

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL – ESTOMATOLOGIA

JULIA TURRA RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE LESÕES BUCAIS DIAGNOSTICADAS EM
UM CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2017

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE LESÕES BUCAIS DIAGNOSTICADAS EM UM
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE PORTO ALEGRE

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos pré-requisitos obrigatórios para conclusão da Residência Integrada em Saúde Bucal.

Aluna: Julia Turra Ribeiro

Orientador: Marco Antonio Trevizani Martins

Colaboradores: Marina Girardi Schueigart, Juliana Romanini,
Fernando Neves Hugo, Manoela Domingues Martins

Porto Alegre

2017

RESUMO

O SUS consiste em uma conquista popular e busca a promoção de justiça social, assistência à população e ampliação dos direitos sociais e de cidadania dos mais de 180 milhões de brasileiros, e é composto pela atenção primária, secundária e terciária, organizado de acordo com a complexidade dos serviços oferecidos em cada nível de atenção. Na odontologia a atenção secundária contempla os Centros de especialidade odontológicas (CEO), e dentre os serviços ofertados está o de estomatologia. O objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência de lesões bucais diagnosticadas no CEO de Estomatologia Santa Marta de julho de 2008 a julho de 2017. Foram avaliados 1.039 prontuários e excluídos 153, por não possuírem informação relacionadas as lesões, resultando em uma amostra de 886 prontuários. As informações referentes ao paciente, a descrição da lesão, a hipóteses de diagnóstico e o diagnóstico histopatológico foram transcritos em um banco de dados no Excel ®. Estabeleceu-se a compatibilidade diagnóstica através da comparação da hipótese com o diagnóstico final. As hipóteses de diagnóstico mais prevalentes neste estudo foram Hiperplasia Inflamatória (14,96%), Mucocele (7,13%), Síndrome da Ardência Bucal (5,23%), Fibroma (4,75%) e Ceratose Friccional (3,68%). Já os diagnósticos histopatológicos mais encontrados foram: Hiperplasia inflamatória (28,15%), Mucocele (13,03%), Fibroma (9,24%), CEC (7,56%), Papiloma (6,72%). A compatibilidade de diagnóstico foi de 90,3%, reforçando a importância de um exame clínico realizado com cautela, a fim de construir o processo diagnóstico e oferecer o tratamento correto ao paciente.

Palavras-chave: Prevalência, Medicina Bucal, Atenção secundária.

ABSTRACT

SUS is a popular achievement and seeks the promotion of social justice, assistance to the population and expansion of social rights and citizenship of more than 180 million Brazilians, and is composed of primary, secondary and tertiary care, organized according to the complexity of the services offered at each level of care. In dentistry the secondary care includes the dental specialty centers (CEO), and among the services offered is stomatology. The objective of this study was to evaluate the prevalence of oral lesions diagnosed in the Santa Marta Stomatology CEO from July 2008 to July 2017. A total of 1,039 medical records were evaluated and 153 were excluded due to lack of information related to the lesions, resulting in a sample of 886 medical records. Diagnostic compatibility was established by comparing the hypothesis with the final diagnosis. The most prevalent diagnostic hypotheses in this study were Inflammatory Hyperplasia (14.96%), Mucocele (7.13%), Oral Burning Syndrome (5.23%), Fibroma (4.75%) and Fractional Keratosis (3,68%). The most common histopathological diagnoses were: Inflammatory hyperplasia (28,15%), Mucocele (13,03%), Fibroma (9,24%), CEC (7,56%) and Papilloma (6,72%). The diagnostic compatibility was 90.3%, reinforcing the importance of a clinical examination carried out with caution in order to construct the diagnostic process and offer the correct treatment to the patient.

Key-words: Prevalence, Oral Medicine, Secondary care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Lesão fundamental descritas nos prontuários.....	11
Tabela 02 - Localização das lesões diagnosticadas no CEO Santa Marta.....	12
Tabela 03 – Diagnóstico clínico.....	12
Tabela 04 – Diagnóstico Histopatológico.....	15
Tabela 05 – Análise da compatibilidade entre diagnóstico clínico e histopatológico.....	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEC – Carcinoma Espinocelular

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DTM – Disfunção Têmporomandíbular

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

GUNA – Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

SAB – Síndrome da Ardência Bucal

SUS – Sistema Único de Saúde

UAR – Ulceração Aftosa Recorrente

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
OBJETIVO GERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
MATERIAIS E MÉTODOS.....	9
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO.....	22
REFERENCIAS	23

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Consiste em uma grande conquista da sociedade, em busca de promoção de justiça social, assistência à população e ampliação dos direitos sociais e de cidadania. Seus princípios incluem acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, amparado por um conceito ampliado de saúde ^{1, 2}.

O SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros, definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado. No entanto, é necessário que se compreenda a saúde como qualidade de vida, composta pelo conjunto de alimentação, trabalho, renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária, moradia e lazer, ou seja, englobando muito mais do que a ausência de doença. Políticas sociais e econômicas devem ser firmadas, a fim de reduzir o risco de doença e promover acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde ^{2, 3}.

A inserção da saúde bucal no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Essa tendência vem sendo revertida em busca de uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, visando práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, incorporando a abordagem familiar e a defesa da vida ⁴.

Em 2004 as diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal apontaram para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, utilizando o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, com a concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes. A construção de uma prática efetivamente resolutiva deve considerar, além da produção de cuidado, o conhecimento da realidade de saúde de cada localidade ⁵.

