



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ESTUDO RETROSPETIVO DA CONCORDÂNCIA ENTRE O
DIAGNÓSTICO CLÍNICO E ANATOMOPATOLÓGICO EM
PACIENTES DA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Andreia de Castro Severino Ramos
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2019



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ESTUDO RETROSPETIVO DA CONCORDÂNCIA ENTRE O
DIAGNÓSTICO CLÍNICO E ANATOMOPATOLÓGICO EM
PACIENTES DA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Andreia de Castro Severino Ramos
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor José Silva Marques

setembro de 2019

Aos meus pais, por todo o amor e carinho,

Adoro-vos,

Muito obrigada, do fundo do coração!

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Doutor José Silva Marques, por toda a sua disponibilidade, confiança e apoio ao longo deste percurso. Agradeço também por me ter demonstrado todo o seu conhecimento sobre a unidade curricular de Cirurgia e Medicina Oral e por me ter incentivado, desde o primeiro ano de clínica a explorarmos mais esta área que é tão importante na nossa prática clínica, o que me levou a querer realizar o trabalho final de curso nesta área.

Ao Prof. Doutor Luís Proença, por todo o auxílio na análise estatística deste trabalho científico e principalmente pela sua paciência.

Aos meus pais, Jorge e Filomena, obrigada por todo o apoio que me deram ao longo destes anos. Um sincero obrigada a vocês, por nunca terem duvidado das minhas capacidades, sem vocês, meus queridos pais, nada disto seria possível, adoro-vos!

À minha irmã, Cristiana, por me ter acompanhado neste percurso académico e por me ter sempre apoiado.

Aos meus queridos avós, obrigada pela contribuição para que pudesse concluir este curso, são e foram uma peça muito importante ao longo destes anos.

À minha família, principalmente à minha avó Mimi, tios e primos, por todo o apoio e confiança que depositaram em mim.

Um especial agradecimento à minha colega de box, Carolina Campina, por toda a amizade, carinho e companheirismo! Foste o grande pilar desta jornada académica, muito obrigada por teres estado sempre ao meu lado, és uma amiga que quero levar para a vida, gosto muito de ti!

À minha grande amiga Renata Pereira, uma amizade que perdura há quinze anos e que espero levá-la por muitos e muitos mais.

Às minhas queridas amigas Ana Filipa Rosário e Ana Rita Ramos por todo o apoio e amizade e por termos percorrido todo este percurso juntas, um “obrigado” não chega.

Aos meus amigos e amigas de infância, pois apesar de ter estado mais ausente ao longo destes anos, a nossa amizade nunca “desabou”, obrigada por estarem sempre lá para mim.

RESUMO

Introdução: As lesões que ocorrem na cavidade oral podem ser um desafio de diagnóstico para o Médico Dentista. O diagnóstico histológico (anatomopatológico) ou por meios complementares de imunohistoquímica podem ser mandatários e muitas vezes apresentam-se como capazes de fornecer um diagnóstico definitivo.

Objetivos: Avaliar a concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico de lesões orais em pacientes sujeitos a biópsias na Clínica Universitária Egas Moniz. Identificar as lesões orais mais frequentes e a sua correlação com idade, género e localização anatómica.

Materiais e Métodos: Análise retrospectiva de 368 processos, referentes a 350 indivíduos do sexo masculino e feminino, com idades compreendidas entre 10 e 87 anos de idade. Foram analisados dados das Histórias Clínicas recolhidos entre 2008 e 2018 de indivíduos submetidos a uma ou mais biópsias realizadas na Clínica Universitária Egas Moniz. Fez-se o registo da localização da lesão, diagnóstico clínico, anatomopatológico, os hábitos tabágicos e etílicos. Os diagnósticos histológicos registados foram posteriormente agrupados por grupos de patologia.

Resultados: O género mais afetado foi o feminino, representando 55% da amostra. O estrato etário mais afetado situou-se nos 61-70 anos e o menos afetado nos 10-20 anos. A localização anatómica mais biopsada foi a gengiva (23,9%). Entre os grupos mais prevalentes, encontram-se as lesões do tecido conjuntivo (32,1%), os quistos dos maxilares (15,8%) e as Lesões Brancas (15,5%). As cinco entidades patológicas mais frequentes foram o Fibroma, o Quisto Radicular, o Líquen Plano Oral, o Hemangioma e a Leucoplasia. Avaliando a concordância, verifica-se que 74,5% de casos concordantes e 25,5% discordantes.

Conclusão: A população em estudo foi afetada por 35 entidades histológicas diferentes, o que comprova a importância da realização de estudos de prevalência de lesões com expressão oral e alerta a importância do papel do médico dentista de forma a prevenir e tratar as doenças orais.

Palavras-Chave: Concordância; Diagnóstico Clínico; Diagnóstico Histológico; Lesões Oraís.

ABSTRACT

Introduction: Lesions that occur in the oral cavity can be a challenge for the dentist. Histological (pathological) diagnosis or by complementary means of immunohistochemistry may be mandatory and often shown to enable definitive diagnosis.

Objectives: To evaluate the agreement between the clinical and histopathologic diagnosis of oral lesions in patients undergoing biopsies at the Egas Moniz University Clinic. Identify the most frequent oral lesions and their correlation with age, gender and anatomical location.

Materials and methods: Retrospective analysis of 368 cases, referring to 350 male and female individuals, aged between 10 and 87 years old. Data from the Clinical Histories collected between 2008 and 2018 from individuals submitted to one or more biopsies performed at Egas Moniz University Clinic were analyzed. It was also recorded the location of the lesion, clinical diagnosis, histopathologic, smoking and ethyl habits. The histological diagnoses recorded were further grouped by pathology group.

Results: The most affected gender was female, representing 55% of the sample. The most affected age group was 61-70 years and the least affected at 10-20 years. The most biopsied anatomical location was the gum (23.9%). Among the most prevalent groups are connective tissue injuries (32.1%), jaw cysts (15.8%) and white injuries (15.5%). The five most common pathological entities were fibroma, root cyst, oral lichen planus, hemangioma and leukoplakia. Assessing agreement shows that 74,5% of the cases were concordant and 25,5% were discordant.

Conclusion: The study population was affected by 35 different histological entities, which proves the importance of conducting studies on the prevalence of oral expression lesions and highlights the importance of the role of the dentist in preventing and treating oral diseases.

Keywords: Agreement; Clinical diagnosis; Histological diagnosis; Oral Lesions.

ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO	15
1.	Anatomia Patológica	16
1.1.	Definição.....	16
1.2.	Técnicas abrangentes de Anatomia Patológica.....	16
1.2.1.	Histopatologia	16
1.2.2.	Citopatologia (esfoliativa e aspirativa).....	16
1.2.3.	Autópsia Clínica.....	17
2.	Lesões mais frequentes nos pacientes da Clínica Universitária Egas Moniz	18
2.1.	Fibroma.....	18
2.2.	Quisto Radicular.....	19
2.3.	Líquen Plano Oral	21
2.4.	Hemangioma.....	24
2.5.	Leucoplasia Oral	26
II.	OBJETIVOS DO ESTUDO	31
III.	HIPÓTESES DO ESTUDO.....	33
IV.	MATERIAIS E MÉTODOS	35
1.	Tipo de Estudo	35
2.	Considerações Éticas	35
3.	Local e Duração do Estudo.....	35
4.	Amostra.....	35
5.	Critérios de Inclusão	35
6.	Critérios de Exclusão.....	36
7.	Variáveis do Estudo.....	36
8.	Metodologia	36
9.	Análise Estatística	37
V.	RESULTADOS.....	39

VI.	DISCUSSÃO	57
VII.	CONCLUSÕES.....	79
VIII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Aspeto clínico de um Fibroma na mucosa jugal, (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor José Silva Marques do seu arquivo pessoal).	19
Figura 2. Aspeto histológico de um Fibroma adaptado de (Vujhini et al., 2016).	19
Figura 3. Radiografia periapical de um Quisto Radicular. Imagem radiotransparente bem delimitada em redor do ápex de um dente não vital adaptado de (EI-Naggar et al., 2017).	21
Figura 4. Corte histológico de um Quisto Radicular adaptado de (EI-Naggar et al., 2017).	21
Figura 5. A: Aspeto clínico do Líquen Plano Oral na forma reticular na mucosa jugal, adaptado de (Mortazavi et al., 2019) B: Líquen Plano Oral na forma de placa, na gengiva, (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor José Silva Marques do seu arquivo pessoal) C: Aspeto clínico do Líquen Plano Oral na forma erosiva na mucosa jugal (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor José Silva Marques do seu arquivo pessoal) D: Líquen Plano Oral na forma eritematosa na gengiva adaptado de (Regezi et al., 2012).....	23
Figura 6. Corte histológico do Líquen Plano Oral, mostrando hiperqueratose, infiltrado linfocitário de interface e vacuolização basilar com apoptose, adaptado de (Regezi et al., 2012).	24
Figura 7. Apresentação clínica do Hemangioma adaptado de (Cardoso et al., 2010). ...	25
Figura 8. A: Aspeto histológico do Hemangioma ampliado a 10x B: Corte histológico ampliado a 40x, adaptado de (Rezende et al., 2016).	26
Figura 9. Formas clínicas de Leucoplasia Oral com variações na sua coloração. A: Leucoplasia Verrucosa Proliferativa no palato B: Leucoplasia homogénea no pavimento bucal C: Eritroleucoplasia, no pavimento bucal D: Eritroleucoplasia na mucosa jugal direita, adaptado de (Ramos et al., 2017).	28
Figura 10. Estados de severidade de displasia epitelial da Leucoplasia Oral. A: Displasia epitelial leve B: Displasia epitelial moderada C: Displasia epitelial severa D: Carcinoma in situ, adaptado de (Neville, Damm, Allen, & Chi, 2016).	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra por faixas etárias.	39
Tabela 2. Distribuição dos grupos de patologias e prevalência por frequência e percentagem; cruzamento de dados com a variável género.	41
Tabela 3. Prevalência das lesões orais arquivadas na CUEM entre 2008 e 2018 com respetiva percentagem dentro de cada grupo e frequência absoluta de cada lesão oral..	46
Tabela 4. Distribuição das lesões cinco lesões orais mais prevalentes na CUEM entre 2008 e 2018 por estrato género e estrato etário.	50
Tabela 5. Concordância diagnóstica entre as lesões orais e respetivas hipóteses de diagnóstico clínico (no caso de discordância).	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição da amostra por género.....	39
Gráfico 2. Distribuição das localizações anatómicas da amostra.	40
Gráfico 3. Distribuição dos grupos de patologias em relação às faixas etárias dos indivíduos.	43
Gráfico 4. Distribuição dos grupos de patologias em relação à localização anatómica das lesões orais.....	45
Gráfico 5. Distribuição por hábitos tabágicos e etílicos na população com DPM e LM.	48
Gráfico 6. Distribuição das cinco lesões orais mais prevalentes e correlação com a variável localização anatómica.	51
Gráfico 7. Concordância diagnóstica entre os Grupos de Patologias.	53

LISTA DE ABREVIATURAS

CCE- Carcinoma de Células Escamosas

CIS- Carcinoma *in Situ*

CUEM- Clínica Universitária Egas Moniz

CV- Carcinoma Verrucoso

DPM- Desordens Potencialmente Malignas

GCCG- Granuloma Central de Células Gigantes

Fb- Fibroma

GP- Granuloma Piogénico

He- Hemangioma

HC- História Clínica

IUEM- Instituto Universitário Egas Moniz

LE- Lúpus Eritematoso

LM- Lesões Malignas

LO- Leucoplasia Oral

LPO- Líquen Plano Oral

N- Frequência absoluta

OMS- Organização Mundial de Saúde

PE- Papiloma Escamoso

QD- Quisto Dentífero

QR- Quisto Radicular

SPSS- “*Statistical Package for the Social Sciences*”

%- Percentagem

I. INTRODUÇÃO

O conhecimento epidemiológico relativo a lesões ou doenças com expressão oral é de extrema importância para o Médico Dentista. A multiplicidade de apresentações justifica uma História Clínica (HC) aturada sobretudo descritiva, identificando as principais características nomeadamente forma, localização, cor, tamanho, superfície, consistência, sintomatologia, duração, entre outras (Gonsalves, Chi, & Neville, 2007).

Embora existam lesões cujo diagnóstico pode ser inferido através da análise clínica, é importante confirmar o diagnóstico através de outros meios complementares, sendo o exame anatomopatológico, nas suas múltiplas vertentes o procedimento de eleição (Malaowalla, Silverman, Mani, Bilimoria, & Smith, 1976).

Os procedimentos de exames histológicos a que fazemos alusão baseiam-se em termos médicos gerais na análise histológica. Referimos e enfatizamos de forma lata, contudo, que a anatomia patológica não limita os seus resultados a estes procedimentos, mas podem englobar a citopatologia (esfoliativa e aspirativa), autópsias clínicas, técnicas complementares do diagnóstico morfológico, técnicas de imunohistoquímica e técnicas avançadas de biologia molecular. Referimos ainda a possibilidade de o exame histológico ser realizado com base em exames ultraestruturais por microscopia eletrónica (disponível nas instalações do Instituto Universitário Egas Moniz- IUEM) (Direção Geral de Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2007).

Assim, no sentido de contribuir para a melhoria do conhecimento sobre a prevalência de lesões que acometem a cavidade oral e avaliar a concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico de lesões orais na Clínica Universitária Egas Moniz (CUEM), foi realizado um estudo retrospectivo através da análise das biópsias realizadas na Clínica Universitária entre 2008 e 2018, em que, de 527 processos, primariamente eletivos, foram analisados 368, após os critérios de exclusão. Uma vez realizada a análise, foi possível concluir que as cinco lesões com expressão oral mais prevalentes na CUEM foram, por ordem de frequência, o Fibroma, o Quisto Radicular, o Líquen Plano Oral, o Hemangioma e por fim a Leucoplasia Oral.

1. Anatomia Patológica

1.1. Definição

A Anatomia Patológica é a especialidade médica que se dedica à análise morfológica de órgãos, tecidos e células com o intuito de contribuir, muitas vezes de forma definitiva, para o diagnóstico de lesões com implicações no tratamento e prognóstico das doenças, assim como na sua prevenção (Direção Geral de Saúde, 2003).

1.2. Técnicas abrangentes de Anatomia Patológica

Esta área médica abrange diversos ramos tais como a histopatologia (biópsias, peças cirúrgicas e exames peroperatórios), a citopatologia (esfoliativa e aspirativa), autópsias clínicas e técnicas complementares do diagnóstico morfológico (exame imunohistoquímico e ainda exames ultraestruturais), tal como já foi referido anteriormente (Direção Geral de Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2007).

1.2.1. Histopatologia

O ramo da histopatologia, inclui as biópsias, peças cirúrgicas e exames peroperatórios, sendo que esta técnica foi a utilizada no presente estudo. A biópsia é um fragmento de órgão ou de tecido colhido por meios cirúrgicos, através de instrumentação endoscópica ou por meio de uma agulha, sendo a peça operatória uma parte ou a totalidade de um órgão ou da estrutura anatómica a analisar. Os exames peroperatórios abrangem amostras biológicas examinadas durante um procedimento cirúrgico para determinar a natureza de um tecido ou lesão ou o estágio das margens da excisão (Ministério da Saúde, 2007).

1.2.2. Citopatologia (esfoliativa e aspirativa)

Nesta área, podem ser utilizadas técnicas de citopatologia esfoliativa e aspirativa. Sendo a esfoliativa, uma amostra constituída por células e outros componentes recolhidos por procedimento abrasivo da superfície ou lúmen de um órgão ou cavidade ou contidos em produto de secreção ou excreção; a aspirativa, caracteriza-se por ser uma amostra constituída por células e outros componentes colhidos por agulha em estruturas internas, superficiais ou profundas, sujeitas a uma pressão negativa (Ministério da Saúde, 2007).

1.2.3. Autópsia Clínica

A autópsia clínica é um exame macroscópico do hábito externo e interno, dos órgãos *in situ* e após disseção, desejavelmente complementado por exame microscópico e outros exames laboratoriais, com o objetivo de elucidar a causa da morte e os processos mórbidos naturais envolvidos (Ministério da Saúde, 2007).

1.2.4. Técnicas complementares do diagnóstico morfológico

A anatomia patológica tem por base metodológica a observação macroscópica e microscópica (microscopia de luz e eletrônica), mas tem progressivamente, incorporado novas técnicas que alargaram o âmbito do diagnóstico de base morfológica e que contribuem para diagnósticos mais concretos e seguros com o objetivo de tomada de decisões clínico-terapêuticas (Direção Geral de Saúde, 2003).

Estas técnicas incluem os exames de imunohistoquímica, exames de imunofluorescência, exame ultra-estrutural, morfométrico, exame da ploidia e ADN nuclear, exame citogenético e por fim, exame molecular (Ministério da Saúde, 2007).

2. Lesões mais frequentes nos pacientes da Clínica Universitária Egas Moniz

2.1. Fibroma

O Fibroma (Fb), também denominado de Hiperplasia Fibrosa Focal e de Fb de Irritação, é uma lesão exofítica benigna, primariamente associada a um trauma crônico da mucosa oral (Koray & Tosun, 2019).

Segundo Sangle e colaboradores (2018), o Fb é o tipo de lesão clínica mais frequente, com uma incidência de 36,5%. Este é mais comum em adultos do sexo feminino na quarta década de vida, apesar de poder ocorrer em qualquer idade (Sabino, Gaetti-Jardim, Gaetti-Jardim Júnior, & Melo, 2016; Sangle et al., 2018; Vujhini, Reddy, Sudheer, & Katikaneni, 2016).

Clinicamente, apresenta uma aparência nodular com consistência firme, conforme ilustrado na Figura 1. Os Fb são assintomáticos e podem ser sésseis, em 51% dos casos ou pedunculados (49%), a cor assemelha-se à da mucosa oral e pode surgir uma cor esbranquiçada, superficialmente, devido à formação de uma camada ulcerativa com hiperqueratose, devido ao trauma secundário. Os locais mais comuns para o seu aparecimento são a língua, mucosa oral e o lábio inferior. Este tipo de lesão pode aparecer ainda com frequência na gengiva, trígono retromolar e no palato duro (Koray & Tosun, 2019; Sangle et al., 2018; Valério et al., 2013; Zarei, Chamani, & Amanpoor, 2007).

Histologicamente, pode surgir como uma massa nodular de tecido conjuntivo fibroso com fibras de colagénio envolvidas com os fibroblastos e revestidas por um epitélio pavimentoso queratinizado. O diagnóstico diferencial, pode ser feito com diversas lesões orais tais como o Mucocelo, Papiloma Escamoso (PE), Hemangioma, Linfangioma e ainda Lipoma (Valério et al., 2013).

Quanto ao tratamento, por norma é realizado a excisão cirúrgica. O Fb pode recidivar após a cirurgia no caso de a fonte de irritação persistir, sendo importante despistar a causa da lesão para evitar a recorrência da mesma (Vujhini et al., 2016).



Figura 1. Aspeto clínico de um Fibroma na mucosa jugal, (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor José Silva Marques do seu arquivo pessoal).

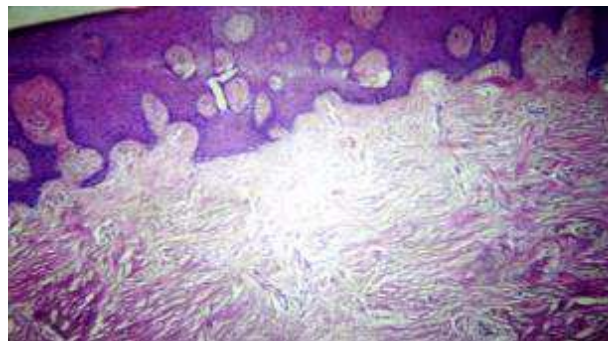


Figura 2. Aspeto histológico de um Fibroma adaptado de (Vujhini et al., 2016).

2.2. Quisto Radicular

O Quisto Radicular (QR) é um tipo de quisto odontogénico inflamatório, que também se denomina de Quisto Periapical ou Quisto Periodontal Apical (Sagit, Guler, Tasdemir, & Akf Somdas, 2011).

Tamiolakis e seus colaboradores realizaram em 2019, um estudo retrospectivo durante um período de 38 anos e obtiveram uma amostra de 5294 quistos dos maxilares desses, o quisto mais comum foi o radicular, representando cerca de 57,3% da amostra total. O QR tem maior prevalência na quarta e quinta décadas de vida e têm sido reportados mais casos em relação ao género feminino (El-Naggar, Chan, Grandis, Takata, & Slootweg, 2017; Tamiolakis, Thermos, Tosios, & Sklavounou-Andrikopoulou, 2019).

O revestimento epitelial deriva da proliferação dos remanescentes da bainha epitelial de *Hertwig* (restos de células epiteliais de Malassez) no ligamento periodontal como resultado de inflamação após necrose pulpar, por norma, devido à cárie dentária.

Forma-se uma cavidade quística, que se manifesta como resultado da pressão hidrostática acompanhada por reabsorção óssea. Por norma, o QR ocorre no ápex de um dente erupcionado, podem também desenvolver-se na abertura dos canais pulpare, canais acessórios, através dos quais a inflamação pulpar entre outros produtos de necrose pulpar podem sair e formar granulomas (EI-Naggar et al., 2017; Holla et al., 2012; Joshi et al., 2011).

