







Biópsia em lesões enegrecidas e vinhosas da cavidade bucal: quando fazer, quando evitar? Uma revisão de literatura

Biopsy in black and wine-coloured lesions of the oral cavity: when to do, when to avoid? A review of the literature Gustavo Duarte Ribeiro 1

Gustavo Duarte Ribeiro¹ , Diego Sampaio Garcia Leite¹ , Camillo Lellis Carneiro Dias Leite¹ , Rodrigo Timoteo de Melo Ferraz¹ , Caciana Farias da Silva Gheno^{1*} , Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli² 

¹Acadêmicos de Odontologia da Faculdade de Odontologia do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil. ²Professor Titular das Disciplinas de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Faculdade de Odontologia do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: cacianafarias@yahoo.com.br

Resumo: A biópsia corresponde um procedimento cirúrgico invasivo cuja função busca remover uma lesão de forma parcial ou a total, com o objetivo principal de fazer um estudo histopatológico para obter um diagnóstico clínico conclusivo. O objetivo deste estudo foi descrever e analisar diferentes técnicas de biópsia cirúrgica e seu uso no diagnóstico e tratamento de lesões pigmentadas e vasculares, como também alertar para a importância de se conhecer as diferentes técnicas de procedimentos, levando em questão suas indicações e contraindicações clínicas. Um fator de sucesso no diagnóstico e tratamento é reconhecer os diferentes tipos de lesões distintas na região maxilofacial, que necessitam de diferentes técnicas de biópsia. Neste estudo avaliamos que as técnicas de biópsia incisional e excisional são recomendadas no diagnóstico e tratamento de lesões pigmentadas enquanto para lesões vasculares a punção aspirativa, diascopeia e vitropressão são mais recomendadas, sendo apenas, quando indicada a biópsia do tipo excisional.

Palavras-chaves: Biópsia, Medicina Bucal, Melanoma, Hemangioma, Procedimentos Cirúrgicos Bucais.

Abstract: The biopsy corresponds to an invasive surgical procedure whose function seeks to remove a lesion partially or totally, with the main objective of making a histopathological study to obtain a conclusive clinical diagnosis. The aim of this study was to describe and analyze different surgical biopsy techniques and their use in the diagnosis and treatment of pigmented and vascular lesions, as well as to alert to the importance of knowing the different procedure techniques, taking into account their clinical indications and contraindications. A factor in successful diagnosis and treatment is to recognize the different types of distinct lesions in the maxillofacial region, which require different biopsy techniques. In this study we evaluated that the techniques of incisional and excisional biopsy are recommended in the diagnosis and treatment of pigmented lesions while for vascular lesions aspiration puncture, diascopy and vitreoretinal biopsy are more recommended, being only when indicated the excisional type biopsy.

Keywords: Biopsy, Oral Medicine, Melanoma, Hemangioma, Oral Surgical Procedures.

Introdução

A biópsia consiste na remoção e coleta de tecidos com alterações patológicas de um organismo vivo com a finalidade de diagnóstico clínico, realizada por intermédio de análise histológica. A análise anatomopatológica é um recurso laboratorial para a identificação de algumas lesões, bastante requisitado pela Estomatologia, apresentando características microscópicas, e alterações teciduais significativas, estabelecendo um resultado conclusivo para grande maioria das hipóteses diagnósticas, sendo sua negligência um obstáculo para o diagnóstico precoce de cistos, lesões tumorais e neoplasias malignas (Caubi et al., 2004; Barbosa et al., 2005; Neville, 2009; Brazão-Silva et al., 2018).

Durante o exame clínico minucioso, podem surgir necessidades complementares de uma avaliação histopatológica de uma lesão, para que ocorra um diagnóstico clínico conclusivo. A palavra biópsia tem origem grega, e significa bios = vida; oipsis = visão, ou seja, visão da vida. Trata-se de um procedimento invasivo, onde se coleta uma amostra de tecido para enviar para análise anatomopatológica usando um microscópio óptico. Quaisquer fragmentos de tecido removidos da área da cabeça e pescoço devem ser

encaminhados para avaliação histopatológica, preferencialmente ao patologista bucal. As técnicas utilizadas na região maxilofacial são as biópsias incisional, excisional, punch, aspirativa e a citologia esfoliativa. O diagnóstico de lesões pigmentadas e vasculares da cavidade oral e tecidos periorais é um desafio para o Cirurgião-Dentista clínico, sendo encaminhadas na maioria dos casos para o especialista o estomatologista. (Caubi et al., 2004; Barbosa et al., 2005; Neville, 2009; Brazão-Silva et al., 2018; Mayra et al., 2019).

Na biópsia incisional remove-se apenas uma parte da lesão, ou seja, uma amostra de no mínimo 5 mm em diâmetro e profundidade sem remover a lesão por completo, enquanto na biópsia excisional remove-se a lesão por inteira, para envio à análise histopatológica. A biópsia do tipo excisional é indicada para lesões pequenas, com diâmetro menor do que 1 cm, bem delimitadas e/ou com inserção pediculada, como exemplos: fibromas traumáticos, papilomas, hiperplasias gengivais, granulomas piogênicos, entre outras (Caubi et al., 2004; Barbosa et al., 2005; Souza et al., 2005; Neville, 2009; Brazão-Silva et al., 2018).

