

Principais tumores não odontogênicos encontrados na cavidade bucal de crianças: revisão de literatura

Main non-odontogenic tumors found in child's oral cavity: literature review

Alenildo Pereira da Silva , Silvane e Silva Evangelista 

Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista – UNIP, Câmpus Manaus, AM, Brasil.

*alenildopereira1@gmail.com

RESUMO

Os médicos pediatras e os odontopediatras comumente encontram um grande número de tumores na cavidade oral de bebês e crianças, podendo ser apresentados como hamartomas e malformações congênitas ou até mesmo como verdadeiras neoplasias. O objetivo desta revisão de literatura é descrever as principais alterações tumorais não císticas e não odontogênicas que podem ser encontradas na cavidade bucal de crianças, com a finalidade de ajudar a odontopediatria no diagnóstico e na escolha do tratamento adequado. O estudo foi feito com base em artigos coletados nos seguintes bancos de dados de divulgação de conteúdo acadêmico: SciELO, PubMed e Google Acadêmico. A pesquisa buscou artigos sobre o tema a partir das palavras-chaves referentes ao assunto. Nos artigos que foram incluídos neste estudo, observou-se o grau de relevância para o meio acadêmico, as evidências clássicas e os artigos publicados recentemente sobre o tema. Concluiu-se que a maioria dos tumores encontrados na cavidade bucal de crianças são benignos e que a remoção cirúrgica tem sido o principal meio de tratamento de tais lesões. Dessa forma, é importante ressaltar a importância de um correto diagnóstico com a finalidade de avaliar o tipo, o tamanho e a extensão dessas lesões, assim como os riscos causados durante o tratamento, antes mesmo da realização de qualquer procedimento.

Palavras-chave: Cavidade bucal. Criança. Prognóstico.

ABSTRACT

Pediatricians and odontopediatricians commonly encounter numerous tumors in the oral cavity of infants and children, which may be presented as hamartomas and congenital malformations or even true neoplasms. Hence, this literature review aimed to describe the main non-cystic and non-odontogenic tumor alterations found in the oral cavity of children to help pediatric dentists diagnose and choose the appropriate treatment; this study was based on the scholarly content disclosure database. The articles found in this review were collected in the following databases: Scielo, PubMed, and Google Scholar. The search used the articles published on the theme based on the keywords referring to the subject. In the articles that were included in this study, we observed the degree of relevance to the academic environment, classical evidence, and recent articles published on the subject. It was possible to conclude that most tumors found in the oral cavity of children are benign, and surgical removal has been the primary means of treatment. Thus, it is important to emphasize the importance of a correct diagnosis to assess the type, size, and extent of these lesions and the risks caused during treatment before any procedure.

Keywords: Child. Oral cavity. Prognosis.

INTRODUÇÃO

Os médicos pediatras e os odontopediatras comumente encontram um grande número de tumores na cavidade oral de bebês e crianças. Tais tumores podendo ser apresentados como hamartomas e malformações congênitas ou até mesmo como verdadeiras neoplasias (Tröbs, Mader, Friedrich, Bennek, 2003).

Os tumores de origem odontogênica representam um grupo bastante diversificado de lesões com particularidades histopatológicas e expressões clínicas diversas. O modo de ação dessas lesões inclui proliferação hamartomatosa, tumores benignos não agressivos, tumores benignos agressivos e tumores malignos (Buchner, Merrel & Carpenter, 2006).

Tumores odontogênicos têm se tornado um assunto de grande interesse para os patologistas orais. Essas lesões integram 2,5% de todas as lesões, sendo submetidas a estudo histopatológico em consultórios odontológicos (Mosqueda-Taylor et al., 1997; Antunes, Silva, Antunes & Romualdo, 2006). Além disso, em virtude dessa pluralidade dos tipos de lesões que podem surgir dos tecidos odontogênicos, muitos esquemas de identificação foram publicados com a finalidade de determinar seus padrões para diagnósticos (Buchner et al., 2006).

