



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

NEOPLASIAS MESODÉRMICAS NOS UTENTES DA CLÍNICA
DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA: UM ESTUDO RETROSPETIVO
DE 20 ANOS

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

Por:

Rafaela Carolina Jesus Fonseca

Viseu, 2023



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

NEOPLASIAS MESODÉRMICAS NOS UTENTES DA CLÍNICA
DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA: UM ESTUDO RETROSPETIVO
DE 20 ANOS

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

Por:

Rafaela Carolina Jesus Fonseca

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Sofia Soares Couto

Coorientador: Mestre Tiago Miguel Santos Marques

Viseu, 2023

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: _____

(Categoria profissional e Filiação académica)

Arguente: _____

(Categoria profissional e Filiação académica)

Orientador: _____

(Categoria profissional e Filiação académica)

Data das provas públicas: ___ / ___ / ___

Classificação: _____

Validação e confirmação pelos serviços escolares:

“Nunca desistir dos nossos sonhos.”

Augusto Cury

Dedicatória

Ao meu pai, que embora já não presente fisicamente,
me inspira e ensina a ser melhor todos os dias.

Agradecimentos

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

Ao meu coorientador Professor Doutor Tiago Marques pelas opiniões e críticas construtivas.

Ao meu pai, a quem dedico esta dissertação, pelo papel fulcral na mulher que sou hoje. Pelo amor, pela educação sólida que me foi transmitida, enquanto a vida nos permitiu, mas que ainda hoje, são a base da pessoa que sou. Hoje, embora já não presente, resta-me pensar que estará orgulhoso de mim e do meu percurso. Estou a um passo de me tornar médica dentista, como sempre sonhámos. Saudade que não cabe no peito. Será sempre por ti e para ti.

À minha mãe, por ser mãe e pai, por ser o pilar da minha existência, a pessoa mais importante da minha vida, a minha melhor amiga e por me apoiar incondicionalmente. Conseguimos finalizar mais uma etapa. Obrigada por tanto.

À minha família pelo apoio e ajuda constantes.

Ao meu namorado, por todo o companheirismo, amor, paciência, força e apoio. Obrigada por estares sempre presente em todos os momentos.

Ao meu grupo de amigas por estarem sempre presentes, por me ouvirem e por alegrarem os meus dias. Por serem a família que escolhi para a vida.

À minha binómia e amiga Maria Miguel, por todo o apoio, ajuda, companheirismo e, acima de tudo, amizade ao longo destes 5 anos. Sem ti, não seria possível.

RESUMO

Introdução: As neoplasias mesodérmicas benignas que afetam a cavidade oral constituem um grupo variado de lesões que se originam de diversos tecidos e com diferentes prevalências. Embora apresentem uma variada histogénese, a sua aparência clínica pode ser semelhante entre si, dificultando o seu diagnóstico.

Objetivo: O presente estudo pretende determinar a prevalência, características clínicas e histológicas das neoplasias mesodérmicas benignas nos pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu.

Materiais e Métodos: Para tal foi realizado um estudo retrospectivo observacional descritivo de 20 anos, através da análise das seguintes variáveis: género; idade; coloração; tipologia; localização; tamanho; técnica de biópsia; e concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico. Seguiu-se uma análise estatística descritiva e inferencial com recurso ao *software* SPSS.

Resultados: Foram encontradas 31 neoplasias mesodérmicas, obtendo-se uma prevalência de 16,5%. A média de idades foi 63,1 anos com prevalência do género feminino (58%). A coloração mais comum das lesões foi normocolorado (54,8%). Os tipos de neoplasias mais prevalentes foram o fibroma (77,4%), seguido do hemangioma e fibrolipoma. As localizações anatómicas mais comuns foram a mucosa jugal (33,3%) e a língua (29,6%). O diâmetro mais prevalente das lesões foi o intervalo compreendido entre 0,5 cm e 1 cm (51,6%). As biópsias realizadas foram na sua totalidade excisionais, e maioritariamente realizadas pelo método tradicional - bisturi (54,8%). A concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico foi de 87,1%.

Conclusões: Na população em estudo, as neoplasias mesodérmicas surgem maioritariamente como crescimentos de pequenas dimensões, normocoloradas, assintomáticas, na mucosa jugal, com predominância no género feminino e entre a quarta e sexta décadas de vida. Uma correta caracterização e diferenciação entre as diversas neoplasias mesodérmicas benignas fornece aos médicos dentistas o conhecimento necessário para diagnosticar e tratar de forma adequada cada paciente.

Palavras-chave: Cavidade Oral; Neoplasias Mesodérmicas Benignas; Tecidos Moles; Biópsias

ABSTRACT

Introduction: Benign mesodermal neoplasms affect the oral cavity and constitute a varied group of lesions which could be originate from different tissues and present different prevalences. Although they present a varied histogenesis, their clinical appearance can be similar within the variety, making their diagnosis very difficult.

Aim: Therefore, the aim of this study is to determine the prevalence, clinical and histological characteristics of benign mesodermal neoplasms of the Clínica Dentária Universitária, Universidade Católica Portuguesa – Viseu.

Materials and Methods: 20-year retrospective descriptive observational study was performed, through the analysis of: gender; age; typology; lesion coloration; size; localization; biopsy technique; clinical diagnosis and histological characteristics of the lesion. This was followed by a descriptive and inferential statistical analysis using SPSS software.

Results: 31 mesodermal neoplasms were included, with a prevalence of 16,5%. The mean age was 63,1 years with a female prevalence (58%). The most common lesions coloration was normocolored (54,8%). The most prevalent types of neoplasms were fibroma (77,4%), followed by hemangioma and fibrolipoma. The most common sites in which neoplasms develop were buccal mucosa (33,3%) and tongue (29,6%). The most prevalent diameter range size is about 0,5 – 1 cm (51,6%). The biopsies performed were entirely excisional, and mostly performed using the traditional method – scalpel (54,8%). The concordance between the clinical and anatomopathological diagnosis was 87.1%.

Conclusions: The present study shows that mesodermal neoplasms usually tend to present a small growth, normocolored, asymptomatic, normally on the buccal mucosa, predominantly in females, aged between the fourth and sixth decades of life. A correct characterization and differentiation between the benign mesodermal neoplasms, in study, provides Dentists the knowledge to correctly diagnose, in order to manage the best treatment approach for each patient.

Keywords: Oral Cavity; Benign Mesodermal Neoplasms; Soft tissue; Biopsies

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	4
1.1. Considerações gerais	4
1.2. Neoplasias mesodérmicas do tecido adiposo.....	4
1.3. Neoplasias mesodérmicas de tecidos ósseos	5
1.4. Neoplasias mesodérmicas de tecidos fibroblásticos	6
1.5. Neoplasias mesodérmicas de origem vascular	7
2. MATERIAIS E MÉTODOS	12
2.1. Desenho do estudo	12
2.2. População e seleção da amostra.....	12
2.3. Instrumento de recolha e análise estatística dos dados	12
2.4. Questões éticas	13
3. RESULTADOS	16
3.1. Dimensão da amostra	16
3.2. Género e faixa etária	16
3.3. Coloração da lesão	18
3.4. Diagnóstico anatomopatológico	18
3.5. Localização anatómica da lesão	22
3.6. Tamanho da lesão	23
3.7. Tipo de biópsia efetuada.....	24
3.8. Concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico	25
4. DISCUSSÃO	30
4.1. Dimensão da amostra	30
4.2. Género e faixa etária	31
4.3. Coloração da lesão	32

4.4.	Diagnóstico anatomopatológico	33
4.5.	Localização anatómica da lesão	35
4.6.	Tamanho das lesões.....	36
4.7.	Tipo de biópsia efetuada.....	37
4.8.	Concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico	38
5.	CONCLUSÕES	42
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
7.	ANEXOS	52
7.1.	Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa sobre a adenda ao projeto nº169.	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto ao género dos pacientes.	16
Gráfico 2: Caracterização da amostra quanto à faixa etária dos pacientes.....	17
Gráfico 3: Caracterização da amostra quanto à coloração das lesões biopsadas.	18
Gráfico 4: Classificação das neoplasias mesodérmicas em estudo.	19
Gráfico 5: Caracterização da localização das neoplasias mesodérmicas.	22
Gráfico 6: Gráfico ilustrativo da técnica de realização das biópsias.	24
Gráfico 7: Gráfico ilustrativo da Concordância (C), Discordância (NC) entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico. A coluna Sem Informação (SI) refere-se aos casos em que não há informação do diagnóstico clínico.	26

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Cruzamento do género com a idade dos pacientes em estudo.	17
Tabela 2: Cruzamento do género e classificação das neoplasias mesodérmicas.	20
Tabela 3: Cruzamento da faixa etária e classificação das neoplasias mesodérmicas.....	20
Tabela 4: Cruzamento da coloração e classificação das neoplasias mesodérmicas.....	21
Tabela 5: Cruzamento da localização e classificação das neoplasias mesodérmicas.....	23
Tabela 6: Cruzamento do tamanho e classificação das neoplasias mesodérmicas	24
Tabela 7: Cruzamento entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico	25

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações gerais

Na cavidade oral, os tecidos moles são afetados por múltiplas condições patológicas de etiologia e significado variáveis e a sua abordagem apropriada depende de um correto diagnóstico (1).

Uma neoplasia pode ser descrita como uma massa anormal de tecido, de crescimento excessivo e desordenado, que continua após a interrupção do estímulo que a induz e que compete com células e tecidos normais no que se refere às suas necessidades metabólicas (2).

As neoplasias mesodérmicas caracterizam-se pelo seu crescimento lento e indolor, geralmente benigno (a conversão maligna é rara), pela coloração normal da mucosa adjacente e pela rara recidiva e invasão dos tecidos circundantes (2). São exemplos destas patologias: o lipoma, neoplasia mesodérmica benigna do tecido adiposo; o osteoma, neoplasia mesodérmica benigna formada por osso compacto ou esponjoso; o fibroma, neoplasia mesenquimatosa benigna de tecidos moles mais frequente da cavidade oral, formada por tecido conjuntivo fibroso; o hemangioma, tumor vascular mais frequente na infância e o linfangioma, tumor vascular benigno (3).

