



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ESTUDO RETROSPETIVO DA CASUÍSTICA EM MEDICINA
ORAL NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Cristiana Jorge Lopes
Para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2017



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ESTUDO RETROSPETIVO DA CASUÍSTICA EM MEDICINA
ORAL NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Cristiana Jorge Lopes
Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professor Doutor José Silva Marques

outubro de 2017

Agradecimentos

Quero deixar uma palavra de profunda gratidão ao Professor José Silva Marques, meu orientador, por todo o tempo que me disponibilizou, por todas as horas que dedicou ao nosso estudo, pelo empenho que sempre demonstrou ao longo de todo o trabalho, na certeza de que sem a sua ajuda, não teria sido possível. É sem dúvida uma referência e um exemplo que vou seguir.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, quero agradecer o ensino de excelência que sempre me proporcionou e a hospitalidade com que me recebeu desde os tempos de calouira. A todos quantos fazem parte desta família, o meu obrigado. Não posso deixar de prestar uma homenagem sentida ao Professor José Martins dos Santos, que a meu ver, honrava o que era ser professor.

Aos meus amigos, pessoas incríveis com as quais convivi, com as quais privei e com as quais ri a bom rir. Obrigada por serem a minha âncora. Começámos como colegas, hoje somos família. Levo-vos comigo para a vida.

Por fim, mas não menos importante, quero agradecer aos meus pais, Helena Jorge e David Lopes, pelos ensinamentos e valores que me transmitiram e que fazem de mim o ser humano que hoje sou. Por me ensinarem e ajudarem a ver mais além, a querer ser sempre mais e melhor. Espero ter correspondido e sempre corresponder às vossas expectativas. Aos meus avós e à minha família mais próxima demonstro também a minha profunda gratidão.

Sei que as minhas lágrimas são as vossas e que as minhas vitórias também.

Ao findar os agradecimentos, deparo-me com a certeza de que só dá valor ao espetáculo, quem vê o suor dos bastidores!

Resumo

Objetivos: Fazer a determinação das lesões orais com indicação para exame histológico que foram diagnosticadas com mais evidência na Clínica Universitária Egas Moniz entre o ano 2011 e 2016. Posteriormente proceder à comparação das mesmas com as entidades clínicas que foram mais diagnosticadas noutras áreas geográficas.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo através de um levantamento de 214 processos de doentes. Como critério de inclusão foi considerado um intervalo que contemplava idades entre os 40 a 90 anos. Posteriormente foram analisados onze estudos semelhantes ao que se pretende realizar e foi elaborado um estudo comparativo de todas as entidades clínicas que eram diagnosticadas com mais frequência.

Resultados: As entidades clínicas mais diagnosticadas foram: Fibroma, as patologias que se relacionam com as glândulas salivares minor, hiperplasia fibroepitelial; líquen plano; hemangioma e quisto. Nos doze estudos considerados houve concordância em três entidades: fibroma; hiperplasia fibroepitelial e quisto.

Conclusões: Os resultados podem estar relacionados com o facto da prótese dentária removível ser o método de reabilitação oral mais usual e de o seu uso estar associado a trauma por desajuste. Relativamente à ocorrência de quistos, processos inflamatórios ou infecciosos (odontogénicos ou não) e o trauma podem estar correlacionados.

Palavras-chave: Oral, Biópsias, Casuística, Histologia.

Abstract

Objective: To identify the oral lesions indicated for histological examination that were diagnosed with more evidence at the Egas Moniz University Clinic between 2011 and 2016. Subsequently, to compare them with the most pathologies in other geographical areas.

Methods: A retrospective study was conducted by means of survey of 214 patient cases. As inclusion criterion, an interval between the ages of 40 and 90 years was considered. Subsequently eleven studies similar to the intended one were analyzed and a comparative study of all the oral pathologies more frequently diagnosed was made.

Results: The most diagnosed in the Egas Moniz University Clinic were: Fibroma, the pathologies that relate to the minor salivary glands, fibroepithelial hyperplasia; lichen plane; hemangioma and cyst..In the twelve studies considered there was an agreement in three pathologies: fibroma; fibroepithelial hyperplasia and cyst.

Conclusion: The results may be related to the fact that removable dental prosthesis is the most common oral rehabilitation method and its use is associated with misfit trauma. Regarding the occurrence of cysts, inflammatory or infectious processes (odontogenic or not) and trauma may be correlated.

Keywords: Oral, Biopsies, Casuistry, Histology.

Índice Geral

I. Introdução	11
1. Contextualização e justificação do trabalho	11
2. Objetivos	12
3. Metodologia de investigação	12
4. Hipóteses	13
5. Estudos precedentes	13
5.1. Estudo: “Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile.”	14
5.2. Estudo: “Análisis retrospectivo de 9.023 informes de patología bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 1972-2003.”	15
5.3. Estudo: “Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo laboratório de histopatologia do UNICEMP em Curitiba”.....	16
5.4. Estudo: “A retrospective study of trauma-associated oral and maxillofacial lesions in a population from southern Taiwan”.	17
5.5. Estudo: “Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos Universidade Cidade de São Paulo entre os anos de 2003 a 2008”.....	18
5.6. Estudo: “Diagnóstico e levantamento epidemiológico de doenças do complexo maxilo-mandibular no Centro De Especialidades Odontológicas (Ceo) Jardim Periperi (Butantã) em São Caetano”	19
5.7. Estudo: “Estudo retrospectivo das lesões da cavidade oral biopsadas em pacientes da FMDUP no Porto de 2000 a 2011. ”	20
5.8. Estudo: “Frequência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária Faculdades Unidas do Norte de Minas entre Fevereiro de 2010 e Julho de 2012.”	21
5.9. Estudo: “Levantamento epidemiológico das doenças de boca: Casuística De Dez Anos da Faculdade de Odontologia de Mato Grosso”.....	22
5.10. Estudo: “A Retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population”.	23
5.11. Estudo: “Levantamento epidemiológico das lesões bucais nos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo”.....	24
II. Materiais e Métodos	25
1. Métodos de pesquisa bibliográfica	25

2. Tipos de estudo	25
4. Responsabilidades éticas	26
5. Processamento de amostras	26
5.1. Tipos de biopsias	26
5.2. Da amostra à lâmina	30
5.3. Métodos de observação histológica	33
5.3.1- Citohistologia	33
5.3.2- Imunohistoquímica	33
5.3.3- Técnica de PCR	35
5.3.4- Técnica de ARRAY	35
5.3.5- Técnica de BLOT	36
5.3.7- Técnica de Radioimmunoarray (RIA)	37
5.3.8- Técnica de Imunofluorescência	37
5.4. Entidades clínicas diagnosticadas	38
III. Resultados e Discussão	41
1. Entidades clínicas diagnosticadas.	41
2. Comparação com outras áreas geográficas.	45
IV. Conclusões	49
V. Perspetivas Futuras	51
VI. Referências Bibliográficas	53
VII. Anexos	

Índice de Figuras

Figura 1- Gráfico adaptado do estudo “Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile”, identificando as maiores prevalências. (Espinoza, Rojas, Aranda & Gamonal, 2003).	14
Figura 2 Gráfico adaptado do estudo “Análisis retrospectivo de 9.023 informes de patología bucal en la facultad de odontología de la universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, identificando as maiores prevalências (Jiménez & Díaz, 2009).....	15
Figura 3- Gráfico adaptado do estudo “Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo laboratório de histopatologia do Unicemp em Curitiba” identificando as maiores prevalências (Bertoja et al, 2007).....	16
Figura 4- Gráfico adaptado do estudo “A retrospective study of trauma-associated oral and maxillofacial lesions in a population from southern Taiwan”, identificando as maiores prevalências (Chen, Wang, Chen & Lin, 2010).	17
Figura 5- Gráfico adaptado do estudo “Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos Universidade Cidade de São Paulo”, identificando as maiores prevalências (Prado, Trevisan & Passarelli, 2010).....	18
Figura 6- Gráfico adaptado do estudo “Diagnóstico e levantamento epidemiológico de doenças do complexo maxilo-mandibular no centro de especialidades odontológicas, jardim periperi em São Caetano”, identificando as maiores prevalências (Casagrande, 2011).	19
Figura 7- Gráfico adaptado do “Estudo retrospectivo das lesões da cavidade oral biopsadas em pacientes da FMDUP de 2000 a 2011” (2011) identificando as maiores prevalências (Tabaio, 2012).	20
Figura 8- Gráfico adaptado do estudo “Frequência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária Faculdades Unidas do Norte de Minas”, identificando as maiores prevalências (Souza, Soares & Moreira, 2014).....	21
Figura 9- Gráfico adaptado do estudo “Levantamento Epidemiológico das doenças de boca: casuística de dez anos da Faculdade de Odontologia de Mato Grosso”, identificando as maiores prevalências (Pereira, Jardim, Castillo, Paes & Barros, 2013).....	22
Figura 10- Gráfico adaptado do estudo “A retrospective Analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population ”, identificando as maiores prevalências (Kelloway, Ha, Dost & Farah, 2014).....	23
Figura 11- Gráfico adaptado do estudo “Levantamento epidemiológico das lesões bucais nos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo”, identificando as maiores prevalências, (Hoff, Silva & Carli, 2015).....	24
Figura 12- Biopsia por esfregaço. Cortesia do Professor Silva Marques.....	27
Figura 13- Utensílios usados na biopsia por aspiração. Cortesia do Professor Silva Marques.	27
Figura 14- Técnica da biopsia incisional. Cortesia do Professor Silva Marques.....	28
Figura 15- Técnica da biopsia excisional. Cortesia do Professor José Silva Marques.....	29
Figura 16- Esquema ilustrativo das etapas clínicas para realização de uma biópsia. Adaptado (Barbosa, Paiva, Rodrigues & Rodrigues, 2005)	29
Figura 17- Macrotomia. Cortesia do Professor José Silva Marques	30

Figura 18- - Processo de preparação de cassetes com blocos impregnados de parafina. Cortesia do Professor José Silva Marques.....	31
Figura 19- Processo de Microtomia com recurso a um micrótomo de lâmina metálica. Cortesia do Professor José Silva Marques.....	32
Figura 20- Processo de incubação das lâminas em estufa. Cortesia do Professor José Silva Marques.....	32
Figura 21- Processo de coloração das lâminas. Cortesia do Professor José Silva Marques.	33
Figura 22- Equipamentos usados em imunohistoquímica. Cortesia do Professor José Silva Marques.....	35
Figura 24- Entidades clínicas com mais significância, observadas na clínica Universitária Egas Moniz desde o ano 2011 até ao ano 2016.....	39
Figura 25- Percentagens dos diagnósticos referentes a exames anátomo-patológicos realizados na Clínica Universitária Egas Moniz, desde o ano 2011 até ao ano 2016.....	42
Figura 26- Gráfico das percentagens dos diagnósticos referentes a exames anátomo-patológicos com maior significância da C. U. Egas Moniz, desde o ano 2011 até ao ano 2016.....	45

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Número de processos observados e organizados por décadas de vida.....	43
Tabela 2 - Percentagem válida dos processos observados e organizados por idades.....	44
Tabela 3 - Comparação das patologias orais mais significantes na Clínica Universitária Egas Moniz com as patologias orais, também com maior significância, diagnosticadas nos onze estudos, realizados noutras instituições similares de regiões geográficas diferentes. (S) corresponde a “Sim”.....	46

I. Introdução

1. Contextualização e justificação do trabalho

Os tecidos duros e moles que constituem o complexo oro-maxilo-facial, por vezes, são sujeitos a afeção por diferentes tipos de lesões. As alterações orais e as sequelas que daí advêm exercem influência na saúde geral do individuo (Tabaio, 2012).

Diferentes patologias afetam a mucosa oral mas os sinais e sintomas que lhes estão associados, por vezes, são de tal forma semelhantes que constituem uma dificuldade no diagnóstico diferencial destas doenças (Azul & Trancoso, 2006).

O diagnóstico da diversidade de lesões que ocorrem na cavidade oral tem uma importância primordial na prática clínica do Médico Dentista.

