

Relato de Caso

Conduta clínica e tratamento de duas lesões bucais em paciente diabética: relato de caso

Clinical conduct and treatment of two oral lesions in diabetic patient: case report

Jeferson Luis de Oliveira Stroparo¹
Gabriel Camargo de Oliveira¹
Gabriel Cardoso Machado Kusma¹
Luciana Aparecida de Oliveira Pereira Lyra²
Alexandre Domingues Teixeira Neto¹
Tatiana Miranda Deliberador³

Autor correspondente:

Tatiana Miranda Deliberador
Rua Eduardo Sprada, 3.439, casa 10 – Campo Comprido
CEP: 81210-370 – Curitiba – PR – Brasil
E-mail: tdeliberador@gmail.com

¹ Universidade Positivo, Escola de Ciências da Saúde – Curitiba – PR – Brasil.

² Universidade Federal do Paraná – Curitiba – PR – Brasil.

³ Instituto Latino-Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico – Curitiba – PR – Brasil.

Data de recebimento: 24 nov. 2020. **Data de aceite:** 12 jan. 2021.

Palavras-chave:

diabetes mellitus;
hiperplasia; fibroma.

Resumo

Introdução: Lesões hiperplásicas intraorais são de comum diagnóstico no dia a dia do cirurgião-dentista. Mesmo que pareçam inofensivas, podem apresentar potencial de malignidade, tornando necessários uma minuciosa anamnese e um bom exame clínico. Neste o profissional deve chegar à correta intervenção, na qual muitas vezes se faz preciso uma biópsia. **Objetivo:** Demonstrar a conduta clínica e o tratamento de duas lesões bucais em paciente diabética. **Relato de caso:** A paciente MNV, 59 anos, sexo feminino, diabética, procurou tratamento para doença periodontal. Durante o exame clínico, observaram-se duas lesões em mucosa jugal presentes havia mais de duas semanas. Foram solicitados os exames de sangue da paciente, os quais apresentaram valor de glicemia de 139 mg/dL.F e de hemoglobina glicada de 6,5%. Como essas lesões estavam presentes na cavidade bucal da paciente havia mais de duas semanas e por causa da sua dimensão, foram avaliados os riscos e benefícios do procedimento. Com isso, o tratamento proposto foram a biópsia excisional de ambas as lesões e o envio para análise histopatológica. **Resultados:** O resultado da análise da

Keywords:diabetes mellitus;
hyperplasia; fibroma.

lesão da mucosa jugal do lado esquerdo, com 7 mm em seu maior diâmetro, foi fibroma oral com ausência de alterações citopáticas virais e/ou malignidade. Conforme análise da lesão da mucosa jugal do lado direito, com 2,5 mm em seu maior diâmetro, foi provável ectopia/grânulo de Fordyce com ausência de alterações citopáticas virais e/ou malignidade. **Conclusão:** A excisão das lesões, conforme a literatura, é indicada quando há indício de malignidade e/ou queixa do paciente que procura o cirurgião-dentista com a dúvida da lesão persistente. No caso descrito, não ocorreram recidivas no acompanhamento de 180 dias.

Abstract

Introduction: Intraoral hyperplastic lesions are commonly diagnosed in the dentist's daily routine. Some of these lesions, even if seem harmless, may present malignancy potential, requiring a thorough anamnesis and a good clinical examination, so the professional has the correct intervention, in which a biopsy is often necessary. **Objective:** To demonstrate the clinical management and treatment of two oral lesions in a diabetic patient. **Case report:** The patient MNV, 59 years old, female, diabetic, sought treatment for periodontal disease. During the clinical examination, two lesions were observed in the jugal mucosa present for more than two weeks. Blood tests were requested. Blood glucose was at 139 mg/dL.F, and glycated hemoglobin 6.5%. Since these lesions were present in the patient's oral cavity for more than two weeks and because of their size, the risks and benefits of the procedure were evaluated. Therefore, the proposed treatment was performed by excisional biopsy for both lesions and by histopathological analysis. **Results:** The result of the analysis of the lesion of the jugal mucosa on the left side, with 7 mm in its largest diameter, was oral fibroma with absence of viral cytopathic alterations and/or malignancy. The analysis of the lesion of the jugal mucosa on the right side, with 2.5 mm in its largest diameter, was probably ectopia/Fordyce granules with absence of viral cytopathic changes and/or malignancy. **Conclusion:** The excision of the lesions, as described in the literature, is indicated when there is evidence of malignancy and/or complaint of the patient who seeks the dentist concerning a persistent lesion. In the case described, there were no recurrences in the 180-day follow-up.

