

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

JOSÉ ERIVALDO DA SILVA MENDES

**LESÕES BUCAIS E MAXILO-FACIAIS:
estudo clínico-patológico de uma série de casos**

Recife
2019

JOSÉ ERIVALDO DA SILVA MENDES

**LESÕES BUCAIS E MAXILO-FACIAIS:
estudo clínico-patológico de uma série de casos**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Integrada.

Orientador: Prof. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez

Recife

2019

M538l Mendes, José Erivaldo da Silva
Lesões bucais e maxilo-faciais: estudo clínico-patológico de uma
série de casos / José Erivaldo da Silva Mendes. – 2019.
70 f. : il.

Orientador: Danyel Elias da Cruz Perez.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em
Odontologia. Recife, 2019.
Inclui referências e anexos.

1. Cavidade oral. 2. Lesões orais. 3. Lesões gengivais. 4.
Prevalência. I. Perez, Danyel Elias da Cruz (orientador). II. Título.

617.6 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2019 - 224)

JOSÉ ERIVALDO DA SILVA MENDES

**LEVANTAMENTO DE BIÓPSIAS BUCAIS E MAXILO-FACIAIS:
Estudo clínico-patológico de uma série de casos**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Aprovada em: 25 / 02 / 2019.

Banca Examinadora

PROF.^a DR.^a ELAINE JUDITE DE AMORIM CARVALHO
Universidade Federal de Pernambuco

PROF.^a DR.^a MARIA LUIZA DOS ANJOS PONTUAL
Universidade Federal de Pernambuco

PROF.^a DR.^a ALESSANDRA DE ALBUQUERQUE CARVALHO
Universidade Federal de Pernambuco

A minha avó, **Izabel Rita da Silva** (Nên), referência de mulher e ser humano, dedico esta dissertação. Obrigado por ter segurado minha mão desde a infância e ter me guiado no caminho da educação sem nenhuma exigência ou pedir algo em troca.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por tudo que me foi permitido até o dia de hoje.

Aos meus pais, Edivaldo e Sebastiana, pelo esforço, dedicação, renúncia e cuidado para comigo, sendo o maior reflexo do amor de Deus em minha vida.

A minha avó, Izabel Rita - Nên, pelo amor materno de todos os dias.

A minha irmã, Maria das Dores, e meu cunhado, Silvano. Obrigado pelo incentivo diário, partilhas construtivas e pela fraternidade que nos une diariamente.

Aos meus sobrinhos, Gabriel e Davi, obrigado por me permitir ser uma pessoa melhor.

Ao meu professor e orientador, Dr. Danyel Perez. Muito obrigado pela paciência e confiança depositada desde os anos da graduação. Gratidão pelas oportunidades, amizade e partilhas que vai além dos muros da academia.

Aos meus padrinhos e afilhados, por compreenderem minha ausência e mesmo assim continuam torcendo por mim.

Aos meus amigos, meus eternos, vivos e na glória de Deus. Obrigado por serem amigos de Jesus e meus anjos, sendo um elo entre o céu e terra.

Aos meus irmãos de apartamento 302, pela família construída que ultrapassa os laços de sangue. Em especial a Jaciel, pela amizade de sempre.

Aos amigos da turma do mestrado, pelo companheirismo e boas risadas.

Aos professores e funcionários da pós-graduação, pelo acolhimento, aprendizado e motivação pela pesquisa científica.

A CAPES, pelo apoio financeiro concedido.

A todos os profissionais que enviaram biópsias para os laboratórios de Patologia oral, buscando um diagnóstico preciso para seus pacientes. Em especial a Cirurgiã-dentista Stefanny Torres, pelo caso do mixoma odontogênico.

Aos pacientes desta pesquisa, pela escolha do tratamento e contribuição com a ciência.

Ao grupo de Patologia Oral da UFPE, pelo compromisso e dedicação para com processo ensino aprendizado e ciência.

A equipe da Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por coletar e compartilhar dados em nome da pesquisa científica.

RESUMO

A cavidade bucal e estruturas anexas constituem locais importantes para a ocorrência de doenças de patogêneses diferentes. Para o cirurgião-dentista, é fundamental conhecer a prevalência de lesões bucais e maxilo-faciais. O objetivo deste estudo foi realizar um levantamento das lesões orais e maxilo-faciais diagnosticadas em laboratórios de patologia oral. Entre janeiro de 2000 e dezembro de 2017 foi realizada uma análise retrospectiva das lesões diagnosticadas nos laboratórios de Patologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FO-UFRJ), a partir das fichas clínicas de requisição e dos laudos de diagnósticos histopatológicos. Foram coletados dados clínicos sobre sexo, idade, localização da lesão, tempo de evolução, tipo de biópsia, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico e correlações clínico-patológica. As lesões foram separadas em grupos de acordo com sua etiopatogenia. Foram utilizadas 5.965 lesões do laboratório da UFPE, para determinar a prevalência de todos os grupos de lesões, e 1.563 lesões dos laboratórios da UFPE e FO-UFRJ para determinar a frequência de lesões em gengiva e rebordo alveolar. Foi observada associação significativa entre sexo e grupo de lesões ($p < 0,001$) e entre idade e grupo de lesões ($p < 0,001$). O gênero feminino e a sexta década de vida foram os mais encontrados em ambas as análises. Lábio e gengiva / rebordo alveolar foram os locais mais acometidos. As lesões reativas inflamatórias foi o grupo de maior prevalência. A hiperplasia fibrosa foi a lesão mais comum do estudo geral e a hiperplasia gengival inflamatória foi a lesão mais frequente no estudo em gengiva e rebordo alveolar. Carcinoma epidermóide foi a neoplasia maligna mais comum e as lesões potencialmente malignas tiveram alta frequência no estudo, principalmente em gengiva e rebordo alveolar. Este estudo fornece informações úteis sobre a prevalência e distribuição das patologias orais, além de reforçar a importância do exame histopatológico no diagnóstico final e tratamento das lesões.

Palavras-chave: Cavidade oral. Lesões orais. Lesões gengivais. Prevalência.

ABSTRACT

The oral cavity and adjacent structures are important sites for the occurrence of diseases of a different nature. For the dentist, it is fundamental to know the prevalence of oral and maxillofacial lesions. The aim of this study was to perform a survey of oral and maxillofacial lesions diagnosed in oral and maxillofacial pathology laboratories. Between January 2000 and December 2017 was carried a retrospective analysis of the lesions diagnosed in the Oral Pathology laboratories of the Federal University of Pernambuco (UFPE) and Oral Pathology of the School of Dentistry of the Federal University of Rio de Janeiro (FO-UFRJ), from the clinical records of requisition and the reports of histopathological diagnoses. Were collected clinical data on gender, age, location of lesion, time of evolution, type of biopsy, clinical diagnosis, histopathological diagnosis and clinical-pathological correlations. The lesions were separated into groups according to their etiopathogenesis. A total of 5.965 lesions of the UFPE laboratory were used to determine the prevalence of all groups of lesions, and 1.563 lesions of the UFPE and FO-UFRJ laboratories to determine the frequency of lesions on the gingiva and alveolar ridge. Significant association was observed between gender and group of lesions ($p < 0.001$) and between age and group of lesions ($p < 0.001$). The female gender and the sixth decade of life were the most found in both analyzes. Lip and gingiva / alveolar ridge were the most affected sites. Inflammatory reactive lesions were the most prevalent group. Fibrous hyperplasia was the most common lesion in the general study and inflammatory gingival hyperplasia was the most frequent lesion in the gingival and alveolar ridge study. Epidermoid carcinoma was the most common malignant neoplasm and potentially malignant lesions were high frequencies in the study, mainly in the gingiva and alveolar ridge. Retrospective studies help dentists know the prevalence of lesions, helping them to establish accurate diagnoses and right treatment.

Key words: Oral cavity. Oral lesions. Gengival lesions. Prevalence.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO 1

Gráfico 1 – Distribuição do número de lesões por décadas .	20
Gráfico 2 – Distribuição do tipo de biópsia realizadas.	21

ARTIGO 2

Gráfico 1 – Distribuição do número de casos por décadas.	46
---	-----------

LISTAS DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Distribuição das lesões por localizações anatômicas.	21
Tabela 2 – As vinte lesões mais frequentes do estudo.	22
Tabela 3 – Distribuição dos grupos de lesões de acordo com dados clínicos e epidemiológicos.	24
Tabela 4 – Dados clínicos e epidemiológicos dos principais diagnósticos histopatológicos de cada grupo de lesões.	27

ARTIGO 2

Tabela 1 – Distribuição do número de lesões em gengiva e rebordo por laboratório de diagnóstico.	45
Tabela 2 – Distribuição dos grupos de lesões de acordo com sua etiopatogenia.	46
Tabela 3 – Distribuição das lesões reativas inflamatórias.	47
Tabela 4 – Distribuição das neoplasias malignas.	49
Tabela 5 – Distribuição os cistos e tumores odontogênico e cisto não odontogênicos.	50
Tabela 6 – Distribuição das neoplasias benignas.	51
Tabela 7 – Distribuição das lesões imunologicamente mediadas.	52
Tabela 8 – Distribuição das lesões pigmentadas.	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVOS	13
1.1.1	<i>Objetivo geral</i>	13
1.1.2	<i>Objetivos específicos</i>	13
2	METODOLOGIA	14
2.1	UNIVERSO E AMOSTRA GLOBAL	14
2.2	UNIVERSO E AMOSTRA DAS LESÕES DE GENGIVA E REBORDO ALVEOLAR	14
2.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO GLOBAL	14
2.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DAS LESÕES DE GENGIVA E REBORDO ALVEOLAR	15
2.5	CATEGORIZAÇÃO DA AMOSTRA GLOBAL	15
2.6	CATEGORIZAÇÃO DAS LESÕES DE GENGIVA E REBORDO ALVEOLAR	15
2.7	COLETA E ANÁLISE DE DADOS DA AMOSTRA GLOBAL	15
2.8	COLETA E ANÁLISE DE DADOS DAS LESÕES DE GENGIVA E REBORDO ALVEOLAR	16
2.9	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	16
3	RESULTADOS	17
3.1	ARTIGO 1 – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE LESÕES BUCAIS E MAXILO-FACIAIS: ESTUDO CLÍNICO PATOLÓGICO	17
3.2	ARTIGO 2 – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE LESÕES DE GENGIVA E REBORDO ALVEOLAR: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO DE 1.563 CASOS	42
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	61
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	66
	ANEXO B - NORMAS DA REVISTA ESCOLHIDA PARA PUBLICAÇÃO	69

1 INTRODUÇÃO

A região oral e maxilo-facial é exposta a uma multiplicidade de fatores lesivos (SALEH et al., 2017). Diferentes tipos de lesões podem afetar essa região, variando desde lesões reativas/inflamatórias a neoplasias malignas (PÊSSOA et al., 2015). Exames clínicos e radiográficos podem produzir um diagnóstico provisório. O diagnóstico e o tratamento adequado das lesões bucais e maxilo faciais usualmente dependem de um estudo histopatológico adequado (SALEH et al., 2017).

Estudos epidemiológicos representam um papel importante na saúde pública, revelando a precisão de prevalência, incidência e evolução da várias doenças que afetam a cavidade bucal, bem como a distribuição percentual dentro das características de determinadas populações regionais e globais (PROSDÓCIMO et al., 2018). No entanto, existem poucas séries que avaliam a prevalência de doenças orais e maxilo-faciais. A maioria se limita à realização de levantamentos epidemiológicos sobre doenças dentárias e periodontais (VALE et al., 2013).

Vários estudos sobre doenças bucais avaliam apenas lesões de natureza específica, como cistos e tumores odontogênicos (JAEGER et al., 2017), lesões reativas (DUTRA et al., 2018) ou grupos etários por ciclo de vida, como populações pediátricas (VALE et al., 2013; 2013, PROSDÓCIMO et al., 2018) ou populações idosas (SILVA, L. et al., 2017).

Poucos estudos histopatológicos que incluíram pacientes de todas as idades (GUEDES et al., 2015) ou analisaram todos os espécimes submetidos ao exame histopatológico foram realizados (YAKIN et al., 2016). Estudos baseados em dados de biópsias e registros histopatológicos, fornecem dados mais precisos e conclusivos (SILVA, L. et al. 2017), ajudam os profissionais na formação de hipóteses clínicas, oferecem dados sobre prevalência das lesões e suas características mais frequentes e podem permitir o estabelecimento de um perfil para essas doenças, melhorando o conhecimento sobre elas (SILVA, K. et al., 2017).

Algumas lesões orais podem apresentar características clínicas semelhantes, tornando o diagnóstico mais desafiador (MENDEZ et al., 2012). Principalmente quando lesões de uma natureza lembram lesões de outro grupo. Como exemplo, uma lesão fúngica em língua assemelhando-se a uma neoplasia (NAPLES et al, 2017) ou um carcinoma epidermóide em gengiva mimetizando doença

periodontal (BORNSTEIN et al., 2018).

Lesões intraósseas também podem apresentar características radiográficas semelhantes entre doenças de natureza diferente, como lesões não endodônticas diagnosticadas como lesões periapicais inflamatórias (PONTES et al., 2014). Também foi relatado na literatura, um mixoma odontogênico semelhante a um osteossarcoma, devido as suas características radiográficas de raios de sol (GOEL; GOEL; DINKAR, 2016; KIDWAI et al., 2016).

A gengiva e o rebordo alveolar fazem parte das estruturas de suporte do periodonto ao redor dos dentes e comumente estão envolvidos nas doenças gengivais e periodontais (ALBLOWI; BINMADI, 2018). A grande maioria das doenças que afetam esses locais, gengivite e periodontite, é induzida pela placa dental (HERNÁNDEZ-RÍOS et al., 2018). Entretanto, gengiva e rebordo alveolar são comumente afetados por outras condições patológicas locais e sistêmicas, como lesões não neoplásicas e neoplásicas (CARBONE et al., 2012).

As lesões não neoplásicas são usualmente inflamatórias ou representam uma reação a algum tipo de irritação de baixo grau. As neoplasias, por outro lado, representam um processo caracterizado por um crescimento autônomo progressivo que podem ter um curso benigno ou maligno (MANJUNATHA, et al. 2014). Embora o diagnóstico dependa também das características clínicas, o exame histopatológico é essencial para confirmar o diagnóstico, seja para descartar uma lesão neoplásica (ALBLOWI; BINMADI, 2018), ou até mesmo confirmar, como por exemplo, o caso de metástase de um carcinoma pulmonar em gengiva que mimetizava um granuloma piogênico (DHAWAD; NIMONKAR, 2011).

Na literatura, a gengiva e o rebordo alveolar são considerados um dos principais sítios anatômicos com alta frequência de doenças bucais. Em um estudo de lesões da mucosa bucal em idosos, a gengiva/rebordo foi o local mais acometido (DE VASCONCELOS CARVALHO et al., 2011). Uma outra pesquisa que investigava pacientes com lesões bucais potencialmente malignas também teve a gengiva como o sítio mais acometido (MELLO et al., 2018). Já em outro estudo retrospectivo, com 51.781 biópsias orais, a gengiva foi o segundo local mais acometido, porém, o local anatômico que mostrou a maior variação de diagnósticos entre os tipos de doenças (DOVIGI et al., 2016).

Alguns estudos epidemiológicos foram relatados na literatura sobre lesões gengivais. No entanto, muitos deles se concentram em lesões reativas-inflamatórias,

ou seja, hiperplasia fibrosa, granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico e lesão periférica de células gigantes (AMIRCHAGHMAGHI et al., 2011; DE MATOS et al., 2014; HUNASGI et al., 2017), provavelmente por serem as lesões mais prevalentes.

Entretanto, neoplasia benignas e malignas, lesões potencialmente malignas e lesões que representam manifestações de doenças sistêmicas, também podem ocorrer (TAMIOLAKIS et al., 2018). Contudo, o conhecimento da frequência e distribuição dessas outras lesões também é essencial para estabelecer um diagnóstico preciso e planejar o tratamento (MANJUNATHA, et al. 2014).

Sabendo que, a maioria dos estudos sobre lesões bucais enfatizam doenças dentárias e periodontais, como cárie e gengivite/periodontite; e além disso, muitas séries de lesões gengivais incluem apenas lesões reativas/inflamatórias, é importante que outras análises com patologias orais de diferentes origens e natureza, como neoplásicas, infecciosas e potencialmente malignas, sejam realizadas.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 *Objetivo geral*

O objetivo do presente estudo foi realizar uma análise retrospectiva das doenças bucais diagnósticas em laboratórios de Patologia Oral e Maxilo-Faciais, através dos registros de biópsias e dos laudos de diagnósticos histopatológicos.