No âmbito da assistência essas diretrizes indicam, além da ampliação e qualificação da atenção, a necessidade de assegurar atendimentos nos níveis secundário e terciário, visando o princípio da integralidade da atenção. Em 2004, os dados disponíveis mostraram que no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos, expondo uma baixa capacidade de

oferta desse serviço, bem como o acompanhamento desigual do crescimento da atenção especializada em comparação com a atenção básica⁵.

O fluxo de referência e contra-referência do SUS está estruturado de modo que a atenção básica é a porta de entrada do usuário, que será referenciado para atendimento em atenção secundária, média complexidade, e terciária, alta complexidade conforme a necessidade a ser atendida⁶.

Neste contexto, os centros de especialidades odontológicas (CEO) compõem a atenção secundária e são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os CEOS estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os serviços de diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pacientes especiais⁶.

A estomatologia, reconhecida em 1992 pelo Conselho Federal de Odontologia, tem em seu campo de estudo a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças que se manifestam na cavidade oral e complexo maxilomandibular, e, portanto, é uma das áreas pilares na promoção de saúde bucal e assistência odontológica. A portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, estabelece que a estomatologia deve ser parte do elenco mínimo dos centros de especialidades odontológicas, com atuação voltado para o diagnóstico de câncer bucal^{4,9}.

O processo diagnóstico e as fases que o compõe, são fundamentais para a prática da odontologia. As etiologias das lesões da mucosa oral são as mais diversas, e incluem infecção, trauma local, doenças metabólicas, imunológicas e neoplásicas.

Visto a grande variedade de lesões, e considerando suas formas heterogêneas de manifestação, é comum que o cirurgião-dentista se depare com lesões bucais de diagnóstico difícil e duvidoso. Nestas situações, após a avaliação clínica e correlação com histórico do paciente, deve ser considerada a realização de biópsia, como ferramenta diagnóstica, e muitas vezes, a única forma de se estabelecer o diagnóstico e conduta terapêutica adequadas¹⁰.

Esse procedimento exige cuidados específicos por parte do cirurgião dentista, a fim de não só indicá-lo corretamente, mas também escolher a área mais adequada e a técnica correta de realização. O manuseio cuidadoso do tecido e a fixação adequada permitirão um diagnóstico histológico seguro. O cuidado inadequado em qualquer fase pode resultar em uma biópsia sem valor diagnóstico, com amostra insuficiente para análise do patologista, e necessidade de nova intervenção, submetendo o paciente repetidamente a morbidade física e psicológica consequente ao procedimento¹⁰.

A avaliação das lesões mais prevalentes na região bucomaxilofacial é de extrema importância, seja no atendimento clínico odontológico ou na gestão em saúde, uma vez que permite o conhecimento das necessidades da população e servem como referência para a elaboração de estratégias de tratamento e prevenção¹¹.

Os estudos epidemiológicos desempenham o importante papel de relevar a prevalência e incidência de doenças, considerando as particularidades do ambiente onde está ocorrendo a análise¹².

No município de Porto Alegre, o território e a sua população de 1.481.019 habitantes, segundo IBGE (2006), estão distribuídos em 17 distritos sanitários e 08 gerências distritais. Porto Alegre possui 141 Unidades de Saúde e 228 Equipes de Saúde da Família. Dentre as unidades de saúde distribuídas no município, 107 contam com equipe de saúde bucal, responsável pelo atendimento odontológico no nível primário de atenção. Na atenção especializada, o município de Porto Alegre possui ao todo seis CEOs, que dividem a responsabilidades sobre as oito gerências distritais. Destes, 05 contam com o atendimento especializado em estomatologia: CEO Santa Marta, CEO Bom Jesus, CEO Vila dos Comerciários, CEO GHC e CEO UFRGS¹³.

Em 2016 foram agendadas um total de 1.166 novas consultas nos centros de especialidade de estomatologia no município, referenciadas pelos cirurgiões dentistas das unidades de saúde. Nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril de 2016 foram agendadas 341 novas consultas. Em maio, junho, julho e agosto de 2016 foram 436 novas consultas, e nos meses de setembro, outubro, novembro e dezembro 389 consultas novas¹³.

O centro de especialidades odontológicas Santa Marta está localizado no distrito sanitário centro. Este distrito é responsável pelo atendimento de uma população de 277.322 pessoas e possui três unidades de saúde, duas com atendimento em saúde bucal. O CEO Santa Marta, conta com um profissional especialista em estomatologia, responsável pelo atendimento, diagnóstico, tratamento e preservação dos pacientes com lesões bucais¹³.

OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a prevalência de lesões bucais diagnosticadas e tratadas no CEO de Estomatologia Santa Marta de julho de 2008 a julho de 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer o perfil do paciente atendido no CEO de estomatologia Santa Marta

Descrever as hipóteses de diagnóstico e os diagnósticos histopatológicos mais frequentes nesse serviço

Comparar o diagnóstico final (histopatológico) com o diagnóstico inicial (clínico)

Descrever o perfil dos pacientes diagnosticados com carcinoma epinocelular.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de ética do HCPA, sob parecer 2.309.642. Realizou-se um estudo observacional analítico retrospectivo por meio da análise das fichas clínicas disponíveis nos prontuários de pacientes atendidos no serviço de estomatologia do Centro de especialidades odontológicas Santa Marta – Porto Alegre / RS entre os anos de 2008 a 2017. Estima-se que o serviço conte com 2.000 prontuários referentes ao tempo total de funcionamento da especialidade.

