inferior. Não apresenta predileção por raça, sexo ou faixa etária. Geralmente, seu diâmetro não ultrapassa 1 cm e raramente excede 2 cm. É uma lesão indolor, de base sésil, mais clara que os tecidos adjacentes, pela riqueza em fibras e conseqüente menor proporção de vasos sanguíneos e, também, em razão da hiperqueratose superficial (Nelson et al., 1998; Neville et al., 1998). A não-localização no bordo

da língua, não-existência de história de traumatismo prévio nessa área e o fato de a superfície da lesão não estar esbranquiçada foram importantes indícios para que o fibroma fosse excluído como hipótese de diagnóstico para esse relato; porém, mesmo assim, é necessária a confirmação histopatológica dessa exclusão.

Linfangioma e hemangioma

O linfangioma é uma neoplasia benigna de vasos linfáticos, cuja metade dos casos está presente por ocasião do nascimento e 90% ocorrem até os dois anos de idade. Apresenta predileção pelos dois terços anteriores da língua na superfície dorsal, podendo resultar em macroglossia. O caso clínico apresentado mostra pontos em comum com a descrição das lesões mais profundas, que ocorrem como massas moles e maldefinidas, ou, ainda, como nódulos difusos ou massas sem alteração importante de sua textura ou cor em relação às estruturas vizinhas (Shafer et al., 1987; Nelson et al., 1998; Neville et al., 1998).

O hemangioma pode ser definido como uma proliferação benigna de vasos sanguíneos. É uma lesão bastante prevalente na infância, embora possa se desenvolver em pacientes adultos. Pode ser classificado em hemangioma capilar, hemangioma juvenil, hemangioma cavernoso e hemangioma arteriovenoso. Entre as variantes de hemangioma citadas, o tipo cavernoso (proliferação de vasos sanguíneos calibrosos) parece adequar-se melhor ao presente relato. Lesões do tipo cavernoso geralmente são observadas já na infância e apresentam-se maiores, menos circunscritas, relacionando-se com estruturas anatômicas mais profundas quando comparadas com a variante capilar; dificilmente sofrem regressão. As lesões bucais do hemangioma podem se manifestar como máculas ou, ainda, por elevação da mucosa, de coloração vermelha ou vinhosa, e raramente são bem circunscritas. Os sítios preferenciais são os lábios, língua, mucosa jugal e palato (Shafer et al.,

1987; Nelson et al., 1998; Neville et al., 1998). De acordo com Nelson et al. (1998), para que uma lesão com as características da que foi descrita possa ter como diagnóstico o linfangioma e, principalmente, o hemangioma, deve estar situada profundamente na intimidade dos tecidos da língua, atenuando uma provável coloração avermelhada que pudesse exibir.

Conduta

Solicitaram-se exames hematólogicos pré-operatórios, com hemograma completo, contagem de plaquetas, glicemia em jejum, VSG, TP e TTPA, os quais apresentaram resultados com valores dentro dos padrões de normalidade. De posse dos dados dos exames clínico e complementares, planejou-se o procedimento cirúrgico ambulatorial sob anestesia local, sendo realizada biópsia excisional da lesão. Foi prescrito analgésico no pós-operatório. A remoção da sutura foi realizada sete dias após, não tendo o paciente referido dor ou desconforto nesse intervalo de tempo (Fig. 2).

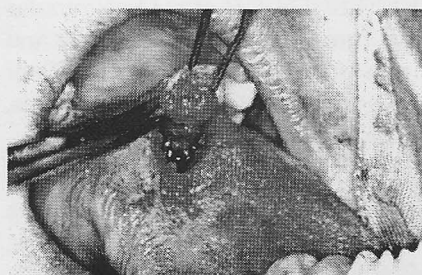


Figura 2. Realização da biópsia excisional

O exame anatomopatológico do espécime obtido possibilitou o diagnóstico conclusivo de TCG (Fig. 3a e 3b).

