Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirugia Maxilofacial

www.elsevier.pt/spemd

Caso clínico

A utilização de técnicas incorrectas de biopsia pode aumentar a complexidade do diagnóstico diferencial de lesões orais

Allan Ulisses Carvalho De Melo[a,*], *Cyntia Ferreira Ribeiro*[b], *Thiago De Santana Santos*[c], *Antônio Oliveira Neto*[d], *Francisco Emanuel Nascimento Araújo*[d] e *Ricardo Luiz Cavalcanti Albuquerque Júnior*[e]

[a] *Professor Doutor Titular da Disciplina de Estomatologia da Universidade Tiradentes (UNIT/SE), Brasil*
[b] *Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Doutorado), Universidade de Taubaté (UNITAU), Brasil*
[c] *Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Doutorado), Universidade de São Paulo (FORP/USP), Brasil*
[d] *Aluno de Graduação do curso de Odontologia da Universidade Tiradentes (UNIT/SE), Brasil*
[e] *Professor Doutor Titular da Disciplina de Patologia Oral e Maxilofacial da Universidade Tiradentes (UNIT/SE), Brasil*

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:
Recebido a 24 de junho de 2011
Aceite a 12 de outubro de 2011
On-line a 22 de noviembre de 2011

Palavras-chave:
Diagnóstico
Biópsia
Hemangioma

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi descrever um caso de uma lesão patológica bucal relativamente comum cujo diagnóstico foi tornado «complexo» em virtude de biópsias prévias realizadas sem observação de todos os requisitos técnicos operatórios. Tratou-se de uma mulher, 49 anos de idade, apresentando lesão tumoral séssil submucosa em lábio inferior direito com histórico de 10 anos de evolução. Ao exame clínico verificou-se uma lesão com cerca de 3 cm de diâmetro, indolor, com mucosa sobrejacente eritematosa e diminuição de sensibilidade táctil. Foi submetida a duas biópsias incisionais e usou inúmeros medicamentos sem obter nenhuma melhoria clínica ou diagnóstico definitivo, pois os laudos histopatológicos, em virtude da falta de representatividade do material biopsiado, demonstravam apenas processo inflamatório crônico inespecífico. Após diagnóstico diferencial feito por estomatologista e dermatologista foi decidida a realização de uma terceira biópsia, desta vez excisional, que possibilitou o diagnóstico definitivo da lesão.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

The incorrect use of biopsy techniques can increase differential diagnosis complexity of oral lesions

Keywords:
Diagnosis
Biopsy
Hemangioma

ABSTRACT

The aim of this paper is to describe a case of a relatively common oral pathological lesion which diagnosis became "complex" because of previous biopsies performed without observing all technical requirements. This is a female patient, 49 years old, showing sessile submucosal tumor in the right lower lip with a history of 10 years of evolution.

* *Autor para correspondência.*
Correio eletrónico: allanulisses@yahoo.com.br (A.U. Carvalho De Melo).

1646-2890/$ – see front matter © 2011 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.
doi:10.1016/j.rpemd.2011.10.002

On clinical examination there was a lesion about 3 cm in diameter, painless, with the overlying mucosa erythematous and with decreased tactile sensitivity. Featured wine-stains on his right elbow and back. Patient underwent two biopsies and used several drugs without clinical improvement or definite diagnosis because the pathologic reports, because of lack of representativeness of the biopsy material, showed only chronic inflammatory process. After differential diagnosis made by a dentist and a dermatologist it was decided to perform a third biopsy, excisional this time, which allowed a definitive diagnosis of the lesion.
© 2011 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

Na clínica médico-dentária, o médico dentista verifica a presença de diversas lesões ou desordens orais cujo diagnóstico pode ser estabelecido a partir do histórico, da aparência clínica e das observações radiográficas sem a necessidade de procedimentos complementares mais invasivos. Apesar disso, ocasionalmente será necessário confirmar o diagnóstico clínico ou estabelecer o diagnóstico propriamente dito, a partir da análise microscópica de um tecido oral obtido numa biópsia de tecidos moles ou duros[1–4].

