



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS BIÓPSIAS EFECTUADAS NUMA CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau
de Mestre em Medicina Dentária*

Por:

Diogo Rafael dos Santos Silva

Viseu, 2017



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS BIÓPSIAS EFECTUADAS NUMA CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau
de Mestre em Medicina Dentária*

Por:

Diogo Rafael dos Santos Silva

Orientador: Professor Doutor André Correia

Coorientador: Professor Dr. João Tinoco Torres

Viseu, 2017

Aos meus pais,
pela oportunidade, paciência e por todo o apoio.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor André Correia por todos os conhecimentos transmitidos ao longo do meu percurso académico e pela orientação deste trabalho de monografia.

Ao Professor Dr. João Tinoco Torres pelos conhecimentos partilhados na área de Medicina Oral ao longo do curso e pela ajuda na concretização deste trabalho.

Ao Professor Miguel Pereira pela partilha e transmissão de conhecimentos durante todo o curso e pela ajuda e orientação na realização deste trabalho.

À Professora Dr. Teresa Carvalho pela partilha dos relatórios anatomopatológicos. Sem a sua contribuição este trabalho não seria possível.

Ao Professor Doutor Paulo Ribeiro pela assistência na análise estatística.

A todos os professores com quem tive o prazer de aprender durante estes anos.

À minha família, pelo apoio incondicional.

A todos os amigos pelas muitas experiências, aventuras e ensinamentos.

A todos os funcionários da Universidade pelas muitas ajudas e serviços prestados.

RESUMO

Introdução: A cavidade oral pode apresentar várias patologias, seja de tecidos moles ou duros. Apesar de os métodos de diagnóstico não invasivos poderem ser importantes para se alcançar um diagnóstico clínico, a biópsia apresenta-se como o meio de diagnóstico mais fiável dado ser um exame histológico. Em Portugal, os estudos de prevalência de patologia oral baseados num diagnóstico histológico são pouco comuns, pelo que se verifica uma falta de informação para caracterizar a população a este nível.

Objectivos: Caracterizar as biópsias realizadas na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa; analisar a concordância entre diagnóstico clínico e histológico; e determinar a prevalência de neoplasias malignas.

Metodologia: Análise retrospectiva de 117 biópsias referentes a 97 pacientes. Os pacientes foram caracterizados quanto à sua idade e género, e as biópsias quanto ao tipo de biópsia, local de recolha, diagnóstico clínico e diagnóstico anatomopatológico. Os diagnósticos registados foram depois agrupados por grupo de patologia. Foi efectuada uma análise estatística descritiva e inferencial, considerando as variáveis em análise.

Resultados: A idade média da população estudada foi de 52 anos, e o estrato mais afectado situou-se nos 60-70 anos. O género mais afectado foi o feminino, representando 52% da amostra. O tipo de biópsia mais realizado foi a biópsia excisional, representado 69% da amostra. A localização anatómica mais biopsada foi a língua. O grupo de patologia mais prevalente foi o de patologia epitelial, seguido pelo de lesões proliferativas não neoplásicas. A entidade patológica mais prevalente foi o fibroma, seguida do papiloma. Os diagnósticos clínicos e histológicos foram concordantes em 55,6% dos casos.

Conclusão: A população em estudo foi afectada por um grupo variado de entidades patológicas, o que evidencia a importância de fazer um estudo histológico. A falta de informação sobre o diagnóstico clínico aquando do pedido do estudo histológico e o pobre armazenamento dos relatórios foram os principais problemas verificados neste estudo.

ABSTRACT

Introduction: The oral cavity can present several pathologies, either from soft or hard tissues. Although noninvasive diagnostic methods may be necessary for a clinical diagnosis, a biopsy is the most reliable diagnostic tool. In Portugal, studies on the prevalence of oral pathology based on histological diagnosis are uncommon, and so there is a lack of information to characterize the population at this level.

Objectives: To characterize the biopsies performed at the University Dental Clinic of the Portuguese Catholic University; to analyze the concordance between clinical and histological diagnoses; and to determine the prevalence of malignant neoplasms.

Methodology: Retrospective analysis of 117 biopsies referring to 97 patients. Patients were characterized as to their age and gender, and biopsies as to the type of biopsy, site of collection, clinical diagnosis and anatomopathological diagnosis. The registered diagnoses were then grouped by pathology group. A descriptive and inferential statistical analysis was performed considering the variables under analysis.

Results: The mean age of the studied population was 52 years, and the most affected range was 60-70 years. The most affected gender was female, representing 52% of the sample. The most accomplished type of biopsy was excisional biopsy, representing 69% of the sample. The most biopsied anatomical location was the tongue. The most prevalent pathology group was epithelial pathology, followed by non-neoplastic proliferative lesions. The most prevalent pathological entity was fibroma, followed by papilloma. Clinical and histological diagnoses were concordant in 55,6% of the cases.

Conclusion: The study population was affected by a diverse group of pathological entities, which highlights the importance of doing a histological study. The lack of information about the clinical diagnosis in the request of the histological study and the poor storage of the reports were the main problems observed in this study.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	8
2. REVISÃO DE CONCEITOS	5
2.1. INDICAÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES	7
2.2. TIPOS DE BIÓPSIA.....	9
2.2.1. Biópsia incisional	9
2.2.2. Biópsia incisional com bisturi circular	11
2.2.3. Biópsia excisional	11
2.2.4. Citologia exfoliativa.....	11
2.2.5. Citologia aspirativa	12
2.3. DIRECTRIZES PARA A REALIZAÇÃO DE BIÓPSIAS DA CAVIDADE ORAL	13
2.3.1. Planeamento	13
2.3.2. Escolha do material	14
2.3.3. Preparação do campo cirúrgico.....	14
2.3.4. Anestesia.....	15
2.3.5. Seleção do local	15
2.3.6. Estabilização e manuseamento dos tecidos.....	16
2.3.7. Orientação da amostra	17
2.3.8. Solução fixadora.....	18
2.3.9. Requisição do exame	19
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	21
3.1. TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2. RECOLHA DE DADOS	23
3.3 DISPOSIÇÃO DOS DADOS	24
3.3.1 Variável “Idade do paciente”	24
3.3.2 Variável “Local de recolha”	25
3.3.3 Variável “Tipo de biópsia”	26
3.3.4 Variáveis de diagnóstico.....	26
3.3.5 Variável “Concordância”	27
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	27
4. RESULTADOS.....	29

5. DISCUSSÃO	47
5.1 PATOLOGIA EPITELIAL	50
5.2 LESÕES PROLIFERATIVAS NÃO NEOPLÁSICAS.....	51
5.3 TUMORES MALIGNOS.....	52
5.4 QUISTOS E TUMORES ODONTOGÉNICOS	53
5.5 DOENÇAS IMUNOLÓGICAS.....	53
5.6 PATOLOGIA ÓSSEA BENIGNA.....	54
5.7 RESTANTES GRUPOS DE PATOLOGIA.....	55
5.8 CONCORDÂNCIA	56
6. CONCLUSÕES	59
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1: Distribuição de idades por estratos</i>	24
<i>Tabela 2: Lista de localizações anatómicas consideradas</i>	25
<i>Tabela 3: Grupos de patologias</i>	27
<i>Tabela 4: Distribuição dos grupos de patologia por gênero</i>	35
<i>Tabela 5: Distribuição dos grupos de patologia por estrato etário</i>	36
<i>Tabela 6: Distribuição dos grupos de patologia por local de recolha</i>	37
<i>Tabela 7: Doenças imunológicas</i>	38
<i>Tabela 8: Lesões proliferativas não neoplásicas</i>	39
<i>Tabela 9: Outros</i>	39
<i>Tabela 10: Patologia das glândulas salivares</i>	40
<i>Tabela 11: Patologia óssea benigna</i>	40
<i>Tabela 12: Tumores benignos</i>	41
<i>Tabela 13: Tumores malignos</i>	41
<i>Tabela 14: Patologia epitelial</i>	42
<i>Tabela 15: Quistos e tumores odontogénicos</i>	42
<i>Tabela 16: Concordância entre diagnóstico clínico e histológico</i>	43
<i>Tabela 17: Teste Binomial</i>	44
<i>Tabela 18: Concordância entre diagnóstico clínico e histológico por grupo de patologia</i>	44
<i>Tabela 19: Concordância entre diagnóstico clínico e histológico por local de recolha</i>	45

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Incisão do lábio inferior com lamina de bisturi 15c</i>	10
<i>Figura 2: Remoção gradual do tecido a analisar</i>	10
<i>Figura 3: Aspecto do local após sutura</i>	10
<i>Figura 4: Aspecto do lábio inferior após estabilização da lesão com pinça de Calázio</i>	17
<i>Figura 5: Aspecto da lesão após a incisão</i>	17
<i>Figura 6: Distribuição da idade dos pacientes por estrato etário</i>	31
<i>Figura 7: Distribuição dos pacientes por género</i>	32
<i>Figura 8: Distribuição das biópsias por técnica</i>	32
<i>Figura 9: Distribuição dos locais de recolha</i>	33
<i>Figura 10: Distribuição dos grupos de patologia</i>	34

**ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS BIÓPSIAS EFECTUADAS
NUMA CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA**

1. INTRODUÇÃO

A palavra biópsia deriva do grego e a sua etimologia divide-a em duas partes: *bios*, vida e *opsis*, visão ⁽¹⁾. Este termo foi introduzido na terminologia médica por Ernest Besnier em 1879 ⁽²⁾. Uma biópsia é a análise de uma amostra de tecido de um organismo vivo com o objectivo de obter um diagnóstico.

Os resultados das biópsias são documentos com valor médico legal incontornável ⁽³⁾ e podem ser utilizados para caracterizar uma população num espaço de tempo limitado e numa área geográfica contida.

O desenvolvimento do conhecimento na área de patologia clínica, assim como o conhecimento sobre a epidemiologia das mais variadas patologias é um factor importante na prestação do médico dentista na altura de fazer um diagnóstico e pode fazer a diferença na eficácia do diagnóstico precoce e na prevenção da evolução do cancro oral. ⁽⁴⁾

Para ajudar a este desenvolvimento, os estudos sobre a frequência de lesões na cavidade oral em populações portuguesas assumem um papel importante.

Um estudo epidemiológico é um estudo de distribuição de doença(s) numa determinada população e o seu propósito é perceber qual o relacionamento dessas doenças com os seus factores de risco e como a doença pode ser prevenida dentro dessa população. ⁽⁵⁾ Os estudos epidemiológicos são um guia para as políticas de saúde pública e permitem também avaliar o sucesso das mesmas numa área específica ⁽⁶⁾.

Os estudos epidemiológicos de lesões da cavidade oral são muito escassos quando excluídos os que abordam apenas lesões de cárie ou a doença periodontal. ⁽⁷⁾ Em Portugal, embora existam estudos sobre entidades patológicas singulares, como os quistos e odontomas, existem relativamente poucos estudos sobre lesões da cavidade oral sob a forma de análises retrospectivas de um conjunto biópsias, todos associados à zona Norte do país. ^(8,9,10,11)

Com o objectivo de contribuir nesta área e de explorar a frequência de lesões que afectam a cavidade oral surge este projecto que se propõe a estudar os relatórios anatomopatológicos requeridos pela Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu.