Em consultório odontológico a grande demanda das biópsias realizada pelos cirurgiões-dentistas é a biópsia excisional. A biópsia incisional é indicada em situações complexas, quando não há possibilidade de remover a lesão por completa, em casos de lesões maiores de 1 cm, que estejam em localização de difícil acesso, ou comprometa estruturas anatômicas adjacentes (Caubi et al., 2004; Barbosa et al., 2005; Lambertini et al., 2017).

Os instrumentais devem ser adequados para cada tipo de biópsia e o local a ser biopsiado. Em biópsias da mucosa bucal, utiliza-se seringa Carpule com agulha odontológica e tubetes de solução anestésica, lâminas de bisturi 15 ou 15c, tesoura Metzenbaum, tesoura iris reta, pinça de tecido de Adson, pinça de dissecação anatômica, pinça hemostática curva, pinça de campo, afastador de Minnesota e/ou de Austin, pinça porta-agulha, fio de sutura, ponta de aspiração ou sugador cirúrgico, um pacote de gaze, e um frasco contendo formol a 10% (Caubi et al., 2004; Barbosa et al., 2005; Brazão-Silva et al., 2018).

Cuidados com a amostra coletada são necessários e decisivos na viabilidade do estudo anatomopatológico. O manejo adequado da amostra tecidual, é crucial para um bom diagnóstico. O profissional deve evitar compressões exorbitantes com as pinças ou fórceps, a apreensão de partículas da amostra com o sugador, descolamento exagerado com o fio de sutura, injeção de anestésico na porção central da lesão, uso incoerente do eletrocautério e volume indevido de fixador etc. Em sequência, registra-se todas as características da lesão incluindo desde a aparência clínica, presença de outras lesões a hipótese de diagnóstico clínico, e encaminha em transporte apropriado a amostra para o laboratório ou passa as instruções devidas ao paciente. É importante encaminhar ao patologista bucal informações sobre o tipo de biópsia referente ao exame, o resultado dos exames complementares e a história clínica completa do paciente. Todos os espécimes obtidos por biópsia são encaminhados para avaliação laboratorial imersos em formol 10% (Caubi et al., 2004; Barbosa et al., 2005; Souza et al., 2005; Lutz et al., 2012).

As pigmentações orais têm uma prevalência de 0,5% a 14% e não são o que o clínico observa no dia a dia do consultório muitas vezes, e isso pode fazer com que muitos cirurgiões dentistas não saibam como fazer a correta abordagem diagnóstica dessas lesões e respectivo tratamento (Lutz et al., 2012).

Com isso, este estudo teve como objetivo avaliar as indicações e contraindicações da biópsia no diagnóstico e tratamento das lesões pigmentadas e vasculares, auxiliando o clínico na sua tomada de decisão.

Revisão

Lesões Pigmentadas

As lesões pigmentadas de origem fisiológica são comuns em pessoas melanodermas se apresentando como máculas difusas e bilaterais, de coloração marrom claro ao escuro, resultadas da atividade de produção da melanina (Souza et al., 2020). As lesões pigmentadas da mucosa oral são clinicamente classificadas como pigmentação macular difusa ou multifocal, incluindo pigmentação racial fisiológica, melnose associada a doença sistêmica, melnose de fumante, melnose induzida por drogas e metais pesados Hiperpigmentação, bem como hiperpigmentação focal, incluindo melanoma de mácula, tatuagens de amálgama, nevos melanocíticos, melanoacantomias e melanomas. As lesões pigmentadas focais são menos comuns do que as lesões multifocais. Os melanócitos são células pigmentares com função principal de proteção ultravioleta e pigmentação da pele. Essas células podem estar presentes em vários locais protegidos do sol, como a cavidade oral, onde sua função não é claramente compreendida, mas há evidências que suportam uma atividade antimicrobiana e imunológica (Gondak et al., 2012; Rodrigo et al., 2014; Tavares et al., 2018).

A proliferação de melanócitos atípicos na interface entre o epitélio e o tecido conjuntivo se originam de células da crista neural, que migram como células-tronco de melanócitos na pele humana, papilas dérmicas e

folículos capilares, onde se tornam melanócitos maduros e contribuem para manter a homeostase epidérmica / mucosa, produzindo melanina para proteger a pele da radiação UV e melatonina-serotonina, que têm um papel na homeostase, mesmo que a função dos melanócitos da mucosa não seja clara, além disso, a exposição a fatores endógenos como carcinógenos inalados, como o tabaco, poderia provocar a transformação maligna dos melanócitos atípicos. Algumas alterações moleculares em genes como c-KIT, BRAF e NRAS foram encontradas, na presença de lesões malignas pigmentadas, no entanto, o tabagismo tem sido o fator primordial, considerado um fator de risco, pois promove lesões orais pigmentadas e sua potencial transformação em lesões malignas (Gondak et al., 2012; Rodrigo et al., 2014).