Um diagnóstico deve ser fundamentado com o exame clínico, elaborado de acordo com um conhecimento criterioso, uma anamnese cuidada e complementado por exames de imagem.

Durante a recolha de dados semiológicos, no exame clínico, a inspeção e a palpação são de caráter primordial. Deste modo faz-se a avaliação e a classificação de lesões de acordo com a cor, tamanho, forma, superfície, limites, se são múltiplas ou solitárias e se há presença de flutuação ou de pulsação. O clínico deve sempre categorizar com terminologia médica apropriada referindo se está perante um caso único ou múltiplo de mácula, de crosta, de erosão, de nódulo, de pápula, de placa, de pústula, de escama, de úlcera ou de vesícula. (Peterson, Ellis, Hupp & Tucker, 2005)

A palavra biópsia deriva do grego bio, que significa vida e oipsis, que significa aparência, visão. Assim sendo, a biópsia consiste num procedimento cirúrgico que se recomenda, na tentativa de fazer um diagnóstico preciso bastante fiável mas que pode não estar totalmente isento de erros. Está recomendada a biópsia de qualquer lesão, tumefação ou mudanças inflamatórias de causas desconhecidas que persistam mais que duas semanas sem causa aparente. Em qualquer lesão que interfira com a função ou que possua características de malignidade. (Peterson, Ellis, Hupp & Tucker, 2005).

2. Objetivos

Neste contexto, o presente estudo propõe analisar de forma retrospectiva toda a casuística objeto de exame histológico na Clínica Universitária Egas Moniz, compreendida entre o ano de 2011 e 2016.

Tem como objetivo determinar que lesões orais com indicação para exame histológico foram mais frequentemente diagnosticadas na consulta de Patologia Oral, bem como, perceber se há relação com as entidades clínicas diagnosticadas noutras áreas geográficas.

3. Metodologia de investigação

Este estudo retrospectivo compreende duas etapas de execução.

A primeira, que se prende com a avaliação de todos os relatórios anátomo-patológicos desde o ano 2011 até 2016, bem como os processos clínicos dos doentes respetivos, no sentido de classificar a casuística nos doentes da Clínica Universitária Egas Moniz.

A segunda, com o objetivo de fazer um cruzamento dos dados obtidos com os dados relativos a estudos semelhantes realizados noutras clínicas de áreas geográficas diferentes, tais como, América do Sul, Oceânia, Ásia e Europa.

4. Hipóteses

As hipóteses que vão ser alvo de análise no trabalho de investigação são:

Hipótese 0: Prevalência das lesões orais com indicação para exame histológico na faixa etária dos 40 anos aos 90 anos é igual à casuística identificada noutras instituições similares em regiões geográficas diferentes.

Hipótese 1: Prevalência das lesões orais com indicação para exame histológico na faixa etária dos 40 anos aos 90 anos não é igual à casuística identificada noutras instituições similares em regiões geográficas diferentes.

5. Estudos precedentes

Pelo facto de haver pouca informação disponível na literatura relativamente ao tema em si e, por haver também pouca informação relativa a estudos semelhantes com o que se pretende realizar foram considerados artigos desde o ano 2000.

Das publicações que fazem referência à avaliação da prevalência das lesões orais, foram consideradas para termo de comparação onze, as quais vão ser citadas. A maioria dos estudos foram desenvolvidos no âmbito da clinica universitária tal como o que se pretende realizar. No entanto, só contemplavam a Europa e a América.

Como um dos objetivos era abordar áreas geográficas diversificadas, consideraram-se deste modo, estudos desenvolvidos quer na Ásia, quer na Oceânia, elaborados de forma similar, só que em âmbito hospitalar.

Apesar, de não abordarem especificamente o intervalo etário definido para o nosso estudo, as faixas etárias por eles abordadas compreendem também idades entre os 40 e 90 anos. Para proporcionar uma comparação mais correta e mais eficaz, considerou-se apenas as percentagens com mais evidência em todos os onze estudos. Reportaram-se, nesta medida, os resultados sob a forma de gráfico de barras.

5.1. Estudo: “Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile.”

Determinou a prevalência de lesões nas mucosas orais e fatores de risco que lhes estão associados na população de chilenos envelhecidos. Foi obtida uma amostra aleatória por idade, sexo e estatuto socioeconómico com 889 indivíduos com idade superior a 65 anos. A casuística descrita foi a estomatite por prótese, hiperplasia inflamatória, varicosidade mucosa oral, lesões solitárias pigmentadas, úlcera traumática, quelite angular, lesões pigmentadas múltiplas, hemangioma, líquen plano, leucoplasia, estomatite aftosa recorrente, estomatite de nicotínica, glossite rombóide mediana, quelite actínica, granuloma piogénico, papiloma escamoso oral e mucocelo.

A casuística mais prevalente foi a estomatite dentária, seguida de hiperplasia irritativa, de lesões vasculares e de lesões solitárias pigmentadas (Espinoza, Rojas, Aranda & Gamonal, 2003).

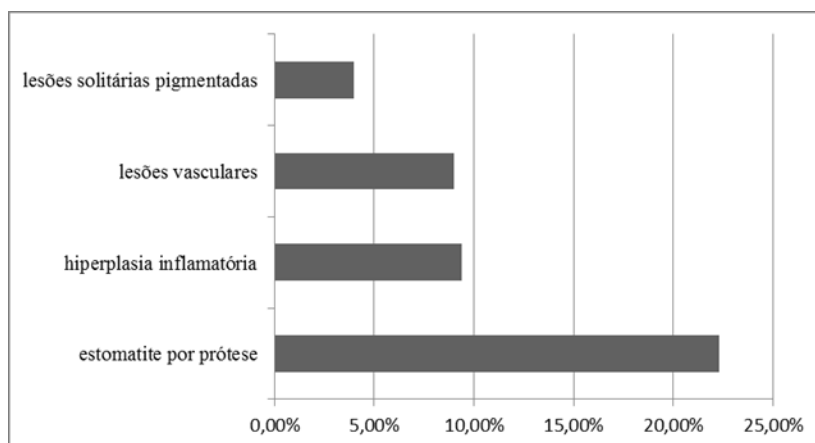


Figura 1- Gráfico adaptado do estudo “Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile”, identificando as maiores prevalências. (Espinoza, Rojas, Aranda & Gamonal, 2003).

5.2. Estudo: “Análisis retrospectivo de 9.023 informes de patología bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 1972-2003.”

Contemplou 9023 relatórios da Universidade de Odontologia, do ano de 1972 a 2003. Este determinou a prevalência de lesões na mucosa oral.

A casuística descrita foi fibrose, estomatite protética, quistos periapicais inflamatórios, granuloma piogénico, carcinoma de células escamosas, granuloma apical, mucocelo, quisto folicular, lesões brancas com confirmação de displasia, lesões inflamatórias proliferativas, tumores benignos, tumores odontogénicos, lesões potencialmente malignas e tumores malignos.

A casuística mais prevalente foi fibrose, estomatite por prótese, quistos periapicais e granuloma piogénico (Jiménez & Díaz, 2009).

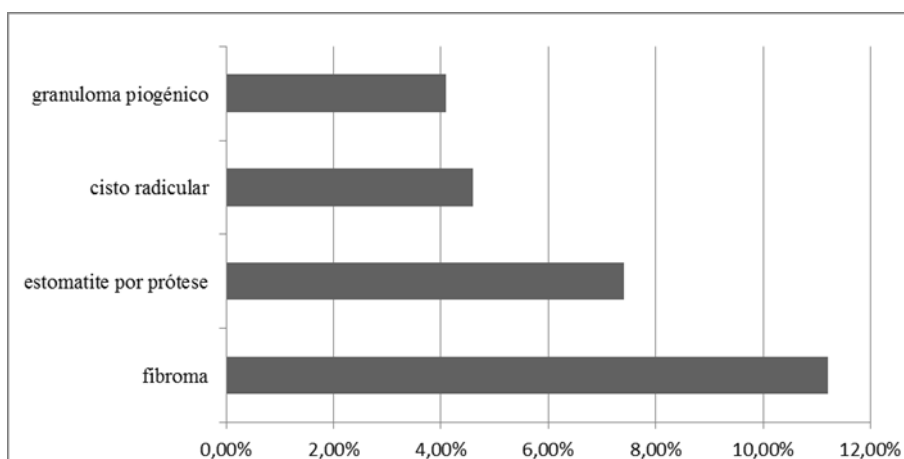


Figura 2 Gráfico adaptado do estudo “Análisis retrospectivo de 9.023 informes de patología bucal en la facultad de odontología de la universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, identificando as maiores prevalências (Jiménez & Díaz, 2009).

5.3. Estudo: “Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo laboratório de histopatologia do UNICEMP em Curitiba”.

Analisou de forma retrospectiva 1.963 lesões oro-maxilo-faciais diagnosticadas pelo laboratório de histopatologia da Faculdade de odontologia de UnicenP/PR em Curitiba no período de 2003 a 2006.

Este teve como objetivo demonstrar a prevalência das lesões orais mais frequentes, correlacionando-as com a idade e género.

A casuística contemplou 82 variantes histológicas diferentes.

A casuística mais prevalente foi a hiperplasia fibrosa inflamatória, seguida de fibroma, quisto radicular e Mucocelo” (Bertoja, Tomazini, Braosi, Zielak, Reis & Giovanini, 2007).

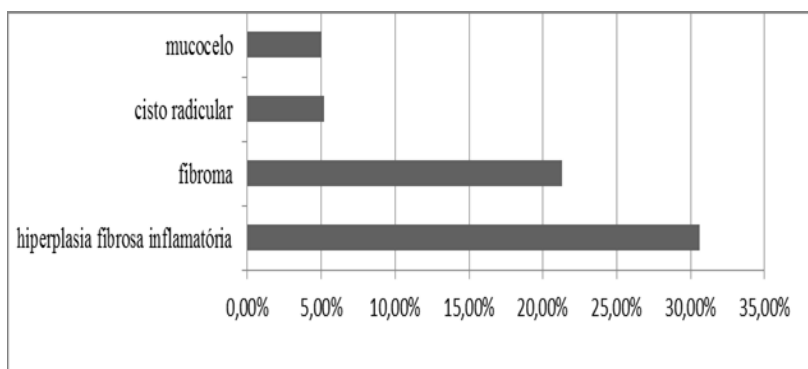


Figura 3- Gráfico adaptado do estudo “Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo laboratório de histopatologia do UnicemP em Curitiba” identificando as maiores prevalências (Bertoja et al, 2007).

5.4. Estudo: “A retrospective study of trauma-associated oral and maxillofacial lesions in a population from southern Taiwan”.

Determinou a idade, o género, a frequência e a distribuição de traumas associados a tecidos duros e a lesões de tecidos moles da cavidade oral e da região maxilofacial, na população do sul de Taiwan, em 27.995 registos de biópsia de pacientes que foram atendidas na instituição entre 1991 e 2006.

Relativamente à casuística o mucocelo foi a lesão de tecidos moles mais frequentemente diagnosticada. O lábio inferior foi o local de maior ocorrência de mucocelo e também o local predominante de ocorrência de todas as lesões dos tecidos moles, seguido da mucosa oral e a língua. As lesões traumáticas de tecidos duros incluíam apenas osteoradionecrose e quistos ósseos.

A casuística mais prevalente foi mucocelo, úlcera traumática, fibroma traumático e hiperplasia fibrosa (Chen, Wang, Chen & Lin, 2010).

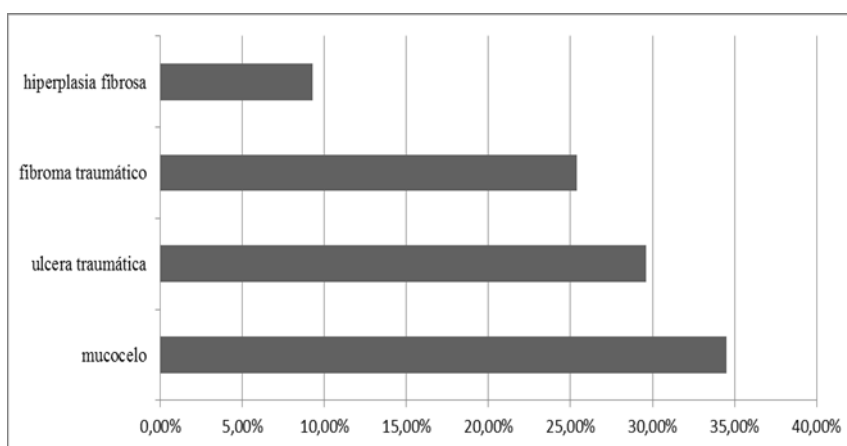


Figura 4- Gráfico adaptado do estudo “A retrospective study of trauma-associated oral and maxillofacial lesions in a population from southern Taiwan”, identificando as maiores prevalências (Chen, Wang, Chen & Lin, 2010).