Foram avaliados 1.039 prontuários por dois pesquisadores. Desses, foram excluídos 153 prontuários por não possuírem informação relacionadas as lesões, resultando em uma amostra de 886 prontuários.

As seguintes variáveis foram coletadas: Idade, sexo, hábitos (fumo, álcool e exposição ao sol), presença ou ausência de sintomatologia, exames complementares, lesão fundamental, tamanho e localização da lesão, hipóteses de diagnóstico clínico e laudo histopatológico, quando realizado biópsia.

Como lesões fundamentais foram consideradas: nódulo, placa, úlcera, mancha, pápula, bolha, erosão e vesícula. A localização da lesão foi classificada em: gengiva superior

e inferior, lábio superior e inferior, língua, mucosa jugal, soalho bucal, palato duro, palato mole, intraósseo (mandíbula e maxila), orofaringe, extra oral e outros. Os tamanhos foram agrupados de acordo com a seguinte escala: de 0 a 5 mm, de 06 mm a 1 cm, de 1 cm a 2 cm, de 2 cm a 4 cm e maior que 4 cm.

Quando solicitado exame complementar, os exames descritos no prontuário foram agrupados em: exames para avaliação de doenças auto-imunes, exames carências, exames pré-operatórios, exames de imagem e sorologias.

Foi avaliada a concordância entre diagnóstico inicial e final, através da comparação da hipótese clínica de diagnóstico e descrição histopatológica. Foram considerados compatíveis quando as lesões citadas como hipótese apresentavam características clínicas compatíveis a descrição histológica. Foi considerado sem concordância em casos que não foi estabelecida hipótese diagnóstica ou que as hipóteses não correspondiam. Tal avaliação não foi aplicada quando não foi realizada biópsia e análise histopatológica.

Em casos em que havia mais de uma lesão foi avaliada a lesão principal, já que esta era a que geralmente apresentava mais dados descritos, como: lesão fundamental, tamanho e etc.

Os dados levantados foram transcritos e analisados em um banco de dados no programa Microsoft Excel 2011® e serão mensuradas descritivamente, mediante valores absolutos e relativos (percentuais), já que se tratam de resultados preliminares.

RESULTADOS

Dentre os 1.039 prontuários avaliados do serviço de estomatologia CEO Santa Marta, 886 tratavam de pacientes com presença de lesão no momento da consulta, sendo apenas estes utilizados para a análise.

A amostra foi composta por 553 pacientes do sexo feminino (62,5%) e 313 do sexo masculino (35,5%). Em 20 prontuários não havia informação referente a sexo (2%). A idade dos pacientes variou de 08 meses a 96 anos, com média de 46,97 anos e desvio padrão de +- 21,29.

Quanto ao grupo racial 294 pacientes eram da raça branca (33%), 29 negros (3,5%) e 12 pardos (1,5%). Em 551 prontuários esta informação não estava preenchida, correspondendo a 62% da amostra.

Nos registros avaliados 257 pacientes negaram hábitos (37,68%), 236 pacientes declararam-se tabagistas (34,60%), 36 referiram o uso de álcool (5,28%) e 21 pacientes relataram se expor ao sol com frequência (3,08%). A associação de hábitos foi observada em 97 pacientes que utilizavam álcool e eram tabagistas (14,22%), 25 tabagistas que se expunham ao sol (3,67%), e 10 pacientes que se expunham ao sol e utilizavam bebidas alcoólicas (1,47%). Em 204 prontuários as informações referentes aos hábitos estavam ausentes.

Foram solicitados um total de 557 exames complementares no processo diagnóstico da amostra avaliada, observando que em alguns casos foi necessário a solicitação de mais de um tipo de exame para o mesmo paciente. Foram solicitados 02 exames laboratoriais a fim de avaliar parâmetros sistêmicos em doenças auto-imunes (0,36%) e 128 exames para avaliação de carências vitamínicas com reflexo em sintomatologia oral (22,98%). Solicitou-se 295 exames pré-operatórios (52,96%) e 119 exames de imagem (21,36%). Sorologias foram necessárias em 13 casos (2,33%). Em 394 prontuários não havia descrito se foram ou não solicitados exames.

As lesões fundamentais estão expostas na tabela 01. A lesão fundamental mais relatada foi o nódulo, seguido de placa, úlcera, mancha, pápula, bolha, erosão e vesícula. Não foi citada a lesão fundamental em 304 prontuários analisados.

Tabela 01 – Lesão fundamental descritas nos prontuários.

Lesão fundamental	N	%
Nódulo	291	50,0
Placa	98	16,84
Úlcera	65	11,17
Mancha	53	9,11
Pápula	45	7,73
Bolha	18	3,09
Erosão	10	1,72
Vesícula	02	0,34
Total	582	100%

Os sítios mais acometidos por lesões em nosso estudo estão expostos na tabela 02. A língua (dorso, bordas e ventre) foi o sítio mais afetado, seguido de lábio inferior, mucosa jugal, gengiva inferior, palato duro, gengiva superior, soalho bucal, região intra-óssea, lábio superior, palato mole, região extra oral, parótida e pilar amigdaliano. Lesões que se estendem

por mais de um sítio foram agrupadas, totalizando 31 lesões descritas como ocupando dois sítios e 09 localizadas em mais de dois sítios. Em 197 prontuários não havia descrição de localização e em 33 a localização foi considerada inconsistente ou incompleta, não permitindo a definição do local exato da lesão.

