

BIÓPSIA

BIOPSY

*Antônio Figueiredo CAUBI**

*Ruth Lopes de Freitas XAVIER***

*Manoel Alvino de LIMA FILHO****

*Juliana Ferreira CHALEGRE****

Recebido em 10/02/2004

Aprovado em 02/03/2004

RESUMO

A biópsia de uma lesão bucal é um meio confiável e de fácil execução, que contribui para o diagnóstico definitivo da grande maioria das lesões bucais. Os riscos de realizá-la são mínimos e superam, em muito, as conseqüências de um diagnóstico errôneo e inadequado. Esse artigo visa esclarecer aos Cirurgiões Dentistas e acadêmicos de Odontologia, as indicações, contra-indicações, a técnica e os cuidados para se realizar uma biópsia e, ainda, desmistificá-la, tanto para o profissional que, às vezes, tem receio de executá-la quanto para o paciente que a associa com tumor maligno.

Descritores: Biópsia, Diagnóstico, Indicações, Contra-indicações, Técnica de Biópsia.

ABSTRACT

The biopsy of oral lesions is a secure, easy and reliable way which contributes to be final diagnostic of the majority of oral lesions. The risks on this procedure are minimal and overcome the consequences of a wrong or inadequate diagnostic. This article purpose to display to the dentist and students, the indications technique and care in undergoing, a biopsy, and also clarify the procedure to the professional that sometime is afraid to carry it out, and the patient that associates it with a malignant tumor.

Descriptors: Biopsy, Diagnostic, Against indications, Technical of biopsy.

INTRODUÇÃO

Os exames complementares, como o próprio nome diz, se destinam a auxiliar os profissionais da área de saúde no estabelecimento de um diagnóstico correto, juntamente com a avaliação dos sinais e sintomas do paciente.

Da mesma maneira que o profissional pode, durante o exame físico, utilizar-se de instrumentos com o objetivo de aumentar a capacidade de percepção dos sinais pelos sentidos naturais, pode, também, recorrer a métodos ou exames de laboratório com a mesma finalidade, cujos resultados obtidos serão somados à sintomatologia apresentada pelo

paciente; tais métodos servem quer na avaliação da normalidade quer na investigação de um estado patológico.

Com a evolução da ciência, notou-se que a relação entre sinal patognomônico e doença nem sempre é biunívoca. Nesse ponto, surge a necessidade de se lançar mão de exames complementares, residindo sua importância no fato de os exames fornecerem subsídios indispensáveis para o estabelecimento do diagnóstico definitivo como também para a elaboração do prognóstico, planejamento terapêutico e preservação do paciente

*Especialista e Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela FOP/UPE, Professor Adjunto IV da disciplina de CTBMF da FOP/UPE.

**Aluna do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

***Cirurgiões-dentistas formados pela FOP/UPE.

(HOULI, 1978).

Carvalho (1971) define biópsia como sendo um exame dos tecidos removidos de um indivíduo vivo. Por extensão, o exame de fluidos, com a finalidade de diagnóstico citológico, pode ser considerado como uma forma especial de biópsia. A expressão biópsia é usada pelos cirurgiões para designar o ato em si, da retirada do material, enquanto que os patologistas usam esse termo, para significar o exame macro e microscópico do material obtido cirurgicamente. Ambos os significados são aceitáveis, podendo a expressão biópsia englobar tanto o ato da retirada do tecido como o exame anátomo-patológico desse tecido.

É claro que nos primórdios seria de esperar uma grande margem de erro, sobretudo pela falta de experiência, de aprimoramento técnico e de equipamento. Hoje a biópsia é um dos métodos mais precisos de diagnóstico (WILLIAMS, 1997).

De acordo com Langlois et al. (1991), a importância de uma obrigatoriedade no sentido de realizar Biópsia numa Faculdade de Odontologia é incontestável, uma vez que suas finalidades reúnem os três elementos presentes na Universidade moderna – ensino, pesquisa e prestação de serviços à comunidade. É evidente que o valor pedagógico potencial de um serviço de Biópsia (histopatologia) é ilimitado. O material de seus arquivos constitui uma valiosa reserva de dados, informações e material para o desenvolvimento de projetos de pesquisa.

