

Granuloma ulcerativo traumático con eosinofilia estromal da língua: relato de um caso num doente pediátrico

Yurgen Torrez Velásquez¹ , Mariela Jiménez Chacón¹ , Yadira Boza Oreamuno¹ .

Resumo: Introdução: O granuloma ulcerativo traumático com eosinofilia estromal (TUGSE) é uma lesão benigna rara da mucosa oral, caracterizada por um curso clínico prolongado e achados histopatológicos que podem mimetizar processos malignos. A sua apresentação na população pediátrica é pouco frequente, o que pode dificultar o seu reconhecimento e tratamento atempado. Relatamos um caso pediátrico de TUGSE para facilitar a sua identificação clínica e histopatológica e realçar a sua importância no diagnóstico diferencial das úlceras orais crônicas. **Apresentação do caso:** Um rapaz de 8 anos apresentou-se com um historial de três meses de úlcera lingual progressiva, refratária ao tratamento tópico. O exame revelou uma úlcera oval com bordos endurecidos, e os exames laboratoriais iniciais mostraram apenas uma inflamação ligeira. Face às alterações clínicas, foram considerados os diagnósticos diferenciais de úlcera traumática crónica, distúrbio linfoproliferativo e lesão epitelial neoplásica. Foi realizada uma biópsia, tendo a análise histopatológica revelado uma úlcera com fibrina, fibrose e escasso exsudato, para além de resultados negativos para CD30 e EBER e positivos para CD68, compatíveis com TUGSE na fase cicatricial. A evolução foi favorável, com cicatrização completa e sem recidiva em dois anos. **Conclusões:** Este caso realça a importância de reconhecer a TUGSE como uma entidade benigna que pode mimetizar os processos neoplásicos, especialmente em crianças, e enfatiza o valor do exame histopatológico para estabelecer um diagnóstico preciso e orientar o tratamento adequado.

Palavras-chave: Criança, Eosinofilia, Granuloma, Patologia, Doenças da língua.

Granuloma ulcerativo traumático con eosinofilia estromal en lengua: reporte de caso en un paciente pediátrico

Resumen: Introducción: El granuloma ulcerativo traumático con eosinofilia estromal (TUGSE) es una lesión benigna e infrecuente de la mucosa oral, caracterizada por un curso clínico prolongado y hallazgos histopatológicos que pueden simular procesos malignos. Su presentación en población pediátrica es poco común, lo que puede dificultar el reconocimiento y manejo oportuno. Se reporta un caso pediátrico de TUGSE para facilitar su identificación clínica e histopatológica y resaltar su importancia en el diagnóstico diferencial de úlceras orales crónicas. **Presentación de caso:** Niño de 8 años presentó una úlcera lingual de tres meses, progresiva y refractaria a tratamiento tópico. La exploración mostró una úlcera ovalada con bordes indurados, y los exámenes de laboratorio iniciales solo evidenciaron inflamación leve. Ante cambios clínicos, se establecieron diagnósticos diferenciales de úlcera traumática crónica, proceso linfoproliferativo y lesión epitelial neoplásica. Se realizó biopsia, cuyo análisis histopatológico mostró una úlcera con fibrina, fibrosis y exudado escaso, junto con CD30 y EBER negativos y CD68 positivo, compatibles con TUGSE en fase cicatricial. La evolución fue favorable, con cicatrización completa y sin recidiva en dos años. **Conclusiones:** Este caso resalta la importancia de reconocer la TUGSE como una entidad benigna que puede simular procesos neoplásicos, especialmente en niños, y enfatiza el valor del examen histopatológico para establecer un diagnóstico preciso y orientar un manejo adecuado.

Palabras clave: Niño, Eosinofilia, Granuloma, Patología, Enfermedades de la lengua.