Tabela 02 - Localização das lesões diagnosticadas no CEO Santa Marta.

Sítio	N	%
Língua	130	18,87%
Lábio Inferior	121	17,56%
Mucosa jugal	108	15,67%
Gengiva Inferior	71	10,30%
Palato Duro	66	9,58%
Gengiva superior	48	6,97%
Soalho bucal	24	3,48%
Intra-ósseo	17	2,47%
Lábio superior	13	1,89%
Palato Mole	10	1,45%
Região Extra Oral	3	0,44%
Glândula parótida	3	0,44%
Pilar amigdaliano	2	0,29%
Dois ou mais sítios	40	5,81%
Incompleta / Inconsistente	33	4,79%
Total	689	100,00%

As lesões foram classificadas de acordo com seu tamanho em cinco grupos. Em 175 prontuários as lesões foram descritas como medindo de 0 a 5 mm (34,43%), 150 descritas como medindo 06 mm a 1,0 cm (30,36%), 76 medindo 1,0 a 2,0 cm (15,38%), 42 medindo 2,0 a 4,0 cm (8,50%) e 51 com tamanho maior de 4,0 cm (10,32). Esta informação não estava presente em 392 prontuários.

As hipóteses de diagnóstico inicial foram analisadas e estão expostas na tabela 03, classificadas em grupos, de acordo com seu comportamento clínico e histológico. As hipóteses de diagnóstico mais prevalentes neste estudo foram Hiperplasia Inflamatória (14,96%), Mucocele (7,13%), Síndrome da Ardência Bucal (5,23%), Fibroma (4,75%), Ceratose friccional (3,68%), Líquen Plano (3,44%), CEC (3,21%), Granuloma Piogênico (3,09%), Papiloma (2,85%) e Candidíase (2,61%). Já os diagnósticos histopatológicos (tabela 04) mais encontrados foram: Hiperplasia Inflamatória (28,15%), Mucocele (13,03%), Fibroma (9,24%), CEC (7,56%), Papiloma (6,72%), Líquen Plano (4,26%), Granuloma

Piogênico (3,78%), Hiperceratose (3,36%), Hiperplasia Epitelial (2,10%), Displasia Epitelial e Fibroma Ossificante Periférico (Ambos com 1,68%).

Tabela 03 – Diagnóstico clínico

Diagnóstico Clínico	N	%
Mediadas imunologicamente		
Líquen Plano	29	3,44%
Aftas	13	1,54%
UAR	5	0,59%
Pênfigo	5	0,59%
Síndrome de Sjogren	1	0,12%
Potencialmente malignas		
Leucoplasia	20	2,38%
Queilite actínica	18	2,14%
Displasia epitelial	3	0,36%
Malignas		
CEC	27	3,21%
Sarcoma de Kaposi	1	0,12%
Infeciosas		
Candidíase	22	2,61%
Herpes	10	1,19%
Sífilis	8	0,95%
Glossite romboidal mediana	5	0,59%
Verruga Vulgar	4	0,48%
Queilite angular	1	0,12%
Alterações das glândulas salivares		
Mucocele	60	7,13%
Rânula	8	0,95%
Sialolitíase	6	0,71%
Sialodenite	4	0,48%
Adenoma Pleomórfico	4	0,48%
Hiposalivação	1	0,12%
Hipertrofia de glândula salivar	1	0,12%
Patologia de glândula não especificada	1	0,12%
Lesões Reacionais e Inflamatórias de tecidos moles		
Hiperplasia inflamatória	126	14,96%
Fibroma	40	4,75%
Ceratose friccional	31	3,68%

Granuloma piogênico	26	3,09%
Lesão traumática	19	2,26%
Hiperplasia papilomatosa	11	1,31%
Úlcera traumática	8	0,95%
Hiperplasia da papila	5	0,59%
Fibroma ossificante periférico	3	0,36%
Mucosite	1	0,12%

Neoplasia de tecido mole

Papiloma	24	2,85%
Hemangioma	12	1,43%
Linfangioma	2	0,24%
Névus	2	0,24%
Lipoma	1	0,12%
Neurilemoma	1	0,12%

Lesões Benignas dos Maxilares (císticas, tumorais e inflamatórias)

Lesão periapical / periapicopatias	15	1,78%
Fístula	11	1,31%
Lesão cística	8	0,95%
Nódulo submucoso/ subcutâneo	4	0,48%
Cisto traumático	2	0,24%
Lesão central de células gigantes	2	0,24%
Granuloma não especificado	2	0,24%
Ameloblastoma	1	0,12%
Cisto sebáceo	1	0,12%
Cisto dentífero	1	0,12%

Variações de Normalidade e Distúrbios de desenvolvimento

Língua Geográfica	16	1,90%
Estrutura anatômica	15	1,78%
Tórus	15	1,78%
Pigmentação melânica	12	1,43%
Processo cicatricial	11	1,31%
Anquiloglossia	9	1,07%
Grânulos de Fordyce	6	0,71%
Língua Despapelada	6	0,71%
Língua Fissurada	5	0,59%
Lesão Vascular	4	0,48%
Prognatismo	3	0,36%
Lábio Duplo	2	0,24%
Fenda palatina	1	0,12%
Úvula Hipertrófica	1	0,12%