O local mais comum para o seu aparecimento é na zona anterior da maxila com 50% dos casos. Muitos dos quistos são assintomáticos, pelo que só são descobertos através do exame radiográfico de um dente cariado ou não-vital ou, por abaulamento expansivo das corticais ósseas. O QR caracteriza-se por uma imagem radiotransparente, de forma redonda ou oval e unilocular, bem delimitada em redor do ápex, sendo que o seu diâmetro pode ir de um a dois centímetros. Podem surgir casos de lesões de elevadas dimensões e é importante referir que QR surge sempre associado a um dente não vital, sendo uma característica muito importante para o diagnóstico da lesão, como ilustra a Figura 3 (EI-Naggar et al., 2017).

Este tipo de quisto apresenta uma parede composta por tecido fibroso inflamatório ou tecido de granulação, delimitado por um epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado, de espessura variável. No revestimento epitelial, podem ser encontrados corpúsculos de *Rushton*, mais conhecidos como corpos hialinos, que são característicos, mas não específicos, dos QR, estes corpos podem estar relacionados com uma hemorragia prévia. Podem ocorrer ainda outras alterações como metaplasia da mucosa, com células caliciformes, cílios ou pequenas áreas de queratinização. Tendo em conta as diferentes características clínicas e radiográficas o QR pode ser tratado através da exodontia do dente associado, apicectomia com enucleação da cavidade quística ou por endodontia do dente associado. Apesar da lesão poder persistir, como um Quisto Residual, essa situação não é comum (EI-Naggar et al., 2017).

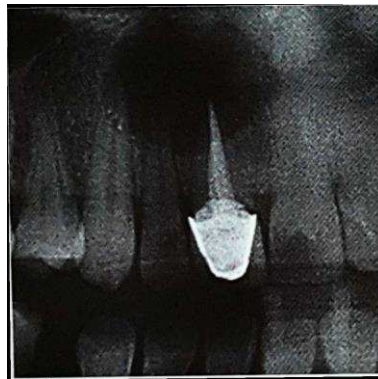


Figura 3. Radiografia periapical de um Quisto Radicular. Imagem radiotransparente bem delimitada em redor do ápex de um dente não vital adaptado de (EI-Naggar et al., 2017).

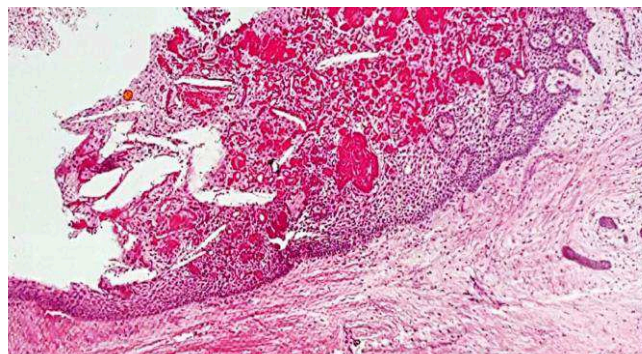


Figura 4. Corte histológico de um Quisto Radicular adaptado de (EI-Naggar et al., 2017).

2.3.Líquen Plano Oral

O Líquen Plano Oral (LPO) é a manifestação na boca de uma doença inflamatória mucocutânea de natureza autoimune designada por Líquen Plano. Este tipo de manifestação da doença envolve 0,1-2,2% da população em geral, principalmente após a meia idade, na quinta década de vida e as mulheres são mais afetadas que os homens com uma razão de 3:2 (Mortazavi et al., 2019; Nico, Fernandes, & Lourenço, 2011).

Acredita-se que tenha a sua origem autoimune mediada por células T, precipitada por fatores endógenos ou exógenos, resultando numa resposta alterada a autoantígenos apesar da etiologia permanecer desconhecida. A maior parte das células T ativadas no infiltrado inflamatório do LPO são CD8. As células T ativadas do infiltrado inflamatório, associadas ao aumento da produção de citocinas Th1 (IL-1, IL-8, IL-10, IL-12, TNF- α) aumentam a expressão de moléculas de adesão intercelulares (ICAM-1) nas células de

Langerhans e macrófagos, o que leva à apresentação de antígenos do complexo maior de histocompatibilidade pelos queratinócitos. Esta resposta imune alterada, resulta em apoptose dos queratinócitos da camada basal e pode determinar a atividade da doença. A desgranulação dos mastócitos e a ativação de metaloproteinases da matriz também podem estar associadas à etiologia da doença. O stress também pode estar relacionado com o aparecimento deste processo inflamatório. Os locais mais comuns para o aparecimento do LPO são a mucosa jugal, gengiva, dorso da língua, mucosa labial e vermelhão do lábio (Mortazavi et al., 2019; Nico et al., 2011).

Existem diversos tipos de LPO tais como, o reticular, erosivo (ulcerativo), placa e eritematoso (atrófico). As lesões são quase sempre bilaterais e simétricas, à exceção do tipo erosivo que nem sempre é bilateral, sendo esta uma característica muito importante para o diagnóstico diferencial com reações de contacto liquenoides da mucosa oral (Nico et al., 2011; Regezi, Sciubba, & Jordan, 2012).

A forma reticular, é a forma mais comum e é caracterizada por um padrão de estrias brancas (também denominadas de estrias de *Wickham*), que podem formar uma rede ou uma conformação circular. É frequente as estrias surgirem com uma área eritematosa circundante (Mortazavi et al., 2019).

Na forma erosiva, a área central da lesão é ulcerada, sendo esta revestida por uma placa fibrinosa ou de pseudomembrana. O processo é bastante dinâmico, com mudanças semanais, nos padrões de envolvimento. Um exame detalhado, geralmente demonstra estrias queratóticas na periferia em relação ao local da erosão, juntamente com o eritema. O tipo de placa, assemelha-se clinicamente à leucoplasia, mas tem uma distribuição multifocal. Estas placas variam de ligeiramente elevadas, a lisas e planas e as zonas mais comuns para o seu aparecimento são no dorso da língua e na mucosa jugal. Por fim, a forma eritematosa ou atrófica, é caracterizada por manchas vermelhas com estrias brancas muito finas. Este tipo pode ser visualizado em conjunto com variantes reticulares ou erosivas. Pode surgir queixas de dor, sensação de queimadura, sensibilidade e desconforto geral por parte dos pacientes (Regezi et al., 2012).



Figura 5. A: Aspeto clínico do Líquen Plano Oral na forma reticular na mucosa jugal, adaptado de (Mortazavi et al., 2019) | B: Líquen Plano Oral na forma de placa, na gengiva, (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor José Silva Marques do seu arquivo pessoal) | C: Aspeto clínico do Líquen Plano Oral na forma erosiva na mucosa jugal (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor José Silva Marques do seu arquivo pessoal) | D: Líquen Plano Oral na forma eritematosa na gengiva adaptado de (Regezi et al., 2012).

O exame histológico de LPO revela um denso infiltrado inflamatório na lâmina própria superficial, que consiste principalmente em células T CD8+, degeneração ou liquefação dos queratinócitos basais e hiperqueratose ou atrofia da camada de queratina. As células CD4+ são observadas maioritariamente nas camadas profundas da lâmina própria (Georgakopoulou, Achtari, Achtaris, Foukas, & Kotsinas, 2012).

O diagnóstico diferencial vai depender da morfologia das lesões. Estas devem ser diferenciadas com o Lúpus Eritematoso (LE), Candidíase, hábito de morder as mucosas e outras lesões traumáticas, placas mucosas da Sífilis secundária, Leucoplasia Pilosa Oral e Carcinoma Epidermoide incipiente. O Líquen Plano Erosivo deve ser diferenciado das Aftas, do Penfigoide Benigno das mucosas, do Pênfigo Vulgar, das reações medicamentosas, do Eritema Multiforme e de lesões agudas de LE (Nico et al., 2011).

A forma reticular, no caso de ser assintomática, não requer tratamento. Os fármacos mais utilizados são os corticosteroides e podem ser utilizados por via tópica. Existem outros tratamentos como a utilização de inibidores da calcineurina, retinoides, e fototerapia com luz ultravioleta. A forma de LPO erosivo pode evoluir para uma lesão

maligna, como o Carcinoma oral de células escamosas, assim é importante o acompanhamento periódico dos pacientes. Lesões erosivas quando localizadas especialmente no palato mole e na zona ventral e lateral da língua ou no pavimento bucal têm mais probabilidade em se transformarem numa lesão maligna, pelo que a biópsia deve ser considerada para excluir o caso de displasia ou Carcinoma (Mortazavi et al., 2019).

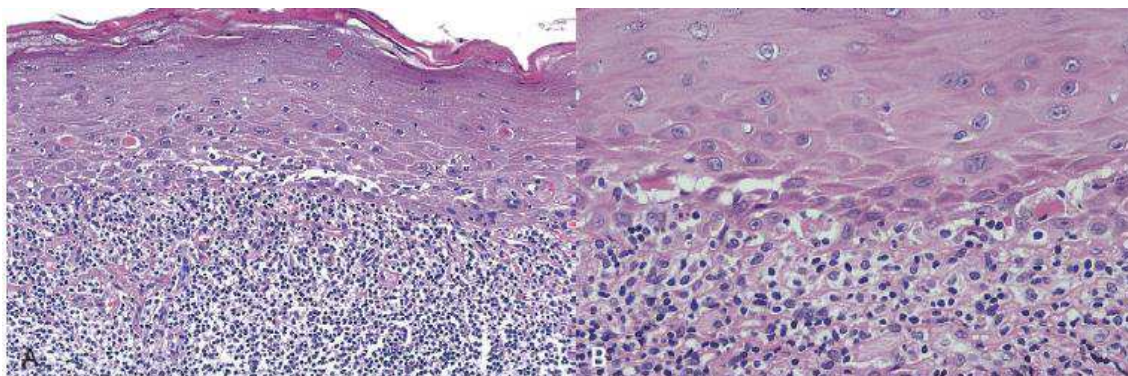


Figura 6. Corte histológico do Líquen Plano Oral, mostrando hiperqueratose, infiltrado linfocitário de interface e vacuolização basilar com apoptose, adaptado de (Regezi et al., 2012).

2.4.Hemangioma

Hemangioma (He) designa uma alteração vascular de natureza hamartomatosa ou adquirida (degenerativa). Existe proliferação de tecido vascular organizado de forma cavernosa ou em múltipla proliferação capilar. Podem ser então classificados como capilares, cavernosos ou mistos com base no sistema de vascularização. Os He capilares, caracterizam-se por pequenos corpos capilares que se organizam em lóbulos, ao invés os cavernosos são He com vasos de maior calibre e dilatados que podem alcançar tamanhos maiores, são mais profundos nos tecidos e não costumam regredir, são ainda classificados em lesões de alto ou baixo fluxo, em função do fluxo sanguíneo (Cardoso et al., 2010).

Pode ocorrer em recém-nascidos e na infância, e de forma menos recorrente na idade adulta. Estudos mostram que este tipo de lesão pode estar associado a anomalias congénitas, estímulos endócrinos e inflamatórios, que podem levar a ativação dessa malformação vascular. As zonas mais comuns para o seu aparecimento na cavidade oral são os lábios, língua, mucosa jugal e palato. Quando surge na zona intraóssea, ocorre com maior frequência na mandíbula em comparação com a maxila, considerando uma proporção de 2:1 (Almeida & Camargo, 2014).

Tal como ilustra a figura 10, o He apresenta-se com uma cor que varia do vermelho intenso ao roxo, sendo uma lesão papular ou nodular, resiliente à palpação, com uma superfície granular, com um aspeto de amora ou liso e assintomática, podem ainda apresentar um aspeto macular, principalmente nos casos de Síndrome de *Sturge-Weber* (Cardoso et al., 2010).

Este tipo de alteração vascular, apresentam um epitélio pavimentoso estratificado com áreas de acantose e exocitose. A lâmina própria apresenta um tecido conjuntivo denso com agregados lobulares com inúmeras células endoteliais, infiltrado inflamatório monocular, áreas de tecidos musculares e glandulares, e várias áreas hemorrágicas, ao qual corresponde um He. O diagnóstico diferencial inclui, quistos, Mucocelo, Granuloma Piogénico (GP), Granuloma Periférico de Células Gigantes, Hiperplasia Gengival e Sarcoma de *Kaposi* (Rezende, Corrêa, Corrêa, Bönecker, & Corrêa, 2016).

O tratamento é sobretudo indicado (em particular as lesões evolutivas) em casos de deformações que provoquem alteração estética do paciente, presença de sangramento constante e de massa palpável, sendo realizado nestes casos uma excisão cirúrgica. Não há, na literatura, um consenso acerca do melhor tratamento para o He. A escolha varia de acordo com o tamanho, forma e localização do tumor, bem como da idade do paciente e do tempo da lesão. São descritas formas de tratamento desde técnicas cirúrgicas (tendo sempre em atenção o risco hemorrágico), laser, corticosteroides e até crioterapia (Oliveira, García-Rozado, & Rey, 2008; Rezende et al., 2016).



Figura 7. Apresentação clínica do Hemangioma adaptado de (Cardoso et al., 2010).

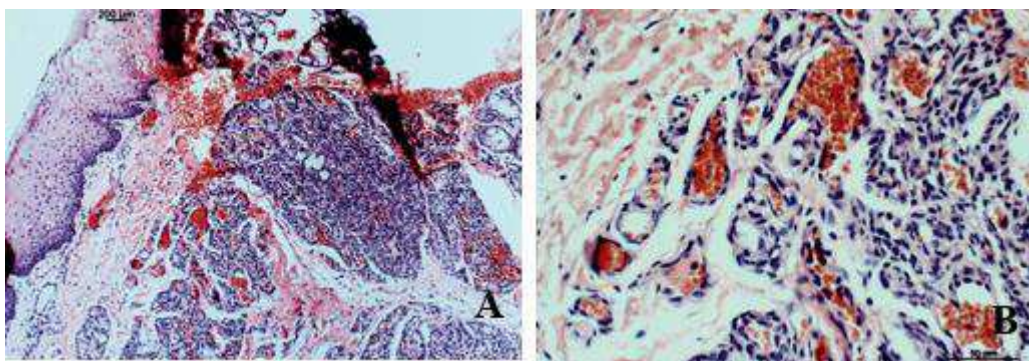


Figura 8. A: Aspeto histológico do Hemangioma ampliado a 10x | B: Corte histológico ampliado a 40x, adaptado de (Rezende et al., 2016).

2.5. Leucoplasia Oral

A definição de Leucoplasia Oral (LO), tem sofrido diversas alterações ao longo dos anos. Em 2005, foi realizado um *workshop* da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de acordo com o grupo de trabalho do *Collaborating Center for Oral Cancer/Precancer*, composto por especialistas nas áreas de epidemiologia, medicina e patologia oral, biologia molecular com um especial interesse pelo cancro e pré-cancro oral, definiram a LO como “placa branca tendo excluído (outras) doenças ou alterações conhecidas que não tenham um risco elevado de cancro”. É um termo exclusivamente clínico que não implica um padrão histológico específico. (Ramos et al., 2017; Warnakulasuriya, Johnson, & Van der Waal, 2007).

Esta lesão branca, apresenta uma prevalência de cerca de 2,6% na população, em geral. A idade mais afetada é a quinta década de vida e ocorre mais em homens do que mulheres, apesar de existirem estudos que mostraram uma ligeira preferência pelo género feminino. Embora a etiologia da LO não seja bem definida, alguns autores sugerem a sua relação com o álcool, tabaco, *betel quid*, radiação ultravioleta, trauma, anemia ferropénica, fatores genéticos e microorganismos, tendo assim uma etiologia multifatorial (Mortazavi et al., 2019).

A LO também está associada ao consumo de noz de areca, vários autores demonstraram que a interrupção da mastigação da mesma, resultou na resolução de 62% das Leucoplasias, sugerindo assim, que a noz de areca por si só, é um fator etiológico significativo para o desenvolvimento da LO, sendo considerada um carcinogénico pela

OMS (Amarasinghe, Usgodaarachchi, Johnson, Lalloo, & Warnakulasuriya, 2010; Trivedy, Craig, & Warnakulasuriya, 2002).

Algumas lesões não são associadas a nenhum destes fatores de risco, sendo consideradas totalmente idiopáticas. A LO pode aparecer na mucosa jugal, vermelhão dos lábios e gengiva. Diversos autores indicam ainda a língua, palato duro e pavimento bucal como zonas comuns para o seu aparecimento (Mortazavi et al., 2019; Napier & Speight, 2008; Ramos et al., 2017).

A aparência clínica varia de acordo com o estado da lesão, na fase inicial, apresenta-se como uma placa branca translúcida ou acinzentada e de espessura fina ou levemente elevada. Caracteristicamente, a lesão é plana e em alguns casos pode ter um aspeto fissurado ou enrugado. Geralmente, apresentam margens bem definidas, no entanto, com o tempo podem associar-se à mucosa sã, tornam-se mais espessas, extensas e com uma cor mais esbranquiçada e o seu tamanho pode variar de pequenas a grandes dimensões e podem chegar a abranger toda a mucosa oral (Ramos et al., 2017).

A LO é dividida, de acordo com alguns autores e em função das características clínicas dois grupos, homogénea e não homogénea. A forma homogénea, apresenta uma superfície regular e a não homogénea que correspondem a uma parte das LO na forma homogénea, cuja aparência clínica foi-se modificando com o tempo. Dentro do grupo das não homogéneas, existem as mistas, que apresentam áreas vermelhas, as nodulares que em adição às áreas vermelhas apresentam pequenas vegetações polipoides e as verrucosas, apresentam uma superfície enrugada (Neville & Day, 2002; Neville et al, 2009).

Em 2005, no mesmo *workshop* da OMS, referido acima, esta classificação foi revista e propôs-se que a LO não homogénea mista e nodular, se devia classificar como Eritroleucoplasia e a não homogénea verrucosa, de Leucoplasia Verrucosa Proliferativa, uma vez que a outra classificação era pouco significativa. Assim, as lesões passam a ter um valor distinto, com maior risco de evolução para malignidade em relação à LO previamente classificada como homogénea e não como subtipos de LO. Assim, existem duas classificações possíveis para as leucoplasias, a primeira sendo baseada apenas nas características clínicas das lesões (Neville et al., 2009), enquanto que a segunda é uma classificação funcional já que aborda possibilidades de evolução para a malignidade de

cada uma, para classificar os vários tipos clínicos desta lesão em lesões independentes (Warnakulasuriya et al, 2007).

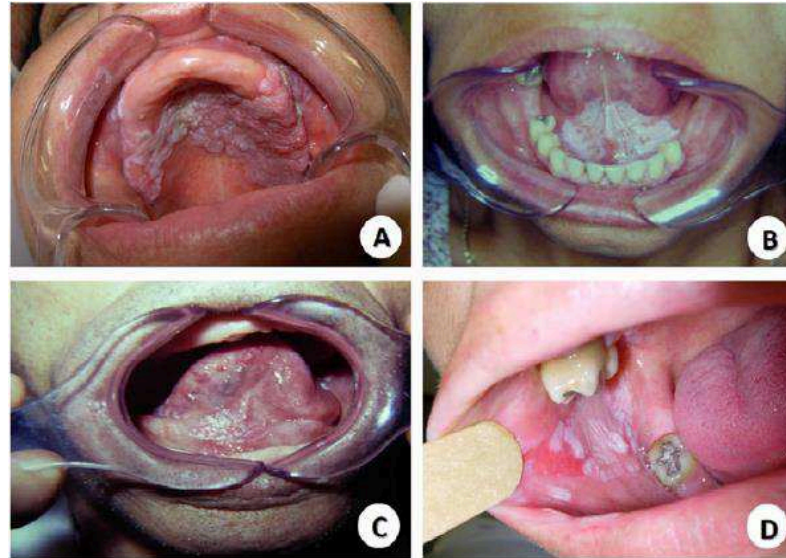


Figura 9. Formas clínicas de Leucoplasia Oral com variações na sua coloração. A: Leucoplasia Verrucosa Proliferativa no palato | B: Leucoplasia homogênea no pavimento bucal | C: Eritroleucoplasia, no pavimento bucal | D: Eritroleucoplasia na mucosa jugal direita, adaptado de (Ramos et al., 2017).

Tal como já foi mencionado, a LO é um termo meramente clínico, não existindo um padrão histológico definido (Ramos et al., 2017). Segundo a OMS, as características histológicas variam entre cinco estádios, sendo estes: hiperplasia pavimentosa, displasia epitelial leve, displasia epitelial moderada, displasia epitelial severa e Carcinoma *in Situ* (CIS), em função do grau de severidade (Anexos I) (Van der Waal, 2009).

Em 2005, mais uma vez, o grupo de trabalho do *Collaborating Center for Oral Cancer/Precancer*, sugeriu uma nova classificação, sendo esta constituída apenas por dois grupos: lesões de alto risco e de baixo risco. As de alto risco apresentam displasia moderada ou grave, ao invés as de baixo risco apresentam ausência de displasia, ou displasia leve (Kujan et al, 2006; Warnakulasuriya, Reibel, Bouquot, & Dabelsteen, 2008).

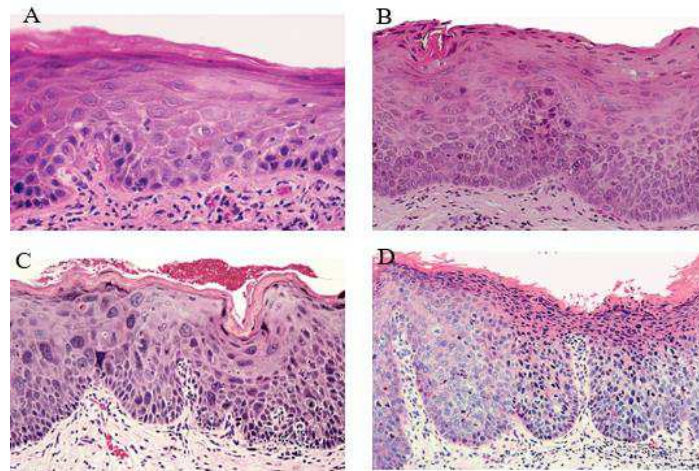


Figura 10. Estados de severidade de displasia epitelial da Leucoplasia Oral. A: Displasia epitelial leve | B: Displasia epitelial moderada | C: Displasia epitelial severa | D: Carcinoma *in situ*, adaptado de (Neville, Damm, Allen, & Chi, 2016).

