

Bruna Alexandra Gonçalves Gomes Estevinho

Estudo retrospectivo dos exames anátomo – patológicos solicitados pela Faculdade de
Medicina Dentária da Universidade do Porto desde 1985 até 2011

Porto, 2012

Dissertação da candidatura ao grau de Mestre
apresentada à Faculdade de Medicina Dentária
da Universidade do Porto

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Membros do Conselho Científico

Prof. Doutor Afonso Manuel Pinhão Ferreira (Prof. Catedrático)

Prof. Doutor Américo dos Santos Afonso (Prof. Associado c/ Agregação)

Prof. Doutor António Cabral Campos Felino (Prof. Catedrático)

Prof. Doutor César Fernando Coelho Leal Silva (Prof. Associado c/ Agregação)

Prof. Doutor Germano Neves Pinto Rocha (Prof. Associado)

Prof. Doutora Irene Graça Azevedo Pina Vaz (Prof. Associado)

Prof. Doutora Inês Alexandra Costa Morais Caldas (Prof. Auxiliar)

Prof. Doutor João Carlos Antunes Sampaio Fernandes (Prof. Catedrático)

Prof. Doutor João Carlos Gonçalves Ferreira de Pinho (Prof. Associado c/ Agregação)

Prof. Doutor João Fernando Costa Carvalho (Prof. Catedrático)

Prof. Doutor Jorge Manuel Carvalho Dias Lopes (Prof. Catedrático)

Prof. Doutor José António Macedo Carvalho Capelas (Prof. Associado c/ Agregação)

Prof. Doutor José Carlos Reis Campos (Prof. Auxiliar c/ Agregação)

Prof. Doutor José Mário Castro Rocha (Prof. Auxiliar)

Prof. Douto Manuel José Fontes de Carvalho (Prof. Associado)

Prof. Doutora Maria Cristina Pinto Coelho Mendonça de Figueiredo Pollmann (Prof. Associado)

Prof. Doutora Maria Helena Guimarães Figueiral da Silva (Prof. Associada c/ Agregação)

Prof. Doutora Maria Helena Raposo Fernandes (Prof. Catedrático)

Prof. Doutora Maria Lurdes Ferreira Lobo Pereira (Prof. Auxiliar)

Prof. Doutor Mário Augusto Pires Vaz (Prof. Associado da FEUP - personalidade convidada)

Prof. Doutor Mário Jorge Rebolho Fernandes Silva (Prof. Catedrático)

Prof. Doutor Mário Ramalho Vasconcelos (Prof. Associado c/ Agregação)

Prof. Doutor Miguel Fernando Silva Gonçalves Pinto (Prof. Catedrático)

Prof. Doutor Paulo Rui Galvão Ribeiro Melo (Prof. Associado c/ Agregação)

Prof. Doutor Ricardo Manuel Lobo Faria Almeida (Prof. Associado c/ Agregação)

Docentes Jubilados

Prof. Doutor Adão Fernando Pereira (Prof. Catedrático)

Prof. Doutor Amilcar Almeida Oliveira (Prof. Associado)

Prof. Doutor António Manuel Machado Capelas (Prof. Associado - falecido)

Dr. António Ulisses Matos dos Santos (Assistente Convidado)

Prof. Doutor Durval Manuel Belo Moreira (Prof. Associado c/ Agregação)

Prof. Doutor Francisco António Rebelo Morais Caldas (Prof. Catedrático)

Dr. José Maria Vaz Osório (Assistente Convidado)

Prof. Doutor José Serra Silva Campos Neves (Prof. Catedrático)

Prof. Doutor Manuel Desport Marques (Prof. Associado Convidado - falecido)

Prof. Doutor Manuel Guedes de Figueiredo (Prof. Associado)

Aos meus três pilares,

Mãe, Adriana e Francisco

Ao meu pai, por acreditar sempre em mim

Aos meus amigos

Índice

AGRADECIMENTOS	i
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. REVISÃO DE CONCEITOS	5
1. TIPOS DE BIOPSIA.....	6
1.1. Incisional e excisional	6
1.2. Citologia exfoliativa	9
1.3. Citologia aspirativa com agulha fina	11
2. DIRETRIZES GERAIS PARA AS BIOPSIAS DA CAVIDADE ORAL	12
2.1. Planeamento	12
2.2. Anestesia	12
2.3. Incisão	13
2.4. Seleção do local	13
2.5. Preparação do campo cirúrgico.....	13
2.6. Identificação das margens cirúrgicas/ Orientação da amostra	13
2.7. Solução fixadora	14
2.8. Sutura	14
2.9. Formulário de registo de biopsia	14
III. OBJETIVOS.....	17
IV. MATERIAIS E MÉTODOS.....	19

1. TIPO DE ESTUDO.....	19
2. RECOLHA DE DADOS.....	19
3. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	20
3.1. Variável idade.....	20
3.2. Variável localização anatômica	21
3.3. Variável diagnóstico	21
3.4. Variável exame efetuado.....	22
3.5. Variável concordância.....	22
4. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	23
5. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	23
V. RESULTADOS DO ESTUDO	25
VI. DISCUSSÃO.....	55
VII. CONCLUSÕES.....	71
BIBLIOGRAFIA	73
ÍNDICE DE FIGURAS	79
ÍNDICE DE TABELAS.....	80
ANEXOS	83

Agradecimentos

Este trabalho é resultado de um conjunto de esforços que o tornaram possível e sem os quais teria sido muito mais difícil chegar ao fim desta etapa, que representa um importante marco na minha vida pessoal e profissional. A todos os que contribuíram expresse o meu sincero agradecimento.

Ao Prof. Doutor Filipe Coimbra, por ter aceite a orientação desta dissertação, pelo voto de confiança, paciência e incentivo que sempre manifestou no decurso da mesma. Agradeço a disponibilidade e ensinamentos transmitidos.

Ao Prof. Doutor António Felino, por ter aceite a co-orientação, pela exigência de método e rigor. Pela oportunidade de enriquecer o meu conhecimento com o Sr. Professor, ilustre referência na área da Cirurgia Oral.

A todo o corpo docente do VI Mestrado de Cirurgia Oral pelo crescimento académico.

À Prof. Doutora Catarina Eloy pela disponibilidade imediata e preciosa ajuda na revisão dos exames anátomo-patológicos.

Ao Prof. Doutor Álvaro Azevedo pela colaboração na análise estatística.

À Prof. Doutora Ana Portela pelas valiosas palavras de incentivo e amizade.

A todos os colegas do VI Mestrado de Cirurgia Oral. Obrigada pelo companheirismo, partilha de conhecimentos e amizade.

À D. Manuela e D. Alexandra pelo papel que tiveram na minha integração na FMDUP, sempre dispostas a ajudar e com um sorriso.

À Cristina e Silvina pela amizade e tempo que me dedicaram.

Ao Francisco pela compreensão e paciência com que me apoiou nos momentos mais difíceis. Pelo amor e constante encorajamento.

Aos meus sogros, Maria do Rosário e Emílio pelo carinho e apoio.

Siglas e Abreviaturas

FMDUP	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
CO ₂	Dióxido de carbono
nm	Nanómetro
mm	Milímetro
ADN	Ácido desoxirribonucleico
ARN	Ácido ribonucleico
G	Gauge
cm	Centímetro
s.o.e.	Sem outra especificação
IPATIMUP	Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto

Resumo

Para obtenção do correto diagnóstico das patologias localizadas na cavidade oral é necessário, além do conhecimento das várias entidades nosológicas, efetuar um exame clínico intra e extra-oral pormenorizado que em alguns pacientes deve ser acompanhado de exames complementares. Entre estes destaca-se a biopsia que fornece informação imprescindível para o diagnóstico definitivo de várias lesões orais.

A presente análise retrospectiva pretende, através da consulta dos exames anátomo-patológicos dos pacientes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, caracterizar as lesões orais biopsadas ao longo de um período de 27 anos.

Após exclusão das citologias aspirativas, foi revista a informação clínica e os diagnósticos histológicos de 866 exames respeitantes a 822 pacientes. Os diferentes diagnósticos foram agrupados em 14 categorias e foi estudada a sua distribuição por género, estrato etário e localização anatómica.

Do total de exames analisados, 54% pertenciam a pacientes do sexo feminino e 46% a pacientes do sexo masculino.

O estudo dos resultados permite concluir que ocorreram mais lesões na terceira e quarta décadas de vida, enquanto que o estrato etário menos afetado pertence a crianças menores de 10 anos.

Em relação ao tipo de biopsia, a técnica mais executada foi a excisional (48,24%) e as amostras provinham maioritariamente da maxila (61,06%).

Entre os grupos de patologias mais frequentes encontram-se os quistos maxilares com 254 diagnósticos, as lesões proliferativas não neoplásicas com 229 diagnósticos e as doenças da polpa e ápice dentário com 69 diagnósticos.

O quisto apical foi a entidade patológica mais frequente, seguido da hiperplasia sem outra especificação e granuloma periapical. Concluimos que a grande percentagem de patologias diagnosticadas são de natureza benigna e de carácter reativo e crónico.

Avaliando a concordância verificamos que em 59,6% dos exames a suspeita clínica foi coincidente com o diagnóstico histológico, o que permite evidenciar a aptidão dos profissionais da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, para diagnosticar corretamente as lesões da cavidade oral.

Abstract

To obtain the correct diagnosis of pathologies located in the oral cavity is required, beyond the knowledge of the various nosological entities, to perform a clinical detailed examination intra and extra oral, wich in some patients must be accompanied by additional exams. Among these stands biopsy, essential for the definitive diagnosis of various oral lesions.

This retrospective survey intends to, consulting the histopathologic reports of all patients in the Dental Medicine Faculty of Oporto's University, characterize the oral lesions over a period of 27 years. After exclusion of aspiration cytology, was reviewed the clinical information and histological diagnosis of 866 reports relating to 822 patients.

The different histological diagnosis were grouped into 14 categories and their proportion was studied by gender, age group and anatomic location.

Of all exams analysed, 54% were from female patients and 46% male patients.

The results of the study shows that most injuries occurred at the third and fourth decades of life, while the least affected age stratum belongs to children under 10 years.

The excisional biopsy was the most performed technique (48,24%) and the majority of the samples came from the maxilla (61,06%).

Among the most common group of disorders are the jaw's cysts with 254 diagnoses followed by non-neoplastic proliferative lesions with 229 diagnoses and after that came the diseases of the pulp and dental apex with 69 diagnoses.

The apical cyst was the most frequent pathological entity, followed by the hyperplasia not otherwise specified and periapical granuloma. We conclude that a large percentage of diagnosed diseases are benign in nature, but of a reactive and chronic character.

Assesing the concordance we found that in 59,6% the clinical suspicion was coincident with the histological diagnosis, wich allows us to highlight the ability of the professionals of Dental Medicine Faculty of Oporto's University to properly diagnose the lesions of oral cavity.

I. Introdução

O conhecimento da etiologia, história natural e epidemiologia das patologias da cavidade oral é essencial para promover a prevenção, o diagnóstico precoce e estimar necessidades de tratamento.

É fundamental que o médico dentista esteja informado sobre os diferentes tipos de lesões e suas principais características epidemiológicas para se orientar melhor nas suas condutas clínicas. O diagnóstico precoce do cancro oral é um objetivo prioritário de saúde pública em que os profissionais de medicina dentária devem desempenhar um papel de liderança.

A partir de dados recolhidos nos levantamentos epidemiológicos podem-se planejar, executar e avaliar ações de saúde, inferir sobre a eficácia geral dos serviços e efetuar comparações de prevalência em diferentes períodos de tempo e áreas geográficas ^(1, 2).

Apesar das recomendações da Organização Mundial de Saúde que estimulam a avaliação epidemiológica das lesões orais, a maior parte dos estudos incide apenas sobre patologias como a cárie dentária e doença periodontal ⁽¹⁾.

Os estudos que existem sobre a frequência das lesões da cavidade oral na população portuguesa são diminutos e incidem sobre grupos específicos de patologias como os odontomas, quistos, e tumores malignos, sendo que até à data o único artigo que abrange um maior número de entidades patológicas foi publicado em 2000 e apresenta resultados dos diagnósticos histológicos de 724 biopsias da cavidade oral ⁽³⁾.

No sentido de colmatar a escassez de informação sobre a frequência das diversas lesões que acometem a cavidade oral e reconhecendo o evidente valor pedagógico dos arquivos da clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) surgiu o projeto de realizar o presente trabalho através de um estudo pormenorizado dos exames anátomo-patológicos solicitados pela FMDUP entre 1985 e 2011.

Instituição que teve o seu início como Escola Superior de Medicina Dentária em 1976, representando a primeira instituição de ensino médico-dentário de nível universitário em Portugal. Foi integrada na Universidade do Porto em 1989 e é hoje uma instituição de prestígio a nível nacional e internacional. Esta Faculdade, iniciou a formação pós-graduada na área da Cirurgia Oral em 1998, mas foi em 2010 que tive o privilégio de frequentar o primeiro ano do VI Curso de Mestrado em Cirurgia Oral

após aprovação na prova escrita e oral em 14 de Julho de 2010. Das doze vagas disponíveis fiquei colocada em oitavo lugar.

A primeira reunião ocorreu em 20 de Setembro de 2010, dirigida pelo Prof. Doutor António Felino e Professor Doutor João Carvalho onde nos foi transmitido o lema “máxima responsabilidade, máxima liberdade”.

No decorrer do primeiro semestre do primeiro ano do curso efetuei atendimento de pacientes na clínica da FMDUP – Atividade Clínica I, num total de 540 horas. O regente responsável pela Unidade Curricular foi o Prof. Doutor Ricardo Faria e Almeida e do restante corpo docente também faziam parte o Prof. Doutor João Carvalho, Prof. Doutor Germano Rocha e Prof. Doutor Filipe Coimbra.

Assisti à Unidade Curricular de Anestesia, Reanimação e Suporte Básico de Vida, num total de 81 horas teóricas e teórico-práticas lecionadas pela Mestre Joana Mourão. No âmbito desta unidade fui durante uma manhã para o Hospital São João – Serviço de Estomatologia assistir a cirurgias em bloco operatório com anestesia geral.

Na área da Implantologia Oral (54 horas), o regente responsável foi o Prof. Doutor António Felino.

A Unidade Curricular de Informática Médico-Dentária teve como regente o Prof. Doutor André Correia e a de Investigação e Estatística I, foi lecionada pelo Prof. Doutor Álvaro Azevedo, Dr. Mário Cerqueira e Prof. Doutora Sónia Gouveia através de aulas práticas e teórico-práticas com a duração total de 81 horas. O Prof. Doutor João Carvalho foi o docente responsável pela Unidade Curricular optativa de Metodologia de Diagnóstico e Planeamento.

No decorrer do primeiro ano e através da iniciativa do Prof. Doutor Ricardo Faria e Almeida todo o grupo do VI Mestrado de Cirurgia Oral reuniu às segundas-feiras, para discussão de casos clínicos, atualização de literatura científica e apresentação de seminários com os seguintes temas: história clínica médica e dentária; preparação do campo operatório; incisões e suturas; cuidados a ter com o instrumental; exame clínico e radiológico; impressões; planificação cirúrgica; reabilitação sobre implantes; procedimento cirúrgico no tratamento com implantes e urgências em implantologia. Temas que foram publicados na plataforma Meduca – Medical Education.

No segundo semestre do primeiro ano frequentei a Unidade Curricular Atividade Clínica II (540 horas) tendo como regente responsável o Prof. Doutor Filipe Coimbra, docente que me orientou no processo de decisão do tema da

dissertação e que muito contribui para o meu interesse e conhecimento na área da Medicina Oral.

Neste sentido e após parecer do Prof. Doutor António Felino ficou definido o desenvolvimento do projeto de investigação sobre o tema da presente dissertação sob orientação do Prof. Doutor Filipe Coimbra e co-orientação do Prof. Doutor António Felino.

Do plano de estudos do segundo semestre fez também parte a Unidade Curricular - assuntos de Cirurgia Oral, com a docência do Prof. Doutor João Carvalho (regente responsável) e Prof. Doutor Ricardo Faria e Almeida, Unidade que num total de 135 horas teve como objetivo desenvolver um estudo crítico e reflexivo bem como dominar as técnicas e aptidões necessárias para efetuar tratamentos na área da cirurgia oral.

Na continuidade do segundo semestre, frequentei a Unidade de Investigação e Estatística II (54 horas) tendo como regente responsável o Prof. Doutor Mário Jorge Silva. À semelhança do semestre anterior, a Unidade Curricular Metodologia de Diagnóstico e Planeamento II teve como regente responsável o Prof. Doutor João Carvalho.

No decorrer do segundo ano frequentei a Atividade Clínica III e IV, num total de 459 horas de atendimento de pacientes na clínica da FMDUP. Durante a Atividade Clínica III, o regente responsável foi o Prof. Doutor Germano Rocha. O Prof. Doutor António Felino e o Prof. Doutor Ricardo Faria e Almeida fizeram parte do corpo docente.

Na Atividade clínica IV, frequentada durante o segundo semestre do segundo ano, o Prof. Doutor Miguel Pinto foi o docente responsável, acompanhado na docência pelo Prof. Doutor António Felino e Prof. Doutor Ricardo Faria e Almeida.

Ao longo do segundo ano, reunimos todas as segundas-feiras para discussão em grupo, de todos os casos clínicos e outros temas de cirurgia oral, tendo como mentor da iniciativa o Prof. Doutor António Felino.

Também no segundo ano assisti a uma aula teórico-prática lecionada pelo Prof. Doutor Germano Rocha com o tema: “Plasma rico em fatores de crescimento”.

Em 16 de Fevereiro de 2011, assisti à apresentação efetuada no auditório da FMDUP pelo Professor Pedro Serrano intitulada “Cimento concreto: noções práticas em torno da apresentação de uma tese na área biomédica”.

II. Revisão de conceitos

No diagnóstico das diversas patologias do sistema estomatognático é imprescindível a realização de uma anamnese criteriosa e de um exame clínico minucioso da face, região cervical e cavidade oral. No entanto a relação entre sinal patognomónico e doença nem sempre é biunívoca, tornando-se por vezes necessário recorrer a meios complementares de diagnóstico⁽⁴⁾.

No âmbito do tema do presente trabalho, vamos destacar a biopsia, termo de origem grega que deriva de duas palavras, *bios* (vida) e *opsis* (visão)⁽⁵⁾.

Consiste na remoção de tecido de um organismo vivo para exame histológico e de todos os procedimentos realizados em laboratório é o de menor margem de erro, devendo efetuar-se sempre que um diagnóstico definitivo não possa ser obtido através de modalidades diagnósticas menos invasivas⁽⁶⁾.

A Academia Americana de Patologia Oral e Maxilofacial recomenda que: “qualquer tecido anómalo removido da cavidade oral deve ser imediatamente submetido a avaliação microscópica e diagnóstico”⁽⁷⁾.

Em determinados tipos de patologia, o exame histológico é importante não apenas no estabelecimento do diagnóstico mas também na determinação de quando há evidência de malignidade. Fornece informação acerca do comportamento clínico da lesão auxiliando no prognóstico, planeamento terapêutico e acompanhamento do paciente^(4, 8).

A acurácia do diagnóstico histológico depende de uma correta seleção do local, técnica cirúrgica, tipo de biopsia e adequada submissão do espécime para o laboratório, juntamente com o fornecimento de informação clínica adequada ajudando o anatomopatologista na correta interpretação da lesão^(8, 9).

Segundo Ellis et al.⁽⁶⁾ a biopsia está indicada nas seguintes situações: qualquer lesão que persista por mais de duas semanas sem causa aparente; qualquer lesão inflamatória que não responda ao tratamento local 10-14 dias após remoção do fator irritante; mudanças hiperqueratóticas persistentes na superfície dos tecidos; qualquer tumefação persistente, visível ou palpável, sob tecido relativamente normal; alterações inflamatórias de causa desconhecida que persistam por longos períodos; lesões que interfiram com a função local; lesões ósseas não especificamente identificadas por achados clínicos e radiológicos e qualquer lesão que apresente características clínicas de malignidade.

De acordo com Mota-Ramírez et al.⁽⁵⁾ este procedimento revela-se útil na confirmação diagnóstica de certas doenças sistémicas como lúpus, amiloidose, escleroderma e síndrome de Sjögren e como complemento de determinadas doenças de origem infecciosa tais como lesões sugestivas de sífilis e tuberculose. Os mesmos autores defendem que o procedimento é contraindicado em pacientes com saúde geral gravemente comprometida e lesões localizadas em regiões muito profundas ou em áreas de difícil acesso onde a técnica cirúrgica pode lesar estruturas anexas.

As lesões vasculares como hemangiomas, devido ao risco de hemorragia persistente, e os casos de neurofibromas múltiplos devido ao risco de transformação neurosarcomatosa devem ser encaminhados para um especialista de cirurgia oral de forma a evitar danos a estruturas anatómicas próximas e propagação de células tumorais, afetando negativamente o prognóstico⁽⁵⁾.

Tomasi defende que apenas duas situações devem ser consideradas contraindicações relativas: os hemangiomas e melanomas. A biopsia incisional está contraindicada em hemangiomas particularmente os cavernosos intra-ósseos devido ao elevado risco de hemorragia. Relativamente ao melanoma, não está indicada a remoção parcial da lesão devido ao seu grande potencial invasivo e risco de disseminação indesejável. Para esta lesão recomenda-se a biopsia excisional com margem ampla de tecido⁽⁴⁾.

1. Tipos de biopsia

1.1. Incisional e excisional

As biopsias podem ser classificadas de acordo com o fragmento removido em incisionais e excisionais. Na biopsia incisional há remoção parcial de uma lesão com o objetivo de obter um diagnóstico histológico pré-operatório⁽¹⁰⁾. Está indicada em casos de diagnóstico clínico duvidoso, lesões extensas ou localizações de difícil acesso e em patologias cujo tratamento não é cirúrgico, como por exemplo o líquen plano oral⁽⁴⁾.

Na biopsia excisional há remoção completa da lesão com margem de tecido saudável. Está indicada em lesões de natureza benigna e quando o diagnóstico clínico

está bastante claro, em lesões pigmentadas, de pequena dimensão, bem delimitadas e de fácil acesso ^(4, 10).

Os instrumentos de corte mais utilizados nas biopsias incisionais são o bisturi, a pinça de biopsia ou a agulha de corte (*core biopsy*), nas excisionais é sobretudo utilizado o bisturi ⁽¹¹⁾.

O uso do laser na obtenção de tecido para análise histológica gera controvérsia, principalmente no que se refere à exatidão do diagnóstico histológico e controlo de artefactos citológicos térmicos. Apesar das vantagens conhecidas deste método nomeadamente diminuição da hemorragia e menor desconforto pós-operatório há autores que defendem que o uso do laser deve ser evitado principalmente nas biopsias da mucosa oral com suspeita de pré-malignidade ou malignidade ^(9, 12).

O laser de CO₂ causa danos epiteliais que podem simular displasia leve com atipia sobretudo nas camadas basais e suprabasais⁽¹³⁾. No entanto, Thomson e Wylie⁽¹⁴⁾, defendem tratar-se de uma ferramenta útil no diagnóstico de lesões pré-malignas.

Segundo Logan e Goss ⁽⁸⁾, o uso do laser e bisturi elétrico podem causar artefactos como carbonização, alongamento nuclear e degeneração dos vacúolos o que pode dificultar a interpretação do anatomopatologista principalmente em amostras pequenas.

González-Mosquera et al.,⁽¹⁵⁾ realizaram um estudo experimental em ratos com o objetivo de avaliar as lesões provocadas pelo laser de CO₂ e Er, Cr:YSGG (erbium, chromium doped yttrium scandium gallium garnet) em termos de alterações citológicas, arquitectura epitelial e dimensão da lesão térmica adjacente à linha de incisão. Os investigadores concluíram que o Er, Cr:YSGG causa menos artefactos celulares e menor dano tecidual podendo considerar-se um potencial recurso para efetuar biopsias ⁽¹⁵⁾.

Angiero et al.⁽¹⁶⁾ estudaram os danos físicos causados pelo uso do laser díodo com 808-nm de comprimento de onda, em 608 biopsias de lesões de tecidos moles (mucosa jugal, gengiva, língua e lábios). Os autores concluíram tratar-se de um instrumento válido para excisão de lesões orais com mais de 3mm de diâmetro mas que induz graves efeitos térmicos em lesões menores.