1.1.2 *Objetivos específicos*

- Verificar se existe correlação entre as lesões de acordo com faixa etária e sexo
- Analisar a distribuição dos casos de acordo com a localização da lesão
- Categorizar as lesões por grupos específicos de patologias e analisar as lesões mais prevalentes de cada grupo
- Avaliar a prevalência de lesões diagnosticadas em gengiva e rebordo alveolar

2 METODOLOGIA

2.1 UNIVERSO E AMOSTRA GLOBAL

O presente estudo trata-se de uma análise retrospectiva das lesões bucais e maxilo-faciais diagnosticadas em laboratórios de Patologia Oral, através das biópsias encaminhadas para diagnóstico. Foram utilizados os dados secundários das fichas clínicas de solicitação de exames histopatológicos e os dados dos registros histopatológicos do laboratório. Todas as lesões diagnosticadas no laboratório de Patologia Oral da UFPE, entre os anos de 2000 e 2017, foram incluídas no estudo. As variáveis coletadas e analisadas durante o estudo foram idade e sexo dos pacientes, localização e tempo de evolução das lesões, tipo de biópsia, hipótese (s) de diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico e correlação entre diagnóstico clínico e histopatológico.

2.2 UNIVERSO E AMOSTRA DAS LESÕES DE GENGIVA E REBORDO ALVEOLAR

Estudo retrospectivo de lesões orais diagnosticadas em dois centros de patologia oral de regiões diferentes do Brasil, através das biópsias encaminhadas para análise de diagnóstico. Todas as lesões, exclusivamente de gengiva e rebordo alveolar ou residual, diagnosticadas nos laboratórios de Patologia Oral da UFPE e de Patologia Oral da FO-UFRJ, entre os anos de 2000 e 2017, foram incluídos. Dados clínicos como idade, sexo, localização (gengiva e rebordo maxilar ou mandibular) e diagnóstico histopatológico foram coletados das fichas de requisição de exames de ambos os laboratórios.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO GLOBAL

Foram incluídos todos os diagnósticos conclusivos para lesões bucais e maxilo-faciais. As lesões com ausência de diagnóstico definitivo, informação clínica incompleta, com material insuficiente para avaliação microscópica e localizadas em pele, foram excluídas do estudo.

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DAS LESÕES DE GENGIVA E REBORDO ALVEOLAR

Foram incluídas todas as lesões localizadas em gengiva e rebordo alveolar/residual e excluídas todos os casos com outras localizações, com informação clínica incompleta e com material insuficiente para avaliação microscópica.

2.5 CATEGORIZAÇÃO DA AMOSTRA GLOBAL

As lesões foram agrupadas de acordo com sua origem e natureza e foram classificadas em 14 categorias: (1) lesões reativas-inflamatórias, (2) cistos odontogênicos e (3) não odontogênicos, (4) tumores odontogênicos, (5) patologias das glândulas salivares (neoplásicas e não neoplásicas), (6) patologias ósseas, (7) neoplasia benignas, (8) neoplasias malignas, (9) lesões potencialmente malignas, (10) lesões imunologicamente mediadas, (11) lesões pigmentadas, (12) lesões infecciosas, (13) distúrbios do desenvolvimento e (14) outros.

2.6 CATEGORIZAÇÃO DAS LESÕES DE GENGIVA E REBORDO ALVEOLAR

Considerando o diagnóstico final, as lesões foram classificadas em 8 categorias: (1) lesões-reativas inflamatórias, (2) neoplasias benignas, (3) neoplasias malignas, (4) lesões potencialmente malignas, (5) lesões imunologicamente mediadas, (6) lesões pigmentas, (7) lesões infecciosas e (8) cisto e tumores odontogênicos.

2.7 COLETA E ANÁLISE DE DADOS DA AMOSTRA GLOBAL

Os dados foram coletados e digitados em planilhas do programa Excel (Microsoft Office). Posteriormente, foram tabulados e submetidos à análise descritiva e estatística, no software IBM SPSS Statistic versão 24, para avaliar a correlação estatística entre sexo e grupo de lesões, e entre idade e grupo de lesões, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, considerando uma significância de 5%.

2.8 COLETA E ANÁLISE DE DADOS DAS LESÕES DE GENGIVA E REBORDO ALVEOLAR/RESIDUAL

Os dados foram coletados e digitados em planilhas do programa Excel (Microsoft Office). Posteriormente, serão tabulados e submetidos à análise descritiva no software IBM SPSS Statistic versão 24.

2.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde UFPE (CAAE: 44536715.8.0000.5208) (ANEXO A).

3 RESULTADOS

3.1 ARTIGO 1 – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE LESÕES BUCAIS E MAXILO-FACIAIS: ESTUDO CLÍNICO-PATOLÓGICO

RESUMO

A cavidade bucal e estruturas anexas constituem locais importantes para a ocorrência de doenças de patogêneses distintas. O objetivo deste estudo foi realizar o levantamento das lesões bucais diagnosticadas no laboratório de patologia oral da UFPE, Brasil. Foi realizada uma análise retrospectiva das fichas clínicas e laudos histopatológicos arquivados no laboratório de janeiro de 2000 a dezembro de 2017. Foram coletados dados clínicos sobre sexo, idade, localização da lesão, tempo de evolução, tipo de biópsia, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico e correlações clínico-patológicas. As lesões foram separadas em 14 grupos. A partir de 5.965 lesões, havia lesões reativas inflamatórias (2.695 - 44,6%), patologia das glândulas salivares (743 - 12,5%), lesões potencialmente malignas (490 - 8,2%), cistos odontogênicos (457 - 7,7%), neoplasias benignas (260 - 4,4%), neoplasias malignas (260 - 4,4%), tumores odontogênicos (186 - 3,1%), lesões pigmentadas (118 - 2%), imunologicamente mediadas (114 - 1,9%), patologias ósseas (110 - 1,8%), distúrbios do desenvolvimento (55 - 0,9%), cistos não odontogênicos (39 - 0,6%), lesões infecciosas (20 - 0,3%) e outros (454 - 7,6%). O sexo feminino foi o mais acometido com 3.860 casos (64,7%). O maior percentual de lesões foi concentrado na sexta década de vida com 961 casos (16,52%). O lábio foi o local mais acometido, com 1.165 caso (19,5%). Observou-se associação significativa entre sexo e grupo de lesões ($p < 0,005$) e entre idade e grupo de lesões ($p < 0,005$). A prevalência das lesões orais encontradas neste estudo, reforça a importância do diagnóstico histopatológico emitido pelos patologistas orais e a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce, sobretudo de neoplasias malignas e lesões potencialmente malignas.

Palavras-chave: Cavidade bucal. Epidemiologia. Doenças bucais. Prevalência.

INTRODUÇÃO

A região oral e maxilo-facial é exposta a uma multiplicidade de fatores lesivos e agentes carcinogênicos ¹. Diferentes tipos de lesões, podem afetar essa região, variando de lesões benignas a graves tumores malignos ². Exames clínicos e radiográficos podem produzir um diagnóstico provisório; no entanto na maioria dos casos, o diagnóstico e o tratamento adequado das lesões orais e maxilo-faciais dependem de um estudo histopatológico apropriado ¹.

Estudos epidemiológicos representam um papel importante na saúde pública, revelando a precisão de prevalência, incidência e evolução da várias doenças que afetam a cavidade oral, bem como a distribuição percentual dentro das características de determinadas populações regionais e globais ³.

No entanto, existe poucas séries que relacionam a prevalência de doenças orais e maxilo-faciais, onde a maioria limita-se à realização de levantamentos epidemiológicos sobre doenças dentárias e periodontais ⁴. Vários estudos sobre patologia oral focalizam categorias patológicas específicas, como cistos e tumores odontogênicos ⁵, lesões reativas ⁶ ou grupos etários por ciclo de vida, como populações pediátricas ^{3,4} ou populações idosas ⁷.

Enquanto algumas patologias são facilmente diagnosticadas, várias delas têm apresentação clínica e radiográfica semelhantes, aumentando a lista de diagnósticos diferenciais, justificando a avaliação histopatológica ⁸. Contudo, poucos estudos histopatológicos que incluíram pacientes de todas as idades ⁹ ou analisaram todos os espécimes submetidos ao exame histopatológico foram realizados para avaliações de lesões orais ¹⁰.

Esses estudos, baseados em dados de biópsias e registros histopatológicos, fornecem dados mais precisos e conclusivos ⁷, ajudam os profissionais na formação de hipóteses clínicas, oferecem dados sobre prevalência das lesões e suas características mais frequentes e podem permitir o estabelecimento de um perfil para essas patologias, melhorando o conhecimento sobre elas ⁸.

Algumas lesões orais podem apresentar características clínicas semelhantes, tornando o diagnóstico mais desafiador ¹¹. Principalmente quando lesões de um grupo mimetizam lesões de outro grupo, como por exemplo, um carcinoma epidermóide em gengiva mimetizando doença periodontal ¹² ou um lesão

fúngica em língua mimetizando uma neoplasia ¹³.

O objetivo do presente estudo é realizar uma análise retrospectiva das lesões orais e maxilo-faciais diagnósticas em um laboratório de Patologia Oral, através dos dados secundários das fichas clínicas solicitantes de exames histopatológicos e dos laudos histopatológicos do laboratório.

METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 44536715.8.0000.5208).

Entre janeiro de 2000 e dezembro de 2017, todos os casos de espécimes bucais e maxilo-faciais enviados e analisados no Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), foram incluídos no estudo.

Entre os critérios de elegibilidade, foram incluídos todos os diagnósticos conclusivos para lesões orais e maxilo-faciais. Foram excluídas todas as lesões não localizadas no complexo maxilo-facial, lesões de pele e lesões com ausência de diagnóstico definitivo.

Os dados clínicos e epidemiológicos coletados foram sexo e idade dos pacientes, localização e tempo de evolução das lesões, tipo de biópsia, hipótese(s) de diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico e a correlação entre diagnóstico clínico e histopatológico. Posteriormente, as lesões foram agrupadas de acordo com a sua origem e natureza e foram classificadas em 14 categorias: (1) lesões reativas-inflamatórias, (2) cistos odontogênicos e (3) não odontogênicos, (4) tumores odontogênicos, (5) patologias das glândulas salivares (neoplásica e não neoplásica), (6) patologias ósseas, (7) neoplasia benignas, (8) neoplasias malignas, (9) lesões potencialmente malignas, (10) lesões imunologicamente mediadas, (11) lesões pigmentadas, (12) lesões infecciosas, (13) distúrbios do desenvolvimento e (14) outros.

Os dados foram coletados e digitados em planilhas do programa Excel (Microsoft Office). Posteriormente, foram tabulados e submetidos à análise descritiva e estatística, no software IBM SPSS Statistic versão 24, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, no qual $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

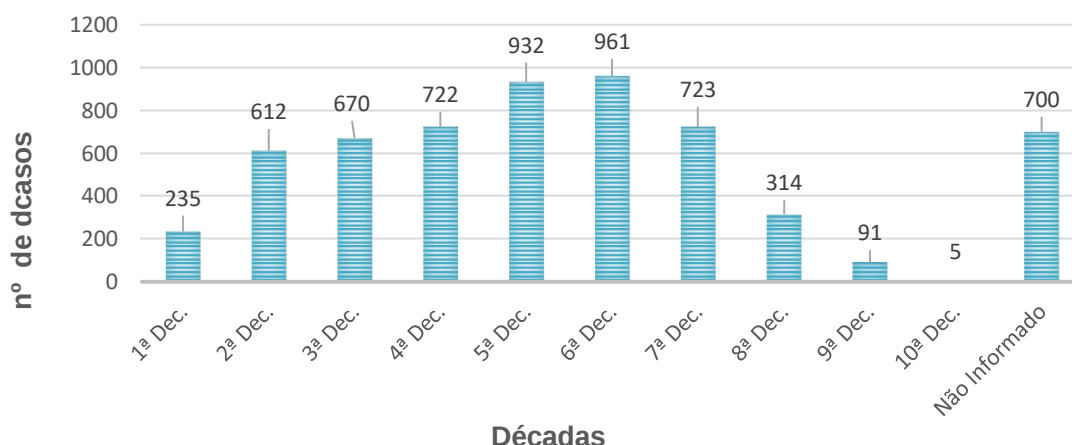
RESULTADOS

Entre janeiro de 2000 e dezembro de 2017, 6.235 lesões foram diagnosticadas no laboratório de Patologia Oral da UFPE, e após os critérios de inclusão e exclusão, 5.965 lesões foram utilizadas no presente estudo.

Destas, 3.860 ocorreram em pacientes do sexo feminino (64,7%), 2.098 no masculino (35,2%) e 07 (0,1%) não tiveram o sexo relatado. Das idades informadas, a amostra apresentou o maior percentual de lesões concentradas na sexta década de vida com 961 casos (16,1%) (Gráfico 1). A idade variou de 03 meses e a maior 97 anos, no entanto, em 700 casos (11,7%) a idade não foi informada.

Observou-se associação significativa entre sexo e grupo de lesões ($p < 0,001$) e entre idade e grupo de lesões ($p < 0,001$) (Tabela 3).

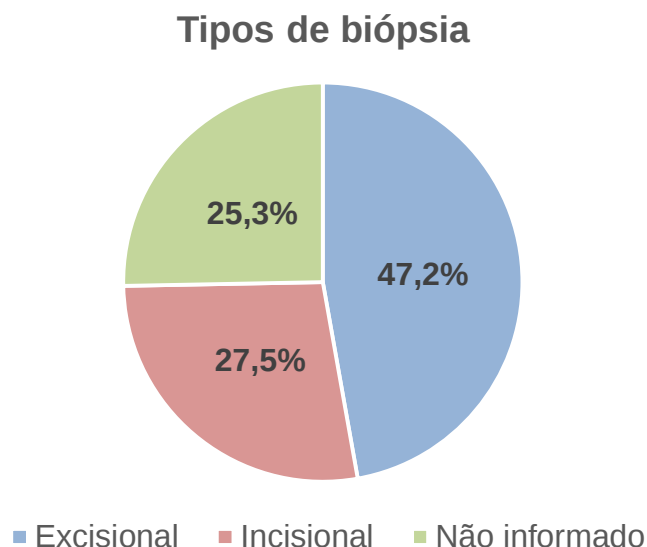
Gráfico 1 – Distribuição do número de lesões por décadas.



Fonte: O autor.

O tempo de queixa das lesões avaliadas variou desde a falta de percepção do paciente, o que foi identificado pelos profissionais, até relatos de 57 anos com a presença da lesão. A maioria das fichas clínicas (94,84% - 5.657) tinha o diagnóstico clínico estabelecido pelos solicitantes. O tipo de biópsia mais executado foi a excisional (2.816 casos - 47,2%) seguida da incisional (1.641 casos - 27,5%). Vale ressaltar que 1.508 fichas clínicas (25,3%) não relataram o tipo de biópsia escolhida para remoção das lesões (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição do tipo de biópsia realizadas.



Fonte: O autor.

Com relação à localização anatômica, lábio foi o local mais acometido com 1.164 casos (19,5%), seguido do grupo gengiva / rebordo alveolar com 1.028 casos (17,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das lesões por localizações anatômicas.

Localização	Quantidade	Porcentagem
Lábio	1.164	19,5%
Gengiva / Rebordo alveolar	1.028	17,2%
Jugal	891	14,9%
Língua	725	12,2%
Mandíbula	594	10,0%
Palato	488	8,2%
Maxila	413	6,9%
Retromolar	185	3,1%
Assoalho	180	3,0%
Outros	119	2,0%
Não informado	178	3,0%
TOTAL	5.965	100%

Fonte: O autor.

A hiperplasia fibrosa foi a patologia mais prevalente do estudo, com 853 casos (14,3%), seguida da hiperplasia fibrosa inflamatória e mucocelo, com 483 (8,10%) e 453 (7,6%) casos, respectivamente. O carcinoma epidermóide destacou-se como a neoplasia maligna mais prevalente, com 231 casos (3,87%) (tabela 2).

Tabela 2 – As vinte lesões mais frequentes do estudo.

Diagnóstico	Grupo	Frequência (%)
Hiperplasia fibrosa	Reativas - Inflamatórias	853 (14,3%)
Hiperplasia fibrosa inflamatória	Reativas - Inflamatórias	483 (8,1%)
Mucocelo	Patologias das glândulas salivares	453 (7,6%)
Leucoplasia	Potencialmente malignas	337 (5,65%)
Processo inflamatório inespecífico	Reativas – Inflamatórias	332 (5,56%)
Granuloma piogênico	Reativas – Inflamatórias	232 (3,9%)
Carcinoma epidermóide	Neoplasias malignas	231 (3,87%)
Cisto radicular	Cistos odontogênicos	140 (2,35%)
Sialoadenite	Patologias das glândulas salivares	137 (2,29%)
Hiperplasia gengival inflamatória	Reativas – Inflamatórias	124 (2,07%)
Papiloma	Neoplasias benignas	108 (1,81%)
Cisto dentígero	Cistos odontogênicos	103 (1,72%)
Hiperplasia fibroepitelial	Reativas – Inflamatórias	85 (1,42%)
Ameloblastoma	Tumores odontogênicos	83 (1,39%)
Granuloma periapical	Reativas – Inflamatórias	83 (1,39%)
Hiperplasia epitelial	Reativas – Inflamatórias	80 (1,34%)
Acantose e hiperqueratose *	Reativas – Inflamatórias	79 (1,32%)
Displasias epiteliais **	Potencialmente malignas	78 (1,31%)
Cisto odontogênico sem especificação	Cistos odontogênicos	76 (1,27%)
Cisto odontogênico queratocístico	Cistos odontogênicos	74 (1,24%)

* Diagnóstico histopatológico de acantose e hiperqueratose que não tiveram o diagnóstico clínico de leucoplasia foram incluídas no grupo das reativas-inflamatórias.