Essas lesões têm exibido muitas variações geográficas em seu arranjo (Antunes et al., 2006). Vários estudos desenvolvidos em diversas partes do mundo mostraram distinção na prevalência relativa desses tumores (Ladeinde et al., 2005). Na literatura, poucos relatos foram publicados sobre a frequência dos tumores odontogênicos na América Latina, especialmente no Brasil (Santos, Pereira Pinto, Figueiredo & Souza, 2001). Em uma pesquisa a respeito do Chile, considerando 362 casos, a frequência desses tumores foi de 1,29% (Ochsenius et al., 2002).

Nesse contexto, o objetivo desta revisão de literatura é descrever as principais alterações tumorais não odontogênicas que podem ser encontradas na cavidade bucal de crianças, com a finalidade de ajudar o odontopediatra no diagnóstico e no estabelecimento do tratamento adequado.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi feito com base em artigos coletados nos bancos de dados dos principais meios de divulgação de conteúdo acadêmico: SciELO, PubMed e Google Acadêmico. A pesquisa utilizou os artigos publicados sobre o tema dos tumores não odontogênicos a partir das palavras-chaves cavidade bucal, criança e prognóstico. Nos artigos que foram incluídos neste estudo, foi observado o grau de relevância para o meio acadêmico, as evidências clássicas e os artigos publicados recentemente sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Papiloma

O papiloma bucal é uma neoplasia benigna que têm como característica um epitélio bucal levemente estratificado e escamoso devido à acantose (Abbey, Page & Sawyer, 1980; Das, S., & Das, 1993). Também pode ser associado à infecção do HPV por transmissão vertical, bem como auto-infecção e heteroinoculação por contato genital, sexual ou pessoal (Puranen et al., 1996; Tseng, Liang, Soong & Pao, 1998; Wang, Zhu & Rao, 1998; Xu, Liu, Lu & Ren, 1998; Syrjanen & Puranen, 2000). Ao olhar clínico, apresenta-se como um crescimento exofítico indolor, bem delimitado e pediculado, possuindo várias projeções digitiformes pequenas e caracterizando-se por uma superfície parecida a uma couve-flor (Abbey et al., 1980). O tratamento dessa lesão é feito com sua excisão cirúrgica. Contudo, atualmente tem sido feita a proposição de ablação a laser, com poucas chances de recidiva (Eversole, 2000; Cabov et al., 2004).

Hemangioma

O hemangioma é descrito como um dos tumores não odontogênicos de maior prevalência em crianças, tendo como característica clínica a proliferação dos vasos sanguíneos (Mulliken & Glowacki, 1982; Tröbs et al., 2003; Reinisch et al., 2004). É uma lesão que geralmente afeta os lábios, a língua, a mucosa jugal, a mucosa alveolar e a gengiva (Barrett & Speight, 2000), podendo a mesma sofrer traumas com ulceração, infecções secundárias e dor. Possui predileção pelo sexo feminino, em uma proporção de 3:1 (David, Malek & Argenta, 2003).

Ao exame clínico, os hemangiomas são subdivididos em dois tipos: capilar e cavernoso. O capilar é a incidência mais comum, apresentando-se clinicamente como uma mancha nivelada, a qual possui uma coloração vermelho-viva, que gradualmente pode tornar-se elevada. Esse tipo de hemangioma pode, ainda, ter resolução espontânea. Já a forma cavernosa é pouco frequente e clinicamente apresenta-se como uma lesão volumosa, com elevação e de coloração vermelho-forte. Os pacientes são basicamente oligossintomáticos, mas os hemangiomas podem também provocar diminuição neurológica em casos de grande extensão, por estarem associados a uma maior magnitude devido a ocorrência de trombose intravascular ou secção de canais, o que ocasiona sangramentos intralesionais (Luis, Rosa & Tâmega, 2004). O prognóstico dessa lesão é bom, tendo como características as vantagens de não ser uma lesão com alto grau de malignidade e de não apresentar recidiva após o tratamento (Barrett & Speight, 2000).

Linfangioma

O linfangioma é um tumor incomum, mas acontece com grande frequência. Geralmente 50% dos linfangiomas ocorrem ao nascimento, e aproximadamente 80 a 90% surgem nos três primeiros anos de vida. A região do dorso da língua é a localização mais frequente, podendo surgir também nos lábios, na mucosa jugal, no palato mole e no assoalho da boca (Delbem, Correia, Pugliesi, Crivelini, 2001; Iamaroon, Pongsiriwet, Srisuwan & Krisanaprakornkit, 2003).

