

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL- CSTR
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS – UACB
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

BRUNA RAFAELA SANTANA DE OLIVEIRA

LEIOMIOMA: RELATO DE UM CASO EM LÁBIO INFERIOR

PATOS-PB,

2014

BRUNA RAFAELA SANTANA DE OLIVEIRA

LEIOMIOMA: RELATO DE UM CASO EM LÁBIO INFERIOR

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande como parte de pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Profa. Dr^a. Cyntia Helena P. de Carvalho

PATOS-PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

O481 Oliveira, Bruna Rafaela Santana de
Leiomoma: relato de um caso em lábio inferior/ Bruna Rafela
Santana de Oliveira. – Patos, 2014.
39f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade
Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural,
2014.

“Orientação: Profª. Dra. Cytia Helena Pereira de Carvalho”

Referências.

1. Leiomoma. 2. Cavidade oral. 3. Neoplasia oral.
I. Título.

616.314

CDU

BRUNA RAFAELA SANTANA DE OLIVEIRA

LEIOMIOMA: RELATO DE UM CASO EM LÁBIO INFERIOR

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande como parte de requisito para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

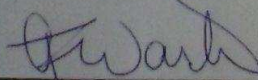
Aprovado em: 03 de setembro de 2014

BANCA EXAMINADORA



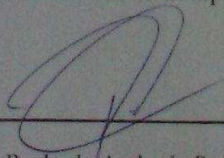
Prof.ª Dr.ª Cyntia Helena Pereira de Carvalho – Orientadora

Universidade Federal de Campina Grande



Prof. Dr. George João Ferreira do Nascimento – 1º Membro

Universidade Federal de Campina Grande



Prof. Dr. Pedro Paulo de Andrade Santos – 2º Membro

Universidade Federal de Campina Grande

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor e Deus, Jesus Cristo, pelo auxílio constante e por ser o grande confirmador de todo esse trabalho.

A Maria, por sua fiel intercessão.

A minha família, em especial aos meus pais, que me compreenderam, apoiaram e fizeram tudo se tornar possível.

A minha orientadora, Profa. Dra. Cyntia Helena Pereira de Carvalho, por seu empenho e dedicação, bem como por sua disponibilidade e auxílio constante.

A todo o corpo docente da UFCG, pelo conhecimento compartilhado, de maneira especial a Profa. Dra. Ana Carolina Lyra de Albuquerque que foi uma referência e quem primeiro acreditou em mim.

Aos colegas de turma, aos amigos e amigas, que tanto me ajudaram.

A Comunidade Católica Shalom que foi um ponto-chave para minha perseverança na escolha pela Odontologia.

“Não nasci para o sucesso, nasci para ser fiel a Deus”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

O presente trabalho objetiva relatar um caso clínico de leiomioma oral, expondo e discutindo suas características clínicas, histopatológicas e imuno-histoquímicas, bem como seu diagnóstico diferencial, tratamento e prognóstico. O caso clínico trata-se de paciente do sexo feminino, 44 anos, leucoderma, que compareceu em consultório odontológico relatando aumento de volume próximo ao lábio. Ao exame extraoral, notava-se discreta tumefação do lado direito. Ao exame intraoral, verificou-se lesão em submucosa de aproximadamente 2 cm de diâmetro, localizado em mucosa labial, bem delimitado, assintomática, consistente à palpação e de coloração semelhante à mucosa. Realizou-se biópsia excisional e o material foi enviado para exame histopatológico. A análise microscópica revelou uma lesão encapsulada de uma proliferação de células com núcleos fusiformes com terminações rombas, dispostas em feixes e organizadas com padrão concêntrico a vasos sanguíneos. Por imuno-histoquímica foi evidenciada forte marcação para desmina, HHF35 e SMA. Diante dos achados foi estabelecido o diagnóstico de leiomioma oral. Os leiomiomas são neoplasias benignas provenientes da proliferação das células da musculatura lisa, tendo a possibilidade de ocorrer em qualquer região do corpo. Entretanto, são incomuns na cavidade oral. O estudo de lesões de ocorrência incomum e o relato de novos casos são necessários, pois permitem reunir dados que levam ao conhecimento do comportamento biológico e prognóstico das mesmas.

Palavras-chaves: Cavidade oral. Leiomioma. Neoplasia oral

ABSTRACT

This study reports a clinical case of oral leiomyoma in a female patient, 44, leucoderma, which appeared in the dental office reporting increased volume near the lip. The extraoral exam showed a mild swelling of the right side. Upon intraoral examination, there was submucosal lesion of about 2 cm in diameter, located in well-defined, asymptomatic, consistent palpation and coloration similar to mucosa labial mucosa. Excisional biopsy was performed and the specimen was sent for histopathological examination which revealed the diagnosis of oral leiomyoma. Leiomyomas are benign neoplasms arising from the proliferation of smooth muscle cells, having the possibility to occur anywhere in the body. However, they are uncommon in the oral cavity. The study of injuries unusual occurrence and reporting of new cases are necessary because they allow to gather data that lead to knowledge of the biological behavior and prognosis of the same.

Keywords: Leiomyoma. Oral Cavity. Oral Neoplasm.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: (A) Visão frontal	20
Figura 1: (B) Visão intraoral	20
Figura 2: (A) Aspecto transcirurgico	21
Figura 3: (A) Fotomicrografia – cápsula (HE - 100×)	21
Figura 3: (B) Fotomicrografia - massa sólida (HE - 400×)	21
Figura 4: (A) Fotomicrografia – desmina	22
Figura 4: (B) Fotomicrografia – HHF35	22
Figura 4: (C) Fotomicrografia – SMA	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação têmporo-mandibular
Cm	Centímetro
FIs	Filamentos intermediários
HHF35	Anti-actina de músculo
Ki-37	Marcador de proliferação celular
OMS	Organização Mundial de Saúde
SMA	Smooth Muscle Actin
TEGI	Tumor estromal gastrointestinal
WHO	World Helth Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICO	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE LEIOMIOMA.....	14
3.2 LEIOMIOMA EM CAVIDADE ORAL	17
4 CASO CLÍNICO.....	20
5 DISCUSSÃO	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE – ARTIGO CIENTÍFICO.....	31
ANEXO – NORMAS DA REVISTA BRASÍLIA MÉDICA	42

1 INTRODUÇÃO

Leiomioma é um tumor benigno de origem mesenquimal que se desenvolve a partir da proliferação de células da musculatura lisa. Pode acometer toda e qualquer localidade em que haja a presença da célula muscular lisa como paredes de vasos sanguíneos e linfáticos maiores, que são comuns especialmente em útero, trato gastrointestinal e pele (WEISS; GOLDBLUM, 2002). De acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005), os leiomiomas podem ser divididos principalmente em angiomiomas ou vasculares, em epitelióides, também chamados de leiomioblastomas e sólidos (HASHIMOTO; QUADE, 2002).

Na cavidade oral, estes neoplasmas são raramente encontrados, de maneira que representa apenas 0,016% a 0,064% de todos os leiomiomas relatados (BROOKS et al., 2002, GONZÁLEZ-SÁNCHEZ et al., 2007). Os leiomiomas orais se apresentam como lesões de evolução lenta em submucosa, são prevalentemente assintomáticos, geralmente acometendo lábio, língua e palato duro. Outras localizações menos frequentes são o assoalho da boca, gengiva região retromolar (GOEL; GOEL, 2011).

Devido apresentação clínica inespecífica do leiomioma oral, o diagnóstico é feito após análise histopatológica e estudo imuno-histoquímico que demonstre imureatividade positiva sugestiva de origem muscular lisa (WERTHEIMER-HATCH et al., 2000).

A terapêutica adotada é a remoção cirúrgica conservadora que tem se mostrado efetiva com baixíssimos índices de recorrência. De maneira geral, lesões benignas ou com potencial de malignidade devem ser sempre minuciosamente analisadas e uma rápida avaliação diagnóstica pode significar o sucesso no tratamento (ALMEIDA et al., 2008).

Este trabalho pretende fazer o relato de um caso de leiomioma localizado em mucosa de lábio inferior acometendo paciente de sexo feminino bem como realizar uma revisão da literatura acerca desta lesão.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Fazer relato de um caso clínico de leiomioma oral e abordar o tema diante de uma revisão da literatura.

2.2 ESPECÍFICOS

- Expor e discutir características clínicas;
- Mostrar evidências histopatológicas e imuno-histoquímicas;
- Realizar diagnóstico diferencial;
- Expor tratamento e prognóstico.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE LEIOMIOMA

O leiomioma é caracterizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como tumor benigno de tecidos moles associado à proliferação de células musculares lisas (WHO, 2005; HASHIMOTO; QUADE, 2002) que pode se desenvolver em qualquer localização do organismo humano sendo o trato genital feminino (95%) mais comumente comprometido (SILVEIRA et al., 2007), seguidos por pele (3%) e trato gastrintestinal (1.5%) (ALMEIDA et al., 2008). Menos de 1% dos leiomiomas ocorrem em região cérvico-facial, sendo encontradas em cavidade oral apenas 0.065% dos casos (GIANLUCA et al., 2011). Isto se deve a ínfima quantidade de músculo liso disponível nesta região (GIANLUCA et al., 2011).

De maneira geral, sendo assintomática em 75% dos casos, a lesão do tipo leiomioma é encontrada frequentemente em situações ocasionais durante exames abdominais, pélvico bimanual ou ultra-sonografia (CORLETA et al., 2007). Contudo características relacionadas a número, tamanho e localização dos nódulos podem desencadear sintomatologia dolorosa bem como determinar grau de severidade em cerca de 20% a 50% das lesões, e em consequência, há possibilidade de gerar alterações funcionais em órgãos adjacentes à lesão (BOZZINE et al., 2007; CORLETA et al., 2007; GOMES et al., 2006).

No caso do leiomioma estar localizado no trato genital feminino, tem como origem a musculatura lisa do miométrio e se trata de um tumor que surge após a menarca, com possível aumento durante a gestação e com tendência a regressão parcial após a menopausa (GOMES et al., 2006). Há predisposição familiar e racial sendo 2,2 vezes mais frequente entre parentes de primeiro grau em famílias com dois ou mais membros acometidos e tem risco duas a três vezes maior em melanodermas do que em leucodermas (BOZZINE et al., 2007; GOMES et al., 2006).

O desenvolvimento de leiomioma no trato genital feminino pode ter seu desenvolvimento afetado por esteróides sexuais que atuam localmente e mediam o crescimento tumoral pela ligação a receptores específicos com subsequente ativação de proto-oncogenes (GOMES et al., 2006). Há indícios que o estrogênio e a progesterona atuem em combinação, estimulando a proliferação e o crescimento das células neoplásicas, permanecendo incerta sua etiopatogênese (GOMES et al., 2006).

