

Concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos do Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco

DANIELA DE ALMEIDA VAZ*, DANIELA LIMA VALENÇA*, RENATA BANDEIRA DE MELO LOPES*, AMITIS VIEIRA COSTA E SILVA**, JOSÉ RICARDO DIAS PEREIRA***

*Acadêmica do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP) da Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife/PE.

**Mestranda de Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UPE); Professora da Disciplina de Radiologia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP) da Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife/PE.

***Doutor em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP) da Universidade de Pernambuco (UPE); Professor Adjunto do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Disciplina de Estomatologia, da Universidade Federal de Pernambuco (UPE) – Recife/PE.

RESUMO

O preenchimento adequado dos dados pessoais do paciente, bem como a hipótese provável do diagnóstico clínico, na ocasião do envio do material ao laboratório, favorece o fechamento do diagnóstico histopatológico e a conduta terapêutica a ser adotada pelo cirurgião-dentista, para o tratamento da lesão. Porém, observa-se que esta não é uma rotina adotada pelo profissional, dificultando o estabelecimento correto do diagnóstico. O objetivo deste trabalho foi analisar, através de um estudo retrospectivo, o nível de concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico, obtido através de 3.549 laudos arquivados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP-UPE), nos anos de 1999 a 2009. Como resultado observou-se que o gênero feminino e a faixa etária entre 10 e 39 anos foram os mais acometidos, e a que a hiperplasia fibrosa inflamatória foi o diagnóstico histopatológico mais frequente. Os diagnósticos clínico e histopatológico foram coincidentes em 46% dos casos.

DESCRITORES

Diagnóstico Bucal. Patologia Bucal. Biópsia.

Trabalho realizado no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP-UPE) – Recife/PE.

Endereço para correspondência:

José Ricardo Dias Pereira

Rua Faustino Porto, 66, apto. 1.402 – Boa Viagem

CEP 51020-270 – Recife/PE

Fone: (81) 8653-5230

E-mail: jose_ricardodias@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A cavidade oral é uma das partes constituintes do trato gastrointestinal e pode ser acometida por doenças, variando desde alterações de desenvolvimento até neoplasias malignas agressivas e metastizantes⁷.

O diagnóstico correto das mais variadas lesões que acometem o sistema estomatognático é essencial na Odontologia, e um elemento importante para o diagnóstico clínico é o conhecimento da frequência relativa ou prevalência dessas lesões²¹. Para tanto, os estudos epidemiológicos constituem um instrumento fundamental, pois promovem a avaliação das condições de saúde da população, por meio da investigação de seus determinantes e das ações destinadas a alterá-las. Além disso, favorecem na elaboração de hipóteses diagnósticas, auxiliando os profissionais na Estomatologia Clínica, com base em dados sobre a prevalência das alterações de doenças, permitindo ao profissional estimar a possibilidade de encontrá-las na sua prática clínica⁴. Observa-se, ainda, que as associações entre estudos epidemiológicos e estudos em Histopatologia são muito importantes para o fechamento do diagnóstico, classificação e indicação do tratamento mais adequado da doença¹⁸; portanto, compete ao cirurgião-dentista desempenhar importante papel na prevenção e no diagnóstico precoce das lesões que se manifestam na cavidade oral, por manter contatos regulares com os pacientes e ser a boca um sítio de fácil acesso e de ampla visualização¹⁷.

Este trabalho visou realizar um estudo comparativo entre as lesões bucais diagnosticadas no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade de Pernambuco (FOP-UPE) e a hipótese clínica estabelecida quando do envio da peça, objetivando obter a estatística de coincidência

entre ambas e contribuir para o levantamento epidemiológico relacionado à prevalência, além de analisar aspectos da população avaliada quanto ao gênero e faixa etária mais acometida.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O presente trabalho objetivou realizar um estudo retrospectivo das lesões bucais diagnosticadas no Laboratório de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco no período compreendido entre 1999 e 2009.

Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência das principais lesões bucais;
- Identificar a ocorrência das lesões entre os principais fatores demográficos, como gênero e faixa etária;
- Avaliar o nível de concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Pernambuco, sob o registro de nº120/09.