5.5. Estudo: “Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos Universidade Cidade de São Paulo entre os anos de 2003 a 2008”.

Avaliou os processos clínicos dos pacientes da disciplina de Semiologia da Universidade Cidade de São Paulo entre os anos de 2003 a 2008 e, analisou a ocorrência de lesões tanto de forma isolada como por grupos.

A casuística mais prevalente foi a hiperplasia fibrosa inflamatória, o fibroma, o hemangioma e a candidíase (Prado, Trevisan & Passarelli, 2010).

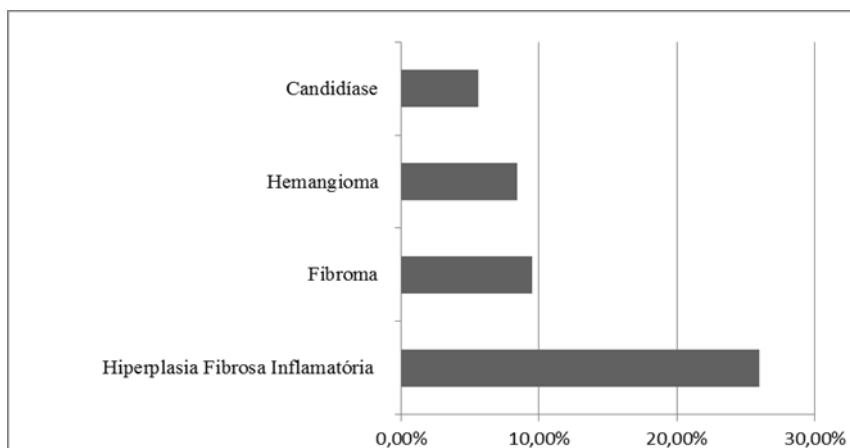


Figura 5- Gráfico adaptado do estudo “Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos Universidade Cidade de São Paulo”, identificando as maiores prevalências (Prado, Trevisan & Passarelli, 2010).

5.6. Estudo: “Diagnóstico e levantamento epidemiológico de doenças do complexo maxilo-mandibular no Centro De Especialidades Odontológicas (Ceo) Jardim Periperi (Butantã) em São Caetano”

Realizou um levantamento epidemiológico para a região de Butantã em São Caetano, através da análise do livro de registo de biópsias do serviço, onde estavam descritos por género do paciente, o tipo de biópsia, as hipóteses diagnósticas do clínico e o diagnóstico histopatológico definitivo, no período de Dezembro de 2004 a Dezembro de 2010.

A casuística mais prevalente foi hiperplasia fibrosa inflamatória, fibroma, mucocelo e hiperqueratose (Casagrande, 2011).

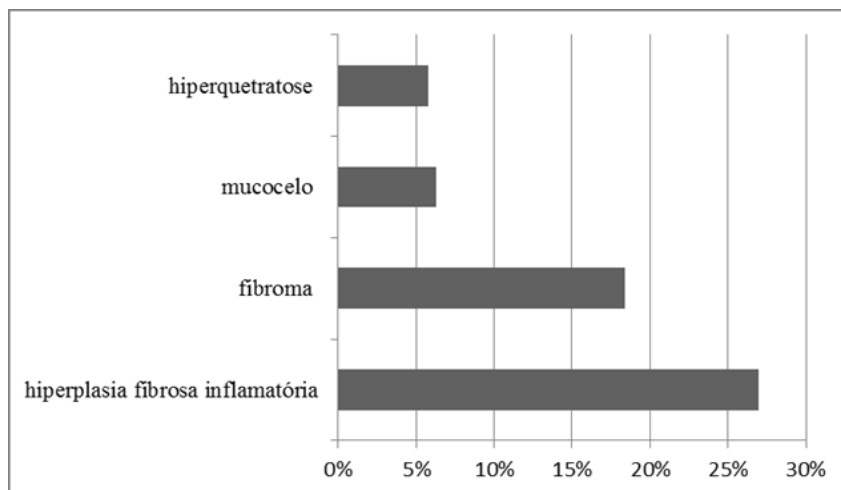


Figura 6- Gráfico adaptado do estudo “Diagnóstico e levantamento epidemiológico de doenças do complexo maxilo-mandibular no centro de especialidades odontológicas, jardim periperi em São Caetano”, identificando as maiores prevalências (Casagrande, 2011).

5.7. Estudo: “Estudo retrospectivo das lesões da cavidade oral biopsadas em pacientes da FMDUP no Porto de 2000 a 2011.”

Pretendeu estudar a frequência relativa das lesões da cavidade oral biopsadas numa amostra de 416 casos da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, no período de 2000 até 2010.

A casuística mais frequente é o fibroma, o quisto radicular, o granuloma periapical e o líquen plano (Tabaio, 2012).

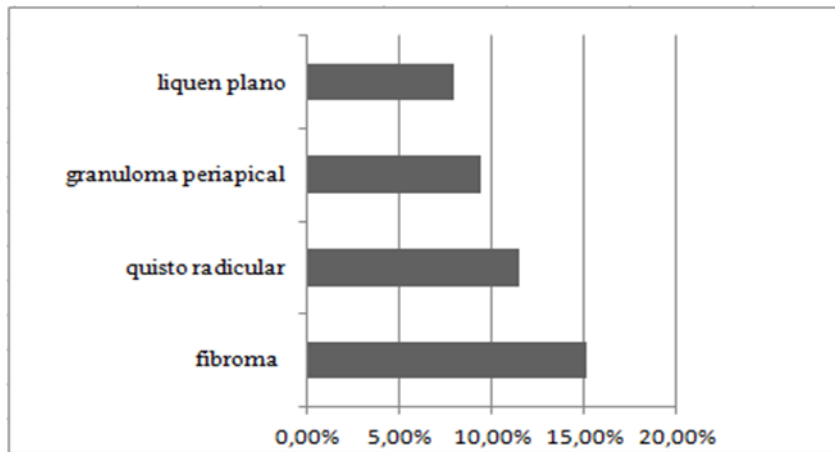


Figura 7- Gráfico adaptado do “Estudo retrospectivo das lesões da cavidade oral biopsadas em pacientes da FMDUP de 2000 a 2011” (2011) identificando as maiores prevalências (Tabaio, 2012).

5.8. Estudo: “Frequência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária Faculdades Unidas do Norte de Minas entre Fevereiro de 2010 e Julho de 2012.”

Determinou a frequência das lesões orais, diagnosticadas na clínica odontológica universitária de Montes Claros, em pacientes assistidos na clínica de diagnóstico bucal do Departamento de Odontologia das Faculdades Unidas do Norte de Minas entre fevereiro de 2010 e julho de 2012.

Os casuísticos mais prevalentes são os processos proliferativos não neoplásicos, neoplásicos, lesões pré malignas, as neoplasias epiteliais malignas e as doenças das glândulas salivares (Souza, Soares & Moreira, 2014).

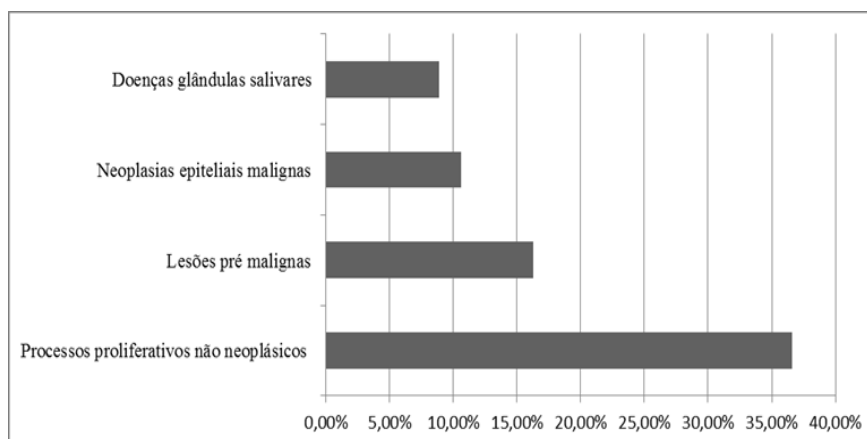


Figura 8- Gráfico adaptado do estudo “Frequência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária Faculdades Unidas do Norte de Minas”, identificando as maiores prevalências (Souza, Soares & Moreira, 2014).

5.9. Estudo: “Levantamento epidemiológico das doenças de boca: Casuística De Dez Anos da Faculdade de Odontologia de Mato Grosso”.

Pretendeu fazer o levantamento epidemiológico das doenças da boca diagnosticadas no laboratório de patologia bucal, de 2001 a 2010 através dos dados no registo do laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Mato Grosso. A casuística mais prevalente foi a hiperplasia fibrosa inflamatória, o mucocelo, o fibroma, o granuloma periapical (Pereira, Gaetti-Jardim, Castillo, Paes, & Barros, 2013).

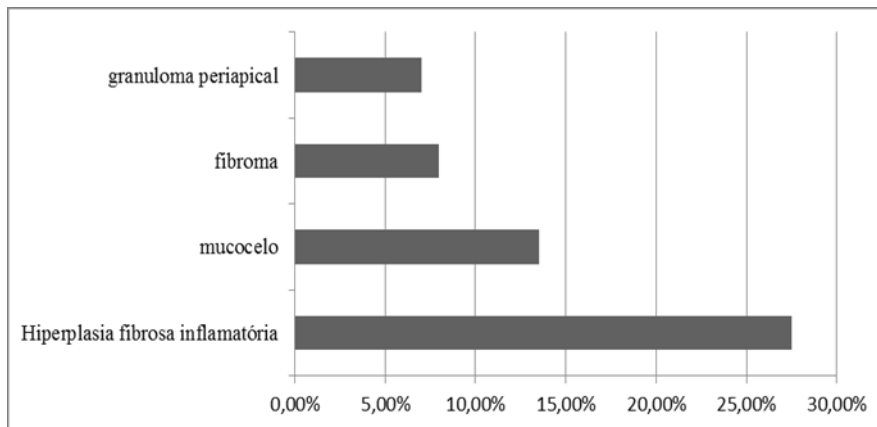


Figura 9- Gráfico adaptado do estudo “Levantamento Epidemiológico das doenças de boca: casuística de dez anos da Faculdade de Odontologia de Mato Grosso”, identificando as maiores prevalências (Pereira, Jardim, Castillo, Paes & Barros, 2013).

5.10. Estudo: “A Retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population”.

Auditou a prevalência de entidades clínicas da cabeça e pescoço na população adulta Australiana. A casuística mais prevalente foi a hiperplasia fibrosa, o granuloma periapical crónico e o quisto radicular (Kelloway, Ha, Dost & Farah, 2014).

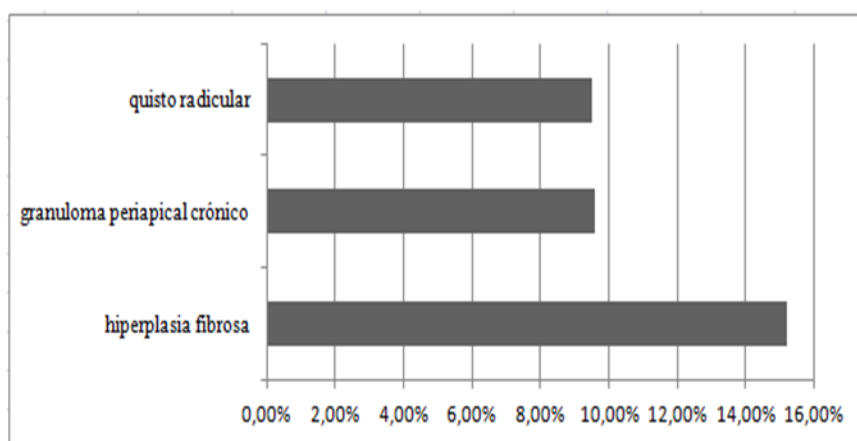


Figura 10- Gráfico adaptado do estudo “A retrospective Analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population”, identificando as maiores prevalências (Kelloway, Ha, Dost & Farah, 2014).

