



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

EMANUELA PALUSKI PEREIRA

**LEVANTAMENTO DAS LESÕES BIOPSIADAS NA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA UNIVERSITÁRIA**

Londrina
2016

EMANUELA PALUSKI PEREIRA

**LEVANTAMENTO DAS LESÕES BIOPSIADAS NA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA UNIVERSITÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Medicina
Oral e Odontologia Infantil da Universidade
Estadual de Londrina.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Augusto Ito

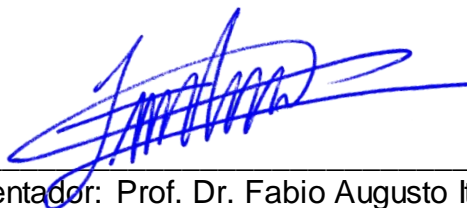
Londrina
2016

EMANUELA PALUSKI PEREIRA

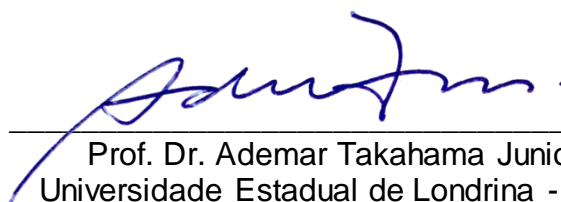
**LEVANTAMENTO DAS LESÕES BIOPSIADAS NA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA UNIVERSITÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Medicina Oral e
Odontologia Infantil da Universidade Estadual
de Londrina.

BANCA EXAMINADORA



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



Prof. Dr. Ademar Takahama Junior
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, ____ de _____ de ____.

“ Aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof.Dr. Fabio Augusto Ito por ter me direcionado em todos os pensamentos, estar sempre disponível para esclarecer minhas dúvidas, auxiliar nas dificuldades e se mostrar um excelente professor.

Agradeço a Dra.Lígia Sturion de Souza, pois meu trabalho foi continuação da sua tese de mestrado.

Aos demais professores que vivenciaram no decorrer do ano minha trajetória e ajudaram minha formação acadêmica e pessoal.

Agradeço principalmente aos meus pais, irmã, avós e primos que vivenciaram comigo todas as dificuldades e sendo para mim fonte de estímulos.

Por fim, agradeço à Universidade Estadual de Londrina por tornar possível a realização desta pesquisa.

PEREIRA, Emanuela Paluski. **Levantamento das Lesões Biopsiadas na Clínica Odontológica Universitária**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

As lesões do complexo bucomaxilofacial são frequentes, devendo o cirurgião dentista estar apto para identificar, tratar e preservar tais doenças. As pesquisas epidemiológicas são utilizadas para a avaliação da saúde bucal de determinadas populações, sendo importante para o desenvolvimento de métodos promocionais e preventivos de saúde, tornando-se possível diminuir a incidência e a evolução de determinadas doenças. Na literatura, nada se encontra a respeito de estudos epidemiológicos de lesões bucais e maxilofaciais na cidade de Londrina e região. O objetivo desse trabalho é conhecer a incidência das patologias bucomaxilofaciais biopsiadas na Clínica Odontológica Universitária, 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 1996 a 2015. 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, hipótese diagnóstica e seu diagnóstico histológico. As informações adquiridas foram usadas para a construção de um novo banco de dados no Microsoft Excel®2010, o qual foi posteriormente desenvolvido gráficos e tabelas com o intuito de gerar uma visão crítica e comparativa a respeito das informações obtidas. Durante o período de 20 anos, 5.135 espécimes de lesões bucais foram analisadas pelo Laboratório de Anatomia Patológica. Do total dos casos, 83,4% eram de adultos com idade igual e superior a 18 anos, 14,04% eram de crianças e adolescentes com idade entre 0 e 17 anos e 2,57% apresentaram idade desconhecida. O pico de incidência foi na 5ª e 6ª décadas de vida, sendo a

maioria dos pacientes do sexo feminino com 62,67% dos casos. As quatro localizações mais comuns foram lábio, rebordo alveolar, palato duro e mucosa jugal. Do total dos casos avaliados, 183 diferentes diagnósticos foram encontrados. O grupo de patologias da mucosa bucal foram as mais frequentes, seguida das glândulas salivares exceto neoplasias. Isso pode ser explicado, provavelmente pela grande incidência de hiperplasia fibrosa inflamatória e mucocele. O diagnóstico de maior ocorrência foi a hiperplasia fibrosa inflamatória com 37,51% do total de lesões. No que tange a faixa etária, houve maior acometimento desta enfermidade na 6ª década de vida e a região anatômica mais afetada por ela foi o rebordo alveolar. Em relação ao gênero, o feminino foi o mais acometido com 81,18% dos casos. Na categoria de neoplasias malignas, representando 4,54% do total das lesões, 83% dos casos foram de carcinoma espinocelular, e o sexo masculino foi o mais afetado em relação ao gênero feminino, com uma razão de 1,53:1. Dessa forma, o estudo demonstrou que a lesão mais frequente foi a hiperplasia fibrosa inflamatória, com maior acometimento no sexo feminino, e mais comum nas 5ª e 6ª décadas de vida. O carcinoma espinocelular foi o 5º diagnóstico mais comum, apresentando o sexo masculino como o mais afetado, com 63,73% dos casos, e a língua como local mais frequente.

Palavras-chave: Biópsia. Epidemiologia. Patologia

PEREIRA, Emanuela P. **Survey about Biopsed Lesion at University Dental Clinic**.2016.Completion of course work (Dentistry) – State University of Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

The oral maxillofacial complex lesions are frequent, for this reason the dental surgeon needs to be able to identify, treat and follow such diseases. The epidemiological studies are used to oral health evaluation of certain populations. They are important to the development of promotional methods and preventive health, becoming possible to decrease the incidence and evolution of determined diseases.

In the literature, nothing is found about epidemiological studies of oral lesions and maxillofacial in the city of Londrina and region. The purpose of this work is to know the incidence of bucomaxillofacial pathologies biopsed at the University Clinic, by collecting data from the archived reports in the Pathological Anatomy Laboratory of Regional University Hospital from the north Paraná (HU) of the State University of Londrina (UEL), during the period between 1996 and 2015.

This research included a database of the histopathologic diagnostic, of which was collected the year of the exam, age and gender, anatomic localization of lesions, diagnostic hypothesis and histological diagnostics. The acquired information has been used for a construction of a new database in Microsoft Excel 2010, which was subsequently developed in graphics and tables with the intention of creating a critical and comparative view about the obtained information.

During the period of 20 years, 5.135 specimens of the oral lesions have been analysed by Pathological Anatomy Laboratory. Of the total cases 83,4% were adults

with age equal or higher than 18 years, 14,04% were children or teenagers with age among 0 and 17 years e 2,57% with unknow age.