** Diagnóstico histopatológico de displasias epiteliais, nos mais variados graus, sem hipótese clínica de leucoplasia, eritroplasia e/ou queilite actínica.

Fonte: O autor.

No geral, comparando diagnósticos clínicos e histopatológicos, observamos que 61,4% (n=3.660) das hipóteses apresentadas pelos profissionais foram confirmadas pelo exame anatomopatológico e em 38,6% (n=2.305) não houve correlação entre o diagnóstico clínico e microscópico. Vale destacar que nos grupo das

patologias ósseas, distúrbios do desenvolvimento e Outros, foram os grupos os quais tiveram menos concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico.

As lesões reativas inflamatórias representaram o grupo de lesões mais frequente (44,6%). Das quais, 70,4% estavam no sexo feminino e gengiva / rebordo alveolar foi o local mais acometido, com 785 casos seguido da mucosa jugal com 606 casos. O tempo médio de queixa foi de 22,21 meses. A hiperplasia fibrosa foi a lesão mais comum do grupo, com 853 casos (32,1%) e 1.655 lesões tiveram o diagnóstico clínico confirmado pelo exame histopatológico.

Das 743 patologias das glândulas salivares, a mucoccele foi a lesão mais comum com 453 casos (61%). O adenoma pleomórfico e o carcinoma mucoepidermóide foram as neoplasias benigna e maligna mais frequente, com 47 (6,3%) e 11 casos (1,5%), respectivamente. No total, as mulheres, com 465 casos (62,6%), foram mais acometidas. Este grupo teve a menor média de idade do estudo, com 30,2 anos e o tempo médio de queixa de 12,5 meses. O lábio inferior, com 494 casos, foi o local mais acometido, seguido do assoalho oral com 69 casos. Destas, 487 (65,5%) tiveram a hipótese clínica confirmada pelo exame histopatológico.

As lesões potencialmente malignas, com 490 lesões, teve o sexo feminino (56,5%) mais acometido do que o masculino (43,5%). O tempo médio de queixa foi de 26,85 meses. Lábio seguido do grupo gengiva / rebordo alveolar foram os locais mais acometidos, com 98 e 97 casos, respectivamente. A leucoplasia foi a lesão mais prevalente com 337 casos (68,8%). As displasia epiteliais, nos mais variados graus, sem hipótese clínica de leucoplasia, eritroplasia e/ou queilite actínica foram incluídas neste grupo e tiveram uma frequência de 15,9%. No total, este foi o grupo que mais teve correlação entre os diagnósticos clínico-patológico, com 84,5% de concordância.

O cisto radicular foi a patologia mais frequente com 140 casos (30,6%) de todos os 457 cistos odontogênicos. As mulheres (54,5%) foram mais acometidas do que os homens (45,1%). O tempo médio de queixa de 22,71 meses e a maxila foi o local mais acometido com 176 casos, seguido da mandíbula com 174 casos. No total, 311 cistos (68,1%) tiveram o diagnóstico clínico confirmado pelo exame histopatológico. O queratocístico odontogênico foi categorizado neste grupo, após a reclassificação da OMS de 2017, e teve uma prevalência de 16,2%.

A distribuição dos grupos de lesões de acordo com sua origem, assim como os principais dados clínicos e epidemiológicos, está mostrada na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos grupos de lesões de acordo com dados clínicos e epidemiológicos.

Diagnóstico	Número (%)	Sexo*		p valor †	Idade (anos)** Média / DP	Década	p valor †	Concordância		Localização mais comum
		M	F					Sim	Não	
Lesões reativas inflamatórias	2.659 (44,6)	784	1.871		45,97 / ± 17,29	5ª dec.		1.655	1.004	Gengiva / Rebordo
Patologia das gland. salivares	743 (12,5)	278	465		30,20 / ± 20,44	2ª dec.		487	256	Lábio
Potencialmente malignas	490 (8,2)	213	277		54,91 / ± 14,01	7ª dec.		414	76	Lábio
Cistos odontogênicos	457 (7,7)	206	249		32,48 / ± 17,56	3ª dec.		311	146	Maxila
Neoplasias benignas	260 (4,4)	100	160		43,10 / ± 22,24	5ª dec.		165	96	Língua
Neoplasias malignas	260 (4,4)	157	103		61,94 / ± 14,59	7ª dec.		198	62	Língua
Tumores odontogênicos	186 (3,1)	77	109		31,44 / ± 16,35	3ª dec.		117	69	Mandíbula
Lesões pigmentadas	118 (2,0)	28	90	< 0.001	47,40 / ± 17,05	5ª dec.	< 0.001	79	39	Lábio
Imunologicamente mediadas	114 (1,9)	25	89		47,40 / ± 15,91	6ª dec.		95	19	Jugal
Patologias ósseas	110 (1,8)	27	83		31,01 / ± 15,39	2ª dec.		66	44	Mandíbula
Distúrbios do desenvolvimento	55 (0,9)	19	36		60,91 / ± 21,98	5ª dec.		20	35	Lábio
Cistos não-odontogênicos	39 (0,6)	13	26		37,17 / ± 17,26	2ª dec.		20	19	Língua
Lesões infecciosas	20 (0,3)	15	05		45,12 / ± 16,41	5ª dec.		14	06	Lábio e Língua
Outros	454 (7,6)	156	297		40,34 / ± 19,62	5ª dec.		37	417	Lábio
TOTAL	5.965 (100)	2.098	3860		43,45 / ± 19,55	6ª dec.		3.660	2.305	Lábio

* Em 7 casos (4 no grupo Reativas inflamatórias, 2 no grupo Cistos odontogênicos e 1 no grupo Outros) esta informação não estava disponível.

** Em 700 casos, a idade não está disponível.

† p valor usado para calcular a associação entre gênero, idade e os grupos de lesões utilizando o teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: O autor.

A língua, com 79 casos, foi o local mais acometido, seguido do lábio com 54 casos, no grupo das neoplasias benignas com 260 casos. O tempo médio de queixa foi de 29,12 meses e o papiloma escamoso foi a lesão mais frequente com 108 casos (41,5%). No geral, 63,1% das neoplasias tiveram o diagnóstico clínico confirmado pelo exame histopatológico e 61,5% acometeu o sexo feminino.

Das 260 neoplasia malignas, o carcinoma epidermóide foi a lesão mais prevalente com 231 casos (88,8%). Foi um dos poucos grupos onde o gênero masculino foi mais acometido do que o feminino, 60,4% e 39,6% em cada, assim como, foi o grupo que teve a maior média de idade, com 61,94 anos. O tempo médio de queixa foi de 9,71 meses e a língua, com 76 casos, foi o local mais frequente seguido do assoalho com 41 casos. Em relação à confirmação de diagnóstico, houve correlação em 76,2% dos casos.

O ameloblastoma foi o tumor mais prevalente com 83 casos (44,6%) de todos os 186 tumores odontogênicos. O sexo feminino (58,6%) foi o mais comum e o tempo médio de queixa foi de 36,60 meses. A mandíbula foi o local mais acometido com 121 casos. Comparando a correlação clínico patológica, 62,9% dos tumores tiveram o diagnóstico clínico confirmado pelo exame histopatológico

Das 118 lesões pigmentadas, a mais comum com 52 casos (44,1%) foi a pigmentação melânica. O tempo médio de queixa foi de 31,64 meses e o sexo feminino (76,3%) foi o mais prevalente com do que o masculino (23,7%). Lábio e mucosa jugal foram os locais mais acometidos com 29 e 28 casos, na devida ordem. No total, houve correlação clínico-patológica em 66,9% dos casos.

Líquen plano foi a patologia mais frequente do grupo da lesões imunologicamente mediadas, com 40 casos (35,1%) de todos os 114 casos. Destes, 83,3% tiveram a hipótese clínica confirmada pelo exame histopatológico. O tempo médio de queixa de 25,99 meses e as mulheres foram mais acometidas do que homens, com 78,1% e 21,9%, respectivamente. A mucosa jugal, com 42 casos, foi o local mais acometido, seguido do lábio com 32 casos.

No grupo das patologias ósseas, as lesões fibro-ósseas benignas sem especificação foram as mais comuns com 41 lesões (37,3%) de todos os 110 casos. Das quais, 75,5% eram no sexo feminino e o tempo médio de queixa foi de 27,74 meses. A mandíbula foi o local mais acometido com 82 casos, seguido da maxila com 19 casos. No total 66 casos (60%) tiveram o diagnóstico clínico-radiográfico confirmado pelo exame histopatológico e 44 (40%) não acertaram a hipótese de diagnóstico.

No grupo dos distúrbios do desenvolvimento, a Exostose / Torus foi a alteração mais encontrada com 15 casos (27,3%) de todas as 55 alterações. O sexo feminino foi acometido (65,5%) o tempo médio de queixa foi de 35,56 meses. O lábio inferior, com 19 casos, foi o local mais acometido, seguido da maxila com 10 casos. No geral, 20 lesões (36,4%) tiveram o diagnóstico clínico confirmado pelo exame histopatológico e 35 lesões (63,6%) não tiveram a hipótese clínica confirmada, consistindo outro grupo com menor porcentagem de correlação clínico-microscópica.

O Cisto epidermóide foi o cisto não odontogênico mais comum do estudo com 12 casos (30,7%). Dos 39 cistos não odontogênicos, 66,7% dos casos era nos exo feminino, a média de idade foi de 37,17 anos e o tempo médio de queixa de 21,05 meses. A língua foi o local mais acometido com 9 casos, seguido do assoalho bucal com 5 casos. No quesito correlação clínico-patológica, 51,3%) tiveram o diagnóstico clínico confirmado pelo exame histopatológico.

O gênero masculino foi o mais acometido em 75% no grupo de todas as lesões infecciosas. A paracoccidioidomicose foi a lesão mais comum, com 9 casos (45%) e todos no sexo masculino. O tempo médio de queixa foi o menor do estudo, com 5,52 meses. Lábio e língua foram os locais mais acometidos, com 6 casos cada e no geral, 14 lesões (70%) tiveram o diagnóstico confirmado pelo exame histopatológico.

Neste grupo Outros, estão todos os casos que não se enquadravam nos grupos anteriores, mas que foram enviados ao laboratório com solicitação de exame histopatológico. A média de idade foi de 40,34 anos e o tempo de queixa 26,76 meses. Lábio e mandíbula foram os locais mais biopsiados com 96 e 92 casos, respectivamente. O sexo feminino (65,4%) foi o mais biopsiado do que o masculino (34,4%). Este foi o grupo que teve menor concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos, com 91,9%.

A distribuição dos principais diagnósticos histopatológicos de cada grupo de lesões de acordo com sua origem e natureza, assim como os principais dados clínicos e epidemiológicos, são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Dados clínicos e epidemiológicos das principais patologias de cada grupo de lesões.

Diagnóstico	Número (% no gruoo)	Sexo*		Concordância		Localizaçã o mais comum (N)
		M	F	Sim	Não	
LESÕES REATIVAS INFLAMATÓRIAS						
Hiperplasia fibrosa	853 (32,1%)	225	627	722	131	Jugal (330) Geng. -
Hiperplasia fibrosa inflamatória	483 (18,2%)	107	375	405	78	Rebordo (219)
Processo inflamatório inespecífico	332 (12,5%)	119	213	9	323	Jugal (66) Geng. -
Granuloma piogênico	232 (8,7%)	71	160	179	53	Rebordo (132) Geng. -
Hiperplasia gengival inflamatória	124 (4,7%)	48	76	38	86	Rebordo (106) Geng. -
Hiperplasia fibro epitelial	85 (3,2%)	21	64	66	19	Rebordo (26)
Granuloma periapical	83 (3,1%)	35	47	70	13	Maxila (41)
Hiperplasia epitelial	80 (3%)	29	51	28	52	Língua (25)
Acantose e hiperqueratose	79 (2,9%)	29	50	18	61	Jugal (25) Geng. -
Fibroma ossificante periférico	59 (2,2%)	22	37	24	35	Rebordo (49)
Reação liquenóide	50 (1,9%)	13	37	13	37	Jugal (26) Geng. -
Lesão periférica de células gigantes	43 (1,7%)	17	26	18	25	Rebordo (30)
Outros	156 (5,7%)	48	108	65	91	-----
PATOLOGIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES						
Mucocele	453 (61%)	190	263	396	57	Lábio (368)
Sialoadenite	137 (18,4%)	22	115	4	133	Lábio (103)
Adenoma pleomórfico	47 (6,3%)	19	28	33	14	Palato (18)
Rânula	38 (5,1%)	18	20	36	2	Assoalho (37)
Sialolitíase	14 (1,9%)	8	6	12	2	Palato (11)
Carcinoma mucoepidermóide	11 (1,5%)	4	7	-	11	Palato (5)
Adenoma polimorfo de baixo grau	10 (1,4%)	3	7	1	9	Palato (8)

Cisto de retenção	9 (1,2%)	4	5	2	7	Lábio (6)
Carcinoma adenoide cístico	7 (0,9%)	1	6	-	7	Jugal (4)
Cisto do ducto salivar	7 (0,9%)	4	3	1	6	Jugal (4)
Outros	10 (1,4%)	5	5	2	8	-----
POTENCIALMENTE MALIGNAS						
Leucoplasia	337 (68,8%)	128	209	335	2	Gengiva- Rebordo (92)
Displasias epiteliais	78 (15,9%)	34	44	11	67	Língua (22)
Queilite actínica	60 (12,3%)	43	17	55	5	Lábio (59)
Eritroleucoplasia	11 (2,2%)	7	4	10	1	Palato (6)
Eritroplasia	3 (0,6%)	-	3	2	1	Palato (2)
Fibrose submucosa oral	1 (0,2%)	1	-	1	-	Jugal (1)
CISTOS ODONTOGÊNICOS						
Cisto radicular	140 (30,6%)	73	66	114	26	Maxila (81)
Cisto dentífero	103 (22,6%)	34	69	93	10	Mandíbula (45)
Cisto odontogênico sem especificação	76 (16,6%)	42	33	23	53	Maxila (31)
Queratocisto odontogênico	74 (16,2%)	30	44	46	28	Mandíbula (44)
Cisto paradentário	29 (6,4%)	7	22	16	13	Retromolar (15)
Cisto residual	17 (3,7%)	10	7	16	1	Maxila (11)
Cisto odontogênico calcificante	10 (2,2%)	6	4	1	9	Maxila (5)
Cisto odontogênico glandular	7 (1,5%)	4	3	1	6	Maxila (5)
Cisto gengival do adulto	1 (0,2%)	-	1	1	-	Gengiva - Rebordo (1)
NEOPLASIAS BENIGNAS						
Papiloma	108 (41,5%)	39	69	93	15	Língua (35)
Lipoma	34 (13,1%)	13	21	21	13	Jugal (12)
Hemangioma	26 (10%)	10	16	13	13	Lábio (11)
Fibrolipoma	21 (8,1%)	7	14	14	7	Jugal (11)
Linfangioma	17 (6,5%)	7	10	10	7	Língua (13)
Osteoma	11 (4,2%)	5	6	7	4	Mandíbula (6)
Schwannoma	11 (4,2%)	5	6	2	9	Língua (7)
Neuroma	9 (3,5)	4	5	1	8	Língua (3)

Neurofibroma	5 (1,9%)	3	2	1	4	Lábio (2)
Mioepitelioma	4 (1,6%)	2	2	-	4	Palato (4)
Outros	14 (5,4)	5	9	2	12	-----
NEOPLASIAS MALIGNAS						
Carcinoma epidermóide	231 (88,8%)	143	88	194	37	Língua (72)
Carcinoma in situ	10 (3,8%)	5	5	4	6	Língua (4)
Neoplasia maligna indiferenciada	9 (3,5%)	4	5	-	9	Outros (3)
Osteossarcoma	3 (1,2%)	-	3	-	3	Mandíbula (2)
Linfoma	2 (0,8%)	2	-	-	2	Palato / Retromolar (1)
Mieloma múltiplo	2 (0,8%)	1	1	-	2	Mandíbula / Não Informado (1)
Metástase	2 (0,8%)	1	1	-	2	Lábio / Maxila (1)
Leiomiossarcoma	1 (0,4%)	1	-	-	1	Lábio (1)
TUMORES ODONTOGÊNICOS						
Ameloblastoma	83 (44,6%)	44	39	60	23	Mandíbula (71)
Odontoma	39 (20,9%)	15	24	34	5	Mandíbula (19)
Mixoma	19 (10,2%)	5	14	9	10	Mandíbula (11)
Fibroma ossificante	16 (8,6%)	7	9	7	9	Mandíbula (6)
Tumor odontogênico adenomatóide	7 (3,7%)	1	6	3	4	Maxila (4)
Tumor odontogênico de células granulares	7 (3,7%)	-	7	1	6	Língua (5)
Tumor odontogênico escamoso	5 (2,7%)	1	4	1	4	Mandíbula (4)
Cementoblastoma	4 (2,2%)	2	2	2	2	Mandíbula (4)
Fibroma ameloblástico	2 (1,1%)	1	1	-	2	Gengiva - Rebordo / Mandíbula

