CURSO DE ODONTOLOGIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Florianópolis 2023

PAULO ANTÔNIO DA COSTA

MARLON AMARAL DA ROCHA

CUIDADOS ALÉM DO DIAGNÓSTICO: O PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA NO GERENCIAMENTO DA EPÚLIDE CONGÊNITA

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à banca examinadora da universidade do sul de santa catarina, como requisito para obtenção de título de bacharel em odontologia.

Orientador(a): Bruna de Oliveira Rech

FLORIANÓPOLIS

2023

SUMÁRIO

RESUMO.....3
1. INTRODUÇÃO.....4
2. METODOLOGIA.....5
3. REVISÃO DE LITERATURA.....6
3.1 Atuação do cirurgião dentista durante o pré-natal.....6
3.1.1 Diagnóstico Pré-natal.....7
3.2 Atuação do cirurgião dentista no pós-natal.....10
3.2.1 Diagnóstico clínico.....10
3.2.2 Histopatológico.....11
3.2.3 Imuno-histoquímica.....12
3.2.4 Manejo da lesão e proservação.....14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....16
5. REFERÊNCIAS.....17
ANEXOS.....23
ANEXO A - Sugestão de fluxograma multiprofissional para o gerenciamento da epúlide congênita.....23
AGRADECIMENTOS.....24

RESUMO

O cirurgião-dentista está incluso em programas pré-natais do SUS, participando do diagnóstico e tratamento de doenças bucais materno-infantis. A epúlide congênita é um tumor raro, e o seu diagnóstico pré-natal por ultrassonografia nem sempre é possível. Após o parto, é comumente vista no rebordo alveolar do osso maxilar de recém-nascidos do sexo feminino, composta por células granulares que apresentam coloração negativa para S-100. O cirurgião-dentista desempenha um papel importante no diagnóstico da epúlide congênita, mesmo observando poucos estudos da abordagem pré-natal.

Palavras-chave: gengival neoplasms, dentist, diagnosis prenatal, prenatal dental, histopathology, biological marker.

1. INTRODUÇÃO

A epúlide congênita (EC), também conhecida como epúlis congênita de células granulares de acordo com a OMS, é considerada um tumor benigno que ocorre esporadicamente em neonatos, sendo descrita pela primeira vez em 1871 por Newmann[1,2]. Geralmente é detectada durante a gestação através do auxílio do ultrassom (USG) ou ressonância magnética (RNM), pois seu crescimento se manifesta no terceiro trimestre[2,3]. Ocorre com mais frequência em bebês do sexo feminino, cerca de 90%[3,4]. O diagnóstico é baseado nos aspectos clínicos da lesão, na qual comumente é vista sob a forma de pólipo, com base séssil ou pedunculada e variações de 1 a 9 cm de diâmetro[2,3].

A EC pode dificultar a alimentação, deglutição, respiração, selamento labial do bebê, e, a mucosa que recobre a lesão, poderá apresentar-se normal, eritematosa ou ulcerada, critérios que levam o cirurgião a decidir como será o manejo da lesão, podendo optar por acompanhar ou abordar cirurgicamente associando ou não à anestesia geral[5-7].

O importante diagnóstico precoce da EC no pré natal possibilita que o cirurgião dentista oriente e esclareça aos pais quanto a massa tumoral e as próximas fases do tratamento, uma vez que, existe uma carência de informação durante esse período assim como um grande medo por parte da família em não saber do que se trata. Considerando as intercorrências, reforça-se principalmente o risco potencial no desconforto respiratório neonatal, muitas vezes pelo tamanho da massa. Com isso, o diagnóstico pré-natal é valioso na organização de um parto seguro e baseado em orientações que tranquilizem os pais do recém-nascido[3,8].

Este estudo tem como objetivos, investigar o papel do cirurgião dentista na abordagem pré natal da EC, incluindo as orientações após o diagnóstico de novos casos, o diagnóstico pós-natal, tratamento da lesão, e buscando apresentar os principais marcadores para o diagnóstico diferencial imuno-

histoquímico da epúlide congênita. Acredita-se que este estudo possa contribuir para um melhor conhecimento da atuação do cirurgião dentista no tratamento da EC.

2. METODOLOGIA

Para o presente trabalho, realizou-se uma pesquisa bibliográfica utilizando bases de dados, livros e resoluções federais brasileiras como fontes de pesquisa. A estratégia de busca foi elaborada a partir dos descritores "Gengival neoplasms", “Dentist", "diagnosis prenatal", "prenatal dental", "histopathology", "biological marker" e “Hospital dental service", utilizando as plataformas DECS e MESH. As buscas foram conduzidas nas bases de dados PUBMED e SCIELO, sem restrição de critérios de data, idiomas e tipo de estudo.

A estratégia de pesquisa aplicada consistiu nas seguintes combinações de descritores: Gengival neoplasms AND dentist OR Gengival neoplasms AND histopathology AND biologic marker OR Gengival neoplasms AND hospital dental service OR Dental prenatal AND Congenital oral diseases OR Dental prenatal AND Hospital dental service. Os descritores e seus termos relacionados foram cruzados nas plataformas PUBMED E SCIELO para obtenção dos resultados.

Após a aplicação da estratégia de busca, foram identificados inicialmente 873 artigos, dos quais a maioria correspondia a relatos de casos acompanhados de uma breve revisão de literatura. Em seguida, foi realizada uma seleção de 48 estudos para leitura, análise crítica comparativa e extração de dados, utilizando tabelas como forma de organização.

A pesquisa bibliográfica seguiu as diretrizes das normas da vancouver e ABNT, considerando a utilização de fontes confiáveis e relevantes, bem como a adequada identificação dos descritores utilizados na estratégia de busca**.**

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atuação do cirurgião dentista durante o pré-natal

Em 2004, um ano após a implantação do Programa Brasil Sorridente, foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)[9], que beneficiou o grupo de gestantes. Ao iniciar o pré-natal, a gestante deve ser encaminhada para uma consulta odontológica[9]. Em 2011, a Rede Cegonha foi criada com o objetivo de reforçar a qualidade dos serviços de saúde prestados à puérpera durante toda a gestação, e os encaminhamentos ao dentista também se inseriram dentro do programa[10].

