



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES DE TECIDOS MOLES E
DUROS NOS PACIENTES DA CLÍNICA DENTÁRIA
UNIVERSITÁRIA: UM ESTUDO RETROSPETIVO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Camila de Fátima Trimboli

Viseu, 2022



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES DE TECIDOS MOLES E
DUROS NOS PACIENTES DA CLÍNICA DENTÁRIA
UNIVERSITÁRIA: UM ESTUDO RETROSPETIVO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Camila de Fátima Trimboli

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Sofia Soares Couto

Coorientador: Professor Doutor Tiago Miguel Santos Marques

Coorientadora: Professora Doutora Raquel Monteiro Marques da Silva

Viseu, 2022

*“Aos outros, dou o direito de ser como são.
A mim, dou o dever de ser cada dia melhor.”*

Chico Xavier

Dedicatórias

Aos meus pais e minha filha Nicole por todo apoio e amor incondicional.

Às minhas estrelinhas Derek e Dalila.

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Patrícia Couto por todo conhecimento partilhado, pela sua dedicação, disponibilidade e colaboração na execução desta dissertação.

Aos meus coorientadores Professor Doutor Tiago Marques e Professora Doutora Raquel Silva pelas opiniões e críticas construtivas.

Aos meus colegas profissionais pela companhia neste desafio que enfrentamos.

A todos que de alguma maneira contribuíram para que eu ultrapassasse mais esta etapa de vida profissional e pessoal.

RESUMO

Introdução: diferentes patologias de tecidos moles e duros podem acometer a cavidade oral e, apesar do exame clínico e radiográfico ser uma mais valia na obtenção de um diagnóstico clínico, por vezes, torna-se necessária a realização do procedimento cirúrgico de biópsia. O exame anatomopatológico auxilia no diagnóstico da maior parte das lesões orais, tendo particular importância nas lesões potencialmente malignas uma vez que estas podem evoluir para cancro oral.

Objetivos: avaliar a prevalência das lesões de tecidos moles e duros diagnosticadas através do exame anatomopatológico, nos pacientes da Clínica Dentária Universitária; analisar os fatores de risco e determinantes clínicos associados a estas lesões; determinar a concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico; bem como a prevalência de neoplasias malignas.

Material e métodos: foi realizado um estudo retrospectivo observacional descritivo das lesões de tecidos moles e duros dos pacientes da Clínica Dentária Universitária de Viseu, onde foram efetuadas análises estatísticas descritivas e inferenciais de 52 biópsias.

Resultados: o género mais afetado foi o feminino com 59,62% e idade média de 59,97 anos. A técnica de biópsia mais realizada foi a excisional convencional, representando 63,46% da amostra. A localização anatómica mais biopsada foi a mucosa jugal e a patologia mais diagnosticada foi o fibroma. O uso de prótese mal adaptada e o hábito nocivo do tabaco, foram os fatores de risco mais presentes entre os pacientes estudados. Em 89,6% dos casos os diagnósticos clínicos e anatomopatológicos foram concordantes. A prevalência das neoplasias malignas neste estudo foi de 5,77%, com maior incidência no género feminino (3,85%) e na faixa etária entre os 71-80 anos de idade (3,85%).

Conclusão: as várias lesões diagnosticadas nos pacientes deste estudo confirmam que a biópsia seguida do exame anatomopatológico é um procedimento de grande relevância, juntamente com o exame clínico e a anamnese para a obtenção de um diagnóstico preciso e definitivo das lesões da cavidade oral.

Palavras-chave: patologia oral; manifestações orais; cirurgia oral; biópsias; neoplasias orais.

ABSTRACT

Introduction: different pathologies of soft and hard tissues can affect the oral cavity and, despite the clinical and radiographic examination being an asset in obtaining a clinical diagnosis, sometimes it becomes necessary to perform the surgical biopsy procedure. The anatomopathological examination helps in the diagnosis of most oral lesions, being particularly important in potentially malignant lesions as they can progress to oral cancer.

Objectives: to evaluate the prevalence of soft and hard tissue injuries diagnosed through anatomopathological examination in patients at the University Dental Clinic; to analyze the risk factors and clinical determinants associated with these injuries; to determine the agreement between clinical and anatomopathological diagnosis; as well as the prevalence of malignant neoplasms.

Material and methods: a retrospective observational descriptive study of soft and hard tissue injuries of patients at the University Dental Clinic of Viseu was carried out, where descriptive and inferential statistical analyzes of 52 biopsies were performed.

Results: the most affected gender was female with 59.62% and mean age of 59.97 years. The most performed biopsy technique was the conventional excisional one, representing 63.46% of the sample. The most biopsied anatomical location was the cheek mucosa and the most diagnosed pathology was fibroma. The use of ill-fitting dentures and the harmful habit of tobacco were the most common risk factors among the patients studied. In 89.6% of the cases, the clinical and anatomopathological diagnoses were in agreement. The prevalence of malignant neoplasms in this study was 5.77%, with a higher incidence in females (3.85%) and in the age group between 71-80 years old (3.85%).

Conclusion: the various lesions diagnosed in the patients in this study confirm that biopsy followed by anatomopathological examination is a highly relevant procedure, together with clinical examination and anamnesis to obtain an accurate and definitive diagnosis of oral cavity lesions.

Key-words: oral pathology; oral manifestations; oral surgery; biopsies; mouth neoplasms.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Patologia da cavidade oral	1
1.2. Biópsia	5
1.2.1. Indicações e contra-indicações	5
1.2.2. Técnicas de biópsia	5
1.2.3. Preparo do espécime e envio para o laboratório	6
1.2.4. Tratamento do espécime no laboratório.....	7
2. MATERIAL E MÉTODOS	9
2.1. Desenho do estudo	9
2.2. Caracterização da amostra	9
2.3. Instrumento de recolha e análise dos dados	9
2.4. Princípios éticos	10
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO	29
4.1. Técnica de biópsia realizada	29
4.2. Género dos pacientes	29
4.3. Faixa etária dos pacientes	30
4.4. Localização anatómica da lesão	31
4.5. Fatores de risco	31
4.6. Diagnóstico anatomopatológico	33
4.6.1. Fibroma	33
4.6.2. Epúlida	33
4.6.3. Mucocelo do lábio	34
4.6.4. Leucoplasia	34
4.6.5. Neoplasias malignas	35
4.6.6. Lesões de tecidos duros	36
4.6.7. Lesões vasculares	37
4.6.8. Doenças autoimunes	37
4.6.9. Restantes lesões	37
4.7. Concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico	38

5. CONCLUSÕES	40
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
7. ANEXOS	46
7.1. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa sobre o projeto nº169	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por técnica de biópsia realizada na CDU - Viseu.....	11
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por género dos pacientes biopsados na CDU - Viseu.....	11
Gráfico 3 - Distribuição da frequência das lesões biopsadas por faixa etária dos pacientes	12
Gráfico 4 - Distribuição das biópsias por localização anatómica da lesão.....	13
Gráfico 5 - Distribuição por frequência das lesões orais diagnosticadas anatomopatologicamente	14
Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes que apresentaram fatores de risco associados às lesões orais diagnosticadas	15
Gráfico 7 - Distribuição da patologia sistémica por pacientes da amostra em estudo	16
Gráfico 8 - Distribuição da patologia sistémica por faixa etária do paciente	17
Gráfico 9 - Distribuição das lesões diagnosticadas por género dos pacientes biopsados	18
Gráfico 10 - Distribuição das lesões diagnosticadas por faixa etária dos pacientes.....	19
Gráfico 11 - Distribuição das lesões diagnosticadas por fatores de risco associados	21
Gráfico 12 - Distribuição das lesões diagnosticadas por localização anatómica	23
Gráfico 13 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de neoplasias malignas diagnosticadas na CDU - Viseu	24

Gráfico 14 - Distribuição da frequência de neoplasias malignas por género do paciente biopsado.....	24
Gráfico 15 - Distribuição da frequência de neoplasias malignas por faixa etária do paciente biopsado.....	25

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resultado da média de idades dos pacientes	12
Tabela 2 - Resultado da média de idades por género do paciente	12
Tabela 3 - Distribuição da patologia sistémica por género do paciente	16
Tabela 4 - Distribuição dos fatores de risco por género do paciente	20
Tabela 5 - Distribuição dos fatores de risco por faixa etária do paciente	20
Tabela 6 - Distribuição dos fatores de risco por localização anatómica da lesão	22
Tabela 7 - Teste Binomial	25
Tabela 8 - Concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico	26
Tabela 9 - Concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico por lesões diagnosticadas	27
Tabela 10 - Concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico por localização anatómica da lesão	27

LISTA DE SIGLAS

HPV – Human Papilloma Vírus

LVP – Leucoplasia Verrucosa Proliferativa

PAAF – Punção Aspirativa por Agulha Fina

DPO – Data Protection Officer

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

NR – Não Registado

H0 – Hipótese Nula

H1 – Hipótese Alternativa

α – Nível de Significância

UCP – Universidade Católica Portuguesa

DP – Desvio Padrão

CDU- Clínica Dentária Universitária

CEO – Carcinoma Epidermóide Oral

UV – Ultravioleta

1. INTRODUÇÃO

As patologias que acometem a mucosa oral, assim como as lesões dos maxilares, são diversas e quando detetadas precocemente, ainda no seu estágio assintomático, há um aumento das possibilidades terapêuticas menos agressivas e da sobrevivência do paciente. Sendo, portanto, fundamental na prática clínica dos Médicos Dentistas a identificação dessas diferentes patologias, bem como dos seus distintos fatores etiológicos, visto que o diagnóstico tardio, acompanhado da desvalorização de sinais e sintomas, pode levar ao comprometimento da imagem corporal e interferir diretamente na qualidade de vida do paciente com a necessidade de tratamentos mais invasivos (1).

A ocorrência de determinadas alterações num tecido ou estrutura presente na cavidade oral, incluindo mucosas, glândulas salivares, dentes, periodonto, estruturas vasculares, músculos e ossos, pode dar origem à manifestação de doenças orais. E ainda que seja realizado um exame clínico minucioso de uma lesão oral, através do qual seja possível formular uma hipótese diagnóstica, frequentemente, torna-se necessário a utilização de exames complementares como exames radiográficos, exames hematológicos e o exame anatomopatológico. Este último, por sua vez, é realizado através do procedimento de biópsia, com o intuito de obter um diagnóstico conclusivo e fiável, e de submeter o paciente a um tratamento adequado (2-4).

1.1. Patologia da cavidade oral

As inúmeras doenças que afetam a cavidade oral podem ser divididas basicamente em três grupos: as Patologias Benignas, Patologias Potencialmente Malignas e Patologias Malignas. Estas podem ainda ser subdivididas em Lesões infecciosas de origem bacteriana, fúngica e viral; Lesões traumáticas de origem física e química; Manifestações orais de doenças sistêmicas; Reações alérgicas e autoimunes; Quistos e Tumores odontogênicos; Patologia das glândulas salivares; Neoplasias benignas e Neoplasias malignas (4,5).

Entretanto, algumas manifestações clínicas na mucosa oral ou na língua correspondem apenas a variações anatómicas da normalidade, sem implicação patogénica e a sua maioria não requer tratamento já que, em geral, o seu aspeto clínico é característico e não necessita de biópsia para o diagnóstico. Como exemplo dessas alterações temos: grânulos de Fordyce, língua fissurada, saburrosa e geográfica, varicosidades, presença de torus palatino ou mandibular e leucoedema. O leucoedema está presente principalmente nas pessoas da raça negra, e consiste numa lesão branco-acinzentada opalescente localizada na mucosa jugal, que desaparece quando é feita a distensão da mucosa, auxiliando dessa maneira, na diferenciação entre outras lesões brancas como leucoplasia, líquen plano e candidíase (6–9).

As lesões benignas da mucosa oral, podem causar muito desconforto ao paciente, como dor, ardência, sensação de boca seca, e interferir diretamente nas funções vitais do indivíduo, como fala, alimentação e deglutição. As úlceras de origem traumática e a estomatite aftosa recorrente estão entre as lesões benignas mais comuns encontradas nos tecidos moles da cavidade oral, assim como herpes labial, epúlides fissuradas, fibromas traumáticos, candidíases, granulomas piogénicos, mucosites após radioterapia e quimioterapia, hemangiomas e outras lesões vasculares (2,10).

Algumas lesões da mucosa oral têm elevado potencial de sofrer malignização e transformar-se em cancro, independentemente do grau de displasia presente no seu epitélio. A manifestação dessas lesões potencialmente malignas, bem como o desenvolvimento de cancro oral, estão associados a importantes fatores de risco como o uso de tabaco, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, trauma da mucosa oral causado por dentes ou dispositivos protéticos, deficiências nutricionais, exposição à radiação solar, higiene oral precária e algumas infeções virais, bacterianas ou fúngicas (11,12).

Apesar do potencial de malignização, nem todas essas lesões se transformam em cancro, devido à etiologia multifatorial desta doença. Entretanto, a probabilidade das patologias potencialmente malignas da mucosa oral se tornarem malignas deve ser sempre ponderada, pois aumenta consideravelmente caso existam lesões que não cicatrizem em duas semanas, que sangrem, que aumentem de tamanho

rapidamente, que se encontrem aderidas em estruturas anatómicas adjacentes, com áreas persistentes de coloração vermelha ou branca e regiões ulceradas ou nodulares (6,13).

Entre as lesões potencialmente malignas mais comuns da mucosa oral estão a leucoplasia, a eritroplasia, a eritroleucoplasia, as lesões palatinas no fumador invertido e a queilite actínica. Verifica-se ainda que algumas condições podem estar associadas ao desenvolvimento de lesões malignas, como o líquen plano e lesões causadas pelo vírus HPV (Human Papilloma Virus), em especial os subtipos HPV16 e HPV18 (2,10,14).

A leucoplasia é a mais comum e com maior prevalência entre as lesões com potencial de malignização. Tem como característica a presença de placas brancas não destacáveis por meio de raspagem, que não podem ser diagnosticadas clínica ou histologicamente como qualquer outra doença ou processo patológico. Acomete ambos os géneros, particularmente em idades superiores a 40 anos e idosos, e pode surgir em qualquer região da cavidade oral. Todavia os locais de maior frequência e que requerem cuidado especial por terem maior incidência de cancro oral são o bordo lateral da língua, o *vermilion* do lábio inferior e o pavimento da boca (10–12).

As leucoplasias classificam-se segundo o seu aspeto clínico em homogéneas e não homogéneas. A leucoplasia homogénea é a mais frequente, caracterizada por uma lesão branca, uniforme, de superfície plana, achatada ou levemente enrugada e pouco sintomática. Cerca de um terço dessas lesões retrocedem ou desaparecem, porém algumas intensificam-se e desenvolvem irregularidades na sua superfície como grânulos e nódulos, caracterizando-as em leucoplasias não homogéneas (5,15).