São conhecidas três formas de linfangioma: capilar, cavernoso e higroma cístico, conforme o tamanho dos vasos linfáticos incluídos. As lesões usualmente são assintomáticas e podem causar dor e desconforto durante a fala, a mastigação ou a deglutição quando associadas a grandes lesões (Delbem et al., 2001).

Para os linfangiomas pequenos da cavidade bucal, habitualmente não é indicado nenhum tipo de tratamento, uma vez que essas lesões apresentam diminuição de tamanho de forma espontânea, parcial ou completa. A maior dificuldade para o tratamento dos linfangiomas está associada à grande porcentagem de recorrência da lesão (Delbem et al., 2001; Iamaroon et al., 2003).

Epúlida congênita do recém-nascido

A epúlida congênita é um tumor benigno gengival exclusivo de recém-nascidos que se encontra somente no rebordo maxilar, comumente no local de caninos e incisivos. As características dessas lesões causam espanto aos pais e o seu desenvolvimento para após o nascimento, podendo até diminuir de tamanho (Cussen & Macmahon, 1975; Lack, Perez-Atayde, McGill & Vawter, 1982; Lacalle, Aguirre, Irizabal, & Nogues, 2001; Reinisch et al., 2004). A nomenclatura “lesão de células granulares congênita” (LCGC) parece ser o termo apropriado devido à lesão não ser restrita apenas ao rebordo alveolar e o termo “epúlis” tem significado de aumento de volume gengival (Godra, D'Cruz, Labat & Isaacson, 2004).

Diante do debate sobre a etiologia da LCGC, a literatura concorda em afirmar que sua natureza é benigna. Relatos de regressão espontânea confirmam o comportamento inofensivo da lesão e a recidiva não é vista mesmo após uma excisão incompleta. Ainda, a literatura não descreve atividades celulares proliferativas significantes ou um aumento clínico após o nascimento (Loyola, Gatti, Pinto & Mesquita, 1997; Merrett & Crawford, 2003; Bilen et al., 2004; Godra et al., 2004; McGuire,

Gomes, Freilich & George, 2006; Kanotra, S., Kanotra & Paul, 2006). Por outro lado, em um estudo realizado por Atterbury e Vazirani (1968), foi possível verificar aumento da lesão por edema em resposta inflamatória associada a um trauma da alimentação (Loyola et al., 1997).

O diagnóstico é essencial para o tratamento precoce, devido a essa alteração pode atrapalhar a respiração e dificultar a amamentação do recém-nascido (Merrett & Crawford, 2003). A LCGC possui predileção pelo sexo feminino, na proporção de 10:1, de modo que o fator hormonal pode estar envolvido no desenvolvimento dessa lesão (Evans, 2001).

Do ponto de vista clínico, a epúlida congênita do recém-nascido é caracterizada por um aumento circular, de forma única, com a face lisa, com coloração avermelhada ou com a mesma cor da mucosa, podendo variar de 0,5 a 9,0 cm de diâmetro. O tratamento é feito com a excisão cirúrgica de forma simples ou com laser de CO₂, e a lesão possui um prognóstico excelente e sem relatos de recidiva (Lacalle et al., 2001; Tröbs et al., 2003).

Granuloma piogênico

O granuloma piogênico é caracterizado por uma lesão tumoriforme não neoplásica, representada por um processo inflamatório em resposta a uma irritação ou por traumas locais leves (Butler & Macintyre, 1991; Rivero & Araújo, 1998). O local mais comum de apresentação da lesão é na gengiva, localizando-se na região anterior da maxila, seguida por língua, lábios e mucosa jugal (Das, S. & Das, 1993; Rivero & Araújo, 1998; Al-Khateeb & Ababneh, 2003).

Ao ser observado clinicamente, é notável uma massa nodular, de coloração avermelhada e indolor. A superfície pode ser plana ou corrugada e, frequentemente, apresenta-se ulcerada e envolta por uma pseudomembrana branco-amarelada. A lesão é amolecida à palpação, com a possibilidade de surgir hemorragia espontânea ou depois de irritação leve (Aguilo, 2002).

