



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LÍGIA STURION DE SOUZA

**ANÁLISE DAS PATOLOGIAS BUCAIS E MAXILOFACIAIS
DE UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA DURANTE UM
PERÍODO DE 15 ANOS**

LÍGIA STURION DE SOUZA

**ANÁLISE DAS PATOLOGIAS BUCAIS E MAXILOFACIAIS
DE UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA DURANTE UM
PERÍODO DE 15 ANOS**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração Clínica Odontológica.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Augusto Ito.

Londrina
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S729a Souza, Lígia Sturion de.
Análise das patologias bucais e maxilofaciais de uma população brasileira durante um período de 15 anos / Lígia Sturion de Souza. – Londrina, 2014.
36 f. : il.

Orientador:Fábio Augusto Ito.
Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2014.
Inclui bibliografia.

1. Histopatologia – Teses. 2. Doenças diagnóstico – Teses. 3. Epidemiologia – Teses. 4. Patologia bucal – Teses. I. Ito, Fábio Augusto. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.31

LÍGIA STURION DE SOUZA

**ANÁLISE DAS PATOLOGIAS BUCAIS E MAXILOFACIAIS DE UMA
POPULAÇÃO BRASILEIRA DURANTE UM PERÍODO DE 15 ANOS**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração Clínica Odontológica.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Fabio Augusto Ito
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Elisa Emi Tanaka
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Evelise Ono
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 10 de abril de 2014.

Acima de tudo, à **Deus**. Sem Ti nada seria, nada teria e de nada valeria a minha vida.

Ao meu amado esposo **Israel Golfet de Souza** pelo apoio em todos os momentos e em todas as vertentes de minha vida, sem você eu não teria chegado até aqui.

Aos meus pais, **Jocely Garbelini Sturion** e **José Carlos Sturion** pela confiança que depositaram em mim e por toda a ajuda emocional e física que dispenderam por mais esta conquista, sem vocês nada disso teria sido possível.

Ao meu irmão, **Raul Sturion** pelo carinho e apoio no desenvolvimento deste trabalho.

À toda minha **Família e Familiares** que direta ou indiretamente contribuíram para esta conquista em minha vida.

Em especial, à minha **Família Londrinense**, por todos os motivos que te fazem ser parte essencial desta conquista.

Ao meu orientador, **Professor Dr. Fabio Augusto Ito** por quem tive o privilégio de ser orientada no desenvolvimento não apenas desta pesquisa, mas essencialmente na formação de meu caráter profissional.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Londrina, na pessoa da Reitora, **Professora Dra. Nadina Aparecida Moreno**.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Odontologia, **Professora Dra. Cássia Dezan Garbelini**.

A todos os Professores do Programa de Pós-graduação, Mestrado em Odontologia, da Universidade Estadual de Londrina, **Professor Dr. Antonio Ferelle, Professor Dr. Carlos Alberto Spironelli Ramos, Professora Dra. Cássia Dezan Garbelini, Professor Dr. Edwin Fernando Ruiz Contreras, Professora Dra. Elisa Emi Tanaka, Professor Dr. Fabio Augusto Ito, Professor Dr. Glaykon Alex Vitti Stabile, Professor Dr. Hedelson Odenir Lecher Borges, Professor Dr. Márcio Grama Hoepfner, Professora Dra. Maria Celeste Morita, Dr. Ricardo Sergio Couto de Almeida e Professor Dr. Wilson Trevisan Júnior** por terem me recebido tão bem e pelos ensinamentos repassados.

Ao meu orientador, **Professor Dr. Fabio Augusto Ito**, pelas cobranças e ensinamentos.

Aos **Professores do Curso de Odontologia da UEL**, pelo convívio. Em especial aos professores, **Professora Dra. Cássia Dezan Garbelini, Professor Dr. Edwin Fernando Ruiz Contreras, Professor Dr. Márcio Grama Hoepfner** e ao **Professor Dr. Wilson Trevisan Júnior**, pela amizade e por todas as oportunidades de ensino e aprendizagem que tive ao lado de vocês.

Ao professor **Dr. Antônio Ferelle** e a todas as professoras da área de odontopediatria, **Dra. Beatriz Brandão Scarpelli, Dra. Cássia Cilene Dezan Garbelini, Dra. Farli Aparecida Carrilho Boer, Dra. Marília Franco Punhaqui e Dra. Wanda Terezinha Garbelini Frossard**, meu muito obrigada pela oportunidade de ensino e aprendizagem ao lado de vocês durante estes anos.

Aos **Colegas do Mestrado**, Andressa Bozza, Daniel Polleto, Fernanda Elyssa Sanches, Karen Archangelo, Kelly Limi Aida, Simone Valenga e Sônia de Lemos, pelo convívio e ajuda mútua.

À minha amiga, **Ana Paula Stocco Ortolan**, pelo auxílio e companheirismo na coleta de dados, e essencialmente por ser parte fundamental de minha vida.

Ao meu colega, **Ms. João Paulo Menck**, por colaborar com o desenvolvimento deste trabalho, e principalmente por se mostrar um amigo em todos os momentos.

À **Elaine Massumi Higashi** e **Joelma Florencio Oliveira** pela colaboração na coleta dos dados.

Aos **Funcionários da COU/UEL e do HU/UEL**, pelo acolhimento, apoio e compreensão.

Muito Obrigada!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.”

Eclesiastes 3.1

SOUSA, Lígia S. **Análise das patologias bucais e maxilofaciais de uma população brasileira durante um período de 15 anos.** 2014. 36f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2014.

RESUMO

O propósito desta pesquisa foi analisar o banco de dados de diagnósticos histopatológicos de lesões bucais biopsiadas na Clínica Odontológica Universitária da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e que estão armazenados no Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital Universitário - UEL, no período de 01 de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2012, correspondendo a 15 anos de pesquisa. A coleta de dados envolveu ano do exame, idade e gênero do paciente, localização anatômica da lesão e diagnóstico histopatológico. Obteve-se 3.991 casos, os quais foram separados em 11 categorias diagnósticas: patologia da mucosa bucal, patologia das glândulas salivares exceto neoplasias, miscelânea, neoplasias benignas incluindo tumores de glândulas salivares, cistos odontogênicos e não odontogênicos, patologia gengival e periodontal, neoplasias malignas, tumores odontogênicos, doenças infecciosas e parasitárias, patologia dental, patologia óssea. A maioria das lesões é de carácter benigno, sendo a hiperplasia fibrosa inflamatória o diagnóstico histopatológico mais prevalente com 38,76% do total, seguida da mucocele (9,8%). As décadas de vida mais acometidas são a 5ª e 6ª e o sítio anatômico mais comumente afetado é o rebordo alveolar. O carcinoma espinocelular representa 81,7% das neoplasias malignas, com uma razão masculino : feminino (M:F) de 6:1, idade média de ocorrência de 55,7 anos e se apresenta mais frequente que a leucoplasia. Tal fato pode sugerir que a falha no reconhecimento, na identificação, na abordagem ou no acompanhamento das leucoplasias pode estar ocorrendo, permitindo que consequências mais sérias, como a transformação maligna destas, ocorra e que o número de carcinomas, desta forma, exceda o número de casos de leucoplasias. A necessidade do diagnóstico precoce do câncer bucal deve novamente ser salientada.

Palavras-chave: Patologia bucal. Epidemiologia. Prevalência.

SOUSA, Lígia S. **Analysis of oral and maxillofacial pathologies of a Brazilian population over a period of 15 years.** 2014. 36f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2014.

ABSTRACT

The purpose of this research was to analyze the database of histopathological diagnoses of oral lesions biopsied at the University Dental Clinic, State University of Londrina (UEL) and stored at the Laboratory of Pathology of the University Hospital - UEL in the period from January 1, 1998 to December 31, 2012, corresponding to 15 years of research. Data collection involved the exam year, age and sex of the patient, anatomic location of the lesion and histopathological diagnosis. There was obtained 3,991 cases, which were divided into 11 diagnostic categories: pathology of the oral mucosa, salivary gland disease except neoplasm, miscellaneous, benign neoplasms including tumors of salivary glands, odontogenic and non-odontogenic cysts, gingival and periodontal disease, malignant neoplasms, infectious and parasitic diseases, dental pathology, bone disease and odontogenic tumors. The majority of the lesions are benign, inflammatory fibrous hyperplasia was the most prevalent histopathological diagnosis with 38,76% of the total, followed by mucocele (9.8%). The 5th and 6th decades of life were most involved and the anatomic site most commonly affected was the alveolar ridge. Squamous cell carcinoma represents 81.7% of all malignancies, with a M:F ratio of 6:1, mean age of occurrence was 55.7 years and was more commonly found than leukoplakia. This fact could suggest that the failure in the recognition, identification, approach to or monitoring leukoplakia may be occurring, allowing more serious consequences, such as malignant transformation and increase of the number of carcinomas, exceeding the number case of leukoplakia. The need for early diagnosis of oral cancer should be emphasized.

