

Conduitas de diagnóstico

Conducts of diagnosis.

Manoel Sant'Ana Filho*
 Claiton Heitz**
 Pantelis Varvaki Rados***
 João Jorge Diniz Barbachan****
 Maurício Roth Volkweis*****

Introdução:

O diagnóstico das lesões bucais é fundamental para que possamos realizar um correto tratamento visando o menor dano possível ao paciente, bem como a sua cura mais rápida. Dessa forma, devemos obtê-lo de maneira precisa e rápida. Diversas técnicas tem sido desenvolvidas, mas a que permanece como a mais simples e eficaz de ser executada oferecendo maior segurança no diagnóstico é a biópsia seguida de exame histopatológico. Este procedimento deve ser sempre realizado quando qualquer tecido for removido da cavidade bucal com finalidade terapêutica ou de diagnóstico.

Abordaremos quatro casos clínicos em que a correta conduta diagnóstica permitiu a identificação da doença e sua terapêutica adequada.

Revisão de Literatura:

É responsabilidade do cirurgião-dentista a descoberta e o diagnóstico de várias condições patológicas que envolvem a cavidade bucal e as regiões circunvizinhas, uma grande variedade de lesões bucais pode ser diagnosticada pela associação de manifestações clínicas, radiográficas e anamnese¹. Problemas de difícil diagnóstico são particularmente su-

perados por famosos profissionais graças aos seus exames criteriosos. É tendência comum ao clínico menos experiente estabelecer um diagnóstico provável ao início da avaliação anamnética do paciente e então questioná-la de forma a confirmar o seu diagnóstico⁶.

Entretanto, muitas alterações necessitam exames complementares para o seu diagnóstico¹. Entre todos os exames laboratoriais, a biópsia é aquele que alcança os mais elevados percentuais de acerto de diagnóstico². Apesar de sua consagração como valioso meio de diagnóstico, alguns não lhe dão a verdadeira importância, realizando intervenções cirúrgicas de grande vulto sem a pré-

Resumo:

Os autores apresentam revisão de literatura e análise de quatro casos clínicos a respeito das condutas que devem ser seguidas para a obtenção de um correto diagnóstico.

Summary:

The authors present review of literature and analysis of four clinical cases abording the steps that should be follow to get to a right diagnosis.

UNITERMOS:

Patologia bucal; Diagnóstico oral; Cistos e tumores odontogênicos; Tumores malignos.

* Professor de Patologia Geral e Buco-Dentária da U.F.R.G.S. e P.U.C.R.S., Professor do curso de Mestrado em Patologia Bucal da U.F.R.G.S., Professor do curso de Mestrado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da P.U.C.R.S.

** Professor de Cirurgia da P.U.C., Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

*** Professor de Patologia Geral e Buco-Dentária da U.F.R.G.S. e P.U.C.R.S., Professor do curso de Mestrado em Patologia Bucal da U.F.R.G.S.

**** Professor de Patologia Geral e Buco-Dentária da U.F.R.G.S., Professor Coordenador do curso de Mestrado em Patologia Bucal da U.F.R.G.S.

***** Aluno de Graduação da U.F.R.G.S., Bolsista de Iniciação Científica do CNPq.

via e obrigatória biópsia das lesões a serem tratadas⁸.

Para a compreensão dos fatores que levam os profissionais a furta-se à biópsia, poder-se-ia englobá-los em três grupos: incapacidade técnica, temor psicológico e desconhecimento do aspecto clínico das patologias bucais¹, contudo a biópsia é, em geral, um procedimento simples que não deve ser considerada como uma cirurgia porque não são necessários conhecimentos e experiências específicas^{2,7}. A biópsia não limita-se ao diagnóstico de lesões malignas ou tumores, sendo necessária na identificação de qualquer lesão insólita^{2,11}.

Devemos considerar a biópsia como parte de um processo que compreende a descoberta de uma lesão, seu diagnóstico provável e a necessidade de um diagnóstico definitivo para o tratamento adequado do paciente².

Estará indicada para o diagnóstico de patologias^{5,8}, avaliação da malignidade de tumores, determinar se a exérese da lesão foi adequada, observar o resultado de certas formas terapêuticas⁸, confirmação de enfermidades sistêmicas⁵. É formalmente contra-indicada em lesões melânicas e vasculares^{2,3,5,8}.