A mucosa oral apresenta lesões hiperpigmentadas de diferentes cores que podem variar desde o marrom-preto ao branco-avermelhado e podem apresentar morfologia nodular ou macular. Uma lesão macular se apresenta plana com um crescimento radial que antecede o crescimento vertical e é típico de uma longa história de melanose, já uma lesão nodular irregular, exógeno, às vezes ulcerado e associado a mau prognóstico devido ao crescimento vertical. Existem cinco tipos diferentes de melanoma, dependendo do que está presente pigmentação e padrão de crescimento (nodular ou macular) (Gondak et al., 2012; Rodrigo et al., 2014; Rodrigues et al., 2021).

Características patológicas e imunohistoquímicas das lesões pigmentadas são descritas em exame macroscópico como mal circunscrito com superfície lisa ou irregular, de consistência macia a firme e cor escura ou acastanhada e superfície de corte adiposa (Rodrigo et al., 2014; Tavares et al., 2018; Rodrigues et al., 2021).

Histologicamente, apresenta uma proliferação difusa de folhas e ninhos de células melanocíticas pleomórficas com morfologia epitelióide, rabdoide ou fusiforme organizada em um padrão organóide, com melanina abundante, com núcleos ovóides, pálidos citoplasma contendo grânulos marrons compatíveis com melanina. Graus variáveis de hiperchromatismo nuclear e pleomorfismo celular também são observados. As lesões possuem revestimentos escamosos estratificados de epitélio paraqueratinizados, exibindo melanócitos atípicos e pleomórficos nas camadas basal e suprabasal da amostra (Rodrigo et al., 2014; Tavares et al., 2018; Rodrigues et al., 2021).

A Síndrome de Laugier-Hunziker (SLH) (Pigmentação Mucocutânea Idiopática Lenticular), é caracterizada por múltiplas máculas pigmentadas idiopáticas na cavidade oral, esta condição é geralmente diagnosticada na idade adulta, a média de idade foi de 48 anos. As mulheres são mais suscetíveis que os homens, e os caucasianos são mais comuns que os negros. As lesões são mais comuns na mucosa bucal, lábios, gengivas, palato e língua. Como o SLH é um diagnóstico de exclusão para descartar a Síndrome de Peutz-Jeghers, esta condição é gradualmente progressiva, mas benigna. O tratamento com ablação a laser é eficaz na redução da visibilidade das lesões na SLH (Neville, 2009; Gondak et al., 2012; Rosebush et al., 2019).

A Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) é uma condição genética autossômica dominante devido à mutação do gene supressor de tumor STK11. Suas características clínicas apresentam múltiplos pólipos intestinais hamartomatosos e têm uma probabilidade aumentada de desenvolver malignidades em vários locais, incluindo o trato gastrointestinal, mama, tireóide, ovários, testículos e pâncreas, intussuscepção e obstrução intestinal também ocorrem. A pigmentação característica dos lábios e pele perioral que se assemelha a numerosas sardas escuras, ocorrendo também intraoralmente (particularmente na mucosa bucal) e na pele das extremidades. Afeta homens e mulheres igualmente, com aparecimento em crianças e jovens. O tratamento envolve o controle dos sintomas gastrointestinais e o monitoramento do desenvolvimento de cânceres, e terapia a laser por questões estéticas na pigmentação oral e perioral que persistem ao longo da vida e não requerem tratamento, sem necessidade de biópsia quando já diagnosticada a SPJ (Neville, 2009; Rosebush et al., 2019).

A mácula melanótica é uma das lesões pigmentadas bastante comum na cavidade oral. É uma lesão benigna, resultante do aumento ocasional do número de melanócitos. As lesões labiais são diagnosticadas em jovem do que as lesões intrabucais. As máculas melanóticas são mais encontradas em pacientes do sexo feminino e podem ser vistas em pacientes de qualquer raça. Causianos são mais propensos a ter lesões na região de lábio inferior, enquanto os pacientes melanodermas tem lesões da mucosa bucal. Clinicamente se apresenta como uma lesão única, bem delimitada, pigmentada e plana, de cor marrom-claro a marrom-escura, variando de tamanho de 0,1 a 2,0 cm, sendo a maioria menor que 1 cm. Localizados intra-orais (gengiva, palato e mucosa bucal) e extra-orais (lábios e face). As máculas são tipicamente assintomáticas (Neville, 2009; Gondack et al., 2012; Rodrigo et al., 2014; Rosebush et al., 2019).

A tatuagem de amálgama é uma lesão pigmentada que se caracteriza pela presença de máculas azuis e cinzentas da gengiva. Estas lesões medem geralmente de 0,1-2 cm de diâmetro e estão localizadas na gengiva e mucosa alveolar, perto do dente restaurado. Outros compostos como a grafite têm sido descritas como a

causa das tatuagens da mucosa, principalmente por incisões acidentais e incorporação destas últimas nos tecidos moles. A histologicamente apresenta partículas de amálgama ao longo das fibras de colágeno e em volta dos vasos sanguíneos, com pouca presença de linfócitos e macrófagos e por vezes células gigantes de corpo estranho são detectadas. As tatuagens de amálgama ocorrem como resultado da deposição acidental de fragmentos de amálgama no dente restaurado que penetram descontinuidades no epitélio e se depositam no tecido conjuntivo, tornando o epitélio na área azul ou preto. (Neville, 2009; Rodrigo et al., 2014; Lambertini et al., 2018; Tavares et al., 2018; Souza et al., 2020).

