

ANA CATARINA DE ALMEIDA SANTIAGO

ESTUDO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE QUISTOS E TUMORES
ODONTOGÉNICOS NUMA POPULAÇÃO HOSPITALAR

Dissertação apresentada no Instituto Superior de
Ciências da Saúde – Norte, para obtenção do grau
em Mestrado de Cirurgia Oral.

(Ana Catarina de Almeida Santiago)

ORIENTADOR: PROF. DOUTOR LUÍS MONTEIRO

COORIENTADOR: PROF. DOUTOR BARBAS DO AMARAL

GANDRA, 2014

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Doutor Luís Monteiro, pela consistente orientação científica, disponibilidade e sabedoria ímpares. Ao meu coorientador Prof. Doutor Barbas do Amaral, pelo saber e dedicação, pela ajuda imprescindível. A ambos o meu sincero agradecimento.

A todos os professores, com quem tive o prazer de complementar a minha formação ao longo do Mestrado. Ao incansável e compreensivo Rui Sousa da Secretaria, um grande bem haja por toda ajuda dispensada.

Ao meu colega e binómio, André Macedo, obrigada por teres partilhado comigo o teu saber com companheirismo, por me teres ajudado a aperfeiçoar técnicas e a superar receios com boa disposição e amizade sincera. Por me apoiares mesmo depois da formação terminada, reconheço em ti um verdadeiro amigo. És um exemplo de humildade, empenho e profissionalismo.

Aos meus colegas de Mestrado, Hamilton, João, Pedro e Zé, um grande agradecimento por terem ajudado a “menina” do grupo a conquistar esta etapa.

A todo o pessoal do Arquivo do Hospital Geral de Santo António - Porto, em particular ao Jorge e ao Miguel, sem vocês este trabalho nunca teria sido possível, obrigada pela prontidão e disponibilidade.

Ao Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Geral de Santo António – Porto um agradecimento especial por me terem fornecido as fundações que me permitiram levar a cabo este trabalho.

Ao Nuno Miguel Fernandes, um agradecimento com carinho, por me ensinar a ser mais autêntica e fiel a mim própria, por despertar paixão e vontade de querer ser mais e melhor. A ti devo grande parte da motivação e empenho neste trabalho e no dia-a-dia. Agradeço-te do fundo do coração teres estado sempre presente ao longo dos anos.

ÍNDICE

RESUMO	II
ABSTRACT	III
I. INTRODUÇÃO	
1.1. Quistos Odontogénicos	1
1.2. Tumores Odontogénicos	4
II. OBJETIVOS	17
III. MATERIAL E MÉTODOS	
3.1. Amostra	19
3.2. Tipo de estudo	21
3.3. Critérios	21
3.4. Variáveis	21
3.5. Análise estatística	23
IV. RESULTADOS	
4.1. Caracterização Geral da Amostra	25
4.2. Caracterização dos Quistos Odontogénicos	
<i>4.2.1. Caracterização Geral</i>	<i>31</i>
<i>4.2.2. Caracterização por Quisto</i>	<i>32</i>
4.3. Caracterização dos Tumores Odontogénicos	
<i>4.3.1. Caracterização Geral</i>	<i>47</i>
<i>4.3.2. Caracterização por Tumor</i>	<i>48</i>
4.4. Caracterização das patologias mais frequentes	73
V. DISCUSSÃO	79
VI. CONCLUSÃO	85
VII. BIBLIOGRAFIA	88

RESUMO

Os quistos e tumores maxilares, em particular os odontogénicos, representam um conjunto de patologias que surgem na cavidade oral sob variadas manifestações clínicas e imagiológicas. Podem conduzir a graves sequelas, desde deformações faciais até transformação maligna. O estudo retrospectivo realizado estudou as características clínico epidemiológicas dos Quistos e Tumores Odontogénicos e o impacto dos queratoquistos nos Tumores Odontogénicos, segundo a classificação da OMS de 2005. Seleccionaram-se processos clínicos, compreendidos entre 1988 e 2006, com diagnóstico histológico de quisto ou tumor odontogénico do Hospital Geral de Santo António – Porto. Foram recolhidos dados sobre idade, sexo, hábitos, localização, diagnóstico clínico e anatomo-patológico, sintomatologia e evolução das lesões. Os dados foram analisados por SPSS com nível de significância de $p < 0,05$. A amostra consistiu em 400 doentes e 436 lesões. Obtiveram-se 341 Quistos Odontogénicos (78,2%), e 95 Tumores Odontogénicos (21,8%), os Tumores Odontogénicos Queratoquísticos representam 13,1% destes tumores ($n=57$). As patologias mais frequentemente diagnosticadas foram: Quisto Odontogénico Radicular (50,9%), Quisto Odontogénico Dentífero (17,7%), Tumor Odontogénico Queratoquístico (13,1%), Quisto Odontogénico Residual (8,0%) e Ameloblastoma (3,7%). O género masculino foi o mais afetado (56,2%), tal como a 3ª e 4ª década de vida (49,3%). A localização preferencial destas lesões foi a maxila (55,7%) e a região mais prevalente a posterior (50,5%). Regra geral a tumefação (52,1%) é a principal manifestação clínica que leva o doente a procurar ajuda médica, embora muitos casos resultem de achados radiográficos ocasionais (31,7%). Maioritariamente registaram-se lesões uniloculares, embora 5,3% fossem radiograficamente multiloculares. A enucleação com curetagem (98,2%) foi a terapêutica cirúrgica mais utilizada. O estudo de evolução da lesão é importante porque muitas destas lesões recidivam, na amostra 6,9% recidivaram e 2,3% surgiram em nova localização. O trabalho apresentado revela uma dificuldade grande por parte dos clínicos em diagnosticar casos de Tumores Odontogénicos, o que confere ainda mais ênfase ao resultado anátomo-patológico, sendo que o diagnóstico final deve resultar da tríade: clínica, imagiologia e histologia e desta forma proceder à resolução do problema do doente de forma coerente e eficaz.

ABSTRACT

The jaw cysts and tumors, particularly the odontogenic, represent a group of diseases which arise in the oral cavity under different clinical and radiographic manifestations. They can lead to serious sequelae, from facial deformities to malignant transformation. The retrospective study performed studied the clinical epidemiological characteristics of odontogenic cysts and tumors, and the impact of keratocysts in odontogenic tumors, according to the WHO classification of 2005. We selected clinical processes, ranging between 1988 and 2006, histologically diagnosed with odontogenic cyst or tumor from Hospital Geral de Santo António - Porto. Data were collected on age, sex, habits, location, clinical and anatomic-pathological symptoms and progression of the lesions. Data were analyzed by SPSS with an admitted significance level of $p < 0.05$. The sample consisted of 400 patients and 436 lesions. We obtained 341 odontogenic cysts (78.2%), and 95 odontogenic tumors (21.8 %), Odontogenic Keratocystic Tumors represent 13.1% of these tumors ($n=57$). The most frequently diagnosed diseases were odontogenic radicular cyst (50.9%), odontogenic dentigerous cyst (17.7%), odontogenic keratocystic tumor (13.1%), residual odontogenic cyst (8.0%) and ameloblastoma (3.7%). The male gender was the most affected (56.2%), as the 3rd and 4th decade of life (49.3%). The preferred location of these lesions was the maxilla (55.7%) and the most prevalent region the posterior (50.5%). Generally swelling (52.1%) is the main clinical manifestation that leads the patient to seek medical help, although many cases are the result of occasional radiological findings (31.7%). Mostly there were unilocular lesions, while 5.3% were radiographically multilocular. Enucleation with curettage (98.2%) was the most used surgical therapy. The study of the lesions evolution is important because many recur, in the sample 6.9% relapsed and 2.3% arose in new location. The work presented shows great difficulty by clinicians in diagnosing odontogenic tumors, which gives even more emphasis to the pathological results, and the final diagnosis should result in the triad: clinical, imaging and histology and thus proceed to solving the problem of the patient consistently and effectively.

I

INTRODUÇÃO

1.1. Quistos Odontogénicos

O quisto maxilar foi primeiramente descrito em 1654, por Sculteus, mas apenas em 1728 Fauchard sugeriu uma correlação com as peças dentárias ⁽¹⁾.

Os Quistos Odontogénicos (QO) são cavidades patológicas preenchidas por material líquido, semi-sólido ou gasoso, parcial ou totalmente recobertas por tecido epitelial, delimitada por uma cápsula de tecido conjuntivo ^(2,3). Desenvolvem-se a partir da proliferação ou degeneração do componente epitelial do aparelho odontogénico, ou dos seus tecidos remanescentes ^(3,4).

No que diz respeito à sua patogenia podem dividir-se em dois grupos: QO de Desenvolvimento e QO Inflamatórios, os primeiros permanecem de origem desconhecida, os segundos, tal como o nome indica, derivam de processos inflamatórios ⁽²⁻⁵⁾.

A Classificação dos QO mais utilizada continua a ser a que Kramer, Pindborg e Shear propuseram, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1992 ⁽⁶⁾. No entanto em 2005 os Queratoquistos passaram a ser classificados como tumores odontogénicos (Tumor Odontogénico Queratoquístico) ⁽⁷⁾.

Classificação Quistos Odontogénicos (1992)	
<i>QO Desenvolvimento</i>	<i>QO Inflamatórios</i>
Quisto de Erupção	Quisto Radicular
Quisto Dentífero	Quisto Paradentário
Quisto Periodontal Lateral	
Quisto Gengival Infantil	
Quisto Gengival do Adulto	
Quisto Odontogénico Glandular	
Queratoquisto	

Quadro 1: Classificação de Quistos Odontogénicos ⁽⁶⁾.

O Quisto Odontogénico Dentífero (QO Dentífero) ou Folicular é o segundo QO mais comum, depois do Quisto Odontogénico Radicular (QO Radicular) ^(2-4,8). É uma cavidade que envolve a coroa de um dente não erupcionado, pela expansão do seu folículo ⁽⁹⁻¹²⁾. Surge entre a 2ª e 3ª década de vida ^(2,3,9,13,14), com maior prevalência no género masculino ^(2-4,8-10,14,15). Frequentemente localiza-se na mandíbula para posterior ^(2,3,5,8,10,13,14). Por norma são indolores, a menos que haja infeção secundária. Podem

provocar edema, atraso na erupção dentária, mobilidade e sensibilidade nos dentes e ocasionalmente supuração quística ^(11,12,16). Radiograficamente são bem definidos, uniloculares, radiolúcidos e associados à coroa de um dente não erupcionado. O tratamento padrão deste QO consiste na enucleação com exodontia do dente associado. Em grandes lesões alguns autores preconizam a marsupialização primária para redução da dimensão antes de excisão definitiva ^(11,16).

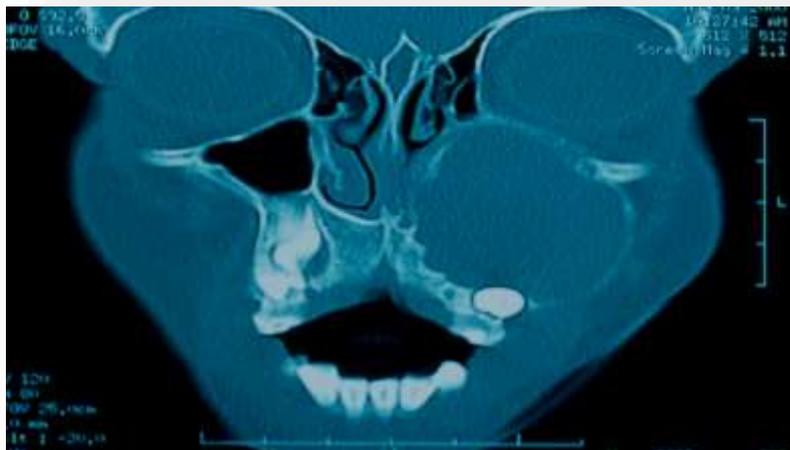


Figura 1: Aspeto em Tomografia Computadorizada de QO Dentífero na maxila.



Figura 2: Aspeto radiográfico de QO Dentífero na mandíbula.

A forma do quisto dentígero que aparece em jovens denomina-se de Quisto Odontogénico de Erupção (QO Erupção), como o nome indica relacionam-se com a erupção de um dente, que não tem predecessor. Clinicamente observa-se um nódulo azulado, na região da crista gengival ⁽⁸⁾.

O Quisto Odontogénico Residual (QO Residual) é um quisto odontogénico inflamatório, assim denominado quando um quisto periodontal lateral persiste após remoção do dente associado ^(3,17). Pode ficar latente ou assintomático por meses ou anos. Geralmente a sintomatologia que lhes está associada é tumefação e dor. Estes sintomas resultam de trauma persistente, provocado por próteses, ou por uma inflamação persistente após a exodontia ⁽¹⁷⁾. Podem também desenvolver uma inflamação intra-óssea sem causas externas. Afetam mais os homens ^(4,5,17), mas as mulheres também já foram apontadas como mais afetadas ⁽³⁾. Podem localizar-se na maxila ^(8,17) ou mandíbula ⁽³⁾, um estudo não regista preferência nos maxilares ⁽⁵⁾.

O mais frequentemente QO diagnosticado é o QO Radicular, surge na sequência de necrose pulpar ^(3,4,18). Frequentemente diagnosticado entre a 3ª e 4ª década de vida ^(2,3,5,8-10,13). Prefere a maxila ^(2,4,5,8-10,13,14) e género masculino ^(2,3,8,10,15). Na generalidade são assintomáticos. Crescem de forma lenta e indolor, até atingirem grandes dimensões e darem sintomatologia ⁽¹⁰⁾: assimetria facial ⁽¹⁰⁾, deslocamento de dentes e reabsorção de raízes dentárias ⁽¹⁸⁾. Ao exame radiográfico correspondem a lesões uniloculares, redondas, bem definidas e radiolúcidas que se encontram na região periapical das peças dentárias. O tratamento de eleição é a extração do dente em relação, com o QO Radicular e a enucleação ou marsupialização do mesmo ^(10,18).

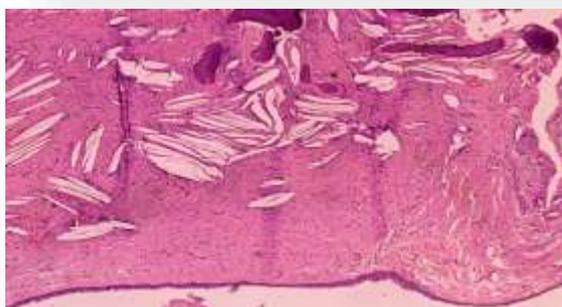


Figura 3: Aspeto histológico de QO Radicular.



Figura 4: Aspecto radiográfico de QO Radicular.

O Quisto Odontogénico Paradentário (QO Paradentário) deriva do ligamento periodontal. Emerge em resposta a inflamação secundária provocada por pericoronarite e geralmente envolve terceiros molares mandibulares. Podendo ou não ser visível no exame radiográfico ^(3,5,8). Não existem muitos estudos que permitam descrever de forma coesa este quisto maxilar, e as opiniões divergem entre publicações.

1.2. Tumores Odontogénicos

Os Tumores Odontogénicos (TO) surgem na literatura científica em 1869 com Paul Pierre Broca, introduzindo o termo “odontoma” para classificar uma lesão tumoral que surge de tecidos de formação do dente ⁽⁷⁾.

São lesões heterogéneas cuja etiologia deriva de tecidos epiteliais, do ectomesênquima ou de ambos ⁽¹⁹⁾, que por sua vez constituem a base de formação da peça dentária ^(19,20). Englobam hamartomas ou proliferações de tecido não neoplásico, até lesões malignas com capacidade de gerar metastização. Os TO são extremamente raros ^(7,19) constituindo um desafio no diagnóstico e consequentemente na terapêutica ideal a aplicar em cada caso ⁽²⁰⁾.

Durante décadas foram estudados e catalogados, a terminologia foi sendo alterada, aproximando-se do tipo de células encontradas nas lesões investigadas. A OMS lançou em 1992 uma proposta de classificação para uniformizar a terminologia utilizada pelos profissionais de saúde e investigadores ⁽⁷⁾. Entre 2000-2005 foi revista e atualizada para aquela que é usada atualmente na comunidade científica ⁽²¹⁾ e que será utilizada neste trabalho. Não se pode ignorar o facto de a maior parte dos estudos publicados estarem baseados na classificação de 1992. A diferença que se destaca em 2005 é a classificação dos Queratoquistos com TO.

Classificação dos Tumores Odontogénicos (2005)		
Tumores Benignos	Tumores Malignos	Outros
<i>Epitélio odontogénico com estroma fibroso e maduro, sem ectomesênquima odontogénico</i>	Carcinomas Odontogénicos	Tumor Melanótico Neuroectodermal da Infância
Ameloblastoma		
Tumor Odontogénico Escamoso	Sarcomas	
Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante		
Tumor Odontogénico Adenomatóide		
Tumor Odontogénico Queratoquístico		
<i>Epitélio odontogénico com ectomesênquima odontogénico, com ou sem formação de tecidos duros</i>		
Fibroma Ameloblástico		
Fibrodentinoma Ameloblástico		
Fibro-odontoma Ameloblástico		
Odontoma		
Odonto-ameloblastoma		
Tumor Odontogénico do Quisto Calcificante		
Tumor Dentinogénico de Células Fantasma		
<i>Mesênquima ou/e ectomesênquima odontogénico com ou sem epitélio odontogénico</i>		
Fibroma Odontogénico		
Mixoma / Mixofibroma Odontogénico		
Cementoblastoma		
<i>Lesões Ósseas</i>		
Fibroma Ossificante		
Displasia Fibrosa		
Displasia Óssea		
Granuloma (lesão central células gigantes)		
Querubismo		
Quisto Ósseo Aneurismático		
Quisto Ósseo Simples		

Quadro 2: Classificação de Tumores Odontogénicos ⁽²¹⁾.

A inclusão dos agora denominados Tumores Odontogênicos Queratoquísticos (TOQ), proporcionou um aumento da frequência e da prevalência de TO^(20,22). Passam a ser o principal tipo de TO diagnosticado^(20,22,23), alguns autores refutam esta informação afirmando o Ameloblastoma como mais frequente⁽²⁴⁾. Os TO têm predileção anatômica pela mandíbula^(20,24). Encontram-se em qualquer idade, embora a segunda década de vida seja sempre preponderante^(19,20,23). Estudos sugerem grande incidência no gênero feminino^(22,23). Geralmente são assintomáticos^(23,24). Os TO Malignos são entidades extremamente raras⁽²²⁻²⁴⁾, com muito poucos casos descritos na literatura.

As mais intrigantes características do TOQ são a agressividade e a elevada propensão para recidivar^(10,25-27). A OMS reviu a classificação desta patologia em 2005, tendo em conta os achados publicados por vários artigos. Os fatores base da decisão em passar queratoquistos para TOQ foram:

- 1) Comportamento: Localmente agressivo e altamente recidivante;
- 2) Histopatologia: A camada basal do TOQ surge no tecido conjuntivo;
- 3) Genética: Um gene supressor tumoral designado por “patched” (PTCH) está envolvido em TOQ, normalmente o PTCH liga-se ao oncogene “smoothened” (SMO) e impede que este induza proliferação, se o funcionamento normal do PTCH é alterado é permitido ao SMO que induza estimulação-proliferação⁽²⁸⁾.

A agressividade e capacidade de recidiva refletem uma atividade mitótica muito elevada^(25,29), semelhante à dos Ameloblastomas e lâmina dentária⁽²⁵⁾. Tal como a frequência de “quistos satélite” e presença de detritos da camada profilítica dentária⁽²⁹⁾. Explicando assim a rápida proliferação e o comportamento clínico agressivo⁽²⁵⁾. O TOQ cresce no sentido da menor resistência⁽²⁶⁾, direção antero-posterior⁽²⁵⁾, substituindo a medula óssea sem deixar criar novo perióstio⁽²⁶⁾.

