

Concordância entre o diagnóstico clínico e o histopatológico de lesões bucais de origem mesenquimal diagnosticadas em um serviço histopatológico de referência

Lucas Mateus Oliveira Alho, Universidade do Estado do Amazonas;
lucasmateus.alho1@icloud.com;
Iana Rebeca Cabral Araújo; Universidade do Estado do Amazonas;
Pietra Bezerra Prestes; Universidade Federal do Amazonas;
Tiago Novaes Pinheiro; Universidade do Estado do Amazonas;
Lioney Nobre Cabral; Universidade do Estado do Amazonas;
Antônio Jorge Araújo de Vasconcelos II; Universidade do Estado do Amazonas;

1. Introdução

O mesênquima é um tecido embrionário responsável por originar o tecido conjuntivo propriamente dito e o especializado como: adiposo e ósseo^{1,2,3}. As lesões de origem mesenquimal acometem diversas localidades ao longo da região oral e maxilofacial, de modo a se originarem de tecidos de diferentes densidades e apresentando variadas causas⁴. Podem ser neoplasias mesenquimais benignas originadas no tecido conjuntivo ósseo e adiposo como osteomas e lipomas respectivamente ou terem origem odontogênica como os tumores odontogênicos mesenquimais, tais quais: mixoma odontogênico e cementoblastoma⁵⁻⁸. Conjuntamente, há ainda lesões hiperplásicas reativas, reconhecidas como processos proliferativos não neoplásicos, classicamente representadas por hiperplasias fibrosas inflamatórias e por fim neoplasias malignas citando-se os osteossarcomas como principais exemplos^{4,9,10}.

O diagnóstico de lesões orais não é um trabalho fácil e inicia-se pela sintomatologia atrelada à semiotécnica, de modo a gerar um quadro clínico e posteriores hipóteses diagnósticas¹¹. Num primeiro momento, necessita-se da obtenção de informações através de uma anamnese criteriosa e posterior exame clínico minucioso dos tecidos que se mostram alterados^{12,13}, de forma a não negligenciar a inspeção de quaisquer que sejam a estrutura bucal, para então obter o chamado diagnóstico clínico.

Todavia, apenas realização da anamnese e exame físico, muitas vezes não são suficientes para o diagnóstico conclusivo, sendo então necessário além do rastreio clínico, a solicitação de exames complementares, tais quais a avaliação histopatológica. De tal modo o diagnóstico final de uma lesão bucal irá se fundamentar na comparação da observação clínica e epidemiológica vinculadas aos aspectos microscópicos obtidos^{14,15}. Dessa forma, a realização da biópsia juntamente à avaliação anatomopatológica se mostra essencial para se obter um diagnóstico assertivo e determinante para a escolha da conduta de tratamento a ser executada e elaboração do prognóstico e preservação do paciente^{16,17}.

Durante a prática clínica, o cirurgião dentista pode presenciar lesões bucais que apresentem um diagnóstico impreciso ou que aparente uma lesão inofensiva, em virtude da clínica, todavia, ao se analisar histopatologicamente, revela-se características compatíveis com lesões malignas, além do fato de haver a possibilidade de estágios iniciais de malignidade se mimetizarem em formas benignas de doenças^{12,13}. Embora a histogênese das neoplasias benignas mesenquimais e lesões reacionais seja variada, muitas vezes a aparência clínica dessas lesões se assemelha, havendo uma maior dificuldade do fechamento do diagnóstico adequado, necessitando não apenas da associação clínica, mas também anatomopatológica, tendo em vista seus diagnósticos diferenciais poderem indicar neoplasias malignas como Sarcoma de Kaposi (SK) e Linfomas não Hodgkin^{5,10}. Dessa forma, tratando-se de lesões mesenquimais tumorais

ou reativas, por essas não apresentarem sinais patognomônicos e sua clínica ser ordinariamente a mesma, deve-se associar a análise histopatológica para que nenhuma neoplasia passe despercebida¹⁸, tendo em vista as possíveis discrepâncias acerca do diagnóstico sugestivo e o final¹⁹.