¹Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica

Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia of the tongue: case report in a pediatric patient

Abstract: Introduction: Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia (TUGSE) is a rare, benign lesion of the oral mucosa, characterized by a prolonged clinical course and histopathological findings that can mimic malignant processes. Its presentation in the pediatric population is uncommon, which can hinder its recognition and timely management. We report a pediatric case of TUGSE to facilitate its clinical and histopathological identification and highlight its importance in the differential diagnosis of chronic oral ulcers. **Case presentation:** An 8-year-old boy presented with a three-month history of a progressive lingual ulcer that was refractory to topical treatment. Examination revealed an oval ulcer with indurated borders, and initial laboratory tests showed only mild inflammation. Given the clinical changes, differential diagnoses of chronic traumatic ulcer, lymphoproliferative disorder, and neoplastic epithelial lesion were considered. A biopsy was performed, and histopathological analysis showed an ulcer with fibrin, fibrosis, and scant exudate, along with negative CD30 and EBER results and positive CD68, consistent with TUGSE in the cicatricial phase. The outcome was favorable, with complete healing and no recurrence in two years. **Conclusions:** This case highlights the importance of recognizing TUGSE as a benign entity that can mimic neoplastic processes, especially in children, and emphasizes the value of histopathological examination to establish an accurate diagnosis and guide appropriate management.

Key words: Child, Eosinophilia, Granuloma, Pathology, Tongue Diseases.

Introdução

O granuloma ulcerativo traumático com eosinofilia estromal (traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia, TUGSE), também conhecido como úlcera eosinofílica ou úlcera traumática eosinofílica, é uma lesão reativa pouco frequente da mucosa oral, caracterizada por uma úlcera de evolução crônica associada a infiltrado inflamatório rico em eosinófilos e macrófagos ¹.

Embora a TUGSE possa afetar indivíduos de qualquer idade, estudos mostram que sua incidência é maior em adultos entre 40 e 60 anos ². No entanto, existem casos descritos em população pediátrica, especialmente em lactentes ou crianças muito pequenas, sob a denominação de lesão Riga-Fede, associada ao trauma repetido pelos dentes decíduos durante os movimentos de avanço e retrocesso da língua ³.

Clinicamente, a TUGSE pode simular condições mais graves, como carcinoma espinocelular, infecções persistentes ou doenças granulomatosas, devido à sua aparência ulcerada com bordas endurecidas, duração prolongada e, por vezes, presença de necrose do tecido ⁴. Por isso, o diagnóstico diferencial é amplo e requer histopatologia e, em alguns casos, imunohistoquímica para descartar malignidade ou processos infecciosos sistêmicos ^{5,6}.

O tratamento da TUGSE depende da eliminação de fatores traumáticos desencadeantes, realização de biópsia para confirmação diagnóstica e, em muitos casos, manejo conservador ^{7,8}. De modo geral, a lesão tem curso benigno e tende a se resolver espontaneamente após a biópsia ou remoção da fonte de irritação ⁹.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de TUGSE em mucosa lingual de

paciente pediátrico, com o intuito de contribuir para o conhecimento clínico e patológico desta entidade benigna pouco frequente e ressaltar a importância de considerar seu diagnóstico diferencial em lesões ulceradas crônicas da cavidade oral.

Relato de caso

Criança costarriquenha de 8 anos, apresenta-se com úlcera lingual com três meses de evolução. Segundo relato da mãe, a lesão foi inicialmente muito dolorosa, mas com o tempo tornou-se assintomática, embora ainda cause desconforto ao se alimentar. Durante esse período, a lesão apresentou aumento progressivo de tamanho e não respondeu ao uso de agentes cicatrizantes tópicos, como Oddent® Gel de ácido hialurônico (ácido hialurônico 0,2%). Na anamnese, a mãe nega antecedentes sistêmicos relevantes, assim como doenças crônicas ou episódios prévios semelhantes. Não há relato de febre, perda de peso, sudorese noturna ou exposição a tóxicos, incluindo tabaco ou bebidas alcoólicas.

Na exploração clínica observa-se, na borda lateral esquerda da língua, uma úlcera oval de aproximadamente 10 × 5 mm, com bordas levemente endurecidas e esbranquiçadas e fundo amarelado (Figura 1), dolorosa à palpação. O restante das estruturas bucais encontra-se dentro dos parâmetros clínicos normais, embora se observe que as cúspides linguais do primeiro molar mandibular esquerdo são marcadamente proeminentes. Não se palpam adenopatias cervicofaciais, nem



Figura 1. Exame clínico inicial da úlcera na borda lateral esquerda da língua.

se observam alterações no contorno facial ou lesões cutâneas associadas.

