ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 724 BIOPSIAS DA CAVIDADE ORAL

Cabral C.T.*, Ramalhão J.**, Mesquita P.**, David L.***, Felino A.****

RESUMO

Entre 1984 e 2000, foram efectuados pelo Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto e pelo Instituto de Patologia e Imunologia Moleculares da Universidade do Porto, 724 diagnósticos histopatológicos de biópsias da cavidade oral. Os autores fizeram uma revisão detalhada dos relatórios histopatológicos, no que respeita ao diagnóstico clínico fornecido e ao diagnóstico histológico efectuado. Dos 724 exames analisados, 138 foram excluídos por falta de informação clínica e/ou histológica. Com significado patológico encontraram-se 553 exames.

A maior parte das lesões encontradas, correspondiam a lesões reactivas ou infecciosas, sendo as mais comuns os quistos radiculares (25,9%), as hiperplasias fibroepiteliais reactivas (21,0%), o granuloma periapical (11,8%), os quistos residuais (7,1%) e os quistos dentígeros (4,5%).

A informação colhida deverá auxiliar os médicos dentistas, no sentido de um melhor conhecimento das lesões mais frequentemente encontradas na cavidade oral. Este conhecimento permitirá aos clínicos, elaborar julgamentos mais fundamentados quanto ás probabilidades de diagnóstico e aos riscos associados, em lesões clínica e radiograficamente não específicas, facilitando a comunicação e o aconselhamento dos seus pacientes.

Palavras - chave: lesões dos tecidos moles, patologia oral, quistos odontogénicos, tumores odontogénicos.

ABSTRACT

The diagnoses of 724 oral biopsies, collected during a 16-year period (1984-2000), were reviewed. One hundred and thirty eight cases were excluded from the series due to limitations on clinical and/or histological information.

The majority of cases were infectious and reactive lesions: radicular cysts (25.9%), reactive fibroepithelial hyperplasia (21.0%), periapical granuloma (11.8%), residual cysts (7.1%) and dentigerous cysts (4.5%). The information we collected in the present study is the most extensive so far available from Portugal and should facilitate clinicians to better judge on the probability of different diagnoses alternatives.

Key - words: odontogenic cysts, odontogenic tumors, oral pathology, soft tissue lesions.

INTRODUÇÃO

A informação sobre a frequência relativa das diferentes lesões da cavidade oral, observadas pelos médicos dentistas portugueses, é rara.

Em Portugal, o único estudo publicado de que temos conhecimento, foi realizado pelo Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial do Hospital Geral de Santo António, no Porto e apenas se refere aos quistos maxilares [11]. Na literatura científica internacional, muitos dos trabalhos disponíveis já estão desactualizados, pois a introdução de novas entidades patológicas e as alterações que surgiram na interpretação de outras, impedem que os resultados possam ser comparados [1,3,4,7,9]. A maior parte das séries publicadas apenas registam a frequência relativa das lesões quísticas dos maxilares [2,6], sendo poucas as que incluem também as lesões dos tecidos moles [12].

* Médica Dentista, aluna de Doutoramento da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.
** Médico Dentista, aluno do Mestrado de Cirurgia Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.
***Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, investigadora do Instituto de Patologia e Imunologia Moleculares da Universidade do Porto.
****Médico Dentista, Professor Catedrático da FMDUP, coordenador do Mestrado de Cirurgia Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

O objectivo deste estudo foi determinar a frequência relativa das diferentes lesões da cavidade oral, analisadas pelo Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto e pelo Instituto de Patologia e Imunologia Moleculares da Universidade do Porto, entre 1984 e 2000.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram recolhidos os diagnósticos histológicos de 724 biópsias da cavidade oral, efectuados pelo Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto, e pelo Instituto de Patologia e Imunologia Moleculares da Universidade do Porto. Todos os casos observados nas duas Instituições, entre 1984 e 2000, foram incluídos na análise inicial. Foi revista a informação clínica e os diagnósticos histológicos de todos os exames. Cento e trinta e oito relatórios foram excluídos desta série por falta de informação clínica e/ou histológica. Os restantes 586 foram usados neste estudo.

Registamos numa base de dados (File Maker Pro 3.0Bv3 – Claris Corporation) todas as informações clínicas e histológicas, nomeadamente a idade, o sexo, a proveniência, e os diagnósticos clínico e histológico. A reavaliação dos diagnósticos histológicos dos quistos maxilares e tumores odontogénicos foi efectuada de acordo com a Organização Mundial de Saúde (Kramer e col., 1992) [5]. A patologia não odontogénica foi reclassificada segundo Odell e col. (1ª edição, 1998) [8].