Por outro lado, a utilização do *punch* nas biopsias é um método rápido, simples, seguro e económico que produz poucos artefactos nos tecidos ⁽⁵⁾. Permite obter várias amostras ao mesmo tempo e em localizações diferentes e gera menos ansiedade no paciente em comparação com o bisturi. No entanto não é indicado para lesões profundas, de grandes dimensões e muito vascularizadas ⁽⁵⁾.

A sua utilização torna-se mais difícil na região do palato mole, tuberosidade maxilar, gengiva lingual e pavimento da boca ^(5, 17).

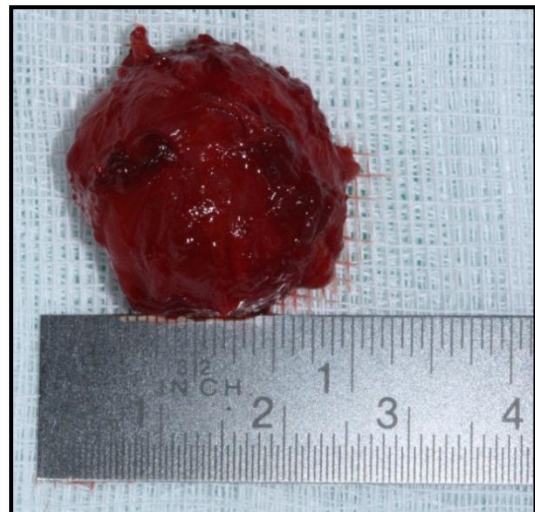
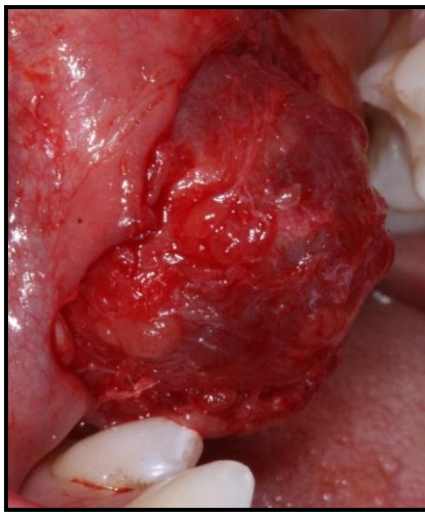


Figura 1 e 2 – Biopsia excisional de mucocelo na mucosa jugal direita. Caso clínico do VI Mestrado em Cirurgia Oral.

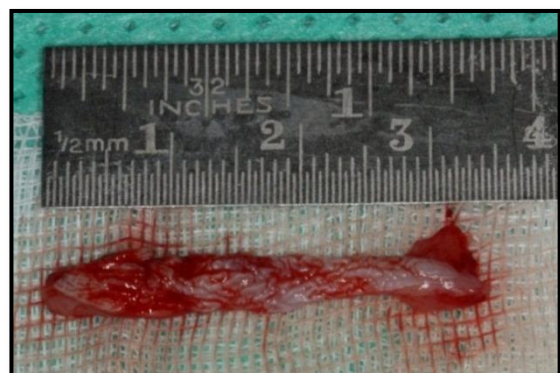
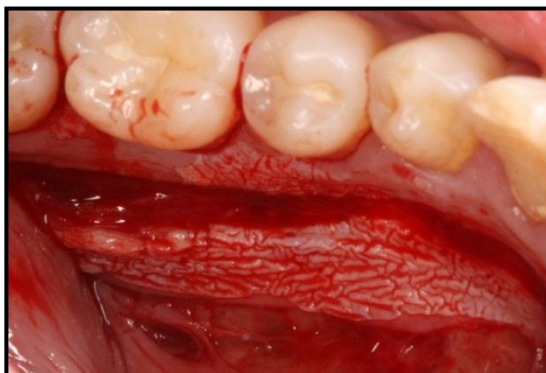


Figura 3 e 4 – Biopsia incisional de líquen plano na mucosa oral, em lingual do 3º quadrante. Caso clínico do VI Mestrado em Cirurgia Oral.

1.2. Citologia exfoliativa

A citologia é um método que se baseia no estudo microscópico das células obtidas por raspagem da superfície das lesões suspeitas.

Os primeiros relatos de métodos citológicos datam de metade do século XIX e ficaram amplamente conhecidos através da publicação de Papanicolau e Traut em 1943 “*Diagnosis of uterine cancer by vaginal smear*”. É utilizado desde então, com sucesso, na prevenção e diagnóstico do cancro do colo do útero e de outras doenças (18).

Caracteriza-se por ser uma técnica simples, rápida, de baixo custo, não invasiva e bem aceite pelo paciente (18-20).

O patologista classifica a amostra da citologia oral em três categorias: “negativo”, “positivo” e “atípico”. Um resultado “negativo” indica que o tecido epitelial tem características dentro da normalidade. Lesões orais com resultado “positivo” representam alterações epiteliais associadas a displasia ou carcinoma.

Perante um resultado “positivo” o paciente deve ser encaminhado para biopsia incisional e respetivo exame histológico de forma a classificar e estadiar a lesão. Um resultado “atípico” sugere alterações epiteliais anormais e inespecíficas pelo que o paciente deve ser reencaminhado para a biopsia convencional (6, 20).

A citologia oral por esfregaço está principalmente indicada na monitorização de pacientes com alterações crónicas da mucosa como leucoplasia e líquen plano, no controlo de áreas submetidas a radioterapia e em pacientes com história de cancro oral (6).

A visualização de células isoladas sem interpretação das alterações arquiteturais do tecido e impossibilidade de uso em lesões profundas têm sido consideradas limitações no uso da citologia exfoliativa (18).

Recentemente foi desenvolvida outra técnica, a citologia em meio líquido, em que a escova de recolha da amostra é mergulhada num frasco que contém um líquido conservador que posteriormente é centrifugado e filtrado para eliminar material residual de forma a obter preparações em que melhor se observe a morfologia celular(21). Este novo recurso diagnóstico surgiu para ultrapassar as desvantagens da citologia convencional, nomeadamente a nível de sensibilidade e diminuição de falsos-negativos.

No entanto é uma técnica que envolve mais custos e cuidados e que necessita de ser mais explorada na área da medicina dentária ^(18, 21).

Dolens et al.,⁽²⁰⁾ através de uma revisão sistemática dos ensaios clínicos randomizados que comparam a acurácia diagnóstica da citologia e histopatologia nas lesões da cavidade oral, concluíram que a citologia apresenta sensibilidade e especificidade diagnóstica salientando a vantagem de se poder associar a outras técnicas como por exemplo análise de ADN, melhorando a sua acurácia.

Acha et al.,⁽²²⁾ também defendem que o maior valor diagnóstico deste método assenta no facto de se poderem aplicar novas técnicas metodológicas como o estudo genético de marcadores moleculares, deteção de mutações no gene p53 e extração de ARN das células obtidas por raspagem revelando o seu interesse e utilidade no diagnóstico precoce de lesões orais pré-malignas e malignas.

Bhoopathi et al.⁽¹⁹⁾ compararam a concordância diagnóstica entre resultados obtidos através de citologia exfoliativa OralCDx[®] (Oral Scan Laboratories Inc., Suffern, Nova York) e exame histológico após biópsia com bisturi. O OralCDx[®] é um método computadorizado das análises de biópsia com escova. Após recolha do esfregaço, no laboratório é efetuada uma coloração e posterior análise microscópica utilizando um computador com uma base de dados que contém diferentes graus morfológicos celulares, de forma a que o programa seja capaz de detetar duas células anormais entre milhares de células normais ⁽²³⁾.

Os autores avaliaram 152 casos de lesões localizadas na língua, palato e pavimento da cavidade oral e concluíram que a técnica de citologia subestima lesões displásicas conduzindo a um elevado número de resultados falsos-positivos. Todavia os mesmos, salientam que o seu estudo apresenta limitações, nomeadamente, a avaliação apenas de resultados citológicos “positivos” e “atípicos”, recomendando estudos com maior casuística de forma a determinar a sensibilidade e especificidade deste recurso diagnóstico ⁽¹⁹⁾.

Apesar da evolução da aplicação da citologia na área da medicina oral, este método deve ser encarado com um coadjuvante e não como um substituto da tradicional biópsia com bisturi ^(6, 23, 24).

1.3. Citologia aspirativa com agulha fina

Este tipo de biopsia utiliza-se essencialmente em lesões de localização profunda, onde não se recomenda a biopsia incisional e excisional, quando existem nódulos cervicais (gânglio linfático, glândula salivar) e em determinadas lesões ósseas detetadas radiograficamente^(11, 24, 25). É realizada com a utilização de uma agulha e seringa para penetrar numa lesão e aspirar o seu conteúdo⁽⁶⁾.

A aspiração de uma lesão pode revelar informações valiosas quanto à sua natureza. Uma lesão intra-óssea radiotransparente com conteúdo líquido cor de palha sugere suspeita de quisto, se a amostra tem conteúdo purulento suspeita-se de processo inflamatório ou infeccioso, como por exemplo abscesso^(6, 10). A aspiração de conteúdo hemático pode representar várias patologias como quisto ósseo aneurismático, granuloma central de células gigantes e angioma intra-ósseo^(6, 10).

A aspiração de ar pode indicar a presença de uma cavidade óssea traumática⁽⁶⁾.

A obtenção de quantidade insuficiente para amostra é um dos problemas mais comuns^(26, 27).

Algumas lesões como o adenoma pleomórfico e tumores malignos com área de necrose podem não ser homogéneos sendo importante fazer várias punções para confirmar a natureza da lesão⁽²⁶⁾. Representa um método económico, simples, não invasivo, confortável para o paciente que pode ser realizado em grávidas, crianças e pacientes medicamente comprometidos⁽²⁵⁻²⁸⁾.

As complicações pós-operatórias são raras e parecem estar relacionadas com o calibre da agulha utilizada. A hemorragia é uma das possíveis complicações, mas utilizando agulhas finas é geralmente fácil de resolver com compressão, mas cuidados extra devem ser tidos em lesões vasculares e pacientes com coagulopatias⁽²⁸⁾.

Existe o risco de implantação de células malignas ao longo do trajeto da agulha no entanto os casos bem documentados referem-se a agulhas de calibre maior que 20 G⁽²⁶⁾.

Vários autores concordam que se trata de uma ferramenta diagnóstica importante com uma sensibilidade e especificidade que variam entre os 80 a 100%, nomeadamente, para distinguir lesões benignas e malignas mas não tem grande sensibilidade para fornecer um diagnóstico definitivo pelo que deve ser essencialmente valorizado enquanto meio auxiliar pré-operatório⁽²⁵⁻²⁸⁾.

2. Diretrizes gerais para as biopsias da cavidade oral

2.1. Planeamento

A biopsia é uma técnica que todos os médicos dentistas devem estar aptos a realizar pois é imperativo saber lidar com a diversidade de patologias que surgem na prática clínica diária ^(6, 8).

O médico dentista tem um papel importante no diagnóstico das lesões pré-malignas e malignas contribuindo para a diminuição da sua incidência identificando pacientes de risco e trabalhando na prevenção através da instrução e implementação de hábitos saudáveis ⁽²⁹⁾.

Quando o profissional não se sente preparado para efetuar o procedimento, o paciente deve ser devidamente encaminhado ^(7, 8, 29).

A biopsia deve ser planeada antes da administração da anestesia, devendo seleccionar-se a técnica cirúrgica de acordo com as características da lesão e do paciente. A etapa inicial na avaliação pré-operatória consiste na recolha de dados da história clínica, exames imagiológicos e laboratoriais e consultas com outros especialistas se necessário.

2.2. Anestesia

Idealmente devem ser utilizadas as técnicas de bloqueio da anestesia local, quando não é possível deve efetuar-se infiltração do anestésico a pelo menos 1 cm de distância da lesão evitando artefactos tecidulares ^(6, 9, 24, 29). Por exemplo a formação de bolha na gengiva após anestesia infiltrativa pode gerar confusão no diagnóstico de doença de Crohn e de doenças vesículo-bolhosas ou granulomatose orofacial onde o edema intersticial é uma das características histológicas ⁽¹⁷⁾.

Em localizações muito vascularizadas como a língua ou o lábio devem utilizar-se anestésicos com vasoconstritor de forma a minimizar a hemorragia ^(5, 9).

2.3. Incisão

As incisões devem ser limpas, precisas, profundas e estreitas em vez de superficiais e amplas ^(6, 7, 24). Idealmente deve realizar-se uma incisão elíptica proporcionando uma boa amostra e uma ferida fácil de cicatrizar ⁽⁶⁾. Devem tentar manter-se as incisões paralelas ao trajeto normal dos nervos, artérias e veias ^(6, 17).

Lesões intra-ósseas ou de tecidos duros podem ser abordadas através de retalho muco-periósseo que permita acesso à zona da lesão. Deve ser de espessura total localizado em área distante da lesão e apoiado em osso saudável.

2.4. Seleção do local

Deve selecionar-se a área com pior aparência clínica evitando o centro de zonas ulceradas e necróticas ^(8, 9, 29). Em caso de dúvida pode utilizar-se o corante azul de toluidina que possui grande afinidade por células com elevado índice de proliferação como as neoplásicas auxiliando na recolha de material representativo ^(24, 29).

Perante lesões de grande dimensão ou diversidade morfológica é importante efetuar recolhas de várias áreas de forma a obter uma amostra ampla e representativa ^(7, 9, 29).

2.5. Preparação do campo cirúrgico

Pode utilizar-se clorhexidina a 0,20% mas devem-se evitar antissépticos que contêm por exemplo mercurocromo ou iodopovidona que podem alterar a coloração normal dos tecidos e interferir com o seu processamento ^(24, 29, 30).

2.6. Identificação das margens cirúrgicas/ Orientação da amostra

Perante suspeita de lesão maligna devem-se marcar as margens do espécime com fio de sutura de forma a orientar o anatomopatologista ^(6, 17, 29). Assim, se a lesão necessitar um tratamento adicional o anatomopatologista pode determinar se alguma margem apresenta resíduos do tumor auxiliando nas futuras intervenções cirúrgicas ⁽⁶⁾.

Se colocamos mais que uma amostra no mesmo recipiente também se deve utilizar o fio de sutura para distinguir as amostras mas idealmente várias amostras devem ser enviadas em recipientes diferentes ^(9, 17).

A orientação da lesão e o método como a amostra foi marcada devem ser ilustrados no formulário de requisição do exame histológico ^(6, 29).

2.7. Solução fixadora

Por rotina o exame histológico requer que o tecido seja imediatamente colocado em solução de formalina a 10% cujo volume seja pelo menos 20 vezes superior ao da amostra ^(5, 6, 26). Quando uma estrutura dentária faz parte da amostra também deve ser colocada na solução de formalina ⁽¹⁷⁾.

Para outras técnicas como testes de imunofluorescência deve utilizar-se uma solução específica indicada pelo laboratório ⁽⁷⁾.

Deve evitar-se que a amostra seque pois pode ocorrer distorção celular e não é recomendada a utilização de água destilada ou solução salina como forma de preservar o tecido ⁽²⁶⁾.

2.8. Sutura

A hemostasia do local biopsado pode obter-se mediante pressão direta ou sutura ^(9, 24). Incisões elípticas na superfície da mucosa da gengiva e palato podem cicatrizar por segunda intenção, sendo que as biopsias do palato podem apresentar melhor pós-operatório quando se utiliza uma férula de acrílico fixada nos dentes adjacentes ⁽⁶⁾.

2.9. Formulário de registo de biopsia

O recipiente com a amostra deve ser identificado e datado para evitar perdas e trocas e bem fechado de forma a evitar a evaporação da solução.

Além dos dados básicos do paciente como nome, género e idade, dados clínicos pertinentes devem ser registados. É importante informar o laboratório sobre a

história da lesão, localização, características clínicas, dimensão, diagnóstico clínico e diferencial ^(9, 29).

Recomenda-se que além do relatório se envie fotografia da lesão, radiografias, nomeadamente em casos de lesões ósseas, e resultados de outros exames complementares ^(9, 29). O anatomopatologista deve receber o máximo de informação de forma a facilitar a correlação clínica e patológica.

III. Objetivos

1. Avaliar a prevalência das lesões orais biopsadas na população da FMDUP;
2. Identificar as localizações anatómicas mais frequentes e determinar as frequências das lesões diagnosticadas por estrato etário e género;
3. Analisar o nível de concordância entre o diagnóstico clínico provável e o diagnóstico histopatológico de forma a perceber quais os grupos de lesões que os médicos dentistas tiveram mais dificuldade/facilidade em diagnosticar clinicamente;
4. Verificar a incidência de lesões malignas ao longo dos anos;
5. Criar uma base de dados que permita dar continuidade a este tipo de estudo.

IV. Materiais e métodos

1. Tipo de estudo

Foi efetuado um estudo epidemiológico transversal, de todos os exames anátomo-patológicos dos pacientes da FMDUP que foram submetidos a biopsias no período de Junho de 1985 até Dezembro de 2011.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da FMDUP.

2. Recolha de dados

Os exames desde 1985 até 1999 e do ano 2011 estão arquivados fisicamente, os de 2000 até 2010 estão disponíveis em suporte informático no departamento de Cirurgia Oral da FMDUP. As biopsias foram efetuadas a pacientes que frequentavam a consulta das diferentes especialidades da FMDUP e também a pacientes especificamente encaminhados por colegas da clínica privada.

O estudo histológico foi efetuado pelo Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina desde 1985 até 23 de Fevereiro de 1995 e a partir desta data pelo Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP).

Foram excluídas as citologias aspirativas por serem em número reduzido e não fornecerem um diagnóstico específico.

Todos os exames foram minuciosamente analisados e os que suscitaram dúvida foram revistos com o auxílio de uma anatomopatologista.

Sempre que possível tentou-se completar a informação em falta consultando os processos dos pacientes no programa informático de gestão clínica da FMDUP ou recorrendo ao arquivo da faculdade.

Consideraram-se inconclusivos os relatórios com informação contraditória e cuja informação clínica e descrição microscópica não foram suficientes para estabelecer um diagnóstico final.

Quando um paciente apresentava no mesmo exame duas ou mais amostras, foram considerados todos os diagnósticos e localizações, atribuindo ao paciente o mesmo número de indivíduo. Estes 15 indivíduos foram contabilizados como mais

que um caso apenas no estudo das seguintes variáveis: tipo de biopsia, localização anatómica, diagnóstico histológico, displasia e concordância.

3. Organização dos dados

A informação recolhida dos exames foi inicialmente introduzida no Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corporation®, Washington, EUA).

Converteram-se as variáveis quantitativas em variáveis qualitativas de forma a aplicar os testes estatísticos.

Nesta fase foram consideradas as seguintes variáveis: género, idade, tipo de tecido, localização anatómica, diagnóstico clínico, número de hipóteses clínicas, exame efetuado, tipo de biopsia, diagnóstico histológico, displasia, concordância diagnóstica, ano do relatório e necessidade de repetir biopsia/exame complementar.

3.1. Variável idade

No sentido de avaliar a incidência das lesões por faixas etárias, definiram-se estratos mutuamente exclusivos, respeitando a tabela abaixo. O intervalo de idades da amostra estudada variou entre os 2 e os 90 anos.

Tabela 1 - Divisão da idade por estrato etário.

Estrato etário	Código
≤ 10	1
11-20	2
21-30	3
31-40	4
41-50	5
51-60	6
61-70	7
>70	8

3.2. Variável localização anatómica

Para simplificação da interpretação dos resultados foram consideradas primariamente as seguintes localizações anatómicas: osso ou pele/mucosa/tecidos moles. Relativamente a amostras com envolvimento ósseo foram distinguidas as que se encontravam associadas a dente e as não associadas a dente, e dentro de cada uma a sua localização maxilar ou na mandíbula especificando quando possível se ocorreram na região dentária anterior (incisivos e caninos) ou na região dentária posterior (pré-molares e molares).

Relativamente a biopsias dos tecidos moles subdividiu-se esta localização em: lábio; mucosa jugal; gengiva (maxilar ou mandíbula); rebordo alveolar (maxilar ou mandíbula); palato; pavimento da boca; língua; trígono retromolar e seio maxilar.

Nos casos em que não houve pormenorização do local da amostra considerou-se, segundo as características da lesão, do osso - maxila, mandíbula ou tecidos moles, sem outra especificação (s.o.e.).

3.3. Variável diagnóstico

Obteve-se um total de 86 variantes histológicas diferentes para o diagnóstico final. Este pleomorfismo histopatológico obrigou ao agrupamento em 14 grupos, de forma a facilitar a análise estatística e interpretação.

Por não existir um critério único na literatura sobre a classificação das lesões da cavidade oral optou-se pelo agrupamento por categorias, tendo como referência principal Neville et al.⁽³¹⁾. O presente trabalho foi desenvolvido com base nesta classificação devido à sua distribuição abrangente, fácil entendimento e aplicação.

Tabela 2 – Grupos de patologias adotados no estudo.

Nº	Grupo de patologias
1	Doenças da polpa e ápice dentário
2	Doenças periodontais
3	Doenças infecciosas (viricas, fúngicas e bacterianas)
4	Lesões físicas e químicas
5	Patologia epitelial
6	Lesões proliferativas não neoplásicas
7	Patologias das glândulas salivares
8	Quistos dos maxilares
9	Tumores odontogénicos
10	Tumores benignos
11	Tumores malignos
12	Patologia óssea benigna
13	Doenças alérgicas e imunológicas
14	Outras alterações

3.4. Variável exame efetuado

Nesta variável consideraram-se os exames efetuados segundo informação do laboratório. Dentro dos exames histológicos estão inseridos os estudos imunocitoquímicos e de imunofluorescência direta com anticorpos. As biopsias aspirativas, conforme mencionado anteriormente, foram excluídas do estudo.

3.5. Variável concordância

No sentido de responder a um dos objetivos do presente trabalho foram avaliados os números de diagnósticos clínicos e sua concordância com o diagnóstico fornecido pelo laboratório, tendo em consideração que o diagnóstico final resulta da junção das características clínicas com a descrição histológica.

Para apresentação fidedigna dos resultados foram identificados os exames sem diagnóstico clínico e/ou com diagnóstico histológico inconclusivo. Consideraram-se concordantes os diagnósticos que coincidiam com qualquer das hipóteses clínicas apresentadas por patologia.

4. Pesquisa bibliográfica

Com o intuito de comparar os resultados obtidos com a literatura existente sobre o tema e fazer um balanço do que foi escrito até à data, foi efetuada uma revisão bibliográfica utilizando as seguintes palavras-chave: “oral lesions”; “oral pathology”; “biopsy”; “epidemiology”; “incidence”; “diagnosis”; “jaw diseases”; “mouth neoplasms” e “jaw cysts”.

Os principais instrumentos de investigação documental foram: o catálogo da biblioteca da FMDUP e os motores de busca científica PubMed, Scirus e WolframAlphe. Foram estabelecidos limites relativamente ao idioma sendo apenas selecionados artigos em português, inglês, francês e castelhano. Não foram estabelecidos limites temporais.

Através dos títulos e resumos todas as publicações potencialmente relevantes foram selecionadas. A pesquisa foi complementada com uma revisão da lista de referências tendo sido atribuído maior valor a estudos epidemiológicos.

Foram excluídos da pesquisa casos clínicos unitários e estudos de prevalência com diagnósticos efetuados com base apenas na observação clínica, sem estudos histológicos.

5. Análise estatística

A análise estatística baseou-se em análises de prevalência das patologias diagnosticadas e parcialmente analisadas em diferentes contextos, apresentando resultados referentes à frequência absoluta (N) e frequência relativa (%). Foram também aplicados testes de hipóteses: o teste Binomial para comprovar a supremacia dos diagnósticos clínicos concordantes com o resultado da anatomia patológica, e o teste do Qui-quadrado para avaliar a tendência de determinadas patologias serem melhor diagnosticadas que outras.

Foi utilizado para o efeito o programa SPSS[®] 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

V. Resultados do estudo

A casuística analisada foi constituída por 877 exames anátomo-patológicos, com diagnósticos histológicos provenientes de lesões biopsadas na FMDUP ao longo de 27 anos. Após exclusão das 11 citologias aspirativas, foram submetidos a análise estatística um total de 866 exames correspondentes a 822 pacientes, o que indica a existência de pacientes que efetuaram mais que um exame histológico. Avaliando o género (figura 5), observa-se que a amostra é maioritariamente representada por pacientes do sexo feminino (n=468). Registaram-se apenas dois exames sem informação em relação a esta variável, que correspondiam a relatórios sem nome do paciente.