O cirurgião-dentista deve observar se em tratamentos restauradores anteriores foi utilizado amálgama, se as lesões estão localizadas na região de palato duro. Neste caso uma biópsia poderia ser indicada em caso de suspeita clínica ou alterações mínimas em acompanhamento, uma vez que estes são os locais mais comuns de nevos orais e/ou melanoma oral (Lambertini et al., 2018).

O nevo azul é uma mácula benigna, composta de melanócitos no tecido conjuntivo que é de cor azul escura e é mais comum em mulheres entre 20 e 50 anos (Souza et al., 2020). O melanoacantoma afeta a mucosa após traumas crônicos, mais frequentemente em mulheres melanodermas, do que caucasianas e xantodermas. Na observação clínica, esta condição é caracterizada por uma única mácula ou placa pigmentada assintomática. A mácula ou placa aumenta rapidamente de tamanho, sendo a mucosa oral o local mais comum. Biópsia incisional e exame histopatológico é necessário para descartar o diagnóstico diferencial de melanoma oral. Histologicamente a coloração por hematoxilina e eosina do melanoacantoma apresenta hiperqueratose, acantose com uma proliferação uniforme de células basalóides pigmentadas e papilomatose com presença de grandes melanócitos dendríticos hiperpigmentados abrangendo a epiderme. A autocura ocorreu após a biópsia, e as lesões cutâneas não se repetiram. Esteróides tópicos também podem ser utilizados como uma opção terapêutica (Neville, 2009; Lambertini et al., 2018; Gutierrez et al., 2019).

O Melanoma Oral é uma neoplasia rara de melanócitos relatada por Weber em 1856. Por se tratar de uma neoplasia biologicamente agressiva com péssimo prognóstico, é considerada uma patologia rara em caucasianos comparando-se com os japoneses. A sua frequência é estimada de 0,5 a 0,7% de todas as malignidades orais, representando uma taxa de frequência de 25 e 40% dos casos de melanomas na cabeça e pescoço, mais prevalentes em homens que mulheres. Os melanomas orais são responsáveis por uma frequência de 1,3-6,8% do total de melanomas, em contraste com o melanoma cutâneo. Sua incidência tem sido estável nos últimos anos. Com etiologia indefinida, a presença de inflamação crônica por estímulos como o uso do tabaco, radiação ultravioleta, cor da pele e do cabelo, sardas numerosas, exposição solar excessiva, bronzeamento, presença de nevos, xeroderma pigmentoso, imunossupressão, uso de prótese dentária mal adaptada, exposição a produtos químicos, são considerados possíveis fatores de risco, porém não haja comprovação científica e correlações patogênicas. Os fatores genéticos quando ocorrem suscetibilidade familiar incluem mutações do gene CDKN2A, que codificam a proteína supressora de tumor p16 localizada no cromossomo 9p21, outros genes incluem RB1, CDK4 gene no cromossomo 12q15, RB1 e PTEN / MMAC1 (Neville, 2009; Babburi et al., 2013; Rodrigo et al., 2014; Lambertini et al., 2018).

Suas características clínicas são descritas de forma uniforme, com presença de máculas, pontas castanhas ou pretas, nódulos que mostram frequentemente variações de cor, com tonalidades pretas, castanhas, cinzentas, roxas e vermelhas ou despigmentações, localizadas no palato duro, alvéolo e/ou gengiva. Um diagnóstico precoce e imediato do melanoma oral é bastante importante, juntamente com o exame clínico, exames de imagem da região da cabeça e pescoço. Em contraste com o melanoma cutâneo, os melanomas orais exibem uma baixa taxa de mutação BRAF V600E (<6%), reduzindo as hipóteses de opções terapêuticas com inibidores de BRAF, e nenhuma mutação é encontrados no NRAS e no GNAQ/GNA11 (Lambertini et al., 2018).

O diagnóstico preciso, é realizado através de uma biópsia incisional geralmente necessária para o exame histológico com coloração de hematoxilina e eosina apresentando invasão do estroma do tecido conjuntivo por lâminas e ilhas de melanócitos atípicos de células fusiformes epitelióides pleomórficas contendo pigmentação marrom a preto no citoplasma, e é confirmada com biomarcadores imunohistoquímicos como S-100, HMB-45, melan A e vimentina, além disso, a análise histológica pode adicionar informações úteis, como invasão de vasos linfáticos, invasão de vasos sanguíneos, ossos e nervos que estão associadas a piores prognósticos (Rodrigo et al., 2014; Babburi et al., 2013; Rodrigues et al., 2021).

O tratamento para as lesões pigmentadas malignas consiste na cirurgia (remoção total da lesão e estruturas anexas), radioterapia e quimioterapia de cabeça e pescoço (Rodrigues et al., 2021).

Lesões Vasculares

As lesões vasculares orais são malformações vasculares benignas, comuns nas regiões da cabeça e pescoço, como hemangiomas e varizes, que estão localizadas em qualquer região do corpo, incluindo a mucosa oral e lábios, descritas pelo sistema proposto por Milliken e Glowacki (1982) “classificação de doenças congênitas do desenvolvimento vascular”. Apresentam-se clinicamente assintomáticas, possuindo variações de tamanho e cor, com colorações que variam do vermelho ao roxo de acordo com a localização e profundidade da invasão tecidual e o grau de congestão vascular (Neville, 2009; Morais Neves et al., 2018; Freitas et al., 2021).