1.2. Neoplasias mesodérmicas do tecido adiposo

Os tumores benignos do tecido adiposo podem ser classificados de acordo com as suas características histológicas e formas de crescimento em: lipoma, fibrolipoma, angioliipoma, lipoma infiltrado (intramuscular), lipoma pleiomórfico, osseolipoma, sialolipoma, condrolipoma, mixolipoma e lipoma de células fusiformes (4).

O lipoma representa a mais comum neoplasia mesodérmica benigna do tecido adiposo maduro em adultos, seguindo-se o fibrolipoma (5), sendo que 20% dos primeiros ocorrem na região da cabeça e pescoço, representando cerca de 1 a 5% das lesões benignas que ocorrem na cavidade oral (6). Os lipomas orais podem ocorrer em várias localizações anatómicas, incluindo: glândulas salivares major, mucosa oral, língua, palato e pavimento da boca; sendo a mucosa jugal a sua

localização mais comum (cerca de 50% dos casos) (5). Estes são móveis em relação aos tecidos circundantes e clinicamente apresentam crescimento lento, são assintomáticos, na maioria dos casos, e apresentam uma cor amarela translúcida devido ao epitélio fino subjacente (6), sendo que diferem metabolicamente do tecido adiposo normal, apesar das suas similaridades histológicas (4). Em alguns casos também é possível observar vasos sanguíneos superficiais. A consistência desta lesão varia desde mole a firme, dependendo da quantidade e da distribuição do tecido fibroso e da profundidade do tumor (6). Os lipomas podem ser classificados em: lipoma superficial (presentes no tecido subcutâneo), lipoma profundo (presentes em tecidos moles profundos podendo causar dor se estiverem localizados junto de estruturas neurovasculares) e lipoma parosteal (presente no periosteio) (7). Os lipomas e os fibrolipomas são geralmente bem circunscritos e finamente encapsulados (4) e é de elevada importância a sua avaliação histopatológica, de forma a identificar e caracterizar a ocorrência de cada um, uma vez que apesar de compartilharem várias semelhanças, existem algumas diferenças importantes entre ambos, tais como, a composição e a localização (4). Os fibrolipomas, embora sejam raros, podem ocorrer com maior frequência na mucosa jugal e, clinicamente são bem circunscritos, móveis em relação ao tecido circundante e assintomáticos (6). O tratamento, em ambos os casos, é a excisão cirúrgica, sendo taxa de recorrência bastante reduzida (5).

1.3. Neoplasias mesodérmicas de tecidos ósseos

As neoplasias mesodérmicas benignas, com origem em tecido ósseo e cartilaginoso, podem dividir-se em: osteoma, osteoblastoma, osteoma osteoide, condroma e osteocondroma.

O osteoma é restrito ao esqueleto craniofacial e afeta o género masculino numa proporção de 2:1 em relação ao género feminino (8). Dependendo do local de formação, são distinguidos 3 tipos de osteomas (9):

- Central: caracterizado pela formação progressiva de osso esponjoso;
- Periférico: que se desenvolve em tecido periósseo;
- Extraósseo: que se desenvolve em tecidos moles, como por exemplo nos músculos.

Clinicamente, são lesões assintomáticas, diagnosticadas normalmente como

achados radiográficos (10), mas em raros casos podem causar dor, trismo, distúrbios oclusais, ou assimetria facial quando estas lesões afetam o côndilo mandibular (11). O diagnóstico diferencial inclui várias patologias inflamatórias e tumorais, tais como: exostose, displasia cemento-óssea, doença de Paget, osteblastoma, osteossarcoma, displasia fibrosa ou odontoma (9).

Múltiplos osteomas na zona da mandíbula podem ser indicativos da Síndrome de Gardner, uma doença autossômica dominante caracterizada por pólipos gastrointestinais, tumores nos tecidos moles e dentes impactados (12).

O tratamento, em casos avançados de neoplasia mesodérmica de tecidos ósseos, consiste na excisão cirúrgica, principalmente em casos sintomáticos e que causam problemas funcionais ou estéticos. Caso contrário opta-se por um tratamento de espera (9).

1.4. Neoplasias mesodérmicas de tecidos fibroblásticos

As neoplasias mesodérmicas benignas, com origem nos tecidos moles, podem ser divididas em tumores fibroblásticos que consistem em lesões compostas de células mesenquimais fusiformes e em tumores miofibroblásticos que são constituídos por células fusiformes e células musculares lisas (13).

O fibroma de células gigantes é uma lesão fibrosa benigna da cavidade oral, caracterizada pela presença de células fusiformes e fibroblastos gigantes, estrelados e multinucleados, encontrados principalmente no tecido conjuntivo subepitelial (14). É assintomático e dificilmente diferenciado do pólipo fibroepitelial, granuloma piogénico e fibroma (15). O fibroma de células gigantes contabiliza 1% das biópsias da cavidade oral e constitui 5% das lesões fibrosas que afetam a cavidade oral (15). Surge como um nódulo sésil ou pediculado, assintomático e com cor idêntica à da mucosa, com maior prevalência na gengiva, língua e mucosa jugal (16). Contrariamente ao fibroma de irritação, o fibroma de células gigantes não é induzido por trauma crónico e possui um potencial de crescimento limitado, medindo menos de 1 cm de diâmetro, o que auxilia no diagnóstico diferencial de ambas as lesões (17).

O fibroma de irritação é a mais comum das neoplasias fibrosas da cavidade oral (18). Caracteriza-se por ser o resultado de um processo de reparação crónico com formação de tecido de granulação resultando numa massa submucosa fibrosa.

As recorrências são raras e podem ser provocadas por um trauma repetitivo no mesmo local, como é exemplo o uso de prótese dentária mal-adaptada (17). Os locais anatómicos mais comuns são: língua, mucosa jugal e mucosa do lábio inferior. Histologicamente descrevem-se como células epiteliais hiperplásicas para ou ortoqueratinizadas, hiperplasia focal de fibroblastos ou fibras colágenas com presença ou não de infiltrado de células inflamatórias (18). Perante esta condição pode realizar-se um diagnóstico diferencial com: lipoma, neurofibromatose, tumores epiteliais e hiperplasia fibroepitelial (18). O tratamento reside na eliminação dos fatores etiológicos e excisão cirúrgica da lesão (18).

1.5. Neoplasias mesodérmicas de origem vascular

As neoplasias vasculares benignas podem dividir-se em hemangioma, hemangioendotelioma ou linfangioma.

O hemangioma é um tumor de origem vascular caracterizado pela proliferação de células endoteliais com elevada atividade mitótica, mais comum no género feminino e cerca de 60% dos hemangiomas ocorrem na região da cabeça e do pescoço, sendo a sua ocorrência na cavidade oral rara (hemangiomas orais) (19). Os hemangiomas orais podem ser encontrados na língua, lábios, mucosa jugal, palato, gengiva, pavimento da boca e glândulas salivares (19). É a neoplasia mais comum na infância com uma prevalência de 4% (20). Apresenta crescimento elevado no primeiro ano de vida (fase proliferativa), que se estende por 6 a 10 meses, e após a qual inicia a redução do seu crescimento (fase involutiva). Cerca de 90% dos hemangiomas infantis resolvem-se entre os 7 e os 10 anos de idade (21). Clinicamente, o hemangioma oral é assintomático e aparece como uma massa bem circunscrita, lisa ou lobulada, pediculada ou séssil. A sua coloração pode variar desde vermelha até azul escura, dependendo da sua profundidade (19). A vitropressão também é um importante meio auxiliar do diagnóstico, sendo conclusivo na maioria dos casos e baseia-se na compressão por uma lâmina de vidro da lesão que adquire uma coloração pálida e de menor tamanho.

Relativamente ao grau de envolvimento dos tecidos moles, o hemangioma pode ser classificado em superficial, profundo e misto. O tipo superficial, presente em 62% dos casos, apresenta-se como uma lesão avermelhada brilhante, enquanto o tipo profundo pode apresentar-se sob a forma de pele normal a azulada. Por

último, o tipo misto apresenta características de ambos, superficial e profundo (22). A biopsia, apesar do elevado risco de hemorragia, pode ser usada para fazer o diagnóstico diferencial entre os hemangiomas atípicos e/ou outros tumores dos tecidos moles, tais como, miofibromatose ou rabdomiossarcoma (23). O tratamento é realizado num pequeno número de casos, uma vez que se trata de um tumor benigno com involução na maior parte dos casos. A corticoterapia é a terapêutica de referência apesar da sua eficácia reduzida (1/3 dos casos) e, por isso, novas opções, tais como o uso do propranolol e do atenolol têm vindo a ganhar preponderância (24).

O linfangioma é uma lesão rara de nomenclatura controversa. Alguns autores acreditam ser uma má-formação congénita do sistema linfático, enquanto outros consideram ser uma neoplasia vascular benigna decorrente da proliferação de vasos linfáticos (25). São mais comuns na região da cabeça e pescoço, contabilizando cerca de 50% - 75% dos casos (26) sendo que, destes, alguns estão presentes ao nascimento, mas a maioria desenvolve-se por volta dos 2 anos de idade (27). A localização mais comum do linfangioma oral é no terço anterior da língua e caracteriza-se por um aspeto granular com múltiplas vesículas translúcidas preenchidas por linfa, podendo estar associadas a infeções, sangramento, obstrução das vias aéreas, distúrbios na fala e crescimento facial anormal (28). Quando se localiza na língua esta aumenta de tamanho (macroglossia), formando saliências e fissuras, prejudicando a fala e deglutição. O linfangioma encontra-se ainda associado a diferentes síndromes, tais como: síndrome de Turner, trissomia 21 e síndrome de Noonan's (27). Para além da língua, também se pode localizar nos lábios, mucosa jugal, palato mole e pavimento da boca.

Pode classificar-se em: linfangioma simples, que exhibe pequenos vasos de tamanho capilar; linfangioma cavernoso, que é composto por vasos linfáticos dilatados e linfangioma quístico, composto por grandes espaços quísticos (29). A excisão cirúrgica é o tratamento de eleição quando estruturas vitais não estão envolvidas (26), mas outros procedimentos como laser, eletrocauterização e crioterapia podem ser sugeridos (27).

Como foi descrito anteriormente, as neoplasias mesenquimais benignas que afetam a cavidade oral constituem um grupo variado de lesões que se originam de diversos tecidos e com diferentes prevalências. Embora apresentem uma variada histogénese, a sua aparência clínica pode ser semelhante entre si, dificultando o seu

diagnóstico.