Ao contrário de outras lesões brancas, não é possível remover por raspagem a LO, sendo um bom meio clínico para distinguir a LO da Candidíase Pseudomembranosa, por exemplo (Brennan et al., 2007; Cabay, Morton, & Epstein, 2007).

O diagnóstico diferencial deve ser feito com diversas lesões tais como, o LPO (tipo placa), Queratose Fricional, *Morsicatio* (hábito de morder a mucosa jugal, língua, lábios), reação química, reação liquenoide, Leucoqueratose Nicotínica do palato, Leucoedema, Nevo Branco Esponjoso, LE Discoide e Candidíase Pseudomembranosa (Warnakulasuriya et al., 2007).

De acordo com uma revisão sistemática realizada em 2016, o potencial de malignização varia entre 0,13 e 34% de acordo com os 24 estudos analisados na revisão sistemática. Sendo a idade, género, tipo de lesão e o estado da displasia fatores importantes para o potencial de malignização, isto é, quanto mais avançado o estado de displasia, maior a probabilidade de malignizar. Embora o género masculino, seja mais afetado pela LO, as mulheres apresentam uma maior taxa de malignização (Warnakulasuriya & Ariyawardana, 2015).

O tratamento da LO deve ser feito em função do grau de displasia da lesão. No caso de ausência de alterações epiteliais displásicas ou atípicas, deve ser feito um exame periódico e nova biópsia, no caso de novas zonas suspeitas de recorrência de leucoplasia. No caso de uma displasia leve, para além de um exame objetivo detalhado, deve ser

considerada a sua remoção, no caso de não existir nenhuma causa aparente ou da lesão ser de pequenas dimensões. Atualmente, a excisão cirúrgica e outras técnicas de ablação são consideradas as de eleição, apesar destas técnicas poderem não eliminar ou reduzir significativamente o risco de recidiva ou transformação maligna da lesão. O tratamento com uso de medicamentos tópicos não se mostrou eficaz. No caso de displasia moderada a grave, a excisão cirúrgica é obrigatória. Vários métodos cirúrgicos, como excisão com bisturi, criocirurgia, eletrocirurgia e cirurgia a laser, são igualmente eficazes na remoção dessas lesões (Regezi et al., 2012).

II. OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente trabalho de investigação teve como principais objetivos avaliar a prevalência das lesões orais biopsadas na CUEM, bem como, conhecer as lesões mais frequentes nos pacientes da clínica, estudar o nível de concordância entre o diagnóstico clínico provável e o diagnóstico anatomopatológico e ainda avaliar a incidência de desordens potencialmente malignas e malignas na CUEM e correlacionar com os hábitos tabágicos e etílicos dos indivíduos.

III. HIPÓTESES DO ESTUDO

- **H0 (Hipótese nula):** Estudo anatomopatológico não está em concordância com o diagnóstico clínico.

- **H1 (Hipótese de teste):** Estudo anatomopatológico está em concordância com o diagnóstico clínico.

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Tipo de Estudo

A presente investigação é um estudo retrospectivo transversal, com recurso a consulta de HC e resultados dos exames anatomopatológicos de pacientes que foram submetidos a biópsias na CUEM.

2. Considerações Éticas

O presente estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz – Monte de Caparica- Portugal. (ver carta de aprovação da Comissão de Ética em Anexo II).

3. Local e Duração do Estudo

Este estudo foi realizado na Clínica Universitária Egas Moniz, Cooperativa de Ensino Superior, CRL – Egas Moniz (Instituto Universitário Egas Moniz), Campus Universitário, Quinta da Granja, Monte de Caparica, 2829-511 Caparica (Portugal).

A recolha de dados ocorreu entre os meses de Março e Junho de 2019. No decorrer do estudo não existiu contato com os indivíduos da amostra, foram somente consultadas as HC e resultados do exame anatomopatológico.

4. Amostra

A amostra recolhida teve por base as HC e os resultados dos exames anatomopatológicos dos utentes da CUEM, que foram submetidos a uma ou mais biópsias na mesma clínica, estando os resultados arquivados nesta mesma clínica. A população em estudo faz um total de 350 indivíduos.

5. Critérios de Inclusão

- HC e resultados dos exames anatomopatológicos de utentes submetidos a biópsias na CUEM e cujo resultado se encontra arquivado na mesma.

6. Critérios de Exclusão

- Ausência de registo de qualquer biópsia ou ausência de resultado anatomopatológico;
- Ausência de consentimento informado devidamente assinado;
- Ausência de informação de diagnóstico clínico;
- Resultado anatomopatológico inconclusivo;
- Processos em arquivo morto.

7. Variáveis do Estudo

- Género;
- Idade em que foi diagnosticada a lesão;
- Localização anatómica da lesão;
- Diagnóstico clínico da lesão;
- Diagnóstico anatomopatológico da lesão;
- Concordância e discordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico;
- Hábitos tabágicos;
- Hábitos etílicos.

8. Metodologia

Os processos desde 2008 até 2018, foram analisados por apenas um observador, através da consulta das HC assim como da consulta de uma lista de exames anatomopatológicos anexados ao processo, estes encontram-se arquivados fisicamente na CUEM.

Foi realizado o registo dos números dos processos das HC que foram analisadas, o género, a idade em que tiveram a lesão, a localização anatómica em que se encontrava a lesão, o diagnóstico clínico e anatomopatológico da lesão, a concordância e discordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico e ainda os hábitos tabágicos e etílicos dos indivíduos.

A lista inicial continha um total de 527 biópsias, realizadas na CUEM, entre 2008 e 2018. Destas, verificou-se que 61 eram processos que se encontravam em arquivo morto, pelo que não foi possível aceder aos dados para análise das HC assim como da

análise anatomopatológica, 42 não possuíam o consentimento informado devidamente preenchido, assim restam 424 processos. Destes 424, 53 processos não continham informação do diagnóstico clínico provável, pelo que não foi possível avaliar a concordância/discordância entre os resultados e apenas 3 exames anatomopatológicos tinham um resultado inconclusivo, isto é, relatórios com informação contraditória e cuja informação clínica e descrição microscópica não foram suficientes para instituir um diagnóstico final. Assim, o número de amostras foi reduzido de 527 para 424 e destes para 368 casos com a HC e estudo anatomopatológico devidamente preenchidos.

9. Análise Estatística

Os dados recolhidos das HC, foram transferidos para uma folha de cálculo do programa de *software* Microsoft Office Excel 2016. A análise estatística foi efetuada com o programa *software* IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

V. RESULTADOS

A casuística analisada constituiu 368 lesões orais, correspondentes a 350 indivíduos, o que significa que houveram nove pacientes que foram submetidos a duas biópsias. Dos 350 indivíduos, 192 pertencem ao género feminino (55%) e 158 ao género masculino (45%).

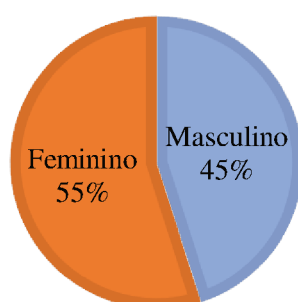


Gráfico 1. Distribuição da amostra por género.

Relativamente à idade, com o objetivo de avaliar a incidência das lesões, dividiram-se as idades por faixas etárias com intervalos de 10 anos (década de vida). Observando-se uma maior prevalência entre a sexta e sétimas décadas de vida (61 e 70 anos) com 89 indivíduos (25,4%). Ao invés, a idade menos prevalente foi entre os 10 e 20 anos de idade com 22 indivíduos (6,3%). O intervalo de idades da amostra estudada variou entre os 10 e os 87 anos.

Tabela 1. Distribuição da amostra por faixas etárias.

Faixa etária	Frequência (N)	Percentagem (%)
10-20 anos	22	6,3%
21-30 anos	28	8,0%
31-40 anos	33	9,4%
41-50 anos	58	16,6%
51-60 anos	74	21,1%
61-70 anos	89	25,4%
>70 anos	46	13,1%
Total	350	100%

Quanto à localização anatómica, foi possível constatar que a gengiva foi a localização mais prevalente (n=88; 24%), a segunda localização mais frequente foi a mucosa jugal (n=71; 19,3%), com 65 casos correspondentes a 17,6%, os lábios. As lesões associadas a dentes também representaram uma percentagem relevante (n=51; 13,9%). Por fim, as localizações menos frequentes representaram 1,9% e 1,6%, sendo o pavimento bucal (n=7) e o triângulo retromolar (n=6), respetivamente.

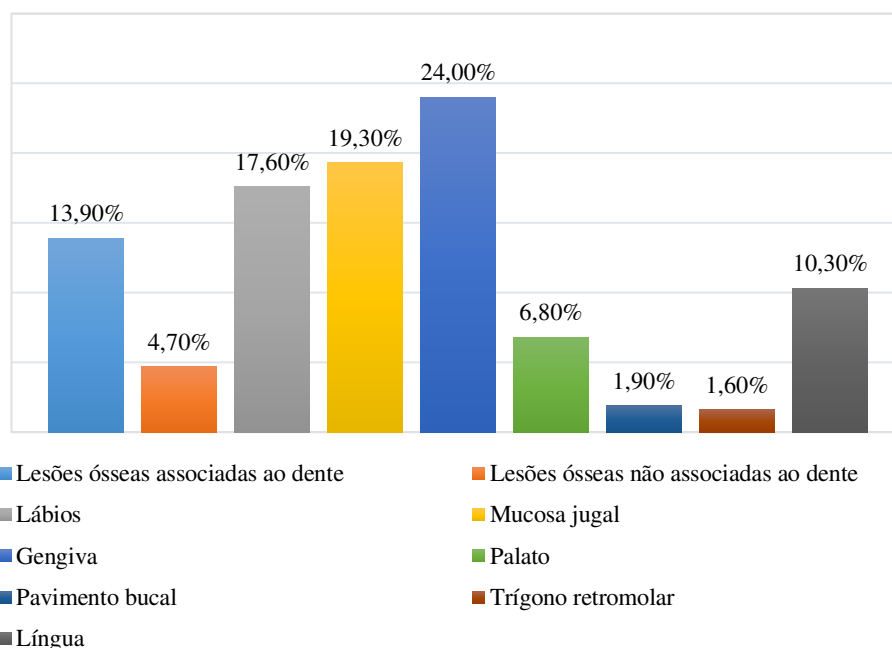


Gráfico 2. Distribuição das localizações anatómicas da amostra.

Para se proceder à análise de todas as lesões orais encontradas na CUEM, entre 2008 e 2018 e visto que foram obtidas um total de 35 entidades patológicas, estas foram agrupadas em dez grupos de patologias com o objetivo de simplificar a análise estatística.

Dentro dos grupos de patologias, foi criado o grupo “outras alterações” para os grupos que continham apenas um tipo de lesão oral, tais como “tumores odontogénicos”, com apenas um caso de Odontoma, as “lesões inflamatórias dos maxilares”, com quatro casos de Granuloma Apical, o grupo de “doença viral” com apenas um caso de Herpes Simplex, o grupo “lesões vesículo-bulhosas” com apenas um caso de Pênfigo Vulgar e por fim, as Glândulas Salivares *Minor*, com sete casos.

A distribuição por grupos de patologias (Tabela 2), teve por base o trabalho de Regezi et al., 2012.

Através da análise da mesma tabela, é possível concluir que o grupo de patologias mais prevalente foi o das lesões do tecido conjuntivo, com uma percentagem de 32,1% do total da amostra. Seguidamente, o grupo dos quistos dos maxilares (15,8%), em terceiro lugar o grupo das lesões brancas (15,5%) e de seguida com 12% as lesões vermelhas-azuladas.

O grupo que representou a percentagem mais baixa foi o grupo dos tumores benignos não odontogénicos com apenas 1,4%.

É possível verificar ainda que existe uma supremacia nos grupos dos tumores benignos não odontogénicos (80%), de lesões pigmentadas (75%), lesões do tecido conjuntivo (66,1%) e lesões verruco-papilares (56,5%) em relação ao género feminino. Os grupos lesões vermelhas-azuladas e patologias das glândulas salivares, apresentaram uma ligeira preferência também pelo género feminino.

Quanto às patologias que acometem mais o género masculino, estas são as condições ulcerativas (70,6%), os quistos dos maxilares (60,3%) e as lesões brancas (54,4%).

Tabela 2. Distribuição dos grupos de patologias e prevalência por frequência e percentagem; cruzamento de dados com a variável género.

Grupos de Patologias	Frequência Absoluta e Percentagem N (%)	Género	
		Feminino N (%)	Masculino N (%)
Lesões do Tecido Conjuntivo	118 (32,1%)	78 (66,1%)	40 (33,9 %)
Quistos dos Maxilares	58 (15,8%)	23 (39,7 %)	35 (60,3%)
Lesões Brancas	57 (15,5%)	26 (45,6%)	31 (54,4%)
Lesões Vermelhas- Azuladas	44 (12,0%)	24 (54,5%)	20 (45,5%)
Lesões Verruco- Papilares	23 (6,3%)	13 (56,5%)	10 (43,5%)

Patologias das Glândulas Salivares	19 (5,2%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)
Condições Ulcerativas	17 (4,6%)	5 (29,4%)	12 (70,6%)
Outras alterações	15 (4,1%)	7 (46,7%)	8 (53,3%)
Lesões Pigmentadas	12 (3,3%)	9 (75,0%)	3 (25,0 %)
Tumores Benignos não Odontogénicos	5 (1,4%)	4 (80,0%)	1 (20,0%)
Total	368 (100%)	199	169

Relativamente às lesões do tecido conjuntivo, estas foram mais prevalente entre os 61-70 anos (28%), o mesmo acontece com os quistos dos maxilares (27,6%), lesões brancas (29,80%), lesões verruco-papilares (30,40%) e por fim, as condições ulcerativas também são mais prevalentes entre a sexta e sétimas décadas de vida (29,40%). Ainda relativamente a este último grupo, as faixas etárias entre os 41-50 e >70 anos apresentaram uma percentagem de 17,60%, não existindo qualquer registo entre os 10 e 30 anos.

As lesões vermelhas-azuladas foram mais prevalentes entre os 51 e 70 anos, ambas as faixas etárias com 27,3%.

Nas patologias das glândulas salivares, o pico de incidência foi entre os 10 e 20 anos (31,6%), em relação às idades entre os 21-40 e 51-60 anos houve uma distribuição equitativa (15,8%). Aos 41-50 anos e > 70 a distribuição foi de (10,5%), neste grupo de lesões não houve qualquer registo entre os 61-70 anos.

No grupo das lesões pigmentadas, a idade mais prevalente foi entre os 51-60 anos (33,3%). Entre a quarta e sétima décadas registou-se uma percentagem de 16,70%. Quanto aos restantes estratos etários, entre os 10 e 40 anos, verificou-se igual percentagem de incidência (8,30%), assim como depois dos 70 anos.

A distribuição dos tumores benignos não odontogénicos entre a quarta e quinta décadas foi de 40%, para as idades 10-20, 61-70 e >70 (20%), não havendo qualquer registo nas restantes idades. Por último, as outras alterações obtiveram uma frequência elevada entre os 41-50 anos (33,30%) e uma percentagem equitativa para os grupos 31-40 anos, 61-70 anos e posterior a essa idade (13,3%).

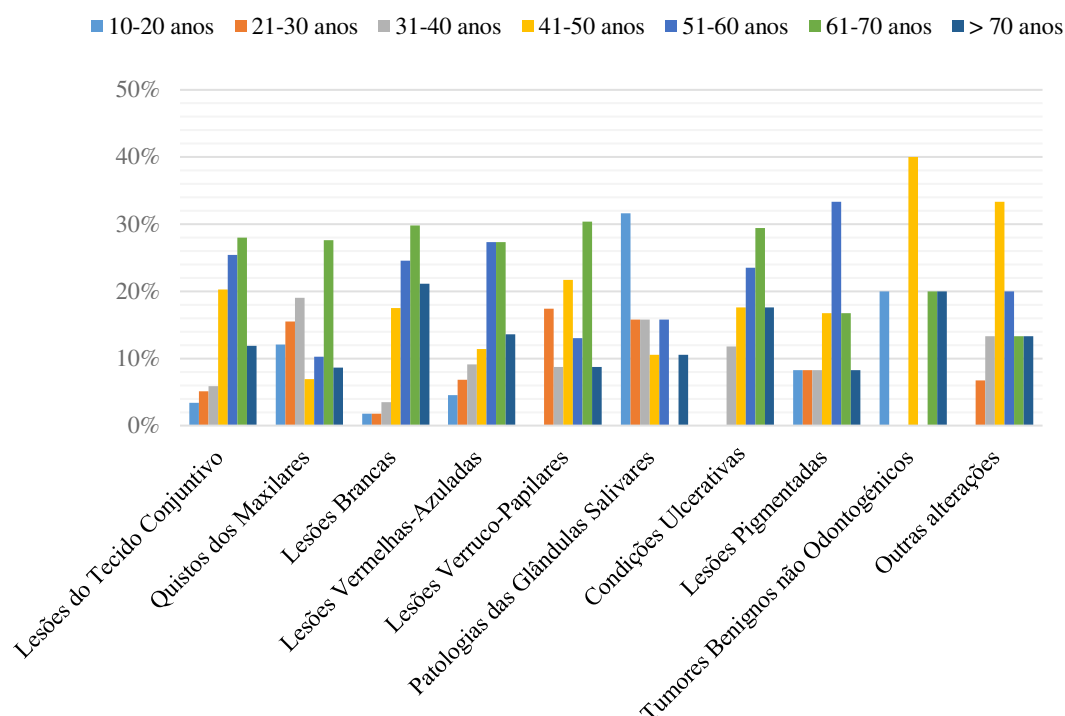


Gráfico 3. Distribuição dos grupos de patologias em relação às faixas etárias dos indivíduos.

Através da análise do gráfico 4, verificou-se que as lesões do tecido conjuntivo afetaram com uma maior percentagem a gengiva (39,8%), os lábios (22,8%), a língua (11,9%) e o palato (4,2%). Este grupo afetou ainda, com a mesma percentagem (0,8%), o pavimento bucal e o trígono retromolar.

Os quistos dos maxilares afetaram principalmente lesões ósseas associadas a dentes com uma percentagem de 81%. Na maxila, 44,8% pertenciam à região anterior e 6,9% à região posterior. Relativamente à mandíbula, 6,9% correspondia à região anterior e 22,4% à região posterior. Com 18,9% foram registadas as lesões ósseas não associadas a dentes, apenas para o Quisto Residual. Na maxila região anterior foi obtida uma percentagem de 7% e na região posterior 5,2%. No caso da mandíbula, foi registada uma percentagem equitativa tanto para a região anterior como posterior (3,4%).

Nas lesões brancas, as amostras provinham essencialmente da mucosa jugal (50,9%) e gengiva (22,8%). O lábio inferior, o palato e o pavimento bucal obtiveram a mesma percentagem (3,5%) e em menor percentagem a língua (1,8%).

No grupo das lesões vermelhas-azuladas, as localizações mais afetadas foram a gengiva (36,4%), os lábios (22,7%), a língua (20,5%), mucosa jugal (13,6%) e com uma percentagem mais baixa, o palato (6,8%).

Nas lesões verruco-papilares, a língua teve mais destaque em comparação com as outras localizações com 30,4%. O palato e mucosa jugal apresentaram 21,7% e 17,4%, respetivamente. O lábio mais afetado foi o inferior com 13% e o superior obteve apenas uma percentagem de 4,3%, tal como o pavimento bucal. A gengiva obteve uma percentagem de 8,7%.

As patologias das glândulas salivares foram mais prevalentes no lábio inferior (68,4%). O lábio superior obteve 10,5% e a gengiva e palato (5,3%).

As condições ulcerativas, afetaram com 41,2% a língua, o palato (23,5%) e com 17,6% o pavimento bucal. Estas patologias afetaram ainda de forma equitativa os lábios e mucosa jugal (5,9%).

Nas lesões pigmentadas, as amostras provinham apenas de três localizações, gengiva (66,7%), mucosa jugal e palato ambas com 16,7%.

Os tumores benignos não odontogénicos, provêm apenas de lesões ósseas não associadas a dentes, em que 80% são da mandíbula, destes 40% são da região anterior e os restantes 40% da região posterior. Apenas 20% provêm da maxila (região posterior).

Por último, no grupo de outras alterações, a percentagem foi igual tanto para as lesões associadas a um dente como para a mucosa jugal (26,7%), o mesmo acontece com as lesões não associadas a um dente e a gengiva (6,7%), sendo esta a percentagem mais baixa.

