

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

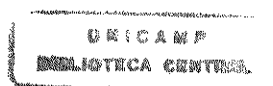
**NEWTON CESAR KAMEI  
CIRURGIÃO DENTISTA**

**ESTUDO DAS OCORRÊNCIAS DE ENFERMIDADES  
ENCAMINHADAS AO OROCENTRO/FOP-UNICAMP ENTRE OS  
ANOS DE 1980-1998**

Tese apresentada à Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba, da  
Universidade Estadual de  
Campinas, para obtenção de grau  
de Mestre em Biologia e Patologia  
Buco-Dental

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

PIRACICABA  
2000



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

**NEWTON CESAR KAMEI  
CIRURGIÃO DENTISTA**

**ESTUDO DAS OCORRÊNCIAS DE ENFERMIDADES  
ENCAMINHADAS AO OROCENTRO/FOP-UNICAMP ENTRE OS  
ANOS DE 1980-1998**

**Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Di Hipólito Junior**

**Banca Examinadora: Prof. Dr. Oswaldo Di Hipólito Júnior (Presidente)  
Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas  
Prof. Dr. Liogi Iwaki Filho**

Este exemplar foi devidamente corrigido,  
de acordo com a Resolução ECPG-036/83  
CPG, 94/12/2000

  
Assinatura do Orientador

Tese apresentada à Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba, da  
Universidade Estadual de  
Campinas, para obtenção de grau  
de Mestre em Biologia e Patologia  
Buco-Dental

**PIRACICABA  
2000**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

UNIDADE	BC		
N.º CHAMADA:	UNICAMP		
	K128e		
V.	Ex.		
TOMBO DC/	44596		
PROC.	76-392107		
C	<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>
PRECIB	R\$ 11,00		
DATA	18/05/07		
N.º CPD			

CM-00155178-5

### Ficha Catalográfica

K128e Kamei, Newton Cesar.  
 Estudo das ocorrências de enfermidades encaminhadas ao Orocentro/FOP-UNICAMP entre os anos de 1980-1998. / Newton Cesar Kamei. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2000.  
 84p. : il.

Orientador : Prof. Dr. Oswaldo Di Hipólito Junior.  
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Epidemiologia. 2. Prevalência. 3. Boca. I. Di Hipólito Junior, Oswaldo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB / 8 – 6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba / UNICAMP.



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 01 de Março de 2000, considerou o candidato NEWTON CESAR KAMEI aprovado.

1. Prof. Dr. OSWALDO DI HIPOLITO JUNIOR

Handwritten signature of Oswaldo Di Hipolito Junior in black ink, written over a horizontal line.

2. Prof. Dr. LIOGI IWAKI FILHO

Handwritten signature of Liogi Iwaki Filho in black ink, written over a horizontal line.

3. Prof. Dr. PABLO AGUSTIN VARGAS

Handwritten signature of Pablo Agustin Vargas in black ink, written over a horizontal line.

Dedico este trabalho à minha esposa Marcia, pela compreensão dos momentos ausentes e pela colaboração constante nas profícuas opiniões.

Às nossas filhas Isabella, Maria Luisa e Beatriz, tradução mais simples e sólida do fruto do amor puro e verdadeiro.

Aos meus pais, MIKIHICO E KIMIKO, por tanto carinho, preocupação e ajuda.

Ao Prof. OSWALDO DI HIPÓLITO JUNIOR, Prof. Adjunto da Área de Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP, pela orientação sempre objetiva, amizade e confiança que recebemos na realização deste trabalho. Seu exemplo como professor e pesquisador nos orgulha. Nossos sinceros agradecimentos pela paciência e compreensão nesses anos, cujo relacionamento foi significativo para a nossa formação profissional e pessoal.

Ao Prof. Dr. OSLEI PAES DE ALMEIDA, Titular da disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ UNICAMP; personalidade admirável. Nossa gratidão pela oportunidade e sentimento humano e por fazer parte também da nossa formação profissional. Modelo de educador e pesquisador, cuja competência fertiliza à pesquisa científica.

## AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do seu Diretor, Antonio Wilson Sallum, onde tive a oportunidade de dar um importante rumo ao crescimento científico e profissional.

À CAPES (Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela concessão da bolsa de estudos que nos deu a oportunidade para a realização do Curso de Pós-Graduação.

À Universidade Estadual de Maringá, que investiu e permitiu o aprimoramento e desenvolvimento profissional durante o meu afastamento.

A todos os professores, alunos e amigos do Curso de Pós-Graduação em Biologia e Patologia Buco-Dental, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

Aos amigos ADRIANO, ANA CRISTINA, MARIA HELENA, APARECIDA E ROSA MARIA, eficientes técnicos de laboratório e secretaria, respectivamente, da disciplina de Patologia, pelo valioso auxílio durante estes anos. Minha admiração pelo potencial profissional e relacionamento humano.



Aos professores e amigos ÂNGELO JOSE PAVAN, EDEVALDO CAMARINI, LIOGI IWAKI FILHO E APARECIDO NERI DANIEL, pelo companheirismo, aprendizado e auxílio sempre presentes.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. PABLO AGUSTIN VARGAS, Prof. Dr. LIOGI IWAKI FILHO e Prof. Dr. OSWALDO DI HIPOLITO JUNIOR pelas valiosas contribuições que enriqueceram nossa dissertação.

Ao professor Dr. SÉRGIO AUGUSTO CATANZARO GUIMARÃES, pelos conselhos, aprendizado, minha eterna admiração.

Aos amigos CLEVERTON ROBERTO, FÁBIO RAMOA, FÁBIO ALVES, HERCÍLIO MARTELLI E PAULO BONAN pela convivência, conselhos e principalmente, a amizade desenvolvida ao longo destes dois anos.

Aos amigos SERGIO PAVAN MARGARIDO e EDUARDO KURIHARA pela imensa colaboração e eterna amizade.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUÇÃO.....	5
PROPOSIÇÃO.....	8
REVISÃO DE LITERATURA.....	10
MATERIAL E MÉTODO.....	32
RESULTADOS.....	35
DISCUSSÃO.....	54
CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXO I.....	78
ANEXO II.....	83

## **RESUMO**

---

---

**Contribuição ao Estudo das Ocorrências de Enfermidades  
Encaminhadas ao Orocentro FOP/UNICAMP entre 1980-1998**

## RESUMO

As patologias diagnosticadas no OROCENTRO/FOP-UNICAMP, tanto clínica quanto histologicamente, foram distribuídas em grupos, permitindo estudo comparativo entre elas. Além disso, foi possível verificar a prevalência de cada enfermidade em seu grupo e a distribuição geral de todas as enfermidades de acordo com suas incidências.

Foram analisados 3096 diagnósticos, dentro de um período de 18 anos, levando em consideração a queixa principal dos pacientes e o resultado histopatológico. Os resultados foram subdivididos em 17 grupos, de acordo com as características clínicas ou histológicas.

Dentro deste estudo, pudemos concluir que dentre as patologias mais comuns, as hiperplasias papilares inflamatórias e as hiperplasias fibrosas inflamatórias, representaram, juntas, 13,40% (415) dos diagnósticos, sendo, respectivamente a primeira e a quarta patologia mais freqüente da cavidade bucal. A mucocele, patologia comuns de glândula salivar menor foi a segunda lesão em incidência, com 5,58% (173) dos casos. Foi importante verificar também a ocorrência dos carcinomas espinocelulares, terceira patologia mais comum com 5,55% (172) dos casos e a lesão mais comum entre as lesões malignas.

Foi possível analisar algumas particularidades como a incidência relativamente alta da paracoccidiodomicose (1,87%) (58), que obteve índices elevados em comparação com alguns dados da literatura.

## **ABSTRACT**

---

**Contribuição ao Estudo das Ocorrências de Enfermidades  
Encaminhadas ao Orocentro FOP/UNICAMP entre 1980-1998**

## ABSTRACT

The pathologies diagnosed, clinically and by histopathology, at OROCENTRO/FOP-UNICAMP, were arranged in groups, that allowed comparative studies among them. Further, it was possible to verify the prevalence of each of the diseases in their own group and the general distribution of all the diseases relative to their incidences.

During a period of 18 years, 3096 diagnoses were analysed considering the main patients complaint and the corresponding histopathologic results. These results were subdivided in 17 groups based on their clinical or histologic characteristics.

In this research , we concluded that among the most common pathologies, inflammatory papillary hyperplasia and inflammatory fibrous hyperplasia, together represented, 13,40% (415) of the diagnoses made, being the first and forth most common oral pathology diagnosed, respectively. The mucocele, a common pathology of the minor salivary glands, was the second most frequent lesion occurring in 5,58% (173) of the cases examined. It was also important to verify the incidence of squamous cell carcinoma, the third most common pathology occurring in 5,55% (172) of the cases, this alteration being the most common of the malignant lesions.

It was possible to analyse some particularities, such as the high incidence of paracoccidioidomycosi, this lesion represented 1,87% (58) of the cases examined, demonstrating higher levels of incidences than has being described in the literature.

## **INTRODUÇÃO**

---

**Contribuição ao Estudo das Ocorrências de Enfermidades  
Encaminhadas ao Orocentro FOP/UNICAMP entre 1980-1998**

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1989), epidemiologia é o estudo da ocorrência de doenças em populações humanas, tendo seu início com os estudos de grandes doenças epidêmicas como a peste bubônica, cólera e varicela, que ocorreram em ondas caracterizadas por altas taxas de mortalidade.

Hipócrates (cerca de 400 a.c.) foi o primeiro a tentar explicar a ocorrência de doenças de forma racional e não do ponto de vista do sobrenatural, e a associar doenças a fatores ambientais.

Com a evolução da ciência, a obtenção de dados estatísticos referentes a diversas enfermidades, pode-se falar em epidemiologia de doenças do coração, de acidentes, do câncer e de lesões bucais, dentre outras.

Na área odontológica, especificamente após o seu reconhecimento como ciência, mais científica e menos artesanal, passou a ser uma preocupação constante por parte dos pesquisadores a verificação das condições bucodentais dos pacientes, tanto individualmente quanto em grupos. Este fato determinou maior preocupação com a epidemiologia das doenças bucais.

O conhecimento da prevalência de doenças, das condições de saúde bucal e suas alterações, passaram a ter importância para os epidemiologistas, administradores de saúde pública e, em geral, aos profissionais da área de saúde, nas avaliações do nível de saúde bucal de uma população, bem como em inúmeras pesquisas (Silva, 1990).

Arendorf *et al.* (1996) constataram que os estudos epidemiológicos sofrem consideráveis variações na prevalência das lesões da mucosa bucal em



diferentes partes do mundo. Na Índia, por exemplo, o número desproporcional de fibroses submucosas em relação a outras regiões está relacionado ao hábito da população no uso de betel. Da mesma forma, a inter-relação dos fenômenos sócio-econômicos entre si contribuem também para o estabelecimento de vínculos a determinadas doenças.

Em face do exposto, parece-nos oportuno o desenvolvimento de investigação, visando colher dados relativos ao setor de diagnóstico bucal da FOP/UNICAMP, denominado Orocentro, localizado na cidade de Piracicaba, interior do Estado de São Paulo, vinculado às Áreas de Patologia e Semiologia. Atualmente são cadastrados, em média, 40 novos pacientes/mês, que são encaminhados a este centro pelas clínicas da FOP, por profissionais da área de saúde dos Serviços Públicos de Piracicaba e cidades adjacentes, ou de seus consultórios particulares.

## **PROPOSIÇÃO**

---

**Contribuição ao Estudo das Ocorrências de Enfermidades  
Encaminhadas ao Orocentro FOP/UNICAMP entre 1980-1998**

## PROPOSIÇÃO

Os objetivos deste trabalho foram:

1. Distribuir as enfermidades em grupos, de modo a permitir o estudo comparativo entre elas;
2. Verificar a prevalência de cada enfermidade em seu grupo e a relação que guardam entre si;
3. Verificar as enfermidades mais freqüentes em cada grupo e a relação que guardam entre si.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

---

**Contribuição ao Estudo das Ocorrências de Enfermidades  
Encaminhadas ao Orocentro FOP/UNICAMP entre 1980-1998**

## REVISÃO DE LITERATURA

Durante consulta a publicações referentes ao assunto que nos propusemos estudar, pudemos constatar o grande número de trabalhos referentes a levantamentos determinando a frequência e distribuição de um processo ou doença em uma população. São numerosas as informações sobre a incidência de doenças que acometem populações de diferentes regiões sob as mais variadas interferências culturais e sócio-econômicas.

Disso decorrem a importância e o interesse no estudo por parte dos que militam em diversas especialidades médicas e odontológicas, principalmente aquelas que diagnosticam e tratam de doenças.

Nesta disposição de idéias, descreveremos, em ordem cronológica, os trabalhos que consideramos interessante para o desenvolvimento desta pesquisa, destacando aquelas enfermidades relacionadas com o nosso estudo.

Em 1954 Chaudhry *et al.*, em análise de 1414 pacientes, observaram que 94 possuíam tumores de glândulas salivares menores intrabucais, destacando-se, dentre os tumores benignos, o adenoma pleomórfico (40) (43,0%), vindo a seguir o cistoadenoma papilar (3) (3,0%). Dos tumores malignos, o carcinoma adenóide cístico predominou (19) (20,0%), seguido pelos adenocarcinoma (17) (18,0%), carcinoma mucoepidermóide (10) (11,0%), carcinoma indiferenciado (1) (1,06%) e lesão sem classificação (1) (1,06%).