The peak of incidence was in 5^o and 6^o decades of life, being mostly of the patients women with 62,67% of the cases. The four more common locations were lips, alveolar ridge, hard palate and jugal mucosa. Of the cases avaluated, 183 different diagnoses were found. The group of the oral mucosa pathology were the most frequent, followed by salivary glands except neoplasias.

This can be explained, probably because of the high incidence of inflammatory fibrous hiperplasia and mucocele. The diagnosis of higher incidence was the nflammatory fibrous hiperplasia, with 37,51% of the total of lesions. About age group, the people had higher involviment this desease on 6^o decade of life and the anatomic region affected by it was the alveolar ridge. In relation to gender, the female was the most affected with 81,18% of the cases. In the category of malignant neoplasias, representing 4,54% of all the lesions, 83% of the cases was of carcinoma espinocelular, and the male sex was the most hit compared to female with a ratio of 1,53:1. In this way, the study showed that the most frequent lesion was the inflammatory fibrous hiperplasia, with more cases among female and more common on the 5^o and 6^o decades of life. The espinocelular carcinoma was the 5^o diagnosis more commom, presenting the male sex as the most affected with 63,73% of the cases and the tongue is the most frequente place.

Key words: Biopsy. Epidemiology. Pathology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Distribuição da idade por década de vida | 16 |
| Figura 2 – Distribuição dos gêneros..... | 17 |
| Figura 3 – Sítio de ocorrência das lesões | 29 |
| Figura 4 -Frequência por década de vida dos 4 sítios anatômicos de maior ocorrência | 30 |
| Figura 5 – Distribuição da Hiperplasia Fibrosa Inflamatória por faixa etária..... | 31 |
| Figura 6 – Neoplasias Malignas por década de vida..... | 32 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Número de diagnosticados por categoria 1996-2015 | 18 |
| Tabela 2 – Patologia da Mucosa Bucal..... | 19 |
| Tabela 3 – Patologia das Glândulas Salivares exceto Neoplasias | 20 |
| Tabela 4 – Miscelânea | 21 |
| Tabela 5 – Neoplasias Benignas incluindo Tumores de Glândulas Salivares | 22 |
| Tabela 6 - Cistos Odontogênicos e Não Odontogênicos | 23 |
| Tabela 7 – Patologia Gengival e Periodontal | 24 |
| Tabela 8 - Neoplasias Malignas | 25 |
| Tabela 9 – Tumores Odontogênicos..... | 26 |
| Tabela 10 - Doenças Infecciosas e Parasitárias..... | 27 |
| Tabela 11 - Patologia Dental | 27 |
| Tabela 12 - Patologia Óssea..... | 28 |
| Tabela 13 - Os diagnósticos mais frequentes..... | 31 |
| Tabela 14 - Diagnósticos histopatológicos dos carcinomas espinocelulares..... | 33 |
| Tabela 15 - Diagnósticos histopatológicos das leucoplasias..... | 34 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----|--------------------|
| NF | Não Fornecida |
| Id | Idade Desconhecida |

SUMÁRIO

| | | |
|---|---------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 | OBJETIVOS | 14 |
| 3 | MATERIAIS E MÉTODOS | 15 |
| 4 | RESULTADOS..... | 16 |
| 3 | DISCUSSÃO | 35 |
| 4 | CONCLUSÃO..... | 40 |
| 5 | REFERÊNCIAS..... | 41 |

1. INTRODUÇÃO

Ter conhecimento das principais lesões orais da população em que se atua é de suma importância para uma correta abordagem e ação clínica do cirurgião dentista. De tal forma, torna-se de grande valia 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). Uma vez que o Brasil possui grandes dimensões, esse fato assume maior significado quando se verifica uma baixa existência de publicações no país abordando este tema.

Pesquisas epidemiológicas são utilizadas para a avaliação da saúde bucal de determinadas populações, sendo importante 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 normais e patológicos do complexo bucomaxilofacial por parte do cirurgião dentista, de modo que quando necessária, a biópsia seja realizada o mais breve possível. Além disso, o completo detalhamento das informações clínicas e radiográficas na ficha do paciente torna-se fundamental, uma vez que esses dados irão ajudar a estabelecer o 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 desse trabalho 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).

Este trabalho apresenta dados dos laudos das biópsias bucais realizadas no período de 1996 a 2015, na Universidade Estadual de Londrina, com o objetivo de correlacionar a faixa etária, gênero, localização das lesões e diagnóstico histopatológico dos laudos analisados.

2. OBJETIVOS

O objetivo desse trabalho é realizar um levantamento das patologias bucais e maxilofaciais de uma população brasileira durante o período entre 1996 a 2015, 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). 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. E coletar dados pertinentes a idade e gênero do paciente, localização e diagnóstico da lesão.

3. 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 1996 a 31 de dezembro de 2015, correspondendo a 20 anos de pesquisa.

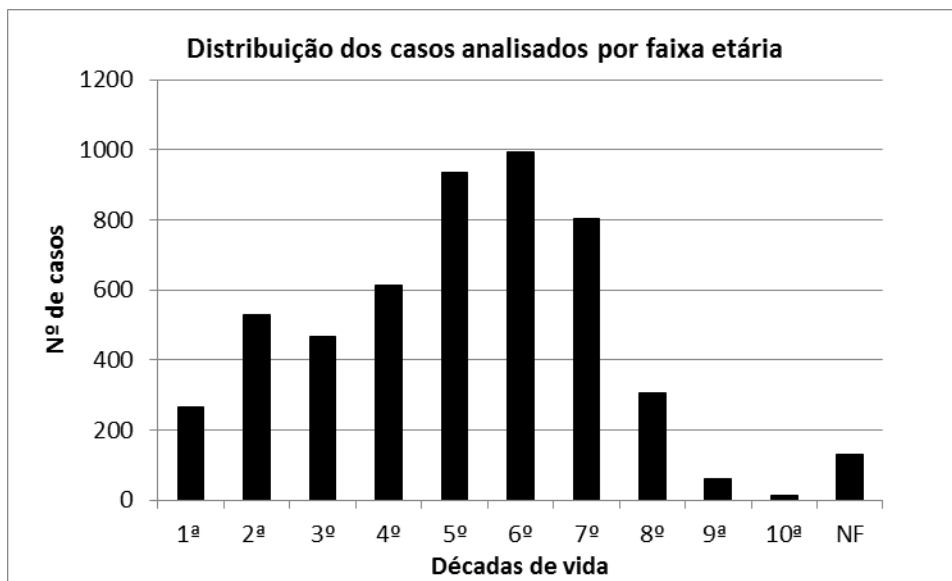
A pesquisa envolveu um banco de dados de diagnósticos histopatológicos, do qual foi coletado o ano do exame, idade e sexo do paciente, localização anatômica da lesão e seu diagnóstico histológico. Os laudos encontram-se arquivados em livros.