Levando em consideração as características clínicas da lesão e a idade do paciente, estabeleceu-se como diagnóstico clínico diferencial uma úlcera traumática crônica, devido ao seu curso subagudo e à presença de cúspides dentárias proeminentes em contato com o sítio afetado. Ademais, considerou-se a possibilidade de um processo linfoproliferativo (linfoma) ou lesão de origem neoplásica epitelial.

Foram solicitados exames laboratoriais com o objetivo de avaliar o estado sistêmico geral: hemograma completo (para descartar anemia, leucocitose ou alterações hematológicas), velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR) (para descartar processos inflamatórios ou infecciosos), glicemia em jejum e hemoglobina glicada (HbA1c) (para excluir diabetes mellitus), imunoglobulina E (IgE) total (para descartar reação alérgica local), bem como níveis séricos de vitamina B12, ferro, capacidade de ligação do ferro e ácido fólico (para identificar

possíveis deficiências nutricionais). Além disso, foram determinados os tempos de coagulação como avaliação pré-operatória para a biópsia.

Três dias depois, retornaram com os resultados dos exames laboratoriais, que encontravam-se dentro dos limites normais, exceto pela VHS, que estava moderadamente elevada (22 mm/h; valor de referência ≤ 13 mm/h), e a PCR, que apresentou discreto aumento (6 mg/L; valor de referência < 3 mg/L). Durante nova avaliação clínica, observaram-se alterações significativas na lesão: esta adquiriu forma irregular e apresentou aumento de tamanho (15 × 8 mm), com bordas definidas e levemente elevadas, e fundo eritematoso parcialmente coberto por pseudomembrana amarelada (Figura 2A). À palpação, a lesão era dolorosa, embora sem limitação da mobilidade lingual. Não se evidenciaram sinais de sangramento ativo ou secreção purulenta.

Foi realizada biópsia excisional com bloqueio mandibular esquerdo utilizando lidocaína a 2%, incisão oval ao redor

da úlcera, sem comprometimento da musculatura da língua. Procedeu-se à hemostasia e à reparação do defeito com sutura simples utilizando seda 5/0 (Figura 2B). O espécime, marcado com seda na extremidade mesial, foi enviado para estudo histopatológico em formalina a 10%. Foram dadas recomendações para manter adequada higiene oral, evitar refrigerantes, cítricos, alimentos irritantes, duros ou torrados. Foi prescrito Cataflam® (Diclofenaco) 5 ml a cada 8 horas por 3 dias, Prelone® Xarope 15 mg/5 ml (Prednisolona) 2,5 ml a cada 12 horas por 3 dias, e aplicação de Oddent® Gel Periodontal (digluconato de clorexidina 0,20%) sobre a superfície 3 vezes ao dia por 5 dias. Aos oito dias, observou-se cicatrização por segunda intenção, com desaparecimento da maioria dos pontos de sutura; apenas um permanecia, embora já solto (Figura 2C).

O estudo histopatológico mostrou úlcera revestida por fibrina, com ninhos bacterianos e fibrose no fundo, fragmentando fibras de músculo esquelético. O exsudato inflamatório



Figura 2. A. Úlcera assimétrica com bordas elevadas na borda lateral esquerda da língua. B. Sutura simples pós-biópsia excisional. C. Cicatrização por segunda intenção aos oito dias, com remanescente de um ponto de sutura solto.