As eritroplasias são lesões que apresentam como características displasia epitelial e áreas vermelhas e, assim como as leucoplasias, não podem ser diagnosticadas clínica ou patologicamente como qualquer outra condição. Quando existe associação de áreas brancas e áreas vermelhas, ou uma região vermelha com pontos brancos sobrepostos, essas lesões são denominadas de eritroleucoplasias, um tipo de leucoplasia não homogénea. A eritroplasia e a eritroleucoplasia são menos frequentes, porém mais graves, pois a maior parte das lesões vermelhas podem transformar-se em cancro oral (5,16).

A leucoplasia verrucosa, também classificada como leucoplasia não homogênea, apresenta projeções agudas em forma de botões, semelhante a uma verruga. As leucoplasias não homogêneas em geral possuem um risco maior de se transformarem em lesões malignas (17,18).

Um tipo importante de leucoplasia com alto potencial de malignização é a leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), com maior incidência no gênero feminino e mínima relação com o uso de tabaco. Apresenta como característica clínica a presença de múltiplas placas queratóticas com superfície áspera, que tendem a espalhar-se lenta e continuamente e a envolver outras áreas da mucosa oral, como a gengiva. Estas lesões geralmente progridem desenvolvendo alterações displásicas e transformando-se em carcinoma (5,16,17).

As lesões potencialmente malignas devem ser acompanhadas e realizada biópsia para o rastreio e diagnóstico precoce do cancro oral, pois uma porção significativa dessas lesões poderá ter displasia oral comprovada ou será confirmada a sua transformação em maligna, cujo diagnóstico mais frequente, é o Carcinoma Epidermóide Oral, com tendência a metástases linfáticas e taxas de recidivas locais significativas (2,10,14).

Como a fase inicial do cancro é frequentemente assintomática, na maioria dos casos, quando diagnosticados, o seu estadiamento clínico já se encontra em condições avançadas, refletindo numa indicação terapêutica mais invasiva e num prognóstico desfavorável da doença. Portanto, a habilidade e experiência do profissional, aliadas ao reconhecimento efetivo de sinais e sintomas das Lesões Malignas e Potencialmente Malignas durante o exame clínico, juntamente com a realização do ato cirúrgico de biópsia e o seu envio para avaliação anatomopatológica têm grande efeito no diagnóstico rápido e precoce do cancro oral. Estes casos garantem um aumento na sobrevivência do paciente, bem como uma melhor qualidade de vida com a possibilidade de tratamentos menos agressivos e mais eficazes (13,19).

1.2. Biópsia

A biópsia consiste num procedimento cirúrgico aceite como *gold standard*, onde é removido uma parte de tecido que será analisado microscopicamente, de forma a conseguir um resultado diagnóstico conclusivo (8,20).

O sucesso da biópsia está relacionado com a seleção do método ideal para recolha da amostra, a escolha do local mais significativo da lesão, as informações clínicas que acompanharão o material destinado à análise anatomopatológica e, não menos importante, o acondicionamento correto do espécime a ser enviado ao laboratório (21).

1.2.1. Indicações e contra-indicações

Este procedimento cirúrgico é indicado quando existe uma alteração de tecidos moles ou duros em que a lesão persiste por mais de duas semanas mesmo após a remoção de fatores traumáticos e inflamatórios, quando há mudança de coloração ou tamanho da lesão, quando há suspeita de malignização e para confirmação de diagnóstico radiológico em caso de lesões de tecidos duros. No entanto, a biópsia é contraindicada em pacientes com graves doenças sistémicas relacionadas com a coagulação sanguínea, pois pode ocorrer um sangramento significativo no ato cirúrgico ou em pacientes que se encontrem muito debilitados e em que o procedimento possa agravar o seu estado de saúde (9,22).

1.2.2. Técnicas de biópsia

Vários são os métodos de biópsias existentes, contudo, as técnicas mais comumente realizadas pelos Médicos Dentistas são as biópsias incisionais e as excisionais. Na biópsia incisional é removido um fragmento de tecido que contém a lesão e está indicada no caso de lesões extensas, potencialmente malignas, com suspeita de malignização ou para determinar um diagnóstico de doença sistémica. Nos casos em que o diagnóstico de malignização seja confirmado, o paciente deve ser encaminhado para o médico especialista, para que seja realizada a remoção total da lesão e o tratamento adequado. Em contrapartida, nos casos de lesões pequenas

e sem suspeita de malignização, a técnica de biópsia indicada é a excisional, onde a lesão ou área suspeita é removida na sua totalidade junto com uma pequena porção de tecido saudável circundante e em profundidade. Essa técnica confere ao procedimento um caráter não só de diagnóstico mas também terapêutico (7,8,20).

A citologia esfoliativa consiste numa outra técnica de biópsia, onde é realizada a raspagem da lesão e fixação do material numa lâmina de vidro para posterior análise microscópica. No caso de lesões que possuem no seu interior conteúdo líquido, a técnica de biópsia realizada é a punção aspirativa por agulha fina (PAAF), onde o material é coletado por aspiração (7,8,20).

1.2.3. Preparo do espécime e envio para o laboratório

Todos os requisitos técnicos operatórios devem ser seguidos para obtenção de sucesso aquando da realização de uma biópsia. O espécime a ser enviado ao laboratório deve ser de qualidade, com quantidade suficiente em extensão e profundidade, e livre de artefactos, para permitir ao patologista uma correta interpretação e estabelecer um adequado diagnóstico. Um artefacto pode ser causado devido à falha no procedimento de biópsia, como manipulação inadequada dos tecidos, injeção de anestesia no interior da lesão, acondicionamento ineficaz da peça, fixação inadequada, queimadura ou congelamento da amostra, causando dessa maneira uma alteração no tecido a ser examinado e, conseqüentemente, imprecisão no resultado da análise (23).

O material de biópsia deve ser imediatamente acondicionado num frasco com solução fixadora, para evitar a sua deterioração, preservar células e tecidos, e impedir atividade bacteriana. A solução fixadora mais comumente utilizada é o formol tamponado neutro a 10%, visto que induz poucas alterações tecidulares. Deve-se evitar outras soluções como água, soro fisiológico e álcool, pois podem causar graves alterações nas estruturas dos tecidos. O volume da solução fixadora deve ser de 10 a 20 vezes o volume da amostra (7,24).

Todo o material enviado ao patologista deve ser acompanhado de uma história clínica que contenha a aparência clínica da lesão, presença de outras lesões, a hipótese diagnóstica e outros diagnósticos diferenciais. É importante informar o local

e o tipo de biópsia realizado, o resultado de outros exames complementares e a história completa do paciente incluindo nome, idade, género, história médica pregressa e existência de eventuais fatores de risco (24).

1.2.4. Tratamento do espécime no laboratório

O espécime acondicionado e fixado deverá ser transportado para o laboratório com o intuito de realizar um exame anatomopatológico. A primeira etapa desse procedimento é a macroscopia, que consiste na análise completa da peça recebida, com a descrição das características gerais, seguida da descrição dos aspetos específicos e detalhados, nomeadamente quantidade de fragmentos, tamanho, forma, coloração, consistência e textura (25).

O passo seguinte é a realização da clivagem, ou seja, a seleção e corte de fragmentos da peça, mais adequados à análise microscópica. A orientação do corte é crucial, pois pode determinar uma melhor inclusão do material e, conseqüentemente, uma melhor microtomia, o que influenciará no exame microscópico (25,26).

Após a clivagem, é feita a preparação da peça onde ocorrerá a desidratação, a clarificação ou diafanização e a impregnação em parafina. A desidratação é realizada por meio de imersão da peça em álcool etílico para removeção da água do tecido. É aconselhável que a desidratação seja feita de forma crescente quanto à graduação do álcool, pois, uma desidratação muito rápida com álcool absoluto causará uma maior retração do tecido, podendo originar artefactos. Seguidamente à desidratação, realiza-se a diafanização ou clarificação, quando o tecido é mergulhado em xilol, para substituir o álcool. E finalmente, é feita a impregnação em parafina, onde o xilol é substituído pela parafina quente (60°C) (27,28).

O próximo procedimento é a inclusão, em que a peça impregnada por parafina é colocada num molde, geralmente metálico, sendo esse preenchido com parafina líquida (60°C). Todo esse processamento procura tornar a peça suficientemente firme para ser cortada em finas camadas e analisada ao microscópio (28,29).

Por último, é realizado o corte histológico no micrótopo. Os cortes são colocados sobre uma lâmina de vidro e corados, frequentemente, com hematoxilina

e eosina. A seguir, as lâminas são analisadas ao microscópio e o relatório anatomopatológico é emitido (28,29).

Devido à variedade de lesões e tipos de tecidos orais, o conhecimento das diferentes técnicas de biópsia torna-se imprescindível na sua seleção, para que o método cirúrgico seja realizado de maneira correta, forneça uma amostra adequada para a análise anatomopatológica e diminua o risco de diagnosticar erroneamente a lesão (24,26,29).

Este projeto teve como principal objetivo avaliar a prevalência de patologias de tecidos moles e duros na cavidade oral dos pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, tendo por base um diagnóstico confirmado através de exame anatomopatológico. Sendo ainda objetivos específicos do presente estudo: analisar os fatores de risco e determinantes clínicos associados às lesões diagnosticadas; verificar a concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico; e determinar a prevalência de neoplasias malignas nos pacientes da Clínica Dentária Universitária.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um Estudo Retrospectivo Observacional Descritivo, onde foi realizada uma análise retrospectiva, seguida de estatística descritiva e inferencial, das lesões de tecidos moles e duros que foram diagnosticadas e confirmadas através de exame anatomopatológico, nos pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2021, perfazendo um total de 5 anos. Adicionalmente, foi avaliada a presença de possíveis fatores de risco relacionados com as lesões diagnosticadas, a concordância entre o diagnóstico clínico e o anatomopatológico, e a prevalência de neoplasias malignas.

2.2. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída pelos dados consolidados, totalmente anonimizados, extraídos pelo Data Protection Officer (DPO) local, relativos aos dados clínicos e resultados de exames anatomopatológicos realizados em pacientes que apresentaram lesões de tecidos moles e duros na Clínica Dentária Universitária, no período entre 2017 e 2021. Dados como o nome ou número de processos clínicos não foram incluídos nas amostras.

2.3. Instrumento de recolha e análise estatística dos dados

Sempre que disponíveis, os dados de cada biópsia realizada na Clínica Dentária Universitária entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2021 e recolhidos pelo DPO local, foram transferidos para as tabelas de registo das variáveis de estudo do *Software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics - versão 27.0)*, para ser realizada a análise estatística descritiva e inferencial, a fim de determinar a frequência das lesões em relação ao género do paciente, idade no momento da biópsia, exposição a fatores de risco (tabaco, álcool, uso de prótese mal adaptada), patologia sistémica associada, tipo de biópsia (incisional ou excisional), localização anatómica da lesão biopsada (lábio, língua, gengiva, mucosa jugal, palato,

região da orofaringe, seio maxilar, tecidos duros), assim como a prevalência de neoplasias malignas. Em cada processo analisado onde a informação para um determinado dado estava ausente ou inconclusiva, este foi anotado como Não Registrado (NR).

Na avaliação da relação de associação estatisticamente significativa entre duas variáveis qualitativas nominais foi utilizado o teste Exato de Fisher-Freeman-Halton, pois a amostra deste estudo é pequena ($n=52$) e não cumpre os pressupostos do teste Qui-quadrado, apresentando valores das frequências esperadas menores que 5 em mais de 20% das células. Por outro lado, em duas das análises (Diagnóstico anatomopatológico vs. Faixa etária do paciente e Diagnóstico anatomopatológico vs. Localização anatómica da lesão), por apresentarem uma quantidade excessiva de células, foi utilizado o teste Exato de Fisher com significância de Monte Carlo. Nestes testes a hipótese nula (H_0) pondera que não se verifica uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis e a hipótese alternativa (H_1) pondera que há associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. Para determinar a associação entre as variáveis, foi comparado o *valor-p* com o nível de significância ($\alpha = 0,05$), ou seja, se $p \leq \alpha \rightarrow$ as variáveis apresentam uma associação estatisticamente significativa e se $p > \alpha \rightarrow$ não é possível concluir que as variáveis estão estatisticamente associadas.

Para a análise da concordância entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico, foi realizado o Teste Binomial utilizando uma variável qualitativa nominal dicotômica (Concordante vs. Discordante), com nível de significância $p < 0,05$. Para este teste, a hipótese nula (H_0) pondera que a proporção dos diagnósticos concordantes é igual à proporção dos discordantes e a hipótese alternativa (H_1) pondera que a proporção dos diagnósticos concordantes e discordantes difere entre si.

2.4. Princípios éticos

O presente estudo obteve Parecer Favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa sobre o projeto nº169, no dia 18 de novembro de 2021, em reunião presidida pela Sra. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da UCP, Doutora Mara de Sousa Freitas (vide anexo 1).

3. RESULTADOS

Os dados apresentados a seguir correspondem à análise estatística descritiva e inferencial de uma amostra composta por 53 biópsias, das quais apenas um caso se encontrava com os dados clínicos incompletos e sem o resultado do exame anatomopatológico, sendo portanto, excluído das análises do respetivo estudo.

Das 52 biópsias registadas, somente 21,15% (n=11) foram realizadas através da técnica incisional. A maior percentagem, correspondente a 63,46% (n=33) foi submetida ao ato cirúrgico de biópsia através da técnica excisional convencional, e 15,38% (n=8) foram excisionadas com laser diodo Medency (Gráfico 1).

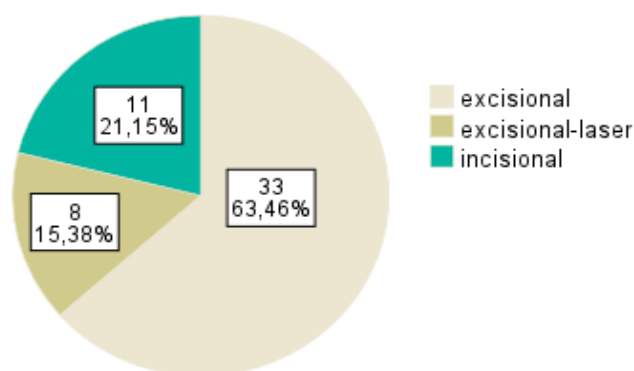


Gráfico 1 – Distribuição da amostra por técnica de biópsia realizada na CDU - Viseu

O Gráfico 2 mostra que o género feminino foi o que teve mais lesões biopsadas, perfazendo um total de 59,62% (n=31) em relação ao género masculino que foi de 40,38% (n=21).

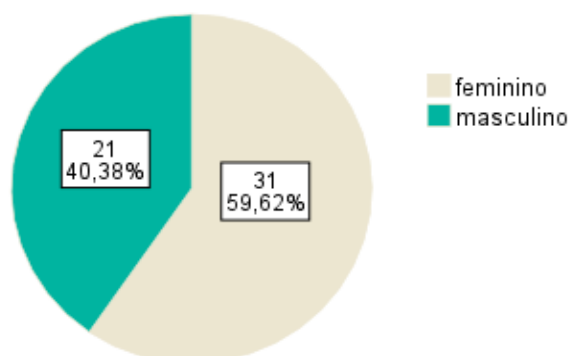


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por género dos pacientes biopsados na CDU - Viseu

A abrangência de idades teve uma variação entre 17 e 89 anos, com idade média de 56,54 anos e desvio padrão (DP) de 18,97 (Tabela 1). Sendo que a idade média no gênero feminino foi de 59,97 (DP=19,99) enquanto no gênero masculino foi de 51,48 (DP≈16,53), como mostra a Tabela 2.