Sintomas como anormalidade menstrual, com predomínio de menorragia, com consequente anemia, são relatados por cerca de 30% das mulheres que apresentam leiomioma

(BOZZINE et al., 2007; GOMES et al., 2006). Dor abdominal, infertilidade, perda do conceptol e complicações durante período gestacional, com possibilidade de policitemia, hipoglicemia e ascite, são relatos comuns (GOMES et al., 2006). Dentre alternativas terapêuticas e suas respectivas indicações a histerectomia se apresenta como a principal forma de tratamento correspondendo a 30% (200.000 cirurgias/ano) dos procedimentos nos Estados Unidos, que para a saúde pública resulta em altos custos (BOZZINE et al., 2007; GOMES et al., 2006).

O diagnóstico geralmente é feito pela anamnese, exame ginecológico e complementação com exames imagenológicos que norteiam a conduta terapêutica. Para obter o diagnóstico final é necessário ainda submeter à lesão a análise histopatológica para descartar diagnósticos diferenciais, neste caso o diferencial mais relevante é o leiomiossarcoma uterino (0,2% a 0,7%) (BOZZINE et al., 2007; CORLETA et al. 2007).

As abordagens terapêuticas basicamente podem ser preservação e exames clínicos frequentes, condutas de caráter clínico (anticoncepcionais orais, progestágenos e antiprogestágenos, análogos do hormônio liberador das gonadotrofinas - GnRH, e antiinflamatórios não esteróides) e cirúrgico (histerectomia, miomectomia e embolização) (CORLETA et al., 2007). Porém são estritamente correlacionadas às particularidades de cada caso.

O piloleiomioma é a variante em pele do leiomioma, que pode surgir da túnica média de vasos, do músculo eretor do pelo ou ainda dos músculos dartos da genitália, aréola e mamilos (PARREIRA et al., 2009). Atinge adultos jovens, não há predileção por sexo, podem ser únicas ou múltiplas, com frequência acometem as extremidades com sintomatologia dolorosa espontânea ou diante de estímulos físicos (MATSUSHITA et al., 2009; PARREIRA et al., 2009). O diagnóstico de piloleiomioma deve alertar para a possibilidade de associação a aumento de risco de ocorrência de tumores de células renais, caracterizando a síndrome de leiomiomatose hereditária e câncer de células renais, exigindo assim seguimento médico multidisciplinar e aconselhamento pessoal e familiar (LENCASTRE et al., 2013; SANZ-ORTEGA et al., 2013).

No trato gastrointestinal são tumores bastante incomuns com manifestações clínicas que demonstram peculiaridades especiais de acordo com o órgão acometido e que, com frequência estão na dependência de complicações (MARCHESINI et al., 1984). Neste mesmo estudo, que descreve 16 casos de leiomioma em trato gastrointestinal há relato de hemorragia digestiva, de suboclusão intestinal e tumor palpável (MARCHESINI et al., 1984). Avaliações imuno-histoquímicas em lesões estomacais desse tipo (tumor estromal gastrointestinal – TEGI

– leiomioma e leiomiossarcoma) demonstraram que estas representam um grupo heterogêneo de neoplasias (HIRATA; SCHMITT, 1991).

Microscopicamente, os leiomiomas são caracterizados pela presença de células musculares lisas maduras e fusiformes, com núcleo alongado com terminação de forma romba, são bem diferenciados e encapsulados (ALVES et al., 2013; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ et al., 2007). Essas lesões apresentam 3 tipos histopatológicos: sólido, vascular e epitelióide (REY et al., 2007; WHO, 2005; WEISS; GOLDBLUM, 2002).

O leiomioma sólido é constituído por uma mistura de células musculares lisas que se entrelaçam em um estroma colagenoso de vascularidade variável (WEISS; GOLDBLUM, 2002). As fibras musculares geralmente formam espirais por serem cortados em diferentes planos (WEISS; GOLDBLUM, 2002). O leiomioma epitelióide é composto por células redondas ou poligonais, com uma zona clara ao redor do núcleo e retração do citoplasma, podendo-se encontrar áreas mixóides, gordura e necrose hialina (WEISS; GOLDBLUM, 2002). O leiomioma epitelióide é caracterizado pela interposição de fibras colágenas ou tecido de granulação entre o tecido viável e o necrótico, e frequentemente é associado à regiões de inflamação e hemorragia (WEISS; GOLDBLUM, 2002).

O tipo vascular apresenta muitos vasos, com camada interna ordenada e circunferencial e camada externa desorganizada, misturando-se com as fibras musculares periféricas (WEISS; GOLDBLUM, 2002). O leiomioma vascular é o mais comum na cavidade oral e corresponde de 67% a 75% dos casos, enquanto o epitelióide é o mais raramente relatado (GAITAN-CEPEDA et al., 2008).

3.2 LEIOMIOMA EM CAVIDADE ORAL

O leiomioma na cavidade oral se trata de uma lesão benigna bastante incomum que tem origem mesenquimal, mais especificamente associada à proliferação de células musculares lisas, que de acordo com a literatura possui etiopatologia incerta (ALVAREZ et al., 2012; ALMEIDA et al., 2008). Há indícios que, na cavidade oral, o desenvolvimento do leiomioma esteja relacionado às células musculares lisas presentes na camada média dos vasos sanguíneos e a células mioepiteliais presentes nos ductos excretórios de glândulas salivares (GIANLUCA et al., 2011; REY et al., 2007).

Para melhor compreensão, torna-se relevante citar que a camada média dos vasos sanguíneos é constituída principalmente por camadas concêntricas de células musculares lisas organizadas helicoidalmente (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2006). Na cavidade oral, o epitélio de revestimento é avascular, porém a lâmina própria subjacente à mucosa é extremamente vascularizada (MJÖR & FEJERSKOV, 1990). Para nutrir a lâmina própria da mucosa oral, as artérias se dispõem na submucosa e, onde a submucosa está ausente, as artérias dispõem-se na porção profunda da lâmina própria (MJÖR & FEJERSKOV, 1990).

Nos ductos das glândulas salivares e de uma maneira geral, as células mioepiteliais consistem de um corpo celular e diversos processos celulares ramificados e afilados (MJÖR & FEJERSKOV, 1990). Os ductos das glândulas salivares são constituídos por epitélio cuboidal simples onde os processos mioepiteliais estão orientados em espiral e se localizam entre a camada basal e o epitélio cuboidal simples que forma o ducto (MJÖR & FEJERSKOV, 1990).

Os sítios mais acometidos pelo leiomioma são lábio, seguido por língua, palato duro e mole e mucosa jugal (ALMEIDA et al., 2008; REY et al., 2007). Há ainda relatos de leiomioma oral em trígono retromolar e em músculo masseter, que são localizações ainda mais incomuns para a lesão (GOEL & GOEL, 2011; GRIPPAUDO & BECELLI, 1996; KOTLER et al., 1994).

O leiomioma oral tem possibilidade de se desenvolver em qualquer faixa etária, porém é mais comumente relatada em adultos, entre a 5ª e 6ª décadas de vida, com idade média de 45 anos, enquanto que o relato deste tipo de lesão em crianças e idosos é bastante incomum (ALVAREZ et al., 2012; REY et al., 2007; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ et al., 2007; SILVEIRA et al., 2007). Não existe predileção por sexo, embora haja na literatura que o sexo masculino é ligeiramente mais acometido (REY et al., 2007; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ et al., 2007).

Um único caso de múltiplos leiomiomas em paciente pediátrico do sexo feminino com 8 meses de idade foi relatado (ALEVAREZ et al., 2012). As lesões que estavam situadas em

língua, mucosa jugal e assoalho bucal, foram removidas sob anestesia geral e submetidas a exames histopatológicos e imuno-histoquímicos que confirmaram o diagnóstico de leiomioma oral (ALEVAREZ et al., 2012). Após seis meses não se verificou recorrência da lesão (ALEVAREZ et al., 2012).

Trata-se de uma lesão de crescimento lento, assintomática, havendo raramente relato de sintomatologia dolorosa, de coloração semelhante a da mucosa oral normal ou dependendo da associação ao sistema vascular, pode apresentar coloração variante de vermelho a violáceo (ALVAREZ et al., 2012; REY et al., 2007). Contudo, considerando-se a localização anatômica da lesão, alguns sintomas atípicos foram relatados, tais como: dificuldade de deglutição, odontalgia, mobilidade dentária e sintomatologia dolorosa referida em ATM (articulação têmporo-mandibular) (GRIPPAUDO & BECELLI, 1996).

Clinicamente não é possível estabelecer um diagnóstico final por ser uma lesão que apresenta múltiplos diagnósticos diferenciais, dentre eles: fibroma, lipoma, lesões de glândula salivar, tumores vasculares como hemangioma ou linfangioma, tumor de bainha de nervos periféricos e leiomiossarcoma (ALVAREZ et al., 2012; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ et al., 2007; WHO, 2005). Isto confere a esta lesão o termo de aparência clínica inespecífica (REY et al., 2007).

São lesões de aspecto microscópico altamente diferenciado com pouca ou nenhuma atipia, embora, muito raramente, possa apresentar pleomorfismo celular (GAITAN-CEPEDA et al., 2008). Não há presença de necrose nem de invasão tecidual, é escassa a atividade mitótica (GAITAN-CEPEDA et al., 2008). Há a possibilidade de aparecimento de degeneração mucinosa, fibrose, hialinização ou fibrose, porém estes se distribuem de forma mais focal e são mais comuns em lesões maiores (GAITAN-CEPEDA et al., 2008). As células tumorais são difusa e fortemente imunorreativas para actina, desmina, h-caldesmona e vimentina (GAITAN-CEPEDA et al., 2008). O índice de ki-67 normalmente é menor que 5% (GAITAN-CEPEDA et al., 2008).

Os filamentos intermediários (FIs) compõem um sistema de estruturas filamentosas, no citoplasma e núcleo de células eucarióticas, diferente dos microfilamentos de actina, dos microtúbulos, que são constituintes do citoesqueleto das células de quase todos os vertebrados (MACHADO & FIGUEIREDO, 1996). Os filamentos intermediários estão distribuídos nos tecidos da seguinte maneira: citoqueratinas (tecido epitelial), vimentina (tecido mesenquimal), desmina (tecido muscular), proteína glial fibrilar ácida astrócitos), neurofilamentos (neurônios) (MACHADO & FIGUEIREDO, 1996).

