

Relato de caso

Importância da biópsia incisional em lesões orais potencialmente malignas

Importance of incisional biopsy in potentially malignant oral lesions

Ana Carla Menegon¹
Maria Salete Sandini Linden¹
Micheline Sandini Trentin¹
João Paulo De Carli¹

Autora para correspondência:

Ana Carla Menegon
Rua Basílio Batista de Oliveira, 575 – Bosque
CEP 99480-000 – Alvorada – TO – Brasil
E-mail: anacarlamenegon@hotmail.com

¹ Universidade de Passo Fundo, Departamento de Odontologia – Passo Fundo – RS – Brasil.

Data de recebimento: 27 nov. 2019. Data de aceite: 17 jun. 2020.

Palavras-chave:

sialometaplasia
necrotizante; úlceras
orais; biópsia;
diagnóstico.

Resumo

Introdução: A sialometaplasia necrotizante (SMN) é uma resposta inflamatória benigna que afeta em grande escala as glândulas salivares menores. **Objetivo:** Este artigo relata um caso de SMN em palato mole, com o intuito de ressaltar a importância da biópsia incisional para descartar o diagnóstico de lesões malignas. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 63 anos de idade, leucoderma, tabagista, procurou atendimento por apresentar lesão em palato mole do lado direito havia 13 dias. O paciente relatou fumar dois maços de cigarro por dia e ponderou não saber se a lesão aparecera após trauma mecânico (chimarrão demasiadamente quente) ou de maneira espontânea. Ao exame físico, notou-se a presença de uma lesão ulcerada, de bordos elevados, com 2 cm de diâmetro, recoberta em sua porção central por área necrótica. Diante do quadro clínico descrito e pela possibilidade de a lesão ser uma neoplasia maligna, optou-se pela biópsia incisional. O exame histopatológico indicou descontinuidade no tecido epitelial superficial, com um denso infiltrado inflamatório linfoplasmocitário no tecido conjuntivo subjacente, além da presença abundante de vasos sanguíneos e ácinos de glândulas salivares, mostrando tecido epitelial com ausência de displasia celular, apontando para o diagnóstico de SMN. **Conclusão:** A SMN, quando considerada apenas em seu aspecto clínico, é com frequência diagnosticada erroneamente pelo fato de se assemelhar

a um processo maligno. Portanto, um diagnóstico que inclui biópsia e exame histopatológico se torna fundamental.

Abstract

Keywords:

necrotizing sialometaplasia; oral ulcers; biopsy; diagnosis.

Introduction: Necrotizing sialometaplasia (NS) is a benign inflammatory response that largely affects the minor salivary glands. **Objective:** This article reports a case of soft palate NS in order to emphasize the importance of incisional biopsy to discard the diagnosis of malignant lesions. **Case report:** A 63-year-old male, leucoderm and smoker patient sought care for a right soft palate lesion 13 days ago. The patient reported smoking two packs of cigarettes a day and considered not knowing if the injury appeared after mechanical trauma (too hot *chimarrão*) or spontaneously. On physical examination, a 2-cm-diameter ulcerated lesion with elevated edges was observed, covered in its central portion by necrotic area. Due to the clinical situation described and the possibility of injury in the treatment of malignant neoplasia, we opted for incisional biopsy. Histopathological examination indicated discontinuity in the superficial epithelial tissue, with a dense infiltrated lymphoplasmocitary inflammatory in the underlying connective tissue, in addition to the abundant presence of salivary glands, blood vessels and acini, showing epithelial tissue without cellular dysplasia, pointing to the diagnosis of NS. **Conclusion:** NS, when considered only in its clinical aspect, is often misdiagnosed, because it resembles a malignant process. So, a diagnosis that includes biopsy and histopathological examination becomes critical.

Introdução

A sialometaplasia necrotizante (SMN) é uma reação inflamatória benigna, autolimitada e incomum das glândulas salivares menores [11, 15]. A condição clínica mais comum é uma lesão única ulcerada na área palatina posterior, mas pode envolver outras áreas, como glândula parótida, glândulas labiais, área retromolar, cavidade nasal e seios maxilares [8]. A fase ulcerada simula uma lesão maligna. Dessa maneira, a biópsia incisional é essencial para o diagnóstico, evitando cirurgias invasivas e desnecessárias, já que é uma lesão que cura espontaneamente no prazo de seis a 12 semanas [16].

A SMN tem grande importância, pois, além de se parecer a um processo maligno clinicamente, também se assemelha a este em termos microscópicos, demonstrando ampla variância clinicopatológica com evidência microscópica de isquemia [10, 19].