Tabela1 - Resultado da média de idades dos pacientes

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<i>Idade</i>	52	17	89	56,54	18,970
<i>N válido</i>	52				

Tabela 2 - Resultado da média de idades por gênero do paciente

Gênero do paciente	Idade Média	N	Desvio Padrão
<i>Feminino</i>	59,97	31	19,991
<i>Masculino</i>	51,48	21	16,525
Total	56,54	52	18,970

Segundo o Gráfico 3, a faixa etária com menos lesões biopsadas foi entre os 11-20 anos (n=1) enquanto a faixa etária entre os 51-60 anos (n=14) foi a que teve mais lesões biopsadas, seguida da faixa etária entre os 61-70 anos (n=10).

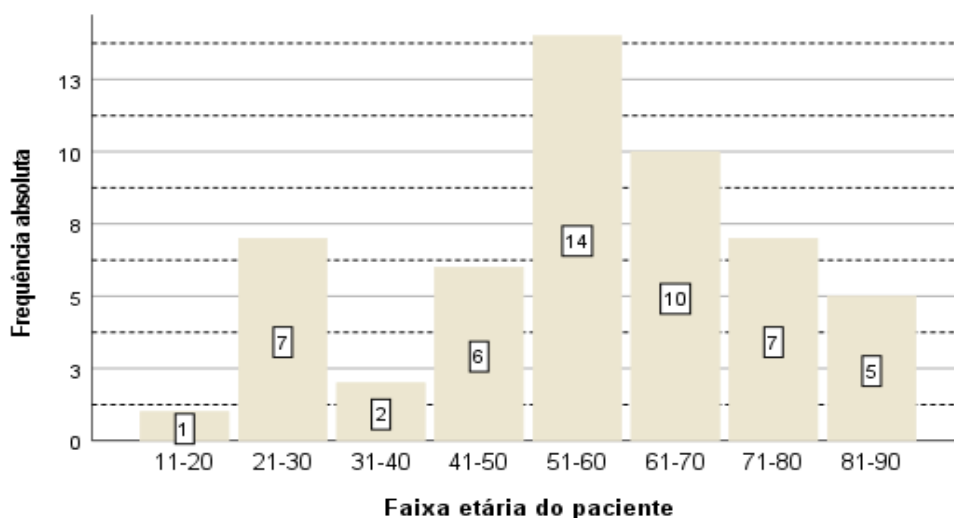


Gráfico 3 – Distribuição da frequência das lesões biopsadas por faixa etária dos pacientes

De acordo com o Gráfico 4, a mucosa jugal mostrou ser a localização anatômica com o maior número de biópsias realizadas correspondendo a 28,85% do total (n=15), seguida da gengiva com 21,15% (n=11). A língua e o lábio foram biopsados o mesmo número de vezes (n=9). A quantidade de biópsias realizadas nos tecidos moles do palato (n=3) foi a mesma das realizadas em tecidos duros da cavidade oral (n=3). Quanto às localizações com menos percentagem, destacaram-se a orofaringe (n=1) e o tecido mole do seio maxilar (n=1), representando cada uma 1,92%, do total das biópsias realizadas.

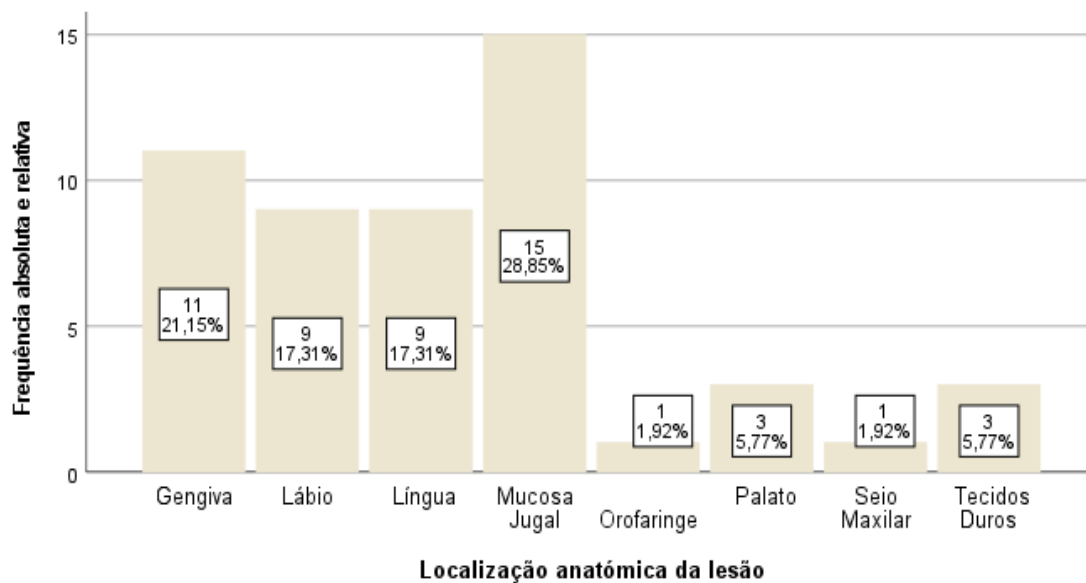
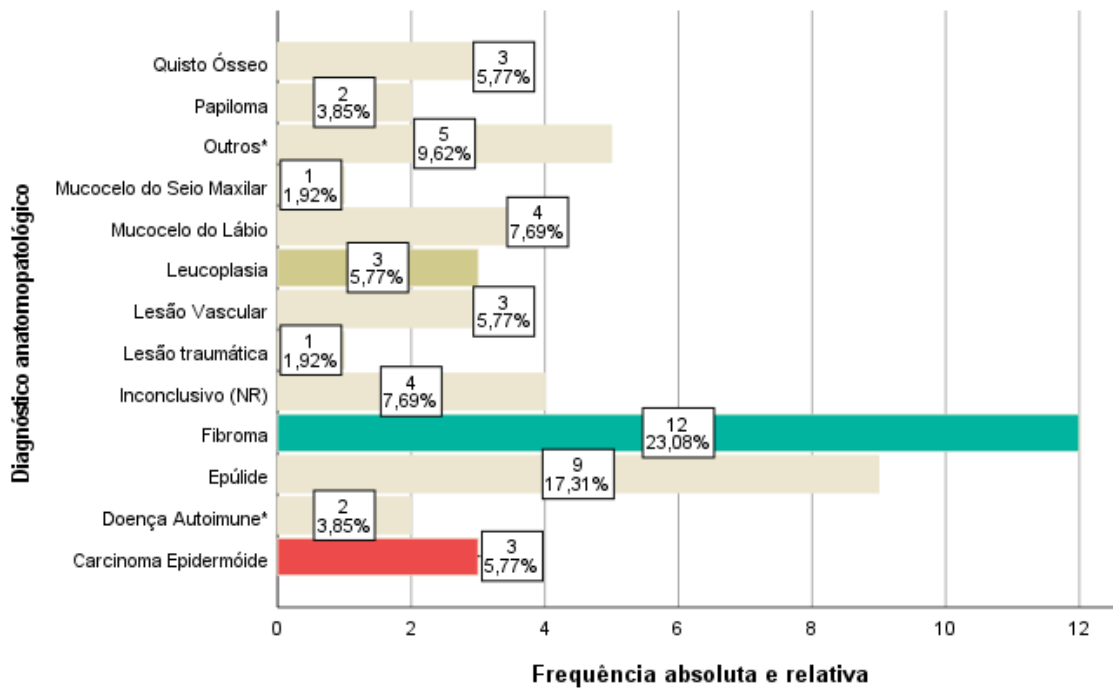


Gráfico 4 – Distribuição das biópsias por localização anatômica da lesão

Dos casos consultados, 49 foram referentes a lesões de tecidos moles e 3 lesões de tecidos duros, cujos diagnósticos foram de quistos ósseos de origem inflamatória. Em relação à prevalência de neoplasias malignas, os resultados encontrados foram de Carcinoma Epidermóide Oral representando 5,77% do total das lesões biopsadas (n=3) e estavam todos presentes em tecidos moles (mucosa jugal, língua e orofaringe).

A lesão oral diagnosticada com maior prevalência foi o Fibroma com 23,08% (n=12), seguido da Epúlide com 17,31% (n=9) (Gráfico 5). Em relação às lesões com potencial de malignização, o resultado encontrado foi Leucoplasia (n=3) e Líquen plano erosivo (n=1). Dentro das patologias das glândulas salivares, o Mucocele do

lábio teve uma percentagem diagnóstica de 7,69% (n=4). Alguns resultados dos exames anatomopatológicos, correspondentes a 7,69% (n=4) do total das lesões biopsadas apresentaram-se como inconclusivos.



Outros* refere-se a tatuagem por amálgama; glossite rombóide mediana; hiperplasia epitelial; lipoma; reação a medicamentos.

Doença Autoimune# refere-se a Líquen Plano Erosivo e Penfigóide Bolhoso

Gráfico 5 – Distribuição por frequência das lesões orais diagnosticadas anatomopatologicamente

Embora o relato dos fatores de risco e hábitos nocivos dos pacientes tenham uma enorme relevância no que diz respeito ao diagnóstico conclusivo das lesões orais, nota-se que uma grande percentagem dos pacientes, 53,85% (n=28) não apresentaram esses dados registados (NR) (Gráfico 6).

Em relação aos pacientes que apresentaram os dados clínicos completos, verificou-se que 21,15% (n=11) tinham como principal hábito nocivo o tabaco, e apenas 3,85% (n=2) faziam uso de bebidas alcoólicas. Uma percentagem significativa de 21,15% dos pacientes (n=11) eram portadores de prótese removível mal adaptada. Embora a radiação ultravioleta seja um fator de risco importante nas lesões do *vermillion* dos lábios e a infeção pelo vírus HPV (subtipos 16 e 18) um fator crucial nas

lesões da orofaringe, não foram encontrados relatos nos dados clínicos dos pacientes participantes no presente estudo.

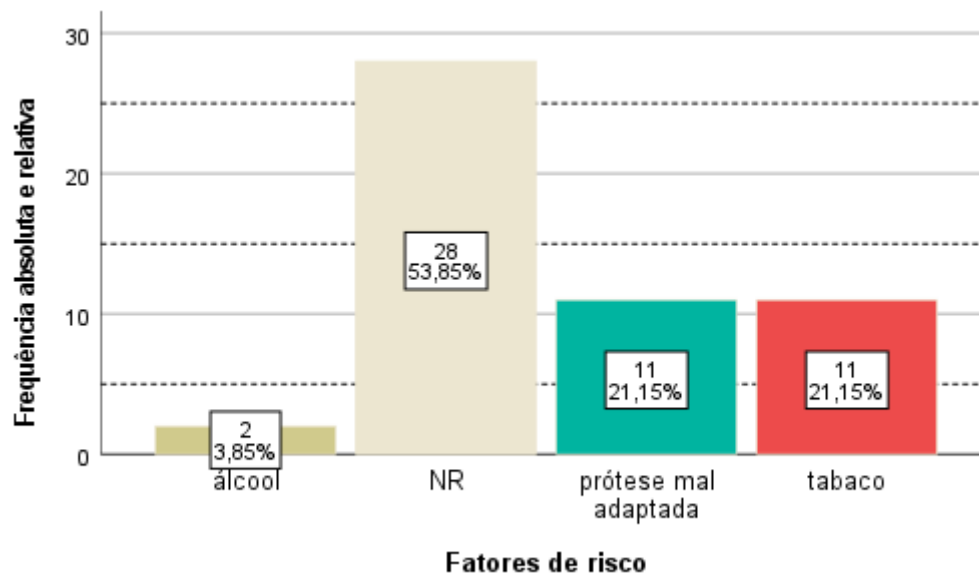


Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes que apresentaram fatores de risco associados às lesões orais diagnosticadas

Entre os 52 pacientes que apresentaram lesões na cavidade oral e foram submetidos à biópsia para análise anatomopatológica, uma parcela significativa correspondente a 46,15% (n=24) não possuía nenhum registo clínico sobre serem portadores ou não de patologia sistémica, enquanto 25,00% (n=13) dos pacientes eram hipertensos. Cerca de 3,85% (n=2) foram pacientes oncológicos, assim como 3,85% (n=2) foram diagnosticados com Doença de Parkinson, 1,92% (n=1) com Diabetes Mellitus tipo II e a mesma percentagem de 1,92% (n=1) corresponde a um paciente com esquizofrenia. O restante dos pacientes deste estudo, ou seja, 17,31% (n=9) apresentavam mais de uma patologia associada: “Diabetes tipo II e Cancro”, “Hipertensão e Cancro”, “Hipertensão e Depressão”, “Hipertensão e Diabetes tipo II” (Gráfico 7).

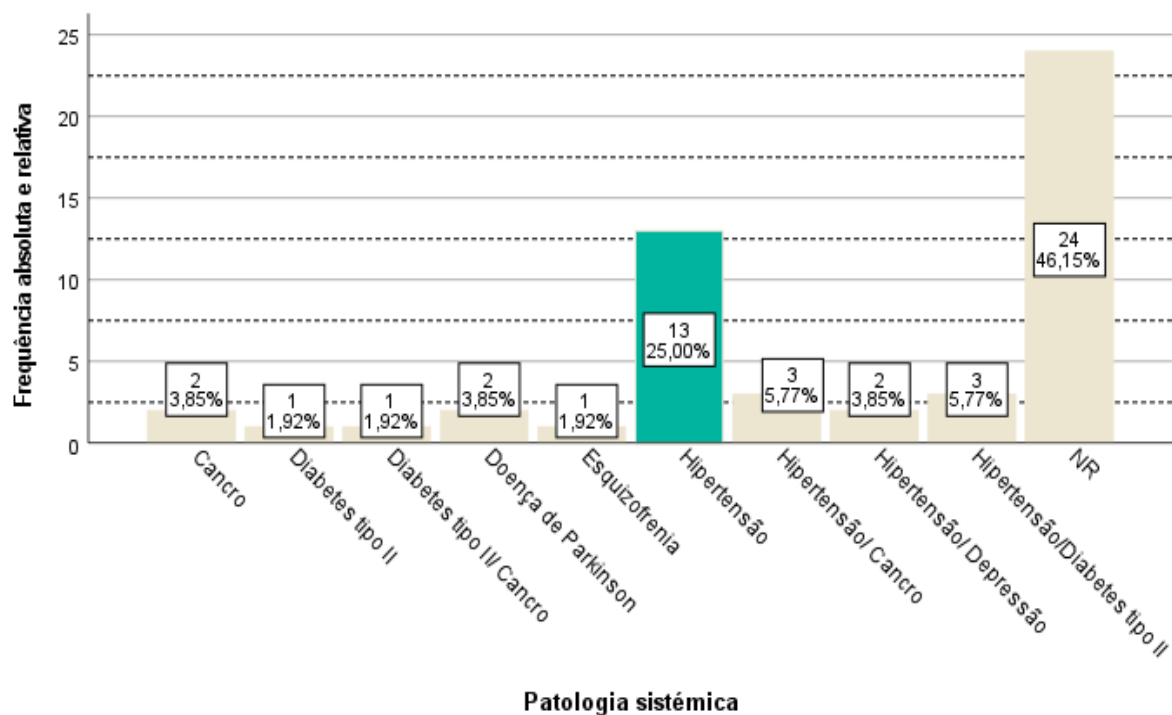


Gráfico 7 – Distribuição da patologia sistêmica por pacientes da amostra em estudo

Na tabela 3, verificamos que o gênero feminino foi o que apresentou maior prevalência de patologias sistêmicas e que em ambos os gêneros a patologia com maior prevalência foi a hipertensão, atingindo principalmente a faixa etária entre os 51-60 anos (Gráfico 8).

