

Relato de caso

Tumor de células granulares na glândula parótida em paciente pediátrico: relato de caso

Granular cell tumor in the parotid gland in a pediatric patient: case report

Ana Carolina Ferrari¹, Juliane Soldi Malgarin¹, Samya Hamad Mehanna², Julia Costa Linhares²

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina, Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil

² Docente do Curso de Graduação em Medicina, Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil

Autor correspondente: Ana Carolina Ferrari

Contato: anacarolina.ferrari1109@gmail.com

Palavras-chave:

Neoplasias
das Glândulas
Salivares.
Pediatria.
Tumor de Células
Granulares

Keywords:

Granular
Cell Tumor.
Salivary Gland
Neoplasms.
Pediatrics.

RESUMO

O tumor de células granulares (TCG) é uma neoplasia rara e geralmente benigna, que pode ser encontrada em diversos sítios, com destaque para a região de cabeça e pescoço, que é frequentemente acometida. Afeta principalmente adultos entre 40 e 60 anos, com maior prevalência no sexo feminino, sendo esse quadro extremamente atípico em crianças. Este trabalho consiste em um relato de caso de TCG encontrado na glândula parótida, observado em paciente pediátrico, descrevendo aspectos importantes do diagnóstico, incluindo avaliação anatomopatológica e imuno-histoquímica.

ABSTRACT

The granular cell tumor (TCG) is a rare and usually benign neoplasm that can be found in various sites, with preference for the head and neck region. It mainly affects adults between 40 and 60 years old, with a higher prevalence in females, and it is deeply atypical in children. This report describes a case of TCG found in the parotid gland of a pediatric patient, detailing relevant aspects for its diagnosis, including anatomopathological and immunohistochemical evaluation.

Recebido em:

06/03/2025

Aprovado em:

08/07/2025

Publicado em:

31/12/2025

INTRODUÇÃO

O tumor de células granulares (TCG) é uma neoplasia rara e de comportamento predominantemente benigno. A região de cabeça e pescoço é o principal sítio de acometimento, com prevalência entre 45% e 65%, e as lesões bucais do dorso e da borda lateral da língua são as mais presentes, representando 70% dos casos descritos¹.

As lesões podem estar presentes em pacientes dos 11 meses aos 85 anos de idade, embora sejam incomuns em crianças, com pico de incidência entre a segunda e a sexta década de vida, principalmente em mulheres com ascendência africana. A prevalência do TCG, entre todas as neoplasias humanas, é ínfima, de aproximadamente 0,019% a 0,03%^{2, 3}.



Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons. Os usuários têm permissão para copiar redistribuir os trabalhos por qualquer meio ou formato, e também para, tendo como base o seu conteúdo, reutilizar, transformar ou criar, com propósitos legais, até comerciais, desde que citada a fonte.

A remoção cirúrgica conservadora é o principal tratamento para o TCG. Entretanto, é necessário que o cirurgião esteja atento a sinais de infiltração do tecido conjuntivo adjacente. Caso a remoção da cápsula seja completa, as recidivas são incomuns e o prognóstico é excelente¹. O relato de caso foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital Erasto Gaertner - Liga Paranaense de Combate, sob o CAAE 63598422.8.0000.0098. O número do parecer referente a essa aprovação é 5.693.683.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 11 anos, previamente hígido, acompanhado de representante legal, com queixa de ondulação em região pré-auricular há 4 anos, de crescimento progressivo, indolor e sem sinais flogísticos; além disso, refere febre e sudorese noturna, e nega perda de peso.

Complementarmente, foi realizada ultrassonografia da região cervical, que demonstrou imagem nodular hipoecogênica, estendendo-se ao tecido celular subcutâneo, localizada na região pré-auricular esquerda, com bordas mal definidas, medindo cerca de 1,9 x 2,9 x 1,9 cm e volume de 3,5 cm³, sem sinais de vascularização ao *Doppler*. A partir dos achados, optou-se por conduta cirúrgica, e o paciente foi submetido à ressecção completa do tumor da parótida (parotidectomia parcial) com preservação do nervo facial.