Para a realização desta pesquisa, foram examinados 3.549 laudos presentes no livro de entrada e saída do Laboratório de Patologia Bucal FOP-UPE, por um período de 10 anos, compreendido entre janeiro de 1999 e agosto de 2009, os quais foram agrupados por ano de requisição do exame. No livro de entrada estão presentes as informações referentes ao paciente: nome, gênero e idade, além do diagnóstico clínico que acompanha a requisição do profissional, e quando esta apresentava mais de uma hipótese diagnóstica, ambas foram consideradas isoladamente. No livro de saída, encontram-se as informações referentes ao diagnóstico histopatológico, emitido pelo patologista bucal após processamento da peça cirúrgica. A coleta para a criação do banco de dados foi obtida a partir do preenchimento de uma ficha elaborada, composta de tópicos relativos à identificação do paciente (idade, sexo, raça, ocupação, hábitos, vícios e costumes), tempo de evolução da lesão, diagnóstico inicial referente ao diagnóstico clínico e diagnóstico final, referente ao diagnóstico histopatológico, através do seu preenchimento pelos avaliadores, e estes foram tabulados após um tratamento estatístico descritivo e analítico.

Foi adotado, como critério de inclusão, estar notificado no livro de entrada e de saída e que contivesse o diagnóstico clínico emitido pelo profissional, no envio da peça. Como critério de exclusão foi estabelecido que não fariam parte desta análise os laudos com diagnóstico histopatológico inconclusivo, para que não ocorresse dubiedade da definição diagnóstica, já que este foi considerado padrão-ouro neste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cavidade oral é acometida por um grande número de doenças. Estas são classificadas em um amplo espectro de lesões que possuem bases semelhantes. Estas lesões podem ser agrupadas em: hiperplasias e lesões reativas dos tecidos moles bucais; neoplasias benignas dos tecidos moles; lesões da mucosa oral; cistos odontogênicos, não odontogênicos e pseudocistos; periapicopatias; pericoronarite e tecido folicular dentário; neoplasias odontogênicas benignas; lesões ósseas bucais; lesões de glândula salivar; lesões cancerizáveis e malignas e outras lesões não especificadas⁶. Autores referiram que essas lesões diferem de acordo com sexo, idade e raça dos pacientes^{9,19}. Em nosso estudo, verificamos uma grande variedade de lesões evidenciando-se, nesta constatação, uma interação com a grande diversidade de tecidos e órgãos existentes na cavidade bucal.

Dos dados coletados, 2.098 casos foram do sexo feminino (59,1%) e 1.451 do sexo masculino (40,9%). Este resultado pode ser explicado pela procura mais expressiva das mulheres aos serviços odontológicos e, ainda, por estas se submeterem mais aos exames dentários de rotina, o que demonstra maior preocupação com a sua saúde bucal, e estudos corroboram com essa justificativa^{10,15}. Essa diferença percentual pode, ainda, ser estabelecida pelo fato de algumas lesões terem comprovadamente maiores índices de prevalência no sexo feminino, como por exemplo, o granuloma piogênico, que pode ser denominado “granuloma gravídico”, durante a gestação, em que as alterações hormonais parecem exercer influência na sua etiopatogenia²³. A Tabela 1 demonstra o número de pacientes atendidos por sexo em cada ano, no serviço de patologia da FOP-UPE.

A informação sobre a idade dos pacientes durante todo o período avaliado esteve disponível em 3.252 registros e esta variou de 1 a 99 anos, sendo a média de 36,12 anos. O elevado número de pacientes enquadrados nessa faixa etária provavelmente esteja relacionado à maior interação entre os indivíduos economicamente ativos e o acesso aos serviços de saúde¹⁰.