Os dados foram apresentados em desvio padrão médio. A relação entre os dados foi elaborada usando o teste de t Student, a partir do software Statview.

RESULTADOS

Dos 586 exames que compõem a nossa amostra, 3 não apresentavam informação quanto á proveniência. Dos restantes 583, 361 provinham da FMDUP e foram recolhidos por médicos dentistas dos diferentes departamentos: periodontia, cirurgia oral, endodontia, entre outros. Duzentos e vinte e dois exames foram enviados por clínicas privadas, sendo de realçar que a maior parte (n=203) foi realizada por um especialista em Cirurgia Oral (Fig. 1).

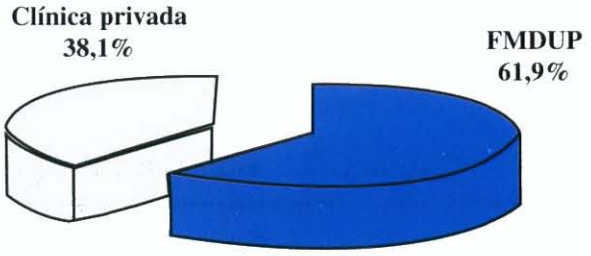

Figura 1 – Distribuição das lesões orais segundo a proveniência (N=583). Em 3 casos a informação não estava disponível

A distribuição dos exames por idades é apresentada na figura 2. O maior número de exames foi efectuado em pacientes na 3ª, 4ª e 5ª décadas de vida. A idade média dos pacientes era de 38,6 (SD=16,3).

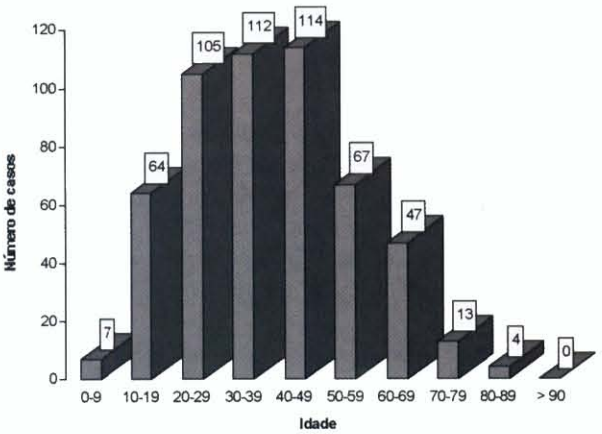

Figura 2 - Distribuição por idade dos 533 casos. Em 53 casos, a informação da idade não estava disponível.

Quanto à distribuição por sexos, apresentada na figura 3, o rácio mulher/homem é de 1,2:1.

Do total de exames analisados, 11 apresentavam diagnósticos histológicos inconclusivos, 19 correspondiam a estruturas anatómicas normais, das quais o saco pericoronário era a mais frequente (n=7), e 3 a tatuagens por amálgama. Com significado patológico encontraram-se 553 exames.

A distribuição das cinco entidades patológicas mais frequentes (n=388) é apresentada na tabela I.

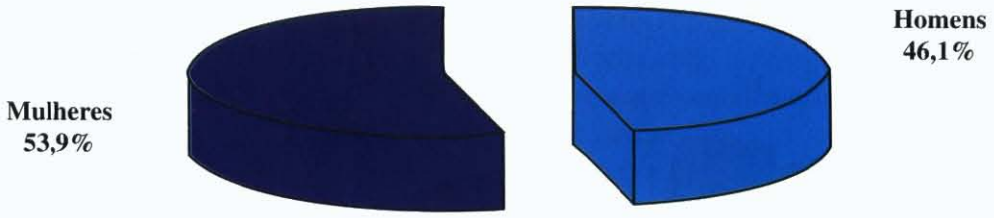

Figura 3 –Distribuição dos 583 casos segundo o sexo. Em 3 casos a informação não estava disponível.