Assim, face à diversidade de neoplasias mesodérmicas que pode acometer a cavidade oral, torna-se fundamental conhecer de forma mais aprofundada as características epidemiológicas, clínicas e histológicas destas condições nos pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu.

Desta forma, o presente estudo visa dar resposta aos seguintes objetivos:

- Determinar a prevalência de neoplasias mesodérmicas nos pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu;
- Identificar a prevalência de cada tipo de neoplasia mesodérmica;
- Identificar as características sociodemográficas dos pacientes diagnosticados com os diferentes tipos de neoplasias mesodérmicas;
- Analisar as características clínicas das diversas lesões encontradas, em função da sua tipologia; coloração; tamanho; localização e técnica de biópsia;
- Determinar a percentagem de concordância entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico.

MATERIAIS E MÉTODOS

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo observacional descritivo, onde foi realizada uma pesquisa seguida de análise estatística descritiva e inferencial, das biópsias de todos os utentes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu, que apresentavam neoplasias mesodérmicas no período compreendido entre o ano de 2003 e o ano de 2023.

2.2. População e seleção da amostra

A amostra foi constituída pelos dados consolidados, totalmente anonimizados, relativos a informações clínicas e resultados de exames anatomopatológicos dos pacientes que apresentaram neoplasias mesodérmicas nos últimos 20 anos. Elementos como nome ou número de processo clínico não foram incluídos na amostra.

2.3. Instrumento de recolha e análise estatística dos dados

Neste estudo, após a recolha dos dados foi feita a codificação e inserção em base de dados no *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 26.0, onde se realizou o tratamento estatístico. Foram analisadas as seguintes variáveis: género; idade; tipologia; coloração; tamanho; localização; técnica de biópsia; diagnóstico clínico e características histológicas da lesão. Para a análise descritiva recorreu-se às distribuições de frequências e às medidas estatísticas adequadas, assim como às representações gráficas. Na análise inferencial, o teste exato da binomial para o estudo da prevalência das neoplasias e o teste de independência do qui-quadrado foi usado para inferir entre a possível associação dos diagnósticos clínico e anatomopatológico. O teste do qui-quadrado pressupõe que a amostra seja de grande dimensão e que pelo menos 80% das frequências esperadas sejam no mínimo de cinco. Quando não se verificou o pressuposto da frequência esperada recorreu-se ao teste exato de Fisher. O valor de significância foi 5%.

2.4. Questões éticas

Foi submetido o pedido de parecer para recolha e tratamento de dados à Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa, o qual foi aceite via e-mail no dia 11 de Novembro de 2022 sobre a adenda ao projeto nº169, numa reunião presidida pela Sra. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Doutora Mara de Sousa Freitas, vide anexo 1.

Os dados recolhidos foram de uso exclusivo da equipa de investigação, confidenciais e não disponibilizados a terceiros.

RESULTADOS

3. RESULTADOS

3.1. Dimensão da amostra

Das 188 biópsias realizadas a pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu, 31 apresentavam neoplasias mesodérmicas. Assim, obteve-se uma prevalência de 16,49% de neoplasias mesodérmicas, com um intervalo de confiança de 95% a variar entre os limites inferior de 11,69% e superior de 22,31%.

3.2. Género e faixa etária

Foi recolhida informação relativamente ao grupo dos 31 diagnósticos de neoplasias mesodérmicas tendo-se verificado, como consta no gráfico 1, um total de 58,1% (n=18) dos casos relativos ao género feminino e os restantes 41,9% (n=13) relativos ao género masculino.

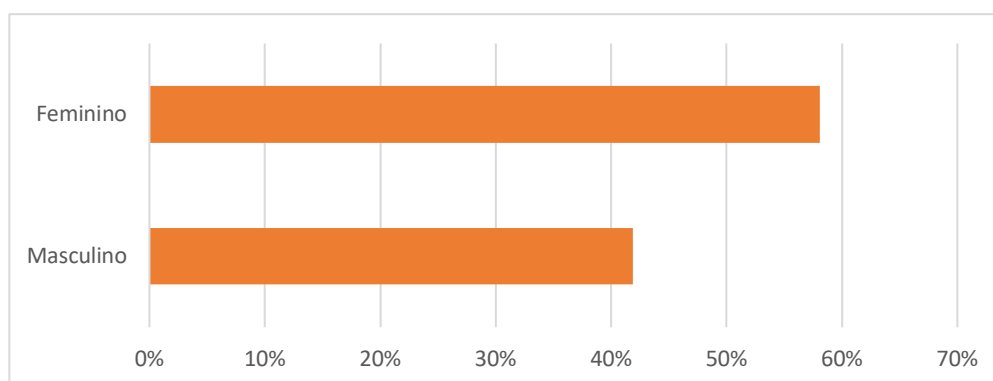


Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto ao género dos pacientes.

No período temporal compreendido entre 2003 e 2023, como consta no gráfico 2, as faixas etárias com uma maior representatividade foram a dos 40-59 anos e 60-79 anos de idade. Observou-se ainda que na faixa etária dos 0 aos 25 anos não se verificou nenhum caso de neoplasia mesodérmica, sendo a idade mais baixa os 26 anos e a idade mais elevada os 87 anos. Relativamente à média de idades esta foi de 63,1 anos.

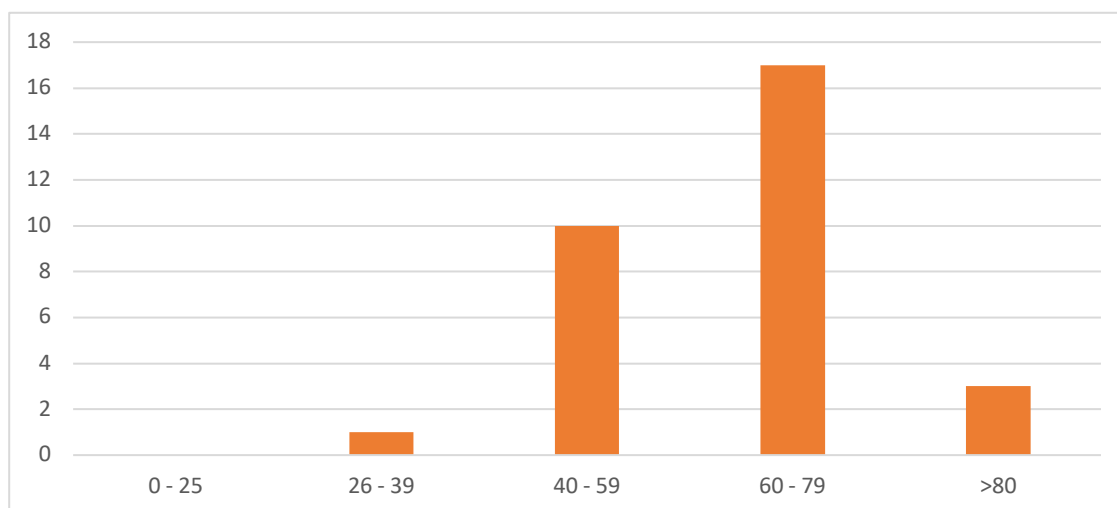


Gráfico 2: Caracterização da amostra quanto à faixa etária dos pacientes.

Na tabela 1 apresenta-se o cruzamento das variáveis género e faixa etária dos pacientes em estudo. Observou-se que 19,4% dos casos (n=6) apresentavam idades até aos 50 anos; 41,9% dos casos (n=13) tinham idades compreendidas entre os 51 e 70 anos e os restantes acima dos 70 anos de idade. No que concerne à distribuição das idades esta aparenta ser mais equilibrada no género masculino, na medida em que, no género feminino observaram-se dois casos com idade até aos 50 anos de idade e oito casos em cada uma das outras faixas etárias. Porém, pela aplicação do teste de independência exato de Fisher (ET=1,886; p=0,508), concluiu-se que o género e a idade dos indivíduos em estudo não estavam significativamente associados.

Tabela 1: Cruzamento do género com a idade dos pacientes em estudo.

Idade	Género		Total
	Feminino	Masculino	
Até 50 anos	2 (11,1%)	4 (30,8%)	6 (19,4%)
De 51 a 70 anos	8 (44,4%)	5 (38,5%)	13 (41,9%)
Mais de 70 anos	8 (44,4%)	4 (30,8%)	12 (38,7%)
Total	18 (100%)	13 (100%)	31 (100%)

Nota: Aplicação teste exato Fisher: ET=1,886; p=0,508.

3.3. Coloração da lesão

Relativamente à coloração das neoplasias mesodérmicas, no gráfico 3, é possível observar-se que 54,8% dos casos (n=17) apresentaram-se normocolorados; 29% dos casos em estudo (n=9) apresentaram-se com coloração branca; 6,5% dos casos (n=2) apresentaram coloração vermelha e os restantes casos em estudo distribuíram-se pelas colorações azul (n=2) e amarelo (n=1).

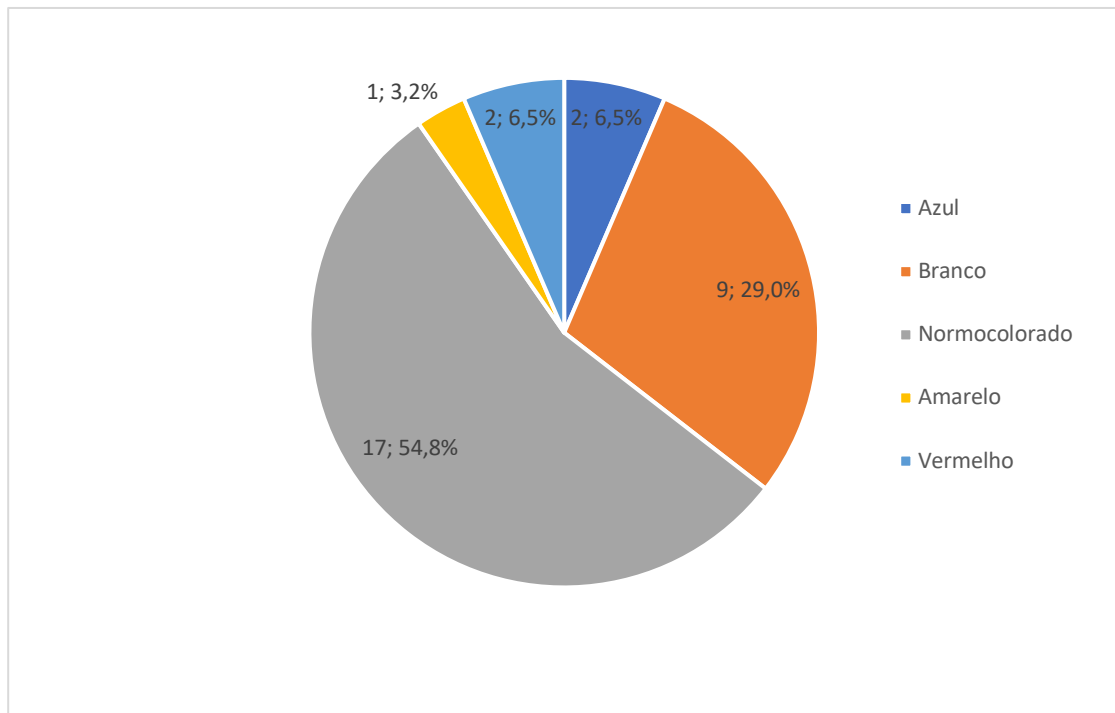


Gráfico 3: Caracterização da amostra quanto à coloração das lesões biopsadas.