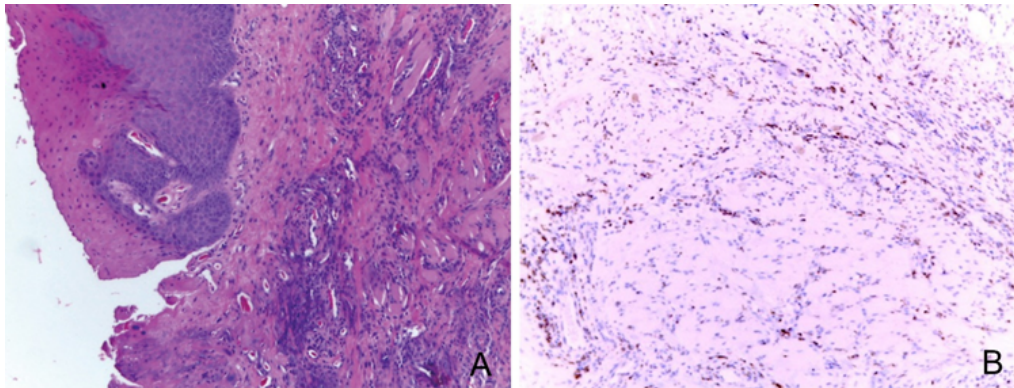


Figura 3. A. Corte histológico corado com hematoxilina e eosina mostrando zona de ulceração revestida por fibrina, fibrose no fundo e infiltrado inflamatório composto por histiócitos, neutrófilos e eosinófilos (40x). B. Coloração imuno-histoquímica para CD68, que evidencia positivamente as células histiocíticas presentes no tecido inflamatório, sem padrão proliferativo neoplásico (20x).

foi escasso, composto por histiócitos, neutrófilos e eosinófilos. Não se observou lesão neoplásica, vasculite ou infiltrado linfocitário sugestivo de linfoma (Figura 3A). A imunohistoquímica evidenciou negatividade para CD30 e EBER, descartando lesão linfoproliferativa ou associada ao vírus Epstein-Barr (VEB), com CD68 positiva em histiócitos sem padrão proliferativo (Figura 3B). Os achados foram compatíveis com úlcera eosinofílica

traumática ou úlcera em fase cicatricial, sem evidência de malignidade.

No controle do primeiro mês, foi evidente o processo de cicatrização (Figura 4A). No acompanhamento aos dois anos, os achados estavam dentro dos limites normais, sem recidiva, com funcionalidade bucal preservada e conforto (Figura 4B-C).

O pai do paciente deu seu consentimento livre e informado para a publicação do caso.



Figura 4. Avaliação pós-cirúrgica: A. Controle ao mês. B. Aos três meses. C. Aos dois anos.

Discussão

A TUGSE é uma entidade rara, benigna e autolimitada da mucosa oral, com relatos limitados na literatura mundial^{10,11}. Sua incidência apresenta dois picos: um nos dois primeiros anos de vida, principalmente relacionado à dentição neonatal, e outro entre a quinta e a sétima década, com leve predomínio em mulheres⁵. Nosso caso difere, apresentando-se em uma criança de 8 anos. Esse aspecto é de especial interesse, pois, embora a TUGSE possa ocorrer na população pediátrica, geralmente é descrita em lactentes sob o nome de doença de Riga-Fede³, e a maioria dos relatos recentes concentra-se em adultos.

Embora a etiopatogenia não esteja completamente esclarecida, ela está associada a microtraumas ou irritação crônica da mucosa oral. Ulcerações orais crônicas têm sido relatadas na população pediátrica, incluindo irritação local repetitiva da língua pelos dentes decíduos anteriores durante os movimentos de avanço e retrocesso da língua³, bem como atrito constante com dentes girovertidos ou cúspides proeminentes^{2,12}. No nosso caso, a lesão mostrou possível relação, embora não totalmente determinante, com um microtrauma crônico causado pelas cúspides linguais proeminentes do primeiro molar mandibular esquerdo, evidenciando um mecanismo semelhante ao descrito na literatura.

Quanto à localização, a língua (especialmente a borda lateral) é o sítio mais comum de apresentação^{7,12}, o que está de acordo com este caso. A apresentação

clínica, caracterizada por úlcera dolorosa, inicialmente oval e posteriormente irregular, com bordas endurecidas e pseudomembrana amarelada, está de acordo com a literatura, na qual as lesões podem aumentar de tamanho e modificar sua morfologia nas primeiras semanas, podendo gerar confusão com processos neoplásicos^{8,11,13}.