Tabela 1
Avaliação do sexo segundo o ano

Ano	Sexo				TOTAL		Valor p
	Masculino		Feminino		n	%	
	n	%	n	%			
1999	46	36,8	79	63,2	125	100,0	0,145 ⁽¹⁾
2000	54	37,8	89	62,2	143	100,0	
2001	159	42,3	217	57,7	376	100,0	
2002	215	40,6	315	59,4	530	100,0	
2003	128	36,1	227	63,9	355	100,0	
2004	161	40,0	242	60,0	403	100,0	
2005	164	37,6	272	62,4	436	100,0	
2006	160	44,4	200	55,6	360	100,0	
2007	180	42,4	245	57,6	425	100,0	
2008	157	46,6	180	53,4	337	100,0	
2009	27	45,8	32	54,2	59	100,0	
Grupo total	1.451	40,9	2.098	59,1	3.549	100,0	

⁽¹⁾Através do teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2
Avaliação da faixa etária segundo o ano

Idade (Anos)	Ano											Grupo Total		Valor p
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	n	%	
Até 9	8	6	16	38	11	19	17	14	13	15	1	158	4,5	0,001 ^{(1)*}
10 a 19	32	30	65	88	73	72	62	58	49	48	3	580	16,3	
20 a 29	16	17	75	115	53	63	76	65	62	71	5	618	17,4	
30 a 39	19	23	59	81	62	57	66	53	76	36	10	542	15,3	
40 a 49	15	20	67	83	46	70	59	48	60	43	10	521	14,7	
50 a 59	6	15	38	50	35	44	52	42	56	52	10	400	11,3	
60 a 69	7	20	27	26	20	27	36	30	35	28	6	262	7,4	
70 a 79	6	4	10	22	12	14	12	11	20	12	2	125	3,5	
80 ou +	1	1	6	8	4	9	7	-	5	3	2	46	1,3	
NI	15	7	13	19	39	28	49	39	49	29	10	297	8,4	
TOTAL	125	143	376	530	355	403	436	360	425	337	59	3.549	100,0	

*Diferença significativa a 5,0%; ⁽¹⁾Através do teste qui-quadrado de Pearson; ⁽²⁾NI: Não informado.

Dentre o grupo com essa faixa etária prevalente de atendimento no serviço, podemos destacar dois subgrupos: o primeiro, composto pelo grupo de pessoas que possuem um plano de saúde e, por isso, dispõem de mais opções e oportunidades de atendimento e tratamento; e o segundo, que abrange as pessoas que não possuem assistência privada e, portanto, são usuários do SUS, o qual, apesar de exibir certa precariedade, demonstrou que a rede de serviços e sua oferta fazem diferença na hora do tratamento.

A Tabela 2 mostra a frequência de atendimento, no serviço, de acordo com a faixa etária, sendo avaliados tanto pelo total do grupo durante todo o período, como por cada ano desse intervalo de tempo.

A distribuição dos diagnósticos clínicos estabelecidos e enviados ao Serviço de Patologia, anexada

à peça para análise histopatológica, foram representados no Gráfico 1, pelos dez mais frequentes, que em ordem decrescente foram: fibroma (12,7%), hiperplasia fibrosa inflamatória (11,3%), mucocele (8,6%), granuloma piogênico (7,6%), cisto dentígero (5,0%), ameloblastoma (5,0%), cisto radicular (4,7%), papiloma (4,2%), queratocisto (4,2%) e leucoplasia (3,0%).

A lesão mais prevalente foi o fibroma, representando 12,7% de todas as lesões neste estudo, o que é justificado por ser o tumor mais prevalente da cavidade oral; no entanto, na maioria dos casos ele não parece ser um neoplasma verdadeiro, sendo mais provável que seja uma hiperplasia reacional de tecido conjuntivo fibroso, em resposta à irritação local ou trauma¹⁶.