Tabela 3 - Distribuição da patologia sistêmica por gênero do paciente

Patologia sistêmica	Gênero do paciente		Total
	Feminino	Masculino	
<i>Cancro</i>	2	0	2
<i>Diabetes tipo II</i>	1	0	1
<i>Diabetes tipo II/ Cancro</i>	0	1	1
<i>Doença de Parkinson</i>	2	0	2
<i>Esquizofrenia</i>	0	1	1
<i>Hipertensão</i>	8	5	13
<i>Hipertensão/ Cancro</i>	3	0	3
<i>Hipertensão/ Depressão</i>	0	2	2
<i>Hipertensão/ Diabetes tipo II</i>	1	2	3
<i>NR</i>	14	10	24
Total	31	21	52

Considerando que o valor- $p > \alpha$ ($\alpha = 0,05$) ($\chi^2 = 10,488$; $p = 0,210$), a hipótese nula não deve ser rejeitada e podemos concluir que não há uma associação estatisticamente significativa entre patologia sistémica e o género do paciente.

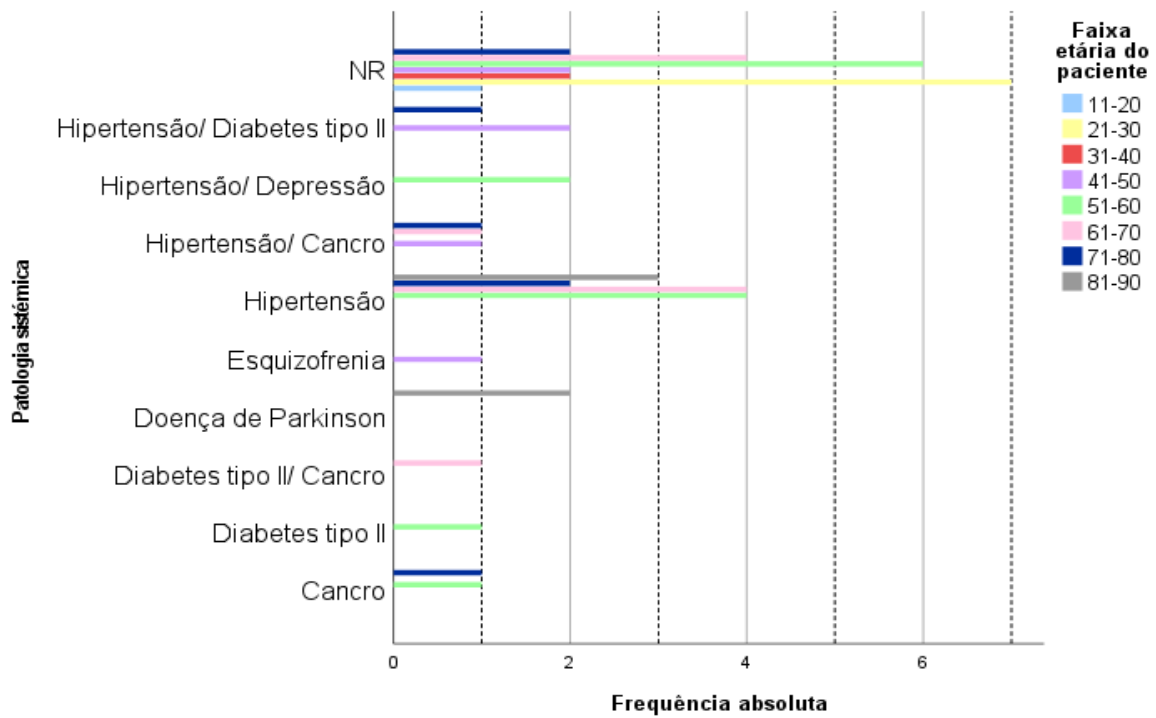


Gráfico 8 - Distribuição da patologia sistémica por faixa etária do paciente

Considerando que o valor- $p \leq \alpha$ ($\alpha = 0,05$) ($\chi^2 = 80,349$; $p = 0,030$), podemos rejeitar a hipótese nula e concluir que há uma associação estatisticamente significativa entre patologia sistémica e a faixa etária do paciente.

Relativamente à distribuição das lesões por género do paciente (Gráfico 9), o género feminino apresentou maior prevalência de epúlide, enquanto no género masculino a lesão mais prevalente foi o fibroma. O mucocelo do lábio e o papiloma apresentaram igual distribuição entre os dois géneros.

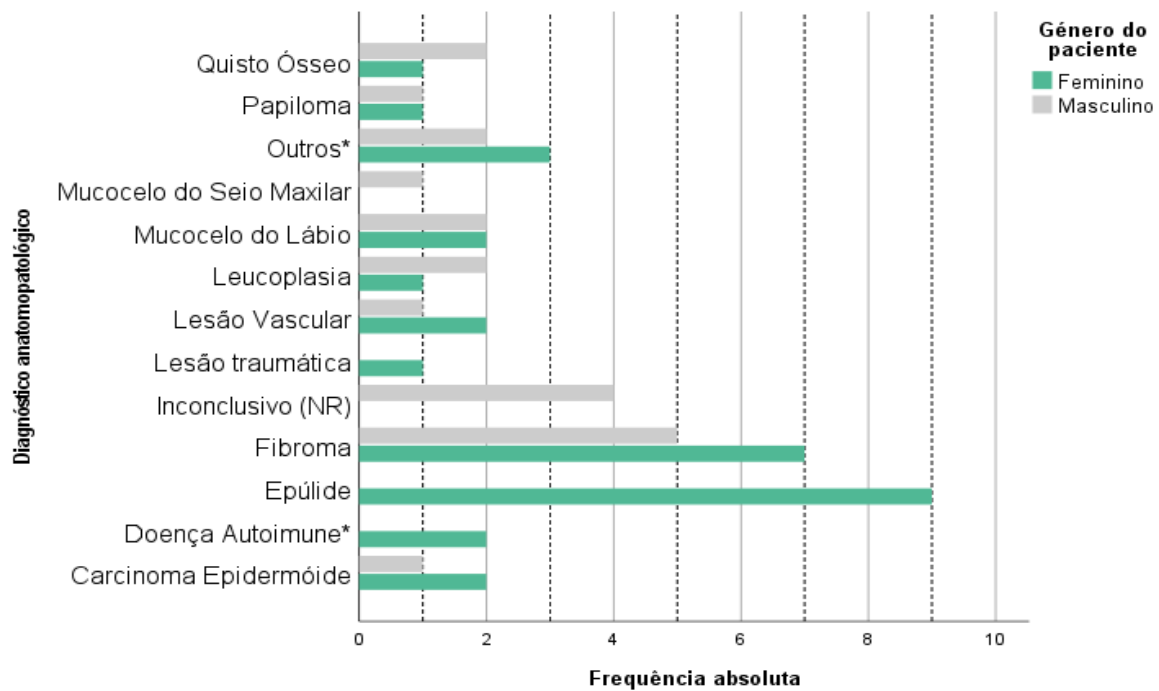


Gráfico 9 - Distribuição das lesões diagnosticadas por género dos pacientes biopsados

Considerando o valor- $p \leq \alpha$ ($\alpha = 0,05$) ($\chi^2 = 18,203$; $p = 0,039$), podemos rejeitar a hipótese nula e concluir que há uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico anatomopatológico e o género do paciente.

No Gráfico 10, verificamos que o mucocelo do lábio foi mais diagnosticado em adultos jovens, assim como o papiloma. A leucoplasia teve prevalência na quarta década de vida, enquanto o carcinoma epidermóide oral prevaleceu na sexta e sétima década de vida. O fibroma foi a lesão mais diagnosticada na faixa etária entre os 51-60 anos, seguida da faixa etária entre os 61-70 anos.

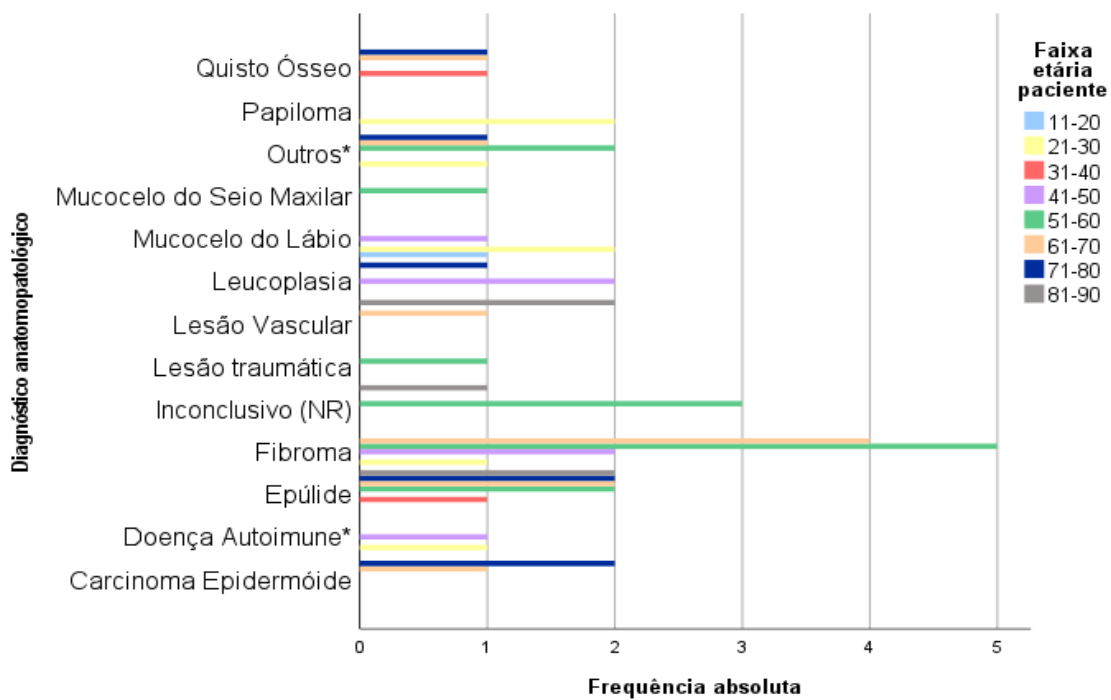


Gráfico 10 - Distribuição das lesões diagnosticadas por faixa etária dos pacientes

Considerando que o valor- $p \leq \alpha$ ($\alpha = 0,05$) ($\chi^2 = 97,250$; $p = 0,017$), podemos rejeitar a hipótese nula e concluir que há uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico anatopatológico e a faixa etária do paciente.

Em relação aos fatores de risco verificou-se nas Tabelas 4 e 5 que a maioria dos pacientes que fazia uso de prótese mal adaptada, era do género feminino e estava na faixa etária entre os 51-60 anos e 61-70 anos. No género masculino o tabaco foi o principal fator de risco associado ao desenvolvimento de lesões orais com a maior incidência na segunda e na quarta década de vida. Um total de vinte e oito pacientes não tinha nenhum fator de risco associado às lesões ou apresentavam os dados clínicos incompletos.

Tabela 4 - Distribuição dos fatores de risco por género do paciente

Género do paciente	Fatores de risco				Total
	álcool	NR	prótese mal adaptada	tabaco	
<i>Feminino</i>	0	18	10	3	31
<i>Masculino</i>	2	10	1	8	21
Total	2	28	11	11	52

Considerando que o valor- $p \leq \alpha$ ($\alpha = 0,05$) ($\chi^2 = 11,878$; $p = 0,004$), podemos rejeitar a hipótese nula e concluir que há uma associação estatisticamente significativa entre fatores de risco e o género do paciente.

Tabela 5 - Distribuição dos fatores de risco por faixa etária do paciente

Faixa etária do paciente	Fatores de risco				Total
	álcool	NR	prótese mal adaptada	tabaco	
<i>11-20</i>	0	1	0	0	1
<i>21-30</i>	1	3	0	3	7
<i>31-40</i>	0	0	1	1	2
<i>41-50</i>	0	3	0	3	6
<i>51-60</i>	0	10	3	1	14
<i>61-70</i>	0	5	3	2	10
<i>71-80</i>	0	4	2	1	7
<i>81-90</i>	1	2	2	0	5
Total	2	28	11	11	52

Considerando que o valor- $p > \alpha$ ($\alpha = 0,05$) ($\chi^2 = 23,283$; $p = 0,236$), a hipótese nula não deve ser rejeitada e podemos concluir que não há uma associação estatisticamente significativa entre fatores de risco e a faixa etária do paciente.

Verificamos no Gráfico 11 que o uso de prótese mal adaptada pode ter sido a principal causa das lesões de epúlide com maior incidência na gengiva, seguida da mucosa jugal, e que nos pacientes fumadores a lesão mais diagnosticada foi o fibroma com maior incidência na língua e mucosa jugal. O uso excessivo de bebidas alcoólicas, por sua vez, pode estar relacionado com lesões encontradas no lábio (Tabela 6).