O tratamento é feito com a remoção cirúrgica e a eliminação de fatores locais que agem como irritantes da mucosa. Dessa maneira, é evitada a recidiva da lesão (Rivero & Araújo, 1998).

CONCLUSÃO

A partir da revisão dos artigos selecionados sobre o tema, conclui-se que a maioria dos tumores encontrados na cavidade bucal de crianças são benignos e que a remoção cirúrgica tem sido o principal meio de tratamento dessas lesões. Dessa forma, é importante ressaltar a importância de um correto diagnóstico com a finalidade de avaliar o tipo, o tamanho e a extensão dessas lesões, assim como os riscos causados durante o tratamento, antes mesmo da realização de qualquer procedimento.

REFERÊNCIAS

Abbey, L. M., Page, D. G., & Sawyer, D. R. (1980). The clinical and histopathological features of a series of 464 oral squamous cell papillomas. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 49(5), pp. 419-428.

Aguilo, L. (2002). Pyogenic granuloma subsequent to injury of a primary tooth: a case report. *International Journal Paediatric Dentistry*, 12(6), pp. 438-441.

Al-Khateeb, T., & Ababneh, K. (2003). Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 61(11), pp. 1285-1288.

Antunes, A. A., Silva, P. V., Antunes, A. P., & Romualdo Filho, J. (2006). Ameloblastoma: estudo retrospectivo. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 32(2), pp. 3-70.

Atterbury, R. A., & Vazirani, S. J. (1968). Examination procedure for oral cancer. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology*, 26(1), pp. 6-80.

Barrett, A. W., & Speight, P. M. (2000). Superficial arteriovenous hemangioma of the oral cavity. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 90(6), pp. 731-738.

Bilen, B. T., Alaybeyoğlu, N., Arslan, A., Türkmen, E., Aslan, S., Celik, M. (2004). Obstructive congenital gingival granular cell tumour. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 68(12), pp. 1567-1571.

Buchner, A., Merrell, P. W., & Carpenter, W. M. (2007). Relative frequency of intra-oral minor salivary gland tumors: a study of 380 cases from northern California and comparison to reports from other parts of the world. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 36(4), pp. 207-214.

Butler, E. J., & Macintyre, D. R. (1991). Oral pyogenic granulomas. *Dental Update*, 18(5), pp. 194-195.

Cabov, T., Macan, D., Manojlović, S., Ozegović, M., Spicek, J., Luksić, I. (2004). Oral inverted ductal papilloma. *Brazilian Journal Oral Maxillofacial Surgery*, 42(1), pp. 75-77.

Cussen, L. J., & Macmahon, R. A. (1975). Congenital granular cell myoblastoma. *Journal Pediatrics Surgery*, 10(2), pp. 249-253.

Das, S., & Das, A. K. (1993). A review of pediatric oral biopsies from a surgical pathology service in a dental school. *Pediatric Dentistry*, 15(3), pp. 208-211.

David, L., Malek, M. M., & Argenta, L. C. (2003). Efficacy of pulse dye laser therapy for the treatment of ulcerated haemangiomas: a review of 78 patients. *Brazilian Journal Plastic Surgery*, 56(4), pp. 317-327.

Delbem, A. C., Correia, M. G., Pugliesi, D. M., Crivelini, M. M. (2001). Palatal lymphangioma: a case report. *Journal Dentist Child*, 68(5-6), pp. 344-346.

Evans, D. A. (2001). Congenital epulis. *Otolaryngology Head Neck Surgery*, 125(3), pp. 283-284.

Eversole, L. R. (2000). Papillary lesions of the oral cavity: relationship to human papillomaviruses. *The Journal of the California Dental Association*, 28(12), pp. 922-927.

Godra, A., D'Cruz, C. A., Labat, M. F., & Isaacson, G. (2004). Pathologic quiz case: a newborn with a midline buccal mucosa mass. Congenital gingival granular cell tumor (congenital epulis). *The Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 128(5), pp. 585-586.

Iamaroon, A., Pongsiriwet, S., Srisuwan, S., & Krisanaprakornkit, S. (2003). Lymphangioma of the tongue. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 13(1), pp. 62-63.