Histopatologicamente, os TOQ apresentam uma parede fibrosa revestida por uma fina camada de epitélio estratificado escamoso^(26,30). As células da camada basal estão vedadas por uma parede de tecido conjuntivo rico em mucopolissacarídeos, sem infiltrado inflamatório. Neste tecido conjuntivo estão presentes um número variável de microquistos e ilhotas epiteliais⁽²⁹⁾. A consistência do conteúdo do lúmen vai depender da quantidade de detritos queratinosos. Histologicamente são classificados consoante o

revestimento e o tipo de queratina que produzem. O subtipo ortoqueratinizado produz uma queratina muito semelhante à da pele. Uma camada granular de hialoqueratina encontra-se adjacente às camadas de queratina não nucleada. O subtipo paraqueratótico é mais desorganizado na produção de queratina. Não há grânulos de queratohialina e a queratina possui núcleo⁽³⁰⁾.

Geneticamente há evidência do envolvimento do PTCH no Síndrome de Gorlin-Goltz, esta síndrome surge por mutação do gene e perda da heterozigotidade⁽²⁹⁾. A perda de heterozigotidade é por definição uma característica de tecido tumoral⁽²⁸⁾.

O Síndrome de Gorlin-Goltz está altamente associado a TOQ^(2,28,29). Esta síndrome é uma doença multi-sistêmica, autossômica dominante, com vários graus de expressividade. Surge em ambos os sexos e em todas as idades⁽²⁹⁾.

Para o diagnóstico do Síndrome de Gorlin-Goltz existem características a ter em conta. Critérios “major”: presença de carcinomas basocelulares pigmentados, TOQ, fissuras palmares e/ou plantares e calcificações ectópicas da foice cerebral⁽²⁹⁾. Dois destes critérios, juntamente com um dos critérios “minor” determinam o diagnóstico. Mais de cem anomalias são critérios “minor”: fibroma cardíaco ou ovárico; macrocefalia; costelas bífidas; cifoescoliose; fenda palatina; meduloblastoma; alterações na sela turca, entre outros⁽²⁹⁾.

O TOQ surge com maior frequência na mandíbula^(2,13,14,26). Incidindo principalmente o sexo masculino^(4,9,13,15). Radiograficamente pode dividir-se em quatro categorias: 1) unilocular (radiolúcido arredondado, com ou sem margem radiopaca definida); 2) festonado (radiolucência com margem festonada); 3) multilobular (dois ou mais lobos sem septo ósseo a separa-los) e 4) multilocular (locas separadas por septos ósseos)⁽²⁶⁾. No Síndrome de Gorlin-Goltz o TOQ caracteriza-se por múltiplas lesões visíveis radiograficamente, uni ou multiloculares⁽²⁹⁾.



Figura 5: Aspeto radiográfico de TOQ associado a Síndrome de Gorlin-Goltz.



Figura 6: TOQ em ortopantomografia.

Não é raro serem achados radiográficos ocasionais, sem sintomatologia associada, mas também provocar: dor, edema, supuração, expansão, flutuação e perfuração óssea^(26,30), refletindo desta forma o seu comportamento agressivo, localmente destrutivo, podendo invadir tecidos adjacentes e crescer relativamente rápido^(2,27).

O tratamento de TOQ é controverso, devido à elevada taxa de recidiva^(25,27). A terapêutica aplicada varia: marsupialização, descompressão e excisão secundária, enucleação com curetagem e ressecção marginal ou radical^(26,27). Para decidir a melhor opção cirúrgica deve ter-se em conta: o tamanho e extensão da lesão, localização, danos nas corticais e tecidos moles, idade do paciente e se é recidivante⁽²⁹⁾. É importante esclarecer se é um caso TOQ associado a Síndrome de Gorlin-Goltz, já que neste caso a taxa de recidiva é mais elevada⁽²⁹⁾. Neste caso as terapêuticas mais agressivas estão recomendadas, tal como em grandes lesões e recidivas. Uma abordagem mais invasiva diminui a recidiva e o trauma provocado por múltiplas cirurgias. Se o TOQ é agressivo deve ser tratado como tal⁽²⁸⁾, a ressecção diminui a probabilidade de recidiva^(21,25,27). Contudo, considerando a natureza radical do procedimento, a menos que a ressecção seja necessária, é aceitável utilizar enucleação com curetagem combinada com solução de Carnoy ou marsupialização⁽²⁸⁾. O mais difícil na cirurgia é a remoção completa da lesão: ilhotas epiteliais e microquistos ficam na mucosa de revestimento que pode não ser totalmente removida por técnicas conservadoras, ou podem espalhar-se na osteotomia periférica⁽²⁷⁾. O futuro passa por utilizar um alcaloide estéril com origem nas plantas, a ciclopamina, a sua ação no bloqueio da ativação dos mecanismos de patogénese tumoral já se encontra comprovada⁽²⁸⁾.

O Tumor Odontogénico Adenomatóide (TO Adenomatóide) representa cerca de 3% de todos os TO. Geralmente apresenta predileção pela maxila^(31,32), principalmente região anterior⁽³¹⁾ e pelas mulheres^(31,32). A segunda década de vida é a mais afetada^(31,32), embora tenha sido publicado recentemente um caso bilateral numa criança com 2 anos de idade⁽³¹⁾. Frequentemente estão associados a dentes inclusos^(31,32), em particular caninos e incisivos laterais⁽³²⁾. Não manifestam sintomatologia e crescem lentamente^(31,32), daí a elevada percentagem de casos revelados em exames imagiológicos de rotina. Quando o TO Adenomatóide atinge dimensões consideráveis o sinal clínico associado é a tumefação indolor⁽³¹⁾. Por ser uma lesão bem encapsulada e

benigna a cirurgia de eleição é a enucleação. Nos raros casos de manifesta agressividade registaram-se recidivas, o crescimento foi rápido e com rizálize de dentes adjacentes⁽³¹⁾.

O Ameloblastoma representa cerca de 11 a 18% dos TO^(33,34). A própria denominação de Ameloblastoma aponta para a etiologia odontogénica: este tumor tem origem em células que formam o esmalte dentário⁽³⁵⁾. Vários autores confirmam a “Teoria de Kahn”: este TO surge primariamente num QO Desenvolvimento. Continua a discutir-se os mecanismos de patogénese da doença (33). Existem quatro sub-tipos clínicos: 1) uniuístico; 2) sólido/multiuístico; 3) periférico e 4) maligno⁽³³⁾. O sub-tipo sólido/multiuístico é um dos principais e possui um grande potencial infiltrativo, associado a uma elevada taxa de recidiva^(33,36). O sub-tipo uniuístico revela um comportamento menos agressivo, semelhante a um quisto. Recidiva menos^(33,35) e aparece em idades mais jovens⁽³³⁻³⁶⁾. Os Ameloblastomas afetam sobretudo o ângulo e ramo ascendente da mandíbula⁽³³⁻³⁶⁾. Geralmente o primeiro sintoma é a tumefação indolor^(33,35,36). Radiograficamente o Ameloblastoma é uma lesão radiolúcida, podendo evidenciar três padrões típicos: unilocular; bolha de sabão; ou favo de mel no caso de a lesão ser multiloculada⁽³⁶⁾. Não há consenso quanto ao melhor tratamento. A natureza benigna pode induzir o cirurgião a ser conservador (enucleação, curetagem ou ambos)⁽³⁵⁾, mas os estudos apontam para menos recidivas quando a abordagem cirúrgica é mais radical (maxilectomia, ressecção com margens de segurança)⁽³³⁻³⁶⁾. Outras abordagens como radioterapia^(35,36) ou quimioterapia⁽³⁵⁾ estão contraindicadas. O follow-up destes casos é fundamental, já que 50% dos Ameloblastomas recidiva em cinco anos após cirurgia^(33,35). Existem casos descritos de recidiva até vinte anos depois da lesão primária.



Figura 7: Ameloblastoma Unicístico, aspecto em ortopantomografia.

O Odontoma é uma malformação benigna, composta por estruturas semelhantes aos tecidos duros dos dentes (esmalte, dentina e cimento), com proporções variáveis e diferentes graus de desenvolvimento^(37,38). Parece não existir preferência por gênero⁽³⁷⁻³⁹⁾. São frequentemente diagnosticados na segunda década de vida⁽³⁷⁻⁴⁰⁾, embora possam ser identificados em qualquer idade⁽³⁷⁾. Os Odontomas do tipo “composto” são geralmente diagnosticados mais cedo^(37,41) e mais frequentemente⁽³⁷⁻⁴¹⁾. Afetam a dentição definitiva ou mista (caninos e molares preferencialmente)^(37,40,41), e nalguns casos estão associados a dentes decíduos^(40,41). A localização preferencial é a maxila^(37-39,41) no caso de Odontomas compostos, e mandíbula no caso do tipo complexo^(37,38,40). São geralmente assintomáticos^(37,40) constituindo achados ocasionais nos exames radiográficos^(37,41). Algumas manifestações clínicas incluem: retenção de dentes permanentes⁽³⁷⁻⁴¹⁾, tumefação^(38,40,41), persistência de dentes decíduos em boca^(37,39,41), agenesia de dente definitivo^(37,39), deslocamento de dentes adjacentes^(39,41), reabsorção radicular⁽³⁹⁾, dor e infecção que pode desenvolver fístula⁽⁴⁰⁾. Radiograficamente os Odontomas complexos são massas irregulares bem definidas de material calcificado^(38,40,41), os ODT compostos apresentam uma radiolucência que rodeia estruturas semelhantes a dentes (radiopacas)^(38,41). O tratamento de Odontomas é cirúrgico⁽³⁷⁻⁴¹⁾, sob anestesia local (mais comum) ou geral^(37,40). Os Odontomas são TO com prognóstico muito favorável^(37,40). A maioria dos estudos publicados não menciona

recidivas ⁽³⁷⁻⁴⁰⁾. Após excisão do Odontoma o dente incluso associado tende a erupcionar ⁽³⁷⁻⁴¹⁾ *per si*, ou com tração ortodôntica ^(37,39-41).

O Tumor Odontogénico do Quisto Calcificante (TOQ Calcificante) não é neoplásico, mas tende a crescer continuamente o que levanta dúvidas para caracterizá-lo ⁽⁴²⁾. Classifica-se como um Tumor Odontogénico benigno misto, embora apresente características quísticas na generalidade dos casos ⁽⁴³⁾. Mesmo em relação à localização há autores que sugerem subdivisão: 1) central (intraósseo) ou 2) periférico (extraósseo) ⁽⁴²⁾. Independentemente das várias apresentações clínicas o QO Calcificante é referido como uma expansão dos maxilares ou dos tecidos gengivais. Indolor e de crescimento lento, localmente agressivo e sem envolvimento ganglionar ⁽⁴²⁾. Pode ocorrer em associação com outros TO, mais comumente com odontomas, alguns investigadores sugerem um termo próprio para estes casos: “Quisto Odontogénico Odontocalcificante” ⁽⁴³⁾. São lesões que afetam em igual número os géneros, localizando-se preferencialmente na região anterior dos maxilares ⁽⁴³⁾. Deve ser abordado através de enucleação ⁽⁴³⁾. A recidiva desta patologia é um fenómeno raro, tal como a transformação maligna, embora possa ocorrer ^(42,43).

O Fibroma Ameloblástico (FA) é um TO benigno misto, que consiste em material neoplásico derivado de elementos de mesênquima e epitélio ⁽⁴⁴⁾. Apresenta bom prognóstico e baixas taxas de recidiva, mas pode sofrer transformação maligna ^(44,45). Geralmente é assintomático, cresce lenta e centralmente nos maxilares, associando-se a uma ou mais peças dentárias não erupcionadas ⁽⁴⁴⁾. Frequentemente é um achado radiográfico, quando o paciente procura ajuda clínica pela inclusão de um dente ⁽⁴⁴⁾. Quando é sintomático a primeira manifestação é uma tumefação dura e indolor, podendo estar associada a ulceração, dor ou drenagem ⁽⁴⁵⁾. Diagnostica-se mais frequentemente em homens do que em mulheres. Geralmente o sector posterior da mandíbula é o envolvido ^(44,45), seguido da maxila posterior e muito raramente envolvem todo o maxilar ⁽⁴⁴⁾. Embora o FA possa surgir num intervalo de idades que vai desde a infância até aos quarenta anos de idade ⁽⁴⁴⁾, a primeira e segunda década de vida são as mais afetadas ^(44,45). Radiograficamente pode apresentar-se uni ou multilocular, numa radiolucência ^(44,45) de aparência quística ⁽⁴⁴⁾, exibindo uma fronteira radiopaca ⁽⁴⁵⁾. Bem delimitado ^(44,45) e usualmente em contacto íntimo com a coroa de um dente incluso ⁽⁴⁴⁾.

O FA pode exibir comportamento mais agressivo, infiltrando e crescendo rapidamente⁽⁴⁴⁾. Os clínicos sentem dificuldades na decisão terapêutica, pela capacidade de transformação maligna. Alguns cirurgiões optam por sacrificar a estética facial e proceder a cirurgias invasivas (resseções)⁽⁴⁴⁾, contudo a maior parte das intervenções são enucleações, curetagens^(44,45) e excisões simples⁽⁴⁵⁾. O follow-up deve ser de pelo menos dez anos. Se não for totalmente removido o FA facilmente recidiva, e a transformação maligna ocorre entre cinco a dez anos pós-cirurgia inicial^(44,45). Pacientes diagnosticados até aos vinte e dois anos de idade apresentam menor probabilidade de transformação maligna⁽⁴⁵⁾. O diagnóstico deve ser confirmado com biópsia, idealmente incisional⁽⁴⁴⁾. O FA pode bem ser mais agressivo do que aparenta⁽⁴⁵⁾.

O Fibroma Odontogénico (FO) é um tumor benigno raro localizado nos maxilares. Representa 0,1% dos tumores odontogénicos⁽⁴⁶⁾. Clinicamente é uma lesão de crescimento lento, assintomático^(46,47) que provoca expansão das corticais ósseas. Em casos agressivos pode apresentar rizálize, deslocamento de dentes adjacentes, dores e parestesia⁽⁴⁷⁾. Reage positivamente à enucleação como tratamento cirúrgico, sem tendência para recidivas ou malignidade⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾. Na mandíbula prefere a região posterior, na maxila a anterior^(47,48). Ocorre num extenso intervalo de idades, preferencialmente na segunda e terceira década de vida⁽⁴⁷⁾. Afeta preferencialmente o sexo feminino⁽⁴⁸⁾. Radiologicamente pode ser unilocular⁽⁴⁷⁾ ou multilocular⁽⁴⁶⁾, geralmente bem definido e radiolúcido^(46,47). O diagnóstico diferencial inclui: Ameloblastoma, TOQ Calcificante e QO Dentígero^(46,47).

O Tumor de Pindborg (T Pindborg), ou Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante, é uma entidade patológica neoplásica incomum e localmente invasiva^(49,50). Não possui predileção por género⁽⁵⁰⁾. Clinicamente apresenta evolução de crescimento lento e indolor, o sinal clínico mais comum é a tumefação^(49,50). A mandíbula é o local preferencial, geralmente a região posterior⁽⁵⁰⁾ e associado a dente incluso^(49,50). Radiologicamente o T Pindborg apresenta uma lesão radiolúcida^(49,50), frequentemente multilocular⁽⁵⁰⁾, podendo visualizar-se estruturas calcificadas no interior^(49,50). A abordagem terapêutica depende do tamanho e localização do tumor⁽⁵⁰⁾. A enucleação é

desaconselhada pela taxa de recidiva elevada ⁽⁵⁰⁾. A ressecção marginal é a opção cirúrgica mais vantajosa, caso possa ser realizada ⁽⁴⁹⁾. Follow-up a longo prazo é crucial ^(49,50), embora o prognóstico seja geralmente positivo, a transformação maligna e metastização podem ocorrer ⁽⁵⁰⁾.

Os Mixomas Odontogénicos (MO) são tumores benignos raros ⁽⁵¹⁻⁵⁴⁾, agressivos ⁽⁵⁴⁾, localmente invasivos e de crescimento lento ⁽⁵¹⁻⁵⁵⁾. Restringem-se aos maxilares ⁽⁵²⁻⁵⁴⁾, representando 3 a 6% dos TO ⁽⁵⁴⁾. Podem ocorrer na maxila ou na mandíbula ^(51,56), incidindo principalmente mandíbula ⁽⁵²⁻⁵⁴⁾. O sexo feminino é geralmente o mais afetado ^(52,53), embora possam não se registar diferenças ⁽⁵⁶⁾. Os MO podem cruzar a linha média ⁽⁵²⁾. Por norma são assintomáticos ^(53,54), quando há sintomatologia a principal é a tumefação ^(52,54,55). Nas estruturas adjacentes frequentemente são descritos casos de deslocamento e mobilidade dentária ^(52,53,56), reabsorção radicular ^(52,53,55,56), perfuração e/ou expansão da cortical óssea ^(53,55,56), dor ⁽⁵³⁻⁵⁵⁾ e parestesia ⁽⁵³⁾. Numa fase clínica, sem o parecer definitivo da histologia, o MO pode originar diagnósticos diferenciais: Ameloblastoma, Odontoma, Quisto Ósseo Aneurismático e Granuloma de Células Gigantes ⁽⁵¹⁻⁵⁶⁾. A nível radiográfico as lesões podem ser uni ou multiloculares ^(52-54,56), radiolúcidas, com focos de calcificação no seu interior ^(52,54). Os limites aparentes no exame radiográfico não representam fielmente os limites histológicos da lesão ⁽⁵³⁾. As intervenções terapêuticas vão desde biópsias excisionais minimamente invasiva até ressecções “em bloco” ⁽⁵¹⁾. Em adultos opta-se por procedimentos cirúrgicos invasivos ^(51,53-56), diminuindo o risco de recidiva ^(51,53-55). A capacidade invasiva deste TO e o crescimento altamente destrutivo pode conduzir à invasão de estruturas nobres de tal forma que a extirpação da lesão se torna inviável, principalmente nas recidivas ^(51,53,55,56). O follow-up a longo prazo é fundamental nestes tumores, clínica e radiograficamente, independentemente do tipo de cirurgia realizado, com um mínimo de cinco anos de vigilância ⁽⁵⁶⁾.

O Cementoblastoma, também apelidado de “verdadeiro” cementoma ⁽⁵⁷⁾, é um tumor benigno ^(57,58), compreendendo 0,8% ⁽⁵⁷⁾ a 6,2% ^(57,58) de todos os TO. Este neoplasma surge geralmente entre a segunda e terceira década de vida ⁽⁵⁸⁾. O sexo masculino é ligeiramente mais afetado ⁽⁵⁷⁾, a mandíbula é o local preferencial ^(57,58). Usualmente estão associados a uma peça dentária erupcionada, mas podem ter vários dentes

envolvidos, incluindo decíduos e permanentes ⁽⁵⁸⁾. O Cementoblastoma geralmente causa queixas clínicas nos doentes: tumefação na grande generalidade dos casos; alterações da sensibilidade dentária ^(57,58) e mobilidade dentária ⁽⁵⁸⁾. A aparência radiográfica é a de uma massa radiopaca ^(57,58), podendo surgir com um aspeto misto certas vezes, raramente é radiolúcido ⁽⁵⁷⁾. Tipicamente bem delimitado, a circunscrever a raiz dos dentes afetados, pode causar reabsorção radicular ^(57,58); perda do limite apical e obliteração do ligamento periodontal ⁽⁵⁷⁾. Cementoblastomas que recidivam são um neoplasma localmente destrutivo, de margens irregulares com focos de material radiopaco ⁽⁵⁷⁾. As terapêuticas cirúrgicas vão desde resseções “em bloco”; extração dos dentes envolvidos e remoção do tumor; amputação radicular ou curetagem da lesão sem remoção do dente associado ⁽⁵⁷⁾. Como este TO possui potencial para crescer ilimitado ⁽⁵⁸⁾, deve realizar-se remoção completa do tumor juntamente com as peças dentárias associadas, seguido de curetagem ou osteotomia periférica ^(57,58). Não recidiva se for removido na totalidade ⁽⁵⁸⁾.