Em relato epidemiológico realizado no ano de 1968 com 20575 biópsias, Bhaskar enumerou as 15 principais lesões bucais encaminhadas por dentistas, num total de 12332 diagnósticos, e que representou 67,51% de todas as lesões. Os granulomas periapicais compareceram com 2231 (12,24%)

casos. Os cistos radiculares vieram a seguir com 2046 (11,23%), acompanhados pelos fibromas de irritação 1378 (7,56%), queratose bucal 1337 (7,34%), cistos dentígeros 1194 (6,55%), gengivites 1111 (6,09%), mucocelos 522 (2,86%), fibroma periférico e epúlides fissurada com 515 (2,82%) cada, papilomas 349 (1,91%), granulomas piogênico 323 (1,77%), hiperplasias fibrosas inflamatória 295 (1,50%), úlceras 197 (1,08%), leucoplasias 187 (1,02%) e carcinomas de células escamosas com 132 (0,72%) casos. Em relação aos cistos odontogênicos, o autor encontrou, num total de 3538 (19,42%) casos, predomínio dos cistos radiculares com 2046 (11,23%) casos, seguido pelos cistos dentígeros com 1227 (6,74%) casos, cistos residuais 180 (0,99%) cisto primordial 62 (0,34%), cisto de erupção 19 (0,10%) e cisto multilocular com 4 (0,02%) casos. Dos cistos não odontogênicos, somados 270 casos, equivalente a 1,48% de todas as lesões, os cistos do ducto nasopalatino compareceram com 147 (0,81%) casos, vindo a seguir o cisto globulomaxilar com 46 (0,25%), cisto ósseo traumático 35 (0,19%), cisto alveolar mediano 20 (0,11%), cisto fissural 11 (0,06%), cisto nasoalveolar 7 (0,04%) e cisto ósseo aneurismático 4 (0,02%) casos. Entre os tumores odontogênicos, totalizaram 429 casos, representando 2,37% do total de lesões, verificou-se as seguintes patologias: fibroma odontogênico com 98 (0,54%) casos, ameloblastoma com 78 (0,43%), cementoma 46 (0,25%), odontoma composto 43 (0,24%), odontoma sem classificação 31 (0,17%), odontoma complexo 52 (0,28%), mixoma odontogênico 25 (0,14%), tumor odontogênico adenomatóide, odontoma ameloblástico e tumor odontogênico indefinido com 14 (0,08%) casos cada um. Os fibromas ameloblástico foram equivalentes a 11 (0,06%) e melanoameloblastoma com 3 (0,02%) casos.

Krolls *et al.* (1976), realizaram um levantamento envolvendo 14253 casos de carcinomas espinocelulares, observaram que esta patologia

constituiu-se no tumor maligno mais freqüente da cavidade bucal, totalizando 90% dos casos. As regiões mais afetadas, em ordem decrescente, foram: o lábio inferior (38%), língua (22%), soalho bucal (17%), gengiva (6%), palato (5,5%), tonsilas (5,5%), lábio superior (4%), mucosa jugal (2%) e úvula (0,5%).

Rossi *et al.* (1977) em levantamento realizado com 4793 lesões, com ênfase nas neoplasias e lesões pré malignas, encontraram 605 patologias diagnosticadas como neoplasias e 70 como displasias epiteliais. Das 605 lesões neoplásicas, 497 foram classificadas como benignas e 108 como malignas, representando respectivamente 10,4% e 2,2%. Do total de lesões, o autor subdividiu-as em 7 categorias, sendo discriminadas e representadas numericamente da seguinte forma: hiperplasias reativas e inflamações totalizaram 3060 (63,8%) casos. Em seguida vieram as neoplasias de desenvolvimento com 605 (12,6%), seguido dos traumas com 465 (9,7%), desenvolvimento não neoplásico 446 (9,3%), patologias não diagnosticadas 106 (2,2%), displasias epiteliais 70 (1,5%) e doenças sistêmicas com 41 (0,9%) dos casos. A idade média dos pacientes foi de 43 anos, sendo 39,8% do sexo masculino e 60,2% do sexo feminino. As lesões malignas representaram 61,4% em homens e 38,16% em mulheres. Neoplasias benignas foram mais comuns entre 40 e 60 anos, enquanto que as lesões malignas e pré malignas predominaram entre 50 e 70 anos. Dentre as lesões malignas (108 casos) 74,1% foram diagnosticadas como carcinomas espinocelulares (1,66% do total geral).

Rossi *et al.* (1977), estudando 5.979 lesões bucais submetidas a análise microscópica, num período de 20 anos (1950-1970) e considerando dados como idade, raça, gênero e duração da lesão, observaram que 63,8% das lesões eram inflamatórias, 1,5% pré malignas, 12,6% alterações de desenvolvimento neoplásicos, 9,3% alterações de desenvolvimento não

neoplásicos, 9,7% lesões traumáticas, 0,9% desordens sistêmicas e 2,2% patologias não diagnosticadas. Dentro de um intervalo de 10 anos, verificaram que as lesões benignas (23,6%) foram diagnosticadas entre 50 a 59 anos de idade, representando a maior incidência nesta faixa etária, sendo que a menor incidência ocorreu entre 80 a 89 anos de idade, com 1,4% do total. Das neoplasias malignas a maior ocorrência aconteceu entre 60 a 69 anos de idade, com 35,2% do total de lesões, sendo que a menor incidência entre as lesões malignas ocorreu na faixa etária entre 0 a 9 anos e 10 a 19 anos, com 0,9% do total cada uma. Entre as lesões pré malignas a maior incidência ocorreu na faixa etária entre 60 a 69 anos de idade com 32,4% e nenhuma lesão entre 0 e 29 anos de idade. Os autores observaram ainda que as lesões malignas representavam 61,4% entre homens e 38,6% entre as mulheres. Dentre as lesões benignas, 44,6% atingiam o sexo masculino e 55,4% o sexo feminino. Das lesões pré malignas 43,7% estiveram presentes em homens e 56,3% em mulheres. Entre as lesões benignas, 90,4% afetaram pacientes brancos e 9,6% negros. Das lesões malignas, 95,7% em brancos e 4,3% em negros; entre as lesões pré malignas, 91,2% em brancos e 8,8% em negros. Da população estudada os brancos representaram 84,3% do total da amostra e os negros 15,7%.

Regezi et al. (1978) analisaram 54534 biópsias bucais e observaram que destas 706 (1,3%) pertencem a tumores odontogênicos, sendo que deste total, 259 (37,0%) classificados como odontomas compostos, 214 (30,0%) como odontoma complexos, 78 (11,0%) ameloblastomas, 54 (8,0%) displasias cementificante periapicais, 22 (3,0%) tumor odontogênico adenomatóide, 20 (3,0%) mixomas odontogênicos, 15 (2,0%) cisto odontogênico calcificante e fibroma ameloblástico, 11 (2,0%) fibroma cementificante e fibro odontoma



ameloblástico, 6 (menos de 1,0%) tumor odontogênico calcificante epitelial e 1 (menos de 1,0%) cementoblastoma.

Zancanaro et al. (1983) revisando 4914 diagnósticos constataram que as patologias prevalentes foram as inflamações crônicas (47,86%), subdivididas em 03 grupos. Dentro do primeiro grupo, as lesões hiperplásicas, representadas pelas hiperplasias fibroepiteliais somaram 462 casos, seguido pelas hiperplasias fibrosas com 84 casos, hiperplasia papilomatosa (8 casos), fibromatose gengival localizada 06 casos, hiperplasia da papila lingual 02 casos e hiperplasia medicamentosa da gengiva com apenas 01 caso. No segundo grupo, denominado inflamações crônicas da polpa, periápice e periodonto, observou-se predomínio dos cistos periapicais com 514 casos, vindo a seguir os abscessos crônicos periapicais (246), a pericoronarite crônica (206), o granuloma periapical (147), o abscesso periodontal (05), o pólipos pulpar (02) e espessamento do periosteio com apenas 01 caso. O terceiro grupo foi denominado de outras inflamações crônicas, representado por gengivite crônica com 172 casos, inflamações crônicas inespecíficas (163), amigdalite crônica (91), granuloma piogênico (72), osteomielite (38), gengivite crônica hiperplásica (37), sialoadenites crônica e sinusite crônica com 30 casos cada uma, adenoidite crônica (12), linfadenite crônica (10) e pólipos nasal (7). Glossite, miosite, osteorradionecrose e rinite crônica representaram apenas 01 caso cada uma. O grupo denominado inflamações crônicas granulomatosas, com 0,77% do total foram formados pela paracoccidiodomicose com 16 casos, actinomicose (12), linfadenite tuberculosa (05), candidíase crônica (04) e sarcoidose com apenas 01 caso. O grupo de lesões dos ossos maxilares corresponderam a 2,5% do total, sendo representados pelos granulomas de células gigantes com 58 casos, exostose/torus (26), displasia fibrosa (16), querubismo (06), cisto ósseo

aneurismático (04), granuloma eosinofílico, osteíte fibrosa generalizada com 03 casos cada uma delas, cisto ósseo traumático, pseudoartrose com 02 casos cada uma delas e consolidação de fratura, doença de Paget e medula hemopoiética com 01 caso cada uma delas. As lesões mucocutâneas equivaleram a 0,24% dos casos, estando presentes a ceratose seborréica com 06 casos, líquen plano (04) e ceratoses com 02 casos. As lesões de articulação têmporo mandibular obtiveram 0,38% do total, representados pelas anquilose com 14 casos, fratura intra capsular de côndilo (01), hiperplasia condiliana com 04 casos. As lesões císticas apresentaram 10,68% do total, divididos em 03 subgrupos. O primeiro subgrupo foi denominado cisto odontogênico, sendo o cisto dentífero (269) o mais comum, seguido pelo cisto odontogênico ceratinizado (34), cisto odontogênico calcificante (08), cisto de erupção (06) e cisto periodontal lateral com 02 casos. O segundo subgrupo foi denominado cisto fissural sendo que o cisto glóbulo maxilar foi o mais comum com 08 casos, seguido pelo cisto do conduto palatino anterior com 06 casos, vindo a seguir o cisto mandibular mediano (04), cisto nasolabial e cisto nasopalatino com 03 casos cada um deles. O terceiro subgrupo foi denominado outras lesões císticas, sendo que o cisto mais comum foi o cisto mucoso de retenção com 138 casos, seguido pelo cisto de retenção do seio maxilar (21), cisto epidermóide (15), cisto linfoepitelial (04), cisto dermóide com 03 casos. As alterações epiteliais equivaleram a 3,19% do total, sendo que a acantose/hiperceratose foi a patologia mais freqüente com 61 casos, seguido pela paraceratose (37), hiperkeratose (25), espongirose/hiperceratose (20), acantose (06), espongirose (05), disceratose (02) e queilite solar com 01 caso. As neoplasias benignas foram subdivididas em 03 grupos, sendo o primeiro subgrupo originado do tecido epitelial de revestimento, representado pelos papilomas com 67 casos, seguido pelo nevo com 22 casos, e ceratoacantoma e

verruca vulgar com 02 casos apenas. Os de origem do tecido epitelial glandular tiveram o adenoma pleomórfico (17) como patologia mais freqüente, seguido pelo tumor de Warthin (02) e oncocitoma com 01 caso. O terceiro subgrupo foi originado do tecido conjuntivo, sendo que as patologias mais freqüentes foram os fibromas com 95 casos, seguidos pelo hemangioma (61), osteoma (19) neurofibroma (12), neuroma traumático (09), fibroma ossificante (08), lipoma (07), mixoma (06) hemangiomendotelioma benigno (05), dermatofibroma e linfangioma, schwannoma e xantogranuloma com 01 caso apenas. As neoplasias malignas foram subdivididas em 03 grupos, sendo o primeiro subgrupo originado do tecido epitelial de revestimento, representados em ordem decrescente pelo carcinoma espinocelular com 82 casos, seguido pelo carcinoma basocelular e carcinoma “*in situ*” com 02 casos e melanoma com 01 caso. O segundo subgrupo foi originado do tecido epitelial glandular, sendo o carcinoma adenóide cístico (05) o mais comum, seguido pelo carcinoma mucoepidermóide (03) e adenocarcinoma com 02 casos. O terceiro subgrupo foi originado do tecido conjuntivo, representado pelo sarcoma osteogênico com 08 casos, seguido pelos fibrossarcoma, leucemia, linfosarcoma, plasmocitoma e sarcoma alveolar de partes moles com 02 casos cada um deles e linfoma de Burkitt, linfoma linfocítico, mieloma múltiplo com 01 caso cada. Entre os tumores odontogênicos, equivalente a 1,60% do total, as patologias mais comuns foram os odontomas com 32 casos, seguido pelos ameloblastomas (20), fibroma cemento ossificante (08), fibroma odontogênico (06), fibroma cementificante (05), cementoblastoma, displasia cementária periapical com 02 casos cada e cementoma, dentinoma, fibro odontoma ameloblástico, tumor odontogênico adenomatóide com 01 caso cada. O grupo outras lesões correspondem a 3,80% do total, sendo a lesão predominante o capuz pericoronário com 131

casos seguido pelo granuloma de corpo estranho (35), hematoma (05), mesiodens (04), calcificação (02), “dens in dente”, dentículos, falso aneurisma, fibrina, fistula de glândula salivar, grânulos de Fordyce, hemorragia, ossificação metaplásica, úlcera traumática e ulceração com 01 caso somente. Os exames anátomo-patológicos sem presença de lesão corresponderam a 11,55% de todos os casos, sendo o capuz pericoronário normal predominando com 540 casos, seguido pela papila dentária (18), tecido ósseo normal (04), tecido adiposo (03), tecido ósseo esponjoso (02) e cicatrização alveolar com 01 caso.

Mikkonen *et al.* (1983), estudaram 3875 portadores de próteses totais, observaram que 81% possuíam estomatites, 14% de estomatites com hiperplasias e 3% possuíam hiperplasias. O restante das lesões foram classificadas como papilomas e úlceras traumáticas, sendo que as mulheres foram mais afetadas que os homens.

Câmara *et al.* (1986), observaram a frequência de lesões císticas em crianças de 0-12 anos onde relataram que dentre os 24 pacientes analisados, 16 possuíam cistos dentígeros, 6 cistos periapicais, 1 cisto globulomaxilar e 1 paciente possuía cisto odontogênico calcificante.

Em estudo realizado com 201 casos de tumores de glândulas salivares menores, Isacson *et al.* (1983) observaram que o adenoma pleomórfico foi a lesão predominante com 140 casos (70%), vindo a seguir o carcinoma adenóide cístico com 21 casos (10,4%), o adenocarcinoma com 15 casos (7,5%), carcinoma mucoepidermóide com 13 casos (6,5%), adenoma monomórfico com 5 casos (2,5%), carcinoma envolvendo adenoma pleomórfico com 5 casos (2,5%) e carcinoma epidermóide com 2 casos (1%).

Binnie *et al.* (1984) citaram em seu trabalho que as neoplasias malignas da cavidade bucal compreendem de 2 a 4% do total de tumores

malignos, totalizando cerca de 27000 novos casos ao ano, sendo que destes, cerca de 90% são carcinomas espinocelulares.

Eveson *et al.* (1984) analisaram 336 casos de tumores de glândulas salivares menores, observaram que o adenoma pleomórfico foi a lesão predominante (42,7%), vindo a seguir carcinoma adenóide cístico (13,2%), adenocarcinoma (11,9%), o adenoma monomórfico (11,0%), tumor mucoepidermóide (8,9%), carcinoma ex adenoma pleomórfico (7,2%), carcinoma indiferenciado (2,1%), tumor de células acinares (1,8%) e carcinoma espinocelular (1,2%).