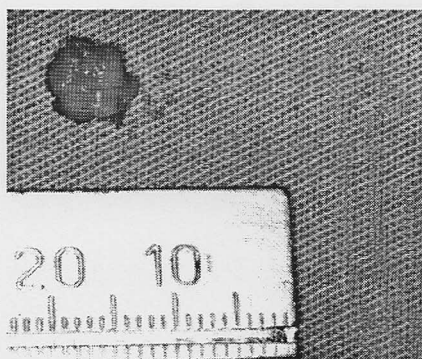


Figura 3a. Aspecto macroscópico: fragmento de tecido mole, de coloração parda e forma nodular, medindo 0,8 cm de diâmetro

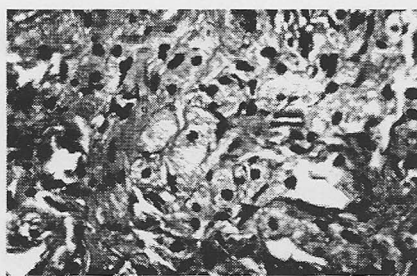


Figura 3b. Aspecto microscópico: neoplasia benigna constituída pela proliferação de células grandes, de citoplasma eosinófilo extremamente granuloso, dispostas em feixes e fascículos entremeados no tecido muscular, compatível com TCG (H&E, X 400)

Revisão da literatura

O TCG é uma neoplasia benigna de tecidos moles. Abrikossof (1926) foi o primeiro autor a descrever a lesão, denominando-a de "mioblastoma de células granulares", por acreditar que tivesse origem a partir de células do músculo esquelético. Na histogênese do tumor têm sido implicados, desde então, histiócitos, fibroblastos, células mioepiteliais e tecido nervoso, sem, contudo, chegar-se a um consenso quanto à sua origem (Collins e Jones, 1995; Said-Al-Naief et al., 1997). Estudos mais atuais defendem que se origine a partir da célula de Schwann ou de uma célula mesenquimal indiferenciada, sendo, portanto, denominado também de "Schwannoma de células granulares". Porém, Neville et al. (1998) acreditam que TCG seja, no momento, a melhor denominação para essa lesão.

O TCG é revestido por epitélio estratificado pavimentoso, que normalmente apresenta camada de ortoceratina. A camada espinhosa pode apresentar áreas com acantose ou hiperplasia pseudocarcinomatosa, um importante achado descrito entre 10% a mais de 50% dos casos, o que pode dar margem a um diagnóstico equivocado de carcinoma espinocelular. No tecido conjuntivo há a presença de fibroblastos e de fibras colágenas densa e frouxamente arranjadas. No estroma fibroso, há a proliferação difusa de grandes células, descritas como ovais ou poligonais,

com citoplasma abundante, apresentando grânulos eosinófilos. Os núcleos são basófilos, uniformes e centralizados. Essas células se dispõem em camadas ou em cordões e ninhos, têm aparência sincicial (falta de nitidez no contorno da membrana citoplasmática). As lesões são desprovidas de cápsula e parecem infiltrar o tecido conjuntivo adjacente. Essas células ovais entremeiam bandas de músculo estriado e, por vezes, parece haver uma transição das fibras do músculo esquelético normal adjacente ao TCG, fato esse que suscitou a teoria da origem muscular para esse tumor (Collins e Jones, 1995; Neville et al., 1998).

Mirchandani et al. (1989) afirmam que, na histogênese do TCG, esteja implicado um precursor celular único, que pode evoluir tanto para célula mesenquimal quanto para células de Schwann, e que esta lesão seria uma expressão fenotípica evolutiva. De acordo com Sica et al. (1995), células nervosas, hipofisárias, células de Langerhans, células de Schwann, melanócitos e também células granulares coram-se pela proteína S-100, a qual evidencia tecidos que tenham origem em células da crista neural. As células granulares apresentam positividade para proteína P-2 e P-0, o que caracteriza membrana de nervos periféricos. Segundo os autores, esses seriam fortes indícios da origem neural da lesão. Chrysomali et al. (1997) afirmam que o fenótipo imuno-histoquímico do TCG é positivo à proteína S-100, CD57 e colágeno tipo IV, sustentando, assim, a origem neural dessa lesão.

O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica conservadora. As recorrências são raras e parecem estar relacionadas a variantes malignas do TCG (Zahid e Cariappa, 1996; Said-Al-Naief et al., 1997).

Discussão

Em concordância com o presente relato, Stewart et al. (1988) registraram que 67% dos TCG na cavidade bucal situam-se na língua. Quanto às lesões extrabuciais, po-

dem produzir reflexos sistêmicos importantes, conforme Losa et al. (2000), que relataram um quadro de acromegalia em razão de um TCG na neuroipófise.