II

OBJETIVOS

Os Quistos e Tumores, em particular os Odontogénicos, representam um conjunto de patologias que surgem na cavidade oral sob variadas manifestações clínicas e imagiológicas. Podem conduzir a graves sequelas que incluem deformações faciais e transformação maligna. Poucos são os trabalhos com informações sobre as características clínicas e evolução destas lesões em Portugal.

Através de uma revisão da casuística do Hospital Geral de Santo António do Porto, pretende-se com este estudo:

- 1) Estudar a frequência de Quistos e Tumores Odontogénicos;
- 2) Caracterizar clínica e morfológicamente cada tipo de lesão;
- 3) Conhecer o seu comportamento evolutivo biológico;
- 4) Definir indicadores de prognóstico e intervenção terapêutica;
- 5) Verificar se os Queratoquistos possuem características de enquadramento na sua nova categoria de Tumor Odontogénico.

III

MATERIAL E MÉTODOS

3.1.Amostra

Foram identificados casos com diagnóstico histológico de Quisto ou Tumor Odontogénico no Hospital Geral de Santo António - Porto, Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial, compreendidos entre 1988 e 2006. A amostra totalizou 484 processos clínicos, foram retirados dados exaustivos e registados numa “tabela - matriz” de Excel® concebida para o efeito. Após a reunião de todos os dados foram descartados 84 processos. O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Geral de Santo António no Porto.

Caracterização Geral

A amostra deste trabalho totalizou 400 doentes. A idade média dos indivíduos era 36,62 anos, com desvio padrão de 16,96 anos. O paciente mais jovem tinha 5 anos e o mais velho 89 anos de idade. Verificou-se que 58,0% dos pacientes eram homens, sendo a moda da amostra face a 42,0% do género feminino. Em média os doentes apresentavam 3,40 cáries com desvio padrão de 2,77 cáries. Alguns pacientes não apresentavam cáries, o valor máximo encontrado foi de 13 cáries. A média de dentes restaurados foi de 2,95 restaurações com um desvio padrão de 3,56 dentes obturados, no mínimo o doente não apresentava restaurações, o máximo encontrado contabilizava 22 dentes restaurados. A média para dentes fraturados foi de 1,05 fraturas (desvio padrão de 2,04 dentes fraturados), alguns doentes que não possuíam dentes fraturados, no máximo 12 dentes estavam fraturados. Os dentes perdidos pelos doentes atingiram uma média de 5,57 peças dentárias perdidas, com desvio padrão de 6,71 dentes perdidos, alguns doentes não apresentavam perdas dentárias, no máximo haviam perdido 28 dentes. A média de lesões diagnosticada por doente foi de 1,10 lesões, com desvio padrão de 0,36 lesões, sendo o mínimo diagnosticado 1 lesão e o máximo diagnóstico de 4 lesões no mesmo paciente.

		N	%	Média	Desvio Padrão	Min	Max
Idade	0 - 9	9	2,3	36,62	19,96	5	89
	10 - 19	46	11,5				
	20 - 29	106	26,5				
	30 - 39	94	23,5				
	40 - 49	55	13,8				
	50 - 59	36	9,0				
	60 - 69	39	9,8				
	70 ou +	15	3,8				
Sexo	Masculino	232	58,0				
	Feminino	168	42,0				
Dentes	Cariados			3,40	2,77	0	13
	Restaurados			2,95	3,53	0	22
	Fraturados			1,05	2,04	0	12
	Perdidos			5,57	6,71	0	28
Nº Lesões / Doente	1	371	92,8	1,10	0,36	1	4
	2	21	5,3				
	3	7	1,8				
	4	1	0,3				

Tabela 1: Características da população da amostra

Foram encontradas 436 lesões odontogénicas distribuídas por tumores e quistos odontogénicos. O tempo de evolução foi avaliado em 178 lesões com informação disponível sobre esta variável. O tempo médio de evolução foi de 17,20 meses, com desvio padrão de 29,93 meses, o mínimo encontrado foi 0 e o máximo 240 meses. O tamanho médio das lesões foi de 3,32cm (desvio padrão 1,73cm), o mínimo registado foi de 1,0cm e o máximo de 12,0cm.

	N	%	Média	Desvio Padrão	Min	Max
Tumores	95	21,80%				
Quistos	341	78,20%				
Tempo Evolução	178	40,82%	17,2	29,93	0	240
Tamanho	436	100%	3,32	1,73	1	12

Tabela 2: Características gerais das patologias da amostra.

3.2. Tipo de Estudo

O trabalho realizado classifica-se como estudo descritivo. Consistiu na recolha de dados de forma sistemática numa amostra do Hospital Geral de Santo António – Porto, que representava o que se pretendia estudar: quistos e tumores odontogénicos. Com este tipo de estudo conseguiu-se uma descrição das patologias com maior detalhe. A informação sobre as variáveis abordadas existia previamente, por isso este trabalho consistiu num estudo retrospectivo. Os dados recolhidos sobre evolução da lesão enquadram este trabalho numa investigação longitudinal, observações sobre evolução das lesões foram registadas num período mínimo de um ano e máximo de 18 anos⁽⁵⁹⁾.

3.3. Critérios

Inclusão:

Foram incluídos todos os pacientes que apresentassem diagnóstico de quisto ou tumor odontogénico pelo Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Geral de Santo António – Porto.

Exclusão:

Excluíram-se os processos clínicos com ausência de exames imagiológicos da lesão, processos que não possuíam dados suficientes para caracterização das patologias ou com dados incoerentes.

3.4. Variáveis

Variáveis da População:

- Sexo;
- Idade na data de diagnóstico histológico;
- Classificação Sócio-Profissional: utilizou-se a tabela da “British Registrar-General”⁽⁶⁰⁾.
- Hábitos;

Fumadores: indivíduos dependentes do tabaco, independentemente da quantidade.

Ex-fumadores: indivíduos que não fumavam há pelo menos 2 anos ou mais.

Não alcoólicos: pacientes que não bebiam ou que bebiam moderadamente à refeição.

Alcoólicos: indivíduos que assumiram beber regularmente fora das refeições.

Alcoólicos Crônicos: pacientes com problemas de adição ao álcool.

- Manifestações clínicas;
- Tipo de Anestesia;
- Complicações pós-cirúrgicas;

Variáveis da Lesão:

- Maxilar afetado;
- Localização por regiões:

Anterior (incisivos e caninos);

Posterior (pré-molares e molares, incluindo ângulo e ramo na mandíbula);

- Quadrantes;
- Diagnóstico Final;
- Concordância: entre diagnóstico clínico de presunção e o diagnóstico da anatomia-patológica.

Concordância total: ambos concordaram na patologia e no tipo da lesão.

Concordância: concordam na patologia mas não no tipo de lesão.

Ausência de concordância: não concordam nem na patologia nem no tipo de lesão.

- Locas;
- Forma;
- Rizálize;
- Deslocamento de nervos dentários;
- Tratamento realizado;
- Recidiva;
- Novo primário / nova localização.

3.5. Análise Estatística

A Bioestatística estuda o processo de amostragem e os fenómenos associados-fornecendo um método que permite estudar populações que são imateriais. O conhecimento das características de uma amostra permite-nos prever as características e comportamento futuro de uma população. ⁽⁵⁹⁾

A amostra final foi codificada para análise estatística em SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0®. Foram estudadas as variáveis: idade, sexo, localização da lesão, hábitos, cáries, manifestações clínicas, diagnóstico clínico e histológico, tratamento aplicado, aspeto imagiológico e evolução da lesão (follow-up).

Para tratamento dos dados estatísticos recorreu-se aos testes do qui-quadrado e teste exato de Fisher's para avaliar a significância dos resultados. Os testes de qui-quadrado permitiram investigar associações entre duas variáveis binárias, entre uma variável binária e outra categorial e entre duas variáveis categoriais ⁽⁵⁹⁾. O nível de significância admitido foi $p < 0,05$.

IV

RESULTADOS

4.1. Caracterização geral da amostra

Número de Lesões por Doente:

Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão obteve-se uma amostra final de 436 lesões em 400 doentes. A maioria dos doentes apresentava apenas uma lesão (92,8%, n=371). Menos frequentemente encontraram-se pacientes com duas lesões (5,3%, n=21). Raramente se registaram três (1,8%, n=7) ou mesmo quatro lesões (0,3%, n=1) em boca no mesmo doente.

Género e Idade:

O género masculino foi afetado em 58,0% (n=232). Todas as idades registaram casos, com pico de incidência na 3^a (26,5%, n=106) e 4^a (23,5%, n=94) década de vida.

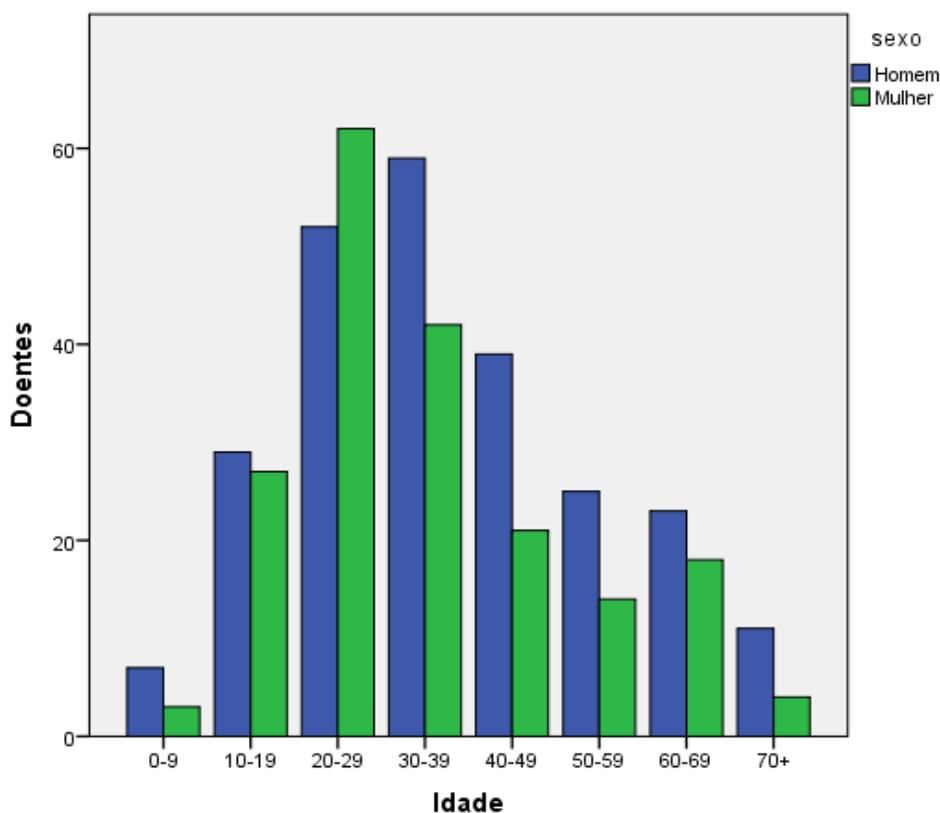


Gráfico 1: Relação da idade em décadas com o sexo dos pacientes.

Hábitos:

Os fumadores representaram 18,3% (n=71) e os ex-fumadores 28,7% (n=111). Em 13 pacientes não se obteve informação para esta variável.

Assumiram consumir álcool 22,9% (n=66) dos doentes, 1,4% (n=4) foi o valor obtido para aqueles que possuíam problemas de adição ao álcool. Em 112 doentes não há registos desta variável.

Classificação Sócio-profissional:

Nos 319 doentes com esta informação disponível, frequentemente destacam-se as classes semi-especializada e não especializada (80,8%, n=258). A classe qualificada também registou casos (9,1%, n=29). Raramente se registaram casos na classe técnica (4,4%, n=14) ou especializada (5,6%, n=18).

Localização:

Diagnosticaram-se frequentemente lesões na maxila (55,7%, n=243). O sector posterior foi atingido em 50,5% das lesões (n=220). Quistos ou tumores odontogénicos na região anterior contaram-se 120 (27,5%), a englobar ambos os sectores (anterior e posterior) (22,0%, n=96).

O 2º quadrante foi frequentemente afetado com 121 lesões (27,8%), o 1º quadrante registou 113 casos (25,9%). O 3º e 4º quadrante registaram 86 (19,7%) e 82 (18,8%) patologias respetivamente. Raramente ocupavam dois quadrantes: o 1º e 2º quadrante foi afetado em 9 casos (2,1%) e o 3º e 4º quadrante registou 25 lesões (5,7%).

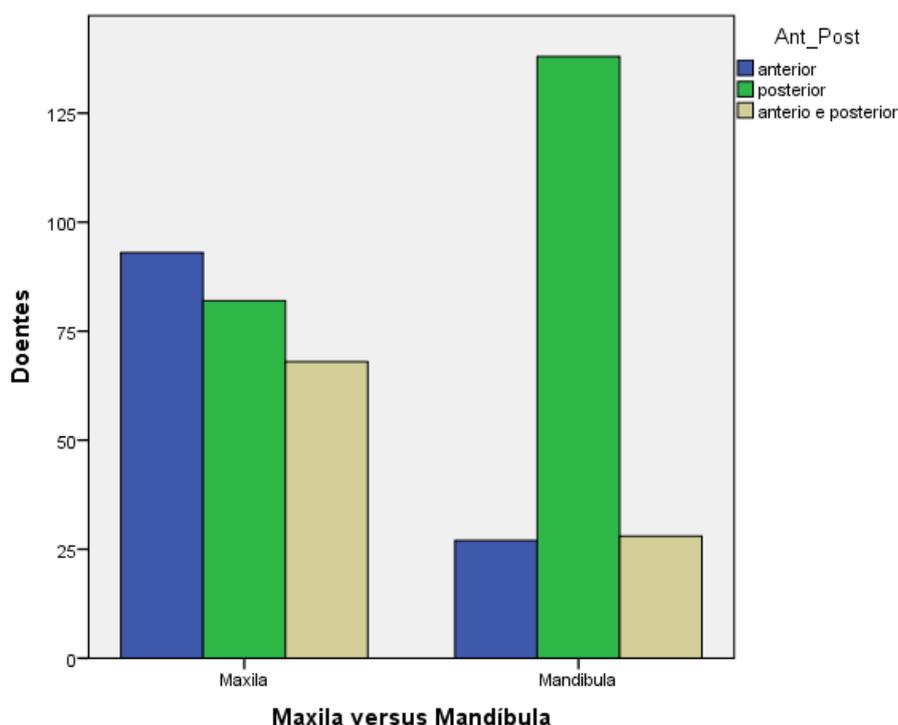


Gráfico 2: Localização preferencial e região afetada.

Sinais e Sintomas:

A primeira manifestação clínica que levou o doente a procurar ajuda médica foi a tumefação (54,5%, n=218). A infeção como principal queixa registou-se em 34 pacientes (8,5%), seguida de dor (6,5%, n=26) e drenagem de fluidos (0,3%, n=6). Alguns não apresentavam sintomatologia, sendo o diagnóstico das patologias resultante de achados radiográficos (29,5%, n=118), ou de exames imagiológicos para despiste de Síndrome de Gorlin-Goltz (0,8%, n=5) associados a TOQ.

A acompanhar a primeira queixa do doente associaram-se outras manifestações. A tumefação está presente em 230 doentes (57,5%), a infeção em 61 (15,3%). Os achados radiográficos representam 121 casos (30,3%). Para além destas, também foram registadas queixas relativas a: dor (14,3%, n=57); drenagem (13,5%, n=54); dentes necrosados (11,8%, n=47); traumatismos (4,0%, n=16); mobilidade dentária (2,0%, n=8); trismus (1,8%, n=7); parestesia (1,5%, n=6); disfagia (1,0%, n=4) e alterações da cicatrização pós-exodontia (1,0%, n=4). Muito raramente constatou-se pacientes com

queixas por: não erupção de peças dentárias (0,8%, n=3); sangramento (0,8%, n=3) e alterações da sensibilidade dentária nos dentes associados à lesão (0,5%, n=2).

Citologia:

A Punção Aspirativa foi realizada pelo clínico para posterior análise citológica em algumas lesões. A maioria não realizou este exame (80,8%, n=346), nos que o efetuaram registou-se o aspeto macroscópico do líquido drenado. Frequentemente o aspeto dos aspirados é de um líquido de cor citrino (7,9%, n=34), alguns registaram-no como sendo de carácter purulento (4,4%, n=19), outros acastanhado (2,6%, n=11) ou amarelado (1,6%, n=7). Menos comum foi o aspirado sanguinolento (0,9%, n=4), sero-hemático (0,9%, n=4) ou esbranquiçado (0,7%, n=3). Em oito lesões não existiam dados no processo clínico sobre a execução ou não desta técnica.

Depois de efetuada a Punção Aspirativa, alguns aspirados foram analisados quanto ao conteúdo citológico. Esta avaliação raramente foi pedida (96,8%, n=422). Os aspirados analisados revelaram resultados maioritariamente compatíveis com QO Inflamatório (1,4%, n=6), alguns resultados compatíveis com QO Dentífero (0,7%, n=3). Muito poucos eram compatíveis com TOQ (0,5%, n=2) ou com Ameloblastoma (0,2%, n=1). Dois aspirados foram analisados mas não traduziram resultados (0,5%, n=2).

Diagnóstico Clínico:

Foi realizado um levantamento dos diagnósticos propostos pelo clínico para as patologias, um diagnóstico “de presunção” prévio ao resultado da histologia. Das 436 lesões da amostra 6 não registaram qualquer diagnóstico clínico (1,4%). A maioria dos diagnósticos clínicos (28,7%, n=125) indicou Quisto Odontogénico Radicular e Quisto Maxilar (27,1%, n=118). Em 82 lesões (18,8%) o clínico determinou ser Quisto Odontogénico Dentífero, 34 foram presumidos como sendo Quisto Odontogénico Residual (7,8%), 21 foram identificados como sendo TOQ (4,8%) e 15 como Quisto Odontogénico (3,4%). Outras designações foram encontradas: 2,5% apelidaram as lesões de Quisto Inflamatório (n=11), 1,6% diagnosticou Odontoma (n=7), 0,7% denominavam apenas Lesão Óssea (n=3), 0,5% Ameloblastoma (n=2) e 0,5%

identificavam Granuloma no diagnóstico de presunção (n=2). Epúlide surgiu em uma das sugestões clínicas (0,2%). Outros diagnósticos corresponderam a 1,1% (Granuloma de Células Gigantes, Neoformação do Seio Maxilar, Dente Incluso e Tumor Odontogénico) (n=5).

Concordância histopatológica:

A concordância pretendeu avaliar se o diagnóstico realizado pelo clínico foi de encontro ao resultado obtido na anatomia patológica (histologia). Os resultados demonstraram que frequentemente o diagnóstico de presunção clínico concorda com o diagnóstico da histologia (57,3%, n=250). Em 34,2% dos resultados há concordância entre ambos quanto à patologia, QO ou TO, mas não quanto ao tipo (n=149). Raramente os diagnósticos são díspares não existindo concordância (8,5%, n=37).

Diagnóstico Final:

O Diagnóstico Final corresponde à classificação das lesões tendo em conta todos os aspetos registados: diagnóstico clínico, histológico, sinais e sintomas e aparência radiológica. As lesões presentes nesta amostra incluíram quistos e tumores odontogénicos. A patologia mais frequente foi o QO Radicular com 50,9% de diagnósticos (n=222), seguido de QO Dentífero com 17,7% (n=77) e TOQ (13,1%, n=57). Outras patologias foram identificadas na amostra final: QO Residual (8,0%, n=35); Ameloblastoma (3,7%, n=16) e Odontoma (2,1%, n=9). O QO de Erupção e Mixoma Odontogénico representaram 5 lesões de cada (1,1% cada). O QO Paradentário, Cementoblastoma e T Pindborg surgem em 0,5% cada um (n=2 cada). Com uma lesão para cada identificou-se: TO Adenomatóide (0,2%); Fibroma Ameloblástico (0,2%); Fibroma Odontogénico (0,2%) e o QO Calcificante (0,2%).