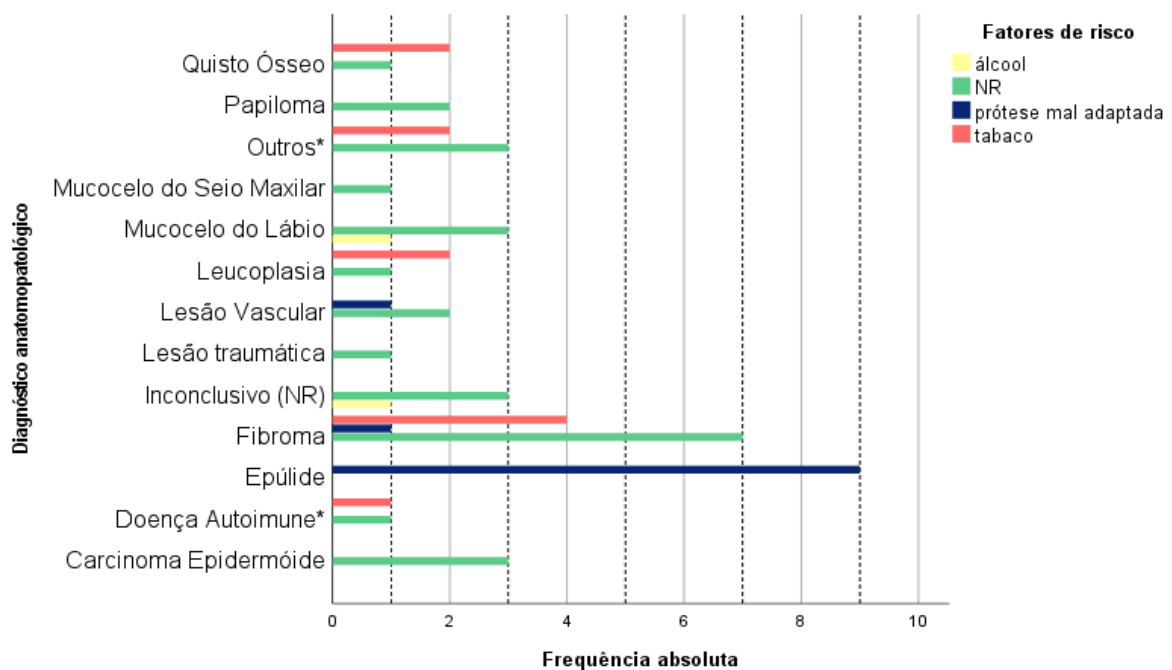


Gráfico 11 - Distribuição das lesões diagnosticadas por fatores de risco associados

Considerando que o valor- $p \leq \alpha$ ($\alpha = 0,05$) ($\chi^2 = 55,812$; $p < 0,001$), podemos rejeitar a hipótese nula e concluir que há uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico anatomopatológico e os fatores de risco.

Tabela 6 - Distribuição dos fatores de risco por localização anatômica da lesão

Localização anatômica da lesão	Fatores de risco				Total
	álcool	NR	prótese mal adaptada	tabaco	
<i>Gengiva</i>	0	3	7	1	11
<i>Lábio</i>	2	7	0	0	9
<i>Língua</i>	0	4	1	4	9
<i>Mucosa Jugal</i>	0	9	3	3	15
<i>Orofaringe</i>	0	1	0	0	1
<i>Palato</i>	0	2	0	1	3
<i>Seio Maxilar</i>	0	1	0	0	1
<i>Tecidos Duros</i>	0	1	0	2	3
Total	2	28	11	11	52

Considerando que o valor- $p \leq \alpha$ ($\alpha = 0,05$) ($\chi^2 = 30,747$; $p = 0,017$), podemos rejeitar a hipótese nula e concluir que há uma associação estatisticamente significativa entre fatores de risco e a localização anatômica da lesão.

Quanto à localização anatômica da lesão biopsada relacionada com o diagnóstico anatomopatológico (Gráfico 12), notou-se que a mucosa jugal foi o local de maior prevalência de patologias orais sendo o fibroma a lesão mais frequente, seguida da gengiva com maior prevalência de diagnósticos de epúlides, e o mucocele com significativa prevalência no lábio inferior. A leucoplasia teve maior prevalência na língua, o que merece maior atenção devido ao seu potencial de malignização, podendo evoluir para cancro oral. Relativamente aos diagnósticos inconclusivos, dois foram na mucosa jugal, um na língua e um no lábio.

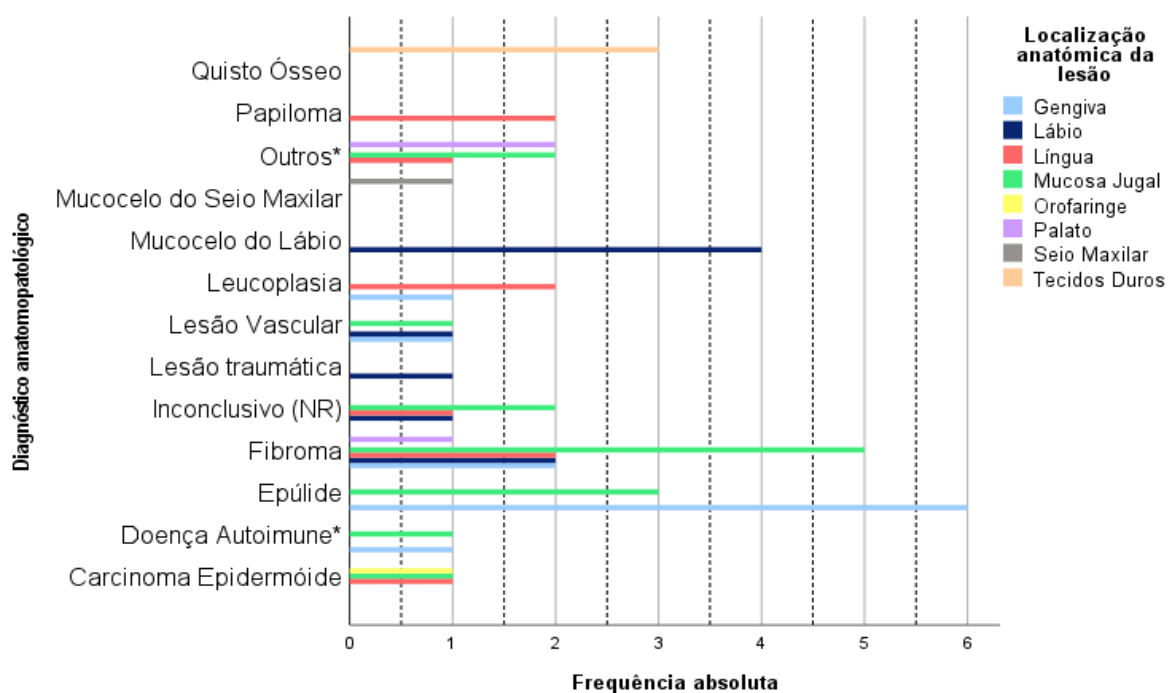


Gráfico 12 - Distribuição das lesões diagnosticadas por localização anatômica

Considerando que o valor- $p \leq \alpha$ ($\alpha = 0,05$) ($\chi^2 = 114,230$; $p < 0,001$), podemos rejeitar a hipótese nula e concluir que há uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico anatomopatológico e a localização anatômica da lesão.

Os gráficos 13, 14 e 15 apresentam dados referentes à frequência de neoplasias malignas no presente estudo, relacionadas com o gênero e a faixa etária dos pacientes.

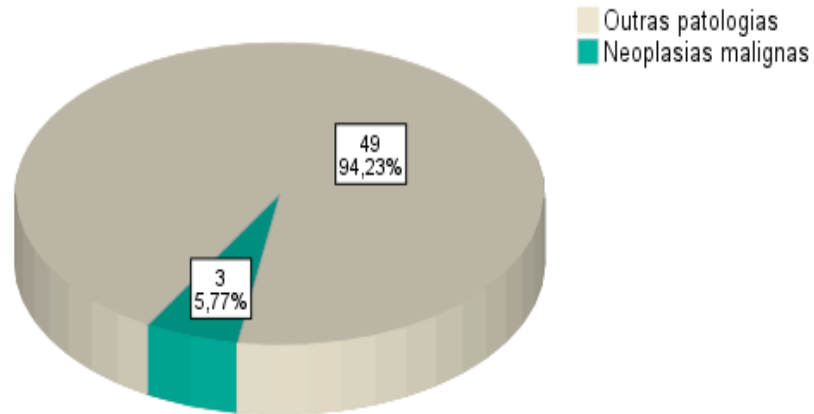


Gráfico 13 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de neoplasias malignas diagnosticadas na CDU - Viseu

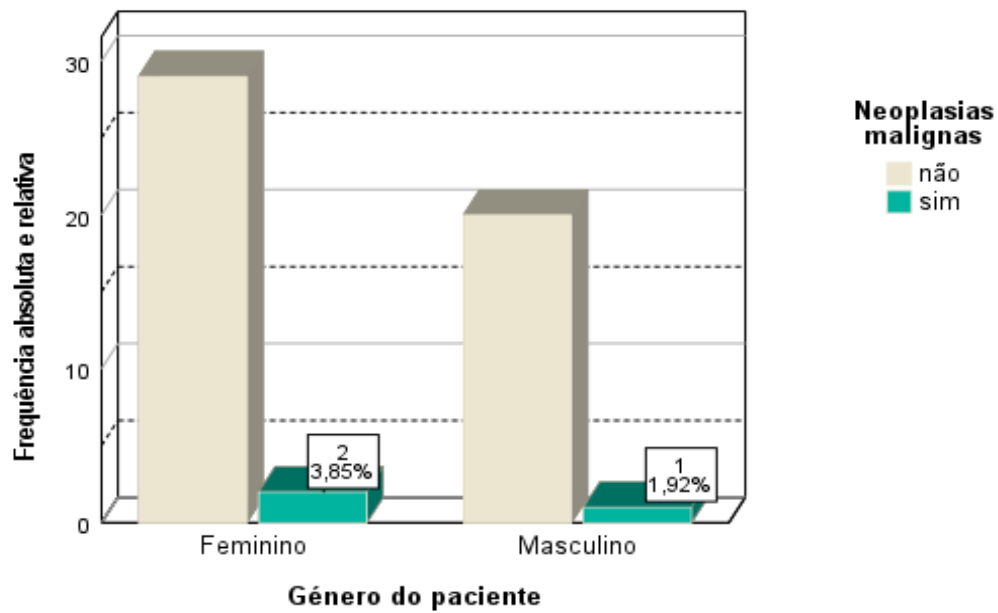


Gráfico 14 - Distribuição da frequência de neoplasias malignas por género do paciente biopsado

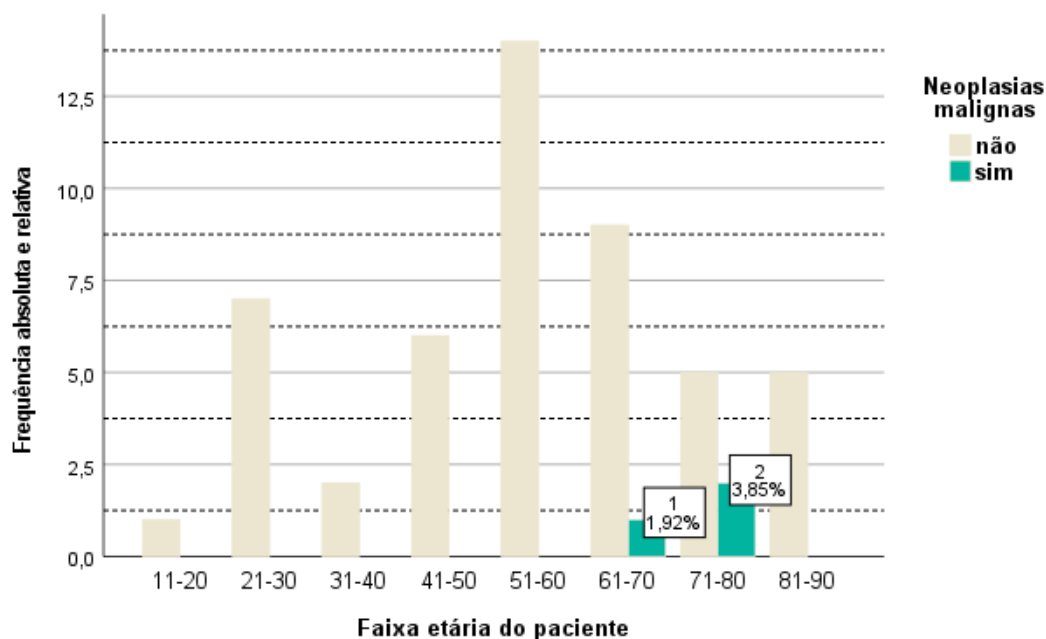


Gráfico 15 - Distribuição da frequência de neoplasias malignas por faixa etária do paciente biopsado

No teste Binomial de concordância entre os diagnósticos, foram analisados apenas os resultados concordantes e discordantes (n=48), sendo excluídos da análise os resultados inconclusivos (n=4) (Tabela 7).

Tabela 7 - Teste Binomial

Concordância entre Diagnósticos Clínicos e Anatomopatológicos				
Categoria	N	Proporção observada	Proporção de teste	Sig exata (2 extremidades)
concordante	43	0,90	0,50	<0,001
discordante	5	0,10		
Total	48	1,00		

Considera-se que, podemos rejeitar a hipótese nula para um $p < 0,05$, pois a concordância entre diagnósticos Clínicos e Anatomopatológicos é elevada e estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Segundo a Tabela 8, observamos que 7,7% (n=4) dos casos foram excluídos da análise de concordância entre diagnósticos, pois não apresentaram um diagnóstico clínico descrito ou o diagnóstico anatomopatológico obteve um resultado inconclusivo. Sendo assim, a análise foi realizada entre 48 casos, dos quais 89,6% (n=43) foram concordantes entre si.

Tabela 8 - Concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>	<i>Percentagem válida</i>
concordante	43	82,7	89,6
discordante	5	9,6	10,4
Total	48	92,3	100,0
<i>Inconclusivo</i>	4	7,7	
Total	52	100,0	

A maioria dos diagnósticos clínicos foram concordantes com os diagnósticos anatomopatológicos como podemos verificar na Tabela 9. A discordância ocorreu numa lesão de carcinoma epidermóide diagnosticado clinicamente como leucoplasia, num penfigóide bolhoso cujo diagnóstico clínico foi de líquen plano, numa lesão reativa a medicamentos diagnosticada clinicamente como pênfigo, num lipoma com diagnóstico clínico de fibroma e numa hiperplasia epitelial diagnosticada clinicamente como líquen plano.

Tabela 9 - Concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico por lesões diagnosticadas

Diagnóstico Anatomopatológico	Concordância entre diag. Clínico e Anatomopatológico		Total
	concordante	discordante	
<i>Carcinoma Epidermóide</i>	2	1	3
<i>Doença Autoimune*</i>	1	1	2
<i>Epúlide</i>	9	0	9
<i>Fibroma</i>	12	0	12
<i>Lesão traumática</i>	1	0	1
<i>Lesão Vascular</i>	3	0	3
<i>Leucoplasia</i>	3	0	3
<i>Mucocelo do Lábio</i>	4	0	4
<i>Mucocelo do Seio Maxilar</i>	1	0	1
<i>Outros*</i>	2	3	5
<i>Papiloma</i>	2	0	2
<i>Quisto Ósseo</i>	3	0	3
Total	43	5	48

Na Tabela 10, verificamos que todas as biópsias realizadas no lábio, na língua, no seio maxilar e nos tecidos duros tiveram 100% de concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico. Contudo, a única biópsia realizada na orofaringe apresentou discordância entre os diagnósticos.

Tabela 10 - Concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico por localização anatômica da lesão

Localização anatômica da lesão	Concordância entre diag. Clínico e Anatomopatológico		Total
	concordante	discordante	
<i>Gengiva</i>	10	1	11
<i>Lábio</i>	8	0	8
<i>Língua</i>	8	0	8
<i>Mucosa Jugal</i>	12	1	13
<i>Orofaringe</i>	0	1	1
<i>Palato</i>	1	2	3
<i>Seio Maxilar</i>	1	0	1
<i>Tecidos Duros</i>	3	0	3
Total	43	5	48

Considerando que o valor- $p \leq \alpha$ ($\alpha = 0,05$) ($\chi^2 = \mathbf{12,873}$; $p = \mathbf{0,016}$), podemos rejeitar a hipótese nula e concluir que há uma associação estatisticamente significativa entre concordância de diagnósticos e a localização anatômica da lesão.