De acordo com Carvalho (1971), a biópsia é indicada em todos os casos em que se suspeita de doenças que deixem substrato morfológico característico nos tecidos afetados é utilizável também para fins de diagnóstico diferencial por exclusão. Em muitas doenças ocorrem alterações tissulares características. É o que acontece com as neoplasias, os processos hiperplásicos e metaplásicos, daí ser a biópsia o principal meio de diagnóstico em Cancerologia. Fora da Cancerologia, a biópsia tem indicações muito amplas em condições inflamatórias

específicas, tais como a tuberculose, a lepra, as parasitoses. Nas doenças degenerativas, nos processos imunopatológicos, existem, também amplas indicações para a biópsia.

Segundo DIB et al. (1999), em outros casos as lesões histológicas não são específicas para uma dada doença, mas, mesmo assim, a biópsia é de grande valia no diagnóstico diferencial e na confirmação ou negação de diagnósticos feitos em outras bases.

Peterson et al. (1996) citam que a biópsia é indicada nos seguintes casos: quando qualquer lesão que persiste por mais de duas semanas sem nenhuma base etiológica, quando qualquer lesão inflamatória não responde ao tratamento local depois de 10 a 14 dias (isto é, depois da retirada do irritante local), quando há alterações hiperkeratóticas persistentes na superfície dos tecidos, quando qualquer tumefação persistente, visível ou palpável sob tecido relativamente normal, quando há alterações inflamatórias de causa desconhecida que persistem por períodos prolongados, quando há lesões que interferem com a função do local (por exemplo, fibroma), quando há lesões ósseas não identificadas especificamente por meio dos achados clínicos e radiográficos e finalmente, quando há lesão que apresente características de malignidade.

Para Tomasi (1998), no que se refere a contra-indicações da biópsia, acredita-se que apenas duas situações devam ser consideradas. A primeira diz respeito a lesões pigmentadas (negras) que podem ocorrer na mucosa bucal. Havendo, mesmo que remota, a possibilidade de tratar-se de um melanoma e, sempre que a localização e dimensões da lesão o permitam, a biópsia deve ser excisional e com certa margem de segurança. Isso se deve ao fato de que a manipulação desses tumores, especialmente cirúrgica, costuma permitir o desgarramento de células devido a seu grande potencial invasivo e provocar uma disseminação indesejável. Porém, não sendo possível

pelas mais diversas razões, principalmente devido às citadas, a biópsia pode e deve ser realizada mesmo que parcial-incisional. A segunda contra-indicação diz respeito a lesões vasculares denominadas hemangiomas e, dentre estes, particularmente os cavernosos intra-ósseos. A biópsia por incisão não deve ser realizada em lesões vasculares, ou pigmentadas. Os melanomas são altamente metastáticos, e assim, as lesões pigmentadas devem ser excisadas com uma ampla margem de tecido macroscopicamente normal ao redor e abaixo delas. O diagnóstico clínico de hemangioma, em geral pode ser confirmado pela aspiração de sangue da lesão em uma seringa de vidro, com uma agulha de orifício largo.

Segundo Genovesi et al. (1994), a biópsia incisional é um tipo de biópsia em que apenas uma parte da lesão é removida. Ela é indicada em casos de lesões extensas ou de localização de difícil acesso onde se necessita de diagnóstico e planejamento do ato cirúrgico ou em doenças cujo tratamento não é cirúrgico, como acontece com o líquen plano, lúpus eritematoso crônico discóide, pênfigos e penfigóides. Numa biópsia excisional, toda a lesão é removida. Ela é indicada em casos de lesões de pequenas dimensões, bem delimitadas e de fácil acesso.