Tratamento:

A terapêutica de eleição foi a enucleação (98,2%, n=428). Algumas lesões foram tratadas através de cirurgias mais invasivas ou radicais: 5 casos registaram ressecção parcial (1,1%), em 3 lesões a ressecção total foi a opção preconizada (0,7%).

Aliada à remoção da patologia que afeta o doente, registaram-se 22,2% (n=97) de casos em que se recorreu também à apicectomia de peças dentárias adjacentes ou incluídas na lesão.

Depois da remoção da lesão afeta, houve casos em que o cirurgião optou por reconstruir a loca cirúrgica. Os materiais registados referem: hidroxiapatite (0,9%, n=4); crista ilíaca (0,5%, n=2) e placas metálicas (0,2%, n=1). Na maioria das cirurgias não se optou por esta intervenção (98,4%, n=429).

Algumas cirurgias decorreram sob efeito de Anestesia Geral Balanceada (AGB): 45,0% (n=180).

Muitos doentes portadores destas patologias apresentavam também outras condições associadas. Dentes inclusos associados à lesão diagnosticada surgem com a frequência de 25,7% (n=112). Patologias sistémicas inerentes ao paciente foram registadas: Síndrome de Gorlin-Goltz (1,5%, n=6), Hipertensão Arterial (HTA) (4,0%, n=16). Alguns casos de asma (0,8%, n=3), esquizofrenia (0,8%, n=3), hepatite C (0,8%, n=3), bronquite asmática (0,5%, n=2) e crónica (0,5%, n=2), deficiência mental (0,5%, n=2) diabetes (0,5%, n=2), obesidade (0,5%, n=2) e úlcera gástrica (0,5%, n=2). A maioria dos doentes não possui outras doenças associadas (66,8%, n=267).

Complicações Pós-operatórias:

A tumefação é uma complicação pós-cirúrgica frequentemente assinalada (33,0%, n=132). Foi referida dor em 61 casos (15,3%). Registaram-se 23 pacientes com fístula pós-cirúrgica, algumas apresentando drenagem de fluídos (3,0%, n=12). Alguns pacientes referiram queixas por hemorragia pós-cirúrgica (4,0%, n=16). Outras queixas foram: hematoma (2,0%, n=8), trismus (2,0%, n=8), vômitos (1,8%, n=7), parestesia (1,8%, n=7), deiscência da ferida cirúrgica (1,8%, n=7), comunicação oro-antral (1,3%, n=5) e um caso apresentava fratura do maxilar abordado (0,3%). Registaram-se ainda

outras complicações: dificuldades respiratórias, reação oftálmica, alveolite, odinofagia e febre (1,3%, n=5).

4.2. Caracterização dos Quistos Odontogênicos

4.2.1. Caracterização Geral

Os QO representam 341 lesões da amostra total (78,2%). Registraram-se frequentemente lesões singulares (88,9%, n=303). Também se verificou a existência de casos com dois (7,6%, n=26) ou três (3,5%, n=12) QO a afetarem o mesmo doente. Este tipo de patologia odontogênica afetou mais o género masculino (58,7%, n=200). Diagnosticaram-se QO em todas as décadas mas a maioria incidiu na 3ª e 4ª, com frequências de 26,1% (n=89) e 27,6% (n=94) respetivamente. Não estão associadas ao tabagismo 49,7% (n=165), encontraram-se em pacientes ex-fumadores 29,2% de lesões quísticas (n=97). Não se encontrou relação com o álcool em 74,1% dos casos (n=180), 63 lesões pertenciam a pacientes que ingeriam álcool para além do moderado (25,9%). As classes sócio-profissionais semi-especializada e não especializada apresentaram 121 (44,2%) e 101 (36,9%) casos, tendo sido as mais afetadas. O 2º quadrante foi preferencial para QO (32,3%, n=110) face ao 1º quadrante (30,5%, n=104), embora todos os quadrantes tenham sido diagnosticados com QO. A maxila registou 223 quistos (65,4%), frequentemente afetaram a região posterior (45,2%, n=154). A tumefação foi a manifestação clínica mais frequentemente registada (55,4%, n=189), a infeção (n=53) e dor (n=44) também acompanharam algumas vezes a manifestação primária (15,5% e 12,9% respetivamente). Registou-se parestesia associada em 5 QO (1,5%). Em 109 QO assintomáticos o diagnóstico resultou de achados radiográficos (32,0%). A maioria obteve concordância entre o diagnóstico clínico e a histologia (55,1%, n=222), não se obteve concordância entre diagnóstico clínico e o resultado da anatomia patológica em 7 lesões (2,1%). Todos os QO foram tratados através da enucleação (100,0%, n=341) e a apicectomia realizou-se em 91 (26,7%) casos. A reconstrução com hidroxiapatite foi utilizada em 4 locas cirúrgicas (1,2%). A anestesia infiltrativa local foi a mais usada para abordar QO (60,7%, n=207). Foram registados 78 casos de QO com peças

dentárias inclusas associadas à lesão (22,9%). Sendo predominantemente uniloculares a aparência multilocular foi observada em 3 QO (0,9%). A destruição da raiz de dentes associados a estes quistos observou-se em 37 casos (10,9%). Deslocaram o nervo alveolar inferior 2,1% (n=7); o mentoniano 1,2% (n=4) e 0,9% deslocaram ambos (n=3). Recidivaram 10 casos (2,9%). Novos primários são raros (2,1%, n=7).

4.2.2. Caracterização por Quisto Odontogénico

Quisto Odontogénico Radicular:

Foram avaliados 222 QO Radiculares, sendo o tipo de lesão mais frequente (50,9%) do estudo. Existe preferência deste tipo de patologia para o género masculino (58,6%, n=130)

A 3ª e 4ª década de vida são as mais afetadas (34,7%, n=77 e 29,7%, n=66 respectivamente). Na 1ª década não se registou nenhum caso e na última década são menos frequentes (1,8%, n=4). Surgiram frequentemente acima da média da idade da amostra (50,9%, n=113).

A maioria dos doentes apresentava uma lesão de QO Radicular (86,5%, n=192), alguns surgiram com dois (8,1%, n=18) ou três quistos (5,4%, n=12). Nenhum doente foi diagnosticado com quatro quistos deste tipo.

A avaliação dos hábitos revelou 68 lesões (31,5%) em ex-fumadores e 53 QO Radiculares em fumadores (24,5%). Não há associação ao tabagismo em 95 lesões (44,0%) (em 6 lesões não foi possível averiguar o consumo ou não de tabaco associado). No caso da relação com o álcool, a grande maioria não possuía a este hábito (71,9%, n=110), 43 casos de QO Radicular foram registados em pacientes com hábitos alcoólicos (28,1%) e nenhum caso de alcoolismo crónico. Foram avaliadas 153 lesões com registos sobre esta variável.

Sócio-profissionalmente frequentemente os pacientes atingidos pertenciam à classe semi-especializada (52,5%, n=93), seguida dos que se enquadravam na classe não especializada (28,8%, n=51). A classe de trabalhadores técnica é a que regista menos

casos (2,3%, n=4). Em 45 casos de QO Radicular não foi possível obter registo desta variável.

Tabela 3: Características dos Doentes com QO Radicular		N	%
Sexo	Masculino	130	58,6
	Feminino	92	41,4
Idade mais afetada	3ª década	77	34,7
Número de lesões por doente	1	192	86,5
	2	18	8,1
	3	12	5,4
	4	0	0
Hábitos	Tabaco*	53	24,5
	Álcool**	43	28,1
Classificação Sócio-Profissional mais afetada***	Semi-especializada	93	52,5

** Retiraram-se dados de 153 casos com estes dados no processo clínico.

* Só foi possível avaliar 216 casos com esta informação disponível.

*** Informação disponível em 177 casos.

A maxila é a localização mais frequente do QO Radicular, com 166 casos registados neste maxilar (74,8%). A região mais afetada foi a anterior (41,0%, n=91), ligeiramente superior aos quistos diagnosticados na região posterior (37,4%, n=83). Abrangiam a região posterior e anterior 48 quistos (21,6%). O 1º e 2º quadrante foram mais afetados: 32,9% (n=73) e 37,8% (n=84) respectivamente. Menos frequentes foram as lesões que englobaram dois quadrantes, o 1º e 2º quadrante contaram 8 lesões (3,6%), o 3º e 4º quadrante 12 (5,4%).

Tabela 4: Localização dos QO Radiculares		N	%
Maxilar	Maxila	166	74,8
	Mandíbula	56	25,2
Região	Anterior	91	41,0
	Posterior	83	37,4
	Anterior e Posterior	48	21,6
Quadrante	1º	73	32,9
	2º	84	37,8
	3º	24	10,8
	4º	21	9,5
	1º e 2º	8	3,6
	3º e 4º	12	5,4

A nível de manifestações clínicas associadas aos QO Radiculares, a tumefação foi a que mais vezes surgiu referida com 120 casos (54,1%), seguida de achados radiográficos (32,0%, n=71). A infeção associou-se a 37 QO Radiculares (17,6%) e dor a 29 casos (13,1%). Parestesia associada à lesão registou-se em 3 casos estudados (1,4%).

Tabela 5: Manifestações associadas a QO Radiculares		N	%
Manifestação Primária	Tumefação	120	54,1
	Achado Radiográfico	71	32,0
Outras manifestações	Dor	29	13,1
	Infeção	37	17,6
	Parestesia	3	1,4

Uma grande percentagem de profissionais (59,9%, n=133) foi capaz de determinar no diagnóstico clínico que esta lesão era Quisto Odontogénico Radicular. Em 37,8% (n=84) houve concordância com a histologia apenas a nível da patologia (QO) mas não no tipo (Radicular). Não houve concordância em 5 lesões (2,3%), nem de tipo nem de patologia.

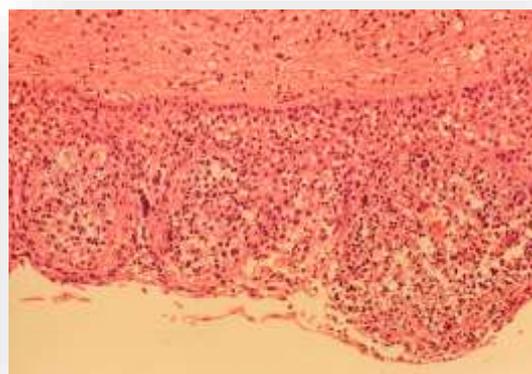


Figura 8: Aspeto histológico do QO Radicular.

Tabela 6: Concordância em QO Radiculares		N	%
Concordância Histopatológica	Total	133	59,9
	Parcial	84	37,8
	Sem concordância	5	2,3

Todos os QO Radiculares foram abordados cirurgicamente utilizando a técnica de enucleação (100,0%, n=222). Em 91 lesões utilizaram AGB (41,0%). Foram realizadas 86 apicectomias (38,7%) e 4 casos foram reconstruídos (loca cirúrgica) com hidroxiapatite (1,8%, n=4).

Tabela 7: Tratamento de QO Radiculares		N	%
Tratamento	Enucleação	222	100,0
	Ressecção parcial	0	0
	Ressecção total	0	0
AGB		91	41,0
Apicectomia		86	38,7
Reconstrução da Loca	Hidroxiapatite	4	1,8
	Crista Ilíaca	0	0
	Placas Metálicas	0	0

Nenhum QO Radicular possuía dentes inclusos associados à lesão, tal como nenhum caso regista síndromes associados. Imagiologicamente todas as lesões eram uniloculares (100,0%, n=222). Rizálize foi observada em alguns casos (10,4%, n=23). Verificou-se deslocamento do nervo alveolar inferior (1,4%, n=3) e do nervo mentoniano (1,4%, n=3).

Registaram-se apenas 6 (2,7%) QO Radiculares que recidivaram no estudo de evolução da doença, e 4 novos primários (1,8%).

Tabela 8: Imagiologia e evolução de QO Radiculares		N	%
Aspeto Radiográfico	Unilocular	222	100,0
	Multilocular	0	0
Rizálize		23	10,4
Deslocamento de Nervos	Alveolar Inferior	3	1,4
	Mentoniano	3	1,4
	Alveolar inf. e mentoniano	0	0
Recidiva		6	2,7
Novo Primário		4	1,8



Figura 9: Aspeto radiográfico de QO Radicular.

Quisto Odontogénico Dentífero:

É a segunda patologia mais frequente deste estudo com 77 casos (17,7%). Afetou os homens em 67,5% dos casos (n=52) e as mulheres em 32,5% (n=25).

Os intervalos de idade mais afetados foram a 2ª e a 4ª década de vida, com 18 lesões cada (46,8%). Outro intervalo atingido foi a 5ª década de vida (15,6%, n=12). Todas as idades registaram casos de QO Dentífero, mas as menos frequentemente afetadas são as da última década (3,9%, n=3). Registaram-se frequências de 54,5% acima da idade média da amostra (n=42, desvio padrão=16,876).

QO Dentíferos associados a ex-fumadores registaram-se 20 casos (26,3%) e 11 eram fumadores (14,5%). Em um caso não havia registos sobre esta variável. Foi possível retirar dados sobre associação ao álcool em 57 QO Dentíferos, hábitos alcoólicos foram encontrados em alguns casos (21,1%, n=12), mas nenhum associado a alcoolismo crónico.

Diagnosticaram-se 32 QO Dentíferos na classe sócio-profissional não especializada (47,1%) e 21 na classe semi-especializada (30,9%). Raramente atingiram a classe técnica (5,9%, n=4). Em 9 casos não foi possível retirar dados que permitissem classificar esta variável.

O QO Dentífero foi frequentemente registado como uma lesão única (96,1%, n=74). Foram encontrados casos com dois quistos (3,9%, n=3), mas não se observaram casos com três ou quatro lesões.

Tabela 9: Características dos doentes com QO Dentífero		N	%
Sexo	Masculino	52	67,5
	Feminino	25	32,5
Idade mais afetada	2ª e 4ª décadas	36	46,8
Número de lesões por doente	1	74	96,1
	2	3	3,9
	3	0	0
	4	0	0
Hábitos	Tabaco*	11	14,5
	Álcool**	12	21,1
Classificação Sócio-Profissional mais afetada ***	Não especializada	32	47,1

- * Só foi possível avaliar 76 casos com esta informação disponível.
 ** Retiraram-se dados de 37 casos com estes dados no processo clínico.
 *** Em 9 casos não estava disponível esta informação.

A mandíbula foi o maxilar mais afetado com 41 lesões (53,2%). Todos os quadrantes registaram quistos deste tipo: 1º (27,3%, n=21), 4º (26,0%, n=20), 2º (19,5%, n=15) e 3º quadrante (20,8%, n=16). Raramente abrangiam 3º e 4º (5,2%, n=4) ou 1º e 2º quadrante simultaneamente (1,3%, n=1).

Foram observados casos em todas as regiões, frequentemente localizavam-se na região posterior (54,5%, n=42), na região anterior diagnosticaram-se 13 QO Dentígeros (16,9%). Abrangendo duas regiões (anterior e posterior) registaram-se 22 lesões (28,2%).

		N	%
Maxilar	Maxila	26	46,8
	Mandíbula	41	53,2
Região	Anterior	13	16,9
	Posterior	42	54,5
	Anterior e Posterior	22	28,2
Quadrante	1º	21	27,3
	2º	15	19,5
	3º	16	20,8
	4º	20	26,0
	1º e 2º	1	1,3
	3º e 4º	4	5,2

A tumefação foi a manifestação clínica mais frequentemente registada (55,8%, n=43). Muitos diagnósticos foram obtidos a partir de achados radiográficos (33,8%, n=26, p=0,004). Também se encontraram casos com dor (14,3%, n=11) e infeção (11,7%, n=9) associadas. Não foi registado nenhum caso com parestesia.

Tabela 11: Manifestações associadas a QO Dentígeros		N	%
Manifestação Primária	Tumefação	43	55,8
	Achado Radiográfico	26	33,8
Outras manifestações	Dor	11	14,3
	Infeção	9	11,7
	Parestesia	0	0

Obteve-se concordância de diagnóstico clínico e histológico em 72,7% dos casos (n=56). Em 26,0% havia concordância quanto à patologia mas não quanto ao tipo (n=20). Um caso (1,3%) não obteve qualquer concordância do diagnóstico clínico com a anatomia patológica.

Tabela 12: Concordância em QO Dentígeros		N	%
Concordância Histopatológica	Total	56	72,7
	Parcial	20	26,0
	Sem concordância	1	1,3

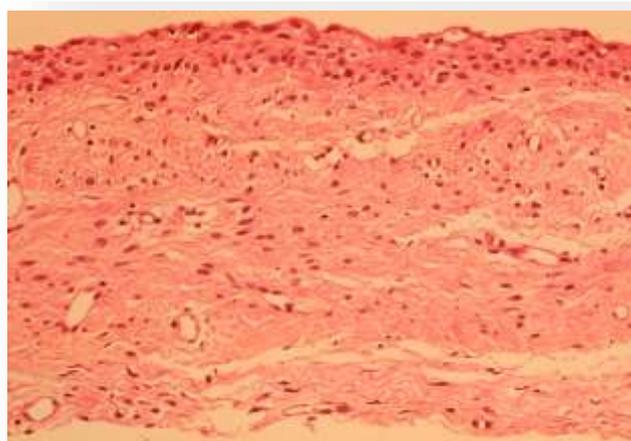


Figura 10: Aspeto histológico de QO Dentígero.

O tratamento de eleição para todos os QO Dentígeros foi a enucleação (100,0%, n=77), frequentemente com anestesia infiltrativa local (61,0%, n=47). A apicectomia foi realizada em 4 casos (5,2%) e nenhuma lesão recorreu a materiais de reconstrução.

Tabela 13: Tratamento em QO Dentígeros		N	%
Tratamento	Enucleação	77	100,0
	Ressecção parcial	0	0
	Ressecção total	0	0
AGB		30	39,0
Apicectomia		4	5,2
Reconstrução da Loca	Hidroxiapatite	0	0
	Crista Ilíaca	0	0
	Placas Metálicas	0	0

Os dentes inclusos associados registaram frequências de 96,1% (n=74), mas nenhum QO Dentígero apresentava síndromes associado. Ao exame radiológico as lesões eram frequentemente uniloculares. Foram registados 2 casos de quistos multiloculares (2,6%). Observou-se rizálize nos dentes adjacentes à lesão em 10 quistos (13,0%). Em termos de deslocamento de nervos: 4 quistos deslocaram o alveolar inferior (5,2%), 2 o alveolar inferior e o mentoniano (2,6%), 1 deslocou o mentoniano (1,3%).



Figura 11: Aspeto imagiológico de QO Dentífero.

Registaram-se 3 QO Dentíferos que recidivaram (3,9%), o mesmo número de casos foi obtido para novos primários (3,9%, n=3).

Tabela 14: Imagiologia e evolução de QO Dentíferos		N	%
Aspeto Radiográfico	Unilocular	75	97,4
	Multilocular	2	2,6
Dentes Inclusos associados		74	96,0
Rizálize		10	13,0
Deslocamento de Nervos	Alveolar Inferior	4	5,2
	Mentoniano	1	1,3
	Alveolar Inf. e mentoniano	2	2,6
Recidiva		3	3,9
Novo Primário		3	3,9

Quisto Odontogénico Residual:

Resultou em 35 casos (8,0%), fazendo desta patologia a quarta mais frequente da amostra total e o terceiro tipo de QO mais diagnosticado. Este tipo de QO diagnosticou-

se frequentemente no sexo feminino (57,1%, n=20). As idades mais afetadas encontraram-se na 7ª (34,3%, n=12) e na 4ª década (22,9%, n=8). Não se registaram casos na 1ª nem na 2ª década de vida, todos os outros intervalos foram atingidos. Frequentemente são diagnosticados acima da idade média (82,9%, n=29, desvio padrão=16,876).