A peça cirúrgica foi encaminhada ao serviço de patologia. No exame macroscópico, identificou-se lesão da parótida esquerda medindo 2,5 cm no maior eixo. À análise microscópica, o padrão celular era epitelióide, com grânulos intracitoplasmáticos, apresentando pleomorfismo nuclear discreto, mitoses ausentes e extensão até a derme e a hipoderme (**Figura 1**). A hipótese diagnóstica levantada foi de Tumor de Células Granulares, propondo-se a com-

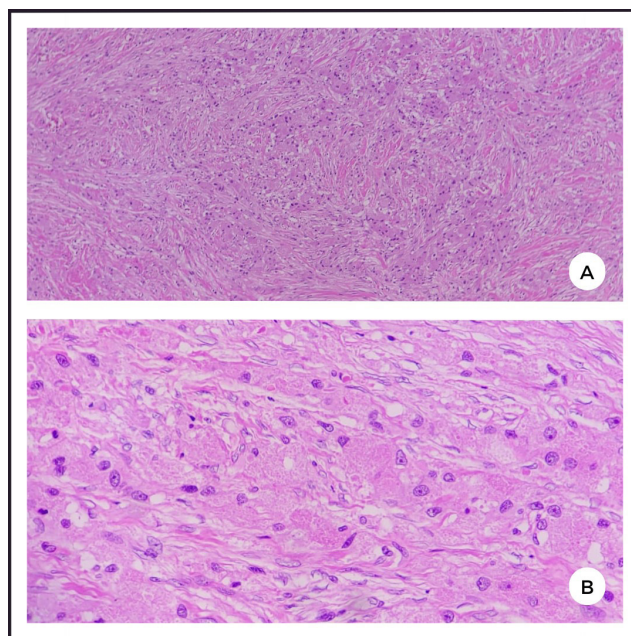


Figura 1. Aparência histopatológica do Tumor de Células Granulares na Microscopia Óptica (MO). A. A arquitetura tumoral demonstra neoplasia de células epitelioides com extensão para derme, observa-se na figura a neoplasia em meio a tecido conjuntivo (MO, Hematoxilina-eosina, 100x) B. No maior aumento, pode-se perceber a presença de grânulos intracitoplasmáticos, apresentando grau de pleomorfismo nuclear discreto e mitoses ausentes (MO, Hematoxilina-eosina, 400x).

plementação com estudo imuno-histoquímico para confirmação da entidade patológica.

Foram utilizados os anticorpos vimentina, CD-68, S100 (**Figura 2**) e SOX10, todos com expressão difusa nas células tumorais, e Ki-67 positivo em 0,5% dos núcleos. Com esse perfil de marcadores positivos, o quadro foi compatível com tumor de células granulares da glândula parótida.

No pós-operatório, houve boa evolução da cicatriz cirúrgica. Adiante, apresentou paralisia facial com desvio de rima, sendo indicadas sessões de fisioterapia como terapêutica e acompanhamento pela oncologia.

DISCUSSÃO

O TCG, ou tumor de Abrikossoff, é uma neoplasia benigna de tecidos moles que pode atingir várias regiões do corpo, com potencial de malignização em 2% a 3% dos casos. Quando descrito pela primeira vez pelo pato-

logista Alexei Ivanovich Abrikossoff, acreditava-se que o TCG era originário de músculo estriado esquelético, e foi a partir desse marco que a neoplasia recebeu outros nomes, como mioblastoma de células granulares³.

Hoje, acredita-se que se origina das células de Schwann (células neurais), embora a fisiopatologia de seu aparecimento na língua ainda seja incerta; há relatos de surgimento a partir de eventos traumáticos. Entretanto, sabe-se que, quando há dano à bainha de mielina, esta entra em processo de desintegração e é fagocitada, inicialmente, pelas células de Schwann e, posteriormente, pelos macrófagos, o que desencadeia proliferação de células de aspecto granular, com posterior acúmulo em órgãos. Embora a língua seja a região mais afetada, há formas mais incomuns acometendo o sistema respiratório, seios da face, pele e sistema gastrointestinal. No presente relato, o paciente possui TCG em glândula parótida, sendo esse um achado bastante raro. Além disso, a idade