A desmina está presente na composição das fibras musculares lisas e pode ser marcada nestas células (MACHADO & FIGUEIREDO, 1996). A vimentina, em contrapartida, está presente na maioria das células mesenquimais e não mesenquimais podendo ser diferenciada dos demais filamentos intermediários por marcação bioquímica e imuno-histoquímica (MACHADO & FIGUEIREDO, 1996). Durante a miogênese a desmina e a vimentina coexistem juntas, todavia enquanto a vimentina predomina em estágios iniciais a desmina passa a predominar em estágios mais tardios da miogênese (MACHADO & FIGUEIREDO, 1996).

Análises de imunoeletroforese seguidas de imunotransferência demonstraram que o anticorpo monoclonal HHF-35 faz o reconhecimento da variante alfa da actina a partir de fontes de músculo esquelético, músculo cardíaco, e da variante gama em músculo liso, mostrando ser útil como marcador celular (TSUKADA et al., 1987). O SMA (actin muscle smooth) demonstra a presença de actina específica de músculo liso (NONAKA et al., 2010).

Sendo assim, o diagnóstico é baseado em estudo clínico e histopatológico da lesão associado à utilização de marcadores imuno-histoquímicos que para avaliação de leiomioma, é válido empregar anticorpos contra actina de músculo liso (SMA), desmina e vimentina, apesar deste último não ser específico para músculo liso. (ALVES, et al., 2013; NONAKA et al., 2010; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ et al., 2007).

O tratamento consiste na ressecção conservadora completa da lesão (ALVES, et al., 2013; ALMEIDA et al., 2008). Em ocorrência de diferenciações celulares e aumento no número de mitoses, deve-se optar por excisão cirúrgica com a devida margem de segurança e acompanhamento periódico para garantir que não ocorram possíveis recidivas da lesão (NONAKA et al., 2010; ALMEIDA et al., 2008).

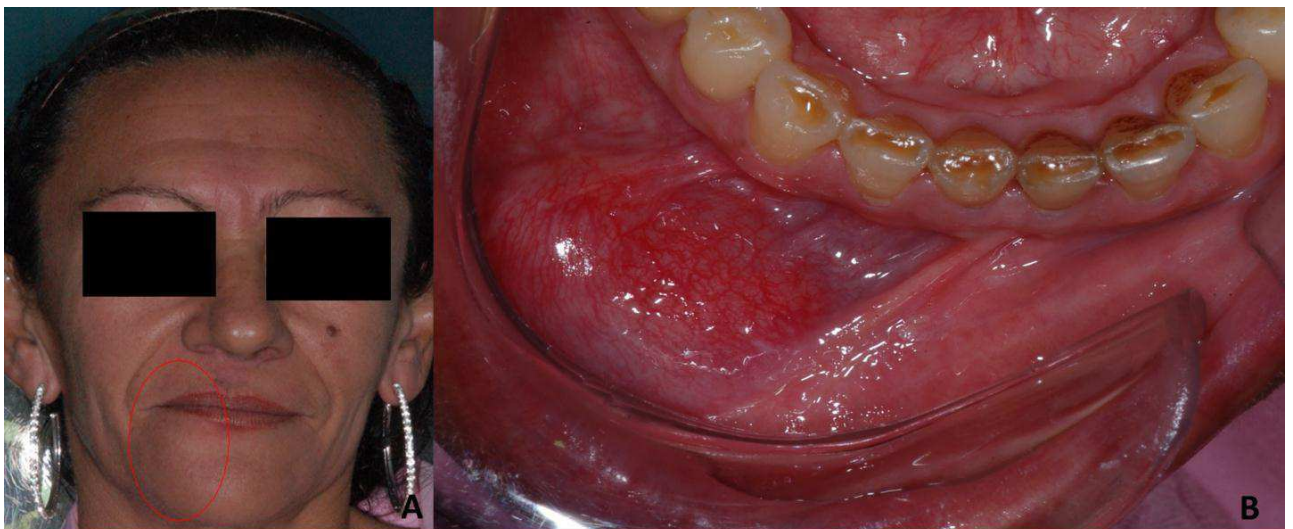
4 CASO CLÍNICO

Indivíduo do sexo feminino, 44 anos, leucoderma, compareceu em ambulatório odontontológico relatando aumento de volume na boca. Na anamnese verificou-se que a paciente era saudável, sem nenhum histórico médico digno de nota. No exame extraoral observou-se discreta tumefação em região de lábio inferior com aproximados 18 meses de evolução sem sintomatologia dolorosa (Figura 1A).

No exame intraoral, a lesão se apresentava sob aspecto nodular único submucoso, ligeiramente ovalado, séssil, bem delimitada, mesma coloração da mucosa, medindo aproximadamente 2 cm de tamanho e de consistência flutuante a palpação, o que levou a hipótese diagnóstica de mucocele (Figura 1B).

A biópsia excisional foi feita e no transcirúrgico com a excisão feita foi possível observar a lesão, com limites precisos e bem encapsulada. (Figura 2A). Macroscopicamente obteve-se espécime com mensuração exata de 1,8 x 1,5 x 1,0 cm (Figura 2B).

Figura 1: (A) Visão frontal da paciente mostrando discreta tumefação em região de lábio inferior direita. (B) Visão intraoral de mucosa labial mostrando lesão localizada em submucosa. Fonte: Do autor.



Microscopicamente encontrou-se lesão envolvida por cápsula, presença de uma massa sólida com muitas células fusiformes organizadas em feixes com núcleos alongados, palidamente corados de terminação romba e sem presença de atipia celular. No estroma era escasso com vasos sanguíneos dispersos e focos de calcificações distrófica (Figuras 3ª e B). A lesão foi submetida a avaliação imuno-histoquímica com os anticorpos das proteínas desmina, HHF 35, SMA, mostrando-se todos positivos e confirmando o diagnóstico de Leiomioma (Figuras de 4 A, B e C).

Figura 2: (A) Aspecto da lesão no transcirúrgico, mostrando separação da lesão e limites precisos após a divulsão tecidual. (B) Aspecto macroscópico da lesão. Fonte: Do autor

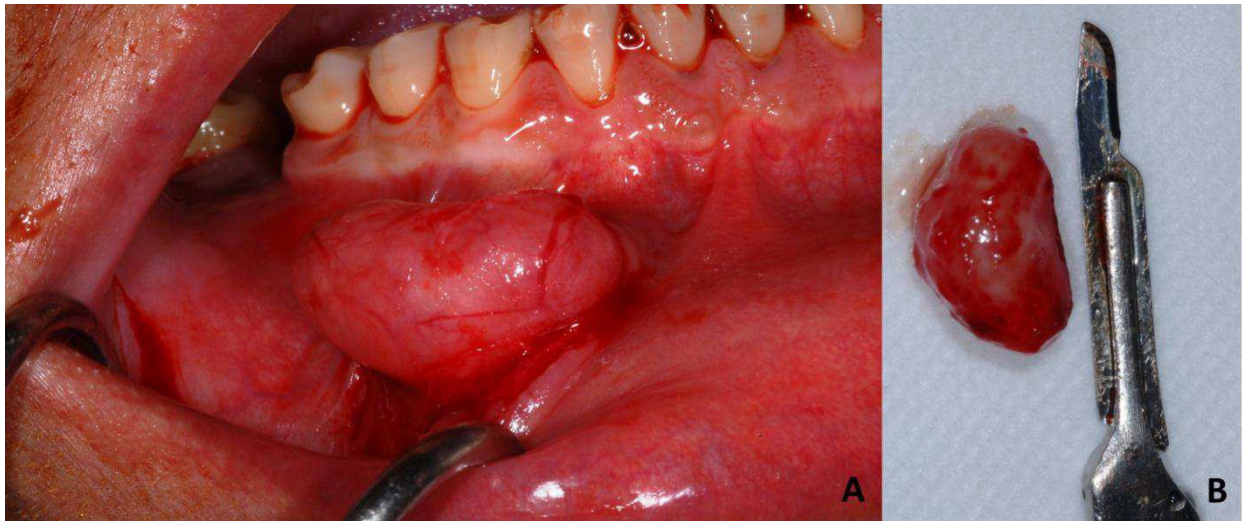


Figura 3: Fotomicrografia mostrando lesão encapsulada e a algumas áreas de calcificação distrófica (HE - 100×). (B) Fotomicrografia mostrando massa sólida com muitas células fusiformes organizadas em feixes com núcleos alongados, palidamente corados de terminação romba e sem presença de atipia celular (HE - 400×). Fonte: Do autor.

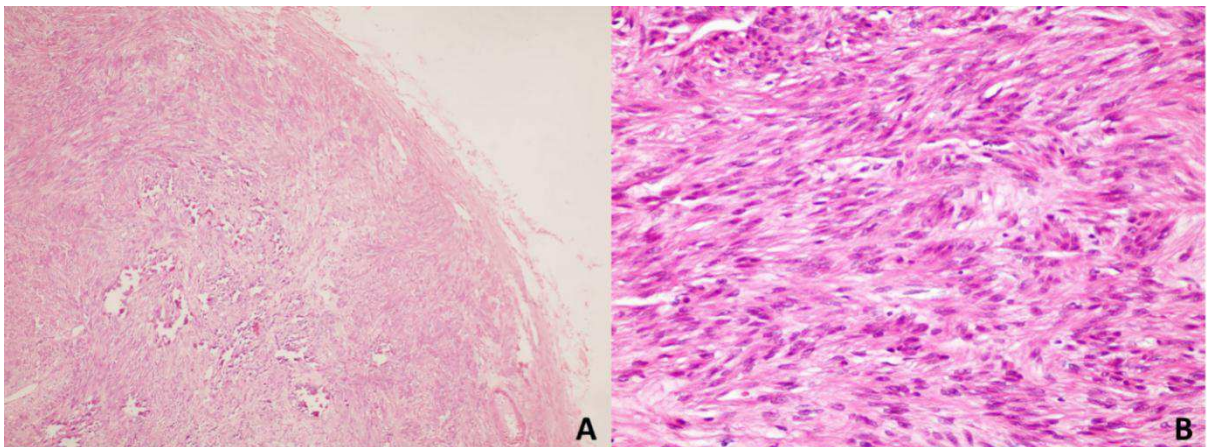
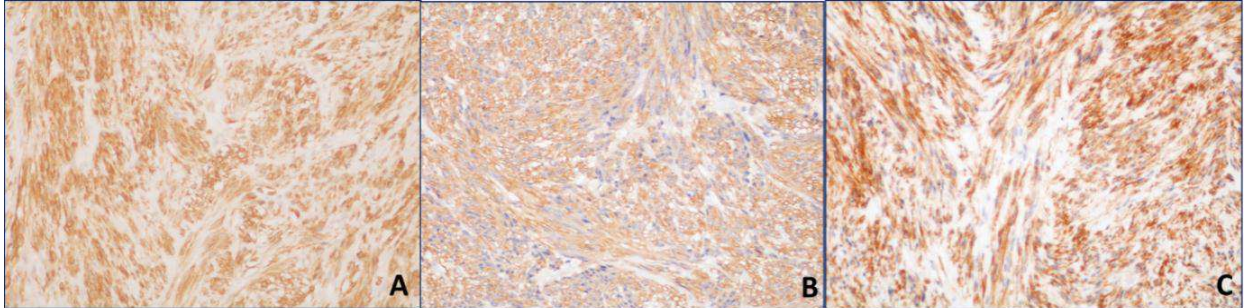


Figura 4: (A) Fotomicrografia mostrando marcação positiva para desmina (Esptavidinabiotina - 200×). (B) Fotomicrografia mostrando marcação positiva para HHF35 (Esptavidinabiotina- 200). (C) Fotomicrografia mostrando marcação positiva para SMA (Esptavidinabiotina - 200×). Fonte: Do autor.