Introdução

No âmbito de atuação do cirurgião-dentista, comumente são encontradas lesões hiperplásicas intraorais, desde irritações crônicas causadas por mordiscamento da mucosa oral a hiperplasias, sejam benignas, sejam malignas. Em razão da semelhança de algumas lesões para o correto diagnóstico, há a necessidade do conhecimento dos principais sinais e sintomas e do tempo clínico de cada doença bucal, mesmo aquelas sistêmicas com manifestação bucal [4]. Algumas dessas lesões, mesmo que pareçam inofensivas, podem

apresentar potencial de malignidade, como certas lesões reativas (hiperceratoses e lesões traumáticas ulceradas crônicas). Portanto, é fundamental que essas lesões sejam detectadas precocemente pelo cirurgião-dentista, que investigará o sinal clínico patognomônico, chegando ao diagnóstico final da doença, ou à execução da biópsia [7].

Em alguns casos, a biópsia pode ser um aliado essencial na diferenciação das especificidades histopatológicas. Anamnese, exame clínico e o resultado da biópsia com boa descrição dos exames anatomopatológico e histopatológico alcançam o diagnóstico definitivo, possibilitando a adequada

intervenção, cirúrgica ou não [12]. Entre os tipos de biópsia, são quatro as mais utilizadas na cavidade bucal: citologia exfoliativa, biópsia por aspiração (punção aspirativa com agulha fina), biópsia incisional e biópsia excisional. As duas últimas são consideradas padrão ouro, pois há intervenção cirúrgica sobre a lesão. A biópsia incisional é indicada para lesões extensas e/ou com suspeita de malignidade, enquanto na biópsia excisional toda a lesão é retirada [2], e todas as amostras devem sempre ser enviadas para análise [2, 21-23].

Entre as lesões mais frequentes na cavidade oral, estão os fibromas e os grânulos de Fordyce, ambas benignas, porém, quanto ao fibroma, ele pode ser confundido com lesões aparentemente malignas, havendo a necessidade de um estudo histológico capaz de interpretar suas características [8, 23].

O fibroma de irritação acaba sendo uma hiperplasia fibrosa. Sua prevalência na mucosa da bochecha é de 39,2%, e na mucosa do lábio inferior, de 10,8%. Ou seja, trata-se de lesões hiperplásicas comuns da cavidade oral [16, 23]. Fibromas são clinicamente vistos como crescimentos pedunculados ou sésseis, em qualquer região da mucosa, sendo em sua maioria pequenas lesões sem nenhum potencial maligno. Sua recorrência está relacionada à falha em eliminar a irritação crônica, podendo estar associada a um mal posicionamento dentário ou a um hábito deletério [13]. Esse tipo de lesão em geral não produz sintomas, a menos que ocorram ulcerações decorrentes de traumas secundários. Microscopicamente, tais lesões são vistas por meio de aumento de volume nodular de tecido conjuntivo fibroso, queratinizado e denso, ou em certos casos frouxo. São recobertas por uma camada de epitélio pavimentoso estratificado, e não encapsuladas [4].

Os grânulos de Fordyce são formações anatômicas encontradas na cavidade oral oriundas de glândulas sebáceas ectópicas, apresentando-se como pápulas assintomáticas, esbranquiçadas ou amareladas, com tamanhos variáveis de 1-3 mm [1]. Apesar de Fordyce acreditar que a presença desses grânulos estivesse ligada a uma doença adjunta, a maioria dos clínicos atualmente os considera variações normais da mucosa e que tais em pessoas com alto de risco de doenças cardiovasculares podem funcionar como um marcador de hiperlipidemia, pois cerca de 50% desse tipo de grânulo é composto de triglicerídeos [5].

Quanto ao fibroma, a conduta mais indicada é a biópsia excisional, dado o baixo potencial de malignidade em estágios iniciais, funcionando ainda como método de prevenção de agravamento da lesão

[4]. O tamanho e as bordas bem delimitadas dessas lesões beneficiam essa conduta. A remoção cirúrgica e o envio para análise histopatológica fazem-se extremamente necessários nesses casos, por as lesões como hiperplasias e fibromas simularem granulomas piogênicos [8].