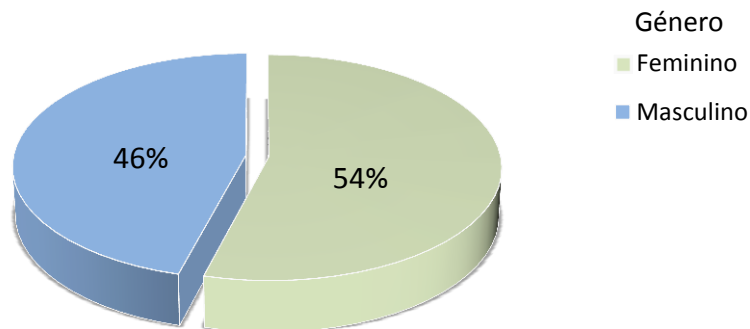


Figura 5 – Distribuição dos pacientes por género.

Numa visão geral (tabela 3), os dados referentes à idade, revelaram que houve maior prevalência de lesões biopsadas na quarta década (155 pacientes), seguida da terceira (137 pacientes) e quinta décadas (135 pacientes). O estrato etário com menor prevalência foi o dos 0-10 anos, com 2,19% (n = 19) dos pacientes.

Tabela 3 – Distribuição do número de pacientes por estrato etário.

Estrato etário	Frequência absoluta	Frequência relativa
	N	%
≤ 10 anos	19	2,19%
11 - 20 anos	83	9,58%
21 - 30 anos	137	15,82%
31 - 40 anos	155	17,91%
41 - 50 anos	135	15,59%
51 - 60 anos	118	13,63%
61 - 70 anos	88	10,16%
> 70 anos	48	5,54%
Sem registo	83	9,58%
Total	866	100,00%

Quanto ao tipo de biopsia, a figura 6, demonstra que a biopsia excisional foi a mais executada correspondendo a 48,24% da amostra, valor que contrasta com a baixa percentagem de pacientes em que a opção foi a biopsia incisional. Nesta variável é importante destacar a elevada percentagem de exames em que não foi possível obter informação.

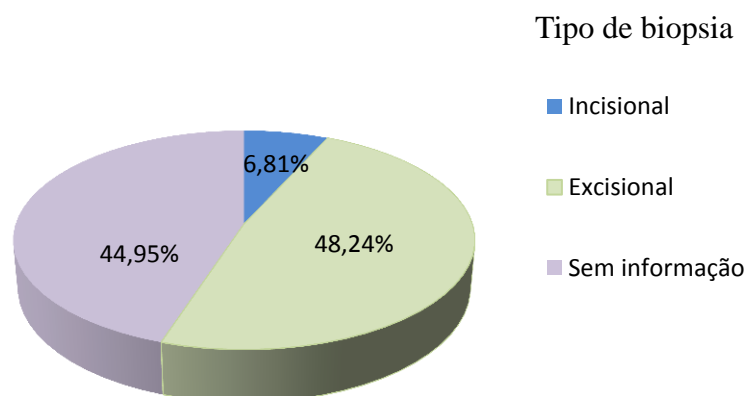


Figura 6 – Distribuição do tipo de biopsia.

Em relação ao tipo de exame efetuado, verifica-se que a grande maioria correspondeu a exames histológicos, dentro destes os estudos imunocitoquímicos e de imunofluorescência foram efetuados pelo laboratório na tentativa de melhor esclarecer a natureza das lesões.

Tabela 4 – Exame efetuado.

		N	%
Exame efetuado	Histológico	854	97,4%
	Citologia aspirativa	11	1,3%
	Estudo imunocitoquímico	10	1,1%
	Imunofluorescência direta com anticorpos	2	0,2%
	Total	877	100,0%

O laboratório aconselhou a repetição da biopsia ou investigação laboratorial em 26 pacientes, na tentativa de avançar na caracterização mais precisa da lesão, valorizar os achados no contexto clínico-laboratorial ou necessidade de alargar a exérese cirúrgica de forma a obter amostras mais representativas a fim de estabelecer um diagnóstico diferencial definitivo.

Tabela 5 – Necessidade de repetir biopsia/exame complementar.

		N	%
Necessidade de repetir a biopsia/Exame complementar	Sim	26	3,0%
	Não	840	97,0%
	Total	866	100,0%

Foi durante o ano 2000 que se registaram mais relatórios encaminhados para análise anátomo-patológica, note-se que a maior parte das biopsias efetuadas, (n=538) foi entre 1999 e 2011. Período que coincide com o início dos cursos de Mestrado em Cirurgia Oral na FMDUP. Tal facto pode sugerir a importância da existência de uma especialidade dedicada a esta área com profissionais mais sensibilizados na identificação de lesões com indicação para realização de biopsia.

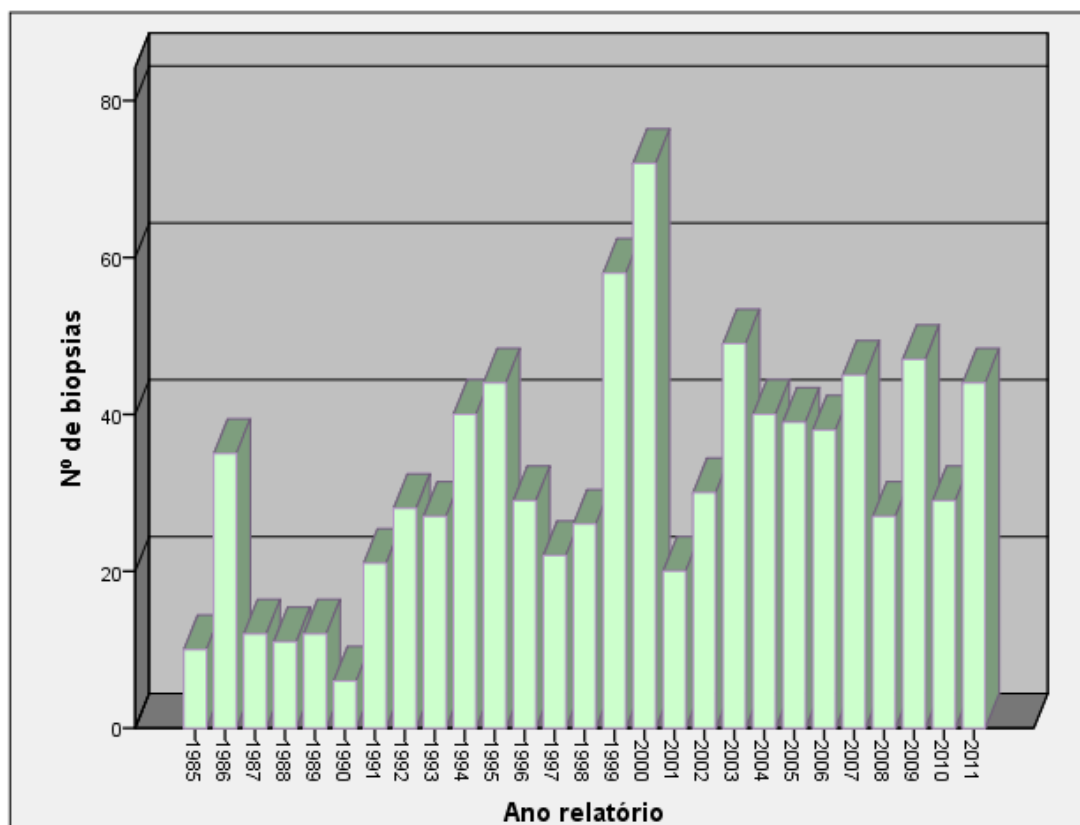


Figura 7 – Distribuição do número de biopsias efetuadas por ano.

Em relação à localização anatómica, constatou-se, conforme ilustrado na figura 8, que a maior parte das amostras provinham da maxila (61,06%).

Quando avaliamos a distribuição relativamente a lesões com localização óssea ou nos tecido moles (figura 9) verificamos que a maior incidência correspondeu a lesões ósseas associadas a dentes com 373 lesões, no entanto no total de todas as lesões biopsadas, os tecidos moles foram mais afetados com um subtotal de 465 lesões, correspondentes a 53,94% da amostra.

Dentro dos tecidos moles, foram recolhidas mais amostras da mucosa jugal (n= 122), seguida da gengiva (n=89), lábio (n=75), palato (n=43) e língua (n=35).

Foram identificados 19 exames sem qualquer informação orientativa relativamente à localização.

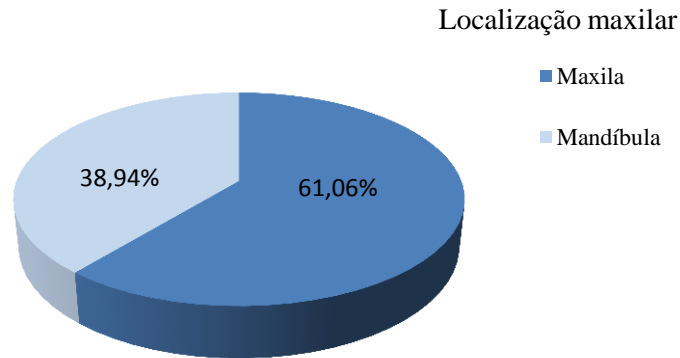


Figura 8 – Distribuição das amostras biopsadas segundo a localização maxilar.

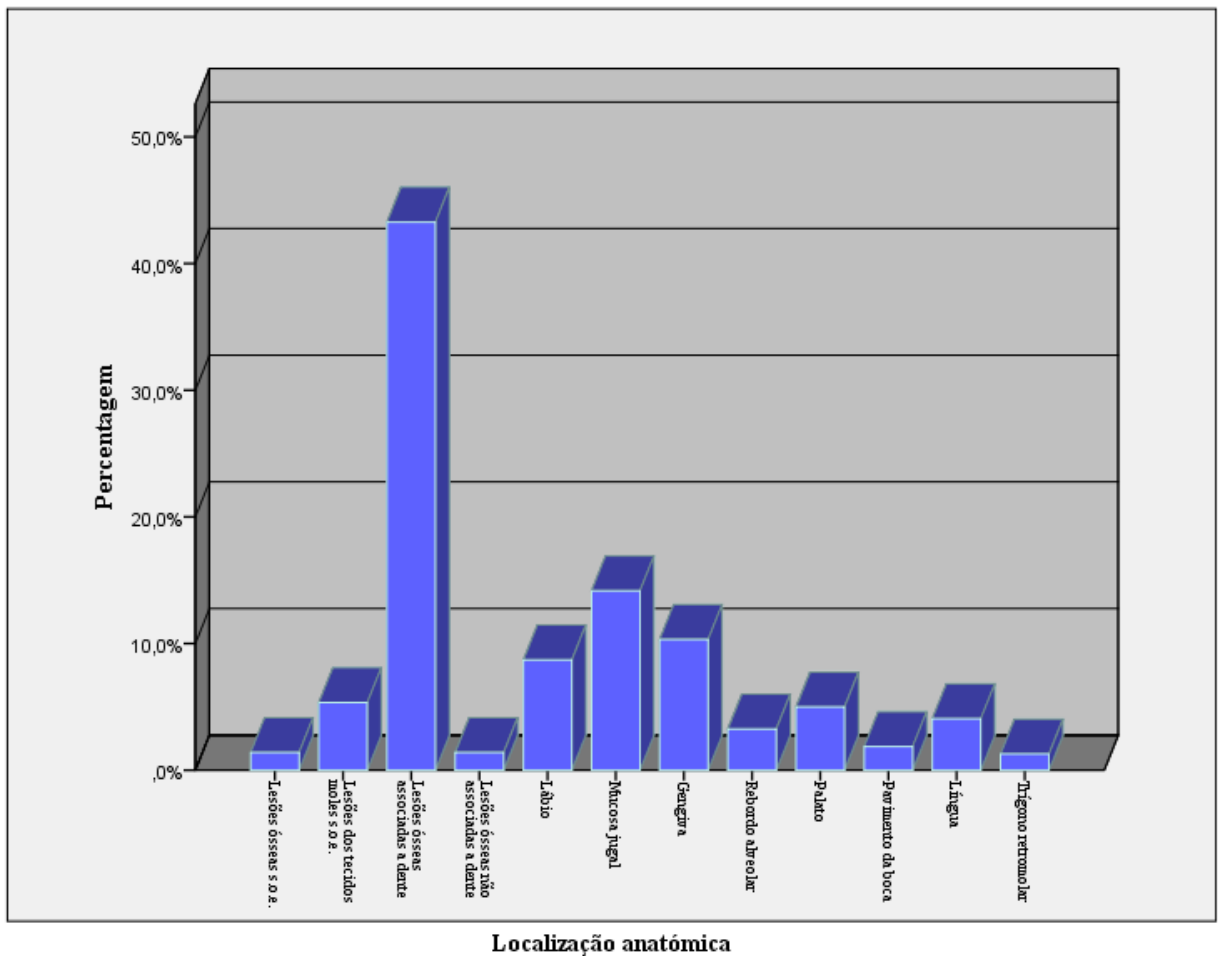


Figura 9 – Distribuição das localizações das amostras biopsadas nos tecidos duros e moles.

Através da análise da tabela 6, constatamos que o grupo de patologias com mais lesões diagnosticadas foi o dos quistos maxilares, representando 28,8% do total da amostra. Em segundo lugar fica o grupo das lesões proliferativas não neoplásicas com 26%, seguido das doenças da polpa e ápice dentário, com uma percentagem significativamente mais baixa de 7,8%. As doenças alérgicas e imunológicas ocupam a quarta posição com uma percentagem total de 5,8%.

Foi no grupo das doenças infecciosas que se registaram menor número de diagnósticos exibindo apenas 0,3% de todas as lesões.

Há uma percentagem considerável de diagnósticos histológicos inconclusivos.

Tabela 6 – Distribuição das lesões diagnosticadas agrupadas por categorias, considerando o seu número e frequência relativa.

Grupos de patologias	N	%
Doenças da polpa e ápice dentário	69	7,8%
Doenças Periodontais	8	0,9%
Doenças infecciosas	3	0,3%
Lesões físicas e químicas	27	3,1%
Patologia epitelial	55	6,2%
Lesões proliferativas não neoplásicas	229	26,0%
Patologias das glândulas salivares	50	5,7%
Quistos maxilares	254	28,8%
Tumores odontogénicos	5	0,6%
Tumores benignos	17	1,9%
Tumores malignos	23	2,6%
Patologia óssea benigna	22	2,5%
Doenças alérgicas e imunológicas	51	5,8%
Outras alterações	26	3,0%
Diagnóstico inconclusivo	42	4,8%
Total	881	100,0%

Relacionando o diagnóstico histológico por grupo de patologias com o género, verificou-se uma prevalência significativa de lesões dos grupos das doenças periodontais, infecciosas, proliferativas não neoplásicas, tumores benignos e doenças alérgicas e imunológicas nos pacientes do sexo feminino.

Os grupos das doenças da polpa e ápice dentário, lesões físicas e químicas, patologia epitelial, e patologia óssea benigna exibiram uma leve predileção também pelo sexo feminino. Por outro lado, a prevalência das lesões que mais acometeram o sexo masculino destaca-se no grupo dos tumores malignos (65,2%), seguidos dos tumores odontogénicos (60,0%), quistos maxilares (59,4%) e patologias das glândulas salivares (56,0%).

Tabela 7 – Distribuição das lesões diagnosticadas agrupadas por categorias e proporção segundo o género.

Grupos de patologias	Género	
	Feminino	Masculino
	N (%)	N (%)
Doenças da polpa e ápice dentário	35 (50,7)	34 (49,3)
Doenças Periodontais	5 (62,5)	3 (37,5)
Doenças infecciosas	2 (66,7)	1 (33,3)
Lesões físicas e químicas	16 (59,3)	11 (40,7)
Patologia epitelial	29 (52,7)	26 (47,3)
Lesões proliferativas não neoplásicas	156 (68,4)	72 (31,6)
Patologias das glândulas salivares	22 (44,0)	28 (56,0)
Quistos maxilares	103 (40,6)	151 (59,4)
Tumores odontogénicos	2 (40,0)	3 (60,0)
Tumores benignos	12 (70,6)	5 (29,4)
Tumores malignos	8 (34,8)	15 (65,2)
Patologia óssea benigna	12 (54,5)	10 (45,5)
Doenças alérgicas e imunológicas	40 (78,4)	11 (21,6)
Outras alterações	12 (46,2)	14 (53,8)
Diagnóstico inconclusivo	21 (51,2)	20 (48,8)
Total	475 (54,0)	404 (46,0)

Os dados apresentados na tabela 8, revelaram que as doenças da polpa e ápice dentário foram mais frequentes entre os 21-30 anos (31,7%), as doenças periodontais afetaram com igual percentagem (25%) os estratos entre os 11-20 anos e 51-60 anos.

No grupo das doenças infecciosas só foram diagnosticadas lesões entre os 21-40 e 51-60 anos, com distribuição equitativa pelas referidas décadas (33,3%). Nas lesões físicas e químicas, 20% das lesões foram mais prevalentes entre os 31-50 anos.

A maior incidência das lesões proliferativas não neoplásicas foi na quinta década, com uma percentagem de 23,8%. No grupo das patologias das glândulas salivares o pico de incidência foi na segunda década, com 30,6% das lesões. Não se registou nenhum caso a partir dos 61 anos.

A distribuição dos quistos maxilares foi equilibrada entre a terceira e quarta décadas, enquanto que os tumores odontogénicos atingiram marcadamente a segunda década.

Em relação aos tumores malignos, verificou-se igual percentagem de incidência (22,7%) na quinta e sétima décadas de vida, não havendo incidência durante infância.

A patologia óssea benigna atingiu todos os estratos envolvidos no estudo sendo mais frequente entre os 11-20 anos (27,3%).

As doenças alérgicas e imunológicas foram frequentemente diagnosticadas entre os 61-70 anos apresentando uma frequência relativa de 29,8%.

Tabela 8 – Distribuição das lesões diagnosticadas agrupadas por categorias e proporção segundo estrato etário.

Grupos de patologias	Estrato etário							
	≤ 10 anos	11 - 20 anos	21 - 30 anos	31 - 40 anos	41 - 50 anos	51 - 60 anos	61 - 70 anos	> 70 anos
	%	%	%	%	%	%	%	%
Diagnóstico inconclusivo	2,9%	11,8%	8,8%	5,9%	11,8%	17,6%	23,5%	17,6%
Doenças da polpa e ápice dentário	0,0%	18,3%	31,7%	25,0%	5,0%	10,0%	8,3%	1,7%
Doenças periodontais	0,0%	25,0%	12,5%	12,5%	0,0%	25,0%	12,5%	12,5%
Doenças infecciosas	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%
Lesões físicas e químicas	0,0%	12,0%	8,0%	20,0%	20,0%	12,0%	16,0%	12,0%
Patologia epitelial	0,0%	3,8%	17,3%	13,5%	19,2%	25,0%	7,7%	13,5%
Lesões proliferativas não neoplásicas	1,5%	5,8%	7,8%	22,3%	23,8%	17,5%	14,1%	7,3%
Patologia das glândulas salivares	6,1%	30,6%	22,4%	14,3%	8,2%	18,4%	0,0%	0,0%
Quistos maxilares	2,7%	9,0%	27,0%	26,1%	17,1%	9,9%	6,3%	1,8%
Tumores odontogénicos	20,0%	40,0%	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tumores benignos	0,0%	0,0%	11,8%	29,4%	11,8%	17,6%	23,5%	5,9%
Tumores malignos	0,0%	4,5%	9,1%	9,1%	22,7%	13,6%	22,7%	18,2%
Patologia óssea benigna	4,5%	27,3%	13,6%	9,1%	13,6%	9,1%	9,1%	13,6%
Doenças alérgicas e imunológicas	0,0%	0,0%	2,1%	10,6%	19,1%	25,5%	29,8%	12,8%
Outras alterações	17,4%	26,1%	34,8%	0,0%	17,4%	4,3%	0,0%	0,0%
Total	2,4%	10,6%	17,5%	19,6%	17,2%	15,0%	11,3%	6,4%

Considerando a localização anatómica, verificou-se que as doenças infecciosas afetaram com a mesma percentagem o lábio, palato e língua, não se registando a sua ocorrência noutras localizações. As lesões físicas e químicas ocorreram sobretudo na mucosa jugal (33,3%). Na patologia epitelial a localização anatómica mais frequente foi o palato (29,6%), seguido pela mucosa jugal (24,1%), lábio, língua e rebordo alveolar, ambos com 9,3%.

Nas lesões proliferativas não neoplásicas as amostras provinham maioritariamente da gengiva (27,2%) e mucosa jugal (21%).

A ocorrência das patologias das glândulas salivares destacou-se no lábio (70%) e palato (12%).

Os tumores malignos afetaram em maior percentagem o trígono retromolar (21,7%) e de igual modo a mucosa jugal, pavimento da boca e língua (13,0%).

Registaram-se também casos na gengiva, rebordo alveolar, palato e lesões dos tecidos moles s.o.e. sem ordem de incidência com uma percentagem de 8,7% para as localizações referidas.

A patologia óssea benigna foi mais prevalente em lesões ósseas associadas a dentes (40,9%).

As doenças alérgicas e imunológicas ocorreram distintamente na mucosa jugal com um registo de 52,9%. As segundas localizações mais frequentes foram a gengiva e língua (9,8%).

Tabela 9 – Distribuição das lesões diagnosticadas agrupadas por categorias segundo a localização anatómica.

Localização anatómica										
Grupos de patologias	Lesões ósseas associadas a dente	Lesões ósseas não associadas a dente	Lábio	Mucosa jugal	Gengiva	Rebordo alveolar	Palato	Pavimento da boca	Língua	Trígono retromolar
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Doenças da polpa e ápice dentário	95,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Doenças periodontais	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Doenças infecciosas	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%
Lesões físicas e químicas	7,4%	0,0%	3,7%	33,3%	18,5%	0,0%	0,0%	3,7%	7,4%	3,7%
Patologia epitelial	1,9%	0,0%	9,3%	24,1%	7,4%	9,3%	29,6%	3,7%	9,3%	0,0%
Lesões proliferativas não neoplásicas	8,0%	0,0%	8,9%	21,0%	27,2%	7,1%	6,2%	1,3%	7,6%	1,3%
Patologia das glândulas salivares	0,0%	0,0%	70,0%	6,0%	0,0%	0,0%	12,0%	10,0%	0,0%	0,0%
Quistos maxilares	99,6%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tumores odontogénicos	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tumores benignos	0,0%	0,0%	17,6%	52,9%	0,0%	0,0%	0,0%	11,8%	5,9%	0,0%
Tumores malignos	0,0%	0,0%	4,3%	13,0%	8,7%	8,7%	8,7%	13,0%	13,0%	21,7%
Patologia óssea benigna	40,9%	31,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Doenças alérgicas e imunológicas	0,0%	0,0%	7,8%	52,9%	9,8%	2,0%	5,9%	0,0%	9,8%	2,0%
Outras alterações	79,2%	8,3%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	0,0%

Na tabela 10, estão distribuídas as lesões diagnosticadas pertencentes ao grupo das doenças da polpa e ápice dentário e sua frequência de acordo com o género e estrato etário.

Identificaram-se quatro entidades patológicas diferentes entre as quais se destaca o granuloma periapical pela sua elevada frequência. Esta lesão predominou no estrato etário entre os 21-30 anos e a sua ocorrência decresceu a partir dos 60 anos.

Foram registados 29 granulomas em pacientes do sexo feminino e 26 em pacientes do sexo masculino.

As restantes lesões inseridas neste grupo – abscesso dentário, pólipos pulpar e calcificação pulpar, apresentam uma frequência muito baixa perfazendo o total de 5 patologias.

Tabela 10 – Distribuição das lesões do grupo das doenças da polpa e ápice dentário por estrato etário e género.

Diagnóstico	11 - 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		> 70		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Granuloma periapical	6	3	10	9	5	9	0	3	3	3	2	1	0	1	55
Abscesso dentário	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Pólipo pulpar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Calcificação pulpar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

M – masculino F- feminino

Através da tabela 11, verificamos que o granuloma periapical foi mais frequente na mandíbula, nomeadamente na região dentária posterior.