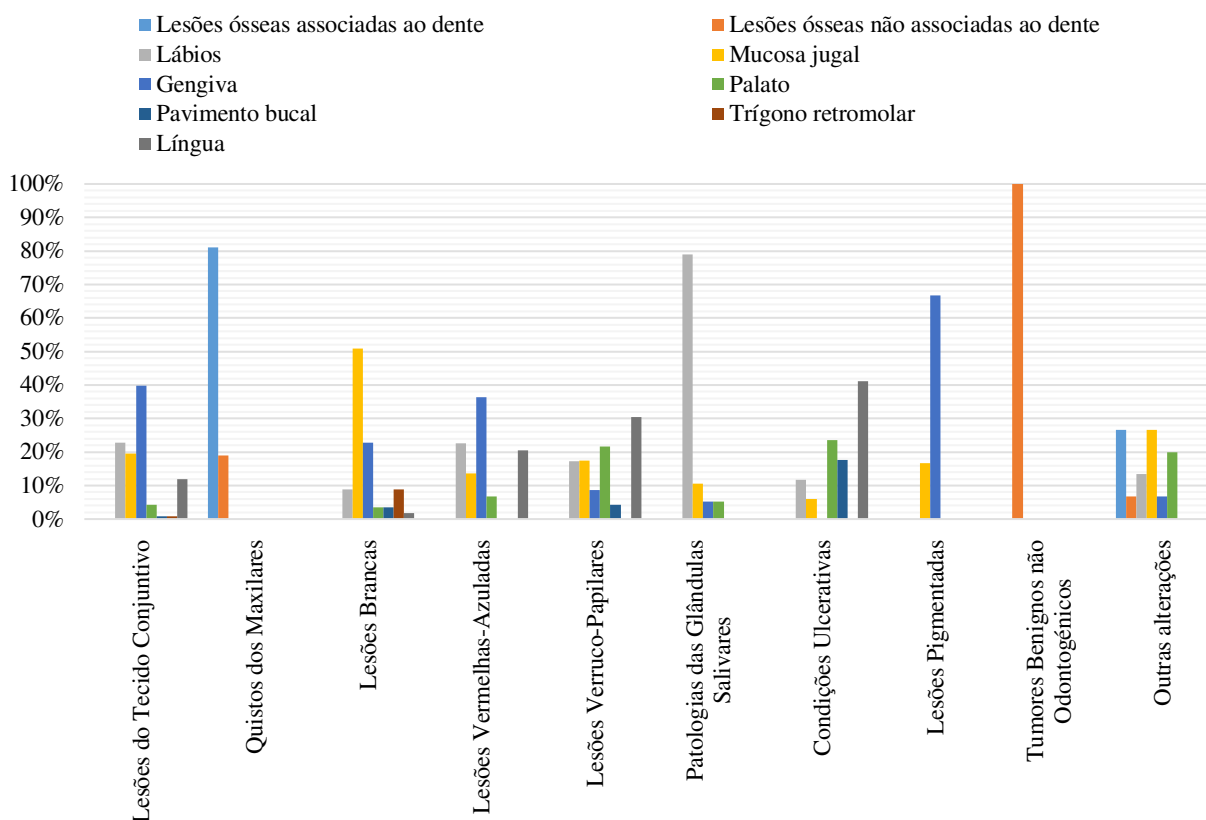


Gráfico 4. Distribuição dos grupos de patologias em relação à localização anatômica das lesões orais.

Em relação a todas as lesões orais encontradas na CUEM entre 2008 e 2018, após os critérios de exclusão, foi obtido um total de 368 lesões, tal como já foi mencionado.

Assim, é possível verificar que as cinco lesões mais prevalentes por ordem decrescente de prevalência são o Fb (26,4%), o QR (8,7%), o LPO (7,6%), o He (6,3%) e por fim, a LO (6,0%).

As lesões Epúlides Fissuradas e Lesão Traumática foram registradas com a mesma percentagem (2,2%) e a Tatuagem de Amálgama e Glândula Salivar *Minor* com 1,9%.

As restantes lesões orais variam entre 1,1% e 0,3%, sendo que as lesões menos prevalentes com apenas um caso (0,3%) são a Queilite Actínica, a Eritroplasia, o CIS, Melanose Tabágica, o Tórus, o Odontoma e por fim o Herpes Simplex.

Tabela 3. Prevalência das lesões orais arquivadas na CUEM entre 2008 e 2018 com respetiva percentagem dentro de cada grupo e frequência absoluta de cada lesão oral.

Grupo de Patologias	Lesões Oraís	Percentagem dentro do Grupo de Patologia (%)	Frequência Absoluta e Percentagem do Total- N (%)
Lesões do Tecido Conjuntivo	Fibroma	82,2%	97 (26,4%)
	Lipoma	9,3%	11 (3,0%)
	Epúlida Fissurada	6,8%	8 (2,2%)
	Hiperplasia Gengival Generalizada (associada a fármacos)	1,7%	2 (0,5%)
Quistos do Maxilares	Quisto Radicular	55,2%	32 (8,7%)
	Quisto Dentígero	25,9%	15 (4,1%)
	Quisto Residual	19%	11 (3,0%)
Lesões Brancas	Liquen Plano Oral	49,1%	28 (7,6%)
	Leucoplasia Oral	38,6%	22 (6,0%)
	Nódulos de Fordyce	7%	4 (1,1%)
	Candidíase	3,5%	2 (0,5%)
	Queilite Actínica	1,8%	1 (0,3%)
Lesões Vermelhas-Azuladas	Hemangioma	52,3%	23 (6,3%)
	Granuloma Piogénico	27,3%	12 (3,3%)
	Lesão Traumática	18,2%	8 (2,2%)
	Eritroplasia	2,3%	1 (0,3%)
Lesões Verruco-Papilares	Papiloma Escamoso	78,3%	18 (4,9%)
	Carcinoma Verrucoso	13%	3 (0,8%)
	Condiloma Acuminado	8,7%	2 (0,5%)
Patologias das Glândulas Salivares	Mucocelo	89,5%	17 (4,6%)
	Sialolitíase	10,5%	2 (0,5%)

Condições Ulcerativas	Carcinoma das Células Escamosas	70,6%	12 (3,3%)
	Úlcera Traumática	23,5%	4 (1,1%)
	Carcinoma <i>in Situ</i>	5,9%	1 (0,3%)
Lesões Pigmentadas	Tatuagem de Amálgama	58,3%	7 (1,9%)
	Nevus Oral	16,7%	2 (0,5%)
	Mácula Melanótica	16,7%	2 (0,5%)
	Melanose Tabágica	8,3%	1 (0,3%)
Tumores Benignos não Odontogénicos	Granuloma Central de Células Gigantes	80%	4 (1,1%)
	Tórus	20%	1 (0,3%)
Outras alterações	Glândula Salivar <i>Minor</i>	46,7%	7 (1,9%)
	Granuloma Apical	26,7%	4 (1,1%)
	Pênfigo Vulgar	13,3%	2 (0,5%)
	Herpes Simplex	6,7%	1 (0,3%)
	Odontoma	6,7%	1 (0,3%)
Total	368 (100%)		

1

É importante fazer uma abordagem da incidência das desordens potencialmente malignas (DPM) e lesões malignas (LM). As DPM incluem o LPO, a LO, a Queilite Actínica e Eritroplasia, representando uma incidência de 14,1% do total da amostra e as LM, representam 4,3% incluem o Carcinoma de Células Escamosas (CCE), Carcinoma Verrucoso (CV) e CIS.

Tendo como base apenas a população das DPM (n=52), analisaram-se os hábitos tabágicos e etílicos da mesma, verificando-se que 20 indivíduos fumavam (38,5%) e 32 não fumavam (61,5%). No caso dos fumadores foram encontrados somente para as lesões LPO (n=11) e LO (n=9). Dezasete pacientes com LPO, treze com LO, um com Queilite Actínica e outro com Eritroplasia eram pacientes não fumadores.

¹ Na presente tabela encontram-se as cinco lesões orais mais prevalentes destacadas a negrito.

Relativamente aos hábitos etílicos constatou-se que 18 indivíduos ingeriam álcool (34,6%) e 34 não (65,4%). Dos que ingeriam, 10 indivíduos tinham LPO, 6 tinham LO, um com Queilite Actínica e outro com Eritroplasia.

Em relação às LM (n=16), verificou-se que 43,8% eram pacientes fumadores (n=7) e 56,20% eram não fumadores (n=9). Os casos de fumador foram encontrados somente para as lesões CCE (n=5) e CV (n=2). Já os hábitos não tabágicos verificaram-se em 7 casos de CCE, um de CV e outro de CIS.

Quanto aos hábitos etílicos, 31,3% ingeriam álcool (n= 5) e 68,8% não ingeriam álcool (n=11). Dos que ingeriam, 4 indivíduos tinham CCE e apenas um CV.

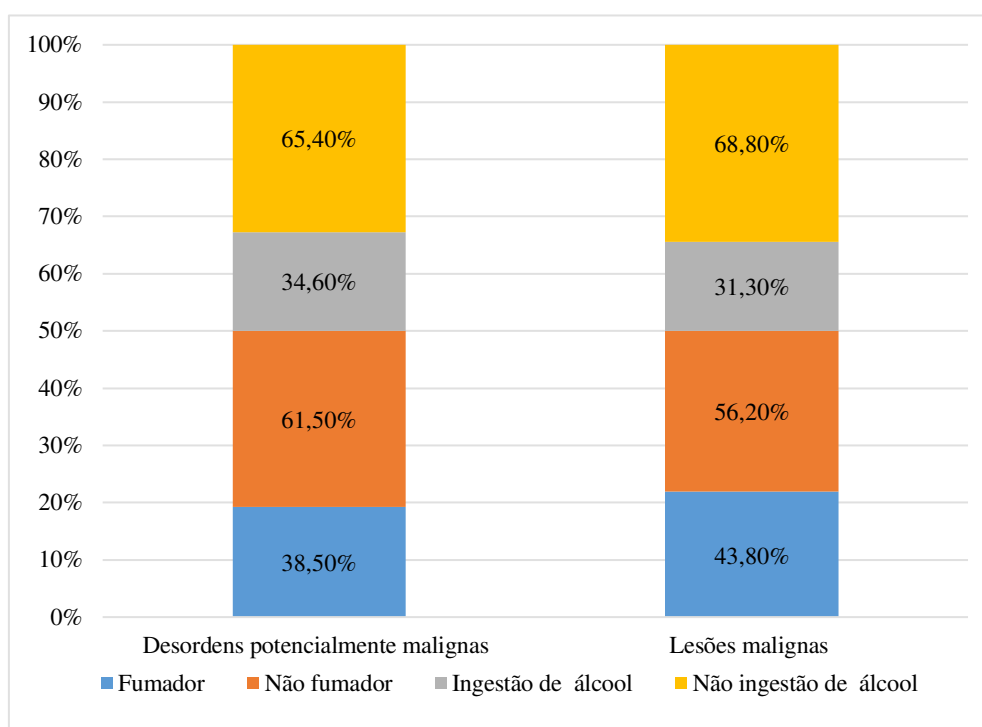


Gráfico 5. Distribuição por hábitos tabágicos e etílicos na população com DPM e LM.

De acordo com a tabela 4, é possível verificar as cinco lesões mais prevalentes na CUEM entre 2008 e 2018 e a respetiva distribuição pelo género e faixa etária. O Fb foi diagnosticado em 60 mulheres (61,9%) e 37 homens (38,1%), a idade mais prevalente foi entre os 61-70 anos e dentro deste estrato, foram realizados quinze diagnósticos em relação ao género feminino e doze no masculino. A faixa menos prevalente foi entre os 10 e 20 anos com apenas dois casos no género masculino.

O QR obteve mais casos no género masculino (n= 20; 62,5%). Verifica-se, tal como no Fb, que a idade mais prevalente foi entre os 61-70 anos (n=11) três pacientes do género feminino e oito do masculino e a segunda faixa etária mais frequente foi entre os 31-40 anos, também com uma supremacia em relação ao género masculino (n=6).

O LPO representou o mesmo número de indivíduos para ambos os géneros (n=14). Entre os 10 e 40 anos, apenas se registou três casos em relação ao género masculino e a idade mais prevalente foi entre os 51-60 anos, com oito casos no total (F = 5; M =3).

O He foi diagnosticado em 14 mulheres (60,9%) e apenas 9 homens (39,1%), sendo que entre a sexta e sétima década de vida, foi o estrato com mais casos (n=8), com uma distribuição equitativa pelos sexos.

Por fim, não foi obtido qualquer registo entre a primeira e terceira década de vida, em relação à LO. Sendo a idade mais prevalente entre os 61-70 anos (n=8), com cinco homens e três mulheres. A idade menos frequente foi entre os 31 e 40 anos, com apenas um caso do sexo feminino. Esta lesão foi analisada em 12 pacientes do género masculino (54,5%) e 10 do género feminino (45,5%).

Tabela 4. Distribuição das lesões cinco lesões orais mais prevalentes na CUEM entre 2008 e 2018 por estrato género e estrato etário.

Lesões Orais	10-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		>70		Total Géneros	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Fibroma	0	2	3	2	4	3	14	8	18	5	15	12	6	5	60	37
Quisto Radicular	1	1	1	3	2	6	1	1	1	0	3	8	3	1	12	20
Líquen Plano Oral	0	1	0	1	0	1	3	3	5	3	5	1	1	4	14	14
Hemangioma	0	0	0	1	2	0	1	1	3	2	4	4	4	1	14	9
Leucoplasia	0	0	0	0	1	0	2	2	3	3	3	5	1	2	10	12

Em relação à distribuição das cinco lesões mais prevalente por localização anatómica e partindo pelo Fb, este foi mais prevalente na gengiva (34,0%), mucosa jugal (21,6%) e lábio inferior (19,6%) e em menor percentagem no pavimento bucal (1,0%).

O QR apenas foi verificado como uma lesão óssea associada a um dente, desta, a região mais prevalente foi a maxila (região anterior) com uma percentagem de 56,2%. A zona da mandíbula, região posterior obteve um valor de (21,9%), as zonas menos prevalentes foram a maxila na região posterior (12,5%) e a mandíbula (região anterior), com 9,4%.

O LPO foi apenas analisado em três localizações anatómicas, a mucosa jugal (71,4%), a gengiva (25,0%) e o lábio inferior (3,6%).

O He foi mais comum no lábio superior (30,4%), na mucosa jugal (26,1%) e na língua (17,4%). As localizações menos prevalentes foram o lábio inferior (4,3%), palato (8,7%) e gengiva (13%).

Por fim, a LO foi mais prevalente na mucosa jugal e gengiva com uma percentagem equitativa (27,3%), de seguida o trígono retromolar (22,7%) e as localizações menos comuns foram o pavimento bucal (9,1%) o lábio superior, palato e a língua todas com a mesma percentagem (4,5%).

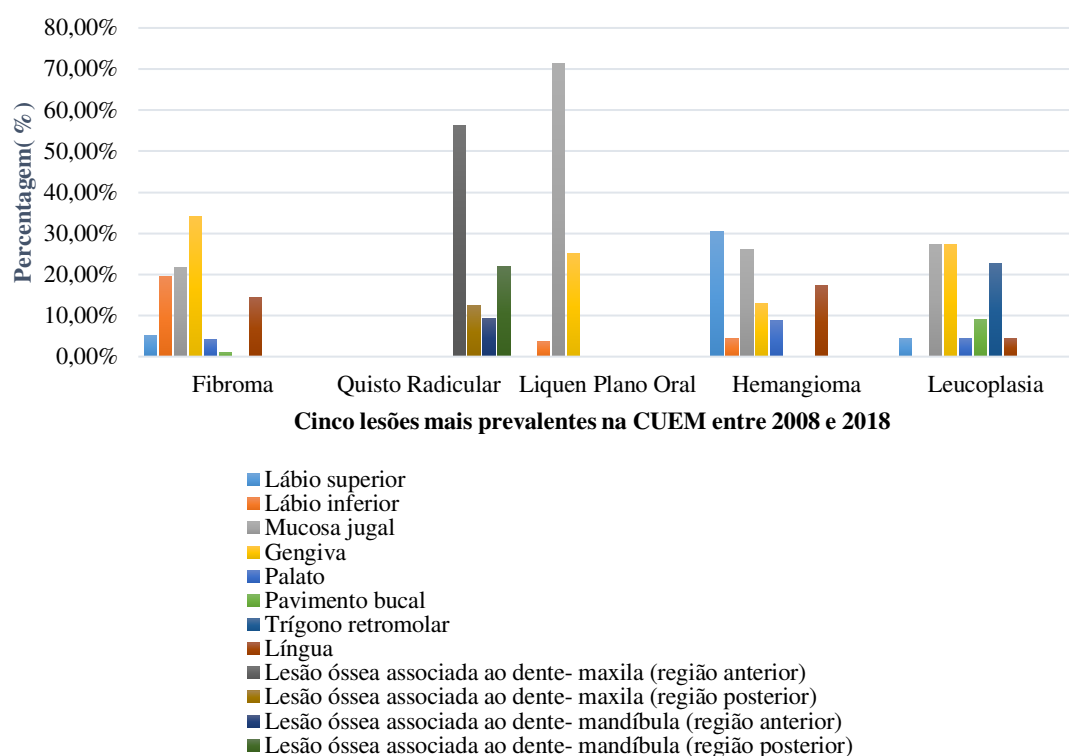


Gráfico 6. Distribuição das cinco lesões orais mais prevalentes e correlação com a variável localização anatómica.

Com o objetivo de avaliar a concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico das lesões orais arquivadas na CUEM entre 2008 e 2018, foi realizada uma comparação entre as características clínicas e histológicas de modo a verificar, se o resultado fornecido pelo laboratório anatomopatológico era concordante ou discordante com a/as hipóteses de diagnóstico clínico.

A variável “diagnóstico clínico”, foi utilizada apenas para se obter uma comparação entre este diagnóstico provável (clínico) e o diagnóstico final (anatomopatológico), de forma a avaliar a concordância.

A variável “concordante” significa que qualquer das hipóteses clínicas é coincidente com o resultado anatomopatológico, ao invés, a variável “discordante” pressupõe que qualquer das hipóteses clínicas não está de acordo com o diagnóstico histológico.

Para um resultado fiável, foram registados os exames sem diagnóstico clínico e com um diagnóstico histológico inconclusivo, excluindo-os da amostra final.

Assim, foram analisados 274 casos concordantes (74,5%) e 94 discordantes (25,5%).

Partindo para a análise da concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico por grupos de patologias (Gráfico 7), verifica-se que o grupo em que houve maior concordância foram os quistos dos maxilares (94,8%), seguido dos grupos das patologias das glândulas salivares (84,2%), lesões vermelhas-azuladas (79,5%), lesões do tecido conjuntivo (74,6%), lesões verruco-papilares (74%), lesões brancas (64,9%), condições ulcerativas (65%) e outras alterações (60%). Ao invés, os grupos em que houve uma maior prevalência de discordância foram as lesões pigmentadas (66,7%) e os tumores benignos não odontogénicos (60%).

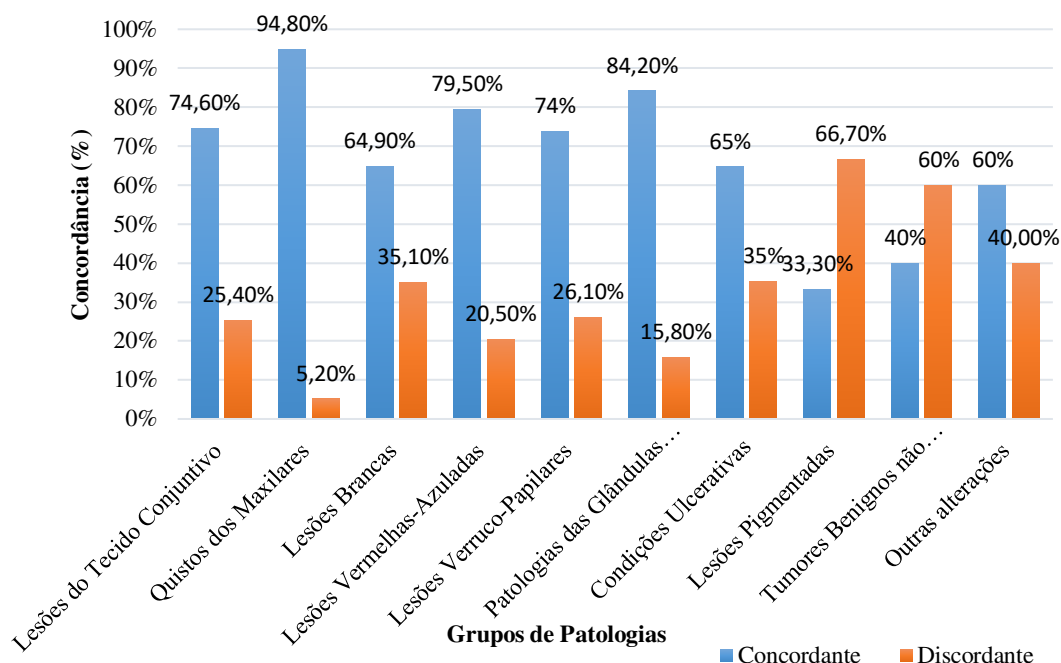


Gráfico 7. Concordância diagnóstica entre os Grupos de Patologias.

A tabela 5, mostra a correlação entre as lesões orais e a concordância, verifica-se que houve lesões em que não surgiram dúvidas entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico como é o caso do QD, QR, Eritroplasia, Sialolitíase, Tórus, Herpes Simplex e o Pênfigo Vulgar.

A maior concordância foi verificada nas lesões QR (90,6%), Lesão Traumática (87,5%), He (82,6%), Fb (82,5%) e Mucocelo (82,4%).

Houve situações em que tanto os casos concordantes como discordantes obtiveram a mesma frequência, tais como a Epúlida Fissurada, Hiperplasia Gengival Generalizada por fármacos, Candidíase, Condiloma Acuminado e o Nevus Oral.

As lesões orais discordantes com o diagnóstico clínico foram o CIS, Mácula Melanótica, Queilite Actínica, Melanose Tabágica e por fim, o Odontoma.