Outro problema considerado de saúde pública é a diabetes *mellitus*, a qual se classifica como uma síndrome metabólica de carboidratos, lipídios e proteínas, gerando complicações, entre elas falta parcial ou absoluta de insulina, nefropatias, retinopatias e doenças cardiovasculares [11]. As complicações bucais que esses pacientes geralmente apresentam são xerostomia, doença periodontal, hálito cetônico, infecções oportunistas e dificuldade de cicatrização. Estima-se que de 3 a 4% dos pacientes atendidos pelo cirurgião-dentista possuem essa doença, e a maioria deles desconhece que é acometida por ela [11].

O objetivo deste trabalho foi relatar a remoção de duas lesões bucais em uma paciente diabética.

Relato de caso clínico

A paciente MNV, 59 anos, sexo feminino, compareceu à Universidade Positivo buscando tratamento para doença periodontal. Na anamnese, a paciente relatou ser diabética. Portanto, foi solicitado exame de sangue para avaliar o seu quadro de saúde. Ao exame clínico, foi observada uma lesão nodular localizada em mucosa jugal esquerda, medindo 7 mm em sua maior extensão, de coloração rósea, semelhante à da mucosa, com limites definidos, sésil, não ulcerada, assintomática, de crescimento lento, consistência fibrosa, superfície lisa, sem drenagem ao toque, presente havia mais de duas semanas (Figuras 1A e 1B).

Também foi notada lesão papular, presente em mucosa jugal posterior do lado direito, medindo 2,5 mm em sua maior extensão, de coloração rósea, com limites definidos, sésil, não ulcerada, assintomática, consistência dura, superfície lisa, com tempo de evolução de mais de duas semanas (Figuras 2A e 2B).

Na segunda consulta a paciente trouxe os exames laboratoriais, os quais se encontravam em conformidade com os padrões de normalidade. A glicemia apresentou-se alterada na data do exame, no valor de 139 mg/dl.F, e a hemoglobina glicada estava em 6,5%.

Por essas lesões estarem presentes na cavidade bucal da paciente havia mais de duas semanas e por sua dimensão, foram avaliados os riscos e

benefícios do procedimento. Com isso, o tratamento proposto foi a biópsia excisional de ambas as lesões, na mesma sessão clínica.

Para o início do procedimento foram aferidos os sinais vitais, 80 BPM, pressão arterial de 120/80 mmHg, 19 ciclos respiratórios por minuto, bem como se fizeram as antisepsias extra e intraoral.

Foi realizada anestesia infiltrativa ao redor da lesão presente em mucosa jugal posterior do lado esquerdo (Figuras 1A e 1B), utilizando um tubete de anestésico mepivacaína 2% com norepinefrina

1:100.000 (Mepiadre, DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil).

A lesão então foi pinçada com auxílio de uma pinça hemostática curva (Figura 1C), e com uma lâmina de bisturi n.º 15 se realizou a excisão da lesão respeitando a margem de segurança de 2 mm (Figura 1D). A lesão apresentava coloração rósea, semelhante à da mucosa, limites definidos, séssil, consistência fibrosa, superfície lisa (Figuras 1E e 1F) e foi removida com a margem de segurança (Figura 1G). Após a excisão, a cavidade foi suturada com suturas simples (Figura 1H).