5 DISCUSSÃO

O leiomioma é uma neoplasia benigna de músculo liso mais comum no trato genital feminino (95%), seguido de pele (3%), trato gastrintestinal (1,5%). Menos de 1% ocorrer na cabeça e pescoço estrutura (CAMPELO et al., 2008). Na cavidade oral se trata de uma lesão bastante incomum, dado confirmado em um levantamento de neoplasias benignas na cavidade oral de 336 lesões, o leiomioma correspondeu apenas 0,8% das lesões encontradas (ROCHA et al., 2006).

A literatura relata que o leiomioma oral possui etiopatogenia incerta (ALMEIDA et al., 2008). Há indícios que, na cavidade oral, o desenvolvimento do leiomioma esteja relacionado às células musculares lisas presentes na camada média dos vasos sanguíneos e a células mioepiteliais presentes nos ductos excretórios de glândulas salivares (GIANLUCA et al., 2011; REY et al., 2007). No presente caso foi possível evidenciar vasos em meio a neoplasia onde suas paredes estavam repletas de células neoplásicas. Isto sugere que esta neoplasia tenha surgido a partir das células musculares lisas constituintes da camada média desses vasos sanguíneos, visto que na cavidade oral a lâmina própria subjacente à mucosa é extremamente vascularizada (MJÖR & FEJERSKOV, 1990).

Neste caso clínico o leiomioma estava localizado em mucosa labial que segundo a literatura é a localização mais frequente, seguido por língua, palato duro e mole e mucosa jugal (ALMEIDA et al., 2008; REY et al., 2007). Há ainda relatos de leiomioma oral em triângulo retromolar, em músculo masseter e mandíbula que são localizações bastante incomuns para a lesão (GOEL & GOEL, 2011; GRIPPAUDO & BECELLI, 1996; KOTLER et al., 1994).

O leiomioma oral tem possibilidade de se desenvolver em qualquer faixa etária, porém é mais comumente relatada em adultos, entre a 5ª e 6ª décadas de vida, com idade média de 45 anos, enquanto que o relato deste tipo de lesão em crianças e idosos é bastante incomum (ALVAREZ et al., 2012; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ et al., 2007; REY et al., 2007; SILVEIRA et al., 2007). Em contrapartida, há relato de leiomioma em paciente pediátrico, como em um caso de Alvarez et al. (2012) onde uma criança de 8 meses apresentou múltiplas lesões de leiomioma que estavam situadas em língua, mucosa jugal e assoalho bucal, tendo sido removidas sob anestesia geral.

Trata-se de uma lesão de crescimento lento, com coloração semelhante à da mucosa oral normal ou, dependendo da associação ao sistema vascular, pode apresentar coloração variante de vermelho a violáceo (ALVAREZ et al., 2012; REY et al., 2007). Normalmente o

leiomioma oral é assintomático, havendo raramente relato de sintomatologia dolorosa, porém, considerando-se a localização anatômica da lesão, alguns sintomas atípicos foram relatados, tais como: dificuldade de deglutição, odontalgia, mobilidade dentária e sintomatologia dolorosa referida em ATM (GRIPPAUDO & BECELLI, 1996).

Clinicamente, o leiomioma oral tem uma aparência inespecífica apresentando múltiplos diagnósticos clínicos diferenciais, dentre eles: fibroma, lipoma, lesões de glândula salivar, tumores vasculares como hemangioma ou linfangioma, tumor de bainha de nervos periféricos e leiomiossarcoma (ALVAREZ et al., 2012; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ et al., 2007; REY et al., 2007). Neste relato de caso, pela aparência clínica de lesão flutuante e tendo localização em lábio inferior, o diagnóstico clínico inicial foi de mucocele, sendo somente estabelecido o diagnóstico de leiomioma após análise microscópica e imuno-histoquímica.

Dentre as principais variantes histopatológicas em cavidade oral, os leiomiomas orais podem ser classificados em: sólidos, vasculares e epitelióide (GAITAN-CEPEDA et al., 2008; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ et al., 2007; BROOKS et al., 2002). O leiomioma vascular é o mais comum na cavidade oral e corresponde de 67 a 75% dos casos, enquanto o epitelióide é mais raro (GAITAN-CEPEDA et al., 2008).

Os leiomioma orais são lesões de aspecto microscópico altamente diferenciado com pouca ou nenhuma atipia, embora, muito raramente, possa apresentar pleomorfismo celular (ALVES et al., 2013). Não há presença de necrose nem de invasão tecidual, é escassa a atividade mitótica. Há a possibilidade de aparecimento de degeneração mucinosa, fibrose, hialinização ou fibrose, porém estes se distribuem de forma mais focal e são mais comuns em lesões maiores (GAITAN-CEPEDA et al., 2008). No presente caso foi possível observar um tumor bastante sólido, com células fusiformes neoplásicas bem típicas do leiomioma e poucas áreas de calcificação. Áreas de calcificação podem ser identificadas em alguns leiomiomas orais, porém se constituem em achados histológicos menos expressivos (NONAKA et al., 2010).

Outras neoplasias constituídas por células fusiformes devem ser excluídas, como neurofibromas e neurilemomas. Neste contexto, a técnica imuno-histoquímica demonstra-se como auxiliar importante, na qual estes tumores revelam imunorreatividade forte para actinas, desmina, h-caldesmona e vimentina (NONAKA et al., 2010; GAITAN-CEPEDA et al., 2008). Neste caso foi realizado a imuno-histoquímica de três marcadores específicos de músculo liso, a desmina, o SMA e HHF-35, onde todos marcaram fortemente as células.

A desmina está presente na composição das fibras musculares lisas e pode ser marcada nestas células (MACHADO & FIGUEIREDO, 1996). Análises de imunoeletroforese seguidas

de imunotransferência demonstraram que o anticorpo monoclonal HHF-35 faz o reconhecimento da variante alfa da actina a partir de fontes de músculo esquelético, músculo cardíaco, e da variante gama em músculo liso, mostrando ser útil como marcador celular (TSUKADA et al, 1987). O SMA (actin muscle smooth/ actina de músculo liso) demonstra a presença de actina específica de músculo liso (NONAKA et al., 2010; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ et al., 2007).

O tratamento consiste na ressecção conservadora completa da lesão (ALVES et al., 2013; ALMEIDA et al., 2008). Em ocorrência de diferenciações celulares e aumento no número de mitoses, deve-se optar por excisão cirúrgica com a devida margem de segurança e acompanhamento periódico para garantir que não ocorram possíveis recidivas da lesão (NONAKA et al., 2010; ALMEIDA et al., 2008). O índice de recidivas para esta lesão é muito baixo (ALVES et al., 2013; NONAKA et al., 2010; ALMEIDA et al., 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição de novos casos na literatura que ressaltem o perfil histopatológico e imuno-histoquímico do leiomioma oral são relevantes em razão de sua raridade e similaridade com outras lesões de maior ocorrência na cavidade oral. A análise imuno-histoquímica é uma ferramenta importante para o diagnóstico final do leiomioma, e os anticorpos empregados neste caso foram eficientes na distinção entre essa lesão e outros tumores de células fusiformes.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, L. E.; COSTA, D. L.; MADUREIRA, J. F.; FILHO, M. A. O; Leiomioma vascular em lábio superior: relato de caso e revisão de literatura. *Revista ABO Nacional*. v. 16, n. 4, p. 241-242, ago-set 2008.
2. ALVAREZ, E.; LABERRY, M. P.; ARDILA, C. M.; Multiple oral leiomyomas in na infant: a rare case. *Case Report in Dentistry*. Colombia. v. 2012, p. 1-3, abr 2012.
3. ALVES, P. M.; NOVAES, M. M.; NETO, A. L.; GODOY, G. P.; COSTA, D. A.; MEDEIROS, I. M. C.; Leiomioma vascular oral: relato de caso e estudo imuno-histoquímico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. v. 13, n. 1, p. 47-52, 2013.
4. BARNES, L.; EVESON, J. W.; REICHART, P.; SIDRANSKY, D.; World Health Organization. *Classification of tumours. Pathology & Genetics: head and neck tumours*. IARC Press: 2005
5. BOZZINE, N.; et al.; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Leiomioma uterino: manual de orientação*. São Paulo, Ponto, 2004, p. 117.
6. CAMPELO, V. E. S.; NEVES, M. C.; NAKANISHI, M.; VOEGELS, R.L.; Angioleiomioma de cavidade nasal: relato de um caso e revisão de literatura. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. v. 74, n. 1, p. 147-150, 2008.
7. CORLETA, H. V.E.; CHAVES, E. B. M.; KRAUSE, M. S. CAPP, E.; Tratamento atual dos miomas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 29, n. 6, p. 324-328, 2007.
8. GAITAN-CEPEDA, L.; QUEZADA-RIVERA, D.; TENORIO-ROCHA, F.; LEYVA, H.; MENDEZ-SÁNCHEZ, E.; Vascular leiomyoma of the oral cavity. Clinical, histopathological and immunohistochemical characteristics. Presentation of five cases and review of the literature. *Medicina Oral Patologia Oral Cirurgia Bucal*. v. 13, n.8, p. E483-488, .aug 2008.