						(1)
Tumor odontogênico epitelial calcificante	2 (1,1%)	1	1	-	2	Maxila / Mandíbula (1)
Tumor dentinogênico de células fantasmas	1 (0,6%)	-	1	-	1	Mandíbula (1)
Tumor odontogênico benigno	1 (0,6%)	-	1	-	1	Mandíbula (1)
PATOLOGIAS ÓSSEAS						
Lesão fibro-óssea benigna	41 (37,3%)	12	29	4	37	Mandíbula (30)
Lesão central de células gigantes	27 (24,5%)	5	22	17	10	Mandíbula (22)
Displasia fibrosa	18 (16,4%)	4	14	10	8	Mandíbula (13)
Cisto ósseo simples	13 (11,8%)	6	7	9	4	Mandíbula (11)
Displasias ósseas	11 (10%)	-	11	9	2	Mandíbula (7)
LESÕES PIGMENTADAS						
Pigmentação melânica	52 (44,1%)	12	40	36	16	Lábio (21)
Nevos	19 (16,1%)	4	15	17	2	Palato (7)
Tatuagem por amálgama	19 (16,1%)	6	13	13	6	Geng. - Rebordo (11)
Mácula melanocítica	11 (9,3%)	3	8	8	3	Lábio (4)
Derrame pigmentar	7 (5,9%)	1	6	2	5	Palato (4)
Pigmentação exógena	7 (5,9%)	2	5	2	5	Gengiva - Rebordo / Palato (2)
Melanose	2 (1,7%)	-	2	-	2	Jugal / Língua (1)
Melanoacantoma	1 (0,9%)	-	1	1	-	Gengiva - Rebordo (1)
IMUNOLOGICAMENTE MEDIADAS						
Líquen plano	40 (35,1%)	6	34	39	1	Jugal (30)
Pênfigo vulgar	27 (23,7%)	11	16	22	5	Jugal (9)
Síndrome de Sjögren	25 (21,9%)	1	24	24	1	Lábio (19)

Tecido mole normal	196 (43,2%)	59	136	20	176	Lábio (51)
Tecido duro normal	109 (24%)	41	68	16	93	Mandíbula (49)
Correlacionar com o clínico	86 (19%)	35	51	-	86	Lábio (22)
Material insuficiente	57 (12,5%)	20	37	-	57	Lábio (16)
Coágulo sanguíneo	5 (1,1%)	1	4	1	4	Mandíbula (3)
Amiloidose	1 (0,2%)	-	1	-	1	Língua (1)

* Em 7 casos (um caso nos respectivos diagnósticos histopatológicos: hiperplasia fibrosa, hiperplasia fibrosa inflamatória, granuloma piogênico, granuloma periapical, cisto radicular, cisto odontogênico sem especificação e tecido mole normal) não teve o gênero do paciente informado.

Fonte: O autor.

DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que a distribuição das lesões orais e maxilo faciais diagnosticadas no laboratório de patologia oral da UFPE teve uma enorme variação de diagnósticos semelhantes a outras pesquisas realizadas em laboratórios nacionais e internacionais ^{1, 7, 14, 15, 16, 17}.

O sexo feminino foi o mais comum, com um prevalência de 64,7%, o que está de acordo com outros estudos retrospectivos, com frequência de 56,9% ¹, 53,5% ⁹, 52,3% ¹⁶, 59,6% ¹⁸, 51,5% ¹⁹ para mulheres. Este achado pode ser devido a fatores sociais e culturais, pois os homens, principalmente de classes sociais mais baixas, procuram serviço de saúde com menos frequência e, portanto, têm menor probabilidade de serem diagnosticados ⁸.

Neste estudo, a idade variou entre 03 meses a 97 anos de idade, tendo o pico de prevalência na sexta década de vida. Guedes *et al.* ⁹ também obteve em seus resultados prevalência na sexta década de vida, em um grupo que a idade variou de 3 a 100 anos. Esse perfil não foi verdadeiro para todos os grupos de lesões, pois as patologias das glândulas salivares, patologias ósseas e cistos não odontogênicos foram mais prevalentes na segunda década de vida, enquanto as lesões potencialmente malignas e neoplasias malignas foram mais comum na sétima década de vida.

Quando analisamos os grupos de lesões de acordo com sexo e idade, percebemos que as neoplasias malignas, e o carcinoma epidermóide, a neoplasia maligna mais comum do grupo (88,8%) e do estudo (3,87%), ocorre com maior frequência em homens (60,4%) e pacientes idosos, sendo o grupo que teve a maior média de idade com 61,94 anos, estando de acordo com outros achados ^{9, 15, 16}. No entanto, a incidência de carcinoma epidermóide em pacientes com menos de 45 anos de idade e no sexo feminino está aumentando constantemente ²⁰ e novos estudos para conhecer a patogênese e novos fatores de risco são realizados ^{16, 21, 22}.

Alguns grupos tiveram maior frequência em um determinado sexo. As lesões infecciosas e as neoplasias malignas foram mais prevalentes no sexo masculino, semelhantes a outras séries ^{9, 15, 16}. Isso pode ser explicado pelo fato de que o paracoccidiodomicose, a lesão infecciosa mais prevalente com 45%, terem sido todas no sexo masculino, corroborando com a literatura ^{23, 24, 25, 26}. E o carcinoma epidermóide mais comum nos homens, como já foi discutido. Enquanto, as mulheres com prevalência de 78,1%, foram mais diagnosticadas com lesões imunologicamente mediadas do que os homens, reforçando séries anteriores ^{1, 9, 15}.

Com relação à localização anatômica, o lábio foi o sítio mais acometido, sendo o local mais predominante também no estudo de Monteiro *et al.* ¹⁶. A mucocèle, lesão mais comum no grupo das patologias das glândulas salivares, também foi a lesão de maior prevalência em lábio. Rivera *et al.* ²⁷ também encontrou esse resultado e diz que a etiologia da mucocèle está relacionada ao trauma. Talvez isso se explique devido o lábio ser a transição entre a pele e a mucosa oral, e ficar exposto a várias substâncias irritantes e fatores traumáticos, sendo um local de apresentação para uma ampla variedade de lesões ²⁸, como foi nesta pesquisa.

A literatura é escassa de estudos que relatem a percentagem dos tipos de biópsias que os profissionais executam no momento de remoção dos tecidos. Nesse estudo, por exemplo, 25,3% dos casos não informaram o tipo biópsia realizado. Isso não deveria acontecer, pois o tipo de biópsia é um dos fatores contribuintes para o diagnóstico final. Amostras não representativas de lesões heterogêneas ou superficiais de lesões profundas podem causar discordância ou subdiagnósticos no momento de planejar o tratamento ²⁹.

Alguns profissionais iniciam o tratamento dos pacientes apenas com o diagnóstico clínico, no entanto, é necessário estudar o nível de acurácia dos diagnósticos clínicos comparando-os com o histopatológico. Neste trabalho, 61,4%

das hipóteses clínicas foram confirmadas através do exame patológico, ficando entre a concordância de 50,6% e 93,3% de outros estudos ^{30, 31}. No entanto, as patologias ósseas e os distúrbios do desenvolvimento foram os grupos que tiveram a menor porcentagem de correlação clínico-patológico, com 44,4% e 36,4% respectivamente.

As lesões categorizadas como reativas-inflamatórias foi o grupo mais prevalente da pesquisa concordando com resultados encontrados em outros estudos ^{10, 11, 14, 15}. Kelloway *et al.* ¹⁴ e Jones e Franklin ³² encontraram a hiperplasia fibrosa como a patologia mais frequente, assim como nesta série. A gengiva / rebordo alveolar foi o segundo local anatômico mais comum deste estudo, e foi o local onde mais ocorreu lesões reativas-inflamatórias, semelhantes a outras pesquisas ^{6, 33}. Isto não é surpresa, pois a cavidade oral é um local que frequentemente é submetido a múltiplos estímulos traumáticos e patológicos, tais como; próteses mal adaptadas, má oclusão, dentes fraturados e outros problemas dentários ¹⁶.

Neste estudo, foram incluídas no grupo das patologias das glândulas salivares tanto as lesões neoplásicas quanto as não neoplásicas, e foi o segundo grupo mais prevalente da série, com pico de prevalência na segunda década de vida, dado justificado pela alta frequência de mucocelos (61%). As neoplasias tiveram prevalência pouco mais que 10%. A literatura mostra que os tumores de glândulas salivares ocorrem em pacientes mais velhos e no palato ^{34, 35, 36, 37}, e não na segunda década e vida e no lábio, como foi mais como no grupo dessa série.

Vale a pena ressaltar que, este estudo foi realizado em um laboratório de uma universidade. Como consequência, recebeu poucos casos de glândulas salivares maiores em comparação com estudos realizados em centros de câncer, não calculando a porcentagem de todas as patologias das glândulas salivares.

As lesões potencialmente malignas também foi um dos grupo mais prevalentes do estudo, sobretudo, pelo alto índice de leucoplasias, principalmente em adultos mais velhos, corroborando com a literatura ^{9, 38}. A média de idade deste grupo foi de 54,91 anos de idade, sendo o grupo que teve o menor desvio padrão, com $\pm 14,01$ anos. Guedes *et al.* ⁹ encontrou média de 60,5 anos e desvio padrão de $\pm 14,5$ anos. Mello *et al.* ³⁰ encontrou média de 53,4 anos e desvio padrão de $\pm 9,5$ anos, e que a maior frequência em pacientes mais velhos pode ter sido influenciada pelo tabaco e álcool.

Alguns estudos tem sugerido a associação do HPV com a leucoplasia e displasias. Gomez-Armayaones *et al.* ³⁹ encontrou uma baixa fração atribuível ao

DNA-HVP em lesões orais pré-malignas, sugerindo que é improvável que o HPV desempenhe um papel significativo na carcinogênese oral. No nosso estudo, as leucoplasias foram mais comuns em gengiva / rebordo alveolar e as displasias epiteliais em língua, e é importante enfatizar que os carcinomas relacionados ao HPV são mais prevalentes na orofaringe do que outras mucosas orais ³⁸.

Em 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a 4ª edição da classificação de tumores de cabeça e pescoço ⁴⁰. No estudo, já categorizou cistos e tumores odontogênicos de acordo com a classificação da OMS. O cisto radicular foi o cisto odontogênico mais prevalente, como mostra a literatura ^{5, 41, 42, 43}. Assim como o ameloblastoma foi o tumor odontogênico mais comum, como encontrado em outros estudos ^{44, 45, 45}. Contudo, novas séries devem ser realizadas para determinar a verdadeira epidemiologia dos cistos e tumores odontogênicos e saber qual o real impacto desta mudança na prevalência das lesões bucais.

As neoplasias benignas foram mais prevalentes no gênero feminino, reforçando achados anteriores ^{9, 16, 44}. O papiloma escamoso foi o diagnóstico mais comum deste grupo, resultado semelhante a alguns estudos prévios ^{9, 32, 47}. Em relação à localização anatômica, as neoplasias benignas mostraram predileção pela língua, corroborando com o estudo de Vani *et al.* ⁴⁷. A língua também foi o local mais prevalente das neoplasias malignas, principalmente do carcinoma epidermóide, como visto em outras séries ^{9, 15, 16}.

No grupo das patologias ósseas as lesões fibro-ósseas benignas sem especificação foram as mais comuns, o que foi bem diferente de várias outras séries, que tiveram displasia fibrosa ^{48, 49}, displasia óssea florida ⁵⁰ e lesão central de células gigantes ⁴⁴ como as mais prevalentes. Apesar da diversidade, as lesões do grupo das patologias ósseas demonstram características clínicas, radiográficas e histopatológicas semelhantes ⁴⁸. Neste estudo, as lesões com ausência de informações clínico-radiográficas tiveram o diagnóstico histopatológico de lesão fibro-óssea benigna, o que pode justificar ter sido a mais comum. As lesões foram mais encontradas na segunda década de vida, corroborando com outros estudos ^{48, 49}. E o que esses estudos e outros tiveram em comum com o nosso foi a mandíbula e as mulheres como o local e o gênero mais afetado ^{32, 44, 48, 49, 50}.

A pigmentação melânica foi a lesão mais prevalente no grupo das pigmentadas desta pesquisa, resultado similar a outros dois estudos ^{51, 52} e diferente de outro, onde a mais comum foi a tatuagem por amálgama ⁵³. Nos estudos de

Ghapanchi *et al.*⁵¹ e Hassona *et al.*⁵², o local mais acometido foi a gengiva, no de Tavares *et al.*⁵³ foi mucosa jugal e no nosso foi o lábio e todos tiveram as mulheres como gênero mais afetado.

A lesão imunologicamente mediada mais encontrada em nosso estudo foi o líquen plano e as mulheres foi o gênero mais acometido, corroborando com séries anteriores^{1, 9, 15}. Já no grupo dos cistos não odontogênicos o cisto epidermóide foi o cisto mais prevalente do grupo, resultado bem diferente da literatura, onde o cisto do ducto nasopalatino é o mais comum^{14, 32, 41, 54, 55, 56}.

No grupo distúrbios do desenvolvimento a exostose óssea / torus foi a alteração mais encontrada no do estudo. Kelloway *et al.*¹⁴ também encontrou a exostose óssea como a mais comum, no entanto, classificou no grupo das patologias ósseas. Vale salientar que, a maioria dos distúrbios do desenvolvimento tem o diagnóstico clínico como soberano, não sendo necessário realizar biópsia. Assim como, no grupo outros, 67,2% era de tecidos normais, entre tecidos moles e duros. Uma porcentagem maior do que 11,7% e 39,6% encontradas Yakin *et al.*¹⁰ e Hatem *et al.*⁴⁴, respectivamente. Desta forma, o cirurgião-dentista deve estar atento para não realizar biópsias em tecidos sem anormalidades.

Esse estudo revelou alguns desafios que podem ser encontrados em um laboratório de patologia oral. Por exemplo, 57 casos foram de biópsias com material insuficiente, 86 casos tiveram a descrição microscópica, porém por falta de documentação deficiente não foi possível fazer um diagnóstico definitivo. Além do mais, as informações clínicas são importantes para concluir o diagnóstico, e dados como sexo e idade dos pacientes, localização da lesão foram omitidos ou negligenciadas pelos profissionais solicitantes do exame histopatológico.

CONCLUSÃO

O grupo de lesões que mais acometeram os tecidos orais e maxilo faciais foram as lesões reativas inflamatórias, sendo a hiperplasia fibrosa a patologia mais prevalente deste grupo e de todo o estudo. O carcinoma epidermóide foi a neoplasia maligna mais comum, principalmente no gênero masculino e na sétima década de vida.

Os profissionais devem estabelecer o diagnóstico final através de biópsias

de rotina, isso evitará tratamentos desnecessários e atrasos nos diagnósticos. No entanto, é preciso conhecer os distúrbios do desenvolvimento e tecidos sem anormalidades para evitar biópsias sem necessidades.

Além disso, é importante o completo detalhamento das informações clínicas nas fichas de solicitação de biópsias, uma vez que esses dados ajudam na construção do diagnóstico final, auxiliam no estabelecimento de políticas públicas, auxiliam na elaboração de conteúdo programáticos nos cursos de graduação e pós-graduação e fornecem dados secundários para produção de pesquisas científicas.