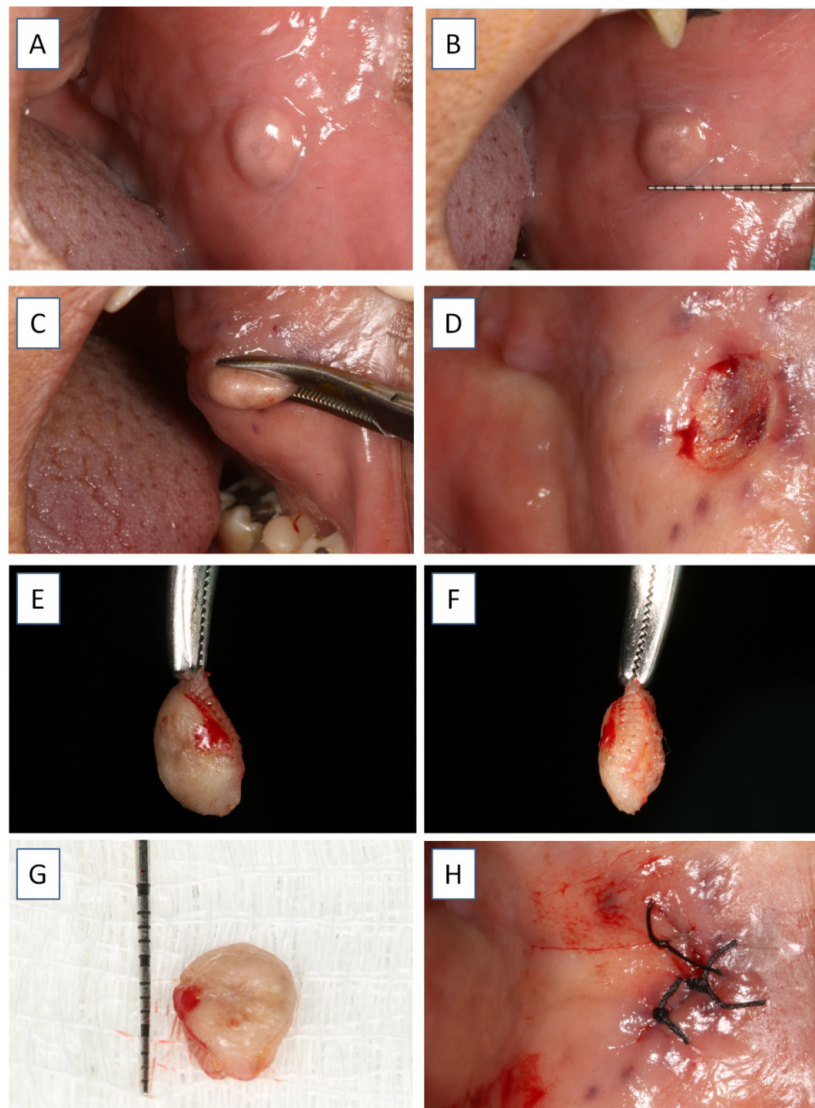


Figura 1 - (A) Lesão de coloração rósea, com limites definidos, séssil, não ulcerada, assintomática, de consistência fibrosa, superfície lisa, com tempo de evolução de mais de duas semanas. (B) Lesão medindo 7 mm em sua maior extensão. (C) Lesão sendo pinçada com uma pinça hemostática para sua remoção. (D) Lesão removida com margem de segurança. (E) Lesão em vista frontal. (F) Lesão em vista lateral. (G) Medição da lesão retirada com margem de segurança. (H) Suturas simples realizadas

Foi realizada também anestesia infiltrativa ao redor da lesão presente em mucosa jugal posterior do lado direito (Figuras 2A e 2B), utilizando um tubete de anestésico mepivacaína 2% com norepinefrina 1:100.000 (Mepiadre, DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil).

A lesão foi pinçada com o auxílio de fio de sutura (Figura 2C), e com uma lâmina de bisturi n.º 15 se fez a excisão da lesão respeitando a margem de segurança de 2 mm (Figura 2D). A lesão apresentava coloração rósea, semelhante à

da mucosa, limites definidos, séssil, consistência dura, superfície lisa (Figura 2D) e foi removida com a margem de segurança (Figura 2E). Após a excisão, a cavidade foi suturada com suturas simples (Figura 2F).

As suturas foram removidas após 14 dias e mostraram boa cicatrização. Aos 180 dias, foi feito acompanhamento na área da biópsia da mucosa jugal esquerda (Figura 2G) e também da mucosa jugal direita (Figura 2H), não havendo recidiva das lesões.

