

UNIVERSIDADE DE UBERABA

ARTUR AFONSO BORGES NUNES
TOMÁS AUGUSTO VIEIRA DORNELAS

BIÓPSIA DE LESÕES SUSPEITAS DE MALIGNIDADE

UBERABA, 2017

ARTUR AFONSO BORGES NUNES
TOMÁS AUGUSTO VIEIRA DORNELAS

BIÓPSIA DE LESÕES SUSPEITAS DE MALIGNIDADE

Relato de Caso: Apresentada para o curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique

UBERABA, 2017

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Nunes, Afonso Borges.
N922b Biópsia de lesões suspeitas de malignidade / Artur Afonso Borges Nunes, Tomás Augusto Vieira Dornelas – Uberaba, 2017.
13 f. ; il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) – Universidade de Uberaba.
Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique.

1. Odontologia – Diagnóstico. 2. Boca – Doenças. 3. Título. I. Dornelas, Tomás Augusto Vieira. II. Título.
CDD: 617.6

Ficha catalográfica elaborada por: Marcos Antônio de Melo Silva-CRB6/2461

ARTUR AFONSO BORGES NUNES
TOMÁS AUGUSTO VIEIRA DORNELAS

BIÓPSIA DE LESÕES SUSPEITAS DE MALIGNIDADE

Relato de Caso apresentada para o curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Graduação em Odontologia.

APROVADOS EM: 09/02/2017

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique ORIENTADOR
UNIVERSIDADE DE UBERABA



Prof.
UNIVERSIDADE DE UBERABA

UNIVERSIDADE DE UBERABA
BIÓPSIA DE LESÕES SUSPEITAS DE MALIGNIDADE
-Relato de caso-

Resumo

A biópsia de lesões bucais é um procedimento seguro e de fácil realização, o qual contribui para o diagnóstico da maioria das enfermidades da boca, especialmente das lesões malignas e pré-malignas da boca, facilitando a detecção precoce dessas lesões e conseqüentemente o prognóstico dos pacientes. Esse artigo visa esclarecer aos Cirurgiões Dentistas e acadêmicos de Odontologia, a técnica e os cuidados para se realizar uma biópsia em lesões dessa natureza, desmistificá-la, para o profissional que, às vezes, tem receio de executá-la devido a uma eventual disseminação do processo maligno que o referido procedimento cirúrgico poderia acarretar. Ademais, apresentar um caso clínico de um paciente portador de uma lesão maligna, cujo diagnóstico foi confirmado por uma biópsia realizada em nossa instituição.

Palavras chaves: biópsia, diagnostico, lesões malignas e pré-malignas

Abstract

The biopsy of oral lesions is a safe and easily done procedure, which contributes to the diagnosis of most oral illnesses, especially for malignant and pre-malignant lesions, facilitating early detection and therefore the prognosis of the patients. This paper aims to clarify to Dental Surgeons and dentistry graduates the technique and caring involved in performing a biopsy on lesions of this nature, unravel its myths, for the professional that, sometimes, fears to execute it due to an eventual dissemination of the malignant process that could occur as result of this surgical procedure. Furthermore, to present the clinical case of a patient with a malignant oral lesion, whose diagnosis was confirmed by a biopsy performed in our institution.

Key Words:

Biopsy, Diagnostic, Malignant and pre-malignant lesions, Against indications, Technical of biopsy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 RELATO DE CASO	8
3 DISCUSSÃO	10
4 CONCLUSÃO	12
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

1 INTRODUÇÃO

Inúmeras doenças podem se estabelecer na boca, cuja determinação muitas das vezes, constitui um desafio para o cirurgião dentista. Assim todos os recursos semiotécnicos devem ser utilizados no sentido de estabelecer o diagnóstico. Dos quais, incluem-se: anamnese, exame físico e exames complementares, entre os quais a biópsia, especialmente das lesões suspeitas de malignidade. Haja vista, a importância epidemiológica dessas lesões.

A palavra biópsia é originária do grego, sendo o termo bios (vida) e oipsis (visão): visão da vida. A biópsia consiste na obtenção de tecido de um organismo vivo com o propósito de examiná-lo no microscópio, e a partir da amostra examinada estabelecer o diagnóstico (GARCÍA-PEÑÍN & DONADO, 1990).