2. REVISÃO DE CONCEITOS

A cavidade oral e a região maxilofacial são locais onde se podem apresentar variadas lesões de etiologia multifactorial. ⁽¹²⁾Todas estas lesões devem ser identificadas e correctamente diagnosticadas de forma a possibilitar um tratamento adequado. A negligência da importância de um diagnóstico correcto pode ter implicações graves tanto para o paciente como para o médico. ⁽¹³⁾

Assim, todos os pacientes devem ser sujeitos a um exame clínico da cabeça e pescoço, bem como de todas as estruturas intra-orais e, caso seja necessário, a exames de diagnóstico complementares. Deve sempre ser feita uma história clínica completa que possa esclarecer o médico quanto ao percurso do paciente e também guia-lo na hora de fazer um diagnóstico. ⁽¹⁴⁾

Assente a extrema importância da história e exame clínico completos, resta salientar ser mandatório fazer a avaliação histopatológica de qualquer tecido anómalo removido da cavidade oral, sendo que esta é a avaliação que resulta no diagnóstico mais fiável. ^(13,15,16)

A avaliação histopatológica bem sucedida na determinação de um diagnóstico definitivo dá informação quanto à etiologia da lesão, à presença ou ausência de malignidade e ao seu comportamento clínico. Esta informação é crucial para um plano de tratamento correcto. ⁽¹⁷⁾

2.1. INDICAÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES

Segundo Alexander et al. ⁽¹⁸⁾ as indicações para fazer uma biópsia são as seguintes:

- Qualquer condição patológica persistente que não possa ser diagnosticada clinicamente, incluindo:
 - ❖ Lesões de etiologia desconhecida que persistam por mais de 10-14 dias, apesar de terapia local;
 - ❖ Qualquer lesão intraóssea que esteja a aumentar de tamanho;

- ❖ Ellis et al. ⁽¹⁴⁾ acrescentam: Aumentos de volume submucosos visíveis ou palpáveis sob mucosa clinicamente normal.
- Qualquer lesão que apresente características de malignidade ou de pré malignidade (sangramento; persistência por mais de duas semanas; eritroleucoplasia; fixação às estruturas adjacentes; crescimento rápido; induração; ulceração), incluindo:
 - ❖ Lesões que cresçam rapidamente sem razão específica;
 - ❖ Lesões vermelhas, brancas ou pigmentadas da mucosa para as quais a causa ou o diagnóstico não é evidente;
 - ❖ Lesões que estejam firmemente aderidas ou fixadas às estruturas anatómicas adjacentes;
 - ❖ Lesões desconhecidas em localizações com alto risco para cancro oral (p. ex., pavimento da boca e língua)
- Confirmação de hipóteses diagnósticas clínicas;
- Qualquer lesão que apresente sinais inflamatórios persistentes após remoção do factor causal (10-14 dias);
- Qualquer lesão causadora de cancerofobia.

No que toca a contra indicações, Kumaraswamy et al. ⁽¹⁹⁾ referem-se a algumas situações em que o planeamento deve ser cuidado e o procedimento deve ser feito com cautela:

- Existência de diátese hemorrágica ou de problemas graves de coagulação;
- Lesão localizada perto de estruturas nobres que possam ser danificadas durante o procedimento cirúrgico;
- Condições de saúde que não permitam o uso de anestésicos locais;
- Lesões localizadas em zonas previamente irradiadas;
- Em casos de neurofibromas múltiplos devido ao risco de transformação neurosarcomatosa;

Mota-Ramírez et al. ⁽³⁾ apontam também as seguintes contra-indicações:

- Pacientes seriamente debilitados;
- Quando há a possibilidade de agravamento de uma doença sistémica;
- No caso da lesão se localizar numa zona muito profunda ou em áreas de difícil acesso e haja risco de gerar danos às estruturas adjacentes durante a cirurgia;
- Quando há suspeita de lesões vasculares, devido ao risco de sangramento em grande quantidade;

2.2. TIPOS DE BIÓPSIA

Dependendo das características da lesão a ser biopsada, as biópsias podem ser classificadas em directa, quando a lesão está superficial, ou indirecta, quando a lesão se encontra em profundidade e está recoberta por tecido de aparência normal.

As biópsias podem também ser classificadas de acordo com a técnica utilizada, o material usado, o tempo clínico em que são feitas -intraoperativa ou extraoperativa-, a localização da lesão, o processamento do material recolhido e o propósito da mesma. ^(3,20)

2.2.1. Biópsia incisional

Entende-se por biópsia incisional a que remove uma parte representativa da lesão em conta, bem como uma parte de tecido saudável. É normalmente feita em cunha e deve ser feita a uma profundidade adequada. ^(3,21,14)

Este tipo de biópsia está indicado em casos em que há dúvidas em relação ao diagnóstico provisório, em casos de lesões muito extensas e em casos cujo tratamento não passa pela excisão cirúrgica da lesão. ⁽¹³⁾

Segue o registo fotográfico de uma biópsia incisional do lábio efectuada na Clínica Universitária na consulta de Medicina Oral.



Figura 1:Incisão do lábio inferior com lamina de bisturi 15c



Figura 2:Remoção gradual do tecido a analisar



Figura 3:Aspecto do local após sutura

2.2.2. Biópsia incisional com bisturi circular

O bisturi circular (*punch*) pode ser um instrumento útil na obtenção de tecidos para análise histológica. Esta é uma técnica de simples execução, na qual se coloca o bisturi sobre o tecido a remover e se fazem movimentos de compressão e rotação. De seguida o tecido é removido com uma tesoura de pontas curvas. ^(22,23) É um método rápido, simples, económico, com bons pós-operatórios e com pouca tendência a produzir artefactos nos tecidos. ^(3,19,24,25)

A técnica com bisturi circular não está indicada em lesões de grandes dimensões e em grande profundidade e em localizações onde a mucosa é muito friável, como o pavimento da boca e o palato mole. ⁽²⁶⁾ O uso da técnica também não é aconselhado em lesões vesiculobolhosas por poder alterar a interface entre epitélio e tecido conjuntivo devido aos movimentos de rotação. ⁽²²⁾

2.2.3. Biópsia excisional

Tem como objectivo e é caracterizada pela remoção total da lesão com margens de segurança de tecido saudável (2-3mm). Está indicada em casos em que o diagnóstico clínico provisório é claro, em casos de lesões benignas, de pequeno tamanho, bem delimitadas e de fácil acesso e em que a sua remoção não compromete a função do paciente ⁽²⁰⁾. Assim, tem simultaneamente funções de diagnóstico e funções terapêuticas. ⁽²⁷⁾

2.2.4. Citologia exfoliativa

A citologia exfoliativa é um exame que se baseia na raspagem da superfície de lesões suspeitas de forma a recolher uma amostra que possa mais tarde ser estudada ao microscópio.

Historicamente, o seu uso foi iniciado no diagnóstico e prevenção do cancro do colo do útero. Na década de oitenta foi introduzida a escova para citologia esfoliativa, uma vez que se apresentava como uma forma fácil de recolher células do epitélio em profundidade. ⁽²⁸⁾ Esta alteração diminuiu o número de falsos negativos, no entanto estes continuam a existir. ⁽²⁹⁾

Os seus resultados apresentavam-se como negativo, caso não se detectem anormalidades epiteliais; positivo, caso haja evidência de alterações displásicas ou malignas; e atípico, caso haja alterações epiteliais, sem evidência de displasia ou malignidade. ⁽³⁰⁾

Actualmente, podem adicionar-se vários métodos para melhorar o diagnóstico com esta técnica, tais como a citomorfometria e a análise molecular de DNA. ^(28,31) No entanto, sempre que se diagnostique ou se suspeite de uma lesão com potencial maligno, a biópsia convencional deve ser levada a cabo, uma vez que nos permite uma análise estrutural do tecido onde se encontra a lesão e se mantém como sendo o exame mais fiável no diagnóstico de lesões da cavidade oral. ^(13,14,29,32)

2.2.5. Citologia aspirativa

A citologia aspirativa é um exame que se realiza com uma agulha fina e que se baseia na sua introdução numa lesão em profundidade, aspiração dessa lesão e análise citológica do material aspirado. ⁽³³⁾

É um procedimento de baixo custo, simples, com poucas complicações, bem tolerado pelo paciente e facilmente repetível. ⁽³⁴⁾

Está indicado quando a profundidade da lesão contraindica a biópsia incisional e excisional, em nódulos cervicais (gânglios linfáticos, tiróide e glândulas salivares), e em lesões intraósseas. ^(14,35,36,37)

É um exame útil para investigar a origem dos nódulos: se inflamatórios ou neoplásicos. ^(33,37)

No que toca a lesões intraósseas, o aspirado pode dar informações quanto à lesão. Um aspirado acastanhado pode indicar presença de quisto, um aspirado purulento indica um processo infeccioso ou inflamatório e caso seja aspirado sangue deve-se suspeitar de uma lesão vascularizada intraóssea (p. ex. hemangioma, quisto ósseo aneurismático, granuloma central de células gigantes). A aspiração de ar pode indicar a presença de uma cavidade óssea traumática. ⁽¹⁴⁾

Os erros de diagnóstico estão muitas vezes relacionados com uma quantidade insuficiente de aspirado, com a falta de informação quanto à arquitectura e disposição do material aspirado e com uma aspiração não representativa da lesão. ^(38,39)

2.3. DIRECTRIZES PARA A REALIZAÇÃO DE BIÓPSIAS DA CAVIDADE ORAL

2.3.1. Planeamento

Como em qualquer procedimento cirúrgico, o planeamento da intervenção, a par dos exames auxiliares de diagnóstico e de uma boa história clínica, é muito importante para um bom diagnóstico e tratamento do paciente. ⁽⁴⁰⁾

O paciente deve ser informado sobre o procedimento a efectuar e deve ser tirada, se possível, uma fotografia da lesão que vai ser abordada. ⁽⁴¹⁾

A biópsia deve ser planeada antes da administração de anestesia de acordo com as características da lesão, do paciente e com o material que se tem ao dispor. ⁽⁸⁾

2.3.2. Escolha do material

A escolha do material varia de acordo com o tipo de biópsia a ser realizada e com o tipo e a localização da lesão. ^(3,19)

De acordo com Ellis et al. ⁽¹⁴⁾ e James et al. ⁽⁴¹⁾, segue uma lista de material básico para a realização de uma biópsia:

- Luvas estéreis;
- Material de aspiração;
- Equipamento para administração de anestesia local;
- Material para fazer a incisão (p. ex. cabo de bisturi e lâmina 15);
- Afastador de tecidos apropriado;
- Pinça de tecidos (p. ex. pinça de Adson);
- Pinça hemostática; (p. ex. pinça mosquito)
- Compressas de gaze estéreis;
- Seringa de irrigação e fluido de irrigação estéril (p. ex. solução salina a 0.9%)
- Material para suturar;
- Frasco identificado com fixador apropriado para transporte da amostra;
- Impresso para requisição de estudo histológico.

Caso se proceda a uma biópsia intraóssea, poderá ser ainda necessário utilizar curetas para tecido mole, descoladores, alavancas para periósteo, pinça goiva, peça de mão e broca adequada e seringa descartável com agulha Luer Lock. ⁽¹⁴⁾

2.3.3. Preparação do campo cirúrgico

Ali et al. recomendam o uso de clorhexidina numa concentração entre 0.12 e 0.20% para preparação do campo cirúrgico. ⁽⁴⁰⁾

O uso de antissépticos que contenham iodopovidona ou de outras soluções corantes é desaconselhado uma vez que pode gerar artefactos durante o processamento e coloração dos tecidos. ^(19,40,42,43)

2.3.4. Anestesia

Sempre que possível, deve ser feito o bloqueio local da zona a biopsar, com anestesia infiltrativa dada em profundidade e em redor da lesão e se possível com 3-4 milímetros de distância à mesma. ^(3,19,22)

Uma alternativa é o recurso ao bloqueio regional, embora se perca o efeito de vasoconstricção produzido pela adrenalina quando se usa a sua associação ao anestésico. ^(22,44)

Por sua vez, a anestesia intralesional está desaconselhada por provocar efeitos nos tecidos (hemorragia, vacuolização, edema) ^(3,43), que podem condicionar a interpretação do anatomopatologista. ^(23,40,22) Por exemplo, edema numa amostra provocado pela administração de anestesia pode condicionar ao diagnóstico de patologias como a doença de Crohn ou a granulomatose orofacial, uma vez que esta é uma característica importante das mesmas. ⁽⁴⁴⁾

2.3.5. Seleção do local

Quando falamos de uma biópsia incisional, o mais aconselhado é biopsar a parte mais representativa da lesão associando-a, se possível, a tecido são. ⁽⁴⁰⁾

Na determinação e delimitação das áreas mais representativas de uma lesão podem ser utilizados o azul de tuloidina, tintura de iodo (solução de Lugol) e técnicas de autofluorescência. A delimitação precisa de lesões na cavidade oral assume grande importância quando se trata da remoção de carcinomas. ^(23,45,46,47,48)

Esta fase da cirurgia tem grandes implicações no sucesso dos processos de diagnóstico. No estudo de Chen ⁽⁴⁹⁾, a principal causa de discordância entre diagnósticos foi o facto de a amostra não ser representativa da lesão.