Tabela 11 – Distribuição do granuloma periapical segundo a localização anatómica.

Diagnóstico histológico	Maxila		Mandíbula		Total
	Região dentária anterior	Região dentária posterior	Região dentária anterior	Região dentária posterior	
Granuloma periapical	14 (33,3%)	6 (14,3%)	3 (7,1%)	19 (45,2%)	42 (100.0%)

De acordo com os dados expressos na tabela 12, apuramos que no grupo das doenças periodontais o diagnóstico mais frequente foi a gengivite hiperplásica, com 2 casos na quinta década e igual distribuição em relação ao género. As restantes patologias do grupo apresentaram apenas um diagnóstico.

Nota: Quando avaliamos as lesões dentro de cada grupo e sua distribuição em relação ao género, estrato etário ou localização, o total pode não coincidir com o apresentado na tabela 6 da pág. 30, pois nesta situação a ausência de informação de determinada variável condiciona o número de casos válidos para estudo.

Tabela 12 – Distribuição das lesões do grupo das doenças periodontais por estrato etário e género.

Diagnóstico	11 - 20		21 - 30		31 - 40		51 - 60		61 - 70		> 70		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Gengivite	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Gengivite hiperplásica	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4
Gengivite por corpo estranho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Hiperplasia gengival associada a fármacos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Fibromatose gengival	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Na amostra estudada, o grupo das doenças infecciosas foi o de menor representatividade. Os três diagnósticos apresentados na tabela 13, referem-se a doenças infecciosas fúngicas sendo que dois foram especificamente identificados como candidíase. Não houve registo de lesões diagnosticadas antes dos 21 e a partir dos 60 anos.

Tabela 13 – Distribuição das lesões do grupo das doenças infecciosas por estrato etário e género.

Diagnóstico	21 - 30		31 - 40		51 - 60		Total
	M	F	M	F	M	F	
Doenças infecciosas fúngicas s.o.e.	0	1	0	0	0	0	1
Candidíase	0	0	1	0	1	0	2

A tabela 14, sintetiza as diferentes patologias observadas no grupo das lesões físicas e químicas. A mais frequente foi a lesão traumática, seguida da úlcera e tatuagem por amálgama e outras pigmentações exógenas. É nas tatuagens por amálgama e outras pigmentações e úlceras traumáticas que mais se salienta a predominância em pacientes do sexo feminino mas enquanto que as tatuagens foram mais frequentes em idades jovens, as úlceras afetaram pacientes de idades mais

avançadas. A melanose tabágica foi diagnosticada em apenas dois pacientes do sexo masculino com idades entre os 41-50 anos.

Tabela 14 – Distribuição das lesões do grupo lesões físicas e químicas por estrato etário e género.

Diagnóstico	11 - 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		> 70		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Úlceras traumáticas	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	7
Tatuagem por amálgama e outras pigmentações exógenas	0	1	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	6
Melanose tabágica	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Pseudoquistos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Lesão traumática	0	0	1	0	0	2	3	0	0	1	1	0	0	0	8
Necrose pós-radiação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

No grupo da patologia epitelial destacaram-se o papiloma e leucoplasia pela sua maior frequência. Há registo de papilomas em todos os estratos etários a partir da segunda década, mas é entre os 21-30 e 51-60 anos que foi diagnosticado mais regularmente.

A leucoplasia afetou mais pacientes no intervalo de idade entre os 41-60 anos não havendo diferenças significativas em relação ao género.

Tabela 15 - Distribuição das lesões do grupo da patologia epitelial por estrato etário e género.

Diagnóstico	11 - 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		> 70		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Papiloma	0	1	4	3	3	1	1	1	4	2	1	1	0	2	24
Verruga Vulgar	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nevo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hiperplasia epitelial focal	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Hiperplasia verrucosa	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Displasia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Leucoplasia	0	1	0	0	1	1	5	2	3	3	0	2	1	2	21

Os resultados obtidos em relação aos tipos histológicos das lesões proliferativas não neoplásicas estão apresentados na tabela 16. A análise estatística dos dados revela que a hiperplasia s.o.e. foi o diagnóstico mais comum com 63 casos.

Exibiu forte predileção pelo sexo feminino e a sua prevalência aumentou com a idade. O segundo diagnóstico mais frequente foi o fibroma, também atingiu mais pacientes do sexo feminino com 63,05% das lesões diagnosticados neste género e em relação ao estrato etário destacou-se entre os 31- 60 anos.

A epúlida afetou principalmente os adultos de meia idade e 24 das 38 lesões ocorreram em pacientes do sexo feminino.

O granuloma periférico de células gigantes ocorreu exclusivamente em adultos a partir dos 31 anos e apresentou pronunciada predileção pelo género feminino.

Tabela 16 – Distribuição das lesões proliferativas não neoplásicas por estrato etário e género.

Diagnóstico	≤ 10		11 - 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		> 70		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Fibroma	0	1	0	0	2	2	2	12	2	8	3	9	2	2	0	1	46
Epúlida	0	1	2	2	1	1	1	3	3	7	4	2	2	4	1	4	38
Granuloma piogénico	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	6
Granuloma periférico de células gigantes	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	1	0	3	0	0	9
Fibroma ossificante periférico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Inflamação inespecífica	0	1	1	1	0	4	1	5	0	4	2	2	1	2	0	1	25
Fibrose cicatricial	0	0	0	0	0	1	2	5	2	2	2	1	0	0	0	0	15
Hiperplasia s.o.e.	0	0	2	3	0	3	3	7	6	10	2	8	2	9	3	5	63
Doença de Fordyce	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3

No grupo das patologias das glândulas salivares, o mucocelo foi a lesão de maior expressão numérica. Foi diagnosticado em idades mais jovens, com o pico de incidência na segunda década, não havendo registo de casos a partir dos 60 anos. As lesões foram significativamente mais frequentes em pacientes do sexo masculino.

Por outro lado, o síndrome de Sjögren, adenoma pleomórfico, hiperplasia adenomatoide das glândulas salivares menores e quisto do canal salivar foram identificados unicamente em pacientes do sexo feminino e a sua predominância foi bastante baixa.

A sialoadenite distribui-se uniformemente entre pacientes do sexo masculino e feminino, com duas lesões registadas entre os 31-40 anos e as restantes entre os 51-60 anos.

Tabela 17 – Distribuição das lesões do grupo das patologias das glândulas salivares por estrato etário e género.

Diagnóstico	≤ 10		11 - 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Inflamatórias inespecíficas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Sialolitíase	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Sialoadenite	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	4
Hiperplasia adenomatoide das glândulas salivares menores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Mucocelo	2	1	8	5	8	1	4	1	1	0	0	2	33
Quisto do canal salivar	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Adenoma pleomórfico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Síndrome de Sjögren	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3
Patologias das glândulas salivares s.o.e.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1

Quando relacionamos cada tipo de quisto com o estrato etário e género, observamos na tabela 18 que os quistos dentígeros, queratoquistos, quistos paradentários e quistos globulomaxilares foram mais frequentes em idades jovens (11-30 anos). Os quistos apicais e quistos residuais ocorreram sobretudo entre a 3ª e 5ª décadas de vida. Em relação ao género a maioria dos tipos de quistos apresentam forte correlação com pacientes do género masculino, a exceção corresponde aos quistos paradentários e quistos globulomaxilares em que as lesões ocorreram mais no género feminino.

Tabela 18 – Distribuição do grupo dos quistos maxilares por estrato etário e género.

Diagnóstico	≤ 10		11 - 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		≥ 70		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
Quisto dentígero	1	0	1	4	4	1	3	1	1	0	0	1	0	1	1	1	20
Quisto odontogénico glandular	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Quisto odontogénico epitelial calcificante	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
Queratoquisto	0	0	0	1	4	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	11
Quisto apical radicular/lateral	1	0	3	4	15	11	18	14	10	10	3	3	2	0	1	1	96
Quisto residual	1	0	2	0	1	1	5	2	5	1	0	2	4	0	0	0	24
Quisto paradentário	0	0	1	0	2	5	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	12
Quisto nasopalatino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3
Quisto globulomaxilar	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

Os resultados obtidos em relação à distribuição dos diferentes tipos de quistos estão expressos na tabela 19. Do total de 254 quistos diagnosticados, 96,1 % (n= 244) correspondiam a quistos odontogénicos e 2,8 % (n=7) a quistos não odontogénicos.

Dentro dos quistos odontogénicos os inflamatórios destacaram-se pela sua maior frequência com 159 casos.

Tabela 19 – Distribuição dos quistos diagnosticados considerando o seu número e frequência relativa.

Quistos maxilares		N	%
Quistos odontogénicos	de desenvolvimento	42	16,54%
	inflamatórios	159	62,60%
	s.o.e.	43	16,93%
Quistos não odontogénico		6	2,36%
Quistos não odontogénicos s.o.e.		1	0,39%
Quistos s.o.e.		3	1,18%
Total		254	100,0%

Nos quistos de desenvolvimento, os mais comuns são os dentígeros (n=24) seguidos dos queratoquistos (n=12). Dentro dos inflamatórios destaca-se o quisto apical com 105 casos.

Tabela 20 – Distribuição dos quistos odontogénicos de acordo com os diferentes subtipos.

Quistos odontogénicos		N	%
De desenvolvimento	Dentígero	24	9,84%
	Odontogénico glandular	2	0,82%
	Odontogénico calcificante	3	1,23%
	Queratoquisto	12	4,92%
	s.o.e.	1	0,41%
Inflamatórios	Apical radicular/lateral	105	43,03%
	Residual	26	10,65%
	Paradentário	13	5,33%
	s.o.e.	15	6,15%
s.o.e.		43	17,62%
Total		244	100,0%

Analisando a localização, 61,1% dos quistos afetaram a maxila e 38,1% a mandíbula. Na maxila a região dentária anterior (n=38) foi mais afetada, ao contrário da mandíbula, em que houve registo de mais quistos na região dentária posterior (n=30).

Tabela 21 – Distribuição dos quistos maxilares segundo a localização anatómica.

Quistos	Maxila		Mandíbula		Total
	Região dentária anterior	Região dentária posterior	Região dentária anterior	Região dentária posterior	
Quisto dentífero	5 (33,3)	2 (13,3)	2 (13,3)	6 (40,0)	15 (100,0)
Quisto odontogénico glandular	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100,0)
Quisto odontogénico epitelial calcificante	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
Queratoquisto	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	4 (100,0)
Quisto apical radicular/lateral	24 (37,5)	18 (28,1)	5 (7,8)	17 (26,6)	64 (100,0)
Quisto residual	3 (37,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	2 (25,0)	8 (100,0)
Quisto paradentário	0 (0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	1(100,0)
Quisto nasopalatino	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)
Quisto globulomaxilar	1 (100,0)	0 (0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)

No grupo dos tumores benignos foram observados 17 diagnósticos, sendo 9 hemangiomas (52,94%), 4 lipomas (23,53%), 2 miofibromas (11,77%), 1 Schwannoma (5,88%) e 1 linfangioma (5,88%).

O hemangioma, bem como as restantes lesões do grupo mostrou-se mais evidente no género feminino. Não houve registo de hemangiomas durante a infância e o número de lesões aumentou com a idade. O lipoma atingiu mais pacientes do sexo feminino e registaram-se mais casos a partir dos 51 anos. O Schwannoma e linfangiomas foram as neoplasias benignas menos frequentes

Tabela 22 – Distribuição das lesões do grupo dos tumores benignos por estrato etário e género.

Diagnóstico	21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		> 70		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Miofibroma	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Lipoma	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	4
Schwannoma	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hemangioma	1	0	0	2	0	2	0	1	2	1	0	0	9
Linfangioma	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1

Os resultados da tabela 23, evidenciam que o líquen plano oral foi nitidamente a patologia mais prevalente no grupo das doenças alérgicas e imunológicas. O estrato etário mais afetado concentra-se entre os 51-70 anos sendo raro em pacientes com menos de 30 anos. O sexo feminino foi mais acometido que o masculino (74,42% versus 25,58%) de forma significativa.

Tabela 23 – Distribuição das lesões do grupo das doenças alérgicas e imunológicas por estrato etário e género.

Diagnóstico	21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		> 70		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Pênfigo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Líquen plano	1	0	2	2	3	5	2	9	1	12	2	4	43
Reação da mucosa a fármacos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Queilite granulomatosa	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2

Dentro da patologia óssea benigna, o granuloma central de células gigantes foi a lesão mais prevalente, seguido pelo osteoma e osteosclerose idiopática. O granuloma central foi maioritariamente diagnosticado em pacientes jovens, no intervalo de idade entre os 11-20 anos e ocorreu exclusivamente em pacientes do sexo masculino.

Por outro lado, o osteoma atingiu apenas pacientes do sexo feminino e em relação à idade foi mais frequente entre a terceira e quarta décadas de vida.

As restantes patologias apresentam baixa incidência com diagnósticos distribuídos entre os 11-70 anos e com ligeira predileção por pacientes do sexo feminino.

Tabela 24 – Distribuição das lesões do grupo da patologia óssea benigna por estrato etário e género.

Diagnóstico	≤ 10		11 - 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		≥ 70		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Osteíte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Osteomielite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Osteosclerose idiopática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3
Osteoma	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	5
Granuloma central de células gigantes	1	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Quisto ósseo simples	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Displasia fibrosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Fibroma ossificante	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Patologia óssea s.o.e.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Na tabela 25 estão representados os dados que relacionam os tumores odontogénicos com o estrato etário e género. O odontoma foi a patologia mais diagnosticada. As lesões incidiram entre os 11-50 anos com igual ocorrência em relação ao género. O únifo fibroma odontogénico foi diagnosticado numa criança do sexo masculino.

Tabela 25 – Distribuição das lesões do grupo dos tumores odontogénicos por estrato etário e género.

Diagnóstico	≤ 10		11 - 20		21 - 30		41 - 50		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Odontoma	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Odontoma composto	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Odontoma complexo	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Fibroma odontogénico	1	0	0	0	0	0	0	0	1

Os dados da tabela 26 evidenciam o carcinoma de células escamosas como o tipo histológico mais frequente na categoria dos tumores malignos. Embora haja um registo na terceira e quarta décadas de vida, afetou principalmente pacientes em idades mais avançadas.

Foi observada forte predileção pelo género masculino (n=12). Neste grupo não se obteve grande diversidade de lesões sendo que a segunda entidade frequente foi o tumor das glândulas salivares – carcinoma mucoepidermoide, com 2 diagnósticos em pacientes de idade jovem.

Tabela 26 – Distribuição das lesões do grupo dos tumores malignos por estrato etário e género.

Diagnóstico	11 - 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		≥70		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Carcinoma de células escamosas	0	0	0	1	1	0	3	2	2	0	5	0	1	2	17
Carcinoma mucoepidermoide	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Carcinoma s.o.e.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2

Avaliando o número de tumores malignos diagnosticados por ano verifica-se um incremento do seu número a partir de 2005, com mais de metade das lesões diagnosticadas nos últimos 6 anos.

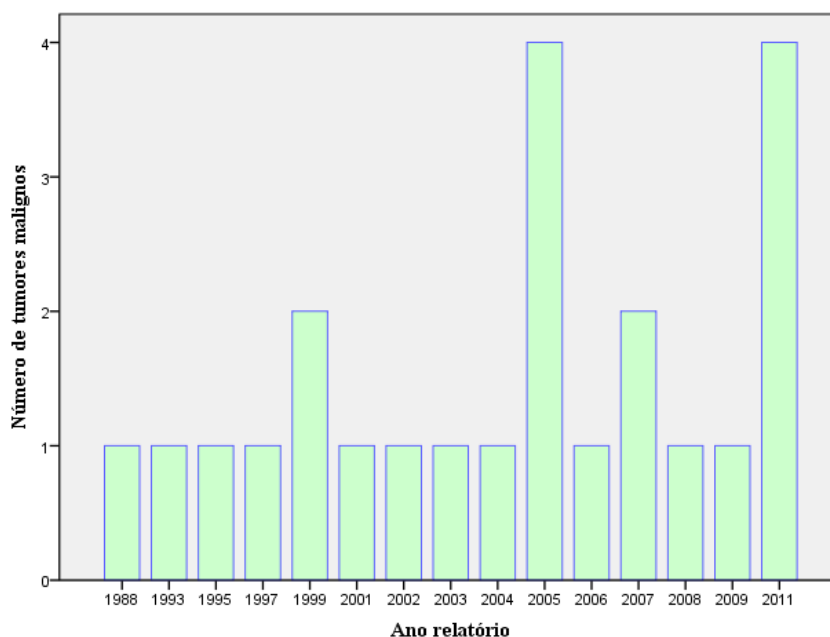


Figura 10 - Distribuição do número de tumores malignos diagnosticados por ano.

Dependendo da suspeita clínica, geralmente na requisição do estudo histológico o médico dentista solicita a confirmação da ausência de displasia.

Avaliando especificamente esta variável, constatamos que a maior parte dos exames histológicos não continham informação específica à displasia, resultados que podem ser sobreponíveis com “ausência de displasia”. Dois dos casos de displasia leve foram registados em pacientes com leucoplasia e os restantes na hiperplasia epitelial focal e líquen plano. O diagnóstico de displasia severa foi registado no grupo dos tumores malignos, correspondendo portanto a um carcinoma in situ.

Tabela 27 – Frequência absoluta e relativa dos diagnósticos com displasia.

	N	%
ausência de displasia	270	30,6%
displasia	21	2,4%
displasia leve	5	0,6%
displasia moderada	2	0,2%
displasia severa	1	0,1%
Sem informação	582	66,1%
Total	881	100,0%

A tabela 28, apresenta as entidades que fizeram parte do grupo “outras alterações”, verificamos que grande parte inclui diagnósticos sem significado patológico. Estas lesões estão identificadas mas não constituíram objeto de estudo estatístico.

Tabela 28 – Distribuição do grupo “outras alterações”.

Diagnóstico histológico									
Saco pericoronário	Folículo dentário	Mucosa do seio	Muco	Peça dentária malformada	Glândula salivar sem alteração	Tecido ósseo sem alteração	Coágulo	Polpa sem alteração	Tecido linfóide
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
13	3	1	1	1	1	2	1	1	2

Em resumo, a tabela seguinte apresenta as cinco entidades patológicas mais frequentes do total da amostra.

Tabela 29 – Distribuição das cinco lesões mais frequentes.

Lesão	N
Quisto apical radicular/lateral	105
Hiperplasia s.o.e.	64
Granuloma periapical	63
Fibroma	49
Líquen plano	47
Total	328

Concordância

Avaliando os resultados referentes ao diagnóstico clínico, observamos que em média cada relatório foi enviado com uma hipótese clínica para a lesão suspeita, sendo que o número máximo de hipóteses registadas por relatório foi quatro.

Tabela 30 – Média do número de diagnósticos clínicos por relatório.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Número de casos válidos	881	0	4	,94	,716

Conforme podemos visualizar na tabela que se segue, 22,7% dos relatórios não apresentavam qualquer sugestão clínica para a patologia em estudo, mas quando eram fornecidas hipóteses clínicas em 59,6% dos casos houve correspondência com o diagnóstico histopatológico. Obtiveram-se 114 diagnósticos (12,9%) discordantes.

Tabela 31 – Comparação do diagnóstico clínico com o diagnóstico histológico.

	N	%
Valid		
sem diagnóstico clínico	200	22,7%
concordante	525	59,6%
discordante	114	12,9%
diagnóstico histológico		
inconclusivo	42	4,8%
Total	881	100,0%

Através da aplicação do teste Binomial, conforme ilustrado na tabela 32, podemos concluir que os diagnósticos clínico e histológico são maioritariamente concordantes ($p < 0,001$), logo que há uma supremacia estatisticamente significativa dos diagnósticos concordantes em relação aos discordantes.

Tabela 32 – Teste Binomial.

	Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Concordância (S/N)	Group 1 Discordante	356	,40	,50	,000
	Group 2 Concordante	525	,60		
	Total	881	1,00		

A tabela 33, apresenta os casos válidos para estudo da concordância dicotomizada excluindo os diagnósticos inconclusivos e patologias agrupadas em “outras alterações”.

Tabela 33 – Casos válidos.

	Case Processing Summary					
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Grupo de patologias * Concordância (S/N)	813	100,0%	0	0,0%	813	100,0%

A aplicação do teste do Qui-quadrado teve como objetivo avaliar se determinado tipo de patologias tenderia a ter maior ou menor concordância. Através dos resultados podemos inferir que existe uma associação entre o tipo de patologias e a possibilidade de obter ou não concordância no diagnóstico ($p < 0,001$). Assim, as doenças da polpa e ápice dentário, as lesões proliferativas não neoplásicas, os tumores benignos e a patologia óssea benigna tendem a reproduzir diagnósticos discordantes.

Pelo contrário os quistos maxilares representam o grupo das patologias com maior grau de concordância, seguidos pelo grupos da patologia das glândulas salivares, patologia epitelial e doenças alérgicas e imunológicas.

Tabela 34 – Análise descritiva.

Grupo de patologias * Concordância (S/N) Crosstabulation				
		Concordância (S/N)		Total
		Discordante	Concordante	
Doenças da polpa e ápice dentário	Count	37	32	69
	Expected Count	25,6	43,4	69,0
	% within Grupo de patologias	53,6%	46,4%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	12,3%	6,3%	8,5%
	Adjusted Residual	3,0	-3,0	
Doenças periodontais	Count	2	6	8
	Expected Count	3,0	5,0	8,0
	% within Grupo de patologias	25,0%	75,0%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	0,7%	1,2%	1,0%
	Adjusted Residual	-,7	,7	
Doenças infecciosas	Count	1	2	3
	Expected Count	1,1	1,9	3,0
	% within Grupo de patologias	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	0,3%	0,4%	0,4%
	Adjusted Residual	-,1	,1	
Lesões físicas e químicas	Count	11	16	27
	Expected Count	10,0	17,0	27,0
	% within Grupo de patologias	40,7%	59,3%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	3,6%	3,1%	3,3%
	Adjusted Residual	,4	-,4	

	Count	19	36	55
Patologia epitelial	Expected Count	20,4	34,6	55,0
	% within Grupo de patologias	34,5%	65,5%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	6,3%	7,0%	6,8%
	Adjusted Residual	-,4	,4	
Lesões proliferativas não neoplásicas	Count	119	110	229
	Expected Count	85,1	143,9	229,0
	% within Grupo de patologias	52,0%	48,0%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	39,4%	21,5%	28,2%
Patologia das glândulas salivares	Adjusted Residual	5,5	-5,5	
	Count	12	38	50
	Expected Count	18,6	31,4	50,0
	% within Grupo de patologias	24,0%	76,0%	100,0%
Quistos maxilares	% within Concordância (S/N)	4,0%	7,4%	6,2%
	Adjusted Residual	-2,0	2,0	
	Count	48	206	254
	Expected Count	94,4	159,6	254,0
Tumores odontogénicos	% within Grupo de patologias	18,9%	81,1%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	15,9%	40,3%	31,2%
	Adjusted Residual	-7,3	7,3	
	Count	2	3	5
Tumores benignos	Expected Count	1,9	3,1	5,0
	% within Grupo de patologias	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	0,7%	0,6%	0,6%
	Adjusted Residual	,1	-,1	
Tumores malignos	Count	11	6	17
	Expected Count	6,3	10,7	17,0
	% within Grupo de patologias	64,7%	35,3%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	3,6%	1,2%	2,1%
Tumores benignos	Adjusted Residual	2,4	-2,4	
	Count	8	15	23
	Expected Count	8,5	14,5	23,0
	% within Grupo de patologias	34,8%	65,2%	100,0%
Tumores malignos	% within Concordância (S/N)	2,6%	2,9%	2,8%
	Adjusted Residual	-,2	,2	

Patologia óssea benigna	Count	17	5	22
	Expected Count	8,2	13,8	22,0
	% within Grupo de patologias	77,3%	22,7%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	5,6%	1,0%	2,7%
	Adjusted Residual	3,9	-3,9	
Doenças alérgica e imunológicas	Count	15	36	51
	Expected Count	18,9	32,1	51,0
	% within Grupo de patologias	29,4%	70,6%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	5,0%	7,0%	6,3%
	Adjusted Residual	-1,2	1,2	
Total	Count	302	511	813
	Expected Count	302,0	511,0	813,0
	% within Grupo de patologias	37,1%	62,9%	100,0%
	% within Concordância (S/N)	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 35 – Teste de independência do Qui-quadrado.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	92,405 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	94,850	12	,000
Linear-by-Linear Association	,394	1	,530
N of Valid Cases	813		

a. 5 cells (19,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,11.