Foram encontrados 9 QO Residuais em doentes ex-fumadores (27,3%), fumadores registaram-se 6 (18,2%). Hábitos tabágicos associados foram encontrados em 18 lesões (54,5%). Não se obtiveram dados para analisar esta variável em 2 casos. QO Residuais associados ao consumo álcool registaram-se 30,8% (n=8). Frequentemente não havia ligação a hábitos alcoólicos (69,2%, n=18) e nenhuma das lesões deste tipo demonstrou relação com alcoolismo crónico. Não havia informação sobre os hábitos alcoólicos em 9 casos.

A classe socioprofissional foi avaliada em 23 QO Residuais com dados sobre esta variável. A classe não especializada registou 12 casos (52,2%), a classe semi-especializada 7 lesões (30,9%) e na classe qualificada 4 (17,4%). Não existem quistos deste tipo nas classes técnica ou diferenciada.

Tabela 15: Características dos doentes com QO Residual		N	%
Sexo	Masculino	15	42,9
	Feminino	20	57,1
Idade mais afetada	7ª década	12	34,3
Número de lesões por doente	1	32	91,4
	2	3	8,6
	3	0	0
	4	0	0
Hábitos	Tabaco *	6	18,2
	Álcool**	8	30,8
Classificação Sócio-Profissional mais afetada***	Não especializada	12	52,2

* Só foi possível avaliar 33 casos com esta informação disponível.

** Retiraram-se dados de 26 casos com estes dados no processo clínico.

*** Só foram avaliados 23 casos nesta variável.

O número de lesões que pode ser encontrado no mesmo doente foi averiguado em 32 casos com esta informação disponível. Frequentemente eram lesões únicas (91,4%), apenas 3 casos registaram dois quistos desta natureza (8,6%).

O maxilar mais frequentemente afetado foi a maxila com 21 lesões (60,0%). Na região posterior registaram-se 22 quistos (62,9%), a envolver as regiões anterior e posterior encontraram-se 8 casos (22,9%). Na região anterior contabilizaram-se 5 QO Residuais (14,3%).

O 2º quadrante registou 31,4% (n=11) dos casos, seguido do 1º com 28,6% (n=10) e por fim o 3º quadrante com 22,9% (n=8). Encontraram-se QO Residuais no 4º quadrante (14,3%, n=5), e a ocupar simultaneamente o 3º e 4º quadrante (2,9%, n=1). Nenhum quisto afetou 1º e 2º quadrante.

Tabela 16: Localização de QO Residuais		N	%
Maxilar	Maxila	21	60,0
	Mandíbula	14	40,0
Região	Anterior	5	14,3
	Posterior	22	62,9
	Anterior e Posterior	8	22,9
Quadrante	1º	10	28,6
	2º	11	31,4
	3º	8	22,9
	4º	4	13,3
	1º e 2º	0	0
	3º e 4º	1	2,9

A primeira manifestação clínica que levou o doente a procurar ajuda médica em casos de QO Residual foi a tumefação com 65,7% (n=23) das lesões registadas. Os achados radiográficos representam 25,7% dos diagnósticos (n=9). Outras manifestações associadas foram: infeção (14,3%, n=5), dor (11,4%, n=4) e parestesia (5,7%, n=2).

Tabela 17: Manifestações associadas a QO Residuais		N	%
Manifestação Primária	Tumefação	23	65,7
	Achado Radiográfico	9	25,7
Outras manifestações	Dor	4	11,4
	Infeção	5	14,3
	Parestesia	2	5,7

Houve concordância dos diagnósticos clínicos com o resultado da anatomia patológica em 31 lesões (88,6%). Concordavam quanto à patologia mas não no tipo de QO 11,4% dos diagnósticos clínicos (n=4). Não se registaram casos de não concordância total.

Tabela 18: Concordância em QO Residuais		N	%
Concordância Histopatológica	Total	31	88,6
	Parcial	4	11,7
	Sem concordância	0	0

A AGB foi o método anestésico para intervenção de 8 QO Residuais (22,9%). Todos foram operados por enucleação (100,0%, n=35). Num quisto realizou-se apicectomia (2,9%). Não foi utilizado material de reconstrução em nenhuma lesão.

Tabela 19: Tratamento em QO Residuais		N	%
Tratamento	Enucleação	35	100,0
	Ressecção parcial	0	0
	Ressecção total	0	0
AGB		8	22,9
Apicectomia		1	2,9
Reconstrução da Loca	Hidroxiapatite	0	0
	Crista Ilíaca	0	0
	Placas Metálicas	0	0

Não se observaram dentes inclusos associados a lesões de QO Residual, ou associação com síndromes. Frequentemente estes quistos eram lesões uniloculares (97,1%, n=34), um caso possuía aparência radiológica multilocular (2,9%). Observou-se rizálize dos dentes adjacentes à lesão em 3 quistos (8,6%, p=0,006) e um destes QO deslocou nervo alveolar inferior e o mentoniano (2,9%).

Um QO Residual recidivou (2,9%) e não foram registados novos primários.

Tabela 20: Imagiologia e evolução em QO Residuais		N	%
Aspeto Radiográfico	Unilocular	34	97,1
	Multilocular	1	2,9
Rizálize		3	8,6
Deslocamento de Nervos	Alveolar Inferior	0	0
	Mentoniano	0	0
	Alveolar inf. e mentoniano	1	2,9
Recidiva		1	2,9
Novo Primário		0	0

Quisto Odontogénico de Erupção:

Cinco casos de QO de Erupção foram registados na amostra estudada (1,1%). O sexo masculino foi afetado em 60,0% dos casos (n=3). As idades afetadas situavam-se na 1ª década (80,0%, n=4), um caso foi diagnosticado na 2ª década de vida (20,0%). Todos os casos (100,0%, n=5) encontravam-se abaixo da idade média da amostra (desvio padrão=16,876). Não foram registados casos de QO de Erupção associados a hábitos tabágicos ou alcoólicos.

Geralmente os pacientes surgem com apenas um QO de Erupção (60,0%, n=3), registaram-se 2 casos (40,0%) com dois quistos deste tipo em simultâneo.

Só foram registados casos na mandíbula, todos na região posterior (100,0%, n=5). O 3º quadrante foi afetado em 80,0% dos casos (n=4), o 4º quadrante registou 1 QO de Erupção (20,0%). Mais nenhum quadrante foi atingido.

A tumefação é a manifestação primária predominante neste tipo de QO com 60,0% (n=3, p=0,004), seguida de achado radiográfico (20%, n=2, p=0,004). Dor, infeção ou parestesia não foram detetados em nenhum QO de Erupção do presente estudo.

Em 3 diagnósticos clínicos não houve concordância com diagnóstico histológico (60%), total concordância foi registada em 2 casos (40,0%).

Os quistos deste tipo foram intervencionados por enucleação (100,0%, n=5), 4 sob efeito de AGB (80%). Não se registaram apicectomias ou uso de materiais de reconstrução.

Frequentemente os QO de Erupção encontravam-se associados a dentes inclusos (80,0%, n=4). Nenhum caso possuía associação com síndromes. O exame imagiológico revelou que todos os QO de Erupção deste estudo eram uniloculares (100,0%, n=5). Uma lesão (20%) provocou rizálize de peças dentárias associadas à lesão, nenhuma teve capacidade para deslocar nervos dentários.

Nenhuma destas lesões recidivou, nem se registou o aparecimento de novos primários.

Todos os casos de QO de Erupção foram diagnosticados em pacientes pertencentes à classe não especializada (100,0%, n=5).

Quisto Odontogénico Parodontário:

Dois casos de QO Parodontário surgiram na amostra (0,5%). Só o sexo feminino foi afetado, as lesões eram singulares (100,0%, n=2). Foram diagnosticados na 4ª década de vida, abaixo da idade média (100,0%, n=2, desvio padrão 16,876). Não existiam hábitos alcoólicos ou tabágicos nos doentes portadores destes QO.

Os casos de QO Paradentário desta amostra foram diagnosticados na mandíbula, região posterior, afetando o 4º quadrante (100,0%, n=2).

Estas lesões mantiveram-se assintomáticas, sem se expressarem de forma dolorosa, infecciosa por tumefação ou parestesia. O diagnóstico em ambos resultou de achados radiográficos (100,0%, n=2).

Nenhum diagnóstico clínico obteve total concordância com o resultado histológico. Num caso não houve concordância (50,0%) e em outro o clínico acertou na patologia, mas não no tipo (50,0%).

Os QO Paradentários foram intervencionados cirurgicamente por enucleação (100,0%, n=2), um caso com AGB (50,0%). Nenhuma das situações necessitou de realizar apicectomia ou técnicas de reconstrução.

Não existiam síndromes ou dentes inclusos associados aos QO Paradentários da amostra. Ambos os casos revelaram ser uniloculares no exame imagiológico (100,0%, n=2). Nenhum deles provocou rizálize dos dentes associados à lesão ou deslocamento de nervos dentários adjacentes.

O estudo da evolução da lesão não revelou qualquer recidiva destes casos ou desenvolvimento de novos primários de QO Paradentário.

Só num caso de QO Paradentário foi possível avaliar a variável socioprofissional, o caso com dados remetia para a classe não especializada.

4.3. Caracterização dos Tumores Odontogénicos

4.3.1. Caracterização Geral

Da amostra total de 436 lesões odontogénicas, 95 pertencem a TO (21,8%), frequentemente uma lesão única (75,5%, n=68) nos 90 casos com dados sobre o número de lesões por doente. O sexo feminino foi frequentemente afetado por TO (52,6%, n=50). A 2ª década registou frequências de 48,2% (n=27). Os hábitos alcoólicos foram

avaliados em 75 TO com dados sobre a variável, frequentemente os doentes não consomem álcool (78,7%, n=79). O consumo de tabaco foi estudado em 87 casos com dados relativos ao consumo, frequentemente são não fumadores (66,7%, n=58). As classes “semiespecializada” e “não especializada” revelaram frequências de 18,9% (n=18) e 46,3% (n=44) respetivamente, sendo as mais frequentemente afetadas. Os TO afetaram com maior frequência a mandíbula (78,9%, n=75), região posterior (69,5%, n=66). O 3º e 4º quadrante registaram frequências de 35,8% (n=34) e 34,7% (n=33). A primeira queixa do doente ao médico foi a tumefação (53,7%, n=51), 37 TO foram diagnosticados por achado radiográfico (38,9%, n=37). Encontraram-se associadas à primeira manifestação: dor (18,9%, n=18); infeção (9,5%, n=9) e parestesia (1,1%, n=1). No diagnóstico clínico 30 lesões não obtiveram concordância com o resultado da histologia (31,6%), em 37 lesões o clínico não determinou o tipo de TO (38,9%). O procedimento cirúrgico frequentemente adotado para tratamento foi a enucleação, em 5 TO optou-se por ressecção parcial da lesão (5,3%) e 3 TO foram removidos por ressecção total (3,2%). Registaram-se 6 lesões sujeitas a apicectomia (6,3%). Reconstruiu-se a loca cirúrgica com crista ilíaca e placas metálicas em 2,1% (n=2) e 1,1% (n=1) respetivamente. Foram operados 67 casos sob efeito de AGB (70,5%). Encontraram-se 34 TO com peças dentárias inclusas associadas à lesão (35,8%). Imagiologicamente 20 TO possuíam padrão multilocular (21,1%, n=20). Nos 94 casos com informação relativa a rizólize, esta estava presente em 19 lesões (20,2%). Registaram-se tumores com capacidade para deslocar nervos dentários: 21 deslocaram nervo alveolar inferior (22,1%); 5 deslocaram o mentoniano (5,3%) e um deslocou ambos (1,1%). Algumas recidivas (21,1%, n=20), assim como novos primários (3,2%, n=3) foram registados na análise de evolução da lesão.

4.3.2. Caracterização por Tumor Odontogénico

Tumor Odontogénico Queratoquístico:

Os TOQ são a terceira patologia mais evidente neste estudo, e o TO mais frequente com 57 casos registados (13,1%). Afetaram frequentemente o género feminino (59,6%, n=34). A 2ª e 3ª década registaram frequências de 29,8% (n=17) e

24,6% (n=14) respetivamente. Não se diagnosticaram casos na 1ª década, todas as outras foram afetadas. Diagnosticaram-se frequentemente abaixo da idade média da amostra (63,2%, n=36, desvio padrão=16,876).

O Síndrome de Gorlin-Goltz estava associado a TOQ em 6 doentes (1,5%). Nos 4 processos clínicos que continham informação relativamente à síndrome: 2 possuíam um familiar em 1º grau portador da síndrome. Outro doente reunia várias características associadas a Gorlin-Goltz: espinha bífida, nevus melânico e calcificação da foice cerebral. Um doente possuía parésia braquial.



Figura 12: Aspeto em ortopantomografia de múltiplos TOQ associados a Síndrome de Gorlin-Goltz.

Em 8 casos não se registaram dados para avaliação da variável tabagismo, 39 lesões pertenciam a não fumadores (69,4%), 4 fumadores (8,2) e 11 ex-fumadores (22,4%, n=11). Os hábitos alcoólicos foram retirados de 46 lesões com dados, verificou-se consumo de álcool de forma abusiva associado em 17,4% dos casos (n=8). Não

possuíam hábitos alcoólicos associados 76,1% (n=35) e bebiam moderadamente 6,5% (n=3).

A avaliação sócio-profissional realizou-se em 40 casos que tinham informação disponível para determinação desta variável. A classe qualificada não foi afetada, a mais frequentemente atingida foi a classe não especializada (65,0%, n=26), seguida da semi-especializada (22,5%, n=9) e técnica (10,0%, n=4). Na classe diferenciada observou-se um caso (2,5%).

Frequentemente o TOQ apresentava uma lesão (56,6%, n=30), 26,4% possuíam duas lesões (n=14), 9,4% foram diagnosticados com três TOQ (n=5) e 7,5% registaram simultaneamente quatro TO deste género. Não foi possível averiguar o número de lesões total em 4 casos por falta de dados sobre esta variável.

Tabela 21: Caracterização dos doentes com TOQ		N	%
Sexo	Masculino	23	40,4
	Feminino	34	59,6
Idade mais afetada	2ª década	17	29,8
Associação a Síndrome de Gorlin-Goltz		6	1,5
Número de lesões por doente®	1	30	56,6
	2	14	26,4
	3	5	9,4
	4	4	7,5
Hábitos	Tabaco *	4	8,2
	Álcool**	11	23,9
Classificação Sócio-Profissional mais afetada***		26	65,5
		Não especializada	

®Em 4 casos não foi possível retirar dados sobre esta variável.

* Só foi possível avaliar 49 casos com esta informação disponível.

** Retiraram-se dados de 46 casos com estes dados no processo clínico.

*** Só foram avaliados 40 casos nesta variável.

Os TOQ afetaram a mandíbula em 84,2% dos casos (n=48). A região posterior foi frequentemente afetada (73,7%, n=42), 9 casos abrangiam a região anterior e posterior (15,8%). O 3º e 4º quadrante registaram frequências de 42,1% (n=24) e 35,1%

(n=20) respetivamente, o 1º quadrante foi afetado em 5 casos (8,8%). Raramente se encontraram TOQ que atingissem o 2º quadrante (7,0%, n=4) ou 3º e 4º quadrante simultaneamente (7,0%, n=4). Não se registaram casos que envolvessem 1º e 2º quadrante na mesma lesão.

		N	%
Maxilar	Maxila	9	15,8
	Mandíbula	48	84,2
Região	Anterior	6	10,5
	Posterior	42	73,7
	Anterior e Posterior	9	15,8
Quadrante	1º	5	8,8
	2º	5	8,8
	3º	24	42,1
	4º	20	35,1
	1º e 2º	0	0
	3º e 4º	4	7,0

O diagnóstico de 52,6% TOQ resultou de achados radiográficos (n=30). A tumefação foi a primeira manifestação clínica em 40,4% dos casos (n=23). Outros sintomas referenciados incluíam: dor (14,0%, n=8) e infeção (10,5%, n=6). Nenhuma lesão traduziu sintomas de parestesia.

		N	%
Manifestação Primária	Tumefação	23	40,4
	Achado Radiográfico	30	52,6
Outras manifestações	Dor	8	14,0
	Infeção	6	10,5
	Parestesia	0	0

O diagnóstico clínico obteve concordância com o diagnóstico anátomo-patológico em 18 lesões (31,6%). Frequentemente o clínico não obteve concordância quanto ao tipo, mas concordavam na patologia (61,4%, n=35). Não houve concordância total em 4 diagnósticos clínicos (7,0%). Histologicamente 72,9% (n=35) dos TOQ eram do tipo paraqueratinizado, 14,6% (n=7) eram ortoqueratinizados e 12,5% apresentavam padrão queratinizado misto (n=6). Em 9 casos de TOQ não estava disponível informação sobre esta variável.

Tabela 24: Concordância e tipos histológicos de TOQ		N	%
Concordância Histopatológica	Total	18	31,6%
	Parcial	35	61,4%
	Sem concordância	4	7,0%
Tipo Histológico[∞]	Ortoqueratinizado	7	14,6%
	Paraqueratinizado	35	72,9%
	Queratinizado Misto	6	12,5%

[∞] 9 casos não possuíam informação quanto ao tipo histológico.



Figura 13: Aspecto histológico TOQ ortoqueratinizado.

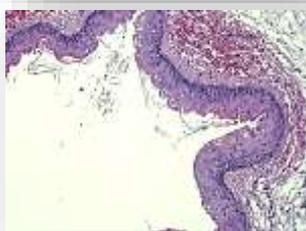


Figura 14: Aspecto histológico TOQ paraqueratinizado.



Figura 15: Aspecto histológico TOQ queratinizado.

Para todos os TOQ a opção terapêutica de eleição foi a enucleação (100,0%, n=57). Frequentemente sob efeito de AGB (71,9%, n=41). Realizaram-se apicectomias em 5 lesões (8,8%) e não foram utilizados materiais de reconstrução da loca cirúrgica.

Tabela 25: Tratamento em TOQ		N	%
Tratamento	Enucleação	57	100,0
	Ressecção parcial	0	0
	Ressecção total	0	0
AGB		41	71,9
Apicectomia		5	8,8
Reconstrução da Loca	Hidroxiapatite	0	0
	Crista Ilíaca	0	0
	Placas Metálicas	0	0

Os exames radiográficos revelaram 20 lesões (35,1%) com dentes inclusos associados. Frequentemente apresentavam aparência unilocular (71,9%, n=41), 16 lesões possuem aparência multilocular (28,1%). Rizálize nas peças dentárias adjacentes foi observada em 14,0% (n=8) dos TOQ. Deslocaram o nervo alveolar inferior 19,3% (n=11), 8,8% (n=5) deslocou o mentoniano e uma lesão (1,8%) deslocou ambos.



Figura 16: Aspeto em ortopantomografia de TOQ.



Figura 17: Aspeto em ortopantomografia de TOQ.

Dos 57 casos estudados de TOQ, 12 recidivaram (21,1%). Do tipo histológico paraqueratinizado recidivaram 20,0% (n=7) e do tipo ortoqueratinizado 14,3% (n=1). Registaram-se 3 casos de TOQ como novos primários (5,3%).

Tabela 26: Imagiologia e evolução de TOQ		N	%
Aspeto Radiográfico	Unilocular	41	71,9
	Multilocular	16	28,1
Dentes Inclusos Associados		20	35,1
Rizálize		8	14,0
Deslocamento de Nervos	Alveolar Inferior	11	19,3
	Mentoniano	5	8,8
	Alveolar Inf. e mentoniano	1	1,8
Recidiva		12	21,1
Novo Primário		3	5,3

Ameloblastomas:

Foram registados 16 casos de Ameloblastoma no total da amostra (3,7%). Todas as lesões eram únicas (100,0%, n=16). Este tipo de TO frequentemente afetou o sexo masculino (75,0%, n=12) e a 3ª (31,3%, n=5) e 6ª década de vida (25,0%, n=4). Nenhum Ameloblastoma afetou a 1ª ou a 7ª década, todas as outras são afetadas. Encontraram-se iguais frequências nos intervalos abaixo (50,0%, n=8) e acima da idade média (50,0%, n=8, desvio padrão=16,876).