2.3.6. Estabilização e manuseamento dos tecidos

Durante o procedimento cirúrgico, uma boa estabilização e um manuseamento correcto dos tecidos são cruciais para o sucesso do diagnóstico. ^(43,42)

O manuseamento incorrecto dos tecidos pode gerar vários artefactos a nível histológico (esmagamento, hemorragia, fragmentação, pseudoquistos), que geralmente são provocados por pinças ou por fios de tracção. ^(19,22,43,50)

O fio de tracção é um fio de sutura que passa pela lesão ou tecido a remover. Ao segurar as pontas do fio de sutura, pode gerar-se tracção para facilitar a excisão dos tecidos e previnem-se movimentos indesejados na zona a biopsar. ⁽⁴⁴⁾ Para além disso esta técnica fornece logo à partida orientação de uma das faces do tecido removido para o anatomopatologista. ⁽³⁾

Existem vários utensílios que promovem a estabilização e facilitam a hemostase durante o procedimento. Um exemplo são as pinças de calázio (Fig.4) e as pinças B (divergem apenas no tamanho, sendo que a pinça B é maior). A abertura na sua extremidade eleva a lesão, estabiliza os tecidos circundantes e ajuda no controlo da hemostase. ^(3,19,51)



Figura 4:Aspecto do lábio inferior após estabilização da lesão com pinça de Calázio



Figura 5:Aspecto da lesão após a incisão

2.3.7. Orientação da amostra

Uma orientação correcta da amostra é uma forma de situar o anatomopatologista correctamente para que este possa fazer uma abordagem

correcta aquando da análise histopatológica, evitando cortes tangenciais, e avaliar se a lesão foi ou não completamente removida. ⁽¹⁹⁾

A orientação da amostra é conseguida através da utilização de fios de sutura. Pelo menos duas margens devem ser adequadamente identificadas para garantir uma orientação correcta. ⁽⁴⁰⁾ Uma forma de orientar é, por exemplo, usar numa das margens um fio mais longo do que na outra ou então usar numa das margens dois fios e na outra apenas um. ⁽¹³⁾ A legenda da orientação e a sua ilustração devem ser incluídas no relatório. ⁽¹⁹⁾

Garantir uma boa orientação da amostra torna-se difícil quando são biópsias de pequeno tamanho devido à contracção da amostra durante a fixação. ⁽⁴³⁾ Nestes casos, Avon e Klieb ⁽²²⁾ recomendam que se deixe a amostra sobre um pedaço de papel, com o epitélio virado para cima durante um minuto de forma a que o formato da mesma não se altere durante a fixação.

2.3.8. Solução fixadora

Para uma leitura histológica convencional, a solução fixadora aconselhada é a formalina a 10% num volume superior em, pelo menos, vinte vezes ao da amostra. ^(13,43)

Não deve ser utilizada água ou solução salina para este efeito e a solução fixadora não deve ser diluída. ⁽²²⁾

Para técnicas de imunofluorescência directa, a solução fixadora não pode ser a formalina, sendo aconselhado o uso de solução de Michel ^(52,53) ou o congelamento imediato da amostra. ⁽⁴⁴⁾

Outras técnicas que requerem o congelamento imediato da amostra são as de testes genéticos, a citometria de fluxo, as culturas microbiológicas e as análises da amostra em secção congelada. ⁽¹⁹⁾

2.3.9. Requisição do exame

Ao preencher a requisição do exame anatomopatológico, é aconselhado anexar informação que possa ajudar o anatomopatologista a relacionar a análise clínica com a patológica. ⁽⁸⁾

Assim, devem ser enviados os dados do paciente (nome, idade, género, profissão) e a sua história clínica completa. Não devem ser esquecidos o historial de desenvolvimento da lesão, a sua localização, a descrição das suas características clínicas, exames imagiológicos e outros que sejam pertinentes e o diagnóstico clínico provável. ^(44,54)

Convém enviar também as considerações básicas sobre o procedimento da biópsia, como a data do procedimento, o tipo de biópsia feita, a solução utilizada para fixar/transportar a amostra e o historial de biópsias feitas pelo paciente, caso exista. ⁽¹⁹⁾

Exames auxiliares de diagnóstico pertinentes devem também ser fornecidos, bem como um diagrama que permita ao patologista compreender a localização e a orientação da amostra. ⁽⁵⁵⁾

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo retrospectivo e transversal a todos os pacientes biopsados na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, e a todos os relatórios anatomopatológicos correspondentes, de 2009 a 2016.

3.2. RECOLHA DE DADOS

Inicialmente, recorreu-se ao programa de gestão clínica utilizado na Universidade, o *NewSoft DS*, *ImaginaSoft HS*, para aceder ao número de biópsias efectuadas desde a sua instalação em 2009.

Desta forma, os pacientes biopsados puderam ser identificados pelo seu número de paciente individual. De seguida, a informação relativa a cada paciente foi retirada individualmente, sendo recolhida a sua data de nascimento, género e a data em que foi feita a biópsia.

Passou-se então à recolha dos relatórios anatomopatológicos que estão arquivados junto à ficha de identificação pessoal que os pacientes preenchem aquando da primeira consulta, antes de ser criada o seu registo clínico electrónico, nos arquivos da clínica universitária. No caso de ausência desses dados, recorreu-se ao arquivo do laboratório em que se fazem os exames histológicos (*LabHC, Viseu, Portugal*).

Em alguns casos o mesmo paciente foi submetido a várias biópsias, pelo que se obtiveram resultados em relação a 117 exames referentes a 97 pacientes.

Dos relatórios foram retiradas informações referentes ao local em que foi feita a biópsia, ao tipo de biópsia, ao diagnóstico clínico, ao diagnóstico histológico, à concordância entre diagnóstico clínico e histológico e à validade do exame.

Quando houve informação em falta esta foi complementada com a informação registada no historial clínico do paciente no *NewSoft DS*, *ImaginaSoft HS*.

3.3 DISPOSIÇÃO DOS DADOS

A informação recolhida foi registada em tabelas no programa *Microsoft Office Excel 2010* (*Microsoft Corporation®, Washington, EUA*). Foram registadas as seguintes variáveis: idade, género, ano da recolha, tipo de biópsia, local da recolha da matéria biopsada, diagnóstico clínico, diagnóstico histológico, concordância de diagnósticos, presença de malignidade e validade do exame.

3.3.1 Variável “Idade do paciente”

De forma a conjugar os diagnósticos com as idades dos pacientes, as informações referentes à idade foram agrupadas por estratos etários (Tabela 1). As idades registadas variam entre os onze e os oitenta e três anos.

Tabela 1: Distribuição de idades por estratos

Estrato etário	Código
[10-20[	1
[20-30[	2
[30-40[	3
[40-50[	4
[50-60[	5
[60-70[	6
[70-80[	7
[80-90]	8

3.3.2 Variável “Local de recolha”

Para registar os locais de recolha foram consideradas as seguintes localizações anatómicas: osso (catalogando as lesões associadas a dente), lábio, língua, mucosa jugal, mucosa vestibular, orofaringe, palato, pavimento da boca, região orofacial, seio maxilar e trígono retromolar (Tabela 2). Quatro dos exames não apresentavam registo do local de recolha, pelo que, nesta variável, foi também criada uma entrada para “não referido”.

Poucos exames apresentavam informação quanto a localização por quadrante da lesão, pelo que não foi possível caracterizar as localizações em mandibular/maxilar e anterior/posterior.

Tabela 2: Lista de localizações anatómicas consideradas

Nº.	Localizações anatómicas consideradas
1	Lábio
2	Língua
3	Mucosa jugal
4	Mucosa vestibular
5	Orofaringe
6	Osso
7	Osso – associado a dente
8	Palato
9	Pavimento da boca
10	Região orofacial
11	Seio maxilar
12	Trígono retromolar
13	Não referido

3.3.3 Variável “Tipo de biópsia”

Nesta variável foram incluídos os tipos de biópsia efectuados. Apenas foram catalogados dois tipos de exame: a biópsia incisional e a biópsia excisional.

3.3.4 Variáveis de diagnóstico

Foram registados todos os diagnósticos clínicos e os diagnósticos histológicos. Devido à existência de cerca de 32 diagnósticos histológicos diferentes, estes diagnósticos foram agrupados em dez grupos de patologias de forma a facilitar a leitura e interpretação da análise. Assim existem três variáveis aqui incluídas: “diagnóstico clínico”, “diagnóstico histológico” e “grupo da patologia”. A variável “diagnóstico clínico” serviu apenas para obter a concordância entre diagnóstico clínico e histológico por comparação.

Optou-se por fazer esta distribuição de diagnósticos em grupos de patologias (Tabela 3) tendo em base o trabalho de Neville *et al.* ⁽⁵⁶⁾.

Nos casos em que não se deu diagnóstico clínico foi dada a entrada como sendo “Indefinido”. O mesmo aconteceu quando o diagnóstico histológico não foi obtido.

Dentro dos grupos de patologias foi também criada a entrada “Outros”, para diagnósticos de grupos que obteriam pouca representatividade e significância, como por exemplo, o caso das úlceras traumáticas, com dois casos diagnosticados, dentro do que seria o grupo “lesões físicas”.

Os grupos “Quisto odontogénico” e “Tumor odontogénico” foram também unidos, de forma a aumentar a representatividade da amostra.

Tabela 3: Grupos de patologias

Nº.	Grupo das patologias
1	Doença imunológica
2	Inconclusivo
3	Lesão proliferativa não neoplásica
4	Outros
5	Patologia das glândulas salivares
6	Patologia epitelial
7	Patologia óssea benigna
8	Quistos e tumores odontogénicos
9	Tumor benigno
10	Tumor maligno

3.3.5 Variável “Concordância”

Como dito anteriormente, obtida por comparação do registado em “diagnóstico clínico” e “diagnóstico histológico”. Nos casos em que não se obteve o diagnóstico clínico ou o diagnóstico histológico não foi conclusivo, a entrada para “Concordância” foi “Inconclusivo”. As restantes entradas para esta variável são “Concordante” e “Discordante”.

O grau de concordância foi avaliado com o teste Binomial.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística foi utilizado o *SPSS® 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences)*. O programa foi utilizado para fazer a análise descritiva dos dados registados, assim como a análise inferencial das variáveis “Grupo de patologia” com “Género do paciente”; “Grupo de patologia” com “Idade do paciente”; “Grupo de

patologia” com “Local de recolha”; “Diagnóstico definitivo” com “Género e idade do paciente”; “Grupo de patologia” com “Concordância” e “Local de recolha” com “Concordância”.

Foi realizado o teste Binomial para aferir a proporção entre diagnósticos concordantes e discordantes, não contabilizando os resultados inconclusivos.

4. RESULTADOS

Foram registados dados relativos a 97 pacientes. Destes, importa realçar que 66% dos dados não se encontravam guardados no registo clínico da Clínica Universitária, mas apenas no Laboratório de Anatomia Patológica que realizou as análises.