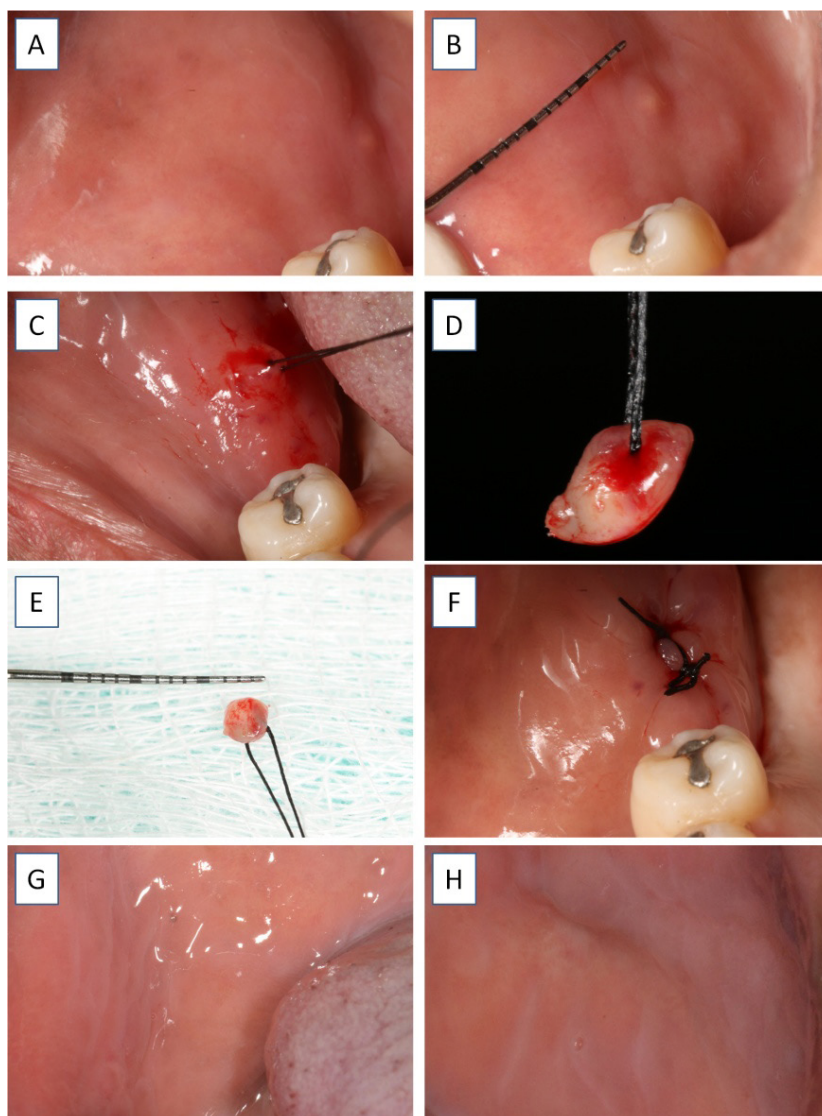


Figura 2 - (A) Lesão de coloração rósea, com limites definidos, séssil, não ulcerada, assintomática, consistência dura, superfície lisa, com tempo de evolução de mais de duas semanas. (B) Lesão medindo 2,5 mm em sua maior extensão. (C) Lesão puxada com o auxílio de fio de sutura para sua remoção. (D) Lesão removida com margem de segurança. (E) Medição da lesão retirada com margem de segurança. (F) Suturas simples realizadas. (G) Área da biópsia da mucosa jugal esquerda após 180 dias. (H) Área da mucosa jugal direita após 180 dias

De acordo com a análise da lesão da mucosa jugal do lado esquerdo, macroscopicamente tal lesão equivalia a um fragmento irregular de tecido pardo, liso e brilhante medindo $1,2 \times 0,7 \times 0,5$ cm. O diagnóstico histopatológico foi fibroma oral com ausência de alterações citopáticas virais e/ou malignidade nessa amostra.

Conforme o resultado da análise da lesão da mucosa jugal do lado direito, macroscopicamente a referida lesão correspondia a um fragmento irregular de tecido esbranquiçado, fosco e macio de dimensões $0,5 \times 0,4 \times 0,3$ cm. O diagnóstico histopatológico foi hiperplasia fibroepitelial com a presença de glândulas sebáceas em córion (provável ectopia/grânulo de Fordyce), com ausência de alterações citopáticas virais e/ou malignidade na presente amostra.

Discussão

Segundo Oliveira *et al.* [11], a diabetes *mellitus* é um problema de saúde pública, a qual demanda grandes cuidados de toda a equipe multiprofissional. No atendimento odontológico é indispensável uma criteriosa anamnese para avaliação do caso e da conduta a ser delineada [11, 17], assim como para a decisão em relação aos riscos e benefícios do procedimento, conforme mostrado neste relato.