Há diversos fatores sugeridos que são predisponentes ao seu aparecimento, como: lesões traumáticas, tabagismo, etilismo, anestésias odontológicas, próteses mal-adaptadas, infecções, neoplasias adjacentes, cirurgias prévias, ou doenças alimentares com ingestão compulsiva de alimentos.

Alguns pesquisadores preconizam que fatores como os citados podem ter papel no suprimento sanguíneo das glândulas envolvidas, comprometendo-as e resultando em necrose isquêmica, porém há vários casos sem que haja a presença de um fator predisponente conhecido [4, 11, 14].

O diagnóstico diferencial é fundamental para que se possa estabelecer um tratamento adequado ao paciente que apresentar úlceras orais. Na maior parte dos casos, as úlceras orais possuem aparência clínica similar, entretanto sua etiopatogenia pode variar.

As úlceras orais podem ser características em vários distúrbios sistêmicos e são determinadas pela condição sistêmica subjacente, como natureza, local, duração e frequência [12]. Portanto, para um diagnóstico preciso, além dos exames complementares, é importante saber a história clínica e fazer o exame físico no paciente.

A biópsia de uma lesão bucal é de fácil execução e contribui na obtenção de um diagnóstico definitivo e confiável, na maioria dos casos. Desse modo, trata-se do principal meio de diagnóstico em cancerologia e é um dos mais utilizados e precisos [2].

Este artigo relata um caso de SMN em palato mole, ressaltando a importância da biópsia

incisional para descartar lesões malignas ou outras lesões ulceradas.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 63 anos de idade, leucoderma, tabagista, procurou atendimento por apresentar lesão em palato mole do lado direito havia 13 dias (Figura 1). Ao exame anamnésico, o paciente relatou fumar dois maços de cigarro por dia e ponderou não saber se a lesão aparecera após trauma mecânico (chimarrão demasiadamente quente) ou de maneira espontânea. Ao exame físico, notou-se a presença de uma lesão ulcerada, de bordos elevados, com 2 cm de diâmetro, recoberta em sua porção central por área necrótica. As hipóteses diagnósticas clínicas foram: úlcera traumática, SMN, carcinoma mucoepidermoide e adenocarcinoma.

Ante o quadro clínico descrito e pela possibilidade de a lesão ser uma neoplasia maligna, optou-se por realizar biópsia incisional. Iniciou-se o procedimento com anestesia infiltrativa perilesional com mepivacaína 2% sem vasoconstritor. Posteriormente, utilizou-se um fio mononáilon 4-0 para apreender a lesão e remover com lâmina de bisturi n.º 15 um fragmento em forma de cunha que envolvesse parte da lesão e parte do tecido saudável circunjacente (Figuras 2, 3 e 4). Em seguida, o material coletado foi enviado para exame histopatológico, a fim de confirmar ou refutar as hipóteses diagnósticas clínicas.

A análise microscópica indicou descontinuidade no tecido epitelial superficial, com um denso infiltrado inflamatório linfoplasmocitário no tecido conjuntivo subjacente. Além disso, evidenciou a presença abundante de vasos sanguíneos e ácinos de glândulas salivares, mostrando tecido epitelial com ausência de displasia celular, apontando para o diagnóstico de SMN (Figura 5). Após um mês, o paciente foi reavaliado, e notou-se que a lesão havia regredido totalmente (Figura 6).

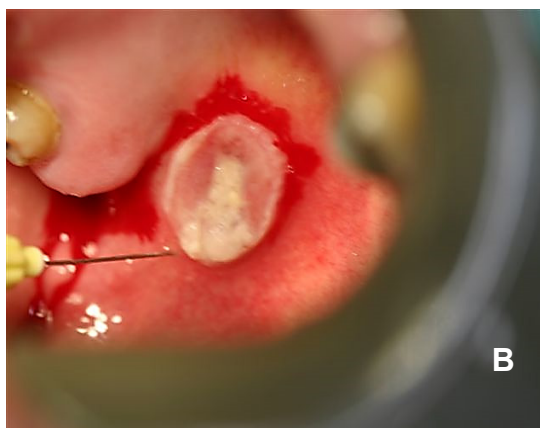
O paciente do relato clínico em questão autorizou a publicação do seu caso por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).