Constitui um procedimento de rotina no diagnóstico das enfermidades da mucosa bucal e, unicamente por exceção, deveríamos deixar de fazê-la. Não só nos permite assegurar o diagnóstico, como nos possibilita, especialmente nos casos de câncer, informes sobre o grau de diferenciação, profundidade de infiltração e etc.(GRINSPAN et al. 1970)

Assim, o papel primordial da biópsia seria o de auxiliar ou estabelecer o diagnóstico definitivo das lesões, através de um procedimento cirúrgico realizado no sentido de obter-se parte de tecido de um organismo vivo, para estudo microscópico (SEONE et al.,2008).

O sucesso da biópsia envolve essencialmente: a escolha do sítio a ser biopsiado, o procedimento a ser realizado e o relatório com as observações clínicas, que acompanharão o espécime a ser submetido ao exame anátomo-patológico. (POH et al.,2008).

Na clínica odontológica é comum o C.D se deparar com lesões em tecidos orais de diagnóstico duvidoso. Portanto, o clínico deve sempre pensar na indicação da realização da biópsia, exame simples, mas fundamental na análise das alterações do padrão de normalidade presentes nos processos patológicos. O C.D deve lembrar que mesmo o diagnóstico clínico mais especializado nunca será tão confiável quanto o laudo microscópico estabelecido através de uma biópsia (BARBOSA et al.,2005).

Mota-Ramírez et al (2007) disseram que dependendo da técnica empregada, as biópsias podem ser classificadas em biópsias incisional e excisional. A técnica incisional envolve a remoção de uma porção representativa da lesão e parte do tecido sadio. Quando a lesão for grande, diferentes espécimes devem ser obtidos e identificados separadamente, conforme a localização. Geralmente, esses cuidados são tomados em casos de lesões suspeitas de malignidade.

Segundo Marcucci et al (2005), não existem contra-indicações absolutas para realização da biópsia. Estas são relativas, e dizem respeito, quase sempre, ao estado geral ou condição local do paciente. Estas condições devem ser sempre ponderadas em relação ao diagnóstico clínico. Nos casos dos pacientes diabéticos não controlados ou hipertensos graves, bem como em outras condições sistêmicas, devemos entrar em contato com o médico do paciente para encontrar as condições mínimas necessárias á consecução de nosso exame.

Poh et al (2008) uma biópsia de uma lesão suspeita de malignidade, deve conter um tecido representativo da parte mais severa da lesão. O sitio deve ser selecionado cuidadosamente para assegurar que o tecido obtido contenha a alteração a ser examinada. Muitas vezes em lesão de grandes dimensões, uma parte pode conter uma alteração mais agressiva, por ex: carcinoma, enquanto que a outra parte observa-se uma alteração menos agressiva, por exemplo: displasia epitelial. Evidentemente, que o espécime obtido deveria conter a pior parte da lesão, no exemplo citado, o carcinoma invasivo. A pior parte da lesão pode ser escolhida pela aparência clínica, ou em caso de dúvida a realização de biópsias em mais de uma região.

Conforme Seone et al (2007), os aspectos da técnica cirúrgica resumidamente são: de preferência anestesia troncular, incisões elípticas que facilitam a sutura, em lesões suspeitas pré-malignas menores de 1cm, deve-se remover a lesão por inteira, em lesões maiores utiliza-se biopsia incisional, que incluem tecido lesionado representativo e tecido transicional e margens sadias. Em lesões malignas ou com alta suspeita clínica de malignidade é obrigatório efetuar biópsias incisionais. Os espécimes deverão ser colocados em uma solução fixadora adequada (formol 10%). Lesões com vários aspectos clínicos devem tomar várias amostras; geralmente o emprego de corantes vitais como azul de toluidina é de grande utilidade para eleger a área a ser biopsiada.