Tabela 5. Concordância diagnóstica entre as lesões orais e respetivas hipóteses de diagnóstico clínico (no caso de discordância).

Lesões Orais	Concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico		Hipóteses de diagnóstico clínico no caso de discordância
	Sim- N (%)	Não- N (%)	(N)
Fibroma	80 (82,5%)	17 (17,4%)	- Hemangioma (1) -Granuloma Piogénico (2) - Papiloma Escamoso (5) -Lipoma (1) -Abscesso Radicular (1) - Epúlido Gengival (3) -Mucocelo (4)
Lipoma	3 (27,3%)	8 (72,7%)	- Fibroma (7) -Mucocelo (1)
Epúlido Fissurada	4 (50%)	4 (50%)	-Fibroma (4)
Hiperplasia Gengival Generalizada (associada a fármacos)	1 (50%)	1 (50%)	- Condiloma Acuminado (1)
Quisto Radicular	29 (90,6%)	3 (9,4%)	-Quisto Dentígero (3)
Quisto Dentígero	15 (100%)	0%	
Quisto Residual	11 (100%)	0%	
Líquen Plano Oral	21 (75%)	7 (25%)	- Leucoplasia Oral (4) -Carcinoma Células Escamosas (1) -Candidíase (2)
Leucoplasia Oral	14 (63,6%)	8 (36,4%)	-Líquen Plano Oral (1)
			-Melanose Tabágica(1)
			-Carcinoma Células Escamosas (3)
			-Queratose Fricional (2)

			Candidíase (1)
Nódulos de Fordyce	1 (25%)	3 (75%)	-Papiloma Escamoso (1) -Mucocelo (1) - Glândula Salivar <i>Minor</i> (1)
Candidíase	1 (50%)	1 (50%)	- Leucoplasia Oral (1)
Queilite Actínica	(0%)	1(100%)	- Herpes Simplex (1)
Hemangioma	19 (82,6%)	4 (17,4%)	- Fibroma (3) -Nevus Oral (1)
Granuloma Piogénico	8 (66,7%)	4 (33,4%)	-Fibroma (3) - Granuloma Periférico de Células Gigantes (1)
Lesão traumática	7 (87,5%)	1 (12,5%)	- Leucoplasia (1)
Eritroplasia	1 (100%)	0%	
Papiloma Escamoso	14 (77,8%)	4 (22,2%)	- Fibroma (3) -Lipoma (1)
Carcinoma Verrucoso	2 (66,7%)	1 (33,3%)	- Leucoplasia Oral (1)
Condiloma Acuminado	1 (50%)	1 (50%)	- Papiloma Escamoso (1)
Mucocelo	14 (82,4%)	3 (17,6%)	- Fibroma (2) -Quisto Residual (1)
Sialolitíase	2 (100%)	0%	
Carcinoma das Células Escamosas	8 (66,7%)	4 (33,4%)	- Leucoplasia Oral (2) - Eritroplasia (2)
Úlcera Traumática	3 (75%)	1 (25%)	- Herpes Simplex (1)
Carcinoma <i>in situ</i>	0%	1 (100%)	- Carcinoma de Células Escamosas (1)
Tatuagem de amálgama	3 (42,9%)	4 (57,1%)	- Nevus Oral (4)
Nevus Oral	1 (50%)	1 (50%)	- Tatuagem amálgama (1)
Mácula Melanótica	0%	2 (100%)	- Tatuagem amálgama (2)
Melanose Tabágica	0%	1 (100%)	- Eritroplasia (1)

Granuloma Central de Células Gigantes	1 (25%)	3 (75%)	- Epúlides Gengival (2) - Granuloma Piogénico (1)
Tórus	1 (100%)	0%	
Glândula Salivar <i>Minor</i>	3 (42,9%)	4 (57,2%)	- Fibroma (3) - Sialolitíase (1)
Granuloma Apical	3 (75%)	1 (100%)	- Quisto Radicular (1)
Pênfigo Vulgar	2 (100%)	0%	
Herpes simplex	1 (100%)	0%	
Odontoma	0%	1 (100%)	- Quisto Radicular (1)
Total	274 (74,5%)	94 (25,5%)	

VI. DISCUSSÃO

O Médico Dentista desempenha um papel fundamental na detecção precoce de lesões com expressão oral a fim de conseguir prevenir, diagnosticar e tratar as doenças orais. Apesar de existirem casos em que as lesões possuem características clínicas que nos levam a um diagnóstico, é importante recorrer ao auxílio de meios complementares para se obter um diagnóstico definitivo, sendo o exame anatomopatológico, mais precisamente a biópsia e o exame microscópico, consideradas as técnicas *gold standard*. É importante ainda referir que a HC do paciente deve estar corretamente preenchida de forma a despistar hábitos ou até mesmo doenças sistêmicas que possam estar relacionadas com as lesões orais (Emamverdizadeh et al., 2019; Santos, Bonan, Freitas, Moura, & Moreira, 2012).

A anatomia patológica não se rege apenas pela vertente da histopatologia, sendo uma área da saúde que abrange diversas técnicas abrangentes como a citopatologia (esfoliativa e aspirativa), a autópsia clínica e as técnicas complementares do diagnóstico morfológico. Apesar de no presente estudo só ser abordada a vertente biópsia (Direção Geral de Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2007).

O objetivo do presente trabalho de investigação destinou-se à determinação da prevalência das lesões orais encontradas na CUEM entre 2008 e 2018, em conhecer as lesões mais frequentes e associar os grupos de patologias e lesões orais ao género, idade e localização anatómica; estudar o nível de concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico das lesões com expressão oral e ainda avaliar a incidência de DPM e LM e relacioná-las com os hábitos tabágicos e etílicos dos pacientes em questão.

Após os critérios de exclusão, de uma amostra de 527 processos, primariamente eletivos, foram analisados 368, estes processos correspondem a 350 indivíduos, 55% do género feminino e 45% do masculino. Vários autores obtiveram igualmente uma amostra superior de indivíduos do género feminino, tais como Alhindi e seus colegas na Universidade King Abdulaziz, na Arábia Saudita em 2019, Aquino e seus colaboradores, num estudo em 2010 na Universidade Estadual de Montes Claros/ Unimontes, Cabral e a sua equipa, num estudo realizado em 2000 no Porto e Vituri e a sua equipa num estudo realizado em 2013. Por outro lado, os estudos em que se verificou uma maior percentagem em relação ao género masculino foram estudos focados apenas nas DPM e LM como por

exemplo o estudo de Al-Maweri e a sua equipa em 2017 e o estudo indiano de Priya e seus colaboradores, em 2019 (Alhindi, Sindi, Binmadi, & Elias, 2019; Al-Maweri, Al-Jamaei, Saini, Laronde, & Sharhan, 2017; Aquino, Martelli, Borges, Bonan, & Martelli Júnior, 2010; Cabral, Ramalhão, Mesquita, David, & Felino, 2000; Priya, Srinivas, & Devaki, 2018; Vituri, Pepelascov, Lolli, Terada, & Kamei, 2013).

Vários autores afirmam que a maior prevalência em relação ao género feminino pode ser justificada pelo fato das mulheres se preocuparam mais com a sua saúde oral e serem mais assíduas nas consultas de rotina de Medicina Dentária em comparação com os homens (Alhindi, et al., 2019; Guedes et al., 2015; Hoff, Silva, & Carli, 2015).

Relativamente à idade, o presente estudo avaliou pacientes entre os 10 e 87 anos. As faixas etárias mais comuns foram entre os 61 e 70 anos (25,8%) e 51 e 60 anos (21,1%) e a menos frequente foi entre os 10 e 20 anos (6,3%). No estudo nacional realizado no Porto por Guedes e a sua equipa em 2015, concluíram que a sexta década de vida foi mais prevalente. Souza e seus colaboradores, realizaram um estudo no Brasil em 2014, e concluíram que as faixas etárias mais prevalentes foram entre os 40 e 59 anos (42,4%) e entre os 60 e 89 anos (28%). A menos comum foi entre os 5 e 20 anos (8,8%). Aquino e sua equipa, em 2010 afirmaram que os estratos etários mais prevalentes foram entre os 46 e 60 anos (28%) e entre os 31 e 45 anos (27%). Vituri em 2013, verificaram que a faixa etária mais comum foi entre os 41 e 50 anos (21,32%). Por outro lado, Yakin e seus colaboradores, em 2016, afirmam que a terceira década foi a mais prevalente e a menos foi a décima década (Aquino et al., 2010; Guedes et al., 2015; Souza, Soares, & Moreira, 2014; Vituri et al., 2013; Yakin, Jalal, Al-Khurri, & Rich, 2016).

Quanto à localização anatómica, as mais comuns foram a gengiva (23,9%), mucosa jugal (19,3%) e os lábios (17,6%). As menos frequentes foram o pavimento bucal (1,9%) e o trígono retromolar (1,6%). Os resultados corroboram com o estudo de Aquino e seus colaboradores, em 2010 em que a gengiva e mucosa jugal obtiveram a mesma frequência (16%), os lábios foram a terceira localização mais prevalente (13%) e as menos prevalentes foram o pavimento bucal e o fundo do vestíbulo, com 6,5% e 3,5%, respetivamente. No estudo de Sixto-Requeijo e seus colaboradores, em 2012 concluíram que as localizações mais frequentes foram lesões associadas ao dente (23%), a gengiva (16,7%), a língua e a mucosa jugal (15,9%). No estudo de Yakin e a sua equipa, em 2016, as três localizações mais comuns foram o rebordo alveolar (19,55%), os lábios (18,5%) e

mucosa jugal (15,56%) (Aquino et al., 2010; Sixto-Requeijo, Diniz-Freitas, Torreira-Lorenzo, García-García, & Gándara-Rey, 2012; Yakin et al., 2016).

No presente estudo, de um total de 35 entidades patológicas diferentes, as cinco lesões mais prevalentes foram o Fb (26,4%), o QR (8,7%), o LPO (7,6%), o He (6,3%) e a LO (6%). Hoff e seus colaboradores, em 2015, obtiveram como cinco lesões mais prevalentes o Fb (15,1%), a Candidíase (7,6%), a Hiperplasia Fibrosa dos sulcos (7,3%), Mucocelo (7,2%) e LPO (5,5%). Kansky e a sua equipa realizaram um estudo em 2018, na Eslovénia e concluíram que as lesões mais comuns foram o Fb (2,33%), Gengivite (2,12%), Nódulos de Fordyce (1,92%), Língua Branca (1,67%) e o hábito de morder a mucosa jugal (1,62%). No estudo de Villa e sus colaboradores em 2016, relativamente à concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico de lesões orais, concluíram que as lesões mais prevalentes foram o LPO, o Fb, CCE, Penfigoide da membrana mucosa e por fim a LO. Apesar de nos estudos anteriores as cinco lesões mais comuns não serem exatamente coincidentes com as do presente estudo, em vários estudos o Fb foi considerado a lesão mais comum (Hoff et al., 2015; Kansky et al., 2018; Villa, Nordio, Strohmenger, & Abati, 2016).

Por outro lado, Cabral e seus colaboradores, em 2000 e Sixto-Requeijo e seus colegas, em 2012, consideraram o Quisto Radicular, como sendo a lesão mais frequente. No estudo de Sixto-Requeijo e a sua equipa, a LO ocupa o segundo lugar e o LPO fica na terceira posição, tal como no presente estudo. Num estudo retrospectivo de 32149 biópsias, realizado na Arábia Saudita por Saleh e seus colaboradores em 2017, concluíram que as lesões mais prevalentes foram o CCE (36,1%), GP (7%), quistos das glândulas salivares (Mucocelo/Rânula) (7%), Hiperplasia Epitelial (4,5%) e Displasia Epitelial (3,6%). Yakin e seus colaboradores, num estudo realizado em 2016 no Iraque, concluíram que as cinco lesões orais mais prevalentes foram o GP, o CCE, o Pólipo/Epúlido Fibroepitelial, o Adenoma Pleomófico e o He. Estas diferenças em relação ao presente estudo podem estar relacionadas com fatores raciais, socioeconómicos, geográficos, doenças sistémicas, hábitos culturais como o tabagismo e hábitos etílicos, entre outros (Cabral et al., 2000; Saleh et al., 2017; Sixto-Requeijo et al., 2012; Yakin et al., 2016). É importante referir que todos os estudos acima mencionados se basearam numa metodologia idêntica ao nosso estudo, isto é, foi feita somente a análise das HC e dos processos anatomopatológicos dos indivíduos.

Os resultados relativamente aos grupos de patologias serão de seguida discutidos por ordem decrescente de prevalência, assim como será feita uma análise detalhada das cinco lesões mais prevalentes com o cruzamento de dados das variáveis género, idade e localização anatómica.

Lesões do Tecido Conjuntivo

O grupo com mais representatividade foi o grupo das lesões do tecido conjuntivo (n=118; 32,1%), neste inclui o Fb, Lipoma, Epúlido Fissurada e a Hiperplasia Gengival associada a fármacos, por ordem decrescente de frequência. A classificação deste grupo gera muita controvérsia na literatura, pois há autores que denominam de “tumores benignos”, “lesões proliferativas não neoplásicas”, “patologias da mucosa e da pele” e “lesões reativas” que correspondem, na sua maioria, às mesmas entidades histológicas. Ali e Sundaram realizaram em 2012 um estudo retrospectivo durante 6 anos, na Universidade de Kuwait e chegaram à conclusão que de uma amostra de 1243 biópsias, 386 pertenciam ao grupo das lesões reativas e dentro deste grupo o Fb foi a lesão mais prevalente com 178 casos (46,1%). Foi considerada ainda a lesão mais comum de todo o estudo, tal como no presente trabalho. No artigo de Kelloway e seus colaboradores, em 2014, o grupo das patologias da mucosa, foi o mais prevalente (37,2%), sendo que o Fb foi a lesão mais comum (15,2%). No trabalho de Yakin e a sua equipa, em 2016, o grupo mais prevalente foi o da patologia da mucosa e pele, mas a lesão mais comum foi o GP e de seguida o Fb (Ali & Sundaram ,2012; Kelloway, Dost, & Farah, 2014; Yakin et al., 2016).

No presente estudo, o grupo das lesões do tecido conjuntivo foram predominantes em pacientes do sexo feminino. Esta característica verifica-se também no estudo de Kelloway e seus colaboradores em 2014 e no estudo de Da Silva e a sua equipa, em 2018 (Da Silva, Monroy, Serpa, & de Souza, 2018; Kelloway et al., 2014).

Em relação às faixas etárias, verifica-se que entre os 51 e 70 anos são as idades mais frequentes. Da Silva e seus colaboradores afirmam que as idades mais comuns foram entre os 41 e 60 anos. Dovigi e a sua equipa, realizaram um estudo retrospectivo com 51781 biópsias, em 2016 e concluíram que a idade mais prevalente para este grupo foi entre 36 e 55 anos. Guedes e seus colaboradores, num estudo nacional realizado no Porto em 2015, concluíram que a idade mais destacada para este grupo é em média 46,9 anos (Da Silva et al., 2018; Dovigi, Kwok, Eversole, & Dovigi, 2016; Guedes et al., 2015).

As localizações anatómicas mais comuns do grupo são a gengiva (39,8%), lábios (22,8%), língua (11,9%) e palato (4,2%). Dovigi e seus colaboradores em 2016, afirmam que as zonas mais prevalentes para este grupo foram a gengiva, mucosa jugal, lábios e língua. Guedes e a sua equipa, concluem que a localização mais comum para este grupo de patologia é o palato (Dovigi et al., 2016; Guedes et al., 2015).

O Fb (n=97), no presente trabalho de investigação foi mais prevalente nas mulheres (61,9%). Este resultado corrobora com o estudo de Ali e Sundaram em 2012, com o estudo nacional de Monteiro e a sua equipa, realizado em 2016, também Da Silva e seus colaboradores, em 2018, afirmam a supremacia em relação ao género feminino para a lesão fibrosa e por fim, no estudo de prevalência Mexicano, realizado em 2008 por Castellanos e seus colaboradores, também se verificou este dado. Ao invés, Naderi e seus colegas em 2012, realizaram um estudo 2068 casos e verificaram que a lesão fibrosa foi predominante no género masculino, tal como no estudo de Kadeh e a sua equipa, em 2015. No estudo de Guedes e seus colaboradores, em 2015, não encontraram diferenças entre géneros (Ali & Sundaram, 2012; Castellanos & Díaz-Guzmán, 2008; Da Silva et al., 2018; Guedes et al., 2015; Kadeh, Saravani, & Tajik, 2015; Monteiro, Albuquerque, Paiva, Peña-Moral, Amaral, & Lopes, 2016; Naderi, Eshghyar, & Esfahanian, 2012).

Esta lesão afetou principalmente indivíduos entre os 41 e 70 anos sendo a faixa etária mais prevalente entre os 51-60 anos (n=23). Da Silva e seus colaboradores, em 2018 obtiveram uma supremacia em relação à faixa etária entre os 41 e 50 anos, tal como Deboni e a sua equipa, em 2005. A maioria dos estudos refere-se a média de idades e não faixa etária, pelo que Alhindi e seus colaboradores referem a idade média de 44,97 anos. Guedes e a sua equipa refere aos 49,1 anos e Monteiro e seus colaboradores indicam aos 43,95 anos (Alhindi, et al., 2019; Da Silva et al., 2018; Deboni et al., 2005; Guedes et al., 2015; Monteiro et al., 2016).

Os principais locais para o aparecimento desta lesão no nosso estudo foram a gengiva (34%), mucosa jugal (21,6%) e lábio inferior (19,6%). Ali e Sundaram afirmam no seu estudo de 2012 que as zonas mais frequentes são por ordem de prevalência a mucosa jugal, a gengiva, a língua e o lábio inferior, tal como Sixto-Requeijo e seus colaboradores em 2012, (apenas para a mucosa jugal, gengiva e língua). Da Silva e a sua equipa, em 2018 concluem que a mucosa jugal é a localização mais frequente (61,9%), tal como Monteiro e seus colegas, com uma percentagem de 50% (Ali & Sundaram, 2012; Da Silva et al., 2018; Monteiro et al., 2016; Sixto-Requeijo et al., 2012).

Quistos dos Maxilares

O segundo grupo mais comum foi o dos quistos dos maxilares (n=58; 15,8%), que incluem o QR, QD e Quisto Residual. O QR foi considerado a lesão mais prevalente dentro do grupo com 55,2% (n=32). No estudo de Cabral e seus colaboradores, em 2000 numa análise retrospectiva de 724 biópsias da cavidade oral pelo Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto e pelo Instituto de Patologia e Imunologia Moleculares da Universidade do Porto, este é considerado o grupo mais prevalente, com uma percentagem de 43%, sendo o QR a lesão mais comum de todo o estudo, com 143 casos (61,9%). No estudo de Sixto-Requeijo e seus colaboradores, em 2012, os quistos dos maxilares foram o segundo grupo mais frequente, tal como no presente estudo. Dentro deste grupo a proporção de prevalência dos quistos foi distribuída de igual forma ao nosso estudo. Vituri e seus colaboradores, em 2013, constataram que o grupo dos quistos dos maxilares foi o quarto grupo mais prevalente, o que não corresponde com o presente estudo. Apesar disso, o QR foi o mais comum dentro do seu grupo (Cabral et al., 2000; Sixto-Requeijo et al., 2012; Vituri et al., 2013).

No presente estudo, os quistos dos maxilares foram prevalentes em pacientes do sexo masculino (60,3%). No estudo de Monteiro e seus colaboradores, em 2004, também se verificou-se uma supremacia para o género masculino. Kelloway e seus colegas, em 2014 também verificaram que os quistos odontogénicos foram mais frequentes em homens. O mesmo não acontece no estudo de Cabral e a sua equipa, em 2000 em que verificaram que o grupo foi mais prevalente em mulheres (52,4%) (Cabral et al., 2000; Kelloway et al., 2014; Monteiro, de la Peña, Paiva, Bento, & do Amaral, 2004).

Os quistos dos maxilares foram mais frequentes entre os 31- 40 anos (19%) e 61-70 anos (27,6%), no presente estudo. No trabalho de Monteiro e seus colaboradores, em 2004, o intervalo onde se registou maior número de casos foi entre os 30-39 anos (24,6%). Pereira e seus colaboradores, num estudo realizado no Brasil em 2010, concluíram que os quistos foram mais prevalentes acima dos 51 anos (25,6%) e entre os 41 e 50 anos também mostrou ser uma idade relevante. Jaeger e a sua equipa, num estudo realizado em 2017, afirmam que os quistos odontogénicos, são mais prevalentes em pacientes com idades entre os 10 e 50 anos (81,6%) (Jaeger et al., 2017; Monteiro et al., 2004; Pereira et al., 2010).

Quanto às localizações anatómicas mais afetadas pelo grupo, foram as lesões ósseas associadas a dentes (81%). Dentro deste grupo, a maxila (região anterior) obteve uma prevalência de 44,8%. Em relação à mandíbula, 22,4% correspondiam à zona posterior. Monteiro e seus colaboradores, de acordo com o estudo de 2004, corroboram estes resultados afirmando que no seu estudo, os quistos afetaram mais a maxila, região anterior (60,8%) e na mandíbula, o setor mais afetado foi o posterior (81,5%). Pereira e seus colaboradores em 2010, não especificam a região da maxila e mandíbula predominante, mas afirmam que a maxila (69%) foi mais afetada que a mandíbula (31%). Açikgöz e seus colegas, realizaram um estudo na Turquia, em 2012 e obtiveram como zonas mais a mandíbula, região molar (26,3%) e na maxila, a região mais afetada foi a anterior (33,1%), tal como no presente estudo Monteiro e a sua equipa, no estudo realizado em 2016, também encontrou uma prevalência em relação à maxila para os quistos dos maxilares (47,6%) (Açikgöz, Uzun-Bulut, Özden, & Gündüz, 2012; Monteiro et al., 2004; Monteiro et al., 2016; Pereira et al., 2010).