9. GIANLUCA, S.; MARINI, R.; TONOLI, F.; CRISTALLI, M. P.; Leiomyoma of oral cavity: case report and literature review. *Annali di Stomatologia*. v. II, n, 1-2, p. 9-12, 2011.
10. GOEL, A.; GOEL, H. Oral leiomyoma extending in retromolar region. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. Índia. v. 29, n. 2, p. s61-s65, dez 2011.
11. GOMES, M. T. V.; CASTRO, R. A.; SILVA, I. D. C. G.; BARACAT, E. C.; LIMA, G. R.; GIRÃO, M. J. B. C.; Análise da patogênese do leiomioma de útero. *Feminina*. v. 34, n. 6, p. 381-387, jun 2006.
12. GRIPPAUDO, G.; BECELLI, R.; Leiomioma Del muscolo massetere: descrizione di un caso clinico. *Minerva Stomatologica*. Vol. 45, p. 277-80, 1996.
13. HASHIMOTO, H; QUADE, B. Leiomyoma of deep soft tissue. In: Fletcher C.D.M., Unni K.K., Mertens F. (Eds.): *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone*. IARC Press: Lyon 2002
14. HIRATA, L.; SCHMITT, F. C.; Tumor estromal gastrointestinal (TEGI): estudo morfológico e imuno-histoquímico de dez casos. *Arquivos de Gastroenterologia*. v. 28, n. 2, p. 55-58, abr-jun 1991.
15. JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J.; *Histologia Básica: texto/atlas*. Edição 11^a. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p. 1-452.
16. KOTLER, H. S.; GOULD, N. S.; GRUBER, B.; Leiomyoma of the tongue presenting as congenital air way obstruction. *International Journal Pediatric Otorhinolaryngology*. v. 29, n. 2, p. 139-45, 1994.
17. LENCASTRE, A.; CABETE, J.; GONÇALVES, R.; JOÃO, A.; FIDALGO, A.; Cutaneous leiomyomatosis in a mother and daughter. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. v. 88, n. 6, p. 124-127, 2013.
18. MACHADO, G. F.; FIGUEIREDO, F.; Revisão: Filamentos intemediários. *Revista Medicina*. v. 29, p. 104-113, 1996.
19. MAHIMA, V. G.; PATIL, K.; SRIKANTH, H. S.; Recurrent oral angioleiomyoma. *Contemporary Clinical Dentistry*. v. 2, n. 2, abr-jun 2011.

20. MARCHESINI, J. B.; BRENNER, S.; CAMPOS, A. C.; MALAFAIA, O.; SOUZA, F. J.; ARTIGAS, G. V.; Leiomiomas do trato digestivo. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. v. 11, n. 5, p. 145-148, 1984.
21. MATSUSHITA, S.; ISHIHARA, T.; TAKEDA, K.; UCHIDA, Y.; TAMAI, M.; USUKI, K.; Extensive multiple piloleiomyoma in the submental region treated successfully by surgery and reconstruction with a submental perforator flap. *Clinical and Experimental Dermatology*. v. 34, n. 8, p. 748-750, dez 2009.
22. MJÖR, I. A.; FEJERSKOV, O.; *Embriologia e Histologia Oral Humana*. São Paulo: Panamericana S. A., 1990, p. 1-332.
23. NONAKA, C. F. W.; PEREIRA, K. M. A.; MIGUEL, M. C. C.; Oral vascular leiomyoma with extensive calcification áreas. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. v. 76, n. 4, p. 539, 2010.
24. PARREIRA, L. M. L.; SÍPOLI, J. M.; MERCANTE, A. M. C.; ORFALI, R. L.; LEVITS, J.; Caso para diagnóstico. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. v. 84, n. 2, p. 197-199, 2009.
25. REIS, S. R. A.; SADIGRSKY, M.; ANDRADE, M. G. S.; MARCHIONNI, A. M. T.; Leiomyoma of the tongue: case report. *Revista de Pós-Graduação*. v. 9, n. 2, p. 186-190, abr-jun 2002.
26. REY, R. L.; FRANCO, F. L.; OLIVEIRA, G. G.; SEIJAS, B. P.; GUITIÁN, D.; CEMBRANOS, J. L. L-C; Oral leiomyoma in retromolar trigone: A case report . *Medicina Oral, Patología Bucal e Cirugía Bucal*. V. 12, p. 53-55, 2007.
27. ROCHA, D. A. P.; OLIVEIRA, L. M. M.; SOUZA, L. B.; Neoplasias benignas da cavidade oral: estudo epidemiológico de 21 anos (1982 a 2002). *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*. v. 18, n. 1, p. 53-60, jan-abr 2006
28. SÁNCHEZ, M. A. G.; BONNIN, M. C.; AYTÉS, L. B.; ESCODA, C. G; Leiomyoma of the hard palate: A case report. *Medicina Oral, Patología Bucal e Cirugía Bucal*. v. 12, p. 221-224, 2007.
29. SANS-ORTEGA, J.; VOCKE, C.; STRATTON, P.; LINEHAN, W. M.; MERINO, M. J.; Morphologic and molecular characteristics of uterine leiomyomas in hereditary

- leiomyomatosis and renal cancer (HLRCC) syndrome. *The American Journal of Surgical Pathology*. v. 37, n. 1, p. 74-80, jan 2013.
30. SANTOS, F. A. S.; PENTEADO, L. A. M; Leiomoma vascular bucal: reporte de caso clínico. *Acta Odontológica Venezolana*. v. 51, n. 3, 2013.
31. SILVEIRA, V. A. S.; AMADEL, S. U.; MACHADO, A. C. P.; PRADO, R. F.; NEVES, A. C.; QUIRINO, M. R. S.; et al; Leiomoma vascular bucal: relato de dois casos, revisão da literatura e estudo imuno-histoquímico. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. v. 43, n. 3, p. 211-217, jun 2007.
32. TSUKADA, T.; TIPPENS, D.; GORDON, D.; ROSS, R.; GOWN, A. M.; HHF35, a muscle-actin-specific monoclonal antibody. I. Immunocytochemical and biochemical characterization. *American Journal of Pathology*. v. 126, n. 1, p. 51-60, jan 1987.
33. WEISS, S.W.; GOLDBLUM, J.R.; Bening tumors of smooth muscle. In: Enzinger and Weiss's *Soft Tissue Tumors*. 4th ed . St. Louis, MO: Mosby, Inc; 2002. p. 695–726.
34. WERTHEIMER-HATCH, L.; HATCH, G. F.; HATCH, B. S.; DAVIS, G. B.; BLANCHARD, D. K.; FOSTER, R.S.; et al. Tumors of the oral cavity and pharynx. *World Journal Surgery*. v. 24, 395–400, 2000.

APÊNDICE – Artigo científico

Leiomioma oral: relato de um caso*Oral Leiomyoma: case report*

Cyntia Helena Pereira de Carvalho¹, Bruna Rafaela Santana de Oliveira², George João Ferreira do Nascimento¹, Pedro Paulo de Andrade Santos¹, Antonio de Lisboa Lopes Costa³

¹Professor doutor em Patologia Oral do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. Patos/PB - Brasil.

²Acadêmica de do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. Patos/PB - Brasil.

³Professor doutor do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN - Brasil

Autor Correspondente:

Prof. Dr. Cyntia Helena Pereira de Carvalho

Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Saúde e Tecnologia Rural - CSTR

Unidade de Ciências Biológicas - UACB

Avenida Universitária S/N - Bairro Santa Cecília - Cx Postal 61 - Patos/PB CEP:58708-110

Telefone: (83) 3511-3045

E-mail: cyntia_helena@yahoo.com.br

Leiomioma Oral

Resumo

O presente trabalho objetiva relatar um caso clínico de leiomioma oral de uma paciente do sexo feminino, 44 anos, leucoderma, que compareceu em consultório odontológico relatando aumento de volume próximo ao lábio. Ao exame extraoral, notava-se discreta tumefação do lado direito. Ao exame intraoral, verificou-se lesão em submucosa de aproximadamente 2 cm de diâmetro, localizado em mucosa labial, bem delimitado, assintomática, consistente à palpação e de coloração semelhante à mucosa. Realizou-se biópsia excisional e o material foi enviado para exame histopatológico que evidenciou diagnóstico de leiomioma oral. Os leiomiomas são neoplasias benignas provenientes da proliferação das células da musculatura lisa, tendo a possibilidade de ocorrer em qualquer região do corpo. Entretanto, são incomuns na cavidade oral. O estudo de lesões de ocorrência incomum e o relato de novos casos são necessários, pois permitem reunir dados que induzem ao conhecimento do comportamento biológico e prognóstico das mesmas.

Palavras chaves: Leiomioma. Cavidade Oral. Neoplasia oral. Imuno-histoquímica.

Abstract

This study reports a clinical case of oral leiomyoma in a female patient, 44, leucoderma, which appeared in the dental office reporting increased volume near the lip. The extraoral exam showed a mild swelling of the right side. Upon intraoral examination, there was submucosal lesion of about 2 cm in diameter, located in well-defined, asymptomatic, consistent palpation and coloration similar to mucosa labial mucosa. Excisional biopsy was performed and the specimen was sent for histopathological examination which revealed the diagnosis of oral leiomyoma. Leiomyomas are benign neoplasms arising from the proliferation of smooth muscle cells, having the possibility to occur anywhere in the body. However, they are uncommon in the oral cavity. The study of injuries unusual occurrence and reporting of new cases are necessary because they allow to gather data that lead to knowledge of the biological behavior and prognosis of the same.

Keywords: Leiomyoma. Oral Cavity. Oral Neoplasm. Immunohistochemistry.

Introdução

Leiomioma é um tumor benigno de origem mesenquimal que se desenvolve a partir da proliferação de células da musculatura lisa. Pode acometer qualquer localidade em que haja a presença da célula muscular lisa sendo mais comum especialmente em útero, trato gastrointestinal e pele¹. De acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde, os leiomiomas podem ser divididos principalmente em angiomiomas ou leiomioma vasculares e leiomiomas de tecidos moles profundos. Os leiomiomas vasculares podem ainda se dividirem em 3 subtipos de acordo com o padrão histológico dominante: leiomioma sólido, venoso e cavernoso².

Na cavidade oral, estes neoplasmas são raramente encontrados, representa apenas 0,016% a 0,064% de todos os leiomiomas relatados^{3,4}. Os leiomiomas orais se apresentam como lesões de evolução lenta em submucosa, são prevalentemente assintomáticos, geralmente acometendo lábio, língua e palato duro^{7,12}. Outras localizações menos frequentes são o assoalho da boca, gengiva região retromolar⁵.

Devido apresentação clínica inespecífica do leiomioma oral, o diagnóstico é feito após análise histopatológica e pode ser auxiliada pelo estudo imuno-histoquímico que demonstre imunoreatividade positiva sugestiva de origem muscular lisa⁶.

A terapêutica adotada é a remoção cirúrgica conservadora que tem se mostrado efetiva com baixíssimos índices de recorrência. De maneira geral, lesões benignas ou com potencial de malignidade devem ser sempre minuciosamente analisadas e uma rápida avaliação diagnóstica pode significar o sucesso no tratamento⁷.