A amplitude de idades variou entre os 11 e os 83 anos. A idade média foi de 51,7 anos (DP= 17,9). O estrato etário com mais lesões biopsadas foi de 60-70 anos (n=23), seguido de 50-60 anos (n=16). O estrato com menos lesões biopsadas foi o de 80-90 anos (n=3)

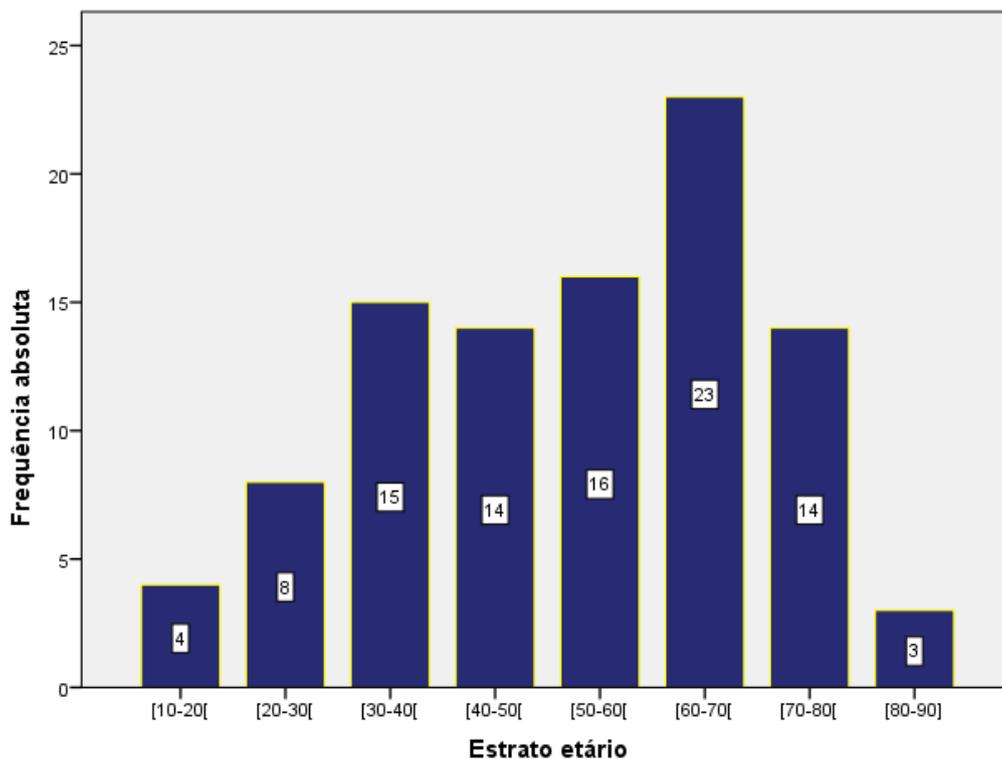


Figura 6: Distribuição da idade dos pacientes por estrato etário

A análise ao género (Figura 7) mostra que foi o género feminino com mais lesões biopsadas (n=61; 52,1%). Fizeram-se cinquenta e seis biópsias ao género masculino (47,9%). Relativamente ao tipo de biópsia efectuada (Figura 8), a técnica mais utilizada foi a biópsia excisional (n=81; 69,2%) comparativamente à biópsia incisional (n=36; 30,7%).

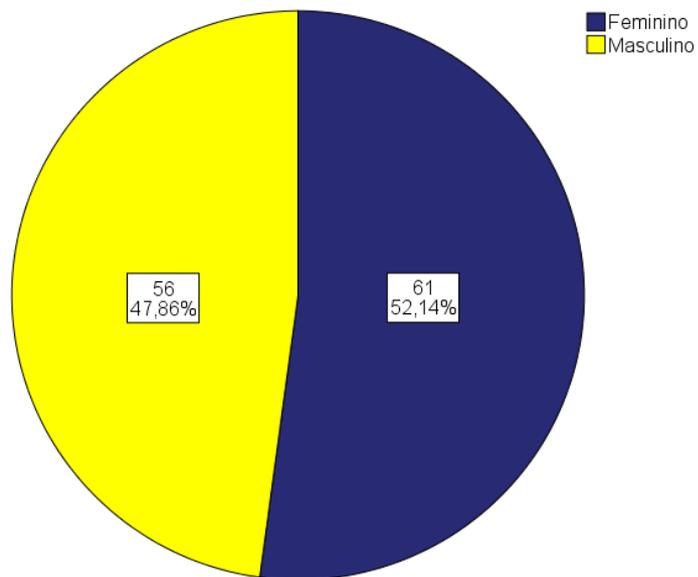


Figura 7: Distribuição dos pacientes por género

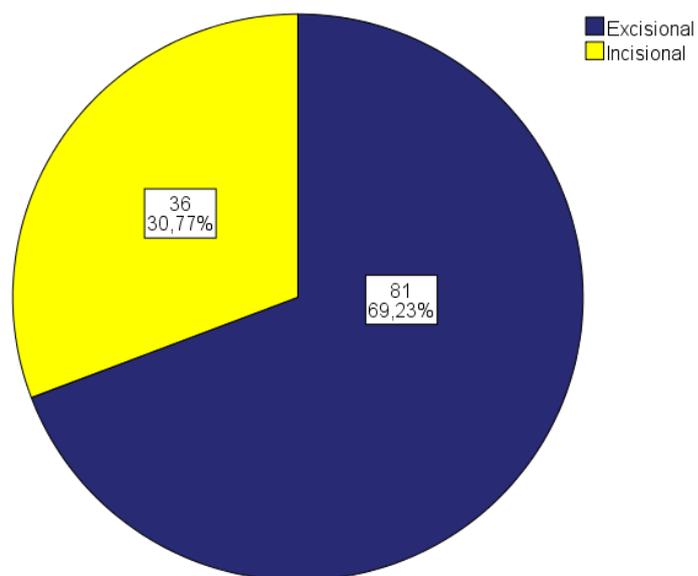


Figura 8: Distribuição das biópsias por técnica

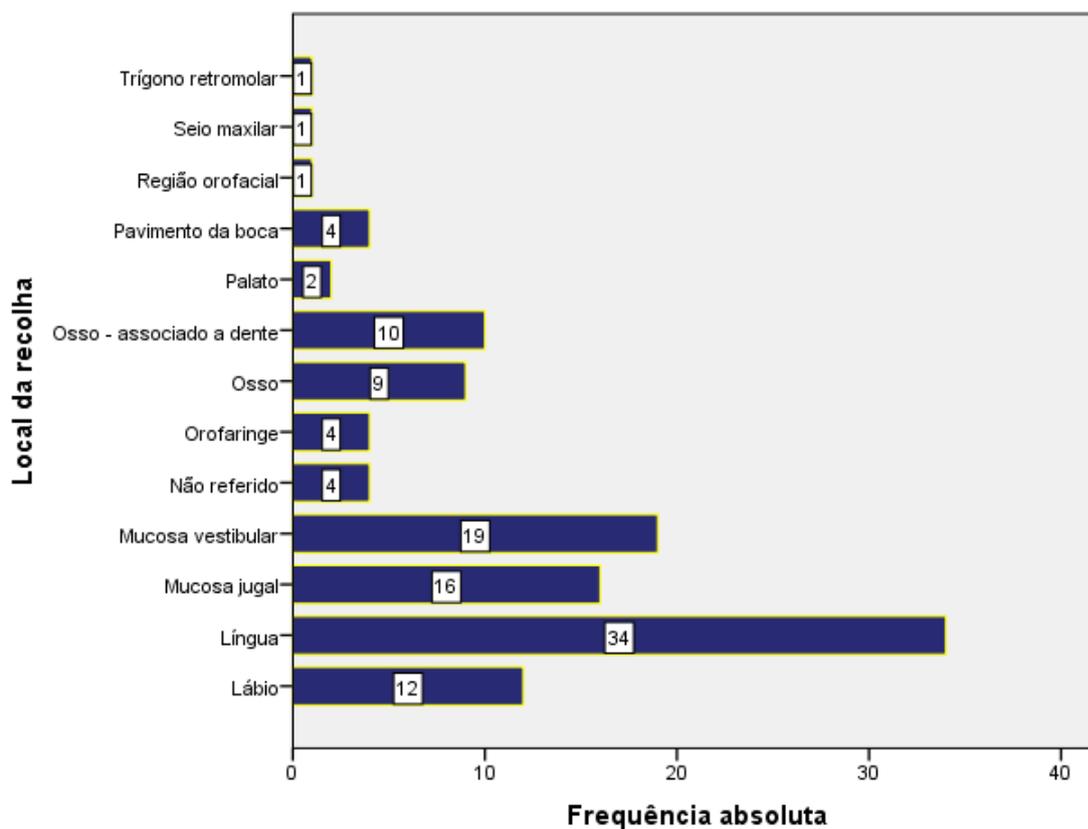


Figura 9:Distribuição dos locais de recolha

Relativamente ao local de recolha (Figura 9), as lesões ósseas estão em minoria (n= 19; 16,2%) comparativamente às lesões de tecidos moles (n= 98, 83,8%). A localização anatómica mais biopsada foi a língua (n= 34; 29,1%), seguida pela mucosa vestibular (n= 19; 16,2%) e pela mucosa jugal (n=16; 13,7%). Quatro dos exames não referiam a localização anatómica da recolha (3,4%).

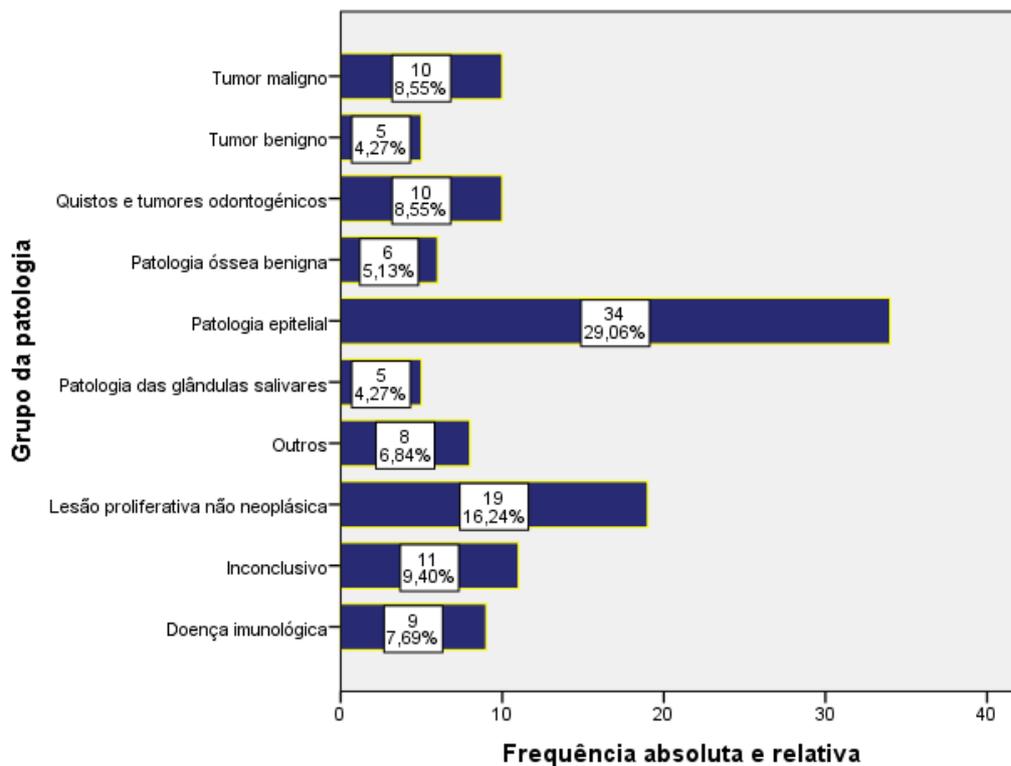


Figura 10: Distribuição dos grupos de patologia

Relativamente à distribuição de patologias por grupos (Figura 10), o grupo mais prevalente é o de patologia epitelial (n=34; 29,06%), seguido pelo das lesões proliferativas não neoplásicas (n=19; 16,24%). Os grupos de patologias menos representados são os tumores benignos e as patologias das glândulas salivares (n=5; 4,27% cada).

Tabela 4:Distribuição dos grupos de patologia por género

Grupo da Patologia	Género do paciente	
	F	M
Doença imunológica	6	3
Inconclusivo	6	5
Lesão proliferativa não neoplásica	10	9
Outros	4	4
Patologia das glândulas salivares	3	2
Patologia epitelial	16	18
Patologia óssea benigna	3	3
Quistos e tumores odontogénicos	4	6
Tumor benigno	3	2
Tumor maligno	6	4

No que toca à distribuição de patologias por género (Tabela 4), as doenças imunológicas e os tumores malignos apresentam-se maior prevalência no género feminino, enquanto que as lesões representativas de patologia epitelial e os quistos e tumores odontogénicos apresentam maior prevalência no género masculino. A patologia óssea benigna apresentou distribuição igual pelos dois géneros.

Tabela 5:Distribuição dos grupos de patologia por estrato etário

Grupo da Patologia	Estrato etário							
	[10-20[	[20-30[	[30-40[	[40-50[	[50-60[	[60-70[	[70-80[	[80-90]
Doença imunológica	0	1	1	1	0	3	3	0
Inconclusivo	1	2	0	1	2	3	1	1
Lesão proliferativa não neoplásica	1	0	4	2	2	7	3	0
Outros	1	0	0	3	2	0	2	0
Patologia das glândulas salivares	0	0	1	1	1	0	1	1
Patologia epitelial	1	1	6	3	7	7	8	1
Patologia óssea benigna	0	2	0	1	2	1	0	0
Quistos e tumores odontogénicos	0	3	3	3	0	1	0	0
Tumor benigno	0	0	1	0	0	3	1	0
Tumor maligno	0	0	1	0	8	0	0	1

A Tabela 5 relaciona o grupo das patologias com os vários estratos etários. As doenças imunológicas foram diagnosticadas principalmente entre os 60-80 anos (66,7%), havendo ainda três casos distribuídos pela terceira, quarta e quinta décadas de vida. As lesões proliferativas não neoplásicas encontram-se com maior prevalência entre os 60-70 anos (36,8%), havendo ocorrências em todos os estratos menos nos dos 20-30 e 80-90 anos.