A biópsia consiste num procedimento cirúrgico, que pode ser realizado sob anestesia local, para remoção de tecido vivo que será submetido a exame histopatológico. Muitas vezes é o único modo de diagnosticar lesões ou condições orais desconhecidas, sendo considerada o padrão-ouro para diagnóstico[5,6].

Frequentemente há mais de um método para realizar a biópsia, mas qualquer que seja a técnica adotada, o médico dentista deve garantir que removeu uma amostra representativa do tecido patológico para a interpretação do patologista. Uma falha neste procedimento levará a um diagnóstico inexato ou ausente, implicando, muitas vezes, a repetição desnecessária do procedimento cirúrgico[7,8].

Essa obtenção de espécimenes quantitativa e qualitativamente adequados para um correto exame anátomo-patológico depende da seleção do local a ser biopsiado, do tipo de biópsia, da quantidade de tecido removido e da habilidade e prudência do médico dentista ao realizar este procedimento cirúrgico de modo a não criar artefatos[2].

O artefato decorre de uma falha no procedimento levando à formação de uma estrutura artificial ou alteração do tecido sobre uma lâmina histológica. Inúmeros tipos de artefatos podem afetar a peça de biópsia, os mais comuns são esmagamento, cisão, fragmentação, pseudocistos e hemorragia. Eles são causados principalmente pela manipulação inadequada dos tecidos, mas podem decorrer também de injeção intralesional, acondicionamento inadequado, fixação imprópria, congelamento e queimadura da amostra, estas duas últimas no caso de crioterapia e eletrocautério ou laser de CO_2, respectivamente[9–11].

O objetivo deste trabalho é descrever um caso de uma lesão patológica oral relativamente comum cujo diagnóstico foi tornado «complexo» em virtude de biópsias prévias realizadas sem observação de todos os requisitos técnicos operatórios.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, 49 anos de idade, melanoderma, procurou o Serviço de Estomatologia da Universidade Tiradentes em Aracaju-SE, queixando-se de «caroço no lábio».

Na anamnese, a paciente não citou nenhum problema sistêmico, mas relatou cãibras esporádicas como algo relevante. O histórico dessa lesão era de cerca de 10 anos de evolução, com crescimento contínuo, sem qualquer episódio de involução, mesmo após o uso de medicamentos. Na última década a paciente foi submetida a duas biópsias e ao uso de inúmeros medicamentos tópicos e sistêmicos (corticoides, anti-inflamatórios, antifúngicos etc.) sem ter obtido nenhuma melhora clínica ou o diagnóstico definitivo, visto que os laudos histopatológicos, em virtude da inexpressividade histológica do material biopsiado, não conseguiam demonstrar nada além de processo infamatório crônico.

Ao exame clínico extra-oral, apresentava máculas vinhosas localizadas no cotovelo direito e costas, com pequena alteração de sensibilidade táctil. No exame intraoral, observou-se um tumor submucoso no lábio inferior direito, com cerca de 3 cm, consistente à palpação, de limites difusos partindo da comissura labial até a porção central do lábio. A mucosa sobrejacente apresentava-se eritematosa e sem ulcerações. A tumoração era indolor e sem sinais infecciosos, mas com leve prurido e grande diminuição de sensibilidade táctil (fig. 1).

Em virtude da ausência de sinais de malignidade, do tamanho e tempo de evolução da lesão, associado ao fato de duas biópsias incisionais prévias não terem possibilitado um diagnóstico definitivo, optou-se por biópsia excisional. O tecido biopsiado foi encaminhado para o Serviço de Anatomia Patológica do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes juntamente com fotografias e relato do caso.

Devido à presença de máculas escurecidas na pele, a paciente foi encaminhada ao dermatologista antes do procedimento cirúrgico para diagnóstico. No seu relatório médico, excluiu possíveis patologias dermatológicas.

