

CASO CLÍNICO

Épulis congénito del recién nacido, una sorpresa para el Neonatólogo Congenital epulis of the newborn, a surprise to the neonatologist

Federico Bareiro Jara¹

RESUMEN

El épulis congénito del recién nacido es un tumor benigno, pediculado, de consistencia firme y tamaño variable, poco frecuente, de presentación bucal que tiene predilección por el sexo femenino. Se localiza habitualmente en la zona anterior y superior del maxilar superior. En caso de ser de gran tamaño puede interferir en la alimentación y dificultar la alimentación del neonato. La resección quirúrgica es el mejor tratamiento. El presente trabajo expone un caso y hace una revisión de la literatura.

Palabras clave: épulis congénito, recién nacido, tumor benigno, maxilar superior

ABSTRACT

The congenital epulis of the newborn is a benign tumor, pedunculated, with a hard consistency and variable size rare, oral and of presentation that has a predilection for females. It is usually located in the anterior and superior maxilla. In case of big size it can interfere with feeding and can cause difficult neonatal feeding. Surgical resection is the best treatment. In this paper we presents a case and a review of the literature.

Keywords: congenital epulis, newborn, benign tumor, maxilla.

INTRODUCCIÓN

El épulis congénito del recién nacido, tumor gingival de células granulares o tumor de Neumann es un tumor benigno muy poco frecuente. Fue descrito por primera vez por Neumann¹ en 1871. Se presenta en el recién nacido, siendo el lugar de aparición más frecuente el borde alveolar de la región incisivo-canina del maxilar superior, en una proporción 2:1 frente al inferior². Suele presentarse mayormente en el sexo femenino y lo hace como una formación pediculada, blanquecina, de tamaño variable entre unos milímetros hasta varios centímetros, comprometiendo por su localización, en los casos más grandes, la alimentación e incluso la respiración del recién nacido^{2,3}.

Caso clínico

Madre de 24 años de edad, procedente de la ciudad de Itaiguá, con educación secundaria completa, soltera, gestaciones: 2, parto: 1, aborto: 1, 8 controles prenatales, grupo sanguíneo: "B" positivo, consulta por gestación con bolsa íntegra, edad gestacional: 37,5 sem. por fecha de última menstruación y ecografía, con laboratorios normales, VDRL no reactiva, sin datos de infección ni otras patologías. Presenta parto de comienzo espontáneo, terminación cesárea, presentación pelviana (motivo de la intervención), líquido claro, se desconocen signos de sufrimiento fetal.

El recién nacido es de sexo femenino, con peso: 3,500 g; talla: 49 cm; perímetro cefálico: 38 cm; edad gestacional: 37,5 sem. Apgar 8/9. Se realizan maniobras de atención inmediata presentando distrés respiratorio, no superando a las 2 hs por lo que se decide su internación y queda con O₂ en halo cefálico, que requirió por dos días.

En su 3er día de vida se realiza interconsulta maxilofacial, se encuentra hemodinámicamente estable, eupneico, con buena dinámica respiratoria, diuresis y catarsis presentes, activo, reactivo, alimentación con pecho materno exclusivo con buena tolerancia y sin dificultad para la succión ni deglución.

A la inspección física bucal se constata una tumoración mucosa redondeada pediculada de color rosa pálido, superficie lisa y consistencia fibroelástica de aproximadamente 1 cm de diámetro que asienta en reborde alveolar inferior, sector anterior. (Fig. 1)

Se programa cirugía 22 días posterior a la inspección clínica. Fue intervenido bajo anestesia general con intubación orotraqueal (Fig. 2) colocándose tapón faríngeo; se infiltró lidocaína al 2% con epinefrina en la base del tumor. Se colocó una rienda de sujeción (Fig. 3) del épulis y se extirpó (Fig. 4) el tumor realizándose hemostasia con electrocauterio. Se suturó con vicryl 4 ceros (Fig. 5). Post operatorio bueno, sin particularidades y externación a las 24 hs post quirúrgica y bajo indicaciones. Control ambulatorio a distancia (Fig. 6).



Fig. 1. Visión intraoral de la lesión



Fig. 2. Intubación orotraqueal

1. Servicio de Cirugía Bucal Maxilofacial. Departamento de Odontología. Hospital Nacional. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Itaiguá, Paraguay)
Correo electrónico: federicobareiro@gmail.com

Artículo recibido: 15 de Octubre de 2015. Artículo aprobado: 27 de noviembre de 2015.

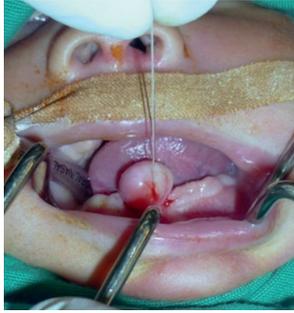


Fig. 3. Rienda de sujeción



Fig. 4. Exéresis de la tumoración



Fig. 5. Sutura



Fig. 6. Control post operatorio

DISCUSIÓN

El épulis congénito es un tumor benigno relativamente raro, que se da exclusivamente en recién nacidos afectando en el 85% de los casos al sexo femenino⁴, hecho que ha dado lugar a publicaciones que sugieran la posibilidad que el crecimiento del tumor estuviera relacionado con la existencia de receptores hormonales estrogénicos en el tumor, dato que ha sido avalado por estudios posteriores⁵.