REFERÊNCIAS

1. Saleh, S. M. et al. Retrospective analysis of biopsied oral and maxillofacial lesions in South-Western Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2017;38(4):405-412.
2. Pessôa, C. P. et al. Epidemiological survey of oral lesions in children and adolescents in a Brazilian population. *Int J Pediatric otorhinolaryngol*. 2015;79(11):1865-1871.
3. Prosdócimo, M. L et al. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in a pediatric population from Rio de Janeiro–Brazil over a 75-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(5):e511-e517.
4. Do Vale, E. B. et al. A review of oral biopsies in children and adolescents: a clinicopathological study of a case series. *J Clin Exp Dent*. 2013;5(3):144-149.
5. Jaeger, F. et al. Prevalence profile of odontogenic cysts and tumors on Brazilian sample after the reclassification of odontogenic keratocyst. *J Craniomaxillofac Surg*. 2017;45(2):267-270
6. Dutra, K. L. et al. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J otorhinolaryngol*. 2018.
7. Silva, L. P. et al. Oral and maxillofacial lesions diagnosed in older people of a Brazilian population: a multicentric study. *J Am Geriatr Soc*. 2017; 65(7):1586-1590.
8. Silva, K. et al. Retrospective analysis of jaw biopsies in young adults. A study of 1599 cases in Southern Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017;22(6):e702-e707.
9. Guedes, M. M. et al. Oral soft tissue biopsies in Oporto, Portugal: An eight year retrospective analysis. *J Clin Exp Dent*. 2015;7(5):e640-e648

10. Yakin, M. et al. Oral and maxillofacial pathology submitted to Rizgary Teaching Hospital: a 6-year retrospective study. *Int Dent J.* 2016;66(2):78-85.
11. Mendez, M. et al. A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features. *Braz Oral Res.* 2012;26(3):235-241.
12. Bornstein, M. M. et al. Squamous Cell Carcinoma of the Gingiva Mimicking Periodontal Disease: A Diagnostic Challenge and Therapeutic Dilemma. *Int J Periodont Restorat Dent:* 2018;38(2):253-259.
13. Naples, J. et al. Unusual Fungal Lesion Presenting as a Neoplastic Pediatric Tongue Mass. *Pediatrics.* 2017;139(5):e20161345.
14. Kelloway, E. et al. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. *Aust Dent J.* 2014;59(2):215-220.
15. Dovigi, E. A. et al. A retrospective study of 51,781 adult oral and maxillofacial biopsies. *J Am Dent Assoc.* 2016;147(3):170-176.
16. Monteiro, L. S. et al. A comparative analysis of oral and maxillofacial pathology over a 16-year period, in the north of Portugal. *International dental jornal.* 2017;67(1):38-45.
17. SILVA, L. V. D. O. et al. A multicenter study of biopsied oral and maxillofacial lesions in a Brazilian pediatric population. *Braz Oral Res.* 2018;32:e20.
18. Ali, M.; Joseph, B.; Sundaram, D. Prevalence of oral mucosal lesions in patients of the Kuwait University Dental Center. *Saudi Dent J.* 2013;25(3):111-118.
19. Akinyamoju, A. O. et al. Audit of Oral Histopathology Service at a Nigerian Tertiary Institution over a 24-Year Period. *Ethiop J Health Sci.* 2017;27(4):383-392.
20. Leite, A.A. et al. Oral squamous cell carcinoma: a clinicopathological study on 194 cases in northeastern Brazil. A cross-sectional retrospective study. *Sao Paulo Med J.* 2018; 136(2):165-169.
21. Dos Santos Costa, S. et al. Molecular basis of oral squamous cell carcinoma in young patients: Is it any different from older patients?. *J Oral Pathol Med.* 2018;47(6):541-546.
22. XU, Q. et al. XU, Qiaoshi et al. The impact of age on oral squamous cell carcinoma: A longitudinal cohort study of 2,782 patients. *Oral Diseases.* 2018.
23. Silva, C. O. et al. Gingival involvement in oral paracoccidioidomycosis. *J Periodontol.* 2007;78(7):1229-1234.

24. Azenha, M. R. et al. A retrospective study of oral manifestations in patients with paracoccidioidomycosis. *Braz Dent J.* 2012;23(6):753-757.
25. Trindade, A. H. et al. Oral paracoccidioidomycosis: Retrospective analysis of 55 Brazilian patients. *Mycoses.* 2017;60(8):521-525.
26. De Arruda J.A. A. et al. A multicentre study of oral paracoccidioidomycosis: Analysis of 320 cases and literature review. *Oral Dis.* 2018;24(8):1492-1502.
27. Rivera, C. et al. Oral diseases: a 14-year experience of a Chilean institution with a systematic review from eight countries. *Med Oral, Patol Oral Cir Bucal.* 2017;22(3), e297-306.
28. Arslan, S. A. et al. A 15-year retrospective study of 160 cases of benign lip lesions. *J Laryngol Otol.* 2015;129(12):1224-1227.
29. Chen, S. et al. The diagnostic accuracy of incisional biopsy in the oral cavity. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016;74(5):959-964.
30. Patel, K. J. et al. Concordance between clinical and histopathologic diagnoses of oral mucosal lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(1):125-133.
31. Tatli, U. et al. (2013). Diagnostic concordance characteristics of oral cavity lesions. *Scientific World Journal.* 2013;2013:785929.
32. Jones, A. V.; Franklin, C. D. An analysis of oral maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *J Oral Pathol Med.* 2006;35(7):392-401.
33. Sengüven, B. et al. Oral mucosal lesions: a retrospective review of one institution's 13-year experience. *Turk J Med Sci.* 2015;45(1):241-245.
34. Lei, F. et al. Retrospective study of biopsied head and neck lesions in a cohort of referral Taiwanese patients. *Head Face Med.* 2014;10(1):28.
35. Ito, F. A. et al. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34(5):533-536.
36. Dhanuthai, K. et al. A clinico-pathologic study of 311 intra-oral salivary gland tumors in Thais. *J Oral Pathol Med.* 2009;38(6):495-500.
37. Tian, Z. et al. Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39(3):235-242.
38. Mello F. W. et al. Intraoral Potentially Malignant Disorders in a Brazilian Oral Pathology Service: Epidemiological, Clinical, and Histopathological Findings. *J Oncol.* 2018.

39. Gomez-Armayones, S. et al. Human papillomavirus in premalignant oral lesions: No evidence of association in a Spanish cohort. *PloS One*. 2019;14(1):e0210070.
40. El-NAGGAR, A. K. et al. WHO classification of head and neck tumours. 2017.
41. Tekkesin, M. S. et al. Odontogenic and nonodontogenic cysts in Istanbul: analysis of 5088 cases. *Head Neck*. 2012;34(6):852-855.
42. Del Corso, G. et al. Jaw cysts diagnosed in an Italian population over a 20-year period. *Int J Surg Pathol*. 2014;22(8):699-706.
43. Villasis-Sarmiento, L. et al. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in a Mexican sample. A 753 cases study. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(4):e531-e538.
44. Hatem, M. et al. Benign Orofacial Lesions in Libyan Population: A 17 Years Retrospective Study. *Open Dent J*. 2015;9:380-387.
45. Deepthi, P. V. et al. A study of 1177 odontogenic lesions in a South Kerala population. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2016;20(2):202-207.
46. Kebede, B. et al. Odontogenic tumors in Ethiopia: eight years retrospective study. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):54.
47. Vani, N. V. et al. Retrospective analysis of benign orofacial tumors at a tertiary referral center in Saudi Arabia. *J Investig clinical Dent*. 2017;8(4):e12254.
48. Phattarataratip, E., Pholjaroen, C., Tiranon, P. A clinicopathologic analysis of 207 cases of benign fibro-osseous lesions of the Jaws. *Int J Surg Pathol*. 2014;22(4):326-333.
49. Muwazi, L. M., Kamulegeya, A. The 5-year prevalence of maxillofacial fibro-osseous lesions in Uganda. *Oral Dis*. 2015;21(1), e79-e85.
50. Netto, J. D. N. S. et al. Benign fibro-osseous lesions: clinicopathologic features from 143 cases diagnosed in an oral diagnosis setting. *Oral Surg Oral Med Oral pathol Oral Radiol*. 2013;115(5):e56-e65.
51. Ghapanchi, J. et al. Prevalence of Oral Pigmented Lesions: A Prospective Study. *Aust J Basic Appl Sci*. 2012;6(8):417-420.
52. Hassona, Y. et al. Prevalence and clinical features of pigmented oral lesions. *Int J Dermatol*. 2016;55(9):1005-1013.
53. Tavares T. S. et al. Pigmented lesions of the oral mucosa: A cross-sectional study of 458 histopathological specimens. *Oral Dis*. 2018;24(8):1484-1491.
54. Butt, F. M. et al. Pattern of odontogenic and nonodontogenic cysts. *J Craniofac Surg*. 2011;22(6):2160-2162.

55. Nonaka, C. F. W. et al. Nonodontogenic cysts of the oral and maxillofacial region: demographic profile in a Brazilian population over a 40-year period. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011;268(6):917-922.
56. Uchoa-Vasconcelos, A. C. et al. Demographic profile of oral nonodontogenic cysts in a Brazilian population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19(4):e308-e312.

3.2 ARTIGO 2 – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE LESÕES DE GENGIVA E REBORDO ALVEOLAR: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO DE 1.563 CASOS

RESUMO

A gengiva e o rebordo alveolar são comumente afetadas por várias condições patológicas, neoplásica e não neoplásicas. O diagnóstico depende das características clínicas e histopatológicas, no entanto, conhecer a prevalência dessas lesões, é essencial para concluir o diagnóstico definitivo. O objetivo deste trabalho foi avaliar a frequência das lesões de gengiva e de rebordo alveolar diagnosticadas em dois laboratórios de patologia oral de duas universidades brasileiras. Foi realizado uma estudo retrospectivo das fichas clínicas e laudos histopatológicos entre janeiro de 2000 a dezembro de 2017. Foram coletados dados clínicos sobre sexo, idade, localização da lesão e diagnóstico histopatológico. As lesões foram separadas em 8 grupos. No total, 13,28% das lesões (n=1.563 casos) estavam localizadas em gengiva e rebordo alveolar. Das quais, 640 (41%) localizavam-se na maxila, 540 (34,5%) na mandíbula e 383 (24,5%) estavam sem especificação. Houve 1.096 lesões (70,1%) no sexo feminino e 467 (29,9%) no masculino. O maior percentual dos casos acometeu pacientes na 6ª década (51-60 anos) de vida (284 - 18,2%). Havia lesões reativas inflamatórias (1.260 - 80,6%); lesões potencialmente malignas (99 - 6,3%); neoplasia malignas (66 - 4,2%); cistos e tumores odontogênicos, cistos não odontogênicos (43 - 2,7%); neoplasia benignas (32 - 2,1%); imunologicamente mediadas (30 - 1,9%); lesões pigmentadas (27 - 1,8%) e lesões infecciosas (06 - 0,4%). A hiperplasia gengival inflamatória foi a lesão mais prevalente com 286 casos (18,3%) e o carcinoma epidermóide destacou-se como a neoplasia maligna mais comum, com 45 casos (2,9%). A alta frequência de lesões gengivais e no rebordo alveolar chama atenção para que os cirurgiões-dentistas realizem exames clínicos criteriosos, com o objetivo de identificar e diagnosticar precisamente essas lesões

PALAVRAS-CHAVES: Gengiva. Rebordo alveolar. Doenças bucais. Prevalência.

INTRODUÇÃO

A gengiva e o rebordo alveolar fazem parte das estruturas de suporte do periodonto ao redor dos dentes e comumente estão envolvidos nas doenças gengivais e periodontais ¹. A grande maioria das patologias que afetam esses locais, gengivite e periodontite, são induzidas pela placa dental ²; no entanto, gengiva e rebordo alveolar são comumente afetados por outras condições patológicas locais e sistêmicas, como lesões não neoplásicas e neoplásicas ³.

As lesões não neoplásicas são geralmente inflamatórias ou representam uma reação a algum tipo de irritação de baixo grau. As neoplasias, por outro lado, representam um processo caracterizado por um crescimento autônomo progressivo que pode ter um curso benigno ou maligno ⁴. Embora o diagnóstico dependa das características clínicas, o exame histopatológico pode ser necessário para confirmar o diagnóstico, seja para descartar uma natureza neoplásica ¹; ou até mesmo confirmar, como por exemplo, o caso de metástase de um carcinoma pulmonar em gengiva que mimetizava um granuloma piogênico ⁵.

Na literatura, a gengiva e o rebordo alveolar são um dos principais sítios anatômicos com alta frequência de patologias orais. Em um estudo de lesões da mucosa bucal em idosos a gengiva/rebordo foi o local mais acometido ⁶. Uma outra pesquisa que investigava pacientes com lesões orais potencialmente malignas também teve a gengiva como o sítio mais acometido ⁷. Já em outro estudo retrospectivo, com 51.781 biópsias orais, a gengiva foi o segundo local mais acometido, mas o sítio anatômico que mostrou a mais ampla variação de diagnósticos entre os tipos de doenças ⁸.

Alguns estudos epidemiológicos foram relatados na literatura sobre lesões gengivais ¹. No entanto, muitos deles se concentram em lesões reativas-inflamatórias, ou seja, hiperplasia fibrosa, granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico e lesão periférica de células gigantes ^{9, 10, 11}, provavelmente por serem as lesões mais prevalentes.

Entretanto, neoplasia benignas e malignas, lesões de origem displásicas e lesões que representam manifestações de doenças sistêmicas também podem ocorrer ¹². Contudo, o conhecimento da frequência e distribuição dessas outras lesões também é essencial para estabelecer um diagnóstico preciso e planejar o

tratamento ⁴.

Alblowi e Binmadi ¹, Amirchaghmaghi *et al* ⁹ estudaram 119 e 123 lesões gengivais, respectivamente. No primeiro estudo, o número de casos é pequeno e no segundo só incluíram lesões reativas. Já Hernández-Ríos *et al* ² estudou 1.012 lesões, sendo um dos poucos trabalhos a mostrar a frequência não só de lesões reativas e neoplásicas, mas também de outros grupos, como lesões infecciosas e potencialmente malignas, por exemplo.

A prevalência de lesões orais que acomete a gengiva e o rebordo alveolar e a variação dos aspectos clínicos que podem aparecer numa mesma lesão demonstra a importância do conhecimento dessas lesões pelos cirurgiões-dentistas, para que os pacientes portadores dessas doenças tenham o diagnóstico correto e consequentemente o tratamento mais adequado. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar, retrospectivamente, a frequência de lesões gengivais e de rebordo alveolar diagnosticadas em dois laboratórios de Patologia Oral de duas Universidades brasileiras.

METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 44536715.8.0000.5208).

Entre janeiro de 2000 e dezembro de 2017 foi realizada uma análise retrospectiva das lesões bucais e maxilo-faciais diagnosticadas nos Laboratórios de Patologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FO-UFRJ), a partir das fichas clínicas de requisição de exames histopatológicos e dos laudos de diagnósticos histopatológicos de ambos os laboratórios.

A pesquisa incluiu todos os diagnósticos conclusivos para lesões orais e maxilo-faciais localizadas, exclusivamente, em gengiva e rebordo alveolar. Foram excluídas todos os casos com outras localizações, ausência de diagnóstico definitivo por informação clínica incompleta, material insuficiente ou mal acondicionados no fixador. Os dados foram digitados e analisados em planilhas do programa Excel (Microsoft Office). Foram tabulados e submetidos à análise descritiva.

Os dados clínicos e epidemiológicos coletados foram sexo, idade, localização e diagnóstico histopatológico. As lesões foram classificadas de acordo com a sua origem e natureza em oito grupos: (1) lesões reativas-inflamatórias; (2) cistos e tumores odontogênicos; cisto não odontogênico (3) neoplasias benignas; (4) neoplasias malignas; (5) lesões potencialmente malignas; (6) lesões imunologicamente mediadas; (7) lesões pigmentadas e (8) lesões infecciosas.

RESULTADOS

No período estudado, 11.767 lesões foram diagnosticadas em ambos os laboratórios, das quais 1.748 (14,85%) lesões localizavam-se em gengiva e rebordo alveolar. Entretanto, após determinar os critérios de exclusão, 1.563 (13,28%) lesões foram inseridas no estudo. Destas, 992 pertenciam ao Laboratório de Patologia Oral da UFPE e 571 ao Laboratório de Patologia Oral da FO-UFRJ (**Tabela 1**).

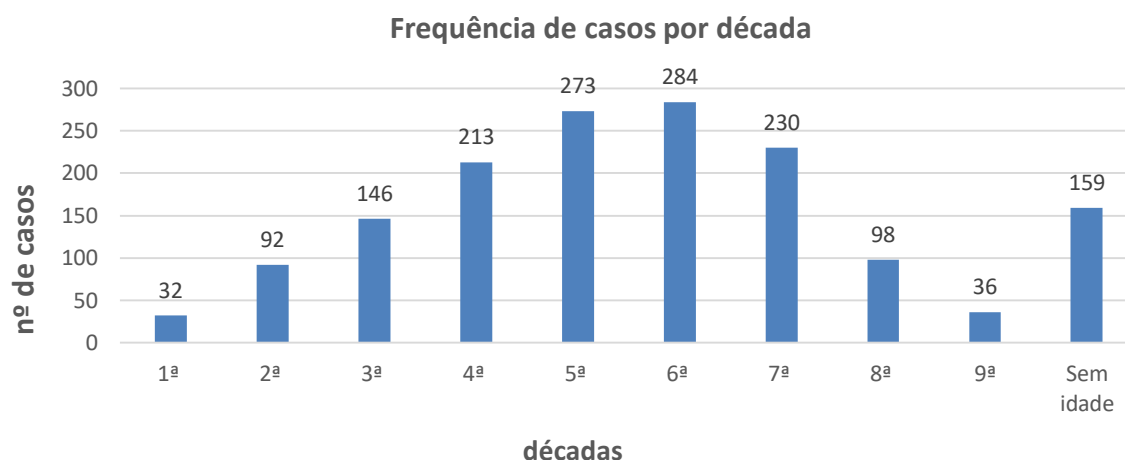
Tabela 1 – Distribuição do número de lesões em gengiva e rebordo por laboratório de diagnóstico.