Salienta-se que a intensidade da relação anteriormente descrita é medíocre, inferior a 32% contudo é fiável, em virtude de termos obtido um $p < 0,001$.

Tabela 36 – Teste de contingência.

Symmetric Measures		Value	Approx. Sig.
Nominal by Contingency		,319	,000
Nominal Coefficient			
N of Valid Cases		813	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A figura 11, complementa a tabela 34 e ilustra os grupos de patologia com maior e menor concordância entre diagnóstico clínico e histológico.

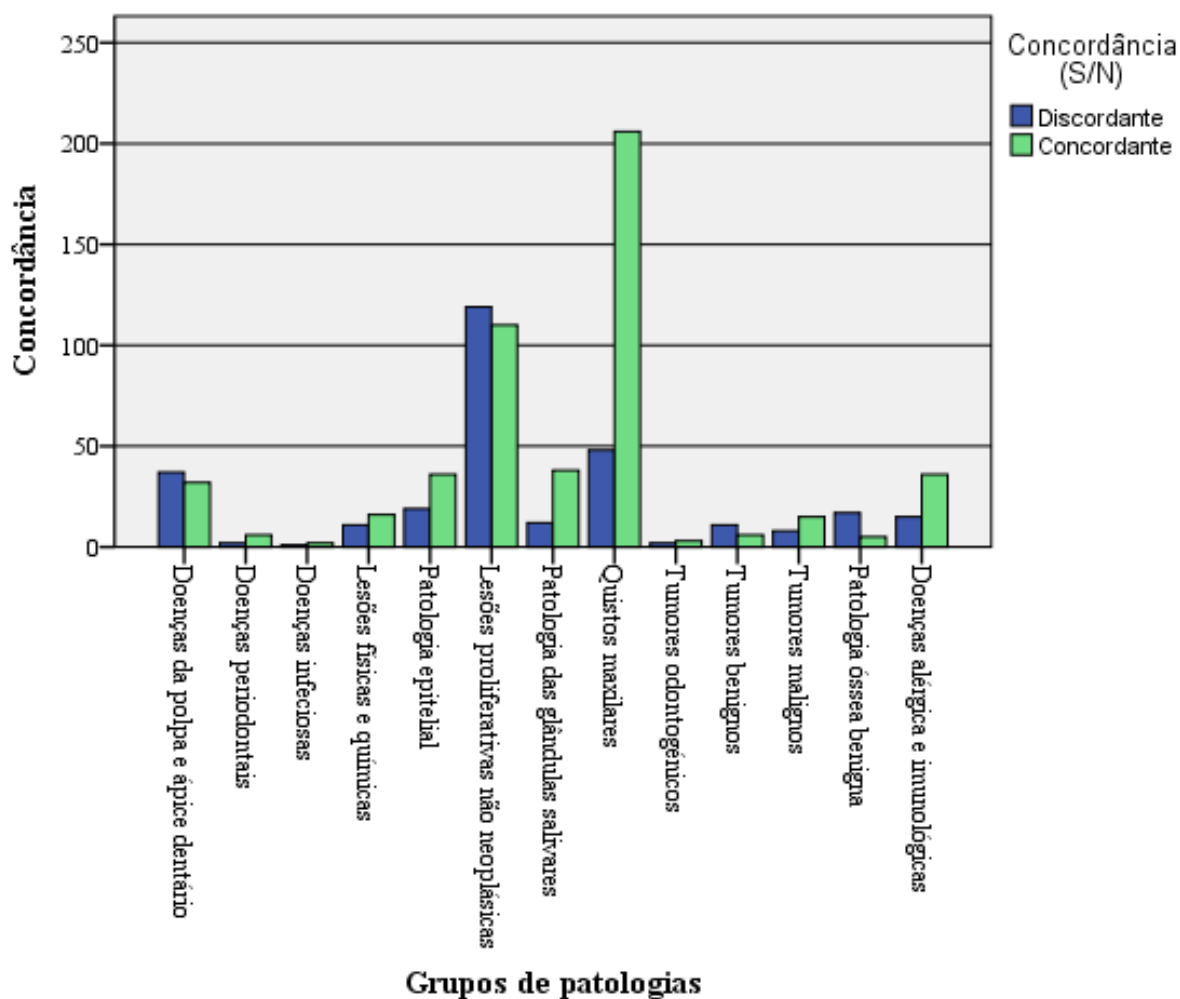


Figura 11 – Concordância diagnóstica nos grupos de patologias.

VI. Discussão

Embora se saiba que a biopsia representa um exame seguro, fácil e fiável, que conduz a um diagnóstico definitivo na grande maioria das vezes, com riscos mínimos e inferiores às consequências de um diagnóstico errado, é preciso desmistificá-la tanto para o médico dentista que muitas vezes tem receio em executá-la, como para o paciente, que muitas vezes a relaciona com lesões malignas.

Os estudos epidemiológicos desempenham um papel importante pois revelam a prevalência de inúmeras doenças e particularizam a sua distribuição dentro de características próprias do ambiente onde são realizados.

Neste estudo foi avaliada uma população específica pelo que os resultados obtidos não podem ser extrapolados para a população em geral, contudo a diversidade de patologias encontradas reforça a importância do conhecimento da epidemiologia a fim de criar métodos mais específicos de aprimorar o diagnóstico e consequentemente o tratamento.

Avaliando a distribuição de biopsias realizadas na FMDUP ao longo dos anos verifica-se que nos últimos 14 anos se registaram mais casos o que pode representar um aumento da incidência de lesões na cavidade oral e/ou um interesse crescente do médico dentista em valorizar o exame histológico.

A extensão da revisão bibliográfica efetuada foi limitada pelo número reduzido de estudos epidemiológicos que foquem a multiplicidade das lesões ósseas e dos tecidos moles, sendo que grande parte tem como critério de diagnóstico apenas o exame clínico. Constatamos que muitos estudos publicados em todo o mundo sobre esta temática são efetuados nas Faculdades de Medicina Dentária.

A falta de uniformidade na classificação das lesões e ausência de um protocolo padrão nos critérios de elaboração dos estudos são fatores que contribuem para a dificuldade na comparação dos resultados entre trabalhos diferentes.

Outras dificuldades encontradas durante a elaboração desta dissertação estão relacionadas com a compilação dos dados. A tentativa de completar a informação em falta nomeadamente nos exames mais antigos e a interpretação dos exames anátomo-patológicos devido à ausência de concordância entre dados ou resultados pouco esclarecedores, levaram à revisão detalhada de vários exames.

No estudo efetuado foram realizadas mais biopsias a pacientes do género feminino. Este resultado é similar ao apresentado por vários autores⁽³²⁻³⁵⁾. Esta variável destacou-se principalmente no grupo das doenças alérgicas e imunológicas, tumores benignos, lesões proliferativas não neoplásicas, doenças infecciosas e doenças periodontais. O género masculino foi mais afetado por tumores malignos, quistos e patologias das glândulas salivares.

A idade do diagnóstico é um parâmetro clínico importante quando se formula o diagnóstico diferencial de uma lesão pelo que é criticável o elevado número de exames histológicos em que não se registou esta informação. No presente estudo a maior parte da amostra incidiu sobre adultos com um pico de incidência entre os 31 a 40 anos.

As lesões que mais acometeram as crianças pertencem ao grupo dos tumores odontogénicos e patologias das glândulas salivares.

Estes dados demográficos foram semelhantes aos obtidos por Al-Mobeeriek e AIDosari e Jiménez et al.^(33, 36).

Em 2009, Wang et al.⁽³²⁾ avaliaram a incidência de lesões biopsadas em crianças asiáticas (0 - 14 anos) durante um período de 20 anos. Os resultados obtidos são semelhantes aos referidos no presente trabalho, uma vez que as lesões mais frequentes foram o extravasamento de muco, o quisto dentífero e o odontoma. Estes resultados são também similares aos documentados por Lima et al.,⁽³⁷⁾ que avaliaram 625 biopsias de pacientes pediátricos (0 – 14 anos) e as categorias de lesões com mais diagnósticos foram as das glândulas salivares e lesões quísticas.

Um estudo realizado na Tailândia, que incide sobre uma amostra de 1252 biopsias pertencentes à população pediátrica (≤ 16 anos) revela o quisto dentífero como a lesão mais frequente, seguido do mucocelo e ameloblastoma⁽³⁸⁾.

Quanto ao tipo de biopsia, os resultados da nossa investigação indicam que 48,24% dos diagnósticos foram obtidos por meio de biopsia excisional, o mesmo se observa nos estudos de Sixto-Requeijo et al.⁽³⁹⁾ e Fierro-Garibay et al.⁽⁴⁰⁾

As variáveis exame efetuado e necessidade de repetir a biopsia/exame complementar não são abordados nos estudos de outros autores pelo que não é possível estabelecer comparações.

No que diz respeito à localização anatómica verificamos que a grande percentagem de peças biopsadas provinha da maxila. Especificando as localizações observamos a elevada incidência de lesões intra-ósseas associadas a dentes o que está em consonância com o tipo de lesões mais frequentes em toda a amostra – os quistos maxilares.

A segunda localização mais frequente foi a mucosa jugal e gengiva, localizações diretamente relacionadas com o segundo grupo mais prevalente – lesões proliferativas não neoplásicas.

Os resultados referentes à localização são semelhantes aos documentados por Sixto-Requeijo et al.⁽³⁹⁾ e semelhantes em parte com os de Fierro-Garibay et al.⁽⁴⁰⁾ em que as lesões dos tecidos duros foram mais comuns na mandíbula e a nível de tecidos moles na mucosa jugal, rebordo alveolar e língua. Num estudo epidemiológico que avaliou a frequência de lesões orais na população idosa foram registados mais casos também na mandíbula com lesões predominantemente intra-ósseas. A nível dos tecidos moles afetaram sobretudo a mucosa jugal, lábio e palato⁽⁴¹⁾.

Neste estudo retrospectivo o quisto apical foi a lesão mais frequente, seguido da hiperplasia s.o.e., granuloma periapical, fibroma e líquen plano. Os resultados são, uma vez mais, semelhantes aos documentados por Fierro-Garibay et al. e Sixto-Requeijo et al., sendo que neste último estudo a leucoplasia ocupa o segundo lugar na tabela de frequências^(39, 40).

No estudo de Cabral et al.,⁽³⁾ o quisto apical também se revelou a patologia mais frequente, seguido da hiperplasia fibrosa reativa e granuloma periapical, mas a quarta e quinta posição pertencem ao quisto residual e dentígero. Ao contrário do registado no nosso estudo observaram mais diagnósticos de mucocelos e papiloma em relação ao líquen plano.

Salienta-se que o líquen plano é muitas vezes diagnosticado apenas com base na observação clínica, especialmente a forma reticular com as características estrias de Wickham em padrão rendilhado sob fundo eritematoso.

Resultados divergentes foram apresentados numa análise retrospectiva efetuada na Colômbia, de 9023 relatórios anátomo-patológicos. De acordo com os autores, a entidade patológica mais frequente foi o aumento fibroso por trauma (n=1011),

seguido da estomatite protética (n=668), quisto inflamatório radicular (n=411), granuloma piogénico (n=375) e carcinoma espinocelular (n=360).

É interessante realçar que o estudo abrangeu pacientes dos 1 aos 99 anos sendo que 79% corresponderam a adultos com idade média de 37,6 anos⁽³³⁾. Sugerimos que as diferenças encontradas em relação ao nosso estudo, possivelmente devem-se a fatores geográficos, climáticos, culturais e raciais.

Frequências diferentes são expostas por Mendez et al.,⁽⁴²⁾ que num estudo de 16831 casos válidos registaram como as cinco lesões mais frequentes a lesão inflamatória periapical (n=1932), o folículo dentário (n=719), o fibroma (n=216) e o mucocelo (n=185).

Quando interpretamos artigos cujo critério de diagnóstico se baseia na observação clínica e o estudo histológico é efetuado apenas em alguns pacientes, os resultados contrastam com os obtidos através da avaliação de diagnósticos com exames anátomo-patológicos mas são idênticos entre si. Assim, Castellanos e Díaz-Guzmán⁽⁴³⁾ Pentenero et al.⁽⁴⁴⁾ e Al-Mobeeriek e AlDosari,⁽³⁶⁾ em estudos realizados no México, Itália e Arábia Saudita estabeleceram o leucoedema, úlcera traumática, queratose friccional e grânulos de Fordyce como algumas das patologias mais frequentes.

Os resultados referentes aos grupos de patologias serão de seguida discutidos por ordem decrescente de frequência.

1. Quistos maxilares

Os dados evidenciam os quistos como o grupo mais frequente, representando 28,8% de todos os diagnósticos estudados. Numa visão geral, afetaram mais pacientes do género masculino e a sua distribuição foi mais marcada entre a terceira e quarta décadas de vida. Os quistos dentígeros foram mais frequentes em pacientes jovens enquanto que os quistos radiculares e quistos residuais parecem ser típicos de idades mais avançadas. Estes resultados são corroborados em parte por outros estudos e expressam as características etiopatogénicas de cada tipo de quisto⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾.

Os subtipos mais prevalentes foram o quisto apical, seguido do residual, dentígero e paradentário. A região dentária anterior da maxila foi a mais afetada.

Observa-se distinta prevalência dos quistos odontogénicos, nomeadamente os de natureza inflamatória, o que possivelmente indica que os pacientes não efetuam como deveriam, consultas de rotina e deixam evoluir lesões crónicas. Esta situação poderá estar diretamente relacionada com o facto destas lesões serem maioritariamente diagnosticadas em pacientes do género masculino (59,45%), o que reforça a ideia de que os pacientes do género feminino se preocupam mais com a sua saúde oral.

A prevalência do quisto residual alerta o médico dentista para a necessidade de aprimorar a curetagem cirúrgica após exodontia e avaliar com mais rigor as patologias periapicais e indicações da biopsia.

Os resultados expostos referentes a este grupo corroboram os obtidos por Cabral et al., Sixto-Requeijo et al., Monteiro et al., Nuñez -Urrutia et al., Açikgöz et al. e Sharifian e Khalili^(3, 39, 45, 49-51).

Os estudos que determinam a prevalência dos quistos maxilares odontogénicos são unânimes no que diz respeito à localização anatómica estabelecendo que na maxila são mais frequentes na região dentária anterior e na mandíbula na região dentária posterior^(45, 48, 52). A ocorrência de mais lesões na região anterior da maxila poderá estar relacionada com a maior exposição desta região a lesões de origem traumática. O pico de incidência varia entre os 20-50 anos e os quistos inflamatórios são mais prevalentes que os de desenvolvimento. No grupo dos inflamatórios o quisto apical é sempre o mais frequente seguido do residual. Nos quistos odontogénicos de desenvolvimento destacam-se o quisto dentífero e queratoquisto^(46, 47, 49).

2. Lesões proliferativas não neoplásicas

O segundo grupo mais frequente da nossa amostra obteve um total de 229 lesões diagnosticadas, incidências mais baixas foram registadas por Lima et al.⁽³⁷⁾ e mais altas por Carbone et al.⁽⁵³⁾.

Neste grupo estão inseridas as hiperplasias reacionais em resposta a irritação ou trauma local pelo que o fibroma foi aqui considerado uma vez que na maioria das

situações não representa uma neoplasia verdadeira, posicioná-lo no grupo dos tumores benignos levaria a um aumento indevido da prevalência do grupo.

A classificação deste grupo é a que gera mais controvérsia na literatura, há muitos autores que classificam estas lesões como tumores benignos e há também estudos em que são apresentadas designações diferentes que, no entanto, correspondem à mesma entidade histológica.

São lesões predominantes em adultos que registaram um pico de incidência entre os 31 e os 50 anos de idade. As localizações mais comuns foram a gengiva, mucosa jugal e lábio, observando-se pronunciada predileção pelo género feminino

As lesões de maior destaque foram a hiperplasia s.o.e., fibroma e epúlide.

Registaram-se 9 diagnósticos de granulomas periféricos de células gigantes, 6 granulomas piogénicos e 1 fibroma ossificante periférico que representa a lesão menos prevalente do grupo. Numa análise geral do grupo a literatura revela que o fibroma, hiperplasia fibrosa, pólipos fibro epiteliais, epúlide fibrosa são as lesões mais frequentes, com comprovada preferência pelo género feminino e registo de mais lesões entre os 30-50 anos^(34, 39, 41).

A elevada percentagem deste grupo reforça os resultados anteriormente discutidos, sendo o trauma um dos principais fatores etiológicos e tratando-se de lesões que usualmente não produzem sintomas a sua elevada frequência alerta para a negligência dos pacientes em relação à sua saúde oral, uma vez que estas lesões podem ser evitadas quando se efetua um tratamento atempado. Também indica que há uma grande parte da população com uma saúde oral deficitária uma vez que estas lesões estão muitas vezes associadas ao uso de próteses dentárias removíveis mal adaptadas ou inclusive a má higiene oral.

Está comprovada na literatura a predominância do granuloma piogénico de células gigantes no género feminino, possivelmente devido aos efeitos vasculares das hormonas femininas^(34, 54-56). À semelhança do observado no presente estudo, Al-Khateeb⁽³⁴⁾ regista a sua ocorrência sobretudo entre os 11- 50 anos e Torres-Domingo et al.⁽⁵⁵⁾ expõe uma idade média de 47 anos, Buchner et al.⁽⁵⁴⁾ registam maior número de patologias entre os 20 e 59 anos, por outro lado, Lima et al.⁽³⁷⁾ no estudo de pacientes pediátricos dos 0-14 apresenta esta lesão como a mais frequente do grupo.

No que diz respeito ao granuloma periférico de células gigantes, comprovada também a sua predominância no género feminino surgem diferenças em relação à

idade. No nosso estudo os diagnósticos distribuíram-se entre os 31 - 70 anos, resultado semelhante ao de Buchner et al.⁽⁵⁴⁾ mas oposto ao de Al-Khateeb⁽³⁴⁾ cuja frequência foi maior entre os 0 - 40 anos.

3. Doenças da polpa e ápice dentário

A terceira posição deste grupo na tabela de frequências é justificada pelo número de granulomas periapicais (n=55) responsável por 79,7% das lesões do grupo.

Sixto-Requeijo et al., agruparam o granuloma periapical (n=18) na “patologia dentária” representando 2,8% do total das 647 biópsias da amostra. Observaram mais lesões no género feminino mas não apresentam resultados em relação à idade nem localização dos granulomas diagnosticados⁽³⁹⁾. Omoregie et al.,⁽⁵⁷⁾ num estudo histológico de lesões periapicais associadas a dentes extraídos, constataram que as três patologias mais frequentes foram o abscesso periapical, granuloma pericapical e quisto periapical. Em consonância com o observado na presente dissertação, os granulomas foram mais frequentes entre os 21-30 anos mas ocorreram sobretudo em pacientes do género masculino.

A observação de mais granulomas periapicais na mandíbula contraria o observado por outros autores^(52, 58, 59). À semelhança dos quistos, na mandíbula afetaram sobretudo a região dentária posterior e na maxila foram mais frequentes na região dentária anterior mas em oposto ao quisto apical, ocorreram em maior número na região dentária posterior da mandíbula e não se observaram diferenças de predominância em relação ao género.

Em relação ao género os resultados de outros estudos divergem entre predominância do sexo feminino e incidências semelhantes em ambos os sexos^(52, 58, 59).

4. Patologia epitelial

Os resultados deste trabalho revelam que a patologia epitelial foi o quarto grupo com mais lesões (n=55), correspondendo a 6,2% do total de peças biopsadas.

Nesta categoria as lesões exibem ténue predilecção por pacientes do género feminino.

As lesões foram mais comuns no palato e mucosa jugal de adultos entre os 51 a 60 anos, com incidência baixa nas crianças. As duas lesões mais frequentes foram o papiloma e leucoplasia. A hiperplasia epitelial focal embora seja geralmente uma condição da infância, no presente estudo regista-se a sua ocorrência em pacientes entre os 21-30 anos e num paciente com mais de 70 anos.

O termo hiperplasia verrugosa refere-se muitas vezes a uma leucoplasia verrugosa que progrediu para uma proliferação papilar exofítica⁽³¹⁾. Foram registadas duas lesões em pacientes do sexo feminino entre os 41-60 anos. Estas condições raramente aparecem reportadas nos estudos epidemiológicos. À semelhança de outras investigações a verruga vulgar apresentou uma prevalência muito baixa^(39, 43).

As incidências em relação ao género não são unânimes, enquanto que no presente estudo o papiloma demonstrou leve predileção pelo género masculino e a leucoplasia pelo feminino, outros autores descrevem a sua frequência nitidamente marcada no género feminino⁽³⁹⁾. Por outro lado Pentenero et al, obtiveram mais diagnósticos de ambas as lesões no género masculino e na amostra de Castellanos e Díaz-Guzmán, constituída por 23785 pacientes Mexicanos o papiloma foi mais prevalente no género feminino e a leucoplasia no masculino^(43, 44). Abordando o estrato etário verificamos que o papiloma ocorreu em todos os estratos a partir da adolescência e a leucoplasia concentrou-se a partir dos 41 anos. Dentro deste grupo foram identificados um diagnóstico de displasia moderada e três casos de displasia leve nas lesões de leucoplasia e hiperplasia epitelial focal. A presença de displasia é geralmente reconhecida como um dos mais importantes preditores de desenvolvimento de malignidade⁽⁶⁰⁾. Por este motivo é importante o controlo periódico destas lesões.

5. Doenças alérgicas e imunológicas

Nesta categoria obtivemos 51 patologias com prevalência nula nas crianças e prevalência crescente a partir dos 21 anos de idade. Mais de metade dos casos foram biopsados na mucosa jugal e as mulheres foram sobejamente mais afetadas que os homens. Foram documentados 43 diagnósticos de líquen plano oral, com pico de incidência entre os 61-70 anos. O único pênfigo diagnosticado ocorreu num paciente do sexo feminino entre os 31-40 anos.

Na literatura, a lesão mais prevalente do grupo das doenças imunológicas é o líquen plano oral, sendo apresentado muitas vezes como uma das lesões mais frequentes do total da amostra ^(35, 39, 40). Outros estudos comprovaram a predominância em pacientes do género feminino ^(35, 39, 43, 44, 61-63).

Embora em minoria, há autores que relatam mais lesões com predominância considerável no género masculino ^(36, 64).

Avaliando especificamente um grupo de 550 pacientes, Bermejo-Fenoll et al.⁽⁶¹⁾, descreveram as características clinicopatológicas do líquen plano oral. As lesões foram maioritariamente diagnosticadas no género feminino (76,7% versus 23,3%), no entanto os autores verificaram que surgem mais cedo nos homens.

Segundo os mesmos, esta condição manifesta-se mais entre os 50-70 anos e atinge preferencialmente a mucosa jugal, gengiva e língua – em consonância com os nossos resultados.

Constatamos que apesar do nosso número de lesões de líquen plano não ser muito grande, obtivemos resultados suportados por estudos de grandes amostras.

Dois dos casos de líquen plano revelaram displasia epitelial, sendo que um correspondia ao mesmo paciente, que dois anos após diagnóstico histológico de líquen, numa nova biopsia revelou displasia leve o que alerta para o seu potencial de transformação maligna e conseqüente necessidade de monitorização ^(62, 63).

Através de dados recolhidos no Serviço de Patologia Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de São Paulo, foi efetuado um estudo comparativo entre dois grupos: um com idades menores de 60 anos com 15104 pacientes e outro com 60 ou mais anos com 2250 pacientes. Os autores verificaram que o grupo das patologias auto-imunes apresentou maior incidência nos pacientes com 60 anos ou mais sendo que o líquen plano foi a lesão mais representativa do grupo (61,29%), seguido do penfigóide (25,81%), pênfigo (11,29%) e eritema multiforme (1,61%) ⁽⁶⁵⁾.

6. Patologia das glândulas salivares

O grupo das patologias das glândulas salivares representou 5,7% de toda a amostra. A frequência relativa obtida no nosso estudo foi semelhante à divulgada por Sixto-Requeijo et al.,⁽³⁹⁾ (5,3%), ligeiramente inferior à obtida por Jones e Franklin⁽³⁵⁾ (7,1%), mas consideravelmente inferior à apresentada por Lima et al.⁽³⁷⁾ (19,36%) o que se justifica pelo facto do último estudo mencionado abranger apenas crianças até aos 16 anos.