Alterações ósseas		
Espícula óssea	5	0,59%
Alveolite	1	0,12%
Atrofia do rebordo	1	0,12%
Esclerose óssea	1	0,12%
Hipertrofia do rebordo alveolar	1	0,12%
Osteoma	1	0,12%
Osteomielite	1	0,12%
Sequestro ósseo	1	0,12%
Patologia óssea	1	0,12%
Alteração dos dentes e gengiva		
Doença periodontal	7	0,83%
Alterações relacionadas a dentição	5	0,59%
Raiz residual	3	0,36%
GUNA	1	0,12%
Síndrome da Ardência Bucal		
SAB	44	5,23%
Outros		
Tatuagem por amálgama	11	1,31%
Mordiscamento	9	1,07%
Úlcera Inespecífica	7	0,83%
DTM	4	0,48%
Nevralgia	4	0,48%
Halitose	3	0,36%
Linfadenopatia	2	0,24%
Assimetria facial	1	0,12%
Calcificação da carótida	1	0,12%
Caseum	1	0,12%
Disfalgia	1	0,12%
Leucoedema	1	0,12%
Leucoplasia pilosa	1	0,12%
Supuração de papila foliácea	1	0,12%
Total	842	100,00%

Tabela 04 – Diagnóstico Histopatológico

Diagnóstico Histopatológico	N	%
Mediadas Imunologicamente		
Líquen Plano	11	4,62%
Pênfigo	1	0,42%

Potencialmente malignas		
Displasia Epitelial	4	1,68%
Leucoplasia com displasia	1	0,42%
Queilite actínica	1	0,42%
Malignas		
CEC	18	7,56%
Carcinoma de Pele	1	0,42%
Carcinoma Mucoepidermóide	1	0,42%
Linfoma Plasmablástico	1	0,42%
Infeciosas		
Herpes	1	0,42%
Paracoco	1	0,42%
Sífilis	1	0,42%
Verruga vulgar	1	0,42%
Alterações das glândulas salivares		
Mucocele	31	13,03%
Adenoma Pleomórfico	1	0,42%
Sialolitíase	1	0,42%
Lesões Reacionais e Inflamatórias de tecidos moles		
Hiperplasia inflamatória	67	28,15%
Fibroma	22	9,24%
Granuloma Piogênico	9	3,78%
Hiperceratose	8	3,36%
Hiperplasia Epitelial	5	2,10%
Fibroma ossificante periférico	4	1,68%
Fibroma ossificante	3	1,26%
Inflamação crônica	3	1,26%
Cisto periapical inflamatório	1	0,42%
Linfonodo reacional	1	0,42%
Inflamação granulomatosa	1	0,42%
Neoplasia de tecido mole		
Hemangioma	1	0,42%
Linfangioma	2	0,84%
Lipoma	3	1,26%
Papiloma	16	6,72%
Neurilemoma	1	0,42%
Neoplasia de origem benigna	1	0,42%
Lesão Fibro óssea benigna	1	0,42%
Pólipo fibroepitelial	1	0,42%
Ceratoacantoma	1	0,42%

Lesões Benignas dos Maxilares (císticas, tumorais e inflamatórias)		
Ceratocisto	1	0,42%
Cisto epidermóide	1	0,42%
Folículo pericoronário	1	0,42%
Inconclusivo	1	0,42%
Lesão de células gigantes	1	0,42%
Membrana Cística	1	0,42%
Tumor de células granulares	1	0,42%
Alterações ósseas		
Odontoma complexo	1	0,42%
Osteoblastoma	1	0,42%
Outros		
Pigmentação exógena	1	0,42%
Tecido epitelial de revestimento hiperplásico, presença de tecido de granulação e glândulas salivares menores subjacentes	1	0,42%
Total	238	100,00%

Para definição da compatibilidade diagnóstica utilizou-se a comparação da hipótese de diagnóstico com o laudo histopatológico da peça de biópsia (Tabela 05). Em 652 prontuários não foi possível aplicar esta análise.

Tabela 05 – Análise da compatibilidade entre diagnóstico clínico e histopatológico

Compatibilidade	N	%
Compatível	215	90,3
Não compatível	23	9,7
TOTAL	238	100

Na amostra utilizada neste estudo, observou-se o diagnóstico, confirmado histopatologicamente, de dezoito carcinomas de células escamosas. Ao estabelecer o perfil dos pacientes diagnosticados, nota-se que a idade média foi de 51,38 anos de idade, com desvio padrão de +- 15,9. O grupo racial estava ausente em 13 prontuários e 05 declaravam-se brancos. Dentre esse grupo, 03 pacientes eram do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Quanto aos hábitos, em 01 prontuários este dado estava ausente, 01 negou hábitos e os demais, 16 pacientes, eram tabagistas. Dos pacientes que se declararam tabagistas, 12 consumiam bebidas alcólicas e 01 se expunha ao sol com frequência. Em dois prontuários os pacientes não apresentavam queixas e em 16 casos a queixa estava presente. A lesão fundamental não foi descrita em 03 prontuários, nódulo foi descrito em 02 prontuários, placa

em 01, e úlcera nos outros 12 prontuários. A localização do CEC estava ausente em dois prontuários. A lesão estava restrita há 01 sítio em 11 casos, destes a língua foi a região mais acometida, seguida de soalho bucal, lábio inferior e mucosa gengival. Em 05 casos a lesão já estava acometendo mais de um sítio. Em dois casos a lesão ocupou gengiva e mucosa jugal, também em dois casos, estendia-se em língua e soalho bucal e em um caso em palato mole e mucosa jugal. Em cinco prontuários o tamanho da lesão no momento da primeira consulta não estava descrito. Nos demais, observou-se que em um a lesão mediu de 06 mm a 1,0 cm, em cinco o tamanho foi entre 1,0 a 2,0 cm, em três casos a lesão teve de 2,0 a 4,0 cm e em quatro casos mediu mais de 4,0 cm. Quando comparado o diagnóstico clínico com o histológico teve-se uma concordância de 89%. A não concordância entre hipóteses ocorreu em 11% dos casos.