Nos cortes histológicos corados em H/E observou-se lesão vascular constituída por vasos capilares delicados e de parede ora delgada ora mais espessa, de permeio ao tecido conjuntivo fibroso frouxo da lâmina própria papilar e reticular. Presença de várias figuras de mitose típicas e componente inflamatório linfoplasmocitário mínimo (Fig. 2). Diante dos achados, o diagnóstico histopatológico fornecido foi de hemangioma capilar.

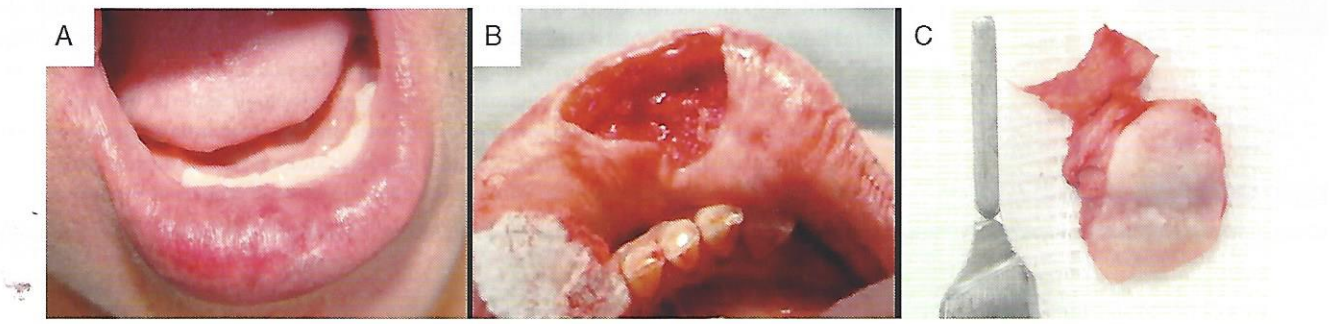

Figura 1 – A: tumor em lábio inferior direito; B: loca cirúrgica após biópsia excisional; C: peça biopsiada.