Para Shetty *et al.* [18], entre as lesões encontradas na cavidade bucal, o fibroma é o mais comum, porém ele deve ser investigado por se tratar de uma hiperplasia que pode ser confundida com uma neoplasia maligna. Sreeja *et al.* [20] e Parwani e Parwani [14] recomendaram como conduta a biópsia excisional da lesão e seu posterior envio para análise histopatológica, a fim de confirmar a hipótese diagnóstica de fibroma, descartando a possibilidade de haver malignidade do tecido excisado.

O fibroma pode ocorrer em qualquer região bucal, e sua localização mais frequente é a mucosa jugal. Embora seja considerado uma neoplasia benigna de tecido mole, trata-se da consequência de algum trauma contínuo de longo prazo, como, por exemplo, o trauma de mordida na bochecha, sendo importante o diagnóstico dessa entidade neoplásica por causa da constante irritação, tornando o tecido hiperqueratótico [9]. Seu tratamento resume-se na excisão cirúrgica e no encaminhamento da lesão para o exame anatomopatológico, porque outras neoplasias benignas ou malignas podem simular o aspecto clínico de um fibroma. Sua recidiva é rara,

porém o fator traumático na região de ocorrência da lesão deve ser removido [9, 18].

O diagnóstico diferencial dessas lesões pode ser similar ao de fibroma de células gigantes, papiloma, hiperplasia fibrosa inflamatória e granuloma piogênico [10]. Há a probabilidade de que alguns fibromas gengivais representem a maturação fibrosa de um granuloma piogênico preexistente [10].

Quanto a outra amostra, Ahn *et al.* [1] explicam que grânulos de Fordyce encontrados na cavidade oral são oriundos de glândulas sebáceas ectópicas, apresentando-se como pápulas assintomáticas, esbranquiçadas ou amareladas, com tamanhos variáveis de 1-3 mm.

Segundo Gaballah e Rahimi [5], apesar de a maioria dos clínicos ter esses grânulos como uma variação normal de aglomeração de glândulas sebáceas cobertas por mucosa intacta, a distribuição de grânulos de Fordyce pode funcionar como um potente indicador de hiperlipidemia.

Ponti *et al.* [15] apontam ainda que o diagnóstico diferencial de grânulos de Fordyce é importante para investigar síndromes como a síndrome de Muir-Torre (SMT), uma variante da síndrome de Lynch, característica pela presença de adenomas sebáceos da pele e queratoacantomas, visto que esses grânulos tiveram incidência de 100% em pacientes portadores dos genes de reparo de incompatibilidade de ácido desoxirribonucleico (DNA) com SMT [15]. A SMT é uma genodermatose autossômica dominante que se caracteriza pela associação de tumores de pele sebáceos e pólipos adenomatosos e histoquimicamente está relacionada à mutação nos principais genes de reparo do DNA, os genes MSH2, MLH1, MSH6, PMS2 e PMS1 [3, 6, 19].

Conclusão

A excisão das lesões, conforme a literatura, faz-se indicada quando há indício de malignidade e/ou queixa do paciente que procura o cirurgião-dentista com a dúvida da lesão persistente. No caso clínico vigente, a paciente concordou em prosseguir com o tratamento proposto às duas lesões identificadas e ficou satisfeita com a sua realização. A análise histopatológica confirmou a hipótese diagnóstica, de fibroma na mucosa jugal esquerda e grânulo de Fordyce na mucosa jugal direita, excluindo-se a hipótese de malignidade nas amostras. A recidiva dessas lesões é rara, desde que se retirem os fatores de trauma. A conduta pós-operatória consiste no acompanhamento e na preservação desses casos a cada três a seis meses.