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

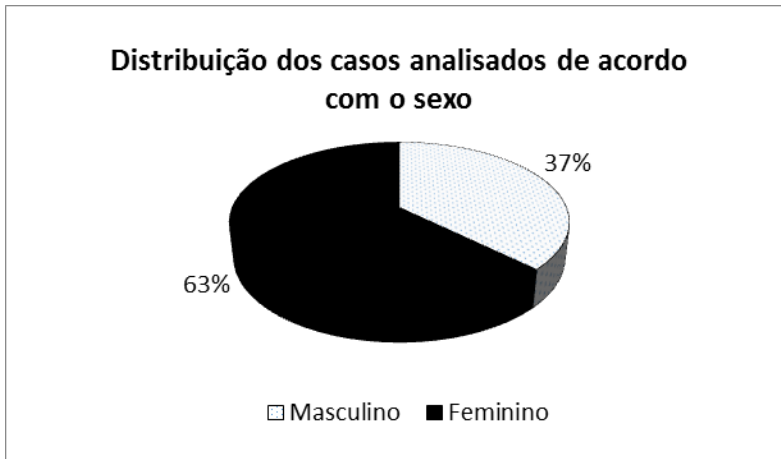
4. RESULTADOS

Foram recebidos pelo Laboratório de Anatomia Patológica 5.135 laudos, nos quais 4.282 (83,4%) eram de adultos com idade igual e superior a 18 anos, 721 (14,04%) eram de crianças e adolescentes com idades entre 0 e 17 anos e 132 (2,57%) 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 3.218 casos (62,67%), gerando uma razão masculino : feminino (M:F) de 0,6:1 (gráfico 2).

Gráfico 1 – Distribuição da idade por década de vida



Fonte: o próprio autor

Gráfico 2 - Distribuição dos gêneros

Fonte: o 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 5.135 casos avaliados, 183 tipos diferentes de alterações foram encontrados e 183 (3,56%) laudos apresentaram diagnóstico descritivo de tecido normal (tabela 4).

Tabela 1 – Número de casos diagnosticados por categoria 1996-2015

| Categoria Diagnóstica | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | Id | %Total |
|--|---------------|------------------|-----------------|----------------------|------------------------|------------|---------------|
| Patologia da Mucosa Bucal | 2741 | 819 | 1764 | 0,46 | 49,36 | 51 | 53,38% |
| Patologia das Glândulas Salivares exceto Neoplasias | 570 | 239 | 329 | 0,72 | 32,07 | 17 | 11,10% |
| Miscelânea | 369 | 133 | 196 | 0,67 | 43 | 11 | 7,19% |
| Neoplasias Benignas incluindo Tumores de Glândulas Salivares | 359 | 130 | 228 | 0,57 | 36,03 | 12 | 6,99% |
| Cistos Odontogênicos e não Odontogênicos | 290 | 130 | 160 | 0,81 | 35,4 | 16 | 5,65% |
| Patologia Gengival e Periodontal | 240 | 92 | 148 | 0,84 | 33,83 | 8 | 4,67% |
| Neoplasias Malignas | 233 | 141 | 92 | 1,53 | 46,32 | 3 | 4,54% |
| Tumores Odontogênicos | 108 | 45 | 63 | 0,71 | 20,79 | 3 | 2,10% |
| Doenças Infecciosas e Parasitárias | 90 | 50 | 40 | 1,25 | 45 | | 1,75% |
| Patologia Dental | 68 | 33 | 35 | 0,94 | 30,99 | 1 | 1,32% |
| Patologia Óssea | 67 | 25 | 42 | 0,59 | 39,81 | | 1,19% |
| Outros | 201 | | | | | | |
| Total | 5135 | 1837 | 3097 | 0,82 | 37,5 | 122 | |

Fonte: o próprio autor

Tabela 2- Patologia da Mucosa Bucal

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão | Idade | Id | % no | %Total |
|---|---------------|------------------|-----------------|--------------|--------------|-----------|--------------|---------------|
| | | | | M:F | Média | | Grupo | |
| Hiperplasia Fibrosa Inflamatória ^a | 1926 | 606 | 1320 | 0,45 | 51,41 | 36 | 70,27% | 37,51 |
| Hiperplasia Papilar Inflamatória ^a | 329 | 81 | 248 | 0,32 | 52,62 | 11 | 12% | 6,41% |
| Hiperqueratose e Acantose | 158 | 63 | 95 | 0,66 | 52,82 | 2 | 5,76% | 3,08% |
| Líquen Plano | 61 | 25 | 36 | 0,69 | 48,73 | | 2,23% | 1,19% |
| Fibroma Ossificante Periférico ^a | 57 | 21 | 36 | 0,58 | 33,52 | 2 | 2,08% | 1,11% |
| Quielite Actínica | 29 | 14 | 15 | 0,93 | 60,24 | | 1,06% | 0,56% |
| Displasia Epitelial | 23 | 9 | 14 | 0,64 | 45,21 | | 0,84% | 0,45% |
| Outros ^b | 158 | | | | | | | |
| Total | 2741 | 819 | 1764 | 0,61 | 49,36 | 51 | | |

^a Em alguns casos a idade do paciente é desconhecida.

^b Penfigóide Cicatricial (n=7), Verruga Vulgar (n=8), Quielite Actínica com Displasia Leve (n=6), Pênfigo Vulgar (n=6), Fibroma Ameloblástico (n=5), Reação Liquenóide (n=7), Hiperplasia da Papila Foliácea (n=4), Hiperplasia Epitelial (n=5), Morsicatio Bucarrum (n=4), Fibroma Ossificante (n=8), Nevo Branco Esponjoso (n=5), Mácula Melanótica (n=4), Nevo Intradérmico (n=2), Língua Geográfica (n=2), Língua Mordiscada (n=2), Hiperplasia Fibrosa Papilomatosa associada a Candidose (n=1), Fibroma (n=48), Fibroma Odontogênico Central (n=2), Mucosa bucal com acantose e espongiose (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 (=1), Hiperplasia Linfóide (n=2), Granuloma Eosinofílico Atípico (n=1), Hiperqueratose (n=17), Hiperqueratose e derrame pigmentar (n=1), Hiperqueratose Friccional (n=2), Lentigo (n=2), Hiperplasia Fibrosa Inflamatória associada com Hiperkeratose (2).

Fonte: próprio autor.