Este trabalho pretende fazer o relato de um caso de leiomioma localizado em mucosa de lábio inferior acometendo paciente de sexo feminino bem como realizar uma revisão da literatura acerca desta lesão.

Caso clínico

Indivíduo do sexo feminino, 44 anos, leucoderma, compareceu em ambulatório odontológico relatando aumento de volume em lábio inferior. Na anamnese verificou-se que a paciente era saudável, sem nenhum histórico médico digno de nota. No exame extraoral observou-se discreta tumefação em região de lábio inferior com aproximados 18 meses de evolução sem sintomatologia dolorosa. No exame intraoral, a lesão se apresentava sob aspecto nodular único submucoso, ligeiramente ovalado, séssil, bem delimitada, mesma coloração da

mucosa, medindo aproximadamente 2 cm de tamanho e de consistência flutuante a palpação, o que levou a hipótese diagnóstica de mucocele (Figura 1).

A biópsia excisional foi feita. No transcirúrgico, tendo sido executada a excisão foi possível observar uma lesão com limites precisos que facilmente foi separada dos tecidos envolta (Figura 2A). Macroscopicamente o espécime media 1,8 x 1,5 x 1,0 cm (Figura 2B).

Microscopicamente encontrou-se lesão envolvida por cápsula, com presença de uma massa sólida composta por muitas células fusiformes organizadas em feixes com núcleos alongados de terminação romba, palidamente corados e sem presença de atipia celular. O estroma era escasso com vasos sanguíneos dispersos e focos de calcificações distrófica (Figuras 3A). A lesão foi submetida à avaliação imuno-histoquímica com utilização de anticorpos para desmina, HHF-35, SMA, mostrando-se todos positivos e confirmando o diagnóstico de leiomioma (Figuras de 3B, C e D).

Discussão

O leiomioma é uma neoplasia benigna de músculo liso mais comum no trato genital feminino (95%), seguido de pele (3%), trato gastrointestinal (1,5%). Menos de 1% ocorrer na cabeça e pescoço estrutura⁸. Na cavidade oral se trata de uma lesão bastante incomum, dado confirmado em um levantamento de neoplasias benignas na cavidade oral de 336 lesões, o leiomioma correspondeu apenas 0,8% das lesões encontradas⁹. Esta baixa incidência pode ser explicada pela pequena quantidade de músculo liso na boca.

A literatura relata que o leiomioma oral possui etiopatogenia incerta^{7,10}. Há indícios que, na cavidade oral, o desenvolvimento do leiomioma esteja relacionado às células musculares lisas presentes na camada média dos vasos sanguíneos e a células mioepiteliais presentes nos ductos excretores de glândulas salivares^{11,12}. No presente caso foi possível evidenciar vasos em meio a neoplasia onde suas paredes estavam repletas de células neoplásicas. Isto sugere que esta neoplasia tenha surgido a partir das células musculares lisas constituintes da camada média desses vasos sanguíneos, visto que na cavidade oral a lâmina própria subjacente à mucosa é extremamente vascularizada¹³.

Neste caso clínico o leiomioma estava localizado em mucosa labial que segundo a literatura é a localização mais frequente, seguido por língua, palato duro e mole e mucosa jugal^{7,12}. Há ainda relatos de leiomioma oral em trígono retromolar, em músculo masseter e mandíbula que são localizações bastante incomuns para a lesão^{5,14,15}.

O leiomioma oral tem possibilidade de se desenvolver em qualquer faixa etária, porém é mais comumente relatada em adultos, entre a 5ª e 6ª décadas de vida, com idade média de 45 anos, enquanto que o relato deste tipo de lesão em crianças e idosos é bastante incomum^{4,10,12,16}. Em contrapartida, há relato de leiomioma em paciente pediátrico, como em um caso de Alvarez et al. (2012)¹⁰ onde uma criança de 8 meses apresentou múltiplas lesões de leiomioma que estavam situadas em língua, mucosa jugal e assoalho bucal, tendo sido removidas sob anestesia geral.

Trata-se de uma lesão de crescimento lento, com coloração semelhante à da mucosa oral normal ou, dependendo da associação ao sistema vascular, pode apresentar coloração variante de vermelho a violáceo^{10, 12}. Normalmente o leiomioma oral é assintomático, havendo raramente relato de sintomatologia dolorosa, porém, considerando-se a localização anatômica da lesão, alguns sintomas atípicos foram relatados, tais como: dificuldade de deglutição, odontalgia, mobilidade dentária e sintomatologia dolorosa referida em ATM¹⁴.

Clinicamente, o leiomioma oral tem uma aparência inespecífica apresentando múltiplos diagnósticos clínicos diferenciais, dentre eles: fibroma, lipoma, lesões de glândula salivar, tumores vasculares como hemangioma ou linfangioma, tumor de bainha de nervos periféricos e leiomiossarcoma^{4,10,12}. Neste relato de caso, pela aparência clínica de lesão flutuante e tendo localização em lábio inferior, o diagnóstico clínico inicial foi de mucocele, sendo somente estabelecido o diagnóstico de leiomioma após análise microscópica e imuno-histoquímica.

Dentre as principais variantes histopatológicas em cavidade oral, os leiomiomas orais podem ser classificados em: sólidos, vasculares e epitelióide^{3,4,17}. O leiomioma vascular é o mais comum na cavidade oral e corresponde de 67 a 75% dos casos, enquanto o epitelióide é mais raro¹⁷.

Os leiomioma orais são lesões de aspecto microscópico altamente diferenciado com pouca ou nenhuma atipia, embora, muito raramente, possa apresentar pleomorfismo celular. Não há presença de necrose nem de invasão tecidual, é escassa a atividade mitótica. Há a possibilidade de aparecimento de degeneração mucinosa, fibrose, hialinização ou fibrose, porém estes se distribuem de forma mais focal e são mais comuns em lesões maiores¹⁷. No presente caso foi possível observar um tumor bastante sólido, com células fusiformes neoplásicas bem típicas do leiomioma e poucas áreas de calcificação. Áreas de calcificação podem ser identificadas em alguns leiomiomas orais, porém se constituem em achados histológicos menos expressivos¹⁸.

Outras neoplasias constituídas por células fusiformes devem ser excluídas, como neurofibromas e neurilemomas. Neste contexto, a técnica imuno-histoquímica demonstra-se como auxiliar importante, na qual estes tumores revelam imunorreatividade forte para actinas, desmina, h-caldesmona e vimentina^{17,18}. Neste caso foi realizado a imuno-histoquímica de três marcadores específicos de músculo liso, a desmina, o SMA e HHF-35, onde todos marcaram fortemente as células.

A desmina está presente na composição das fibras musculares lisas e pode ser marcada nestas células¹⁹. Análises de imunoeletroforese seguidas de imunotransferência demonstraram que o anticorpo monoclonal HHF-35 faz o reconhecimento da variante alfa da actina a partir de fontes de músculo esquelético, músculo cardíaco, e da variante gama em músculo liso, mostrando ser útil como marcador celular²⁰. O SMA (actin muscle smooth) demonstra a presença de actina específica de músculo liso^{4,18}.

O tratamento consiste na ressecção conservadora completa da lesão^{7,21}. Em ocorrência de diferenciações celulares e aumento no número de mitoses, deve-se optar por excisão cirúrgica com a devida margem de segurança e acompanhamento periódico para garantir que não ocorram possíveis recidivas da lesão^{7,18}. O índice de recidivas para esta lesão é muito baixo^{7,18,21}.

Considerações finais

A descrição de novos casos na literatura que ressalte perfis histopatológico e imuno-histoquímico do leiomioma oral são relevantes em razão de sua raridade e similaridade com outras lesões de maior ocorrência na cavidade oral. A análise imuno-histoquímica é uma ferramenta importante para o diagnóstico final do leiomioma, e os anticorpos empregados neste caso foram eficientes na distinção entre essa lesão e outros tumores de células fusiformes.

Referências

1. Weiss SW, Goldblum JR. Bening tumors of smooth muscle. In: Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. 4th ed . St. Louis, MO: Mosby, Inc; 2002. p.695–726.
2. Hashimoto H, Quade B. Leiomyoma of deep soft tissue. In: Fletcher C.D.M., Unni K.K., Mertens F. (Eds.): World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. IARC Press: Lyon 2002.

3. Brooks JK, Nikitakis NG, Goodman NJ, Levy BA. Clinicopathologic characterization of oral angioleiomyomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 94 (2):221-7.
4. González-Sánchez MA, Colorado-Bonnin M, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Leiomyoma of the hard palate: a case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007; 12: E221-4.
5. Goel A, Goel H. Oral leiomyoma extending in retromolar region. *J Indian Soc Pedod Prev Dent. Índia.* 2011; 29(2): s61-s65, dez 2011.
6. Wertheimer-Hatch L, Hatch GF, Hatch BS, Davis GB, et al. Tumors of the oral cavity and pharynx. *World J Surg.* 2000; 24: 395–400.
7. Almeida LE, Costa DL, Madureira, JF, Filho, MA. Leiomioma vascular em lábio superior: relato de caso e revisão de literatura. *Rev ABO Nac.* 2008; 16(4): 241-242.
8. Campelo VES, Neves MC, Nakanishi M, Voegels RL. Angioleiomioma de cavidade nasal: relato de um caso e revisão de literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008; 74(1): 147-150.
9. Rocha DAP, Oliveira LMM, Souza LB. Neoplasias benignas da cavidade oral: estudo epidemiológico de 21 anos (1982 a 2002). *Rev Odontol Univ São Paulo* 2006 jan-abr; 18(1)53-60.
10. Alvarez E, Laberry MP, Ardila CM. Multiple oral leiomyomas in na infant: a rare case. *Case Report in Dentistry. Colombia.* 2012: 1-3.
11. Gianluca S, Marini R, Tonoli F, Cristalli MP. Leiomyoma of oral cavity: case report and literature review. *Ann Stomatol.* 2011; (1-2): 9-12.
12. Rey RL, Franco FL, Oliveira GG, Seijas BP, et al. Oral leiomyoma in retromolar trigone: A case report . *Med Oral Patol Oral e Cir Bucal.* 2007; 12: 53-55.
13. Mjör IA, Fejerskov O. *Embriologia e Histologia Oral Humana.* São Paulo: Panamericana S. A., 1990: 1-332.
14. Grippaudo G, Becelli R. Leiomioma Del muscolo massetere: descrizione diun caso clinico. *Minerva Stomatol.* 1996; 45: 277-80.
15. Kotler HS, Gould NS, Gruber B. Leiomyoma of the tongue presenting as congênital air way obstruction. *Internat J Ped Ortohinolaryngol.*1994; 29(2): 139-45.
16. Silveira VAS, Amadel SU, Machado ACP, Prado RF, et al; Leiomioma vascular bucal: relato de dois casos, revisão da literatura e estudo imuno-histoquímico. *J Bras Patol Med Lab.* Jun 2007; 43(3): 211-217.