Conforme as diretrizes do PNSB[9],recomenda-se a realização de uma consulta odontológica a cada trimestre de gestação, ou, pelo menos, uma durante todo o pré-natal. As consultas odontológicas para as gestantes estão baseadas em orientações de higiene e avaliação de cárie, gengivite e doença periodontal, além de orientações de saúde bucal no início de vida da criança[9.]

A prevenção e o tratamento de problemas bucais em gestantes são de extrema importância, pois podem afetar a saúde da mãe e do bebê. Para isso, é essencial que haja uma equipe multidisciplinar, incluindo o cirurgião-dentista, dentro da UBS, proporcionando um atendimento integrado[11]. Este é um período que poderia servir também para a orientação sobre as principais doenças congênitas do feto, como anquiloglossias, fendas lábio palatinas, dentes neonatais e massas orais.

O diagnóstico pré-natal de anomalias congênitas envolve questões complexas, incluindo aspectos éticos, sociais e médicos, que exigem um cuidado interdisciplinar e integral para a família, devendo as equipes de saúde de todos os níveis funcionar como auxílio durante todo o processo[12.]

O diagnóstico da EC pode ser feito com ultrassom, apesar de nem sempre ser possível[1]. Recomenda-se um ultrassom a cada trimestre da gestação[13]. Dessa forma, as consultas de retorno no pré-natal odontológico poderiam servir,

mesmo que indiretamente, como reforço para as gestantes, prevendo ou orientando sobre os possíveis diagnósticos de doenças congênitas, incluindo a epúlide.

Ainda que a incidência populacional da EC seja desconhecida, é sugerida uma taxa de 6 em cada 1.000.000 de nascidos vivos. Dessa forma, a colaboração entre os profissionais que atuam no pré-natal e no tratamento de lesões e síndromes buco-maxilo-faciais, é importante para melhorar as abordagens diagnósticas e terapêuticas[14,15]. Ressalta-se a relevância clínica da EC para clínicos, pediatras, ginecologistas, obstetras, cirurgiões e cirurgiões buco-maxilo-faciais, para que possam fazer um diagnóstico preciso, com base em dados que seriam possíveis de serem obtidos no pré-natal por ultrassonografia[16]. Ye et al[17], até sugere através de um fluxograma como este processo diagnóstico multidisciplinar poderia ser otimizado, no entanto o cirurgião dentista é mencionado apenas no pós-operatório.(Figura 1)

A execução desse tipo de abordagem na rede de atenção primária é completamente viável visto que a rede que envolve o cirurgião dentista está estruturada, dessa forma um esforço multiprofissional no compartilhamento de casos poderia favorecer o diagnóstico precoce.

3.1.1 Diagnóstico Pré-natal

Os exames de imagem recomendados durante a gravidez são o ultrassom e a ressonância magnética e é feito por um médico radiologista. A ultrassonografia pré-natal permite a identificação precoce dos tumores e o gerenciamento adequado do parto, além de prevenir complicações intraoperatórias[18].

O diagnóstico pré-natal por ultrassom é fundamental para a tomada de decisões clínicas e para o aconselhamento dos pais[4,18]. Apenas 11% dos casos de EC são diagnosticados no período pré-natal por meio de ultrassonografia[2]. É importante ressaltar que a ultrassonografia pré-natal é uma ferramenta crucial

para o diagnóstico e o tratamento da EC, e que, um tumor grande pode interferir no parto vaginal, tornando necessária a realização de cesariana[2,4].

A epúlide geralmente se desenvolve a partir da 22ª semana de gestação[6,19], e a ultrassonografia (USG) e a ressonância magnética (RM) se complementam podendo auxiliar a diferenciar a epúlide de outras massas tumorais na cavidade oral e também a estimar sua relação com as vias aéreas, ajudando o médico na decisão da escolha do parto e a norteá-lo no aconselhamento dos pais[6,19-22].

Apesar do conhecimento clínico sobre a epúlide congênita, o diagnóstico pré-natal por ultrassom nem sempre pode ser alcançado, o que pode ser uma dificuldade clínica[23]. Segundo Jain; Sinha; Singh[19], o ultrassom pode ser inespecífico em pequenas massas, e auxiliar em uma melhor diferenciação na morfologia de massas tumorais maiores. Segundo Deus et al[24], é sugerido que a falta de conhecimento do operador de ultrassom dificulta um diagnóstico preciso.

Esses fatores deixam lacunas para os pais que podem ficar aflitos e psicologicamente abalados quando observam um tumor intraoral no período pós-parto. Conforme Messina et al[23], o diagnóstico precoce por ultrassom favoreceu o tratamento cirúrgico do tumor, ajudando na consciência materna sobre o tumor do feto e na aceitação pós-parto, sem afetar a relação mãe-bebê. A aparência clínica pode impressionar e angustiar os pais devido ao tamanho e aparência agressiva, e o diagnóstico precoce deve ser um objetivo dos cirurgiões pediátricos em fornecer informações adequadas aos pais e profissionais de saúde envolvidos[25]. Avanços recentes na imagem pré-natal permitem a avaliação da deglutição fetal e a patência das vias aéreas com o uso de ultrassom 3D, o que pode ser útil no diagnóstico pré-natal da epúlide congênita. Além disso, a ultrassonografia pré-natal realizada após 36ª semanas de gestação e a ressonância magnética perinatal são úteis para determinar as características da massa, permitindo um gerenciamento multidisciplinar ideal do parto e o tratamento oportuno do neonato[1,8,26].