Keywords: Oral pathology. Epidemiology. Prevalence.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Distribuição da idade por décadas de vida..... | 14 |
| Gráfico 2 – Distribuição dos gêneros..... | 15 |
| Gráfico 3 - Sítios de ocorrência das lesões | 21 |
| Gráfico 4 - Frequência por década de vida dos 4 sítios anatômicos de maior ocorrência | 21 |
| Gráfico 6 - Distribuição de hiperplasia fibrosa inflamatória por faixa etária | 22 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|--------------------|--|----|
| Tabela 1 - | Número de diagnósticos por categoria 1998 - 2012..... | 15 |
| Tabela 2 - | Patologia da Mucosa Bucal..... | 16 |
| Tabela 3 - | Patologia das Glândulas Salivares exceto Neoplasias..... | 16 |
| Tabela 4 - | Miscelânea | 17 |
| Tabela 5 - | Neoplasias Benignas incluindo Tumores de Glândulas Salivares..... | 17 |
| Tabela 6 - | Cistos Odontogênicos e Não Odontogênicos..... | 18 |
| Tabela 7 - | Patologia Gengival e Periodontal | 18 |
| Tabela 8 - | Neoplasias Malignas | 19 |
| Tabela 9 - | Tumores Odontogênicos | 19 |
| Tabela 10 - | Doenças Infecciosas e Parasitárias | 20 |
| Tabela 11 - | Patologia Dental | 20 |
| Tabela 12 - | Patologia Óssea..... | 20 |
| Tabela 13 - | Os 10 diagnósticos mais frequentes | 22 |
| Tabela 14 - | Diagnósticos histopatológicos dos carcinomas espinocelulares | 23 |
| Tabela 15 - | Diagnósticos histopatológicos das leucoplasias..... | 23 |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 1.1 | OBJETIVO GERAL | 12 |
| 1.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 12 |
| 2 | ARTIGO - ANÁLISE DAS PATOLOGIAS BUCAIS E MAXILOFACIAIS DE UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA DURANTE UM PERÍODO DE 15 ANOS .. | 12 |
| 2.1 | INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2.2 | MATERIAIS E MÉTODOS..... | 13 |
| 2.3 | RESULTADOS | 14 |
| 2.4 | DISCUSSÃO..... | 24 |
| 2.5 | REFERÊNCIAS | 28 |
| 3 | CONCLUSÕES..... | 32 |
| | REFERÊNCIAS | 33 |

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento das principais lesões que afetam a cavidade bucal da população em que se atua é um fato imprescindível para uma correta abordagem e ação clínica do cirurgião dentista. De tal forma, torna-se de suma importância a existência de trabalhos que relatam a ocorrência das enfermidades bucais nas diferentes populações, havendo a necessidade crescente de estudos em diferentes centros de pesquisa (GOMEZ et al., 1992; JONES & FRANKLIN, 2006a; LOUREIRO et al., 1997; MAIA et al., 2000; SOUSA et al., 2002). Este fato assume maior significado quando se constata uma baixa existência de publicações no Brasil abordando este tema, uma vez que o país possui grandes dimensões.

Pesquisas epidemiológicas são utilizadas para a avaliação da saúde bucal de determinadas populações, sendo de grande valia para o desenvolvimento de métodos promocionais e preventivos de saúde, tornando-se possível diminuir a incidência e a evolução de determinadas doenças (PRADO et al., 2010).

É de grande importância o conhecimento dos aspectos usuais e não usuais do complexo bucomaxilofacial por parte do cirurgião dentista, de modo que quando necessária, a biópsia, seguida do exame histopatológico, seja realizada o mais breve possível. Além disso, o completo detalhamento das informações clínicas e radiográficas na ficha do paciente torna-se imprescindível, uma vez que esses dados serão auxiliares no estabelecimento do diagnóstico final, tratamento e prognóstico a serem instituídos (BERTOJA et al., 2007).

Na literatura, nada se encontra a respeito de estudos epidemiológicos de lesões bucais e maxilofaciais na cidade de Londrina e região. O objetivo dessa dissertação é conhecer a prevalência das patologias bucomaxilofaciais que acometem a população geral do local citado anteriormente. Para tanto, o estudo aborda a população de 0 a 99 anos, sem critério de exclusão.

A Universidade Estadual de Londrina (UEL) possui um amplo arquivo, no Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HU), no qual todos os laudos das biópsias realizadas na Clínica Odontológica Universitária da UEL (COU - UEL), seja por alunos ou docentes, são armazenados. A região de Londrina abrange 57 cidades, estimando-se uma população de 1.853.109 habitantes (IBGE, 2013).

1.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um levantamento das patologias bucais e maxilofaciais de uma população brasileira durante um período de 15 anos, por meio da coleta de dados dos laudos arquivados no Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HU) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) durante o período entre 1998 a 2012.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a prevalência dos seguintes grupos de lesões: patologia da mucosa bucal, patologia das glândulas salivares exceto neoplasias, miscelânea, neoplasias benignas incluindo tumores de glândulas salivares, cistos odontogênicos e não odontogênicos, patologia gengival e periodontal, neoplasias malignas, tumores odontogênicos, doenças infecciosas e parasitárias, patologia dental e patologia óssea.

- Coletar dados pertinentes a idade e gênero do paciente, localização e diagnóstico da lesão.

2 ARTIGO - ANÁLISE DAS PATOLOGIAS BUCAIS E MAXILOFACIAS DE UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA DURANTE UM PERÍODO DE 15 ANOS

2.1 INTRODUÇÃO

As lesões do complexo bucomaxilofacial são comumente encontradas em muitas populações, devendo o cirurgião dentista estar apto para identificar, tratar e preservar tais afecções. Uma melhor atuação prática dos profissionais da odontologia se dá por meio do conhecimento do estado de saúde e doença geral da

população em que ele atua, obtendo tal informação através de estudos que apresentam a ocorrência das doenças bucomaxilofaciais (MOREIRA et al., 2011).

Atualmente, há pouca informação na literatura a respeito de lesões bucais e maxilofaciais que acometem a população brasileira de maneira geral (BERTOJA et al., 2007; PRADO et al., 2010), o que não possibilita uma ampla visão da ocorrência das diversas lesões existentes, e mais especificamente, na literatura não há relato de estudos a respeito dessas lesões na cidade da presente pesquisa.

Este trabalho apresenta dados dos laudos das biópsias bucais realizadas no período de 1998 a 2012, em uma instituição estadual localizada em uma cidade brasileira. Objetiva-se através deste estudo correlacionar a faixa etária, gênero, localização das lesões e diagnóstico histopatológico dos laudos analisados.

2.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo se caracteriza como um levantamento de dados, retrospectivo e transversal das informações contidas nos laudos das biópsias de lesões bucomaxilofaciais realizadas em uma dada população do Sul do Brasil. Tais documentos são referentes a atendimentos realizados no período de 01 de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2012, correspondendo a 15 anos de pesquisa.

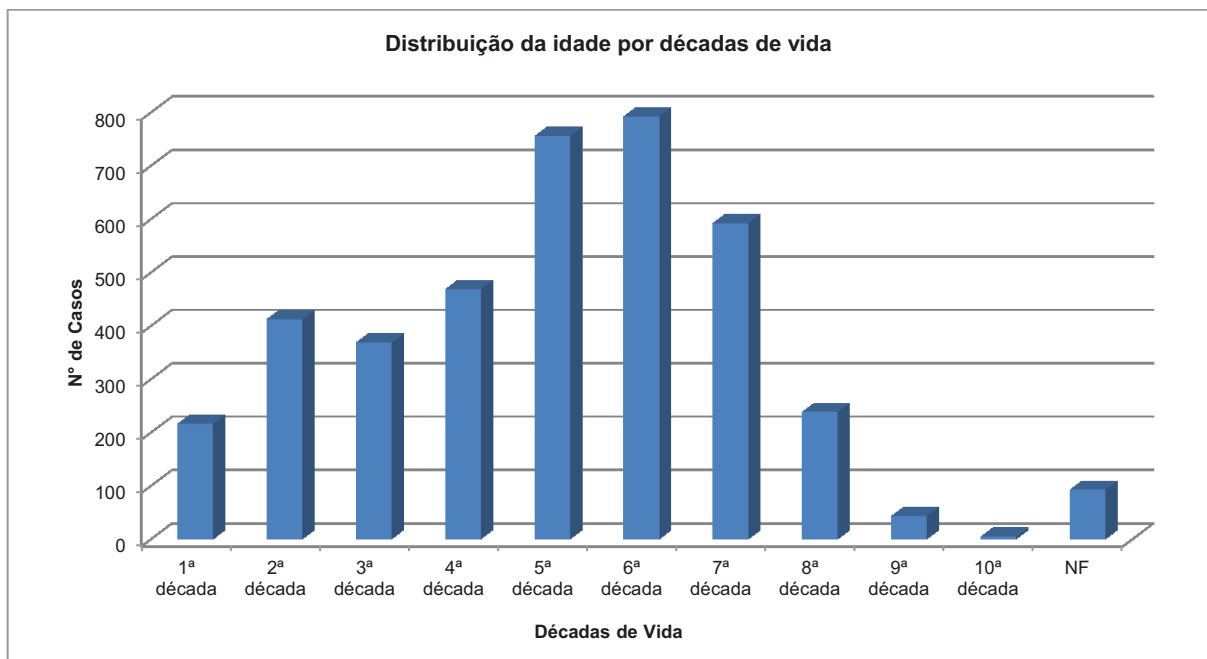
A pesquisa envolveu um banco de dados de diagnósticos histopatológicos, do qual foi coletado o ano do exame, idade e gênero do paciente, localização anatômica da lesão e seu diagnóstico histológico. Os laudos encontram-se arquivados em livros.

As informações adquiridas foram usadas para a construção de um novo banco de dados no Microsoft Excel[®]2010, o qual foi posteriormente desenvolvido em gráficos e tabelas com o intuito de gerar uma visão crítica e comparativa acerca das informações obtidas.