Bouquot *et al.* (1986), examinaram lesões exofíticas da cavidade bucal, constataram que dos 23616 casos analisados, mais de 10% dos indivíduos acima de 35 anos de idade tinham pelo menos uma lesão bucal. A leucoplasia foi considerada a lesão mais comum com 29,1% , seguida pelo torus mandibular ou palatino com 27,6%. Inflamação e fibroma de irritação vieram a seguir com 17,3% e 11,9%, respectivamente e grânulos de Fordyce com 9,4% do total de lesões. Interessante salientar que a lesão mais freqüente entre as mulheres foi o torus, mandibular ou palatino e entre os homens a leucoplasia. Das lesões benignas, o hemangioma aparece em 5,5% dos casos, vindo a seguir úlceras inflamatórias com 5,2% , papilomas com 4,6%, epulide fissurada com 4,1% e varicosidades, com 3,4% do total de lesões. Neste mesmo estudo, analisaram as localizações mais freqüentes de cada lesão, citaram que as regiões dos lábios são afetadas principalmente por leucoplasias, hemangioma, fibroma de irritação, herpes labial e queilite angular. Já a língua é afetada principalmente por varicosidades, língua fissuradas, língua geográfica, papilomas e fibroma de irritação. Palato mole tem como sítios patologias como inflamações, papilomas e hemangiomas. Rebordo alveolar maxilar possui como principais patologias as epúlides fissuradas, leucoplasias,

exostoses bucais inflamações e fibroma de irritação. Os rebordos alveolares da mandíbula são afetados principalmente por torus mandibular, leucoplasias, inflamação, épulis fissurada e fibroma de irritação.

Chau *et al.* (1986) em estudo retrospectivo com 98 casos de neoplasias de glândulas salivares, relataram predominância do adenoma pleomórfico (53), vindo a seguir o carcinoma mucoepidermóide (19), carcinoma adenóide cístico (12), adenoma monomórfico (8), adenocarcinoma (4), carcinoma em adenoma pleomórfico (1) e carcinoma epidermóide (1).

Vigild (1987) estudando lesões da mucosa bucal não relacionadas com prótese em pacientes idosos, relatou que dos 486 casos analisados, 2,5% possuíam leucoplasia, 1,2% lipoma, fibroma ou hemangioma, 1,9% candidíase crônica, 0,2% líquen plano, 0,2% carcinoma, 0,4% queratoses, 0,4% língua geográfica, 0,2% úlcera traumática, 0,2% úlcera causada por cálculo e 0,2% candidíase pseudomembranosa aguda.

Weir *et al.* (1987) em levantamento epidemiológico realizado com 15783 lesões bucais durante 17 anos constataram que as vinte lesões bucais mais comuns diagnosticadas foram os fibromas (2027) (13,2%), granuloma periapical (1227) (8,0%), mucocele (931) (6,0%), periodontite (931) (6,0%), cisto radicular (892) (5,8%), cisto dentígero (639) (4,2%), papiloma (623) (4,0%), hiperqueratose (568) (3,7%), granuloma piogênico (351) (2,3%), hiperplasia epitelial (313) (2,0%), úlcera traumática (285) (1,9%), pólipos fibroepitelial (275) (1,8%), gengivite crônica (269) (1,8%), fibroma ossificante periférico (265) (1,7%), carcinoma espinocelular (256) (1,7%), épulis fissurada (237) (1,5%), displasia epitelial (236) (1,5%), hiperparaqueratose (218) (1,4%), tecido de granulação (192) (1,3%), queratocisto odontogênico (157) (1,0%).

Almeida *et al.* (1987) em levantamento de lesões bucais no período de 10 anos observaram que das 1211 biópsias analisadas, 678 eram lesões não neoplásicas, sendo que destas, 202 são inflamações inespecíficas, 92 queratoses, 73 paracoccidiodomicose, 71 mucocelos, 70 hiperplasia fibrosa inflamatória, 46 cistos (19 periapicais; 13 inclusão epitelial; 7 ósseo traumático; 3 epidermóide; 2 primordial 1 odontogênico calcificante). 32 biópsias foram identificadas como granuloma piogênico, 9 granuloma periférico de células gigantes, 17 granuloma central de células gigantes, 7 fibrose, 3 nevo branco, 3 líquen plano, 4 queilite, 4 grânulos de Fordyce, 6 pênfigo vulgar, 3 língua pilosa, 5 verruga vulgar e 6 displasia epitelial. Entre as neoplasias benignas, 65 foram considerados papilomas, 47 tumor misto, 35 hemangioma, 6 tumor de Warthin, 5 nevus e 3 lipoma. Das neoplasias malignas, 293 foram considerados carcinoma espinocelular, 25 carcinoma basocelular, 7 carcinoma "in situ", 7 carcinoma indiferenciado, 3 foram consideradas metástases, 3 carcinoma mucoepidermóide, 7 adenocarcinoma e 3 linfomas de Burkitt.

Waldron *et al.* (1988) em estudo retrospectivo com 426 tumores de glândulas salivares menores, observaram que 174 corresponderam a adenomas pleomórfico, 65 carcinoma mucoepidermóide, 47 adenocarcinoma polimorfo de baixo grau, 46 adenoma monomórfico, 40 carcinoma adenóide cístico, 20 tumor de Warthin, 15 carcinoma de células acinares, 6 tumor misto maligno, 5 sialoadenoma papilífero, 2 carcinoma de células claras e 6 tumores não foram classificados.

Taiwo *et al.* (1990) estudando a distribuição de tumores bucais em crianças da Nigéria num período de 11 anos, relataram que dentre as lesões fibro ósseas, ocorreu predomínio da displasia fibrosa (11%) (22), vindo a seguir o fibroma ossificante (6%) (16), fibroma cemento ossificante (1%) (3),

fibroma cementificante (0,4%) (1), querubismo (0,4%) (1). Em relação aos tumores odontogênicos, houve predomínio do ameloblastoma (5%) (10), vindo a seguir o tumor odontogênico adenomatóide (1%) (3), tumor odontogênico calcificante ceratinizado (0,9%) (2), tumor odontogênico epitelial maligno (0,4%) (1), odontoma composto (0,4%) (1), cementoma (0,4%) (1), fibroma ameloblástico (0,4%) (1), epiteloma calcificante de Malherbe (0,4%) (1). Dos tumores não odontogênicos os mais comuns foram o papiloma, a doença de Heck's, o fibroma, o granuloma periférico de células gigantes, o fibromixoma e o lipoma com 2% (4) cada uma. Em seguida vieram: mixoma, fibromatose juvenil agressiva, fibromatose pseudosarcomatosa, tumor melanótico neuroectodérmico com 1% (2) e por último o neuroblastoma, miositis e tumor de células granulares com 0,4% (1) apenas.

Dos 409 casos de tumores odontogênicos, Günhan *et al.* (1990) citaram o ameloblastoma (149) (36,5%) como o tumor mais significativo, vindo a seguir o cementoma (62) (15%), mixoma odontogênico (51) (12,5%), odontoma complexo (38) (9%), odontoma composto (36) (9%), fibroma ameloblástico e o fibroma odontogênico (18) (4,5%), tumor odontogênico adenomatóide (11) (2,5%), tumor odontogênico epitelial calcificante (6) (1,5%), cisto odontogênico calcificante (4) (1%) e o fibro odontoma ameloblástico (3) (1%).

Daley *et al.* (1990) em levantamento epidemiológico realizado com tumores e cistos odontogênicos na população canadense, observaram que das 40000 biópsias bucais realizadas pelo Serviço de Diagnóstico de Patologia Oral, 445 (1,1%) foram considerados tumores odontogênicos, sendo que os odontomas prevaleceram dentre os tumores mais comuns com 51,53% . Em seguida vieram os ameloblastomas com 13,52% e fibroma odontogênico



periférico, com 8,93%. Entre os cistos mais comuns foram citados os cistos periapicais (65,15%), seguido pelo cistos dentígeros (24,08%) e queratocisto odontogênico (4,88%). Dos cistos não odontogênicos, o mais comum foi o cisto do ducto nasopalatino, com 73,43% das ocorrências.

Spatafore *et al.* (1990) ao estudarem 1659 biópsias da região do periápice, observaram que das lesões mais frequentes, 52,0% corresponderam a granulomas e 42,0% a cistos. Outros tipos de lesões (6,0%) encontradas foram: actinomicose, cementoma, cisto ósseo traumático, cisto do ducto nasopalatino, fibroma ossificante central, granuloma central de células gigantes, queratocisto, linfoma, odontomas e osteíte condensante.

Axell *et al.* (1990) realizaram levantamento epidemiológico de pacientes tratados em faculdades de odontologia na Tailândia e na Malásia, posteriormente comparando os resultados, verificaram que os principais achados na Tailândia foram respectivamente a pigmentação melânica, os grânulos de Fordyce, úlcera aftosa recorrente e leucoedema, sendo que na Malásia a ocorrência de leucoedema foi maior que as úlceras aftosas recorrentes.

Silva *et al.* (1990) estudando enfermidades bucais e variações da normalidade em uma amostra específica composta de 1396 crianças na faixa etária de 7 a 12 anos de idade, de classes sócio econômica baixa e média constataram predomínio de pigmentação racial (519) (37,23%), vindo a seguir grânulos de Fordyce (160) (11,46%), queilite angular (149) (10,67%), língua fissurada (141) (10,10%), úlcera traumática (138) (9,91%), língua atrófica (130) (9,13%), leucoedema (73) (5,22%), língua geográfica (64) (4,58%), fibromatose gengival (50) (3,58%), úlcera aftosa recorrente (34) (2,43%), efélides (32) (2,29%), cisto de erupção (10) (0,71%), anquiloglossia (10) (0,71%), queratoses (13) (0,93%), granuloma piogênico (3) (0,21%).

Jorge *et al.* (1990) estudaram a prevalência de doenças bucais em pacientes desdentados em uma instituição (Lar dos Velinhos) na cidade de Piracicaba-SP, constataram que dos 350 idosos examinados, 58,9% possuíam uma ou mais lesões na mucosa bucal, sendo as lesões induzidas por dentadura (estomatites) as mais freqüentes delas em 20% dos casos, vindo a seguir as hiperplasias fibrosas (11,8%), as varicosidades (11,5%), queilite angular (9,3%) e a pigmentação melânica com 8,9%. Leucoplasias representaram 3,0% do total de casos enquanto os carcinomas espinocelulares corresponderam a 1,1% do total das patologias encontradas. Neste mesmo estudo os autores destacaram que 34,4% dos pacientes situavam-se na faixa etária entre 75 a 84 anos de idade e 30,7% entre 65 a 74 anos de idade.

Ikeda *et al.* (1991) realizaram um estudo em lesões leucoplásicas presentes em 3131 japoneses (504 mulheres e 2627 homens). Constataram que as principais lesões localizaram-se na região de rebordo alveolar (33,7%), mucosa jugal (27,7%), comissura labial (10,9%), mucosa labial (7,9%) e língua (6,9%). Palato, sulco alveolar e soalho bucal somaram 2,0% do total das lesões. Dentro de um total de 77 homens com lesões leucoplásicas, vinte possuíam entre 40 a 49 anos de idade e dezenove entre 50 a 59 anos. Entre as mulheres, duas apresentavam-se na faixa etária de 40 a 49 anos, outras duas entre 60 a 69 anos e uma entre 50 a 59 anos de idade. Quanto ao hábito de fumar, 75,3% dos pacientes declararam possuir este hábito. Do total de pacientes examinados, 166 possuíam lesões de mucosa bucal, correspondendo a 5,3% do total, sendo que as patologias foram distribuídas da seguinte forma: leucoplasia (2,5%) (77), líquen plano, hiperplasia fibroepitelial com 0,5% (16) casos cada uma delas, afta recorrente (0,4%) (13), candidose, palato de fumante com 0,3% (11) cada uma delas e eritroplasia, úlcera traumática, hemangioma, bochecha mordiscada, pigmentação melânica, papiloma,

hiperplasia gengival, língua geográfica, glossite inespecífica, mucocele, língua fissurada e língua crenada com menos de 1% somadas.

Van Heerden *et al.* (1991) em análise de neoplasias malignas das glândulas salivares citaram que o adenocarcinoma polimorfo de baixo grau predominou com 11 lesões, vindo a seguir o carcinoma adenóide cístico com 9 casos. Na seqüência vieram o carcinoma mucoepidermóide com 6 casos e o tumor misto com 5 casos. Os adenocarcinomas compareceram com 3 casos, depois o carcinoma indiferenciado e o carcinoma mioepitelial aparecem respectivamente com 1 caso cada um deles.

Bánóczy *et al.* (1993) analisaram a prevalência de lesões de língua na população húngara e constataram o predomínio da língua fissurada (279) (8,80%), seguido pela língua geográfica (113) (3%), língua atrófica (114) (6,37%) e atrofia papilar (09) (0,35%), totalizando 18,52% dentre os 7820 indivíduos analisados.

Darwazeh *et al.* (1993) estudaram a prevalência de lesões na língua em 1013 jordanianos. Concluíram que as lesões mais comuns foram a língua fissurada (11,4%), seguida pela língua geográfica (6,8%) e língua pilosa (3,4%). Citaram ainda a úlcera aftosa recorrente e glossite rombóide mediana com 0,4% do total de lesões. Os autores ressaltaram a importância do estudo das lesões situadas na língua, pelo fato de apresentarem uma proporção considerável em relação a outras lesões bucais.

Daley *et al.* (1994), analisaram a incidência de tumores odontogênicos, concluíram que o odontoma composto foi a lesão mais freqüente com 130 (32,65%), seguidos pelo ameloblastoma (79) (13,52%), odontomas complexo (74) (18,88%), fibroma odontogênico periférico (36) (8,93%), fibroma odontogênico central (25) (4,85%), mixoma odontogênico (24) (5,10%), cisto odontogênico calcificante (18) (4,59%), tumor odontogênico adenomatóide e

fibro odontoma ameloblástico com 14 (3,06%) cada. Tumor odontogênico epitelial calcificante vieram na seqüência com 08 (1,28%) casos, cementoblastoma, carcinoma odontogênico e fibroma ameloblástico com 07 (1,13%) cada e tumor odontogênico escamoso, tumor odontogênico inespecífico com 1 caso apenas (0,26%).

Corbet *et al.* (1994), em exame clínico realizado com 537 pacientes chineses entre 65 e 74 anos, encontraram lesões em 36,6% dos pacientes, distribuídos da seguinte forma: as varicosidades linguais corresponderam a 7% (37 casos), vindo a seguir a queratose friccional 6% (33), estomatites por dentadura com 6% (31), hiperplasia causada por dentaduras 5% (25). As úlceras traumáticas com 15 casos e o líquen plano com 12 casos representaram 3% do total de lesões, seguido pelo hemangioma com 2% (11), enquanto que os casos de pigmentação melânica, fibroma, aftas maiores, queilite angular, tatuagem por amálgama, glossite e úlcera inespecífica representaram 1% do total de lesões. Mucocele, leucoplasias, herpes labiais, grânulos de Fordyce constituíram-se em 0,6%, enquanto que língua geográfica, candidose, língua fissurada e papiloma representaram apenas 0,2% do total. Os autores finalizaram os comentários destacando que 64% dos pacientes não apresentaram nenhuma lesão, 29% apenas uma lesão, 7% duas lesões, 0,4% três lesões e 0,2% quatro lesões.