Kanotra, S., Kanotra, S. P., & Paul, J. (2006). Congenital epulis. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(2), pp. 148-150.

Lacalle, J. M. L., Aguirre, I., Irizabal, J.C., & Nogues, A. (2001). Congenital epulis: prenatal diagnosis by ultrasound. *Pediatric Radiology*, 31(6), pp. 453-454.

Lack, E. E., Perez-Atayde, A. R., McGill, T. J., & Vawter, G F. (1982). Gingival granular cell tumor of the new born (congenital "epulis"): ultrastructural observations relating to histogenesis. *Human Pathology*, 13(7), pp. 686-689.

Ladeinde, A. L., Ajayi, O. F., Ogunlewe, M. O., Adeyemo, W. L., Arotiba, G. T., Bamgbose, B. O., & Akinwande, J. A. (2005). Odontogenic tumors: a review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontics*, 99(2), pp. 191-195.

Loyola, A. M, Gatti, A. F., Pinto, D. S., & Mesquita, R. A. (1997). Alveolar and extra-alveolar granular cell lesions of the newborn: report of case and review of literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 84(6), pp. 668-671.

Luis, M. T., Rosa, J. S., & Tâmega, I. E. (2004). Hemangioma cavernoso em pediatria. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 6(1), pp. 34-37.

McGuire, T. P., Gomes, P. P., Freilich, M. M., & George, K. B. (2006). Congenital epulis: a surprise in the neonate. *Journal Canadian Dental Association*, 72(8), pp. 747-50.

Merrett, S. J., & Crawford, P. J. M. (2003). Congenital epulis of the newborn: a case report. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 13, pp. 127-129.

Mosqueda-Taylor, A., Ledesma-Montes, C., Caballero-Sandoval, S., Portilla-Robertson, J., Ruíz-Godoy Rivera, L. M., & Meneses-García, A. (1997). Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 84(6), pp. 172-175.

Mulliken, J. B., & Glowacki, J. (1982). Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plastic Reconstruction Surgery*, 69(3), pp. 412-422.

Ochsenius, G., Ortega, A., Godoy, L., Peñafiel, C., & Escobar, E. (2002). Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *Journal of Oral Pathology Medicine*, 31(7), pp. 415-420.

Puranen, M., Yliskoski, M., Saarikoski, S., Syrjänen, K., & Syrjänen, S. (1996). Vertical transmission of human papillomavirus from infected mothers to their newborn babies and persistence of the virus in childhood. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174(2), pp. 694-699.

Reinisch, J. F., Kim, R. Y., Harshbarger, R. J., & Meara, J. G. (2004). Surgical management of parotid hemangioma. *Plastic Reconstruction Surgery*, 113(7), pp. 1940-1948.

Rivero, E. R. C., & Araújo, L. M. A. (1998). Granuloma piogênico: uma análise clínico-histopatológica de 147 casos bucais. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, 3(2), pp. 55-61.

Santos, J. N., Pereira Pinto, L., Figueiredo, C. R. L. V., & Souza, L. B. (2001). Odontogenic tumors - Analysis of 127 cases. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 15(4), pp. 308-313.

Syrjanen, S., & Puranen, M. (2000). Human papillomavirus infections in children: the potential role of maternal transmission. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 11(2), pp. 259-274.

Tröbs, R. B., Mader, E., Friedrich, T., Bennek, J. (2003). Oral tumors and tumor-like lesions in infants and children. *Pediatric Surgery International*, 19(9-10), pp. 639-645.

Tseng, C. J., Liang, C. C., Soong, Y. K., & Pao, C. C. (1998). Perinatal transmission of human papillomavirus in infants: relationship between infection rate and mode of delivery. *Obstetrics Gynecology*, 91(1), pp. 92-96.

Xu, S., Liu, L., Lu, S., & Ren, S. (1998). Clinical observation on vertical transmission of human papillomavirus. *Chinese Medical Sciences Journal*, 13(1), pp. 29-31.

Wang, X., Zhu, Q., & Rao, H. (1998). Maternal-fetal transmission of human papillomavirus. *Chinese Medical Sciences Journal*, 111(8), pp. 726-727.