Figura 1 - Aspecto clínico da lesão



A



B

Figura 2 - (A e B) Infiltração anestésica ao redor da lesão

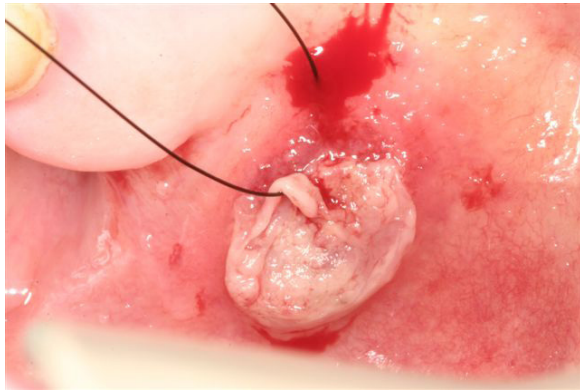


Figura 3 - Apreensão da peça: técnica da pescaria

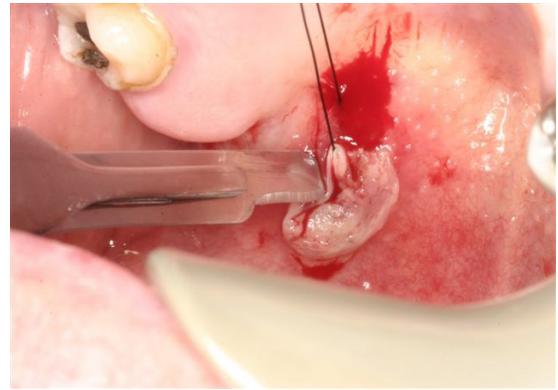


Figura 4 - Biópsia incisional: remoção de uma parte da lesão

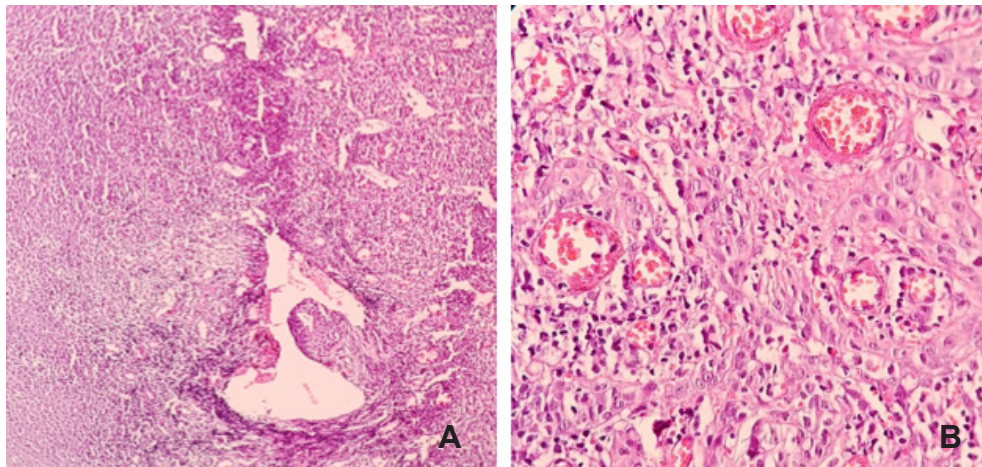


Figura 5 - (A e B) Exame histopatológico: os cortes mostram tecido conjuntivo com infiltrado inflamatório crônico, áreas de necrose e de proliferação epitelial reacional (hematoxilina-eosina, 100X à esquerda e 400X à direita)

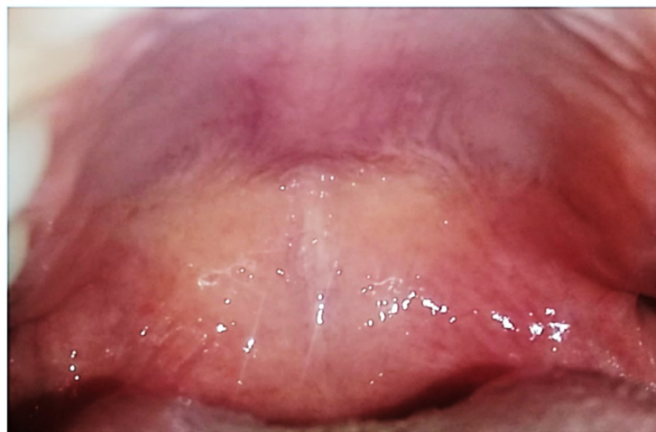


Figura 6 - Pós-operatório de um mês

Discussão

A SMN é com frequência diagnosticada erroneamente. A relação entre ela e uma história de traumas ou irritações locais é fator importante quando se vai diagnosticar a doença, pois há semelhanças clínicas e histopatológicas com lesões malignas da cavidade oral, levando assim a tratamentos que vão desde a excisão conservadora até a maxilectomia total, submetendo o paciente a procedimentos cirúrgicos desnecessários [19]. Ocasionalmente, algum trauma local é precedido (injeção de anestésico, contato com gelo, alimentos ou bebidas muito quentes). Também ocorrem casos em pacientes com transtornos alimentares. A superfície da mucosa geralmente é ulcerada, e há hiperplasia pseudoepiteliomatosa e metaplasia escamosa dos ductos excretórios [5, 9, 18].