Kleinman *et al.* (1994) em estudo realizado com 39206 indivíduos entre 5 e 17 anos de idade, observaram que cerca de 4% possuíam uma ou mais de uma lesão bucal sendo que as prevalências ocorreram da seguinte forma: úlcera aftosa (1,23%) (524), herpes labial (0,78%) (323), lesões por cigarro (0,71%) (251), língua geográfica (0,60%) (235), tumor não específico (0,19%) (78), úlcera não específica (0,09%) (25), gengiva hiperplásica (0,04%) (12), mucocele (0,03%) (17), GUNA (0,03%) (10), verruga vulgar

(0,03%) (10), estomatite herpética (0,02%) (4), candidíase (0,01%) (1), outras (0,29%) (108), desconhecidas (0,11%) (48).

Ikedda *et al.* (1995) analisaram 71 lesões bucais em 64 pacientes no Camboja, e verificaram que 1 possuía câncer, 14 leucoplasias, 24 líquen plano, 2 fibrose submucosa, 18 candidose, 6 queilite angular, 3 glossite inespecífica, 2 mucosite por uso de betel e 1 possuía papiloma.

Oliver *et al.* (1996) citaram que o carcinoma espinocelular acomete cerca de 90% de todos os tipos de câncer bucais, sendo a cavidade bucal e orofaringe o sexto sítio mais comum de ocorrência de neoplasias malignas.

Nair *et al.* (1996), estudando a incidência de lesões bucais na população do Vietnã, observaram que as infecções periapicais (32) (36%) foram as patologias predominantes, seguido pelas mucocelos (9) (10%), úlceras traumáticas (8) (9%), hiperplasia de linfonodos (6) (7%), torus palatino (5) (6%), pólipos pulpar (5) (6%), queilite angular (4) (4%), língua escrotal (4) (4%), torus mandibular (3) (3%), papiloma (3) (3%), celulite (3) (3%), estomatite herpética (2) (2%), grânulos de Fordyce (2) (2%), palato de fumante (1) (1%), mucosa eritematosa (1) (1%), cistos (1) (1%) e abscesso gengival (1) (1%).

Em estudo realizado com 106 tumores de glândulas salivares menores, Neely *et al.* (1996) descreveram que dentre os tumores benignos, o adenoma pleomórfico correspondeu a 68%, adenoma monomórfico (10%), oncocitoma/oncocitose (7%), cistoadenoma papilar (14%) e mioepitelioma (2%). Entre os tumores malignos, o carcinoma mucoepidermóide correspondeu a 34%, carcinoma adenóide cístico a 17%, 21% foram considerados adenocarcinomas, 21% adenocarcinoma polimorfo de baixo grau e 6% corresponderam a tumores mistos.

Hussein *et al.* (1996), estudaram anomalias dentais na dentição decídua, onde o dente geminado correspondeu a 75% (49) dos casos, seguidos pela hipodontia 11% (7), dente supranumerário 6% (4), dente geminado envolvendo elemento supranumerário 6% (4) e hipodontia 2% (1).

Knutsson *et al.* (1996) em análise de patologias associadas aos terceiros molares, relataram que as maiores ocorrências foram com as pericoronarites (352 casos), seguidos por cáries em terceiro molar (168), periodontites (43), cáries no segundo molar (29), cistos (28), outras (13), reabsorção radicular no segundo molar (7).

Arendorf *et al.* (1996), examinando lesões de tecidos moles em 1051 estudantes negros do sul da África encontraram como lesões mais freqüentes a queilite angular seguida de lesões na comissura labial como responsáveis por 15,1% e 9,6% respectivamente do total dos achados. As lesões traumáticas perfizeram 2,5% do total e a língua geográfica 1,6%. Os abscessos dento-alveolares tiveram 1,1% e herpes labiais 0,8%. A língua fissurada esteve presente em 0,6% dos casos e as ulcerações em 0,5%. Gengivoestomatite herpética aguda, gengivite necrozante aguda, verruga vulgar, papiloma somaram 0,2% das demais patologias.

Sato *et al.* (1997), revisando tumores bucais e maxilofaciais em crianças abaixo de 15 anos de idade, encontraram 2747 pacientes portadores de tumores bucais, 232 (93%) possuíam tumores benignos e 18 (7%) malignos. Dos tumores benignos o mais comum foi o hemangioma com 69 casos, e entre os malignos os sarcomas, com 14 casos. Entre os tumores odontogênicos o mais comum foi o odontoma com 47 casos e entre os não odontogênicos o fibroma ossificante. Os autores analisaram ainda os sítios preferenciais, sendo que a língua, entre os tumores de tecidos moles, foi o local de maior incidência e a mandíbula nas patologias ósseas.

Arotiba *et al.* (1997), em trabalho realizado com tumores odontogênicos durante um período de 15 anos na Nigéria, observaram que de um total de 415 pacientes portadores de tumores bucais, 128 deles foram de tumor odontogênico, assim distribuídos: ameloblastomas 21 (16%) casos, 16 (13%) tumores odontogênicos adenomatóide, fibromixoma 21 (16%), fibroma ameloblástico 4 (3%), fibroma odontogênico 2 (2%), calcificação epitelial 2 (2%), cisto odontogênico calcificante 3 (2%), carcinoma primário intraósseo 2 (2%), fibrosarcoma ameloblástico 1 (1%) e odontoma ameloblástico 1 (1%).

Kusama *et al.* (1997) em estudo retrospectivo com tumores de glândulas salivares menores, relataram que dentre os tumores benignos, os adenomas pleomórfico ocorreram com maior frequência (92,5%) (74), seguido pelo mioepitelioma (6,3%) (5) e sialoadenoma papiliforme (1,3%) (1). Em relação aos tumores malignos o carcinoma mucoepidermóide (51%) (25) foi o mais frequente seguido pelos carcinomas adenóide cístico (34,7%) (17), adenocarcinoma (6,1%) (3), carcinoma mioepitelial (4,1%) (2), carcinoma sebáceo (2%) (1) e carcinoma indiferenciado (2%) (1).

Zain *et al.* (1997) examinaram a mucosa bucal de indivíduos malasianos, constataram que os carcinomas corresponderam a 2 casos, leucoplasia a 50 casos, líquen plano 20 casos, fibrose submucosa 3 casos, candidíase 2 casos, queilite angular 19 casos, estomatite por dentadura 167 casos, alterações na mucosa por betel 50 casos, palato de fumante 27 casos, glossite rombóide mediana 21 casos e outras lesões 155 casos.

Patton *et al.* (1998), em estudo realizado nas observações das manifestações bucais de pacientes HIV+ na população norte americana, relataram que 26,5% possuíam leucoplasia, 20% candidíase, 20% doenças periodontais, 8,8% aftas, 4,2% papilomas, 2,5% herpes simples, 2,1% doenças

nas glândulas salivares, 2,1% sarcoma de Kaposi e 1,7% outros tipos de patologias.

Darwazeh *et al.* (1998), examinaram 2175 pacientes na Jordânia, encontrando em 49,9% grânulos de Fordyce, em 15,7% torus palatino ou mandibular, 12,4% língua fissurada, 9,2% língua saburrosa, 6,7% apresentavam leucoedema, 5,6% língua geográfica, 5,3% queilite labial, 4,7% estomatite nicotínica, 3,4% úlcera aftosa recorrente, 3,3% língua geográfica associada a língua fissurada, 2,9% herpes labial, ,8% pólipos fibroepiteliais, 1,4% estomatites por dentadura, 1,2% úlcera traumática, 1,2% hemangioma, 1,05% nevus, 1,0% glossite rombóide mediana, 1,0% queratose friccional, 0,5% queilite angular, 0,5% líquen plano, 0,5% queratose actínica, 0,2% leucoplasia por *Candida*, 0,2% mucocele, 0,14% eritema, 0,14% anquiloglossia, 0,09% tatuagem por amálgama, 0,09% úvula bífida, 0,09% lipoma, 0,09% verruga vulgar, e 0,04% queilite actínica.

Jones *et al.* (1998), em estudos com tumores de glândulas salivares menores observaram que dentre as lesões malignas o carcinoma adenóide cístico (70%) seguido do carcinoma mucoepidermóide (19%) eram os tumores malignos mais freqüentes. Entre os tumores benignos, a maior incidência ocorreu com os adenomas pleomórficos

Lopes *et al.* (1998), analisaram 128 lesões de carcinomas de glândulas salivares menores, onde observaram que o carcinoma mucoepidermóide entre os tumores malignos foi a lesão mais freqüente.

Chen *et al.* (1998), realizaram um estudo retrospectivo de lesões bucais e maxilofaciais em crianças de Taiwan, e observaram a seguinte ordem de ocorrência: mucoceles (144) (28,6%), acompanhadas pelos cistos dentígeros (50) (28,4%), odontoma (40) (49,3%), inflamação (29) (5,62%), cisto radicular (24) (3,33%), hemangioma (23) (15,9%), ameloblastoma (21)



(17,5%), granuloma periapical (19) (3,64%), fibroma (16) (4,64%), granuloma piogênico (15) (12,8%), ulceração (12) (6,0%) e displasia fibrosa (10) (26,3%).

Ulmansky *et al.*(1999), analisaram a ocorrência de tumores bucais em crianças israelenses durante 15 anos, onde observaram que de um total de 966 biópsias, 776 (80,3%) representavam processos inflamatórios, cistos, patologias pulpare e malformações congênitas. Neste mesmo estudo, de um total de 190 biópsias, 19,7% corresponderam a algum tipo de neoplasia, 9,5% a tumores odontogênicos, 40,5% a tumores não odontogênicos e 9,5% tumores malignos.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

## **MATERIAL E MÉTODOS**

---

**Contribuição ao Estudo das Ocorrências de Enfermidades  
Encaminhadas ao Orocentro FOP/UNICAMP entre 1980-1998**

## MATERIAIS E MÉTODOS

A amostra utilizada no presente trabalho foi constituída por 3096 diagnósticos cadastrados no Orocentro/FOP-UNICAMP, no período compreendido entre os anos 1980 a 1998.

Os diagnósticos das enfermidades foram baseados no resultado histopatológico, ou, na ausência deste, no diagnóstico clínico relatado no prontuário de cada paciente, conforme Anexo II. Levamos em consideração o motivo da queixa principal do paciente, quando do seu encaminhamento. Na ausência de qualquer tipo de diagnóstico, foram caracterizados como indefinidos, e não constaram do nosso estudo. Diagnóstico de normalidade também foram excluídos da nossa pesquisa.

Após a coleta dos resultados, as informações foram digitadas em banco de dados construído com o auxílio do software CLIPPER/D BASE e transferidas para o programa EXCEL para análise das porcentagens e posterior confecção das tabelas.

Na seqüência, subdividimos os diagnósticos em 17 grupos, de acordo com as características clínicas ou histopatológicas, e assim constituídos:

1. Freqüência de Variações de Normalidade, Alterações Herdadas e Adquiridas;
2. Freqüência de Doenças Dermatológicas;
3. Freqüência de Tumores Ósseos e de Outras Patologias Ósseas;
4. Freqüências de Distúrbios Hematológicos;
5. Freqüências de Hiperplasias e Tumores em Tecidos Moles;
6. Freqüências de Patologias Epiteliais;
7. Freqüências de Doenças Imunológicas e Alérgicas;

8. Frequência de Patologias de Glândulas Salivares;
9. Frequências de Traumas Físicos, Químicos e de Outras Causas;
10. Frequências de Dor Facial e Doenças Neuromusculares;
11. Frequências de Doenças Fúngicas, Protozoárias e Outras Infecções;
12. Frequências de Doenças Periodontais;
13. Frequência de Doenças da Polpa e Periápice;
14. Frequências de Alterações de Desenvolvimento Dentário;
15. Frequências de Tumores Odontogênicos;
16. Frequências de Cistos Odontogênicos;
17. Frequências de Cistos Não Odontogênicos.

## **RESULTADOS**

---

## RESULTADOS

Os dados obtidos através dos 3096 diagnósticos realizados, foram subdivididos em 17 grupos e distribuídos em tabelas.

**Tabela 01**  
**Frequência de Variações de Normalidade e**  
**Alterações Herdadas e Adquiridas**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Língua Geográfica		35	25,93
Pigmentação Melânica		20	14,81
Exostose		18	13,33
Grânulos de Fordyce		13	9,63
Torus Mandibular		13	9,63
Torus Palatino		12	8,89
Leucoedema		8	5,93
Nevo Branco Esponjoso		4	2,96
Fenda Labial		3	2,22
Freio Labial Bilateral		3	2,22
Língua Fissurada		2	1,48
Língua Pilosa		2	1,48
Fosseta Labial		1	0,74
Hemi Hipertrofia Facial		1	0,74
<b>TOTAL</b>	<b>4,36</b>	<b>135</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 01 as maiores incidências ocorreram com a língua geográfica (35) (25,93%) e a pigmentação melânica (20) (14,81%), sendo que 4,36% ou 135 casos representaram este grupo em relação ao total. As exostoses foram divididas conforme a localização da protuberância óssea; na linha média do palato duro (torus palatino), ao longo da superfície lingual da mandíbula (torus mandibular) e nas regiões da maxila e mandíbula (exostoses).

**Tabela 02**  
**Frequência de Doenças Dermatológicas**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Líquen Plano		79	62,70
Lesões Cutâneas Indeterminadas		14	11,11
Pênfigo		11	8,73
Pênfigóide Benigno da Mucosas		8	6,35
Eritema Multiforme		7	5,56
Lupus Eritematoso		3	2,38
Acne		1	0,79
Gengivite Descarnativa		1	0,79
Penfigóide Bolhoso		1	0,79
Vitiligo		1	0,79
<b>TOTAL</b>	<b>4,07</b>	<b>126</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 02 podemos observar que o líquen plano (79) (62,70%) e as lesões cutâneas (14) (11,11%) foram as patologias mais freqüentes, sendo que o grupo representou 4,07% ou 126 casos do total. Das quatro condições conhecidas como pênfigo, dez foram do tipo vulgar e um foliáceo.