É imprescindível que o cirurgião-dentista remeta todo o tecido removido da cavidade bucal para exame histopatológico e que esteja ciente que isso induzirá um início de tratamento efetivo mais rápido e adequado, algumas vezes preservando a vida do paciente¹.

A manipulação do tecido removido para exame histopatológico deve obedecer certos critérios para evitar a formação de artefatos histológicos durante o seu processamento⁴, a saber: boa avaliação clínica para selecionar a melhor área para a biópsia⁴, se possível incluindo margem de tecido normal⁸; deve haver quantidade suficiente de tecido para a análise^{3,4}, incluindo boa profundidade⁸; manipulação cuidadosa do tecido³; não contaminar o tecido com

material estranho³, inclusive solução anestésica³; fixação da amostra logo após sua remoção^{2,3,7,8}; identificar adequadamente a amostra e fornecer dados clínicos suficientes que permitam ao patologista um diagnóstico o mais definitivo possível^{2,4,5,8}.

Cabe ainda salientar que em doenças cujas características clínicas e evolução permitam um diagnóstico eminentemente clínico, como as aftas, herpes primário, etc., ou naquelas cujas características clínicas se necessita ter a mão o resultado de outros exames complementares como a sífilis, não justificam a realização de biópsia³.

Devemos entender como biópsia a remoção de um fragmento de tecido vivo para exame histopatológico², envolvendo o processamento laboratorial desse material, a confecção de lâminas seguido de análise e descrição microscópica com diagnóstico histopatológico.

Materiais e Métodos:

Foram selecionados quatro casos clínicos dos Laboratórios de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Instituto de Biociências da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, onde o diagnóstico histopatológico não concordou com o diagnóstico clínico mas a preservação do paciente e a análise laboratorial do material biopsiado resultou na cura.

Todas as peças foram fixadas em formol a 10% e coloridas por Hematoxilina e Eosina (H/E).

Os dados pessoais dos pacientes não foram considerados para a seleção dos casos.

Procedeu-se a descrição da história clínica de cada caso, aspecto clínico da lesão, conduta adotada, exame microscópico e comentamos as atitudes adotadas relacionando-as com os resultados obtidos e o preconizado na literatura.

Apresentação dos casos clínicos:

Caso 1.

Paciente L.B.S., de 68 anos, sexo masculino, casado, branco, apresentava junto a um dente molar inferior, localizado por lingual, uma lesão de cor vermelha, forma irregular, consistência mole, sésil e de inserção mucosa. O paciente relatava dor no local e evolução de aproximadamente um ano. Devido a cárie existente no dente envolvido esse foi extraído supondo-se tratar-se de uma fístula. Com a remoção do suposto agente causal não houve regressão de lesão, o que levou a uma mudança de conduta optando-se pela realização de uma biópsia total. Foi removido um fragmento de tecido mole de forma elíptica, medindo 8 x 4 mm.

Ao exame microscópico notava-se a presença de proliferação neoplásica maligna de células epiteliais de revestimento, mostrando hiperchromasia, atipia celular e mitoses aberrantes. O tecido conjuntivo apresentava também infiltrado inflamatório crônico sobreposto. O diagnóstico histopatológico é, portanto, carcinoma epidermóide indiferenciado.

Se o diagnóstico clínico supunha um processo inflamatório, e a remoção do agente causal determinaria a involução da fístula. Contudo o acompanhamento do paciente após escolhida uma forma terapêutica nos possibilitou avaliarmos a evolução da lesão e considerarmos a realização de biópsia seguida por exame histopatológico uma vez que esses são os métodos mais simples e com maior índice de certeza para a obtenção de um diagnóstico definitivo.

O abandono do paciente após realizada a exodontia baseada na "certeza clínica" de que não erramos diagnósticos que parecem evidentes levaria a evolução do carcinoma trazendo conseqüências mórbidas para o paciente. Dessa forma, o acompanhamento periódico de qualquer paciente após adotada uma medida terapêutica deve ser atitude comum e

habitual a qualquer cirurgião-dentista.

Caso 2.

O paciente S.S., de 40 anos, sexo masculino, branco, apresentava abaulamento vestibular associado a mobilidade dentária na região da bateria labial anterior superior (fig. 1). Havia história de tratamento endodôntico nos dentes 11, 12 e 24. O paciente apresentava crises de agudização com dor a qual regredia com o uso de antibioticoterapia, supondo uma lesão inflamatória de origem apical.