Portanto, através da comparação entre as hipóteses diagnósticas obtidas pela clínica e o laudo histopatológico, é possível haver uma avaliação entre a capacidade e o conhecimento dos cirurgiões dentistas, na realização do diagnóstico clínico de maneira assertiva¹³. Ademais, permite-se ainda a verificação da acuidade juntamente à habilidade desses profissionais, em concorrerem para o correto diagnóstico oral através dos conhecimentos clínicos e epidemiológicos acerca das lesões¹¹.

2. Material e Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e retrospectivo, realizado a partir da análise de laudos histopatológicos emitidos pelo Serviço de Anatomia Patológica e Patologia Bucal da Universidade do Estado do Amazonas (SEPAT-UEA), referentes ao período de 2012 a 2022, contemplando os casos diagnosticados como lesões de origem mesenquimal. Os dados foram obtidos por meio de registros arquivados em livros do serviço, arquivos digitais em nuvem e drives de armazenamento em computadores institucionais, sendo acessados apenas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Foram coletadas informações referentes à idade, sexo, cor da pele, localização da lesão, hipótese diagnóstica e instituição remetente do material para análise histopatológica.

A população do estudo corresponde a todos os pacientes diagnosticados com lesões mesenquimais no período estipulado, totalizando aproximadamente 621 laudos já mencionados em estudos anteriores. Foram incluídos os laudos que continham diagnóstico histopatológico de lesão mesenquimal e dados clínicos completos, enquanto aqueles que apresentaram informações incompletas foram excluídos, obtendo-se na amostra final 270 laudos para análise.

Os dados, anonimizados e coletados a partir dos registros disponíveis no SEPAT-UEA, foram tabulados em planilhas eletrônicas no software Microsoft Excel®. O estudo apresentou risco mínimo aos participantes, uma vez que utiliza dados secundários anonimizados, resguardando a confidencialidade das informações por meio de codificação que impede a identificação dos pacientes. Dados sensíveis, como nome, endereço e telefone, não foram considerados. Todo o processo de coleta foi supervisionado por funcionários do laboratório, garantindo a segurança e integridade dos registros.

A pesquisa se justificou pela relevância em comparar hipóteses diagnósticas preliminares e laudos finais de lesões mesenquimais, contribuindo para a avaliação da acurácia diagnóstica e da formação dos profissionais e acadêmicos envolvidos. Os dados obtidos poderão subsidiar futuros projetos científicos e auxiliar na elaboração de estratégias voltadas ao diagnóstico precoce e planejamento em saúde.

O projeto foi conduzido mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEA, sob número de parecer: 6.839.130 e CAAE: 79202124.6.0000.5016, respeitando a Resolução CNS nº 466/12 e a Resolução 738/2024, e contou com a assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) por parte do pesquisador responsável. Por se tratar de dados retrospectivos, não foi necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi desenvolvida no SEPAT-UEA, localizado na Avenida Carvalho Leal, 1777, bairro Cachoeirinha, em Manaus (AM).

3. Resultados e Discussão

No período de 2012 a 2022, a concordância diagnóstica entre hipótese clínica e diagnóstico histopatológico mostrou-se equilibrada, com 49,6% de acertos (n=134) e 50,4% de erros (n=136). Essa proximidade indica que, em quase metade dos casos, houve divergência diagnóstica, reforçando a complexidade das lesões orais e a importância do exame histopatológico como ferramenta confirmatória.

Quando analisados os serviços de origem dos encaminhamentos, observou-se maior concentração de casos provenientes da universidade pública (n=201), com desempenho diagnóstico de 52,2% de acertos (n=105) e 47,8% de erros (n=96). Nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), verificou-se um desempenho relativo de 46,1% de acertos (n=18), de um total de 39 laudos. Nos hospitais públicos, a taxa de concordância foi de 42,9% (n=9) sendo 21 laudos ao todo, enquanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que tiveram menor volume de casos (n=9) e também pior desempenho relativo, os acertos representaram apenas 22,2% do total (n=2). Esses dados demonstram que a capacidade diagnóstica varia de acordo com o nível de atenção, sendo mais elevada em centros de referência vinculados à universidade, possivelmente em função da maior experiência clínica, interdisciplinaridade e apoio acadêmico.