**Tabela 03**  
**Frequência de Tumores Ósseos e Outras Patologias Ósseas**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Lesão Central de Células Gigantes		13	21,66
Displasia Fibrosa		12	20,00
Cisto Ósseo Simples		10	16,66
Osteoma		6	10,00
Osteossarcoma		4	6,66
Displasia Cleidocraniana		3	5,00
Fibroma Cementificante		3	5,00
Tecido Ósseo Necrótico		3	5,00
Cicatriz Óssea Cirúrgica		2	3,33
Doença de Paget		2	3,33
Condrossarcoma		1	1,66
Histiocitose X		1	1,66
<b>TOTAL</b>	<b>1,52</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 03 as maiores freqüências ocorreram com a lesão central de células gigantes (13) (1,94%), displasia fibrosa (12) (25,53%), seguido do cisto ósseo simples (10) (21,28%), sendo que este grupo representou 1,52% do total ou seja, 47 casos.

**Tabela 04**  
**Frequência de Distúrbios Hematológicos**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Hiperplasia Linfóide		23	67,65
Linfoma Não Hodgkin		9	26,47
Mieloma Múltiplo		2	5,88
<b>TOTAL</b>	<b>1,10</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 04 as hiperplasias linfóides (23) (67,65%) foram as patologias mais freqüentes, sendo que o grupo representou 1,10% ou 34 casos em relação ao total.

**Tabela 05**  
**Frequência de Hiperplasias e Tumores em Tecidos Moles**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/ total do grupo (%)
Hiperplasia Papilar Inflamatória		254	38,71
Hiperplasia Fibrosa Inflamatória		161	24,54
Hemangioma		67	10,21
Granuloma Piogênico		40	6,09
Fibromatose Gengival Anatômica		36	5,48
Linfoadenopatia		24	3,65
Edema		13	1,98
Lesão Periférica de Células Gigantes		13	1,98
Fibroma Ossificante Periférico		12	1,82
Lipoma		9	1,37
Linfangioma		7	1,06
Neurofibroma		7	1,06
Linfonodo Fibrosado		5	0,76
Tumor de Células Granulares		3	0,45
Angioleiomioma		1	0,15
Bocio Nodular		1	0,15
Fibrohistiocitoma Benigno		1	0,15
Neurofibromatose		1	0,15
Neuroma		1	0,15
<b>TOTAL</b>	<b>21,59</b>	<b>656</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 05 as patologias mais freqüentes foram a hiperplasia papilar inflamatória (254) (37,97%), caracterizada clinicamente por formações nodulares na região de palato duro e a hiperplasia fibrosa inflamatória (161) (24,07%), que clinicamente apresenta-se como uma única ou múltiplas pregas de tecido hiperplásico no vestíbulo alveolar.

**Tabela 06**  
**Frequência de Patologias Epiteliais**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Carcinoma Espinoceular		178	37,01
Nevo Melanocítico		73	15,18
Leucoplasia		62	12,89
Papiloma		50	10,40
Verruga Vulgar		50	10,40
Carcinoma Basocelular		24	4,99
Queratose Seborréica		17	3,53
Queilite Actínica		11	2,29
Queratose Actínica		9	1,87
Estomatite Nicotínica		3	0,62
Queratoacantoma		2	0,42
Leucoplasia Pilosa		1	0,21
Molusco Contagioso		1	0,21
<b>TOTAL</b>	<b>15,53</b>	<b>481</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 06 o carcinoma espinocelular (172) (35,76%) e o nevo melanocítico (73) (15,18%) foram consideradas as lesões mais representativas, e 15,53% ou 481 foi a porcentagem em relação ao total.

**Tabela 07**  
**Frequência de Doenças Imunológicas e Alérgicas**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Estomatite Aftosa Recorrente		89	82,41
Reação Alérgica a Drogas		7	6,48
Reação Liquenóide a Drogas		7	6,48
Síndrome de Sjogren		3	2,78
Angioedema		1	0,93
Síndrome de Behçet		1	0,93
<b>TOTAL</b>	<b>3,49</b>	<b>108</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 07 a estomatite aftosa recorrente (89) (82,41%) esteve presente em número bem superior as demais lesões do grupo, que apresentou um total de 108 casos e o equivalente a 3,49% do total.

**Tabela 08**  
**Frequência de Patologias de Glândulas Salivares**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Mucocele		173	57,48
Rânula		40	13,29
Adenoma Pleomórfico		21	6,98
Sialolitíase		20	6,64
Sialoadenite Bacteriana Aguda		14	4,65
Parotidite Epidêmica		12	3,99
Xerostomia		12	3,99
Carcinoma Mucoepidermóide		4	1,33
Adenocarcinoma		1	0,33
Adenocarcinoma de Células Acinares		1	0,33
Carcinoma de Células Claras		1	0,33
Mioepitelioma		1	0,33
Tumor de Warthin		1	0,33
<b>TOTAL</b>	<b>9,72</b>	<b>301</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 08 a mucocele (173) (57,48%) e a rânula (40) (13,29%) foram as lesões mais freqüentes, sendo que o grupo representou 9,72% ou 301 casos em relação ao total. Estes dois termos foram usados apenas para identificar o local da lesão, na mucosa bucal ou especificamente no assoalho de boca.

**Tabela 09**  
**Frequência de Traumas Físicos, Químicos e Outras Causas**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Ulcerações		98	39,78
Trauma Bucal		58	23,48
Tatuagem por Amálgama		28	11,44
Cicatriz		14	5,67
Fratura Dentária		12	4,96
Queimadura		9	3,64
Coágulo Organizado		6	2,53
Necrose		6	2,43
Corpo Estranho		4	1,72
Osteoradionecrose		4	1,62
Linha Alba		3	1,21
Injúrias Químicas		2	0,81
Enfisema Cervicofacial		1	0,40
<b>TOTAL</b>	<b>7,97</b>	<b>245</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 09 as ulcerações (98) (39,68%) e o trauma bucal (58) (23,48%) foram as patologias mais freqüentes, sendo que 7,97% ou 247 casos foram a parcial em relação ao total.

**Tabela 10**  
**Frequência de Dores Faciais e Doenças Neuromusculares**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Dor Facial		52	32,30
Síndrome da Queimação da Língua Idiopática		43	26,71
Disfunção de ATM		38	23,60
Hipertrofia de Masseter		14	8,70
Nevralgia do Trigêmio		14	8,70
<b>TOTAL</b>	<b>5,20</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 10 as lesões mais freqüentes foram a dor facial (52) (32,30%) e a Síndrome da Queimação de Língua Idiopática (43) (26,71%), sendo que o grupo representou 5,20% ou 161 casos em relação ao total.



**Tabela 11**  
**Frequência de Doenças Fúngicas, Protozoárias e Outras Infecções**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Candidose		125	51,44
Inflamação Inespecífica		58	23,87
Paracoccidioidomicose		53	21,81
Larva Migrans		3	1,23
Leishmaniose		2	0,82
Membrana Fibrinopurulenta		2	0,82
<b>TOTAL</b>	<b>7,84</b>	<b>243</b>	<b>100,00</b>

A tabela 11 apresentou a candidose (125) (51,44%) e as inflamações como lesões predominantes. O grupo representou 7,84% ou 243 casos em relação ao total. Embora a candidose possua diversas denominações clínicas, em nosso estudo consideramos como entidade única.

**Tabela 12**  
**Frequência de Doenças Periodontais**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Pericoronarite		45	37,50
Gengivite		40	33,33
Fibromatose Gengival		20	16,67
Periodontite		5	4,17
Abscesso Gengival		4	3,33
Gengivite Hiperplásica Crônica		4	3,33
Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda		2	1,67
<b>TOTAL</b>	<b>3,87</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 12 a pericoronarite (45) (37,50%) e a gengivite (40) (33,33%) foram as lesões mais freqüentes enquanto o grupo foi representado por 3,87% ou 120 casos em relação ao total.

**Tabela 13**  
**Frequência de Doenças da Polpa e Periápice**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Abscesso Periapical		97	41,10
Cisto Periapical		66	27,97
Raiz Residual		24	10,17
Fístula		20	8,47
Granuloma Periapical		17	7,20
Osteomielite		8	3,39
Alveolite		3	1,27
Pólipo Pulpar		1	0,42
<b>TOTAL</b>	<b>7,62</b>	<b>236</b>	<b>100,00</b>

A tabela 13 teve como patologias predominantes o abscesso periapical (97) (41,10%) e o cisto periapical (66) (27,97%). O grupo foi representado por 7,62% (236) em relação ao total.

**Tabela 14**  
**Frequência de Alterações de Desenvolvimento Dentário**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Dente Incluso		30	28,57
Hipoplasia de Esmalte		21	20,00
Hiperdontia		20	19,05
Maloclusão		14	13,33
Dentinogênese Imperfeita		5	4,76
Hipodontia		4	3,81
Displasia Dentinária		3	2,86
Fluorose Dental		2	1,90
Reabsorção Radicular		2	1,90
Apinhamento Dental		1	0,95
Fusão Dental		1	0,95
Geminação		1	0,95
Mesiodens		1	0,95
<b>TOTAL</b>	<b>3,39</b>	<b>105</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 14 os dentes inclusos (30) (28,57%) seguido por hipoplasias de esmalte (21) (20,0%) foram as lesões mais freqüentes, sendo que o grupo obteve 3,39% (105) casos em relação ao total.

**Tabela 15**  
**Frequência de Tumores Odontogênicos**

	grupo/ total de casos (%)	número	diagnóstico/total do grupo (%)
Odontoma		12	28,57
Ameloblastoma		11	26,19
Cementoma		11	26,19
Mixoma Odontogênico		6	14,28
Fibroma Ameloblástico		1	2,38
Tumor Odontogênico Adenomatóide		1	2,38
<b>TOTAL</b>	<b>1,00</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 15 os odontomas (12) (38,71%) e os ameloblastomas (11) (35,48%) foram as lesões predominantes, enquanto o grupo representou 1,0% (31) casos do total.

**Tabela 16**  
**Frequência de Cistos Odontogênicos**

	grupo/ total de casos (%)	número	Diagnóstico/total do grupo (%)
Cisto Residual		11	28,20
Cisto de Erupção		8	20,51
Cisto Dentigero		8	20,51
Cisto Odontogênico Epitelial Calcificante		5	12,82
Queratocisto Odontogênico		5	12,82
Cisto Periodontal Lateral		2	5,12
<b>TOTAL</b>	<b>1,61</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>

A tabela 16 teve como lesões mais comuns o cisto residual com 11 (22,0%) casos cada um, sendo que o grupo obteve 1,61% (50) casos em relação ao total.

**Tabela 17**  
**Frequência de Cistos Não Odontogênicos**

	grupo/ total de casos (%)	número	Diagnóstico/total do grupo (%)
Cisto Nasopalatino		2	50,00
Cisto Linfoepitelial Cervical		1	25,00
Cisto Nasolabial		1	25,00
<b>TOTAL</b>	<b>0,13</b>	<b>4</b>	<b>100,00</b>

A tabela 17 mostra que a presença destes cistos foi pequena, apenas 4 casos (0,13%) e o predomínio do cisto nasopalatino (2) (50,0%).

## **DISCUSSÃO**



## DISCUSSÃO

Como característica importante da casuística utilizada neste trabalho, é necessário assinalar que o Orocentro, sendo um setor especializado da FOP em diagnóstico, recebe pacientes, que, de modo geral, já passaram por um crivo de profissionais, quando do seu encaminhamento. Este fato pode ter proporcionado, em alguns casos, alteração em relação ao número de casos de uma enfermidade reconhecidamente mais comum que outra. Isto ficou manifesto algumas vezes nas comparações efetivadas neste trabalho. Como no caso das periodontites (4,27%) em relação às pericoronarites (38,46%). É possível que a pericoronarite causou mais dificuldade no seu reconhecimento que a periodontite, necessitando àquelas de parecer especializado mais vezes.

Outro fator que merece registro no início deste capítulo, refere-se às diferentes classificações e terminologia usadas pelos autores em seus relatos. Como eles, também nós reunimos as enfermidades em grupos e optamos por uma nomenclatura para comentarmos os achados. Contudo, tanto a terminologia como a colocação que elas ocupam nos grupos não representam necessariamente a melhor opção em relação a uma classificação tida como ideal.

Desta forma, comentaremos separadamente os diversos elementos obtidos nesta verificação, tendo por fim as proposições enumeradas no capítulo Objetivos.

O primeiro grupo a ser destacado é o denominado Variações de Normalidade e Alterações Herdadas e Adquiridas (Tabela 1 e Anexo I).

Os achados deste grupo totalizaram 4,36% do total de casos com destaque para a língua geográfica (35 casos), pigmentação melânica (20 casos), exostose (18 casos), grânulo de Fordyce (13 casos), torus mandibular (13 casos) e torus palatino (12 casos). Caso tivéssemos reunido todas as formas de exostoses, independente da localização do nódulo ósseo, totalizaríamos 43 casos, constituindo-se no achado mais freqüente do grupo.

Outros estudos também mostram relevantes índices percentuais de pigmentação racial (Silva *et al.* 1990; Jorge *et al.* 1990), língua geográfica (Silva *et al.* 1990; Bánoczy *et al.* 1993; Darwazeh *et al.* 1993; Kleinman *et al.* 1994; Darwazeh *et al.* 1998), grânulo de Fordyce (Bouquot *et al.* 1986; Silva *et al.* 1990) e torus mandibular ou palatino (Zancanaro *et al.* 1983; Bouquot *et al.* 1986; Nair *et al.* 1996).

Quanto ao grupo Doenças Dermatológicas (Tabela 2 e Anexo I) verificamos a maior incidência de casos de líquen plano (79 casos). Na literatura encontramos dados distintos em relação a esta enfermidade.

Enquanto Ikeda *et al.*(1995) encontraram 24 casos (33,0%) em sua amostra, outros autores obtiveram porcentagens bem menores (Zancanaro *et al.*, 1983; Vigild, 1987; Almeida *et al.*, 1987 e Darwazeh *et al.*,1998).

O pênfigo constitui-se na terceira incidência (11 casos) no grupo, vindo a seguir penfigóide benigno de mucosa (8 casos), eritema multiforme (7 casos), lupus eritematoso (3 casos), dentre outros.

Quanto ao pênfigo também Almeida *et al.* (1987) encontraram números representativos desta enfermidade em sua amostra (6 pênfigo vulgares). No entanto, outros autores (Zancanaro *et al.*,1983; Bouquot *et al.*, 1983; Weir *et al.*,1987) com populações diversas e amostras que variam de centenas a milhares de indivíduos, não relataram nenhum caso de pênfigo, penfigóide, eritema multiforme ou lupus, diferentemente do nosso estudo onde totalizaram 23 casos.