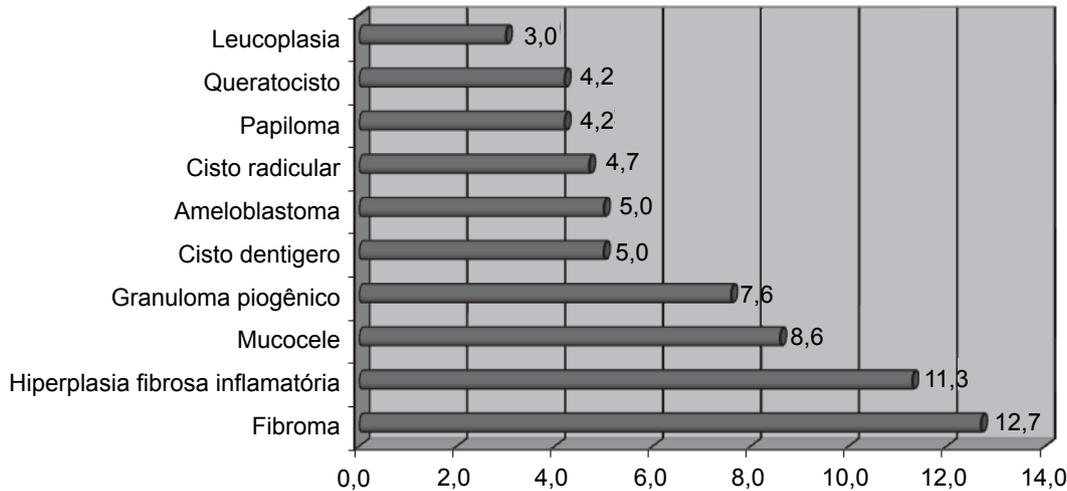


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos diagnósticos clínicos mais frequentes.

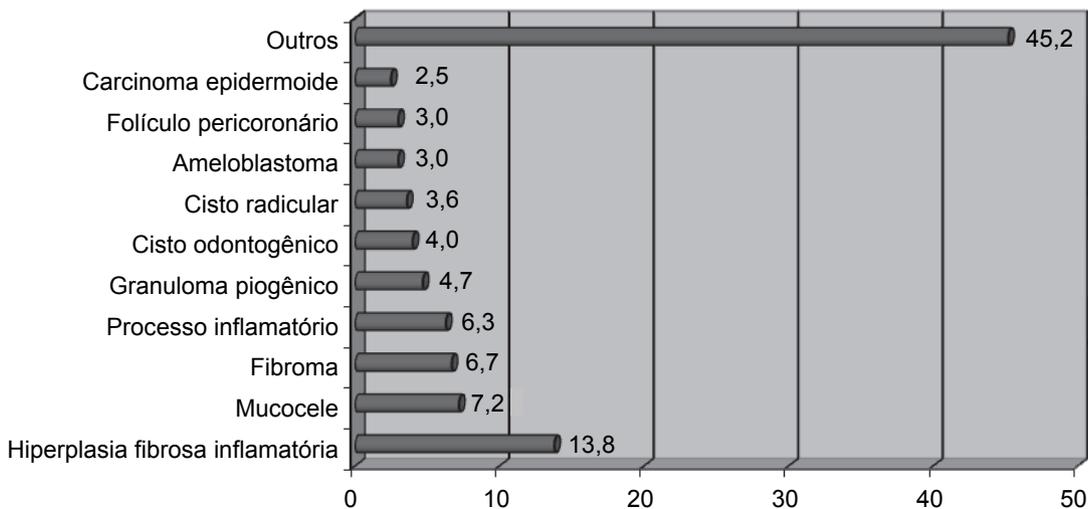


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos diagnósticos histopatológicos mais frequentes

Observa-se que o grupo das hiperplasias e das lesões reativas dos tecidos moles bucais representou um percentual bastante significativo, pois a hiperplasia fibrosa inflamatória foi a segunda mais frequente, com 11,3%, e o granuloma piogênico a quarta, com 7,6% de todos os casos.

Como a cavidade oral é comumente acometida por um grande número de traumas e ainda podem ter várias outras condições associadas, a alta prevalência do fibroma e da hiperplasia fibrosa inflamatória como diagnóstico clínico é justificada.

Outro dado importante a ser considerado é que as hipóteses clínicas distintas referenciadas pelos cirurgiões-dentistas totalizaram 134, o que demonstra um grau

razoável de conhecimento da ampla variedade de lesões que podem acometer o complexo maxilofacial.

O Gráfico 2 representa a distribuição dos 10 diagnósticos histopatológicos mais frequentes, que em ordem decrescente foram: hiperplasia fibrosa inflamatória (13,8%), mucocele (7,2%), fibroma (6,7%), processo inflamatório inespecífico (6,3%), granuloma piogênico (4,7%), cisto odontogênico (4,0%), cisto radicular (3,6%), ameloblastoma (3,0%), folículo pericoronário (3,0%), carcinoma epidermoide (2,5%).