No caso relatado, além de ser tabagista, o paciente em questão tinha dúvidas quanto ao traumatismo térmico prévio na região, ocasionado por chimarrão (bebida típica da Região Sul do Brasil).

A sialometaplasia necrotizante ocorre em apenas 0,03% dos casos de lesões bucais, com predomínio em indivíduos leucodermas [9, 15]. É encontrado mais frequentemente em homens (1,9 homem: 1 mulher), leucodermas (4,9 leucodermas: 1 melanoderma) e adultos de meia-idade [20]. A sua etiologia permanece desconhecida, todavia fatores como etilismo, uso de cocaína e tabagismo (por causa do seu efeito constritor) e até mesmo infecção são aventados [7, 14]. Os relatos da literatura vêm ao encontro das características do paciente do caso apresentado, uma vez que ele pertencia ao sexo masculino e era leucoderma.

Um caso reportado por Krishna e Bk [11] apresenta um paciente portador de SMN ulcerada. Tais autores chegaram à conclusão de que o aparecimento da úlcera poderia sugerir outras condições, como adenocarcinoma primário de palato, carcinoma de células escamosas, sialadenite necrosante subaguda, úlcera aftosa maior, carcinoma mucoepidermoide, sífilis secundária e úlcera tuberculosa [11]. De certa forma, a observação desses autores vem ao encontro dos achados do presente estudo, uma vez que o adenocarcinoma, o carcinoma de células escamosas, o carcinoma epidermoide e a SMN também foram incluídos nos diagnósticos diferenciais por nós elaborados.

A lesão de SMN pode ser dividida em cinco etapas histológicas: infarto, sequestro, ulceração, estágio reparativo e estágio curado. A manifestação típica é uma úlcera profunda, mas também pode se apresentar como um nódulo palatal submucoso

íntegro [1, 7, 19]. Relatos de tumores malignos coexistentes, como carcinoma adenoide cístico, carcinoma espinocelular, linfoma angiocêntrico de células T e sialometaplasia necrosante, têm sido documentados, tornando a biópsia a base do diagnóstico [19].

Pelo fato de a SMN ser facilmente diagnosticada como um carcinoma mucoepidermoide ou como um carcinoma de células escamosas, o exame microscópico é mandatório. A maioria dos casos relatados tem enfatizado a importância da biópsia incisional, além de um exame histopatológico cuidadoso para determinar um adequado tratamento [7, 13]. A biópsia incisional realizada na base da úlcera e na borda mais endurecida e elevada da lesão produz uma amostra mais representativa [9]. No presente estudo, tendo em vista o aspecto clínico potencialmente maligno e a solicitação por parte do paciente, optou-se pela pronta realização de uma biópsia incisional, removendo-se parte da lesão e parte de tecido saudável circunjacente.

Cobanoglu *et al.* [3] acrescentam como diagnóstico diferencial para a SMN o sarcoma secundário. Afirmam que essa patologia é caracterizada por necrose lobular e metaplasia ductal e acinar e que normalmente existe uma infraestrutura inflamatória. Por na superfície haver hiperplasia pseudoepiteliomatosa e metaplásica, facilmente ocorrem erros no diagnóstico, confundindo-se a SMN com o carcinoma de células escamosas. A mucosa residual celular com metaplasia escamosa ductal e acinar também sugere carcinoma mucoepidermoide [3].

As características histopatológicas mais úteis no diagnóstico da SMN são a morfologia branda de células escamosas metaplásicas, a preservação da morfologia lobular e a ausência de características de atipia celular. Além disso, os carcinomas mucoepidermoides de baixo grau em geral apresentam elementos císticos parcialmente revestidos por mucócitos, em vez de serem incorporados às ilhas escamosas, como na SMN [17].

Segundo Ferrer *et al.* [6], em termos histopatológicos, a SMN caracteriza-se por ulceração do epitélio, proliferação vascular, inflamação crônica e necrose parcial das glândulas salivares menores, com metaplasia escamosa em ductos adjacentes e ácinos. No laudo histopatológico obtido no presente estudo, como relatado, havia tecido conjuntivo com infiltrado inflamatório crônico, áreas de necrose e de proliferação epitelial reacional, caracterizando tipicamente uma SMN, a qual clinicamente foi reparada 10 dias após a biópsia incisional.