O exame radiográfico mostra extensa área radiolúcida do tipo cístico, prolongando-se até o assoalho nasal e seio maxilar direito. Como exames complementares realizou-se punção, onde o material coletado foi líquido citrino, e novas tomadas radiográficas com contraste visando obter os limites da lesão.

O diagnóstico clínico e radiográfico foi de uma lesão cística periapical. Optou-se pela realização de uma biópsia total em ambiente hospitalar. Apesar da aparente obviedade do diagnóstico, o material foi examinado microscopicamente, sendo um tecido epitelial de poucas camadas de células, revestindo uma cavidade irregular com quantidades variáveis de ceratina na delgada cápsula fibrosa (fig. 2), observa-se denso infiltrado inflamatório crônico, áreas com tecido ósseo e cartilaginoso com características normais, sendo, portanto, o diagnóstico histopatológico de cisto odontogênico ceratinizado.

Graças a rotina de enviarmos todo o material removido da cavidade bucal para exame histopatológico, obtivemos o diagnóstico definitivo da lesão. Caso tratássemos de uma lesão apical de origem inflamatória teríamos como medida terapêutica a remoção do agente causal, que no paciente em questão seria o retratamento dos canais radiculares dos dentes envolvidos. Todavia, a presença deste suposto agente agressor não estava relacionada a lesão por-



FIG. 1. Aspecto clínico da lesão quando o paciente compareceu a consulta inicial

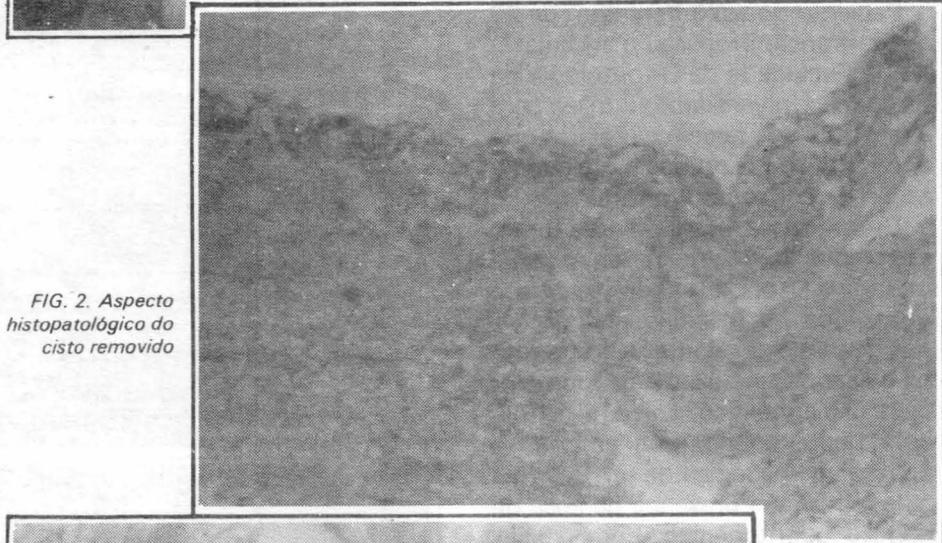


FIG. 2. Aspecto histopatológico do cisto removido



FIG. 3. Folículo pericoronário onde já se desenvolvia o ameloblastoma

que o cisto odontogênico ceratiniza-
do origina-se a partir da lâmina den-
tária ou do órgão do esmalte, exige
tratamento cirúrgico com cuidadosa
curetagem e possui um alto índice
de recidiva, o que justifica controle
radiográfico periódico do paciente.

Um erro de diagnóstico neste caso
induziria a um tratamento inadequa-
do ao paciente, com a manutenção
do crescimento do cisto causando
como consequência desde má posi-
ção dentária até fratura patológica do
osso maxilar.

Caso 3.

Paciente do sexo feminino, de 20
anos, branca, procurou o ambulató-
rio da Faculdade de Odontologia da
Pontifícia Universidade Católica para
a remoção dos terceiros molares que
encontravam-se retidos, para a reali-
zação de correção ortodôntica.