O diagnóstico diferencial dessa neoplasia são: mucocele, máculas, malformações vasculares e de outros tumores vasculares da infância. O diagnóstico é conduzido por meio da anamnese, exame clínico e manobras semiotécnicas. O exame físico é realizado com compressão com lâmina de vidro (diascopia ou vitropressão) utilizadas, na maioria dos casos, sendo um procedimento confiável para o diagnóstico clínico das lesões vasculares. A manobra de diascopia é realizada para diferenciar as lesões vasculares das lesões pigmentadas. A vitropressão é uma técnica eficaz no diagnóstico pois é realizada a compressão de uma lâmina histológica de vidro (75mm de comprimento x 25mm de largura x 1mm de espessura) sobre a lesão que adquire coloração pálida, este efeito ocorre devido a diminuição de tamanho e esvaziamento vascular, após a remoção da pressão da lâmina o sangue retorna para o interior dos vasos recuperando a aparência original (Cardoso et al., 2010; Cruz et al., 2011; Morais Neves et al., 2018; Freitas et al., 2021).

A necessidade e indicação de tratamentos das lesões vasculares benignas que acometem a região maxilofacial, são bastante analisadas, devido às complicações, em decorrência da capacidade de gerar sangramentos, úlceras, disfagia, disfonia e afetar a estética, sendo esse último a principal queixa dos pacientes acometidos por lesões vasculares orais (Cardoso et al., 2010; Cruz et al., 2011; Morais Neves et al., 2018).

As lesões vasculares orais são mais comuns, com múltiplas localizações na superfície ventral da língua, lábios e comissuras labiais, mucosa bucal e palato, com manifestações clínicas azul-púrpura, com nódulos pequenos únicos ou múltiplos. Tem baixa prevalência na mucosa bucal, gengival e palatina. Apresentam-se como lesão única, têm maior incidência em mulheres, desenvolvem-se na primeira infância, mas podem ter menor incidência na idade adulta, sem preferência por raça. A etiologia das lesões vasculares orais é incerta (Cruz et al., 2011; Mandú et al., 2013; Morais Neves et al., 2018; Freitas et al., 2021).

A classificação de doença congênita do desenvolvimento vascular, elaborada por John Mulliken e Julie Glowacki em 1982, só foi aceita em 1996, e ainda hoje é aceita pela Sociedade Internacional para o Estudo de Anomalias Vasculares (ISSVA). Estes estudos elaborados por Mulliken e Glowacki (1982), organizaram as anomalias vasculares de acordo com o vaso afetado, e suas propriedades hemodinâmicas e endoteliais (Freitas et al., 2021; Morais Neves et al., 2018).

As características endoteliais, segundo John Mulliken e Julie Glowacki, (1982), foram divididas em dois grandes grupos. O primeiro com as Malformações Vasculares (MV), anomalias da morfogênese do desenvolvimento embrionário, estruturais dos vasos, sem presença de proliferação endotelial, consideradas anomalias estruturais que aparecem ao nascimento, sem resolução espontânea. O segundo grupo são os Hemangiomas (HEM), são anomalias vasculares do desenvolvimento, tumores benignos de origem endotelial, que possuem crescimento rápido, com hiperplasia dos vasos sanguíneos, veias e capilares, em área focal do tecido conjuntivo, diferenciado das malformações vasculares que são uma anomalia local da morfogênese vascular (Neville, 2009; Morais Neves et al., 2018; Freitas et al., 2021).

Os hemangiomas são considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como tumores vasculares benignos localizados na região de cabeça e pescoço, ocorrendo em 60% dos casos. Caracteriza-se por uma fase de crescimento proliferativo de um a dez anos de idade, seguida por uma inevitável fase de regressão de involução, e sua persistência após esses nove anos é relativamente rara. Na boca, afeta as áreas dos lábios, língua, mucosa bucal e palato. Não apresenta sintomatologia dolorosa, com tamanhos variados, em alguns casos flácidos à palpação e com contornos bem definidos. Caracteriza-se clinicamente por manchas ou nódulos roxos com presença de vasos sanguíneos e vênulas que desaparecem temporariamente durante a compressão extracorpórea ou teste transmembrana, e sua cor varia de vermelho escuro a roxo dependendo de sua localização ou profundidade do tecido. Histologicamente, estão presentes células endoteliais, células inteiras, células dendríticas, células mesenquimais e uma menor proporção de células germinativas com potencial adipogênico (Cruz et al., 2011; Mandú et al., 2013; Freitas et al., 2021).

Eles são classificados em capilares, juvenis, esponjosos e arteriovenosos. Os hemangiomas capilares são o tipo mais comum e são mais comuns em recém-nascidos do sexo feminino. O hemangioma juvenil mais comum na região da parótida. O hemangioma cavernoso tem maior diâmetro do vaso e características clínicas

semelhantes ao hemangioma capilar. Os hemangiomas arteriovenosos são malformações vasculares causadas por comunicação anormal entre a circulação arteriovenosa. (Neville, 2009; Cruz et al., 2011).