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, pode-se constatar que como resultado de diagnóstico histológico a lesão mais frequente foi a hiperplasia

fibrosa inflamatória, concordando com os achados obtidos em vários estudos^{1,4,5,10,14,15,17,20,22,24}. Essa lesão é caracterizada por um aumento do volume tecidual decorrente de traumas mecânicos crônicos locais, que na grande maioria dos casos está associada ao uso pelos pacientes de próteses mal adaptadas¹¹. Isto ocorre devido a não haver um acompanhamento profissional adequado após a colocação da prótese dentária total ou parcial removível, o qual não pode, assim, avaliar a adaptação desta ao paciente. O que ganha relevância pela estratificação financeira estabelecida na nossa sociedade, que faz com que pacientes de classes menos favorecidas, que somam a maioria da população, procurem muitas vezes serviços precários que tendem a confeccionar próteses de má qualidade, justificando uma adaptação inadequada.

A mucoccele, que pertence ao grupo das patologias de glândulas salivares, foi a segunda patologia com maior predominância nesta pesquisa, representando 7,2% de todas as lesões, demonstrando seu alto índice de prevalência como resultado de diagnóstico histológico. Resultado semelhante foi observado em outro estudo¹³, que apresentou a mucoccele como a lesão mais prevalente, representando 33,7% dos casos avaliados. Já em outra pesquisa¹, a mucoccele representou 5,04% das lesões, aparecendo em quarto lugar em frequência.

Em nosso trabalho, o fibroma representou a terceira lesão mais frequente, com 6,7%. Esta lesão pertence ao grupo das mais prevalentes, porém, com frequências que vão desde 8,21⁸ a 21,29%¹.

Um fator importante a ser considerado, observado neste estudo, foi a inadequada indicação para biópsia,

pois em 1,7% das amostras o diagnóstico foi de tecido normal, fato que pode ser explicado pela falta de conhecimento técnico, que resulta em indicação errada do procedimento e que faz com que o paciente seja submetido a um ato cirúrgico desnecessário. Outra possibilidade para esse achado pode ser decorrente da falta do emprego de técnicas histológicas de coloração especial que o material requisitasse e que estas não foram empregadas durante a confecção da lâmina, ou pode, ainda, estar relacionada com a escolha errada do local da biópsia, sendo realizada em área inadequada¹².

A Tabela 3 e o Gráfico 3 demonstraram as coincidências entre os dois tipos de diagnósticos, o clínico e o histológico, sendo considerada coincidência quando qualquer um dos diagnósticos clínicos coincide com o diagnóstico histopatológico.

Através dos resultados apresentados no Gráfico 3, observou-se que o percentual de coincidência de resultados das avaliações durante todo o período avaliado correspondeu a 46,0%. Essas coincidências foram, ainda, observadas na Tabela 3, por cada ano avaliado, sendo que o percentual de coincidência em menor grau ocorreu no ano de 2009, com 33,9%, e o maior encontrado foi no ano de 2005, com 49,5%.

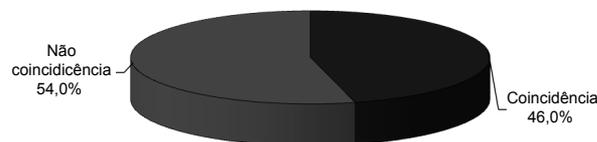


Gráfico 3 - Avaliação da coincidência entre o diagnóstico clínico e histopatológico.

Ano	Clínico versus Histopatológico				TOTAL		Valor p
	Coincidiu		Não coincidiu		n	%	
	n	%	n	%			
1999	57	45,6	68	54,4	125	100,0	0,473 ⁽¹⁾
2000	68	47,6	75	52,4	143	100,0	
2001	178	47,3	198	52,7	376	100,0	
2002	247	46,6	283	53,4	530	100,0	
2003	167	47,0	188	53,0	355	100,0	
2004	173	42,9	230	57,1	403	100,0	
2005	216	49,5	220	50,5	436	100,0	
2006	171	47,5	189	52,5	360	100,0	
2007	184	43,3	241	56,7	425	100,0	
2008	151	44,8	186	55,2	337	100,0	
2009	20	33,9	39	66,1	59	100,0	
Grupo total	1632	46,0	1917	54,0	3549	100,0	

⁽¹⁾Através do teste qui-quadrado de Pearson.