5.11. Estudo: “Levantamento epidemiológico das lesões bucais nos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo”.

Pretendeu fazer um levantamento epidemiológico das lesões orais mais frequentes com base nos processos clínicos da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (FOUPF), entre os anos 2000 e 2013. Foram examinados 18.801 processos e encontradas 940 lesões.

A casuística mais prevalente foi o fibroma de irritação, a candidíase, a hiperplasia fibrosa, o mucocelo (Hoff, Silva & Carli, 2015).

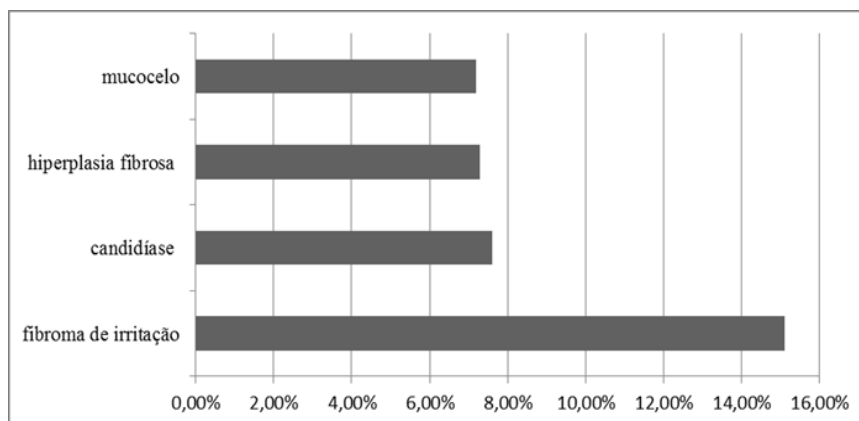


Figura 11- Gráfico adaptado do estudo “Levantamento epidemiológico das lesões bucais nos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo”, identificando as maiores prevalências, (Hoff, Silva & Carli, 2015).

II. Materiais e Métodos

1. Métodos de pesquisa bibliográfica

Os dados e as informações recolhidas sob a forma de artigos científicos foram pesquisados nas bases de dados B-on, pubmed, Cochrane, Google Académico e Scielo. O tema foi pesquisado sob a forma de palavras-chave, tais como: casuística, medicina oral, biópsias, levantamento epidemiológico, doenças da cavidade oral, patologias orais frequentes, mucosa oral, ortodontia, prótese dentária.

Em relação às informações retiradas da literatura, todas as obras consultadas e que serviram de referência, foram disponibilizadas na biblioteca da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz.

2. Tipos de estudo

Trata-se de um estudo analítico de carácter retrospectivo.

No decurso do estudo retrospectivo foram recolhidos e analisados dados relativos a 214 doentes propostos na consulta de Patologia Oral da Clínica Universitária Egas Moniz para exame anátomo-patológico.

Os relatórios anátomo-patológicos que descreviam o diagnóstico foram elaborados por uma profissional especializada e devidamente credenciada no laboratório de anatomia patológica do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, no período compreendido entre o ano 2011 e 2016.

Para o estudo foram também analisados os processos clínicos dos 214 doentes em questão a fim de aferir informações ao nível da anamnese que apresentassem relevância.

3. Local do estudo

A realização do estudo decorreu nas instalações da Cooperativa de Ensino Superior Saúde Egas Moniz, mais especificamente na Clínica Universitária Egas Moniz e biblioteca.

4. Responsabilidades éticas

Foram incluídos 214 relatórios anátomo-patológicos de doentes da Clínica Dentária Egas Moniz, os quais detinham no seu processo clínico o consentimento informado devidamente assinado pelos próprios, que fazia referência à aceitação na participação em estudos, bem como a cedência de informações.

Após submissão à Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, o estudo foi aceite por unanimidade.

5. Processamento de amostras

As técnicas cirúrgicas por norma para colheita são técnicas simples no sentido de não se tornarem muito invasivas para o doente.

5.1. Tipos de biopsias

Consideramos quatro tipos de abordagem, por esfregaço, por aspiração, incisional e excisional (Peterson, Ellis, Hupp & Tucker, 2005).

A biopsia por esfregaço, serve para a colheita de células epiteliais. É uma técnica com alguma precisão. A zaragatoa é colocada em contato com o epitélio oral, e em determinadas condições pode conseguir-se colher até três camadas de epitélio. É útil também para exsudados (Peterson, Ellis, Hupp & Tucker, 2005).



Figura 12- Biopsia por esfregaço. Cortesia do Professor Silva Marques

A biopsia por aspiração é realizada com recurso a uma agulha e a uma seringa. Para obtenção da amostra faz-se a punção aspirativa com uma agulha fina. Este método tem como objetivo a penetração da lesão e posteriormente a aspiração de parte o seu conteúdo.

Na Clínica Universitária Egas Moniz, não se usa este método por não existirem condições técnicas de processamento deste tipo de amostras.



Figura 13- Utensílios usados na biopsia por aspiração. Cortesia do Professor Silva Marques.

A biópsia incisional é a técnica que faz a recolha de apenas uma parte da lesão. Deve ser efetuada normalmente em forma de cunha que englobe a área representativa da lesão incluindo também amostra de tecido normal. Aqui é importante garantir a profundidade que ultrapassa a camada basal para garantir a correta avaliação da arquitetura do tecido.

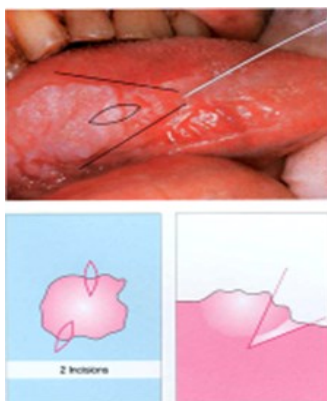


Figura 14- Técnica da biópsia incisional. Cortesia do Professor Silva Marques

Por último a biópsia excisional. Este tipo de técnica cirúrgica diz respeito à remoção da lesão na sua totalidade bem como de margem de segurança de tecido normal que circunscreva a lesão, no sentido de assegurar a remoção completa da lesão, quer em extensão, quer em profundidade.

Qualquer lesão que permita a excisão completa do ponto de vista clínico deve ser sempre sujeita a este tipo de procedimento.

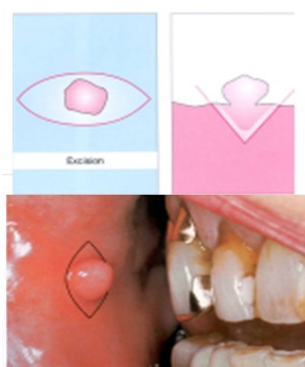


Figura 15- Técnica da biópsia excisional. Cortesia do Professor José Silva Marques.

Relativamente à biópsia dos tecidos moles, se realizada de forma apropriada, é uma técnica simples e de baixa morbidade. Toda a mucosa oral é passível de ser biopsada diferindo apenas nas técnicas de acordo com a anatomia do local, o tamanho e tipo de lesão.

O protocolo a seguir para realização de uma biópsia é estreito e deve ser cumprido na sua totalidade (Peterson, Ellis, Hupp & Tucker, 2005). Abaixo, segue um esquema ilustrativo que de forma sintetizada, contempla as etapas de execução por ordem de realização.

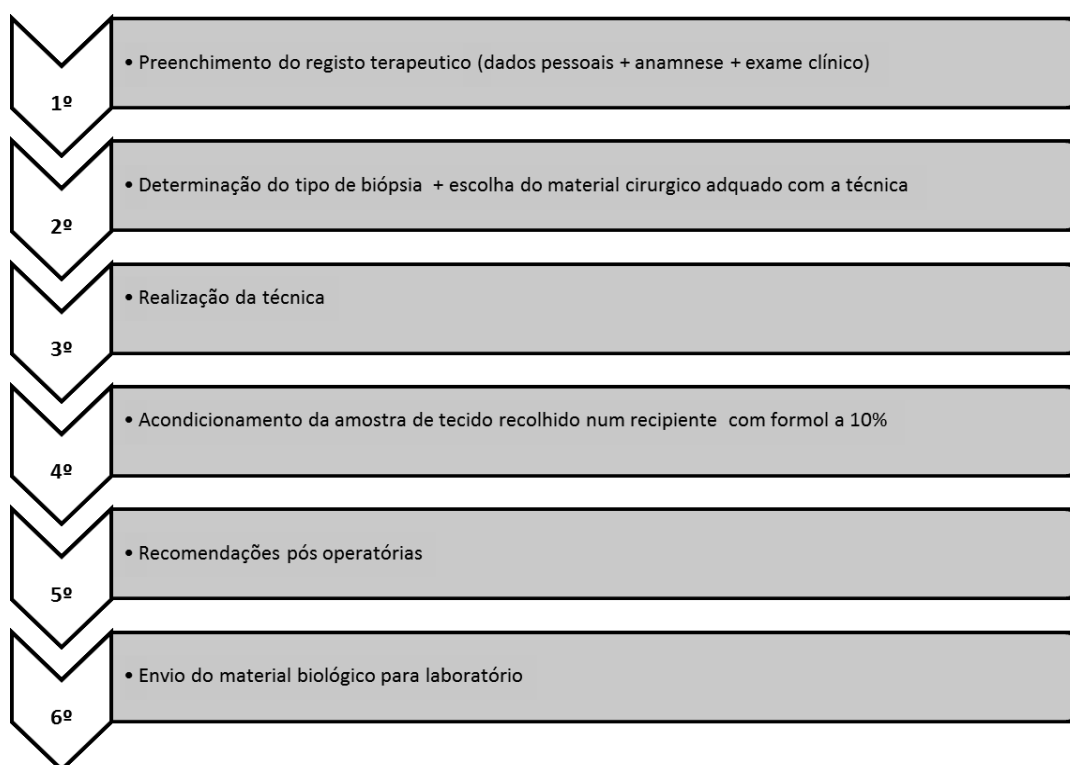


Figura 16- Esquema ilustrativo das etapas clínicas para realização de uma biópsia. Adaptado (Barbosa, Paiva, Rodrigues & Rodrigues, 2005)

Todas as amostras devem ser bem identificadas e rotuladas, e para isso, é importante que se preencha de forma fidedigna o formulário de requisição para estudo anátomo-patológico. Este formulário não deve dissociar-se da amostra.

As amostras no nosso caso são recebidas no laboratório de anatomia patológica do Instituto de Ciências da Saúde Egas Moniz, e processado por pessoal especializado.

De acordo com os procedimentos da Clínica Universitária Egas Moniz, as amostras são analisadas tendo em conta a sua tipologia clínica.

Assim, e de acordo com o documento utilizado (anexo 1), as amostras são categorizadas com os seguintes critérios: localização, distribuição, dimensão, superfície, consistência, cor, limite, duração, história prévia, dor, tradução radiológica, doença sistémica associada, bem como características radiológicas, relação e repercussão na dentição, para serem requisitados exames anátomo-patológicos.

5.2. Da amostra à lâmina

No laboratório de anatomia patológica, as amostras de tecidos moles que se encontram para avaliação histológica são tratadas e passam por vários equipamentos até ser obtida a lâmina.

Assim que chega ao laboratório, a peça alvo de análise, é submetida a um processo de macrotomia e decomposta em fragmentos de tecido para serem examinados (Junqueira LC, 1995).