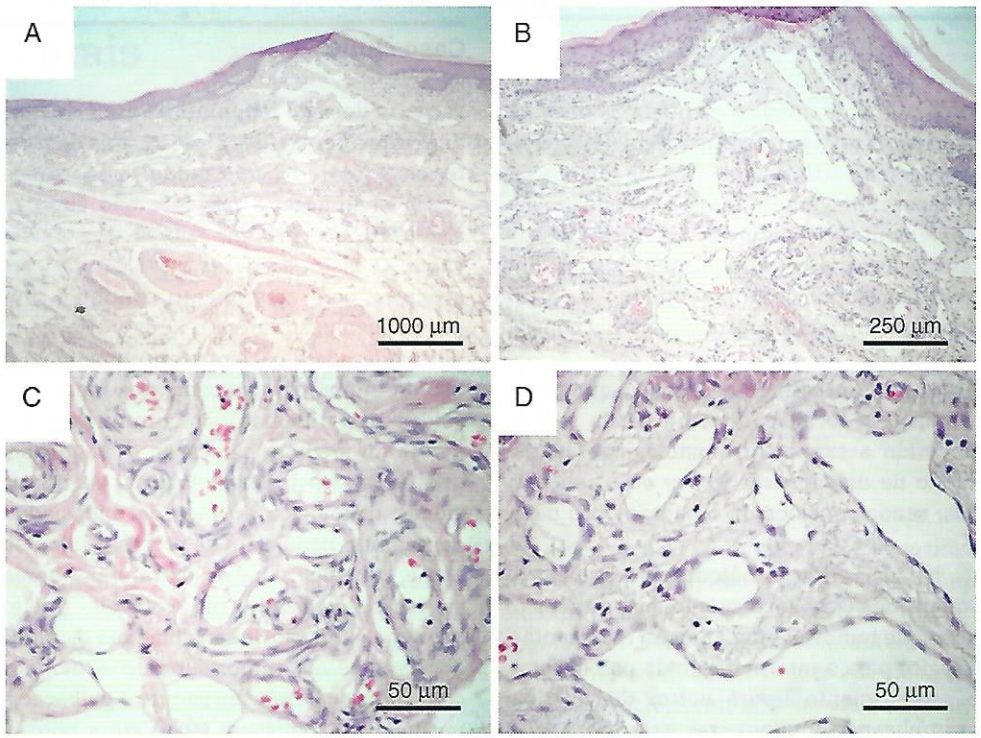

Figura 2 – Secções histológicas coradas em HE. (A) Visão panorâmica da mucosa labial exibindo revestimento epitelial escamoso atrófico (e) e, na lâmina própria subjacente (LP), componente vascular exuberante (cv); na profundidade, observa-se submucosa rica em vasos arteriolares (ar), fibras musculares estriadas (fm) e tecido adiposo (ta). (B) Destaque para o componente vascular constituído por vasos capilares delicados (*). (C) Maior aumento dos vasos capilares de parede ora mais espessa e (D) ora delgada.

Discussão

Como a paciente já havia sido submetida a dois procedimentos cirúrgicos para diagnóstico e nenhum deles foi conclusivo subentendeu-se que não podia tratar-se de uma neoplasia benigna ou tumor mesenquimal de diagnóstico «simples», pois se assim o fosse o diagnóstico definitivo já teria sido alcançado. Por esta razão e em virtude de sintomatologia sistêmica, o diagnóstico diferencial incluiu hanseníase, queilite granulomatosa e síndrome de Melkerson-Rosenthal.

A hanseníase é uma doença infecciosa granulomatosa causada pelo Mycobacterium leprae que afeta pele, nervos periféricos e membranas mucosas. Manifesta-se inicialmente na pele como manchas esbranquiçadas ou avermelhadas com perda de sensibilidade, sem evidência de lesão nervosa troncular. Ocorrem em qualquer região do corpo (face, costas, braços, pernas etc.) e também podem acometer a mucosa oral e nasal. O diagnóstico é eminentemente clínico, podendo ser utilizados exames complementares[12].

As lesões hansênicas são incomuns na mucosa oral, sendo mais prevalentes na forma lepromatosa da doença, surgindo como manifestações tardias da doença. Geralmente apresentam-se como nódulos ou tumores granulomatosos e úlceras assintomáticas que afetam língua, palato duro e mole, úvula e gengiva na porção anterior da maxila[13,14].

No presente caso, apesar de o lábio não ser um dos sítios anatômicos bucais mais afetados, ainda assim a hanseníase foi incluída no diagnóstico diferencial em virtude das lesões dermatológicas avermelhadas com alteração de sensibilidade.

A síndrome de Melkersson-Rosental (SMR) é uma doença granulomatosa não-caseosa, rara e de etiologia desconhecida, sendo mais comum em adultos jovens entre a segunda e terceira décadas de vida. Caracteriza-se pela tríade edema labial/facial, língua fissurada e paralisia facial que está presente de modo completo em menos de 20% dos casos. A manifestação isolada mais comum é o edema labial crônico e recorrente que leva à fibrose e edema permanente também chamada de queilite de Miescher ou queilite granulomatosa. Este edema é indolor, sem prurido e com aumento contínuo da consistência, sendo o lábio superior afetado com mais frequência que o inferior[15-18].

O edema labial fibroso e avermelhado com cerca de 10 anos de evolução levou à suspeita da queilite granulomatosa como hipótese diagnóstica. Na literatura há inúmeros relatos de casos de pacientes com SMR oligosintomática cujo diagnóstico correto demorou anos, até mesmo décadas, para ser alcançado[17,18].