DISCUSSÃO

A avaliação da prevalência das lesões que acometem o sistema estomatognático é de extrema importância, uma vez que, os dados fornecidos refletem diretamente na conduta do cirurgião dentista, na busca ativa por grupos de risco e nas campanhas de prevenção. Diversos estudos foram realizados em diferentes serviços afim de estabelecer a prevalência de lesões orais que afetam a população. Esses estudos buscam elucidar o perfil dos pacientes atendidos em universidades, serviços de nível secundário e terciário, considerando as diferenças das populações que acessam cada um desses níveis e dos profissionais inseridos nesses contextos. Deve-se considerar também que a frequências das lesões orais possuem diferenças geográficas, e no Brasil, país que possui diversidade econômica, cultural e demográfica entre as regiões, é necessário que sejam obtidas informações referentes as suas sub-regiões¹⁴.

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a prevalência de lesões bucais diagnosticadas e tratadas no CEO de Estomatologia Santa Marta de julho de 2008 a julho de 2017. Observamos como hipóteses de diagnóstico mais prevalentes em nosso estudo a Hiperplasia inflamatória (14,96%), Mucocele (7,13%), Síndrome da Ardência Bucal (5,23%), Fibroma (4,75%), Ceratose friccional (3,68%) e como diagnóstico histopatológico encontramos: Hiperplasia inflamatória (28,15%), Mucocele (13,03%), Fibroma (9,24%), CEC (7,56%), e Papiloma (6,72%).

Nosso estudo, realizado em um centro de especialidades odontológicas, que se encontra no nível secundário de serviço odontológico ofertado pelo Sistema Único de Saúde, mostrou que a população atendida corresponde principalmente a pacientes do sexo feminino (62,5%), o que corrobora com os dados fornecidos pela literatura, e que podem ser explicados pela procura mais expressiva de mulheres aos serviços de saúde. A média de idade 46,97 anos encontrada em nosso estudo foi muito semelhante a estudo que avaliou um CEO de estomatologia, localizado em Tubarão – SC, que apresentou média de idade de 47,2 anos¹².

Observa-se que da amostra analisada 34,60% dos pacientes eram só tabagistas, 14,22% eram tabagistas e ingeriam bebida alcoólica e 3,67% utilizavam tabaco e se expunham ao sol com frequência. Desta forma 52,49% da amostra analisada estava exposta ao tabaco, número duas 2 vezes maior do que o encontrado na amostra de Santos et. al (2013) (22,5%)¹⁵. Encontra-se superior também, aos resultados de um estudo realizado em outro CEO de estomatologia de Porto Alegre, em que 26,7% da amostra foi composta por tabagista. Este mesmo estudo corrobora o dado já consagrado referente a relação entre tabagismo e tumores malignos e lesões potencialmente malignas^{16,19}. Tal situação deve ser considerada com cautela, uma vez que Porto Alegre é a primeira capital em número de fumantes no país¹⁷.

Nossos resultados corroboram com o encontrado em estudo que avaliou 8.875 diagnósticos histopatológicos orais realizados pelo Serviço de Diagnostico Oral da Disciplina de Patologia Bucal da FOP/UNICAMP, verificando um maior número de lesões reativas ou infecciosas tais como hiperplasias fibrosas (26%), lesões periapicais (11%) e periodontites (10%)¹⁴. Melo et. al. (2013) também obtiveram resultados semelhantes ao do nosso estudo, já que ao avaliarem 128 laudos histopatológicos laudos da Universidade Tiradentes, elaborados no período entre 2002 e 2010, encontraram com maior frequência, em ordem decrescente, os seguintes diagnósticos: hiperplasia fibrosa inflamatória, mucocele, cisto radicular, fibroma, odontoma composto, displasia epitelial e carcinoma espinocelular¹⁸.

Destacamos que em nossa amostra foi observado um número elevado de hipótese diagnóstica de Síndrome da ardência bucal, representando 5,23% do número total de lesões descritas. Em estudo analisando 301 diagnósticos finais de pacientes atendidos na Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da UNIP, a Síndrome da ardência bucal representou apenas 0,61% dos diagnósticos¹⁵. A SAB é descrita pelo paciente como sensação de ardência da mucosa oral na ausência de alterações clinicamente visíveis. As mulheres são 04 a 07 vezes mais susceptíveis que os homens e a síndrome costuma se desenvolver após os 30 anos de idade, ocorrendo geralmente 3 a 12 anos após a menopausa. Vários fatores vêm sendo associados como causa dessa condição, mas nenhum deles foi comprovado. A alta

frequência de uso de antidepressivos e ansiolíticos aponta para a comum ocorrência de distúrbios psíquicos entre esses indivíduos. Tais fatos, tornam o manejo clínico do paciente portador desta síndrome uma tarefa difícil. A população que estudamos enquadra-se na faixa etária e gênero mais acometido, ressaltando a necessidade pela busca das melhores condutas, além da avaliação dos fatores que podem estar associados a estes números elevados^{19,20}.