Laboratório de Patologia Oral	Gengiva	Rebordo alveolar	Total
UFPE	483	509	992
FO - UFRJ	300	271	571
TOTAL	783	780	1563

Fonte: O autor.

No total, 783 (50,1%) localizavam-se em gengiva e 780 (49,9%) em rebordo alveolar. Das quais, 640 lesões (41%) estavam na maxila, 540 (34,5%) na mandíbula e 383 casos (24,5%) estavam sem especificação quanto a localização. Quanto ao sexo, houve 1.096 pacientes do sexo feminino (70,1%) e 467 do masculino (29,9%) com um proporção homem: mulher de 1:2,3. A maioria dos casos acometeu pacientes na 6ª década de vida (284 - 18,2%) seguido da 5ª década (273 - 17,5%) (gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição de número de casos por décadas.



Fonte: O autor.

As lesões reativas inflamatórias representaram o grupo das lesões mais comum (1.260 – 80,6%); seguido das lesões potencialmente malignas (99 – 6,3%); neoplasia malignas (66 – 4,2%); cistos e tumores odontogênicos, cistos não odontogênicos (43 – 2,7%); neoplasia benignas (32 – 2,1%); imunologicamente mediadas (30 – 1,9%); lesões pigmentadas (27 – 1,8%) e, por fim, lesões infecciosas (06 – 0,4%) (Tabela 2).

A hiperplasia gengival inflamatória foi a lesão mais prevalente do estudo, com 286 casos (18,3%), e o carcinoma epidermóide destacou-se como a neoplasia maligna mais prevalente, com 45 casos (2,9%).

Tabela 2 – Distribuição dos grupos de lesões de acordo com sua etiopatogenia.

Diagnóstico	Sexo		Localização			Número (%)
	M	F	Maxila	Mandíbula	Sem local	
Lesões reativas inflamatórias	340	920	536	412	312	1.260 (80,6)
Potencialmente malignas	37	62	39	32	28	99 (6,3)
Neoplasia maligna	37	29	23	26	17	66 (4,2)
Cistos e tumores						
Odontogênicos, cisto não odontogênico	14	29	11	25	7	43 (2,7)

Neoplasia benignas	16	16	8	19	5	32 (2,1)
Imunologicamente mediadas	8	22	10	11	9	30 (1,9)
Lesões pigmentadas	9	18	11	13	3	27 (1,8)
Lesões infecciosas	6	-	2	2	2	06 (0,4)
TOTAL	467	1.096	640	540	383	1.563 (100)

Fonte: O autor.

Lesões reativas/inflamatórias

Tabela 3 – Distribuição das lesões reativas inflamatórias.

Diagnóstico	Sexo		Localização			Número (%)
	M	F	Maxila	Mandíbula	Sem local	
Hiperplasia gengival inflamatória	83	203	129	89	68	286 (22,7)
Hiperplasia fibrosa inflamatória	41	178	103	58	58	219 (17,4)
Granuloma piogênico	55	160	92	84	39	215 (17,1)
Fibroma ossificante periférico	45	82	52	48	27	127 (10,1)
Hiperplasia fibrosa	25	91	41	39	36	116 (9,2)
Processo inflamatório inespecífico	31	55	47	17	22	86 (6,8)
Lesão periférica de células gigantes	22	33	18	22	15	55 (4,4)
Hiperplasia epitelial / Hiperqueratose	11	37	19	13	16	48 (3,8)
Hiperplasia gengival	15	29	18	18	8	44 (3,5)
Hiperplasia fibroepitelial	5	21	10	8	8	26 (2,1)
Necrose tecidual	3	6	3	5	1	9 (0,7)
Ulceração / Mucosite	1	5	-	2	4	6 (0,5)
Abscesso gengival	1	3	1	1	2	4 (0,3)
Mucocele	1	3	-	3	1	4 (0,3)
Reação liquenoide	-	4	-	1	3	4 (0,3)
Reação inflamatória	-	2	1	1	-	2 (0,15)

granulomatosa						
Mucínose oral focal	-	2	1	1	-	2 (0,15)
Parúlíde	-	2	-	2	-	2 (0,15)
Atrofia epitelial	-	1	-	-	1	1 (0,07)
Fibroblastoma	1	-	1	-	-	1 (0,07)
Hiperplasia gengival espongiótica juvenil	-	1	-	-	1	1 (0,07)
Hiperplasia fibro vascular	-	1	-	-	1	1 (0,07)
Periimplantite	-	1	-	-	1	1 (0,07)
						1.260
TOTAL	340	920	536	412	312	(100)

Fonte: O autor.

Das 1.260 lesões (80,6%) deste grupo, a hiperplasia gengival inflamatória foi a lesão mais prevalente do grupo com 286 casos (22,7%). Foram encontradas 667 lesões na gengiva (52,9%) e 593 no rebordo alveolar (47,1%). Destas, 536 estavam em maxila (42,5%), 412 na mandíbula (32,7) e 312 sem local específico (24,8%) (Tabela 3).

Quanto ao sexo, 340 lesões estavam em pacientes masculino e 920 lesões em pacientes femininos, numa proporção homem:mulher de 1:2,7. Além disso, o pico de idade ocorreu na 5ª década de vida com 227 lesões (18%).

Casos com diagnóstico histopatológico de hiperplasia epitelial/hiperqueratose (48 - 3,8%) sem o diagnóstico clínico de leucoplasia foram incluídos no grupo das lesões reativas-inflamatórias.

Lesões potencialmente malignas

As lesões potencialmente malignas corresponderam a um total de 99 lesões (6,3%), sendo todos os casos de leucoplasia. Houve 62 casos (62,6%) no sexo feminino e 37 casos (37,4%) no masculino, numa proporção homem:mulher de 1:1,7. Foram identificadas 83 (83,8%) lesões no rebordo alveolar e 16 (16,2%) na gengiva, das quais 39 (39,4%) estavam na maxila, 32 (32,3%) na mandíbula e 28 (28,3%) sem localização específica. Ocorreu maior número de lesões na 7ª década de vida, com 38 casos (38,4%).

Neoplasias malignas

Das 66 (4,2%) neoplasia malignas, o carcinoma epidermóide foi a lesão mais comum deste grupo com 45 casos (68,2%). Em relação ao sexo, 37 lesões foram diagnosticadas em homens e 29 nas mulheres, numa proporção mulher:homem de 1:1,3. Considerando o carcinoma epidermóide a relação também foi de 1:1,3 mulher:homem.

A maior prevalência foi relatada na 7ª década de vida com 17 casos. Foi encontrado 43 lesões no rebordo alveolar e 23 lesões na gengiva, das quais, 23 estavam na mucosa maxilar, 26 na mucosa mandibular e 17 sem localização. (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das neoplasias malignas.

Diagnóstico	Sexo		Localização			Número (%)
	M	F	Maxila	Mandíbula	Sem local	
Carcinoma epidermoide	26	19	11	20	14	45 (68,2)
Carcinoma verrucoso	-	5	3	2	-	5 (7,6)
Sarcoma de Kaposi	4	-	2	2	-	4 (6,1)
Neoplasia maligna indiferenciada	3	-	2	1	-	3 (4,5)
Linfoma de Burkitt	1	1	2	-	-	2 (3,1)
Adenocarcinoma de células acinares	-	1	-	-	1	1 (1,5)
Carcinoma Mucoepidermoide	1	-	1	-	-	1 (1,5)
Carcinoma microinvasivo	-	1	-	-	1	1 (1,5)
Linfoma	1	-	1	-	-	1 (1,5)
Linfoma de Hodking	1	-	-	-	1	1 (1,5)
Rabdomiossarcoma	-	1	1	-	-	1 (1,5)
Sarcoma granulocítico	-	1	-	1	-	1 (1,5)
TOTAL	37	29	23	26	17	66 (100)

Fonte: O autor.

Cistos e tumores odontogênicos, cistos não odontogênicos

Neste grupo, o cisto paradentário e o tumor odontogênico epitelial calcificante foi o cisto e o tumor odontogênico mais frequente, com sete casos cada (16,3%). O cisto nasolabial foi o único cisto não odontogênico presente neste grupo, e estava localizado no rebordo alveolar superior. A mandíbula foi o local mais acometido com 25 casos (58,1%), seguido da maxila com 11 casos (25,6%) e lesões com local não especificado com 7 casos (16,3%) (Tabela 5).

De todas as 43 lesões, o sexo feminino teve 29 casos e o masculino 14 casos, numa proporção homem:mulher de 1:2,07 (Tabela 5). Em relação a idade, o maior número de lesões ocorreu na 3ª década de vida, com 9 casos (20,9%).

Tabela 5 – Distribuição os cistos e tumores odontogênico e cisto não odontogênicos.

Diagnóstico	Sexo		Localização			Número (%)
	M	F	Maxila	Mandíbula	Sem local	
<i>Cistos Odontogênicos</i>						
Cisto paradentário	-	7	-	5	2	7 (16,3)
Cisto odontogênico sem especificação	2	3	-	5	-	5 (11,6)
Cisto odontogênico queratocístico	-	4	3	1	-	4 (9,3)
Cisto gengival do adulto	-	2	-	2	-	2 (4,6)
Cisto odontogênico calcificante	2	-	-	2	-	2 (4,6)
Cisto radicular	1	1	1	1	-	2 (4,6)
Cisto residual	2	-	2	-	-	2 (4,6)
Cisto dentígero	1	-	-	-	1	1 (2,4)
<i>Tumores odontogênico</i>						
Tumor odontogênico epitelial calcificante	1	6	-	5	2	7 (16,3)
Ameloblastoma	1	2	-	3	-	3 (6,9)
Mixoma odontogênico	-	2	2	-	-	2 (4,6)
Odontoma composto	2	-	1	-	1	2 (4,6)
Fibroma ameloblástico	-	1	-	-	1	1 (2,4)

Fibroma odontogênico periférico	1	-	-	1	-	1 (2,4)
Tumor odontogênico adenomatoide	1	-	1	-	-	1 (2,4)
<i>Cisto não odontogênico</i>						
Cisto nasolabial	-	1	1	-	-	1 (2,4)
TOTAL	14	29	11	25	7	43 (100)

. Fonte: O autor.

Neoplasias benignas

No grupo das neoplasia benignas, o diagnóstico de Papiloma escamoso foi o mais frequente com um total de 15 casos (46,9%) de todas as 32 lesões do estudo (2,1%). Ocorreu maior número de casos na 7ª década de vida (7 lesões) e não houve predileção por sexo, tendo ambos 16 lesões (50%). Quanto à localização, a maxila foi afetada em 8 casos (25%), a mandíbula em 19 casos (59,4%) e 5 casos (15,6%) estavam sem especificação (Tabela 6). Rebordo alveolar e gengiva tiveram 15 e 17 casos, respectivamente.

Tabela 6 – Distribuição das neoplasias benignas.

Diagnóstico	Sexo		Localização			Número (%)
	M	F	Maxila	Mandíbula	Sem local	
Papiloma escamoso	9	6	5	8	2	15 (46,9)
Fibrolipoma	-	3	-	2	1	3 (9,3)
Hamartoma	1	1	-	2	-	2 (6,3)
Neurofibroma	2	-	-	2	-	2 (6,3)
Verrugar vulgar	-	2	-	1	1	2 (6,3)
Hemangioma	2	-	1	1	-	2 (6,3)
Adenoma canalicular	1	-	1	-	-	1 (3,1)
Disceratoma verrucoso	-	1	1	-	-	1 (3,1)
Histiocitoma fibroso	-	1	-	-	1	1 (3,1)
Linfangioma	1	-	-	1	-	1 (3,1)
Lipoma	-	1	-	1	-	1 (3,1)
Neoplasia benigna de origem odontogênica	-	1	-	1	-	1 (3,1)

TOTAL	16	16	8	19	5	32 (100)
-------	----	----	---	----	---	----------

Fonte: O autor.

Lesões imunologicamente mediadas

Neste grupo, com um total de 30 lesões (1,9%) de todo o estudo, teve o Penfigoide cicatricial como a lesão mais comum, com 17 casos (56,7%), as outras lesões foram o Pênfigo vulgar e Líquen plano, 7 (23,3%) e 6 (20%) casos, respectivamente.

A maioria dessas lesões foram encontradas na 6ª década de vida (7 lesões). O sexo feminino foi mais prevalente do que o que masculino, com 22 e 8 casos respectivamente; numa proporção homem:mulher de 1:2,7.

A maioria das lesões localizavam-se em gengiva, com 26 casos, e o rebordo alveolar foram encontrados 4 casos. Foi encontrado 10 casos na maxila, 11 na mandíbula e 09 casos estavam sem especificação. (Tabela 7)

Tabela 7 – Distribuição das lesões imunologicamente mediadas.

Diagnóstico	Sexo		Localização			Número (%)
	M	F	Maxila	Mandíbula	Sem local	
Penfigoide cicatricial	7	10	6	6	5	17 (56,7)
Pênfigo vulgar	-	7	2	2	3	7 (23,3)
Líquen plano oral	1	5	2	3	1	6 (20)
TOTAL	8	22	10	11	9	30 (100)

Fonte: O autor.

Lesões pigmentadas

As lesões pigmentadas correspondem a 27 lesões (1,8%) de todo o estudo. Destas, Tatuagem por amálgama foi o diagnóstico mais encontrado com 16 casos (59,3%). A distribuição de sexo mostra que 18 casos (66,7%) foram em mulheres, enquanto 9 casos (33,3%) ocorreram em homens, uma proporção 1:2 de

homem:mulher.

A maxila foi afetada em 11 casos, a mandíbula em 13 casos e 03 casos não estavam especificados (Tabela 8). Foram encontradas 17 lesões em rebordo alveolar e 10 em gengiva e a maior prevalência foi relatada na 6ª década de vida com 7 casos.

Tabela 8 – Distribuição das lesões pigmentadas.

Diagnóstico	Sexo		Localização			Número (%)
	M	F	Maxila	Mandíbula	Sem local	
Tatuagem por amálgama	6	10	3	10	3	16 (59,3)
Mácula melanocítica	1	3	3	1	-	4 (14,8)
Melanoacantoma	-	2	1	1	-	2 (7,4)
Pigmentação melânica	-	2	2	-	-	2 (7,4)
Pigmentação exógena	1	1	1	1	-	2 (7,4)
Nevo juncional	1	-	1	-	-	1 (3,7)
TOTAL	9	18	11	13	3	27 (100)

Fonte: O autor.

Lesões infecciosas

As lesões infecciosas corresponderam a um total de 6 lesões (0,4%), sendo todos os casos de paracoccidioidomicose em indivíduos do sexo masculino. Um caso ocorreu na 4ª década de vida (16,6%), dois na 5ª década (33,3%), um na 6ª década (16,6%), um na 7ª década (16,6%) e outro caso não apresentou a descrição da idade do paciente (16,6%).

A gengiva e o rebordo alveolar foram acometidos com três casos cada. Destes, dois casos estavam na maxila, dois casos na mandíbula e 2 casos estavam sem especificação.

DISCUSSÃO

A gengiva e o rebordo alveolar fazem parte das estruturas de suporte do periodonto e comumente são afetados por patologias locais e sistêmicas, como lesões neoplásicas e não neoplásicas ³, e são um dos principais sítios anatômicos com alta frequência de patologias orais. Neste estudo, encontramos uma prevalência de 13,28% localizados em gengiva e rebordo, o que foi maior do que a prevalência encontradas em outras pesquisas ^{1, 12}.

No entanto, a maioria dos estudos relatados na literatura trazem resultados apenas de lesões reativas-inflamatórias ^{9, 10, 11}; e resultados de neoplasias, lesões de origem displásicas e de outras naturezas não foram bem relatados. Contudo, o conhecimento da distribuição dessas outras lesões são muito importantes. Assim sendo, foi vista a necessidade de informar a real prevalência de todas as lesões encontradas em gengiva e rebordo, e não apenas lesão reativas-inflamatórias.

As lesões gengivais e alveolares foram predominante em pacientes do sexo feminino (70,1%) em comparação com pacientes do sexo masculino (29,9%). O que foi consistente com achados de outros estudos retrospectivos, com prevalências de 53,8% ¹, 65,02% ², 60,13% ³, 65,85% ⁹, 84% ¹⁰, 65,9% ¹³. Contudo, em outro estudo foi relatado o sexo masculino como mais prevalente (58,95%) ¹⁴.

A maioria das lesões gengivais encontrava-se na 6ª década de vida (18,2%), o que foi semelhante ao estudo realizado por Hernández-Ríos *et al* ² com 17,68% e diferente do estudo de Naderi, Eshghyar e Esfehanian ¹⁴ onde o pico estava na 3ª década com 61,7%. Neste estudo, a hiperplasia gengival inflamatória foi a lesão mais prevalente, o que foi semelhante a outra pesquisa ¹⁰. Entretanto, outros autores encontram hiperplasia fibrosa, granuloma piogênico e lesão periférica de células gigantes como patologias mais comum em gengiva e rebordo alveolar ^{2, 4, 14}.