Os hemangiomas são alterações vasculares formadas devido à morfogênese alterada dos vasos sanguíneos, classificados como capilares e cavernosos. Apresentam-se clinicamente de modo bastante diversificado a depender do tamanho, localização, profundidade e estágio de evolução. Pode-se manifestar como uma mácula, pápula, nódulo ou tumor com cor variando entre o vermelho e o azul e de consistência amolecida ou fibrosa, a superfície é lisa ou irregular e os limites podem ser imprecisos. O tratamento pode ser feito através de excisão cirúrgica, eletrocauterização, laserterapia, crioterapia e escleroterapia. Normalmente não há recidiva, nem malignização quando a terapêutica é corretamente instituída[19-24].

O hemangioma não foi incluído entre as hipóteses de diagnóstico diferencial visto que duas biópsias prévias não ofereceram subsídios morfológicos que sugerissem a presença desta lesão de origem, cujo diagnóstico histológico não apresenta nenhuma dificuldade para ser alcançado. Por esta razão, as hipóteses levantadas foram apenas de desordens que poderiam apresentar um «diagnóstico complexo».

A biópsia oral está formalmente indicada para qualquer situação clínica que exija a remoção de lesões fundamentais cujo diagnóstico definitivo não pode ser obtido através do exame clínico ou de outras modalidades diagnósticas menos invasivas. Trata-se de um procedimento rápido e de baixo custo, em cujo pós-operatório a dor é leve ou inexistente na maioria dos pacientes[1-3,6-8].

A despeito da relativa facilidade na execução da técnica de biópsia, podem acontecer falhas resultando, assim, na necessidade de realização de nova cirurgia. A profundidade da incisão é um fator determinante para a correta execução da biópsia devendo ser removida toda a camada epitelial e uma porção do tecido conjuntivo subjacente. Caso a incisão seja «rasa», esta dificilmente removerá tecido representativo capaz de permitir que o patologista chegue a um diagnóstico[5,7].

No que diz respeito à técnica empregada, a biópsia pode ser incisional ou excisional. No caso de lesões de maior dimensão a remoção de parte da lesão (incisional) é o procedimento mais indicado. Apesar disso, no caso relatado foi realizada a excisão de toda lesão, pois como as biópsias incisionais prévias não foram conclusivas suspeitou-se de que a porção representativa da patologia seria de difícil acesso e apenas uma biópsia excisional ampla e profunda seria capaz de remover tal tecido[1-3].

Diagnósticos incorretos ou inespecíficos das patologias bucais causam um impacto negativo no paciente e no profissional visto que implicam novos ou repetidos procedimentos sendo alguns deles invasivos; aumentam os custos do diagnóstico; geram desconforto e ansiedade extras no paciente; abalam a autoconfiança do profissional e enfraquecem a sua relação com o paciente[5,7].

No presente caso, biópsias tecnicamente inadequadas atrasaram o diagnóstico em muitos anos e levaram os profissionais envolvidos no caso a considerar patologias raras como hipóteses diagnósticas, o que exigiu consultas com especialistas de outras áreas e a realização de procedimento cirúrgico mais agressivo.

Conclusões

A correta determinação do tecido patológico oral a ser removido, a adequada escolha da técnica de biópsia e a sua perfeita execução são condições fundamentais para o sucesso desse exame complementar permitindo, dessa forma, que a peça representativa possa ser analisada histologicamente chegando a um diagnóstico definitivo e evitando que outros procedimentos diagnósticos invasivos sejam necessários.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. Raimundo RC, Gomes ACA, Santos TS. Técnicas de Biópsia em Cirurgia Bucomaxilofacial. In: Lubiana NF, Vasconcellos RJH, Prado R, editores Pro-Odonto/Cirurgia. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2009. p. 91–130.
2. Logan RM, Goss AN. Biopsy of the oral mucosa and use of histopathology services. Aust Dent J. 2010;55 Suppl 1:9–13.
3. Caubi AF, Xavier RLF, Lima Filho MA, Chalegre JF. Biópsia. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2004;4:39–46.
4. Melo AUC, Ribeiro CF, Santos TS, Aguiar LB, Rocha BA, Almeida Júnior A, et al. La displasia cemento ósea florida y su diagnóstico diferencial. Rev Cubana Estomatol. 2011;48:293–300.
5. Rosebush MS, Anderson KM, Rawal SY, Mincer HH, Rawal YB. The oral biopsy: indications, techniques and special considerations. J Tenn Dent Assoc. 2010;90:17–20.
6. Kearns HP, McCartan BE, Lamey PJ. Patients' pain experience following oral mucosal biopsy under local anaesthesia. Br Dent J. 2001;190:33–5.
7. Oliver RJ, Sloan P, Pemberton MN. Oral biopsies: methods and applications. Br Dent J. 2004;196:329–33.
8. Mota-Ramírez A, Silvestre FJ, Simó JM. Oral biopsy in dental practice. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12:E504–10.
9. Camacho Alonso F, López Jornet P, Jiménez Torres MJ, Orduña Domingo A. Analysis of the histopathological artefacts in punch biopsies of the normal oral mucosa. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13:E636–9.
10. Seoane J, Varela-Centelles PI, Ramírez JR, Cameselle-Teijeiro J, Romero MA. Artefacts in oral incisional