Tabela 3 – Patologia das Glândulas Salivares exceto Neoplasias

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão | Idade | Id | % no | %Total |
|---------------------------------|---------------|------------------|-----------------|--------------|--------------|-----------|--------------|---------------|
| | | | | M:F | Média | | Grupo | |
| Mucocele ^a | 516 | 216 | 300 | 0,72 | 19,17 | 16 | 90,53% | 10,05% |
| Rânula ^a | 31 | 14 | 17 | 0,82 | 24,56 | 1 | 5,44% | 0,60% |
| Sialodenite | 8 | 2 | 6 | 0,33 | 46,25 | | 1,40% | 0,16% |
| Sialolitíase | 7 | 4 | 3 | 1,33 | 37,57 | | 1,23% | 0,14% |
| Mucocele do Seio Maxilar | 3 | 2 | 1 | 2 | 20 | | 0,53% | 0,06% |
| Sialoductasia | 2 | 1 | 1 | 1 | 53 | | 0,35% | 0,04% |
| Mucocele e Sialoadenite Crônica | 1 | 0 | 1 | 0 | 24 | | 0,18% | 0,02% |
| Outros ^b | 2 | | | | | | | |
| Total | 570 | 239 | 329 | 0,88 | 32,07 | 17 | | |

^a Em alguns casos a idade é desconhecida

^b Outros: Sialodenite Crônica e Síndrome de Sjögren (n=1); Sialometaplasia Necrosante (n=1)

Fonte: próprio autor.

Tabela 4 – Miscelânea

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão | Idade | Id | % no | %Total |
|--|---------------|------------------|-----------------|--------------|--------------|-----------|--------------|---------------|
| | | | | M:F | Média | | Grupo | |
| Sem Diagnóstico – Descritivo –Normal ^a | 183 | 75 | 108 | 0,69 | 40,80 | 6 | 49,59% | 3,56% |
| Ulceração Crônica Inespecífica ^a | 42 | 18 | 24 | 0,75 | 41,82 | 2 | 11,38% | 0,82% |
| Sem Diagnóstico – NF | 41 | 18 | 23 | 0,78 | 44,27 | 1 | 11,11% | 0,80% |
| Sem Diagnóstico – Material Insuficiente | 37 | 11 | 26 | 0,42 | 46,05 | 1 | 10,03% | 0,72% |
| Tatuagem de Amálgama ^a | 16 | 6 | 10 | 0,6 | 48,4 | 1 | 4,34% | 0,31% |
| Inflamação Crônica Inespecífica | 10 | 5 | 5 | 1 | 37,6 | | 2,71% | 0,19% |
| Outros ^b | 40 | | | | | | | |
| Total | 369 | 133 | 196 | 0,70 | 43 | 11 | | |

^a Em alguns casos a idade do paciente é desconhecido.

^b Tecido de Granulação (n=8), Histiocitose de Células de Langerhans (n=4), Trajeto Fistuloso (n=3), Reação a corpo estranho (n=4), Tecido Cicatricial (n=3), Hematoma (n=2), Tecido Ósseo Maduro Vital (n=4), Fascite Nodular (n=2), Coágulo Sanguíneo (n=1), Coristoma cartilaginoso (n=1), Eritema Multiforme (n=1), Grânulos de Fordyce (n=2), Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (n=1), Varizes Linguais (n=1), Derrame Pigmentar (n=1), Alveolite (n=1), Abscesso (n=1).

Fonte: próprio autor.

Tabela 5 – Neoplasias Benignas incluindo Tumores de Glândulas Salivares

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão | Idade | Id | % no | %Total |
|-------------------------------------|---------------|------------------|-----------------|--------------|--------------|-----------|--------------|---------------|
| | | | | M:F | Média | | Grupo | |
| Papiloma Escamoso Oral ^a | 226 | 81 | 145 | 0,55 | 38,53 | 7 | 62,95% | 4,40% |
| Lipoma | 49 | 16 | 33 | 0,48 | 54,5 | 1 | 13,65% | 0,95% |
| Adenoma Pleomórfico | 30 | 8 | 22 | 0,36 | 43,35 | 2 | 0,58% | |
| Hemangioma | 23 | 11 | 12 | 0,91 | 0,91 | | 6,41% | 0,45% |
| Linfangioma | 10 | 5 | 5 | 1 | 24,7 | | 2,79% | 0,19% |
| Neuroma Traumático ^a | 5 | 1 | 4 | 0,25 | 65 | 1 | 1,39% | 0,10% |
| Osteoma | 4 | 3 | 1 | 3 | 53,75 | | 1,11% | 0,08% |
| Neurofibroma | 4 | 1 | 3 | 0,33 | 40,33 | 1 | 1,11% | 0,08% |
| Épulis Congênito do recém nascido | 2 | 2 | 0 | | 17,5 | | 0,56% | 0,04% |
| Papiloma Verrucoso Oral | 2 | 1 | 1 | 1 | 0,5 | | 0,56% | 0,04% |
| Hemangioma Cavernoso e Linfangioma | 1 | 1 | 0 | | 6 | | 0,28% | 0,02% |
| Neurilemona (Schwannoma) | 1 | 0 | 1 | | 33 | | 0,28% | 0,02% |
| Tumor de Células Granulares | 1 | 0 | 1 | | 43 | | 0,28% | 0,02% |
| Fibrohistiocitoma Benigno | 1 | 0 | 1 | | 66 | | 0,28% | 0,02% |
| Total | 359 | 130 | 228 | 0,56 | 36,03 | 12 | | |

^aEm alguns casos a idade do paciente é desconhecido.

Fonte: próprio autor.

Tabela 6 – Cistos Odontogênicos e Não Odontogênicos

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão | Idade | Id | % no | %Total |
|--|---------------|------------------|-----------------|--------------|--------------|-----------|--------------|---------------|
| | | | | M:F | Média | | Grupo | |
| Cisto Periapical ^a | 126 | 58 | 68 | 0,85 | 38,64 | 9 | 43,45% | 2,45% |
| Cisto Dentígero | 76 | 33 | 43 | 0,76 | 21,95 | 3 | 26,21% | 1,48% |
| Cisto Residual ^a | 34 | 15 | 19 | 0,78 | 49,24 | 1 | 11,72% | 0,66% |
| Cisto Odontogênico | 31 | 13 | 18 | 0,72 | 26,68 | 2 | 10,69% | 0,60% |
| Cisto Nasopalatino | 5 | 2 | 3 | 0,66 | 42,75 | 1 | 1,72% | 0,10% |
| Cisto Epidermóide | 4 | 2 | 2 | 1 | 42,25 | | 1,38% | 0,08% |
| Cisto Paradentário | 3 | 1 | 2 | 0,5 | 32,33 | | 1,03% | 0,06% |
| Cisto Periodontal Lateral ^a | 3 | 1 | 2 | 0,5 | 46,33 | | 1,03% | 0,06% |
| Cisto Dermóide | 2 | 1 | 1 | 1 | 36,5 | | 0,69% | 0,04% |
| Cisto Linfoepitelial | 2 | 1 | 1 | 1 | 36 | | 0,69% | 0,04% |
| Cisto Ósseo Hemorrágico | 2 | 2 | 0 | 0 | 27,5 | | 0,69% | 0,04% |
| Cisto Epidérmico | 1 | 0 | 1 | 0 | 32 | | 0,34% | 0,02% |
| Cisto Mucoso do Seio Maxilar | 1 | 1 | 0 | 0 | 36 | | 0,34% | 0,02% |
| Total | 290 | 130 | 160 | 0,59 | 35,4 | 16 | | |

^aEm alguns casos a idade do paciente é desconhecida.