17. Gaitan-Cepeda L, Quezada-Rivera D, Tenorio-Rocha F, Leyva H, Mendez-Sánchez E. Vascular leiomyoma of the oral cavity. Clinical, histopathological and immunohistochemical characteristics. Presentation of five cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. Aug 2008; 13(8): E483-488.
18. Nonaka CFW, Pereira KMA, Miguel MCC. Oral vascular leiomyoma with extensive calcification areas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010; 76(4): 539.
19. Machado GF, Figueiredo F. Revisão: Filamentos intermediários. *Rev Med*. 1996; 29: 104-113.
20. Tsukada T, Tippens D, Gordon D, Ross R, et al. HHF35, a muscle-actin-specific monoclonal antibody. I. Immunocytochemical and biochemical characterization. *Amer J Pathol*. Jan 1987; 126(1): 51-60.
21. Alves PM, Novaes MM, Neto AL, Godoy GP, et al. Leiomioma vascular oral: relato de caso e estudo imuno-histoquímico. *Rev Cir Traumatol BMF*. 2013; 13(1): 47-52.

FIGURAS:

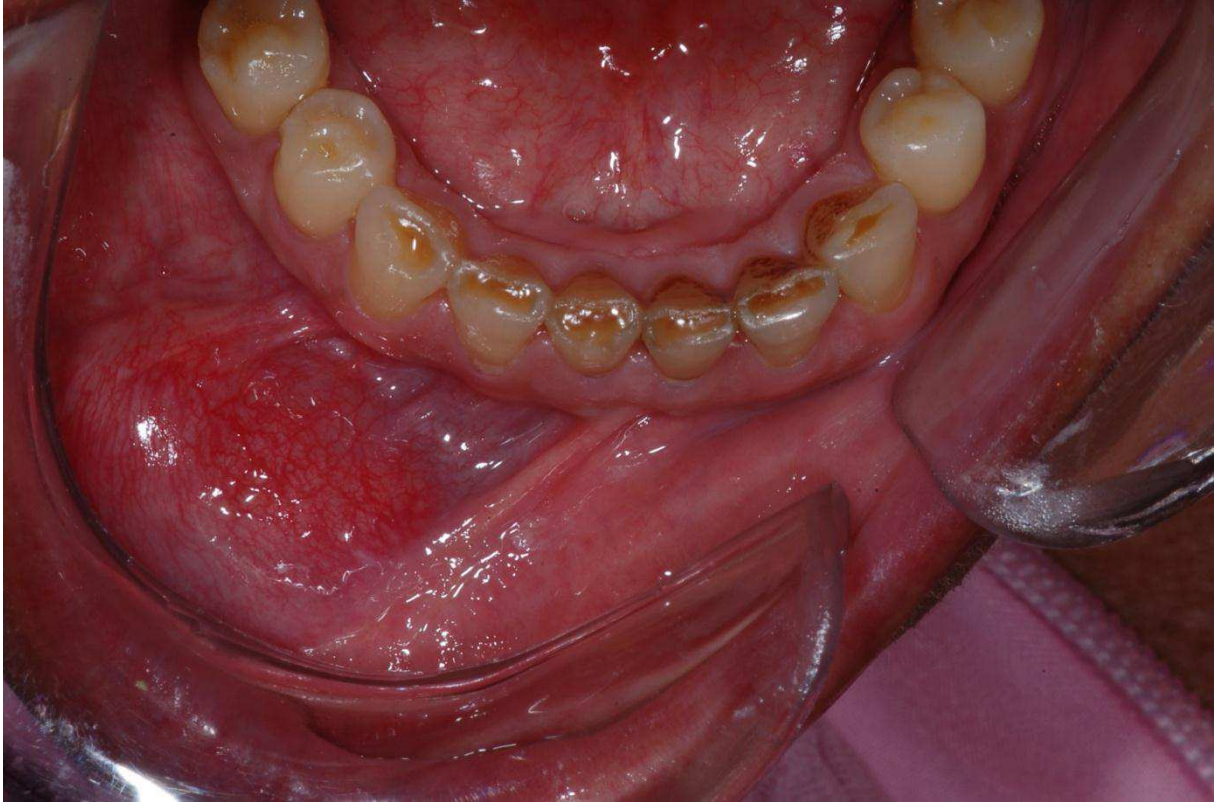


Figura 1: Visão intraoral de mucosa labial mostrando lesão submucosa.

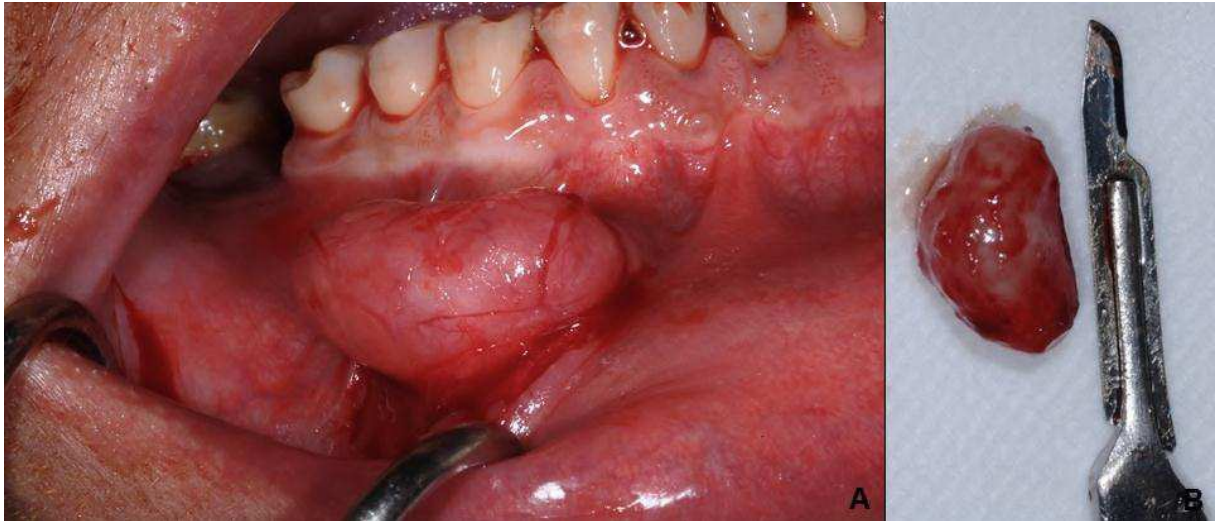


Figura 2: (A) Aspecto da lesão no transcirúrgico, mostrando separação da lesão e limites precisos após a divulsão tecidual. (B) Aspecto macroscópico da lesão.

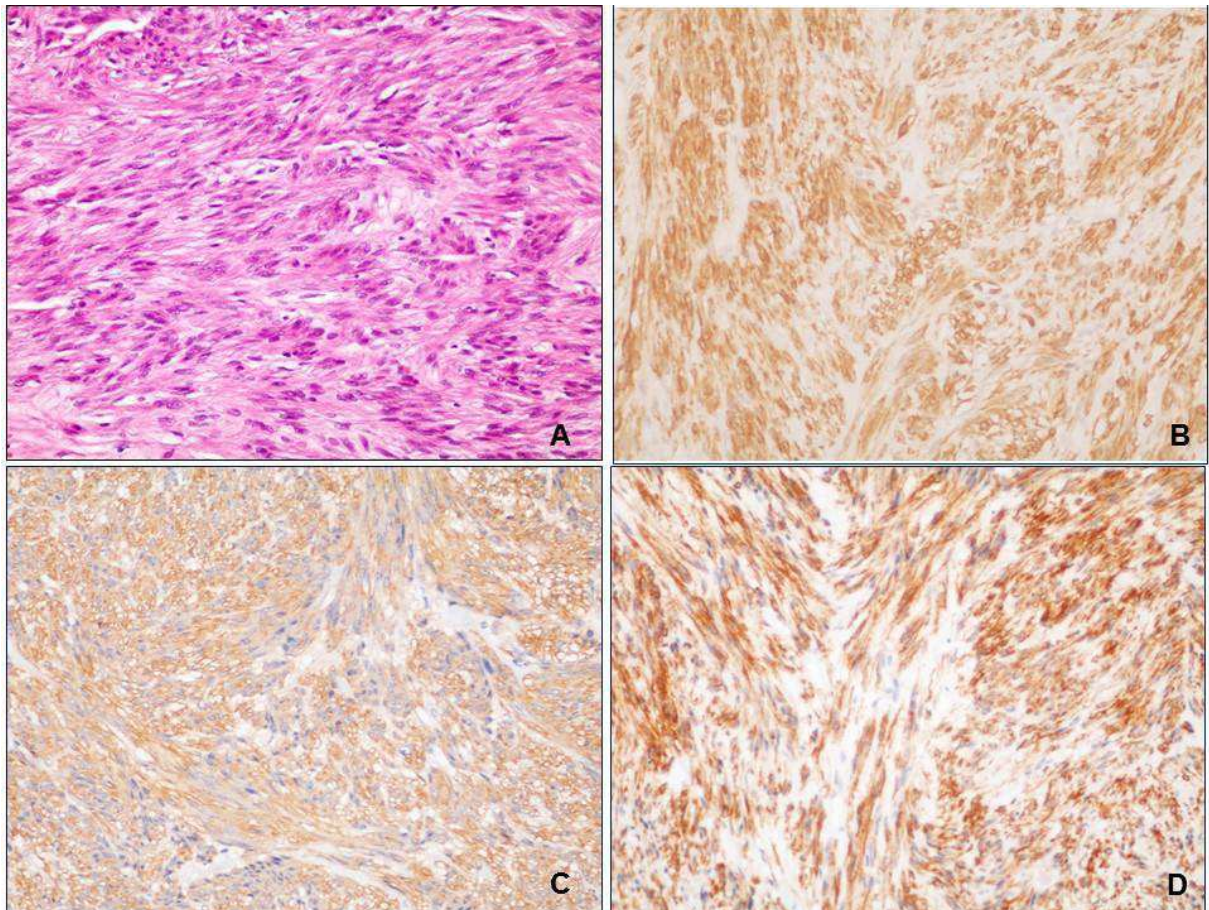


Figura 3: (A) Fotomicrografia mostrando massa sólida com muitas células fusiformes organizadas em feixes com núcleos alongados, palidamente corados de terminação romba e sem presença de atipia celular (HE - 400×). (B) Fotomicrografia mostrando marcação positiva para desmina (LSAB - 200×). (C) Fotomicrografia mostrando marcação positiva para HHF35 (LSAB - 200×). (D) Fotomicrografia mostrando marcação positiva para SMA (LSAB - 200×).