Não apresentavam relação com hábitos tabágicos 50% das lesões (n=8). Fumadores representaram 18,0% dos casos (n=3) e 31,3% eram lesões em ex-fumadores (n=5). No álcool: 63,6% não bebia (n=7) e 36,4% apresentava hábitos alcoólicos (n=4). Não foram registados casos de alcoolismo crónico. Não havia informação para a variável álcool em 5 casos.

As classes sócio-profissionais afetadas foram a não especializada (40,0%, n=6), a semi-especializada (33,3%, n=5) e diferenciada (13,3%, n=2). Num caso não existiam dados suficientes para classificar esta variável.

Tabela 27: Características gerais dos portadores de Ameloblastomas		N	%
Sexo	Masculino	12	75,0
	Feminino	4	25,0
Idade mais afetada	3ª década	5	31,3
Número de lesões por doente®	1	16	100,0
	2	0	0
	3	0	0
	4	0	0
Hábitos	Tabaco *	3	18,0
	Álcool**	4	36,4
Classificação Sócio-Profissional mais afetada***	Não especializada	6	40,0

®Em 4 casos não foi possível retirar dados sobre esta variável.

* Só foi possível avaliar 8 casos com esta informação disponível.

** Retiraram-se dados de 11 casos com estes dados no processo clínico.

*** Só foram avaliados 15 casos nesta variável.

A mandíbula foi afetada por esta patologia em 14 casos de Ameloblastoma (87,5%). Frequentemente ocupavam a região posterior (68,8%, n=11), 3 lesões foram diagnosticadas na região anterior (18,8%, n=3), na região posterior e anterior registaram-se 2 lesões (12,5%). O 4º quadrante foi escolhido por 7 Ameloblastomas (43,8%, o 3º quadrante por 4 (25,0%) e envolvendo ambos encontraram-se 3 lesões (18,3%). Não se diagnosticaram casos no 2º quadrante ou que envolvessem 1º e 2º quadrante.

		N	%
Maxilar	Maxila	2	12,5
	Mandíbula	14	87,5
Região	Anterior	3	18,8
	Posterior	11	68,8
	Anterior e Posterior	2	12,5
Quadrante	1º	2	12,5
	2º	0	0
	3º	4	25,0
	4º	7	43,8
	1º e 2º	0	0
	3º e 4º	3	18,3

Todos os Ameloblastomas surgiram com sintoma inicial de tumefação (100,0%, n=16) Queixas associadas incluem: dor (37,5%, n=6), infeção (18,8%, n=3) e parestesia (6,3%, n=1). Nenhum diagnóstico resultou de achado radiográfico.

		N	%
Manifestação Primária	Tumefação	16	100,0
	Achado Radiográfico	0	0
Outras manifestações	Dor	6	37,5
	Infeção	3	18,8
	Parestesia	1	6,3

Em 3 casos (18,8%) havia concordância entre o diagnóstico clínico e a histologia na patologia mas não no tipo. Não obtiveram concordância 13 diagnósticos clínicos (81,3%, n=13). Nenhum diagnóstico clínico obteve concordância total com o resultado anátomo-patológico.

Foi possível obter dados quanto ao tipo histológico e classificação clínica em 10 lesões. Os resultados revelaram a presença de 9 Ameloblastomas de tipo histológico plexiforme (69,2%), 2 do tipo plexiforme e folicular (15,4%), 1 folicular (7,7%) e 1 acantomatoso (7,7%). Clinicamente classificaram-se 5 Ameloblastomas como unicísticos e 5 como sólidos.

Tabela 30: Concordância e tipo histológico de Ameloblastomas		N	%
Concordância Histopatológica	Total	0	0
	Parcial	3	18,8
	Sem concordância	13	81,3
Tipo Histológico[∞]	Plexiforme	9	69,2
	Folicular	1	7,7
	Acantomatoso	1	7,7
	Plexiforme e folicular	2	15,4
Tipo Clínico*	Unicístico	5	50,0
	Sólido / Multiquístico	5	50,0

[∞] 6 casos não possuíam informação quanto ao tipo histológico.

* 6 casos não possuíam informação quanto ao tipo clínico.



Figura 18: Aspecto radiográfico Ameloblastoma plexiforme.

Os Ameloblastomas foram tratados frequentemente por enucleação cirúrgica (75,0%, n=12). Em 4 casos o cirurgião optou por ressecção: 2 realizaram ressecção parcial (12,5%) e outros 2 ressecção total (12,5%). A AGB foi utilizada em 13 casos (81,3%). Não foram efetuadas apicectomias e a reconstrução da loca cirúrgica foi executada com placas metálicas (6,3%, n=1) e crista ilíaca (6,3%, n=1).

Tabela 31: Tratamento de Ameloblastomas		N	%
Tratamento	Enucleação	12	75,0
	Ressecção parcial	2	12,5
	Ressecção total	2	12,5
AGB		13	81,3
Apicectomia		0	0
Reconstrução da Loca	Hidroxiapatite	0	0
	Crista Ilíaca	1	6,3
	Placas Metálicas	1	6,3

Em 5 casos desta amostra encontraram-se dentes inclusos associados à lesão (31,3%). Nenhum tumor deste tipo possuía síndromes associado. Imagiologicamente 3 Ameloblastomas eram multiloculares (18,8%) e 13 eram uniloculares (81,3%). A rizálize constatou-se em 7 lesões (43,8%), o deslocamento do nervo alveolar inferior ocorreu em 8 destes TO (50,0%), não se registaram mais deslocamentos de nervos.

Recidivaram 7 Ameloblastomas (43,8%), 5 eram do tipo histológico plexiforme (55,6%) e um do tipo acantomatoso (100,0%). Nenhum novo primário foi registado no período de follow-up.

Tabela 32: Imagiologia e evolução de Ameloblastomas		N	%
Aspeto Radiográfico	Unilocular	13	81,3
	Multilocular	3	18,8
Dentes Inclusos Associados		5	31,3
Rizálize		7	43,8
Deslocamento de Nervos	Alveolar Inferior	8	50,0
	Mentoniano	0	0
	Alveolar inf. e mentoniano	0	0
Recidiva		7	43,8
Novo Primário		0	0



Figura 19: Aspeto em ortopantomografia de Ameloblastoma

Odontomas:

Os Odontomas representam o terceiro TO mais frequente da amostra, com 9 lesões diagnosticadas (2,1%). Todos os casos apresentaram uma lesão única por doente (100,0%, n=9). Afetaram o sexo feminino 5 lesões (55,6%), frequentemente atingiram a 2ª e 3ª década de vida (88,9%, n=8). Foi registado um caso na 6ª década (11,1%), mais nenhum intervalo foi atingido. Encontraram-se abaixo da idade média 88,9% dos

Odontomas (n=8), acima da idade média registou-se um caso (11,1%) (desvio padrão=16,876).

Odontomas associados a fumadores encontrou-se 1 caso (11,1%), 2 lesões surgiram em pacientes ex-fumadores (22,2%). Nenhum Odontoma foi diagnosticado em pacientes com hábitos alcoólicos.

Sócio-profissionalmente foram estudados 7 casos de odontomas que apresentavam informação sobre esta variável. Na classe não especializada registaram-se 6 casos (85,7%) e um caso pertencia à classe semi-especializada (14,3%).

Tabela 33: Caracterização dos portadores de Odontomas		N	%
Sexo	Masculino	4	44,4
	Feminino	5	55,6
Idade mais afetada	2ª e 3ª década	8	88,8
Número de lesões por doente	1	9	100,0
	2	0	0
	3	0	0
	4	0	0
Hábitos	Tabaco	1	11,1
	Álcool**	0	0
Classificação Sócio-Profissional mais afetada***	Não especializada	6	85,7

** Retiraram-se dados de 7 casos com estes dados no processo clínico.

*** Só foram avaliados 7 casos nesta variável.

A mandíbula apresentou uma frequência de 55,6% (n=5). A região posterior reuniu 5 lesões (55,6%), 3 Odontomas ocuparam a região anterior e posterior (33,3%), 1 ocupou a região anterior (11,1%). O 2º e 4º quadrante foram afetados na mesma frequência (33,3%, n=3 para cada), o 1º, 3º e o 3º e 4º quadrante registaram 1 caso cada um (11,1% cada). Não surgiram casos de Odontomas que englobassem 1º e 2º quadrante.

		N	%
Maxilar	Maxila	4	44,4
	Mandíbula	5	55,6
Região	Anterior	1	11,1
	Posterior	5	55,6
	Anterior e posterior	3	33,3
Quadrante	1°	1	11,1
	2°	3	33,3
	3°	1	11,1
	4°	3	33,3
	1° e 2°	0	0
	3° e 4°	1	11,1

Frequentemente os Odontomas resultaram de achados radiográficos (55,6%, n=5). A tumefação foi o sintoma primário em 3 lesões (33,3%). Não se registaram casos que manifestassem infecção, dor ou parestesia.

		N	%
Manifestação Primária	Tumefação	3	33,3
	Achado Radiográfico	5	55,6
Outras manifestações	Dor	0	0
	Infeção	0	0
	Parestesia	0	0

Em 2 casos não houve concordância entre o diagnóstico de presunção formulado pelo clínico e o resultado da histologia (22,2%). O diagnóstico obteve frequentemente a concordância da anatomia-patológica (77,8%, n=7). A histologia revelou que 77,8% dos Odontomas da amostra eram do tipo complexo (n=7), de tipo composto foram diagnosticados 22,2% (n=2).

Tabela 36: Concordância e Tipo Histológico dos Odontomas		N	%
Concordância Histopatológica	Total	7	77,8
	Parcial	0	0
	Sem concordância	2	22,2
Tipo Histológico	Complexo	7	77,8
	Composto	2	22,2



Figura 20: Aspeto imagiológico de Odontoma Complexo.

A enucleação foi frequentemente realizada (88,9%, n=8), 1 caso foi intervencionado por ressecção parcial (11,1%). Sob efeito de AGB realizaram-se 77,8% das cirurgias (n=7). Não foram realizadas apicectomias e em um caso houve reconstrução cirúrgica com crista ilíaca (11,1%).

Tabela 37: Tratamento de Odontomas		N	%
Tratamento	Enucleação	8	88,9
	Ressecção parcial	1	11,1
	Ressecção total	0	0
AGB		7	77,8
Apicectomia		0	0
Reconstrução da Loca	Hidroxiapatite	0	0
	Crista Ilíaca	1	11,1
	Placas Metálicas	0	0

Dentes inclusos estavam associados a 4 Odontomas (44,4%), nenhuma síndrome foi encontrada nos portadores deste TO. Na radiografia frequentemente apresentavam-se uniloculares (88,9%, n=8), num caso a lesão era multiloculada (11,1%). Um Odontoma provocou rizálize (11,1%), e um caso deslocou o nervo alveolar inferior (11,1%).

O estudo da evolução das lesões de odontoma da amostra não registou nenhum caso que tenha recidivado ou surgimento de novos primários.

Tabela 38: Imagiologia e evolução de Odontomas		N	%
Aspeto Radiográfico	Unilocular	8	88,9
	Multilocular	1	11,1
Dentes Inclusos Associados		4	44,4
Rizálize		1	11,1
Deslocamento de Nervos	Alveolar Inferior	1	11,1
	Mentoniano	0	0
	Alv. Inf. e mentoniano	0	0
Recidiva		0	0
Novo Primário		0	0

Mixoma Odontogénico:

O Mixoma Odontogénico representa 5 lesões (n=5) da amostra total. Todos eram lesões únicas. Surgiu frequentemente no sexo feminino (80,0%, n=4). Na 5ª década de vida diagnosticaram-se 60,0% dos MO (n=3), na 1ª década registou-se um caso e outro caso isolado na 6ª década (20% cada), mais nenhum intervalo de idades foi afetado. Frequentemente os MO surgiram acima da idade média (80,0%, n=4, desvio padrão=16,876).

Os hábitos tabágicos estavam associados a 2 MO (40,0%) cujos portadores eram ex-fumadores. Nos 3 doentes em que foi possível a variável álcool nenhum bebia.

Avaliou-se a classe sócio-profissional em 3 MO com informações sobre esta variável. À classe não especializada pertenciam 2 casos (66,7%), registou-se 1 lesão na classe semi-especializada (33,3%).

Tabela 39: Características dos pacientes com MO		N	%
Sexo	Masculino	1	20,0
	Feminino	4	80,0
Idade mais afetada	5ª década	3	60,0
Número de lesões por doente	1	5	100,0
	2	0	0
	3	0	0
	4	0	0
Hábitos	Tabaco	0	0
	Álcool*	0	0
Classificação Sócio-Profissional mais afetada**	Não especializada	2	66,7

* Retiraram-se dados de 3 casos com estes dados no processo clínico.

** Só foram avaliados 3 casos nesta variável.

Este TO afetou a maxila em 60,0% (n=3). A região posterior foi afetada em 3 casos (60,0%) e a anterior e posterior com 2 MO (40,0%). O 2º quadrante registou frequências de 60,0% (n=3), o 3º quadrante de 40,0% (n=2).

Tabela 40: Localização de MO		N	%
Maxilar	Maxila	3	60,0
	Mandíbula	2	40,0
Região	Anterior	0	0
	Posterior	3	60,0
	Anterior e Posterior	2	40,0
Quadrante	1°	0	0
	2°	3	60,0
	3°	2	40,0
	4°	0	0
	1° e 2°	0	0
	3° e 4°	0	0

A tumefação estava presente em todos os MO, além desta a única manifestação clínica observada foi dor num caso (20,0%). Parestesias, infecção ou achados radiológicos não foram verificados na amostra.

Tabela 41: Manifestações associadas a MO		N	%
Manifestação Primária	Tumefação	5	100,0
	Achado Radiográfico	0	0
Outras manifestações	Dor	1	20,0
	Infeção	0	0
	Parestesia	0	0

Apenas um dos diagnósticos histológicos corroborou o diagnóstico prévio clínico na patologia mas não no tipo (20,0%). Não houve resultados que verificassem total concordância com o diagnóstico final da anatomia patológica.

Tabela 42: Concordância em MO		N	%
Concordância Histopatológica	Total	0	0
	Parcial	1	20,0
	Sem concordância	4	80,0

O tratamento escolhido para estes tumores variou, em 2 casos optou-se por enucleação (40,0%), em outros 2 por realizar ressecção parcial (40,0%) e um caso foi sujeito a ressecção total como abordagem cirúrgica (20,0%). A AGB foi registada em 60,0% dos casos (n=3), não se realizaram apicectomias ou reconstruções cirúrgicas.

Tabela 43: Tratamento em MO		N	%
Tratamento	Enucleação	2	40,0
	Ressecção parcial	2	40,0
	Ressecção total	1	20,0
AGB		3	60,0
Apicectomia		0	0
Reconstrução da Loca	Hidroxiapatite	0	0
	Crista Ilíaca	0	0
	Placas Metálicas	0	0

Não se registaram síndromas associadas em nenhum MO e um caso apresentava dentes inclusos associados (20,0%). No que respeita a imagiologia, estas lesões eram todas uniloculares (100,0%, n=5). Um caso revelou rizálize nas peças dentárias contíguas (20,0%), nenhum MO deslocou nervos dentários.



Figura 21: Aspeto radiográfico de MO.

O estudo da evolução destes MO não registou recidivas ou novas localizações deste tipo de patologia.

Tabela 44: Imagiologia e evolução de MO		N	%
Aspeto Radiográfico	Unilocular	5	100,0
	Multilocular	0	0
Dentes Inclusos Associados		1	20,0
Rizálize		1	20,0
Deslocamento de Nervos	Alveolar Inferior	0	0
	Mentoniano	0	0
	Alveolar inferior e mentoniano	0	0
Recidiva		0	0
Novo Primário		0	0

Tumor de Pindborg:

Também conhecido por Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante, é uma patologia que conta apenas com 2 casos no universo de lesões estudadas (0,5%). Ambas lesões únicas, uma no sexo feminino (50,0%) e outra no masculino (50,0%). Foram afetadas a 2ª e 7ª década de vida com um caso cada uma (50,0%, n=1 cada). Um T Pindborg encontrou-se acima (50,0%) e outro abaixo (50,0%) da idade média da amostra (desvio padrão=16,876). Nenhum doente portador deste TO fumava ou revelou possuir hábitos alcoólicos.

Maxila e mandíbula foram afetadas (50,0%, n=1 cada), ambas as lesões ocupavam a região posterior dos maxilares (100,0%, n=2). Os quadrantes afetados foram o 1º e o 3º quadrante (50,0%, n=1 cada).

Sintomatologia associada registou-se tumefação num caso e dor noutra (50,0% cada). Infecções, parestesias ou achados radiográficos não foram observados associados a T Pindborg.

Não houve concordância entre o diagnóstico clínico de presunção e o resultado final produzido pela histologia.

Os T Pindborg estudados foram tratados por via da enucleação (100,0%, n=2), sem apicectomias ou reconstruções associadas. Um caso foi intervencionado com AGB (50,0%).

Verificou-se a existência de peças dentárias inclusas associadas a uma lesão (50,0%), não se registaram síndromes associadas. Estes TO eram radiograficamente uniloculares (100,0%, n=2), não produziram rizálize ou deslocamento de nervos adjacentes.

Recidivou um T Pindborg (50,0%), o surgimento de novos primários não foi observado.

Os T Pindborg atingiram a classe sócio-profissional não especializada (50,0%, n=1) e semi-especializada (50,0%, n=1).

Cementoblastoma:

Foram diagnosticados 2 casos de Cementoblastoma na amostra (0,5%). As lesões afetaram equitativamente os géneros (50,0%, n=1 para cada). Apresentaram-se como lesões únicas diagnosticadas na 2ª e 3ª década de vida (50,0% n=1 cada). Registaram-se abaixo da idade média da amostra (100,0%, n=2, desvio padrão=16,876). Nenhum doente portador desta patologia apresentava hábitos tabágicos ou alcoólicos.

Foi diagnosticado um Cementoblastoma na maxila (50,0%) e outro na mandíbula (50,0%), ambos na região posterior (100,0%, n=2). Os quadrantes afetados foram o 2º e o 3º quadrante (50,0%, n=1 cada).

Tumefação e dor foram as manifestações assinaladas (50,0%, n=1 cada). Um dos Cementoblastomas foi diagnosticado através de achado radiográfico (50,0%). Infeção ou parestesia não foram associados a esta patologia.

Não se verificou concordância entre o diagnóstico clínico e histológico num caso (50,0%). Em outro caso o clínico determina corretamente a patologia mas não corrobora o tipo (50,0%).

A enucleação foi a terapêutica aplicada para os casos desta amostra (100,0%, n=2), com o doente submetido a AGB (100,0%, n=2), sem apicectomias ou reconstruções.

Um Cementoblastoma revelou dentes inclusos associados (50,0%), nenhum pertencia a doentes portadores de síndromas. Radiograficamente apresentaram-se como lesões uniloculares (100,0%, n=2), sem deslocar nervos dentários. No processo clínico com informação relativa à rizálize esta não foi observada.

Não se verificou surgimento de recidivas ou de novas lesões durante o follow-up.

Os Cementoblastomas afetaram as classes sócio-profissionais não especializada (50,0%, n=1) e semi-especializada (50,0%, n=1).

Tumor Odontogénico do Quisto Calcificante:

Em 346 patologias da amostra, uma corresponde a TOQ Calcificante (0,2%). Surgiu no sexo masculino, lesão única, na 8ª década de vida (100,0%, n=1). Foi diagnosticado acima da idade média (100,0%, n=1, desvio padrão=16,876). O doente portador deste tipo de tumor não revelou qualquer associação com álcool ou tabaco.

Afetava a mandíbula, ocupando a região anterior e posterior, nomeadamente o 4º quadrante (100,0%, n=1). Este caso de TOQ Calcificante teve como manifestação primária a tumefação (100,0%, n=1) e não obteve concordância no diagnóstico clínico *versus* histológico.