3.4. Diagnóstico anatomopatológico

No gráfico abaixo apresentado é possível observar a classificação das neoplasias mesodérmicas em estudo. Pela observação do gráfico é possível constatar que a maioria dos casos, com um total de 77,4% (n=24) da amostra, eram fibromas; 12,9% (n=4) eram hemangiomas; 6,5% dos casos (n=2) eram fibrolipomas e, por último, 3,2% dos casos em estudo (n=1) lipoma.

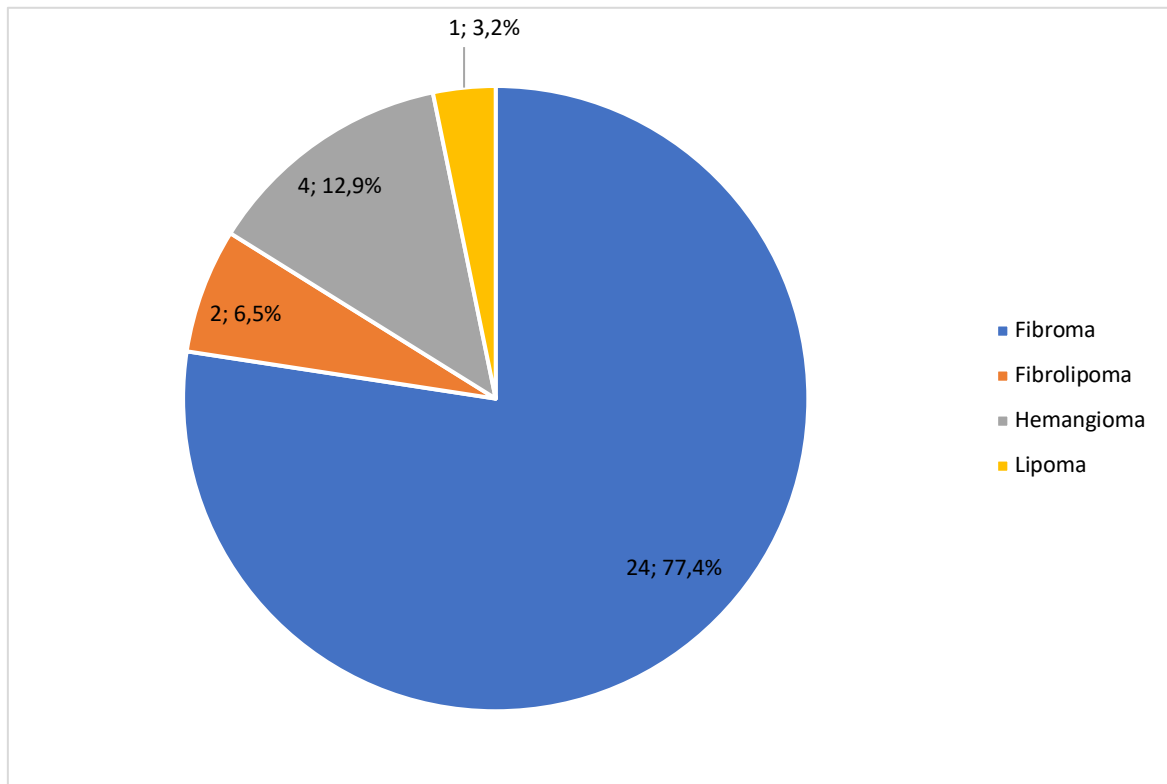


Gráfico 4: Classificação das neoplasias mesodérmicas em estudo.

Na tabela 2 apresentam-se os resultados do cruzamento entre o género da amostra em estudo e a classificação das neoplasias mesodérmicas. Desta forma, observou-se uma distribuição idêntica entre o género masculino e o género feminino. Porém, é importante salientar que o género masculino não apresentou qualquer registo de neoplasia mesodérmica classificada como fibrolipoma, sendo que o único registo de neoplasia mesodérmica classificada por lipoma foi identificado num paciente do género masculino.

Pela aplicação do teste de independência exato de Fisher (ET=2,628; p=0,564) concluiu-se que a classificação das neoplasias mesodérmicas e o género dos pacientes em estudo não estavam significativamente associados.

Tabela 2: Cruzamento do género e classificação das neoplasias mesodérmicas.

Classificação das neoplasias mesodérmicas	Género		
	Feminino	Masculino	Total
Fibroma	14 (77,8%)	10 (76,9%)	24 (77,4%)
Fibrolipoma	2 (11,1%)	0 (0,0%)	2 (6,5%)
Hemangioma	2 (11,1%)	2 (15,4%)	4 (12,9%)
Lipoma	0 (0,0%)	1 (7,7%)	1 (3,2%)
Total	18 (100%)	13 (100%)	31 (100%)

Nota: Aplicação teste exato Fisher: ET=2,628; p=0,564.

Na tabela 3 apresentam-se os resultados do cruzamento da faixa etária com a classificação das neoplasias mesodérmicas. Observou-se uma distribuição idêntica, por faixa etária, das neoplasias mesodérmicas classificadas como fibroma, sendo importante referir que o registo dos fibrolipomas ocorre nos indivíduos com mais de 70 anos. Pela aplicação do teste de independência exato de Fisher (ET=4,903; p=0,591) concluiu-se que a classificação das neoplasias mesodérmicas e a idade dos pacientes em estudo não estavam significativamente associadas.

Tabela 3: Cruzamento da faixa etária e classificação das neoplasias mesodérmicas.

Classificação das neoplasias mesodérmicas	Faixa etária			Total
	Até 50 anos	De 51 a 70 anos	Mais de 70 anos	
Fibroma	5 (83,3%)	11 (84,6%)	8 (66,7%)	24 (77,4%)
Fibrolipoma	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (16,7%)	2 (6,5%)
Hemangioma	1 (16,7%)	1 (7,7%)	2 (16,7%)	4 (12,9%)
Lipoma	0 (0,0%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)
Total	6 (100%)	13 (100%)	12 (100%)	31 (100%)

Nota: Aplicação teste exato Fisher: ET=4,903; p=0,591.

Considerando a coloração das lesões biopsadas: branco, normocolorado e outras (inclui azul, amarelo e vermelho) realizou-se o cruzamento com a classificação das neoplasias, conforme se apresenta na tabela 4. Observou-se que dos 24 fibromas, mais de metade (n=15) eram normocolorados e 9 apresentaram componente branca (pelo aumento de produção de queratina, fruto do trauma contínuo). Verificou-se que as lesões biopsadas e classificadas como hemangiomas apresentaram maioritariamente coloração vermelha e azulada. Por sua vez, as lesões biopsadas e classificadas como lipoma (n=1) apresentaram apenas coloração amarela e as lesões biopsadas e classificadas como fibrolipoma (n=2) apresentaram-se como normocoloradas.

Pela aplicação do teste de independência exato de Fisher (ET=22,140; p=0,000) concluiu-se que a cor e a classificação das neoplasias mesodérmicas biopsadas estavam significativamente associadas.

Tabela 4: Cruzamento da coloração e classificação das neoplasias mesodérmicas.

Classificação das neoplasias mesodérmicas	Coloração			Total
	Branco	Normocolorado	Outras	
Fibroma	9 (100%)	15 (82,2%)	0 (0,0%)	24 (77,4%)
Fibrolipoma	0 (0,0%)	2 (11,8%)	0 (0,0%)	2 (6,5%)
Hemangioma	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (80,0%)	4 (12,9%)
Lipoma	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	1 (3,2%)
Total	9 (100%)	17 (100%)	5 (100%)	31 (100%)

Nota: Aplicação teste exato Fisher: ET=22,140; p=0,000.

3.5. Localização anatômica da lesão

No que concerne à localização anatômica da lesão, importa referir que dos pacientes em estudo, quatro não apresentavam informação relativa à localização da biópsia efetuada, ou seja, a informação recolhida foi relativa a 27 biópsias.

Assim sendo, relativamente à localização das neoplasias mesodérmicas em estudo observou-se, conforme se constata no gráfico 5, que as mais comuns foram: mucosa jugal com um total de 33,3% (n=9) dos casos; língua com um total correspondente a 29,6% (n=8) dos casos clínicos; lábio com um total de 14,8% (n=4); gengiva com um total correspondente de 11,1% (n=3); vestíbulo com um total de 7,4% (n=2) e, por último, palato com apenas 3,7% (n=1).