2.3 RESULTADOS

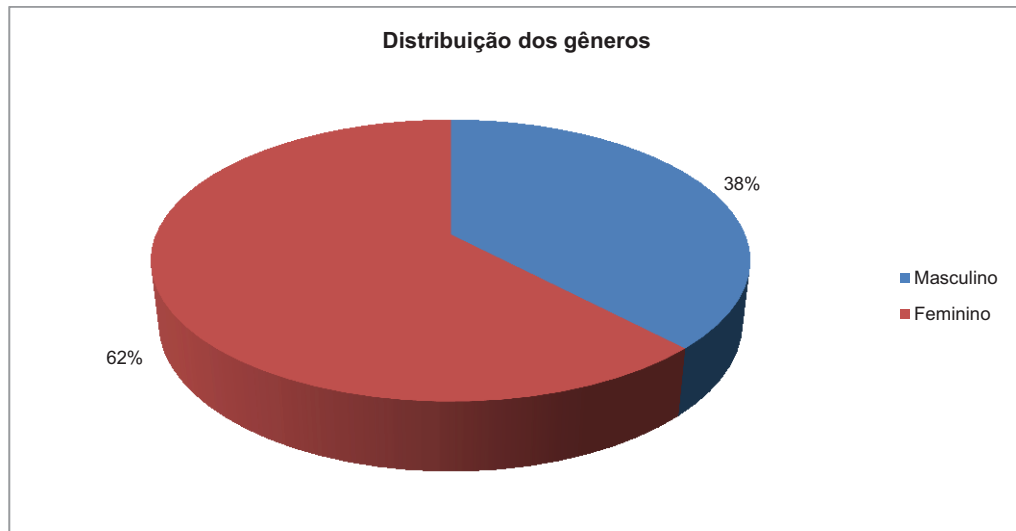
Durante o período de 15 anos, 3.991 espécimes de lesões bucomaxilofaciais foram recebidos pelo Laboratório de Anatomia Patológica. Dos 3.991 laudos analisados: 3.329 (83,4%) eram de adultos com idade igual e superior a 18 anos, 569 (14,3%) eram de crianças e adolescentes com idades entre 0 e 17 anos e 93 (2,3%) apresentaram idade desconhecida (ID). As faixas etárias foram distribuídas por décadas, com maior frequência nas 5ª e 6ª décadas de vida (gráfico 1). A maioria dos pacientes era do gênero feminino com 2.478 casos (62%), gerando uma razão masculino : feminino (M:F) de 0,6:1 (gráfico 2).

Gráfico 1 – Distribuição da idade por décadas de vida



Fonte: próprio autor

Gráfico 2 – Distribuição dos gêneros



Fonte: próprio autor

Os diagnósticos foram distribuídos em 11 categorias, visualizados em ordem crescente na tabela 1: patologia da mucosa bucal, patologia das glândulas salivares exceto neoplasias, miscelânea, neoplasias benignas incluindo tumores de glândulas salivares, cistos odontogênicos e não odontogênicos, patologia gengival e periodontal, neoplasias malignas, tumores odontogênicos, doenças infecciosas e parasitárias, patologia dental e patologia óssea (tabelas 2 a 12). Dos 3.991 casos avaliados, 165 tipos diferentes de alterações foram encontrados e 172 (4,31%) laudos apresentaram diagnóstico descritivo de tecido normal (tabela 4).

Tabela 1 - Número de diagnósticos por categoria 1998 - 2012

| Categoria Diagnóstica | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | ID | % no Grupo |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|------------|
| Patologia da Mucosa Bucal | 2113 | 547 | 1489 | 0,37 | 50,28 | 36 | 53,19 |
| Patologia das Glândulas Salivares exceto Neoplasias | 433 | 209 | 224 | 0,93 | 28,66 | 14 | 10,85 |
| Miscelânea | 304 | 136 | 138 | 0,98 | 41,22 | 8 | 7,62 |
| Neoplasias Benignas incluindo Tumores de Glândulas Salivares | 287 | 96 | 191 | 0,50 | 38,07 | 8 | 7,19 |
| Cistos Odontogênicos e não odontogênicos | 229 | 113 | 116 | 0,97 | 30,92 | 10 | 6,99 |
| Patologia Gengival e Periodontal | 194 | 78 | 116 | 0,67 | 36,24 | 5 | 4,86 |
| Neoplasias Malignas | 180 | 144 | 36 | 4,00 | 51,29 | 3 | 4,51 |
| Tumores Odontogênicos | 83 | 48 | 35 | 1,37 | 20,51 | 3 | 2,08 |
| Doenças Infecciosas e Parasitárias | 72 | 56 | 16 | 3,50 | 41,11 | 0 | 1,80 |
| Patologia Dental | 48 | 22 | 26 | 0,85 | 21,98 | 2 | 1,20 |
| Patologia Óssea | 48 | 22 | 26 | 0,85 | 38,73 | 0 | 1,20 |
| Total | 3991 | 1513 | 2478 | 0,61 | 35,15 | 93 | |

Fonte: próprio autor

Tabela 2 - Patologia da Mucosa Bucal

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|--|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|-----------|------------|
| Hiperplasia Fibrosa Inflamatória ^a | 1547 | 400 | 1147 | 0,35 | 49,59 | 27 | 72,87 |
| Hiperplasia Papilomatosa Inflamatória ^a | 258 | 47 | 211 | 0,21 | 57,00 | 6 | 12,15 |
| Hiperqueratose e Acantose ^a | 95 | 41 | 54 | 0,75 | 51,53 | 2 | 4,47 |
| Líquen Plano | 50 | 18 | 32 | 0,56 | 48,02 | | 2,36 |
| Fibroma Ossificante Periférico ^a | 48 | 14 | 34 | 0,41 | 32,36 | 1 | 2,26 |
| Displasia Epitelial | 20 | 12 | 8 | 1,5 | 51,72 | | 0,94 |
| Queilite actínica | 18 | 15 | 3 | 5,00 | 61,78 | | 0,85 |
| Outros ^b | 77 | | | | | | |
| Total | 2113 | 547 | 1489 | 0,37 | 50,28 | 36 | |

^aEm alguns casos a idade do paciente é desconhecida.

^bPenfigóide Cicatricial (n=7) Verruga Vulgar (n=7), Queilite Actínica com Displasia Leve (n=6), Pênfigo Vulgar (n=6), Fibroma Ameloblástico (n=5), Reação liquenóide^a (n=5), Hiperplasia da Papila Foliácea (n=4), Hiperplasia Epitelial (n=4), Morsicatio Buccarum (n=4), Fibroma Ossificante (n=3), Nevo Branco Esponjoso (n=3), Mácula melanótica (n=3), Nevo Intradérmico (n=2), Língua Geográfica (n=2), Língua mordiscada (n=2), Hiperplasia Fibrosa Papilomatosa associada a Candidose (n=1), Fibroma (n=1), Fibroma Odontogênico Central (n=1), Mucosa bucal com acantose e esponjose (n=1), Mucosa bucal com discreto edema e hiperemia (n=1), Hiperplasia Epitelial Focal (n=1), Nevo composto (n=1), Nevo Juncional (n=1), Eritroplasia (n=1), Hiperplasia Linfóide (n=1), Granuloma Eosinófilo Atípico (n=1), Hiperqueratose (n=1), Hiperqueratose e derrame pigmentar (n=1), Hiperqueratose Friccional (n=1).

Fonte: próprio autor

Tabela 3 - Patologia das Glândulas Salivares exceto Neoplasias

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|---------------------------------|------------|------------|------------|-------------|--------------|-----------|------------|
| Mucocele ^a | 392 | 186 | 206 | 0,90 | 18,25 | 13 | 90,53 |
| Rânula ^a | 25 | 13 | 12 | 1,08 | 24,25 | 1 | 5,77 |
| Sialodenite | 6 | 4 | 2 | 2,00 | 43,50 | | 1,39 |
| Sialolitíase | 5 | 3 | 2 | 1,50 | 32,60 | | 1,15 |
| Mucocele do seio Maxilar | 3 | 2 | 1 | 2,00 | 20,00 | | 0,69 |
| Mucocele e Sialoadenite Crônica | 1 | 0 | 1 | --- | 24,00 | | 0,23 |
| Sialoductasia | 1 | 1 | 0 | --- | 38,00 | | 0,23 |
| Total | 433 | 209 | 224 | 0,93 | 28,66 | 14 | |

^aEm alguns casos a idade é desconhecida.

Fonte: próprio autor

Tabela 4 - Miscelânea

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|--|------------|------------|------------|-------------|--------------|----------|------------|
| Sem Diagnóstico - Descritivo - Normal ^a | 172 | 92 | 80 | 1,15 | 35,93 | 6 | 56,58 |
| Sem Diagnóstico - Material insuficiente ^a | 36 | 13 | 23 | 0,57 | 46,26 | 1 | 12,24 |
| Ulceração Crônica Inespecífica | 35 | 17 | 18 | 0,94 | 40,63 | | 11,90 |
| Tatuagem de Amálgama ^a | 11 | 2 | 9 | 0,22 | 52,00 | 1 | 3,74 |
| Sem Diagnóstico - NF | 10 | 8 | 2 | 4,00 | 34,90 | | 3,40 |
| Inflamação Crônica Inespecífica | 10 | 4 | 6 | 0,67 | 37,60 | | 3,40 |
| Outros ^b | 30 | | | | | | |
| Total | 304 | 136 | 138 | 0,98 | 41,22 | 8 | |

^aEm alguns casos a idade do paciente é desconhecida.