Os hemangiomas intraósseos com menor incidência ocorrem na região de cabeça e pescoço, acometendo a região oral, a mandíbula sendo esta a região mais afetada. Clinicamente, com coloração vermelho vinho, apresenta-se com aumento de volume indolor e de consistência dura, podendo resultar em assimetria facial, localiza-se também próximo a região de dentes, podem ocorrer dor ou sangramento gengival (Neville, 2009; Morais Neves et al., 2018).

Radiograficamente apresenta uma imagem radiográfica radiolúcida unilocular ou multilocular, semelhante a cistos ou outras patologias. Durante o diagnóstico dos hemangiomas intraósseos recomenda-se aspiração por agulha fina (PAF), para que durante o procedimento de biópsia não haja complicações agravantes que possam comprometer drasticamente a condição de vida do paciente (Neville, 2009; Morais Neves et al., 2018).

A conduta terapêutica frente aos casos de hemangioma bucal tem sido realizada por meio de crioterapia, escleroterapia, aplicação de corticoides, excisão cirúrgica, eletrocauterização, laserterapia ou aplicação de interferon alfa em lesões menores enquanto nas lesões maiores ou intraósseas, o tratamento é realizado através de embolização ou obliteração da lesão e dos vasos adjacentes. Sendo a preservação a melhor conduta na maioria dos casos, devido ao risco de hemorragias sem perda significativa de sangue. Diante de uma lesão vascular, em hipótese alguma, o Cirurgião-Dentista, deve fazer uma biópsia incisional em decorrência dos riscos hemorrágicos, apenas é realizada a biópsia excisional. Os hemangiomas não recidivam ou sofrem malignização, quando a terapêutica correta é realizada (Cardoso et al., 2010; Cruz et al., 2011; Mandú et al., 2013).

A excisão cirúrgica ocorre principalmente em lesões de maiores diâmetros, em regiões estéticas e quando não há possibilidade de ressecção completa ocasionam em hemorragias, e possíveis comprometimentos de suas estruturas adjacentes. Em lesões circunscritas de menores diâmetros e/ou periféricas, a excisão cirúrgica convencional pode ser indicada, além de ser realizada para evitar a recorrência (Morais Neves et al., 2018).

Microscopicamente em análise histopatológica é observado subjacente ao epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado extensos lúmens de vasos preenchidos por hemácias em permeio ao tecido conjuntivo frouxo sem proliferação de células endoteliais (Cardoso et al., 2010).

Discussão

Somos concordes que é necessário mais estudo sobre a prevalência de lesões orais pigmentadas e vasculares, para conhecer as condições de saúde bucal e maxilofacial e as necessidades de tratamento. Concordamos plenamente com Caubi et al. (2004), Barbosa et al. (2005); Neville (2009), Brazão-Silva et al. (2018) e Mayra et al. (2019) que o diagnóstico de lesões pigmentadas e vasculares da cavidade oral e tecidos periorais é um desafio para os cirurgiões-dentistas, pois os aspectos clínicos das lesões na cavidade oral não são suficientes para estabelecer o diagnóstico clínico conclusivo. Na maioria dos casos, a biópsia é necessária em lesões pigmentadas devido às colorações imuno-histoquímicas atuarem como marcadores de melanócitos HMB-45 e de macrófago CD68. As máculas localizadas na região de palato aumentam a suspeita clínica de melanoma e geralmente são diagnosticadas através de uma biópsia incisional. Sendo desta forma, as lesões orais tendem a regredir após a remoção de irritantes traumáticos ou após biópsia excisional.

Consideradas as características clínicas das lesões pigmentadas de forma geral, pudemos constatar neste estudo que grande maioria são lesões assintomáticas, muitas vezes despercebidas pelo paciente. Ainda considerando as características clínicas das lesões como um todo, a maioria das lesões revisadas são como máculas pequenas de coloração escura, desta forma a presença da pigmentação pode estar relacionada com o razoável percentual de concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico, sendo a biópsia o procedimento eletivo essencial para o diagnóstico final conclusivo, restringindo as possibilidades de diagnóstico clínico diferencial.

Segundo Silva et al. (2011), a biópsia é indicada em todos os casos patológicos para fins de diagnóstico diferencial por exclusão de malignidade. Sua indicação pode ser feita nos seguintes casos: quando a lesão persistir por um período maior que duas semanas sem etiológica específica, nos casos que às lesões inflamatórias não responda ao tratamento local após um período de 10 a 14 dias, em casos de existência de lesões hiperkeratóticas persistentes, quando haja presença de tumefação, lesões ósseas não identificadas, e lesões com características de malignidade.

Os autores Silva et al. (2011), referente às contraindicações da biópsia a respeito das lesões pigmentadas na mucosa bucal, a biópsia deve ser do tipo excisional e com margem de segurança, devido ao fato de que a

manipulação desses tumores, especialmente cirúrgica, costuma permitir o desgarramento dessas células devido a seu grande potencial invasivo provocando uma disseminação, os melanomas são altamente metastáticos, desta forma as lesões pigmentadas devem ser excisadas com uma ampla margem de tecido macroscopicamente normal ao redor e abaixo delas. A respeito das lesões vasculares denominadas hemangiomas, a biópsia por incisão não deve ser realizada em lesões vasculares ou vinhosas, indicando também a biópsia do tipo excisional. O diagnóstico clínico de hemangioma em geral pode ser confirmado em diascopia.