No presente estudo o QR foi mais afetado pelos homens (62,5%). Estes resultados corroboram com os estudos de Alhindi e seus colaboradores, em 2019, de Monteiro e a sua equipa, em 2004, de Açikgöz e seus colegas em 2012 e de Dovigi e seus colaboradores, em 2016. Por outro lado, vários estudos referiram que esta lesão quística foi mais comum em mulheres, como é o caso do estudo de Pereira e a sua equipa, em 2010 e Saleh e sua equipa de investigadores, em 2017 também verificaram mais casos no género feminino para este tipo de quisto (Açikgöz et al., 2012; Alhindi et al., 2019; Dovigi et al., 2016; Pereira et al., 2010; Saleh et al., 2017).

A idade mais prevalente foi entre os 61 e 70 anos. Dovigi e seus colegas, verificaram que a idade média foi de 52,05 anos. Os restantes autores, referem idades inferiores, como é o caso de Cabral e seus colaboradores em 2000, em que a idade média foi de 33,3 anos. No estudo de Sixto-Requeijo e a sua equipa, foi mais prevalente entre os 16 e 65 anos. (Cabral et al., 2000; Dovigi et al., 2016; Sixto-Requeijo et al., 2012).

A zona em que foram feitas mais recolhas de amostras foi na maxila (região anterior) com 56,2%. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Monteiro e seus colegas em 2004 e de Açikgöz e seus colegas em 2012. Deboni e a sua equipa em 2005, afirmam que a maxila foi mais prevalente que a mandíbula e Dovigi e seus colaboradores, em 2016 afirmam ser a zona apical a mais comum para o QR, não especificando mais

zonas (Açikgöz et al., 2012; Deboni et al., 2005; Dovigi et al., 2016; Monteiro et al., 2004).

Lesões Brancas

Relativamente às lesões brancas (15,5%), fazem parte deste grupo, por ordem de prevalência o LPO, a LO, os Nódulos de Fordyce, a Candidíase e a Queilite Actínica. Sendo que o LPO, foi a entidade patológica mais prevalente do seu grupo com (49,1%). No estudo de Hoff e seus colaboradores, em 2015, dividiram as lesões brancas em queratóticas (14,9%) e não queratóticas (9%). O primeiro grupo inclui o LPO, tendo sido a lesão mais prevalente. As lesões brancas não queratóticas incluíram a Candidíase (7,6%), sendo a mais comum do seu grupo. Bouquot e Gorlin em 1986, concluíram que dentro do grupo das lesões brancas, as mais prevalentes foram a LO (25,8%) e de seguida o LPO (7,6%). Mathew e a sua equipa, em 2008 verificaram que a lesão mais prevalente foram os Nódulos de Fordyce (6,5%). A LO obteve apenas 1,59%, a Candidíase 1,3% e o LPO 1,2% (Bouquot & Gorlin, 1986; Hoff et al., 2015; Mathew, Pai, Sholapurkar, & Vengal, 2008).

Este grupo foi mais prevalente no sexo masculino (54,4%). Este dado está de acordo com os estudos de Axéll em 1986, de Al-Maweri e a sua equipa em 2017 e de Castellanos e seus colaboradores, em 2008 (Al-Maweri et al., 2017; Axéll, 1986; Castellanos et al., 2008).

As idades mais prevalentes, neste grupo foram entre os 61 e 70 anos. Bouquot e Gorlin em 1986, afirmam que a idade mais prevalente foi entre os 50 e 59 anos. No estudo de Monteiro e a sua equipa em 2016, concluíram que a média da idade foi aos 56, 14 anos. Al-Maweri e seus colegas não vão ao encontro do presente trabalho, uma vez que afirmam que em idades inferiores a 40 anos foi a faixa etária mais prevalente (Al-Maweri et al., 2017; Bouquot & Gorlin, 1986; Monteiro et al., 2016).

As localizações mais afetadas pelo grupo das lesões brancas foram a mucosa jugal e gengiva. No estudo de Al-Maweri e a sua equipa, também a mucosa jugal foi a mais comum, o mesmo se verifica no trabalho de Monteiro e seus colegas, em 2016 prevalente (Al-Maweri et al., 2017; Monteiro et al., 2016).

Dentro deste grupo, encontram-se duas das cinco lesões mais prevalentes do estudo, sendo estas o LPO e a LO. O LPO (7,6% do total da amostra) afetou ambos os géneros de forma equitativa (n=14). A literatura refere valores inferiores, como Brzak e seus colegas, num estudo realizado na Croácia em 2012, concluíram que a percentagem de LPO era de 4,3%, Vituri e seus colaboradores em 2015, afirmam que o LPO obteve 3,1%, Al-Maweri e a sua equipa em 2017, verificaram uma percentagem de 2,4% e Monteiro e a sua equipa, em 2016 afirmaram que o LPO era de 1,9%. Todos os autores, afirmam ser o género feminino o mais prevalente para a lesão LPO (Al-Maweri et al., 2017; Brzak et al., 2012; Monteiro et al., 2016; Vituri et al., 2015).

O LPO foi mais prevalente entre os 51 e 60 anos, no presente estudo. Mathew e seus colaboradores, em 2008 concluíram que o pico de incidência foi entre os 41 e 60 anos. Brzak e seus colegas em 2012, afirmaram que 52 anos era a idade média para esta lesão. Al-Maweri e a sua equipa em 2017, observam mais casos em idades superiores a 40 anos. Monteiro e seus colegas em 2016, dizem que 50,9 anos é a média. Deboni e a sua equipa de investigadores, em 2005, encontraram a mesma prevalência para as faixas etárias entre os 11 e 20 anos, 41 e 50 anos e idades superiores a 51 anos (Al-Maweri et al., 2017; Brzak et al., 2012; Deboni et al., 2005; Mathew et al., 2008; Monteiro et al., 2016).

Por fim, em relação à localização mais prevalente, o LPO incidiu com destaque na mucosa jugal (71,4%). Este resultado está de acordo com os estudos de Mathew e seus colaboradores, em 2008, Monteiro e a sua equipa no estudo realizado em 2016, Bouquot e Gorlin, no estudo de 1986, em que a mucosa oral atingiu os 80%, Sixto-Requeijo e seus colegas em 2012 também confirmam esta afirmação (Bouquot & Gorlin, 1986; Mathew et al., 2008; Monteiro et al., 2016; Sixto-Requeijo et al., 2012).

A LO atingiu 6% da amostra total. Villa e seus colaboradores, em 2016 obtiveram a mesma percentagem, Monteiro e seus colaboradores, em 2016 obtiveram 2,4% e no estudo de Kansky e seus colegas, em 2018, a percentagem obtida para o LO foi apenas de 0,5%, a LO foi mais prevalente nos homens, este dado é corroborado por diversos estudos, tais como o trabalho de Al-Maweri e seus colaboradores, em 2017, Bouquot e Gorlin, em 1986, Monteiro e seus colegas, em 2016, Guedes e a sua equipa, em 2015. Ao invés, existem estudos que afirmam ser o género feminino o mais afetado pela LO, como por exemplo no estudo de Villa e seus colaboradores, em 2016 e Brzak e seus colegas em 2012 (Al-Maweri et al., 2017; Bouquot & Gorlin, 1986; Brzak et al., 2012; Kansky et al., 2018; Monteiro et al., 2016; Villa et al., 2016).

As idades mais frequentes foram entre os 51 e 70 anos, não havendo qualquer registo até aos 30 anos de idade. No estudo de Al-Maweri e seus colaboradores, em 2017, afirmam não ter havido qualquer registo em pacientes com idades inferior a 40 anos. Mathew e a sua equipa em 2008, afirmam que a idade mais prevalente para esta lesão foi entre os 41 e 60 anos. Também Villa e seus colaboradores, em 2016 registaram entre os 45 e 69 anos a idade mais prevalente para esta lesão oral (Al-Mawei et al., 2017; Mathew et al., 2008; Villa et al., 2016).

A LO incidiu com a mesma frequência a mucosa jugal e gengiva e ligeiramente menos, o trígono retromolar, no presente estudo. Estes resultados corroboram com os de Monteiro e sua equipa em 2016, que verificaram ser a mucosa jugal a zona predominante para o aparecimento da LO, também Mathew e seus colaboradores em 2008 afirmam este dado e referem ainda que para além da mucosa jugal o rebordo alveolar e trígono retromolar foram localizações relevantes. No estudo de Al-Maweri e seus colegas em 2017, encontraram casos na língua, pavimento bucal e mucosa jugal (Al-Mawei et al., 2017; Mathew et al., 2008; Monteiro et al., 2016).

Lesões vermelhas-azuladas

Este grupo obteve uma percentagem de 12%, sendo o quarto grupo mais prevalente. Neste grupo inserem-se as lesões He, GP, Eritroplasia e Lesão Traumática. O grupo foi mais comum em mulheres (54,4%). Este dado está de acordo com o estudo Mexicano de Castellanos e seus colaboradores, em 2008 e de Monteiro e a sua equipa no estudo de 2016 (Castellanos et al., 2008; Monteiro et al., 2016).

A idade mais comum foi entre os 51 e 70 anos, nos estudos anteriores verificou-se que as idades das lesões variam entre os 35 e 70 anos, referido em estudos de Monteiro e seus colaboradores em 2016, de Dovigi e a sua equipa, em 2016 e de Castellanos e seus colaboradores, em 2008 (Castellanos et al., 2008; Dovigi et al., 2016; Monteiro et al., 2008).

As localizações mais afetadas pelo grupo das lesões vermelhas-azuladas foram a gengiva, lábios e língua. Estes dados corroboram com o estudo de Dovigi e a sua equipa, em 2016, de Da Silva e seus colaboradores, em 2018, Monteiro e a sua equipa em 2016 e Guedes e seus colaboradores em 2015 (Da Silva et al., 2018; Dovigi et al., 2016; Guedes et al., 2015; Monteiro et al., 2016).

O Hemangioma (He) foi considerada a quarta lesão mais prevalente da amostra (n=23; 6,3%). No estudo de Głowacka e Konopka, em 2018, os autores concluíram que o He foi a segunda lesão mais comum apesar de terem obtido o mesmo número de casos que no presente trabalho (n= 23; 5,9%). Franklin e Jones em 2006 obtiveram 25 casos de He, Castellanos e seus colaboradores, em 2008 obtiveram 54 He (0,22%), Monteiro e a sua equipa em 2016, analisaram 55 He (6,2%). El Toum em 2018 apenas encontrou 7 casos desta lesão (3,9%) (Castellanos et al., 2008; El Toum, Cassia, Bouchi, & Kassab, 2018; Franklin & Jones, 2006; Głowacka & Konopka, 2018; Monteiro et al., 2016).

Esta lesão afetou mais mulheres (60,9%). Este dado é afirmado pelos estudos de Castellanos seus colaboradores, em 2008, obtiveram 63% de He para o sexo feminino, Monteiro e seus colaboradores em 2016 obtiveram uma percentagem semelhante (61,8%), Da Silva e a sua equipa em 2018, obtiveram um valor de 59,5% para o género feminino. Por outro lado, Saleh e seus colegas em 2018, não relataram diferenças entre géneros e Głowacka e Konopka, em 2018, observaram mais casos no género masculino, assim como Ali e Sundaram em 2012. (Ali & Sundaram, 2012; Castellanos et al., 2008; Da Silva et al., 2018; Głowacka & Konopka, 2018; Monteiro et al., 2016; Saleh et al., 2018).

A idade prevalente foi entre os 51 e 70 anos de idade, com apenas um registo na faixa etária 21-30 anos, no presente trabalho de investigação. Głowacka e Konopka, 2018 apenas avaliaram casos entre os 65 e 74 anos, Dovigi e a sua equipa, em 2016 verificaram que a idade média era de 53,18 anos, no estudo Português de Monteiro e seus colegas em 2016, relataram a média de idade de 49,31 anos, no estudo Mexicano de Castellanos e seus colaboradores, em 2008 registaram a idade média de 48,65 anos, no estudo de Da Silva e a sua equipa de investigadores, relataram 25,6% para a faixa etária entre os 21-30 anos (Castellanos et al., 2008; Da Silva et al., 2018; Dovigi et al., 2016; Głowacka & Konopka, 2018; Monteiro et al., 2016).

Esta lesão foi mais observada no lábio superior (30,4%), mucosa jugal (26,1%) e gengiva (17,4%). Dovigi e seus colaboradores, em 2016, referem que as zonas mais comuns foram, com a mesma percentagem, a língua e lábios (23,5%), Da Silva, e seus colegas em 2018 afirmam ser o lábio a zona com mais destaque (38,3%), também Monteiro e a sua equipa em 2016, dizem ser a mucosa labial a mais afetada (52,7%) (Da Silva et al., 2018; Dovigi et al., 2016; Monteiro et al., 2016).

Lesões Verruco-Papilares

Em relação às lesões verruco-papilares, aqui inserem-se apenas o PE, o CV e o Condiloma Acuminado. Este grupo obteve uma prevalência de 6,3% do total da amostra. O grupo das Lesões Verruco-Papilares afetou mais as mulheres (56,5%). No estudo de Whitefield e seus colaboradores, em 2018, avaliaram a prevalência de lesões verruco-papilares e concluíram que as mulheres (51%) foram mais afetadas que os homens, apesar de ter sido uma diferença de apenas três pacientes. Ao contrário de Patil e seus colegas, num estudo realizado em 2015 que obtiveram mais homens (62,8%) do que mulheres (Patil, Warnakulasuriya, Raj, Sanketh, & Rao, 2015; Whitefield et al., 2018).

No presente grupo as idades mais prevalentes foram entre os 61-70 anos, apesar de entre os 41-50 anos também ter sido considerada uma faixa etária relevante. No estudo de Whitefield e seus colaboradores, em 2018, a média de idades foi aos 49 anos. Patil e a sua equipa, em 2015 abrangeram indivíduos entre os 17 e 88 anos. A média de idades no estudo de Sadasivan e seus colaboradores, em 2012 foi aos 62,8 anos (35-85 anos) (Patil, et al., 2015; Sadasivan et al., 2012; Whitefield et al., 2018).

As localizações anatómicas mais frequentes do presente grupo foram a língua (30,4%), o palato (21,7%) e a mucosa jugal (17,4%). No estudo de Whitefield e seus colegas, em 2018 verificaram o mesmo que no presente estudo, a língua foi a localização mais comum (38%) e de seguida o palato mole (21%). Sadasivan e a sua equipa, em 2012, afirmaram que as localizações mais frequentes foram a mucosa alveolar, mucosa jugal, língua, pavimento bucal, lábios e palato. Patil e seus colaboradores, em 2015, verificaram que as zonas mais comuns foram a mucosa jugal, o rebordo alveolar e a língua (Patil, et al., 2015; Sadasivan et al., 2012; Whitefield et al., 2018).

Dentro do grupo de patologias, a lesão mais frequente foi o PE (n= 18; 78,3%). Vários autores inserem esta lesão no grupo das neoplasias benignas como é o caso de Ali e Sundaram no seu estudo retrospectivo de 2012, concluindo que o PE era a segunda lesão mais prevalente do grupo com 12,7%. Já Franklin e Jones, num estudo realizado em 2006, concluem que é a lesão mais prevalente do seu grupo, com 256 casos e uma prevalência de 80% dentro do grupo. Kelloway e seus colaboradores em 2014, consideraram o PE como sendo uma patologia da mucosa e obtiveram uma prevalência de 7,5% dentro do seu grupo, sendo a terceira patologia mais prevalente do grupo em que se insere (Ali & Sundaram, 2012; Franklin & Jones, 2006; Kelloway et al., 2014).

Patologias das Glândulas Salivares

Relativamente às patologias das glândulas salivares, este grupo representa 5,2% do total da amostra e é constituído pelo Mucocelo e Sialolitíase. Sixto-Requeijo e seus colegas em 2012 viram no seu estudo que este grupo representou 5,3% do total da amostra, muito semelhante ao valor obtido no presente estudo. Alhindi e seus colaboradores em 2019, verificaram que as patologias das glândulas salivares representam 4,9% do total da amostra, Franklin e Jones em 2006 verificaram que este grupo prevalecia em 3,9%, Vituri e os seus colegas num estudo realizado em 2013 observaram uma supremacia em relação aos outros estudos (13,2%) (Alhindi et al., 2019; Franklin & Jones, 2006; Sixto-Requeijo et al., 2012; Vituri et al., 2013).

O grupo afetou mais as mulheres (52,6%), no presente estudo. O mesmo se verifica nos trabalhos de Sixto-Requeijo e seus colegas em 2012, Alhindi e seus colaboradores em 2019, Jones e Franklin em 2006, num estudo em pacientes pediátricos, também verificaram mais casos no género feminino. Já Kelloway e seus colaboradores, em 2014 verificaram uma supremacia em relação ao género masculino, assim como Yakin e seus colegas, em 2016 (Alhindi et al., 2019; Jones & Franklin, 2006; Kelloway et al., 2014; Sixto-Requeijo et al., 2012; Yakin et al., 2016).

No presente trabalho, o pico de incidência da idade foi entre os 10 e 20 anos (31,6%). Também ocorreram casos com a mesma percentagem entre os 21-40 anos e 51-60 anos (15,8%). Sixto-Requeijo e seus colegas, em 2012 verificaram uma superioridade em pacientes com idades inferiores a 30 anos, Vituri e a sua equipa, em 2013 observaram que a média de idades foi aos 19,95 anos, no estudo de Alhindi e seus colaboradores em 2019, este grupo atingiu pessoas entre os 5 e 65 anos, mas a média de idades foi aos 27,3 anos (Alhindi et al., 2019; Sixto-Requeijo et al., 2012; Vituri et al., 2013).

A localização mais frequente foi o lábio inferior (68,4%). Ali e Sundaram em 2012 verifica que o lábio inferior foi a localização predominante, Sixto-Requeijo e seus colaboradores, em 2012, verificaram o mesmo, assim como Vituri e a sua equipa, em 2013 e Yakin e seus colegas em 2016 (Ali & Sundaram, 2012; Sixto-Requeijo et al., 2012; Vituri et al., 2013; Yakin et al., 2016).

No presente trabalho de investigação, dentro deste grupo a lesão mais prevalente foi o Mucocelo (n= 17; 89,5%). Alhindi e seus colaboradores em 2019, indicam o Mucocelo como sendo a lesão mais prevalente dentro do seu grupo, com 34 casos

(56,7%). O Mucocelo é considerado a lesão mais comum dentro do seu grupo em diversos estudos tais como, nos estudos de Ali e Sundaram em 2012, com 92,4%, no estudo de Guedes e a sua equipa, em 2015 com (88,7%), Sixto-Requeijo e seus colaboradores, em 2012 (82,4%) e Vituri e os seus colegas num estudo realizado em 2013 (87,6%). (Alhindi et al., 2019; Ali & Sundaram, 2012; Guedes et al., 2015; Sixto-Requeijo et al., 2012; Vituri et al., 2013).

Condições Ulcerativas

Este grupo representa 4,6% do total da amostra e estão inseridas as lesões CCE, Úlcera Traumática e CIS. Alguns autores identificam as entidades nosológicas neste item sob o nome de “tumores malignos”. Alhindi e a sua equipa, em 2019 concluíram que o grupo dos tumores malignos obteve uma prevalência de 5,7 % do total da amostra. Sixto-Requeijo e seus colegas em 2012 calcularam uma percentagem de 3,9%. Monteiro e seus colegas em 2016, encontraram 15% de lesões pertencentes a este grupo. Mendez e seus colaboradores, realizaram um estudo em 2012 e concluíram que o grupo de tumores malignos representou apenas 1,9% do total da amostra, Dovigi e a sua equipa em 2016 também verificaram uma percentagem baixa de 1,6% (Alhindi et al., 2019; Dovigi et al., 2016; Mendez et al., 2012; Monteiro et al., 2016; Sixto-Requeijo et al., 2012).

O grupo afetou mais o género masculino (70,6%), no presente trabalho. O mesmo se verifica nos trabalhos de Alhindi e a sua equipa, em 2019, Guedes e seus colaboradores em 2015, Dovigi e seus colegas em 2016, Monteiro e sua equipa, em 2016. Por outro lado, Yakin e seus colaboradores em 2016 verificaram que este grupo foi mais afetado por mulheres (Alhindi et al., 2019; Dovigi et al., 2016; Monteiro et al., 2016; Yakin et al., 2016).

O grupo das condições ulcerativas não foi afetado por pacientes com idades inferiores a 31 anos e a faixa etária mais frequente foi entre os 61 e 70 anos. Alhindi e a sua equipa, em 2019 verificaram que a média de idade foi aos 56,7 anos, Monteiro e seus colaboradores, em 2016 obtiveram uma média de 59,7 anos, Dovigi e seus colegas em 2016, relataram que a média de idades foi aos 66,66 anos e Guedes e seus colegas em 2015 verificaram a idade média de 62,4 anos (Alhindi et al., 2019; Dovigi et al., 2016; Guedes et al., 2015; Yakin et al., 2016).

As localizações mais comuns foram a língua (41,2%), seguida do palato (23,5%) e o pavimento bucal (17,6%). Dovigi e seus colegas em 2016 relataram a língua (27,6%) como a zona mais prevalente, tal como Guedes e seus colaboradores em 2015 (29,1%), Sixto-Requeijo e seus colegas em 2012 também foram ao encontro com os restantes estudos. Monteiro e seus colegas em 2016 constataram que os lábios foram a zona mais prevalente (Dovigi et al., 2016; Guedes et al., 2015; Monteiro et al., 2016; Sixto-Requeijo et al., 2012).