O TCG apresenta um quadro histopatológico muito bem documentado e definido, no qual a presença das células granulares coradas pela hematoxilina e eosina (HE) fornece o diagnóstico definitivo da lesão. Quanto à possibilidade de simular uma neoplasia maligna, esse fato parece estar relacionado com a coleta superficial do material na biópsia, sendo, portanto, um defeito de técnica operatória que deve ser enfatizado para que seja prevenido (Collins e Jones, 1995; Zahid e Cariappa, 1996; Neville et al., 1998).

A exemplo do presente relato, a maioria dos TCG é assintomática, porém, em alguns casos, o paciente pode referir discreta dor e desconforto local, especialmente ao ingerir alimentos quentes ou condimentados. A sensação de ardência e queimação também pode ocorrer em algumas regiões da mucosa bucal (Zahid e Cariappa, 1996).

Considerações finais

A lesão nodular relatada neste artigo corresponde a um quadro clássico de TCG. Mesmo assim, é necessário ressaltar a importância de uma boa anamnese, do adequado registro da história clínica atual e pregressa e da consideração de todos os dados do exame físico, para que se realize um correto diagnóstico clínico diferencial. Somada a esses aspectos, ressalta-se a necessidade de habilidade técnica na biópsia para que se possam fornecer ao patologista todos os meios pelos quais obterá o diagnóstico definitivo. Os aspectos destacados são fundamentais para a instituição do tratamento cirúrgico conserva-

dor e, logo, para um bom prognóstico de cura para esse tumor.

Abstract

This manuscript reports a case of a nodule in the dorsum of tongue in which the main hypotheses of clinical diagnosis are neurolemoma, granular cell tumor (GCT), neurofibroma, fibroma, hemangioma and lymphangioma. The authors present important considerations to establish differential diagnosis, histopathological features and treatment of this lesion whose definitive diagnosis was GCT.

Key words: nodule, tongue, differential diagnosis, granular cell tumor.

Referências bibliográficas

- CHRYSONALI, E.; PAPANICOLAOU, S. I.; DEKKER, N. P. et al. Benign neural tumors of the oral cavity. A comparative immunohistochemical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, St. Louis, v. 84, n. 4, p. 381-390, Oct. 1997.
- COLLINS, B.M.; JONES, A.C. Multiple granular cell tumors of the oral cavity: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*, Philadelphia, v. 53, n. 6, p. 707-711, June 1995.
- LOSA, M.; SAEGER, W.; MORTINI, P. et al. Acromegaly associated with a granular cell tumor of the neurohypophysis: a clinical and histological study: case report. *J Neurosurg*, v. 93, n. 1, p. 121-126, July 2000.
- MIRCHANDANI, R.; SCIUBBA, J.J.; MIR, R. Granular cell lesions of the jaws and oral cavity: a clinicopathologic, immunohistochemical and ultrastructural study. *J Oral Maxillofac Surg*, Philadelphia, v. 47, n. 12, p. 1248, Dec. 1989.
- NELSON, W.; CHUPREVICH, T.; GALBRAITH, D.A. Enlarging tongue mass. *J Oral Maxillofac Surg*, Philadelphia, v. 56, n. 2, p. 224-227, Feb. 1998.
- NEVILLE, B. W.; DAMM, D.D.; CARL, A.M. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- SAID-AL-NAIEF, N.; BRANDWEIN, M.; LAWSON, W. et al. Synchronous lingual granular cell tumor and squamous carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, Chicago, v. 123, n. 5, p. 543-547, May 1997.
- SHAFFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. Tratado de patologia bucal. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1987.
- SICA, G. S.; RUSSO, A.; DELL'AQUILA, A. Tumore a cellule granulari della cavità orale: presentazione di un caso e contributo statistico. *Minerva Stomatol*, Napoli, v. 44, n. 5, p. 257-261, 1995.
- STEWART, C.M.; WATSON, R.E.; EVERSOLE, L.R. et al. Oral granular cell tumors: a clinicopathologic and immunocytochemical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, St Louis, v. 65, n. 4, p. 427-35, Apr. 1988.
- ZAHDID, L.; CARIAPPA, K.M. Granular cell tumor of buccal mucosa - a case report. *J Oral Maxillofac Surg*, Philadelphia, v. 25, n. 2, p. 134-135, Apr. 1996.

Endereço para correspondência

Rubem Beraldo dos Santos
Rua Barão do Amazonas, 765/ 203
Bairro Jardim Botânico
Porto Alegre - RS
CEP: 91520-210
Tel.: (51) 3332 6060
E-mail: ruberaldo@bol.com.br