De acordo com Howe (1995), são usadas três técnicas diferentes na prática clínica, a fim de se obter um espécime de tecido para biópsia as quais podem ser descritas como biópsia por excisão, por incisão e a biópsia por broca. Todavia, conforme Peterson et al. (1996), há quatro tipos principais de biópsia na boca e à sua volta: a citologia, biópsia por aspiração, biópsia incisional e biópsia excisional. A biópsia incisional é realizada naquelas espécimes de lesão que seria difícil de excisar totalmente, devido a sua extensão ou localização. Na boca, as lesões mais comuns desse tipo são as lesões brancas de hiperqueratose que afetam a mucosa oral. Nesses casos, as áreas sangrantes, ulceradas, dolorosas ou com induração

devem ser removidas para biópsia. Não se deve escolher as áreas queratinizadas mais espessas para o exame, pois as áreas cobertas com mucosa atrófica fina ou com tecido de granulação são potencialmente mais perigosas. Conforme Silva et al. (2000), não se deve aplicar antissépticos à lesão da cirurgia e é preciso tomar o cuidado de assegurar que a solução anestésica local seja depositada bem longe do sítio do qual o tecido vai ser removido. A incisão na frente da lesão permite que a área selecionada para exame seja minada primeiro e depois excisada. Os tecidos circundantes são, então, cortados e reparados com suturas. Se o tecido removido tender a enrolar, ele deve ser colocado em um pedaço de mata-borrão antes de mergulhar na solução fixadora (HOWE, 1995).

De acordo com Carvalho (1971), numa biópsia por excisão, a lesão é removida na sua totalidade e com uma margem de segurança formada por tecido sadio; representa, ao mesmo tempo, um método de diagnóstico e de tratamento, devendo ser empregada em lesões menores - com menos de 1 cm de diâmetro - que ao exame clínico, parecem ser benignas.

Lesões pigmentadas, também, devem ser removidas por inteiro. No que se refere aos princípios, toda a lesão é retirada com 2 a 3 mm de tecido do normal circunvizinho (PETERSON et al., 1996).

Para a realização de biópsias excisionais em tecidos moles, preferimos as incisões elípticas, que permitem maior margem de segurança e melhores condições de sutura, bem como as em V para o lábio e duplo V unido pela base para as de maior extensão. O instrumental utilizado é o cirúrgico comum, especialmente o bisturi Bard-Parker, preferencialmente com lâmina número 15 ou bisturis curvos para regiões de mais difícil acesso (PETERSON et al., 1996).

A biópsia com pinça saca-bocados é um tipo de biópsia muito utilizado pela facilidade que dá ao profissional que a efetua. São utilizadas, geralmente, em locais de difícil acesso, especialmente borda lateral posterior da língua e orofaringe. Eventualmente, em

lesões pediculadas no palato. São pinças com parte ativa em ângulo e com forma de concha, que, ao ser fechadas, por serem cortantes em cada meia concha, cortam o fragmento do tecido. Frequentemente, provocam maceração e desgarramento da amostra, o que torna sua utilização, sempre que possível, relegada a segundo plano (PETERSON et al., 1996).

O Punch é um dos instrumentos mais úteis e de uso mais simples na realização de biópsias dos tecidos moles da boca. Constitui-se em cilindro oco, de extremidade biselada e afilada, que pode ser adquirido em vários diâmetros. Os mais utilizados são os de 4, 5 e 6mm. O instrumento é colocado sobre a região escolhida e pressionado ao mesmo tempo em que se realizam movimentos de rotação. Pode ser milimetrado na superfície externa - como as sondas periodontais - para que o operador visualize, com precisão, a profundidade de penetração. A seguir, o instrumento é removido, o fragmento tubular de tecido, elevado ou deslocado lateralmente e seccionado na base. Os espécimes assim obtidos são de muito boa qualidade, não macerados e permitem ao patologista um fácil exame macroscópico e excelentes condições para inclusão em parafina. A sutura, quando necessária, é realizada com dois ou três pontos simples. O uso do Punch rotatório na cavidade bucal deve ser uma rotina e não, uma exceção tanto pela fidelidade da amostra a ser examinada quanto pela rapidez e segurança (MENEZES, SILVA, 1986).

Segundo Carvalho (1971), a biópsia por punção é um tipo utilizado, para se evitar cirurgia maior, quando a lesão está situada profundamente. Trata-se de uma biópsia cega, feita sem controle visual, de modo que frequentemente deixa de ser representativa, especialmente no caso de lesões focais. A punção é usada para coleta de material em massas tumorais grandes cujo interior contém substância de consistência mole ou fluida, como um cisto. Usa-se uma seringa que pode ser do tipo Luer de 10 cm³, com uma agulha de grosso calibre que

penetra a lesão, de preferência na sua parte mais flutuante. Distende-se esse líquido em lâmina e examina-se ao microscópio como uma citologia (GENOVESI et al., 1994).