	Número de casos
Quisto apical radicular / lateral	143
Hiperplasia fibroepitelial reactiva	116
Granuloma periapical	65
Quisto residual	39
Quisto dentígero	25
TOTAL	**388**

Tabela I – Distribuição das 5 entidades patológicas mais frequentes

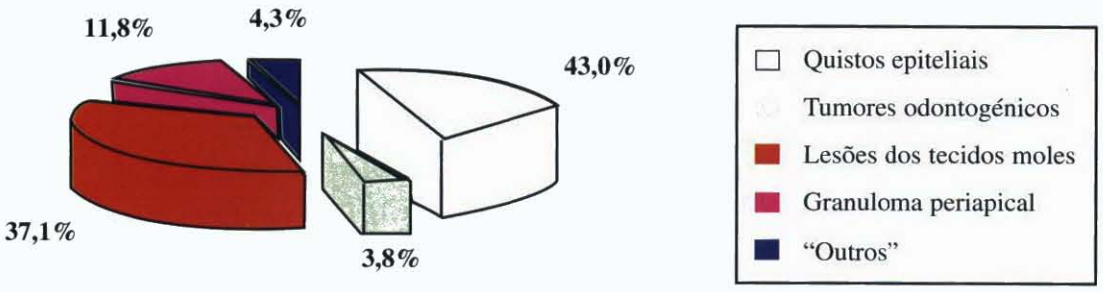

Figura 4 –Distribuição dos casos de acordo com as categorias patológicas mais comuns (n=553)

Os grupos de lesões encontrados incluem: os quistos maxilares epiteliais, os tumores odontogénicos, as lesões dos tecidos moles, os granulomas periapicais e "outros" (Fig.4).

Do total de 238 exames com diagnóstico histológico de quistos maxilares epiteliais, 97,1% (n=231) correspondiam a quistos odontogénicos e 7 a quistos não odontogénicos (2,9%).

Dentro dos quistos odontogénicos, 79,7% (n=184) eram inflamatórios e 20,3% (n=47) de desenvolvimento.

A maior parte dos quistos inflamatórios eram quistos radiculares (apical / lateral), seguidos pelos quistos residuais (Fig. 5). A idade média dos pacientes com quistos radiculares foi de 35,3 (SD=13,0), sendo mais frequentes nas mulheres (52,4%). Quanto aos quistos residuais, a idade média encontrada foi de 41,4 (SD=15,8), sendo este mais frequente nos homens (58,9%). A idade média dos pacientes com quistos residuais é significativamente mais elevada do que a idade média dos pacientes com quistos radiculares (p=0,0198).

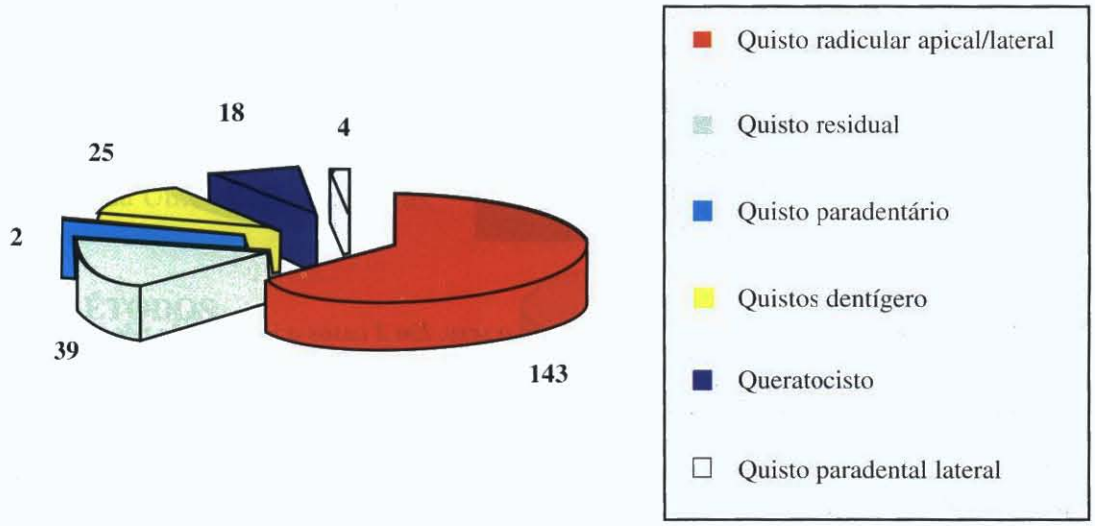

Figura 5 – Distribuição dos quistos odontogénicos de acordo com os diferentes subtipos.