^bTecido de granulação (n=6), Histiocitose de Células de Langerhans (n=4), Trajeto Fistuloso (n=3), Reação a corpo estranho (n=2), Tecido Cicatricial (n=2), Hematoma (n=2), Tecido Ósseo Maduro Vital (n=2), Fasciite Nodular (n=2), Coágulo Sanguíneo (n=1), Coristoma cartilaginoso (n=1), Eritema Multiforme (n=1), Grânulos de Fordyce (n=1), Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (n=1), Varizes Línguais (n=1), Derrame Pigmentar (n=1).

Fonte: próprio autor

Tabela 5 - Neoplasias Benignas incluindo Tumores de Glândulas Salivares

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|-------------------------------------|------------|-----------|------------|-------------|--------------|----------|------------|
| Papiloma Escamoso Oral ^a | 175 | 53 | 122 | 0,43 | 39,26 | 5 | 60,97 |
| Lipoma | 37 | 13 | 24 | 0,54 | 55,43 | | 12,89 |
| Adenoma Pleomórfico ^a | 28 | 11 | 17 | 0,65 | 42,73 | 2 | 9,76 |
| Linfangioma | 9 | 5 | 4 | 1,25 | 26,00 | | 3,14 |
| Hemangioma Caveroso | 7 | 3 | 4 | 0,75 | 38,50 | | 2,44 |
| Hemangioma | 5 | 4 | 1 | 4,00 | 31,00 | | 1,74 |
| Hemangioma Capilar | 5 | 2 | 3 | 0,67 | 26,40 | | 1,74 |
| Neuroma Traumático ^a | 4 | 0 | 4 | --- | 59,33 | 1 | 1,39 |
| Epulis Congênito do recém nascido | 3 | 1 | 2 | 0,50 | 0,40 | | 1,05 |
| Osteoma | 3 | 1 | 2 | 0,50 | 53,00 | | 1,05 |
| Fibrolipoma | 3 | 2 | 1 | 2,00 | 72,00 | | 1,05 |
| Papiloma Verrucoso Oral | 2 | 0 | 2 | --- | 44,00 | | 0,70 |
| Neurofibroma | 2 | 0 | 2 | --- | 46,00 | | 0,70 |
| Hemangioma Caveroso e Linfangioma | 1 | 1 | 0 | --- | 6,00 | | 0,35 |
| Neurilemoma (Schwannoma) | 1 | 0 | 1 | --- | 33,00 | | 0,35 |
| Tumor de Células Granulares | 1 | 0 | 1 | --- | 43,00 | | 0,35 |
| Fibrohistiocitoma Benigno | 1 | 0 | 1 | --- | 30,00 | | 0,35 |
| Total | 287 | 96 | 191 | 0,50 | 38,07 | 8 | |

^aEm alguns casos a idade é desconhecida.

Fonte: próprio autor

Tabela 6 - Cistos Odontogênicos e Não Odontogênicos

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|--|------------|------------|------------|-------------|--------------|-----------|------------|
| Cisto Periapical ^a | 115 | 56 | 59 | 0,95 | 38,81 | 8 | 50,22 |
| Cisto Dentígero | 55 | 28 | 27 | 1,04 | 20,78 | | 24,02 |
| Cisto Residual ^a | 23 | 9 | 14 | 0,64 | 47,91 | 1 | 10,04 |
| Cisto Odontogênico | 16 | 12 | 4 | 3,00 | 26,69 | | 6,98 |
| Cisto Epidermóide | 4 | 2 | 2 | 1,00 | 30,25 | | 1,75 |
| Cisto Nasopalatino | 4 | 1 | 3 | 0,33 | 35,50 | | 1,75 |
| Cisto Dermóide | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 48,00 | | 0,87 |
| Cisto Linfoepitelial | 2 | 0 | 2 | --- | 54,50 | | 0,87 |
| Cisto Paradentário | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 34,50 | | 0,87 |
| Cisto Periodontal Lateral ^a | 2 | 0 | 2 | --- | 32,00 | 1 | 0,87 |
| Cisto Epidérmico | 1 | 1 | 0 | --- | 18,00 | | 0,44 |
| Cisto Mucoso do Seio Maxilar | 1 | 0 | 1 | --- | 20,00 | | 0,44 |
| Cisto Ósseo Hemorrágico | 1 | 1 | 0 | --- | 14,00 | | 0,44 |
| Miofibroma - Cisto Ósseo Aneurismático | 1 | 1 | 0 | --- | 12,00 | | 0,44 |
| Total | 229 | 113 | 116 | 0,97 | 30,92 | 10 | |

^aEm alguns casos a idade é desconhecida.

Fonte: próprio autor

Tabela 7 - Patologia Gengival e Periodontal

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|---|------------|-----------|------------|-------------|--------------|----------|------------|
| Granuloma Piogênico ^a | 111 | 41 | 70 | 0,59 | 35,20 | 1 | 57,22 |
| Hiperplasia Gengival ^a | 28 | 10 | 18 | 0,56 | 34,73 | 2 | 14,43 |
| Lesão Periférica de Células Gigantes ^a | 26 | 16 | 10 | 1,60 | 36,00 | 1 | 13,40 |
| Hiperplasia Gengival Inflamatória | 14 | 2 | 12 | 0,17 | 40,21 | | 7,22 |
| Fibromatose Gengival ^a | 8 | 6 | 2 | 3,00 | 42,57 | 1 | 4,12 |
| Fibrose | 3 | 1 | 2 | 0,50 | 39,67 | | 1,55 |
| Hiperplasia Gengival Medicamentosa | 1 | 0 | 1 | --- | 43,00 | | 0,52 |
| Gengivite Crônica | 1 | 0 | 1 | --- | 34,00 | | 0,52 |
| Gengivite Plasmocitária | 1 | 1 | 0 | --- | 32,00 | | 0,52 |
| Abscesso Periodontal | 1 | 1 | 0 | --- | 25,00 | | 0,52 |
| Total | 194 | 78 | 116 | 0,67 | 36,24 | 5 | |

^aEm alguns casos a idade é desconhecida.

Fonte: próprio autor

Tabela 8 - Neoplasias Malignas

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|---|------------|------------|-----------|-------------|--------------|----------|------------|
| Carcinoma Espinocelular Bem Diferenciado ^a | 99 | 81 | 18 | 4,50 | 56,79 | 1 | 55,00 |
| Carcinoma Espinocelular Moderadamente Diferenciado | 39 | 37 | 2 | 18,50 | 60,15 | | 21,67 |
| Carcinoma Mucoepidermóide | 8 | 4 | 4 | 1,00 | 48,00 | | 4,44 |
| Carcinoma Espinocelular Pouco Diferenciado ^a | 6 | 6 | 0 | --- | 51,25 | 2 | 3,33 |
| Carcinoma AdenóideCístico | 6 | 2 | 4 | 0,50 | 51,83 | | 3,33 |
| Carcinoma Espinocelular Microinvasivo | 3 | 2 | 1 | 2,00 | 54,67 | | 1,67 |
| Linfoma Linfocítico | 2 | 2 | 0 | --- | 63,00 | | 1,11 |
| Carcinoma "in situ" | 2 | 2 | 0 | --- | 68,50 | | 1,11 |
| Adenocarcinoma Polimorfo de baixo grau | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 54,50 | | 1,11 |
| Carcinoma Ameloblástico | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 54,50 | | 1,11 |
| Linfoma de alto grau não-Hodgkin tipo Burkitt | 1 | 1 | 0 | --- | 27,00 | | 0,56 |
| Linfoma não Hodgkin | 1 | 1 | 0 | --- | 67,00 | | 0,56 |
| Linfoma Plasmablástico | 1 | 0 | 1 | --- | 6,00 | | 0,56 |
| Carcinoma Verrucoso | 1 | 0 | 1 | --- | 67,00 | | 0,56 |
| Carcinoma Basocelular | 1 | 0 | 1 | --- | 49,00 | | 0,56 |
| Carcinoma Indiferenciado | 1 | 0 | 1 | --- | 71,00 | | 0,56 |
| Melanoma Maligno | 1 | 1 | 0 | --- | 38,00 | | 0,56 |
| Osteossarcoma | 1 | 1 | 0 | --- | 46,00 | | 0,56 |
| Sarcoma de Kaposi | 1 | 1 | 0 | --- | 32,00 | | 0,56 |
| Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado | 1 | 0 | 1 | --- | 63,00 | | 0,56 |
| Neoplasia maligna de Origem Linfóide | 1 | 1 | 0 | --- | 48,00 | | 0,56 |
| Total | 180 | 144 | 36 | 4,00 | 51,29 | 3 | |

^aEm alguns casos a idade é desconhecida.

Fonte: próprio autor

Tabela 9 - Tumores Odontogênicos

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|---|-----------|-----------|-----------|-------------|--------------|----------|------------|
| Tumor Odontogênico Queratocístico | 44 | 23 | 21 | 1,10 | 34,16 | | 53,01 |
| Ameloblastoma ^a | 21 | 14 | 7 | 2,00 | 29,95 | 1 | 25,30 |
| Cisto Odontogênico Calcificante | 6 | 3 | 3 | 1,00 | 32,83 | | 7,23 |
| Odontoma Composto ^a | 4 | 2 | 2 | 1,00 | 21,67 | 1 | 4,82 |
| Mixoma Odontogênico ^a | 4 | 3 | 1 | 3,00 | 19,00 | 1 | 4,82 |
| Odontoma (sem especificação) | 1 | 1 | 0 | --- | 15,00 | | 1,20 |
| Odontoma Complexo | 1 | 0 | 1 | --- | 11,00 | | 1,20 |
| Tumor Odontogênico Epitelial Calcificante | 1 | 1 | 0 | --- | 7,00 | | 1,20 |
| Tumor Odontogênico Adenomatóide | 1 | 1 | 0 | --- | 14,00 | | 1,20 |
| Total | 83 | 48 | 35 | 1,37 | 20,51 | 3 | |

^aEm alguns casos a idade é desconhecida.