A biópsia por aspiração emprega uma agulha e uma seringa para penetrar numa lesão e fazer aspiração de seu conteúdo. Embora não seja obtido tecido pela aspiração - isto é, um conjunto de células com disposição arquitetônica - é incluída aqui porque é uma biópsia no sentido amplo da palavra e porque é usada frequentemente, para lesões na boca e à sua volta. Esse tipo de biópsia deve ser executado em todas as lesões em que se suspeita de existência de fluido - com a possível exceção de um mucocele - ou em qualquer lesão intra-óssea antes da exploração cirúrgica (GENOVESI et al., 1994).

A biópsia por curetagem e raspagem é um tipo de biópsia feita em cavidades ou em lesões cavitárias por meio de raspagem com uma cureta. Esse tipo de biópsia é realizado em lesões de superfície com a finalidade de obter, não fragmentos de tecido, mas células para exame citológico (GENOVESI et al., 1994).

Uma forma de biópsia é a realizada por meio de trefina. Esse é um instrumento destinado à obtenção de fragmento de tecido ósseo. Um outro tipo é a biópsia por congelamento, que não se refere ao método de retirada, mas, ao de processamento que permite a obtenção de cortes histológicos, com grande rapidez, tornando possível o diagnóstico num período muito curto - cerca de 10 minutos - daí dizer-se "biópsia intracirúrgica para diagnóstico imediato" (GENOVESI et al., 1994).

As complicações que podem resultar da biópsia variam de acordo com a localização da lesão, tamanho e relação dessas com os órgãos vizinhos. Sendo a biópsia um procedimento cirúrgico, suas complicações mais frequentes são as hemorragias, principalmente naquelas de acesso difícil; infecções, as quais podem ser evitadas através de assepsia e

antisepsia rigorosas e uma má cicatrização da área biopsiada devido a diversos fatores, a saber: isquemia da zona pela pressão exercida pelo tumor sobre os vasos, infiltração de células tumorais, radioterapia prévia e possibilidade de agravamento de lesões neoplásicas malignas devido ao excesso de manipulação (GENOVESI et al., 1994).

Carvalho (1971) afirma que para diminuir a disseminação das lesões neoplásicas malignas, deve-se manipular a área lesada o menos possível. Conforme Genovesi et al. (1994), as principais causas de erros e falhas das biópsias são a falta de representatividade do material colhido, a manipulação inadequada da peça, a fixação inadequada, a introdução de anestésico sobre a lesão, o uso de substâncias antissépticas corantes, as informações deficientes e a troca do material pelo clínico ou pelo laboratório.

Gomes et al. (2001) concluíram que o uso de membrana amniótica humana liofilizada sobre feridas cruentas de biópsias minimiza e inibe complicações futuras.

Rados et al. (1996) observaram em seus estudos, que os principais motivos para não se conseguir estabelecer o diagnóstico histopatológico é a pouca quantidade de material biopsiado, má fixação e pouca informação clínica na ficha de biópsia.

Existe um índice de 28% de fichas de biópsia enviadas ao exame histopatológico sem diagnóstico clínico. Esta característica é mais acentuada em exames solicitados por cirurgiões-dentistas em comparação com alunos de graduação e pós-graduação (ANDRADE, 1999).

RELATO DO CASO

A paciente do sexo feminino, 46 anos, leucoderma, compareceu ao Serviço Ambulatorial do Hospital Face, na cidade do Recife - PE, queixando-se de "um caroço na bochecha, dentro da boca". Ao exame físico, constatou-se que a paciente apresentava

uma lesão em forma de nódulo de base séssil, com coloração normal de mucosa, com superfície plana, assintomática, localizada em mucosa jugal (fig.1) medindo, aproximadamente, 1,5cm de diâmetro (fig.4). A Hiperplasia Fibrosa (Fibroma) foi o diagnóstico clínico provável. Foi planejada a biópsia excisional, isto é a excisão cirúrgica da lesão, que teve a seguinte seqüência: Antissepsia intra e extra-oral (clorexidina a 0,12% e 2%, respectivamente); Visualização do campo operatório (fig.1); Anestesia infiltrativa terminal (lidocaína 2%); Apreensão da lesão (fig.2); Incisão em elipse; Exérese da lesão (fig.3); Visualização da ferida cirúrgica; Hemostasia; Fragmento cirúrgico encaminhado à biópsia (fig.4); Sutura (fig.5); Medicação pós-operatória (analgésico); Remoção da sutura com sete dias; Proservação do paciente.