Percentual mais alto de concordância (51,6%) foi encontrado em outro estudo¹⁰, resultado que diverge deste estudo. Essa distorção de resultado encontrada pode estar relacionada a uma deficiência em um dos dois tempos da semiotécnica, o que aumenta a possibilidade de falhas. O primeiro momento que poderia desencadear esses erros estaria relacionado à anamnese, quando o profissional não faz um histórico adequado sobre a situação atual do paciente e da lesão, negligenciando dados de grande importância para o diagnóstico. E o segundo momento seria durante o exame clínico, quando a execução de manobras pode deixar de ser executada, dificultando ou impossibilitando conhecer todos os sinais clínicos importantes da lesão. Podemos inferir, então, que alguns profissionais não estão priorizando a anamnese, cujo o diálogo é um fator essencial para elucidar dúvidas sobre o histórico da lesão durante o exame clínico.

Outro aspecto que podemos destacar para explicar esse resultado está relacionado à grande demanda de pacientes no serviço público, o que muitas vezes acarreta em uma carência de tempo para que o profissional possa realizar o exame clínico de maneira adequada.

Pode-se referir, ainda, que este resultado ocorra em decorrência de problemas direcionados com uma demanda crescente de casos externos que não são oriundos do serviço ambulatorial da FOP-UPE e também a falta de dados clínicos complementares que deveriam acompanhar a peça cirúrgica, quando do seu envio, oportunizando ao patologista um diagnóstico histopatológico mais efetivo.

De acordo com o demonstrado no Gráfico 4, é possível verificar que os maiores percentuais de acertos ocorreram nos diagnósticos: mucocele (83,3%), papiloma (77,8%), folículo pericoronário (77,4%), ameloblastoma (75,0%), fibroma (71,6%), granuloma piogênico (64,9%), queratocisto (60,7%), hiperplasia fibrosa inflamatória (53,2%), cisto radicular (51,6%), granuloma periapical (34,2%) e carcinoma epidermoide (31,5%).

A lesão que apresentou maior índice de coincidência entre os diagnósticos foi a mucocele, com um percentual de concordância de 83,3%. Isto pode estar relacionado ao fato de ser esta uma lesão comum e por suas características clínicas serem bem conhecidas pelos cirurgiões-dentistas, além de ser de fácil visualização, pois o lábio inferior é a região mais comum¹⁶, o que facilita o correto diagnóstico clínico.

A hiperplasia fibrosa inflamatória, apesar de ter sido a lesão mais frequente, teve um percentual de concordância bem razoável, totalizando 53,2%, visto que essa lesão faz diagnóstico diferencial com outras lesões, como: lipofibroma, neurofibroma, rabdomioma, leiomioma e tumores de glândulas salivares menores², além do granuloma piogênico e o fibroma ossificante periférico³, o que dificulta seu diagnóstico.

O carcinoma epidermoide, tumor maligno mais frequente na cavidade bucal, teve 31,5% de coincidência entre diagnóstico clínico e histopatológico. Apesar