O tratamento cirúrgico escolhido foi a enucleação, sob efeito de anestesia infiltrativa local (100,0%, n=1), sem técnicas de reconstrução ou apicectomias.

Não existiam dentes inclusos ou síndromes associados a este TOQ Calcificante. Imagiologicamente era unilocular (100,0%, n=1), sem deslocar nervos adjacentes ou provocar rizálize em peças dentárias adjacentes.

Não houve recidivas deste caso, nem surgiram novos primários durante o follow-up do presente estudo. O TOQ Calcificante foi introduzido sócio-profissionalmente na classe não especializada (100,0%, n=1).

Tumor Odontogénico Adenomatóide:

Um caso de TO Adenomatóide surgiu na amostra (0,2%). Afetou o sexo masculino, lesão única, na 3ª década de vida. Abaixo da idade média da amostra (desvio

padrão=16,876). O caso analisado surgiu na mandíbula, ocupando a região anterior e posterior do 4º quadrante. O portador desta lesão era fumador e bebia com regularidade (100,0%, n=1).

Dor foi a manifestação associada (100,0%, n=1), não se verificaram queixas relativas a tumefação, infecção ou parestesia.

Não houve concordância entre o diagnóstico clínico proposto e resultado final histológico.

Optou-se por realizar enucleação do TO Adenomatóide com apicectomia (100,0%, n=1), sem recurso a AGB ou a materiais de reconstrução.

Não existiam dentes inclusos ou síndromas associados a este tumor. O TO Adenomatóide era radiograficamente unilocular, foi observada rizólize e deslocamento do nervo alveolar inferior (100,0%, n=1).

Este caso não recidivou nem se registaram novos primários durante o follow-up.

O paciente diagnosticado com este TO pertencia à classe sócio-profissional técnica.

Fibroma Odontogénico:

Na amostra estudada uma lesão era de Fibroma Odontogénico (FO) (0,2%). Foi diagnosticada no sexo feminino, lesão única, na 2ª década de vida. Surgiu no intervalo abaixo da média de idade da amostra (desvio padrão=16,876). Este FO ocupava a mandíbula, região anterior do 4º quadrante (100,0%, n=1). Não existiam hábitos tabágicos ou alcoólicos associados.

Não foram assinalados sinais ou sintomas neste TO. Tumefação, infecção, dor, parestesia não foram registadas, este Fibroma Odontogénico resultou de achado radiográfico (100,0%, n=1).

Não houve concordância entre o diagnóstico proposto pelo clínico e o resultado da anatomia patológica.

A enucleação foi a opção terapêutica escolhida, sob efeito de AGB (100,0%, n=1). Não se realizaram apicectomias ou reconstruções da loca cirúrgica.

Verificou-se existência de peças inclusas associadas ao FO estudado, mas não a presença de síndromas. Este TO era imagiologicamente unilocular (100,0%, n=1), não se observou rizálize ou deslocamento de nervos dentários.

Não se registaram recidivas deste FO, ou surgimento de lesões em nova localização.

O caso de Fibroma Odontogénico desta amostra surgiu num paciente que pertencia à classe não especializada na avaliação sócio-profissional.

Fibroma Ameloblástico:

Foi diagnosticada uma lesão de FA (0,2%). Lesão única, diagnosticada na 2^a década de vida. Afetava um indivíduo do sexo masculino, cuja idade ao diagnóstico situava-se abaixo da idade média da amostra (desvio padrão=16,876) (100,0%, n=1). Não se verificou associação do FA com hábitos tabágicos ou alcoólicos.

A mandíbula foi o maxilar afetado, a lesão estendia-se pela região posterior do 3^o quadrante (100,0%, n=1).

A manifestação clínica registada foi a tumefação (100,0%, n=1). Não se observou nenhuma outra sintomatologia associada a este TO.

Não se obteve concordância entre o diagnóstico clínico e histológico.

O FA foi tratado cirurgicamente por enucleação, com anestesia infiltrativa local (100,0%, n=1). Não se realizaram apicectomia ou técnicas de reconstrução da loca após remoção da lesão.

Imagiologicamente existiam dentes inclusos associados à lesão, o FA era unilocular, e observou-se rizálize (100,0%, n=1). Não houve deslocamento de nervos dentários.

Não se registaram recidivas nem novos primários durante o follow-up deste TO.

O FA da amostra pertencia a um paciente que se incluiu sócio-profissionalmente na classe não especializada (100,0%, n=1).

4.4. Caracterização das quatro patologias mais frequentes

As quatro patologias mais frequentes da amostra foram: QO Radiculares (50,9%, n=222), QO Dentígeros (17,7%, n=77), TOQ (13,1%, n=57) e Ameloblastomas (3,7%, n=16). Representando 372 lesões da amostra total (85,4%).

Os QO Radiculares apareceram frequentemente como lesões únicas (86,5%, n=192), mas diagnosticaram-se até três lesões simultâneas (5,4%, n=12). Alguns TOQ possuíam quatro lesões (7,5%, n=4), três (9,4%) e duas (26,4%) lesões. Os Ameloblastomas eram todos lesões únicas (100,0%, n=16). Houve QO Dentígeros diagnosticados com duas lesões (3,9%, n=3), nenhum com mais do que isso. A variável “número de lesões por doente” não pôde ser avaliada em quatro casos, por não reunirem dados para análise.

Os Ameloblastomas afetaram frequentemente a 3ª década (31,3%, n=5). O TOQ revelou um pico de incidência na 2ª década (29,8%, n=17). Nenhum dos TO afetou a 1ª década. Os QO Radiculares surgiram frequentemente na 3ª década (34,7%, n=77) e não registaram casos na 1ª. Observaram-se lesões de QO Dentígeros na 1ª (6,5%, n=5), 2ª e 4ª década (23,4%, n=18 para cada).

Os TOQ registaram-se com maior frequência no sexo feminino (59,6%, n=34). O QO Radicular maioritariamente nos homens (58,6%, n=130), tal como QO Dentígeros (67,5%, n=52) e Ameloblastomas (75,0%, n=12).

Os TO foram frequentemente diagnosticados na mandíbula: 84,2% dos TOQ (n=48) e 87,5% (n=14) dos Ameloblastomas. Os QO Dentígeros registaram frequências de 53,2% no maxilar inferior (n=41). Por sua vez os QO Radiculares localizavam-se frequentemente na maxila (74,8%, n=166).

O QO Radicular registou frequências de 41,0% na região anterior (n=91). O QO Dentígero distribuiu-se maioritariamente pela região posterior (54,5%, n=42). Nos TO verificaram-se maiores incidências na região posterior: 42 (73,7%) lesões de TOQ e 11 (68,8%) Ameloblastomas.

O TOQ frequentemente surgiu no 3º quadrante (42,1%, n=24), o Ameloblastoma diagnosticou-se frequentemente no 4º quadrante (43,8%, n=7). O QO Radicular surgiu no 2º quadrante em 84 lesões (37,8%) mas distribuiu-se por todos os quadrantes. O QO Dentígero localizou-se frequentemente no 1º quadrante (27,3%, n=21). Os TO não foram diagnosticados a incluírem simultaneamente 1º e 2º quadrante em nenhuma das lesões estudadas.

A tumefação foi a manifestação clínica registada em todos quatro. Todos os 16 Ameloblastomas (100,0%) a manifestaram, 23 TOQ (40,4%), 43 QO Dentígeros (55,8%) e 120 QO Radiculares (54,1%). A infeção registou-se em todas as patologias das quatro principais: 18,8% dos Ameloblastomas (n=3), 17,6% dos QO Radiculares (n=39), 11,7% dos QO Dentígeros (n=9) e 10,5% dos TOQ (n=6). A dor manifestou-se em alguns casos de Ameloblastomas (37,5%, n=6), surgindo associada a alguns TOQ (14,0%, n=8), QO Dentígeros (14,3%, n=11) e QO Radiculares (13,1%, n=29). Com parestesia associada registou-se um caso de Ameloblastoma (6,3%) e 3 QO Radiculares (1,4%). Os TOQ são frequentemente diagnosticados após achado radiográfico (52,6%, n=30), tal como 26 QO Dentígeros (33,8%) e 71 QO Radiculares (32,0%), nenhum Ameloblastoma resultou de achado radiográfico.

A concordância de resultados entre o clínico e o histológico foi frequentemente verificada nos QO: tanto nos QO Radiculares (59,9%, n=133) como nos QO Dentígeros (72,7%, n=56). Nos TO a concordância observou-se em alguns casos de TOQ (31,6,

n=18) e Ameloblastomas (18,8%, n=3). Os Ameloblastomas frequentemente não obtiveram concordância nos diagnósticos (81,3%, n=13).

O tratamento mais frequente registado foi a enucleação. Nos Ameloblastomas foram registadas cirurgias de ressecção parcial em 2 casos (12,5%) e ressecção total noutros 2 (12,5%). Não se registaram apicectomias em Ameloblastomas, mas foram realizadas em casos de QO Radiculares (38,7%, n=86), em alguns QO Dentígeros (5,2%, n=4) e em 5 lesões de TOQ (8,8%).

Reconstrução da loca cirúrgica com materiais foi registada em alguns casos de Ameloblastomas: 1 caso utilizou crista ilíaca (6,3%) e noutro foram usadas placas metálicas (6,3%). Recorreram à reconstrução por hidroxiapatite 4 QO Radiculares (1,8%). Os QO Dentígeros e TOQ não foram sujeitos a este tipo de intervenção.

Cirurgias realizadas sob efeito de AGB foram frequentemente associadas aos TO. Os Ameloblastomas registaram 13 casos (81,3%) e os TOQ 41 casos (71,9%). Alguns QO Dentígeros (39,0%, n=30) e QO Radiculares (41,0%, n=91) recorreram à AGB.

Dentes inclusos associados são frequentemente observados em QO Dentígeros (96,1%, n=74). Os TOQ registaram 35,1% de lesões com peças dentárias inclusas adjacentes (n=20) e os Ameloblastomas 31,3% (n=5). Não se registaram peças dentárias inclusas na envolvimento de lesões provocadas por QO Radiculares.

Síndrome de Gorlin-Goltz foi associado a alguns TOQ (1,5%, n=6), mais nenhuma patologia apresentou esta associação.

A aparência radiográfica dos TOQ e Ameloblastoma revelou algumas lesões multiloculares: 16 TOQ (28,1%) e 3 Ameloblastomas (18,8%). O aspeto multilocular foi observado em 2 QO Dentígeros (2,6%). Nenhum QO Radicular possuía esta aparência, todos eram uniloculares (100,0%, n=222).

A rizálize associou-se frequentemente aos Ameloblastomas (43,8%, n=7). Surgiu em alguns casos de TOQ (14,0%, n=8), QO Dentígeros (13,0%, n=10) e QO Radiculares (10,4%, n=23).

Deslocaram o nervo alveolar inferior 50% dos Ameloblastomas (n=8) e 19,3% (n=11) dos TOQ. O nervo mentoniano foi deslocado por 8,8% TOQ (n=5) e um TOQ

(1,8%) deslocou ambos os nervos dentários. Os QO Dentígeros deslocaram os dois nervos em 2 casos (2,6%), em 4 lesões (5,2%) deslocaram o nervo alveolar inferior e em 1,3% (n=1) o mentoniano (n=77). Alguns QO Radiculares deslocaram o alveolar inferior (1,4%, n=3) e o mentoniano (1,4%, n=3).

Recidivaram 7 Ameloblastomas (43,8%) e 12 TOQ (21,1%). Os QO Dentígeros registaram 3 recidivas (3,9%) e o QO Radicular auferiu 6 casos recidivantes (2,7%).

Não foram registados casos de novos primários em Ameloblastomas durante o estudo da evolução das lesões. O TOQ frequentemente apareceu sob a forma de novo primário (5,3%, n=3). Alguns QO Dentígeros (3,9%, n=3) e QO Radiculares (1,8%, n=4) registaram aparecimento de novos primários.

Todas as quatro patologias principais apresentaram frequentemente casos nas classes sócio-profissionais não especializada e semi-especializada. O Ameloblastoma (avaliadas 15 lesões, uma não traduziu resultados nesta variável) surgiu algumas vezes na classe diferenciada (13,3%, n=2). Registaram-se 26 lesões de TOQ na classe não especializada (65,0%, avaliados 40 casos com informação sobre a variável). Os QO Dentígeros frequentemente são registados nessa classe (47,1%, n=32, avaliação desta variável em 68 casos de QO Dentígero). Os QO Radiculares registam frequentemente casos na classe semi-especializada (52,5%, n=93, foram recolhidos dados para esta variável em 177 casos).

		QO	QO	Tumor Odontogénico	
		Inflamatório	Desenvolvimento	Queratoquístico	Ameloblastoma
		<i>Radicular</i>	<i>Dentígero</i>	<i>Queratoquístico</i>	<i>Ameloblastoma</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	M	130 (58,6)	52 (67,5)	23 (40,4)	12 (75,0)
	F	92 (41,4)	25 (32,5)	34 (59,6)	4 (25,0)
Idade (décadas)		3ª = 77 (34,7)	2ª e 4ª = 36 (46,8)	2ª = 17 (29,8)	3ª = 14 (24,6)
Localização	Maxila	166 (74,8)	36 (46,8)	9 (15,8)	2 (12,5)
	Mandíbula	56 (25,2)	41 (53,2)	48 (84,2)	14 (87,5)
	Anterior	91 (41,0)	13 (16,9)	6 (10,5)	3 (18,8)
Região	Posterior	83 (37,4)	42 (54,5)	42 (73,7)	11 (68,8)
	Ant e Post	48 (21,6)	22 (28,6)	9 (15,8)	2 (12,5)
	Sim	71 (32,0)	26 (33,8)	30 (52,6)	0 (0)
Achado Rx	Não	151 (68,0)	51 (66,2)	27 (47,4)	16 (100,0)
	Total	133 (59,9)	56 (72,7)	18 (31,6)	3 (18,8)
Concordância histopatológica	Parcial	84 (37,8)	20 (26,0)	35 (61,4)	0 (0)
	Não	5 (2,3)	1 (1,3)	4 (7,0)	13 (81,3)
Aspeto Rx	Unilocular	222 (100,0)	75 (97,4)	41 (71,9)	13 (81,3)
	Multilocular	0 (0)	2 (2,6)	16 (28,1)	3 (18,8)
Recidiva	Sim	6 (2,7)	3 (3,9)	12 (21,1)	7 (43,8)
	Não	216 (97,3)	74 (96,1)	45 (78,9)	9 (56,3)
Novo Primário	Sim	4 (1,8)	3 (3,9)	3 (5,3)	0 (0)
	Não	218 (98,2)	74 (96,1)	54 (94,7)	16 (100,0)

Tabela 45: Caracterização geral das principais patologias da amostra.

V

DISCUSSÃO

O estudo apresentado revela uma frequência elevada de lesões quísticas em detrimento das patologias odontogénicas tumorais. Houve um acréscimo de 41 doentes às lesões tumorais, por apresentarem diagnóstico de TOQ. Se este trabalho tivesse sido realizado previamente a 2005, segundo a classificação da OMS de 1992, a quantidade de tumores odontogénicos representada na amostra seria menor. Estes resultados corroboram as conclusões de outros autores em relação ao aumento da frequência e prevalência de TO com a inclusão dos queratoquistos ⁽²²⁻²⁵⁾.

Os resultados obtidos para as lesões quísticas odontogénicas corroboram outras publicações ^(2-4,8). O nosso trabalho mostra que os QO Radiculares foram os mais frequentes da amostra estudada. Sixto-Requeixo *et al.* (2012) concluíram também no seu trabalho que dentro dos QO os Radiculares foram os mais frequentes. Este tipo de lesão atinge principalmente as classes sócio-profissionais mais baixas, neste e noutros estudos ^(2,4). Mosqueda-Taylor *et al.* (2002) explica que os indivíduos das classes não especializada e semi-especializada são frequentemente afetados por possuírem maior índice de cárie. Negligenciam a saúde oral e frequentemente deixam o processo de cárie avançar ou chegar a necrose pulpar, originando o QO.

Os QO Dentígeros caracterizam-se por envolver a coroa de um dente não erupcionado ^(9,10,15). Seria de esperar que todos os QO Dentígeros tivessem dentes inclusos associados. No trabalho realizado 3 casos não possuíam peças dentárias inclusas (3,9%), mas pode dever-se ao facto de terem erupcionado entretanto. Constatou-se que a maioria dos QO Dentígeros apresentava uma aparência radiográfica unilocular (97,4%), de acordo com a maioria dos artigos publicados ^(2,3,9,14,15,18). Vários estudos alertam para as complicações que estas lesões, nomeadamente com diagnóstico tardio, podem trazer ^(2,4,9,13).

Como os QO de Erupção surgem em crianças e resolvem-se *per si* tendem a passar despercebidos aos pais e profissionais de saúde ⁽⁸⁾. Não sendo diagnosticados as suas frequências são baixas ^(3-5,8,13,14), verificando-se o mesmo neste trabalho.

Obtiveram-se resultados similares a investigações prévias quanto a frequências de TO, com TOQ a liderar os diagnósticos encontrados ⁽²²⁻²⁴⁾. O Ameloblastoma representa o 2º TO mais frequente. Estes resultados diferem de alguns artigos publicados em que o Ameloblastoma surge como o TO mais comum ⁽¹⁹⁾, ou em 3º depois de TOQ e Odontomas ⁽²⁰⁾. Siar, *et al.* (2012) sugerem que as frequências de

Ameloblastomas se alterem com a localização geográfica. No presente trabalho os Ameloblastomas eram predominantemente uniloculares, tal como Kim *et al.* (2001) descreve, contrariando os achados de Siar *et al.* (2012) que descreve lesões frequentemente multiloculares. Embora não haja significância estatística nos resultados obtidos, Ameloblastomas do tipo plexiforme recidivaram frequentemente. Este achado contraria Kim *et al.* (2001) e Hong *et al.* (2006) que referem existir menor potencial agressivo neste tipo histológico comparativamente aos tipos folicular ou acantomatoso. Os tipos clínicos detetados no trabalho realizado foram uniuístico e sólido em igual frequência (50,0%), Siar *et al.* (2012) refere estes tipos clínicos como os mais comuns embora registre uma percentagem superior de Ameloblastomas sólidos (65,0%), geralmente mais agressivos⁽³³⁻³⁵⁾.

Observaram-se TOQ com aparência radiográfica multilocular em 28,1% das lesões, um resultado entre o de Stoelinga (2001) (8,5%) e de Pitak-Arnnop *et al.* (2009) (32,1%) que concordam na agressividade demonstrada nos TOQ com esta aparência. O TOQ foi uma das patologias que mais recidivas registou na amostra total do trabalho apresentado. A maior parte dos estudos refere maior taxa de recidiva para TOQ do tipo paraqueratinizado^(26,27), embora este trabalho aponte nesse sentido não foi possível obter significância estatística no resultado.

Os TOQ estão caracteristicamente associados à Síndrome de Gorlin-Goltz. Esta associação de patologias é enfatizada neste trabalho e por outros autores^(2,8,13,15,29). Demonstrado que está um tronco genético comum na etiologia de ambas as doenças⁽²⁹⁾, Monteiro *et al.* (2005) salientam a necessidade de procurar diagnóstico da síndrome na presença de TOQ múltiplos ou recidivantes. De Amezaga *et al.* (2008) ressaltam a importância do diagnóstico precoce de Síndrome de Gorlin-Goltz devido à severidade das complicações que pode gerar. É de extrema importância verificar antecedentes familiares clínicos e examinar exaustivamente a cavidade oral, pele, tórax e crânio^(2,29). Sugere-se que exames orais sejam realizados uma vez por ano⁽²⁹⁾. Nos casos de Síndrome de Gorlin-Goltz o paciente deve ser acompanhado por especialistas de várias áreas: pediatras, geneticistas, médicos dentistas, cirurgiões maxilofaciais, dermatologistas, entre outros⁽²⁹⁾.