As patologias das glândulas salivares afectaram uniformemente a quarta, quinta, sexta, oitava e nona décadas de vida (20% em cada), não afectando os restantes estratos. A patologia epitelial encontrou-se distribuída principalmente entre os 30-40 anos (17,6%); os 50-60 e os 60-70, com a mesma percentagem (20,1%), e os 70-80, com a maior incidência (23,5%).

A patologia óssea benigna afectou mais as idades entre os 20-30 e os 50-60 anos (33,3% em cada estrato). Os quistos e tumores odontogénicos afectaram igualmente os estratos dos 20-30, 30-40, 40-50 anos (30% em cada estrato), havendo ainda mais uma ocorrência entre os 60 e 70 anos. Os tumores benignos afectaram na sua maioria o estrato dos 60-70 anos (60%) e os tumores malignos incidiram sobretudo no estrato dos 50-60 anos (80%).

Tabela 6: Distribuição dos grupos de patologia por local de recolha

Grupo da patologia	Local da recolha												
	Lábio	Língua	Mucosa jugal	Mucosa vestibular	Não referido	Orofaringe	Osso	Osso (rel. dente)	Palato	Pavimento da boca	Região orofacial	Seio maxilar	Trígono retromolar
Doença imunológica	0	3	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Inconclusivo	1	2	1	3	0	0	3	1	0	0	0	0	0
Lesão proliferativa não neoplásica	3	5	2	7	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Outros	0	3	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Patologia das glândulas salivares	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patologia epitelial	4	11	5	5	2	3	0	0	1	1	1	0	1
Patologia óssea benigna	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0
Quistos e tumores odontogénicos	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	1	0
Tumor benigno	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tumor maligno	0	6	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0

Relacionando os locais de recolha com o grupo da patologia (Tabela 6), verifica-se que as doenças imunológicas incidiram em maior quantidade na língua e na mucosa jugal, seguindo-se pela mucosa vestibular e pela orofaringe. A maioria dos exames inconclusivos foi efectuada em zonas ósseas e na mucosa vestibular.

Dentro das lesões proliferativas não neoplásicas, a maioria foi removida da mucosa vestibular (36,8%) e da língua (26,3%). Já as patologias das glândulas salivares apresentaram maior incidência no lábio (80%).

No que toca à patologia epitelial, a maior parte da amostra foi recolhida da língua (32,3%), seguindo-se a mucosa jugal e a mucosa vestibular (14,7% cada). De resto este grupo de patologias foi diagnosticado em todas as localizações excluindo as zonas ósseas e o seio maxilar.

A patologia óssea foi diagnosticada em localizações ósseas em todos os casos. Os quistos e tumores dos maxilares foram recolhidos na sua maioria de zonas ósseas, estando associados a um dente, em 90% dos casos, sendo que existiu apenas um caso localizado no seio maxilar.

Os tumores benignos localizaram-se na sua maioria na língua (80%), havendo ainda um caso na mucosa jugal. Não se diagnosticaram tumores benignos em mais nenhuma localização. Os tumores malignos localizaram-se em grande parte na língua (60%), seguida pelo pavimento da boca (30%) e pela mucosa vestibular (10%), não incidindo em mais nenhuma localização.

Tabela 7: Doenças imunológicas

Diagnóstico	[20-30[		[30-40[		[40-50[		[60-70[		[70-80[
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Líquen plano	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0
Pênfigo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Penfigóide	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0

Dentro do grupo de patologias autoimunes (Tabela 7) foram identificadas três patologias diferentes, sendo o líquen plano a mais prevalente. Todos os pacientes afectados por líquen plano eram mulheres com idades superiores a 40 anos. Os restantes casos foram de pênfigo e de penfigóide, sendo que o pênfigo afectou igualmente os dois géneros e foi diagnosticado em pacientes com mais de 60 anos. Já o penfigóide afectou mais o género feminino, incidindo na terceira, quarta e oitava décadas de vida.

Tabela 8: Lesões proliferativas não neoplásicas

Diagnóstico	[10-20[		[30-40[		[40-50[		[50-60[		[60-70[		[70-80[
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Epúlide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Fibroma	0	1	0	1	0	0	2	0	3	3	1	2
Fibroma ossificante periférico	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Granuloma piogénico	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

No que toca às lesões proliferativas não neoplásicas (Tabela 8), a patologia mais diagnosticada foi o fibroma, que afectou indivíduos de ambos os géneros principalmente a partir dos 60 anos.

A segunda patologia mais diagnosticada foi o fibroma ossificante periférico, sendo que afectou apenas mulheres entre os 30 e os 50 anos.

Tabela 9: Outros

Diagnóstico definitivo	[10-20[		[40-50[		[50-60[		[70-80[
	F	M	F	M	F	M	F	M
Gânglio linfático reactivo	1	0	0	0	0	0	0	0
Processo inflamatório crónico	0	0	0	1	2	0	1	1
Úlcera traumática	0	0	0	2	0	0	0	0

Dentro deste grupo (Tabela 9), as alterações mais prevalentes foram os processos inflamatórios crónicos, que afectaram ambos os géneros a partir dos 40 anos.

Foram ainda diagnosticadas duas úlceras traumáticas em pacientes masculinos entre os 40 e 50 anos e um gânglio linfático reactivo numa paciente com idade entre os 10 e os 20 anos.

Tabela 10: Patologia das glândulas salivares

Diagnóstico definitivo	[30-40[		[40-50[		[50-60[		[70-80[		[80-90]	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Ectasia ducto salivar	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Mucocelo	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Sialadenite crónica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Síndrome de Sjögren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

A patologia com mais representação neste grupo foi o mucocelo (Tabela 10), existindo dois casos que afectaram ambos os géneros entre os 30 e os 50 anos. Diagnosticou-se ainda uma ectasia de um ducto salivar a uma paciente entre os 70 e os 80 anos, uma sialoadenite crónica numa paciente entre os 50 e os 60 anos e síndrome de Sjögren a um paciente entre os 80 e 90 anos.

Tabela 11: Patologia óssea benigna

Diagnóstico definitivo	[20-30[		[40-50[		[50-60[		[60-70[
	F	M	F	M	F	M	F	M
Fibroma ossificante	0	2	1	0	0	0	0	0
Osteoradionecrose	0	0	0	0	1	1	1	0

Dentro do grupo de patologia óssea benigna (Tabela 11) apenas se diagnosticaram fibromas ossificantes em dois pacientes masculinos entre os 20 e os 30 anos e numa paciente entre os 40 e os 50. Foram ainda diagnosticadas três lesões de osteoradionecrose em ambos os géneros entre os 50 e os 70 anos.

Tabela 12: Tumores benignos

Diagnóstico definitivo	[30-40[		[60-70[		[70-80[
	F	M	F	M	F	M
Fibrolipoma	0	0	1	0	0	0
Hemangioma	0	1	1	0	1	0
Linfangioma	0	0	0	1	0	0

A lesão mais prevalente no grupo dos tumores benignos (Tabela 12) foi o hemangioma, sendo que dois casos incidiram em pacientes femininas, entre os 60 e os 80 anos, e outro num paciente masculino entre os 30 e os 40 anos.

Os restantes casos foram de um fibrolipoma, numa paciente do género feminino com idade entre os 60 e os 70 anos e de um linfangioma, num paciente masculino entre os 60 e os 70 anos.

Tabela 13: Tumores malignos

Diagnóstico definitivo	[30-40[		[50-60[		[80-90[
	F	M	F	M	F	M
Carcinoma de células escamosas	0	1	5	3	0	0
Carcinoma <i>in situ</i>	0	0	0	0	1	0

A grande maioria (90%) de tumores malignos encontrados foram carcinomas de células escamosas (Tabela 13), sendo que o estrato etário mais afectado foi o dos 50 aos 60 anos. Dentro deste estrato foram feitos cinco diagnósticos no género feminino e três do género masculino. Foi ainda registado mais um caso num paciente do género masculino entre os 30 e os 40 anos.

Foi ainda obtido um resultado de carcinoma *in situ* numa paciente entre os 80 e os 90 anos.

Tabela 14: Patologia epitelial

Diagnóstico definitivo	[10-20[		[20-30[		[30-40[		[40-50[		[50-60[		[60-70[		[70-80[		[80-90[
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Condiloma	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hiperplasia epitelial	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0
Leucoeritroplasia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Leucoplasia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	2	1	0
Mucosite psoriasiforme	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Nevo melanótico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Papiloma	0	0	1	0	3	1	0	1	0	1	1	2	1	1	0	0
Verruga vulgar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

Dentro do grupo de patologia epitelial (Tabela 14), as lesões com mais prevalência foram os papilomas. Este diagnóstico foi registado em todos os estratos etários, com excepção do primeiro e do último. O estrato mais afectado foi o dos 30-40 anos (n=4; 33,3%) e a patologia afectou igualmente os dois géneros.

A segunda patologia mais prevalente foi a leucoplasia (n=8), sendo que esta lesão foi mais prevalente a partir dos 60 anos de idade. Esta patologia afectou igualmente os géneros. De todos os diagnósticos histológicos de leucoplasia feitos, quatro (50%) apresentavam evidência de displasia celular.

Houve ainda registo de seis lesões de hiperplasia epitelial, com maior frequência entre os 50 e os 80 anos.

Fez-se ainda o diagnóstico de duas leucoeritroplasias, uma com evidência de displasia.

Tabela 15: Quistos e tumores odontogénicos

Diagnóstico definitivo	[20-30[		[30-40[		[40-50[		[60-70[
	F	M	F	M	F	M	F	M
Odontoma complexo	1	1	0	0	0	0	1	0
Quisto dentífero	0	0	0	0	1	1	0	0
Quisto inflamatório periapical	1	0	0	3	0	1	0	0

Dentro do grupo de quistos e tumores odontogénicos (Tabela 15), todos os tumores odontogénicos diagnosticados foram odontomas complexos, dois entre os 20 e os 30 anos, e um já entre os 60 e os 70.

No que toca aos quistos odontogénicos, antes dividiram-se em quistos inflamatórios periapicais (n=5; 71,4%) e quistos dentígeros (n=2; 28,6%). Os quistos inflamatórios periapicais apresentam-se em maior frequência entre os 30 e os 50 anos, com clara preferência pelo género masculino (80%). Já os quistos dentígeros estão circunscritos entre os 40 e os 50 anos, com igual distribuição pelo género.

Tabela 16: Concordância entre diagnóstico clínico e histológico

	Frequência absoluta	Percentagem %
Concordante	65	55,6
Discordante	26	22,2
Inconclusivo	26	22,2
Total	117	100,0

Relativamente à concordância entre diagnósticos (Tabela 16), a maioria dos casos apresentou um diagnóstico clínico concordante com o diagnóstico histológico (n=65; 55,6%). Os diagnósticos foram discordantes em 26 casos (22,2%). Os casos em que não foi dado diagnóstico clínico ou em que não foi obtido um diagnóstico histológico foram também 26 (22,2%).

Para analisar esta variável de concordância realizou-se o teste Binomial (Tabela 17). Para este efeito eliminou-se a percentagem de testes inconclusivos e analisaram-se apenas os testes com concordância positiva ou negativa (n=91). Para este teste a hipótese nula pondera uma proporção de 1:1 para os resultados de concordância nestes 91 casos.

Tabela 17: Teste Binomial

			Observed	Test	Exact Sig.
		Category	N	Prop.	Prop.
					(2-tailed)
Concordância	Group 1	Concordante	56	,62	,50
	Group 2	Discordante	35	,38	
	Total		91	1,00	,035

Visto que $p < 0,05$, podemos rejeitar a hipótese nula e concluir que existe uma percentagem estatisticamente significativa de diagnósticos concordantes.