Fonte: próprio autor

Tabela 10 - Doenças Infecciosas e Parasitárias

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|--------------|----------|------------|
| Paracoccidiomicose | 46 | 41 | 5 | 8,20 | 51,65 | | 63,89 |
| Candidose | 15 | 6 | 9 | 0,67 | 40,07 | | 20,83 |
| Leishimaniose | 4 | 3 | 1 | 3,00 | 41,50 | | 5,56 |
| Condiloma Acuminado | 3 | 3 | 0 | --- | 33,67 | | 4,17 |
| Cisticercose | 1 | 0 | 1 | --- | 23,00 | | 1,39 |
| Histoplasmose | 1 | 1 | 0 | --- | 66,00 | | 1,39 |
| Lobomicose | 1 | 1 | 0 | --- | 52,00 | | 1,39 |
| Infecção Herpética | 1 | 1 | 0 | --- | 21,00 | | 1,39 |
| Total | 72 | 56 | 16 | 3,50 | 41,11 | 0 | |

Fonte: próprio autor

Tabela 11 - Patologia Dental

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|--------------|----------|------------|
| Granuloma Periapical ^a | 30 | 13 | 17 | 0,76 | 40,31 | 2 | 62,50 |
| Capuz Pericoronário | 13 | 7 | 6 | 1,17 | 15,85 | | 27,08 |
| Abscesso Periapical | 4 | 2 | 2 | 1,00 | 21,75 | | 8,33 |
| Dente extra-numerário | 1 | 0 | 1 | --- | 10,00 | | 2,08 |
| Total | 48 | 22 | 26 | 0,85 | 21,98 | 2 | |

^aEm alguns casos a idade é desconhecida.

Fonte: próprio autor

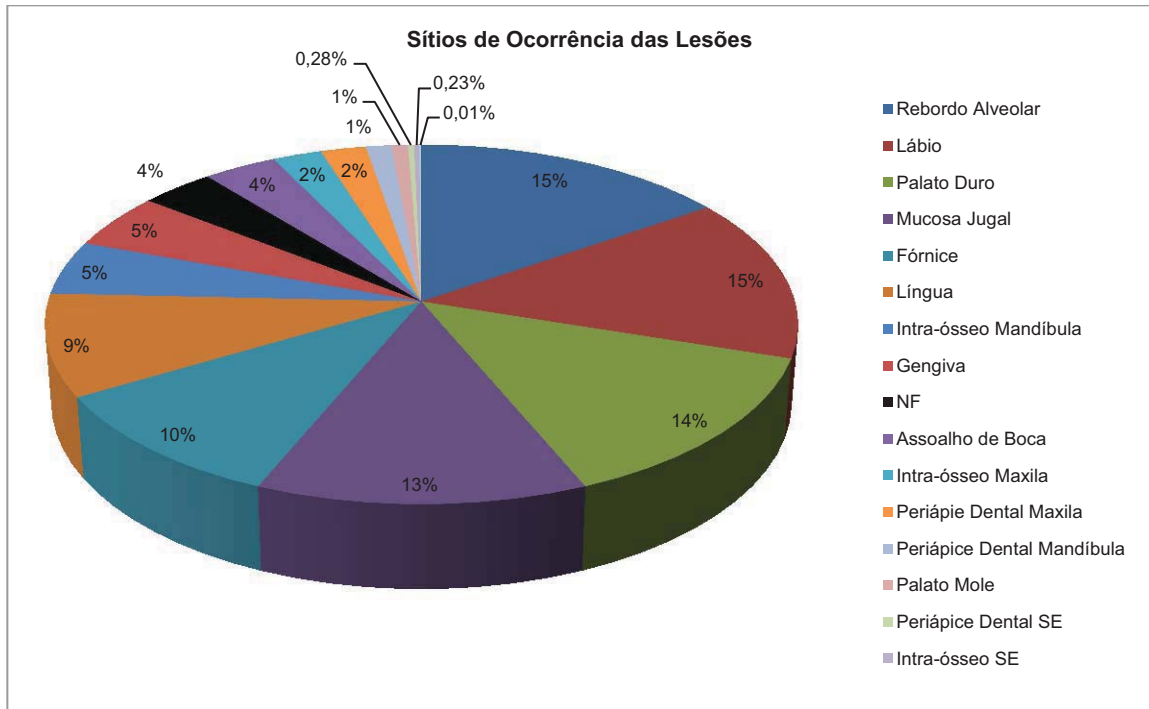
Tabela 12- Patologia Óssea

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | id | % no Grupo |
|---|-----------|-----------|-----------|-------------|--------------|----------|------------|
| Lesão de Células Gigantes | 12 | 6 | 6 | 1,00 | 44,92 | | 25,00 |
| Osteomielite Crônica | 6 | 3 | 3 | 1,00 | 48,33 | | 12,50 |
| Lesão Central de Células Gigantes | 5 | 3 | 2 | 1,50 | 26,08 | | 10,42 |
| Lesão Fibro-Óssea Benigna - Fibroma Ossificante | 4 | 0 | 4 | --- | 38,75 | | 8,33 |
| Lesão Fibro-óssea benigna | 4 | 3 | 1 | 3,00 | 39,66 | | 8,33 |
| Lesão Fibro-Óssea Benigna - Displasia Fibrosa | 3 | 3 | 0 | --- | 22,00 | | 6,25 |
| Displasia Cimento-óssea Focal | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 30,50 | | 4,17 |
| Exostose óssea | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 15,50 | | 4,17 |
| Tecido ósseo necrótico | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 33,50 | | 4,17 |
| Tórus Palatino | 2 | 0 | 2 | --- | 48,50 | | 4,17 |
| Osteomielite | 1 | 0 | 1 | --- | 19,00 | | 2,08 |
| Osteomielite Aguda | 1 | 1 | 0 | --- | 58,00 | | 2,08 |
| Osteomielite Esclerosante Difusa | 1 | 0 | 1 | --- | 60,00 | | 2,08 |
| Osteomielite Esclerosante Focal Crônica | 1 | 0 | 1 | --- | 33,00 | | 2,08 |
| Osteomielite Suprativa | 1 | 0 | 1 | --- | 60,00 | | 2,08 |
| Torus Mandibular | 1 | 0 | 1 | --- | 42,00 | | 2,08 |
| Total | 48 | 22 | 26 | 0,85 | 38,73 | 0 | |

Fonte: próprio autor

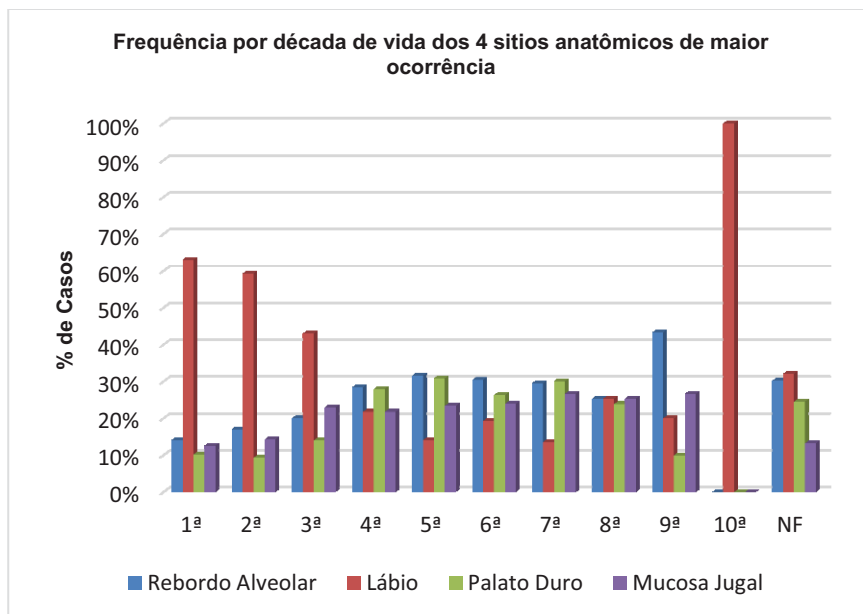
O estudo revelou 17 diferentes sítios anatômicos de ocorrência das lesões, sendo o rebordo alveolar o mais acometido e 144 (4%) casos com localização não fornecida (NF) (gráfico 3). Uma frequência por década de vida dos 4 sítios anatômicos de maior ocorrência pode ser visualizada no gráfico 4, o qual apresentou o lábio com maior ocorrência nas três primeiras décadas de vida.