O resultado histopatológico teve como diagnóstico definitivo o Fibroma Traumático (Hiperplasia Fibrosa).

DISCUSSÃO

Em relação às indicações das biópsias, Carvalho (1971) Genovesi et al (1994); Peterson et al (1996); Howe (1995); Tomasi (1998) afirmam que as biópsias devem ser realizadas em todas as lesões cujo histórico e aspectos clínicos não permitam a elaboração do diagnóstico e que não apresentem evidências de cura dentro de um período não superior a duas semanas.

No que se refere às contra-indicações, Genovesi et al. (1994) e Tomasi (1998) consideram que as biópsias não devem ser realizadas em lesões pigmentadas e lesões vasculares. Howe (1995) contra indica as biópsias incisionais nesses casos.

Quanto aos tipos de biópsias mais utilizados, Genovese et al. (1994) dividem, basicamente, em incisional e excisional. Howe (1995) acrescenta a biópsia por broca e Peterson et al. (1996) consideram os quatro tipos principais: citologia, aspiração,

incisional e excisional.

Howe (1995) e Peterson et al. (1996) concordam que as biópsias incisionais devem ser realizadas em lesões grandes e de difícil acesso.

Carvalho (1971) afirma que a biópsia excisional deve ser regra em lesões pequenas e em linfonodos. Peterson et al. (1996) recomenda-a principalmente, para lesões pigmentadas e vasculares.

Quanto à pinça saca bocados, Carvalho (1971) relata que são muito utilizadas pela facilidade do técnico; Tomasi (1998) e Genovesi et al. (1994) afirmam que geralmente eles são relegados a segundo plano pela maceração dos tecidos.

Tomasi (1998) relata que na biópsia por aspiração ocorre uma pressão negativa com arrancada de fragmento; Peterson et al. (1996) relata que na biópsia por aspiração não há obtenção de tecido.

CASO CLÍNICO

DADOS CLÍNICOS: A paciente M.J.S., gênero feminino, 46 anos, leucoderma, compareceu ao Serviço Ambulatorial do Hospital Face, na cidade do Recife - PE, queixando-se de "um caroço na bochecha, dentro da boca". Ao exame físico, constatou-se que a paciente apresentava uma lesão em forma de nódulo de base séssil, com coloração normal de mucosa, com superfície plana, assintomática, localizada em mucosa jugal (fig.1) medindo, aproximadamente, 1,5 de diâmetro (fig.4).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Hiperplasia Fibrosa (Fibrona)

TRATAMENTO: Excisão Cirúrgica (Biópsia Excisional)

Fig. 1 – Aspecto clínico da lesão.



Fig. 2 – Apreensão da lesão.



Fig. 3 – Sítio cirúrgico

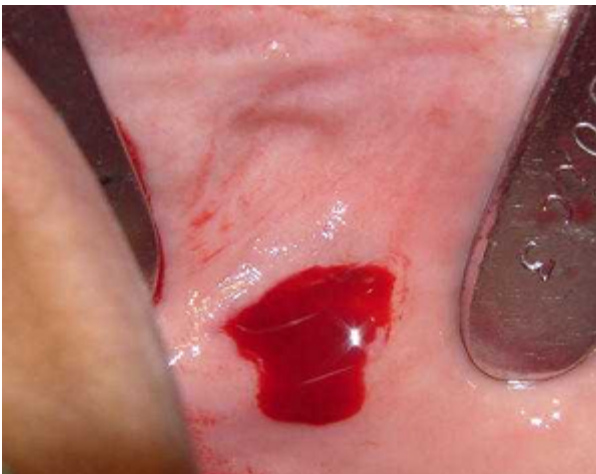


Fig. 4 – Lesão removida.