Figura 17- Macrotomia. Cortesia do Professor José Silva Marques

Posteriormente o fragmento é fixado. Este método faz com que a arquitetura celular natural da amostra se mantenha após várias etapas. O agente mais usado para a fixação é o formol tamponado. Este fixa as proteínas evitando assim a sua degradação. É um corante acessível e também de uso facilitado. O tempo de fixação dependerá do tamanho do fragmento. Uma vez fixada, a amostra é transferida para uma tina com álcool a uma concentração de 70%, onde será lavada (Junqueira LCU, 1983).

Segue-se a inclusão que está relacionada com a impregnação da amostra numa substância de consistência firme como a parafina. Assim sendo, nesta etapa a amostra vai ser desidratada. O espaço outrora ocupado pela molécula de água será então agora ocupado por álcool. Posteriormente este álcool é ocupado por xilol e, por último, o xilol ocupado então pela parafina, fundida a 60°C, em pequenos blocos “cassetes”. A parafina é usada por ser de fácil acesso, de fácil uso e também por ter resultados satisfatórios.



Figura 18- - Processo de preparação de cassetes com blocos impregnados de parafina. Cortesia do Professor José Silva Marques

Finalizada a etapa de desidratação e impregnação com parafina, dá-se então a etapa de microtomia. Nesta, faz-se uso de um equipamento denominado micrótomo formado por uma lâmina de aço afiada, por um braço no qual se prende a cassette (parafina + peça) o qual desliza verticalmente para se obter cortes sucessivos, finos e uniformes. Após esta etapa obtêm-se umas fatias que vão ser transferidas para uma tina com água quente. Esta água deve encontrar-se abaixo do ponto de fusão da parafina usada na constituição da cassette (Junqueira LCU, 1983).



Figura 19- Processo de Microtomia com recurso a um micrótomo de lâmina metálica. Cortesia do Professor José Silva Marques

Finalmente, a fatia é colada numa lâmina de vidro. Esta é posteriormente colocada numa estufa para se proceder à sua secagem, num período que pode ir de uma hora a vinte e quatro horas (Junqueira LCU, 1983).



Figura 20- Processo de incubação das lâminas em estufa. Cortesia do Professor José Silva Marques

Outra etapa muito importante é a da coloração. É necessária para a visualização das estruturas constituintes dos tecidos (Junqueira LCU, 1983).

O procedimento laboratorial para coloração foi adaptado e é o seguinte (Junqueira LCU, 1983):

1. Remover a parafina e hidratar;
2. Corar com hematoxilina durante 5 a 15 minutos;
3. Lavar em água corrente durante 10 minutos;
4. Corar com eosina durante 1 a 10 minutos;
5. Lavar em água.

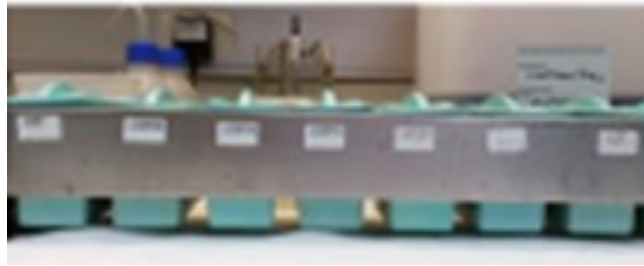


Figura 21- Processo de coloração das lâminas. Cortesia do Professor José Silva Marques.

Para fazer a montagem final da lâmina, é adicionada uma substância resinosa sobre a amostra que se encontra sob a lâmina. Esta resina permite a duração da amostra por algum tempo. É então colocada uma lamela que cobre a preparação na totalidade (Junqueira LCU, 1983).

5.3. Métodos de observação histológica

Preparada então a lâmina para estudo é necessário visualizá-la.

A observação e avaliação histológica são realizadas fazendo recurso a microscópio ótico convencional e confocal. As preparações para microscópio eletrônico, tanto de transmissão como de varrimento, não estão contempladas na descrição das amostras.

5.3.1- Citohistologia

É uma técnica utilizada na preparação de processamento de células que sofreram desgarramento, células livres em meio líquido, por exemplo quistos, abscessos e celulites.

5.3.2- Imunohistoquímica

A análise histológica tem limitações. Assim, se não houver um diagnóstico conclusivo há sempre hipótese de recorrer à técnica de imunohistoquímica (Werner,

Campos, Nadjl & Torres, 2005). Assim sendo, pode fazer-se uso da lâmina preparada para a análise histológica ou preparar uma lâmina para imunohistoquímica.

Fazendo uso da lâmina preparada para histologia, é necessário fazer a recuperação antigénica para posteriormente se conseguir o processo de hibridação “in situ”. Deste modo, a recuperação antigénica é a base da possibilidade de hibridização “in situ” pois uma não existe sem a outra.

A recuperação antigénica é usada porque na fixação das lâminas para análise histológica é usado formaldeído que pode “mascarar” alguns epítomos antigénicos, fazer ligações cruzadas ou até destruí-los. Esta técnica tem por principal objetivo pôr o anticorpo acessível ao epítomo. Pode ocorrer por diferentes técnicas como são exemplo a digestão enzimática, por calor e através da forma que combina a digestão enzimática e o calor.

A hibridação “in situ” permite a localização morfológica das células no tecido. Na hibridação “in situ” são observados cortes parafinizados com 5µm de espessura. Posteriormente a reação dá-se através de um catalisador de amplificação de sinal. As lâminas são mergulhadas numa solução de lavagem que é uma mistura de formamida usada com sondas de “DNA bond”. Em seguida é incubado durante 15 minutos. Com o intuito de amplificar o sinal de hibridização, os cortes ficam em contato com biotinil-tiramida antes de receberem o anticorpo secundário. Os cortes são revelados e contra-corados, desidratados e por fim colocados em resina Permount® ou similar. Se a amostra necessitar de preparação para avaliação imunohistoquímica, então compreende as seguintes etapas (Leite, Acay, Reche, Silva & Sousa, 2008):

1. Colheita da amostra biológica;
2. Fixação da amostra com formaldeído 4 a 10%
3. Preparar seções finas usando um criostato que consiste numa câmara de baixas temperaturas com um micrótopo que corta tecido criopreservado através de nitrogénio e hélio líquidos.

O método relacionado com imunohistoquímica que utiliza moléculas fluorescentes como substâncias propiciadoras da visualização do antigénio é designado de imunofluorescência. É necessária a utilização de um microscópio especial para a visualização das marcações, com uma lâmpada que emite radiação com comprimento de onda no campo dos ultravioletas de 480-590 nm (Ferro, 2014). As técnicas de imunofluorescência executam-se quase sempre com tecido criopreservado pois existe

informação referente ao processo de fixação com formaldeído e à inclusão em parafina, que alteram a estrutura dos tecidos, provocando um aumento dos fenómenos de autofluorescência e o bloqueio de alguns antigénicos (Filho, 2011).

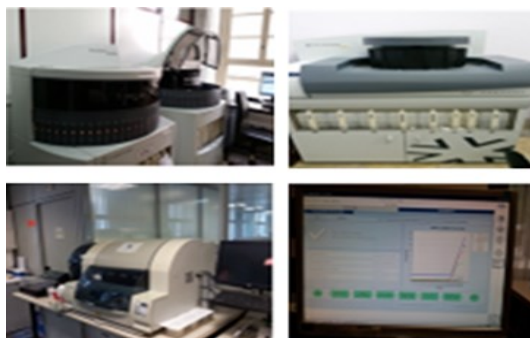


Figura 22- Equipamentos usados em imunohistoquímica. Cortesia do Professor José Silva Marques

5.3.3- Técnica de PCR

Esta técnica é utilizada quando existem poucas células na amostra para visualização porque consegue replicar o DNA das que já existem e produzir mais exemplos.

A reação em cadeia da polimerase (PCR), baseia-se no processo de replicação do DNA. Durante a técnica são usadas altas temperaturas no sentido de separar as moléculas de DNA em duas cadeias simples. Permite a ligação de oligonucleótidos iniciadores (primers), geralmente constituídos por a 15 a 30 nucleótidos. Para realizar a técnica são necessários quantidades de DNA alvo, um tampão salino com a polimerase, oligonucleótidos iniciadores e quatro desoxinucleótidos (Wilkinson, 1995).

5.3.4- Técnica de ARRAY

É uma ferramenta de análise de expressão génica que permite investigar a expressão de centenas ou milhares de genes numa amostra com uma reação de hibridização. Esta técnica é baseada na hibridação de alvos marcados derivados de amostras biológicas e uma série de sondas de DNA imobilizadas numa matriz sólida, que representam os genes de interesse. O estudo simultâneo de centenas de genes transformou a técnica de Array numa ferramenta de análise global muito importante,

com aplicações em várias áreas, incluindo o estudo do desenvolvimento de neoplasias (Colombo & Rahal, 2009).

5.3.5- Técnica de BLOT

Através de separação por peso molecular, permite que sejam detetadas, proteínas específicas num aglomerado complexo de proteínas extraídas de células. O método de Blot, resume-se em (Bancroft & Gamble, 2002) , (Boaretto, Moura, Oliveira, Lameira, Anjos, Pinheiro & Neta, 2009) e (Mahmood & Yang, 2012):

- 1) Separação por tamanho;
- 2) Transferência para um suporte sólido;
- 3) Marcação de proteína alvo usando um anticorpo primário e secundário apropriado para visualizar.

A técnica compreende as seguintes etapas:

1. Lise celular para extração da proteína quer de células quer de tecidos;
2. Eletroforese em gel (usam-se dois tipos diferentes de gel de agarose: empilhamento e separação de gel. O gel de empilhamento é ligeiramente ácido (pH 6,8) com uma concentração de acrilamida inferior que faz um gel poroso. O gel inferior, chamado de gel de separação ou de resolução, é básico (pH 8,8) e tem um maior teor de poliacrilamida, tornando os poros do gel mais estreitos permitindo então a separação por pesos moleculares;
3. Transferência é feita usando um campo elétrico orientado perpendicularmente à superfície do gel, fazendo com que as proteínas se movam para fora do gel;
4. Lavagem, bloqueio e incubação de anticorpos. O bloqueio é um passo muito importante, pois evita que os anticorpos se liguem à membrana de forma não específica;
5. A membrana é então detetada usando o anticorpo;
6. Análise dos dados produzidos é tipicamente considerada semi-quantitativa porque fornece uma comparação relativa dos níveis de proteína, mas não uma medida absoluta de quantidade.

5.3.6- Técnica ELISA

O teste Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay (ELISA), baseia-se nas reações antigénio-anticorpo, detetáveis a partir de reações enzimáticas. A enzima mais comum é a peroxidase que catalisa a reação de desdobramento da água oxigenada.

Esta técnica é executada de acordo com a seguinte sequência (Sena, Schaer, Meyer, Brodskin & Portela, 2010):

1. Colocação das placas de ELISA e tampão carbonato com o antigénio previamente diluído;
2. Remoção da solução de antigénio e lavagem da placa três vezes com um líquido específico para a técnica ELISA;
3. Armazenamento da placa a 20°C negativos ou a sua utilização imediata;
4. Adição dos soros que vão ser alvo de estudo numa diluição previamente preparada;
5. Incubação por uma hora a 37°C.

5.3.7- Técnica de Radioimmunoarray (RIA)

É uma técnica de grande sensibilidade que permite determinar qualquer tipo de molécula biológica desde que esta se encontre marcada e que haja um recetor específico, mesmo que o volume da amostra seja menor. São conhecidos tipos de radioimmunoarray tais como: de competição com antigénio marcado, de competição com anticorpo marcado, sanduiche ou captura de antigénio e de deteção de imunoglobulinas do tipo E.

A reação que ocorre nesta técnica dá-se por competição entre o antigénio e o anticorpo. Neste sentido estão presentes antigénios e anticorpos radioativos marcados através de radioisótopos. A leitura da reação é feita através de um leitor radiométrico que apresenta resultados sob a forma de gráficos (Guedes, Schaer, Meyer, Brodskin & Portela, 2010).

5.3.8- Técnica de Imunofluorescência

É uma técnica de alta especificidade e sensibilidade que se relaciona com a capacidade das moléculas de anticorpo se ligarem covalentemente aos fluorocromos (substâncias que absorvem luz ultra-violeta e que emitem luz visível), sem que percam a

radioatividade específica com o antígeno. É necessária observação das preparações num microscópio de fluorescência.