A análise por grupos de lesões mostrou diferenças importantes: as neoplasias benignas apresentaram 46,2% de acertos (n=49) e 53,7% de erros (n=57), evidenciando a dificuldade em diferenciá-las clinicamente de lesões reacionais e císticas, devido a apresentação de suas características clínicas, sendo um padrão de erro observado em outros estudo que avaliam a concordância clínica com a histopatológica^{20,21}. As neoplasias malignas, por sua vez, tiveram o pior desempenho, com apenas 12,5% de acertos (n=1) e 87,5% de erros (n=7), resultado preocupante considerando o impacto prognóstico do diagnóstico precoce. Já as lesões reacionais, grupo mais prevalente, apresentaram 53,9% de acertos (n=82) e 46% de erros (n=70), configurando-se como aquelas com maior concordância relativa entre HD e laudo histopatológico. Por fim, as lesões císticas tiveram distribuição igual de acertos e erros (50%), com um total de 4 casos.

Ao detalhar as lesões mais frequentemente diagnosticadas corretamente em cada grupo, verificou-se que, entre as lesões reacionais, todas as hipóteses clínicas de torus mandibular, torus palatino, exostose vestibular, histoplasmose, arginose focal, fibroma traumático com queratose friccional, reação liquenoide com pulse granuloma e periostite ossificante foram confirmadas histopatologicamente, atingindo 100% de acertos. No grupo das neoplasias benignas, tanto o nevo melanocítico quanto o nevo azul tiveram 100% de concordância entre hipótese clínica e laudo histopatológico. Entre as lesões císticas, observou-se taxa de acerto de 50% nos casos de cisto ósseo simples.

Nas neoplasias malignas, observou-se discrepância diagnóstica ainda mais evidente: apenas o caso de fibrossarcoma apresentou acerto diagnóstico clínico (n=1). Em contrapartida, lesões como histiocitose de células de Langerhans (n=2), osteossarcoma (n=1), linfoma MALT (n=1), plasmocitoma (n=1), sarcoma de Kaposi (n=1) e angioleiomiossarcoma (n=1) foram incorretamente diagnosticadas em 100% dos casos. Esses dados refletem a dificuldade clínica em identificar tumores malignos de comportamento agressivo e apresentação oral atípica, cuja suspeita muitas vezes depende de sinais clínicos inespecíficos. Tal achado corrobora a literatura, que aponta baixa acurácia diagnóstica para neoplasias malignas orais, especialmente em contextos de atenção primária e secundária²⁰⁻²⁴.

4. Conclusões

Em síntese, os resultados reforçam que o diagnóstico clínico isolado apresenta limitações relevantes, sobretudo em neoplasias malignas, cuja baixa taxa de acerto pode comprometer significativamente o prognóstico dos pacientes. A integração entre diferentes níveis de atenção, a capacitação profissional contínua e a valorização do exame histopatológico como padrão-ouro são fundamentais para reduzir discrepâncias e melhorar o manejo oncológico das lesões orais.

Palavras-Chave: lesão bucal; histopatologia; lesões mesenquimais.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Serviço de Anatomia Patológica e Patologia Bucal (SEPAT-UEA) pela infraestrutura, disponibilização de dados utilizados no projeto e às técnicas presentes pelo suporte laboratorial. O apoio financeiro foi fornecido pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).

Divulgação

O (s) autor (es) e revisores não relataram qualquer conflito de interesse durante a sua avaliação. Logo, o Congresso Pan-Amazônico de Oncologia detém os direitos autorais, tem a aprovação e a permissão dos autores para divulgação deste resumo, por meio eletrônico.