Durante uma mesma sessão foram
removidos os dois terceiros molares
inferiores. Após a exodontia foram
removidos os folículos pericoroná-
rios de ambos os dentes e como roti-
na enviados para exame histopatoló-
gico. O diagnóstico clínico foi de folí-
culo pericoronário para ambos. A
análise microscópica de um dos folí-
culos revelou a presença de ilhas de
epitélio odontogênico, com células
cilíndricas altas na periferia que lem-
bram o pré-ameloblasto (fig. 3). As
ilhas continham em seu interior célu-
las que lembram o retículo estrelado.
Essas estruturas estavam dispostas
em um tecido conjuntivo fibroso. O
diagnóstico definitivo foi de amelo-
blastoma. O outro folículo pericoro-
nário foi considerado histologica-
mente normal (fig. 4).

Na radiografia pré-operatória não
era possível observar-se alterações
da imagem compatível com a ima-
gem radiográfica de ameloblastoma.

Ambos os folículos foram acondi-
cionados em um mesmo frasco, sem
a discriminação da posição dos den-



FIG. 4. Folículo pericoronário histologicamente normal

FIG. 5. Último controle radiográfico realizado

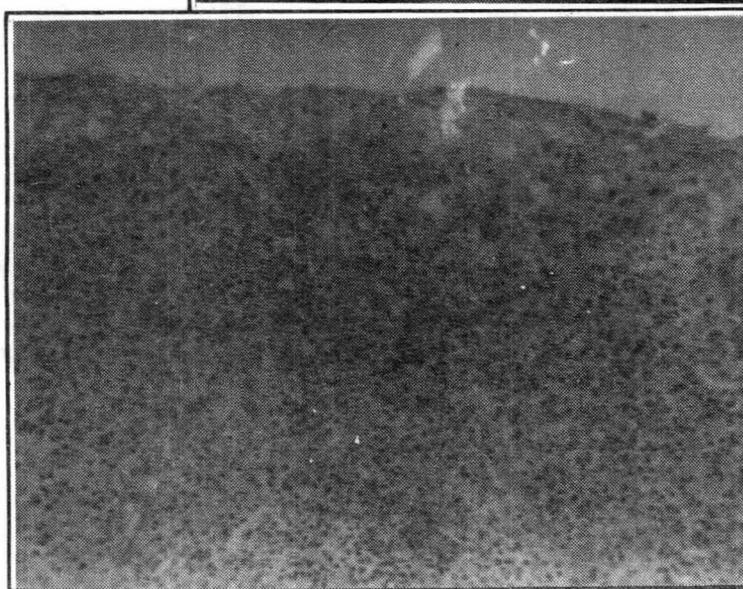
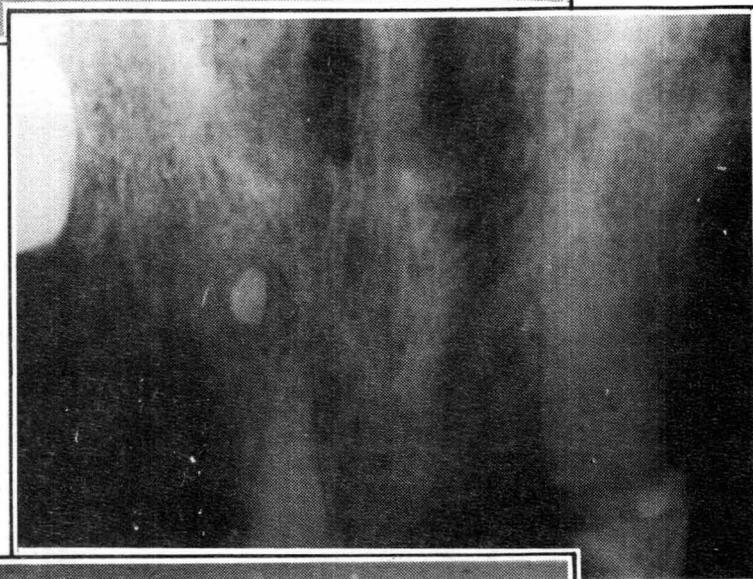


FIG. 6. Aspecto histopatológico de displasia epitelial severa

tes, impossibilitando a identificação de qual lado pertencia o tumor. A paciente permanece em controle radiográfico periódico bilateral.