Conclusão

O caso do paciente em questão se enquadra epidemiologicamente nos relatos prévios da literatura para SMN, de maneira especial no que concerne à etiologia da lesão, ao gênero e à etnia. Além disso, pôde-se concluir que, embora o exame clínico seja muito importante no diagnóstico de lesões ulceradas orais, em casos de SMN que simulem neoplasias malignas, a biópsia incisional seguida de exame histopatológico se torna imprescindível.

Referências

1. Anneroth G, Hansen LS. Necrotizing sialometaplasia: the relationship of its pathogenesis to its clinical characteristics. *Int J Oral Surg*. 1982 Oct;11(5):283-91.
2. Caubi AF, Xavier RLDF, Lima Filho MAD, Chalegre JF. Biópsia. *Rev Cirur Traumatol Buco-maxilo-fac*. 2004;4(1):39-46.
3. Cobanoglu HB, Arslan S, Saygin I. A rare case of necrotizing sialometaplasia of palate treated with intralesional steroid. *Mucosa*. 2012;1(1):24-7.
4. Consolaro A, Rebellato JV, Consolaro MF, Carvalho Júnior JAR. Lesões necróticas na disjunção palatina: explicação e prevenção. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2009;14(5):20-6.
5. de Montreuil CB, Tessier MH, Billet J. Patología benigna de la mucosa bucal. *EMC-Otorrinolaringol*. 2019;48(2):1-23.
6. Ferrer UJ, Cerbian MT, Clavero MG, Pantilie B, Molina FL, Sobrino RG, et al. Sialometaplasia necrotizante una entidad que mimetiza con los tumores palatinos malignos. Importancia del diagnóstico histopatológico temprano. *ORL Aragón*. 2017;20(1):17-20.
7. Garcia NG, Oliveira DT, Faustino SE, Azevedo AL. Necrotizing sialometaplasia of palate: a case report. *Case Rep Pathol*. 2012;(1):679325.
8. Gilowski L, Wiench R, Polakiewicz-Gilowska A, Dwornicka K. Necrotizing sialometaplasia of the palatal mucosa in patient with history of anorexia: Review and case report. *Am J Otolaryngol*. 2014 Jun;35(3):400-1.
9. Joshi SA, Halli R, Koranne V, Singh S. Necrotizing sialometaplasia: A diagnostic dilemma! *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014 Sep-Dec;18(3):420-2.
10. Kaplan I, Alterman M, Kleinman S, Reiser V, Shuster A, Dagan Y, et al. The clinical, histologic, and treatment spectrum in necrotizing sialometaplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012 Nov;114(5):577-85.
11. Krishna S, Bk R. Necrotizing sialometaplasia of palate: a case report. *Imaging Sci Dent*. 2011 Mar;41(1):35-8.
12. Leão JC, Gomes VB, Porter S. Ulcerative lesions of the mouth: an update for the general medical practitioner. *Clinics*. 2007 Nov;62(6):769-80.
13. Lee DJ, Ahn HK, Koh ES, Rho YS, Chu HR. Necrotizing sialometaplasia accompanied by adenoid cystic carcinoma on the soft palate. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2009 Mar;2(1):48-51.
14. Lima MA, Rocha LC, Siqueira LM, Carmo LC, Filho JH. Forma cística da sialomataplasia necrosante em glândula salivar sublingual. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002;68(2):276-9.
15. Mesa ML, Gertler RS, Schneider LC. Necrotizing sialometaplasia: frequency of histologic misdiagnosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1984 Jan;57(1):71-3.
16. Nóbrega AR, Norton AL, Medeiros L. Sialometaplasia necrosante (Revisão bibliográfica a propósito de dois casos clínicos). *Rev Port Estomatol Med Dentária Cir Maxilofac*. 2003;44(3):151-3.
17. Randhawa T, Varghese I, Shameena P, Sudha S, Nair RG. Necrotizing sialometaplasia of tongue. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2009 Jan;13(1):35-7.
18. Riquelme E, Badilla R. Sialometaplasia Necrotizante: Revisión de la Literatura a Propósito de un Caso. *Int J Odontostomatol*. 2018 Jan;12(2):142-6.
19. Shetty A, Chowdappa V, Devasamudra CR, Janardhan JV. Necrotizing Sialometaplasia of the Hard Palate: A Rare Entity of Dilemma on Cytology, Confirmatory on Histopathology. *J Clin Diagn Res*. 2015 Dec;9(12):ED01-2.
20. Silva AD, Silva CAB, Furuse C, Souza RCNE, Costa MHM, Araújo VC. Necrotizing sialometaplasia in a patient who is HIV positive: a case report. *Spec Care Dentist*. 2010;30(4):160-2.