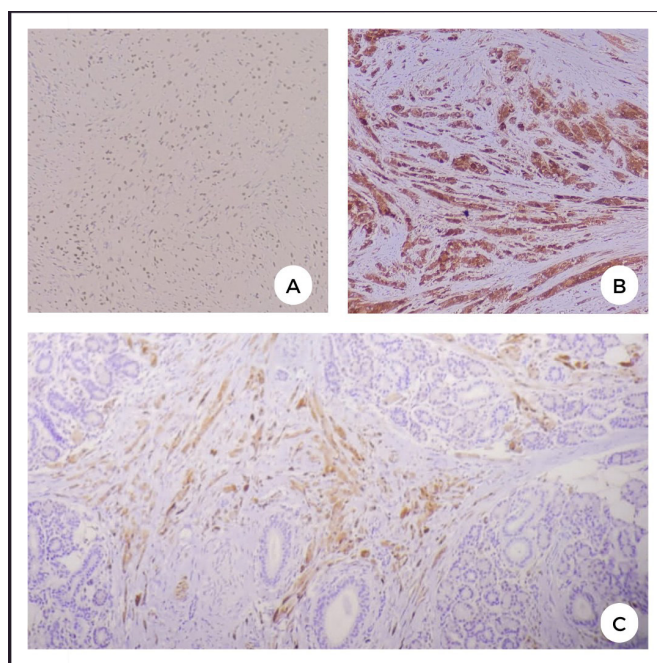


Figura 2. Perfil imuno-histoquímico do Tumor de Células Granulares. A. Expressão nuclear positiva para SOX10 nas células tumorais (MO, Imuno-histoquímica, 100x). B. Positividade citoplasmática para CD68 nas células granulares (MO, Imuno-histoquímica, 400x). C. Expressão citoplasmática difusa da proteína S100 em células tumorais imersas no tecido glandular (MO, Imuno-histoquímica, 100x).

dos pacientes acometidos geralmente encontra-se entre 20 e 60 anos; já, no caso descrito, o diagnóstico ocorreu aos 11 anos⁴⁻⁸.

Ademais, tumores de cabeça e pescoço são considerados atípicos em crianças, representando menos de 5% dos casos. Estas neoplasias são um grupo heterogêneo que se relaciona, geralmente, com malformações congênitas¹. Em ampla pesquisa apresentada por Stewart *et al.* de 48 tumores de células granulares, 19% foram observados em pacientes de 0 a 20 anos e esses dados corroboram com os encontrados por Brannon e Annand,

que de 61 casos, 16% ocorreram em pacientes de 0 a 19 anos. Além disso, maioria dos estudos demonstra prevalência no sexo feminino, diferente do caso relatado^{1,2}.

As principais características clínico-patológicas do TCG oral, com base em dados coletados na Espanha e Brasil, é a presença de lesão nodular única, não encapsulada, localizada na submucosa, geralmente assintomática (89%) e de longa evolução. Com o diagnóstico definitivo do TCG, é consenso que o tratamento seja ressecção cirúrgica completa do nódulo com margens amplas de segurança, para evitar recidivas^{3,4}.

Tabela 1. Diagnósticos diferenciais mais frequentes em lesões de parótida na população pediátrica⁵.

Diagnóstico	Microscopia	Imuno-histoquímica	Características clínicas	Observações
Fibroma	Proliferação de fibroblastos em estroma colagenizado, sem atipias ou mitoses significativas.	Vimentina +. S100+ Actina de músculo liso - e desmina -	Lesão firme, crescimento lento	Raro em parótida
Lipoma	Proliferação de adipócitos maduros, sem atipias ou necrose	S100 positivo em adipócitos. CD34 negativo.	Macia, móvel e indolor	Aspecto típico de gordura
Neuroma/Neurofibroma	Proliferação de células fusiformes com núcleos ondulados em estroma mixoide; pode haver colágeno “em fio de cabelo” no neurofibroma.	S100 positivo difuso. CD34 positivo. SOX10 positivo.	Massa indolor, crescimento lento	Pode estar associado a neurofibromatos
Schwannomas	Característica mente tem dois padrões: Padrão Antoni A (áreas hiper celulares com palissadas nucleares) e Antoni B (áreas hipocelulares). Corpúsculos de Verocay.	S100 e SOX10 positivos intensos e difusos. EMA negativo.	Massa encapsulada, indolor	Frequente em nervos periféricos
Carcinoma de células escamosas	Ilhas de células escamosas com queratinização, pleomorfismo e mitoses frequentes. Pode invadir o parênquima salivar.	p40 e p63 positivos. CK5/6 positivo. S100 negativo.	Crescimento rápido, invasivo e pode ser doloroso	Raro em criança
Hemangioma	Proliferação de canais vasculares revestidos por endotélio, com ou sem luz.	CD31 e CD34 positivos.	Crescimento rápido e coloração avermelhada	Lesão benigna mais comum em crianças
Cisto de parótida	Revestimento epitelial cúbico ou colunar, sem atipias. Pode ter conteúdo mucoide.	CK7 positivo. S100 e SOX10 negativos	Flutuante e indolor	Geralmente benigno
Linfoma	Infiltrado linfóide, podendo obliterar arquitetura glandular.	CD45 positivo. Painel específico depende do subtipo	Massa firme e crescimento rápido	Pode estar associada a linfadenopatia regional