A participação do dentista nesse processo pode contribuir para o diagnóstico precoce de possíveis problemas orais, como a epúlide congênita, possibilitando um tratamento mais eficaz e melhorando a qualidade de vida da mãe e do bebê[14,15]. Uma epúlide congênita de grandes dimensões que obstrua a cavidade oral é capaz de resultar em polidrâmnio[22], inclusive causando o rompimento placentário[27]. As imagens de ultrassom, com ou sem doppler e a RNM parecem importantes no gerenciamento trans cirúrgico e o procedimento intra-parto extrauterino (EXIT) pode ser um recurso usado quando o médico detectar uma massa oral de grandes dimensões que obstruam as vias aéreas[28].

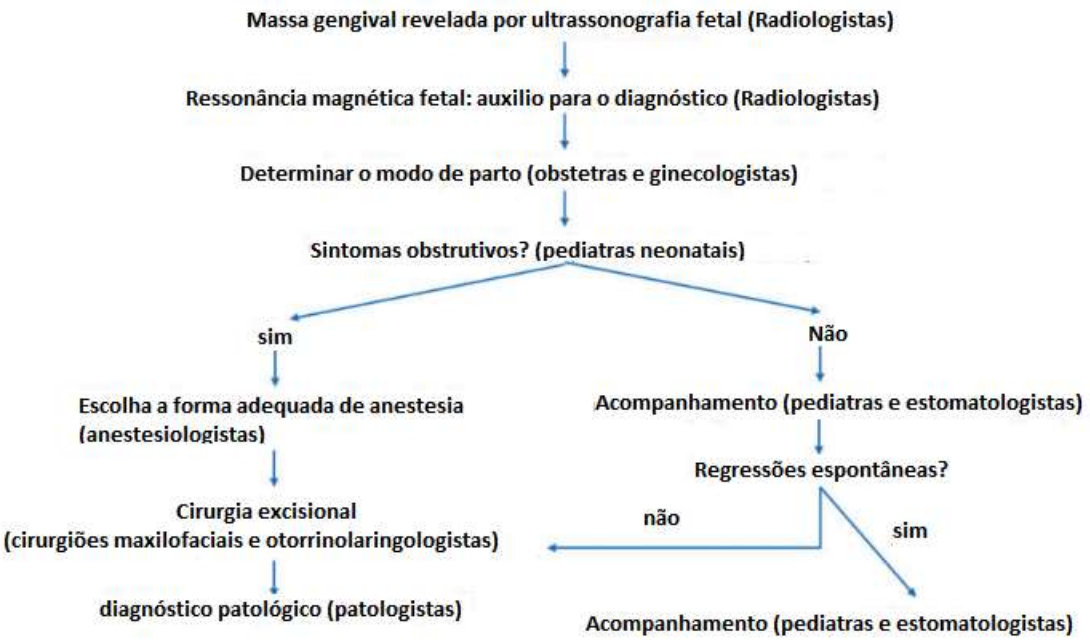


Figura 1. Sugestão de fluxograma multiprofissional para o gerenciamento da epúlide congênita; Baseado em: Ye Y, Tang R, Liu B, Li Y, Mo Y, Zhang Y[17].

3.2 Atuação do cirurgião dentista no pós-natal

No pós-natal, o cirurgião-dentista desempenha um papel crucial no diagnóstico da epúlide congênita (EC) e deve possuir o conhecimento necessário para tal. Esse diagnóstico é frequentemente realizado no ambiente hospitalar, à beira do leito, ou nas urgências do pronto atendimento.

O cirurgião-dentista também está envolvido na análise microscópica das patologias bucais, embora ainda haja resistência em encaminhar os pacientes a esse profissional.

3.2.1 Diagnóstico clínico

A EC é uma rara lesão dos tecidos moles vista apenas em fetos ou recém-nascidos[29] e observa-se, que comumente o diagnóstico é clínico[6,19,30,31], e é confirmado pelo exame anatomopatológico da excisão do espécime da biópsia[28,31,32]. Dessa forma, o diagnóstico geralmente é feito no período pós natal durante os cuidados neonatais[3,30]. O diagnóstico clínico da epúlide congênita pode, em geral, ser estabelecido com base em achados clínicos[1,4,6,33], e o seu diagnóstico diferencial com outros tumores gengivais irá depender do local de envolvimento, tamanho, velocidade de crescimento e possíveis lesões associadas[1,4]. Entretanto, é importante ressaltar que algumas lesões congênitas tendem a ocorrer predominantemente em determinadas regiões, como o rebordo alveolar e a língua, o que pode ajudar na identificação do diagnóstico diferencial mais provável em cada caso[1].

Ocasionalmente são encontrados múltiplos tumores que podem atrapalhar na respiração ou alimentação do recém-nascido, porém é mais comum que o tumor seja solitário[29]. O sexo feminino é afetado com mais frequência entre 10 a 8 casos para 1 caso nos homens[34].

A epúlide congênita visualmente, pode se assemelhar com diversas lesões intra orais, entre elas; pérolas de epstein, tumor de células

granulares, malformação vascular, tumores neuroectodérmicos da infância, nódulos de bohn, dentes natais, hemangiomas, granuloma piogênico, fibromatose gengival hereditária, linfangioma gengival, pólipos palatinos, rabdomiossarcoma embrionário, schwannomas, cistos exantemáticos, teratoma, rabdomioma, hibernoma e fibroma[6,34,35]

Em 12 artigos investigados desta revisão, os autores divergem entre as hipóteses diagnósticas. As mais citadas são respectivamente hemangioma, tumores neuroectodérmicos, mal formações linfáticas e cisto dermoide[16,19,23,28,30,36-38], enquanto, pérolas de epstein, rabdomiossarcoma e tumores de células granulares são os menos apontados[4,6,33].