Tabela 18: Concordância entre diagnóstico clínico e histológico por grupo de patologia

Grupo da patologia	Concordância (n & %)		
	Concordante	Discordante	Inconclusivo
Doença imunológica	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0
Lesão proliferativa não neoplásica	12 (63,1%)	3 (15,8%)	4 (21,1%)
Inconclusivo	0	0	11 (100%)
Outros	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)
Patologia das glândulas salivares	3 (60%)	2 (40%)	0
Patologia epitelial	21 (61,8%)	7 (20,6%)	6 (17,6%)
Patologia óssea benigna	3 (50%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)
Quistos e tumores odontogénicos	9 (90%)	1 (10%)	0
Tumor benigno	3 (60%)	2 (40%)	0
Tumor maligno	6 (60%)	3 (30%)	1 (10%)

Na tabela 18 conseguimos perceber que o grupo de patologia com maior concordância entre diagnósticos foi o dos quistos e tumores odontogénicos com 90% de concordância e que o grupo com menor foi o que agrupou os diagnósticos de processos inflamatórios crónicos, úlceras traumáticas e de um gânglio linfático reactivo com 37,5%.

Tabela 19: Concordância entre diagnóstico clínico e histológico por local de recolha

Local de recolha	Concordância		
	Concordante	Discordante	Inconclusivo
Lábio	5(41,7%)	3(25%)	4(33,3%)
Língua	20(58,8%)	7(20,6%)	7(20,6%)
Mucosa jugal	8(50%)	6(37,5%)	2(12,5%)
Mucosa vestibular	9(47,4%)	6(31,6%)	4(21,1%)
Orofaringe	2(50%)	1(25%)	1(25%)
Osso	3(33.3%)	1(11.1%)	5(55.6%)
Osso (rel. dente)	9(90%)	0	1(10%)
Palato	1(50%)	0	1(50%)
Pavimento da boca	3(75%)	0	1(25%)
Região orofacial	0	1(100%)	0
Seio maxilar	0	1(100%)	0
Trígono retromolar	1(100%)	0	0
Não referido	4(100%)	0	0

Analisando a Tabela 19, conseguimos perceber que os locais de recolha que geraram diagnósticos com mais percentagem de concordância foram o trígono retromolar (100%), as localizações ósseas relacionadas com estruturas dentárias (90%) e o pavimento da boca (75%). Por sua vez as localizações com menor concordância foram a região orofacial e o seio maxilar (0%).

5. DISCUSSÃO

A análise dos resultados mostra que ao longo de 7 anos (2009-2016) foram realizadas 117 biópsias em 97 paciente diferentes na clínica universitária da Universidade Católica Portuguesa.

É crucial a existência de um método de armazenamento de registos clínicos, sejam estes em papel ou em formato electrónico, para que a informação relativa a cada paciente não se perca, se mantenha actualizada e seja acessível.

Relativamente aos pacientes biopsados, o estudo mostra-nos que existe uma maioria de pacientes do género feminino na amostra (52%), com um rácio de 1,1 mulheres para 1 homem, o que é um dado concordante com os resultados dos estudos de vários autores, quer nacionais ^(8,9,10), quer internacionais ^(57,58). O género feminino foi mais afectado pelas doenças imunológicas (2:1), tumores malignos (3:2), lesões proliferativas não neoplásicas, patologias das glândulas salivares tumores benignos, embora nas últimas com uma predilecção pouco acentuada. Já o género masculino obteve mais incidência nas patologias epiteliais (1:0,89) e nos quistos e tumores odontogénicos (3:2).

Relativamente ao tipo de biópsia, 66,2% dos exames efectuados foram biópsias excisionais. Alguns artigos apresentam dados semelhantes, como o de Fierro-Garibay *et al.* ⁽⁵⁹⁾, com 83,9% de biópsias excisionais e o de Sixto-Requeijo *et al.* ⁽⁶⁰⁾ com 66,5%. No trabalho de Estevinho ⁽⁸⁾, a biópsia excisional também foi a mais realizada.

No que toca à idade, o estrato mais afectado foi o dos 60 aos 70 anos (n=23; 19,6%), seguido pelo dos 50 aos 60 anos (n=16; 13,7%) e pelo dos 30 aos 40 anos (n=15; 12,8%). A idade média foi de 51,7 anos de idade. A grande maioria dos pacientes estava em idade adulta, sendo que 60% dos pacientes tinha uma idade superior a 40 anos quando foi feita a biópsia. Comparativamente à bibliografia, os resultados apresentam algumas diferenças, sendo que a população aqui estudada é bastante mais envelhecida do que a na maioria dos estudos ^(8,10,57,58,61,62), no entanto vai de acordo com os resultados do estudo de Guedes *et al.* ⁽¹¹⁾ Jiménez e Diaz ⁽⁶³⁾ e de Sixto-Requeijo *et al.* ⁽⁶⁰⁾.

Relativamente à localização anatómica, os locais mais biopsados neste estudo foram a língua (29,1%), seguida pela mucosa vestibular (16,2%) e pela mucosa jugal

(16,2%). Em comparação com a bibliografia, a maioria dos autores nacionais apresenta uma maioria das lesões como sendo provenientes de uma localização intraóssea e associadas a dente ^(8,10), uma vez que existia uma grande quantidade de diagnósticos de lesões inflamatórias periapicais ou de quistos periapicais, o que não se verifica neste estudo. Ainda assim, o estudo de Estevinho ⁽⁸⁾ coloca a mucosa jugal e a gengiva como a segunda localização mais afectada, o que vai de acordo com este estudo. A nível internacional, o estudo de Shulman *et al.* ⁽⁶¹⁾ marca o palato duro, a gengiva e o lábio como sendo as localizações mais afectadas.

Neste estudo, de um total de 32 patologias diferentes, a entidade patológica mais frequente foi o fibroma (11,1%), seguido pelo papiloma (10,3%), pelo carcinoma de células escamosas (7,7%) e pela leucoplasia (6,8%). Tanto Cabral ⁽⁹⁾ como Estevinho ⁽⁸⁾, tiveram como patologia mais frequente o quisto apical. Cabral ⁽⁹⁾ tem ainda como patologias mais frequentes a hiperplasia fibroepitelial reactiva, o granuloma periapical e os quistos residuais e dentígeros. Já Estevinho ⁽⁸⁾ apresenta também a hiperplasia sem origem específica, o granuloma periapical, o fibroma e a leucoplasia. As diferenças entre resultados revelam a falta de hábito de analisar histologicamente lesões periapicais na clínica da universidade, uma vez que existe um número reduzido de diagnósticos de quistos e granulomas periapicais comparativamente a outros estudos portugueses, neste caso da Universidade do Porto.

5.1 PATOLOGIA EPITELIAL

Este foi o grupo de patologia com mais representatividade neste estudo (n=34), estando aqui centrados 29,1% dos casos. As lesões deste grupo apresentaram mais incidência no género masculino. As patologias mais prevalentes foram os papilomas e as leucoplasias.

No caso do papiloma, esta patologia afectou igualmente os dois géneros tendo maior incidência no estrato etário dos 30 aos 40 anos, afectando no entanto todos os estratos exceptuando o primeiro e o último. As localizações preferenciais do

papiloma foram o lábio, a língua e a orofaringe. A leucoplasia também incidiu igualmente nos dois géneros, no entanto só afectou pacientes acima dos 40 anos, com elevada incidência em pacientes entre os 60 e os 80 anos. Esta patologia afectou maioritariamente a língua, incidindo também na mucosa jugal, pavimento da boca e no palato. De todos os pacientes afectados por leucoplasia e eritroleucoplasia (n=10), 70% não apresentava os registos sobre consumo de álcool ou de tabaco. Dos restantes, 1 não consumia álcool e tabaco e os outros 2 assumiram fumar mais de 10 cigarros por dia e consumir álcool com regularidade. De todas as leucoplasias, 50% (n=4) apresentavam displasia.

Na bibliografia, tanto os papilomas como as leucoplasias são consideradas patologias relevantes, obtendo representatividade significativa e concordante com a deste estudo, embora por vezes agrupados em grupos de patologia diferentes ao que aqui foi exposto. São exemplo os trabalhos de Guedes⁽¹¹⁾, Jones e Franklin⁽⁵⁸⁾, Ali⁽⁶⁴⁾ e Sixto-Requeijo⁽⁶⁰⁾.

5.2 LESÕES PROLIFERATIVAS NÃO NEOPLÁSICAS

Este grupo de patologia foi o segundo mais representado neste estudo (n=19), com 16,2% dos casos totais. As lesões aqui abordadas apresentaram uma ténue preferência pelo género feminino. A patologia mais prevalente foi o fibroma (n=13), sendo esta a patologia mais prevalente de todo o estudo, seguido pelo fibroma ossificante periférico (n=4).

Relativamente aos fibromas, estes incidiram principalmente na língua, seguindo-se a mucosa jugal e a vestibular. Mostraram ter maior incidência no género masculino (n=7), atingindo principalmente indivíduos com mais de 50 anos de idade (n=11). De todos os pacientes afectados por fibroma, 5 deles não apresentam informação quanto ao uso de prótese na história clínica. Dos restantes (n=8), 4 usavam prótese dentária e os outros 4 não.

Na literatura, o fibroma, bem como as hiperplasias fibrosas, apresentam prevalências semelhantes às deste estudo ^(57,58,65), no entanto, mostram normalmente preferência pelo género feminino, ainda que também numa idade adulta.

5.3 TUMORES MALIGNOS

Este grupo de patologia foi o terceiro que afectou mais a amostra, com o mesmo número de casos que o grupo de quistos e tumores odontogénicos. Neste grupo houve 9 diagnósticos de carcinoma de células escamosas e um de carcinoma *in situ*, o que representa 8,5% da amostra. De todos os diagnósticos, a língua foi a localização preferencial (60%), seguida pelo pavimento da boca (30%) e pela mucosa vestibular (10%).

Neste grupo, existem alguns diagnósticos associados ao mesmo paciente, pelo que os 10 diagnósticos incidiram em 6 pacientes. Em relação à população afectada, apenas um paciente tinha idade inferior a 50 anos, sendo que, dos restantes afectados, 4 pacientes estavam entre os 50 e os 60 anos de idade e um tinha uma idade superior a 80 anos. A patologia afectou mais o género masculino (66,7%) do que o feminino. Não houve registos sobre o consumo de álcool ou tabaco em 2 destes pacientes, mas dos 4 restantes, 3 fumavam mais do que 10 cigarros por dia e um consumia álcool com regularidade.

Estes resultados vão de acordo com os que são descritos na bibliografia, em que o carcinoma de células escamosas se encontra frequentemente na lista de patologias mais frequentes, com foco em pacientes do género masculino na sexta década de vida. ^(60,64,66)

A nível nacional, os resultados são semelhantes, pelo que a população afectada é também na sua maioria do género masculino com idades entre os 50 e os 60 anos, sendo a localização mais afectada a língua. ^(11,67,68) A nível de prevalência, a percentagem de tumores malignos deste estudo está acima da dos estudos de Estevinho ⁽⁸⁾, cuja percentagem é de 2,6%, e de Tabaio ⁽¹⁰⁾, cuja percentagem é de 3,4%, mas abaixo da do estudo de Guedes ⁽¹¹⁾, cuja percentagem chega aos 19,6%.

5.4 QUISTOS E TUMORES ODONTOGÉNICOS

Este grupo de patologia, a nível de prevalência, representa 8,5% do total de diagnósticos. As três entidades patológicas identificadas neste grupo foram os odontomas complexos (30%), os quistos dentígeros (20%) e os quistos inflamatórios periapicais (50%). A nível de localização, todas as lesões estavam associadas a dente em localização intraóssea, sendo que uma se encontrava no seio maxilar.

As idades dos pacientes atingidos variam desde os 21 aos 62 anos, sendo que a média de idades é de 34,2 anos para os quistos inflamatórios periapicais, de 45 anos para os quistos dentígeros e de 35 anos para os odontomas complexos.

Em comparação com a literatura, a prevalência de lesões inflamatórias periapicais observada neste estudo (3,4% dos diagnósticos) é bastante inferior à relatada no estudo de Estevinho ⁽⁸⁾(19,1% dos diagnósticos), de Cabral *et al.*⁽⁹⁾(25,4% dos diagnósticos), de Tabaio ⁽¹⁰⁾ (15,1% dos diagnósticos). A nível internacional, este tipo de lesões também apresenta maior prevalência, como é notório nos estudos de Fierro-Garibay *et al.* ⁽⁵⁹⁾ (27,8% dos diagnósticos), de Mendez *et al.* ⁽⁶⁶⁾(28,28% dos diagnósticos) e até de Jiménez e Díaz ⁽⁶³⁾ (8,3% dos diagnósticos).