Gráfico 3 - Sítios de ocorrência das lesões



Fonte: próprio autor

Gráfico 4 - Frequência por década de vida dos 4 sítios anatômicos de maior ocorrência



Fonte: próprio autor

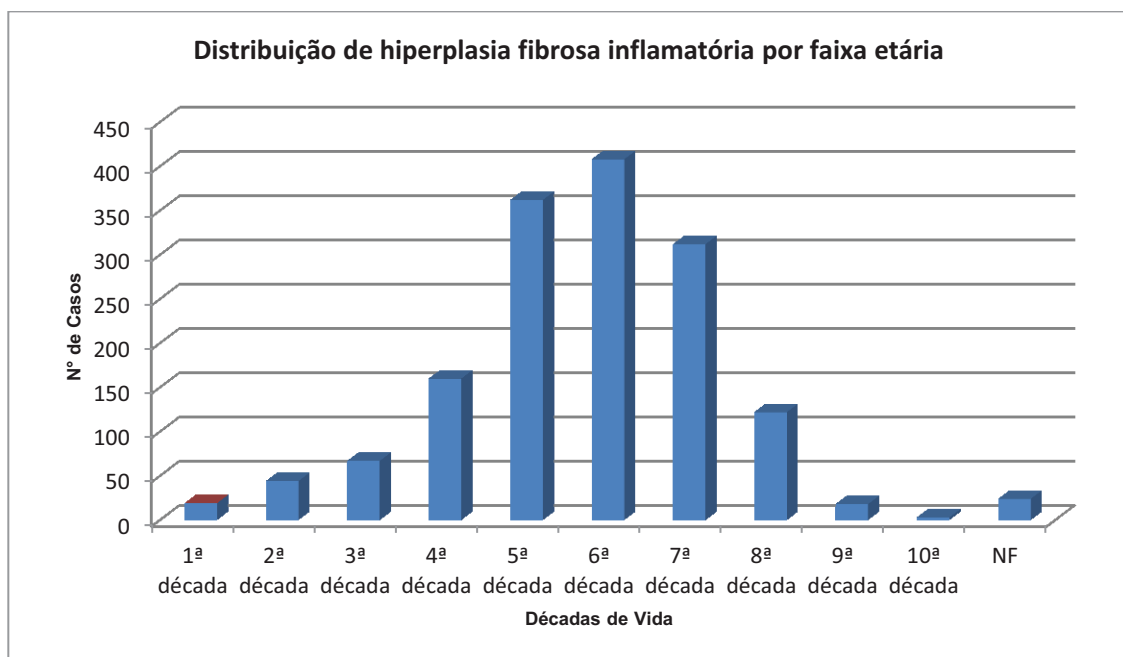
As 10 lesões registradas com maior frequência estão na tabela 13, somando 2.915 laudos, o que corresponde a 73,04% de todo o acervo pesquisado. O diagnóstico de maior ocorrência foi a hiperplasia fibrosa inflamatória com 1.547 casos representando aproximadamente 38% do total de lesões. No que tange a faixa etária, houve maior acometimento desta enfermidade na 6ª década de vida (gráfico 5) e a região anatômica mais afetada por ela foi o rebordo alveolar. Em relação ao gênero, o feminino foi o mais acometido com 1.147 casos (74,14%).

Tabela 13 - Os 10 diagnósticos mais frequentes

| Diagnóstico | Número | % |
|---------------------------------------|--------------|--------------|
| Hiperplasia Fibrosa Inflamatória | 1547 | 38,76 |
| Mucocele | 392 | 9,82 |
| Hiperplasia Papilomatosa Inflamatória | 258 | 6,46 |
| Papiloma Escamoso Oral | 175 | 4,38 |
| Carcinoma Espinocelular | 147 | 3,68 |
| Cisto Periapical | 115 | 2,88 |
| Leucoplasia | 115 | 2,88 |
| Granuloma Piogênico | 111 | 2,78 |
| Cisto Dentígero | 55 | 1,38 |
| Líquen Plano | 50 | 1,25 |
| Total | 2.915 | 73,04 |

Fonte: próprio autor

Gráfico 6 - Distribuição de hiperplasia fibrosa inflamatória por faixa etária



Fonte: próprio autor

A mucocele encontra-se como a segunda lesão mais frequente dentro de toda a pesquisa com 392 casos, sendo a de maior ocorrência dentro do grupo patologia de glândulas salivares exceto neoplasias com 90,53%. Houve maior acometimento no gênero feminino com 206 casos e o lábio foi a região anatômica mais atingida (67%). A idade média de ocorrência desta lesão foi 18,25 anos.

O carcinoma espinocelular foi a 5ª lesão mais comum, representando 3,68% de todos os laudos analisados (Tabela 13). Dentro do grupo das neoplasias malignas, o carcinoma espinocelular representa a maioria com 81,7% de todos os diagnósticos da categoria. O gênero masculino foi mais afetado (85,7%), a língua foi a localização mais frequente e a idade média foi de 55,7 anos. Com relação a classificação histológica dos carcinomas espinocelulares, a maioria dos casos foi diagnosticado como bem diferenciado (67%), seguido do moderadamente diferenciado (27%), pouco diferenciado (4%) e microinvasivo (2%) (Tabela 14).

Tabela 14 – Diagnósticos histopatológicos dos carcinomas espinocelulares

| Diagnósticos | n | % |
|--|------------|----|
| Carcinoma Espinocelular Bem Diferenciado | 99 | 67 |
| Carcinoma Espinocelular Moderadamente Diferenciado | 39 | 27 |
| Carcinoma Espinocelular Pouco Diferenciado | 6 | 4 |
| Carcinoma Espinocelular Microinvasivo | 3 | 2 |
| Total | 147 | |

Fonte: próprio autor

A leucoplasia representa aproximadamente 2,9% das lesões diagnosticadas (tabela 13). A média de idade foi de 51,6 anos, a mucosa jugal foi a localização anatômica mais comum e as mulheres foram ligeiramente mais acometidas (53,9%). Dos diagnósticos histopatológicos das leucoplasias, hiperqueratose e acantose foi a mais frequente com 95 casos (82,6%), seguido pela displasia epitelial leve (11,3%), displasia epitelial moderada (4,3%) e displasia epitelial severa (1,7%) (Tabela 15).

Tabela 15 - Diagnósticos histopatológicos das leucoplasias

| Diagnósticos | n | % |
|------------------------------|------------|------|
| Hiperqueratose e Acantose | 95 | 82,6 |
| Displasia Epitelial Leve | 13 | 11,3 |
| Displasia Epitelial Moderada | 5 | 4,3 |
| Displasia Epitelial Severa | 2 | 1,7 |
| Total | 115 | |

Fonte: próprio autor

2.4 DISCUSSÃO

Na literatura, a maioria dos trabalhos sobre patologia bucal se restringe a determinados dados, como faixa etária (JONES & FRANKLIN, 2006b; KESZLER et al., 1990; LIN et al., 2001; MAIA et al., 2000; SOUSA et al., 2002) e diagnósticos específicos como tumores odontogênicos (CHRY SOMALI et al., 2013), tumores de glândulas salivares (ITO et al., 2005) e neoplasias (ROSSI & HIRSCH, 1977), sendo poucos os que abrangem todas as lesões de modo geral (BHASKAR, 1968). A pesquisa presente não se limitou a uma população específica e avaliou todos os fatores encontrados (faixa etária, gênero, sítio de localização da lesão e diagnóstico histopatológico), buscando preencher a inexistência de trabalhos desenvolvidos nesta população com visão ampla e crítica.

Com relação ao gênero, estudos mostram uma predominância do gênero feminino (BERTOJA et al., 2007; PRADO, et al., 2010; ROSSI & HIRSCH, 1977; JONES & FRANKLIN, 2006a). Em nossa pesquisa a razão geral M:F foi de 0,6:1. Em alguns grupos esta proporção se inverteu, na categoria neoplasias malignas a razão M:F encontrada foi de 4:1 e a média de idade acometida foi de 51 anos. Rossi & Hirsch (1977) em sua pesquisa de 20 anos, encontraram uma média de idade de 59,6 anos para as neoplasias malignas e uma maior incidência no gênero masculino (61,4%), com uma razão M:F de 1,6:1.

A neoplasia maligna de maior frequência relatada na literatura é o carcinoma espinocelular, com uma frequência de ocorrência dentro das neoplasias malignas variando de 43% a mais de 90% (BHASKAR, 1968; BORGES et al., 2008; GOMES et al., 1992; LIU et al., 2012; ROSSI & HIRSCH, 1977). Jones & Franklin (2006a) em seu trabalho relatou que 66,1% das doenças malignas eram carcinomas de células escamosas, que houve uma predileção pelo gênero masculino e a média de idade foi de 64,2 anos. Em nosso estudo, 81,7% das neoplasias malignas foram carcinomas espinocelulares, com uma razão M:F de 6:1 e idade média de ocorrência foi de 55,7 anos.

A leucoplasia é a desordem potencialmente maligna mais comum da cavidade bucal (GOMES et al., 1998; LIU et al., 2012; NEVILLE et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2010; SCULLY, 2014; SILVEIRA et al., 2009; VAN DER WALL, 2009). Em nosso estudo o gênero feminino foi o mais afetado com 53,91% dos casos, contrariando as

frequências encontradas na literatura onde os homens foram mais frequentemente afetados com uma variação de 50,3% a 85,4% (NAGAO et al., 2005; PETTI, 2003; VAN DER WALL et al., 1997; LIU et al., 2010).

Espera-se que a frequência das leucoplasias seja maior que a das neoplasias malignas, em especial o carcinoma espinocelular, nos levantamentos epidemiológicos como observado nas pesquisas de Bhaskar (1968), Carrard et al. (2011) e Prado et al. (2010). Em contrapartida, nosso trabalho, apresentou mais carcinomas espinocelulares que leucoplasias, assim como Bertoja et al. (2007), Gomes et al. (1992), Moreira et al. (2011) e Oliveira et al. (2010). A transformação maligna desta lesão branca varia entre 0% a 20%, sendo em média 5% (SILVEIRA et al., 2009). Tais fatos nos levaram a concordar com a hipótese de Gomes et al. (1992) em seu estudo, no qual afirmaram que a falha no reconhecimento, na identificação, na abordagem ou no acompanhamento das leucoplasias poderia estar ocorrendo, permitindo que consequências mais sérias, como a transformação maligna destas, ocorressem e que o número de carcinomas, desta forma, excedesse o número de casos de leucoplasias.