No terceiro grupo, que reuniu tumores ósseos e outras patologias ósseas (Tabela 3 e Anexo I), encontramos na displasia fibrosa (12 casos) e no cisto ósseo simples (10 casos) as maiores incidências , vindo a seguir o osteoma (6 casos), osteossarcoma (4 casos), displasia cleidocraniana (3 casos), fibroma cementificante (3 casos), doença de Paget (2 casos), condrossarcoma (1 caso) e histiocitose X (1 caso).

A mesma tendência de resultados fora observado por Zancanaro *et al.* (1983), Taiwo *et al.* (1990) e Chen *et al.* (1998), com relação a displasia fibrosa e por Bhaskar (1968), Zancanaro *et al.* (1983) e Spatafore *et al.* (1990) com o cisto ósseo simples. Da mesma forma índices menores também foram encontrados no fibroma cementificante (Taiwo *et al.*, 1990) e doença de Paget (Zancanaro *et al.*, 1983).

As hiperplasias linfóides predominaram no grupo de Distúrbios Hematológico apresentando 23 casos (Tabela 4) de proliferação do tecido linfóide, que normalmente encontram-se espalhados pela cavidade bucal, particularmente na orofaringe, palato mole, borda lateral de língua e assoalho da boca. Nair *et al.* (1996) verificaram números ainda mais expressivos (7,0%) em população do Vietnã.

Neste grupo, ainda encontramos 9 casos de linfoma não Hodgkin e duas outras de mieloma múltiplo. Estes números correspondem respectivamente a 0,29% e 0,03% da relação geral dos achados (Anexo I). Quantidade semelhante também foi observada por Zancanaro *et al.* (1983) quanto ao mieloma múltiplo (1 caso).

Referente a tabela 05, nota-se a incidência elevada de lesões reativas associadas ao uso de próteses, como as hiperplasias papilares (37,97%) e hiperplasias fibrosas inflamatórias (24,07%). Esses dados estão em

conformidade com os obtidos por Corbet *et al.* (1994) e Jorge *et al.* (1990), que realizaram estudos de prevalência em populações senis, indicando alta frequência dessas lesões em pacientes usuários de próteses totais. Comparando os dados referentes a incidência desse tipo de lesão com os outros grupos, nota-se que as hiperplasias papilares associadas a próteses são as lesões mais comuns entre todas as ocorrências (Anexo I). Outro dado obtido da tabela 05 é a distribuição das lesões proliferativas benignas associadas a agentes irritantes locais como o granuloma piogênico (5,98%), a lesão periférica de células gigantes (1,94%) e o fibroma ossificante periférico (1,79%). A maior incidência do granuloma piogênico referente a essas lesões proliferativas foi confirmada por Zancanaro *et al.* (1983), Weir *et al.* (1987), Chen *et al.* (1998) e Almeida *et al.* (1987). Entretanto, esses dados não são compatíveis com os obtidos por Bhaskar (1968), que em seu levantamento epidemiológico referiu o fibroma periférico como sendo mais comum que o granuloma piogênico.

A tabela 06, referente a frequência de Patologias Epiteliais, mostra o carcinoma espinocelular como sendo a lesão de maior incidência (35,76%). As leucoplasias, máculas esbranquiçadas que não podem ser caracterizadas clinicamente ou patologicamente como qualquer outra doença, consideradas lesões pré malignas, foram encontradas com uma incidência menor (12,89%). Esse dado se encontra em harmonia com os achados de Rossi *et al.* (1977) que

encontraram mais patologias diagnosticadas como carcinomas espinocelulares do que leucoplasias epiteliais. Weir *et al.* (1987) e Almeida *et al.* (1987) chegaram a conclusões similares.

O nevo melanocítico foi a segunda lesão em incidência nesse grupo (15,18%), sendo que a grande maioria dessas lesões acometeu tecidos cutâneos (Neville, 1998). O trabalho realizado por Zancanaro *et al.* (1983) referiu alta incidência do nevo entre as lesões epiteliais, contudo sendo menos comuns do que os papilomas, em dessemelhança com dados obtidos nessa pesquisa.

A tabela 07, referente a freqüência de Doenças Imunológicas e Alérgicas mostrou a estomatite aftosa recorrente como sendo a lesão de maior incidência (82,41%), vindo a seguir as reações liquenóides a drogas com 6,48%, confirmando amplo predomínio das estomatites aftosas. Isso se encontra em conformidade com Kleiman *et al.* (1994) que descreveu a úlcera aftosa recorrente como sendo a lesão de caráter imunológico mais comum na cavidade bucal.

A tabela 08, relativa a Freqüência de Patologia de Glândulas Salivares mostra amplo predomínio das mucocelas (57,48%) e rânulas (13,29%). Estes dados se harmonizam com os achados de Bhaskar (1968), Weir *et al.* (1987), Almeida *et al.* (1987), revelando predomínio das mucocelas. Entre os tumores

benignos de glândulas salivares, indubitavelmente, o adenoma pleomórfico foi o tumor mais comum, perfazendo 6,98% de todas patologias de glândulas salivares. Isso corrobora os achados de Neely *et al.* (1996), Chaudry *et al.* (1954), Isacson *et al.* (1983), Eveson *et al.* (1984), Chau *et al.* (1986), Waldron *et al.* (1988), Kusama *et al.* (1997) que indicaram unanimemente o adenoma pleomórfico como sendo o tumor benigno de glândula salivar mais freqüente. Em relação aos tumores malignos de glândulas salivares, o carcinoma mucoepidermóide foi o tumor mais comum (3,99%), seguido pelo adenocarcinoma (1,33%), adenocarcinoma de células acinares (0,33%) e carcinoma de células claras (0,33%). Dados equivalentes foram obtidos por Chau *et al.* (1986), Waldron *et al.* (1988), Neely *et al.* (1996), Kusama *et al.* (1997), Lopes *et al.* (1998), no qual os autores relatam predomínio em número dos carcinomas mucoepidermóides. No entanto, Chaudry *et al.* (1954) citam o adenocarcinoma cilindromatoso como o tumor maligno mais freqüente. O carcinoma adenóide cístico, de acordo com Isacson *et al.* (1983), Jones *et al.* (1998), Zancanaro *et al.* (1983) foi considerado o tumor maligno de glândulas salivares predominante.

Na tabela 09, referente a Freqüência de Traumas Físicos, Químicos e Outras Causas, verificamos amplo predomínio das ulcerações (39,68%), sendo a sexta lesão mais freqüente da cavidade bucal, com 4,0% de todos os casos

(Anexo I). No entanto, Weir *et al.* (1987), Silva *et al.* (1983), Corbet *et al.* (1994), Klein *et al.* (1984) não mencionam as ulcerações entre as lesões mais incidentes.

De acordo com a tabela 10, as dores faciais (32,30%) e a síndrome da queimação de língua idiopática (26,71%) representam 59,1% do grupo juntas. No entanto são raros os levantamentos epidemiológicos mencionando estas patologias. Neville *et al.* (1995) relatam que a síndrome da queimação de língua idiopática afetam aproximadamente 2% dos adultos em algum grau. Estes resultados são semelhantes aos obtidos em nossos estudos.

Na tabela 11, referente a Frequência de Doenças Fúngicas, Protozoárias e Outras Infecções, nota-se o amplo predomínio da candidose (51,44%), sendo considerada por Neville *et al.* (1998) a infecção fúngica bucal mais comum no homem. Verificamos em nosso estudo que a candidose é a quinta lesão mais freqüente, apresentando desta forma alta incidência. Dados semelhantes foram relatados por Vigild (1987), Jorge *et al.* (1990), Patton *et al.* (1997), Zain *et al.* (1997), Corbet *et al.* (1994).

Dentro deste mesmo grupo, enfatizamos a alta incidência da paracoccidiodomicose (21,81%), fato este explicado por estarmos situados em região endêmica para esta patologia. Resultados semelhantes também



foram encontrados por Almeida *et al.* (1987), e em menor proporção por Zancanaro *et al.* (1983).

Na tabela 12, referente às Doenças Periodontais, verificamos maior ocorrência das pericoronarites (37,50%) em relação a gengivite (33,33%) e periodontites (16,67%). A maior incidência da primeira talvez possa ser explicada pelo fato da sintomatologia do paciente ser mais exacerbada em comparação com gengivite e periodontites, havendo desta forma, maior procura pelos serviços do Orocentro. No entanto sabemos que tanto uma quanto outra possuem índices percentuais maiores que o demonstrado em nosso estudo.

Trabalhos como os de Bhaskar (1968) revelam porcentagens maiores de gengivites em relação às pericoronarites e Weir *et al.* (1987) relatam incidências maiores de periodontites. No entanto Knutsson *et al.* (1996) em análise de patologias associadas aos terceiros molares, mencionam maior ocorrência de pericoronarites, seguido pelas periodontites.

Os abscessos periapicais (41,10%) foram as lesões mais frequentes de acordo com a tabela 13, referente às doenças da Polpa e Periápice, seguido pelos cistos periapicais (27,97%). Contudo Bhaskar (1968) relata em seu trabalho predomínio dos granulomas periapicais e cistos radiculares. Zancanaro *et al.* (1983) encontraram maior incidência dos cistos periapicais

seguido pelos abscessos crônicos periapicais. Weir *et al.* (1987) citam os granulomas periapicais seguido pelos cistos radiculares como patologias mais freqüentes envolvendo polpa e periápice. Almeida *et al.* citam os cistos radiculares como os mais freqüentes. Diferentemente destes estudos, os nossos achados colocam os granulomas periapicais como a quinta lesão em incidência dentro do grupo.

Na tabela 14, referente às Alterações de Desenvolvimento Dentário, verificamos o predomínio dos dentes inclusos (28,57%) e hipoplasias de esmalte (20,0%). Dentinogênese imperfeita compareceu com 4,76% dos casos. Hussein *et al.* (1996) em estudo sobre anomalias dentais na dentição decídua, encontraram predomínio de dentes geminados, seguido pelas hipodontias.

Referente a tabela 15, verificamos a freqüência de tumores odontogênicos. Os odontomas comparecem em maior número (38,71%), seguido pelos ameloblastomas e cementomas com 35,48% cada um deles. Esses dados são diferentes aos obtidos por Bhaskar (1968), onde o autor relata predomínio dos fibromas odontogênicos. No entanto, Regezi *et al.* (1978), Zancanaro *et al.* (1983), Daley *et al.* (1990), Sato *et al.* (1997), Chen *et al.* (1998) relatam predomínio dos odontomas, coincidindo desta forma com nossos dados. Günhan *et al.* (1990), Arotiba *et al.* (1997) relatam em seus

estudos predomínio dos ameloblastomas como o tumor odontogênico mais freqüente da cavidade bucal, diferindo dos nossos dados.

Os mixomas odontogênicos, terceira lesão em ordem de incidência dentro do grupo, de acordo com nossos estudos, obtiveram dados semelhantes ao de autores como Bhaskar (1968), Regezi *et al.* (1978), Günhan *et al.* (1990), Daley *et al.* (1994). No entanto, estudo como de Taiwo *et al.* (1990) com tumores odontogênicos não relatam nenhum caso de mixomas odontogênicos.

Cistos residuais (22,0%), cistos de erupção (16,0%) e cistos dentígeros (16,0%) foram as lesões mais freqüentes de acordo com exposto na tabela 16, referente aos Cistos Odontogênicos. Entretanto, Bhaskar (1968) relata em seu estudo uma inversão entre os cistos dentígeros, mais freqüentes, em relação aos cistos residuais. Zancanaro *et al.* (1983) revelam também em seus trabalhos maior ocorrência de cistos dentígeros, seguido pelos cistos odontogênicos ceratinizados e cisto odontogênico calcificante. Câmara *et al.* (1986), Weir *et al.* (1987), Daley *et al.* (1998), Chen *et al.* (1998), relatam predomínio dos cistos dentígeros em seus estudos.

O queratocisto odontogênico foi responsável por 10,0% das lesões dentro deste grupo. Esse dado foi compatível com os obtidos por Weir *et al.*

(1987). No entanto, trabalhos como de Zancanaro *et al.* (1983), revelam maior incidência desta patologia.

De acordo com exposto na tabela 17, referente aos cistos não odontogênicos, a ocorrência destas patologias foram relativamente pequenas. O cisto nasopalatino foi a lesão predominante (50,0%), acompanhado pelo cisto linfoepitelial cervical (25,0%). Dados equivalentes foram obtidos por Bhaskar (1968), Spatafore *et al.* (1990). No entanto, estudos de Zancanaro *et al.* (1983) revelam maior incidência dos cistos linfoepiteliais benignos.

De acordo com o Anexo I, pudemos verificar amplo predomínio das hiperplasias papilares inflamatórias (Tabela 05) que, somadas a hiperplasias papilares inflamatórias (Tabela 05), perfazem o total de 62,4% dentro do grupo e 13,40% do total de casos. Salientamos que os dois tipos de lesões originam-se pelo uso inadequado do próteses totais. Desta forma, através deste estudo podemos sugerir um maior controle e orientação por parte dos profissionais ao lidar com os pacientes desdentados.

Os carcinomas espinocelulares foram as patologias mais frequentes dentre todas as lesões malignas. Ressaltamos ainda que, ao analisar todas as patologias (Anexo I), o carcinoma espinocelular ocupou a terceira posição em incidência, com 5,55% dos casos. Este índice merece certa atenção por parte dos profissionais ao realizarem o exame clínico de seus pacientes.

## **CONCLUSÕES**

---

**Contribuição ao Estudo das Ocorrências de Enfermidades  
Encaminhadas ao Orocentro FOP/UNICAMP entre 1980-1998**

## CONCLUSÕES

Os resultados obtidos dentro dos métodos de pesquisa adotados e em face dos critérios de análise utilizadas, fundamentam as seguintes conclusões:

1. A comparação percentual de cada achado em relação ao seu grupo revelou que a língua geográfica, líquen plano, displasia fibrosa, hiperplasia linfóide, hiperplasia papilar inflamatória, carcinoma espinocelular, estomatite aftosa recorrente, mucocele, ulceração, dor facial, candidose, pericoronarite, abscesso periapical, dente incluído, odontoma, cisto residual, cisto nasopalatino foram mais freqüentes dentro de seus respectivos grupos;
2. Considerando todas as enfermidades diagnosticadas e o número de repetições, o estabelecimento de uma ordem de incidências ocorridas.
3. Verificamos que as patologias mais freqüentes, de acordo com Anexo I são as hiperplasias papilares inflamatórias e as hiperplasias fibrosas inflamatórias, sendo que as duas estão associadas ao uso de prótese. Dado importante também são a alta incidência dos carcinomas espinocelulares, a lesão maligna mais freqüente da cavidade bucal.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

**Contribuição ao Estudo das Ocorrências de Enfermidades  
Encaminhadas ao Orocentro FOP/UNICAMP entre 1980-1998**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allard WF, DeVol EB, Te OB. Smokeless tobacco (shamma) and oral cancer in Saudi Arabia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27(6): 398-405.
2. Almeida OP, Saiki CRS. Levantamento de lesões bucais. *RGO* 1987; 35(6): 471-473.
3. Arendorf TM, van der Ross R. Oral soft tissue lesions in a black pre-school South African population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 296-7.
4. Arotiba JT, Ogunbiyi JO, Obiechina AE. Odontogenic tumours: a 15-year review from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35: 363-67.
5. Axéll T, Zain RB, Siwamogstham P, Tantiniran D, Thampipit J. Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at two Malasyan and Thai dental schools. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18; 95-9.
6. Bánóczy J, Rigó O, Albrecht M. Prevalence study of tongue lesions in a Hungarian population sample. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 224-6.
7. Barasch A, Gofa A, Krutchkoff DJ, Eisenberg E. Squamous cell carcinoma of the gingiva. A case series analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80(2): 1983-7.
8. Bergström J, Eliasson S, Ahlberg KF. Periapical status in subjects with regular dental care habits. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 236-9.
9. Bhaskar, S.N. Oral pathology in the dental office: survey of 20575 biopsy specimens. *JADA* 1968; 76: 761-6.