3.2.2 Histopatológico

No passado, alguns especialistas em patologia associavam a EC, com o tumor de células granulares (TCG) como uma única lesão devido à semelhança observada sob análise microscópica de luz[39]. Alguns aspectos celulares foram destacados entre as duas no intuito de diferenciá-las, e observou-se que as células da EC são mais compactadas e homogêneas com margens lesionais mais circunscritas do que no TCG[39]. Ainda assim é um diagnóstico diferencial histopatológico da EC, devido as semelhanças[2,4,17,39,40], como também da ocorrência em fetos[19,29,41,42]. Observa-se que parecem entidades distintas, onde o TCG geralmente ocorre em adultos de 30 a 60 anos e raramente em crianças[40,43]. Ambas as lesões apresentam um citoplasma granular eosinofílico abundante, no entanto, podem ser diferenciadas tanto em termos histológicos quanto epidemiológicos[43].

Ainda que possam ter características semelhantes, a hiperplasia pseudo-epiteliomatosa ainda não foi relatada em diagnóstico confirmado de EC, sendo que para os TCG estão presentes em 50% dos casos[2,4,39]. Dessa forma, só os achados histológicos são semelhantes, e apontados como origem de diferentes derivações teciduais[44]. Dessa forma algumas hipóteses já foram sugeridas, incluindo origens do epitélio odontogênico, fibroblastos, histiócitos,

músculo liso, células nervosas, células endoteliais, pericitos, miofibroblastos e células mesenquimais indiferenciadas[39,45].

As hipóteses mais recentes de acordo com as pesquisas citam a origem mesenquimal, a partir de células primitivas[2,16], que foram alteradas decorrentes de fatores epigenéticos[16]. A influência para o desenvolvimento patogênico da EC é relatada como hormonal provindo da mãe[2,46] ou do feto[46], embora nunca foram encontrados traços de estrogênio e progesterona dentro da lesão[2]. Ainda assim não é possível excluir a hipótese, pois existe a influência de outros hormônios placentários e maternos[40].

O aspecto básico da epúlide congênita é caracterizado pela presença de células de tamanho ampliado, com forma arredondada ou poligonal, exibindo um citoplasma abundante de aspecto granular eosinofílico e núcleos com formato redondo ao oval[2,16,47]. Não há mitose celular, mas já foi relatado leve atipia no núcleo e envolvimento de pequenos nervos periféricos[40].

Em alguns casos, a EC pode apresentar diferentes características, como células fusiformes e fibrose bem desenvolvida[2,40] É sugerido que as células fusiformes podem indicar outros tipos de lesões, como o rabdomioma e o miofibroma infantil[2] ou ainda sugerir trauma ou lesão antiga[40]. As células do espécime da EC, geralmente são organizadas em ninhos ou bandas[2] e são citados os achados, como, fina rede vascular[2,4,32,40] o que explica a tendência ao sangramento[32], observa-se também a infiltração linfo-histiocítica[40] e a basofílica[17].

3.2.3 Imuno-histoquímica

O perfil imuno-histoquímico tem sido usado como um recurso importante para fazer o diagnóstico diferencial e se observa que pode ser um importante método complementar[42]. Considerando como principal diagnóstico diferencial o TCG, sua coloração pode permitir a diferenciação entre a EC[38]. Vered; Dobriyan; Buchner[39], fez um estudo profundo de coloração imuno-histoquimica e observou os principais marcadores para EC onde, aparecem

respectivamente, Vimentina, NSE (enolase específica de neurônio), CD-68, α1-antiquimiotripsina, α1- antitripsina e HLA-DR.

Vered; Dobriyan; Buchner[39], relata ainda que Vimentina é um marcador tradicional nos diagnósticos de epúlide e aparece como positivo em 93% dos relatos, seguido da NSE que ocorre em aproximadamente 48% dos casos. A positividade de NSE para fins de especificidade necessita de dois anticorpos, na qual um deles já se mostrou negativo para EC[39].

O marcador CD-68 (KP-1, Ki-M1P, PG-M1) está associado a coloração de lisossomos, principalmente associados aos macrófagos, e estão presentes em células neurais[39], aparecendo em diferentes estudos como positivo ou negativo para EC[43-45]. Segundo Kamineckl et al[38], poucos casos de EC na literatura foram positivos para CD-68 e as lesões tinham origem em língua. Kokubun et al[47], sugere que a positividade do CD-68 pode ocorrer nos casos de regressão espontânea de epúlide congênita. Essa informação pode estar atribuída a diferentes fatores como a heterogeneidade da EC em relação a localização da lesão ou ainda suas características histogênicas e morfológicas.

Observa-se que os TCG´s se originam das células de Schwann e apresentam coloração positiva para S-100 e laminina[6,46] já a EC é comumente negativa para S-100[6,38]. No entanto, pode ocorrer raramente quando associada com a diferenciação neural de origem intersticial[39]. Conforme sugerem Lee; Kim; Shin[48], a união dos marcadores positivos para S-100 e CD-68 pode indicar lesões histiocíticas ou melanomas granulares. Os marcadores S-100, CD-68 e NSE positivos, são os principais marcadores para o diagnóstico dos TCG e também os principais para confirmar o diagnóstico de EC em caso de resultados negativos[2].

Outros diagnósticos diferenciais também são considerados, entre eles os tumores da infância, como, odontomas de tecidos moles e os tumores neuroectodérmicos que podem apresentar S-100 positivo, porém também, apresentam HMB45, citoqueratinas, GFAP e sinaptofisina positivas[2]. As

citoqueratinas e o GFAP foram negativos em um estudo feito de 1990 a 2008[39]. Nos casos onde a EC revela células fusiformes e fibrose a actina seria positiva podendo sugerir um diagnóstico de rabdomioma ou miofibroma infantil[39]. A desmina também é uma proteína comumente negativa[34,38,39,47], dessa forma, sugere excluir uma origem miofibroblástica[34].

No entanto, o significado deste achado não é claro e pode refletir mudanças reativas locais[38]. Embora ainda haja incerteza sobre a origem celular da epúlide congênita, acredita-se amplamente que seja uma lesão não neoplásica[39].