Nos quistos de desenvolvimento, os mais comuns são os quistos dentígeros (n=25), seguidos pelos queratoquistos (n=18). A idade média encontrada nos pacientes com quistos dentígeros foi de 32,7 (SD=15,2). As mulheres eram mais frequentemente afectadas (56,0%). Dentro dos queratoquistos, a idade média encontrada foi de 35,2 (SD=17,9), sendo mais frequente nos homens (66,6%). A diferença entre a idade média dos pacientes com quistos dentígeros e queratoquistos é estatisticamente irrelevante (p=0,6447).

O quisto periodontal lateral (n=4) e o quisto paradentário (n=2) foram raramente identificados.

Os quistos não odontogénicos representam 1,3% do total da amostra. O mais frequente foi o quisto do nasopalatino (n=4), seguido pelo quisto globulomaxilar (n=3).

Dezassete tumores odontogénicos foram identificados: o granuloma central de células gigantes (n=6), o quisto epitelial calcificante (n=4), o quisto ósseo solitário (n=2), o odontoma composto (n=1), o odontoameloblastoma (n=1), o fibroma odontogénico (n=1), a displasia fibrosa (n=1) e o mixoma odontogénico (n=1).

O granuloma periapical foi a terceira entidade patológica mais frequente desta série (n=65; 11,8%). A idade média dos pacientes foi de 33,8 (SD=14,9), sendo as mulheres mais afectadas do que os homens (52,3%).

No grupo da patologia de tecidos moles a maior parte dos casos encontrados referem-se a lesões das mucosas. A hiperplasia fibroepitelial reactiva foi observada em 116 casos (21,0%), em cinco dos quais associada a ossificação.

A distribuição da restante patologia dos tecidos moles está apresentada na figura 6, e inclui:

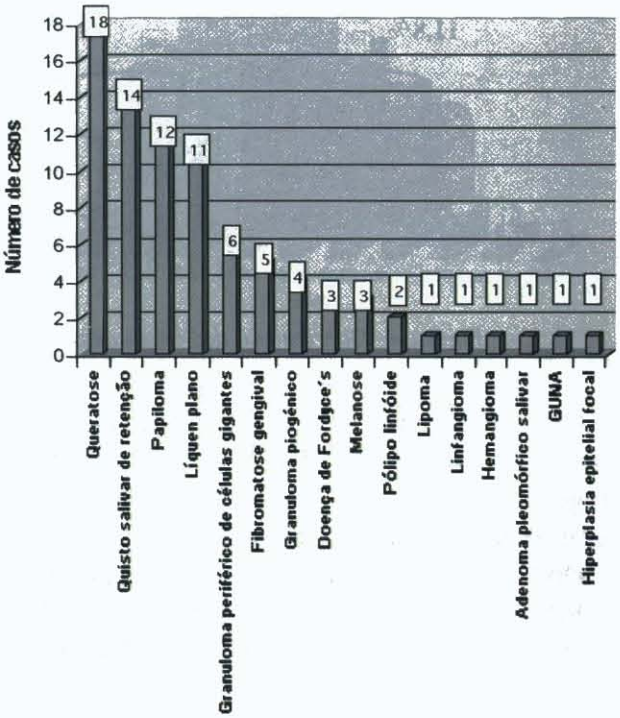

Figura 6 - Distribuição das lesões orais não odontogénicas, excluíndo a hiperplasia fibroepitelial reactiva.

a queratose, os quistos salivares de retenção, o papiloma, o líquen plano, o granuloma periférico de células gigantes, a fibromatose gengival, o granuloma piogénico, a Doença de Fordyce´s, a melanose, o pólipo linfóide, o lipoma, o linfangioma, o hemangioma, o adenoma pleomórfico salivar, a GUNA e a hiperplasia epitelial focal.

As lesões que classificamos como "outras" (n=20) não foram descritas separadamente, e incluem: o osteosarcoma, o carcinoma espinocelular, o carcinoma mucoepidermóide, o adenocarcinoma, o linfoma não-Hodgkin, o osteoma e a osteorradionecrose.

DISCUSSÃO

Neste estudo, apresentamos a frequência relativa das lesões da cavidade oral observadas por um departamento de patologia, a partir de biópsias recolhidas na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e em clínicas privadas da cidade do Porto. Os resultados foram comparados com outras amostras publicadas, provenientes de diferentes áreas geográficas.