O câncer bucal, como problema de saúde pública, torna essencial que o cirurgião dentista volte sua atenção ao diagnóstico precoce desta doença, uma vez que quando diagnosticado em fase inicial a morbidade do tratamento é reduzida e o tempo de sobrevivência aumentado. Segundo dados do INCA, em 2016, estimava-se 15.490 novos casos de câncer de boca no Brasil, sendo 11.140 em homens e 4.350 em mulheres. O número de mortes estimada em decorrência desta lesão em 2013 foi de 5.401, sendo 4.223 homens e 1.178 mulheres (INCA)²¹. O carcinoma espinocelular foi a lesão maligna mais observada em nosso estudo, corroborando com os achados da literatura e representou 7,56% da amostra^{14,15,19,22}. Essa frequência apresenta-se alta, quando comparado com o estudo de Santos et al (2013) que detectou uma prevalência de carcinomas espinocelulares de 2,43%. Vaz e colaboradores (2011) também apontam uma baixa prevalência desta lesão, correspondendo a 2,5% da amostra. O estudo de Fregnani (2003) apresentou dados mais semelhantes ao nosso, já que o carcinoma espinocelular foi responsável por 5% dentre todos os casos e 86% de todas as neoplasias malignas^{15,22,14}.

O perfil dos pacientes com câncer de boca avaliados em nosso estudo segue o consagrado pela literatura: homens, de idade mais avançada, tabagistas e consumidores de bebidas alcóolicas¹⁹. Observa-se grande parte das lesões de carcinoma espinocelular foi diagnosticada em tamanhos maiores de 04 cm, que pode ser explicado pelo fato da lesão ser inicialmente indolor, levando o paciente a procurar os serviços de saúde após certa evolução da lesão. Em uma revisão de literatura, verificou-se um predomínio das lesões na língua (32,7%), seguido pelo assoalho bucal (23,3%). A lesão foi predominantemente encontrada em feodermas, entre a 5ª e a 7ª décadas de vida. No momento do diagnóstico, a maioria dos pacientes se encontrava em estágio avançado da lesão (III ou IV)²³.

Conhecer o perfil dos pacientes atendidos no serviço é necessário para auxiliar o direcionamento das campanhas de prevenção, especialmente em populações com características socioeconômicas e culturais diversificadas. Importante destacar que, neste contexto, é realizado no Rio Grande do Sul, com ênfase na capital Porto Alegre, a campanha Maio Vermelho, iniciada em 2011, visando a detecção e diagnóstico precoce do câncer bucal,

além da realização de capacitações para os dentistas da rede, buscando proporcioná-los autonomia e segurança na identificação de lesões malignas e potencialmente malignas.

Ao compararmos as hipóteses de diagnóstico com o laudo histopatológico disponível nos prontuários, obtivemos uma compatibilidade de 90,1%. Esta concordância é muito maior do que a apontada pelo estudo de Vaz et al. (2011), que analisou 3.549 laudos arquivados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP-UPE), nos anos de 1999 a 2009, obtendo uma coincidência de resultados de 46%. Nosso dado apresenta compatibilidade maior, também, que o estudo de Aquino et. al (2010), em que a concordância correspondeu a 78,5%^{22 24}.

Mendez et al. (2016) avaliaram a taxa de concordância entre diagnósticos clínicos e histopatológicos de 5.368 espécimes submetidas a análise histopatológica na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e observaram uma maior taxa de concordância para lesões periapicais (92,6%), seguidas de distúrbios potencialmente malignos (90,1%) e distúrbios proliferativos não neoplásicos (89,3%). Este estudo aponta para a utilização de critério flexíveis na comparação entre diagnósticos. Nosso estudo utilizou critérios semelhantes, por exemplo, uma vez que o diagnóstico inicial fosse dado como uma lesão específica e o histopatológico não correspondesse exatamente a esta entidade, mas sim a outra da mesma categoria de diagnóstico, consideramos como acordo entre clínico e histopatológico²⁵.

Quanto a compatibilidade de diagnóstico específica para CEC, o estudo de Vaz et al (2011), apresentou concordância de 31,5% entre diagnóstico clínico e histopatológico, dado inferior ao obtido em nosso estudo, que foi de 89%²². Tal fato, pode ser explicado devido a experiência do profissional, especialista em Estomatologia, que realiza os atendimentos no CEO Santa Marta, sendo que os dados apresentados nesse trabalho são referentes a atuação do mesmo profissional, que esteve à frente do serviço entre os anos de 2008 a 2017.

CURRA et al. (2016) também avaliaram a concordância entre diagnósticos baseados no exame clínico e em análise histopatológica, através da análise retrospectiva de espécimes de biópsias labiais, registrados entre os anos de 1946 e 2011, no laboratório de patologia da UFRGS. Seus resultados demonstram que o o exame clínico apresenta precisão de 81,9% para distúrbios potencialmente malignos e de 98,9% para lesões malignas, ressaltando o alto grau de precisão e confiabilidade do exame clínico, o que reforça a importância de um exame inicial adequado, pautando a realização de biópsia e/ ou outros exames complementares quando necessário²⁶.

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes atendidos, a prevalência das lesões e a compatibilidade de diagnóstico clínico e histopatológico são importantes, em diversos aspectos, para o serviço que está sendo avaliado.

Os pacientes atendidos no CEO de Estomatologia Santa Marta foram, em maioria, do sexo feminino, correspondendo a 62,5% do total de pacientes avaliados. Quanto a idade, notou-se amostra bastante heterogênea, variando de 08 meses a 96 anos de idade.