3.2.4 Manejo da lesão e proservação

As abordagens comumente vistas para o tratamento da lesão consiste na remoção cirúrgica completa[1,40] ou parcial realizada sob anestesia geral[1,9,17] ou local[1,3], logo após o nascimento, em um período de horas ou dias. As lesões pequenas(<2cm) podem regredir espontaneamente, como observado em aproximadamente 8 dos 200 casos relatados[1,16]. Quando a lesão for grande ou interferir na alimentação e respiração, o tratamento será a excisão cirúrgica, devido aos riscos de obstrução das vias aéreas e dificuldades na alimentação[49].

O eletrocautério[15] e laser de dióxido de carbono ajustado para onda contínua de 15 watts, foram relatadas sem intercorrências[1]. O eletrocautério é relatado como uma modalidade não rentável quando se utiliza a agulha patenteada, no entanto, o mesmo autor sugere uma modificação utilizando agulha de microdissecção calibre 21, na qual obteve sucesso em seu caso[6].

Não foram relatados, recorrência da lesão e danos à futura dentição[17] transformação maligna ou recidiva após excisão cirúrgica[2,6], mesmo removendo parcialmente a lesão[1,40].

RECH et al[42], relatou sem ocorrência de recidivas, um acompanhamento clínico de 9 anos de uma epúlide congênita em maxila na

qual, foi removida através de excisão cirúrgica. DAMANTE et al[45] acompanhou por 4 anos um caso de múltiplos tumores, no qual também não houve recidiva.

Devido à natureza inofensiva da lesão de células granulares congênitas, alguns autores não recomendam a excisão cirúrgica, pois afirmam que lesões pequenas tendem a regredir e desaparecer espontaneamente, indicando a exérese completa, quando há dificuldade na alimentação ou na respiração do recém-nascido[6,9]. Outros autores preconizam o procedimento cirúrgico assim que a lesão é observada mesmo sem interferências fisiológicas[37]. Caso o tratamento optado seja por excisão, este deve ser limitado apenas à lesão[2,4,7].

O manejo e acompanhamento da epúlide congênita é de interesse multidisciplinar, pois muitos profissionais estão envolvidos com o pré-natal e o parto. Uma boa interação e planejamento entre os profissionais envolvidos com o pré-natal e os envolvidos no tratamento da lesão otimizarão as abordagens diagnósticas e terapêuticas[2,4].

Embora esta lesão tenha uma aparência impactante e angustiante, o seu curso e comportamento é benigno e não progressivo após o nascimento e desenvolvimento da criança. Após o tratamento cirúrgico de remoção da lesão, é demonstrado uma evolução e prognóstico excelentes, sem associação com síndromes, alterações genéticas ou degenerações malignas[14].

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de estudos sobre a atuação pré-natal para doenças congênitas pelo cirurgião-dentista no SUS é evidente. Pensamos que o dentista da atenção primária possa ter papel mais significativo durante as consultas do pré-natal odontológico e no diagnóstico de tumores orais. A EC tem sua evolução benigna, e ao nascimento quando pequena, tende a involuir, ainda assim fatores emocionais paternos contribuem para a decisão de sua remoção, já os maiores necessitam de tratamento cirúrgico, quando comprometem funções fisiológicas. Os biomarcadores S-100, NSE e CD-68 são úteis para o diagnóstico diferencial com o tumor de células granulares e também descartam inicialmente outras neoplasias. Apesar dos vários diagnósticos diferenciais clínicos e histopatológicos, a conduta de excisão cirúrgica por parte do cirurgião dentista no pós-natal raramente mudará.

5. REFERÊNCIAS

1. Prathima G, Kavitha M, Babu E, Kamalasanan G. Congenital Epulis of the Newborn: A Case Report and Literature Review. Int J Clin Pediatr Dent. 2021;14(6):833–7.

2. Torresani E, Girolami I, Marletta S, Eccher A, Ghimenton C. Congenital granular cell epulis of newborn: importance of prenatal diagnosis. Pathologica. 2021;113(4):280–4.

3. Kayiran SM, Buyukunal C, Ince U, Gürakan B. Congenital epulis of the tongue: A case report and review of the literature. JRSM Short Rep. 2011;2 (7):1–3.

4. Yuwanati M, Mhaske S, Mhaske A. Congenital granular cell tumor - a rare entity. J neonatal Surg. 2015; 4(2):17.

5. Nagpal R, Suryawanshi P, Malshe N, Godse A, Kalra V. Congenital epulis: Case report and literature review. Indian J Neonatal Med Res. 2013;1(1):18–20.

6. Sarangal H, Namdev R, Singh V, Devi A. Management of Congenital Epulis: A Case Report with Review of Literature. J South Asian Assoc Pediatr Dent. 2018;1(2):58–60.

7. Jenkins HR, Hill CM. Spontaneous regression of congenital epulis of the newborn. Arch Dis Child. 1989;64(1):145–7.

8. Ritwik P, Brannon RB, Musselman RJ. Spontaneous regression of congenital epulis: a case report and review of the literature. J Med Case Rep. 2010;4(1):331.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. 2004;16.

10. Marques CPC. Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha. Univ Fed do Maranhão. 2015;43.

11. Aguiar NL, Rocha SJA da, Pontes LCF, Carvalho TLGS de, Rodrigues LS, Machado MF de O. Pré-natal odontológico em serviços públicos de saúde. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2023;23(2):e11616.

12. Costello BJ, Edwards SP, Clemens M. Fetal Diagnosis and Treatment of Craniomaxillofacial Anomalies. J Oral Maxillofac Surg. 2008;66(10):1985–95.

13. Telessaúde S. Quantas vezes e em que período gestacional deve-se solicitar ultrassonografia obstétrica?. BVS atenção primária em saúde. 2018 [cited 2023 May 14].