Fonte: próprio autor.

Tabela 7 – Patologia Gengival e Periodontal

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão | Idade Id | % no | %Total |
|--|---------------|------------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|
| | | | | M:F | Média | Grupo | |
| Granuloma Piogênico ^a | 136 | 50 | 86 | 0,58 | 35,49 | 2 | 56,67% 2,65% |
| Lesão Periférica de Células Gigantes ^a | 37 | 15 | 22 | 0,68 | 37,81 | 4 | 15,42% 0,72% |
| Hiperplasia Gengival ^a | 29 | 14 | 15 | 0,93 | 34,7 | 2 | 12,08% 0,56% |
| Hiperplasia Gengival Inflamatória | 20 | 4 | 16 | 0,25 | 38,75 | | 8,33% 0,39% |
| Fibromatose Gengival ^a | 8 | 4 | 4 | 1 | 42,62 | | 3,33% 0,16% |
| Fibrose | 4 | 3 | 1 | 3 | 14 | | 1,67% 0,08% |
| Abscesso Periodontal | 2 | 1 | 1 | 1 | 23,5 | | 0,83% 0,04% |
| Gengivite Crônica | 2 | 1 | 1 | 1 | 36,5 | | 0,83% 0,04% |
| Hiperplasia Gengival Medicamentosa | 1 | 0 | 1 | 0 | 43 | | 0,42% 0,02% |
| Gengivite Plasmocitária | 1 | 0 | 1 | 0 | 32 | | 0,42% 0,02% |
| Total | 240 | 92 | 148 | 0,84 | 33,83 | 8 | |

^aEm alguns casos a idade do paciente é desconhecido.

Fonte: próprio autor.

Tabela 8 – Neoplasias Malignas

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão | Idade | Id | % no | %Total |
|---|---------------|------------------|-----------------|--------------|--------------|-----------|--------------|---------------|
| | | | | M:F | Média | | Grupo | |
| Carcinoma Espinocelular ^a | 193 | 123 | 70 | 1,75 | 58,47 | 4 | 82,83% | 3,76% |
| Carcinoma Mucoepidermóide | 10 | 5 | 5 | 1 | 41,9 | | 4,29% | 0,19% |
| Carcinoma Adenóide Cístico | 7 | 4 | 3 | 1,33 | 56,14 | | 3% | 0,14% |
| Adenocarcinoma Polimorfo de baixo grau | 3 | 2 | 1 | 2 | 46,66 | | 1,29% | 0,06% |
| Carcinoma Ameloblástico | 3 | 2 | 1 | 2 | 53,66 | | 1,29% | 0,06% |
| Linfoma Linfocítico | 2 | 0 | 2 | 0 | 63 | | 0,86% | 0,04% |
| Carcinoma “in situ” | 2 | 0 | 2 | 0 | 51 | | 0,86% | 0,04% |
| Linfoma não Hogkin | 2 | 2 | 0 | 0 | 41 | | 0,86% | 0,04% |
| Osteossarcoma | 2 | 0 | 2 | 0 | 46 | | 0,86% | 0,04% |
| Linfoma de Alto Grau não-Hodgkin tipo Burkitt | 1 | 0 | 1 | 0 | 27 | | 0,43% | 0,02% |
| Linfoma Plasmablástico | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 | | 0,43% | 0,02% |
| Carcinoma Verrucoso | 1 | 0 | 1 | 0 | 15 | | 0,43% | 0,02% |
| Carcinoma Basocelular | 1 | 1 | 0 | 0 | 65 | | 0,43% | 0,02% |
| Carcinoma Indiferenciado | 1 | 0 | 1 | 0 | 59 | | 0,43% | 0,02% |
| Melanoma Maligno | 1 | 1 | 0 | 0 | 38 | | 0,43% | 0,02% |
| Sarcoma de Kaposi | 1 | 0 | 1 | 0 | 32 | | 0,43% | 0,02% |
| Adenocarcinoma | 1 | 0 | 1 | 0 | 63 | | 0,43% | 0,02% |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|------------|-----------|-------------|--------------|----------|-------|--|
| Moderadamente Diferenciado | | | | | | | | |
| Neoplasia Maligna de Origem Linfóide | 1 | 1 | 0 | 0 | 48 | 0,43% | 0,02% | |
| Total | 233 | 141 | 92 | 0,44 | 46,32 | 3 | | |

^aEm alguns casos a idade do paciente é desconhecido.

Fonte: próprio autor.

Tabela 9 – Tumores Odontogênicos

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão M:F | Idade Média | Id | % no Grupo | %Total |
|---|---------------|------------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------|-------------------|---------------|
| Tumor Odontogênico Queratocístico | 61 | 26 | 35 | 0,74 | 34,14 | | 56,48% | 1,19% |
| Ameloblastoma ^a | 27 | 11 | 16 | 0,68 | 29,73 | 1 | 25% | 0,53% |
| Cisto Odontogênico Calcificante | 5 | 1 | 4 | 0,25 | 23 | | 4,63% | 0,10% |
| Odontoma Composto ^a | 5 | 4 | 1 | 4 | 20,25 | 1 | 4,63% | 0,10% |
| Mixoma Odontogênico ^a | 4 | 0 | 4 | 0 | 19 | 1 | 3,70% | 0,08% |
| Tumor Odontogênico Adenomatóide | 2 | 0 | 2 | 0 | 30 | | 1,85% | 0,04% |
| Odontoma (Sem especificação) | 2 | 2 | 0 | 0 | 13 | | 1,85% | 0,04% |
| Odontoma Complexo | 1 | 0 | 1 | 0 | 11 | | 0,93% | 0,02% |
| Tumor Odontogênico Epitelial Calcificante | 1 | 1 | 0 | 0 | 7 | | 0,93% | 0,02% |
| Total | 108 | 45 | 63 | 0,63 | 20,79 | 3 | | |

^aEm alguns casos a idade do paciente é desconhecida.