Referências

1. Ten Cate. Histologia Oral – desenvolvimento, estrutura e função. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
2. Nussbaum RL, McInnes RR, Willard. Embriologia clínica. 10ª. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 524.
3. Gartner LP e Hiatt JL. Tratado de histologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
4. Neville BW. et al. Patologia oral e maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
5. Costa AAS da. Neoplasias mesenquimais benignas da região oral e maxilofacial: um estudo retrospectivo de 1.066 casos. repositorioufmgbr. 16 de julho de 2020.
6. Barros MAN, Teslenko VB, Reis GN, Pancini EF, Cavalcanti H de A. Lipoma em assoalho bucal: relato de caso. Arquivos de Investigação em Saúde. 7 de abril de 2021;10(4):604–6.
7. Tolentino EDS. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou? Revista da Faculdade de Odontologia - UPF. 2018 Aug 15;23(1).
8. Vered M, Wright JM. Atualização da 5ª Edição da Classificação de Tumores de Cabeça e Pescoço da Organização Mundial da Saúde: Tumores Ósseos 12 Odontogênicos e Maxilofaciais. Patologia de Cabeça e Pescoço. 2022 março;16(1):63–75.
9. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ERC. Incidência de lesões hiperplásicas reativas na cavidade oral: estudo retrospectivo de 10 anos em Santa Catarina, Brasil. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. Julho de 2019;85(4):399–407.
10. Babu B, Hallikeri K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. J Indian Soc Periodontol. 2017 Jul 1;21(4):258–63.
11. CASTRO RM. Análise da concordância entre diagnósticos clínicos e histopatológicos de lesões orais. Ufcedubr. 2017.

12. Boza-Oreamuno Yadira V., López-Soto Andrea. Correlação do diagnóstico clínico e histopatológico das lesões da mucosa oral na Universidade da Costa Rica entre 2008 e 2015. *Odovtos*. dezembro de 2021; 23(3): 128-136.
13. Souza JGS, Soares LA, Moreira G. Concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos de lesões bucais encontradas em Clínica Universitária. *Revista de Odontologia da UNESP*. Janeiro de 2014;43(1):30–5. 13
14. Curra M, et al. Precisão do diagnóstico clínico para identificação de distúrbios potencialmente malignos e lesões labiais malignas. *Pesquisa Oral Brasileira*. 2016;30(1).
15. Souza LGS, et al. Índice de certeza das hipóteses do diagnóstico clínico e diagnóstico anatomopatológico: experiência do serviço de cirurgia bucomaxilofacial de um hospital oncológico. *RSBO*. 7 de novembro de 2022;19(2):395–402.
16. Oliveira MC de, Queiroz BO, Pereira LR, Freitas VS, Freitas Ramos TDC, Martins JD. Acurácia do diagnóstico clínico de lesões orais malignas em um Centro de Referência do Nordeste Brasileiro. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 5 de dezembro de 2020;19(3):423.
17. Sivieri M. Estudo Retrospectivo e Observacional das Características Epidemiológicas, Clínicas e Histopatológicas das Desordens Potencialmente Fretas Malignas em um Serviço Histopatológico de Anatomia Patológica . *Uniubebr*. 2020.
18. Jolehar M, Titidej AZ. Prevalência de lesões de tecidos moles orais: uma revisão. *Jornal de Pesquisa Craniomaxilofacial*. 6 de novembro de 2022;
19. Mendez M, Haas AN, Rados PV, Sant'ana Filho M, Carrard VC. Concordância entre diagnósticos clínicos e histopatológicos e completude dos formulários de biópsia oral. *Pesquisa Oral Brasileira*. 2016;30(1).
20. Keshwar S, Jain N, Raut T, Singh V, Shrestha A. A retrospective analysis of concordance between clinical and histopathologic diagnoses at a tertiary dental hospital in Eastern Nepal. *Int J Dent*. 2024.
21. Emamverdizadeh P, Arta SA, Ghanizadeh M, et al. Compatibility of clinical and histopathological diagnosis of oral lesions in Iranian patients. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2019;19:e4778.
22. Tatli U, Erdoğan Ö, Uğuz A, Üstün Y, Sertdemir Y, Damlar İ. Diagnostic concordance characteristics of oral cavity lesions. *Sci World J*. 2013;2013:785929.
23. Oti AA, Donkor P, Obiri-Yeboah S, Yelibora M. Concordance between clinical and histopathological diagnoses at Komfo Anokye Teaching Hospital Oral and Maxillofacial Unit. *Surg Sci*. 2013;4(6):291–6.
24. Sindi AM, et al. Agreement between clinical and histopathological diagnoses of oral and maxillofacial lesions. *Diagnostics*. 2024;14(5):477.