Em conformidade com outros estudos, o mucocelo foi a patologia que mais se destacou^(33, 35, 37, 39, 42).

A baixa incidência de outras patologias pertencentes a este grupo como a sialoadenite, adenoma pleomórfico e Síndrome de Sjögren foi similar à descrita por Sixto-Requeijo et al.⁽³⁹⁾.

Verificamos que as patologias inflamatórias são raras nas crianças e adultos jovens.

Por outro lado, Jones e Franklin⁽³⁵⁾ relataram no seu estudo 303 adenomas pleomórficos representando o segundo tumor benigno mais frequente do total da amostra. Este foi o estudo que apresentou maior diversidade histológica no grupo das patologias das glândulas salivares, onde também se destacou a sialoadenite (n=867), síndrome de Sjögren (n=363) e sialolitíase (n=363). Evidenciamos que o estudo incidiu sobre 44007 espécimes analisados.

O facto de no presente estudo, não existirem amostras das glândulas salivares maiores condiciona os resultados obtidos neste grupo, nomeadamente a incidência de lesões como o adenoma pleomórfico que afeta maioritariamente a parótida⁽³¹⁾.

No diagnóstico das lesões deste grupo destaca-se o valor de outros exames complementares como a sialografia, cintilografia e ultrassonografia, sendo que este último representa um método diagnóstico de baixo custo, não invasivo e de rápida execução utilizado em muitas situações clínicas como primeiro exame complementar para avaliação das glândulas salivares⁽⁶⁶⁾.

7. Lesões físicas e químicas

Alguns dos diagnósticos deste grupo não se enquadravam em grupos nosológicos específicos, ficando agrupados em quadros descritos por exemplo como lesão traumática. Estas patologias, segundo descrição dos exames histológicos, correspondem a lesões de hiperqueratose e fibrose compatíveis com etiopatogenia traumática. Dos 27 diagnósticos formulados neste grupo, 59,3% afetaram o sexo feminino. As lesões foram mais frequentes entre os 31 a 50 anos de idade, com maior distribuição pela mucosa jugal, gengiva e língua, topografias que estão em consonância com os fatores etiológicos deste grupo. Foram identificados 8 lesões traumáticas, 7 úlceras traumáticas, 6 tatuagens de amálgama, 2 melanoses tabágicas, 1 pseudoquisto e 1 necrose pós-radiação. Incidências mais baixas foram observadas no estudo de Sixto-Requeijo et al.⁽³⁹⁾ e mais altas no de Jones e Franklin⁽³⁵⁾ mas em ambos se regista predileção pelo género feminino.

Nos artigos com base em observação clínica e análise histológica apenas em alguns pacientes, as úlceras traumáticas surgem como uma das lesões mais comuns de todas as amostras e em geral também afetam mais o género feminino^(36, 43, 44, 67).

A elevada prevalência destas lesões contrastam obviamente com os apresentado na presente investigação pelo facto da nossa avaliação se basear apenas em lesões com diagnósticos histológicos.

Grande parte das lesões ulcerativas identificadas correspondem a úlceras eosinófilas, também conhecidas como granuloma ulcerativo com eosinofilia estromal.

Reproduzem lesões de progressão rápida que podem persistir por semanas ou meses e muitas vezes apresentam bordos endurecidos. O seu diagnóstico estabelece-se sempre com estudo histológico e o carcinoma de células escamosas representa o principal diagnóstico diferencial⁽⁶⁸⁾.

9. Tumores malignos:

De acordo com a análise dos exames anátomo-patológicos foram diagnosticados 23 tumores malignos, ou seja 2,6% do total da amostra é representada por este grupo. Ocorreram essencialmente nos pacientes entre os 41 a 50 anos e dos 61 aos 70 anos, não se registando nenhum diagnóstico em crianças.

Observou-se um maior número de tumores no trígono retromolar seguido da mucosa jugal, pavimento da boca e língua em igual percentagem.

Segundo os registos oncológicos de base populacional, em Portugal a incidência do cancro oral é relativamente frequente e a sua taxa é mais elevada na região sul. Este registo, juntamente com os resultados obtidos no presente estudo, mostram forte correlação por pacientes do sexo masculino e o carcinoma de células escamosas como o tipo histológico mais frequente. Em relação à topografia os resultados não são concordantes com os da presente dissertação sendo que está publicado que a língua e lábio são as localizações com maior taxa de incidência⁽¹¹⁾.

Em 2007, Dias e Almeida⁽⁶⁹⁾ publicaram um estudo clínico e histológico de 365 pacientes com cancro oral diagnosticado entre 1997 e 1999. Os pacientes pertenciam ao Instituto Português de Oncologia em Lisboa. À semelhança do anteriormente descrito, os autores verificaram predileção pelo género masculino e a lesão mais frequente em 84,6% dos diagnósticos foi o carcinoma de células escamosas s.o.e.. A idade média do diagnóstico foi aos 62 anos e as localizações mais frequentes foram a língua, seguida do pavimento da boca, gengiva e trígono retromolar. Salientamos que os autores excluíram o cancro do lábio. A maior parte dos tumores (48,2%) foi diagnosticada em estados avançados (T3 e T4).

Incidências semelhantes às do nosso estudo foram encontradas por Sixto-Requeijo et al.⁽³⁹⁾, sendo que em relação ao género não encontraram diferenças de predominância. A publicação de Fierro-Garibay et al.⁽⁴⁰⁾ descreve apenas a prevalência de dois carcinomas de células escamosas durante um período de dois anos.

No estudo de Jones e Franklin⁽³⁵⁾ os tumores malignos representaram 5,4% de toda a amostra, apresentando uma grande diversidade com mais de 11 tipos histológicos diferentes, o carcinoma de células escamosas manteve-se a entidade patológica mais frequente com predileção pelo género masculino e a idade média de diagnóstico foi de 64,2 anos.

Num artigo publicado em 2010, através de uma análise dos diagnósticos histológicos de 1564 carcinomas de células escamosas os autores demonstram que o género masculino foi mais afetado com 74% dos diagnósticos histológicos. A nível do estrato etário os resultados também corroboram os obtidos no presente estudo com mais lesões registados entre os 41-70 anos, no entanto divergências são encontradas em relação às localizações anatómicas, sendo que a gengiva, pavimento e bordo lateral da língua foram as topografias mais afetadas ⁽⁷⁰⁾.

Quando comparamos os nossos resultados com outros estudos verificamos que são concordantes em relação ao género e estrato etário, as taxas de incidência são semelhantes aos dos estudos da Europa com um número de casos aproximado.

Por outro lado, num estudo realizado no Colégio de Medicina Dentária da Universidade de Sangli, na Índia, o cancro oral surge como a terceira lesão mais frequente. Também registaram elevado número de lesões pré-malignas como a fibrose da submucosa oral e leucoplasia, ambos mais prevalentes no género masculino. Os autores atribuíram esta incidência alarmante a fatores culturais, étnicos e geográficos. Trata-se de um país com elevado consumo de álcool e tabaco, com baixa ingestão de fruta e vegetais e onde a proporção médico dentista por habitantes é baixa ⁽⁶⁴⁾.

No presente trabalho, não foram registados muitos casos de tumores malignos possivelmente pela proximidade do Instituto Português de Oncologia do Porto, deduzimos que muitos casos de pacientes com suspeita de lesões clínicas de tumores malignos sejam diretamente encaminhados para essa instituição.

10 – Patologia óssea benigna

Neste grupo registou-se uma frequência relativa de 2,5%, igual taxa foi observada no estudo de Jones e Franklin ⁽³⁵⁾. A prevalência mais baixa deste grupo destacou-se no artigo de Sixto-Requeijo et al. ⁽³⁹⁾ (1,1%) e a mais alta foi registada no estudo de Lima et al. ⁽³⁷⁾ (4,8%). São poucos os estudos publicados que incidem sobre a totalidade das lesões do tecido mole e ósseo.

No presente trabalho a lesão mais prevalente dentro deste grupo foi o granuloma central de células gigantes com todos os diagnósticos registados no género masculino e com superior frequência entre os 11-20 anos. Estes resultados contrariam

os de Jones e Franklin em que a mesma lesão ocupou a quinta posição de frequência dentro do grupo da patologia óssea, com observação de mais lesões no género feminino e com uma idade média de diagnóstico de 39,9 anos. No mesmo estudo, em oposto ao verificado na presente dissertação, as lesões deste grupo afetaram mais o género feminino e patologias como osteíte, osteomielite e displasia fibrosa apresentaram grande número de casos⁽³⁵⁾.

No estudo de Lima et al.⁽³⁷⁾ o granuloma central de células gigantes surge como a lesão mais frequente do grupo da patologia óssea em pacientes dos 0-14 anos, por outro lado há um estudo que identifica a osteomielite como uma das patologias mais comuns, seguida do fibroma ossificante⁽³⁸⁾. Na bibliografia em estudo não se identificaram diagnósticos de osteosclerose idiopática, possivelmente por subsistir o consenso de não haver indicação clínica para remoção da lesão, sendo que o seu diagnóstico é efetuado por estudo clínico e radiográfico^(71, 72).

11 – Tumores benignos

Neste trabalho, os tumores benignos não obtiveram uma amostra muito significativa, dos 17 casos diagnosticados o tumor mais comum foi o hemangioma com o dobro de lesões nos pacientes do género feminino.

Al-Khateeb et al.,⁽³⁴⁾ com o objetivo de analisar a frequência e distribuição das várias lesões benignas em jordanianos, através da recolha de dados do Departamento de Patologia da Universidade de Ciência e Tecnologia da Jordânia, obteve uma amostra de 818 lesões dos tecidos moles. O autor concluiu que 60% da amostra pertencia a pacientes do género feminino e a idade média de diagnóstico foi 33 anos, resultados que estão em conformidade com os obtidos no nosso estudo. No entanto observam-se divergências no que se refere à distribuição das diversas lesões.

O hemangioma, lesão mais frequente, apresentou distribuição equilibrada entre os dois géneros e ocorreu principalmente nas crianças. O lipoma, à semelhança do observado por nós, ocorreu mais nos pacientes do género feminino no entanto o seu diagnóstico concentrou-se entre os 11-40 anos sem registos em idades mais avançadas o que contrasta com a distribuição dos 11 aos >70 anos conforme apresentado nas nossas tabelas.

Os resultados de prevalência são corroborados, em parte, pela descrição de Torres-Domingo et al.⁽⁵⁵⁾ em que a lesão mais frequente foi o hemangioma, seguido

do lipoma e linfangioma. O hemangioma e lipoma ocorreram principalmente no sexo masculino enquanto que o linfoma afetou apenas mulheres. A idade média de diagnóstico oscilou entre os 50-60 anos.

No presente trabalho não houve diagnóstico de tumores benignos na infância, o que contrasta com os 16 hemangiomas e 8 linfangiomas identificados no artigo de Wang et al. ⁽³²⁾.

Os grupos das doenças periodontais, doenças infecciosas e tumores odontogénicos perfazem 1,8% do total da amostra. A baixa prevalência das doenças periodontais e infecciosas pode ser entendida por se tratarem de lesões com maior facilidade de diagnóstico com base em parâmetros clínicos. Quanto ao grupo dos tumores odontogénicos, os artigos apresentam frequências relativas que variam desde 0,5% até 6,72% ^(33, 35, 37, 39). A baixa percentagem observada no nosso estudo poderá estar relacionada com a classificação adotada.

Concordância

A aplicação eficiente da histopatologia requer a correlação de resultados microscópicos com toda a informação disponível do diagnóstico clínico pois a construção de um diagnóstico final resulta da fusão das duas análises.

A avaliação da acurácia diagnóstica tem sido pouco estudada e consequentemente a habilidade e conhecimento dos médicos dentistas para estabelecer diagnósticos diferenciais.

Num estudo epidemiológico das lesões orais dos tecidos moles de pacientes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Otago na Nova Zelândia, os autores propuseram-se a avaliar a concordância do diagnóstico histológico com o diagnóstico clínico estabelecido pelo médico dentista generalista e pelo médico dentista especialista. Quando são considerados os diagnósticos efetuados por ambos os grupos foi obtido um nível de concordância de 50,6%. Analisando individualmente, médicos dentistas generalistas obtiveram níveis de concordância ligeiramente inferiores mas não significativamente diferentes dos obtidos pelos especialistas (49,4 % versus 51%). Foi na patologia das glândulas salivares que registaram maior concordância ⁽⁷³⁾.

Resultados idênticos foram obtidos por Infante e Romero de León⁽⁷⁴⁾, com 24,2% de exames sem diagnóstico clínico e 54,1% de concordância numa amostra de 2183 biopsias. A nível dos tecidos moles foi na patologia das glândulas salivares que se observou maior acuidade diagnóstica, nas lesões do tecido ósseo foram mais acurados nos quistos, resultados que corroboram os obtidos no presente estudo.

Num estudo anatomo-clínico de quistos maxilares, realizado em Portugal, os diagnósticos clínicos obtiveram uma confirmação histológica positiva em 83,2% dos diagnósticos. Foi nos quistos apicais que registaram maior percentagem de concordância (90,9%) porém tiveram mais dificuldade em diagnosticar corretamente os queratoquistos obtendo 53,8% de discordância⁽⁴⁵⁾.

No presente trabalho, verificamos que foi no grupo da patologia óssea benigna, doenças proliferativas não neoplásicas e doenças da polpa e ápice dentário que houve maior dificuldade em diagnosticar as lesões. Algumas lesões deste grupo têm aparência radiográfica e clínica muito semelhante, no entanto também representam grupos com importantes diagnósticos diferenciais. Os resultados obtidos reforçam a opinião de outros investigadores de que o diagnóstico diferencial de lesões periapicais não pode ser realizado unicamente com base na aparência radiológica nomeadamente a nível de dimensão da lesão e presença de lâmina dura, sendo necessário recorrer a estudo microscópico^(75, 76).

A não formulação de um diagnóstico clínico pode dificultar a realização do diagnóstico histológico, sendo de extrema importância a inter-relação entre médico dentista e anatomopatologista facilitando o diagnóstico e obtendo novos conhecimentos da patogenia e conseqüentemente do tratamento. A discussão dos casos clínicos com o anatomopatologista correlacionando as características clínicas e histopatológicas é de extrema valia na redução de diagnósticos duvidosos ou inconclusivos.

Salientamos que quando ocorre discordância nem sempre está relacionada com falha na selecção das hipóteses clínicas, muitas vezes a falta de representatividade da amostra, fixação inadequada ou manipulação incorrecta da amostra podem condicionar os resultados.

VII. Conclusões

Mediante a metodologia aplicada e resultados obtidos podemos concluir que:

- ▶ Observando a grande diversidade de diagnósticos a realização do exame histológico revela-se imprescindível.
- ▶ Os resultados deste estudo fornecem informações importantes e em falta sobre a prevalência das lesões orais diagnosticadas histologicamente nos pacientes da FMDUP, esta informação pode servir de base para futuros estudos de prevalência.
- ▶ Os pacientes do género feminino apresentam maior prevalência de lesões.
- ▶ As lesões ocorreram sobretudo em adultos entre os 21 e 60 anos, sendo raras durante a infância.
- ▶ A maior parte das lesões afeta a maxila.
- ▶ A nível dos tecidos moles, a mucosa jugal é o local mais suscetível para a ocorrência de lesões.
- ▶ As lesões diagnosticadas foram na sua maioria de natureza benigna.
- ▶ As categorias mais frequentes foram os quistos maxilares, lesões proliferativas não neoplásicas e doenças da polpa e ápice dentário, o que indica a predominância de condições crónicas versus lesões agudas.
- ▶ As lesões mais comuns foram o quisto apical, seguido da hiperplasia s.o.e. e granuloma periapical.
- ▶ O número de tumores malignos tem aumentado nos últimos 6 anos.
- ▶ Os alunos e/ou médicos dentistas da FMDUP fornecem na maioria dos exames hipóteses clínicas assertivas.
- ▶ Verifica-se uma percentagem importante de exames que não estavam corretamente preenchidos em relação à falta de dados sobre idade, localização,

tipo de biopsia e diagnóstico clínico, o que indica a necessidade de rever o protocolo clínico da realização das biopsias.

- O padrão de distribuição das lesões orais é similar ao observado noutros estudos. As divergências encontradas prendem-se com critérios de diagnóstico, metodologia selecionada, e condições socioeconómicas do país onde o estudo é efetuado.

Sugere-se que o objetivo de trabalhos futuros incida sobre os fatores de risco das lesões biopsadas na FMDUP e recomenda-se a introdução dos dados referentes a exames complementares e seus resultados num suporte informático.

Deste modo haverá mais facilidade e velocidade no acesso à informação, bem como menor número de exames com falta de dados.

Bibliografia

1. Furlanetto DL, Crighton A, Topping GV. Differences in methodologies of measuring the prevalence of oral mucosal lesions in children and adolescents. *Int J Paediatr Dent*. 2006 Jan;16(1):31-39.
2. Oliveira AG, Unfer B, Costa IC, Arcieri RM, Guimarães LO, Saliba NA. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Rev. Bras. Epidemiol*. 1998;1(2):178-189.
3. Cabral CT, Ramalhão J, Mesquita P, David L, Felino A. Análise retrospectiva de 724 biópsias da cavidade oral. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2000;41(4):169-175.
4. Caubi AF, Xavier RLF, Lima Filho MA, Chalegre JF. Biópsia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. 2004;4(1):39-46.
5. Mota-Ramírez A, Silvestre FJ, Simó JM. Oral biopsy in dental practice. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007 Dec;12(7):504-510.
6. Ellis E. Princípios de diagnóstico diferencial e biópsia. In: Peterson J, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.487-507.
7. Melrose RJ, Handlers JP, Kerpel S, Summerlin DJ, Tomich CJ. The use of biopsy in dental practice: the position of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Gen Dent*. 2007;55(5):457-61.
8. Logan RM, Goss AN. Biopsy of the oral mucosa and use of histopathology services. *Aust Dent J*. 2010 Jun;55(1) :9-13.
9. Poh CF, Ng S, Berean KW, Williams PM, Rosin MP, Zhang L. Biopsy and histopathologic diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. *J Can Dent Assoc*. 2008 Apr;74(3):283-288.
10. Chiapasco M, Rossi A. Tumores benignos de la cavidad oral. In: *Cirugía Oral Texto y atlas en color*. 1ªed. Barcelona:Masson;2004.251-255.
11. Santos LL, Teixeira LM. *Oncologia Oral*. 1ª ed.Porto: Lidel; 2011.
12. Eversole LR. Laser artifacts and diagnostic biopsy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997 Jun;83(6):639-640.
13. Seoane J, Caballero L, Urizar JM, Almagro M, Mosquera AG, Varela-Centelles P. Pseudodysplastic epithelial artefacts associated with oral mucosa CO2 laser excision: an assessment of margin status. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010 Aug;39(8):783-787.
14. Thomson PJ, Wylie J. Interventional laser surgery: an effective surgical and diagnostic tool in oral precancer management. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002 Apr;31(2):145-153.

15. González-Mosquera A, Seoane J, García-Caballero L, López-Jornet P, García-Caballero T, Varela-Centelles P. Er,CR:YSGG lasers induce fewer dysplastic-like epithelial artefacts than CO(2) lasers: an in vivo experimental study on oral mucosa. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012;50(6):508-512.
16. Angiero F, Parma L, Crippa R, Benedicenti S. Diode laser (808 nm) applied to oral soft tissue lesions: a retrospective study to assess histopathological diagnosis and evaluate physical damage. *Lasers Med Sci.* 2012 Mar;27(2):383-388.
17. Olivier RJ, Sloan P, Pemberton MN. Oral biopsies: methods and applications. *British Dental Journal.* 2004;196(6):329-333.
18. Lucena EES, Miranda AM, Araújo FAC, Galvão CA, Costa de Medeiros AM. Método de coleta e a qualidade do esfregaço da mucosa oral. *Rev Cir, Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2011;11(2):55-62.
19. Bhoopathi V, Kabani S, Mascarelhas AK. Low positive predictive value of the oral brush biopsy in detecting dysplastic oral lesions. *Cancer.* 2009 Mar 1;115(5):1036-1040.
20. Dolens ED, Nakai FV, Santos Parizi JL, Alborghetti Nai G. Cytopathology: a useful technique for diagnosing oral lesion? a systematic literature review. *Diagnostic Cytopathology.* 2012;30.
21. Hayama FH, Motta ACF, Silva AP, Migliari DA. Liquid-based preparations versus conventional cytology: specimen adequacy and diagnostic agreement in oral lesions. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005 Mar-Apr;10(2):115-122.
22. Acha A, Ruesga MT, Rodriguez MJ, Martínez de Pancorbo MA. Applications of the oral scraped (exfoliative) cytology in oral cancer and precancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005 Mar-Apr;10(2):95-102.
23. Seijas-Naya F, García-Carnicero T, Gándara-Vila P, Couso-Folgueiras E, Pérez-Sayáns M, García-García A, et al. Applications of OralCDx(R) methodology in the diagnosis of oral leukoplakia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012 Jan;17(1):5-9.
24. Rodríguez MD. *Cirugía Bucal Patología y Técnica.* 3ª ed: Masson; 2005.
25. Nanda KD, Metha A, Nanda J. Fine-needle aspiration cytology: a reliable tool in the diagnosis of salivary glands lesions. *Journal of Oral Pathology & Medicine.* 2012;41:106-112.
26. Fulciniti F, Califano L, Zupi A, Vetrani A. Accuracy of fine needle aspiration biopsy in head and neck tumors. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997 Oct;55(10):1094-1097.
27. Candido dos Santos AP, Sugaya NN, Pinto Junior DC, Lemos CA. Fine needle aspiration biopsy in the oral cavity and head and neck region. *Braz Oral Res.* 2011;25(2):186-191.
28. Gandhi S, Lata J, Gandhi N. Fine needle aspiration cytology: a diagnostic aid for oral lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Jun;69(6):1668-1677.

- 29.** Ali FM, Prasant MC, Patil A, Ahere V, Tahasildar S, Patil K, et al. Oral biopsy in general dental practice: a review. *International Journal of Medicine and Public health*. 2012;2(1):3-6.
- 30.** Seoane J, Varela-Centelles PI, Ramírez JR, Cameselle-Teijeiro J, Romero MA. Artefacts in oral incisional biopsies in general dental practice: a pathology audit. *Oral Dis*. 2004 Mar;10(2):113-117.
- 31.** Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ªed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- 32.** Wang YL, Chang HH, Chang JYF, Huang GF, Guo MK. Retrospective Survey of Biopsied Oral Lesions in Pediatric Patients. *J Formos Med Assoc*. 2009;108(11):862-871.
- 33.** Jiménez RG, Díaz AL. Análisis retrospectivo de 9.023 informes de patología bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.1972-2003. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. 2006;17(2):19-25.
- 34.** Al-Khateeb TH. Benign Oral Masses in a Northern Jordanian Population-a Retrospective Study. *Open Dent J*. 2009;3:147-153.
- 35.** Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *J Oral Pathol Med*. 2006;35:392-401.
- 36.** Al-Mobeeriek A, AlDosari AM. Prevalence of oral lesions among Saudi dental patients. *Ann Saudi Med*. 2009 Sep-Oct;29(5):365-368.
- 37.** Lima GDA, Fontes ST, Araújo LM, Etges A, Tarquinio SB, Gomes AP. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children.A single-center retrospective study of 20 years in Pelotas - Brazil. *J Appl Oral Sci*. 2008;16(6):387-402.
- 38.** Dhanuthai K, Barai M, Limpanaputtajak S. A retrospective study of paediatric oral lesions from Thailand. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2007;17:248-253.
- 39.** Sixto-Requeijo R, Diniz-Freitas M, Torreira-Lourenzo JC, García-García A, Gándara-Rey M. An analysis of oral biopsies extracted from 1995 to 2009, in a oral medicine and surgery unit in Galicia (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(1):16-22.
- 40.** Fierro-Garibay C, Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Prevalence of biopsied oral lesions in a Department of Oral Surgery (2007-2009). *Clin Exp Dent*. 2011;3(2):73-77.
- 41.** Carvalho Mde V, Iglesias DP, do Nascimento GJ, Sobral AP. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology*. 2011 Jun;28(2):111-115.
- 42.** Mendez M, Carrard VC, Haas AN, Lauxen Ida S, Barbachan JJ, Rados PV, et al. A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features. *Braz Oral Res*. 2012 May-Jun;26(3):235-241.