As lesões mais frequentes encontradas no nosso estudo foram o quisto radicular apical/lateral (25,9% dos 553 casos), seguido pela hiperplasia fibroepitelial reactiva (21,0%) e pelo granuloma periapical (11,8%). Num estudo de Weir e col., compreendendo 15303 lesões, da Escola de Dentisteria da Universidade do Estado da Louisiana, a lesão mais frequente foi a hiperplasia fibrosa, correspondendo a 13,2% dos casos, seguida pelo granuloma periapical (8,0%). Os quistos radiculares aparecem com 5,8% dos casos, apresentando-se assim como a quinta entidade patológica mais comum. De acordo com os nossos resultados, também as lesões da cavidade oral do tipo reactivo e infeccioso, foram asmais frequentes nessa série [12].

A maior frequência relativa de lesões inflamatórias odontogénicas observadas por nós, provavelmente reflecte o baixo nível social, económico e cultural dos pacientes que recorreram à consulta da Faculdade de Medicina Dentária do Porto. Também, se pensarmos que o estudo de Weir e col. foi realizado entre 1969 e 1986, isto é, há quase 15 anos [12], podemos reflectir que, apesar de já se terem passado todos estes anos, o estado de saúde oral da população portuguesa ainda se encontra deficitário, e que o nosso sistema de saúde ainda não foi capaz de o melhorar.

Quanto á distribuição por idades do total das lesões por nós observadas, verificamos que a sua maior frequência ocorre entre as 3ª e 5ª décadas de vida, o que está de acordo com os resultados apresentados por Weir e col.[12], e reflecte a sobreposição parcial no tipo de patologias observada nos dois estudos. O predomínio de lesões no sexo feminino, em ambas as séries, provavelmente indicará, ou que as lesões orais são mais prevalentes nas mulheres, ou que são estas as que se preocupam mais com a saúde oral.

No presente estudo, os quistos odontogénicos representam 41,8% das 553 lesões avaliadas. Este valor é superior ao registado por Weir e col.[12] – 11,0% numa série de 15303 casos e também aos 17,12% encontrados num estudo de 40000 biópsias apresentado por Daley e col.[2]. Os quistos odontogénicos inflamatórios na nossa série, englobando o quisto apical / lateral e o quisto residual, representam 78,8% do total de quistos odontogénicos, indirectamente reflectindo a elevada prevalência de lesões cariosas e pulpares da população por nós estudada. Também Daley e col.[2] apresentam uma frequência relativa alta de quistos inflamatórios odontogénicos (65,15%), o mesmo se verificando no estudo de Shear e col.[10] (52,3% numa série de 2616 exames, onde também foram incluídos os quistos não odontogénicos e os pseudo-quistos) e no estudo de Kreidler e col.[6] (56,9% numa série de 367 casos, que incluiu as lesões quistícas dos maxilares, o ameloblastoma uniquístico, o quisto odontogénico calcificante e os quistos não odontogénicos). O único estudo efectuado em Portugal, de que temos conhecimento, também regista uma elevada frequência de quistos inflamatórios – 75,5% numa série de 163 casos, incluindo os quistos não odontogénicos[11].

A idade média que encontramos nos pa-

cientes com quistos radiculares (apical / lateral) e quistos residuais foi de 35,3 anos (SD=13,0) e 41,4 anos (SD=41,8) respectivamente, o que está de acordo com outros estudos (Kreidler e col., Shear e col.) [6, 10]. A idade média dos pacientes com quistos residuais foi significativamente maior do que a encontrada para os quistos radiculares (p=0,0198).

A frequência relativa dos quistos dentígeros por nós encontrada – 4,5% num total de 553 casos, está muito próxima dos resultados apresentados no estudo de Daley e col.[2] (4,15% de 40000 casos) e no de Weir e col.[12] (5,2% de 15303 casos). Mas dentro do grupo dos quistos odontogénicos (n=231), os quistos dentígeros representam no nosso estudo 10,8%, valor este que é inferior ao registado por Daley e col.[2] (24,16%), por Shear e col.[10] (16,6%), por Costa e Sousa e col.[11] (17,2%) e por Kreidler e col.[6] (21,3%). Esta diferença pode reflectir a dificuldade em diagnosticar pequenos quistos dentígeros, quando os critérios histológicos não estão disponíveis, ficando assim esse diagnóstico a depender da opinião do clínico que opera.