O maior número de casos de Odontomas pertenceu ao tipo complexo, contrariando os achados de Sánchez *et al.* (2008). A enucleação é uma terapêutica de uso

geral com sucesso nos Odontomas sem recidiva ^(37,38). Sánchez *et al* (2008) registaram um caso recidivante na sua amostra, explicando que o Odontoma em causa tinha sido abordado cirurgicamente quando o doente possuía um ano de idade. Nesta fase os Odontomas encontram-se nos primeiros estadios de desenvolvimento, tendo recidivado 5 anos depois por remoção incompleta das porções calcificadas da lesão.

Ao contrário de outros estudos ^(52,53,56) os Mixomas da amostra revelaram ser uniloculares ao exame radiográfico, mas com textura em bolhas de sabão, assim com o trabalho de Li *et al.* (2006).

A concordância de diagnóstico entre QO e TO revela que o clínico possui maiores dificuldades em identificar patologias odontogénicas tumorais, tanto no TOQ como no Ameloblastoma. São claramente um diagnóstico histológico, enquanto os QO registam maiores frequências de casos em que o clínico está de acordo com o resultado da histologia. Estes resultados sugerem que os QO possuem características clínico patológicas mais demarcadas permitindo um diagnóstico com menos dúvidas: ou por serem mais estudados, ou pelo clínico estar mais familiarizado com as mesmas.

Não foram encontrados casos de QO Periodontal Lateral, QO Gengival Infantil ou do Adulto, nem de QO Glandular. Alguns TO foram encontrados, mas a amostra reduzida em lesões desses casos impede a discussão dos resultados. Foi o caso de TO Adenomatóide, TOQ Calcificante, Fibroma Ameloblástico, Fibroma Odontogénico, T Pindborg e Cementoblastoma, confirmando a raridade destas patologias. Não foi diagnosticado nenhum TO de natureza maligna.

No sentido de verificar o impacto do enquadramento do Queratoquisto como TO segundo a classificação da OMS de 2005, analisaram-se resultados dos principais QO Inflamatórios (Radiculares), QO de Desenvolvimento (Dentígeros) e TO (TOQ e Ameloblastoma). Para averiguar com que tipo de lesão se identifica o TOQ, avaliando a decisão da OMS em retirar os TOQ dos QO Desenvolvimento e projetá-los para os tumores.

A inclusão dos TOQ nos TO veio aumentar proporcionalmente a frequência de lesões tumorais odontogénicas, tornando-se neste estudo e noutros ^(19,22) o mais frequente TO identificado. Os TOQ são a única patologia a apresentar até 4 lesões no mesmo doente simultaneamente. Comparativamente os Ameloblastomas não surgem

com múltiplas lesões neste trabalho. Muitas das apresentações com várias lesões de TOQ no mesmo doente estão associados a Síndrome de Gorlin-Goltz.

Tal como os Ameloblastomas há uma tendência para os TOQ atingirem a mandíbula. Os QO de Desenvolvimento também referem esta preferência mas muito menos evidente. As frequências continuam a distinguir os TOQ dos QO nos sectores preferenciais. Os TOQ registaram mais casos na região posterior, assim como os Ameloblastomas. Os QO de Desenvolvimento também preferiram a região posterior mas com valores menos expressivos que os TO.

Constatou-se uma aproximação dos TOQ aos TO na aparência radiográfica. Os TOQ surgem multiloculares em frequências muito aproximadas às encontradas para Ameloblastomas, comprovando a sua agressividade.

Pela frequência de rizólise também se testemunha a capacidade destrutiva dos TOQ e Ameloblastomas, mais demarcada que em QO. O potencial dos TOQ para invadir e destruir estruturas adjacentes, como é esperado em tumores, refletiu-se nestes resultados. O mesmo se passa com o deslocamento de nervos dentários, aproximando os TOQ de Ameloblastomas e QO de Desenvolvimento.

As enucleações em TOQ e Ameloblastomas geraram uma taxa de recidiva elevada nestes TO, não constituindo, provavelmente, uma boa opção terapêutica. No estudo de evolução da lesão justifica-se a reclassificação dos TOQ. A frequência de TOQ (21,1%) que recidivaram aproxima-se da frequência de Ameloblastomas. As altas taxas de recidiva registadas nestes tumores devem-se essencialmente ao tratamento aplicado. A enucleação com curetagem foi o procedimento mais utilizado. Alguns estudos associam esta técnica a altas taxas de recidiva de TOQ: 26,0%⁽²⁷⁾, 58,3%⁽⁶²⁾. Stoelinga (2001) regista recidivas tanto em casos enucleados como naqueles em que usa solução de Carnoy após enucleação (11,0%). Comparativamente não se registam recidivas em TOQ tratados por métodos invasivos como maxilectomias parciais ou totais^(27,62). Stoelinga (2001) e Pitak-Arnop *et al.* (2009) sugerem follow-ups de TOQ até 20 anos após a primeira abordagem cirúrgica.

A taxa de recidiva de Ameloblastomas neste trabalho (43,8%) é mais elevada que em outros estudos que utilizaram a enucleação com curetagem como método terapêutico: 13,3%⁽³³⁾, 29,3%⁽³⁴⁾. Autores como Kim e Jang (2001); Siar *et al.* (2012) e

Torres-Lagares *et al.* (2005) demonstram e concordam que a terapêutica mais segura e eficaz é a ressecção parcial ou total da lesão, não registando recidivas. Hong *et al.* (2007) registou um caso recidivante (4,5%) após maxilectomia. O trabalho de Costa (2008) corrobora a eficácia da opção mais invasiva não registando recidivas em todos os casos de Ameloblastoma tratados por maxilectomia (parcial ou segmentar).

A opção de tratar por enucleação estes TO (TOQ e Ameloblastomas) pode dever-se ao facto de muitas lesões não surgirem multiloculares sugerindo equivocadamente menor agressividade. Por outro lado, pode ter-se tentado diminuir o impacto estético e psicológico no doente que sempre acompanha cirurgias radicais da face. Importa referir que Hong *et al.* (2007) registaram no seu estudo um caso de Ameloblastoma que metastizou para o pulmão.

TO como TOQ e Ameloblastomas possuem inerentemente potencial bastante agressivo e devem ser controlados de forma consistente e severa pelas consequências que podem provocar. Madras e Lapointe (2008) salientam que sendo o TOQ de natureza agressiva faz todo o sentido a sua classificação como neoplasia e não como quisto. Este trabalho corrobora essa decisão.

Muitas das lesões assinaladas foram ou poderiam ter sido detetadas através de um exame ortopantomográfico de rotina, antes de atingirem dimensões que complicam o tratamento e recuperação. Deveriam ser executadas biópsias pré e pós-operatórias das lesões para direccionar eficazmente o tratamento a realizar de acordo com doença.

O trabalho realizado é um estudo retrospectivo, contendo limitações inerentes a este tipo de trabalho. Este não será o método ideal para estudo de algumas variáveis, mas será um contributo importante no estudo destas lesões.

VI

CONCLUSÃO

1. As frequências de QO Radiculares são as mais elevadas deste trabalho. Os QO Dentígeros, TOQ e Ameloblastomas também registam frequências de relevo. Confirma-se a raridade da maioria dos TO pelas baixas taxas de frequência encontradas nesta amostra.
2. Os QO podem ser diagnosticados tanto em homens como mulheres, embora neste trabalho os homens tenham revelado frequências um pouco maiores nos QO e as mulheres nos TO. Os QO Radiculares afetam essencialmente a maxila. Enquanto QO Dentígeros, TOQ e Ameloblastomas frequentemente se localizam na mandíbula, região posterior. O Síndrome de Gorlin-Goltz deve ser imediatamente despistado em casos de múltiplos TOQ e vice-versa, verifica-se uma relação entre as doenças que também potencia a agressividade do TOQ.
3. A maior parte das patologias estudadas são assintomáticas em estadios iniciais de desenvolvimento. Em fases mais avançadas de evolução surge sintomatologia associada, essencialmente tumefação. Estas lesões radiograficamente são radiolúcidas, quando multiloculares traduzem maior agressividade. O deslocamento ou destruição de estruturas adjacentes frequentemente revela uma lesão mais agressiva ou muito avançada em termos evolutivos.
4. Uma lesão unilocular, sem rizálize ou deslocamento de nervos associada geralmente possui bom prognóstico. Enquanto uma imagem multiloculada, com rizálize e deslocamento de estruturas adjacentes reflete um comportamento mais agressivo, a probabilidade de recidivar mais tarde aumenta. O prognóstico nestes casos é mais reservado. Quando a histologia revela tratar-se de uma lesão tumoral as hipóteses de recidiva são maiores, contrariamente ao que acontece quando diagnóstico histológico deteta QO.
5. Os TOQ encontraram nos tumores a classificação que mais se coaduna com a sua natureza. São patologias agressivas, peculiares na etiologia e desenvolvimento, recidivam e desenvolvem-se silenciosamente, tal como tumores. A aparência quística “disfarçou” durante muito tempo o seu

verdadeiro potencial, mas foi sempre distinguido de todos os outros quistos e nos tumores ocupa o lugar de destaque que lhe é devido. A sua reclassificação dará origem a outro tipo de estudos, direcionados para tumores odontogénicos, que permitam descobrir ainda mais sobre esta patologia tão diferenciada.

VII

BIBLIOGRAFIA

1. *Origin and Growth of Cysts of the Jaws*. Toller, P. Royal College of Surgeons of England: Departement of Jaw Surgery, Mount Vernon Centre for Plastic Surgery, 1966: 306-336.
2. Monteiro L, Fonseca L, de la Peña J, Paiva A, do Amaral B. Odontogenic Cysts - A descriptive anatomo-clinical study. *Braz J Oral Sci*. 2005; 4 (12): 670-675.
3. Avelar R, Antunes A, Carvalho R, Bezerra P, Neto P, Andrade E. Odontogenic cysts: a clinicopathological study of 507 cases. *J Oral Sci*. 2009; 51 (4): 581-586.
4. Mosqueda-Taylor A, Irigoyen-Camacho ME, Diaz-Franco MA, Torres-Tejero MA. Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. *Med Oral*. 2002; 7: 89-96.
5. Prockt A, Schebela C, Maito F, Sant' Ana-Filho M, Rados P. Odontogenic Cysts: Analysis of 680 Cases in Brazil. *Head and Neck Pathol*. 2008; 2: 150-156.
6. Kramer I, Pindborg J, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours. *WHO international histological classification of tumours*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1992.
7. Philipsen H, Reichart P. Classification of odontogenic tumours. A historical review. *J Oral Pathol Med*. 2006; 35: 525-529.
8. Jones A, Craig G, Franklin C. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. *J Oral Pathol Med*. 2006; 35: 500-507.
9. Ledesma-Montes C, Hernández-Guerrero J, Garcés-Ortiz M. Clinico-Pathologic Study of Odontogenic Cysts in a Mexican Sample Population. *Arch Med Res*. 2000; 31: 373-376.
10. Koseoglu B, Atalay B, Erdem M. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. *J Oral Sci*. 2004; 36 (4): 253-257.
11. Kalaskar R, Tiku A, Damle S. Dentigerous cysts of anterior maxilla in a young child: A case report. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent*. Dec 2007: 187-190.
12. Prabhu S, Padwa B, Robson C, Rahbar R. Dentigerous cyst associated with a displaced tooth in the maxillary sinus: an unusual cause of recurrent sinusitis in an adolescent. *Pediatr Radiol*. 2009; 39: 1102-1104.

13. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007; 46 (4): E85-E91.
14. De-Souza L, Gordón-Núñez MA, Weege-Nonaka CF, de-Medeiros M, Fernandes-Torres T, Guedes-Emiliano G. Odontogenic cysts: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;4: 583-590.
15. Meningaud JP, Oprean N, Pitak-Arnop P, Bertrand JC. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. *J Oral Sci*. 2006; 48 (2): 59-62.
16. Smith J, Kellman R. Dentigerous Cysts Presenting as Head and Neck Infections. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005; 133: 715-717.
17. High AS, Hirschmann PN. Symptomatic residual radicular cysts. *J Oral Pathol*. 1988; 17: 70-72.
18. Varinauskas V, Gervickas A, Kavoliunienė O. Analysis of odontogenic cysts of the jaws. *Medicina (Kaunas)*. 2006; 42 (3): 201-207.
19. Varkhede A, Tupkari J, Sardar M. Odontogenic tumors: A study of 120 cases in an Indian teaching hospital. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011; 16 (7): 895-899.
20. Servato J, Prieto-Oliveira P, de Faria P, Loyola A, Cardoso S. Odontogenic tumours: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 2013; 42: 288-293.
21. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Odontogenic tumours. *WHO Classification of Tumours, Pathology & Genetics In: Head and Neck tumours*. Lyon : IARC Press, 2005, Chapter 6, pp. 283-327.
22. Osterne R, Brito R, Alves A, Cavalcante R, Sousa F. Odontogenic tumors: a 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 111: 474-481.
23. Avelar R, Antunes A, Santos T, Andrade E, Dourado E. Odontogenic tumors: clinical and pathology study of 238 cases. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008; 74 (5): 668-673.

24. Jing W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Liu L, Zheng X, et al. Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 36: 20-25.
25. Ézsiás, A. Longitudinal in vivo observations on odontogenic keratocyst over a period of 4 years. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 30: 80-82.
26. Stoelinga, P. Long-term follow-up on keratocysts treated according to a defined protocol. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 30: 14-25.
27. Pitak-Arnop P, Chaine A, Oprean N, Dhanuthai K, Bertrand JC, Bertolus C. Management of odontogenic keratocysts of the jaws: A ten-year experience with 120 consecutive lesions. *J Craniomaxillofac Surg.* 2009: 1-7.
28. Madras J, Lapointe H. Keratocyst Odontogenic Tumour: Reclassification of the Odontogenic Keratocyst from Cyst to Tumour. *JCDA.* 2008; 74 (2): 165-165h.
29. De Amezaga A, Arregui O, Nuño S, Sagredo A, Urizar J. Gorlin-Goltz syndrome: Clinicopathologic aspects. *Med Oral Patol Cir Bucal.* 2008; 13 (6): E338-E343.
30. Yonetsu K, Bianchi J, Troulis M, Curtin H. Unusual CT Appearance in an Odontogenic Keratocyst of the Mandibule: Case Report. *Am J Neuroradiol.* 2001; 22: 1887-1889.
31. Mehkri S, Rajkumar GC, Nagesh KS, Manjunath GS. Bilateral adenomatoid odontogenic tumour of the maxilla in a 2-year-old female - the report of a rare case and review of the literature. *Dentomaxillofac Radiol.* 2012; 41: 342-348.
32. Nigam S, Gupta S, Chaturvedi K. Adenomatoid Odontogenic Tumor - A Rare Cause of Jaw Swelling. *Braz Dent J.* 2005; 16 (3): 251-253.
33. Siar C, Lau S, Ng K. Ameloblastoma of the Jaws: A Retrospective Analysis of 340 Cases in a Malasyan Population. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70: 608-615.
34. Hong J, Yun PY, Chung IH, Myoung H, Suh JD, Seo BM, et al. Long-term follow-up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 36: 283-288.

35. Kim SG, Jang HS. Ameloblastoma: A clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 91: 649-653.
36. Torres-Lagares D, Infante-Cossío P, Hernández-Guisado JM, Gutiérrez-Pérez JL. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005; 10: 231-238.
37. Sánchez O, Berrocal M, González J. Metaanalysis of epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008; 13 (11): E730-E734.
38. Hisatomi M, Asami J, Konouchi H, Honda Y, Wakasa T, Kishi K. A case of complex odontoma associated with impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. *Oral Diseases.* 2008; 8: 100-105.
39. An SY, An CH, Choi KS. Odontoma: a retrospective study of 73 cases. *Imaging Sci Dent.* 2012; 42: 77-81.
40. Iatrou I, Vardas E, Theologie-Lygidakis N, Leventis M. A retrospective analysis of the characteristics, treatment and follow-up of 26 odontomas in Greek children. *J Oral Sci.* 2010; 52 (3): 439-447.
41. Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. *Int J Paediatr Dent.* 2005; 15: 37-43.
42. Seyedmajidi M, Feizabadi M. Peripheral Calcifying Odontogenic Cyst. *Arch Iranian Med.* 2009; 12 (3): 309-312.
43. Alvarez S, Jimenez F, Gómez F, Vecino F, Fernandez C. Calcifying odontogenic cyst associated with complex odontoma: Case report and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005; 10: 243-247.
44. Dimitrakopoulos I, Psomaderis K, Zamboukas T. Ameloblastic fibroma of the mandible associated with root resorption and unerupted teeth: A case report. *Quintessence Int.* 2008; 39 (6): 523-527.

45. Chen Y, Wang JM, Li TJ. Ameloblastic fibroma: A review of published studies with special reference to its nature and biological behavior. *Oral Oncol.* 2007; 43: 960-969.
46. Daskala I, Kalyvas D, Kolokoudias M, Vlachodimitropoulos D, Alexandridis C. Central odontogenic fibroma of the mandibule: a case report. *J Oral Sci.* 2009; 51 (3): 457-461.
47. Daniels J. Central odontogenic fibroma of mandible: A case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004; 98: 295-300.
48. Ramer M, Buonocore P, Krost B. Central odontogenic fibroma - report of a case and review of the literature. *Periodontal Clin Investig.* 2002; 24: 27-30.
49. Angadi P, Rekha K. Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor (Pindborg Tumor). *Head and Neck Pathol.* 2011; 5: 137-139.
50. Müller D, Manojlovic' S, Luksc' I, Grgurevic' J. Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor of the Maxilla (Pindborg Tumor). *Coll Antropol.* 2012; 36 (2): 205-208.
51. Kansy K, Juergens P, Zdzislav K, Paulussen M, Baumhoer D, Bruder E, *et al.* Odontogenic myxoma: Diagnostic and therapeutic challenges in paediatric and adult patients - A case series and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012; 40 (3): 271-276.
52. Noffke C, Raubenheimer E, Chabikuli N, Bouckaert M. Odontogenic myxoma: review of the literature and report of 30 cases from South Africa. *Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007; 104 (1): 101-109.
53. Simon E, Merx M, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga P. Odontogenic myxoma: a clinicopathological study of 33 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 33: 333-337.
54. Sivakumar G, Saraswathi TR, Sivapathasundharam B. Odontogenic myxoma of maxilla. *Indian J Dent Res.* 2008; 19 (1): 62-65.
55. Manne R, Kumar V, Sarath P, Anumula L, Mundlapudi S, Tanikonda R. Odontogenic Myxoma of the Mandibule. *Case Rep Dent.* 2012: 1-4.
56. Li TJ, Sun LS, Luo HY. Odontogenic Myxoma A Clinicopathologic Study of 25 Cases. *Arch Pathol Lab Med.* 2006; 130: 1799-1806.

57. Brannon R, Fowler C, Carpenter W, Corio R. Cementoblastoma: An innocuous neoplasm? A clinicopathologic study of 44 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. *Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 93: 311-320.
58. Ohki K, Kumamoto H, Nitta Y, Nagasaka H, Kawamura H, Ooya K. Benign cementoblastoma involving multiple maxillary teeth: Report of a case with a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004; 97 (1): 53-58.
59. De Oliveira, A. *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação*. Lisboa: Lidel, 2009. 978-972-757-558-9.
60. Abramson, JH. Defining Variables. Survey and methods in community medicine: epidemiological studies, programme evaluation, clinical trials. 4th ed. s.l. : Churchill Livingstone, 1990: 102-103.
61. Sixto-Requeixo R, Diniz-Freitas M, Torreira-Lorenzo JC, García-García A, Gándara-Rey J. 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): e16-22.
62. Myoung H, Hong SP, Hong SD, Lee JI, Lim CY, Choung PH, et al. Odontogenic keratocyst: Review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 2001; 91 (3): 328-333.
63. *Ameloblastoma da Mandíbula Abordagens cirúrgicas - Âmbito e perspectivas*. Costa, A. Tese de Mestrado de Cirurgia Oral. Gandra, Dezembro de 2008: 1-58.