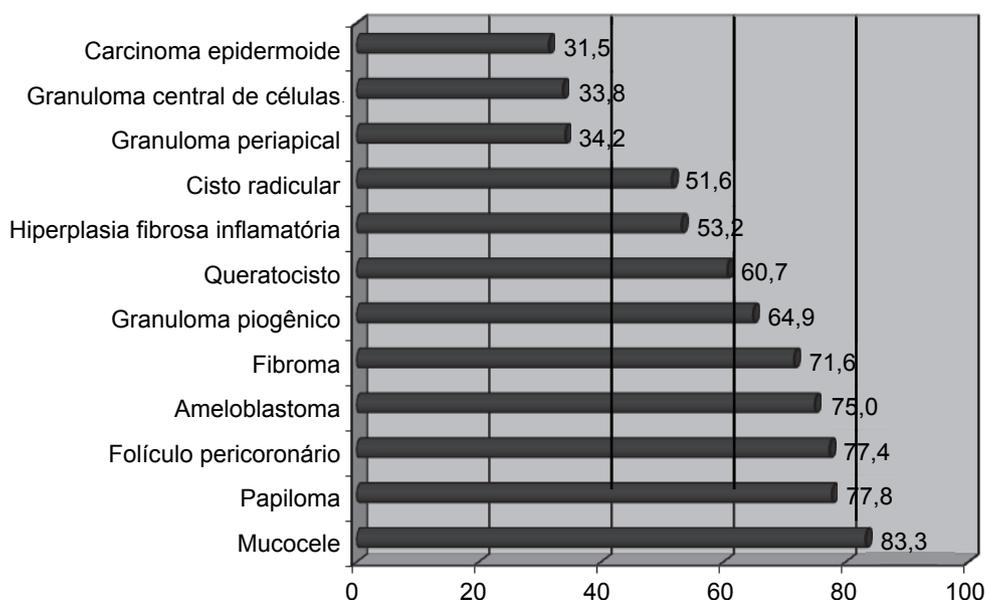


Gráfico 4 - Distribuição percentual da coincidência entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos.

de não ser um percentual elevado, foi a 12ª lesão mais coincidente, mostrando maior preocupação dos clínicos em diagnosticar o câncer bucal. Esta ação é importante, pois sabemos que toda lesão maligna possui forte tendência à morbimortalidade, e que o diagnóstico precoce é um fator importante para que se possa ter amplas condições de proporcionar a cura ou reduzir sequelas aos pacientes.

CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos, pode-se concluir que:

- 1- Foi constatado um percentual maior de discordância que o de coincidência entre os diagnósticos clínico e histopatológico avaliados no período.

- 2- O gênero feminino e a faixa etária entre os 10 a 39 anos foram mais prevalentes.
- 3- Os 10 diagnósticos clínicos mais frequentes foram, em ordem decrescente: fibroma, hiperplasia fibrosa inflamatória, mucocele, granuloma piogênico, cisto dentígero, ameloblastoma, cisto radicular, papiloma, queratocisto e leucoplasia.
- 4- As 10 lesões que mais foram diagnosticadas no laboratório no período avaliado foram em ordem decrescente: hiperplasia fibrosa inflamatória, mucocele, fibroma, processo inflamatório inespecífico, granuloma piogênico, cisto odontogênico, cisto radicular, ameloblastoma, folículo pericoronário, carcinoma epidermoide, queratocisto.

ABSTRACT

Agreement between clinical and histopathological diagnoses of the Laboratory of Oral Pathology, Faculty of Dentistry of Pernambuco

The completion of the appropriate patient's personal data, as well as the likely hypothesis of the clinical diagnosis at the time of sending the material to the laboratory, favors the closing of the histopathological diagnosis and therapy to be adopted by a dentist, for treatment of injury. However, it is observable that it is not a routine adopted by the professional, making it more difficult to establish the correct diagnosis. The aim of this study was to analyze through a retrospective study, the level of agreement between clinical diagnosis and histopathological findings, obtained through 3549 reports filled in Oral Pathology Laboratory of the Faculty of Dentistry, University of Pernambuco (FOP-UPE), between 1999 and 2009. As a result it was observed that the female gender and age between 10 and 39 years were most affected and that the inflammatory fibrous hyperplasia was the most frequent histopathological diagnosis. The clinical and histopathological diagnoses were concordant in 46% of cases.