14. Silva GCC, Vieira TC, Vieira JC, Martins CR, Silva EC. Congenital granular cell tumor (congenital epulis): a lesion of multidisciplinary interest. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12(6):E428-30.

15. Chapman MC, Soares BP, Li Y, Shum DJ, Glenn OA, Glastonbury CM, et al. Congenital Oral Masses: An Anatomic Approach to Diagnosis. Radiographics. 2019;39(4):1143–60.

16. Bernaola-Paredes W, da Silva Conceição M, Moreira S, Aparecida Souza A, Souza Pina P, Azevedo L. Clinical and histopathological features of congenital epulis in a newborn submitted to laser surgery. J Oral Maxillofac Pathol. 2022;26(5):77.

17. Ye Y, Tang R, Liu B, Li Y, Mo Y, Zhang Y. Prenatal diagnosis and multidisciplinary management: a case report of congenital granular cell epulis and literature review. J Int Med Res. 2021;49(10):3000605211053769.

18. Williams RW, Grave B, Stewart M, Heggie AA. Prenatal and postnatal management of congenital granular cell tumours: a case report. Br J Oral Maxillofac Surg. 2009;47(1):56–8.

19. Jain N, Sinha P, Singh L. Large Congenital Epulis in a Newborn: Diagnosis and Management. Ear Nose Throat J. 2020;99(7):NP79–81.

20. Cheung JM, Putra J. Congenital Granular Cell Epulis: Classic Presentation and Its Differential Diagnosis. Head Neck Pathol. 2020;14(1):208–11.

21. Abdul Rahman NY, Ismail H, Mohamad I, Yusof S, Mohamad H. Congenital mandibular epulis – A rare oral lesion in a newborn. Egypt J Ear, Nose, Throat Allied Sci. 2015;16(3):295–8.

22. Frisova V, Prosova B, Mahdian N, Kyncl M, Vlk R, Rocek M. Prenatal diagnosis of congenital epulis by 2D/3D ultrasound and magnetic resonance. Fetal Diagn Ther. 2013;33(4):272–6.

23. Messina M, Severi FM, Buonocore G, Molinaro F, Amato G, Petraglia F. Prenatal diagnosis and multidisciplinary approach to the congenital gingival granular cell tumor. J Pediatr Surg. 2006;41(10):e35–8.

24. Deus CBD de, Silva JVU, Oliva AH de, Nunes WJA, Okamoto R. Extensa epúlide congênita em uma recém-nascida: diagnóstico e tratamento de uma lesão rara. Res Soc Dev. 2021;10(2):e6910212324.

25. Küpers AM, Andriessen P, Van Kempen MJP, Van Der Tol IGH, Baart JA, Dumans AG, et al. Congenital epulis of the jaw: A series of five cases and review of literature. Pediatr Surg Int. 2009;25(2):207–10.

26. Saki N, Araghi S. Multiple Congenital Epulis in Alveolar Ridges of Maxilla and Mandible in a Newborn: A Rare Case Report. Case Rep Otolaryngol. 2014; (2014)1–3.

27. Laje P, Howell LJ, Johnson MP, Hedrick HL, Flake AW, Adzick NS. Perinatal management of congenital oropharyngeal tumors: The ex utero intrapartum treatment (EXIT) approach. J Pediatr Surg. 2013;48(10):2005–10.

28. Johnson KM, Shainker SA, Estroff JA, Ralston SJ. Prenatal Diagnosis of Congenital Epulis: Implications for Delivery. J Ultrasound Med. 2017;36(2):449–51.

29. Bang KO, Bodhade AS, Dive AM. Congenital granular cell epulis of a newborn. Dent Res J (Isfahan). 2012;9(Suppl 1):S136-8.

30. Kim Y-D, Kim H-J, Lee N-K, Ha W-H, Lee C-H, Park S-E. Congenital epulis: prenatal ultrasonographic and postnatal MR features with pathologic correlation. Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. 2008;106(5):743–8.

31. Gnassingbe K, Mihluedo-Agbolan KA, Bissa H, Amegbor K, Noumedem NB lanchar, Egbohou P, et al. Congenital giant epulis obstructing oral cavity: newborn emergency. Pan Afr Med J. 2014;17:195.

32. Kumar R, Jaiswal S, Singhal A, Garg R. Congenital granular cell lesion: A rare tumor of new born. J Oral Maxillofac Pathol. 2013;17(3):440.

33. Küpers AM, Andriessen P, van Kempen MJP, van der Tol IGH, Baart JA, Dumans AG, et al. Congenital epulis of the jaw: a series of five cases and review of literature. Pediatr Surg Int. 2009; 25(2): 207–10.

34. Gupta O, Arora R, Gupta K, Sharma U. Congenital granular cell lesion in newborn mandible. Niger J Clin Pract. 2013;16(3):401.

35. González-Salazar F. Épulis congénito del recién nacido, criterios para el abordaje. Reporte de caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2021;58(2):212–5.

36. Kumar P, Kim HHS, Zahtz GD, Valderrama E, Steele AM. Obstructive Congenital Epulis: Prenatal Diagnosis and Perinatal Management. Laryngoscope. 2002;112(11):1935–9.

37. Jiang L, Hu B, Guo Q. Prenatal sonographic diagnosis of congenital epulis. J Clin Ultrasound. 2011;39(4):217–20.

38. Kaminecki I, Xu W, Abbas SH, Kale M. Newborn with a rare congenital granular cell lesion of the tongue. BMJ Case Rep. 2018;11(1):e226777.

39. Vered M, Dobriyan A, Buchner A. Congenital granular cell epulis presents an immunohistochemical profile that distinguishes it from the granular cell tumor of the adult. Virchows Arch. 2009;454(3):303–10.

40. Conrad R, Perez MCN. Congenital Granular Cell Epulis. Arch Pathol Lab Med. 2014;138(1):128–31.

41. Roesch S, Dejaco M, Hauser-Kronberger C, Rasp G. Congenital granular cell tumor with uncommon clinical behavior. Laryngoscope. 2013;123(10):2459–62.