4. DISCUSSÃO

A análise dos resultados das biópsias realizadas na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu num período de 5 anos (2017-2021) foi realizada a partir de uma amostra composta por 52 biópsias, uma vez que um caso foi excluído, pois estava com os dados clínicos incompletos e o resultado do exame anatomopatológico não foi encontrado. Em razão disso, é de extrema importância um correto armazenamento e atualização dos dados clínicos bem como dos resultados dos exames realizados em todos os pacientes, para que seja possível o acesso sempre que necessário.

4.1. Técnica de biópsia utilizada

Quanto à técnica de biópsia mais executada, observámos que 63,46% foram biópsias excisionais convencionais, um dado que se assemelha a alguns estudos como os de Sixto-Requeijo R *et al.*(30) que analisaram as biópsias realizadas num período de 14 anos na Universidade de Santiago de Compostela onde observaram que a técnica excisional foi a mais realizada (66,5%), de Fierro-Garibay C *et al.*(31) que estudaram a prevalência de 460 lesões de tecidos duros e moles biopsadas na Universidade de Barcelona tendo uma maior prevalência de biópsias excisionais (83,9%), e de Wan A *et al.*(32) que analisaram 422 resultados anatomopatológicos de uma clínica privada de medicina oral em Brisbane e na Escola de Odontologia da Universidade de Queensland, onde a técnica excisional também foi a mais utilizada (68,5%). No nosso estudo, um total de 15,38% das biópsias foram realizadas através da técnica excisional porém com a utilização do laser de diodo Medency. Segundo Chawla K *et al.*(33), o laser de diodo tem a vantagem de oferecer melhor visualização do campo cirúrgico, com cicatrização mais rápida e menos dor ao paciente, além de não prejudicar o espécime da biópsia. A técnica incisional foi realizada em 21,15% das biópsias.

4.2. Género dos pacientes

No que diz respeito ao género, este estudo mostra que o feminino foi mais biopsado (59,62%) comparativamente ao género masculino (40,38%), com o rácio de 1,4 mulheres para 1 homem. Estes dados são concordantes com os resultados de

Melo AR *et al.*(34) onde a maioria das 128 lesões biopsadas foram no género feminino (61,7%) e concordantes com os estudos de outros autores (30,31,35,36).

O género feminino teve maior incidência de lesões de epúlide (17,31%), possivelmente devido ao uso de próteses removíveis mal adaptadas. Este resultado pode ser justificado pela maior preocupação das mulheres com a aparência e com a saúde, fazendo com que estas procurem mais os serviços de saúde para realizar reabilitações protéticas, tal como sugere o estudo retrospectivo de Mendez M *et al.*(37), realizado em 6.831 amostras dos arquivos de patologia oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil), num período de 10 anos. Contudo, no nosso estudo, o género masculino apresentou maior incidência de lesões de fibroma (9,61%), concordando com os resultados de Torres-Domingo S *et al.*(38), que realizaram um estudo retrospectivo das lesões benignas no Serviço de Estomatologia do Hospital Geral de Valência, entre os anos de 2000 e 2005, onde o fibroma também foi a principal lesão encontrada no género masculino (34,4%).

4.3. Faixa etária dos pacientes

Em relação à idade, a faixa etária mais biopsada foi entre 51-60 anos (26,92%), seguida da faixa etária entre 61-70 anos (19,23%). A idade média da população teve como resultado 56,54 anos, apresentando algumas diferenças quando comparado a outros estudos como o de Tatli U *et al.*(39), da Faculdade de Odontologia da Universidade de Çukurova (Turquia), cuja idade média da população foi de 38,3 anos, ou de Cunha FFA *et al.*(40) que realizaram um estudo retrospectivo de 1.894 lesões orais diagnosticadas num laboratório público de patologia da região Centro-Oeste do Brasil, em que a população estudada apresentou média de idade de 36,27 anos. Essa diferença pode estar relacionada ao perfil da amostra do presente estudo, onde a população é mais envelhecida. Entretanto, os nossos resultados são compatíveis aos resultados de Monteiro LS *et al.*(41) que realizaram um estudo retrospectivo de 128 pacientes diagnosticados e tratados para CEO primário no Centro Hospitalar do Porto (Portugal) entre 2000 e 2010, em que as idades variaram de 21 a 96 anos com idade média de 62,13 anos e Fierro-Garibay C *et al.*(31) com a média de idade da população de 54 anos.

4.4. Localização anatômica da lesão

Acerca da localização anatômica da lesão biopsada, verificamos neste estudo que a mucosa jugal foi o local com mais biópsias realizadas (28,85%), seguida da gengiva (21,15%), sendo estes os principais locais de lesões de fibroma e epúlide, respetivamente. O lábio e a língua tiveram a mesma quantidade de biópsias realizadas (17,31%). Em comparação com os estudos de outros autores, observamos que Fierro-Garibay C *et al.*(31) apresentaram resultados parecidos, onde a mucosa jugal foi a localização anatômica mais biopsada (10,2%), seguida da gengiva (9,7%), língua (7,9%) e lábio (4,5%). O estudo de Joseph BK *et al.*(42) que foi realizado na Universidade do Kuwait num período de 18 anos, também apresentou a mucosa jugal como a localização anatômica mais biopsada (27,1%), seguida da língua (11,3%). Contudo, no estudo de Oreamuno YVB *et al.*(43), a análise retrospectiva das 263 lesões biopsadas dos pacientes da Faculdade de Odontologia da Universidade da Costa Rica, no período entre 2008 e 2015 mostrou que as biópsias foram mais realizadas na língua (25,9%), seguida da gengiva (23,6%), lábio (23,2%) e mucosa jugal (17,1%).

4.5. Fatores de risco

Tem sido demonstrado na literatura que o uso do tabaco e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas são os principais fatores de risco para inúmeras patologias da cavidade oral, principalmente as lesões potencialmente malignas e o cancro oral. A maior prevalência desses hábitos é no género masculino em relação ao feminino (44–47). Estes dados são concordantes com os resultados do presente estudo, em que os pacientes consumidores de tabaco (21,15%) e bebidas alcoólicas em excesso (3,85%) são predominantemente do género masculino. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Monteiro LS *et al.*(41) sobre as características clínicas, patológicas e de evolução do carcinoma epidermóide oral de uma população do Norte de Portugal, onde o consumo de tabaco e álcool estava presente em mais de metade dos pacientes, com predominância no género masculino. Também no estudo de Albuquerque RP *et al.*(48), que investigou a incidência do carcinoma epidermóide oral nos dois terços anteriores da língua numa população do Centro e Sul de Portugal, 59,4% dos pacientes faziam uso de tabaco e 54,7% consumiam bebidas alcoólicas com maior impacto no género masculino. De igual modo, no estudo

de Cunha FFA *et al.*(40), foram observados estes fatores de risco com uma frequência significativamente maior no género masculino.

No estudo de Pentenero M *et al.*(49) numa população adulta da região de Turim (Itália), verificou-se que o uso de próteses removíveis foi um fator de risco significativo para a presença de lesões na cavidade oral, o que vai de encontro aos resultados do presente estudo em que o uso de próteses removíveis mal adaptadas foi o fator de risco com maior prevalência (21,15%) e responsável por todas as lesões de epúlides diagnosticadas. Semelhante aos resultados de De Vasconcelos Carvalho M *et al.*(50) sobre um estudo epidemiológico de 534 biópsias de lesões da mucosa oral de pacientes idosos da Universidade de Pernambuco (Brasil), que apresentaram a epúlides como a lesão oral mais prevalente, relacionando a sua ocorrência com o uso de prótese dentária mal adaptada.

O papilomavírus humano ou *Human Papilloma Virus* (HPV) tem sido caracterizado como um fator de risco relacionado com o comportamento sexual, e que está associado a alguns tipos de cancro oral e da orofaringe (51). Alguns estudos, como o de Lehtinen M *et al.*(52), fornecem evidências de que a vacinação de crianças e adolescentes contra o HPV, pode proteger e reduzir as lesões orais, assim como o cancro oral e da orofaringe associados ao HPV. No presente estudo, apesar de serem diagnosticados dois papilomas (3,85%), um no género masculino e um no género feminino, ambos na faixa etária entre os 21-30 anos e com localização anatómica na língua, nenhum dos dois pacientes foi submetido à análise de confirmação para infecção de HPV. Nos resultados dos estudos de Sixto-Requeijo R *et al.*(30) e Kelloway E *et al.*(53), em que foi realizada uma análise retrospectiva de lesões orais numa população adulta australiana, observamos percentagens similares de lesões de papilomas, ao contrário do estudo de Torres-Domingo S *et al.*(38), que apresentou uma percentagem de 13,3% de papilomas diagnosticados.

Um outro fator de risco importante para o desenvolvimento de lesões principalmente no lábio inferior, é a exposição excessiva à radiação ultravioleta (UV). Caracterizada por uma inflamação crónica do lábio, a queilite actínica é considerada uma condição potencialmente maligna que acomete mais a população que vive em regiões tropicais, com excessiva exposição à radiação UV, em especial homens com mais de 50 anos, de pele clara e fumadores (54). Embora não houvesse relatos nos dados clínicos dos pacientes deste estudo a respeito da exposição à radiação UV, é

importante salientarmos que essa radiação é um poderoso fator de risco para o desenvolvimento de cancro oral.

4.6. Diagnóstico anatomopatológico

A lesão diagnosticada com maior prevalência neste estudo foi o fibroma (23,08%), seguido da epúlida (17,31%) e do mucocele do lábio (7,69%). A leucoplasia, o carcinoma epidermóide, o quisto ósseo e a lesão vascular foram diagnosticados em igual percentagem (5,77%). Nos estudos de Melo AR *et al.*(34) e Cunha FFA *et al.*(40), as lesões mais prevalentes também foram o fibroma, a epúlida e o mucocele. Contudo, Sixto-Requeijo R *et al.*(30) encontraram no seu estudo maior prevalência do quisto radicular (16,7%), seguido da leucoplasia (15,5%) e do líquen plano (14,1%).

4.6.1. Fibroma

As lesões de fibroma (23,08%) tiveram maior prevalência no género feminino na ordem de 1,4 mulheres: 1 homem. Os indivíduos afetados estavam na quarta, quinta e sexta década de vida, e o local de maior incidência foi a mucosa jugal (n=5), seguida da gengiva (n=2), língua (n=2), lábio (n=2) e palato (n=1). Dos pacientes diagnosticados com fibroma, quatro deles eram fumadores e apenas um usava prótese mal adaptada. No estudo de Sixto-Requeijo R *et al.*(30) verificamos que o fibroma representou 11,4% da amostra e a sua incidência também foi maior no género feminino com localização mais comum na mucosa jugal, gengiva e língua. No entanto, Guedes MM *et al.*(55) encontraram no seu estudo retrospectivo de biópsias de lesões de tecidos moles da cavidade oral realizadas num hospital da região Norte de Portugal, resultados muito inferiores de fibroma (2,7%), com maior incidência na mucosa jugal e com a mesma proporção entre os géneros masculino e feminino. Segundo a literatura, o fibroma é a lesão benigna mais comum da cavidade oral, ocasionado por trauma local ou irritação. A localização mais comum é a mucosa jugal, podendo aparecer também no lábio, língua, gengiva e palato (5).

4.6.2. Epúlida

Todas as lesões de epúlida (17,31%) deste estudo estavam associadas a pacientes do género feminino e ao uso de prótese mal adaptada, concordando com o estudo de De Vasconcelos Carvalho M *et al.*(50) que obteve diagnóstico de epúlida

em 19,1% do total da sua amostra com ocorrência relacionada a prótese dentária mal adaptada. A incidência ocorreu da faixa etária entre 31-40 anos até à faixa etária entre 71-80 anos. A gengiva foi a localização anatômica mais atingida (n=6), seguida da mucosa jugal (n=3). Na literatura, há relatos da epúlide ocorrer mais em pacientes do gênero feminino, de meia-idade ou idosos. A incidência está relacionada ao uso de próteses, podendo atingir tanto a maxila quanto a mandíbula (5). A elevada prevalência de epúlides relatadas nos estudos pode ser explicada pela grande quantidade de indivíduos edêntulos que tendem a fazer uso da mesma prótese mal adaptada por décadas ou que usam próteses de baixo custo e inadequadas em razão de baixas condições socioeconômicas.

4.6.3. Mucocelo do lábio

O mucocelo do lábio foi a terceira lesão mais diagnosticada neste estudo com 7,69% dos casos. Esta patologia das glândulas salivares teve incidência igual entre o gênero feminino e o masculino, com maior prevalência em adultos jovens no lábio inferior. A frequência destas lesões condiz com os resultados de 7,23% obtidos no estudo de Cunha FFA *et al.*(40) e de 8,6% no estudo de Melo AR *et al.*(34). No estudo de Joseph BK *et al.*(42) a incidência foi maior no gênero feminino enquanto no de Guedes MM *et al.*(55) o gênero masculino foi o mais acometido por lesões de mucocelo. Vasconcelos AC *et al.*(56) e Fierro-Garibay C *et al.*(31) obtiveram nos seus resultados uma baixa prevalência de lesões de mucocelo com 1,61% e 0,9% respectivamente. O mucocelo é a lesão das glândulas salivares menores que apresenta maior frequência de diagnóstico. Ocorre principalmente em crianças e adultos jovens, no lábio inferior e sua etiologia geralmente é associada a fatores traumáticos (5).

4.6.4. Leucoplasia

A prevalência de leucoplasia observada neste estudo foi de 5,77%. No gênero masculino (n=2), os pacientes eram fumadores, na faixa etária entre os 41-50 anos e a língua foi o local acometido pela lesão. A paciente do gênero feminino (n=1), estava na faixa etária entre os 71-80 anos, não tinha fatores de risco e a localização anatômica da lesão foi a gengiva. As três leucoplasias encontradas nesta amostra apresentavam displasia, ou seja, um risco crescente do potencial da lesão se transformar em maligna, sendo necessário tratamento e acompanhamento a longo

prazo. No estudo de Martins-de-Barros A *et al.*(57) que envolve pacientes com 40 anos ou mais, residentes nas áreas rurais e semiurbanas da região Nordeste do Brasil, observou-se que a população tinha alta prevalência de lesões com potencial de malignização associadas a fatores de risco e a maioria destas lesões foram caracterizadas como leucoplasia.

No estudo de Pentenero M *et al.*(49) a leucoplasia foi encontrada em 1,15% da amostra, com incidência maior em indivíduos do gênero masculino e idade entre 40-60 anos, concordando com a literatura onde há relatos em que a prevalência da leucoplasia na população em geral é de aproximadamente 2% e mais encontrada em homens acima dos 40 anos de idade (5,58,59). Nos estudos de Guedes MM *et al.*(55) com 3,6% de leucoplasia do total da amostra, de Monteiro LS *et al.*(35) com 2,4% e de Sixto-Requeijo R *et al.*(30) com 15,5%, também foi observado que a incidência ocorreu mais nos indivíduos do gênero masculino, ao contrário de Mendez M *et al.*(37) e Oreamuno YVB *et al.*(43) que tiveram o gênero feminino mais acometido pela leucoplasia.