Concluimos que no serviço avaliado a grande maioria das lesões diagnosticadas apresentava comportamento benigno. Os diagnósticos clínicos mais prevalentes foram: a Hiperplasia Inflamatória (14,96%), Mucocele (7,13%), Síndrome da Ardência Bucal (5,23%), Fibroma (4,75%), Ceratose friccional (3,68%). Os diagnósticos estabelecidos através de análise histopatológica apresentaram maior prevalência de Hiperplasia inflamatória (28,15%), Mucocele (13,03%), Fibroma (9,24%), CEC (7,56%), Papiloma (6,72%).

O Carcinoma Espinocelular esteve entre os cinco diagnósticos histopatológicos mais prevalentes. O perfil dos pacientes diagnosticados com esta lesão aponta para prevalência acentuada de pacientes do sexo masculino, adeptos ao tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, ressaltando a importância das campanhas de prevenção, esclarecimento dos fatores de risco aos pacientes e do diagnóstico precoce nessa população.

A compatibilidade entre diagnóstico clínico e histopatológico em nosso trabalho foi alta (90,3%), inclusive para os casos de lesão maligna (89%). Tal fato reforça a importância de um exame clínico realizado com cautela, a fim de construir o processo diagnóstico, realizando biópsia quando necessário, manejar o corretamente o caso e oferecer o melhor tratamento ao paciente.

REFERENCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Acesso em 20 de jul 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. SUS: A Saúde no Brasil. Brasília, 2009. Acesso em 20 de jul de 2017. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: SUS princípios e conquistas. Brasília, 2000. Acesso em 25 de jul 2017. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.17).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Acesso em 15 de jul 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo.
7. DÖRR, Guilherme Daniel; GRECCA, Fabiana Soares; DO AMARAL GIORDANI, Jessye Melgarejo. Avaliação dos atendimentos endodônticos em um Centro de Especialidades Odontológicas em Porto Alegre, RS. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 3, p. 85-95, 2016.
8. DE AZEVEDO MACHADO, Flávia Christiane; VALDEVINO SILVA, Janmille; FERNANDES FERREIRA, Maria Ângela. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2015.

9. ROHDEN, Nilse Terezinha, COSTA, Alexadre Marino, SILVA Maria Luciana Biondo Silva. Análise sobre a Inserção da Especialidade de Estomatologia do Hospital Universitário no Sistema de Regulação de Florianópolis e seus Benefícios na Prática Odontológica. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v.13. Acesso em 20 de jul de 2017. Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Volume-13-Artigo02.pdf>
10. OLIVER, R. J.; SLOAN, P.; PEMBERTON, M. N. Verifiable CPD paper: Oral biopsies: methods and applications. **British Dental Journal**, v. 196, n. 6, p. 329-333, 2004.
11. SILVA, Thiago Fernando de Araújo et al. Levantamento das biópsias realizadas no Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 11, n. 2, p. 91-100, 2011
12. KNIEST, Greicy et al. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). **RSBO (Online)**, v. 8, n. 1, p. 13-18, 2011.
13. PORTO ALEGRE. Relatório de Gestão 3o quadrimestre 2016. Fev, 2016. Acesso em 05 de ago 2017. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao_3quadrimestre_2016.pdf.
14. FREGNANI, Eduardo Rodrigues et al. Avaliação epidemiologica de 8.875 diagnosticos histopatologicos orais realizados pelo Serviço de Diagnostico Oral da Disciplina de Patologia Bucal da FOP/UNICAMP em um periodo de 32 anos. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Odontologia de Piracicaba) 2003.
15. DE CARVALHO SANTOS, Marcia Mirolde Magno et al. Estudo retrospectivo das lesões bucais na clínica de Estomatologia da Universidade Paulista (UNIP). Estudo

- retrospectivo das lesões bucais na clínica de Estomatologia da Universidade Paulista (UNIP). **J Health Sci Inst.** 2013;31(3):248-53
16. VOLKWEIS, Maurício Roth; GARCIA, Roberta; PACHECO, Cassiano Adames. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 58, n. 1, p. 21-25, 2010.
 17. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em 18 de out. de 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.
 18. MELO, Auremir Rocha et al. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas no laboratório de patologia bucal da Universidade Tiradentes (2002-2010). **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 13, n. 2, p. 109-114, 2013.
 19. NEVILLE, Brad et al. **Patologia oral e maxilofacial**. Elsevier Brasil, 2009.
 20. CHERUBINI, Karen et al. Síndrome da ardência bucal: revisão de cem casos. **Revista Odonto Ciência**, v. 20, n. 48, p. 109-113, 2005.
 21. BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. Acesso em 19 de nov. de 2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/08/numero-de-adultos-fumantes-no-brasil-cai-20-em-seis-anos>.
 22. VAZ, Daniela de Almeida et al. Concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos do Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. **RPG. Revista de Pós-Graduação**, v. 18, n. 4, p. 236-243, 2011
 23. BRENER, Sylvie et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Rev bras cancerol**, v. 53, n. 1, p. 63-9, 2007

24. AQUINO, Sibeles Nascimento de et al. Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões bucais. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 58, n. 3, p. 345-349, 2010.
25. MENDEZ, Marina et al. Agreement between clinical and histopathologic diagnoses and completeness of oral biopsy forms. **Brazilian oral research**, v. 30, n. 1, 2016.
26. CURRA, Marina et al. Accuracy of clinical diagnosis for the identification of potentially malignant disorders and malignant lip lesions. **Brazilian oral research**, v. 30, n. 1, 2016.