Quanto aos queratoquistos, a frequência relativa no nosso estudo foi de 3,3% dos casos, e que é superior à observada por Daley e col.[2] (0,8% de 40000 biópsias) e por Weir e col.[12] (1,0% de 15303 casos). A frequência relativa dos queratoquistos odontogénicos apresenta valores muito variados entre os diferentes estudos. Quando analisamos só o grupo dos quistos odontogénicos do nosso estudo, encontramos 18 queratoquistos (7,8%), valor esse inferior ao registado por Shear e col.[10] (11,2% numa série de 2616 casos) e por Kreidler e col.[6] (10,6%), mas superior ao relatado por Daley e col.[2] (4,88%) e por Costa e Sousa e col.[11] (3,7%). Esta diferença de valores encontrados, da frequência relativa dos queratocistos, observada nos diferentes estudos, provavelmente reflecte a diversidade de material submetido a exame histológico, pelos diferentes departamentos. Nenhum dos pacientes diagnosticados com queratoquistos, observado neste estudo, sofria do Síndrome de Gorlin-Goltz.

No nosso estudo, 1,3% dos 553 casos representavam quistos não-odontogénicos, o que está de acordo com os resultados apresentados por Daley e col.[2] (1,01% de 40000 casos). O quisto nasopalatino foi o quisto não-odontogénico mais frequente (n=4), seguido pelo quisto globulomaxilar (n=3). Na classificação da Organização Mundial de Saúde (Kramer e col., 1992), o quisto globulomaxilar deixou de estar incluído, e a sua identificação como entidade patológica separada é controversa [5].

Os tumores odontogénicos por nós encontrados, representam 3,1% do total das lesões, o que é um resultado superior ao referido por Regezi e col.[9] (1,3% de 54534 biópsias) e por Daley e col.[2] (1,11%). A justificação para a maior incidência de tumores odontogénicos encontrados no nosso estudo, está provavelmente relacionada com facto de que a maior parte dos nossos casos foram enviados por um cirurgião oral que recolhe muitos casos da região da cidade do Porto.

Poucos casos malignos foram incluídos neste estudo, pois muitos dos pacientes com suspeita clínica de lesões malignas são directamente encaminhados para o Instituto Português de Oncologia – Centro Regional do Porto.

A informação obtida com este estudo, deverá na nossa opinião, fornecer informação aos médicos dentistas relativamente às lesões mais frequentemente observadas na cavidade oral. Este conhecimento permitirá aos clínicos efectuar diagnósticos melhor fundamentados, com base nas diferentes alternativas e respectivos riscos associados, facilitando a comunicação e o aconselhamento dos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Bahskar SN. Oral pathology in the dental office: survey of 20575 biopsy specimens. J Am Dent Assoc 1968; 76: 761-766.
2. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 276-280.
3. Dodge OG. Tumours of the jaw, odontogenic tissues, and maxillary antrum (exclud-

ing Burkitt lymphoma) in Uganda Africans. Cancer 1965; 18: 205-215.
4. Kovi J, Laing WN. Tumours of the mandible and maxilla in Accra, Ghana. Cancer 1966; 19: 1301-1307.
5. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological Typing of Odontogenic Tumours. Second edition. Berlin: Springer-Verlag, 1992: 28-42.
6. Kreidler JF, Raubenheimer EJ, van Heerden WFP. A retrospective analysis of 367 cystic lesions of the jaw – The Ulm experience. J Cranio-maxillo-facial Surg 1993; 21: 339-341.
7. Mosadomi A. Odontogenic tumours in an African population: analysis of twenty-nine cases seen over a 5-year period. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1975; 40: 502-521.
8. Odell EW, Morgan PR. Biopsy Pathology of the Oral Tissues, first edition. London: Chapman & Hall Medical, 1998: 93-114.
9. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumours: analysis of 706 cases. J Oral Surg 1978; 36: 771-778.
10. Shear M. Cysts of the oral regions, 3rd edition. Oxford: Wright, 1992.
11. Sousa RC, Amaral JB, Moreira CG. Quistos maxilares. Revisão casuística. Arq Med 1999; 13(2): 117-120.
12. Weir JC, Davenport WD, Skinner RL. A diagnostic and epidemiology survey of 15783 oral lesions. J Am Dent Assoc 1987; 115: 439-442.