Segundo o estudo de Lutz et al. (2012), as lesões pigmentadas possuem maior prevalência de lesões em região gengival e rebordo alveolar, sendo a tatuagem de amálgama o tipo de lesão mais prevalente na mucosa oral. Em segundo lugar, o lábio inferior foi o sítio mais acometido para a mácula melanótica. Ficando em terceiro o nevo azul, sendo o melanoma oral uma lesão pigmentada maligna bastante rara na cavidade oral.

Segundo os autores, Morais Neves et al. (2018), às lesões vasculares como hemangiomas, possuem etiologia desconhecida, essa alteração é conhecida por apresentar uma camada de sangue encapsulada pelo endotélio, com mecanismo de hiperproliferação endotelial e, portanto, hiperproliferação vascular, caracterizada por uma fase inicial de proliferação rapidamente progressiva com tendência a ser autolimitada nos dois primeiros anos de vida, sangramento não intencional, seguido de regressão espontânea lenta. Segundo o estudo de Maymone et al. (2018), a etiologia dos hemangiomas tem associação entre o neoplasma e concentrações superiores ao normal de CD105, o factor de crescimento endotelial vascular A, e ciclooxigenase-2.

Segundo um estudo publicado por Cruz et al. (2011), devido às características clínicas dos hemangiomas, as hipóteses diagnósticas para lesões vasculares são facilmente identificadas. Dessa forma, no teste de vitropressão, a mancha adquire uma coloração pálida, diminuindo o tamanho devido ao esvaziamento vascular, concluindo assim, o diagnóstico de hemangioma. Em exame radiográfico, não são detectadas anormalidades dentárias ou ósseas e em tecidos moles nas regiões próximas à lesão, apenas é possível visualizar lesões vasculares na tomografia computadorizada de crânio e face com contraste. A importância da pressão extracorpórea no diagnóstico diferencial de lesões vasculares como mucoceles e rânulas pode ser constatada a partir das características presentes no exame clínico para estabelecer um diagnóstico seguro e conclusivo. A biópsia excisional é indicada nos casos de danos estéticos ao paciente e em lesões que sejam menores, caso contrário existem outras opções de tratamento aplicáveis, sendo a preservação ainda melhor conduta clínica devido aos riscos de hemorragia.

Considerações finais

Concluimos que há necessidade de mais estudos clínicos referentes ao tema, pois as lesões pigmentadas e vasculares orais, apesar de não serem tão frequentes em rotina de consultório odontológico, muitos cirurgiões dentistas clínicos de uma maneira geral, possuem dificuldade em realizar o diagnóstico, seja devido às características clínicas encontradas nas lesões, encaminhado os pacientes para o estomatologista. No que concerne a contra-indicação das biópsias, a grande celeuma é como proceder com lesões negras e vinhosas. Mesmo que raro, os melanomas necessitam diagnóstico. Quando possível pela extensão, o indicado é a biópsia excisional, com margem alargada de segurança. As lesões pigmentadas da mucosa oral mais presentes são a tatuagem por amálgama, seguida pela mácula melanótica, sendo estas diagnosticadas apenas com exame clínico sem necessidade de biópsia. Desta forma, as biópsias incisionais são recomendadas para lesões negras extensas e com risco de neoplasia malignas no caso dos melanomas orais, enquanto as biópsias excisionais são indicadas para lesões pigmentadas menores. Nas lesões vasculares, a biópsia incisional não é recomendada devido ao risco de sangramento, a vitropressão e a biópsia excisional são ideais para diagnóstico sem risco significativo. Embora o hemangioma não prejudique a estética ou a função do paciente, quando localizado na cavidade oral, pode causar sangramento, mesmo em decorrência de trauma mastigatório, devendo ser tratado por cirurgia (biópsia excisional) ou por infiltração de medicações quimioesclerosantes e lasers.

Referências

- Babburi, S., Subramanyam, RV, Aparna, V., & Sowjanya, P. 2013. Melanoma maligno intraoral. *Revista médica nigeriana: revista da Associação Médica da Nigéria*, 54(4), 278–281. <https://doi.org/10.4103/0300-1652.119667>