No presente estudo, a leucoplasia apresenta associação com fatores de risco, assim como relata a literatura em que o tabagismo e o uso excessivo do álcool são fatores etiológicos importantes na progressão das lesões com potencial de malignização, o que confirma ainda mais a necessidade de consciencialização sobre a importância de realizar o procedimento cirúrgico de biópsia em todas as lesões potencialmente malignas ou lesões benignas que sejam suspeitas (58,59).

4.6.5. Neoplasias malignas

A prevalência das neoplasias malignas neste estudo foi de 5,77%, concordando com o estudo realizado por Jones AV *et al.*(60) sobre lesões orais diagnosticadas anatomopatologicamente durante um período de 30 anos, numa população do Reino Unido com 17 anos ou mais, e que obteve uma percentagem de neoplasias malignas de 5,4%. Vasconcelos AC *et al.*(56) realizaram uma análise retrospectiva das lesões orais diagnosticadas no Hospital do Câncer de Mato Grosso (Brasil), numa amostra de 1550 registos anatomopatológicos e obtiveram uma percentagem de neoplasias malignas próxima do nosso estudo com 6,06%. Contudo, Monteiro LS *et al.*(35) analisaram as lesões orais biopsadas numa população hospitalar da região Norte de Portugal e tiveram um resultado superior de neoplasias malignas (15%). Esta diferença de resultados pode ser explicada por se tratar de um

hospital público que atende toda a população da cidade do Porto, incluindo os pacientes de outras regiões que são encaminhados para um centro de estomatologia. Resultados superiores ainda são encontrados no estudo de Guedes MM *et al.*(55), com 15,1% de neoplasias malignas e que também foi realizado num hospital da região Norte de Portugal, entre os anos de 1999 e 2006.

Todos os diagnósticos encontrados no presente estudo foram de carcinoma epidermóide oral, concordando com a literatura que caracteriza este carcinoma como o que representa 90 a 95% de todas as neoplasias malignas da cavidade oral. Nos nossos resultados não houve local de preferência, sendo encontrado um na mucosa jugal, um na língua e um na orofaringe. Esta patologia afetou mais o género feminino (3,85%) na faixa etária entre os 71-80 anos. No género masculino (1,92%) a faixa etária acometida foi entre os 61-70 anos, e nenhum paciente relatou consumo de álcool ou tabaco.

Talvez, devido ao tamanho relativamente pequeno da nossa amostra, os dados referentes a esta variável foram limitados e discordantes da maioria dos estudos onde a predominância do carcinoma epidermóide oral ocorre no género masculino, em pacientes com exposição prolongada a fatores de risco como o álcool e o tabaco, e com o local de maior incidência da lesão na língua, sobretudo no bordo lateral (41,42,48,61). Contudo, devemos ter em conta que nos últimos anos a prevalência do cancro oral em pacientes jovens e do género feminino está a crescer, devido à mudança de hábitos destes indivíduos em relação ao tabagismo e consumo de álcool.

4.6.6. Lesões de tecidos duros

As lesões de tecidos duros deste estudo constituíram 5,77% da amostra e foram representadas unicamente por quistos ósseos de origem inflamatória, encontrados um na maxila, um na mandíbula e um no seio maxilar, com maior incidência nos pacientes do género masculino. Estes resultados são parecidos com os encontrados por Monteiro LS *et al.*(35) com 8,2% da amostra e prevalência no género masculino. Entretanto, os resultados deste estudo são muito inferiores aos encontrados na literatura e noutros estudos como o de Sixto-Requeijo R *et al.*(30) com 27,8% dos diagnósticos com maior prevalência no género feminino, Kelloway E *et al.*(53) com 15% e Fierro-Garibay C *et al.* com 38,9% de lesões de tecidos duros.

4.6.7. Lesões vasculares

Relativamente às lesões vasculares, foram encontrados três hemangiomas (5,77%). Um diagnóstico foi na mucosa jugal e um no lábio, ambos em pacientes do género feminino, com idade entre os 81-90 anos e presença da Doença de Parkinson, o que pode justificar as lesões, devido às limitações que a doença impõe ao paciente como tremores e movimentos involuntários. No género masculino o diagnóstico foi de um hemangioma na gengiva, que pode ter sido causado pela prótese mal adaptada usada pelo paciente. No estudo de Torres-Domingo S *et al.*(38) o hemangioma foi encontrado em 8% da amostra, com incidência maior no género masculino. Entretanto, Sixto-Requeijo R *et al.*(30) e De Vasconcelos Carvalho M *et al.*(50) apresentaram percentagens de hemangiomas inferiores ao nosso estudo, com 0,3% e 1,87% respetivamente.

4.6.8. Doenças autoimunes

As doenças autoimunes representaram 3,85% de toda a amostra. Neste grupo de patologias foram encontrados um penfigóide bolhoso (1,92%) na gengiva de uma paciente do género feminino na quarta década de vida, e um líquen plano erosivo (1,92%) na mucosa jugal de uma paciente também do género feminino na segunda década de vida e tabagista. Oreamuno YVB *et al.*(43) verificaram no seu estudo que as doenças autoimunes (6,5%) foram encontradas mais no género feminino e Joseph BK *et al.*(42) relataram que o líquen plano (4,56%) foi encontrado mais no género feminino na quinta década de vida. Concordando com a literatura, onde o líquen plano é a patologia mais prevalente do grupo de doenças autoimunes, com maior incidência no género feminino, entre a quarta e quinta década de vida e localização principalmente na mucosa jugal, língua e gengiva (5).

4.6.9. Restantes lesões

O mucocelo do seio maxilar (1,92%), a lesão traumática (1,92%) e as patologias agrupadas em “Outros*” foram as lesões que tiveram menor representação. Relativamente ao grupo “Outros*”, foram encontradas no género feminino uma tatuagem por amálgama (1,92%) na mucosa jugal, uma glossite rombóide mediana (1,92%) na língua e uma hiperplasia epitelial (1,92%) no palato. No género masculino foram diagnosticados um lipoma (1,92%) na mucosa jugal e uma reação a medicamentos (1,92%) no palato.

4.7. Concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico

A comunicação entre o médico dentista que realizou a biópsia e o patologista que a recebe é imprescindível para que o diagnóstico anatomopatológico seja preciso e conclusivo, fornecendo a maior quantidade de dados possíveis como história clínica detalhada e prováveis diagnósticos diferenciais.

A análise laboratorial complementa o diagnóstico clínico quando existem dúvidas sobre a sua confiabilidade, portanto, deve sempre realizar-se biópsia para confirmação ou esclarecimento sobre a sua imprecisão.

Neste estudo, foi possível afirmar que existe uma concordância entre diagnósticos clínicos e anatomopatológicos na maioria dos pacientes (89,6%), com significância estatística de $p < 0,001$. Podemos concluir que as informações clínicas enviadas ao laboratório anatomopatológico foram corretas, devido ao conhecimento adquirido pelos alunos na respectiva disciplina e à presença de docentes especialistas e experientes na área de Medicina Oral contribuindo, dessa maneira, para a concordância entre os diagnósticos.

Devido à ausência de dados clínicos e/ou resultados inconclusivos dos exames anatomopatológicos, quatro dos casos foram excluídos da análise.

A lesão que teve maior concordância entre diagnósticos foi o fibroma, seguido da epúlida e do mucocelo do lábio. As três leucoplasias diagnosticadas através do exame anatomopatológico, tiveram concordância com os diagnósticos clínicos. Relativamente ao carcinoma epidermóide oral, dois diagnósticos foram concordantes e um discordante. Entretanto, clinicamente este foi diagnosticado como leucoplasia, sendo assim, a concordância não deve ser totalmente eliminada, uma vez que a leucoplasia é uma lesão potencialmente maligna precursora do carcinoma epidermóide oral.

A localização anatômica com maior concordância entre os diagnósticos foi a mucosa jugal (25%), seguida da gengiva (20,83%), contudo, o palato foi o local biopsado com maior discordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico (4,17%).

Os resultados do estudo de Souza JGS *et al.*(62) com pacientes atendidos pela Clínica de Diagnóstico Bucal do Departamento de Odontologia das Faculdades Unidas do Norte de Minas, na cidade de Montes Claros (Brasil), encontraram níveis de concordância entre diagnósticos semelhantes ao do presente estudo com 87,8%. Patel KJ *et al.*(63) obtiveram uma concordância moderada entre diagnóstico clínico e

anatomopatológico de 50,6% no seu estudo retrospectivo dos relatórios anatomopatológicos de lesões de tecidos moles da Faculdade de Odontologia da Universidade de Otago (Nova Zelândia), no período entre 2002 e 2006.

Todavia, Rados PV *et al.*(64) compararam a concordância entre diagnósticos de alunos acadêmicos, médicos dentistas profissionais e alunos de pós-graduação e encontraram resultados inferiores aos do nosso estudo, com concordância geral entre diagnósticos de 35,3%.

Bacci C *et al.*(65) por sua vez, analisaram os relatórios de biópsias realizadas nos pacientes do Departamento de Odontologia da Universidade de Pádua de janeiro de 2006 a junho de 2012 e obtiveram uma percentagem de 68,5% de concordância entre diagnósticos, porém as neoplasias malignas foram as lesões com mais erros de diagnósticos clínicos (18%), seguidas dos hemangiomas (16%).

Os estudos que objetivam avaliar a concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico permitem também avaliar o conhecimento do profissional em relação às patologias orais e a sua capacidade em obter um diagnóstico clínico correto, porém além de existir uma escassez desses estudos, cada autor emprega uma metodologia diferente na recolha de dados e classificação das lesões, o que dificulta ainda mais a comparação precisa dos resultados.

A maior limitação deste estudo foi a ausência de informações clínicas relacionadas à exposição dos pacientes aos fatores de risco e a presença ou não de patologias sistêmicas.

5.CONCLUSÕES

Tendo em vista os resultados obtidos neste estudo podemos concluir que:

- As patologias de tecidos moles foram as mais encontradas, especialmente as lesões de natureza benigna;
- A percentagem diagnosticada de neoplasias malignas foi de 5,77%;
- A população participante do presente estudo era mais envelhecida, não havendo lesões em crianças;
- A técnica de biópsia mais realizada foi a excisional;
- A mucosa jugal foi a localização anatómica com maior número de biópsias realizadas;
- A lesão biopsada com maior prevalência foi o fibroma;
- O tabaco e o uso de prótese mal adaptada foram os hábitos de risco mais prevalentes nos pacientes deste estudo;
- A concordância entre o diagnóstico clínico e o anatomopatológico foi elevada e estatisticamente significativa (89,6%);

A diversidade de lesões diagnosticadas na cavidade oral dos pacientes da Clínica Dentária Universitária da região de Viseu, confirma que a biópsia seguida do exame anatomopatológico é um procedimento de grande relevância, juntamente com o exame clínico e a anamnese para a obtenção de um diagnóstico preciso e definitivo das lesões da cavidade oral. Os resultados anatomopatológicos obtidos neste estudo, além de fornecerem informações epidemiológicas também serão úteis na determinação de diagnósticos diferenciais sendo um importante material de ensino e pesquisas.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela-Centelles P, Seoane J, García-Pola M, Seoane-Romero J, Martín J. Diagnostic Delay in Symptomatic Oral Cancer. In: Oral Cancer Detection: Novel Strategies and Clinical Impact [Internet]. P.Panta; 2019. p. 95–108. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-61255-3_4
2. Wong T, Yap T, Wiesenfeld D. Common benign and malignant oral mucosal disease. *AJGP*. 2020;49(9):568–73.
3. Ross Kerr A. Diagnostic Adjuncts for Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma and Oral Potentially Malignant Disorders. In: Warnakulasuriya S, Greenspan J, editors. Textbook of Oral Cancer [Internet]. 2020. p. 99–117. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-32316-5_9
4. Błochowiak K, Farynowska J, Sokalski J, Wyganowska-Światkowska M, Witmanowski H. Benign tumours and tumour-like lesions in the oral cavity: a retrospective analysis. *Adv Dermatol Allergol*. 2019;36(6):744–51.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 989 p.
6. Garay J. *Atlas de patología del complejo bucal*. 2nd ed. La Habana: Ecimed; 2010. 548 p.
7. Mota-Ramírez A, Silvestre FJ, Simó JM. Oral biopsy in dental practice. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12(7):E504-10.
8. Müller S. Frictional Keratosis, Contact Keratosis and Smokeless Tobacco Keratosis: Features of Reactive White Lesions of the Oral Mucosa. *Head and Neck Pathology* [Internet]. 2019;13(1):16–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-018-0986-3>
9. Carrard VC, van der Waal I. The role of the dentist in the diagnosis and management of patients with oral mucosal diseases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2021;26(2):e256–60.
10. Allon I, Kaplan I, Gal G, Chaushu G, Allon DM. The clinical characteristics of benign oral mucosal tumors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19(5):e438–43.
11. Maia H, Pinto N, Pereira J, De Medeiros AM, Da Silveira EJ, Miguel MC. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. *Einstein*. 2016;14(1):35–40.
12. Cai X, Zhang J, Han Y, Tang Q, Zhang H, Li T. Development and validation of a nomogram prediction model for malignant transformation of oral potentially malignant disorders. *Oral Oncology*. 2021;123:1–9.
13. Grafton-Clarke C, Chen KW, Wilcock J. Diagnosis and referral delays in primary care for oral squamous cell cancer: A systematic review. *British Journal of General Practice*. 2019;69(679):E112–26.