A amostra obtida não deve ser demasiadamente pequena, pois dificulta o exame anátomo-patológico. Basicamente, o material e instrumental é o mesmo usado em cirurgia bucal menor: bisturi (n15, 11), sutura atraumática (fio 4/0, 5/0, gazes estéreis e frasco com solução fixadora. Durante o procedimento cirúrgico evitar soluções que contenham iodo, utilizando exangues de clorexidina (0,12%), evitar anestésias intralesionais pelo risco de artefatos importantes nos espécimes. O intuito desse trabalho foi de trazer subsídios para os profissionais e alunos da área odontológica. No sentido de desmistificar a biópsia, um procedimento cirúrgico que deveria fazer parte da rotina clínica dos cirurgiões dentistas, dado a sua importância na elucidação dos casos clínicos, principalmente de lesões suspeitas de malignidade, como do presente caso.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 76 anos, trabalhador rural aposentado, procurou o serviço de Estomatologia da UNIUBE tendo como queixa principal “uma ferida no lábio que não sarava”. Conforme seu relato, a lesão era assintomática e tinha surgido há mais de um ano. Iniciou-se como uma mancha branca, que depois sofreu ulceração e foi aumentando de tamanho, conforme passava o tempo. O paciente se declarou hipertenso fazendo uso regular de medicamentos para controlar a pressão. Negou ser portador de outras condições sistêmicas. O aferimento da P.A durante o exame clínico demonstrou uma pressão arterial de 140/90 mmHg. O exame extra bucal não mostrou alterações digno de nota, enquanto que o exame físico intrabucal percebeu-se uma úlcera no lábio inferior do lado direito equidistante da linha média e comissura labial. A lesão media aproximadamente 1,0cm em seu maior diâmetro. As bordas da lesão eram endurecidas e o leito avermelhado. A hipótese diagnóstica foi de carcinoma de células escamosas. Sendo indicada biópsia incisional da lesão. O material obtido pela biópsia foi condicionado em um recipiente contendo formol 10% e enviado para o exame anátomo-patológico que confirmou o diagnóstico clínico. Posteriormente, o paciente foi encaminhado para tratamento cirúrgico da lesão.



(Fotos-gentileza prof. Paulo R.Henrique)



(Instrumental de biópsia)



(aspecto macroscópico da lesão)



(formol a 10%)



(sutura- ponto simples)

3 DISCUSSÃO

Apesar da técnica de biópsia oral ser incluída entre as competências profissionais do dentista clínico geral, alguns dentistas pode achar mais cômodo referenciar a outros profissionais para realização do referido procedimento (SEONE et al.,2007). Infelizmente, em nosso país não existem muitos profissionais que se sentem capazes de efetuar uma biópsia. Ademais, a maioria das pessoas não pode pagar por um serviço especializado, ficando sem diagnóstico com conseqüências desastrosas.

Por outro lado, Os riscos da biópsia são mínimos e superam em muito as conseqüências de um diagnóstico errôneo ou inadequado (TOMAZI et al.,1989; SONIS et al.,1996). Conforme Neville & Day nas últimas três décadas, a incidência de mortalidade por câncer de boca têm se mantido constante em torno de 50% a despeito das novas técnicas de tratamento oncológico. Talvez, se a utilização da biópsia fosse mais difundida entre os C.D e ensinada nos cursos de odontologia, com o mesmo empenho que se ensina a dentisteria, a realidade seria diferente.

Todavia, controvérsias existem com relação a biópsia, como seu emprego em lesões malignas poderia incrementar o risco de metástase, permitindo a migração de células neoplásicas por via sanguínea, pela exposição de vasos sanguíneos no ato cirúrgico (SHKLAR, 1968). Contudo, essas conclusões foram baseadas em um estudo realizado em ratos, e carece ainda de evidência clínica em humanos. Por outro lado, a biópsia apresenta limitações, pois nem sempre se consegue estabelecer o diagnóstico pela análise histológica (SHAFER et al.,1971).

Mesmo nesses casos, seu emprego é importante, pois diminui o número de possibilidades diagnósticas. Por exemplo: uma lesão ulcerada na mucosa bucal, a qual foi submetida á biópsia. Caso o exame histológico revelar um resultado inespecífico, afastaria de imediato, por exemplo, a possibilidade de ser um carcinoma invasivo. Pois essa lesão apresenta um quadro histológico definido (Neville et al.,2004). Uma técnica apurada, criteriosa evitaria possíveis erros de diagnóstico (SEONE et al.,2007; POH et al.,2008; Mota-Ramírez et al., 2007). No entanto, quando o resultado do exame histológico for muito diferente do esperado, é recomendável a repetição da biópsia. É bom lembrar que o sucesso da biópsia envolve essencialmente: a escolha do sítio a ser biopsiado, o procedimento a ser

realizado e o relatório com as observações clínicas, que acompanharão o espécime a ser submetido ao exame anátomo-patológico. (POH et al.,2008).