O diagnóstico diferencial de úlceras orais em crianças inclui uma ampla gama de entidades, como úlceras aftosas, infecções virais, lesões neoplásicas e doenças autoimunes¹⁴. O diagnóstico diferencial de uma úlcera crônica na borda lateral da língua requer correlação dos achados clínicos com exames laboratoriais e histopatológicos¹¹. No nosso caso, os exames sanguíneos mostraram VSG moderadamente elevada e PCR levemente aumentada, sugerindo um processo inflamatório crônico de baixo grau, mas sem evidência de infecção sistêmica ou doença hematológica. A ausência de cicatrização de uma úlcera e a induração das bordas devem alertar o clínico para realizar uma biópsia e evitar atraso no diagnóstico.

A TUGSE é caracterizada histopatologicamente por uma úlcera revestida de fibrina, com infiltrado inflamatório profundo e misto, predominantemente eosinófilos, linfócitos, células plasmáticas e histiócitos, frequentemente atingindo o tecido muscular subjacente^{2,9}. Em imunohistoquímica, caracteriza-se por infiltrado inflamatório policlonal dominante de linfócitos T (CD3⁺), eosinófilos e macrófagos, com células mononucleares grandes ocasionalmente

positivas para CD30, sem evidência de ALK (quinase do linfoma anaplásico), e índice de proliferação moderado pelo Ki-67, achados que suportam sua natureza reativa mais do que neoplásica^{9,15}. A positividade de CD68 nos histiócitos reforça o componente inflamatório, enquanto a negatividade para EBER exclui lesão linfoproliferativa ou associada ao EBV, contribuindo para diferenciar esta entidade de processos malignos como carcinoma ou linfoma, bem como de infecções crônicas^{5,9}. Nesse sentido, o uso da imunohistoquímica em nosso relato foi congruente com as recomendações da literatura para descartar essas entidades.

Descrições na literatura indicam que a TUGSE apresenta curso clínico variável, com tempos de resolução que podem oscilar entre poucas semanas e vários meses, dependendo principalmente da persistência do fator irritativo local^{16,17}. Na maioria dos casos, as lesões tendem a se resolver espontaneamente ou após biópsia, excisão cirúrgica ou eliminação do estímulo traumático⁵. Embora a associação com histórico traumático seja sugerida na maioria dos estudos, menos de 50% dos casos apresentam traumatismo claramente identificável¹⁸. O prognóstico é geralmente favorável; entretanto, recomenda-se acompanhamento a longo prazo, de pelo menos dois anos¹⁹. A recuperação funcional completa e a ausência de recidiva no nosso caso são consistentes com a evolução típica da TUGSE.

Este caso ressalta a importância de um diagnóstico diferencial amplo, para guiar o manejo adequado e prevenir complicações. A correlação dos achados clínicos, exames laboratoriais e histopatológicos permitiu confirmar TUGSE. Embora se trate de um único caso, sua documentação fornece evidência valiosa na região e reforça a relevância de individualizar o tratamento para otimizar a resposta clínica e prevenir recorrências.

Conclusões

Este caso demonstra a importância de considerar a TUGSE no diagnóstico diferencial de úlceras orais crônicas com resposta limitada ao tratamento convencional. Sua evolução clínica pode simular processos neoplásicos, especialmente na população pediátrica. O estudo histopatológico e imunohistoquímico continua sendo fundamental para estabelecer diagnóstico preciso e evitar intervenções desnecessárias. A evolução clínica favorável e a ausência de recidiva confirmam o caráter autolimitado desta entidade quando identificada e manejada adequadamente.

Conflito de interesse e financiamento

Nenhum declarado.

Referências

1. Al-Azzawi HMA, Paolini R, Cirillo N, O'Reilly LA, Mormile I, Moore C, et al. Eosinophils in oral disease: a narrative review. *Int J Mol Sci.* 2024;25:4373. doi:10.3390/ijms25084373
2. Shen WR, Chang JYF, Wu YC, Cheng SJ, Chen HM, Wang YP. Oral traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia: a clinicopathological study of 34 cases. *J Formos Med Assoc.* 2015;114(9):881-5. doi:10.1016/j.jfma.2013.09.012