Tiene una base pediculada, es de superficie lisa y de tejido blando, que surge de la mucosa alveolar, maxilar o mandibular⁶. Se considera como una malformación del blastema dental, es decir, una masa de protoplasma vivo capaz de crecer y diferenciarse específicamente del material celular primordial indiferenciado a partir del que se desarrolla un órgano o tejido particular por esa razón se lo puede considerar como un hamartoma embrional y no como una neoplasia verdadera⁷. Histológicamente se caracteriza por una proliferación de células de morfología poligonal, núcleo oval y citoplasma granular que ocupan toda la dermis, con una epidermis suprayacente de características normales. Entre ese infiltrado difuso de células también es característico la existencia de una fina trama de capilares neoformados. Comparte características histológicas con el tumor de células granulosas adquirido (tumor de Abrikosoff), donde se observa hiperplasia pseudoepiteliomatosa del epitelio y no se aprecia aumento del entramado vascular. Aplicando técnicas de inmunohistoquímica se demuestra que el tumor de células granulosas adquirido tiene origen neuroectodérmico con intensa positividad para la proteína S-100 específica de la células de Schwann, en tanto en el épulis congénito no se demuestra positividad para esta proteína lo que descarta su origen neurogénico; tampoco se demuestra positividad para los marcadores histológicos miogénicos⁸. La microscopía electrónica demuestra que estos tumores se originan desde las células estromales gingivales como fibroblastos, histiocitos o precursores comunes, lo que sugiere que el tumor es reactivo por naturaleza⁹. La teoría de origen reactivo está soportado por la falta de crecimiento después del nacimiento, la ausencia de la recurrencia con la resección incompleta y los informes de regresión espontánea^{9,10}.

El diagnóstico de épulis se basa en la inspección clínica y se confirma por el examen histológico. Otros diagnósticos diferenciales incluyen el hemangioma, mioblastoma, linfoma, fibroma, rabdomioma, granuloma, quiste gastrointestinal heterotópico, y perlas de Epstein¹¹. Han habido informes de diagnóstico prenatal por ultrasonidos entre las 24 y 31 semanas¹². En estos informes, la masa fue descrita como una lesión lisa, lobulada, de ecogenicidad mixta que sobresale de la boca del feto.

La evaluación antenatal es muy importante en la toma de decisión del tipo de parto. Una lesión de dimensiones importantes puede conducir a una cesárea. El riesgo de complicaciones respiratorias, como obstrucción, asfixia o incluso muerte neonatal deberá también ser considerado en estos casos. El diagnóstico antenatal de una lesión de dimensiones considerables deberá conducir a la madre a un hospital de nivel terciario que tenga un equipo multidisciplinar (anestesiólogo, medicina materno-fetal, neonatólogo, cirujano maxilofacial) que pueda valorar, decidir y actuar de forma adecuada¹³.

Cuando la lesión compromete la respiración o alimentación del recién nacido, se plantea su exéresis quirúrgica precoz¹³,

incluso durante el parto si el diagnóstico es antenatal¹⁴. En los restantes casos debe planificarse su exéresis para los primeros meses de vida, para permitir el diagnóstico diferencial con las lesiones anteriormente descritas. El desarrollo dental suele ser normal cuando se realiza la cirugía de exéresis precozmente¹⁴.

REFERENCIAS

1. Neumann E. Elin Fall von congenitaler epulis. Arch Heilk 1871;12:189
2. Eppley BL, Sadove AM, Campbell A. Obstructive congenital epulis in a newborn. Ann Plast Surg 1991;27(2):152-155.
3. Blinkhorn AS, Attwood D. Congenital epulis interfering with feeding in a day-old baby girl. Dent Update 1990;17(8):346.
4. Fuhr AH, Krogh PHJ. Congenital epulis of the newborn: Centennial review of the literature and report of case. J. Oral Surg. 1972; 30(1):30-5
5. Leck EE, Perez Ataíde AR, Mc Gill TJ, Vawiwe GF. Gingival granular cell tumor of the newborn (congenital epulis) ultrastructural observations relating to histogenesis. Human Pathology. 1982;13(7):686-689
6. Figüeroa WLR, Ferelle A, Myaki I. Odontología para el bebé. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica Colombia. 2000. p. 235-260.
7. Diccionario Mosby: medicina, enfermería y ciencias de la salud. Vol. II. 6ª ed. España: Elsevier, 2005.
8. Stewart CM, Watson RE, Eversole LR, Fischlschweiger W, Leider AS. Oral granular cell tumours: a clinicopathologic and immunocytochemical study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988;65(4):427-435
9. Jenkins HR, Hill CM. Spontaneous regression of congenital epulis of the newborn. Arch Dis Child 1989;64(1):145-147
10. O'Brien FV, Pielou WD. Congenital epulis: its natural history. Arch Dis Child 1971;46(248):559-560
11. Douglas DD, Cibull ML, Geissler RH, Neville BW, Bowden M, Lehmann JE. Investigation into the histogenesis of congenital epulis of newborn. J. Oral Surg. 1993;76 (2):205 - 212
12. Lopez de Lacalle JM, Aguirre I, Irizabal JC, Nogues A. Congenital epulis: prenatal diagnosis by ultrasound. Pediatr-Radiol 2001;31(6):453-454
13. Kumar P, Kim HH, Zahtz GD, Valderrama E, Steele AM. Obstructive congenital epulis: prenatal diagnosis and perinatal management. Laryngoscope. 2002;112(11):1935-9.
14. Olson JL, Marcus JR, Zuker RM. Congenital epulis. J Craniofac Surg. 2005;16(1):161-164.