- Barbosa, R. P. d. S., Paiva, M. D. E. B., Rodrigues, T. L. C., & Rodrigues, F. G. 2005. Valorizando a biopsia na clínica odontológica. *Arquivos de Odontologia*, 41(1), 319–327.
- Brazao-Silva, M. T., de Carvalho, B. O., & Pinto, R. A. 2018. A biópsia na prática odontológica: Revisão de Literatura. *Revista da AcBO-ISSN 2316-7262*, 7(3).
- Cardoso, C. L., Fernandes, L. M. P. D. S. R., Rocha, J. F., Gonçalves, E. S., Ferreira Júnior, O., & Taveira, L. A. D. A. 2010. Abordagem cirúrgica de hemangioma intraoral. *Odontologia Clínica-Científica (Online)*, 9(2), 177-180.
- Caubi, A. F., Xavier, R. L. d. F., Lima Filho, M. A. d., & Chalegre, J. F. 2004. Biopsia. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Revista Brasileira de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial - BrJOMS*, 4(15).
- Cruz, F. L. G., Carvalho, R. F. D., Carvalho, M. F. D., Sales, L. D. A. R., & Devito, K. L. 2011. Diagnóstico diferencial de hemangioma por meio da vitropressão. RGO. *Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*, 59(1), 125-129.
- Freitas, C. B., Cesar, A. L. M., Santos, F. J. M. M., Tunel, F. M. S., dos Santos, G. A., de Andrade Souza, I., ... & Leite, R. B. (2021). Diagnóstico e tratamento do hemangioma em lábio inferior: Relato de caso. *Research, Society and Development*, 10(1), e25910111765-e25910111765.
- Gondak, R. O., da Silva-Jorge, R., Jorge, J., Lopes, M. A., & Vargas, P. A. 2012. Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 17(6), e919.
- Gutierrez, N., Erickson, C. P., Calame, A., Sateesh, B. R., & Cohen, P. R. 2019. Melanoacanthoma masquerading as melanoma: case reports and literature review. *Cureus*, 11(6).
- Lambertini, M., Patrizi, A., Fanti, P. A., Melotti, B., Caliceti, U., Magnoni, C., ... & Dika, E. 2018. Oral melanoma and other pigmentations: when to biopsy?. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(2), 209-214.
- Lutz, M., de Avila Silva, D., & Gomes, A. P. N. 2012. Lesões pigmentadas da mucosa bucal—um estudo retrospectivo. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 17(2).
- Mandú, A. L. C., Liral, C. R. S. D., Barbosa, L. M., Silva, V. C. R. D., & Cardoso, A. J. O. 2013. Escleroterapia de hemangioma: relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, 13(1), 71-76.
- Maymone, M. B. C., Greer, R. O., Burdine, L. K., Dao-Cheng, A., Venkatesh, S., Sahitya, P. C., Maymone, A. C., Kesecker, J., & Vashi, N. A. 2019. Benign oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(1), 43–56.
- Neville, B. W., Neville, B., Damm, D. D., Allen, C. M., & Bouquot, J. 2009. *Oral & Maxillofacial Pathology* (3a ed.). Elsevier.
- Rodrigo, R., Ilnara, I., Layssa, L., Daniel, D., & Marcelo, M. 2014. As principais lesões enegrecidas da cavidade oral. *Rev Cuban Stomatol*, 51(2), 39-44
- Rosebush, M. S., Briody, A. N., & Cordell, K. G. 2019. Black and Brown: Non-neoplastic Pigmentation of the Oral Mucosa. *Head and neck pathology*, 13(1), 47–55.
- Silva, T. F. d. A., Souza, R. B. d., Rocha, R. D., Araujo, F. A. d. C., & Morais, H. H. A. d. 2011. Levantamento das Biópsias Realizadas no Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - BrJOMS*, 11(2), 91–99.
- Tavares, TS, Meirelles, DP, de Aguiar, M., & Caldeira, P. C. 2018. Lesões pigmentadas da mucosa oral: Um estudo transversal de 458 espécimes histopatológicos. *Doenças Orais*, 24 (8), 1484-1491.
- Tolentino da Rosa de Souza, P., Corrêa, S., de Souza Camargo, P. D., Soares Ditzel, A., & Fracasso Moraes, G. 2020. Nevo Azul Comum Em Mucosa Bucal : Um Relato De Caso. *Revista Gestão e Saúde*, 2(22).
- Vasconcelos, M., Morais Neves, L., Melo, A., & Rodrigo, R. 2018. Lesões vasculares orais: avaliações clínicas, diagnósticas e terapêuticas. *Rev Cuban Stomatol*, 55(4), 34-39.

Minicurrículo

Gustavo Duarte Ribeiro. Acadêmico de Odontologia da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR/FOPCB, Recife, Pernambuco, Brasil.

Diego Sampaio Garcia Leite. Acadêmico de Odontologia da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR/FOPCB, Recife, Pernambuco, Brasil.

Camilo Lellis Carneiro Dias Leite. Acadêmico de Odontologia da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR/FOPCB, Recife, Pernambuco, Brasil.

Rodrigo Timoteo de Melo Ferraz. Acadêmico de Odontologia da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR/FOPCB, Recife, Pernambuco, Brasil.

Caciana Farias da Silva Gheno. Acadêmica de Odontologia da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR/FOPCB, Recife, Pernambuco, Brasil.

Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. Professor Adjunto da Disciplina de Semiologia e Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR/FOPCB. Doutor em Estomatologia pela UFPB. Residência em Cirurgia e Reabilitação Maxilo-Facial pelo Hôpital Pitié-La Salpêtrière – Paris.

Como citar: Ribeiro, G.D., Leite, D.S.G., Leite, C.M.C.D., Ferraz, R.T.M., Gheno, C.F.S., & Martorelli, S.B.F. 2022. Biópsia em lesões enegrecidas e vinhasas da cavidade bucal: quando fazer, quando evitar? Uma revisão de literatura. Pubsaúde, 9, a343. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsau9.a343>

Recebido: 31 mar. 2022.

Revisado e aceito: 23 mai. 2022.

Conflito de interesse: os autores declaram, em relação aos produtos e companhias descritos nesse artigo, não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros que representem conflito de interesse.

Licenciamento: Este artigo é publicado na modalidade Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 (CC-BY 4.0).