No presente caso, como se tratava de uma lesão ulcerada a incisão foi triangular cuja base realizada primeiramente no tecido normal paralela e próxima a lesão. Essa incisão inicial tinha aproximadamente 1 cm de comprimento e 2mm de profundidade. Posteriormente, foi realizada uma incisão a partir de um dos lados da base até o centro da lesão, da mesma forma do outro lado da base repetiu-se a operação. De tal forma que a união das três incisões formou a figura geométrica de um triângulo. A escolha da base da incisão voltada para o lado interno dos lábios foi para evitar a inclusão dos tecidos cutâneos peribucais.

Para Marcucci et al., (2005), não existem contra-indicações absolutas para realização da biópsia. Estas são relativas, e dizem respeito, quase sempre, ao estado geral ou condição local do paciente. Estas condições devem ser sempre ponderadas em relação ao diagnóstico clínico. No caso apresentado o paciente era hipertenso controlado. Daí, o procedimento foi realizado sem problemas. Utilizando-se para tanto, anestesia infiltrativa próximo a lesão contendo 1 tubete de mepivacaína com adrenalina.

RAPP et al.(2005) advertiram que a biópsia não deve ser realizada em tecidos normais; alterações de desenvolvimento; lesões claramente irritativas ou traumáticas que respondem a remoção dos irritantes locais. Lesões angiomasas, nem tampouco em lesões infecciosas (gengivites, abscessos periodontais, pericoronarites) que podem responder a tratamentos específicos.

Portanto, antes de proceder à realização de uma biópsia, o cirurgião dentista deve ter um conhecimento prévio das características clínicas dos tecidos normais, das alterações dentro do padrão de normalidade, das lesões bucais mais frequentes, especialmente de lesões suspeitas de malignidade. Tal conhecimento indicaria qual o tipo de biópsia a ser realizada, lembrando que em casos de lesões suspeitas de malignidade a biópsia necessariamente deverá ser incisional, como a do presente caso. O paciente em questão era portador de uma lesão ulcerada que estava presente em seu lábio há mais de 1 ano.

4 CONCLUSÃO

A biópsia é um exame complementar de fácil execução e ampla aplicabilidade no processo de diagnóstico de diversas patologias da boca; portanto deve fazer parte da rotina do CD. No presente caso, a biópsia proporcionou o diagnóstico confirmatório da malignidade. Que levou o paciente ser submetido a cirurgia oncológica com segurança para remoção da tumoração maligna. A localização, o tamanho não exageradamente grande da lesão. Como também, não havendo indícios de presença de metástase regional do carcinoma, o prognóstico para o caso se tornou bastante favorável.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, R. P. S. et al. Valorizando a biópsia na clínica ODONTOLÓGICA. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 41, n. 4, p. 273-368, out/dez.2005.
- GARCÍA-PEÑÍN A. Biopsia en Cirugía Bucal. In: DONADO M (eds). **Cirugía Bucal: patología y técnica**. Madrid: Masson, 1990. p.119-31.
- GRINSPAN D. **Enfermedades de la boca**. Ed. MUNDI. 1970.
- MARCUCCI, Gilberto. **Fundamentos de Odontología: estomatología**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.
- MOTA-RAMÍREZ, A; SILVESTRE, F J.; SIMÓ, J M. Oral biopsy in dental practice. **Med. oral patol. oral cir.bucal** (Internet), Madrid, v. 12 n.7, nov. 2007.
- NEVILLE, B. et al. **Patología oral e maxilofacial**. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- NEVILLE, B; DAY T. A. Oral Cancer and Precancerous Lesions. **CA Cancer J Clin**, v. 52, p. 195, 2002.
- POH, C. F. et al. Biopsy and Histopathologic Diagnosis of Oral Premalignant and Malignant Lesions. **JCDA**. abril 2008, v. 74, n. 3. Disponível em: <www.cda-adc.ca/jcda>.
- RAPP C. Oral Cancer malpractice claims increasing. **Today's FDA.**, v. 17, p. 37-8, 2005.
- SHAFER, W. G. et al. **Patología bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1971.
- SEOANE, J. M; GONZÁLEZ-MOSQUERA, A.; VELO-NOYA J. La biopsia oral en el contexto del precáncer y del cáncer oral. **Av. Odontoestomatol.** v. 24, n. 1, p. 89-96, 2008.
- SHKLAR G. The effect of manipulation and incision on experimental carcinoma of hamster buccal pouch. **Cancer Res.** 1968 Nov, v. 28, n. 11, p. 2180-2.
- SONIS, S. T. et al. **Principios e prática de medicina oral**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal**, 2. ed. São Paulo: Pancast, 1989.