Incluem-se no diagnóstico diferencial outras entidades que podem apresentar características semelhantes a essa condição, clínica e radiologicamente, tais como: fibromas, lipomas, neuromas, neurofibromas ou schwannomas, ou até mesmo carcinoma de células escamosas⁴.

Em nível histológico, é caracterizado pela proliferação de células poligonais grandes, ligeiramente alongadas. Os núcleos têm tamanho pequeno, com grande quantidade de citoplasma eosinofílico e granular. Esses grânulos citoplasmáticos são corados de forma intensa e difusa pelo PAS (*Periodic Acid-Schiff*), demonstrando sua composição glicoproteica¹³. A estrutura organizacional das células apresenta-se em camadas, ninhos ou cordões, havendo infiltração em tecidos adjacentes. Os núcleos costumam ser pequenos e centrais, com nucléolo sutil e mitoses ausentes. Em 50% dos casos, há presença de acantose ou de hiperplasia pseudoepiteliomatosa, com acometimento mucoso⁶.

Já a imuno-histoquímica é uma técnica fundamental para diagnósticos baseados em tecidos e detecção de biomarcadores. Avanços em química básica, design de anticorpos e automação têm proporcionado maior sensibilidade, especificidade e reprodutibilidade em sua aplicação¹⁵. No caso do TCG, relaciona-se principalmente à positividade para o anticorpo S-100. Contudo, vale ressaltar que há outros marcadores com imunorreatividade, como alfa-1-antitripsina e CD68. Entretanto, a imunorreatividade tanto para alfa-1-antitripsina quanto para CD68 no TCG pode ser apenas um reflexo do acúmulo intracitoplasmático de fagolisossomos^{16,17}.

Como conclusão, vale ressaltar que o diagnóstico preciso é realizado a partir do estudo anatomopatológico, permitindo identificar o tipo histológico da lesão e suas características celulares, aliado ao estudo imuno-histoquímico complementar, bem como ao uso de colorações especiais. Dessa forma,

evidencia-se a relevância e a singularidade do relato, ressaltando-se não somente a importância do TCG, como também a excepcionalidade da ocorrência em área extralingual na infância. Por fim, apesar de incomum na faixa etária pediátrica, a hipótese de tumor de células granulares deve ser considerada como diagnóstico diferencial nessa população.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ACF, JSM, SHM e JCL realizaram a concepção e desenho do estudo, análise dos dados, redação do manuscrito. JCL realizou a revisão final do texto. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito e concordam em se responsabilizar por seu conteúdo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Desejamos confirmar que não há conflitos de interesse conhecidos associados a esta publicação e que não houve apoio financeiro significativo para este trabalho que pudesse ter influenciado seus resultados.

DECLARAÇÃO QUANTO AO USO DE IA GERATIVA

Os autores declaram que não utilizaram ferramentas de inteligência artificial generativa (como ChatGPT, Grammarly, Deepseek, etc) no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Curra M, Domingues Martins M, Sant'ana Filho M, Martins MAT, Munerato. Tumor de células granulares: relato de dois casos. *RPG Rev Pós-grad* [Internet]. dezembro de 2011;18(4):266-88. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56952011000400008
2. Dimosthenous K, Righi A. Granular Cell Tumor of the Parotid Gland: An Exceptionally Rare Occurrence. *Int J Surg Pathol* [Internet]. abril de 2008 [citado 18 de novembro de 2025];16(2):213-4. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1066896907307236>
3. Garcia-Rejas Ra, Sampaio-Campos M, Rodriguez-Gonzalez-Cortes A, Dos Santos-Pinto-Junior D, Orsini-Machado De Sousa Sc. The neural