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) com 1.547 casos (38,76% do total) foi a lesão mais comum dentro de toda a pesquisa, semelhante a outros trabalhos (BERTOJA et al., 2007; GOMES et al., 1992; PRADO et al., 2010). No Brasil, estudos realizados em portadores de próteses totais (PT), apresentaram uma variação de ocorrência desta enfermidade entre 15% a 29,4% (FIROOZMAND et al., 2005; FREITAS et al., 2008; PINTO COELHO et al., 2000). Na literatura a localização anatômica mais afetada foi o rebordo alveolar e o gênero feminino o mais acometido (BAAT et al., 1997; CANGER et al., 2009; FIROOZMAND et al., 2005; FREITAS et al., 2008; PINTO COELHO et al., 2000). Em nosso estudo, o rebordo alveolar foi o sítio anatômico de maior frequência e a razão M:F de 0,35:1. Houve maior ocorrência na 6ª década de vida, assemelhando-se aos trabalhos de Canger et al. (2009), Firoozmand et al. (2005) e Pinto Coelho et al. (2000). A HFI é causada por trauma crônico de baixa intensidade, usualmente desenvolvido por PT ou parciais mal adaptadas e/ou por hábitos parafuncionais (CANGER et al., 2009; FREITAS et al., 2008; PINTO COELHO et al., 2000). A falta de orientação e acompanhamento do cirurgião dentista ao paciente sobre cuidados de higiene, manutenção periódica e necessidade de troca da prótese após determinado período, leva ao desenvolvimento de tais enfermidades (BAAT et al., 1997; CANGER et al.,

2009; FIROOZMAND et al., 2005; FREITAS et al., 2008; PINTO COELHO et al., 2000).

A mucocele com 9,8% dos casos representou o segundo diagnóstico mais comum. Maia *et al.* (2000) e Sousa *et al.* (2002) apresentaram a mucocele, respectivamente, com 7,6% e 13,5% do total como sendo a terceira e a primeira lesão mais frequente de suas pesquisas em pacientes pediátricos. Esta doença, em nosso estudo, apresentou maior incidência nas 3 primeiras décadas de vida, com idade média de acometimento de 18,2 anos e a razão M:F foi de 0,9:1. Jones e Franklin (2006b) em estudo realizado em uma população de 0 à 16 anos, apontaram a mucocele como sendo o diagnóstico histopatológico mais comum com 16% dos casos, uma razão M:F de 0,88:1 e a segunda década de vida foi a mais afetada.

Os tumores odontogênicos são considerados raros. A frequência deste grupo compreendeu 2,08% de todos os espécimes da pesquisa, sendo que na literatura há uma variação de 1,29% a 4,13% (AVELAR *et al.*, 2008; CHRYSOMALI *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2011; FERNANDES *et al.*, 2005; GUPTA & PONNIAH, 2010; OCHSENIUS *et al.*, 2002; OSTERNE *et al.*, 2011; SERVATO *et al.*, 2012). A média de idade foi de 20,51 anos, assemelhando-se a maioria dos estudos realizados em território brasileiro (COSTA *et al.*, 2011; FERNANDES *et al.*, 2005; SERVATO *et al.*, 2012) e divergindo de trabalhos realizados na Grécia (CHRYSOMALI *et al.*, 2013) e na Índia (GUPTA & PONNIAH, 2010) onde a idade média foi de 38 e 32,64 anos respectivamente. Na literatura há um maior acometimento do gênero feminino (AVELAR *et al.*, 2008; FERNANDES *et al.*, 2005; OCHSENIUS *et al.*, 2002; OSTERNE *et al.*, 2011; SERVATO *et al.*, 2012) e nosso estudo apresentou uma razão M:F de 1,37:1. O tumor odontogênico mais frequente foi o Tumor Odontogênico Queratocístico com 53,01% das lesões do grupo, seguido pelo Ameloblastoma (25,30%) e pelo Cisto Odontogênico Calcificante (7,23%). Avelar *et al.* (2008), Chrysomali *et al.* (2013), Costa *et al.* (2011) e Servato *et al.* (2012) observaram o Tumor Odontogênico Queratocístico como o tumor odontogênico mais frequente em suas pesquisas, com uma variação de ocorrência dentro do grupo de 30% a 52,7%. Em alguns trabalhos o Ameloblastoma apresentou-se como a segunda lesão mais frequente (AVELAR *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2011; OCHSENIUS *et al.*, 2002; SERVATO *et al.*, 2012). Gupta & Ponniah (2010) relataram que a incidência do Cisto Odontogênico Calcificante era de 5,52%.

Este estudo não representa a prevalência atual das lesões orais e maxilofaciais na população presente, mas sim uma simples reflexão da frequência das lesões diagnosticadas histologicamente na COU - UEL e que estavam armazenadas nos arquivos do HU. O trabalho mostrou que a maioria das lesões é de natureza benigna, sendo a hiperplasia fibrosa inflamatória a lesão de maior frequência. O sítio anatômico mais acometido foi o rebordo alveolar. A 5ª e 6ª décadas de vida foram afetadas com maior frequência, assim como o gênero feminino. O carcinoma espinocelular apresentou maior ocorrência que a leucoplasia. Tal fato pode demonstrar que a falha no reconhecimento, na identificação, na abordagem ou no acompanhamento das leucoplasias pode estar ocorrendo, permitindo que consequências mais sérias, como a transformação maligna destas, ocorra e que o número de carcinomas, desta forma, exceda o número de casos de leucoplasias. A necessidade do diagnóstico precoce do câncer bucal deve novamente ser salientada.

2.5 REFERÊNCIAS

1. AVELAR, R.L. et al. Odontogenic tumors: clinical and pathology study of 238 cases. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, n.74, v.5, p.668-673, set./out. 2008.
2. BAAT, C. et al. "Prosthetic condition" and patients' judgment of complete dentures. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 78, p.472-478, 1997.
3. BERTOJA, I. C. et al. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Histopatologia do UnicenP. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v.4, n.2,p. 41-46, 2007.
4. BHASKAR, S.N. Oral pathology in the dental office: survey of 20,575 biopsy specimens. **JADA**, v.76, p.761-766, abr. 1968.
5. BORGES, F.T.et al. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.24, n.9, p.1977-1982, set. 2008.
6. CANGER, E.M.; CELENK, P.; KAYIPMAZ, S. Denture-Related Hyperplasia: A Clinical Study of a Turkish Population Group. **Braz Dent J**, v.20, n.3, p.243-248, 2009.
7. CARRARD, V.C. et al. Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil. **Oral Diseases**, v.17, p.171-179, 2011.
8. CHRYSOMALI, E. et al. Odontogenic Tumors. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v.24, n.5, p.1521-1525, set. 2013.
9. COSTA, D.O.P. et al. Odontogenic tumors: A retrospective study of four Brazilian diagnostic pathology centers. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, set. 2011.
10. FERNANDES, A.M. et al. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. **Journal Oral Pathol Med**, v.34, p.583-587, 2005.
11. FREITAS, J. B. et al. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 35, p.370-374, 2008.

12. FIROOZMAND, L.M.; ALMEIDA, J.D.; GUIMARÃES CABRAL, L.A. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. **Quintessence Int**, v.36, p.825-829, 2005.
13. GOMES, R. S. et al. Levantamento das biópsias bucais realizadas na Faculdade de Odontologia da UFMG. **Arq. Centro Est. Curso Odont.**, Belo Horizonte, v.29, n.2, p. 105-112, jul./dez. 1992.
14. GUPTA, B. & PONNIAH, I. The pattern of odontogenic tumors in a government teaching hospital in the Southern Indian state of Tamil Nadu. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v.110, p.e32-e39, 2010.
15. ITO, F.A. et al. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. **Int. J. Oral Maxillofac.Surg.**, v.34, p.533-536, 2005.
16. JONES, A.V.; FRANKLIN, C.D. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, n. 35, p.392-401, 2006a.
17. JONES, A.V.; FRANKLIN, C.D. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. **International Journal of Paediatric Dentistry**, n. 16, p.19-30, 2006b.
18. KESZLER, A.; GUGLIELMOTTI, M.B.; DOMINGUEZ, F.V. Oral pathology in children: frequency, distribution and clinical significance. **Acta Odont. Latinoamer.**, v.5, n.1, p.39-48, 1990.
19. LIN, H.C.; CORBET, E.F.; LO, E.C.M. Oral Mucosal Lesions in Adult Chinese. **Journal Dental Research**, v.80, n.5, p.1486-1490, 2001.
20. LIU, W. et al. Malignant transformation of oral leukoplakia: a retrospective cohort study of 218 Chinese patients. **BMC Cancer**, v. 10, p.685-690, 2010.
21. LIU, W. et al. Oral Cancer Development in Patients with Leukoplakia – Clinicopathological Factors Affecting Outcome. **PLoS ONE**, v.7, n.4, p. e34773-e34780, abr. 2012.
22. MAIA, D. M. F. et al. A survey of oral biopsies in Brazilian pediatric patients. **Journal of Dentistry for Children**, p. 128-131, mar./abr. 2000.