42. Rech B, Espezim C, Marodin A, Ishikawa K, Camargo A, Meurer MI, et al. Rare Benign Tumor in a Newborn: a Case Report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2018;126(3):e45.

43. Aparna H, Jayanth B, Shashidara R, Jaishankar P. Congenital Epulis in a Newborn: A Case Report, Immunoprofiling and Review of Literature. Ethiop J Health Sci. 2014;24(4):359.

44. Zhang B, Tan X, Zhang K, Li Y, Chen J, Zhang F. A study of cell proliferation using immunohistological staining: A case report of congenital granular cell epulis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016;88:58–62.

45. Damante JH, de Souza Tolentino E, Mazzottini R, Monteiro-Amado F, Fleury RN, Soares CT. Congenital Granular Cell Lesion: Clinical, Microscopic and Immunohistochemical Aspects in a Case of Multiple Lesions. J Clin Pediatr Dent. 2011;36(1):71–4.

46. Halka J, Chaiyasate K. Congenital Epulis. Eplasty. 2016;16:ic8.

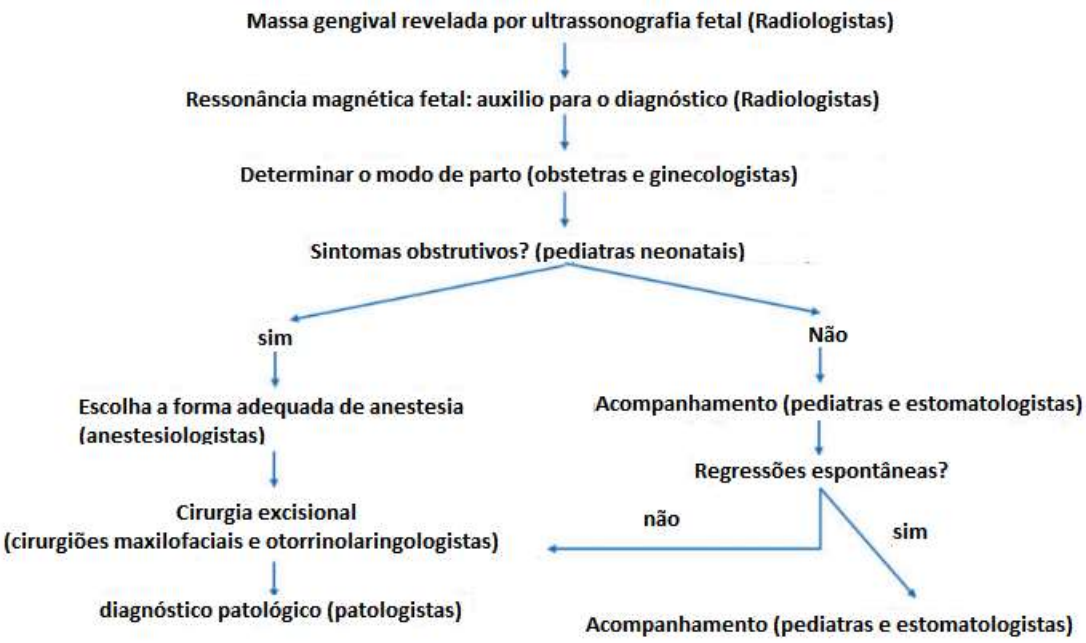
47. Kokubun K, Matsuzaka K, Akashi Y, Sumi M, Nakajima K, Murakami S, et al. Congenital Epulis: A Case and Review of the Literature. Bull Tokyo Dent Coll. 2018;59(2):127–32.

48. Lee J-M, Kim U-K, Shin S-H. Multiple congenital epulis of the newborn: A case report and literature review. J Pediatr Surg Case Reports. 2013;1(3):32–3.

49. Santos MR dos, Lopes KM, Franchim GH, Milani B de A, Morando FS, Jorge WA. Lesão de células granulares congênita : relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac, Camaragibe. 2010;10(1):35–8.

ANEXOS

ANEXO A - Sugestão de fluxograma multiprofissional para o gerenciamento da epúlide congênita.



AGRADECIMENTOS

Chega ao fim uma etapa de significado ímpar em minha jornada. A graduação na área da saúde transcende a aquisição de conhecimento; ela nos permite vislumbrar a essência do ser humano, desde a empatia até o cuidado dedicado. Essa caminhada demandou de mim esforço incansável e disciplina inabalável. Nesse momento de gratidão, desejo iniciar meus agradecimentos pela minha mãe Janice Espindula, cuja presença constante em minha vida foi sinônimo de acolhimento e apoio incondicionais. Sem a sua dedicação, não teria sido possível completar essa etapa gloriosa. Agradeço também ao meu amado companheiro, Cleiton Manoel, que, mesmo diante dos momentos adversos, soube separar as agruras para me oferecer o apoio imprescindível durante toda a trajetória. Sem a sua presença, meu êxito não teria sido pleno. Expresso minha gratidão aos meus queridos irmãos, Patrícia Costa e Patrick Costa, por estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis e por fortalecerem minha caminhada com seu amor e suporte incondicionais.

Aos meus colegas de graduação, compartilho minha profunda gratidão pela companhia ao longo desses cinco anos de árduo percurso. Em especial, gostaria de expressar minha imensa gratidão às amigas Pâmela de Oliveira e Kelsea Sousa, cuja presença foi constante e enriquecedora, dentro e fora das dependências acadêmicas. Também não posso deixar de mencionar meu amigo e parceiro de TCC, Marlon Rocha, pelo seu apoio incansável e comprometimento admirável. Agradeço igualmente aos colegas Carlos Paixão e Ana Carolina Cunha, que compartilharam comigo a experiência nos atendimentos clínicos, formando uma dupla dedicada e profissional.