Este factor leva a questionar a frequência com que se efectuam biópsias de tecidos periapicais na clínica da Universidade, uma vez que é o grupo de patologias com maiores diferenças de prevalência para com a bibliografia.

5.5 DOENÇAS IMUNOLÓGICAS

As doenças imunológicas representam 7,7% dos diagnósticos. Neste grupo identificaram-se três entidades patológicas distintas: o líquen plano (44,4%), o pênfigo (22,2%) e o penfigóide (33,3%). Quanto aos pacientes, a idade média aquando do diagnóstico foi de 56,1 anos de idade. Estas patologias incidiram

preferencialmente na língua e na mucosa jugal e afectaram preferencialmente o género feminino.

Os resultados deste estudo vão de acordo com os apresentados na literatura, uma vez que nesta o líquen plano representa a patologia mais prevalente deste grupo, com clara preferência pelo género feminino e com uma idade média entre os 44 e os 54 anos e incidência principalmente na língua, mucosa jugal e mucosa vestibular. (8,10,11,58,65,69)

5.6 PATOLOGIA ÓSSEA BENIGNA

Os diagnósticos de patologia óssea benigna representam 5,13% da amostra. Neste grupo, os diagnósticos dividem-se entre fibroma ossificante (50%) e osteoradionecrose (50%). O fibroma ossificante afectou pacientes mais jovens, com uma idade média de 29,3 anos, sendo que a osteoradionecrose foi diagnosticada em pacientes com uma idade média de 56,7 anos. Neste grupo houve igual distribuição por género.

Em comparação com a literatura, a percentagem de diagnósticos efectuados neste grupo neste estudo é superior ao do estudo de Estevinho ⁽⁸⁾ e de Jones e Franklin ⁽⁵⁸⁾, que têm 2,5% cada. Os resultados do estudo de Vituri *et al.* ⁽⁷⁰⁾ assemelham-se aos deste estudo, no sentido em que a patologia óssea representa 4% das patologias, tal como no de Lima *et al.* ⁽⁷¹⁾, em que representa 4,8% das patologias.

No estudo de Jones e Franklin ⁽⁵⁸⁾, no grupo de patologia óssea a osteoradionecrose e o fibroma ossificante representam apenas 3,6% e 2,9% da patologia do grupo, sendo a entidade patológica mais frequente a osteoartrose e a exostose. No entanto, as idades médias dos pacientes afectados por fibroma ossificante (39,3 anos) e osteoradionecrose (60,3 anos) foram semelhantes às deste estudo.

5.7 RESTANTES GRUPOS DE PATOLOGIA

Neste tópicó agruparam-se os grupos menos representados, sendo estes os tumores benignos e a patologia das glândulas salivares (cada um com 4,27% dos diagnósticos), bem como o grupo que agrupou as patologias menos representadas.

Relativamente aos tumores benignos, este grupo é constituído por três entidades patológicas distintas, sendo elas o hemangioma (60% dos casos), o fibrolipoma (20% dos casos) e o linfangioma (20% dos casos). O hemangioma apresenta maior incidência no género feminino, e todas as biópsias feitas foram realizadas na língua. A idade média dos pacientes diagnosticados foi de 56 anos.

Em relação à bibliografia, existem grandes diferenças no grupo dos tumores benignos, muito devido à variabilidade existente no agrupamento de patologias. Grande parte dos autores inclui os papilomas e os fibromas nos tumores benignos, no entanto, pelo critério utilizado neste estudo, em que foi utilizada a classificação de Neville *et al.* ⁽⁵⁶⁾, estas patologias não são consideradas verdadeiras neoplasias.

Ainda assim, no estudo de Castellanos ⁽⁶⁹⁾, o hemangioma representa uma das patologias que mais afectam a mucosa oral, havendo uma média de idades dos pacientes afectados semelhante à deste estudo, ainda que mais nova, de 48,65 anos. No estudo de Domingo *et al.* ⁽⁷²⁾ a idade média dos pacientes com hemangioma foi também semelhante à deste estudo, com 54,3 anos de idade.

Relativamente à patologia das glândulas salivares, este grupo é constituído por quatro entidades patológicas diferentes: o mucocelo, com 40% dos casos, a sialadenite crónica, a ectasia do ducto salivar e a síndrome de Sjögren, cada uma das últimas com 20% dos casos. Dentro deste grupo de patologias houve ligeira predilecção pelo género feminino. O lábio foi a localização mais afectada, representando 80% dos casos. Todos os diagnósticos são referentes à biópsia de glândulas salivares *minor*.

A percentagem de diagnósticos de patologias das glândulas salivares presente na literatura é ligeiramente mais alta, variando de 5,3 a 7,1%. ^(8,10,58,60) O mucocelo é

a entidade patológica mais prevalente em grande parte dos estudos em que não se incluíram biópsias de glândulas salivares *major* (nos casos em que se incluem a patologia mais prevalente é o adenoma pleomórfico), sendo a sua localização preferencial o lábio inferior. ^(11,65,69,70,73,74)

No que toca às patologias agrupadas em “Outros”, destacam-se os processos inflamatórios crónicos (62,5% dos casos) e as úlceras traumáticas (25% dos casos). Dos processos inflamatórios crónicos, todos estavam associados a uma infecção subjacente, enquanto que dos pacientes afectados por úlcera traumática (n=2; 1,7% dos casos), apenas um utilizava prótese dentária.

A percentagem de úlceras traumáticas neste estudo vai de acordo com os resultados de Tabaio ⁽¹⁰⁾, que apresenta 1,9% do total de lesões como sendo úlceras traumáticas. Relativamente à literatura internacional, Jones e Franklin ⁽⁵⁸⁾ apresentam uma percentagem de 2,2% relativas a úlceras. Estes resultados de prevalência reduzida de úlcera traumática contrastam com os de estudos observacionais, como o de Castellanos *et al.* ⁽⁶⁹⁾, em que esta lesão incide em 4% da amostra. Este facto pode ser explicado pela indicação de só fazer biópsia de lesões ulceradas caso elas não desapareçam espontaneamente após a remoção dos factores causais ⁽¹⁴⁾.

5.8 CONCORDÂNCIA

É de salientar a importância de uma boa comunicação entre médico e anatomopatologista para chegar a um diagnóstico definitivo de forma eficiente uma vez que este deve resultar da união dum exame clínico bem documentado e detalhadamente descrito a um exame histológico com base em toda esta informação. A discussão dos casos clínicos com o anatomopatologista apresenta-se como uma mais valia em casos em que o diagnóstico é pouco claro.

Neste trabalho existiu uma percentagem de concordância entre diagnóstico clínico e histológico de 55,6%. O grupo de patologia com maior concordância entre

diagnósticos foi o dos quistos e tumores odontogénicos 90%, seguido pelo grupo de lesões proliferativas não neoplásicas (63,1%) e de patologia epitelial (61,8%). O grupo com menor concordância entre diagnósticos foi o que agrupou os diagnósticos de processos inflamatórios crónicos, úlceras traumáticas e de um gânglio linfático reactivo (37,5%).

Relativamente aos locais de recolha, as biópsias realizadas em zonas intra ósseas associadas a uma peça dentária e no pavimento da boca obtiveram grandes percentagens de concordância (90 e 75%, respectivamente), sendo que as localizações que geraram diagnósticos com menor concordância foram as regiões intra ósseas (33,3%) e o lábio (41,7%).

Comparativamente, os resultados a nível nacional são ligeiramente superiores. Estevinho⁽⁸⁾ obteve uma concordância de 59,6% e Tabaio⁽¹⁰⁾ de 66,1%. Em ambos os estudos, o grupo de patologia com mais percentagem de concordância entre diagnósticos foi o de quistos odontogénicos.

A nível internacional existem resultados muito semelhantes ao deste estudo, como o de Patel et al⁽⁷⁵⁾ com 50,6% de concordância entre diagnósticos, sem diferença significativa de resultados entre especialistas e médicos generalistas. Infante e León⁽⁷⁶⁾ apresentaram 54,1% concordância entre diagnósticos, sendo que o grupo de patologia com mais sucesso de diagnóstico clínico foi a patologia das glândulas salivares.

Já Bacci et al.⁽⁷⁷⁾ obtiveram 68,5% de concordância, sendo que o grupo de patologia com menor concordância foram os tumores malignos (21,1%) e o local de recolha que originou menor concordância entre diagnósticos foi o palato mole (0%). No trabalho de Chen et al.⁽⁴⁹⁾ foi obtida uma concordância de 88,9%, no entanto só se avaliaram biópsias incisionais e no trabalho de Tatli et al.⁽⁷⁸⁾ foi obtida uma concordância de 93,3%, tendo sido considerados apenas quistos, tumores e lesões pré malignas.

6. CONCLUSÕES

Considerando os métodos aplicados e os resultados obtidos podemos concluir que:

- A existência de 32 entidades patológicas diferentes neste estudo salienta a importância de recorrer a um diagnóstico histológico;
- As lesões foram diagnosticadas na sua maioria entre os 30 e os 80 anos, existindo uma prevalência baixa de lesões em crianças e adolescentes;
- A língua foi a localização anatómica mais biopsada;
- A percentagem de lesões malignas diagnosticadas foi de 8,5%;
- Pacientes do género feminino apresentam maior prevalência de lesões;
- Os grupos de patologia mais biopsados foram o de patologia epitelial e o de lesões proliferativas não neoplásicas e as lesões mais comuns o papiloma e o fibroma;
- Embora exista uma percentagem significativa de diagnósticos clínicos concordantes com diagnósticos histológicos, existe também uma percentagem importante de exames sem informação da qual o anatomopatologista poderia beneficiar, sugerindo que o processo de requisição do exame histológico pode ser melhorado;
- A quantidade de relatórios de anatomia patológica em falta é preocupante, pelo que a alteração da sua forma de armazenamento é aconselhada;

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunha AG. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa. 4th ed.; 2010.
2. Zerbino D. Biopsy: its history, current and future outlook. *Lik Sprava*. 1994 Mar-Apr.
3. Mota-Ramírez A, Silvestre FJ, Simó JM. Oral biopsy in dental practice. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*. 2007; 12(7): p. 504-510.
4. Dionne KR, Warnakulasuriya S, Zain RB, Cheong SC. Potentially malignant disorders of the oral cavity: Current practice and future directions in the clinic and laboratory. *International Journal of Cancer*. 2015; 136(3): p. 503-515.
5. Committee on the Analysis of Cancer Risks in Populations near Nuclear Facilities; Nuclear and Radiation Studies Board; Division on Earth and Life; National Research Council. *Analysis of Cancer Risks in Populations Near Nuclear Facilities: Phase I*. Washington (DC): National Academic Press (US); 2012.
6. Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health*. 2009 Sep.
7. Gheno JN, Martins MAT, Munerato MC, Hugo FN, Filho MS, Weissheimer C, et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. *Brazilian Oral Research*. 2015 Aug.
8. Estevinho B. Estudo retrospectivo dos exames anátomo – patológicos solicitados pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto desde 1985 até 2011. Thesis for masters degree. Porto, Portugal: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina Dentária; 2012.
9. 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): p. 169-175.
10. Tabaio AMN. Estudo retrospectivo das lesões da cavidade oral biopsadas em pacientes da FMDUP de 2000 a 2010. Investigation dissertation. Porto:

Universidade do Porto, Faculdade de Medicina Dentária; 2010.