A lesão mais prevalente deste grupo foi o CCE (70,6%). Este dado é corroborado pelos estudos de Alhindi e a sua equipa em 2019, cuja percentagem foi de 65,7%, de Dovigi e sua equipa, em 2016 verificaram um valor de 74,6%, de Mendez e seus colaboradores em 2012, (86,92%) e de Sixto-Requeijo em 2012 cujo valor foi de 88% (Alhindi et al., 2019; Dovigi et al., 2016; Mendez et al., 2012; Sixto-Requeijo et al., 2012).

Lesões Pigmentadas

Este grupo é composto pelas entidades histológicas Tatuagem de Amálgama, Nevus Oral, Mácula Melanótica e Melanose Tabágica e representa 3,3% do total da amostra (n=12). Ali e Sundaram em 2012 observaram igualmente 12 lesões representando (1,6%), Vituri e seus colaboradores, em 2013 observaram 17 casos (1,4%) para este grupo, Alhindi e seus colegas em 2019 obtiveram 16 lesões (1,3%), Silva e seus colaboradores, em 2015 analisaram 21 lesões neste grupo (1,4%). Por outro lado, Santos e sua equipa encontraram uma superioridade de lesões pigmentadas (n=28; 8,67%) (Ali & Sundaram, 2012; Alhindi et al., 2019; Santos et al., 2012; Silva, Martelli, Martelli Júnior, & Paranaíba, 2015; Vituri et al., 2013).

O grupo das lesões pigmentadas foi mais prevalente nas mulheres (75%). Este resultado está de acordo com os estudos de Ali e Sundaram em 2012 (75%), de Alhindi e seus colegas em 2019 (56,3%), Hassona e seus colegas em 2015 também verificaram mais mulheres (53,9%) e de Vituri e a sua equipa em 2013 (94,1%) (Ali & Sundaram, 2012; Alhindi et al., 2019; Hassona, Sawair, Al-karadsheh, & Scully, 2015; . Vituri et al., 2013).

A idade predominante para este grupo foi entre os 51 e 60 anos (33,3%). Sengüven e seus colegas, em 2015 registaram como média de idade os 49,9 anos (15%), Ali e Sundaram em 2012 estimaram a idade média de 37,2 anos. Alhindi e seus colegas em 2019 verificaram os 33,2 anos. Hassona e seus colegas em 2015, verificaram que a idade

mais prevalente foi em idades inferiores a 35 anos (46,3%) e entre os 35 e 55 anos a prevalência foi de 32,6% (Ali & Sundaram, 2012; Alhindi et al., 2019; Hassona et al., 2015; Sengüven et al., 2015).

A localização anatómica mais frequente deste grupo patológico foi a gengiva (66,7%), também a mucosa jugal e palato foram relevantes com 16,7%. Sengüven e sua equipa, em 2015 também verificaram ser a gengiva a zona mais afetada (45,7%), a mucosa jugal afetou em 40%, Hassona e seus colaboradores, em 2015 também referem estas duas localizações como as mais prevalentes, Ali e Sundaram em 2012 registaram a gengiva e mucosa jugal como as zonas mais destacadas. Vituri e seus colegas, em 2013, registaram como localizações mais prevalentes o palato e rebordo alveolar. (Ali & Sundaram, 2012; Hassona et al., 2015; Sengüven et al., 2015; Vituri et al., 2013).

Dentro do grupo em questão, a lesão com mais destaque foi a Tatuagem de Amálgama (n=7; 58,3%). O mesmo se verificou no estudo de Hassona e seus colegas, em 2015, de Sengüven e sua equipa, em 2015 e Dovigi e seus colaboradores em 2016. Ao invés, Alhindi e seus colegas e Vituri e seus colaboradores verificaram que o Nevus Oral foi a lesão predominante (Alhindi et al., 2019; Dovigi et al., 2016; Hassona et al., 2015; Sengüven et al., 2015).

Tumores Benignos Não Odontogénicos

Os tumores benignos não odontogénicos, representaram apenas 1,4% do total da amostra, sendo as entidades patológicas pertencentes a este grupo apenas o Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG) e o Tórus. Alguns autores identificam as entidades nosológicas neste item sob o nome de “patologia óssea”. Sixto-Requeijo e seus colaboradores, em 2012 registaram um valor semelhante ao nosso, 1,1%, Alhindi e sua equipa, em 2019 analisaram uma percentagem de 2,5% e Vituri e seus colegas, em 2013 observaram 3,91% da amostra total para este grupo. O grupo foi mais prevalente no sexo feminino (80%). Este resultado vai ao encontro com dos estudos de Vituri e seus colegas, em 2013 observaram 70,8%, Sixto-Requeijo e seus colaboradores, em 2012 cuja percentagem foi de 57,1% para as mulheres, Rodrigues e seus colegas em 2009 registaram um valor de 52%, Alhindi e sua equipa, em 2019 analisaram uma percentagem de 55,2%, Naini e seus colaboradores, em 2017 também registaram mais casos em pacientes do sexo feminino (56,4%). Este grupo foi mais prevalente entre a quarta e quinta décadas de vida

(40%), mas também houve registo de casos entre os 10-20 anos, entre os 61-70 anos e em pacientes com idades superiores a 70 anos, todos os grupos etários com 20%. Naini e seus colaboradores em 2017, registaram uma idade média de 29,09 anos, Alhindi e sua equipa, em 2019 registaram um valor médio de idades aos 43 anos, Vituri e sua equipa, em 2013 concluíram que a média de idades foi aos 53 anos. Quanto à localização anatómica, a mandíbula foi a zona mais afetada (80%). Rodrigues e seus colegas em 2009, verificaram uma percentagem de 81% para a mandíbula, Naini e seus colegas em 2017 verificaram que a mandíbula foi a zona mais prevalente (58,2%), o mesmo se verifica nos estudos de Vituri e seus colegas em 2013 (Alhindi et al., 2019; Naini, Aminishakib, Ghorbanpour, Vakili, & Kharazifard, 2017; Rodrigues, Rodrigues, Carodos, Gandelmann, & Cavalcante, 2009; Sixto-Requeijo et al., 2012; Vitur et al., 2013).

Dentro deste grupo, a lesão mais prevalente foi o GCCG (n=4; 80%). Este resultado é corroborado com os trabalhos de Rodrigues e a sua equipa em 2009, de Naini e seus colaboradores, em 2017, de Ali em 2011 e de El- Gehani e seus colegas em 2009, na Líbia. Autores como Sixto-Requeijo e seus colaboradores, em 2012, e Alhindi e seus colegas, em 2019 registaram a osteonecrose associada a bifosfonatos orais e lesões fibro-ósseas benignas, respetivamente como as mais prevalentes (Alhindi et al., 2019; El-Gehani, Orafi, Elarbi, & Subhashraj, 2009; Naini et al., 2017; Sixto-Requeijo et al., 2012).

Desordens Potencialmente Malignas e Lesões Malignas

As DPM incluem o LPO, a LO, a Queilite Actínica e Eritroplasia e obtiveram uma incidência de 14,1% do total da amostra (n=52). Um resultado semelhante foi obtido no estudo de Hoff e seus colaboradores no Brasil, em 2015, estes autores obtiveram 325 lesões orais e 12,92% (n=42) de DPM. Noutro estudo Brasileiro de Souza e seus colegas, em 2014 de uma amostra de 125 pacientes, obtiveram 16,3% (n=20). Num estudo Indiano realizado em 2010 por Mehrotra e seus colaboradores, obtiveram uma prevalência de 53,24% (n=115), o que pode ser explicado pelos elevados hábitos tabágicos e etílicos adotados pela população indiana. Percentagens mais baixas foram encontradas no trabalho de Dovigi e seus colegas em 2016, de uma amostra bastante superior (51 781 pacientes), calcularam uma percentagem de 3,45% para as DPM (Dovigi et al., 2016; Hoff et al., 2015; Mehrotra et al., 2010; Souza et al., 2014).

Relativamente aos hábitos tabágicos para este grupo, 38,5% dos indivíduos eram fumadores e 61,5% não fumadores. Maia e seus colaboradores, num estudo realizado no Brasil, em 2016 avaliaram as DPM e sua correlação com hábitos tabágicos e etílicos, concluíram que 45,3% eram fumadores e 54,7% eram não fumadores. Brzak e seus colegas em 2012 avaliaram apenas as lesões LPO e LO e concluíram que 23,6% dos indivíduos eram fumadores e 76,4% não fumadores (Brzak et al., 2012; Maia et al., 2016).

Quanto aos hábitos etílicos foram avaliados em 34,6% dos pacientes que ingeriam álcool e 65,4% não consumiam. Maia e seus colaboradores em 2016 concluíram que 33% dos pacientes ingeriam bebidas alcoólicas e 67% não (Maia et al., 2016).

As LM, representaram 4,3% (n=16) e incluem o CCE, CV e CIS. Mehrotra e seus colaboradores, obtiveram uma prevalência de 38,4% de LM. Yakin e seus colegas em 2016 obtiveram um valor de 16,2%. Analisando os estudos anteriores mencionados, Hoff e seus colaboradores em 2015 verificaram a existência de 10,6% tal como Sousa e seus colaboradores, em 2014. Dovigi e sua equipa, verificaram uma percentagem de 1,97% para as LM (Dovigi et al., 2016; Hoff et al., 2015; Souza et al., 2014; Yakin et al., 2016).

Quanto aos hábitos tabágicos das LM, 43,8% dos pacientes eram fumadores e 56,2% eram não fumadores. Yakin e seus colaboradores, em 2016 afirmam existir uma correlação entre os hábitos tabágicos e o aparecimento de CCE. No estudo de Madani e seus colaboradores, em 2014 na Índia, avaliaram 35,7% de indivíduos fumadores (Madani et al., 2014; Yakin et al., 2016).

Em relação aos hábitos etílicos, no presente estudo 31,3% dos pacientes consumiam álcool e 68,8% não. No estudo de Madani e seus colegas em 2014, 30,3% eram consumidores de álcool (Madani et al., 2014).

Concordância

No presente estudo foram avaliados 274 diagnósticos concordantes (74,5%) e 94 discordantes (25,5%). São vários os estudos que indicam percentagens elevadas de concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico de lesões orais. Emamverdizadeh e seus colaboradores, em 2019 num estudo realizado no Irão, registaram 829 casos concordantes (72,3%) e 317 discordantes (27,7 %), Souza e seus colegas, em 2014 num estudo Brasileiro obtiveram 87,8% de concordância (n=108) e 12,2% de discordância (n=15), Aquino e seus colegas em 2010 obtiveram 157 casos concordantes (78,5%) e 43 discordantes (21,5%), Fattahi e sua equipa, em 2014 obtiveram um valor de concordância de (n=251; 80,7%) e de discordância de (n=60;19,3%) (Aquino et al., 2010; Emamverdizadeh et al., 2019; Fattahi, Vosoughhosseini, Khiavi, Mostafazadeh, & Gheisar, 2014; Souza, Soares, & Moreira, 2014).

Fazendo uma análise da concordância entre os grupos de patologias, no presente estudo o grupo que obteve maior nível de concordância entre o diagnóstico clínico e histológico, foram os quistos dos maxilares (94,8%), seguido de as patologias das glândulas salivares (84,2%) e das lesões vermelhas-azuladas (79,5%). Altan e seus colaboradores, em 2018 avaliaram a concordância entre três grupos, lesões inflamatórias/reativas, quistos dos maxilares e lesões tumorais. Destes, o grupo que revelou maior concordância foi o dos quistos dos maxilares (97,8%) de casos concordantes. Infante e Romero de León, em 2011, analisaram a concordância de lesões orais durante 20 anos, numa Universidade do México e dividiram as lesões em três grupos, lesões de tecidos moles, lesões de tecido ósseo e lesões dentárias. Dentro das lesões de tecidos moles, as patologias das glândulas salivares foram as que obtiveram maior concordância (51,5%), nas lesões do tecido ósseo foram os quistos odontogénicos que tiveram maior concordância (61,8%), por fim nas lesões dentárias foi visto 76,5% de casos concordantes. Emamverdizadeh e seus colaboradores, verificaram em 2019, que os três grupos em que se verificou maior concordância foram o grupo dos tecidos moles (81,5%), doenças mucocutâneas (76,9%) e patologias das glândulas salivares (62,6%). Neste estudo os quistos dos maxilares obtiveram apenas 36,9% de concordância. Quanto aos grupos com maior discordância, estes foram os tumores benignos não odontogénicos (60%) e lesões pigmentadas (66,7%). No estudo de Emamverdizadeh e seus colaboradores em 2019, os grupos que obtiveram percentagens semelhantes de

discordância foram as lesões epiteliais pré-malignas (60,9%) e com 66,7% foram as lesões ósseas inflamatórias, tumores malignos das glândulas salivares e quistos não odontogênicos (Altan, Çolak, & Akbulut, 2018; Emamverdizadeh et al., 2019; Infante & Romero de León, 2011).

Partindo para a análise da concordância entre as lesões orais, verifica-se que determinadas lesões não suscitaram dúvidas entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico como é o caso do QD, do Quisto Residual, da Eritroplasia, da Sialolitíase, do Tórus, Herpes Simplex e Pênfigo Vulgar. Vários estudos apontam como as lesões com 100% de compatibilidade entre o diagnóstico clínico histológicos o LPO e a LO. Fattahi e seus colaboradores, em 2014 verificaram 100% de concordância para o LPO e Saravani e seus colegas, em 2016 para o LPO e LO neste estudo verificou-se ainda que o QD teve uma concordância de 90,9%. Quanto às lesões orais mais concordantes no presente estudo, estas foram o QR (90,6%), a Lesão Traumática (87,5%), o He (82,6%), o Fb (82,5%) e o Mucocelo (82,4%). No estudo de Saravani e seus colaboradores, em 2016 o QR obteve um valor de concordância de 88%, o Mucocelo de 75% e o Fb de 66,6%. No estudo de Villa e seus colaboradores, em 2016 as lesões que obtiveram maior taxa de concordância foram a LO (97,4%), o PE (96,7%), o LPO (93,8%), o Fb (91,4%) e o CCE (78,7%). Fattahi e seus colegas em 2014, obtiveram maiores valores de concordância (à parte dos 100% para o LPO), para a Epúlida Fissurada (94,3%), QR (83,3%), GCCG (79,4%) e GP (78,3%) (Fattahi et al., 2014; Saravani, Amin, & Kadeh, 2016; Villa et al., 2016).

A presente investigação apresentou algumas limitações as quais devem ser referidas. Nos processos analisados, foram muitos os casos em que não havia referência à cerca do diagnóstico clínico e histológico das lesões biopsadas na CUEM, posto isto, não foi possível utilizar estes dados para o presente trabalho de investigação. Existiram situações de dificuldades logísticas no acesso ao arquivo, eventualmente motivadas pelo longo período temporal da amostra e o fato de não existir uma padronização à cerca da classificação das entidades nosológicas, fez com que surgissem muitas dificuldades na elaboração da discussão dos resultados.

A fim de combater as dificuldades apresentadas ao longo deste trabalho de investigação seria importante haver uma integração destes resultados num estudo trans-académico “englobando outra ou outras Universidades nacionais com Clínica Universitária” por forma a aumentar a casuística e fundamentar o mais possível a

representatividade deste tipo de lesões no quadro da consulta de Medicina Dentária/padrão nacional.

VII. CONCLUSÕES

- A existência de 35 entidades patológicas na CUEM salienta a importância da realização de exames anatomopatológicos;
- O gênero feminino apresentou uma maior prevalência de lesões orais;
- As lesões ocorreram principalmente entre os 61 e 70 anos, sendo raras na infância;
- A localização anatômica mais biopsadas foi a gengiva;
- Os grupos de patologias mais frequentes foram as lesões do tecido conjuntivo, quistos dos maxilares e lesões brancas;
- As cinco entidades nosológicas mais prevalentes foram o Fibroma, Quisto Radicular, Líquen Plano Oral, Hemangioma e Leucoplasia;
- As desordens potencialmente malignas afetaram 14,1% da população e as lesões malignas em 4,3%;
- Quanto às desordens potencialmente malignas, 38,5% dos indivíduos eram fumadores e 61,5% não fumadores; nos hábitos etílicos, 34,6% dos pacientes que ingeriam álcool e 65,4% não;
- Em relação às lesões malignas, 43,8% dos pacientes eram fumadores e 56,2% eram não fumadores; quanto aos hábitos etílicos, 31,3% dos pacientes consumiam álcool e 68,8% não;
- Foram analisados 74,5% de casos concordantes entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico e 25,5% de discordantes;
- Os grupos com maior percentagem de concordância foram os quistos dos maxilares, patologias das glândulas salivares e lesões vermelhas-azuladas;
- As lesões mais concordantes foram o Quisto Radicular, a Lesão Traumática, o Hemangioma, o Fibroma e o Mucocelo.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alhindi, N., Sindi, A., Binmadi, N., & Elias, W. (2019). A retrospective study of oral and maxillofacial pathology lesions diagnosed at the Faculty of Dentistry, King Abdulaziz University. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 11, 45–52. doi:10.2147/ccide.s190092
- Ali, M. A. (2011). Biopsied Jaw Lesions in Kuwait: A Six-Year Retrospective Analysis. *Medical Principles and Practice*, 20(6), 550–555. doi:10.1159/000330023
- Ali, M., & Sundaram, D. (2012). Biopsied Oral Soft Tissue Lesions in Kuwait: A Six-Year Retrospective Analysis. *Medical Principles and Practice*, 21(6), 569–575. doi:10.1159/000339121
- Al-Maweri, S. A., Al-Jamaei, A., Saini, R., Laronde, D. M., & Sharhan, A. (2017). White oral mucosal lesions among the Yemeni population and their relation to local oral habits. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 9(2), 1-8 doi:10.1111/jicd.12305
- Almeida, A. C. de., & Camargo, W. R. (2014). Hemangioma bucal. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 8(2), 59–61. Disponível em <http://www.mastereditora.com.br/bjsr>
- Amarasinghe, H. K., Usgodaarachchi, U. S., Johnson, N. W., Lalloo, R., & Warnakulasuriya, S. (2010). Betel-quid chewing with or without tobacco is a major risk factor for oral potentially malignant disorders in Sri Lanka: A case-control study. *Oral Oncology*, 46(4), 297–301. doi:10.1016/j.oraloncology.2010.01.017
- Aquino, S. N. de., Martelli, D. R. B., Bonan, P. R. F., & Martelli Júnior, H. (2010). Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões bucais. *Rev Gaúcha Odontol*, 58 (3), 345-349.
- Altan, A., Çolak, S., Akbulut, N. (2018). Concordance between clinical and histopathological diagnoses of biopsied oral cavity lesions. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. doi: 10.4328/JCAM.6053

- Axell, T. (1987). Occurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20 333 adult Swedish people. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 15(1), 46–51. doi:10.1111/j.1600-0528.1987.tb00479.x
- Bouquot, J. E., & Gorlin, R. J. (1986). Leukoplakia, lichen planus, and other oral keratoses in 23,616 white Americans over the age of 35 years. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 61(4), 373–381. doi:10.1016/0030-4220(86)90422-6
- Brennan, M., Migliorati, C. A., Lockhart, P. B., Wray, D., Al-Hashimi, I., Axéll, T., ... van der Waal, I. (2007). Management of oral epithelial dysplasia: a review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 103(19), 1-12. doi:10.1016/j.tripleo.2006.10.015
- Brzak, B. L., Mravak-Stipetić, M., Canjuga, I., Baričević, M., Baličević, D., Sikora, M., & Filipović-Zore, I. (2012). The Frequency and Malignant Transformation Rate of Oral Lichen Planus and Leukoplakia – A Retrospective Study. *Coll. Antropol*, 36(2), 773-777.
- Cabay, R. J., Morton, T. H., & Epstein, J. B. (2007). Proliferative verrucous leukoplakia and its progression to oral carcinoma: a review of the literature. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 36(5), 255–261. doi:10.1111/j.1600-0714.2007.00506.x
- Cabral, C. T., Ramalhão, J., Mesquita, P., David, L., Felino, A. (2000). Análise retrospectiva de 724 biópsias da cavidade oral. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 41(4), 169-175.
- Cardoso, C. L., Fernandes, L. M. P. da. S. R., Rocha, J. F., Gonçalves, E. S., & Júnior, O. F., Taveira, L. A. de. A. (2010). Abordagem cirúrgica de hemangioma intraoral. *Odontologia Clínica-Científica*, 9(2), 177–180.
- Castellanos, J. L., & Díaz-Guzmán, L. (2008). Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 105, 79-85. doi:10.1016/j.tripleo.2007.01.037
- Da Silva, L. A. B., Monroy, E. A. C., Serpa, M. S., & de Souza, L. B. (2018). Oral benign neoplasms: A retrospective study of 790 patients over a 14-year period. *Acta Otorrinolaringológica Española*. doi:10.1016/j.otorri.2018.04.005
- Deboni, M. C. Z., Traina, A. A., Trindade, I. K., Rocha, E. M. V., Teixeira, V. C. B., &