O exame microscópico de folículo pericoronários deve ser rotina porque muitas vezes apesar de sua aparente inocência já pode ter havido o desenvolvimento de um cisto dentígero ou, como no presente caso, de um ameloblastoma. A diferença de conduta clínica frente a uma das lesões citadas e a de um folículo pericoronário normal justificam por si só o exame histopatológico desse tecido. Devemos ter presente a possibilidade de transformação do folículo por esse apresentar remanescentes epiteliais da embriogênese dentária com capacidade de proliferarem, originando lesões de diferentes naturezas.

O material de biópsia enviado para exame deve ser corretamente identificado e caso necessário utilizados mais de um frasco para o correto reconhecimento no laboratório. A mistura de materiais impossibilitou a identificação de que lado desenvolvia-se a lesão exigindo controle radiográfico bilateral da paciente.

Caso 4.

Paciente E.B., sexo feminino, 53 anos, cor branca, compareceu para avaliação e tratamento em junho de 1988 com queixa de mobilidade em uma ponte fixa que envolvia os dentes 13, 14, 15, 16. O exame clínico mostrou mobilidade a pressão digital do canino superior direito, assintomático e sem linfadenopatia satélice.

No exame radiográfico periapical pode-se observar uma fratura radicular no terço médio tomando um curso oblíquo mais apicalmente, com afastamento dos fragmentos e com uma área radiolúcida em nível apical compatível com lesão periapical.

Realizou-se a remoção da ponte fixa e extração a retalho com osteotomia prévia. No trans-operatório observou-se a fratura radicular e a re-

moção da lesão apical com o respectivo fragmento radicular e coletou-se este material para exame histopatológico. Fez-se sutura a pontos isolados e a cicatrização da mucosa ocorreu sem complicações.

A paciente foi acompanhada clínica e radiograficamente até fevereiro de 1991, não ocorrendo nenhuma alteração da mucosa e do osso envolvido na patologia (fig. 5).

Ao exame microscópico observa-se a presença de tecido conjuntivo densamente fibroso, com infiltrado inflamatório linfo-plasmocitário e a presença de epitélio com atipia celular, hiper cromasia, perda de relação núcleo-citoplasma, sendo o diagnóstico histopatológico de cisto radicular com displasia epitelial severa (fig. 6). Todas as alterações das células epiteliais preservam a camada basal, não havendo invasão do tecido conjuntivo, sendo que a invasão deste pelo epitélio é o que diferencia a displasia epitelial severa de um carcinoma.

A grande incidência de lesões apicais e a sua característica de reversibilidade por tratar-se de um processo inflamatório não são justificativas para que o seu exame histopatológico não seja realizado. A sobreposição de alterações inflamatórias a tumores malignos pode ocorrer numa tentativa do organismo de limitar a agressão, contudo devemos diferenciar quando esse é apenas uma tentativa de resposta e não o fator determinante da lesão.

Quando removemos qualquer lesão apical o seu exame histopatológico está indicado para confirmação do diagnóstico e orientação da conduta pós-operatória.

Discussão e conclusões:

Concordamos com a afirmação de que é responsabilidade do cirurgião-dentista a descoberta e diagnóstico das patologias que en-

volem a cavidade bucal e as regiões circunvizinhas¹, devendo obedecer um rigoroso exame clínico e anamnese criteriosa⁶ para a solução de problemas dessas regiões. Nos casos apresentados as lesões foram identificadas por cirurgiões-dentistas graças a correta preservação do paciente, indicação de biópsia e exame histopatológico.

A biópsia está indicada em lesões que não cicatrizam ou não respondem a medidas terapêuticas adotadas dentro de um prazo de duas semanas¹¹, logo, na suposição de um processo inflamatório como no caso 1 a remoção do agente causal deveria solucionar a lesão mas sua persistência impõe a realização de biópsia¹¹. O acompanhamento clínico e ou radiográfico dos pacientes deve ser realizado e a avaliação de certas medidas terapêuticas pode ser avaliada através da biópsia¹.

As contra-indicações formais recaem sobre lesões melânicas ou vasculares^{2,3,5,8} e em nenhum dos casos haviam estas características.