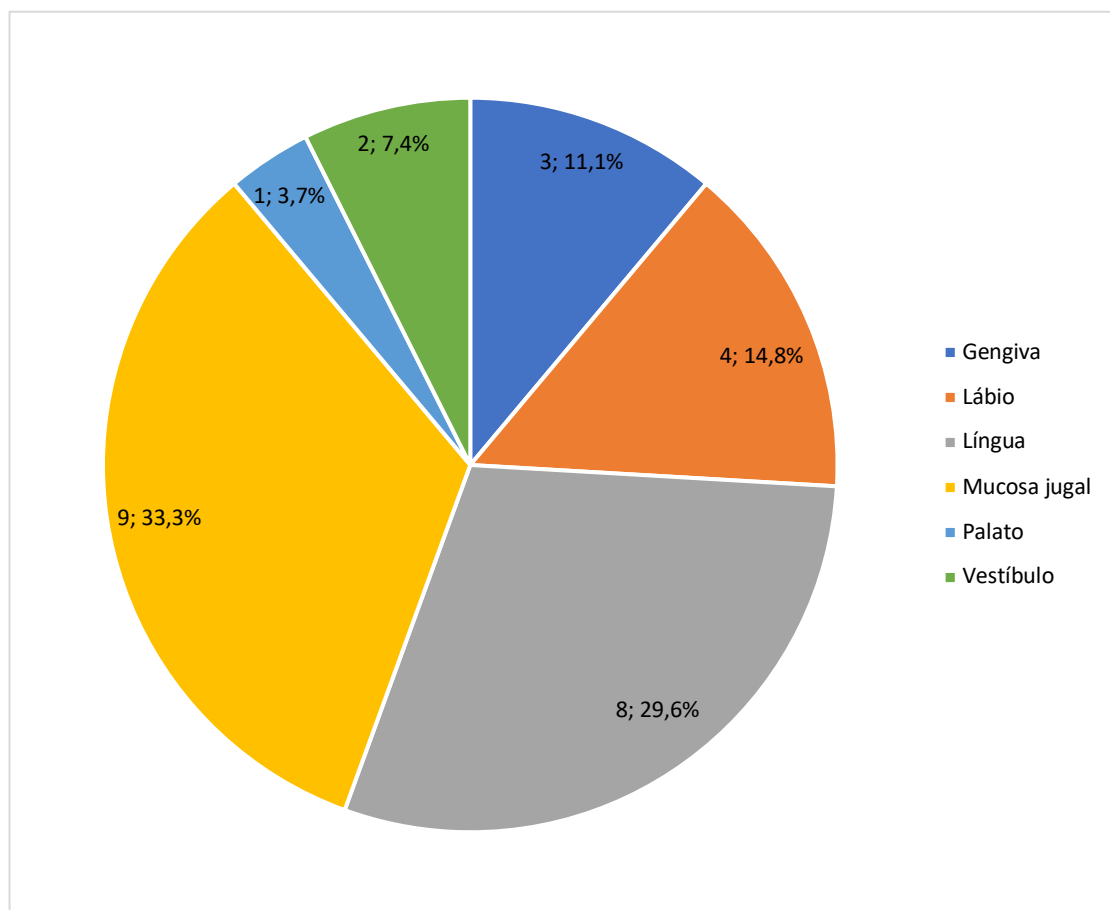


Gráfico 5: Caracterização da localização das neoplasias mesodérmicas.

Considerando como opção de localização das neoplasias mesodérmicas: mucosa jugal, língua, lábio e outras (inclui gengiva, vestibulo e palato) realizou-se o cruzamento com a classificação das neoplasias, conforme se apresenta na tabela 5. Pela aplicação do teste de independência exato de Fisher (ET=7,182; p=0,816) concluiu-se que a localização e a classificação das neoplasias mesodérmicas em estudo não estavam significativamente associadas.

Tabela 5: Cruzamento da localização e classificação das neoplasias mesodérmicas.

Classificação das neoplasias mesodérmicas	Localização				Total
	Lábio	Língua	Mucosa jugal	Outras	
Fibroma	3 (75,0%)	6 (75,0%)	7 (77,8%)	8 (80,0%)	24 (77,4%)
Fibrolipoma	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	1 (10,0%)	2 (6,5%)
Hemangioma	1 (25,0%)	2 (25,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	4 (12,9%)
Lipoma	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)
Total	4 (100%)	8 (100%)	9 (100%)	10 (100%)	31 (100%)

Nota: Aplicação teste exato Fisher: ET=7,182; p=0,816.

3.6. Tamanho da lesão

Foi recolhida informação relativamente ao tamanho das lesões e, destas, 7 apresentavam dimensão inferior ou igual a 0,5 cm (22,6%), 16 apresentavam um tamanho compreendido entre 0,6 cm e 1 cm (51,6%) e 8 eram superiores a 1cm (25,8%).

Na tabela 6 apresentam-se os resultados do cruzamento do tamanho e classificação das neoplasias em estudo. Observou-se que as neoplasias de tamanho até 0,5 cm eram fibromas, mas a maioria destas apresentava um tamanho compreendido entre 0,5 cm e 1 cm. As restantes neoplasias apresentavam tamanhos, de forma equilibrada, entre os 0,5 cm e 1 cm, sendo que a maioria dos hemangiomas apresentava dimensão superior a 1 cm. Acrescentar ainda que mais de metade dos

registos de neoplasias mesodérmicas apresentava um tamanho médio, ou seja, compreendido entre 0,5 cm e 1 cm.

Pela aplicação do teste de independência exato de Fisher (ET=5,094; p=0,225) concluiu-se que o tamanho e a classificação das neoplasias mesodérmicas em estudo não estavam significativamente associados.

Tabela 6: Cruzamento do tamanho e classificação das neoplasias mesodérmicas.

Classificação das neoplasias mesodérmicas	Tamanho da neoplasia			Total
	Até 0,5 cm	De 0,5 cm a 1 cm	Mais de 1 cm	
Fibroma	7 (100%)	13 (81,1%)	4 (50,0%)	24 (77,4%)
Fibrolipoma	0 (0,0%)	1 (6,3%)	1 (12,5%)	2 (6,5%)
Hemangioma	0 (0,0%)	1 (6,3%)	3 (37,5%)	4 (12,9%)
Lipoma	0 (0,0%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)
Total	7 (100%)	16 (100%)	8 (100%)	31 (100%)

Nota: Aplicação teste exato Fisher: ET=5,094; p=0,225.

3.7. Tipo de biópsia efetuada

Na totalidade das biópsias foi realizada a técnica excisional (100%). Destas 54,8% foram realizadas pelo método tradicional, bisturi, e 45,2% foram realizadas com recurso a laser.

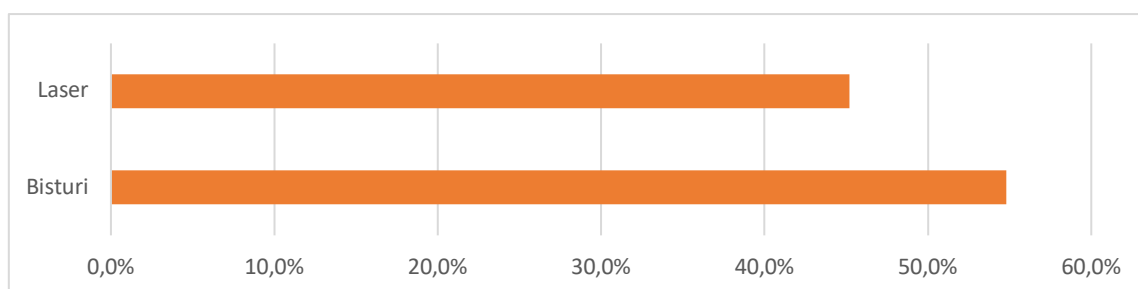


Gráfico 6: Gráfico ilustrativo da técnica de realização das biópsias.

3.8. Concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico

Relativamente à concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico, conforme apresentado na tabela 7, verifica-se que no caso das 24 neoplasias mesodérmicas com diagnóstico anatomopatológico correspondente a fibroma apenas 3 não continham informação relativamente ao diagnóstico clínico, verificando-se uma concordância estatística de 87,5% (n=21).

Dos 2 fibrolipomas diagnosticados anatomopatologicamente verificou-se que um foi diagnosticado clinicamente como fibrolipoma e o outro como lipoma, verificando-se deste modo uma concordância estatística de 50% (n=1).

Por sua vez, dos 4 hemangiomas diagnosticados verificou-se uma concordância estatística de 100% (n=4) entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico.

Relativamente ao caso diagnosticado de lipoma verificou-se uma concordância estatística de 100% (n=1) entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico.

Tabela 7: Cruzamento entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico.

Diagnóstico Clínico	Diagnóstico anatomopatológico				
	Fibroma	Fibrolipoma	Hemangioma	Lipoma	Total
Fibrolipoma	0 (0,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)
Fibroma	21 (87,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	21 (67,7%)
Hemangioma	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0 (0,0%)	4 (12,9%)
Lipoma	0 (0,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1(100,0%)	2 (6,5%)
Sem informação	3 (12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (9,7%)
Total	24 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	1(100,0%)	31 (100%)

Nota: Aplicação teste exato Fisher: ET=40,980; p<0,001.

Assim sendo, e como demonstrado no gráfico 7, depreende-se que se verificou uma concordância entre os diagnósticos clínicos e os diagnósticos

anatomopatológicos, em 27 dos 31 casos de neoplasias mesodérmicas, ou seja, em 87,1% das situações. Pela aplicação do teste de independência, exato de Fisher (ET=40,980; $p < 0,001$) concluiu-se que o diagnóstico anatomopatológico das neoplasias mesodérmicas estava significativamente associado com o diagnóstico clínico.

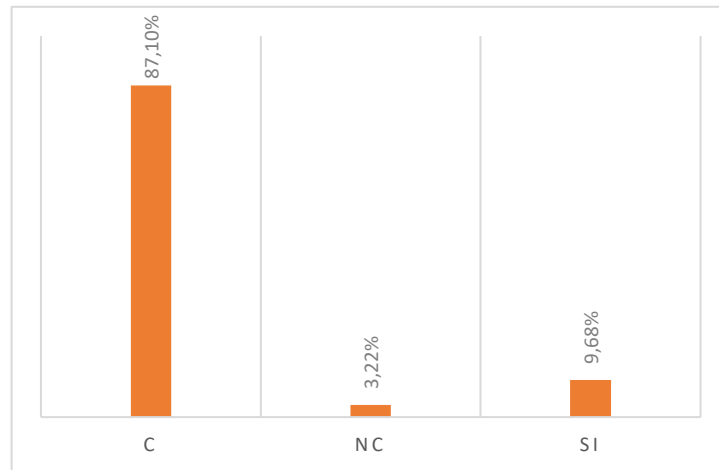


Gráfico 7: Gráfico ilustrativo da Concordância (C), Discordância (NC) entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico. A coluna Sem Informação (SI) refere-se aos casos em que não há informação do diagnóstico clínico.

DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

A análise dos resultados foi realizada a partir de uma amostra constituída por 31 pacientes cujas biópsias apresentaram diagnóstico positivo para alguma tipologia de neoplasia mesodérmica benigna, por um período de tempo compreendido entre os anos de 2003 e 2023, na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu.

As neoplasias mesodérmicas benignas da região oral frequentemente aparecem sob a forma de massas tumorais ou nodulares, de crescimento lento, que podem ser, facilmente, confundidas com outras entidades clínicas com características semelhantes, tais como lesões reativas ou lesões malignas de baixo grau (30). Para além disso, importa referir que neoplasias mesodérmicas com diferentes origens podem, igualmente, ser semelhantes entre si e, desta forma, dificultar a sua correta diferenciação e diagnóstico clínico.

No decurso da pesquisa bibliográfica constatou-se uma carência de estudos clínicos publicados que considerem e sejam restritos à temática das neoplasias mesodérmicas benignas, dificultando, desta forma, as análises comparativas entre as diferentes investigações.

4.1. Dimensão da amostra

No presente estudo, obteve-se uma prevalência de neoplasias mesodérmicas de 16,49%, quer isto dizer que das 188 biópsias em análise, 31 obtiveram um resultado positivo para alguma tipologia de neoplasia mesodérmica benigna, ao longo de 20 anos. Estes resultados revelam uma prevalência significativamente superior ao estudo de Torres-Domingo *et al.* (30) que apresentou uma prevalência de somente 2,49%. O referido estudo foi realizado no Hospital da Universidade de Estomatologia de Valência, por um período de 5 anos, tendo uma amostra constituída por 300 pacientes. Por sua vez, Da Silva *et al.* (2) conduziram um estudo retrospectivo com o objetivo de analisar as neoplasias mesodérmicas benignas, assim como estudar e perceber as suas características epidemiológicas e clinopatológicas, num período de tempo de 14 anos – 2003 a 2017 - na Universidade Federal do Rio Grande do Norte no Brasil, onde se obteve uma prevalência de neoplasias mesodérmicas benignas de

9,4%. O referido estudo apresentava uma amostra constituída por 8355 pacientes, pelo que 790 pacientes obtiveram um resultado positivo para alguma tipologia de neoplasia mesodérmica benigna.

Assim, apesar da existência de um maior número de pacientes em ambos os estudos, as prevalências de neoplasias mesodérmicas foram mais reduzidas quando comparadas às da presente investigação, facto que se pode justificar por serem estudos com uma escala temporal mais reduzida.

4.2. Género e faixa etária

Relativamente ao género da amostra, e de forma similar aos estudos de Mendez *et al.* (31) e Cebeci *et al.* (32), os presentes resultados demonstraram que as neoplasias mesodérmicas benignas são mais frequentes no género feminino, com um rácio F/M de, aproximadamente, 1,4:1. O estudo retrospectivo de Mendez *et al.* (31) descreveu 8.168 lesões diagnosticadas histologicamente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Brasil, num período de tempo compreendido entre os anos de 1995 e 2004 com uma amostra de neoplasias mesodérmicas de 6.831 casos, num rácio F/M de 1,2:1, resultado semelhante ao do presente estudo. O estudo de Cebeci *et al.* (32), realizado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Ancara, Turquia, com início em 2004 e término em 2005, contou com uma amostra de 500 pacientes examinados em tratamentos dentários de rotina e tinha como objetivo compreender a prevalência e distribuição das lesões orais na população em estudo, incluindo as neoplasias mesodérmicas benignas. Este demonstrou que as neoplasias mesodérmicas benignas são mais frequentes no género feminino, com um rácio F/M de 1,4:1, valor igual ao do nosso estudo.

Note-se que, no presente estudo, até aos 50 anos de idade, o género masculino apresentou o dobro dos casos quando comparado com o género feminino, contudo a partir dos 50 anos verifica-se que o género feminino apresenta uma forte prevalência nos resultados positivos para neoplasias mesodérmicas benignas. Este resultado poder-se-á justificar por uma maior preocupação por parte do género feminino com a saúde, sendo a mesma crescente com a idade, e fazendo com que recorram cada vez mais aos serviços do médico dentista, e de saúde no geral. (31).

Relativamente à faixa etária da amostra do presente estudo, esta variou dos 26 anos (idade mais baixa em estudo) até aos 87 anos (idade mais elevada em estudo),

com uma maior prevalência da 4^a até à 6^a décadas de vida. Estes dados vão de encontro aos que foram obtidos por Da Silva *et al.* (2) que verificaram uma maior prevalência das 5^a e 6^a décadas de vida. Importa acrescentar que a idade mais alta obtida por Da Silva *et al.* (2) foi de 88 anos de idade, valor semelhante ao obtido no nosso estudo.

Em sentido contrário o estudo de Tatli U. *et al.* (33) realizado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Çukurova na Turquia, entre os anos de 2007 e 2011, apresentou uma média de idades de 38,3 anos, comparativamente a 63,1 anos obtidos no presente estudo. Esta diferença poderá estar relacionada com as características sociodemográficas da amostra do presente estudo, cuja população é mais envelhecida.

4.3. Coloração da lesão

No que diz respeito à coloração das lesões, os dados do presente estudo são corroborados pelo estudo de Da Silva *et al.* (2) uma vez que, segundo os investigadores, a coloração mais frequentemente encontrada em fibromas é a cor normal da mucosa oral, isto é, normocolorada. Estes resultados vão de encontro ao presente estudo, onde se observou que dos 24 fibromas, mais de metade se apresentaram normocolorados e 9 apresentaram-se com componente branca. Dados também consonantes com o estudo de Torres-Domingo *et al.* (30) que apresentaram 88,8% da totalidade dos fibromas como normocolorados e 5,6% com componente branca.

Por sua vez, a lesão biopsada classificada como lipoma apresentou apenas coloração amarelada e as lesões biopsadas e classificadas como fibrolipoma apresentaram-se como normocolorados, dados corroborados pelos estudos de Da Silva *et al.* (2) e Torres-Domingo *et al.* (30). Estes são resultados expectáveis, na medida em que, os lipomas são constituídos por tecido adiposo apresentando cor amarela translúcida quando recobertos por um epitélio fino sobrejacente e os fibrolipomas apresentam semelhanças histológicas com os lipomas, variando a sua coloração de amarelada a normocolorada.

Por último, verifica-se que as lesões biopsadas e classificadas como hemangiomas apresentaram-se maioritariamente com coloração vermelha e azulada, colorações esperadas devido à proliferação de vasos sanguíneos que constituem os

hemangiomas. De acordo com o estudo de Torres-Domingo *et al.* (30), 70,8% dos hemangiomas apresentaram coloração azul e 33,3% coloração vermelha, enquanto que no presente estudo 50% dos hemangiomas apresentaram coloração azul e os restantes 50% apresentaram coloração vermelha. Esta diferença de coloração poderá explicar-se em resultado das diferentes profundidades dos hemangiomas encontrados em ambos os estudos, na medida em que, mediante o grau de envolvimento dos tecidos moles, o tipo superficial apresenta-se como uma lesão avermelhada brilhante, enquanto o tipo profundo pode apresentar-se sob a forma de pele normal a azulada.

Em resumo, a coloração apresenta-se como um parâmetro clínico relevante no diagnóstico de neoplasias mesodérmicas benignas.

4.4. Diagnóstico anatomopatológico

Das 31 biópsias que apresentaram diagnóstico de neoplasia mesodérmica benigna, a maioria, isto é, 77,4% foram classificadas como fibromas, tal como nos estudos de Mendez *et al.* (31) e Torres-Domingo *et al.* (30) com uma totalidade de 41,3% e de 53,3%, respetivamente. O fibroma constitui-se, assim, a neoplasia mesodérmica benigna mais frequente nos três estudos em comparação.

Porém, Jones e Franklin (34), cujo estudo se realizou por um período de cerca de 30 anos, contabilizando um total de 44.000 biópsias, evidenciaram uma maior prevalência de hemangiomas. Estas diferenças poderão ser resultado de uma não consideração do fibroma como neoplasia mesodérmica benigna, mas sim como uma lesão reativa.

4.4.1. Neoplasia mesodérmica de tecido fibroblástico

As lesões de fibroma (77,4%) apresentaram-se com coloração igual à da mucosa adjacente, mais comuns entre as 4^a e 6^a décadas de vida e com uma maior prevalência no género feminino. No presente estudo, devido às características clínicas referidas no ponto da introdução, o fibroma foi considerado como uma entidade neoplásica. Segundo Esmelli *et al.* (35) as localizações anatómicas mais comuns para o aparecimento do fibroma são a língua e a mucosa jugal, dados que corroboram o presente estudo, na medida em que dos 24 casos clínicos, 13

apresentavam as referidas localizações. Por sua vez, Guedes MM *et al.* (36) desenvolveram no Hospital de Santo António no Porto, Portugal, um estudo retrospectivo, em 1839 pacientes com o objetivo de determinar a frequência e características de lesões malignas, pré-malignas e de tecidos moles, por um período de tempo de 7 anos. O estudo de Guedes MM *et al.* (36) apresentou uma prevalência de, apenas, 2,7% para as lesões de fibroma, com a mesma proporção entre os géneros masculino e feminino, e uma maior incidência na mucosa jugal. Este desfasamento de valores, comparativamente com o nosso estudo, poder-se-á dever, mais uma vez, à não consideração do fibroma como neoplasia mesodérmica benigna, mas sim como uma lesão reativa, tal como referido no ponto anteriormente abordado.

4.4.2. Neoplasias mesodérmicas do tecido adiposo

O lipoma representou 3,2% da totalidade das lesões. Este resultado é concordante com o estudo de Juliasse *et al.* (37), uma vez que esta entidade clínica representou cerca de 1% a 4% da totalidade das neoplasias mesodérmicas benignas que acometeram a cavidade oral. O estudo de Juliasse *et al.* (37) realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte no Brasil, com todos os casos de biópsias encontrados na referida instituição por um período de tempo de 40 anos, refere a mucosa jugal como a localização anatómica onde o lipoma foi mais predominante, com um total de 53,7% dos casos, valor igualmente concordante com o presente estudo, na medida em que o único lipoma presente evidenciou-se na mucosa jugal.