23. MOREIRA, A. R. O. et al. Levantamento epidemiológico das doenças epiteliais da região bucomaxilofacial: casuística de 20 anos. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.65-70, jan./mar. 2011.
24. NAGAO, T. et al. Incidence rates for oral leukoplakia and lichen planus in a Japanese population. **J Oral Pathol Med.**, v.34, n.9, p.532-539, out. 2005.
25. NEVILLE, B.W. et al. Patologia Epitelial. In:_____. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.303-372.
26. OCHSENIUS, G. et al. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. **Journal Oral Pathol Med**, v.31, p.415-420, 2002.
27. OLIVEIRA, L.G.S. et al. Prevalência de lesões bucais cancerosas e cancerizáveis em pacientes ambulatoriais atendidos no FBHC de 2006 a 2007. **Odontol. Clín. Cient.**, v.9, n.2, p.145-150, abr./jun. 2010.
28. OSTERNE, R.L.V. et al. Odontogenic tumors: A 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, 2011.
29. PETTI, S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review. **Oral Oncol.**, v.39, n.8, p.770-780, dez. 2003.
30. PINTO COELHO, C.M.; ZUCOLOTO, S.; LOPES, R.A. Denture-Induced Fibrous Inflammatory Hyperplasia: A Retrospective Study in a School of Dentistry. **The Int. J. Prosthodont**, v 13, n. 2, p.148-151, 2000.
31. PRADO, B. N.; TREVISAN, S.; PASSARELLI, D. H. C. Estudo Epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.22, n.1, p. 25-29, jan./abr. 2010.
32. ROSSI, E.P.; HIRSCH, S.A.A survey of 4,793 oral lesions with emphasis on neoplasia and premalignancy. **JADA**, v.94, p.883-886, maio 1977.
33. SCULLY, C. Challenges in predicting which oral mucosal potentially malignant disease will progress to neoplasia. **Oral Diseases**, v.20, p. 1-5, 2014.

34. SERVATO, J.P.S. et al. Odontogenic tumors: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. **Int. J. of Oral & Maxillofac. Surg.**, maio 2012.
35. SHULMAN, J.D.; BEACH, M.M.; RIVERA-HIDALGO, F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. **JADA**, v.135, p.1279-1286, set. 2004.
36. SILVEIRA, E.J.D. et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v.45, n.3, p.233-238, jun. 2009.
37. SOUSA, F. B. et al. Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v.26, n.4, p. 413-418, 2002.
38. VAN DER WALL, I. et al. Oral Leukoplakia: a Clinicopathological Review. **Oral Oncology**, v.33, n.5, p.291-301, 1997.
39. VAN DER WALL, I. Potentially malignant disorders of oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Oral Oncology**, v.45, p.317-323, 2009.

3 CONCLUSÕES

- O trabalho mostrou que a maioria das lesões é de natureza benigna, sendo a hiperplasia fibrosa inflamatória a lesão de maior frequência.
- O sítio anatômico mais acometido foi o rebordo alveolar.
- A 5ª e 6ª décadas de vida foram as mais afetadas, assim como o gênero feminino.
- As 10 lesões mais frequentes (Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, Mucocele, Hiperplasia Papilomatosa Inflamatória, Papiloma Escamoso, Carcinoma Espinocelular, Cisto Periapical, Leucoplasia, Granuloma Piogênico, Cisto Dentífero e Líquen Plano) representam 73,04% de todo o acervo pesquisado.
- O carcinoma espinocelular apresentou maior ocorrência que a leucoplasia.

REFERÊNCIAS

1. AVELAR, R.L. et al. Odontogenic tumors: clinical and pathology study of 238 cases. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, n.74, v.5, p.668-673, set./out. 2008.
2. BAAT, C. et al. "Prosthetic condition" and patients' judgment of complete dentures. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 78, p.472-478, 1997.
3. BERTOJA, I. C. et al. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Histopatologia do UnicenP. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v.4, n.2,p. 41-46, 2007.
4. BHASKAR, S.N. Oral pathology in the dental office: survey of 20,575 biopsy specimens. **JADA**, v.76, p.761-766, abr. 1968.
5. BORGES, F.T.et al. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.24, n.9, p.1977-1982, set. 2008.
6. CANGER, E.M.; CELENK, P.; KAYIPMAZ, S. Denture-Related Hyperplasia: A Clinical Study of a Turkish Population Group. **Braz Dent J**, v.20, n.3, p.243-248, 2009.
7. CARRARD, V.C. et al. Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil. **Oral Diseases**, v.17, p.171-179, 2011.
8. CHRYSOMALI, E. et al. Odontogenic Tumors. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v.24, n.5, p.1521-1525, set. 2013.
9. COSTA, D.O.P. et al. Odontogenic tumors: A retrospective study of four Brazilian diagnostic pathology centers. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, set. 2011.
10. FERNANDES, A.M. et al. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. **Journal Oral Pathol Med**, v.34, p.583-587, 2005.
11. FREITAS, J. B. et al. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 35, p.370-374, 2008.

12. FIROOZMAND, L.M.; ALMEIDA, J.D.; GUIMARÃES CABRAL, L.A. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. **Quintessence Int**, v.36, p.825-829, 2005.
13. GOMES, R. S. et al. Levantamento das biópsias bucais realizadas na Faculdade de Odontologia da UFMG. **Arq. Centro Est. Curso Odont.**, Belo Horizonte, v.29, n.2, p. 105-112, jul./dez. 1992.
14. GUPTA, B. & PONNIAH, I. The pattern of odontogenic tumors in a government teaching hospital in the Southern Indian state of Tamil Nadu. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v.110, p.e32-e39, 2010.
15. IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em: 20 dez. 2013.
16. ITO, F.A. et al. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. **Int. J. Oral Maxillofac.Surg.**, v.34, p.533-536, 2005.
17. JONES, A.V.; FRANKLIN, C.D. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, n. 35, p.392-401, 2006a.
18. JONES, A.V.; FRANKLIN, C.D. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. **International Journal of Paediatric Dentistry**, n. 16, p.19-30, 2006b.
19. KESZLER, A.; GUGLIELMOTTI, M.B.; DOMINGUEZ, F.V. Oral pathology in children: frequency, distribution and clinical significance. **Acta Odont. Latinoamer.**, v.5, n.1, p.39-48, 1990.
20. LIN, H.C.; CORBET, E.F.; LO, E.C.M. Oral Mucosal Lesions in Adult Chinese. **Journal Dental Research**, v.80, n.5, p.1486-1490, 2001.
21. LIU, W. et al. Malignant transformation of oral leukoplakia: a retrospective cohort study of 218 Chinese patients. **BMC Cancer**, v. 10, p.685-690, 2010.
22. LIU, W. et al. Oral Cancer Development in Patients with Leukoplakia – Clinicopathological Factors Affecting Outcome. **PLoS ONE**, v.7, n.4, p.1-7, abr. 2012.

23. LOUREIRO, M. S. et al. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos de um laboratório de patologia bucomaxilofacial em um período de 18 anos. **Revista Odonto Ciência**, n.24, p. 117-130, 1997.
24. MAIA, D. M. F. et al. A survey of oral biopsies in Brazilian pediatric patients. **Journal of Dentistry for Children**, p. 128-131, mar./abr. 2000.
25. MOREIRA, A. R. O. et al. Levantamento epidemiológico das doenças epiteliais da região bucomaxilofacial: casuística de 20 anos. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.65-70, jan./mar., 2011.
26. NAGAO, T. et al. Incidence rates for oral leukoplakia and lichen planus in a Japanese population. **J Oral Pathol Med.**, v.34, n.9, p.532-539, out. 2005.
27. NEVILLE, B.W. et al. Patologia Epitelial. In:_____. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.303-372.
28. OCHSENIUS, G. et al. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. **Journal Oral Pathol Med**, v.31, p.415-420, 2002.
29. OLIVEIRA, L.G.S. et al. Prevalência de lesões bucais cancerosas e cancerizáveis em pacientes ambulatoriais atendidos no FBHC de 2006 a 2007. **Odontol. Clín. Cient.**, v.9, n.2, p.145-150, abr./jun. 2010.
30. OSTERNE, R.L.V. et al. Odontogenic tumors: A 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, 2011.
31. PETTI, S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review. **Oral Oncol.**, v.39, n.8, p.770-780, dez. 2003.
32. PINTO COELHO, C.M.; ZUCOLOTO, S.; LOPES, R.A. Denture-Induced Fibrous Inflammatory Hyperplasia: A Retrospective Study in a School of Dentistry. **The Int. J. Prosthodont**, v 13, n. 2, p.148-151, 2000.
33. PRADO, B. N.; TREVISAN, S.; PASSARELLI, D. H. C. Estudo Epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.22, n.1, p. 25-29, jan./abr. 2010.

34. ROSSI, E.P.; HIRSCH, S.A. A survey of 4,793 oral lesions with emphasis on neoplasia and premalignancy. **JADA**, v.94, p.883-886, maio 1977.
35. SCULLY, C. Challenges in predicting which oral mucosal potentially malignant disease will progress to neoplasia. **Oral Diseases**, v.20, p. 1-5, 2014.
36. SERVATO, J.P.S. et al. Odontogenic tumors: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. **Int. J. of Oral & Maxillofac. Surg.**, maio 2012.
37. SHULMAN, J.D.; BEACH, M.M.; RIVERA-HIDALGO, F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. **JADA**, v.135, p.1279-1286, set. 2004.
38. SILVEIRA, E.J.D. et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v.45, n.3, p.233-238, jun. 2009.
39. SOUSA, F. B. et al. Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v.26, n.4, p. 413-418, 2002.
40. VAN DER WALL, I. et al. Oral Leukoplakia: a Clinicopathological Review. **Oral Oncology**, v.33, n.5, p.291-301, 1997.
41. VAN DER WALL, I. Potentially malignant disorders of oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Oral Oncology**, v.45, p.317-323, 2009.