Minha gratidão se estende ao programa "Novos Valores do Estado de Santa Catarina", por proporcionar a oportunidade de estagiar no Hospital Infantil Joana de Gusmão, e aos mestres da odontologia, Dra. Catherine Schmitz Espezim e Dr Levy Hermes Rau, dedico-lhes minha eterna gratidão

por todos os ensinamentos transmitidos e pela confiança depositada em mim durante os três anos de estágio.

Aos professores, expresso meu agradecimento sincero pelas correções e pelos ensinamentos valiosos que aprimoraram minha formação profissional. De forma especial, gostaria de agradecer à minha orientadora de TCC e da vida, Dra. Bruna Rech, por seu apoio e orientações preciosas, mesmo no curto período de tempo que lhe coube. Seu suporte e incentivo foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Por fim, dirijo minha gratidão a Deus, que me concedeu saúde e força para superar todos os obstáculos ao longo dessa jornada desafiadora. Que esses agradecimentos reflitam a profunda gratidão que carrego em meu coração e que minha conquista possa inspirar e motivar outros a perseguirem seus sonhos com dedicação e determinação.

Obrigado!

Paulo Antônio da Costa.

AGRADECIMENTOS

Uma nova etapa vencida, uma segunda graduação e com isso mais um ciclo concluído com grande êxito. Primeiramente agradeço à espiritualidade mestra, pelo dom da minha vida e da resiliência, por me permitir vencer todos os obstáculos encontrados ao longo da realização de mais uma formação acadêmica. Agradeço à minha família, meus pais Altair e Sirlei, meus irmãos Sabrina, Ingrid e Rodrigo, que sempre me incentivaram e acreditaram em mim, com muito zelo e amor.

Aos meus amigos, fiéis escudeiros, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período do curso. Aos professores, por todos os ensinamentos e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado. Em especial, a nossa orientadora deste trabalho, Profª Dra. Bruna Rech, que nos conduziu com paciência e dedicação, sempre disponível a compartilhar todo o seu vasto conhecimento.

Aos meus colegas de turma, com quem convivi intensamente durante os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como profissional, mas também como pessoa. Em especial à Vanessa Fortes, minha amiga e dupla ao longo das clínicas, que tanto suportou o fardo ao meu lado, me dando suporte sempre que necessário e também ao Paulo Costa, meu amigo e dupla de TCC, pelo exemplo de dedicação e persistência.

Ao meu amor, Stefano, pela dedicação, companheirismo e por acreditar tanto em mim. Ter você ao meu lado ao final dessa fase e no início de uma nova profissão, faz toda a diferença. E por fim, aos meus pacientes e a todos aqueles que participaram, direta ou indiretamente em meu desenvolvimento acadêmico e profissional, principalmente nas clínicas, confiando e enriquecendo o meu processo de aprendizado.

Obrigado!

Marlon Rocha.

ANEXO V

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA TCC

Aluno1: _____

Aluno2: _____

Aluno3: _____

Aluno4: _____

Título:

_____

_____

Avaliador: _____

ARTIGO CIENTÍFICO		
Critérios de avaliação	**Peso**	**Nota atribuída**
1. Título e subtítulo: É pertinente ao trabalho apresentado e está elaborado de forma objetiva?	1,0	
2. Resumo e descritores: O resumo apresenta os aspectos fundamentais do TCC: (breve introdução, objetivos, metodologia, principais resultados e conclusão)? O texto é claro e apresenta a proposta de estudo?	4,0	

3. Introdução: O problema de pesquisa está declarado e contextualizado? O referencial teórico subsidia a proposta de estudo do autor? A justificativa é consistente?	4,0	
4. Objetivos: Os objetivos estão elaborados corretamente e são pertinentes?	3,0	
5. Metodologia: O percurso metodológico está apresentado de forma clara e detalhado?	2,0	
6. Resultados/Discussão: O referencial teórico é relevante e subsidia o estudo do autor? As articulações teóricas são feitas de modo claro e sem contradições?	8,0	
7. Considerações finais: A conclusão responde à hipótese inicial ou conclui de forma clara à proposta de revisão?	3,0	
8. Redação Científica: O trabalho prima pelo uso	3,0	

correto da língua portuguesa e pelos princípios da redação científica?		
9. O trabalho prima pelo rigor científico? Rigor metodológico, ausências de inferências não comprovadas cientificamente. O trabalho é coerente com a proposta?	2,0	
NOTA FINAL	30,0	

_____, ____ de _____de _____

ANEXO VI

APRESENTAÇÃO ORAL DO TCC		
Critérios de avaliação	**Peso**	**Nota atribuída**
1. Desenvoltura na apresentação (postura; linguagem clara e objetiva)	3,0	
2. Clareza da apresentação (clareza na exposição dos conteúdos)	4,0	
3. Qualidade da apresentação (recursos utilizados)	3,0	
4. Conhecimento e domínio do assunto (domínio das informações relativas ao trabalho)	4,0	
5. Argumentação de defesa do trabalho (segurança nas explicações e respostas)	3,0	
6. Adequação do tempo (15 minutos)	3,0	
NOTA FINAL	20,0	

Avaliador:_____

ANEXO VII

RESULTADO DA AVALIAÇÃO

Existem 2 opções de resultado da avaliação: aprovado ou reprovado.
Em caso de aprovação, os membros da banca deverão expor a nota referente ao trabalho escrito e a nota da apresentação oral. Caso o aluno seja reprovado, a banca deverá justificar a reprovação do trabalho.

APROVADO (escrever a nota no interior do retângulo)
Nota do Orientador: (máximo de 50 pontos): _____
Trabalho Escrito (máximo 30 pontos) – Nota atribuída: _____
Trabalho Oral (máximo 20 pontos) – Nota atribuída: _____

REPROVADO
JUSTIFICATIVA:_____
_____
_____

BANCA EXAMINADORA:
Nome:_____
Assinatura:_____

Nome:_____
Assinatura:_____

Nome:_____
Assinatura:_____

_____, ____ de _____de _____