Fonte: próprio autor.

Tabela 10 – Doenças Infecciosas e Parasitárias

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão | Idade Id | % no | %Total |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|--------|--------|
| | | | | M:F | Média | Grupo | |
| Paracoccidioidomicose | 60 | 38 | 22 | 1,72 | 51,03 | 66,67% | 1,17% |
| Candidose | 18 | 8 | 10 | 0,8 | 42,16 | 20% | 0,35% |
| Leishmaniose | 5 | 2 | 3 | 0,66 | 46,2 | 5,56% | 0,10% |
| Condiloma Acuminado | 3 | 0 | 3 | 0 | 49,66 | 3,33% | 0,06% |
| Cisticercose | 1 | 0 | 1 | 0 | 32 | 1,11% | 0,02% |
| Histoplasmose | 1 | 1 | 0 | 0 | 66 | 1,11% | 0,02% |
| Lobomicose | 1 | 1 | 0 | 0 | 52 | 1,11% | 0,02% |
| Infecção Herpética | 1 | 0 | 1 | 0 | 21 | 1,11% | 0,02% |
| Total | 90 | 50 | 40 | 0,39 | 45 | | |

Fonte: próprio autor.

Tabela 11 – Patologia Dental

| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão | Idade Id | % no | %Total |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|--------------|----------|--------|
| | | | | M:F | Média | Grupo | |
| Granuloma Periapical ^a | 41 | 16 | 25 | 0,64 | 42,62 | 1 | 60,29% |
| Capuz Pericoronário | 18 | 11 | 7 | 1,57 | 26,11 | | 26,47% |
| Abscesso Periapical | 8 | 6 | 2 | 3 | 29,25 | | 11,76% |
| Dente extra- numerário | 1 | 0 | 1 | | 26 | | 1,47% |
| Total | 68 | 33 | 35 | 1,30 | 30,99 | 1 | |

^aEm alguns casos a idade é desconhecida.

Fonte: Próprio autor.

Tabela 12 – Patologia Óssea

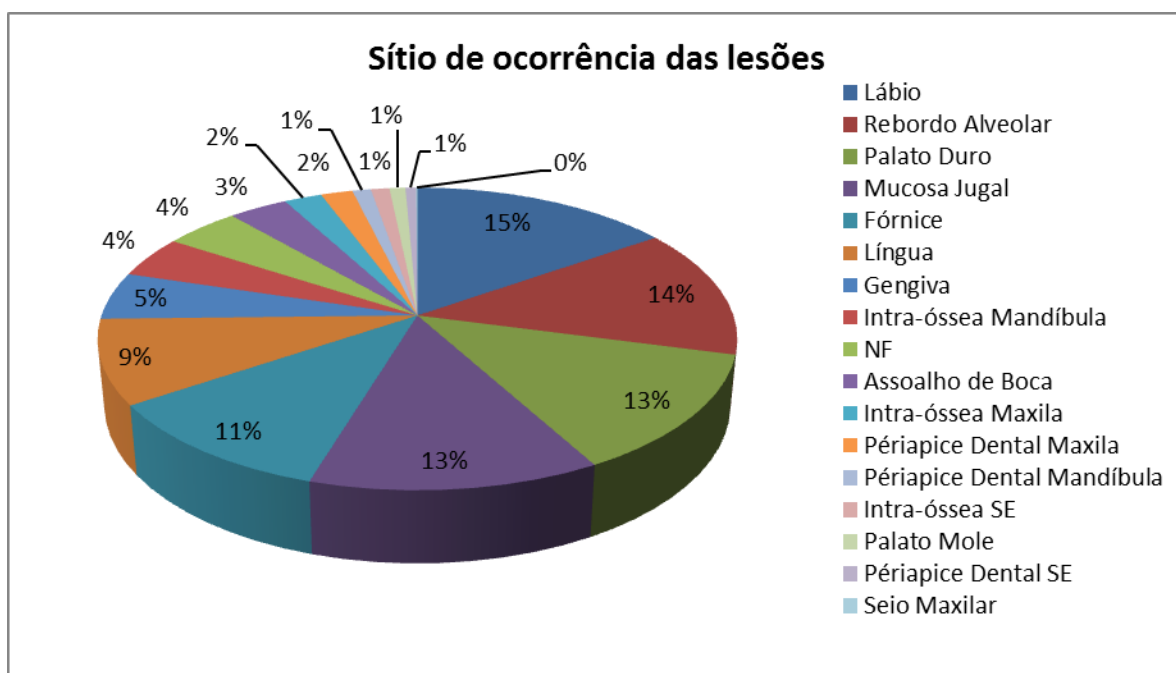
| Diagnóstico | Número | Masculino | Feminino | Razão | Idade Id | % no | %Total |
|---|---------------|------------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|
| | | | | M:F | Média | Grupo | |
| Lesão de Células Gigantes | 15 | 5 | 10 | 0,5 | 41,86 | 22,39% | 0,29% |
| Osteomielite Crônica | 11 | 3 | 8 | 0,37 | 53,09 | 16,42% | 0,21% |
| Lesão Central de Células Gigantes | 10 | 5 | 5 | 1 | 22,4 | 14,93% | 0,19% |
| Tecido Ósseo Necrótico | 5 | 1 | 4 | 0,25 | 42,2 | 7,46% | 0,10% |
| Lesão Fibro-Óssea Benigna – Fibroma Ossificante | 4 | 2 | 2 | 1 | 38,75 | 5,97% | 0,08% |
| Lesão Fibro-Óssea Benigna | 4 | 0 | 4 | 0 | 38,75 | 5,97% | 0,08% |
| Lesão Fibro-Óssea Benigna – Displasia Fibrosa | 3 | 1 | 2 | 0,5 | 22 | 4,48% | 0,06% |
| Displasia Cemento-óssea Focal | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3% | 0,04% |
| Exostose Óssea | 2 | 0 | 2 | 0 | 70,5 | 3% | 0,04% |
| Osteomielite Supurativa | 2 | 0 | 2 | 0 | 43 | 3% | 0,04% |
| Tórus Palatino | 2 | 1 | 1 | 1 | 48,5 | 3% | 0,04% |
| Osteomielite | 2 | 1 | 1 | 1 | 14 | 3% | 0,04% |
| Osteomielite Aguda | 2 | 2 | 0 | 0 | 67 | 3% | 0,04% |
| Osteomielite Esclerosante Difusa | 1 | 1 | 0 | 0 | 60 | 1,49% | 0,02% |
| Osteomielite Esclerosante Focal Crônica | 1 | 1 | 0 | 0 | 33 | 1,49% | 0,02% |

| | | | | | | | |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|--------------|-------|-------|
| Torus Mandibular | 1 | 0 | 1 | 0 | 42 | 1,49% | 0,02% |
| Total | 67 | 25 | 42 | 0,35 | 39,81 | | |

Fonte: próprio autor.