Fig. 5 – Ferida cirúrgica suturada.



A - antissepsia intra e extra oral (listerine e providine);

B - visualização do campo operatório (fig.1);

C - anestesia infiltrativa terminal (lidocaína 2%);

D - apreensão da lesão (fig.2);

E - incisão em elipse;

F - exérese da lesão (fig.3);

G - visualização da ferida cirúrgica;

H - hemotasia;

I - fragmento cirúrgico encaminhado à biópsia (fig.4);

J - sutura (fig.5);

K - Medicação pós-operatória (analgésico);

L - remoção da sutura com sete dias;

M - preservação do paciente

CONCLUSÃO

Apesar de as diferentes provas de laboratório

serem de grande valia para o diagnóstico de muitos processos estomatológicos, inclusive do Câncer bucal, a biópsia e o conseqüente exame histopatológico, é sem dúvida, um dos mais utilizados e precisos.

As técnicas mais usadas na clínica diária são as incisionais, em que apenas parte da lesão é removida como amostra e a excisional, na qual toda lesão é retirada e constitui, assim, também uma forma de tratamento.

A maior indicação de biópsias refere-se às lesões que estejam presentes na cavidade bucal por um período aproximado de dez dias sem nítida regressão.

Acredita-se que as contra-indicações, de modo geral, são em lesões pigmentadas (negras) ou lesões vasculares (hemangiomas). A remoção destas lesões deve ser exclusivamente cirúrgica e com a margem de segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ANDRADE, E. S.S. et al. Levantamento Epidemiológico de Biópsias da Região Buco-Maxilo-Facial encaminhadas ao Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. **Rev. Cons. Reg. Odontol. Pernambu.** Recife, V.2, n.2, Out. 1999.
- 2 - CARVALHO, A. R. L. **Biópsia. Divisão Nacional de Câncer. Mensagem aos médicos.** 1ª ed. Rio de Janeiro, 1971.
- 3 - GENOVESI, F. S. **Semiologia Clínica.** 2ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1994
- 4 - GOMES, M. F. et al. Membrana Amniótica Humana Liofilizada Sobre Feridas Cruentas em Áreas de Biópsia Bucal. **Rev. APCD**, v. 55, n. 5, p. 327-331, Set./Out. 2001.
- 5 - HOULI, J. **Semiologia Clínica.** 1ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1978.

- 6 - HOWE, G. L. **Cirurgia Oral Menor**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 1995.
- 7 - LANGLOIS, C.C. et al. Serviços de Biópsia nas Faculdades de Odontologia: aspectos da situação no Brasil. **RBO**, V. XLVIII, n. 5, p. 51-56, Set/Out. 1991.
- 8 - MENEZES, J. F.; SILVA, A. L. Uso do Punch Rotatório em Biopsias na Cavidade Bucal. **RGO**, V. 34(5), p. 407-410, Set/Out. 1986.
- 9 - DIB, L.L.; KOWALSKI, L.P.; SANTOS, P.J.D.; MAGALHÃES, M.H.C. Enfrentando o Câncer Bucal. **Rev. APCD**, v. 53, n.5, p. 353-360, Set/Out. 1999.
- 10 - PETERSON, L.J.; EDWARD, E.; HUPP, J.R.; MYRAN, **R. T. Cirurgia Oral e Maxilo Facial Contemporânea**. 2ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1996.
- 11 - RADOS, P. V. et al Estudo Comparativo da Concordância entre o Diagnóstico Clínico e Histopatológico das Lesões Bucais. **Rev. Fac. Odontol.** Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 21-23, Jul. 1996.
- 12 - SILVA, R. H. G. et al. Biópsia no Consultório Odontológico: uma manobra cirúrgica ao alcance de todos. FONF. Ciências. **Rev. Fac. Odontol.** Nova Friburgo, v. 1, n.5 p. 11-15, Jul/Dez. 2000.
- 13 - TOMASI, A. F. Diagnóstico em Patologia Bucal. 2ª ed. **Pan Cast**, São Paulo, 1998.
- 14 - WILLIAMS, T. P. **Diagnostic Considerations, Biopsy, Laboratory Analysis a Communicatio.**