11. Guedes MM, Albuquerque R, Monteiro M, Lopes CA, Amaral JBd, Pacheco JJ, et al. Oral soft tissue biopsies in Oporto, Portugal: An eight year retrospective analysis. *Oral Medicine and Pathology*. 2015; 7(5): p. 640-648.
12. Hassan SG, Shahzad M, Shams S, Bashir U. Nature of oral biopsies. *The Professional Medical Journal*. 2015; 22(3): p. 333-336.
13. Rosebush MS, Anderson KM, Rawal SY, Mincer HH, Rawal YB. The Oral Biopsy: Indications, Techniques and Special Considerations. *Journal of the Tennessee Dental Association*. 2010;: p. 17-22.
14. Ellis E, Alexander RE. Principios de diagnóstico diferencial e biópsia. In Elsevier , editor. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 5th ed.: Mosby; 2009. p. 417-442.
15. Melrose R, Handlers J, Kerpel S, Summerlin D, Tomich C. The use of biopsy in dental practice. The position of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Gen Dent*. 2007; 55(5): p. 457-61.
16. Wang YC, Fang KH, Jung SM, Zheng J, Hao. SP. Excisional biopsy with margin control for oral cancer. *Wiley Online Library*. 2010 November;: p. 1528-1533.
17. Wan A, Savage NW. Biopsy and diagnostic histopathology in dental practice in Brisbane: usage patterns and perceptions of usefulness. *Australian Dental Journal*. 2010; 55: p. 162-169.
18. Alexander RE, Wright JM, Thiebaud S. Evaluating, documenting and following up oral pathological conditions: A suggested protocol. *Journal of the American Dental Association*. 2001; 132: p. 329-335.
19. Kumaraswamy KL, Vidhya M, Rao PK, Mukunda A. Oral biopsy: Oral pathologist's perspective. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2012 April-June; 8(2): p. 192-198.

20. Donado M. *Cirurgia Bucal: Patologia y Tecnica*. 3rd ed. Masson , editor.; 2005.
21. M. Chiapasco AR. *Cirugía Oral texto y atlas en color*. 1st ed. Barcelona: Masson; 2004.
22. Avon SL, Klieb HBE. Oral Soft-Tissue Biopsy: An Overview. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2012; 78(75): p. 1-9.
23. Poh CF, Ng S, Berean KW, Williams PM, Rosin MP, Zhang L. Biopsy and Histopathologica Diagnosis of Oral Premalignant and Malignant Lesions. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2008 April; 74(3): p. 283-288.
24. Moule I, Parsons PA, Irvine GH. Avoiding artefacts in oral biopsies: the punch biopsy versus the incisional biopsy. *Brifish Journal of Oral and MaxiNofacial Surgery*. 1995; 33: p. 244-247.
25. Meghana SM, Ahmedmujib BR. Surgical artefacts in oral biopsy specimens: Punch biopsy compared to conventional scalpel biopsy. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*. 2007; 11(1): p. 11-14.
26. Lynch DP, Morris LF. The oral mucosal punch biopsy: indications and technique. *Journal of the American Dental Association*. 1990; 121: p. 154-149.
27. Zargaran M. A Review of Biopsy in Dentistry: Principles, Techniques, and Considerations. *Journal of dental materials and techniques*. 2014; 3(2): p. 47-54.
28. Mehrotra R, Hullmann M, Smeets R, Reichert TE, Driemel O. Oral cytology revisited. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2009; 38: p. 161-166.
29. Potter TJ, Summerlin DJ, Campbel JH. Oral Malignancies Associated With Negative Transepithelial Brush Biopsy. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2003; 61: p. 674-677.
30. Sciubba J. Improving Detection of Precancerous and Cancerous Oral Lesions- Computer-Assisted Analysis of the Oral Brush Biopsy. *Journal of the American Dental Association*. 1999; 130: p. 1445-1457.

31. Bhoopathi V, Mascarenhas AK. Effectiveness of oral surgeons compared with OralCDx brush biopsy in diagnosing oral dysplastic lesions. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2011 February; 69(2): p. 428-431.
32. Bhoopathi V, Kabani S, Mascarenhas AK. Low positive predictive value of the oral brush biopsy in detecting dysplastic oral lesions. *Cancer*. 2009 March; 115(5): p. 1036-1040.
33. Amedee RG, Dhurandhar NR. Fine-Needle Aspiration Biopsy. *The Laryngoscope*. 2001 September; 111: p. 1551-1557.
34. Hag IAE, Chiedozi LC, Reyees FAA, Kollur SM. Fine Needle Aspiration Cytology of Head and Neck Masses - Seven Years' Experience in a Secondary Care Hospital. *Acta Cytologica*. 2003 May-June; 47(3).
35. Tandon S, Shahab R, Benton JI. Fine-needle aspiration cytology in a regional head and neck cancer center: Comparison with a systematic review and a meta-analysis. *Wiley InterScience*. 2008 September; 30: p. 1246-1252.
36. Nanda KDS, Mehta A, Nanda J. Fine-needle aspiration cytology: a reliable tool in the diagnosis of salivary gland lesions. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2012; 41: p. 106-112.
37. Stewart CJR, MacKenzie K, McGarry GW, Mowat A. Fine-Needle Aspiration Cytology of Salivary Gland: A Review of 341 Cases. *Diagnostic Cytopathology*. 2000; 22(3).
38. August M, Faquin WC, Ferraro N, Kaban. LB. Fine-Needle Aspiration Biopsy of Intraosseous Jaw Lesions. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1999; 57: p. 1282-1286.
39. Khan N, Afroz N, Haider A, Hasan SA, Hashmi. SH. Fine needle aspiration biopsy of intra-osseous lesions of the mandible and maxilla. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2008 April-June; 60: p. 128-132.
40. Ali FM, MC P, Patil A, Ahere V, Tahasildar S, Patil K, et al. Oral biopsy in general dental practice: a review. *International Journal of of Medicine and Public Health*.

2012; 2(1): p. 3-6.

41. James K, Toner M, Stassen LFA. Performing mucosal tissue biopsies in general dental practice. *Journal of the Irish Dental Association*. 2011 September; 57(4): p. 203-208.
42. 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 Diseases*. 2004 March; 10(2): p. 113-117.
43. Kumar K, Shetty DC, Dua M. Biopsy and Tissue Processing Artifacts in Oral Mucosal Tissues. *International Journal of Head and Neck Surgery*. 2012; 3: p. 92-98.
44. Oliver RJ, Sloan P, Pemberton. MN. Oral biopsies: methods and applications. *British Dental Journal*. 2004 March; 196(6): p. 329-333.
45. Petruzzi M, Lucchese A, Baldoni E, Grassi FR, Serpico. R. Use of Lugol ' s iodine in oral cancer diagnosis : An overview. *Oral Oncology*. 2010; 46(11): p. 811-813.
46. Nomura T, Shibahara. T. Detection of field alterations using useful tools for oral squamous cell carcinoma. *Japanese Dental Science Review*. 2013; 49(3): p. 106-115.
47. Shin D, Vigneswaran N, Gillenwater A, Richards-Kortum. R. Advances in fluorescence imaging techniques to detect oral cancer and its precursors. *Future Oncology*. 2010; 6(7): p. 1143-1154.
48. Dionne KR, Warnakulasuriya S, Zain RB, Cheong. SC. Potentially malignant disorders of the oral cavity: Current practice and future directions in the clinic and laboratory. *International Journal of Cancer*. 2015; 136(3): p. 503-515.
49. Chen S, Forman M, Sadow PM, August M. The Diagnostic Accuracy of Incisional Biopsy in the Oral Cavity. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2016; 74(5): p. 959-964.

50. Seoane J, Varela-Centelles P, Ramirez JR, Romero MA, Cruz. Adl. Artefacts produced by suture traction during incisional biopsy of oral lesions. *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*. 2002; 27(6): p. 549-553.
51. Bermejo-Fenoll A, Lopez-Jornet P. Instrument for Biopsy of Oral Lesions : An Improved Chalazion Forceps. *Journal of Dermatologic Surgery*. 2006; 32(12): p. 1493-1495.
52. Fischer E. To fix or not to fix: Michel's is the solution. *International Journal of Surgical Pathology*. 2006; 14(1): p. 108.
53. Piqué-Durán E, Palacios-Llopis S, Rey PdIRd, Recio-Añón. C. Michel ' s Transport Medium for Immunofluorescence. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2007; 98: p. 372-376.
54. Allen CM. The oral pathology report : submission of specimens and interpretation of results. *Dermatologic Therapy*. 2002; 15: p. 179-184.
55. Mashtan KMK, Sankari SL, Babu NA, Rajguru. JP. How to Help the Oral Pathologist in Making an Accurate Diagnosis. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013; 7(1): p. 181-184.
56. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patología Oral e Maxilofacial*. 3rd ed. Elsevier , editor. Rio de Janeiro: Saunders; 2009.
57. Yakin M, Jalal JA, Al-Khurri LE, Rich AM. Oral and maxillofacial pathology submitted to Rizgary Teaching Hospital: a 6-year retrospective study. *International Dental Journal*. 2016; 66: p. 78-85.
58. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2006; 35: p. 392-401.
59. 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). *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2011; 3(2): p. 73-77.

60. Sixto-Requeijo R, Diniz-Freitas M, Torreira-Lorenzo JC, García-García A, Gándara-Rey. JM. An analysis of oral biopsies extracted from 1995 to 2009, in an oral medicine and surgery unit in Galicia (Spain). *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2012 Jan; 17(1): p. 16-22.
61. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. *The Journal of the American Dental Association*. 2004; 135(9): p. 1279-1286.
62. Vasconcelos AC, Aburad C, Lima IF, Santos SM, Filho SA, Franco A, et al. A scientific survey on 1550 cases of oral lesions diagnosed in a Brazilian referral center. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*. 2017; 89(3): p. 1691-1697.
63. Jiménez R, Díaz A. 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): p. 19-25.
64. Ali M, Sundaram. D. Biopsied Oral Soft Tissue Lesions in Kuwait: A Six-Year Retrospective Analysis. *Medical Principles and Practice*. 2012; 21(6): p. 569-575.
65. Kelloway E, Ha WN, Dost F, Farah. CS. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. *Australian Dental Journal*. 2014; 59: p. 215-220.
66. Mendez M, Carrard VC, Haas AN, Lauxen IdS, Barbachan JJD, Rados PV, et al. A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features. *Brazilian Oral Research*. 2012 Jun; 26(3): p. 235-241.
67. Monteiro LS, Amaral JBd, Vizcaíno JR, Lopes CA, Torres. FO. A clinical-pathological and survival study of oral squamous cell carcinomas from a population of the north of Portugal. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2014 Mar; 19(2): p. 120-126.
68. Albuquerque RP, López-López J, Jané-Salas E, Rosa-Santos J, Ibrahim. C. A

- pioneering epidemiological study investigating the incidence of squamous cell carcinoma of tongue in a Portuguese population. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2012 Jul; 17(4): p. 550-554.
69. 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; 105: p. 79-85.
70. Vituri CR, Pepelascov DE, Lolli LF, Terada RSS, Kamei NC. Prevalence of oral diseases: a 15-year follow-up. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2013; 61(4): p. 587-593.
71. Lima GdS, Fontes ST, Araújo LMA, Etges A, Tarquinio SBC, Gomes. APN. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children. A single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *Journal of Applied Oral Science*. 2008; 16(6): p. 397-402.
72. Domingo ST, Bagán JV, Jiménez Y, Poveda R, Murillo J, Díaz JM, et al. Benign tumors of the oral mucosa: A study of 300 patients. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2008; 13(3): p. 161-166.
73. Bertoja IC, Tomazini JG, Braosi APR, Zielak JC, Reis LFG, Giovanini. AF. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Histopatologia do UnicenP. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2007; 4(2): p. 41-46.
74. Cunha FFdAd, Silva MBF, Panzarella FK, Junqueira JLC, Oliveira. LB. Oral lesions diagnosed in a public oral pathology laboratory. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2013; 61(4): p. 595-601.
75. Patel KJ, Silva HLD, Tong DC, Love RM. Concordance Between Clinical and Histopathologic Diagnoses of Oral Mucosal Lesions. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2011; 69(1): p. 125-133.
76. Infante RS, León. ERd. Proporción de concordancia entre los diagnósticos clínico e histopatológico bucofaciales durante 20 años. *Revista Cubana de Estomatología*. 2011; 48(2): p. 129-135.

77. Bacci C, Donolato L, Stellini E, Berengo M, Valente. M. A comparison between histologic and clinical diagnoses of oral lesions. *Quintessence International*. 2014; 45(9): p. 789-794.
78. Tatli U, Erdogan Ö, Uguz A, Üstün Y, Sertdemir Y, Damlar I. Diagnostic Concordance Characteristics of Oral Cavity Lesions. *The Scientific World Journal*. 2013; 2013: p. 1-7.