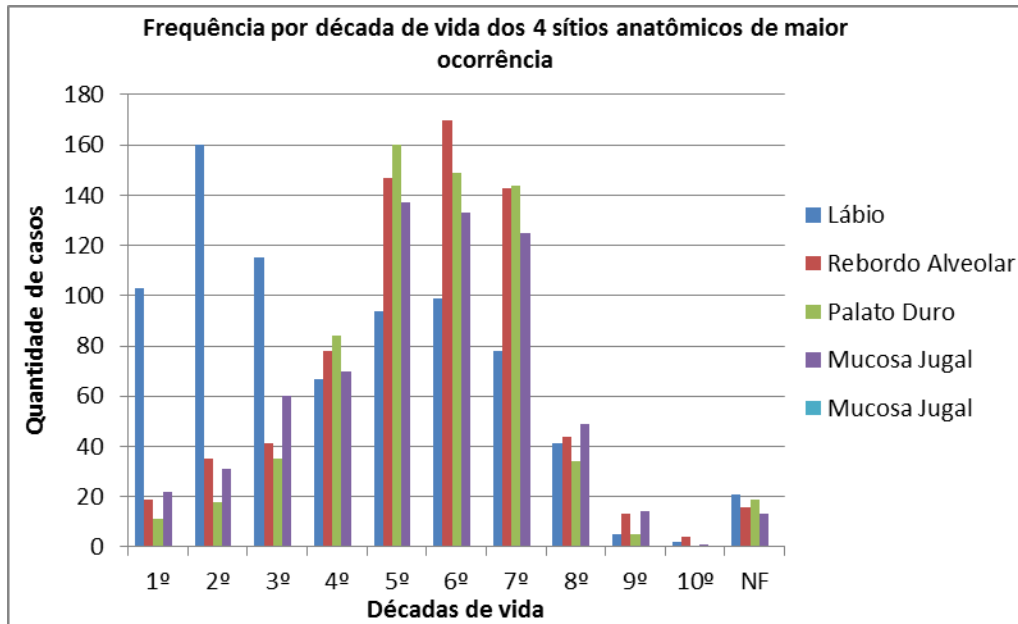
O estudo revelou 18 diferentes sítios anatômicos de ocorrência das lesões, sendo o lábio o mais acometido e 228 (4,44%) casos com localização não fornecida (NF) (gráfico 3). Uma frequência por década de vida dos 4 sítios anatômicos de maior ocorrência pode ser visualizada no gráfico 4, o qual apresentou 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



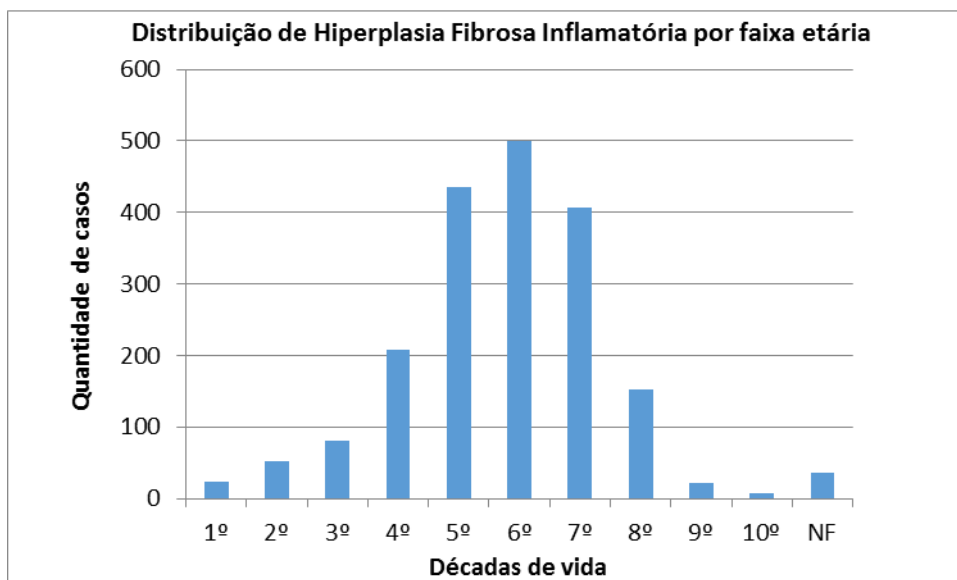
Fonte: próprio autor.

As 10 lesões registradas com maior frequência estão na tabela 13, somando 2.809 laudos, o que corresponde a 57,70% de todo o acervo pesquisado. O diagnóstico de maior ocorrência foi a hiperplasia fibrosa inflamatória com 1.926 casos representando 37,51% 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 1.320 casos (81,18%).

Tabela 13 – Os 10 diagnósticos mais frequentes

| Diagnóstico | Número | % |
|---------------------------------------|---------------|--------------|
| Hiperplasia Fibrosa Inflamatória | 1926 | 37,51 |
| Mucocele | 516 | 10,05 |
| Hiperplasia Papilomatosa Inflamatória | 329 | 6,41 |
| Papiloma Escamoso Oral | 226 | 4,40 |
| Carcinoma Espinocelular | 193 | 3,76 |
| Leucoplasia | 158 | 3,08 |
| Granuloma Piogênico | 136 | 2,65 |
| Cisto Periapical | 126 | 2,45 |
| Líquen Plano | 61 | 1,19 |
| Total | 3747 | 72,98 |

Fonte: próprio autor.