Sempre que removermos qualquer tecido da cavidade bucal seja com finalidade terapêutica ou de diagnóstico este deverá ser examinado microscopicamente, sendo que diversos autores^{1,4,5,7} consideram biópsia e exame histopatológico como parte de um mesmo processo que não pode ser separado, não sendo feita uma distinção evidente entre uma situação e outra^{1,7} ou então considerando a biópsia como um procedimento inicial com o objetivo de possibilitar e fornecer material para exame e diagnóstico microscópico^{2,4,5}. A conduta de remeter os tecidos para exame histopatológico foi rotina nos casos presentes e somente assim obtivemos um diagnóstico final que nos quatro casos não foi concordante com o diagnóstico clínico.

Para a obtenção de um diagnóstico microscópico exato a correta manipulação e identificação do material removido é fundamental^{4,5,7} bem como informações precisas e pertinentes para o patologista^{5,7,8}. Du-

rante a fixação do material removido no Caso 3, estes não foram identificados quanto a sua origem, impedindo a definição de qual folículo pericoronário era patológico, neste caso a paciente necessita realizar, durante o período de preservação, controle radiográfico bilateral.

A técnica para a realização de biópsia não deve ser considerada como uma cirurgia^{2,7} porque não envolve conhecimentos e experiên-

cias específicas, deve portanto fazer parte da rotina de procedimentos clínicos realizados por qualquer cirurgião-dentista^{1,7} o qual não deve esquivar-se da sua realização¹.

Para finalizar, achamos importante salientar as seguintes condutas para a obtenção de um correto diagnóstico:

- 1 — Criterioso exame clínico e anamnese do paciente.
- 2 — Acompanhamento do pa-

ciente após adotada qualquer medida terapêutica.

3 — Indicação de biópsia quando a lesão persistir por um período superior a duas semanas ou quando a terapêutica exigir remoção cirúrgica da lesão.

4 — Adequada manipulação, fixação e identificação dos fragmentos removidos.

5 — Informações suficientes e pertinentes ao patologista.

Referências Bibliográficas

1. ALVES, Maria Cristina R. A biópsia como método de diagnóstico: sua utilização pelos odontólogos. *Rev. Fac. Odont. Ribeirão Preto, Ribeirão Preto*, v. 21, n° 2, p. 114-120, jul-dez., 1984.
2. ARAÚJO, N. S. & ARAÚJO, V. C. *Patologia Bucal*, São Paulo, Artes Médicas, 1984, 239 p., Cap. 1, Histopatologia Básica da Mucosa Bucal, p. 1-10.
3. COLOMBINI, Nelson E. P. *Cirurgia Maxilo-Facial*, São Paulo, Pancast Editorial, 1991, 803 p., Cap. 8 Biópsia, 157-174.
4. FICARRA, G. & McCLINTOCK, B. & HANSEN, L.S. Artifacts Created During Oral Biopsy Procedures, *J. Cranio-Max-Fac. Surg.*, Nova York, n° 15, p. 34-37, fevereiro, 1987.
5. GARCIA PENIN, A. & BARACALDO, J.S.C. & GONZALES, J.M.M. & GARCIA-LOMAS, J.M.S. La Biopsia en Estomatologia. *Rev. Actual Estomat. Espanhola, Madri*, n° 324, p. 49-62, maio, 1987.
6. HALL, H.D. Princípios de Cirurgia. In: KRUGER, G.O. *Cirurgia Bucal e Maxilo Facial*, 5 ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984, 546 p., Cap. 1, p. 1-6.
7. KESZLER, Alícia. Biópsias: Normas Práticas para su correcta obtención. RADA, Buenos Aires, v. 76, n° 111, p. 100, junho, 1988.
8. LORANDI, César S. Biópsia das Lesões da Região Buco-Maxilo-Facial. In: EBLING, Hardy. *Cistos e tumores odontogênicos*, Porto Alegre, UFRGS, McGrawhill, 1977, 183 p., Cap. 2, p. 28-36.
9. MILLER, Artur S. & FANTASIA, J.E. Survey of tissue — Diagnostic Services in United States Dental Schools — 1985, *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, n° 2, p. 225-227, fevereiro, 1988.
10. SCHELKUN, P. M. & GRUNDY, W.G. Fine needle aspiration biopsy of head and neck lesions, *J. Oral Maxillofac. Surg.*, n° 49, p. 262-267, março, 1991.
11. SHAFER, W. & HINE, M. & LEVY, B. *Tratado de Patologia Bucal*, 3 ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1979, 837 p., Seção III Agressão e Reparo, Cap. 11, Cicatrização das Feridas Bucais, p. 549-568.