Ainda quanto às neoplasias mesodérmicas do tecido adiposo, pode-se referir que outra classificação encontrada no nosso estudo foi o fibrolipoma. Segundo Coimbra *et al.* (38) esta entidade clínica apresenta-se, de forma mais predominante, na mucosa jugal, perfazendo a totalidade de 50% dos fibrolipomas encontrados no presente estudo. Ainda de acordo com Coimbra *et al.* (38) o fibrolipoma não apresenta predominância de género, embora alguns estudos reportem um ligeiro predomínio para o género masculino, dados não concordantes com o presente estudo, na medida em que, nos dois casos de diagnóstico de fibrolipoma estes ocorreram em pacientes do género feminino, fator que, tal como referido anteriormente, pode ser explicado pela prevalência do género feminino na comparência às consultas de Medicina

Dentária na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu.

4.4.3. Neoplasias mesodérmicas de origem vascular

Relativamente às neoplasias de origem vascular, o hemangioma foi a terceira neoplasia mesodérmica benigna mais frequente (12,9%) no presente estudo, dado que está em concordância com o estudo de Da Costa *et al.* (2). Clinicamente, apresenta-se de forma mais comum no período da infância, com crescimento rápido numa fase inicial (fase proliferativa) seguida pela fase involutiva (39), no entanto, pode ocorrer com elevada frequência em indivíduos idosos (19) facto corroborado pelo presente estudo, uma vez que 50% dos casos de hemangioma verificaram-se em pacientes com idade igual ou superior aos 70 anos de idade. Estes resultados podem ser explicados pelo trauma físico causado pela utilização de próteses removíveis mal adaptadas por parte dos pacientes.

Derindag *et al.* (19) desenvolveram um estudo com 20 casos de hemangiomas, entre os anos de 2016 e 2020, na Universidade de Medicina Dentária de Atartük, na Turquia, em que se constatou que esta entidade clínica é mais frequente no género feminino, sendo que no nosso estudo apenas metade dos resultados pertenceram ao género feminino.

Nguyen *et al.* (40) relatam que a maioria dos hemangiomas estão localizados na mucosa jugal, assim como, Matsumoto *et al.* (41) que realizaram um estudo em 65 pacientes com diagnóstico positivo para hemangioma, num período compreendido entre os anos de 2004 e 2010, no Hospital da Universidade de Medicina Dentária de Nihon, Tóquio, Japão. Estes autores assinalaram a mucosa jugal como a localização anatómica mais prevalente sendo que esses resultados não estão em concordância com o presente estudo, na medida em que a localização anatómica mais predominante foi a língua. Este facto pode ser explicado pelo número reduzido de hemangiomas no presente estudo.

4.5. Localização anatómica da lesão

As localizações anatómicas mais predominantes no presente estudo foram: mucosa jugal, língua e lábio, respetivamente por esta ordem de prevalência.

Os presentes dados não estão totalmente de acordo com o estudo retrospectivo de 10 anos desenvolvido por Allon *et al.* (42), no Departamento de Medicina Oral da Universidade de Tel Aviv, Israel, em que se procedeu à análise de tumores benignos que acometem a cavidade oral. Neste estudo, os autores indicaram a língua como o local anatómico mais predominante no que ao aparecimento de neoplasias mesodérmicas benignas concerne, seguido do lábio, sendo a mucosa jugal o terceiro local com maior prevalência.

De igual modo, Torres-Domingo *et al.* (30) apresentam resultados discordantes com o nosso estudo, uma vez que os autores relatam a gengiva como o local anatómico mais comum. A referida discordância de resultados pode ser explicada, provavelmente, pela inclusão de lesões reativas nesse estudo.

Ao invés, os dados do presente estudo estão de acordo com o estudo retrospectivo de 18 anos realizado por Joseh *et al.* (43) na Faculdade de Medicina Dentária, da Universidade de Kuwait, em Kuwait, onde a mucosa jugal foi a localização mais prevalente, seguida da língua.

4.6. Tamanho da lesão

A maioria das lesões (51,6%) apresentava um tamanho compreendido entre os 0,5 cm e 1 cm.

A totalidade das neoplasias encontradas no presente estudo que apresentaram um tamanho inferior ou igual a 0,5 cm eram fibromas. Este resultado está de acordo com o estudo de Houston G. (44), realizado na Universidade de Medicina Dentária de Indiana, em Indianapolis, durante um período de tempo de 9 anos. O estudo de Houston G. (44) contou com 464 fibromas, apresentando uma média de tamanhos de 0,4 cm.

Referir que os restantes fibromas, num total de 13, apresentaram tamanhos compreendidos entre os 0,5 cm e 1 cm, resultado que vai de encontro ao estudo realizado por Kuo R. C. *et al.* (14) levado a cabo no Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral, no Hospital da Universidade de Taiwan, num grupo com 24 casos de fibromas, por um período de tempo de 20 anos. Kuo R. C. *et al.* (14) verificaram que a maioria dos fibromas (71%) apresentava um tamanho igual ou inferior a 0,5 cm e os restantes tamanhos compreendidos entre 0,5 cm e 1 cm.

O único caso de lipoma encontrado apresentou-se na categoria de tamanhos compreendidos entre os 0,5 cm e 1 cm, resultado que vai de encontro ao estudo realizado por Naruse *et al.* (5). Naruse e os seus colaboradores realizaram um estudo na Universidade de Nagasaki, no Japão, por um período de tempo de 20 anos, com 24 casos de lipomas orais cujos tamanhos rondaram os 0,2 cm a 5 cm. O lipoma do presente estudo enquadra-se neste intervalo, embora esteja incluído numa escala de tamanho significativamente mais reduzida – entre 0,5 a 1 cm. Esta diferença poder-se-á dever ao facto de apenas se ter obtido um lipoma para estudo, não dando lugar a uma comparação mais efetiva.

Relativamente aos dois casos de fibrolipomas em estudo, um apresentou-se no intervalo de tamanhos compreendido entre os 0,5 e 1 cm, sendo que o outro caso apresentou-se com um tamanho superior a 1 cm. O estudo de Manjunatha *et al.* (6) realizado no Departamento de Patologia Oral, da Universidade Dentária Shah, em Gujarat, Índia, englobou 3 casos de fibrolipomas. Segundo os autores, os tamanhos dos fibrolipomas variavam consoante a localização do mesmo, não ultrapassando os 2,5 cm.

Relativamente aos hemangiomas, três casos apresentaram-se com um tamanho superior a 1 cm e um deles apresentou um tamanho compreendido entre os 0,5 cm e 1 cm. No estudo de Torres-Domingo *et al.* (30), dos 300 pacientes em estudo, 24 apresentaram diagnóstico positivo para hemangioma, cujos tamanhos apresentaram em média 1,2 cm.

4.7. Tipo de biópsia efetuada

Quanto à técnica de biópsia mais executada, observa-se que a totalidade das biópsias foi realizada pela técnica excisional, dado concordante com o estudo de Sixto-Requeijo R *et al.* (45) em que se analisaram as biópsias realizadas na Universidade de Santiago de Compostela, Espanha, por um período de 14 anos, entre 1995 e 2009, onde a técnica excisional foi a eleita em 66,5% das biópsias realizadas. De igual modo, Wan *et al.* (46) analisaram uma totalidade de 422 resultados anatomopatológicos de uma clínica privada de Medicina Oral em Brisbane, Austrália e na Universidade de Medicina Dentária de Queensland, Austrália onde também a técnica excisional se mostrou a mais prevalente com 68,5% dos casos.

O facto de, no presente estudo, não se ter verificado qualquer caso em que tenha sido realizada biópsia através da técnica incisional pode dever-se ao tamanho das lesões em estudo ser inferior ao dos estudos em comparação, para além do facto dos outros estudos não contarem apenas com lesões mesodérmicas benignas.

No presente estudo, 45,2% das biópsias foi efetuada com recurso ao laser de diodo Medency. O laser diodo, segundo o estudo de Chawla *et al.* (47), apresenta vantagens comparativamente ao método tradicional, tais como, melhor visualização do campo cirúrgico, maior celeridade no processo de cicatrização e o facto deste método ser indolor para o paciente.

4.8. Concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico

O estudo de Bacci *et al.* (48) contou com 1406 pacientes, e decorreu entre os anos de 2006 e 2012, no Departamento Clínico de Medicina Dentária da Universidade de Padova, Itália, onde se procedeu a uma análise comparativa entre a concordância clínica e anatomopatológica em lesões malignas e benignas. A concordância entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico, no que concerne a neoplasias mesodérmicas benignas, foi de 23,8%. Por sua vez, Patel KJ *et al.* (49), num estudo que pretendia avaliar a concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico em lesões da mucosa oral, na Universidade de Otago, Nova Zelândia, num período compreendido entre os anos de 2002 e 2006, numa amostra constituída por 3143 biópsias, obteve uma concordância de 50,6%.

Contrariamente, o presente estudo apresentou uma taxa de concordância entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico anatomopatológico de 87,1%. O resultado não concordante tratou-se de um lipoma (diagnóstico anatomopatológico) cujo diagnóstico clínico estava descrito como fibrolipoma, o que pode ser justificável pelo facto do fibrolipoma ser uma variante histológica do lipoma, e desta forma, serem suscetíveis de dúvida.

Nos estudos encontrados, alguns resultados também incluem cruzamento de dados e comparações entre lesões malignas, pré-malignas e benignas, resultando deste facto a possível diferença de percentagens obtidas nos estudos. A elevada percentagem de concordância obtida no nosso trabalho poderá ainda ser indicador de um bom e efetivo conhecimento na diferenciação clínica das respetivas lesões,

quer por parte dos professores, quer por parte dos alunos da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu.

CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

A diversidade de lesões diagnosticadas na cavidade oral, nos pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu, confirma que a biópsia seguida do exame anatomopatológico é um procedimento de extrema relevância clínica, concomitantemente com a anamnese e exame clínico para obtenção de um diagnóstico preciso e definitivo das lesões presentes na cavidade oral.

No presente estudo, o fibroma foi a neoplasia mesodérmica mais encontrada. O género feminino foi o mais predominante, em indivíduos com idades compreendidas entre as 4ª e a 6ª décadas de vida, tendo sido a mucosa jugal a localização anatómica mais afetada. A maioria das lesões presentes na cavidade oral apresentaram-se como normocoloradas e o tamanho mais frequente foi o compreendido no intervalo entre os 0,5 cm e 1 cm. O tipo de biópsia mais efetuada foi a biópsia excisional, com a maioria dos diagnósticos provisórios clínicos concordantes com os diagnósticos anatomopatológicos definitivos.