- 43.** Castellanos JL, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008 Jan;105(1):79-85.
- 44.** Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis.* 2008 May;14(4):356-366.
- 45.** Monteiro L, de la Peña J, Paiva A, Bento MJ, Barbas do Amaral J. Estudo anatomo-clínico de quistos maxilares. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* 2004:23-32.
- 46.** El Gehani R, Krishann B, Orafi H. The prevalence of inflammatory and developmental Odontogenic cysts in a Libyan population. *Libyan J Med.* 2008;3(2):75-77.
- 47.** Souza LB, Górdon-Núñez MA, Nonaka CF, Medeiros MC, Torres TF, Emiliano GB. Odontogenic cysts: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;1(15):583-590.
- 48.** Bataineh AB, Rawashdeh MA, Al Qudah MA. The prevalence of inflammatory and developmental odontogenic cysts in a Jordanian population: a clinicopathologic study. *Quintessence Int.* 2004 Nov-Dec;35(10):815-819.
- 49.** Núñez-Urrutia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010 Sep;15(5):767-773.
- 50.** Açikgoz A, Uzun-Bulut E, Ozden B, Gunduz K. Prevalence and distribution of odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012 Jan;17(1):108-115.
- 51.** Sharifian MJ, Khalili M. Odontogenic cysts: a retrospective study of 1227 cases in an Iranian population from 1987 to 2007. *J Oral Sci.* 2011 Sep;53(3):361-367.
- 52.** Koivisto T, Bowles WR, Rohrer M. Frequency and distribution of radiolucent jaw lesions: a retrospective analysis of 9,723 cases. *J Endod.* 2012 Jun;38(6):729-732.
- 53.** Carbone M, Broccoletti R, Gambino A, Carrozzo M, Tanteri C, Calogiuri PL, et al. Clinical and histological features of gingival lesions: A 17-year retrospective analysis in a northern Italian population *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012;17(4):555-561.
- 54.** Buchner A, Shnaiderman-Shapiro A, Vered M. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Israel. *J Oral Pathol Med.* 2010 Sep;39(8):631-638.
- 55.** Torres - Domingo S, Bagán JV, Jiménez Y, Poveda R, Murillo J, Díaz JM, et al. Benign tumours of the oral mucosa: a study of 300 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(3):161-166.
- 56.** Zarei MR, Chamani G, Amanpoor S. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman province, Iran: a review of 172 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Jun;45(4):288-292.

57. Omoregie FO, Ojo MA, Saheeb BDO, Odukoya O. Periapical granuloma of extracted teeth. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2012;14(3):293-296.
58. Lin HP, Chen HM, Yu CH, Kuo RC, Kuo YS, Wang YP. Clinicopathological Study of 252 Jaw Bone Periapical Lesions From a Private Pathology Laboratory. *J Formos Med Assoc*. 2010;109(11):810-818.
59. Becconsall-Ryan K, Tong D, Love RM. Radiolucent inflammatory jaw lesions: a twenty-year analysis. *Int Endod J*. 2010 Oct;43(10):859-865.
60. Pereira Jdos S, Carvalho Mde V, Henriques AC, de Queiroz Camara TH, Miguel MC, Freitas Rde A. Epidemiology and correlation of the clinicopathological features in oral epithelial dysplasia: analysis of 173 cases. *Ann Diagn Pathol*. 2011 Apr;15(2):98-102.
61. Bermejo-Fenoll A, Sánchez-Siles M, López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Salazar-Sánchez N. A retrospective clinicopathological study of 550 patients with oral lichen planus in south-eastern Spain. *J Oral Pathol Med*. 2010;39:491-496.
62. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2002 Feb;46(2):207-214.
63. Mignona MD, Lo Russo L, Fedele S, Ruoppo E, Califano L, Lo Muzio L. Clinical behaviour of malignant transforming oral lichen planus. *EJSO*. 2002;28:838-843.
64. Byakodi R, Shipurkar A, Byakodi S, Marathe K. Prevalence of oral soft tissue lesions in Sangli, India. *J Community Health*. 2011;36(5):756-759.
65. Corrêa L, Frigerio ML, Sousa SCOM, Novelli MD. Oral lesions in elderly population: a biopsy survey using 2250 histopathological records. *The Gerodontology*. 2006;23:48-54.
66. Gritzmann N, Rettenbacher T, Hollerweger A, Macheiner P, Hubner E. Sonography of the salivary glands. *Eur Radiol*. 2003 May;13(5):964-975.
67. Cebeci AR, Gulsahi A, Kamburoglu K, Orhan BK, Oztas B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Jun;14(6):272-277.
68. Vera-Sirera B, Delhom-Valero J, Ruíz de La Hermosa MC, Vera-Sempere F. Úlcera eosinofílica lingual: un reto diagnóstico de patogénesis controvertida. *Rev Esp Cir Oral Maxillofac*. 2011.
69. Dias GS, Almeida AP. A histological and clinical study on oral cancer: descriptive analyses of 365 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007 Dec;12(7):474-478.
70. Marocchio LS, Lima J, Sperandio FF, Correa L, de Sousa SO. Oral squamous cell carcinoma: an analysis of 1,564 cases showing advances in early detection. *J Oral Sci*. 2010 Jun;52(2):267-273.
71. Yonetsu K, Yuasa K, Kanda S. Idiopathic osteosclerosis of the jaws: panoramic radiographic and computed tomographic findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997 Apr;83(4):517-521.

- 72.** Halse A, Molven O. Idiopathic osteosclerosis of the jaws followed through a period of 20-27 years. *Int Endod J.* 2002 Sep;35(9):747-751.
- 73.** Patel KJ, De Silva HL, Tong DC, Love RM. Concordance between clinical and histopathologic diagnoses of oral mucosal lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Jan;69(1):125-133.
- 74.** Infante RS, Romero de León E. Proporción de concordancia entre los diagnósticos clínico e histopatológico bucofaciales durante 20 años. *Revista Cubana de Estomatología.* 2011;48(2):129-135.
- 75.** Ricucci D, Mannocci F, Ford TR. A study of periapical lesions correlating the presence of a radiopaque lamina with histological findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006 Mar;101(3):389-394.
- 76.** Carrillo C, Penarrocha M, Ortega B, Martí E, Bagán JV, Vera F. Correlation of radiographic size and the presence of radiopaque lamina with histological findings in 70 periapical lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66:1600-1605.

Índice de figuras

Figura 1 e 2 - Biopsia excisional de mucocele na mucosa jugal direita. Caso clínico do VI Mestrado em Cirurgia Oral.	8
Figura 3 e 4 - Biopsia incisional de líquen plano na mucosa oral, em lingual do 3º quadrante. Caso clínico do VI Mestrado em Cirurgia Oral.	8
Figura 5 - Distribuição dos pacientes por género.	25
Figura 6 - Distribuição do tipo de biopsia.	26
Figura 7 - Distribuição do número de biopsias efetuadas por ano.	28
Figura 8 - Distribuição das amostras biopsadas segundo a localização maxilar.	29
Figura 9 - Distribuição das localizações das amostras biopsadas nos tecidos duros e moles.	29
Figura 10 - Distribuição do número de tumores malignos diagnosticados por ano.	46
Figura 11 - Concordância diagnóstica nos grupos de patologias.	53

Índice de tabelas

Tabela 1 - Divisão da idade por estrato etário.	20
Tabela 2 - Grupos de patologias adotados no estudo.	22
Tabela 3 - Distribuição do número de pacientes por estrato etário.	26
Tabela 4 - Exame efectuado.	27
Tabela 5 - Necessidade de repetir biopsia/exame complementar.	27
Tabela 6 - Distribuição das lesões diagnosticadas agrupadas por categorias, considerando o seu número e frequência relativa.	30
Tabela 7 - Distribuição das lesões diagnosticadas agrupadas por categorias e proporção segundo o género.	31
Tabela 8 - Distribuição das lesões diagnosticadas agrupadas por categorias e proporção segundo estrato etário.	33
Tabela 9 - Distribuição das lesões diagnosticadas agrupadas por categorias segundo a localização anatómica.	35
Tabela 10 - Distribuição das lesões do grupo das doenças da polpa e ápice dentário por estrato etário e género.	36
Tabela 11 - Distribuição do granuloma periapical segundo a localização anatómica.	36
Tabela 12 - Distribuição das lesões do grupo das doenças periodontais por estrato etário e género.	37
Tabela 13 - Distribuição das lesões do grupo das doenças infecciosas por estrato etário e género.	37
Tabela 14 - Distribuição das lesões do grupo lesões físicas e químicas e por estrato etário e género.	38
Tabela 15 - Distribuição das lesões do grupo da patologia epitelial por estrato etário e género.	38
Tabela 16 - Distribuição das lesões proliferativas não neoplásicas por estrato etário e género.	39
Tabela 17 - Distribuição das lesões do grupo das patologias das glândulas salivares por estrato etário e género.	40
Tabela 18 - Distribuição do grupo dos quistos maxilares por estrato etário e género.	41

Tabela 19 - Distribuição dos quistos diagnosticados considerando o seu número e frequências relativa.	42
Tabela 20 - Distribuição dos quistos odontogénicos de acordo com os diferentes subtipos.	42
Tabela 21 - Distribuição dos quistos maxilares segundo a localização anatómica.	43
Tabela 22 - Distribuição das lesões do grupo dos tumores benignos por estrato etário e género.	43
Tabela 23 - Distribuição das lesões do grupo das doenças alérgicas e imunológicas por estrato etário e género.	44
Tabela 24 - Distribuição das lesões do grupo da patologia óssea benigna por estrato etário e género.	45
Tabela 25 - Distribuição das lesões do grupo dos tumores odontogénicos por estrato etário e género.	45
Tabela 26 - Distribuição das lesões dos grupos dos tumores malignos por estrato etário e género.	46
Tabela 27 - Frequência absoluta e relativa dos diagnósticos com displasia.	47
Tabela 28 - Distribuição do grupo “outras alterações”.	47
Tabela 29 - Distribuição das cinco lesões mais frequentes.	48
Tabela 30 - Média do número de diagnósticos clínicos por relatório.	48
Tabela 31 - Comparação do diagnóstico clínico com o diagnóstico histológico.	49
Tabela 32 - Teste Binomial.	49
Tabela 33 - Casos válidos.	49
Tabela 34 - Análise descritiva.	50
Tabela 35 - Teste de independência do Qui-quadrado.	52
Tabela 36 - Teste de contingência.	53

Anexos

Anexo 1 – Aprovação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.



Exma. Senhora
Dra. Bruna Alexandra Gonçalves Gomes Estevinho
Estudante do Curso de Mestrado em
Cirurgia Oral da Faculdade de Medicina Dentária
da U. Porto

00978

- 9 NOV. 2011

Assunto: Avaliação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto do projeto de investigação subordinado ao tema: “Levantamento retrospectivo dos relatórios anátomo-patológicos solicitados pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto desde 1985 até 2011”.

Informo V.Exa. que o projeto supra citado foi:

- Aprovado.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética

António Felino
(Professor Catedrático)

Anexo 2 - Exemplo de exame histológico.



Laboratório de Anatomia Patológica

Exame histológico n.º 184912

Requisitado pelo E.S.M.D.P.

Para

Natureza da peça: Biopsia de lesão ulcerada da mucosa jugal.

O exame histológico mostra carcinoma pavimentoso es-
pino celular, com focos de queratinização. Observa-se ainda
intenso infiltrado linfoide intra-tumoral e a neoplasia
envolve, nos cortes estudados, a fronteira com uma glândula
salivar mucosa e com o tecido muscular.

Conclusão: Carcinoma pavimentoso espinocelular da
mucosa jugal.

Porto, 7 de Março de 1988

Leonor David
(Dr^ª Leonor David)

Anexo 3 – Grupos de patologias

Grupos de patologias	Lesões
1. Doenças da polpa e ápice dentário	<ul style="list-style-type: none"> • Granuloma periapical • Abscesso dentário • Pólipo pulpar, • Calcificação pulpar
2. Doenças periodontais	<ul style="list-style-type: none"> • Gengivite • Gengivite hiperplásica • Gengivite por corpo estranho • Hiperplasia gengival associada fármacos • Fibromatose gengival
3. Doenças infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Víricas</u> • <u>Bacterianas</u> • <u>Fúngicas</u>: candidíase
4. Lesões físicas e químicas	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras traumáticas • Tatuagem por amálgama e outras pigmentações exógenas • Melanose tabágica • Pseudoquistos • Lesão traumática • Necrose pós-radiação
5. Patologia epitelial	<ul style="list-style-type: none"> • Papiloma • Verruga vulgar • Mácula melanótica oral • Nevo • Hiperplasia epitelial focal • Hiperplasia verrugosa • Displasia • Leucoplasia
6. Lesões proliferativas não neoplásicas	<ul style="list-style-type: none"> • Fibroma • Epúlide • Hiperplasia papilar inflamatória • Granuloma piogénico • Granuloma periférico de células gigantes • Fibroma ossificante periférico • Inflamação inespecífica • Fibrose cicatricial • Hiperplasia s.o.e. • Doença de Fordyce
7. Patologias das glândulas salivares	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Inflamatórias</u>: sialolitíase, sialoadenite , inespecíficas • <u>Hiperplasia e hipertrofia</u>: hiperplasia adenomatoide das glândulas salivares menores • <u>Quísticas</u>: mucocelo, quisto do canal salivar • Síndrome de Sjögren • Adenoma pleomórfico • s.o.e.

	Epiteliais		
	1- Odontogénicos		2- Não odontogénicos
	1-Desenvolvimento	2-Inflamatórios	
8. Quistos maxilares	<ul style="list-style-type: none"> • Quisto dentífero • Quisto odontogénico glandular • Quisto odontogénico calcificante • Queratoquisto odontogénico 	<ul style="list-style-type: none"> • Apical radicular/lateral • Residual • Quisto paradentário 	<ul style="list-style-type: none"> • Quisto nasopalatino • Quisto dermóide • Quisto globulomaxilar
9. Tumores odontogénicos	<ul style="list-style-type: none"> • Odontoma :composto e complexo • Fibroma odontogénico 		
10. Tumores benignos	<ul style="list-style-type: none"> • Miofibroma • Lipoma • Neurilemoma (Schwannoma) • Hemangioma • Linfangioma 		
11. Tumores malignos	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma de células escamosas • Carcinoma mucoepidermoide • Carcinoma s.o.e. 		
12. Patologia óssea benigna	<ul style="list-style-type: none"> • Osteíte • Osteomielite • Osteosclerose idiopática • Osteoma • Granuloma central de células gigantes • Quisto ósseo • Displasia fibrosa • Fibroma ossificante • Patologia óssea s.o.e. 		
13. Doenças alérgicas e imunológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Pênfigo • Líquen plano/lesão liquenóide • Reação da mucosa à administração de medicamentos sistémicos • Queilite granulomatosa 		
14. Outras alterações	<ul style="list-style-type: none"> • Saco pericoronário • Foliculo dentário • Mucosa do seio • Muco • Peça dentária malformada • Glândula salivar sem alteração • Tecido ósseo sem alteração • Coágulo • Polpa sem alterações • Tecido linfóide 		

Anexo 4 – Análise estatística efectuada no programa SPSS® 20.0

Género			
	Count	Table Valid N %	Table N %
Feminino	468	54,15%	54,04%
Masculino	396	45,83%	45,73%
Sem registo	2	0,00%	0,23%
Total	866	100,00%	100,00%

Tipo de biopsia				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Incisional	60	6,8	6,8	6,8
Valid Excisional	425	48,2	48,2	55,1
Valid Sem informação	396	44,9	44,9	100,0
Total	881	100,0	100,0	

Exame requisitado/Exame efetuado				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Histológico	854	97,4	97,4	97,4
Valid Citologia aspirativa	11	1,3	1,3	98,6
Valid Estudo imunocitoquímico	10	1,1	1,1	99,8
Valid Imunofluorescência direta com anticorpos	2	,2	,2	100,0
Total	877	100,0	100,0	

Estrato etário

	Count	Table Valid N %	Table N %
< =10 anos	19	2,43%	2,19%
11 - 20 anos	83	10,60%	9,58%
21 - 30 anos	137	17,50%	15,82%
31 - 40 anos	155	19,79%	17,91%
41 - 50 anos	135	17,24%	15,59%
Estrato etário 51 - 60 anos	118	15,07%	13,63%
61 - 70 anos	88	11,24%	10,16%
> 70 anos	48	6,13%	5,54%
Sem registo	83	0,00%	9,58%
Total	866	100,00%	100,00%

Ano relatório			
	Count	Table Valid N %	Table N %
1985	10	1,2%	1,2%
1986	35	4,1%	4,0%
1987	12	1,4%	1,4%
1988	11	1,3%	1,3%
1989	12	1,4%	1,4%
1990	6	0,7%	0,7%
1991	21	2,4%	2,4%
1992	28	3,3%	3,2%
1993	27	3,1%	3,1%
1994	40	4,6%	4,6%
1995	44	5,1%	5,1%
1996	29	3,4%	3,3%
1997	22	2,6%	2,5%
1998	26	3,0%	3,0%
Ano relatório 1999	58	6,7%	6,7%
2000	72	8,4%	8,3%
2001	20	2,3%	2,3%
2002	30	3,5%	3,5%
2003	49	5,7%	5,7%
2004	40	4,6%	4,6%
2005	39	4,5%	4,5%
2006	38	4,4%	4,4%
2007	45	5,2%	5,2%
2008	27	3,1%	3,1%
2009	47	5,5%	5,4%
2010	29	3,4%	3,3%
2011	44	5,1%	5,1%
Sem informação	5	0,0%	0,6%
Total	866	100,0%	100,0%

Localização anatômica

	Count	Table Valid N %	Table N %
Lesões ósseas s.o.e.	12	1,39%	1,36%
Lesões ósseas associadas a dente	373	43,27%	42,34%
Lesões ósseas não associadas a dente	12	1,39%	1,36%
Subtotal	397	46,06%	45,06%
Lesões dos tecidos moles s.o.e.	46	5,34%	5,22%
Lábio	75	8,70%	8,51%
Mucosa jugal	122	14,15%	13,85%
Localização anatômica - osso e tecidos moles			
Gengiva	89	10,32%	10,10%
Rebordo alveolar	28	3,25%	3,18%
Palato	43	4,99%	4,88%
Pavimento da boca	16	1,86%	1,82%
Língua	35	4,06%	3,97%
Trígono retromolar	11	1,28%	1,25%
Seio maxilar	0	0,00%	0,00%
Subtotal	465	53,94%	52,78%
Sem informação	19	0,00%	2,16%
Total	881	100,00%	100,00%

Localização maxilar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Maxila	276	31,3	61,1	61,1
Valid	Mandíbula	176	20,0	38,9	100,0
	Total	452	51,3	100,0	
Missing	System	429	48,7		
Total		881	100,0		

		Count	Table Valid N %	Table N %
	Maxila	276	61,06%	61,06%
Localização maxilar	Mandíbula	176	38,94%	38,94%
	Total	452	100,00%	100,00%

Grupos de patologias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Inconclusivo	42	4,8	4,8	4,8
Doenças da polpa e ápice dentário	69	7,8	7,8	12,6
Doenças periodontais	8	,9	,9	13,5
Doenças infecciosas	3	,3	,3	13,8
Lesões físicas e químicas	27	3,1	3,1	16,9
Patologia epitelial	55	6,2	6,2	23,2
Lesões proliferativas não neoplásicas	229	26,0	26,0	49,1
Valid Patologia das glândulas salivares	50	5,7	5,7	54,8
Quistos maxilares	254	28,8	28,8	83,7
Tumores odontogénicos	5	,6	,6	84,2
Tumores benignos	17	1,9	1,9	86,2
Tumores malignos	23	2,6	2,6	88,8
Patologia óssea benigna	22	2,5	2,5	91,3
Doenças alérgicas e imunológicas	51	5,8	5,8	97,0
Outras alterações	26	3,0	3,0	100,0
Total	881	100,0	100,0	

Grupos de patologias e distribuição por género		Género			
		Feminino		Masculino	
		Count	Row Valid N %	Count	Row Valid N %
Grupos de patologias	Inconclusivo	21	51,2%	20	48,8%
	Doenças da polpa e ápice dentário	35	50,7%	34	49,3%
	Doenças periodontais	5	62,5%	3	37,5%
	Doenças infecciosas	2	66,7%	1	33,3%
	Lesões físicas e químicas	16	59,3%	11	40,7%
	Patologia epitelial	29	52,7%	26	47,3%
	Lesões proliferativas não neoplásicas	156	68,4%	72	31,6%
	Patologia das glândulas salivares	22	44,0%	28	56,0%
	Quistos maxilares	103	40,6%	151	59,4%
	Tumores odontogénicos	2	40,0%	3	60,0%
	Tumores benignos	12	70,6%	5	29,4%
	Tumores malignos	8	34,8%	15	65,2%
	Patologia óssea benigna	12	54,5%	10	45,5%
	Doenças alérgicas e imunológicas	40	78,4%	11	21,6%
	Outras alterações	12	46,2%	14	53,8%
	Total	475	54,0%	404	46,0%

Grupos de patologias e distribuição por estrato etário	Estrato etário															
	< =10 anos		11 - 20 anos		21 - 30 anos		31 - 40 anos		41 - 50 anos		51 - 60 anos		61 - 70 anos		> 70 anos	
	Count	Valid N %	Count	Valid N %	Count	Valid N %	Count	Valid N %	Count	Valid N %	Count	Valid N %	Count	Valid N %	Count	Valid N %
Inconclusivo	1	2,9%	4	11,8%	3	8,8%	2	5,9%	4	11,8%	6	17,6%	8	23,5%	6	17,6%
Doenças da polpa e ápice dentário	0	0,0%	11	18,3%	19	31,7%	15	25,0%	3	5,0%	6	10,0%	5	8,3%	1	1,7%
Doenças periodontais	0	0,0%	2	25,0%	1	12,5%	1	12,5%	0	0,0%	2	25,0%	1	12,5%	1	12,5%
Doenças infecciosas	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
Lesões físicas e químicas	0	0,0%	3	12,0%	2	8,0%	5	20,0%	5	20,0%	3	12,0%	4	16,0%	3	12,0%
Patologia epitelial	0	0,0%	2	3,8%	9	17,3%	7	13,5%	10	19,2%	13	25,0%	4	7,7%	7	13,5%
Lesões proliferativas não neoplásicas	3	1,5%	12	5,8%	16	7,8%	46	22,3%	49	23,8%	36	17,5%	29	14,1%	15	7,3%
Patologia das glândulas salivares	3	6,1%	15	30,6%	11	22,4%	7	14,3%	4	8,2%	9	18,4%	0	0,0%	0	0,0%
Quistos maxilares	6	2,7%	20	9,0%	60	27,0%	58	26,1%	38	17,1%	22	9,9%	14	6,3%	4	1,8%
Tumores odontogênicos	1	20,0%	2	40,0%	1	20,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Tumores benignos	0	0,0%	0	0,0%	2	11,8%	5	29,4%	2	11,8%	3	17,6%	4	23,5%	1	5,9%
Tumores malignos	0	0,0%	1	4,5%	2	9,1%	2	9,1%	5	22,7%	3	13,6%	5	22,7%	4	18,2%

Patologia																
óssea benigna	1	4,5%	6	27,3%	3	13,6%	2	9,1%	3	13,6%	2	9,1%	2	9,1%	3	13,6%
Doenças																
alérgicas e	0	0,0%	0	0,0%	1	2,1%	5	10,6%	9	19,1%	12	25,5%	14	29,8%	6	12,8%
imunológicas																
Outras																
alterações	4	17,4%	6	26,1%	8	34,8%	0	0,0%	4	17,4%	1	4,3%	0	0,0%	0	0,0%
Total	19	2,4%	84	10,6%	139	17,5%	156	19,6%	137	17,2%	119	15,0%	90	11,3%	51	6,4%