ANEXO – Regras da revista Brasília Médica para submissão do artigo

WiseEnhance

 [CADASTRE-SE NO SITE](#)
  [COMO SE ASSOCIAR](#)
  [WEBMAIL](#)



AMBR
Institucional

ESTRUTURA
Infraestrutura

ASSOCIADO
Médicos

JOVEM MÉDICO
Acadêmicos

EVENTOS

COMUNICAÇÃO
Sala de Imprensa

CONTATO
Fale conosco

Instruções para autores

[Home](#) > [Instruções para autores](#)
 

Instruções para autores

A revista Brasília Médica (Brasília Med) é o periódico oficial da Associação Médica de Brasília, e sua publicação é trimestral. O objetivo da revista é a publicação de artigos que divulgam resultados de pesquisas e outras informações sobre temas de interesse médico nas seguintes categorias: 1) artigo original, 2) artigo de revisão, 3) relato de caso, 4) artigo especial, 5) artigo de atualização, 6) editorial, 7) resumos de tese e dissertação, 8) controvérsias e 9) cartas ao editor. O manuscrito deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação. Os manuscritos serão avaliados em relação à originalidade, à relevância do tema, ao projeto do estudo. Será também verificado se estão de acordo com as normas de publicação da revista. Os originais submetidos serão avaliados por dois ou mais revisores, que deverão manter absoluto sigilo sobre o parecer, bem como não assinarão a sua avaliação. A análise, por pares, de artigo tem o objetivo de melhorar a produção científica. As declarações e os conceitos emitidos nos relatos assinados são de inteira responsabilidade dos seus autores. A Brasília Médica não detém direito autoral sobre o artigo publicado, mas neste, quando citado ou reproduzido, deverá constar a origem obrigatoriamente.

Submissão do manuscrito

O artigo deve ser enviado à Brasília Médica no endereço rbm@ambr.org.br. Na submissão, os autores devem endereçar uma carta ao editor geral, em que devem ser incluídas informações de potenciais conflitos de interesses e que o artigo nunca foi publicado ou enviado para publicação em outro meio de comunicação e teve a participação de todos os autores na concepção do trabalho, da análise, da interpretação de dados e da sua redação ou revisão crítica. O manuscrito pode ser redigido em português, inglês ou espanhol e estar de acordo com as instruções do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), também conhecido como Normas de Vancouver (endereço eletrônico: <http://www.icmje.org>).

Antes de submeter os originais do artigo, é preciso adequá-los aos seguintes critérios: forma Word, constar espaço de 1,5 mm entre as linhas; incluir margens de 2 cm; constar fonte times new roman 12; numerar as páginas consecutivamente; não tabular o início de cada parágrafo; anexar tabelas, gráficos, quadros e figuras no fim do artigo e não no meio do texto; incluir títulos nas tabelas e figuras (ver último item da lista de conferência); identificar os autores somente na folha de rosto. A editoria da Brasília Médica segue a nomenclatura anatômica da Sociedade Brasileira de Anatomia, as normas oficiais de ortografia contidas no Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa, do Inmetro e da ABNT.

A Brasília Médica adota cuidados redacionais de acordo com as normas do padrão culto gramatical e de acordo com normas oficializadas em lei. Assim, se requer a observação dos seguintes itens:

Evitar repetição demasiada de termos como paciente (doente, indivíduo, caso, enfermo, assistido, internado, pessoa), após (depois de, a seguir, posteriormente, posterior, ulterior), apresentar (ocorrer, ter, formar, mostrar, com, aparecer, ostentar), devido a (por, em razão de, em virtude de, resultante de, conseqüente a), gerúndios (usar outra forma verbal sempre que for possível: queixando-se de > queixa(ou)-se de; fotografia mostrando > mostra ou mostrou; paciente apresentando > apresenta ou apresentou), definir (estabelecer, delinear), a partir de (com base em, com fundamento em), parênteses (vírgulas, travessão), dois-pontos (isto é, a saber, ou seja, quais são), um, uma (eliminar sempre que for possível), siglas (usar como praxe o nome por extenso ou termos substitutos equivalentes sem prejudicar a clareza), portador de (com), possuir (ter, dotar de, dispor de, com), enquanto (e, ao passo que), geralmente (usualmente, habitualmente, em geral, na maioria, na maior parte, no mais das vezes, costumeiramente).

Substituir, sempre que for possível, termos de uso controverso, como a nível de, bastante (assaz, muito, demasiado), demonstrar (mostrar), foi de (foi), de que (que), estágio (estádio, fase, etapa), em função de (por causa de, por motivo de), por conta de (por causa de, por força de), este, esta, isto em referência ao que já foi mencionado (usar esse, essa, isso), e/ou (usar e ou se um dos termos não puder ser eliminado), internacionalismos, palavras não dicionarizadas, colisões (alta taxa > elevada taxa); usar o tempo pretérito perfeito ou mais-que-perfeito, em lugar do imperfeito (os casos apresentavam > apresentaram; os sintomas eram registrados > foram); entre ... e ... (de ... a ...); paciente com idades entre 10 e 20 anos > de 10 a 20 anos).

Por encargos de editoração, ao corpo editorial reserva-se o direito de proceder a pequenas modificações gráficas ou redacionais no texto, sem interferir em seu conteúdo.

Preparo do manuscrito

Página-Título

Apresentar o título do trabalho em português e inglês, nome e afiliação institucional de todos os autores, nome da instituição onde o trabalho foi realizado, informações [sobre](#) auxílios recebidos, possíveis conflitos de interesses, nome e endereço completo do autor (incluindo-se [endereço eletrônico](#), telefone e fax) responsável pela correspondência, agradecimentos e título abreviado de até quarenta caracteres.

Resumo e abstract

A segunda página deve conter um resumo estruturado (objetivo, método, resultados e conclusões), com até 250 palavras. O resumo deverá conter informações suficientes para o leitor ter uma boa ideia do trabalho. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho. Citar quatro a seis palavras-chave, que poderão ser escolhidas no endereço [eletrônico](#) <http://decs.bvs.br>. Em página separada, deve ser fornecido o abstract, a tradução fiel do texto do resumo e a versão em inglês das palavras-chave (key words).

Texto

WiseEnhance Advertisement

Constarão as seguintes seções nos artigos originais – introdução, método, resultados, discussão e referências.

Pesquisa em seres humanos e animais de experimento

Deverá ter sido aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição em que foi realizado o trabalho e estar de acordo com os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinkí, na sua última versão, da World Medical Association – <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm> – e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA) – <http://www.cobea.org>. Essas informações deverão ser o último parágrafo da seção método.

A Brasília Médica apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) – <http://www.who.int/ictcp/en/> – e do [International](#) Committee of Medical Journal [Editors](#) (ICMJE) – <http://www.wame.org/resources/policies#trialreg> e http://www.icmje.org/clin_trialup.htm – e reconhece a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE – <http://www.icmje.org/faq.pdf>. O número de identificação deverá ser registrado na parte final do resumo.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a entrada no texto e numeradas por algarismos arábicos sobrescritos. Citar todos os autores das referências até o máximo de seis. Ultrapassando esse número, acrescentar et al.

Os seguintes modelos podem servir de exemplos:

Artigo em revista

Celotti F, Colciago A, Negri-Cesi P. A diferenciação sexual do cérebro: do animal experimental ao homem. *Brasília Med.* 2004;41(1):49-59.

Livro

Pereira MG. Artigos científicos. Como realizar, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

Capítulo de livro

Naves LA, Oliveira Junior AR, Vilar L. Hipopituitarismo: diagnóstico e tratamento. In: Vilar L, Kater CE, Naves LA, Freitas MC, Bruno OD (eds). *Endocrinologia Clínica*. 4.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 23-36.

Teses e dissertações

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Citação de formato eletrônico

Kaul S, Diamond GA. Good enough: a primer on the analysis and interpretation of noninferiority trials. *Ann Intern Med* [Internet]. 4 jul 2006 [acesso 4 jan 2007]; 145(1):62-9. Disponível em: <http://www.annals.org/cgi/reprint/145/1/62.pdf>

Outros tipos de citação de referências estão disponíveis para consulta no endereço <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7281/>

Manuscrito final

O manuscrito aceito para publicação deverá ser encaminhado em sua versão final para o endereço eletrônico rbrn@ambr.org.br. No caso de ilustrações (gráficos), devem ser utilizados programas compatíveis com o Word. Os artigos publicados na Brasília Médica são de livre acesso pela Internet: www.ambr.org.br. Por isso, não fornecemos separatas; será enviado um exemplar da revista impressa a cada autor, para o endereço fornecido para correspondência. A Brasília Médica é enviada gratuitamente para todas as bibliotecas especializadas que constam em nossos arquivos.

Lista de conferência

() Folha de rosto com o título do artigo, em português e inglês, um título resumido (com o máximo de quarenta caracteres) e a identificação dos autores (nome, grau acadêmico mais alto e instituição à qual estão filiados, endereço completo, incluindo-se o código de endereço postal [CEP], telefone, fax, endereço eletrônico, fonte de financiamento se houver e conflitos de interesses).

() Resumo estruturado em português com 250 palavras no máximo.

() Palavras-chave.

() Resumo em inglês, com o número máximo de 250 palavras.

() Palavras-chave em inglês.

() Texto do artigo, formatado de acordo com essa instrução.

() Agradecimentos se houver.

() Referências numeradas na ordem em que aparecem no texto. Exceto em artigos de revisão e alguns especiais, evitar mais de trinta referências.

() Tabelas e figuras numeradas na ordem de citação no texto, com título sucinto, porém explicativo.

Em caso de dúvidas, consultar o número mais recente da revista.

RESPOSTAS PRESSÓRICAS PÓS-EXERCÍCIOS
AERÓBIOS EXECUTADOS EM DIFERENTES
FRQÓMETROS

Dr. Lairson Vilar Rabelo: fez diferença na Brasília Médica

O grande Henrique Leonel Lenzi

COMENTÁRIOS RECENTES

Luciana Ferreira em *Coma mixedematoso e síndrome de Ogilvie*: relato de caso e revisão de literatura

Vitorino Modesto dos Santos em *Coma mixedematoso e síndrome de Ogilvie*: relato de caso e revisão de literatura

TELEFONES: 2195-9797 e 2195-9757
FAX: (61) 2195-9797 ramal 214

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE BRASÍLIA
SCES Trecho 03 Conj. 06
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE BRASÍLIA
BRASÍLIA – DF CEP: 70.200-003