14. Hadzic S, GojkovVukelic M, Pasic E, Dervisevic A. Importance of Early Detection of Potentially Malignant Lesions in the Prevention of Oral Cancer. *Mater Sociomed.* 2017;29(2):129–33.
15. Palmerín-Donoso A, Cantero-Macedo A, Tejero-Mas M. Oral leukoplakia. *Aten Primaria* [Internet]. 2019;52(1):59–60. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.02.008>
16. Van der Waal I. Oral leukoplakia; a proposal for simplification and consistency of the clinical classification and terminology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal Bucal.* 2019;24(6):e799-803.
17. Van der Waal I. Oral leukoplakia, the ongoing discussion on definition and terminology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2015;20(6):e685-92.
18. Carrard V, van der Waal I. A clinical diagnosis of oral leukoplakia; A guide for dentists. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2018;23(1):e59-64.
19. Lorini L, Atín C, Thavaraj S, Muller-Richter U, Ferranti MA, Romero JP, et al. Overview of oral potentially malignant disorders: from risk factors to specific therapies. *Cancers.* 2021;13(15):1–16.
20. Carvalho De Melo A, Ribeiro C, Santos T, Oliveira Neto A, Nascimento Araújo FE, Cavalcanti Albuquerque Júnior RL. A utilização de técnicas incorrectas de biopsia pode aumentar a complexidade do diagnóstico diferencial de lesões orais. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* [Internet]. 2011;52(4):212–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2011.10.002>
21. Kannan R. Oral Biopsy: Principles and Practice. In: Warnakulasuriya S, Greenspan JS, editors. *Textbook of Oral Cancer* [Internet]. 2020. p. 81–98. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-32316-5_8
22. Natarajan E, Goupil M. Soft Tissue Oral Pathology. In: Freneini E, Goupil M, editors. *Evidence-Based Oral Surgery* [Internet]. 2019. p. 333–82. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-91361-2_17
23. Zargarán M. A Review of Biopsy in Dentistry: Principles, Techniques, and Considerations. *J Dent Mater Tech.* 2014;3(2):47–54.
24. Bernstein ER, Lazzarini Z. Medicolegal and Ethical Considerations in Oral Surgery by the General Dentist. In: Ferneini E, Goupil M, editors. *Evidence-Based Oral Surgery* [Internet]. 2019. p. 103–25. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-91361-2_6
25. Seoane J, González-Mosquera A, Velo-Noya J. La biopsia oral en el contexto del precáncer y del cáncer oral. *Av Odontoestomatol.* 2008;24(1):89–96.
26. Palaia G, Pergolini D, D'Alessandro L, Carletti R, del Vecchio A, Tenore G, et al. Histological effects of an innovative 445 nm blue laser during oral soft tissue biopsy. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8):1–11.

27. Barbosa R, Paiva M, Rodrigues T, Rodrigues FG. Valorizando a Biópsia Na Clínica Odontológica. *Arquivos em Odontologia*. 2005;41(4):273–368.
28. Nunes C, Cinsa L. Princípios do processamento Histológico de rotina. *Rev. interdisciplin. estud. exp. anim. hum.* 2016;8(único):31–40.
29. Andreadis D, Pavlou AM, Panta P. Biopsy and Oral Squamous Cell Carcinoma Histopathology. In: Panta P, editor. *Oral Cancer Detection* [Internet]. 2019. p. 133–51. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-61255-3_6
30. Sixto-Requeijo R, Diniz-Freitas M, Torreira-Lorenzo JC, García-García A, Gándara-Rey JM. An analysis of oral biopsies extracted from 1995 to 2009, in an oral medicine and surgery unit in Galicia (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(1):16–22.
31. Fierro-Garibay C, Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Prevalence of biopsied oral lesions in a Department of Oral Surgery (2007 - 2009). *J Clin Exp Dent*. 2011;3(2):73–7.
32. Wan A, Savage NW. Biopsy and diagnostic histopathology in dental practice in Brisbane: Usage patterns and perceptions of usefulness. *Australian Dental Journal*. 2010;55(2):162–9.
33. Chawla K, Lamba AK, Faraz F, Tandon S, Ahad A. Diode laser for excisional biopsy of peripheral ossifying fibroma. *Dent Res J (Isfahan)*. 2014;11(4):525–30.
34. Melo AR, Pires SMS, Ribeiro CF, Júnior RLCA, Melo AUC de M. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas no laboratório de patologia bucal da Universidade Tiradentes (2002- 2010). *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2013;13(2):109–14.
35. Monteiro LS, Albuquerque R, Paiva A, de la Peña-Moral J, Amaral JB, Lopes CA. A comparative analysis of oral and maxillofacial pathology over a 16-year period, in the north of Portugal. *Int Dent J*. 2017;67(1):38–45.
36. Silva K, Alves A, Correa M, Etges A, Vasconcelos AC, Gomes AP, et al. Retrospective analysis of jaw biopsies in young adults. A study of 1599 cases in southern Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017;22(6):702–7.
37. Mendez M, Carrard VC, Haas AN, da Silva Lauxen I, Barbachan JJD, Rados PV, et al. A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: Lesion occurrence and demographic features. *Braz Oral Res*. 2012;26(3):235–41.
38. Torres-Domingo S, Bagán J v., Jiménez Y, Poveda R, Murillo J, Díaz JM, et al. Benign tumors of the oral mucosa: A study of 300 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(3):161–6.
39. Tatli U, Erdoğan Ö, Uğuz A, Üstün Y, Sertdemir Y, Damlar I. Diagnostic concordance characteristics of oral cavity lesions. *The Scientific World Journal*. 2013;1–7.

40. Cunha FFA, Junqueira JLC, Oliveira LB, Silva MBF, Panzarella FK. Oral lesions diagnosed in a public oral pathology laboratory. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2013;61(4):595–601.
41. Monteiro LS, do Amaral JB, Vizcaíno JR, Lopes CA, Torres FO. A clinical-pathological and survival study of oral squamous cell carcinomas from a population of the north of Portugal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014;19(2):120–6.
42. Joseph BK, Ali MA, Dashti H, Sundaram DB. Analysis of oral and maxillofacial pathology lesions over an 18-year period diagnosed at Kuwait University. *J Invest Clin Dent.* 2019;10(4):e12432.
43. Oreamuno YVB, Sot AL. Análisis retrospectivo de las lesiones de la mucosa oral entre 2008-2015 en el internado clínico de odontología de la Universidad de Costa Rica. *PSM - Población y Salud en Mesoamérica.* 2019;16(2):1–23.
44. Porter S, Gueiros LA, Leão JC, Fedele S. Risk factors and etiopathogenesis of potentially premalignant oral epithelial lesions. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 2018;125(6):603–11.
45. Thompson R, Haws J, Rhodus NL, Ondrey FG. Patients with oral preneoplastic lesions and integration of dental pathology referrals. *American Journal of Otolaryngology - Head and Neck Medicine and Surgery.* 2022;43(1).
46. Neville BW, Day TA. Oral Cancer and Precancerous Lesions. *CA Cancer J Clin.* 2002;52(4):195–215.
47. Speight PM, Khurram SA, Kujan O. Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 2018;125(6):612–27.
48. Albuquerque RP, López-López J, Jané-Salas E, Rosa-Santos J, Ibrahim C. A pioneering epidemiological study investigating the incidence of squamous cell carcinoma of tongue in a Portuguese population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012;17(4):550–4.
49. Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Diseases.* 2008;14(4):356–66.
50. De Vasconcelos Carvalho M, Iglesias DPP, do Nascimento GJF, Sobral APV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology.* 2011;28(2):111–5.
51. Chaturvedi AK, Engels EA, Pfeiffer RM, Hernandez BY, Xiao W, Kim E, et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *J Clin Oncol.* 2011;29(32):4294–301.
52. Lehtinen M, Apter D, Eriksson T, Harjula K, Hokkanen M, Lehtinen T, et al. Effectiveness of the AS04-adjuvanted HPV-16/18 vaccine in reducing oropharyngeal HPV infections in young females—Results from a community-randomized trial. *Int J Cancer.* 2020;147(1):170–4.

53. Kelloway E, Ha WN, Dost F, Farah CS. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. *Australian Dental Journal*. 2014;59(2):215–20.
54. Dancyger A, Heard V, Huang B, Suley C, Tang D, Ariyawardana A. Malignant transformation of actinic cheilitis: A systematic review of observational studies. *J Invest Clin Dent*. 2018;9(4):1–9.
55. Guedes MM, Albuquerque R, Monteiro M, Lopes CA, do Amaral JB, Pacheco JJ, et al. Oral soft tissue biopsies in Oporto, Portugal: An eight year retrospective analysis. *J Clin Exp Dent*. 2015;7(5):640–8.
56. Vasconcelos AC, Aburad C, Lima IFP, Santos SMM, de Freitas Filho SAJ, Franco A, et al. A scientific survey on 1550 cases of oral lesions diagnosed in a Brazilian referral center. *An Acad Bras Cienc*. 2017;89(3):1691–7.
57. Martins-de-Barros AV, Barros AMI, Silva CCG, Ramos LFS, Ferreira SJ, da Costa Araújo FA, et al. High prevalence of oral potentially malignant disorders and risk factors in a semi-urban Brazilian city: A population-based cross-sectional study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2021;26(6):778–85.
58. Maymone MBC, Greer RO, Kesecker J, Sahitya PC, Burdine LK, Cheng AD, et al. Premalignant and malignant oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(1):59–71.
59. Warnakulasuriya S. Oral potentially malignant disorders: A comprehensive review on clinical aspects and management. *Oral Oncology*. 2020;102(1):1–5.
60. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *J Oral Pathol Med*. 2006;35(7):392–401.
61. Mello FW, Melo G, Pasetto JJ, Silva CAB, Warnakulasuriya S, Rivero ERC. The synergistic effect of tobacco and alcohol consumption on oral squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*. 2019;23(7):2849–59.
62. Souza JGS, Soares LA, Moreira G. Concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões bucais diagnosticadas em Clínica Universitária. *Rev Odontol UNESP*. 2014;43(1):30–5.
63. Patel KJ, de Silva HL, Tong DC, Love RM. Concordance between clinical and histopathologic diagnoses of oral mucosal lesions. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011;69(1):125–33.
64. Rados PV, Sant M, Filho A, Barbachan JJD, Volkweis MR, Romanini J. Comparative Study Between Clinical and Microscopic Diagnosis. *R Fac Odontol*. 1996;37(1):21–3.
65. Bacci C, Donolato L, Stellini E, Berengo M, Valente M. A comparison between histologic and clinical diagnoses of oral lesions. *Quintessence International*. 2014;45(9):789–94.

7.ANEXOS


7.1. Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa sobre o projeto nº169.



Parecer sobre o projeto nº 169
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2019/2023

Projeto de Investigação Na reunião do dia 18 de novembro de 2021 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora principal. Após apreciação redige o seguinte parecer
Título: Caracterização das lesões de tecidos moles e duros nos pacientes da Clínica Dentária Universitária: um estudo retrospectivo.
Investigador Principal: Patrícia Sofia Soares Couto Equipa de investigação: Patrícia Sofia Soares Couto, Tiago Miguel Santos Marques, Raquel Silva, Camila Trimboli (aluna de Mestrado Integrado em Medicina Dentária)
Documentos apresentados <ul style="list-style-type: none">- Projeto de investigação- Formulário- Curriculum Vitæ da investigadora e de cada um dos membros da equipa.- Cronograma: de outubro de 2021 a julho de 2022.- Autorização da Direção Clínica Dentária Universitária, UCP – Viseu.- Aprovação do Conselho Científico.- Declaração de conflito de interesses. “Não existe qualquer financiamento associado ao mesmo, nem qualquer tipo de conflito de interesses inerente”- Declaração sobre condições de confidencialidade Não serão recolhidos dados pessoais. “Os dados dos pacientes serão consolidados, totalmente anonimizados e extraídos pelo DPO local. Os dados clínicos agregados e totalmente anonimizados, não incluirão nome nem número do processo dos pacientes e o seu uso será exclusivo da investigadora principal e da sua equipa de investigação. Esses dados serão confidenciais, não disponibilizados ou transmitidos a terceiros e serão completamente destruídos assim que seja concluído o seu tratamento. O estudo de investigação final tornando-se público, não conterà nenhuma referência que permita a identificação dos pacientes. A investigadora principal e a equipa de investigação declaram não ter sobreposição de papéis entre investigador e profissional de saúde dos pacientes participantes no estudo”.- Avaliação de impacto sobre a proteção de dados. “De acordo com o que está em vigor pela Comissão Europeia referente à AIPD e de acordo com a natureza do estudo em causa: ‘um médico da comunidade que efetua o tratamento dos dados pessoais dos seus doentes. Neste caso, não é necessário realizar uma AIPD, uma vez que o tratamento efetuado pelos médicos comunitários não é efetuado em grande escala caso o número de doentes seja limitado”.- Não se aplica o consentimento informado destinado aos participantes.
Resumo: O diagnóstico adequado de uma patologia da cavidade oral resulta de um exame visual, palpação das estruturas orais e peri-orais e, se necessário, exames complementares de diagnóstico. Porém, caso uma lesão suspeita de malignidade ou outra patologia grave seja observada, a biópsia da mesma tornar-se-á imprescindível, como forma de diagnóstico final. Dessa maneira, pode-se antecipar a trajetória da doença, a sua recuperação, recidiva ou progressão da lesão. Poucos são os estudos que avaliam a prevalência de patologias orais tendo por base um diagnóstico de confirmação anatomopatológico, tornando esse, um estudo essencial para obtenção de informações epidemiológicas relativas a lesões de tecidos moles e duros da cavidade oral
São objetivos do presente estudo: 1. Caracterizar as lesões de tecidos moles e duros, diagnosticadas e confirmadas através de exame anatomopatológico nos pacientes;



<p>2. Determinar a prevalência de neoplasias malignas nos pacientes; 3. Analisar fatores de risco e determinantes clínicos associados às lesões diagnosticadas.</p> <p>Metodologia Tabelas de registo das variáveis de estudo utilizando o software IBM SPSS Statistics. Para tal será realizada uma análise retrospectiva de todas as biópsias efetuadas na Clínica Dentária Universitária, no período de 2017 a 2021, com recurso aos dados extraídos pelo DPO local e entregues de forma consolidada e totalmente anonimizada.</p> <p>Serão recolhidas as seguintes variáveis: género, idade, fatores de risco, patologia sistémica associada, tipo de biópsia, local de excisão, resultado clínico e resultado anatomopatológico. Os dados recolhidos serão alvo de análise retrospectiva, seguida de estatística descritiva e inferencial CES-UCP página 6 de 21 através do software SPSS.</p> <ul style="list-style-type: none">- Projeto não financiado- Estudo retrospectivo observacional descritivo- Local: Clínica Dentária da UCP – Viseu- Participantes: A amostra será constituída pelos dados consolidados, totalmente anonimizados, extraídos pelo DPO local, relativos aos dados clínicos e resultados diagnósticos de exames anatomopatológicos realizados em pacientes que apresentaram lesões de tecidos moles e duros na Clínica Dentária Universitária, no período entre 2017 e 2021. Dados como o nome ou número de processo clínico não são incluídos nas amostras. Não estão incluídos nem menores, nem grupo vulneráveis.- Não há riscos ou incómodos para os participantes do estudo. <p>Os benefícios são gerais: conhecimento das informações epidemiológicas referente às patologias que acometem a cavidade oral, ressaltando a importância de exames meticulosos em caso de lesões com suspeita de malignidade. Conhecimento da prevalência deste tipo de patologia e desenhar/implementar medidas preventivas adequadas.</p> <ul style="list-style-type: none">- O estudo não foi submetido a qualquer Comissão de ética.
<p style="text-align: center;">Estiveram presentes na reunião nº 34 da CES-UCP Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas Vice-Presidente: Doutora Teresa Marques Doutor Jerónimo Santos Trigo Dr. Eugénio Fonseca Mestre Ivone Gaspar</p>
<p>Conclusão Ouvido o Relator, e o plenário da reunião de 18 de novembro de 2021, realizada nas instalações da UCP em Lisboa, esta CES delibera, por unanimidade, emitir Parecer Favorável.</p> <p>Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.</p> <p style="text-align: center;">A Presidente,</p> <p style="text-align: center;"> Mara de Sousa Freitas 18/11/2021</p>