10. Binnie WH, Rankin KV. Epidemiological and diagnostic aspects of oral squamous cell carcinoma. *Journal of Oral Pathology* 1984; 13: 333-41.
11. Bouquot JE, Gorlin RJ. Leukoplakia, lichen planus, and other oral keratoses in 23616 white Americans over the age of 35 years. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61: 373-81.
12. Bouquot JE, Gundlach KH. Oral exophytic lesions in 23616 white Americans over 35 years of age. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 62: 284-1.
13. Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. *JADA* 1986; 112: 50-7.
14. Camara ML, de Souza LB, Pereira Pinto L. Frequency of cystic lesions in children 0-12 years of age. *RGO* 1983; 31(4): 296-9.
15. Chau MNY, Radden BG. Intra-oral salivary gland neoplasms: a retrospective study of 98 cases. *J Oral Pathol* 1986; 15: 339-42.
16. Chaudry AP, Vickers RA, Gorlin RJ. Intraoral minor salivary gland tumors. *Oral Pathology* 1954; 14: 1194-26.
17. Chen YK, Lin LM, Huang HC, Lin CC, Yan YH. A retrospective study of oral and maxillofacial biopsy lesions in a pediatric population from southern Taiwan. *Pediatr Dent* 1998; 20(7): 404-10.
18. Chow HT. Odontogenic keratocyst; a clinical experience in Singapore. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86(5): 573-7.
19. Corbet EF, Holmgren CJ, Philipsen HP. Oral mucosal lesions in 65-74 year old Hong Kong Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22:392-5.
20. Cutress TW. Periodontal health and periodontal disease in young people: global epidemiology. *International Dental Journal* 1986; 36: 146-51.

21. Daley TD, Wysocki GP, Gordon AP. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77: 276-80.
22. Darwazeh AMG, Pillai K. Oral lesions in a Jordanian population. *International Dental Journal* 1998; 48: 84-88.
23. Darwazeh AMG, Pillai K. Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 323-4.
24. Das SN, Brave VR, Shetty RP. A survey of 4478 biopsy specimens of oral lesions. *J Pierre Fauchard Acad* 1994; 8(4): 143-7.
25. Eveson JW, Cawson RA. Tumours of the minor (oropharyngeal) salivary glands: a demographic study of 336 cases. *Journal of Oral Pathology* 1985; 14: 500-9.
26. Goode RK, Auclair PL, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of the major salivary glands: clinical and histopathologic analysis of 234 cases with evaluation of grading criteria. *Cancer* 1998; 82(7): 1217-24.
27. Gunhan O, Erseven G, Ruacan S, Celasun B, Aydintug Y, Ergun E, Demiriz M. Odontogenic tumours. A series of 409 cases. *Aust Dent J* 1990; 35(6): 518-22.
28. Gupta PC, Hebert JR, Bhonsle RB, Sinor PN, Mehta H, Mehta FS. Dietary factors in oral leukoplakia and submucous fibrosis in a population-based case control study in Gujarat, India. *Oral Dis* 1998; 4(3): 200-6.
29. Haberland CM, Allen CM, Beck FM. Referral patterns, lesion prevalence, and patient care parameters in a clinical oral pathology practice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod.* 1999; 87(5): 583-8.
30. Hugoson A, Jordan T. Frequency distribution of individuals aged 20-70 years according to severity of periodontal disease. *Community Dent Oral Epidemiol* 1982; 10: 187-192.

31. Hugoson A, Laurell L, Lundren D. Frequency distribution of individuals aged 20-70 years according to severity of periodontal disease experience in 1973 and 1983. *J Clin Periodontol* 1992; 19: 227-232.
32. Hussein NNN, Majid ZA. Dental anomalies in the primary dentition: distribution and correlation with the permanent dentition. *J Clin Pediatr Dent* 1996 21(1): 15-19.
33. Ikeda N, Handa Y, Khim SP, Durward C, Axéll T, Mizuno T, Fukano H, Kawai T. Prevalence study of oral mucosal lesions in a selected Cambodian population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 49-54.
34. Ikeda N, Ishii T, Tida S, Kawai T. Epidemiological study of oral leukoplakia based on mass screening for oral mucosal diseases in a selected Japanese population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 160-3.
35. Isacson G, Shear M. Intraoral salivary gland tumors: a retrospective study of 201 cases. *Journal of Oral Pathology* 1983; 12: 57-62.
36. Jones AS, Beasley NJ, Houghton DJ, Helliwell TR, Husband DJ. Tumours of the minor salivary glands. *Clin Otolaryngol* 1998; 23(1): 27-33.
37. Jorge J Jr, Almeida OP de, Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 173-5.
38. Kari S, Alho OP, Jokinen K, Hyrynkangas K, Laara E. Carcinoma of the oral tongue in northern Finland: trends in overall incidence and patient and tumour characteristics. *J Oral Pathol Med* 1997; 26(10): 480-3.
39. King NM, Lee AMP, Wan PKC. Multiple supernumerary premolars: their occurrence in three patients. *Australian Dental Journal* 1993; 38(1): 11-6.

40. Kleinman DV, Swango PA, Pindborg JJ. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 243-53.
41. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 82(1): 10-7.
42. Krolls SO, Hoffman S. Squamous cell carcinoma of the oral soft tissues: a statistical analysis of 14253 cases by age, Sex, and race of patients. *JADA* 1976; 92: 571-4.
43. Kusama K, Iwanari S, Aisaki K, Wada M, Ohtani J, Itoi K, Hanai K, Shimizu K, Komiyama K, Kudo I, Moro I. Intraoral minor salivary gland tumors: A retrospective study of 129 cases. *J Nihon Univ.Sch. Dent* 1997; 39(3): 128-132.
44. Lopes MA, Santos GC, Kowalski LP. Multivariate survival analysis of 128 cases of oral cavity minor salivary gland carcinomas. *Head Neck* 1998; 20(8): 699-706.
45. MacEntee MI, Scully C. Oral disorders and treatment implications in people over 75 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16: 271-3.
46. Meiller TF, Jabra-Rizk MA, Baqui Aa, Kelley JI, Meeks VI, Merz WG, Falkler WA. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88(5): 573-80.
47. Mikkonen M, Nyssönen V, Paunio I, Rajala M. Prevalence of oral mucosal lesions associated with wearing removable dentures in Finnish adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984; 12: 191-4.
48. Nair RG, Samaranayake LP, Philipsen HP, Graham RG, Itthagarun A. Prevalence of oral lesions in a selecte Vietnamese population. *Int Dent J* 1996; 46(1): 48-51.

49. Neely MM, Rohrer MD, Young SK. Tumors of minor salivary glands and the analysis of 106 cases. *J Okla Dent Assoc* 1996; 86(4): 50-2.
50. Oliver AJ, Helfrick JF, Gard D. Primary oral squamous cell carcinoma: a review of 92 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 949-54.
51. Patton LL, McKaig RG, Strauss RP, Eron JJ Jr. Oral manifestations of HIV in a southeast USA population. *Oral Dis* 1998; 4(3): 164-9.
52. Peters E, McGaw WT. Detection of premalignant oral lesions: a 10 year retrospective study in Alberta. *J Can Dent Assoc* 1995; 61(9): 775-8.
53. Pittau A, Mura M, Ligas P, Cortis C. Malignant tumors of the oral cavity. Epidemiologic study of 294 cases observed during the decade 1984-1994. *Minerva Stomatol* 1997; 46(10): 513-6.
54. Priddy RW. Inflammatory hyperplasias of the oral mucosa. *Journal* 1992; 58(4) 311-21.
55. Prince S, Bailey BM. Squamous carcinoma of the tongue: review. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1999; 37(3): 164-74.
56. R. Sankaranarayanan. An epidemiologic and clinical review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69: 325-30.
57. Ramirez-Amador V, Esquivel PL, Sierra MJ, Ponce de Leon S. Oral manifestations of HIV infection by gender and transmission category in Mexico city. *J Oral Pathol Med* 1998; 27: 135-40.
58. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978; 36(10): 771-8.
59. Reichart PA, Kohn H. Prevalence of oral leukoplakia in 1000 Berliners. *Oral Dis* 1996; 2(4): 291-4.
60. Rippin JW, Potts AJC. Intra-oral salivary gland tumours in the West Midlands. *Oral Pathology* 1992; 173:17-19.

61. Rivera-Bastidas H, Ocanto RA, Acevedo AM. Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 62 cases in a Venezuelan population. *J Oral Pathol Med* 1996; 25:1-4.
62. Rossi EP, Hirsch AS. A survey of 4793 oral lesions with emphasis on neoplasia and premalignancy. *JADA* 1977; 94: 883-6.
63. Salem G. Oral lichen planus among 4277 patients from Gizan, Saudi Arabia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17: 322-4.
64. Sato M, Tanaka N, Sato T, Amagasa T. Oral and maxillofacial tumours in children: a review. *British Journal of oral & Maxillofacial Surgery* 1997; 35: 92-95.
65. Schiodt M. Less common oral lesions associated with HIV infection: prevalence and classification. *Oral dis* 1997; 3: S208-13.
66. Silva SS, Marcucci G. Contribuição para o estudo clínico da prevalência de alterações da mucosa bucal em escolares de 7 a 12 anos. *Rev Odont. USP* 1990; 4(1): 1-4.
67. Spatafore MC, Griffin JA, Keyes GG, Wearden S, Skidmore E. Periapical biopsy report: An analysis over a 10-year period. *Journal of Endodontics*. 1990; 16:5 239-41.
68. Surgerman PB, Savage NW. Current concepts in oral cancer. *Aust Dent J* 1999; 44(3): 147-56.
69. Taiwo EO, Salako NO, Sote EO. Distribution of oral tumors in Nigerian children based on biopsy materials examined over na 11-year period. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 200-3.
70. Trivedy C, Johnson NW. Oral cancer in South Asia. *Br Dent J* 1997; 182(6): 206.
71. Tsai SJJT, King NM. A catalogue of anomalies and traits of the permanent dentition of southern Chinese. *J Clin Pediatr Dent* 1998; 22(3): 185-194.

72. Tsang PC, Samaranayake LP. Oral manifestations of HIV infection in a group of predominantly ethnic Chinese. *J Oral Pathol Med* 1999; 28(3): 122-7.
73. Ulmansky M, Lustmann J, Balkin N. Tumors and tumor-like lesions of the oral cavity and related structures in Israeli children. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1999; 28(4): 291-4.
74. Van der Linden W, Cleaton-Jones P, Lownie M. Diseases and lesions associated with third molars-review of 1001 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 79: 142-5.
75. Van Heerden WFP, Raubenheimer EJ. Intraoral salivary gland neoplasms: A retrospective study of seventy cases in a African population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71: 579-82.
76. Vigild M. Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 309-13.
77. Waldron CA, El-Mofty SK, Gnepp DR. Tumors of the intraoral minor salivary glands: A demographic and histologic study of 426 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 66: 323-33.
78. Weir JC, Davenport WD, Skinner RL. A diagnostic and epidemiologic survey of 15783 oral lesions. *J Am Dent Assoc* 1987; 115: 439-1.
79. Zain RB, Ikeda N, Razak IA, Axéll T, Majid ZA, Gupta PC, Yaacob M. A national epidemiological survey of oral mucosal lesions in Malaysia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 377-83.
80. Zancanaro MA, Lorandi CS, Yurgel LS, Verdi HP. Levantamento de Diagnósticos Histopatológicos. *RGO* 1983; 31(4): 309-11.