DESCRIPTORS

Oral Diagnosis. Oral pathology. Biopsy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bertoja IC, Tomazini JG, Braosi APR, Zielak JC, Reis LFG, Giovanini AF. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Histopatologia do UnicenP. RSBO 2007;4(2):41-6.
2. Coleman GC, Nelson JF. Princípios de Diagnóstico Bucal. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1996, p. 193.
3. Coutinho TCL, Santos MEO. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. RGO (Porto Alegre) 1998;46(1):27-9.
4. Cruz MCFN, Almeida KGB, Lopes FF, Bastos EG, Freitas RA. Levantamento de biópsias da cavidade oral realizadas no Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra/UFMA, da cidade de São Luís (MA), no período de 1992 a 2002. RBPO 2005;4(3):185-8.
5. Fregnani ER. Avaliação epidemiológica de 8.875 diagnósticos histopatológicos orais realizados pelo Serviço de Diagnóstico Oral da Disciplina de Patologia Bucal da FOP/UNICAMP em um período de 32 anos. Piracicaba, 2003. [Dissertação de mestrado]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2003.
6. Happonen RP, Ylipaavalniemi P, Calonius B. A survey of 15.758 oral biopsies in Finland. Proc Finn Dent Soc 1982;78(4):201-6.
7. Kijner M, Scarsanella MS. Lesões mais frequentes na Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia Ulbra Torres, no segundo semestre do ano de 2003. Disponível em: URL: <http://revista.ulbratorres.com.br/artigos/artigo05.pdf>
8. Leite Segundo AV, Silva UH, Martelli PJL. Estudo retrospectivo de exames anatomopatológicos do Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Odontologia de Caruaru/PE. Odontol Clín Cient 2003;2(1):15-20.
9. Lin HC, Corbet EF, Lo EC. Oral mucosal lesions in adult Chinese. J Dent Res 2001;80(5):1486-90.

10. Marin HJI. Estudo epidemiológico das lesões _uço-maxilo-faciais diagnosticadas no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco de 1991 a 1998. Recife, 1998 [Dissertação de Mestrado]. Recife: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco; 1998.
11. Mello LMM, Marqueti AC, Kroll PA, Castro AL. Hiperplasia fibrosa inflamatória. Revista de Odontologia da UNESP 2008;37(Número Especial): 163.
12. Mistro FZ, Donato AC, Moreira AC, Milner E, Kignel S. Biópsia: Indicações e Técnica. Rev Assoc Paul Cirurg Dent 1998;52(3):213-16.
13. Moreira, MR. Lesões bucais em pacientes pediátricos: Estudo Retrospectivo de 620 biópsias registradas no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Uberlândia – MG – Brasil. Uberlândia, 2006 [Dissertação de mestrado]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2006.
14. Moresco FC, Nora Filho MR, Balbinot MA. Levantamento Epidemiológico dos Diagnósticos Histopatológicos da Disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da ULBRA-Canoas/RS. Stomatos 2003;9(17):29-34.
15. Nascimento GJF, Paraíso DP, Goés PSA, Sobral APV. Estudo epidemiológico de 2.147 casos de lesões bucomaxilofaciais. Rev Bras Patol Oral 2005;4(2):82-9.
16. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & Maxillofacial Pathology. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1995.
17. Osterne RLV. Estudo epidemiológico de lesões orais em laboratórios de anátomo patologia na cidade de Fortaleza – CE. Fortaleza, 2009 [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. 2009.
18. Prado R, Salim MAA. Cirurgia Bucomaxilofacial: Diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica; 2004.
19. Reichart PA, Philipsen HP. Patologia bucal. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
20. Simões CA, Lins RC, Henriques ACG, Casal C, Castro JFL. Prevalência das lesões diagnosticadas na região maxilofacial no Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco. International Journal of Dentistry 2007;6(2):35-8.
21. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in US adults. Data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 – 1994. JADA 2004;135:1279-86.
22. Souza GFM, Silveira MMF. Estudo epidemiológico das lesões bucais do Serviço de Anátomo-Patologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco de 1993 a 1997. Rev Saúde 1999;3(2):11-6.
23. Vieira EMM, Spalding M, Morais S. Granuloma Gravidico de Crescimento Exagerado: Caso Clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2006;47:227-30.
24. Rados PV, Sant’Ana Filho M, Barbachan JJD, Volkweis MR, Romanini J. Estudo comparativo da concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico das lesões bucais. Rev Fac Odontol Porto Alegre 1996;37(1):21-3.

Recebido em: 2/6/11
Aceito em: 11/7/11