A maioria das lesões eram reativas-inflamatórias, e representavam 80,6% de todas as lesões do estudo, o que é compatível com outros autores, que tiveram frequência de 65,6% e 76,28% ^{1, 2}. Estes mesmo autores encontraram o granuloma piogênico e hiperplasia fibrosa inflamatória como a lesão mais prevalente de seus estudos ^{1, 2}, e no nosso, como já discutido foi a hiperplasia gengival inflamatória. Porém, em concordância, está o fato de que as lesões reativas inflamatórias são mais comuns no sexo feminino.

No grupo das lesões potencialmente malignas, todos os 99 casos foram de leucoplasia, o sexo feminino foi o mais acometido (62,6%) e pico de prevalência ocorreu na 7ª década de vida. Esses resultados foram semelhantes aos resultados do estudo de Carbone *et al*, das quais 72 das 74 eram leucoplasias, o sexo feminino foi o mais comum (67,8%) e a 7ª década de vida era o pico de prevalência ³.

Mello *et al* analisou lesões potencialmente malignas, e 88% dos casos foram de leucoplasia, tendo a gengiva e rebordo alveolar como o local mais comum da pesquisa e o local onde a leucoplasia mais foi encontrada ⁷. Sabendo desses dados, é preciso conhecer os fatores de riscos e traumáticos para fazer diagnóstico diferencial entre leucoplasia e hiperqueratose de rebordo alveolar.

As neoplasias malignas tiveram sua maior prevalência no sexo masculino. O carcinoma epidermóide foi a lesão maligna mais comum (68,2%) e teve uma relação mulher:homem foi de 1:1,3. Resultados semelhante a outra pesquisa, no entanto com uma maior prevalência (82,6%) de carcinoma epidermóide dentro nas neoplasias malignas ¹⁶. Em outro estudo, o carcinoma epidermóide também foi o mais comum (60%), no entanto a proporção homem:mulher foi de 1:1 ³. Já em outro, embora também tenha sido o mais comum entre as neoplasias malignas, sua prevalência foi maior nas mulheres ¹².

Essa diminuição na relação homem:mulher pode estar atribuída nas mudanças do contexto social da vida das mulheres, onde elas estão mais expostas aos fatores de risco usuais para o carcinoma epidermóide oral de maneira significativa ¹⁷.

O cisto paradentário e o tumor odontogênico epitelial calcificante foram o cisto e o tumor odontogênico mais frequente, com sete casos cada (16,3%), e o cisto nasolabial foi o único cisto não odontogênico presente neste grupo. Já em outra análise, o cisto gengival do adulto e o ameloblastoma periférico foram o cisto o tumor odontogênico mais comum, com 5 e 2 casos, respectivamente ². Não encontramos nenhuma análise retrospectiva que tenha algum cisto não odontogênico localizado em gengiva / rebordo alveolar.

Vale salientar que, alguns profissionais ao realizarem biópsias de alguns cistos e tumores odontogênicos tendem a informar a gengiva e rebordo como a localização da lesão, por terem sido o sítio escolhido para realização da biópsia. Contudo, o diagnóstico final deve ser construído baseado nas características clínicas, radiográficas e histopatológicas.

As neoplasias benignas corresponderam a 2,1% das lesões deste estudo; não houve predição por sexo, ocorreu maior número de casos na 7ª década de vida e o diagnóstico de Papiloma escamoso foi o mais frequente (46,9%), assim como também foi o mais comum, em outro estudo, com prevalência de 56% ³.

No estudo de Hernández-Ríos *et al*, o papiloma escamoso teve uma prevalência de 2,17%, 22 casos de todos encontrados em gengiva e rebordo. No entanto, foi classificado como lesões infecciosas ². Já no trabalho de Shamim *et al*, a neoplasia benigna mais comum foi o fibroma ossificante periférico ¹⁸. No nosso estudo e de outros autores o fibroma ossificante periférico foi incluído nas lesões reativas inflamatórias ^{10, 11, 12}. Estudos onde foram adotados critérios diferentes para classificação das patologias podem alterar consideravelmente a epidemiologia correta deste grupo de lesões.

No grupo das lesões imunologicamente mediadas, nosso estudo obteve um total de 30 lesões, das quais 22 foram encontradas em mulheres e 8 em homens. Sendo 17 casos (56,7%) identificadas como penfigóide cicatricial, seguido de pênfigo vulgar e líquen plano, com 7 (23,3%) e 6 (20%) casos, respectivamente. Já em outros estudos, mesmo as mulheres sendo o sexo mais prevalente, o líquen plano oral foi a lesão imunologicamente mediada mais encontrada ^{1, 3, 13}.

No grupo das lesões pigmentadas, a distribuição por sexo foi mais comum nas mulheres com 18 casos (66,7%) e maior prevalência foi relatada na 6ª década de vida. Tatuagem por amálgama foi o diagnóstico mais encontrado com 16 casos (59,3%) e mácula melanocítica foi a lesão de origem dos melanócitos mais comum com 4 casos (14,8). De modo semelhante, um estudo envolvendo apenas lesões pigmentadas, teve tatuagem por amálgama como a condição mais comum (46,3%) seguida de mácula melanocítica (22,9). Além disso, as mulheres foram mais acometidas (75,5%) do que os homens, a 5ª década foi a mais prevalente e gengiva e rebordo, juntos, foram os locais mais acometidos (28,4%) ¹⁹.

A Paracoccidioidomicose, que tem como agente etiológico o fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, foi a lesão infecciosa mais comum com 6 casos, sendo todos diagnosticados em homens, sendo os indivíduos da 5ª década os mais acometidos. Em dois estudos previamente publicados, com 34 e 320 casos respectivamente, a gengiva e rebordo alveolar foram os locais mais acometidos com 52% e 23,2%, o gênero masculino o mais comum com 88% e 93,4%. Porém, no

primeiro estudo o pico de prevalência estava na 5ª década de vida, o que foi semelhante ao nosso, e no segundo estudo, na 6ª década de vida ^{20, 21}.

CONCLUSÃO

As lesões reativas-inflamatórias constituíram o grupo mais prevalente em gengiva e rebordo alveolar, seguidas das lesões potencialmente malignas. O gênero feminino foi o mais acometido no geral, no entanto nos grupos das neoplasias malignas e lesões infecciosas prevaleceu o gênero masculino.

A alta frequência de lesões gengivais e de rebordo alveolar justifica a importância do cirurgião-dentista para um exame clínico criterioso, com o objetivo de se estabelecer um correto diagnóstico e tratar o paciente de forma efetiva, principalmente das lesões potencialmente malignas, minimizando os riscos de malignização. Além disso, os profissionais devem estar atentos às informações clínicas dos casos enviados para análise histopatológica, uma vez que elas são essenciais para o estabelecimento do diagnóstico final.

Para mais, estudos detalhados com grande série de casos são importantes para determinar a epidemiologia precisa das doenças gengivais e alveolares, principalmente daquelas lesões mais incomuns.

REFERÊNCIAS

1. Alblowi JA, Binmadi NO. Histopathologic analysis of gingival lesions: A 20-year retrospective study at one academic dental center. J Clin Exp Dent. 2018; 10(6):e561-e566.
2. Hernández-Ríos P, Espinoza I, Salinas M, Rodríguez-Castro F, Baeza M, Hernández M. Distribution of biopsied non plaque-induced gingival lesions in a Chilean population according to the classification of periodontal diseases. BMC Oral Health. 2018; 18(1):112-117.
3. Carbone M, Broccoletti R, Gambino A, Carrozzo M, Tanteri C, Calogiuri PL, et al. Clinical and histological features of gingival lesions: A 17-year retrospective analysis in a northern Italian population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012; 17(4):e555-e561.

4. Manjunatha BS, Sutariya R, Nagamahita V, Dholia B, Shah V. Analysis of gingival biopsies in the Gujarati population: a retrospective study. *J Can Res Ther.* 2014; 10(4):1088-1092.
5. Dhawad MS, Nimonkar PV. Metastatic carcinoma of gingiva mimicking pyogenic granuloma. *J Maxillofac Oral Surg.* 2011; 10(2):163-165.
6. De Vasconcelos Carvalho M, Iglesias DPP, Do Nascimento GJF, Sobral APV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology.* 2011; 28(2):111-115.
7. Mello FW, Melo G, Meurer MI, Rivero ERC. Intraoral Potentially Malignant Disorders in a Brazilian Oral Pathology Service: Epidemiological, Clinical, and Histopathological Findings. *Journal of oncology.* 2018.
8. Dovigi EA, Kwok EY, Eversole LR, Dovigi AJ. A retrospective study of 51,781 adult oral and maxillofacial biopsies. *J Am Dent Assoc.* 2016; 147(3):170-176.
9. Amirchaghmaghi M, Mohtasham N, Mozafari PM, Dalirsani Z. Survey of reactive hyperplastic lesions of the oral cavity in mashhad, northeast Iran. *J Dent Res, Dent Clins, Dent Prospect.* 2011; 5(4):128-131.
10. Hunasgi S, Koneru A, Vanishree M, Manvikar V. Assessment of reactive gingival lesions of oral cavity: A histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2017; 21(1):180-185.
11. De Matos FR, Benevenuto TG, Nonaka CF, Pinto LP, De Souza LB. Retrospective analysis of the histopathologic features of 288 cases of reactional lesions in gingiva and alveolar ridge. *Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2014; 22(7):505-510.
12. Tamiolakis P, Chatzopoulou E, Frakouli F, Tosios KI, Sklavounou-Andrikopoulou A. Localized gingival enlargements. A clinicopathological study of 1187 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2018; 23(3):e320-e325.
13. Gambino A, Carbone M, Broccoletti R, Carcieri P, Conrotto D, Carrozzo M, Arduino PG. A report on the clinical-pathological correlations of 788 gingival lesion. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017; 22(6):e686-e693.
14. Naderi NJ, Eshghyar N, Esfahanian H. Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. *Dent Res J (Isfahan).* 2012; 9(3):251–255.
15. Kamath KP, Vidya M, Anand PS. Biopsied Lesions of the Gingiva in a Southern Indian Population – A Retrospective Study. *Oral Health Prev Dent.* 2013; 11(1):71-79.

16. Leite AA, Leonel ACLS, Castro JFL, Carvalho EJDA, Vargas PA, Kowalski LP, Perez DEC. Oral squamous cell carcinoma: a clinicopathological study on 194 cases in northeastern Brazil. A cross-sectional retrospective study. Sao Paulo Med J. 2018; 136(2):165-169.
17. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S. A retrospective analysis of gingival biopsied lesions in south Indian population: 2001-2006. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008; 13(7):e414-e418.
18. Tavares TS, Meirelles DP, De Aguiar MCF, Caldeira PC. Pigmented lesions of the oral mucosa: A cross-sectional study of 458 histopathological specimens. Oral Diseases. 2018; 24(8):1484-1491.
19. Silva CO, Almeida AS, Pereira AAC, Sallum AW, Hanemann JAD, Tatakis DN. Gingival Involvement in Oral Paracoccidioidomycosis. J Periodontol. 2007; 78(7):1229-1234.]
20. De Arruda JAA, Schuch LF, Abreu LG, Silva LVDO, Mosconi C, Monteiro JLGC, Batista AC, Hildebrand LC, Martins MD, Sobral APV, Rivero ERC, Gomes APN, Silva TA, Vasconcelos ACU, Mesquita RA. A multicentre study of oral paracoccidioidomycosis: Analysis of 320 cases and literature review. Oral Diseases. 2018; 24(8):1492-1502.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário que estudos retrospectivos sejam realizados para estabelecer a real prevalência de patologias orais e maxilo-faciais, principalmente de lesões mais incomuns. Nesta pesquisa, as lesões reativas inflamatórias foi o grupo de maior prevalência, assim como, foi o grupo mais frequente em gengiva e rebordo alveolar, tendo como hiperplasia fibrosa e hiperplasia gengival inflamatória, as lesões mais comum do estudo e em gengiva / rebordo alveolar, respectivamente.

O gênero feminino foi o mais acometido no geral, no entanto nos grupos das neoplasias malignas e lesões infecciosas prevaleceu o masculino. O carcinoma epidermóide foi a neoplasia maligna mais comum, localizado principalmente em língua e gengiva / rebordo alveolar. Outro grupo de lesões que teve alta frequência em gengiva e rebordo, foram as lesões potencialmente malignas. Achado que justifica a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce dessas lesões, minimizando os riscos de transformação maligna.

Além disso, ressaltar a importância de exames complementares para evitar atrasos no diagnóstico, biópsias e tratamentos desnecessários. Sendo o exame histopatológico essencial para concluir o diagnóstico final, principalmente quando lesões de naturezas distintas apresentam características clínicas e radiográficas semelhantes.

REFERÊNCIAS

- ALBLOWI, J. A.; BINMADI, N. O. Histopathologic analysis of gingival lesions: A 20-year retrospective study at one academic dental center. **J Clin Exp Dent**, v. 10, n. 6, p. e561-e566, 2018.
- AMIRCHAGHMAGHI, M.; MOHTASHAM, N.; MOZAFARI, P. M.; DALIRSANI, Z. Survey of reactive hyperplastic lesions of the oral cavity in mashhad, northeast Iran. **J Dent Res, Dent Clins, Dent Prospect**, v. 5, n. 4, p. 128-131, 2011.
- BENJELLOUN, L.; CHERRADI, N.; KESSAB, A.; DGHOUGH, S. An atypical odontogenic myxoma. **J Stomatol Oral Maxillofac Surg**, v. 119, n. 2, p. 154-7, 2018.
- BORNSTEIN, M. M.; ANDREONI, C.; MEIER, T.; LEUNG, Y. Y. Squamous Cell Carcinoma of the Gingiva Mimicking Periodontal Disease: A Diagnostic Challenge and Therapeutic Dilemma. **Int J Periodont Restorat Dent**, v. 38, n. 2, p. 253-259, 2018
- CARBONE, M.; BROCCOLETTI, R.; GAMBINO, A.; CARROZZO, M.; TANTERI, C.; CALOGIURI, P. L.; CONROTTO, D.; GANDOLFO, S.; PENTENERO, M.; ARDUINO, P. G. Clinical and histological features of gingival lesions: A 17-year retrospective analysis in a northern Italian population. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 17, n. 4, p. e555-e561, 2012.
- DABBAGHI, A.; NIKKERDAR, N.; BAYATI, S.; GOLSHAH, A. Rare appearance of an odontogenic myxoma in cone-beam computed tomography: a case report. **J Dent Res Dent Clin Dent Prospects**, v. 10, n. 1, p. 65-8, 2016.
- DE MATOS, F. R.; BENEVENUTO, T. G.; NONAKA, C. F.; PINTO, L. P.; DE SOUZA L. B. Retrospective analysis of the histopathologic features of 288 cases of reactional lesions in gingiva and alveolar ridge. **Appl Immunohistochem Mol Morphol**, v. 22, n. 7, p. 505-510, 2014.
- DE VASCONCELOS CARVALHO, M.; IGLESIAS, D. P. P.; DO NASCIMENTO, G. J. F.; SOBRAL, A. P. V. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. **Gerodontology**, v. 28, n. 2, p. 111-115, 2011.

DHAWAD, M. S.; NIMONKAR, P. V. Metastatic carcinoma of gingiva mimicking pyogenic granuloma. **J Maxillofac Oral Surg**, v. 10, n. 2, p. 163-165, 2011.

DOVIGI, E. A.; KWOK, E. Y.; EVERSOLE, L. R.; DOVIGI, A. J. A retrospective study of 51,781 adult oral and maxillofacial biopsies. **J Am Dent Assoc**, v. 147, n. 3, p. 170-176, 2016.

DUTRA, K. L.; LONGO, L.; GRANDO, L. J.; RIVERO, E. R. C. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. **Braz J Otorhinolaryngol**, 2018.

EL-NAGGAR, A. K.; CHAN, J. K. C.; GRANDIS, J. R.; TAKATA, T.; SLOOTWEG, P. WHO classification of head and neck tumours. 4th ed. **IARC, Lyon Google Scholar**, 2017.

GOEL, S.; GOEL, M.; DINKAR, A. D. Odontogenic Myxoma of Mandible with Unusual (Sunburst) Appearance: A Rare Case Report. **J Clin Diagn Res: JCDR**, v. 10, n. 5, p. ZJ05-7, 2016.

GUEDES, M. M.; ALBUQUERQUE, R.; MONTEIRO, M.; LOPES, C. A.; DO AMARAL, J. B.; PACHECO, J. J.; MONTEIRO, L. S. Oral soft tissue biopsies in Oporto, Portugal: An eight year retrospective analysis. **J Clin Exp Dent**, v. 7, n. 5, p. e640-e648, 2015.