## **ANEXO I**

---

**Contribuição ao Estudo das Ocorrências de Enfermidades  
Encaminhadas ao Orocentro FOP/UNICAMP entre 1980-1998**



## ANEXO I

**Frequência das enfermidades conforme o número de  
casos presentes nos 3096 diagnósticos avaliados**

	Número	percentual
Hiperplasia Papilar Inflamatória	254	8,20
Mucocele	173	5,58
Carcinoma Espinocelular	172	5,55
Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	161	5,20
Candidose	125	4,03
Ulcerações	98	3,16
Abscesso Periapical	97	3,13
Estomatite Aftosa Recorrente	89	2,87
Liquen Plano	79	2,55
Nevo Melanocítico	73	2,36
Hemangioma	67	2,16
Cisto Periapical	66	2,13
Leucoplasia	62	2,00
Inflamação	58	1,87
Trauma Bucal	58	1,87
Paracoccidiodomicose	53	1,71
Dor Facial	52	1,68
Papiloma	50	1,61
Verruga Vulgar	50	1,61
Pericoronarite	45	1,45
Síndrome da Queimação da Língua Idiopática	43	1,39
Gengivite	40	1,29
Granuloma Piogênico	40	1,29
Rânula	40	1,29
Disfunção de ATM	38	1,23
Fibromatose Gengival Anatômica	36	1,16
Língua Geográfica	35	1,13
Dente Incluso	30	0,97
Tatuagem por Amálgama	28	0,90
Carcinoma Basocelular	24	0,77
Linfoadenopatia	24	0,77
Raiz Residual	24	0,77
Hiperplasia Linfóide	23	0,74
Adenoma Pleomórfico	21	0,68
Hipoplasia de Esmalte	21	0,68
Fibromatose Gengival	20	0,65
Fístula	20	0,65
Hiperdontia	20	0,65
Pigmentação Melânica	20	0,65
Sialolitíase	20	0,65
<b>TOTAL</b>	<b>3.096</b>	<b>100,00</b>

continua

**Frequência das enfermidades conforme o número de  
casos presentes nos 3096 diagnósticos avaliados**

	Número	Percentual
Exostose	18	0,58
Granuloma Periapical	17	0,55
Queratose Seborréica	17	0,55
Cicatriz	14	0,45
Hipertrofia de Masseter	14	0,45
Lesões Cutâneas Indeterminadas	14	0,45
Maloclusão	14	0,45
Nevralgia do Trigêmio	14	0,45
Sialoadenite Bacteriana Aguda	14	0,45
Edema	13	0,42
Grânulos de Fordyce	13	0,42
Lesão Central de Células Gigantes	13	0,42
Lesão Periférica de Células Gigantes	13	0,42
Torus Mandibular	13	0,42
Displasia Fibrosa	12	0,39
Fibroma Ossificante Periférico	12	0,39
Fratura Dentária	12	0,39
Odontoma	12	0,39
Parotidite Epidêmica	12	0,39
Torus Palatino	12	0,39
Xerostomia	12	0,39
Ameloblastoma	11	0,36
Cementoma	11	0,36
Cisto Residual	11	0,36
Pênfigo	11	0,36
Queilite Actínica	11	0,36
Cisto Ósseo	10	0,32
Linfoma Não Hodgkin	9	0,29
Lipoma	9	0,29
Queimadura	9	0,29
Queratose Actínica	9	0,29
Cisto de Erupção	8	0,26
Cisto Dentígero	8	0,26
Leucoedema	8	0,26
Osteomielite	8	0,26
Pênfigóide Benigno da Mucosas	8	0,26
Eritema Multiforme	7	0,23
Linfangioma	7	0,23
Neurofibroma	7	0,23
Reação Alérgica a Drogas	7	0,23
Reação Liquenóide a Drogas	7	0,23
<b>TOTAL</b>	<b>3.096</b>	<b>100,00</b>

continua

**Frequência das enfermidades conforme o número de  
casos presentes nos 3096 diagnósticos avaliados**

	Número	percentual
Carcinoma "in situ"	6	0,19
Coágulo Organizado	6	0,19
Mixoma Odontogênico	6	0,19
Necrose	6	0,19
Osteoma	6	0,19
Cisto Odontogênico Epitelial Calcificante	5	0,16
Dentinogênese Imperfeita	5	0,16
Linfonodo Fibrosado	5	0,16
Periodontite	5	0,16
Queratocisto Odontogênico	5	0,16
Abscesso Gengival	4	0,13
Carcinoma Mucoepidermóide	4	0,13
Corpo Estranho	4	0,13
Gengivite Hiperplásica Crônica	4	0,13
Hipodontia	4	0,13
Nevo Branco Esponjoso	4	0,13
Osteoradionecrose	4	0,13
Osteossarcoma	4	0,13
Alveolite	3	0,10
Displasia Cleidocraniana	3	0,10
Displasia Dentinária	3	0,10
Estomatite Nicotínica	3	0,10
Fenda Labial	3	0,10
Fibroma Cementificante	3	0,10
Freio Labial Bilateral	3	0,10
Larva Migrans	3	0,10
Linha Alba	3	0,10
Lupus Eritematoso	3	0,10
Síndrome de Sjögren	3	0,10
Tecido Ósseo Necrótico	3	0,10
Tumor de Células Granulares	3	0,10
Adenocarcinoma de Células Acinares	1	0,03
Angioedema	1	0,03
Angioleiomioma	1	0,03
Apinhamento Dental	1	0,03
Bocio Nodular	1	0,03
Carcinoma de Células Claras	1	0,03
Cisto Linfopitelial Cervical	1	0,03
Cisto Nasolabial	1	0,03
Condrossarcoma	1	0,03
<b>TOTAL</b>	<b>3.096</b>	<b>100,00</b>

continua

**Frequência das enfermidades conforme o número de  
casos presentes nos 3096 diagnósticos avaliados**

	Número	percentual
Cicatriz Óssea Cirúrgica	2	0,06
Cisto Nasopalatino	2	0,06
Cisto Periodontal Lateral	2	0,06
Doença de Paget	2	0,06
Fluorose Dental	2	0,06
Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda	2	0,06
Injúrias Químicas	2	0,06
Leishmaniose	2	0,06
Língua Fissurada	2	0,06
Língua Pilosa	2	0,06
Membrana Fibrinopurulenta	2	0,06
Mieloma Múltiplo	2	0,06
Queratoacantoma	2	0,06
Reabsorção Radicular	2	0,06
Acne	1	0,03
Adenocarcinoma	1	0,03
Enfisema Cervicofacial	1	0,03
Fibroma Ameloblástico	1	0,03
Fosseta Labial	1	0,03
Fusão Dental	1	0,03
Geminação	1	0,03
Gengivite Descamativa	1	0,03
Hemi Hipertrofia Facial	1	0,03
Histiocitoma Fibroso	1	0,03
Histiocitose X	1	0,03
Leucoplasia Pilosa	1	0,03
Mesiodens	1	0,03
Mioepitelioma	1	0,03
Molusco Contagioso	1	0,03
Neurofibromatose	1	0,03
Neuroma	1	0,03
Penfigóide Bolhoso	1	0,03
Pólipo Pulpar	1	0,03
Síndrome de Behçet	1	0,03
Tumor de Warthin	1	0,03
Tumor Odontogênico Adenomatóide	1	0,03
Vitiligo	1	0,03
<b>TOTAL</b>	<b>3.096</b>	<b>100,00</b>

## **ANEXO II**

---

**Contribuição ao Estudo das Ocorrências de Enfermidades  
Encaminhadas ao Orocentro FOP/UNICAMP entre 1980-1998**

Paciente n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: _____	R.G.: _____	SSP- _____
Resid.: _____ n° _____	Bairro: _____	
Cidade: _____	Tel.: (____) _____	
Profissão: _____	Natur.: _____	(____) Data Nasc.: _____
____/____/____ (____)	Sexo(____)	Cor(____) Instrução(____) Estado Civil(____) Encaminhado pelo Dr.(a).: _____
Tel.: (____) _____		Cidade: _____
(____) Laudo HP: _____		

**Queixa Principal e duração:**

\_\_\_\_\_

**História da Doença Atual:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hábitos:**

**Fuma:** Sim  - Não  - Ex-fumante  - Quanto: \_\_\_\_\_ maços/dia. - Durante: \_\_\_\_\_ anos. Parou ha: \_\_\_\_\_ anos. **Bebe:** Sim  - Não  - Ex-etilista  - Quanto: \_\_\_\_\_ copos/dia. Cerveja , vinho , pinga , outros destilados  - Durante: \_\_\_\_\_ anos. Parou ha: \_\_\_\_\_ anos.

Outros hábitos: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

Avós: \_\_\_\_\_

Pais: \_\_\_\_\_

Irmãos: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_

Tios: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Pessoais Médicos e Odontológicos** (o que, por que e quando):

Boa saúde: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Visitas freqüentes ao médico: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Medicação de rotina: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Alergias: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Doenças prévias: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Cirurgias prévias: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Acidentes e fraturas: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Internações prévias: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Outros problemas de saúde: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Visitas regulares ao dentista Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Doenças bucais: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Cirurgias bucais: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Hemorragias prévias: Sim  - Não  \_\_\_\_\_

Último tratamento odontológico: \_\_\_\_\_ meses. \_\_\_\_\_

Paciente nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Exame Físico Geral:**

Peso: \_\_\_\_\_ kg - Altura: \_\_\_\_\_ m - PA: \_\_\_\_\_ - Pulso: \_\_\_\_\_ - Btm/min - Anda com dificuldade: Sim  - Não  - Assimetria- Sim  - Não  Lesão de pele: Sim  - Não  (descreva): \_\_\_\_\_

**Exame Físico Regional (Cabeça e pescoço):**

Assimetria-Deformidade: Sim  - Não  - Desvio dos olhos: Sim  - Não  Lesão de pele: Sim  - Não  (descrever): \_\_\_\_\_

**Descrição clínica dos gânglios:**

<b>Cadeia</b>	não palpável <input type="checkbox"/>	submandibular <input type="checkbox"/>	cervical <input type="checkbox"/>	submentoniano <input type="checkbox"/>	outras <input type="checkbox"/> (especifique)	
<b>Consistência</b>	normal <input type="checkbox"/>	fibroelástico <input type="checkbox"/>	ósseo/pétreo <input type="checkbox"/>	mole <input type="checkbox"/>	flutuante <input type="checkbox"/>	cístico <input type="checkbox"/>
<b>Sensibilidade</b>	normal <input type="checkbox"/>	dolorido <input type="checkbox"/>	discretamente dolorido <input type="checkbox"/>			
<b>Tamanho</b>	largura/diâmetro/altura _____ X _____ X _____ cm					
<b>Número</b>	único <input type="checkbox"/>	duplo <input type="checkbox"/>	múltiplo <input type="checkbox"/>	generalizado <input type="checkbox"/>		
<b>Lateralidade</b>	Direito <input type="checkbox"/>	Esquerdo <input type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>			
<b>Aderência</b>	móvel <input type="checkbox"/>	semi-fixo <input type="checkbox"/>	fixo <input type="checkbox"/>			
<b>Superfície</b>	liso <input type="checkbox"/>	Irregular <input type="checkbox"/>				

**Exame Físico Bucal:**

Perdas dentais: Sim  - Não  Desden. total: Sim  - Não  - maxila  - mandíbula   
Prótese: Total Sim  - Não  - Sup.  - Inf.  / Parcial Sim  - Não  - Sup.  - Inf.

**variações da normalidade e lesões secundárias**

VARIAÇÕES DA NORMALIDADE	LOCALIZAÇÃO
Amígdala lingual hipertrófica <input type="checkbox"/>	
Anquiloglossia <input type="checkbox"/>	
Gengivite <input type="checkbox"/>	
Grânulos de Fordyce <input type="checkbox"/>	
Leucoedema <input type="checkbox"/>	
Língua crenada <input type="checkbox"/>	
Língua fissurada <input type="checkbox"/>	
Língua geográfica <input type="checkbox"/>	
Língua pilosa <input type="checkbox"/>	
Língua saburrosa <input type="checkbox"/>	
Linha alba <input type="checkbox"/>	
Macroglossia <input type="checkbox"/>	
Mucosite por prótese no palato <input type="checkbox"/>	
Periodontite <input type="checkbox"/>	
Pigmentação exógena <input type="checkbox"/>	
Pigmentação melânica racial <input type="checkbox"/>	
Projeção da glândula submandibular <input type="checkbox"/>	
Queratose de rebordo <input type="checkbox"/>	
Rebordo flácido <input type="checkbox"/>	
Toro mandibular <input type="checkbox"/>	
Toro palatino <input type="checkbox"/>	
Varizes linguais <input type="checkbox"/>	
Outras <input type="checkbox"/> (citar) _____	
Outras <input type="checkbox"/> (citar) _____	
Outras <input type="checkbox"/> (citar) _____	

Paciente nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Lesão principal (descreva, se houver alguma):**

**Duração** de \_\_\_ dia(s)  semana(s)  mês(es)  ano(s)  congênita  desconhecida

**Tamanho SEM LESÃO VISÍVEL**  Largura/diâmetro \_\_\_ X \_\_\_ cm Altura \_\_\_ cm Variável

**Lesão** nódulo  pápula  placa  bolha  vesícula  pústula  mancha   
 úlcera  erosão  fenda/fissura  perfuração  vegetação

**Sensibilidade** normal  discretamente dolorida  dolorida  Anestésica

**Consistência** normal  fibroelástica  óssea/pétreia  flutuante  cística  mole

**Cor** rósea/normal  esbranquiçada  avermelhada  acastanhada   
 arroxeadada  enegrecida  parda  amarelada  azulada

**Superfície** lobulada  granulosa  papilosa  crostosa  fissurada  verrucosa   
 lisa  nodular  papular  moriforme  queratótica  escamosa  irregular

**Formato** Irregular  esférica  circular  lentilha  cilíndrica  ovóide  Alvo  outros

**Borda** elevada  plana  **Inserção** séssil  Pediculada

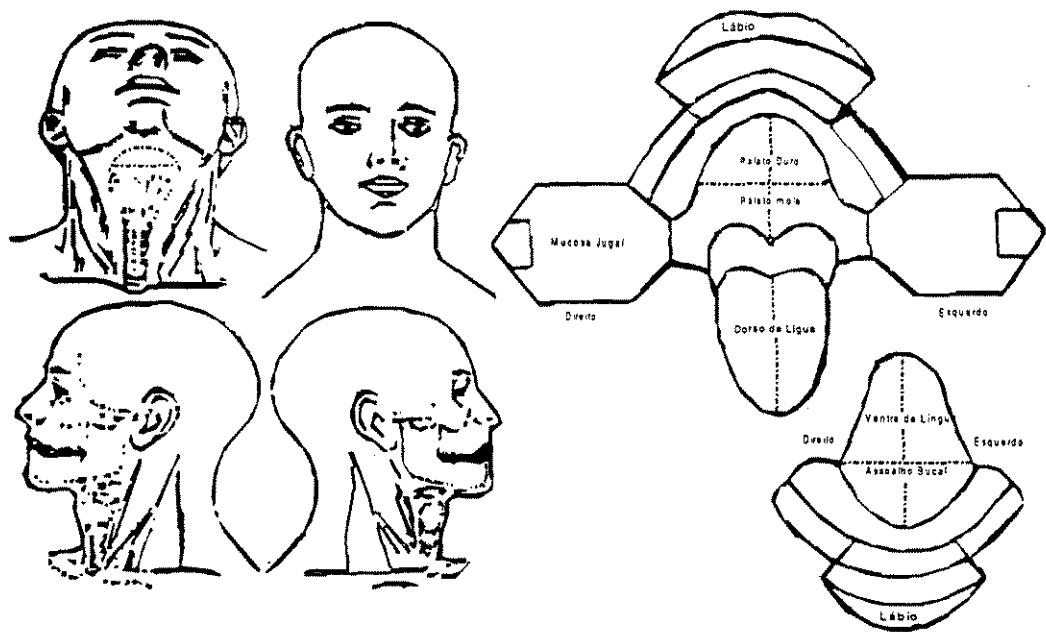
**Infiltração** infiltrada  não infiltrada  **Fixação** fixa  semifixa  móvel

**Contorno** regular  irregular  circinado  **Limites** nítido  difuso

**Lateralidade** direita  esquerda  bilateral  mediana

**Número** única  dupla  múltipla  generalizada

**Localização:** \_\_\_\_\_



**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL da lesão principal:**

- 1- \_\_\_\_\_
- 2- \_\_\_\_\_
- 3- \_\_\_\_\_
- 4- \_\_\_\_\_

**Diagnóstico FINAL (Preencha após o encerramento do caso):**

Tecido: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) - Localização: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
 Diagnóstico Final: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**CONDUTA E EVOLUÇÃO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