biopsies in general dental practice: a pathology audit. Oral Dis. 2004;10:113–7.
11. Moule I, Parsons PA, Irvine GH. Avoiding artefacts in oral biopsies: the punch biopsy versus the incisional biopsy. Br J Oral Maxillofac Surg. 1995;33:244–7.
12. Brasil – Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 354–84.
13. Martins MD, Russo MP, Lemos JBD, Fernandes KPS, Bussadori SK, Corrêa CT, et al. Orofacial lesions in treated southeast Brazilian leprosy patients: a cross-sectional study. Oral Dis. 2007;13:270–3.
14. Ghosh S, Gadda RB, Vengal M, Pai KM, Balachandran C, Rao R, et al. Oro-facial aspects of leprosy: Report of two cases with literature review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010;15:e459–62.
15. Gonçalves DU, Castro MM, Galvão CP, Brandão AZR, Castro MCM, Lambertucci JR. Cheilitis granulomatosa associated with melkerssonrosenthal syndrome. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73:138–9.
16. Grave B, McCullough M, Wiesenfeld D. Orofacial granulomatosis - a 20 year review. Oral Dis. 2009;15:46–51.
17. Gerressen M, Alitreza G, Stockbrinck G, Riediger D, Zadeh MZ. Melkersson-Rosenthal syndrome: case report of a 30-year misdiagnosis. J Oral Maxillofac Surg. 2005;63:1035–9.
18. Ozgursoy OB, Karatayli Ozgursoy S, Tulunay O, Kemal O, Akyol A, Dursun G. Melkersson-Rosenthal syndrome revisited as a misdiagnosed disease. Am J Otolaryngol. 2009;30:33–7.
19. Ethunandan M, Mellor TK. Haemangiomas and vascular malformations of the maxillofacial region - a review. Br J Oral Maxillofac Surg. 2006;44:263–72.
20. Van Doorne L, De Maeseneer M, Stricker C, Vanrensbergen R, Stricker M. Diagnosis and treatment of vascular lesions of the lip. Br J Oral Maxillofac Surg. 2002;40:497–503.
21. Ray BW, Matthew IR. Point of Care. How do I manage a suspected oral vascular malformation? J Can Dent Assoc. 2009;75:575–7.
22. Bonet-Coloma C, Mínguez-Martínez I, Palma-Carrió C, Galán-Gil S, Peñarrocha-Diago M, Mínguez-Sanz JM. Clinical characteristics, treatment and outcome of 28 oral haemangiomas in pediatric patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011;16:e19–22.
23. Cardoso CL, Fernandes LMPSR, Rocha JF, Gonçales ES, Ferreira Júnior O, Taveira LAA. Abordagem cirúrgica de hemangioma intra-oral. Odontol Clín -Cient. 2010;9:177–80.
24. Avelar RL, Santos TS, Antunes AA, Dourado E, Laureano Filho JR. Horizontal maxillary osteotomy approach for resection of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. J Craniofac Surg. 2011;22:1027–30.