- histogenetic origin of the oral granular cell tumor: An immunohistochemical evidence. *Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal* [Internet]. 2011 [citado 18 de novembro de 2025];e6–10. Disponível em: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv16_i1_p6.pdf
4. Tobouti P, Pigatti F, Martins-Mussi M, Sedassari B, Orsini-Machado De Sousa S. Extra-tongue oral granular cell tumor: Histological and immunohistochemical aspect. *Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal* [Internet]. 2016 [citado 18 de novembro de 2025];0–0. Disponível em: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/aop/21401.pdf>
 5. Vered M, Carpenter WM, Buchner A. Granular cell tumor of the oral cavity: updated immunohistochemical profile. *J Oral Pathol Med* [Internet]. janeiro de 2009 [citado 18 de novembro de 2025];38(1):150–9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0714.2008.00725.x>
 6. Barca I, Cordaro R, Giudice A, Cristofaro M. Abrikossoff's tumor of the tongue: Report of three cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Pathol* [Internet]. 2020 [citado 18 de novembro de 2025];24(4):101. Disponível em: https://journals.lww.com/10.4103/jomfp.JOMFP_330_19
 7. Pantaleo G, Amato M, Guerra F, Siano M, Bucci T, Sammartino G. Histochemistry and Immunohistochemistry Evaluation of the Abrikossoff's Tumour of the Tongue: a Case Report. *Acta Stomatol Croat* [Internet]. 15 de dezembro de 2014 [citado 18 de novembro de 2025];48(4):292–5. Disponível em: <https://hrcak.srce.hr/file/194777>
 8. Suchitra G, Tambekar K, Gopal K. Abrikossoff's tumor of tongue: Report of an uncommon lesion. *J Oral Maxillofac Pathol* [Internet]. 2014 [citado 18 de novembro de 2025];18(1):134. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.4103/0973-029X.131943>
 9. Brannon R, Anand P. Oral granular cell tumors: an analysis of 10 new pediatric and adolescent cases and a review of the literature. *J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 1o de setembro de 2005 [citado 18 de novembro de 2025];29(1):69–74. Disponível em: <https://meridian.allenpress.com/jcpd/article/29/1/69/78165/Oral-granular-cell-tumors-an-analysis-of-10-new>
 10. Stewart CM, Watson RE, Eversole LR, Fischlschweiger W, Leider AS. Oral granular cell tumors: A clinicopathologic and immunocytochemical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* [Internet]. abril de 1988 [citado 18 de novembro de 2025];65(4):427–35. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/003042208890357X>
 11. Lafuente Ibáñez De Mendoza I, López Ortega K, Trierveiler M, Oliveira Alves MG, Dias Almeida J, Gándara Vila P, et al. Oral granular cell tumour: A multicentric study of 56 cases and a systematic review. *Oral Dis* [Internet]. abril de 2020 [citado 18 de novembro de 2025];26(3):573–89. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.13273>
 12. Linard Avelar R, Germano C de BFP, Alfredo LN, de Oliveira NPJ, de Souza ndrade ES. Fibroma Ameloblástico: Consideraciones Clínicas, Caso Clínico. *Cta Odontol Venez* [Internet]. 2009;47(4):256–64. Disponível em: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000400023&lng=es
 13. Scala WAR, Fernandes AMF, Duprat ADC, Costa HOO. Tumor de células granulares da laringe na infância: relato de caso. *Rev Bras Otorrinolaringol* [Internet]. outubro de 2008 [citado 18 de novembro de 2025];74(5):780–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000500022&lng=pt&tlng=pt
 14. Chrysomali E, Nikitakis NG, Tosios K, Sauk JJ, Papanicolaou SI. Immunohistochemical evaluation of cell proliferation antigen Ki-67 and apoptosis-related proteins Bcl-2 and caspase-3 in oral granular cell tumor. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology* [Internet]. novembro de 2003 [citado 18 de novembro de 2025];96(5):566–72. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1079210403003718>
 15. Sukswai N, Khoury JD. Immunohistochemistry Innovations for Diagnosis and Tissue-Based Biomarker Detection. *Curr Hematol Malig Rep* [Internet]. outubro de 2019 [citado 18 de novembro de 2025];14(5):368–75. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11899-019-00533-9>
 16. Filie AC, Lage JM, Azumi N. Immunoreactivity of S100 protein, alpha-1-antitrypsin, and CD68 in adult and congenital granular cell tumors. *Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc*. setembro de 1996;9(9):888–92.
 17. Cavaliere A, Sidoni A, Ferri I, Falini B. Granular Cell Tumor: An Immunohistochemical Study. *Tumori J* [Internet]. junho de 1994 [citado 18 de novembro de 2025];80(3):224–8. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030089169408000312>