HERNÁNDEZ-RÍOS, P.; ESPINOZA, I.; SALINAS, M.; RODRÍGUEZ-CASTRO, F.; BAEZA, M.; HERNÁNDEZ, M. Distribution of biopsied non plaque-induced gingival lesions in a Chilean population according to the classification of periodontal diseases. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 1, p. 112-117, 2018

HIGO, M.; KASAMATSU, A.; OGAWARA, K.; SHIIBA, M.; UZAWA, K.; TANZAWA, H. A case of a rapidly expanding odontogenic myxoma of the mandible. **Oral Science International**, v. 12, n. 1, p. 22-26, 2015.

HUNASGI, S.; KONERU, A.; VANISHREE, M.; MANVIKAR, V. Assessment of reactive gingival lesions of oral cavity: A histopathological study. **J Oral Maxillofac Pathol**, v. 21, n. 1, p. 180-185, 2017.

JAEGER, F.; DE NORONHA, M. S.; SILVA, M. L. V.; AMARAL, M. B. F.; GROSSMANN, S. D. M. C.; HORTA, M. C. R.; DE SOUZA, P. E.; DE AGUIAR, M. C.; MESQUITA, R. A. Prevalence profile of odontogenic cysts and tumors on Brazilian sample after the reclassification of odontogenic keratocyst. **J Craniomaxillofac Surg**, v. 45, n. 2, p. 267-270, 2017.

KIDWAI, S. M.; MOHAN, R. P. S.; WADHWAN, V.; KAMARTHI, N.; GOEL, S.; GUPTA, S. Sunburst appearance in odontogenic myxoma of mandible: A radiological diagnostic challenge. **J Oral Maxillofac Radiol**, v. 4, n. 1, p. 18, 2016.

LARGE, N. D.; NIEBEL, H. H.; FREDRICKS, W. H. Myxoma of the jaws: report of two cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v. 13, n. 12, p. 1462-1468, 1960.

MANJUNATHA, B. S.; SUTARIYA, R.; NAGAMAHITA, V.; DHOLIA, B.; SHAH, V. Analysis of gingival biopsies in the Gujarati population: a retrospective study. **J Can Res Ther**, v. 10, n. 4, p. 1088-1092, 2014.

MELLO, F. W.; MELO, G.; MEURER, M. I.; RIVERO, E. R. C. Intraoral Potentially Malignant Disorders in a Brazilian Oral Pathology Service: Epidemiological, Clinical, and Histopathological Findings. **Journal of Oncology**, v. 2018, 2018.

MENDEZ, M.; CARRARD, V. C.; HAAS, A. N.; LAUXEN, I. D. S.; BARBACHAN, J. J. D.; RADOS, P. V.; SANT'ANA FILHO, M. A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features. **Braz Oral Res**, v. 26, n. 3, p. 235-241, 2012.

NAPLES, J.; MARTIN, A.; SOBELMAN, D.; SCHOEM, S. Unusual Fungal Lesion Presenting as a Neoplastic Pediatric Tongue Mass. **Pediatrics**, v. 139, n. 5, p. e20161345, 2017.

NORONHA FRANCISCO, A.L.; CHULAM, T. C.; SILVA, F. O.; RIBEIRO, D. G.; PINTO, C. A. L.; GONDAK, R. O.; KOWALSKI, L. P.; GONÇALVES-FILHO, J. Clinicopathologic analysis of 14 cases of odontogenic myxoma and review of the literature. **J Clin Exp Denti**, v. 9, n. 4, p. e560-e563, 2017.

PELTOLA, J.; MAGNUSSON, B.; HAPPONEN, R. P.; BORRMAN, H. Odontogenic myxoma - a radiographic study of 21 tumours. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v. 32, n. 5, p. 298-302, 1994.

PESSÔA, C. P.; ALVES, T. D. B.; DOS SANTOS, N. C. N.; DOS SANTOS, H. L. R.; AZEVEDO, A. D. C. S.; DOS SANTOS, J. N.; OLIVEIRA, M. C. Epidemiological survey of oral lesions in children and adolescents in a Brazilian population. **International journal of pediatric otorhinolaryngology**, v. 79, n. 11, p. 1865-1871, 2015.

PONTES, F. S. C.; FONSECA, F. P.; DE JESUS, A. S.; ALVES, A. C. G.; ARAÚJO, L. M.; DO NASCIMENTO, L. S.; PONTES, H. A. R. Nonendodontic lesions misdiagnosed as apical periodontitis lesions: series of case reports and review of literature. **J Endod**, v. 40, n. 1, p. 16-27, 2014.

PROSDÓCIMO, M. L.; AGOSTINI, M.; ROMANACH, M. J.; DE ANDRADE, B. A. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in a pediatric population from Rio de Janeiro–Brazil over a 75-year period. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 23, n. 5, p. e511, 2018.

SALEH, S. M.; IDRIS, A. M.; VANI, N. V.; TUBAIGY, F. M.; ALHARBI, F. A.; SHARWANI, A. A.; MIKKAIL, N. T.; WARNAKULASURIYA, S. Retrospective analysis of biopsied oral and maxillofacial lesions in South-Western Saudi Arabia. **Saudi Med J**, v. 38, n. 4, p. 405, 2017.

SILVA, K.; ALVES, A.; CORREA, M.; ETGES, A.; VASCONCELOS, A. C.; GOMES, A. P.; TARQUINIO, S. Retrospective analysis of jaw biopsies in young adults. A study of 1599 cases in Southern Brazil. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v. 22, n. 6, p. e702-e707, 2017.

SILVA, L. P.; LEITE, R. B.; SOBRAL, A. P. V.; ARRUDA, J. A.; OLIVEIRA, L. V.; NORONHA, M. S.; KATO, C. O.; MESQUITA, R. A.; SCHUCH, L. F.; GOMES, A. P. N.; VASCONCELOS, A. C. U.; SOUZA, L. B. Oral and maxillofacial lesions diagnosed in older people of a brazilian population: a multicentric study. **J Am Geriatr Soc**. v. 65, n. 7, p. 1586-1590, 2017.

TAMIOAKIS, P.; CHATZOPOULOU, E.; FRAKOULI, F.; TOSIOS, K. I.; SKLAVOUNOU-ANDRIKOPOULOU, A. Localized gingival enlargements. A

clinicopathological study of 1187 cases. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 23, n. 3, p. e320, 2018.

THOMA, K. H.; GOLDMAN, H. M. Central myxoma of the jaw. **Ameri J Orthodontics and Oral Surgery**, v. 33, n. 7, p. B532-B540; 1947.

VALE, E. B.; RAMOS-PEREZ, F. M.; RODRIGUES, G. L.; CARVALHO, E. J.; CASTRO, J. F.; PEREZ, D. E. C. A review of oral biopsies in children and adolescents: a clinicopathological study of a case series. **J Clin Exp Dent**, v. 5, n. 3, p. e144, 2013.

WANG, K.; GUO, W.; YOU, M.; LIU, L.; TANG, B.; ZHENG, G. Characteristic features of the odontogenic myxoma on cone beam computed tomography. **Dentomaxillofac Radiol**, v. 46, n. 2, p. 20160232, 2017.

YAKIN, M.; JALAL, J. A.; AL-KHURRI, L. E.; RICH, A. M. Oral and maxillofacial pathology submitted to Rizgary Teaching Hospital: a 6-year retrospective study. **Int Dent J**. v. 66, n. 2, p. 78-85, 2016.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanas		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	--	---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LEVANTAMENTO DE LESÕES BUCAIS E MAXILO-FACIAIS DIAGNOSTICADAS EM UM LABORATÓRIO DE PATOLOGIA ORAL E MAXILO-FACIAL

Pesquisador: DANYEL ELIAS DA CRUZ PEREZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44536715.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.116.978

Data da Relatoria: 18/06/2015

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa consiste em um levantamento epidemiológico das lesões bucais diagnosticadas no laboratório de patologia oral e maxilo-facial da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a partir das fichas clínicas de encaminhamentos e dos laudos de diagnósticos histopatológicos, por vários serviços odontológicos no estado de Pernambuco e outros estados vizinhos. Farão parte da amostra cerca de 5.000 mil lesões diagnosticadas no laboratório de patologia oral da UFPE, entre os anos de 2000 e 2015. Os dados coletados e analisados durante o estudo serão: a idade e o sexo dos pacientes, encaminhamentos clínicos que estavam com hipóteses de diagnóstico, localização das lesões, grupos específicos de patologias e lesões mais prevalentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Realizar um levantamento epidemiológico das lesões bucais diagnosticadas no laboratório de Patologia oral e maxilo-facial da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a partir das fichas clínicas de encaminhamentos e dos laudos de diagnósticos histopatológicos.

Específicos:

- Verificar as amostras estudadas segundo faixa etária e gênero;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos	CEP - CCS - UFPE	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
---	--------------------------------	--	---

Continuação do Parecer: 1.116.978

- Comparar diagnóstico clínico com histopatológico;
- Analisar a distribuição dos casos, segundo a localização da lesão;
- Analisar a distribuição das lesões por grupos específicos de patologias;
- Analisar as lesões mais prevalentes no estudo e em cada grupo específico;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta orçamento baixo, com financiamento próprio e cronograma exequível. Considero a pesquisa relevante pois, esclarecem que com este estudo, os pesquisadores esperam mensurar o conhecimento e as atitudes sobre câncer bucal dos cirurgiões-dentistas da atenção básica na cidade de Recife, para verificar quais medidas educativas devem ser implementadas para um atendimento melhor e mais rápido dos pacientes portadores desta doença ou aqueles que apresentam comportamento de risco para o seu desenvolvimento.

Os dados serão tabulados e submetidos à análise descritiva, estabelecendo a idade média e o sexo mais prevalente, os locais mais comuns e classificando as lesões quanto às suas origens. Estatística analítica será realizada, sobretudo para avaliar se um grupo de lesões é significativamente mais comum, além de avaliar a correlação entre a hipótese clínica de diagnóstico (diagnóstico clínico) e o diagnóstico histopatológico final.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588	E-mail: cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.116.978

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as Instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

RECIFE, 22 de Junho de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B - NORMAS DA REVISTA ESCOLHIDA PARA PUBLICAÇÃO

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS - Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal - eISSN: 1698-6946

ISI Journal Citation Reports® Ranking: 2017: 41/91 (Q2)
(Dentistry, Oral Surgery & Medicine)

JCR Impact Factor: 1.671

This is an open access journal without any cost for the authors. Free full-text at PMC (US National Library of Medicine, National Institute of Health, NIH/NLM, USA)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/1898/>

JOURNAL SECTIONS

1. Oral Medicine and Pathology

Clinicopathological as well as medical or surgical management aspects of diseases affecting oral mucosa, salivary glands, maxillary bones, as well as orofacial neurological disorders, and systemic conditions with an impact on the oral cavity.

2. Oral Surgery

Surgical management aspects of diseases affecting oral mucosa, salivary glands, maxillary bones, teeth, implants, oral surgical procedures. Surgical management of diseases affecting head and neck areas.

3. Medically compromised patients in Dentistry

Articles discussing medical problems in Odontology will also be included, with a special focus on the clinico-odontological management of medically compromised patients, and considerations regarding high-risk or disabled patients.

4. Implantology

5. Periodontology

Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal no longer ADMITS:

1. CASE REPORTS.

2. ARTICLES focus on Prosthesis, Community and Preventive Dentistry, Clinical and Experimental Dentistry, Restorative Dentistry, Odontopediatrics, Orthodontics and Endodontics.

In the above cases, we recommend to submit the paper to:

Journal of Clinical and Experimental Dentistry (ISSN 1989-5488)

Indexed in SCOPUS and accepted in PubMed Central® (PMC) since 2012
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/> This is an Open Access (free access online) <http://www.medicinabucal.com/odo/index.htm>

ARTICLE SUBMISSION

Articles may only be submitted through our web site and in ENGLISH. Log on our web site and we will send you an USER NAME and PASSWORD to submit the article.

<http://www.medoral.es>

For submitting NEW OR MODIFIED MANUSCRIPTS the description of the process is:

1. Log in to <http://www.medoral.es>
2. Click on "Submit a manuscript" for submitting a NEW articles. Click on "Submissions needing revision" for submitting a MODIFIED article.
3. Delete ALL previously uploaded documents, including all the figures in the case of submitting a MODIFIED article.

4. Upload a word document entitled: "Letter to the Editor".

If this is a modification of a previously submitted article, this letter should include the answers to ALL the reviewer's comments.

5. Include a separate word document entitled: "Manuscript".

The manuscript must include the following items:

- Title of the article
- Authors (First and last name)
- Contact address for the corresponding author
- Running title
- Key words
- Abstract

- Text of the article
- References
- Tables
- Figure legends

Please note that tables must have portrait orientation; we do not accept tables with landscape orientation.

If you are resubmitting a modified document in response to the reviewers' comments, all changes MUST be highlighted in RED.

6. Upload figures, one at a time. Do not include figures in the manuscript document. Figures must be at least 900 X 600 pixels in size and in JPEG (.jpg) or TIFF (.tif, .tiff) format, file size must be less than 5 MB. Please transform your figures to JPEG or TIFF format without compression. All figures that do not correspond to these requirements will be rejected.

All accepted articles of this ONLINE VERSION will be published in ENGLISH and included in the SCIENCE CITATION INDEX EXPANDED (since 2008), JOURNAL CITATION REPORTS (since 2008), INDEX MEDICUS, MEDLINE, PUBMED, SCOPUS, EMCARE, EMBASE, INDICE MEDICO ESPAÑOL.

Articles will normally be included in one of the different journal sections. Authors should indicate the section in which they wish their article to be included, although the Editor may change this upon advice from reviewers. Articles received will always undergo revision by a committee of experts (*peer review process*). Only original articles will be accepted, authors being responsible for the meeting of this regulation. Authors are also RESPONSIBLE for all opinions, results and conclusions contained in articles, which will not necessarily be shared by the journal's Editor and reviewers. All accepted articles become the property of Medicina Oral S.L., and their date of reception and acceptance will be reflected; thus, their subsequent publication in other media is not allowed without written permission by the Editor. Authors will transfer IN WRITING the copyright of their contributions to Medicina Oral S.L.

TYPES OF ARTICLES

1. Research articles: Analytical investigations such as cross-sectional surveys, case-control studies, cohort studies and controlled clinical trials will be recommended for publication. For clinical trials, authors must specify legal permissions obtained. Articles should not exceed 12 pages (including references) in DIN A-4 format, 30 lines per page. Not more than three figures and four tables should be included; up to 30 references.

2. Review articles: Articles of special interest and those entailing an update on any of the topics identified as subjects for this journal will be accepted. They should not exceed 14 pages (references included) in DIN A-4 format, with 30 lines per page. We recommend systematic reviews and meta-analysis. They should contain a maximum of three figures and four tables per article; up to 40 references.

ARTICLE STRUCTURE

Articles should include the following:

1. First page: This should include the title of the article, as well as a running title, the authors' full name and academic post, and an address for correspondence, including telephone and fax numbers, and e-mail address.

2. Following pages: These in turn will include the following headings, according to the type of contribution (research articles, review articles):

Research articles

— Summary, containing 150-300 words ALWAYS structured as: objectives, study design, results and conclusions. - Key words. - Introduction. - Material and methods: specifying statistical procedures used. - Results. - Discussion. - References.

Review articles

— Summary: containing 150-300 words. - Key words. - Introduction. - Material and methods: specifying how the search was made (date base selected, search strategy, screening and selection of the papers and statistical analysis). - Results and Discussion. - References.

REFERENCES

1. We do NOT accept book references.
2. We only admit references of articles INDEXED in PubMed-Medline.
3. The references should be numbered consecutively in order of appearance, being quoted in parentheses in the text. Unpublished observations and personal communications should not be included as references. The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals format is required throughout.

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Example: Authors numbering six or less should all be quoted; when more authors are present, first six names will be quoted, followed by et al.

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

Information

E-mail: medicina@medicinaoral.com

Indexed in:

- *Science Citation Index Expanded*
- *Journal Citation Reports*
- *Index Medicus, MEDLINE, PubMed*
- *Emcare, Embase, SCOPUS*
- *Índice Médico Español*

Ethical requirements regarding human and animal experimentation

This journal adheres to the ethical guidelines. All authors must certify that the submitted article has been evaluated by an authorized and recognized Ethical Committee.

For MEDICAL ETHICS: Deontology, Codes of Practice, Guidelines, Professionalism

<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/>

Free full-text at PMC (US National Library of Medicine, National Institute of Health, NIH/NLM, USA) since 1012
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/1898/>

Conflict of interest requirements

A conflicts of interest exists if authors or their institutions have financial or personal relationships with other people or organisations that could inappropriately influence (bias) their actions. Financial relationships are easily identifiable, but conflicts can also occur because of personal relationships, academic competition, or intellectual passion.

All submissions to *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal* must include disclosure of all relationships that could be viewed as presenting a potential conflict of interest.

- At the end of the text, under a subheading "Conflicts of interest", all authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organisations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of financial conflicts include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patents or patent applications, and travel grants, all within 3 years of beginning the work submitted. If there are no conflicts of interest, authors should state that.
- All authors are required to provide a signed statement of their conflicts of interest as part of the author statement form.