Na imunofluorescência direta o anticorpo específico marcado com fluorocromo é adicionado. Fixa-se ao antígeno dando origem a um imunocomplexo estável. O anticorpo que não obteve ligação é removido com lavagens. Esta permite a deteção de proteínas intracelulares sendo também utilizada na tipagem de células tumorais.

Na imunofluorescência indireta, a célula ou o tecido são incubados na tentativa de se encontrar o antígeno com o anticorpo específico. Realiza-se a lavagem para retirar anticorpos que não se ligaram. A preparação é incubada com uma antiimunoglobulina marcada com um fluorocromo (Borges, Schaer, Meyer, Brodskin & Portela, 2010) e (Aoki, Sousa, Fukumori, Périgo, Freitas & Oliveira, 2010).

5.4. Entidades clínicas diagnosticadas

Em contexto clínico é frequente o Médico Dentista deparar-se com entidades clínicas cujo diagnóstico suscita algumas dúvidas. Perante estas situações, cabe ao clínico, fazer o devido encaminhamento para exame anátomo-patológico.

Numa perspetiva de contextualização das entidades clínicas observadas com mais significância na Clínica Universitária Egas Moniz, foi elaborado um gráfico de barras representativo, que se segue.

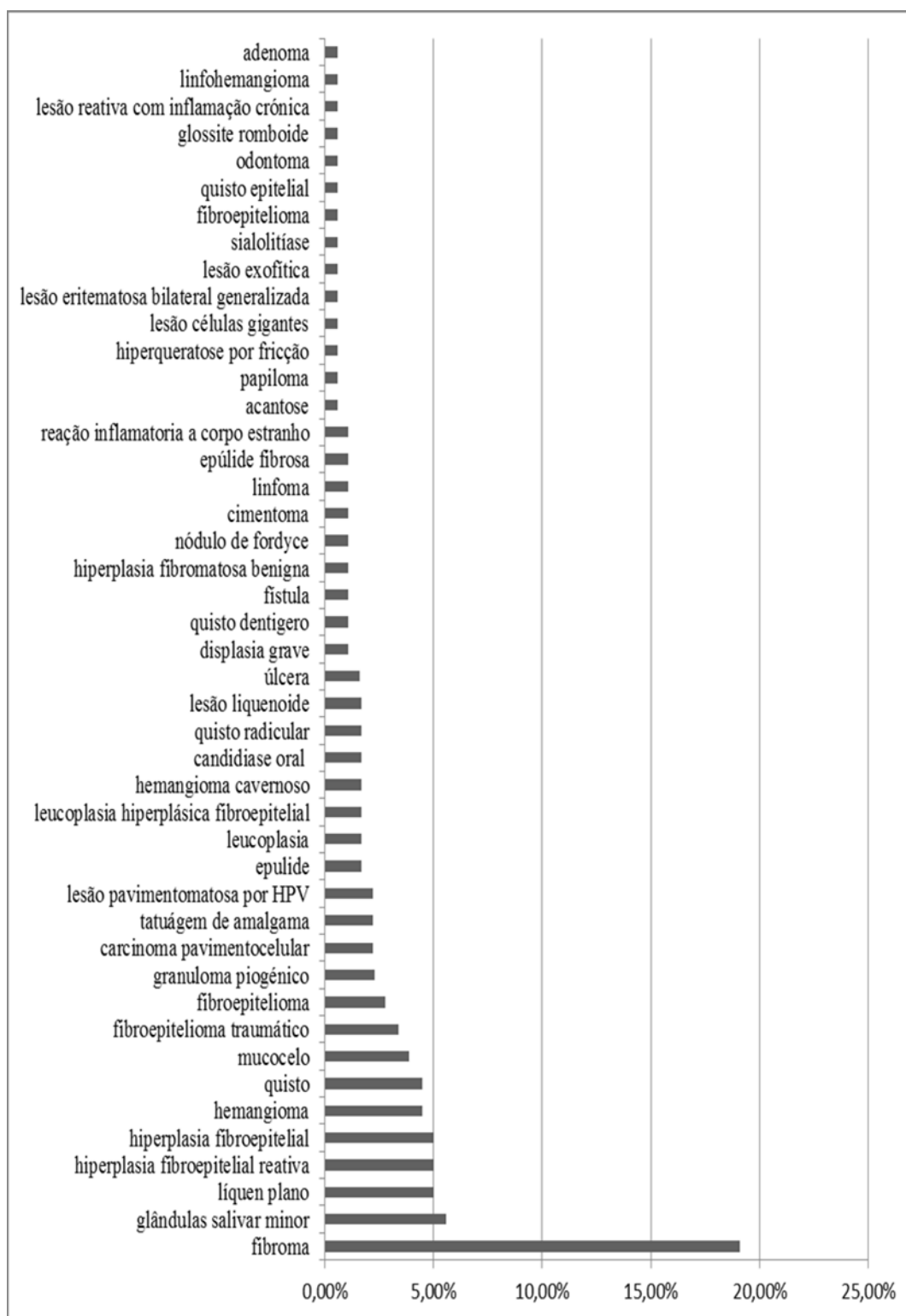


Figura 23- Entidades clínicas com mais significância, observadas na clínica Universitária Egas Moniz desde o ano 2011 até ao ano 2016.

6. Metodologias de investigação

Dos 214 relatórios anátomo-patológicos foram excluídos 34 devido ao facto de contemplarem uma idade inferior a 40 anos, uma vez que o estudo abrangia apenas as faixas etárias compreendidas entre os 40 anos e os 90 anos.

Os dados recolhidos dos relatórios foram organizados da seguinte forma: número do processo e diagnóstico histológico.

As informações retiradas dos processos clínicos dos doentes foram categorizadas por: idade, medicamentos- princípio ativo, patologias pregressas, fatores de risco e patologia diagnosticada.

Após análise estatística, foram comparados os resultados obtidos na Clínica Universitária Egas Moniz com os resultados relativos a estudos semelhantes realizados noutras instituições de outras áreas geográficas.

7. Metodologia estatística

Todas as informações foram introduzidas no Microsoft Office Excel 2013 (Microsoft Corporation® Washington, EUA) sob a forma de tabela e, posteriormente, foi realizada a análise estatística na aplicação PASW® Statistic versão 24.0 (SPSS inc. IBM company).

III. Resultados e Discussão

Este projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, tendo sido aprovado (anexo 2).

A realização deste estudo tem como finalidade apenas cariz académico, não tendo qualquer fim económico ou financeiro.

Foi realizado um estudo retrospectivo que teve por objetivo principal determinar que entidades clínicas, com indicação para exame histológico, foram mais frequentemente diagnosticadas na consulta de Patologia Oral da Clínica Universitária Egas Moniz. Feita a determinação das patologias foram comparadas com os dados casuísticos de outras áreas geográficas, conforme mencionado no capítulo I- Introdução, subcapítulo 3- Metodologia de Investigação.

O estudo decorreu na Clínica Universitária Egas Moniz e os dados utilizados para o tratamento estatístico foram recolhidos de uma amostra de 214 processos clínicos, correspondendo a lesões orais que tiveram indicação histológica, no período compreendido entre o ano 2011 e 2016.

Destes 214 processos clínicos foram considerados como critérios de inclusão no estudo indivíduos que autorizaram a cedência dos seus dados para fins científicos e que se encontravam na faixa etária entre os 40 e os 90 anos. Como critérios de exclusão consideraram-se idades que não estivessem contempladas neste intervalo, bem como doentes que optaram apenas por realizar o exame anátomo-patológico na Clínica Universitária Egas Moniz, e que pretenderam levar o resultado do mesmo para o exterior.

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão foi obtida uma amostra de 178 processos clínicos dos quais se recolheram os dados aferidos na consulta de triagem: idade, medicamentos, fatores de risco, patologias pregressas. Foi também recolhida a informação da respetiva entidade clínica diagnosticada em relatórios anátomo-patológicos no diário clínico.

1. Entidades clínicas diagnosticadas.

Abaixo, segue um gráfico, das entidades clínicas diagnosticadas desde o ano 2011 até ao ano 2016, em doentes cujas faixas etárias se inseriam entre os 40 e 90 anos.

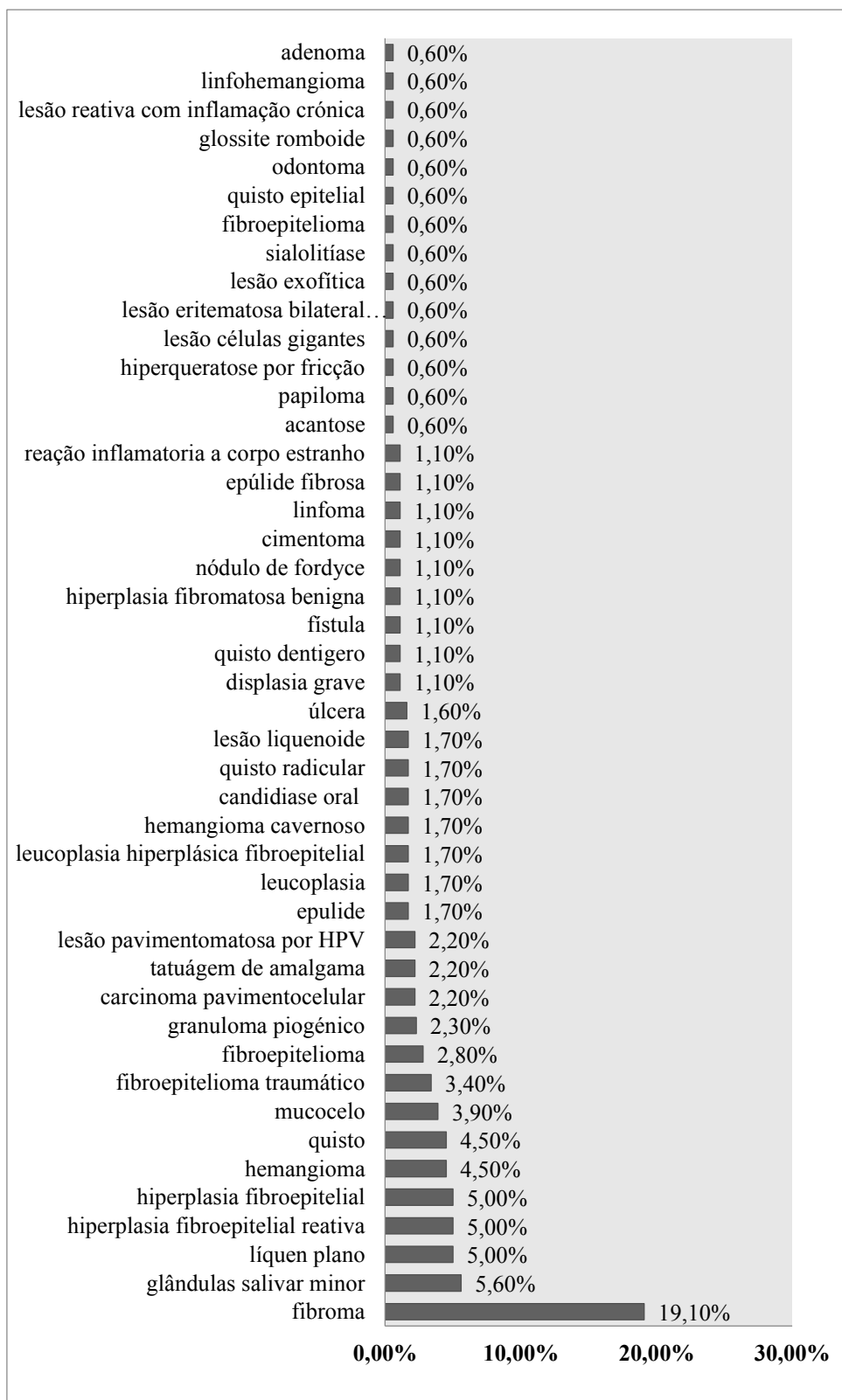


Figura 24- Percentagens dos diagnósticos referentes a exames anátomo-patológicos realizados na Clínica Universitária Egas Moniz, desde o ano 2011 até ao ano 2016.