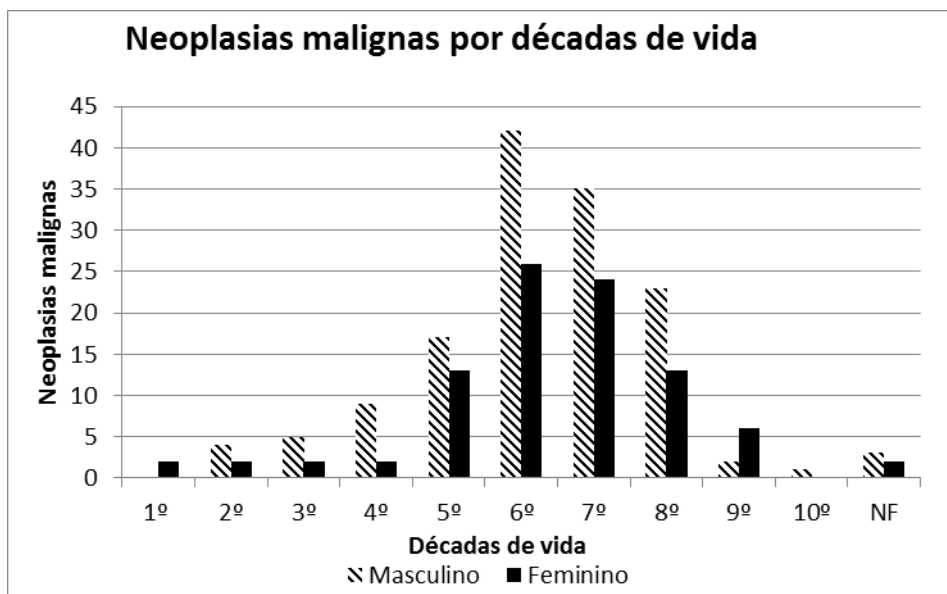
Gráfico 5 – Distribuição da Hiperplasia Fibrosa Inflamatória por faixa etária

Fonte: próprio autor.

A mucocele encontra-se como a segunda lesão mais frequente dentro de toda a pesquisa com 516 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 300 casos e o lábio foi a região anatômica mais atingida (69,19%). A média de idade de ocorrência desta lesão foi 19,17 anos.

O carcinoma espinocelular foi a 5ª lesão mais comum, representando 3,76% de todos os laudos analisados (Tabela 13). Dentro do grupo das neoplasias malignas, o carcinoma espinocelular representa a maioria com 82,83% de todos os diagnósticos da categoria. O gênero masculino foi mais afetado (63,73%) (Gráfico 6), e a língua foi a localização mais frequente e a idade média foi de 58,47 anos. Com relação a classificação histológica dos carcinomas espinocelulares, a maioria dos casos foi diagnosticado como bem diferenciado (64,43%), seguido do moderadamente diferenciado (27,32%), pouco diferenciado (6,19%) e microinvasivo (1,55%) (Tabela 14).

Gráfico 6 – Neoplasias Malignas por década de vida



Fonte: próprio autor.

Tabela 14 – Diagnósticos histopatológicos dos carcinomas espinocelulares

| Diagnóstico | Número | % |
|----------------------------|---------------|----------|
| Carcinoma Espinocelular | 125 | 64,43 |
| Bem diferenciado | | |
| Carcinoma Espinocelular | 53 | 27,32 |
| Moderadamente diferenciado | | |
| Carcinoma Espinocelular | 12 | 7 |
| Pouco diferenciado | | |
| Carcinoma Espinocelular | 3 | 1,55 |
| Microinvasivo | | |
| Carcinoma Espinocelular | 1 | 0,52 |
| Invasivo | | |
| Total | 194 | |

Fonte: próprio autor.

A leucoplasia representa aproximadamente 3,08% das lesões diagnosticadas (tabela 13). A média de idade foi de 52,82 anos, a mucosa jugal foi a localização anatômica mais comum e as mulheres foram ligeiramente mais acometidas (60,13%). Dos diagnósticos histopatológicos das leucoplasias, hiperqueratose e acantose foi a mais frequente com 139 casos (87,97%), seguido pela displasia epitelial leve (7,59%), displasia epitelial moderada (3,16%) e displasia epitelial severa (1,27%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Diagnósticos histopatológicos das leucoplasias

| Diagnóstico | Número | % |
|------------------------------|---------------|----------|
| Hiperqueratose e Acantose | 139 | 88 |
| Displasia Epitelial Leve | 12 | 8 |
| Displasia Epitelial Moderada | 5 | 3,16 |
| Displasia Epitelial Severa | 2 | 1,27 |
| Total | 158 | |

Fonte: próprio autor.

5. 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 ausência de trabalhos desenvolvidos nesta população com visão ampla e crítica.

Com relação ao sexo, estudos mostram uma predominância do gênero feminino (BERTOJA et al., 2007; JONES & FRANKLIN, 2006a ; PRADO, et al., 2010; ROSSI & HIRSCH, 1977). 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 1:0,65 e a média de idade acometida foi de 46,32 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, 82,83% das neoplasias malignas foram carcinomas espinocelulares, com uma razão M:F de 1,75:1 e idade média de ocorrência foi de 58,47 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; HOLMSTRUP, P. et al., 2007; JOHNSON, N. W et al., 2011; WARNAKULASURIYA, S et al., 2007). Em nosso estudo o gênero feminino foi o mais afetado com 60,13% 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 1.926 casos (37,51% 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 0,45:1. 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 Hiperplasia Fibrosa Inflamatória 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 10,05% 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 pesquisa em pacientes pediátricos. Esta doença, em nosso estudo, apresentou maior incidência nas 3 primeiras décadas de vida, com idade média de acometimento de 19,17 anos e a razão M:F foi de 0,72:1. 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 2,12% 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 20,79 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 0,63:1. O tumor odontogênico mais frequente foi o Tumor Odontogênico Queratocístico com 56,48% das lesões do grupo, seguido pelo Ameloblastoma (25%) e pelo Cisto Odontogênico Calcificante (4,63%). 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 lábio. 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 diagnóstico 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, seja maior que o número de casos de leucoplasias. A necessidade do diagnóstico precoce do câncer bucal deve novamente ser salientada.

6. CONCLUSÃO

Esse estudo apresenta a frequência das lesões diagnosticadas histologicamente na Clínica Odontológica Universitária, da Universidade Estadual de Londrina, e que estavam armazenadas nos arquivos do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – HU.

No período de 20 anos, foram realizadas 5.135 biópsias na Clínica Odontológica Universitária de Londrina, a maioria dos pacientes na 5^o e 6^o décadas de vida, mais comum em mulheres, e as lesões mais frequentes foram de mucosa bucal e glândula salivar exceto neoplasia.

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.
42. HOLMSTRUP, P.; VEDTOFTE, P.; REIBEL, J.; STOLTZE, K. Oral premalignant lesions: is a biopsy reliable? *Journal of oral pathology & medicine*, v. 36, n. 5, p. 262–6, maio 2007.
43. JOHNSON, N. W.; JAYASEKARA, P.; AMARASINGHE, A A H. K. Squamous cell carcinoma and precursor lesions of the oral cavity: epidemiology and aetiology. *Periodontology* 2000, v. 57, n. 1, p. 19–37, out 2011.

44.WAAL, I. VAN DER. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. *Oral oncology*, v. 46, n. 6, p. 423–5, jun 2010.

45.WARNAKULASURIYA, S.; JOHNSON, N. W.; WAAL, I. VAN DER. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of oral pathology & medicine*, v. 36, n. 10, p. 575–80, nov 2007.