- Direção-Geral da Saúde. (2003). Rede de Referência Hospitalar de Anatomia Patológica. *Direção de Serviços de Planeamento*, 1-36
- Dovigi, E. A., Kwok, E. Y. L., Eversole, L. R., & Dovigi, A. J. (2016). A retrospective study of 51,781 adult oral and maxillofacial biopsies. *The Journal of the American Dental Association*, 147(3), 170–176. doi:10.1016/j.adaj.2015.09.013
- El-Gehani, R., Orafi, M., Elarbi, M., & Subhashraj, K. (2009). Benign tumours of orofacial region at Benghazi, Libya: A study of 405 cases. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 37(7), 370–375. doi:10.1016/j.jcms.2009.02.003
- El-Naggar, A. K., Chan J. K. C., Grandis J.R., Takata T., & Slootweg P. J. (2017). *WHO Classification of Head and Neck Tumours* (4^a ed.). Lyon: IARC.
- El Toum, S., Cassia, A., Bouchi, N., & Kassab, I. (2018). Prevalence and Distribution of Oral Mucosal Lesions by Sex and Age Categories: A Retrospective Study of Patients Attending Lebanese School of Dentistry. *International Journal of Dentistry*, 1–6. doi:10.1155/2018/4030134
- Emamverdizadeh, P., Arta, S. A., Ghanizadeh, M., Negahdari, R., Ghavimi, M. A., Ghoreishizadeh, A., & Tojih, M. R. (2019). Compatibility of Clinical and Histopathological Diagnosis of Oral Lesions in Iranian Patients. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 19(1), 1–7. doi:10.4034/pboci.2019.191.01
- Fattahi, S., Vosoughhosseini, S., Khiavi, M. M., Mostafazadeh, S. & Gheisar, A. (2014). Consistency Rates of Clinical Diagnosis and Histopathological Reports of Oral Lesions: A Retrospective Study. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect*, 8(2), 111-113. doi: 10.5681/joddd.2014.020
- Franklin, C. D., & Jones, A. V. (2006). A survey of oral and maxillofacial pathology specimens submitted by general dental practitioners over a 30-year period. *British Dental Journal*, 200(8), 447–450. doi:10.1038/sj.bdj.4813464
- Georgakopoulou, E. A., Ahtari, M. D., Ahtaris, M., Foukas, P. G., & Kotsinas, A. (2012). Oral Lichen Planus as a Preneoplastic Inflammatory Model. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, 1–8. doi: 10.1155/2012/759626

- Głowacka, B., & Konopka, T. (2018). Prevalence of oral mucosal lesions in young seniors in the Wrocław region. *Dental and Medical Problems*, 55(4), 405-410. doi:10.17219/dmp/97310
- Gonsalves, W. C., Chi, A. C., & Neville, B. W. (2007). Common Oral Lesions : Part I . Superficial Mucosal Lesions. *American Family Physician*, 75(4), 501-507.
- Guedes, M. M., Albuquerque, R., Monteiro, M., Lopes, C. A., Amaral, J. B., Pacheco, J. J., & Monteiro, L. S. (2015). Oral soft tissue biopsies in Oporto, Portugal: An eight year retrospective analysis. *J Clin Exp Dent*, 7(5), 640-8. doi:10.4317/jced.52677
- Hassona, Y., Sawair, F., Al-karadsheh, O., & Scully, C. (2015). Prevalence and clinical features of pigmented oral lesions. *International Journal of Dermatology*, 55(9), 1-9. doi:10.1111/ijd.13133
- Hoff, K., Silva, S. O. da, & Carli, J. P. De. (2016). Levantamento epidemiológico das lesões bucais nos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. *Revista Da Faculdade de Odontologia - UPF*, 20(3), 319-324. doi:10.5335/rfo.v20i3.5403
- Holla, V. A., Chatra, L., Shenai, P., Rao, P. K., Veena, K., & Prabhu, R. V. (2012). Bilateral inflammatory cysts of the jaw: report of an unusual case. *Imaging science in dentistry*, 42(2), 105–9. doi:10.5624/isd.2012.42.2.105
- Infante, R. S., Romero de León, E. (2011). Proporción de concordancia entre los diagnósticos clínico e histopatológico bucofaciales durante 20 años. *Revista Cubana de Estomatología*, 48(2), 129-135. Disponível em <http://scielo.sld.cu>
- Jaeger, F., de Noronha, M. S., Silva, M. L. V., Amaral, M. B. F., Grossmann, S. de M. C., Horta, M. C. R., ... Mesquita, R. A. (2017). Prevalence profile of odontogenic cysts and tumors on Brazilian sample after the reclassification of odontogenic keratocyst. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 45(2), 267–270. doi:10.1016/j.jcms.2016.12.011
- Jones, A. V., & Franklin, C. D. (2006). An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 35(7), 392–401. doi:10.1111/j.1600-0714.2006.00451.x

- Joshi, N. S., Sujan, S. G., & Rachappa, M. M. (2011). An unusual case report of bilateral mandibular radicular cysts. *Contemp Clin Dent*, 2(1), 59–62. doi:10.4103/0976-237X.79295
- Kadeh, H., Saravani, S., & Tajik, M. (2015). Reactive Hyperplastic Lesions of the Oral Cavity. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 27(79), 137-144.
- Kansky, A. A., Didanovic, V., Dovsak, T., Brzak, B. L., Pelivan, I., & Terlevic, D. (2018). Epidemiology of oral mucosal lesions in Slovenia. *Radiol Oncol*, 52(3), 236-266. doi: 10.2478/raon-2018-0031
- Kelloway, E., Ha, W., Dost, F., & Farah, C. (2014). A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. *Australian Dental Journal*, 59(2), 215–220. doi:10.1111/adj.12175
- Koray, M., & Tosun, T. (2019). Oral Mucosal Trauma and Injuries. *Trauma in Dentistry*. doi: 10.5772/intechopen.81201.
- Kujan. O., Oliver. R. J., Khattab, A., Roberts, S. A., Thakker, N., & Sloan, P. (2006). Evaluation of a new binary system of grading oral epithelial dysplasia for prediction of malignant transformation. *Oral Oncol*, 42(10), 987-93.
- Madani, A. H., Dikshit, M., Bhaduri, D., Aghamolaei, T., Moosavy, S. H., & Azarpaykan, A. (2014). Interaction of Alcohol Use and Specific Types of Smoking on the Development of Oral Cancer, *Int J High Risk Behav Addict*, 3(1), 12120. doi: 10.5812/ijhrba.12120.
- Maia, H. C. de M., Pinto, N. A. S., Pereira, J. dos S., Medeiros, A. M. C. de, Silveira, É. J. D. da, & Miguel, M. C. da C. (2016). Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. *Einstein (São Paulo)*, 14(1), 35–40. doi:10.1590/s1679-45082016ao3578
- Malaowalla, A. M., Silverman, S., Mani, N. J., Bilimoria, K. F., & Smith, L. W. (1976). Oral cancer in 57,518 industrial workers of Gujarat, India. A prevalence and followup study. *Cancer*, 37(4), 1882–1886. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(197604\)37:4<1882::AID-CNCR2820370437>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1097-0142(197604)37:4<1882::AID-CNCR2820370437>3.0.CO;2-2)
- Mathew, A. L., Pai, K. M., Sholapurkar, A. A., Vengal, M. (2008). The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J*

Dent Res 19, 99-103. doi: 10.4103/0970-9290.40461

Mehrotra, R., Thomas, S., Nair, P., Pandya, S., Singh, M., Nigam, N. S. & Shukla, P. (2010). Prevalence of oral soft tissue lesions in Vidisha. *BMC Research Notes*, 23(3), 756–759. doi:10.1186/1756-0500-3-23

Mendez, M., Carrard, V. C., Haas, A. N., Lauxen, I. D. S., Barbachan, J. J. D., Rados, P. V., & Sant’Ana Filho, M. (2012). A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features. *Brazilian Oral Research*. 26(3), 235-241.

Ministério da Saúde. (2007). Despacho nº13 832/2007, de 29 de junho. Manual de Boas Práticas Laboratoriais de Anatomia Patológica, *Diário da República*, 2(124), 18549-18555.

Monteiro, L., de la Peña, J., Paiva, A., Bento, M. J., & Barbas do Amaral, J. (2004). Estudo anatomoclínico de quistos maxilares. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 23-32.

Monteiro, L. S., Albuquerque, R., Paiva, A., de la Peña-Moral, J., Amaral, J. B., & Lopes, C. A. (2016). A comparative analysis of oral and maxillofacial pathology over a 16-year period, in the north of Portugal. *International Dental Journal*, 67(1), 38–45. doi:10.1111/idj.12258

Mortazavi, H., Safi, Y., Baharvand, M., Jafari, S., Anbari, F., & Rahmani, S. (2019). Oral White Lesions: An Updated Clinical Diagnostic Decision Tree. *Dentistry Journal*, 7(1), 15. doi: 10.3390/dj7010015

Naderi, N. J., Eshghyar, N., & Esfahanian, H. (2012). Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. *Dent Res J (Isfahan)*, 9(3), 251-255.

Naini, F. B., Aminishakib, P., Ghorbanpour, M., Vakili, M. M., & Kharazifard, M. J. (2017). Demographic Profile of Non-Odontogenic Jaw Lesions in an Iranian Population: A 30-Year Archive Review. *Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*, 14(3), 132-137.

Napier, S. S., & Speight, P. M. (2008). Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 37(1), 1–10. doi:10.1111/j.1600-0714.2007.00579.x

- Neville B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., Bouquot, J. E. (2009). *Patologia Oral e Maxilofacial* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier
- Neville B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., Chi, A. C. (2016). *Oral and Maxillofacial Pathology* (4ª ed.). Canada: Elsevier
- Neville, B. W., & Day, T. A. (2002). Oral Cancer and Precancerous Lesions. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(4), 195–215. doi:10.3322/canjclin.52.4.195
- Nico, M. M. S., Fernandes, J. D., & Lourenço, S. V. (2011). Líquen Plano oral. *An Bras Dermatol*, 86(4), 633-43.
- Oliveira, G. G., García-Rozado, A., & Rey, R. L. (2008). Intraosseous mandibular hemangioma. A case report and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13(8), 496-8.
- Patel, K. J., De Silva, H. L., Tong, D. C., & Love, R. M. (2011). Concordance Between Clinical and Histopathologic Diagnoses of Oral Mucosal Lesions. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 69(1), 125–133. doi:10.1016/j.joms.2010.07.075
- Patil, S., Warnakulasuriya, S., Raj, T., Sanketh, D. S., & Rao, R. S. (2015). Exophytic oral verrucous hyperplasia: a new entity. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 7(4), 417–423. doi:10.1111/jicd.12166
- Pereira, J.V., Figueirêdo, D. U. de., Souza, E. A., Holmes, T. S. V., Gomes, Q. D. C. de., & Cavalcanti, A. L. (2010). Prevalência de cistos e tumores odontogênicos em pacientes atendidos na Fundação Assistencial da Paraíba: estudo retrospectivo. *Arquivos em Odontologia*, 46(2), 75-81.
- Priya, M. K., Srinivas, P., & Devaki, T. (2018). Evaluation of the prevalence of oral mucosal lesions in a population of eastern coast of South India. *J Int Soc Prevent Communit Dent*, 8, 396-401.
- Ramos, R. T., Paiva, C. R., Filgueiras, A. M. de O., Silva-Junior, G. O., Cantisano, M. H., Ferreira, D. de. C., & Ribeiro, M. (2017). Leucoplasia Oral: conceitos e repercussões clínicas. *Revista Brasileira de Odontologia*, 74(1), 51-55. doi: 10.18363/rbo.v74n1.p.51
- Regezi, J. A., Sciubba, J. J., & Jordan, R. C. K. (2012). *Oral pathology: Clinical pathologic correlations* (6ª ed.). United States of America: Elsevier.

- Rezende, K. M. P. e. C., Corrêa, F. N. P., Corrêa, J. P. N. P., Bönecker, M., & Corrêa, M.S.N. P. (2016). Hemangioma descrição de um caso clínico e sua importância no diagnóstico diferencial. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 70(1), 20-3.
- Rodrigues, T. L. C., Rodrigues, F. G., Carodos, A. B., Gandelmann, I. H. A., & Cavalcante, M. A. De. A. (2009). Tumores benignos dos maxilares: análise retrospectiva de 10 anos. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe*, 10(2), 91-96
- Sabino, N. A. R., Gaetti-Jardim, E. C., Gaetti-Jardim Júnior, E., & de Melo, R. S. (2016). Fibroma: case report. *Arch Health Invest*, 5(4), 214-216. doi: 21270/archi.v5i4.1336
- Sadasivan, A., Thankappan, K., Rajapurkar, M., Shetty, S., Sreehari, S., & Iyer, S. (2012). Verrucous lesions of the oral cavity treated with surgery: Analysis of clinico-pathologic features and outcome. *Contemp Clin Dent*, 3(1), 60-63. doi: 10.4103/0976-237X.94548
- Saravani, S., Amin, M. T., & Kadeh, H. (2016). Compatibility Rate of Clinical and Histopathologic Diagnosis of Oral Lesions in Zahedan Dental School during 1999-2015. *Journal of Dental Materials and Techniques*, 5(3), 138-144. doi: 10.22038/JDMT.2016.6957
- Sagit, M., Guler, S., Tasdemir, A., & Akf Somdas, M. (2011). Large radicular cyst in the maxillary sinus. *Journal of Craniofacial Surgery*, 22(6), 64–65. <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e318231e3b1>
- Saleh, S., Idris, A., Vani, N., Tubaigy, F., Alharbi, F., Sharwani, A., ... Warnakulasuriya, S. (2017). Retrospective analysis of biopsied oral and maxillofacial lesions in South-Western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 38(4), 405–412. doi:10.15537/smj.2017.4.18760
- Sangle, V. A., Pooja, V. K., Holani, A., Shah, N., Chaudhary, M., & Khanapure, S. (2018). Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: A retrospective survey study and literature review. *Indian Journal of Dental Research*, 29(1), 61-66. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_599_16

- Santos, P. S., Bonan, P. R. F., Freitas, D. A., Moura, A. S., & Moreira, G. (2012). Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo laboratório de patologia bucal da Faculdade de Odontologia da Funorte no período de 2005 a 2008. *Unimontes Científica*, 30-36.
- Sengüven, B., Bariş, E., Yildirim, B., Shuibat, A., Özer Yücel, Ö., Museyibov, F., ... Gültekin, S. E. (2015). Oral mucosal lesions: a retrospective review of one institution's 13-year experience. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45, 241–245. doi:10.3906/sag-1312-9
- Silva, G. R., Martelli, D. R. B., Martelli Júnior, H., & Paranaíba, L. M. R. (2015). Lesões orais diagnosticadas na clínica de estomatologia na Universidade Estadual de Montes Claros/Unimontes. *Revista Unimontes Científica*, 17(1), 18-27.
- Sixto-Requeijo, R., Diniz-Freitas, M., Torreira-Lourenzo, J. C., García-García, A., & Gándara-Rey, M. (2012). An analysis of oral biopsies extracted from 1995 to 2009, in a oral medicine and surgery unit in Galicia (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 17(1), 16-22.
- Souza, J. G. S., Soares, L. A., & Moreira, G. (2014). Concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões bucais diagnosticadas em Clínica Universitária. *Revista de Odontologia Da UNESP*, 43(1), 30–35. doi:10.1590/s1807-25772014000100005
- Souza, J. G. S., Soares, L. A., & Moreira, G. (2014). Frequência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária. *Revista Cubana de Estomatología*, 51(1), 43-54.
- Tamiolakis, P., Thermos, G., Tosios, K.I., & Sklavounou-Andrikopoulou, A. (2019). Demographic and Clinical Characteristics of 5294 Jaw Cysts: A Retrospective Study of 38 Years. *Head and Neck Pathology*. doi:10.1007/s12105-019-01011-7
- Trivedy, C. R., Craig, G., & Warnakulasuriya, S. (2002). The oral health consequences of chewing areca nut. *Addiction Biology*, 7(1), 115–125. doi:10.1080/13556210120091482
- Valério, R. A., Queiroz, A. M. de., Romualdo, P. C., Brentegani, L. G., & Paula-Silva, F. W. G. de. (2013). Mucoccele and Fibroma: Treatment and Clinical Features for

- Differential Diagnosis. *Brazilian Dental Journal*, 24(5), 537–541. doi:10.1590/0103-6440201301838
- Van der Waal, I. (2009). Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology*, 45(4-5), 317–323. doi:10.1016/j.oraloncology.2008.05.016
- Villa, A., Nordio, F., Strohmenge, L., & Abati, S. (2016). Clinical–pathologic Agreement for Oral Lesions in an Oral Medicine Setting. *American Journal of Oral Medicine*, 2(1), 1-10. doi:10.7726/ajom.2016.1001
- Vituri, C. R., Pepelascov, D. E., Lolli, L. F., Terada, R. S. S., Kamei, N. C. (2013). Prevalence of oral diseases: a 15-year follow-up. *Revista Gaúcha de Odontologia.*, 61(4), 587-593.
- Vujhini, S.K., Reddy, E.S., Sudheer, M.V.S., & Katikaneni, H.K. (2016). Irritation Fibroma of Tongue: a Case Report. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(4), 1272-1273. doi:10.18203/2320-6012.ijrms20160823
- Warnakulasuriya, S., & Ariyawardana, A. (2015). Malignant transformation of oral leukoplakia: a systematic review of observational studies. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 45(3), 155–166. doi:10.1111/jop.12339
- Warnakulasuriya, S., Johnson, N. W., & Van Der Waal, I. (2007). Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 36(10), 575–580. doi:10.1111/j.1600-0714.2007.00582.x
- Warnakulasuriya, S., Reibel, J., Bouquot, J., Dabelsteen, E. (2008). Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement. *J Oral Pathol Med*, 37(3), 127-33.
- Whitefield, S., Raiser, V., Shuster, A., Kleinman, S., Shlomi, B., & Kaplan, I. (2018). The Spectrum of Oral Lesions Presenting Clinically With Papillary-Verrucous Features. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 76(3), 545–552. doi:10.1016/j.joms.2017.08.030

- Yakin, M., Jalal, J. A., Al-Khurri, L. E., & Rich, A. M. (2016). Oral and maxillofacial pathology submitted to Rizgary Teaching Hospital: a 6-year retrospective study. *International Dental Journal*, 66(2), 78–85. doi:10.1111/idj.12211
- Zarei, M. R., Chamani, G., & Amanpoor, S. (2007). Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman province, Iran: A review of 172 cases. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 45(4), 288–292. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2006.10.001>

ANEXOS

Anexo I- Estágios histopatológicos das lesões epiteliais precursoras, adaptado de (Van der Waal, 2009).

Estágio de displasia	Descrição histológica
Hiperplasia pavimentosa	Poderá ocorrer na camada espinhosa (acantose) e/ou na camada basal/parabasal (hiperplasia de células basais); mostra uma arquitetura com uma estratificação regular sem atipia celular.
Displasia epitelial leve	As alterações da arquitetura estão limitadas ao terço inferior do epitélio e têm a presença de atipias celulares.
Displasia epitelial moderada	As alterações estendem-se até ao terço médio do epitélio, acompanhadas de atipias celulares.
Displasia epitelial severa	As alterações englobam mais de dois terços do epitélio. No entanto, no caso da atipia celular do terço médio ser muito notável, poderá considerar-se que estamos perante uma displasia grave.
Carcinoma <i>in situ</i>	Toda ou quase toda a espessura do epitélio foi envolvida. Atipias celulares muito marcadas.

Anexo II- Aprovação da Comissão de Ética do IUEM

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 726

Ex.ma Senhora
Andreia de Castro Severino Ramos

Monte de Caparica, 13 de fevereiro de 2018

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado "Estudo retrospectivo da concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico em pacientes 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

Anexo III- Grupos e subgrupos de patologias e respetivas lesões orais.

Grupo de patologias	Subgrupo de patologias		Lesões orais
Lesões do Tecido Conjuntivo	Tecido Conjuntivo Fibroso		Fibroma
			Epúlide Fissurada
			Hiperplasia Gengival Generalizada (associada a fármacos)
	Tecido Adiposo		Lipoma
Quistos do Maxilares	Quistos odontogénicos	Desenvolvimento	Quisto Dentígero
		Inflamatórios	Quisto Radicular
			Quisto Residual
Lesões Brancas	Lesões Pré-neoplásicas e Neoplasias		Queilite Actínica
			Leucoplasia Oral
	Lesões Brancas-Amareladas Não Epiteliais		Candidíase
			Nódulos de Fordyce
	Outras Lesões Brancas		Liquen Plano Oral
Lesões Vermelhas-Azuladas	Lesões Intravasculares		Hemangioma
	Lesões Reativas		Granuloma Piogénico
	Neoplasias		Eritroplasia
	Lesões Extravasculares		Lesão Traumática
Lesões Verruco-Papilares	Lesões Reativas/Infeciosas		Papiloma Escamoso
			Condiloma Acuminado
	Neoplasias		Carcinoma Verrucoso
	Lesões Reativas (Não Infeciosas)		Mucocelo
	Sialoadenites Infeciosas		Sialolitíase

Patologias das Glândulas Salivares			
Condições Ulcerativas	Lesões Reativas		Úlcera Traumática
	Neoplasias		Carcinoma das Células Escamosas
			Carcinoma <i>in Situ</i>
Lesões Pigmentadas	Lesões Melanocíticas		Mácula Melanótica
			Nevus Oral
			Melanose Tabágica
	Lesões Não Melanocíticas		Tatuagem de málgama
Tumores Benignos Não Odontogénicos			Granuloma Central de Células Gigantes
			Tórus
Outras Alterações	Tumores Odontogénicos	Tumores Mistos (epiteliais e mesenquimais)	Odontoma
	Lesões Inflamatórias dos Maxilares		Granuloma Apical
	Lesões Vesiculo-Bulhosas	Doença Viral	Herpes Simplex
		Doença Imunológica	Pênfigo Vulgar
			Glândula Salivar <i>Minor</i> sem alteração