3. van der Meij EH, De Vries TW, Eggink HF, van der Waal I. Traumatic lingual ulceration in a newborn: Riga-Fede disease. *Italian Journal of Pediatrics*. 2012;38:20. doi:10.1186/1824-7288-38-20
4. Marszałek A, Neska-Długosz I. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia: a case report and short literature review. *Pol J Pathol*. 2011;62(3):172–5.
5. Benitez B, Mülli J, Tzankov A, Kunz C. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia: clinical case report, literature review, and differential diagnosis. *World J Surg Oncol*. 2019;17:184. doi:10.1186/s12957-019-1736-z
6. Didona D, Paolino G, Donati M, Didona B, Calvieri S. Eosinophilic ulcer of the tongue: case report. *An Bras Dermatol*. 2015;90(3 Suppl 1):S88–90. doi:10.1590/abd1806-4841.20153600
7. Sahana Pushpa T, Balamurugan R. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia (TUGSE): a rare presentation and case report. *Can J Dent Hyg*. 2022;56(1):39–41.
8. Shafuria A, Dwiarie TA, Hidayat W. Management of chronic ulcer mimicking oral squamous cell carcinoma in Down syndrome child with motoric disorders. *Int Med Case Rep J*. 2022;15:419–24. doi:10.2147/IMCRJ.S379798
9. Mohamad AF, Abdul Rahman NR, Ch'ng ES. A case report of traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia (TUGSE): clinical and histopathological diagnostic challenges. *Cureus*. 2023;15(11):e48481. doi:10.7759/cureus.48481
10. Prabhu Venkatesh D, Ramalingam K, Ramani P, Bhaskaran R. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia (TUGSE): a case report. *Cureus*. 2024;16(10):e71579. doi:10.7759/cureus.71579
11. Ouaabbou H, Bahbah S, Chbicheb S. Traumatic ulcer of the tongue mimicking a malignant lesion: case report. *Int J Surg Case Rep*. 2023;109:108460. doi:10.1016/j.ijscr.2023.108460
12. Rosa DE, Hapid MH, Hidayat W. Non-healing chronic traumatic ulcer, an entity that can resemble other chronic ulcers. *Int Med Case Rep J*. 2023;16:585–90. doi:10.2147/IMCRJ.S421748
13. Lingaraju N, Gaddelingiah YB, Shivalingu MM, Khanum N, Yogesh D, Gaddelingiah B. Eosinophilic ulcer of the tongue: a rare and confusing clinical entity. *BMJ Case Rep*. 2015;2015:bcr2015210107. doi:10.1136/bcr-2015-210107
14. Légeret C, Furlano R. Oral ulcers in children: a clinical narrative overview. *Ital J Pediatr*. 2021;47:144. doi:10.1186/s13052-021-01097-2
15. Setti G, Martella E, Mancini C, Vescovi P, Magnoni C, Bellini P, et al. Self-healing CD30- T-clonal proliferation of the tongue: report of an extremely rare case. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):87. doi:10.1186/s12903-019-0875-5
16. Kuriyama Y, Shimizu A, Toki S, Endo Y, Yasuda M, Motegi S, et al. Two cases of chronic oral ulcers effectively treated with systemic corticosteroid therapy: circumferential plasmacytosis and traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia. *J Dermatol*. 2019;46(1):48–51. doi:10.1111/1346-8138.14690
17. Misra SR, Banerjee A, Das R. Traumatic ulcer, TUGSE and malignant ulcer on lateral tongue: a trio of similar clinical entities confounding the oral diagnostician. *Oral Oncol*. 2022;125:105679. doi:10.1016/j.oraloncology.2021.105679
18. Vera-Sirera B, Delhom-Valero J, Baquero Ruíz de la Hermosa MC, Vera-Sempere F. Úlcera eosinofílica lingual: un reto diagnóstico de patogénesis controvertida. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2013;35(3):128–32. doi:10.1016/j.maxilo.2011.10.005
19. Sethi A, Banga A, Raja R, Raina R. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia. *Indian J Dent Res*. 2020;31(4):636–9. doi:10.4103/ijdr.IJDR_330_18

Recibido 21/11/25

Aceptado 24/02/26

Correspondencia: Yadira Boza Oreamuno, correo: yadira.boza@ucr.ac.cr