Localização anatômica - osso e tecidos moles

	Lesões ósseas s.o.e.	Lesões dos tecidos moles s.o.e.	Lesões ósseas associadas a dente	Lesões ósseas não associadas a dente	Lábio	Mucosa jugal	Gengiva	Rebordo alveolar	Palato	Pavimento da boca	Língua	Trígono retromolar	Seio maxilar
	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %	Row Valid N %
Inconclusivo	8,3%	5,6%	16,7%	8,3%	11,1%	27,8%	8,3%	8,3%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%	0,0%
Doenças da polpa e ápice dentário	0,0%	1,5%	95,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Doenças periodontais	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Doenças infecciosas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%
Lesões físicas e químicas	3,7%	18,5%	7,4%	0,0%	3,7%	33,3%	18,5%	0,0%	0,0%	3,7%	7,4%	3,7%	0,0%
Grupos de patologias													
Patologia epitelial	0,0%	5,6%	1,9%	0,0%	9,3%	24,1%	7,4%	9,3%	29,6%	3,7%	9,3%	0,0%	0,0%
Lesões proliferativas não neoplásicas	0,4%	10,7%	8,0%	0,0%	8,9%	21,0%	27,2%	7,1%	6,2%	1,3%	7,6%	1,3%	0,0%
Patologia das glândulas salivares	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	70,0%	6,0%	0,0%	0,0%	12,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Quistos maxilares	0,0%	0,0%	99,6%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tumores odontogênicos	20,0%	0,0%	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tumores benignos	0,0%	11,8%	0,0%	0,0%	17,6%	52,9%	0,0%	0,0%	0,0%	11,8%	5,9%	0,0%	0,0%
Tumores malignos	0,0%	8,7%	0,0%	0,0%	4,3%	13,0%	8,7%	8,7%	8,7%	13,0%	13,0%	21,7%	0,0%
Patologia óssea benigna	27,3%	0,0%	40,9%	31,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Doenças alérgicas e imunológicas	0,0%	9,8%	0,0%	0,0%	7,8%	52,9%	9,8%	2,0%	5,9%	0,0%	9,8%	2,0%	0,0%
Outras alterações	0,0%	4,2%	79,2%	8,3%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%
Total	1,4%	5,3%	43,3%	1,4%	8,7%	14,2%	10,3%	3,2%	5,0%	1,9%	4,1%	1,3%	0,0%

Doenças da polpa e ápice dentário		Diagnóstico histológico								
		Granuloma periapical		Abscesso dentário		Pólipo pulpar		Calcificação pulpar		
		Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	
Feminino	Estrato etário	11 - 20 anos	3	10,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		21 - 30 anos	9	31,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		31 - 40 anos	9	31,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		41 - 50 anos	3	10,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		51 - 60 anos	3	10,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		61 - 70 anos	1	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		> 70 anos	1	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Total	29	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Masculino	Estrato etário	11 - 20 anos	6	23,1%	0	0,0%	1	50,0%	1	100,0%
		21 - 30 anos	10	38,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		31 - 40 anos	5	19,2%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
		51 - 60 anos	3	11,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		61 - 70 anos	2	7,7%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
	Total	26	100,0%	2	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	

Doenças periodontais		Diagnóstico histológico									
		Gengivite		Gengivite hiperplásica		Gengivite por corpo estranho		Hiperplasia gengival associada a fármacos		Fibromatose gengival	
		Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %
Feminino	Estrato etário										
	11 - 20 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
	21 - 30 anos	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	31 - 40 anos	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	51 - 60 anos	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	61 - 70 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	1	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	
Masculino	Estrato etário										
	11 - 20 anos	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	51 - 60 anos	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	> 70 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Total	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	

Doenças infecciosas			Diagnóstico histológico					
			Doenças infecciosas fúngicas		Candidíase			
			Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %		
Gênero	Feminino	Estrato etário	21 - 30 anos	1	100,0%	0	0,0%	
			31 - 40 anos	0	0,0%	1	100,0%	
			Total	1	100,0%	1	100,0%	
	Masculino	Estrato etário		51 - 60 anos	0	0,0%	1	100,0%
				Total	0	0,0%	1	100,0%

Doenças infecciosas					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Doenças infecciosas fúngicas	1	33,3	33,3	33,3
	Candidíase	2	66,7	66,7	100,0
	Total	3	100,0	100,0	

Lesões físicas e químicas		Diagnóstico histológico												
		Úlceras traumáticas		Tatuagem por amálgama e o.p.e.		Melanose tabágica		Pseudoquistos		Lesão traumática		Necrose pós-irradiação		
		Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	
Feminino	Estrato etário	11 - 20 anos	2	33,3%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		21 - 30 anos	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		31 - 40 anos	0	0,0%	2	40,0%	0	0,0%	1	100,0%	2	66,7%	0	0,0%
		51 - 60 anos	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%
		61 - 70 anos	2	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		> 70 anos	2	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		Total	6	100,0%	5	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	3	100,0%	0	0,0%
Masculino	Estrato etário	21 - 30 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%
		41 - 50 anos	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	3	60,0%	0	0,0%
		51 - 60 anos	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		61 - 70 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	1	100,0%
		> 70 anos	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	1	100,0%	1	100,0%	2	100,0%	0	0,0%	5	100,0%	1	100,0%		

o.p.e. – outras pigmentações exógenas

		Diagnóstico histológico													
		Papiloma		Verruga vulgar		Nevo		Hiperplasia epitelial focal		Hiperplasia verrucosa		Displasia		Leucoplasia	
Patologia epitelial		Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column
		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N	
		%		%		%		%		%		%		%	
Feminino	11 -														
	20 anos	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%
	21 -														
	30 anos	3	27,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	31 -														
	40 anos	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%
	41 -														
	Estrato etário 50 anos	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	18,2%
51 -															
60 anos	2	18,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	3	27,3%	
61 -															
70 anos	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	18,2%	
> 70 anos	2	18,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	2	18,2%	
Total	11	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	11	100,0%	
Masculino	21 -														
	30 anos	4	30,8%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Estrato etário 31 -														
40 anos	3	23,1%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	

41 -														
50	1	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	50,0%
anos														
51 -														
60	4	30,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	30,0%
anos														
61 -														
70	1	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
anos														
> 70														
anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%
Total	13	100,0%	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	100,0%

Lesões proliferativas não neoplásicas		Diagnóstico histológico																		
		Fibroma		Epúlides		Granuloma piogénico		Granuloma periférico de células gigantes		Fibroma ossificante periférico		Inflamação inespecífica		Fibrose cicatricial		Hiperplasia s.o.e.		Doença de Fordyce		
		Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	
Feminino	Estrato etário	< =10 anos	1	2,9%	1	4,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		11 - 20 anos	0	0,0%	2	8,3%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,0%	0	0,0%	3	6,7%	0	0,0%
		21 - 30 anos	2	5,7%	1	4,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	20,0%	1	11,1%	3	6,7%	0	0,0%
		31 - 40 anos	12	34,3%	3	12,5%	2	50,0%	2	25,0%	0	0,0%	5	25,0%	5	55,6%	7	15,6%	0	0,0%
		41 - 50 anos	8	22,9%	7	29,2%	1	25,0%	2	25,0%	0	0,0%	4	20,0%	2	22,2%	10	22,2%	0	0,0%
		51 - 60 anos	9	25,7%	2	8,3%	0	0,0%	1	12,5%	0	0,0%	2	10,0%	1	11,1%	8	17,8%	0	0,0%
		61 - 70 anos	2	5,7%	4	16,7%	0	0,0%	3	37,5%	1	100,0%	2	10,0%	0	0,0%	9	20,0%	0	0,0%

	> 70 anos	1	2,9%	4	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,0%	0	0,0%	5	11,1%	0	0,0%	
	Total	35	100,0%	24	100,0%	4	100,0%	8	100,0%	1	100,0%	20	100,0%	9	100,0%	45	100,0%	0	0,0%	
	11 - 20 anos	0	0,0%	2	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	2	11,1%	0	0,0%	
	21 - 30 anos	2	18,2%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	
	31 - 40 anos	2	18,2%	1	7,1%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	2	33,3%	3	16,7%	0	0,0%	
Masculino	Estrato etário	41 - 50 anos	2	18,2%	3	21,4%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	33,3%	6	33,3%	1	33,3%
		51 - 60 anos	3	27,3%	4	28,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	40,0%	2	33,3%	2	11,1%	0	0,0%
		61 - 70 anos	2	18,2%	2	14,3%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	2	11,1%	0	0,0%
		> 70 anos	0	0,0%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	16,7%	0	0,0%
		Total	11	100,0%	14	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	5	100,0%	6	100,0%	18	100,0%	3	100,0%

Patologias das glândulas salivares		Diagnóstico histológico																					
		Patologias das glândulas salivares - inflamatórias		Síndrome de Sôgren		Adenoma pleomórfico		Patologias das glândulas salivares s.o.e.		Sialolitíase		Sialoadenite		Patologias das glândulas salivares - inflamatórias inespecíficas		Hiperplasia adenomatoide das glândulas salivares menores		Mucocelo		Quisto do canal salivar			
		Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %		
	< =10 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%
Feminino	11 - 20 anos	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	50,0%	1	100,0%
	21 - 30 anos	1	100,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%

	31 -																				
	40	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%
	anos																				
	41 -																				
	50	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
	anos																				
	51 -																				
	60	0	0,0%	1	33,3%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	20,0%	0	0,0%
	anos																				
	Total	1	100,0%	3	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	1	100,0%	1	100,0%	10	100,0%	1	100,0%
	< =10																				
	anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	8,7%	0	0,0%
	11 -																				
Masculino	Estrato																				
	20	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	34,8%	0	0,0%
	anos																				
	21 -																				
	30	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	34,8%	0	0,0%
	anos																				

:

31 -																				
40	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	17,4%	0	0,0%
anos																				
41 -																				
50	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%
anos																				
51 -																				
60	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	50,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
anos																				
Total	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	23	100,0%	0	0,0%

		Diagnóstico histológico																								
		Quiistos maxilares	Quiistos odontogénicos	Quiistos odontogénicos inflatórios	Quisto nasopalatino	Quisto globulomaxilar	Quisto dentífero	Quisto odontogénico glandular	Quisto odontogénico epitelial calcificante	Queratoquisto	Quisto apical radicular/lateral	Quisto residual	Quisto paradentário													
Quistos maxilares		Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column	Count	Column			
		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N		Valid N				
		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%				
Feminino	Estrato etário	<=10 anos	0	0,0%	1	9,1%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
		11 - 20 anos	0	0,0%	2	18,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	44,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	4	9,3%	0	0,0%	0	0,0%
		21 - 30 anos	1	100,0%	4	36,4%	1	25,0%	0	0,0%	2	100,0%	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%	11	25,6%	1	16,7%	5	71,4%
		31 - 40 anos	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	14	32,6%	2	33,3%	0	0,0%
		41 - 50 anos	0	0,0%	1	9,1%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	23,3%	1	16,7%	1	14,3%

	51 - 60 anos	0	0,0%	1	9,1%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	7,0%	2	33,3%	1	14,3%	
	61 - 70 anos	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%	1	100,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	> 70 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	1	100,0%	11	100,0%	4	100,0%	2	100,0%	2	100,0%	9	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	4	100,0%	43	100,0%	6	100,0%	7	100,0%	
	<=10 anos	0	0,0%	1	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,9%	1	5,6%	0	0,0%	
	11 - 20 anos	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	3	5,7%	2	11,1%	1	20,0%	
Masculino	Estrato etário	21 - 30 anos	0	0,0%	4	18,2%	2	22,2%	0	0,0%	0	0,0%	4	36,4%	0	0,0%	0	0,0%	4	57,1%	15	28,3%	1	5,6%	2	40,0%
		31 - 40 anos	1	50,0%	6	27,3%	3	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	27,3%	2	100,0%	0	0,0%	2	28,6%	18	34,0%	5	27,8%	0	0,0%
		41 - 50 anos	0	0,0%	5	22,7%	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	1	50,0%	1	14,3%	10	18,9%	5	27,8%	0	0,0%

:

51 - 60 anos	0	0,0%	5	22,7%	3	33,3%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,7%	0	0,0%	1	20,0%
61 - 70 anos	0	0,0%	1	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,8%	4	22,2%	1	20,0%
> 70 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%
Total	2	100,0%	22	100,0%	9	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	11	100,0%	2	100,0%	2	100,0%	7	100,0%	53	100,0%	18	100,0%	5	100,0%

:

Tumores odontogénicos			Diagnóstico histológico							
			Odontoma		Fibroma odontogénico		Odontoma composto		Odontoma complexo	
			Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %
Feminino	Estrato etário	11 - 20 anos	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		21 - 30 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
		Total	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
		< =10 anos	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Masculino	Estrato etário	11 - 20 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
		41 - 50 anos	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		Total	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%

Tumores benignos		Diagnóstico histológico										
		Miofibroma		Lipoma		Schwannoma		Hemangioma e malformações vasculares		Linfangioma		
		Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	
Feminino	Estrato etário	21 - 30 anos	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		31 - 40 anos	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	33,3%	0	0,0%
		41 - 50 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	33,3%	0	0,0%
		51 - 60 anos	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	1	16,7%	1	100,0%
		61 - 70 anos	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	1	16,7%	0	0,0%
		Total	2	100,0%	3	100,0%	0	0,0%	6	100,0%	1	100,0%
Masculino	Estrato etário	21 - 30 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%
		31 - 40 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
		61 - 70 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	0	0,0%
		> 70 anos	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		Total	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	3	100,0%	0	0,0%

Tumores malignos		Diagnóstico histológico						
		Carcinoma de células escamosas		Carcinoma mucoepidermóide		Carcinoma s.o.e.		
		Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	
Feminino	Estrato etário	11 - 20 anos	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
		21 - 30 anos	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%
		31 - 40 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%
		41 - 50 anos	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%
		> 70 anos	2	40,0%	0	0,0%	1	50,0%
		Total	5	100,0%	1	100,0%	2	100,0%
Masculino	Estrato etário	21 - 30 anos	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%
		31 - 40 anos	1	8,3%	0	0,0%	0	0,0%
		41 - 50 anos	3	25,0%	0	0,0%	0	0,0%
		51 - 60 anos	2	16,7%	1	50,0%	0	0,0%
		61 - 70 anos	5	41,7%	0	0,0%	0	0,0%
		> 70 anos	1	8,3%	0	0,0%	0	0,0%
		Total	12	100,0%	2	100,0%	0	0,0%

Patologia óssea benigna		Diagnóstico histológico																			
		Osteíte		Osteomielite		Osteosclerose idiopática		Osteoma		Granuloma central de células gigantes		Quisto ósseo simples		Displasia fibrosa		Fibroma ossificante		Patologia óssea sem especificação			
		Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %		
Feminino	Estrato etário	21 - 30 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	31 - 40 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	41 - 50 anos	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	51 - 60 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	61 - 70 anos	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	> 70 anos	1	50,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Masculino	Estrato etário	Total	2	100,0%	1	100,0%	2	100,0%	5	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%		
		< =10 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		11 - 20 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	66,7%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
		21 - 30 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
		41 - 50 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		51 - 60 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		Total	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	6	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%

Doenças alérgicas e imunológicas		Diagnóstico histológico								
		Pênfigo		Líquen plano		Reação da mucosa a fármacos		Queilite granulomatosa		
		Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	
Feminino	Estrato etário	31 - 40 anos	1	100,0%	2	6,2%	0	0,0%	0	0,0%
		41 - 50 anos	0	0,0%	5	15,6%	0	0,0%	1	50,0%
		51 - 60 anos	0	0,0%	9	28,1%	0	0,0%	1	50,0%
		61 - 70 anos	0	0,0%	12	37,5%	1	100,0%	0	0,0%
		> 70 anos	0	0,0%	4	12,5%	0	0,0%	0	0,0%
		Total	1	100,0%	32	100,0%	1	100,0%	2	100,0%
Masculino	Estrato etário	21 - 30 anos	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%
		31 - 40 anos	0	0,0%	2	18,2%	0	0,0%	0	0,0%
		41 - 50 anos	0	0,0%	3	27,3%	0	0,0%	0	0,0%
		51 - 60 anos	0	0,0%	2	18,2%	0	0,0%	0	0,0%
		61 - 70 anos	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%
		> 70 anos	0	0,0%	2	18,2%	0	0,0%	0	0,0%
		Total	0	0,0%	11	100,0%	0	0,0%	0	0,0%

Localização dos quistos										
	Maxila - Região dentária anterior		Maxila - Região dentária posterior		Mandíbula - Região dentária anterior		Mandíbula - Região dentária posterior		Total	
	Count	Row Valid N %	Count	Row Valid N %	Count	Row Valid N %	Count	Row Valid N %	Count	Row Valid N %
Quistos odontogênicos	3	27,3%	3	27,3%	0	0,0%	5	45,5%	11	100,0%
Quistos odontogênicos inflamatórios	2	25,0%	2	25,0%	1	12,5%	3	37,5%	8	100,0%
Quisto nasopalatino	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
Quisto globulomaxilar	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Quisto dentígero	5	33,3%	2	13,3%	2	13,3%	6	40,0%	15	100,0%
Diagnóstico histológico Quisto odontogênico glandular	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
Quisto odontogênico epitelial calcificante	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Queratoquisto	1	25,0%	0	0,0%	1	25,0%	2	50,0%	4	100,0%
Quisto apical radicular/lateral	24	37,5%	18	28,1%	5	7,8%	17	26,6%	64	100,0%
Quisto residual	3	37,5%	3	37,5%	0	0,0%	2	25,0%	8	100,0%
Quisto paradentário	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Total	43	36,4%	28	23,7%	9	7,6%	38	32,2%	118	100,0%

Localização dos granulomas											
		Maxila - Região dentária anterior		Maxila - Região dentária posterior		Mandíbula - Região dentária anterior		Mandíbula - Região dentária posterior		Total	
		Count	Row Valid N %	Count	Row Valid N %	Count	Row Valid N %	Count	Row Valid N %	Count	Row Valid N %
Diagnóstico histológico	Granuloma periapical	14	33,3%	6	14,3%	3	7,1%	19	45,2%	42	100,0%
	Total	14	33,3%	6	14,3%	3	7,1%	19	45,2%	42	100,0%

**Ano relatório * Grupo de patologias Diagnóstico
dos tumores malignos ao longo dos anos**

Count		
	Grupo de patologias	Total
	Tumores malignos	
	1988	1
	1993	1
	1995	1
	1997	1
	1999	2
	2001	1
	2002	1
Ano relatório	2003	1
	2004	1
	2005	4
	2006	1
	2007	2
	2008	1
	2009	1
	2011	4
Total		23

Diagnóstico histológico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Inconclusivo	42	4,8	4,8	4,8
Quistos maxilares	3	,3	,3	5,1
Granuloma periapical	63	7,2	7,2	12,3
Abcesso dentário	2	,2	,2	12,5
Pólipo pulpar	3	,3	,3	12,8
Calcificação pulpar	1	,1	,1	12,9
Gengivite	1	,1	,1	13,1
Gengivite hiperplásica	4	,5	,5	13,5
Gengivite por corpo estranho	1	,1	,1	13,6
Hiperplasia gengival associada a fármacos	1	,1	,1	13,7
Fibromatose gengival	1	,1	,1	13,8
Doenças infecciosas fúngicas	1	,1	,1	14,0
Úlceras traumáticas	7	,8	,8	14,8
Tatuagem por amálgama e outras pigmentações exógenas	6	,7	,7	15,4
Melanose tabágica	2	,2	,2	15,7
Papiloma	25	2,8	2,8	18,5
Verruga vulgar	1	,1	,1	18,6
Mácula melanótica oral	1	,1	,1	18,7
Nevo	1	,1	,1	18,8
Hiperplasia epitelial focal	2	,2	,2	19,1
Hiperplasia verrucosa	3	,3	,3	19,4
Fibroma	49	5,6	5,6	25,0
Epúlide	44	5,0	5,0	30,0
Granuloma piogénico	7	,8	,8	30,8
Granuloma periférico de células gigantes	12	1,4	1,4	32,1
Fibroma ossificante periférico	1	,1	,1	32,2
Inflamação inespecífica	30	3,4	3,4	35,6
Fibrose cicatricial	17	1,9	1,9	37,6
Hiperplasia s.o.e.	64	7,3	7,3	44,8
Patologias das glândulas salivares - inflamatórias	1	,1	,1	44,9
Síndrome de Sögren	3	,3	,3	45,3
Adenoma pleomórfico	2	,2	,2	45,5

Patologias das glândulas salivares s.o.e.	1	,1	,1	45,6
Quistos odontogénicos	43	4,9	4,9	50,5
Quistos não odontogénicos	1	,1	,1	50,6
Miofibroma	2	,2	,2	50,9
Lipoma	4	,5	,5	51,3
Schwannoma	1	,1	,1	51,4
Hemangioma e malformações vasculares	9	1,0	1,0	52,4
Linfangioma	1	,1	,1	52,6
Candidíase	2	,2	,2	52,8
Pseudoquistos ou quistos do seio	1	,1	,1	52,9
Lesão traumática	10	1,1	1,1	54,0
Necrose pós-radiação	1	,1	,1	54,1
Displasia	1	,1	,1	54,3
Leucoplasia	21	2,4	2,4	56,6
Doença de Fordyce	4	,5	,5	57,1
Hiperplasia papilar inflamatória	1	,1	,1	57,2
Sialolitíase	1	,1	,1	57,3
Sialoadenite	4	,5	,5	57,8
Patologias das glândulas salivares - inflamatórias inespecíficas	2	,2	,2	58,0
Hiperplasia adenomatoide das glândulas salivares menores	1	,1	,1	58,1
Mucocelo	33	3,7	3,7	61,9
Quisto do canal salivar	2	,2	,2	62,1
Quistos odontogénicos de desenvolvimento	1	,1	,1	62,2
Quistos odontogénicos inflamatórios	15	1,7	1,7	63,9
Quisto nasopalatino	3	,3	,3	64,2
Quisto dermóide	1	,1	,1	64,4
Quisto globulomaxilar	2	,2	,2	64,6
Odontoma	2	,2	,2	64,8
Fibroma odontogénico	1	,1	,1	64,9
Carcinoma de células escamosas	18	2,0	2,0	67,0
Osteíte	2	,2	,2	67,2
Osteomielite	1	,1	,1	67,3

Osteosclerose idiopática	3	,3	,3	67,7
Osteoma	5	,6	,6	68,2
Granuloma central de células gigantes	6	,7	,7	68,9
Quisto ósseo simples	2	,2	,2	69,1
Displasia fibrosa	1	,1	,1	69,2
Pênfigo	1	,1	,1	69,4
Líquen plano	47	5,3	5,3	74,7
Reacção da mucosa a fármacos	1	,1	,1	74,8
Saco pericoronário	13	1,5	1,5	76,3
Folículo dentário	3	,3	,3	76,6
Mucosa do seio	1	,1	,1	76,7
Muco	1	,1	,1	76,8
Peça dentária malformada	1	,1	,1	77,0
Glândula salivar sem alteração	1	,1	,1	77,1
Tecido ósseo sem alteração	2	,2	,2	77,3
Coágulo	1	,1	,1	77,4
Polpa sem alterações	1	,1	,1	77,5
Quisto dentífero	24	2,7	2,7	80,2
Quisto odontogénico glandular	2	,2	,2	80,5
Quisto odontogénico epitelial calcificante	3	,3	,3	80,8
Queratoquisto	12	1,4	1,4	82,2
Quisto apical radicular/lateral	105	11,9	11,9	94,1
Quisto residual	26	3,0	3,0	97,0
Quisto paradentário	13	1,5	1,5	98,5
Odontoma composto	1	,1	,1	98,6
Odontoma complexo	1	,1	,1	98,8
Carcinoma mucoepidermóide	3	,3	,3	99,1
Carcinoma s.o.e.	2	,2	,2	99,3
Fibroma ossificante	1	,1	,1	99,4
Patologia óssea sem especificação	1	,1	,1	99,5
Queilite granulomatosa	2	,2	,2	99,8
Tecido linfóide	2	,2	,2	100,0
Total	881	100,0	100,0	

Concordância				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	sem diagnóstico clínico	200	22,7	22,7
	concordante	525	59,6	82,3
Valid	discordante	114	12,9	95,2
	diagnóstico histológico	42	4,8	100,0
	inconclusivo			
	Total	881	100,0	100,0

Concordância (S/N)				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Discordante	356	40,4	40,4
Valid	Concordante	525	59,6	100,0
	Total	881	100,0	100,0