Após análise dos resultados obtidos, verificou-se que a entidade clínica, mais frequentemente diagnosticada, foi o fibroma com uma percentagem de 19,10%, seguida da patologia associada a glândulas salivares minor com uma percentagem de 5,60%.

Foram diagnosticadas com igual percentagem de 5,0%, o líquen plano, a hiperplasia fibroepitelial reativa e a hiperplasia fibroepitelial. Com uma percentagem de 4,5%, foram também diagnosticados o quisto e o hemangioma. Todas as restantes entidades clínicas foram diagnosticadas com uma percentagem abaixo de 4%.

As tabelas que se seguem, ilustram os processos observados e organizados de acordo com a idade.

Tabela 1 – Número de processos observados e organizados por idade.

Idade	Frequência (processos)	Idade	Frequência (processos)	Idade	Frequência (processos)	Idade	Frequência (processos)	Idade	Frequência (processos)
40	<u>10</u>	50	4	60	<u>9</u>	70	2	81	1
41	4	51	1	61	5	71	1	82	1
42	9	52	3	62	8	72	<u>5</u>	85	<u>2</u>
43	8	53	<u>6</u>	63	5	73	4	86	1
44	4	54	3	64	<u>9</u>	74	<u>5</u>	87	-
46	4	55	<u>6</u>	65	2	75	1	88	-
47	3	56	5	66	6	76	2	89	-
48	9	57	5	67	2	77	2	90	-
49	3	58	<u>6</u>	68	3	79	1	-	-
-	-	59	3	69	5	-	-	-	-
$\Sigma = 54$		$\Sigma = 42$		$\Sigma = 54$		$\Sigma = 23$		$\Sigma = 5$	

Num total de 178 processos de doentes com entidades clínicas diagnosticadas na consulta de Patologia Oral, 54 processos, inserem-se na quarta e sextas décadas.

A faixa etária, com menos casos de diagnóstico patológico, é a compreendida entre os setenta e os setenta e nove, com um total de 23 processos observados.

Tabela 2 - Percentagem válida dos processos observados e organizados por idades.

Idade	% Válida	Idade	% Válida	Idade	% Válida	Idade	% Válida	Idade	% Válida
40	<u>5,60%</u>	50	2,20%	60	<u>5,10%</u>	70	1,10%	81	0,60%
41	2,20%	51	0,60%	61	2,80%	71	0,60%	82	0,60%
42	5,10%	52	1,70%	62	4,50%	72	<u>2,80%</u>	85	<u>1,10%</u>
43	4,50%	53	<u>3,40%</u>	63	2,80%	73	2,20%	86	0,60%
44	2,20%	54	1,70%	64	<u>5,10%</u>	74	<u>2,80%</u>	87	-
46	2,20%	55	<u>3,40%</u>	65	1,10%	75	0,60%	88	-
47	1,70%	56	2,80%	66	3,40%	76	1,10%	89	-
48	5,10%	57	2,80%	67	1,10%	77	1,10%	90	-
49	1,70%	58	<u>3,40%</u>	68	1,70%	79	0,60%	-	-
-	-	59	1,70%	69	2,80%	-	-	-	-

Face à informação apresentada na tabela 2, constata-se que na faixa etária compreendida entre os quarenta e os quarenta e nove anos, são os indivíduos com 40; 42 e 48 anos que apresentam a maior percentagem de entidades clínicas diagnosticadas, 5.60% e 5,10% respetivamente.

No que diz respeito à faixa etária compreendida entre os cinquenta e cinquenta e nove anos, constata-se que são os indivíduos com 53, 55 e 58 anos, os que apresentam maior percentagem de diagnósticos patológicos, 3,40%.

Na faixa etária compreendida entre os sessenta e os sessenta e nove anos, verifica-se que são os indivíduos de 60 e 64 anos, os que apresentam maior percentagem de entidades clínicas, 5,10%.

Relativamente à faixa etária compreendida entre os setenta e os setenta e nove anos, são os indivíduos de 72 e 74 anos que apresentam maior percentagem de diagnósticos patológicos, 2,80%. Na faixa etária compreendida entre os oitenta e um anos e os oitenta e seis anos, dos cinco processos observados, a idade com maior percentagem de diagnósticos patológicos é a de 85 anos.

Uma vez que o presente estudo pretendeu comparar, também, a casuística da Clínica Universitária Egas Moniz, com os resultados de estudos semelhantes elaborados noutras áreas geográficas, definiu-se como critério, a apresentação gráfica das patologias que evidenciavam as maiores percentagens. Assim, a partir da leitura da figura 25 do presente estudo, observa-se o gráfico representativo das percentagens dos diagnósticos patológicos realizados na Clínica Universitária Egas Moniz, desde o ano 2011 até ao ano 2016.

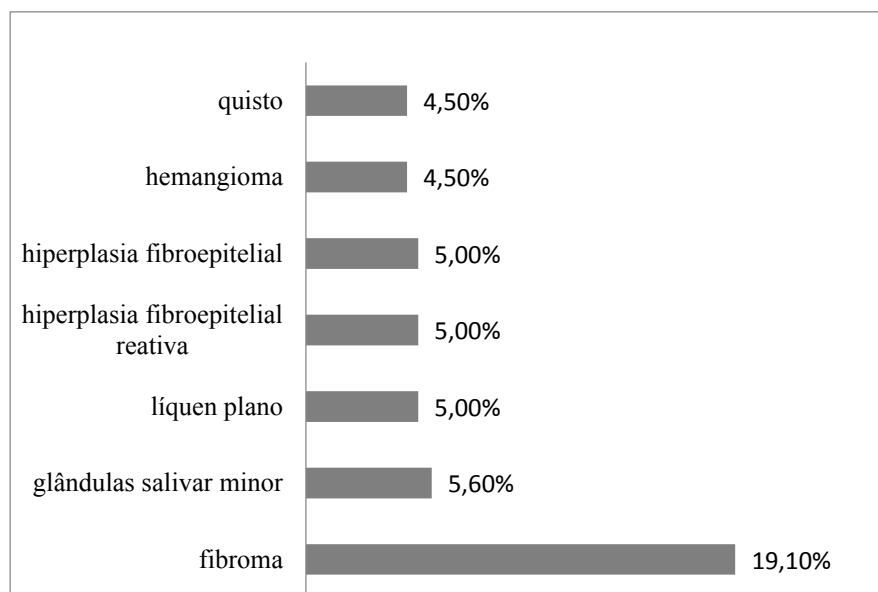


Figura 25- Gráfico das percentagens dos diagnósticos referentes a exames anátomo-patológicos com maior significância da C. U. Egas Moniz, desde o ano 2011 até ao ano 2016.

Da análise do gráfico apresentado, pode concluir-se que as patologias orais com maior percentagem, diagnosticadas na Clínica Universitária Egas Moniz são: o fibroma (19,10%) ; as que dizem respeito às glândulas salivares minor (5,60%); o líquen plano, hiperplasia fibroepitelial reativa e hiperplasia fibroepitelial (5,00%); hemangioma e quisto (4,50%).

2. Comparação com outras áreas geográficas.

A figura que se segue, ilustra a comparação relativa às entidades clínicas diagnosticadas com mais significância na Clínica Universitária Egas Moniz com as entidades clínicas, também com maior significância, diagnosticadas nos onze estudos,

realizados em instituições similares de regiões geográficas diferentes, que serviram de comparação, para a realização do presente estudo.

Os estudos considerados, abrangem, processos clínicos de indivíduos com intervalos etários compatíveis com o período etário estabelecido como critério de inclusão.

Tabela 3 - Comparação das patologias orais mais significantes na Clínica Universitária Egas Moniz com as patologias orais, também com maior significância, diagnosticadas nos onze estudos, realizados noutras instituições similares de regiões geográficas diferentes. (S) corresponde a “Sim”.

		ESTUDOS CONSIDERADOS											
		1- Chile	2- Colômbia	3- Curitiba	4- Taiwan	5- São Paulo	6- São Caetano	7- Porto	8- Montes Claros	9- Mato Grosso	10- Nova Zelândia	11- Passo Fundo	12- Almada
ENTIDADES CLÍNICAS DIAGNOSTICADAS	Quisto Radicular		S	S				S			S		
	Fibroma		S	S	S	S	S	S		S		S	
	Mucocelo			S	S		S			S		S	
	Úlcera				S								
	Candidíase					S						S	
	Hemangioma					S							
	Hiperqueratose						S						
	Líquen Plano							S					
	Granuloma Periapical							S		S	S		
	Doenças glândulas salivares								S				
	Granuloma piogénico		S										
	Estomatite	S	S										
	Hiperplasia fibrosa	S		S	S	S	S			S	S	S	
	Neoplasias epiteliais malignas								S				
	Lesões pré malignas								S				
	Processos inflamatórios não neoplásicos								S				
Lesões vasculares	S												
Lesões pigmentadas	S												

De acordo com a análise da tabela 3, conclui-se que as entidades clínicas diagnosticadas com mais significância na Clínica Universitária Egas Moniz, são também as patologias orais diagnosticadas com mais significância, noutras instituições similares de regiões geográficas diferentes, onde se realizaram estudos com objetivos semelhantes.

As evidências clínicas em que existe concordância ao longo de todos os estudos considerados são: o fibroma e hiperplasia fibroepitelial ambas identificadas em nove estudos dos doze considerados e o quisto radicular identificado em cinco estudos dos doze estudos considerados.

O fibroma e a hiperplasia fibroepitelial são patologias com origem traumática, muitas vezes relacionada com o uso de dispositivos protéticos, com restaurações que não se encontram intimamente adaptadas com a superfície dentária ou até mesmo com hábitos parafuncionais como são exemplo a sucção do lábio, a introdução de canetas na cavidade oral. Os casos de hiperplasia aumentam com a idade atingindo altos índices na quarta e quinta décadas de vida (Bertoja, Tomazini, Braosi, Zielak, Reis & Giovanini, 2007), (Kniest, Stramandinoli, Ávila & Izidoro, 2011), (Alves, Matheus & Battistini-Ettore, 2009) e (Carrard, Haas, Rados, Filho, Oppermann, Albandar & Susin, 2011).

Este facto vai de encontro à faixa etária com mais patologias diagnosticadas na Clínica Universitária Egas Moniz. Deste modo, e a título de justificação pode atribuir-se o facto do uso de dispositivos protéticos ter início a partir dessa faixa etária.

O quisto radicular aparece no estudo como a terceira patologia diagnosticada com mais concordância ao longo dos 12 estudos. Tal, pode estar relacionado com hábitos de higiene deficientes e com a indicação que cada vez mais dentes têm para tratamento endodôntico.

Segundo estudos analisados, existem, fatores como a diferença de sexo, a genética, condições socio económicas dos indivíduos e da população onde estes se encontram inseridos, que exercem influência no aparecimento, distribuição e frequência de desenvolvimento de determinadas doenças.

IV. Conclusões

O presente estudo teve como objetivo primeiro fazer o levantamento epidemiológico da clínica Universitária Egas Moniz, desde o ano 2011 e 2016. Para o desenvolvimento do mesmo foi definido como critério de inclusão indivíduos que tinham lesões com indicação para exame histológico e cujas idades se inserissem entre os 40 anos e 90 anos.

Após recolha dos dados da casuística em medicina oral referentes ao período compreendido entre o ano 2011 até ao ano 2016, o outro objetivo contemplado neste estudo prendia-se com o facto de se verificar se, noutras áreas geográficas diferentes e em instituições similares à nossa, se verificava concordância no diagnóstico de patologias.

Apresentados os resultados, verificou-se que as entidades clínicas mais frequentemente diagnosticadas na clínica universitária Egas Moniz, foram o fibroma, patologias relacionadas com as glândulas salivares minor, líquen plano, hiperplasia fibroepitelial, hemangioma e quisto.

Relativamente às faixas etárias a idade de 40 anos foi a que verificou maior incidência de entidades clínicas diagnosticadas. No entanto, a quarta e sexta década de vida, foram as mais acometidas no diagnóstico patológico.