Referências

1. Ahn GR, Park SJ, Lee CK, Kim BJ. A case of successful treatment of Fordyce spots with a single insulated microneedle radiofrequency device. *Dermatol Ther.* 2019;32(5):e13026.
2. Ansell DM, Campbell L, Thomason HA, Brass A, Hardman MJ. A statistical analysis of murine incisional and excisional acute wound models. *Wound Repair Regen.* 2014;22(2):281-7.
3. Archer-Dubon C, Alvarez-Zavala B, Reyes E, Orozco-Topete R. Immunohistochemistry screening of sebaceous lesions for Muir-Torre syndrome in a 26-year period in a Mexican population. *Dermatol Online J.* 2008;14(12):1.
4. Effiom OA, Adeyemo WL, Soyele OO. Focal reactive lesions of the gingiva: an analysis of 314 cases at a tertiary health institution in Nigeria. *Niger Med J.* 2011;52(1):35-40.
5. Gaballah KY, Rahimi I. Can presence of oral Fordyce's granules serve as a marker for hyperlipidemia? *Dent Res J (Isfahan).* 2014;11(5):553-8.
6. Jessup CJ, Redston M, Tilton E, Reimann JD. Importance of universal mismatch repair protein immunohistochemistry in patients with sebaceous neoplasia as an initial screening tool for Muir-Torre syndrome. *Hum Pathol.* 2016;49:1-9.
7. Kadeh H, Saravani S, Tajik M. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2015;27(79):137-44.
8. Krishnan V, Shunmugavelu K. A clinical challenging situation of intraoral fibroma mimicking pyogenic granuloma. *Pan Afr Med J.* 2015;22:263.
9. Marcucci G. Fundamentos de odontologia: estomatologia. Curitiba: Santos; 2014.
10. Neville BW, Damm DD. Patologia oral e maxilofacial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.
11. Oliveira TF, Mafra RP, Vasconcelos MG, Vasconcelos RG. Conduta odontológica em pacientes diabéticos: considerações clínicas. *Odontol Clín-Cient.* 2016;15(1).
12. Pagin O, Santos PS, Del Neri NB, Gustavo de Lima H, Lara VS. The importance of a proper selection area to be biopsied in nodular leukoplakia: a case report. *Acta Stomatol Croat.* 2014;48(1):42-7.
13. Panta P. Traumatic fibroma. *Pan Afr Med J.* 2015;21:220.
14. Parwani S, Parwani RN. Diagnosis and management of focal reactive overgrowths of gingiva: a case series. *J Mich Dent Assoc.* 2014;96(7):36-47.
15. Ponti G, Meschieri A, Pollio A, Ruini C, Manfredini M, Longo C, et al. Fordyce granules and hyperplastic mucosal sebaceous glands as distinctive stigmata in Muir-Torre syndrome patients: characterization with reflectance confocal microscopy. *J Oral Pathol Med.* 2015;44(7):552-7.
16. Rivera C, Jones-Herrera C, Vargas P, Venegas B, Droguett D. Oral diseases: a 14-year experience of a Chilean institution with a systematic review from eight countries. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017;22(3):e297-e306.
17. Santos-Paul MA, Neves IL, Neves RS, Ramires JA. Local anesthesia with epinephrine is safe and effective for oral surgery in patients with type 2 diabetes mellitus and coronary disease: a prospective randomized study. *Clinics (São Paulo).* 2015;70(3):185-9.
18. Shetty P, Padmanabhan V, Kavitha PR, Thomas H. Peripheral fibroma obstructing the eruption pathway. *Indian J Dent Res.* 2012;23(5):677-9.
19. Silva F, Valentin M, Ferreira F, Carraro D, Rossi B. Genes de reparo de DNA na síndrome de Lynch: uma revisão. *Sao Paulo Med J.* 2009;127(1):46-51.
20. Sreeja C, Vezhavendan N, Shabana F, Vijayalakshmi D, Devi M, Arunakiry N. Recurrent peripheral odontogenic fibroma associated with basal cell budding. *J Pharm Bioallied Sci.* 2014;6(Supl. 1):S204-7.
21. Stroparo JLO, Stroparo GF, Giovanini AF, Baratto-Filho F, Forcada SMBL, Gabardo MCL, et al. Enucleation of a cystic lesion in mandible associated with oxygen therapy and bone grafting: case report. *EC Dent Sci.* 2021;20(9):111-6.
22. Stroparo JLO, Stroparo GF, Stroparo JFO, Giovanini AF, Baratto-Filho F, Forcada SMBL, et al. Excisão cirúrgica de um fibrolipoma: relato de caso e exame anatomopatológico. In: Casais PMM, Pinheiro AA, editores. Ensino, pesquisa e contribuições científicas em odontologia. Campina Grande: Amplla; 2021. p. 100-8. v. 2.
23. Stroparo JLO, Stroparo GF, Stroparo JFO, Lyra LAOP, Giovanini AF, Baratto-Filho F, et al. Excisão cirúrgica de fibroma bucal e importância da realização do exame anatomopatológico. In: Casais PMM, Pinheiro AA, editores. Ensino, pesquisa e contribuições científicas em odontologia. Campina Grande: Amplla; 2021. p. 109-17. v. 2.