Assim, uma correta caracterização e diferenciação entre as diversas neoplasias mesodérmicas benignas fornece aos médicos dentistas o conhecimento necessário para diagnosticar e tratar de forma adequada cada paciente que se apresente na consulta.

Espera-se que, num futuro próximo, se possam desenvolver novas análises, com uma maior amostra, por forma a inferir mais relações entre variáveis com significância estatística entre si.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nikitakis N. Oral soft tissue lesions: A guide to differential diagnosis Part II: Surface alterations. *Brazilian Journal of Oral Sciences*. 2005; 4(13):1-4.
2. da Silva LAB, Monroy EAC, Serpa MS, de Souza LB. Oral benign neoplasms: A retrospective study of 790 patients over a 14-year period. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2019;70(3):158-64.
3. Sbaraglia M, Bellan E, Dei Tos AP. The 2020 WHO Classification of Soft Tissue Tumours: news and perspectives. *Pathologica*. 2021;113(2):70-84.
4. Kumaraswamy S, Madan N, Keerthi R, Shakti S. Lipomas of oral cavity: case reports with review of literature. *J Maxillofac Oral Surg*. 2009;8(4):394-7.
5. Naruse T, Yanamoto S, Yamada S, Rokutanda S, Kawakita A, Takahashi H, et al. Lipomas of the oral cavity: clinicopathological and immunohistochemical study of 24 cases and review of the literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;67(1):67-73.
6. Manjunatha BS, Pateel GS, Shah V. Oral fibrolipoma-a rare histological entity: report of 3 cases and review of literature. *J Dent (Tehran)*. 2010;7(4):226-31.
7. C R, Naidu D, Ravi S, S D. A Case Report on Parosteal Lipoma Stretching the Posterior Interosseous Nerve Without Causing Palsy. *Cureus*. 2021;13(4):147-76.
8. Longo F, Califano L, De Maria G, Ciccarelli R. Solitary osteoma of the mandibular ramus: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001;59(6):698-700.
9. Tarsitano A, Ricotta F, Spinnato P, Chiesa AM, Di Carlo M, Parmeggiani A, et al. Craniofacial Osteomas: From Diagnosis to Therapy. *J Clin Med*. 2021;10(23): 2-16.
10. Nah KS. Osteomas of the craniofacial region. *Imaging Sci Dent*. 2011;41(3):107-13.
11. Dell'Aversana Orabona G, Salzano G, Iaconetta G, Piombino P, Ponzio L, Santella A, et al. Facial osteomas: fourteen cases and a review of literature. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2015;19(10):1796-802.
12. Nilesh K, Bhujbal RB, Nayak AG. Solitary central osteoma of mandible in a geriatric patient: Report and review. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(2):219-22.
13. Pereira de Oliveira DHI, da Silveira É JD, de Souza LB, Caro-Sanchez CHS, Dominguez-Malagon H, Mosqueda Taylor A, et al. Myofibroblastic lesions in the oral

cavity: Immunohistochemical and ultrastructural analysis. *Oral Dis.* 2019;25(1):174-81.

14. Kuo RC, Wang YP, Chen HM, Sun A, Liu BY, Kuo YS. Clinicopathological study of oral giant cell fibromas. *J Formos Med Assoc.* 2009;108(9):725-9.

15. Sonalika WG, Sahu A, Deogade SC, Gupta P, Naitam D, Chansoria H, et al. Giant cell fibroma of tongue: understanding the nature of an unusual histopathological entity. *Case Rep Dent.* 2014;2(8):645-712.

16. Nikitakis NG, Emmanouil D, Maroulakos MP, Angelopoulou MV. Giant cell fibroma in children: report of two cases and literature review. *J Oral Maxillofac Res.* 2013;4(1):1-5.

17. Kulkarni S, Chandrashekar C, Kudva R, Radhakrishnan R. Giant-cell fibroma: Understanding the nature of the melanin-laden cells. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2017;21(3):429-33.

18. Panta P. Traumatic fibroma. *Pan Afr Med J.* 2015;2(1):220-21.

19. Derindağ G, Sarıca İ, Çağlayan F. Examination of oral hemangiomas by intraoral ultrasonography. *Oral Radiol.* 2021;37(4):687-92.

20. North PE, Waner M, Buckmiller L, James CA, Mihm MC, Jr. Vascular tumors of infancy and childhood: beyond capillary hemangioma. *Cardiovasc Pathol.* 2006;15(6):303-17.

21. Mendiratta V, Jabeen M. Infantile hemangioma: an update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76(5):469-75.

22. Jinnin M, Ishihara T, Boye E, Olsen BR. Recent progress in studies of infantile hemangioma. *J Dermatol.* 2010;37(4):283-98.

23. Sebaratnam DF, Rodríguez Bandera AL, Wong LF, Wargon O. Infantile hemangioma. Part 2: Management. *J Am Acad Dermatol.* 2021;85(6):1395-404.

24. Calderón-Castrat X, Velásquez F, Castro R, Ballona R. Oral Atenolol for Infantile Hemangioma: Case Series of 46 Infants. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed).* 2020;111(1):59-62.

25. Balakrishnan A, Bailey CM. Lymphangioma of the tongue. A review of pathogenesis, treatment and the use of surface laser photocoagulation. *J Laryngol Otol.* 1991;105(11):924-9.

26. Kolay SK, Parwani R, Wanjari S, Singhal P. Oral lymphangiomas - clinical and histopathological relations: An immunohistochemically analyzed case series of varied clinical presentations. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2018;22(1):108-11.

27. Chouchene F, Masmoudi F, Baaziz A, Maatouk F, Ghedira H. Oral manifestations and dental care management of a young patient with lymphangioma of the tongue: A case report. *Clin Case Rep.* 2021;9(7):1-6.
28. Ethunandan M, Mellor TK. Haemangiomas and vascular malformations of the maxillofacial region--a review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2006;44(4):263-72.
29. Ganesh C, Sangeetha GS, Narayanan V, Umamaheswari TN. Lymphangioma circumscriptum in an adult: an unusual oral presentation. *J Clin Imaging Sci.* 2013;3(4):1-4.
30. Torres-Domingo S, Bagan JV, 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.
31. Mendez M, Carrard VC, Haas AN, Lauxen Ida S, Barbachan JJ, 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.
32. Cebeci AR, Gülşahi A, Kamburoglu K, Orhan BK, Oztaş B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14(6):272-7.
33. Tatli U, Erdoğan Ö, Uğuz A, Üstün Y, Sertdemir Y, Damlar İ. Diagnostic concordance characteristics of oral cavity lesions. *ScientificWorldJournal.* 2013;2(1):785-929.
34. 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.
35. Esmeili T, Lozada-Nur F, Epstein J. Common benign oral soft tissue masses. *Dent Clin North Am.* 2005;49(1):223-40.
36. 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.
37. Juliasse LE, Nonaka CF, Pinto LP, Freitas Rde A, Miguel MC. Lipomas of the oral cavity: clinical and histopathologic study of 41 cases in a Brazilian population. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2010;267(3):459-65.
38. Coimbra ELdS, Corrêa WN, Leite AFSdA, Lourenço SdQC, Rocha MLd, Silva Júnior JdA. Fibrolipoma em cavidade oral - Relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre.* 2020;61(2):122-8.

39. Maaita JK. Oral tumors in children: a review. *J Clin Pediatr Dent.* 2000;24(2):133-5.
40. Nguyen VA, Fürhapter C, Romani N, Weber F, Sepp N. Infantile hemangioma is a proliferation of beta 4-negative endothelial cells adjacent to HLA-DR-positive cells with dendritic cell morphology. *Hum Pathol.* 2004;35(6):739-44.
41. Matsumoto N, Tsuchiya M, Nomoto S, Matsue Y, Nishikawa Y, Takamura T, et al. CD105 expression in oral capillary hemangiomas and cavernous hemangiomas. *J Oral Sci.* 2015;57(1):45-53.
42. 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):438-43.
43. 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 Investig Clin Dent.* 2019;10(4):124-32.
44. Houston GD. The giant cell fibroma. A review of 464 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1982;53(6):582-7.
45. 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.
46. Wan A, Savage NW. Biopsy and diagnostic histopathology in dental practice in Brisbane: usage patterns and perceptions of usefulness. *Aust Dent J.* 2010;55(2):162-9.
47. 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.
48. Bacci C, Donolato L, Stellini E, Berengo M, Valente M. A comparison between histologic and clinical diagnoses of oral lesions. *Quintessence Int.* 2014;45(9):789-94.
49. 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.

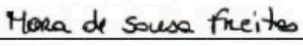
ANEXOS

7. ANEXOS

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



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

Projeto de Investigação Na reunião do dia 13 de outubro de 2022, a CES-UCP apreciou, a solicitação de uma adenda ao projeto 169, já aprovado a 18 de novembro de 2021.
Título: Caracterização das lesões de tecidos moles e duros nos pacientes da Clínica Dentária Universitária: um estudo retrospectivo
Investigadora Principal: Patrícia Sofia Soares Couto Equipa de investigação: Patrícia Sofia Soares Couto, Tiago Miguel Santos Marques, Raquel Silva, Camila Trimboli (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) e de Samuel Filipe Gouveia Fiúza e de Rafaela Carolina Jesus Fonseca, ambos do MIMD da FMD UCP
Assunto: A investigadora principal solicita uma adenda que visa dois pontos: - a integração na Equipa de Investigação de Samuel Filipe Gouveia Fiúza e de Rafaela Carolina Jesus Fonseca, ambos do MIMD da FMD UCP - a extensão do período temporal do estudo retrospectivo, inicialmente de 2017 a 2021 para 2020 a 2022.
Estiveram presentes na reunião nº 43 da CES-UCP Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas Vice-Presidente: Doutora Teresa Marques Doutor Jerónimo Santos Trigo Doutor Pedro Garcia Marques Dr. Eugénio Fonseca Doutora Ana Mineiro Zaky Doutora Marta Brites
Conclusão Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 13 de outubro de 2022, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, a emissão de Parecer Favorável . 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.
A Presidente,  Mara de Sousa Freitas 13/10/2022