Foram considerados para termo de comparação, onze estudos, provenientes de áreas geográficas diferentes, Europa, Ásia, América do Sul, Oceânia. Após leitura e análise dos mesmos, foi definido como critério em todos os estudos, considerar apenas as percentagens mais significativas. Deste modo, foi elaborada uma lista com toda a casuística dos 12 estudos.

Através de um quadro comparativo, foi possível determinar que há, ao longo dos estudos, uma concordância no diagnóstico de três doenças: hiperplasia fibroepitelial, fibroma e quisto radicular.

Os resultados podem estar relacionados com o facto da prótese dentária removível ser o método de reabilitação oral mais usual bem como o seu uso estar associado a trauma por desajuste. Relativamente à ocorrência de quistos, processos inflamatórios ou infecciosos (odontogénicos ou não) e trauma, podem estar correlacionados.

V. Perspetivas Futuras

Na prática clínica o médico dentista, observa a existência de entidades clínicas com origens muito diversas, o que por vezes compromete o diagnóstico e, por consequência, um bom plano de tratamento.

Como proposta para realização de estudos futuros, seria de interesse realizar-se um estudo de carácter retrospectivo que incluíssem indivíduos na primeira e segundas décadas de vida. Isto porque durante a realização desta dissertação, foi observada uma considerável amostra de indivíduos que se encontravam em tratamento ortodôntico os quais desenvolveram lesões que teriam especial relação com a ortodôntia.

No entanto, e ainda no âmbito da comum evidência no diagnóstico da hiperplasia fibroepitelial, o uso de próteses dentárias removíveis mal adaptadas, restaurações que não se encontram intimamente adaptadas à superfície dentária e hábitos de sucção estão também na origem do seu aparecimento.

Para que o doente tenha uma boa adaptação à prótese dentária é necessário que o médico dentista transmita ao doente os prós e contras do uso de prótese. Assim, o término do tratamento não ocorre com a entrega da prótese. É importante que o médico explique ao doente a necessidade das consultas de controlo e manutenção da prótese dentária.

Para que se trabalhe mais na prevenção e não tanto ao nível de tratamento, será necessário implementar uma “cultura de conhecimento” na população. Para tal, é necessária uma acessibilidade igualitária de todos os utentes ao médico dentista.

VI. Referências Bibliográficas

- Alves, N. C., Matheus, G., & Battistini-Ettore, C. (2009). Lesões bucais mais frequentes observadas no Serviço de Histopatologia Bucal da Unimar, no período de 1997 a 2009. *Rev. paul. odontol*, 31(1), 12-17.
- Aoki, V., Sousa Jr, J. X., Fukumori, L. M., Périgo, A. M., Freitas, E. L., & Oliveira, Z. N. (2010). Imunofluorescência direta e indireta. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 85(4), 490-500
- Azul, A. M., & Trancoso, P. F. (2006). Patologia mais frequente da mucosa oral. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 22(3), 369–377.
- Bancroft, J. D., & Gamble, M. (2002). *Theory and practice of histological techniques* (5th ed.). London: elsevier science limited.
- Barbosa, Sousa R. P., Paiva, M. D. E. B., Rodrigues, T. L. C., & Rodrigues, F. G. (2005). Valorizando a biópsia na clínica odontológica.
- Bertoja, I. C., TomazniI, Giongo J., Braosi, Ribeiro A. P., Zielak, J. C., Reis, Gomes L. F., & Giovanini, A. F. (2007). Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Histopatologia do UnicenP. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 4(2).
- Boaretto, J., Moura, L., Oliveira, C., Lameira, C., Anjos, G., Pinheiro, L., & Neta, A. (2009). western blot. Retrieved from https://www.slideshare.net/joseluiz_boaretto/tecnica-western-blot?qid=77b340bf-9e71-4d40-8f36-48a3f7f17d64&v=&b=&from_search=1
- Borges, A., Schaer, R., Meyer, R., Brodskin, C., & Portela, R. (2010). Imunofluorescência. Retrieved from https://www.slideshare.net/labimuno/i-m-u-n-o-f-l-u-o-r-e-s-c-e-n-c-i-a?qid=05afc684-2161-40f3-b91187e7a61c778d&v=&b=&from_search=6

- Carrard, V. C., Haas, A. N., Rados, P. V., Oppermann, R. V., Albandar, J. M., & Susin, C. (2011). Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil. *Oral diseases*, *17*(2), 171-179.
- Casagrande, F. B. (2011) Diagnóstico e levantamento epidemiológico de doenças do complexo maxilo-mandibular no centro de especialidades odontológicas (ceo) jardim peri-peri (butantã), Unuversidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)
- Colombo, J., & Rahal, P. (2010). A tecnologia de microarray no estudo do câncer de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Biociências*, 64–72.
- Chen, J.-Y., Wang, W.-C., Chen, Y.-K., & Lin, L.-M. (2010). A retrospective study of trauma-associated oral and maxillofacial lesions in a population from southern Taiwan. *Journal of Applied Oral Science*, *18*(1), 5–9.
- Espinoza, I., Rojas, R., Aranda, W., & Gamonal, J. (2003). Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, *32*(10), 571–575.
- Ferro, A. B. (2014). Imunohistoquímica.
- Filho, E. H. C. N. (2011). Imunohistoquímica. Retrieved from <http://ligadepatologiaufc.blogspot.pt/2011/03/imunohistoquimica.html>
- Hoff, K., Silva, S. O. da, & Carli, J. P. (2015). Levantamento epidemiológico das lesões bucais nos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. *RFO UPF*, *20*(3), 319–324.
- Jiménez, R., & Díaz, A. (2009). Análisis retrospectivo de 9.023 informes de patología bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 1972-2003. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, *17*(2).
- Junqueira LC, C. J. (1995). *Histologia básica* (8th ed.). Guanabara Koogan.

- Junqueira LCU, J. L. (1983). Técnicas básicas de citologia e histologia. (Santos, Ed.). São Paulo.
- Kelloway, E., Ha, W. N., Dost, F., & Farah, C. S. (2014). A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. *Australian Dental Journal*, 59(2), 215–220.
- Kniest, G., Stramandinoli, R. T., Ávila, L. F. D. C., & Izidoro, A. C. A. (2011). Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). *RSBO (Online)*, 8(1), 13-18.
- Leite, C. A., Acay, R. R., Reche, P. M., Silva, O. G. da, & Sousa, S. O. M. de. (2008). Detecção do papilomavírus humano em lesões verrucosas orais por meio da técnica de hibridização in situ. *RGO*, 56(3), 237–243.
- Mahmood, T., & Yang, P.-C. (2012). Western Blot: técnica, teoria e resolução de problemas. *North American Journal of Medical Sciences*, 4 (9), 429-434. <http://doi.org/10.4103/1947-2714.100998>
- Peterson, J. L., Ellis, E., Hupp, J. R., & Tucker, M. R. (2005). Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea (4th ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Pereira, T. T. M., Gaetti-Jardim, E. C., Castillo, K. A., de Barros Paes, G., & de Barros, R. M. G. (2013). Levantamento Epidemiológico das Doenças de Boca: Casuística de Dez Anos. *Archives of Health Investigation*, 2(3)
- Prado, B. N., Trevisan, S., & Passarelli, D. H. C. (2010). Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos epidemiological study of oral lesion in the period of 05 years, 22(1), 25.
- Sena, L., Schaer, R., Meyer, R., Brodskin, C., & Portela, R. (2010). No Title. Retrieved from <https://www.slideshare.net/labimuno/elisa-3454963>
- Souza, J. G., Soares, L. A., & Moreira, G. (2014). Frequência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária. *Revista Cubana de Estomatología*, 51(1), 43–54.

Tabaio, A. M. N. (2012). Estudo retrospectivo das lesões da cavidade oral biopsadas nos pacientes da FMDUP.

Werner, B., Campos, A. C., Nadji, M., & Torres, L. F. B. (2005). Uso prático da imunohistoquímica em patologia cirúrgica. *Jornal Brasileiro de Patologia E Medicina Laboratorial*, 41(5), 353–364.

Wilkinson, D. G. (1995). RNA detection using non-radioactive in situ hybridizationo
Title. *Current Opinion in Biotechnology*, 6(1), 20–23.

Anexo 1

REQUISIÇÃO PARA ESTUDO ANATOMO-PATOLÓGICO

Nome : _____ Sexo : ___ Idade : _____

Processo : _____

Diagnóstico Clínico : _____

TIPO CLÍNICO

A. 1. Distribuição : Simples Multifocal Generalizada

2. Dimensão : _____

3. Superfície : Elevada Vesícula/Bolha Plana Ulcera Outra

4. Consistência : Mole Firme Dura Contém líquido Outra _____

5. Cor : Branca Vermelha Azul Castanha/Negra Amarela
Outra _____

6. Limites : Bem definidos Mal definidos

7. Duração : Dias Semanas Meses Anos Desconhecido

8. História Prévia : Sim Não

9. Dor : Sim Não

10. Tradução Radiológica : Sim Não

B. Doença Sistêmica Associada : Sim Não

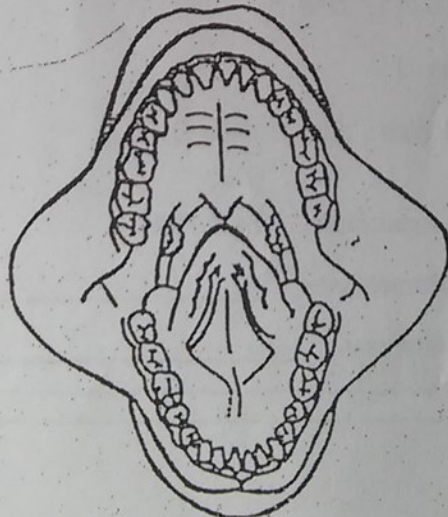
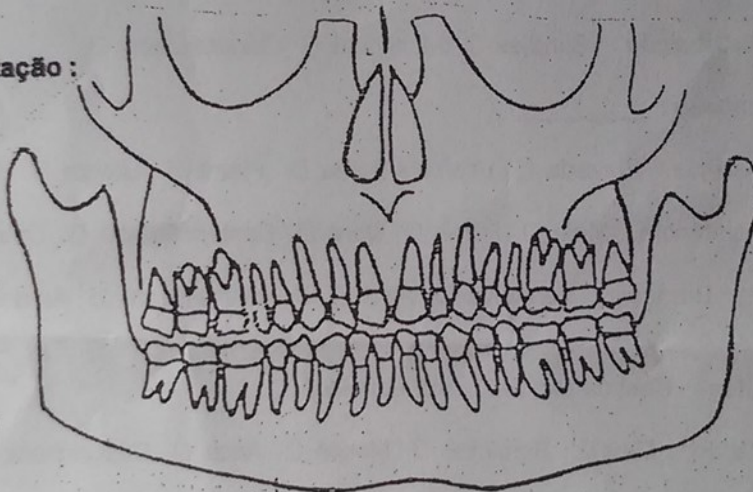
C. Antecedentes Medicamentosos : _____

D. Outros dados com interesse : _____

E. Características Radiológicas com Interesse Clínico :

1. Radiotransparente Radiopaco Misto
2. Limites bem definidos Limites irregulares/mal definidos
3. Lesão unilocular Lesão multilocular Outra : _____
4. Dimensão : _____
5. Relação com dentes : Sim Não
6. Repercussão na dentição :
Sem desvio de eixos Com desvio de eixos
Com reabsorção externa Sem Reabsorção Externa
Outro : _____

Localização :



*Nome do paciente _____

*Proc _____ Data _____

*Nome do docente responsável _____ (letra legível)

Recebido por _____ (funcionária)

Data de recepção de resultado (recebido do laboratório)

Funcionária _____ Data _____

*Resultado entregue a _____ Data _____

(Assistente responsável)

Observações _____

Anexo 2

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 551

Ex.ma Senhora
Cristiana Jorge Lopes

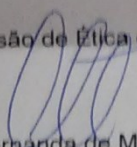
Monte de Caparica, 15 de fevereiro de 2017.

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado "***Estudo retroespectivo da casuística em Medicina Oral na Clínica Universitária Egas Moniz***", foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita