



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



ANNA LUIZA DANTAS DA COSTA PEREIRA

**ESTUDO PROSPECTIVO CLÍNICO-HISTOPATOLÓGICO DAS
LESÕES PROLIFERATIVAS NÃO NEOPLÁSICAS DE TECIDOS
MOLES DA CAVIDADE BUCAL**

**UBERLÂNDIA
2018**

ANNA LUIZA DANTAS DA COSTA PEREIRA

**ESTUDO PROSPECTIVO CLÍNICO-HISTOPATOLÓGICO DAS
LESÕES PROLIFERATIVAS NÃO NEOPLÁSICAS DE TECIDOS
MOLES DA CAVIDADE BUCAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
a Faculdade de Odontologia da UFU, como
requisito parcial para obtenção do título de
Graduada em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. João César Guimarães
Henriques.

Co-orientador: Prof. Dr. Sergio Vitorino
Cardoso

UBERLÂNDIA
2018

AGRADECIMENTOS

Sou imensamente grata a Deus Aquele que esteve comigo nos momentos de glórias e desalento. Ele que sustenta e me fez vencer mais uma etapa.

Sou grata aos meus pais Andréa e Amilton por todo amor e incentivo nas horas de aflições. Agradeço aos meus irmãos, Rachel e Ayrton, Meu Namorado Rafael, e minha Tia Mone, pessoas que motivaram e viveram este sonho comigo.

Agradeço ao meu Professor e orientador João César por toda atenção, paciência e ensinamentos, o qual possibilitou com que eu realizasse este trabalho.

Ao Professor Sérgio Cardoso, pela coorientação e pela revisão do trabalho até sua versão final.

Agradeço a esta faculdade e todo o corpo docente que me proporcionaram todo ensinamentos necessário, para que nós, alunos pudéssemos alcançar nosso objetivo.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FAPEMIG), pelo suporte financeiro para o desenvolvimento deste trabalho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
3. MATERIAL E MÉTODO	13
4. RESULTADOS.....	15
5. CONCLUSÕES.....	26
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXO 1.....	30
ANEXO 2.....	34
ANEXO 3.....	36
ANEXO 4.....	37

RESUMO

A cavidade oral é sabidamente acometida por uma série de alterações patológicas, além das mais comuns e conhecidas representadas pelas cáries e doenças periodontais. Por exemplo, lesões proliferativas não-neoplásicas (LPNN) constituem uma variedade comum e extensa de doenças que surgem com frequência na mucosa da boca, comumente em resposta a traumas físicos ou a agressões microbiológicas. Nesse grupo de lesões reativas, verificam-se diversas doenças com características clínicas e histopatológicas específicas, destacando-se as hiperplasias reacionais, o granuloma piogênico, e a lesão/ granuloma periférico de células gigantes. Não obstante serem doenças comuns, a literatura sobre as LPNN da boca é relativamente escassa e por vezes confusas pela utilização de diferentes termos. Assim, o presente estudo tem o objetivo de descrever a casuística de LPNN de um centro de referência no diagnóstico e tratamento de doenças bucomaxilofaciais, de forma prospectiva, confrontando os achados clínicos e histopatológicos com a literatura pertinente a essas doenças.

Palavras-chaves: Manifestações de boca, Patologia, Diagnóstico Diferencial.

1. INTRODUÇÃO

A Estomatologia é uma especialidade odontológica destinada ao diagnóstico e tratamento de um vasto número de enfermidades (BRASIL, 2012). Essas abrangem desde doenças simples e corriqueiras como as ulcerações aftosas recorrentes até neoplasias malignas que podem eventualmente determinar o óbito dos indivíduos acometidos (NEVILLE et al., 2009; REGEZI, SCIUBBA e JORDAN, 2012).

As lesões proliferativas não-neoplásicas da cavidade bucal são originadas basicamente a partir de processos irritativos locais, que por sua vez estimulam o crescimento hiperplásico tecidual, daí resultando um grupo formado por uma extensa variedade de lesões altamente prevalentes e de importância significativa para a Odontologia, de forma que, especialmente, o cirurgião-dentista deve estar devidamente capacitado para conhecê-las, diagnosticá-las e tratá-las adequadamente (NEVILLE et al., 2009; REGEZI, SCIUBBA e JORDAN, 2012; RAIZADA et al., 2016; BHARATHI et al., 2016; DA SILVA et al., 2016).

Apesar da posição de destaque em que se encontra, este grupo de enfermidades apresenta características clínicas e microscópicas peculiares que com frequência são confundidas pelos profissionais (DA SILVA et al., 2016; KADEH et al., 2016; SALARIA et al., 2015; MARLA et al., 2016; SCHMIDT et al., 2016).

Diante da elevada frequência de lesões periféricas não-neoplásicas que acometem a cavidade bucal e da eventual divergência literária quanto aos aspectos clínicos e histopatológicos característicos destas lesões, entendemos ser de grande importância um estudo que permita o acompanhamento prospectivo de pacientes acometidos pelas lesões mencionadas, para que os dados obtidos possam ser confrontados com os contrastes das fontes literárias atuais, especialmente no tocante às características clínicas e histopatológicas, de forma a auxiliar a melhor definição de conduta por parte do cirurgião-dentista.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As lesões proliferativas não-neoplásicas da cavidade oral são enfermidades altamente prevalentes e de grande importância para o cirurgião-dentista, que por sua vez tem a obrigação profissional de conhecê-las, diagnosticá-las e tratá-las adequadamente (NEVILLE et al., 2009; REGEZI, SCIUBA e JORDAN, 2012; ; RAIZADA et al., 2016; BHARATHI et al., 2016; DA SILVA et al., 2016; PANTA e PAN, 2015; NETOUEI et al., 2016; BABU e HALLIKERI, 2017; DUTRA et al., 2018; SANGLE et al., 2018).

Na mucosa bucal, destacam-se como lesões proliferativas não-neoplásicas, em frequência decrescente, entidades patológicas caracterizadas por hiperplasia de tecido fibroso, hiperplasia vascular, ou ainda pela presença de células gigantes (BRAZÃO-SILVA et al., 2014; BABU e HALLIKERI, 2017; DUTRA et al., 2018; SANGLE et al., 2018). A nomenclatura dessas lesões é, todavia, bastante variada na literatura, em especial quando se trata das lesões caracterizadas por fibrose. Por exemplo, duas obras de referência no estudo das doenças bucomaxilofaciais denominam as lesões hiperplásicas fibrosas como “fibroma” (“hiperplasia fibrosa focal”) e “hiperplasia fibrosa inflamatória” (NEVILLE et al., 2014) ou como “fibroma” ossificante, odontogênico, de células gigantes / fibroblastoma) “periférico”, “hiperplasia fibrosa focal” e “hiperplasia fibrosa induzida por prótese” (REGEZI, SCIUBA E JORDAN, 2012). Um tratado mais extenso sobre Patologia das doenças de cabeça e pescoço reconhece as seguintes lesões: “hiperplasia fibrosa induzida por prótese”, “hiperplasia papilar inflamatória”, “fibroma de irritação” (“hiperplasia fibrosa focal”), e “fibroma de células gigantes” (BARNES, 2009). Não obstante os variados termos, verifica-se que a nosologia dessas doenças decorre de sua composição tecidual (“fibrose”, “inflamação”, e variantes “ossificante”, “odontogênico”, “células gigantes”) e de características clínicas (“prótese”, “focal”, “periférico”). Da mesma maneira, o granuloma piogênico – lesão proliferativa não-neoplásica da mucosa bucal que se caracteriza por hiperplasia vascular – é também denominado de hemangioma capilar lobular, e a lesão periférica de células gigantes – terceira lesão desse grupo em frequência – também é por vezes denominada como “granuloma periférico de células gigantes” (NEVILLE et al., 2014; REGEZI, SCIUBA E JORDAN, 2012; BARNES, 2009). Dessa forma, é relevante compreender as principais características de cada uma dessas doenças.

As lesões proliferativas não-neoplásicas de natureza fibrosa da mucosa bucal mostram um padrão histopatológico comum, com algumas variações menores e outras mais significativas – a ponto de definirem variantes nosologicamente reconhecidas. De forma geral, tais lesões são caracterizadas por revestimento epitelial estratificado pavimentoso não queratinizado, eventualmente hiperplásico resultando em acantose ou padrão pseudoepiteliomatoso, focalmente queratinizado ou mesmo ulcerado em função da existência e intensidade do fator etiológico traumático. Todavia, a lesão é efetivamente caracterizada – e composta em sua maior parte – pela transformação (acúmulo) de tecido conjuntivo denso, fibroso, permeado por quantidades variáveis de infiltrado de células inflamatórias mononucleares / crônicas (BARNES, 2009). A seguir, serão descritas as características definidoras dessas lesões, tendo como referência a nomenclatura empregada por NEVILLE et al. (2014).

O termo “**fibroma**” deve ser empregado para descrever lesões fibrosas da mucosa bucal que não esteja relacionado a trauma por prótese e que não apresente qualquer peculiaridade histopatológica (fibroblastos gigantes, calcificação metaplásica, epitélio odontogênico, etc.). É mais comum na mucosa da bochecha, onde surge em função de trauma da mordida, de forma que pode também ser chamado de “fibroma de irritação / fibroma traumático”. Surge usualmente como nódulo isolado – e por isso pode ser denominado como “hiperplasia fibrosa focal” –, sésseis ou pediculados, de superfície lisa e de coloração semelhante à mucosa adjacente, por vezes com áreas esbranquiçadas em função de hiperplasia/ hiperqueratose epitelial (NEVILLE et al., 2014).

O “**fibroma de células gigantes**” se destaca dos fibromas convencionais pela presença de fibroblastos muito maiores que o usual, por vezes binucleados e de morfologia estrelada, os quais geralmente são encontrados na porção superficial do tecido fibroso, entre cristas epiteliais alongadas e afiladas. Essa lesão é encontrada com maior frequência em áreas de mucosa queratinizada, em particular na gengiva inserida, mas também no dorso lingual e palato duro, e embora tais sítios sejam áreas relacionadas a maior atrição mecânica há autores que alegam que essa lesão parece não estar relacionada a trauma. É também denominada como “fibroblastoma”. A “papila retrocanina” é uma alteração de desenvolvimento presente em crianças e jovens e rara em idosos que possui o mesmo aspecto histopatológico descrito para o fibroma de células gigantes (NEVILLE et al., 2014).

Já as “**hiperplasias fibrosas inflamatórias**” são lesões que se desenvolvem

em função de trauma provocado pelas bordas de próteses dentárias desadaptadas, quase sempre no fundo do vestibulo bucal e eventualmente na linha média do palato, também em função de trauma por prótese. Manifestam-se frequentemente como cordões fibrosos ao longo da linha de trauma, por vezes com um sulco central em que se adapta a prótese, de forma semelhante a uma fissura. Por isso, são conhecidos também como “epúlides fissuradas”. A ocorrência no palato pode produzir lesão que, pela compressão pela prótese, adquire aspecto peculiar semelhante a uma folha (“fibroma por dentadura semelhante a folha”), conforme ilustrado na Figura 1. O termo “epúlide” é incorretamente utilizado nesse caso, visto que deveria ser aplicado apenas empregado para descrever lesões gengivais ou originadas no rebordo alveolar (NEVILLE et al., 2014).



Figura 1: Hiperplasia fibrosa inflamatória no palato, desencadeada por prótese, de aspecto semelhante a uma folha (“fibroma por dentadura semelhante a folha”). Fonte: Serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Como lesão proliferativa não-neoplásica de natureza fibrosa da mucosa bucal, é ainda importante destacar o “**fibroma ossificante periférico**”. Esta lesão é predominantemente composta por fibrose, todavia com maior celularidade e, caracteristicamente, entremeado por tecido osteóide (não-lamelar, imaturo), de provável natureza metaplásica. Com frequência, apresenta áreas de clara hiperplasia vascular, semelhantes às encontradas no granuloma piogênico. Ocorre de forma restrita no rebordo gengival, como mostrado na Figura 2, e por isso considera-se provável origem a partir do ligamento periodontal (REGEZI, SCIUBBA E JORDAN, 2012; NEVILLE ET AL., 2014).



Figura 2: Fibroma ossificante periférico em gengiva da mandíbula (A). Fonte: Serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Tanto as lesões denominadas como fibromas quanto aquelas denominadas como hiperplasias fibrosas inflamatórias provavelmente representam a maturação de tecido de granulação / hiperplasia vascular precursora, cujo aspecto inicial seria típico do observado em granulomas piogênicos (NEVILLE et al., 2014).

Lesões proliferativas não-neoplásicas de natureza da mucosa bucal que se caracterizam por hiperplasia vascular são denominadas como “**granulomas piogênicos**”, também conhecidas como “hemangiomas lobulares capilares”. Ambos os termos não são perfeitamente adequados para descrever a lesão, tendo em vista que os termos “granuloma” e “hemangioma” são mais propriamente utilizados para descrever processos imunológicos específicos ou neoplasias vasculares. granulomas piogênicos são lesões extremamente comuns, não somente na cavidade bucal mas também na pele. Surgem frente a um agente agressor local, especialmente acúmulo de placa bacteriana. A participação de fatores sistêmicos no surgimento dessa lesão, mais provavelmente hormonal, é evidente pelo fato de surgir com frequência muito maior na puberdade e em período gestacional . (REGEZI, JORDAN E SCIUBBA, 2012; NEVILLE et al., 2014; BRAZÃO-SILVA et al., 2014; RAIZADA et al, 2016; DUTRA et al., 2018). Clinicamente, o granuloma piogênico se apresenta como aumento de volume lobulado, usualmente pediculado. A superfície da lesão é caracteristicamente ulcerada e varia da cor rosa-vermelho ao roxo, dependendo da idade da lesão, com áreas amareladas pela ulceração. Lesões mais antigas tendem a se tornar mais colagenizadas e apresentar coloração rósea. Seu tamanho pode variar de pequenas a grandes. Tipicamente, o crescimento é indolor, embora em geral

sangre facilmente devido à sua extrema vascularização. Na boca, ocorre com maior frequência na margem gengival (REGEZI, JORDAN E SCIUBA, 2012; NEVILLE et al., 2014).

Microscopicamente, o granuloma piogênico é composto por proliferação vascular. Algumas vezes esses vasos são organizados em agregados lobulares, e alguns patologistas requerem esse arranjo lobular para o diagnóstico (“hemangioma capilar lobular”). A superfície é ulcerada e substituída por espessa membrana fibrinopurulenta, apresentando evidente infiltrado inflamatório misto de neutrófilos, plasmócitos e linfócitos. Em algumas lesões pode ser observada fibrose, sugerindo que pode haver maturação do processo de reparo do tecido conjuntivo (REGEZI, JORDAN E SCIUBA, 2012; NEVILLE et al., 2014).

Outra lesão proliferativa não-neoplásica da mucosa bucal é denominada “**lesão periférica de células gigantes**”. Essa lesão se caracteriza pela presença abundante de células mesenquimais de linhagem monocítica, que sofrem fusão e se transformam em células gigantes mononucleadas de aspecto similar a osteoclastos ou a células gigantes tipo corpo estranho. Essa lesão é confinada à gengiva, e sugere-se que tenha origem a partir de células do ligamento periodontal. Seu aspecto histopatológico é praticamente idêntico à lesão central de células gigantes, porém o comportamento da lesão periférica é claramente indolente (PANTA E PAN, 2015; SALARIA et al., 2015; NETOUEI et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2018; LOIN et al., 2018). Por apresentar aspecto de lesão inflamatória, com notável acúmulo de células monocíticas / macrofágicas / osteoclásticas, tal lesão é por vezes conhecida como “granuloma periférico de células gigantes” (REGEZI, JORDAN E SCIUBA, 2012; NEVILLE et al., 2014). A lesão periférica de células gigantes é causada por irritação local na forma de placa bacteriana ou trauma mecânico. Apresenta-se como aumento de volume nodular de coloração que varia do vermelho ao vermelho-azulado como na figura 3. A maioria das lesões têm menos de 2cm de diâmetro, embora grandes lesões sejam vistas, ocasionalmente. A lesão pode ser sésil ou pedunculada, e pode ou não ser ulcerada. (REGEZI, JORDAN E SCIUBA, 2012; NEVILLE et al., 2014).

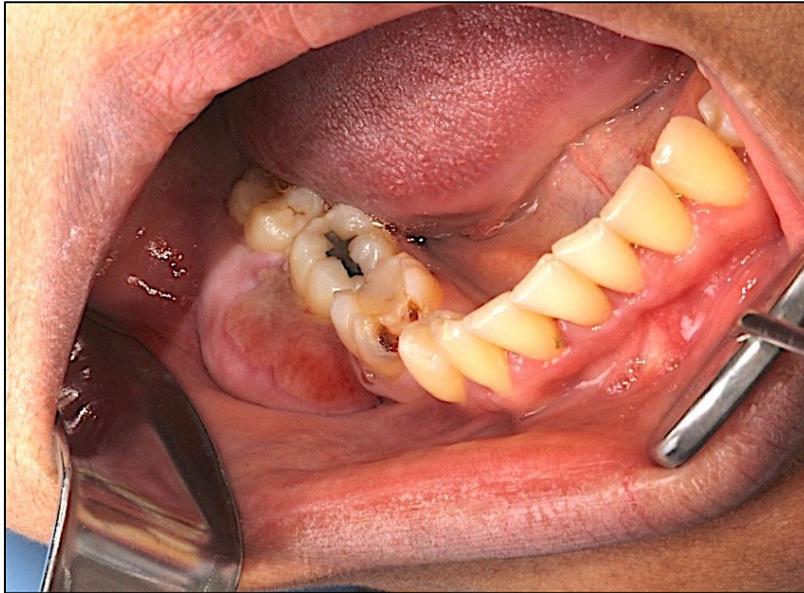


Figura 3 - Lesão periférica de células gigantes de gengiva, presente como massa séssil de coloração vermelho-azulada. Fonte: Serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Diante das lesões reativas e proliferativas acima mencionadas e de diversas outras menos frequentes, justifica-se um estudo prospectivo que avalie, de forma detalhada e criteriosa, todas as características clínicas e histopatológicas envolvidas nestas lesões do sistema estomatognático, para que haja uma padronização e maior concordância na literatura e junto aos profissionais da odontologia.

Como dito, diante da elevada frequência das lesões periféricas não-neoplásicas que acometem a cavidade bucal, da notável sobreposição de seus aspectos clínicos, e da eventual divergência literária quanto à nomenclatura dessas lesões, propomos um estudo prospectivo de pacientes acometidos pelas lesões mencionadas, para que os dados obtidos possam ser confrontados com as diversas fontes literárias atuais, especialmente no tocante às características clínicas e histopatológicas, de forma a auxiliar a melhor definição de conduta por parte do cirurgião-dentista.

3. MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi realizado no Serviço de Estomatologia e no Laboratório de Patologia Bucomaxilofacial do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), mediante aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFU, protocolo: 71763316.5.0000.5152

A casuística de interesse consistiu em todos os pacientes atendidos pelo referido Serviço, no período de novembro de 2016 até o mês de abril de 2018, que apresentavam lesões de mucosa bucal cujo aspecto clínico conduziu a hipótese de diagnóstico de qualquer uma das lesões proliferativas não-neoplásicas anteriormente relatadas, a saber: fibroma, fibroma de células gigantes, hiperplasia fibrosa inflamatória, fibroma ossificante periférico, granuloma piogênico ou lesão periférica de células gigantes (NEVILLE et al., 2014). Foram excluídos os pacientes que não concordaram em participar voluntariamente do estudo (ou que não tiveram sua participação autorizada por seus responsáveis legais), ou que não tiveram suas lesões submetidas a exérese cirúrgica, uma vez que os pacientes não retornaram para uma nova consulta. Para as lesões em que se considerou pertinente o tratamento cirúrgico, as mesmas, após removidas, eram imediatamente fixadas em formalina e encaminhadas para análise histopatológica. Essa, por sua vez, consistiu em avaliação macroscópica e posterior estudo microscópico de cortes corados em hematoxilina e eosina, culminando com a elaboração de conclusão diagnóstica.

A partir dos prontuários dos pacientes atendidos, informações pertinentes ao perfil demográfico dos pacientes (idade, gênero, cor / raça, e história médica) e à apresentação clínica das lesões (tempo de evolução, sintomas, número, localização, aspecto fundamental), bem como à hipótese diagnóstica de cada caso, foram registradas em um formulário específico (Anexo 1).

As lesões foram registradas por meio de fotografias ou filmagens durante todas as etapas dos atendimentos, com o objetivo de obter-se o material necessário para divulgações dos trabalhos em eventos científicos e periódicos de relevância.

Mediante análise histopatológica no Laboratório de Patologia Bucomaxilofacial da UFU, a partir da digitalização das lâminas histológicas de cada caso (Scanner Aperio XT Turbo e software ImageScope, Leica Biosystems, Nussloch, Alemanha), foram registradas as principais características histológicas de

cada lesão, bem como a conclusão diagnóstica histopatológica, em formulário específico (Anexo 2) Para fins de definição diagnóstica final, foi considerado o diagnóstico histopatológico, salvo se ocorresse discrepância importante com a avaliação clínica, situação em que, por protocolo dos serviços, a reanálise de todo o caso deveria ser feita até a obtenção da conclusão considerada mais pertinente ao caso em questão.

Em seguida, foram inicialmente cruzadas as hipóteses de diagnóstico clínico com as conclusões diagnósticas histopatológicas. Finalmente, as informações clínicas e histopatológicas de cada caso foram comparadas, em busca de identificar possíveis razões de concordância e de discrepância entre tais análises. Testes de qui-quadrado e exato de Fisher foram empregados para avaliação de possíveis associações, e o teste t de Student ou ANOVA para investigação de possíveis diferenças significativas para variáveis contínuas, sempre considerando significantes resultados com p menor que 5%.

4. RESULTADOS

Foram inicialmente avaliados pelo Serviço de Estomatologia da UFU 53 pacientes com lesões proliferativas não-neoplásicas da mucosa bucal. Todos concordaram em participar do estudo. Todavia, oito pacientes não tiveram suas lesões removidas cirurgicamente, em função do não retornarem a consulta a qual seria realizada a exérese da lesão. Ao final, foram incluídos no estudo 45 pacientes. Desses, verificou-se a proporção entre mulheres e homens de 4,3:1, com média de idade de 49,3 anos, variação de 5 a 80 anos. As lesões se localizavam em gengiva (6%) / rebordo gengival (11%), mucosa de bochecha (22%), lábio (24%), língua (30%), palato (4%) e comissura labial (2%). A maioria das lesões mostravam coloração predominantemente semelhante à mucosa normal ($n = 41$, 77% dos casos), havendo também lesões de cor predominantemente vermelha ($n = 10$, 19%) e outras de coloração arroxeadas ($n = 2$, 4%). Em média, as lesões apresentavam 1,8cm, variando entre 0,2cm e 7cm (desvio-padrão de 1,6cm).

Quanto às hipóteses de diagnóstico clínico, verificou-se predomínio de lesões consideradas como fibromas ($n = 25$), seguidas por hiperplasias fibrosas inflamatórias ($n = 17$), granulomas piogênicos ($n = 9$), fibromas ossificantes periféricos ($n = 1$) e lesões periféricas de células gigantes ($n = 1$). Todavia, verificou-se incompatibilidade de nomenclatura em nove dos casos com hipótese de diagnóstico clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória (52% dos casos com essa denominação original), tendo em vista que os mesmos não se apresentavam relacionados a trauma por prótese e portanto seriam melhor denominados como fibromas. Por outro lado, três lesões com hipótese de diagnóstico de fibroma (12% dos casos com essa denominação original) mostravam-se associadas a trauma por prótese, de forma que seriam melhor denominadas clinicamente como hiperplasias fibrosas inflamatórias. Após tal adequação, a distribuição dos diferentes tipos de lesão conforme a suspeita clínica manteve amplo predomínio de fibromas e hiperplasias fibrosas inflamatórias, na proporção ilustrada na Figura 4.

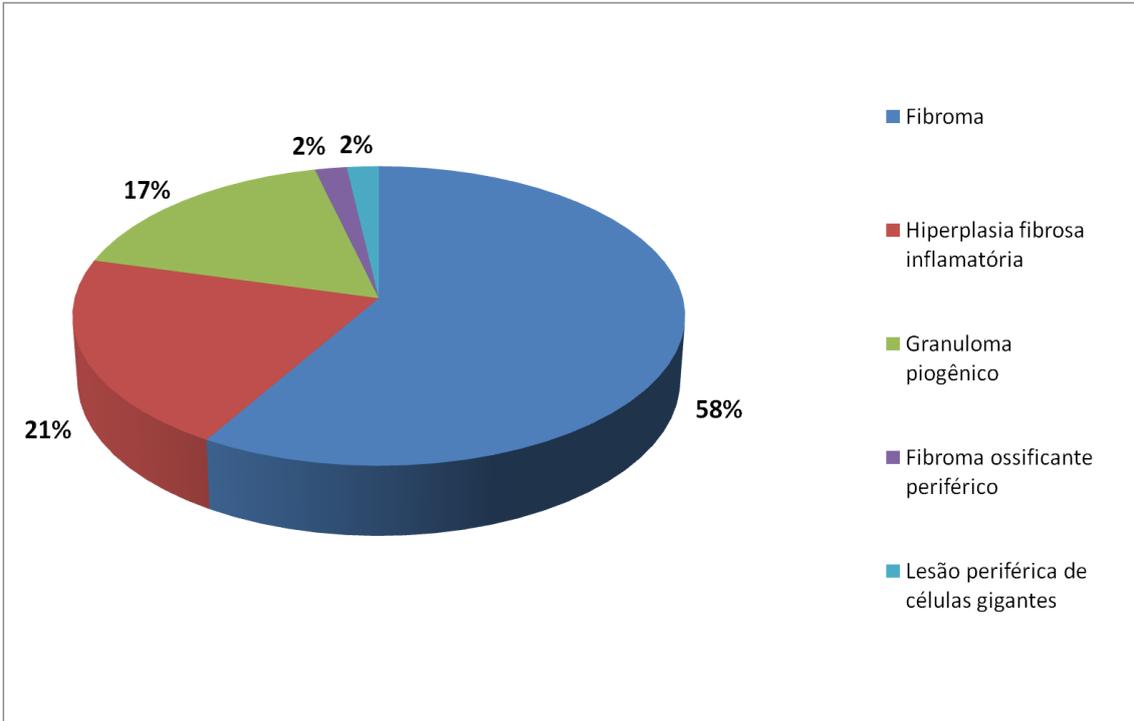


Figura 4 – Distribuição de 53 lesões consideradas como lesões proliferativas não-neoplásicas da mucosa bucal, segundo hipótese de diagnóstico clínico.

A grande maioria dos casos (77%) mostrava coloração semelhante à mucosa normal adjacente à lesão visualizada na figura 5, com uma proporção menor de casos com coloração eritematosa (19%) ou arroxeadada (4%).



Figura 5: Fibroma (“hiperplasia epitelial focal”) em mucosa de bochecha, associado a trauma do aparelho ortodôntico (“fibroma traumático”) lesão de coloração normal, semelhante a mucosa adjacente. Fonte: Serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Comparando-se a hipótese de diagnóstico clínico com a coloração das lesões, conforme apresentado na Tabela 1, observa-se que as lesões de coloração semelhante à mucosa normal foram majoritariamente consideradas como lesões fibrosas, enquanto que as lesões eritematosas foram classificadas como granulomas piogênicos, e que a única lesão estimada como lesão periférica de células gigantes mostrava coloração arroxeadada – outra lesão com essa coloração foi diagnosticada clinicamente como granuloma piogênico. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a coloração avermelhada e a emissão de hipótese de diagnóstico clínico de granuloma piogênico ($p = 0,002$; teste exato de Fisher). Comparadas quanto ao tamanho, as lesões consideradas como fibromas apresentaram-se menores do que as hiperplasias fibrosas inflamatórias e os granulomas piogênicos (tamanho médio e desvio-padrão de $1,4 \pm 1,3\text{cm}$, $2,4 \pm 1,5\text{cm}$, e $2,6 \pm 2,0\text{cm}$, respectivamente). Todavia, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,05$, em análise de variância de um fator).

Tabela 1 – Distribuição de 53 lesões consideradas clinicamente como lesões proliferativas não-neoplásicas da mucosa bucal, segundo a coloração das mesmas.

		Hipótese de diagnóstico clínico				
		Fibroma	Hiperplasia fibrosa inflamatória	Fibroma ossificante periférico	Granuloma piogênico	Lesão periférica de células gigantes
Coloração da lesão	Normal	28	11	0	2	0
	Eritematosa	3	0	1	6	0
	Arroxeadada	0	0	0	1	1

Quanto à conclusão do exame histopatológico, restrito a 45 lesões como anteriormente descrito, verificou-se que a maioria dos casos apresentaram denominações descritivas de lesões fibrosas, a saber: hiperplasia fibroepitelial ($n = 12$), hiperplasia fibrosa ($n = 7$), fibroma ($n = 2$), hiperplasia fibrosa nodular ($n = 2$), hiperplasia fibrosa inflamatória ($n = 7$) e pólipos fibroepiteliais ($n = 1$). As demais lesões foram consideradas como granulomas piogênicos ($n = 7$) e fibromas ossificantes periféricos ($n = 4$). Surpreendentemente, havia ainda três lesões de natureza neoplásica (7% dos casos), a saber: lipomas ($n = 2$) e fibroma odontogênico ($n = 1$).

Considerando as limitações de interpretação dos achados histopatológicos, especialmente quanto à definição da origem de trauma para as lesões fibrosas, torna-se adequado unificar as mesmas sob uma mesma denominação, de forma que a distribuição final dos casos quanto à sua natureza histopatológica é apresentada na Figura 6. O tamanho médio dos granulomas piogênicos era maior do que o das lesões fibrosas ($2,1 \pm 1,9\text{cm}$ versus $1,4 \pm 1,2\text{cm}$, respectivamente), todavia essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,19$, teste t de Student).

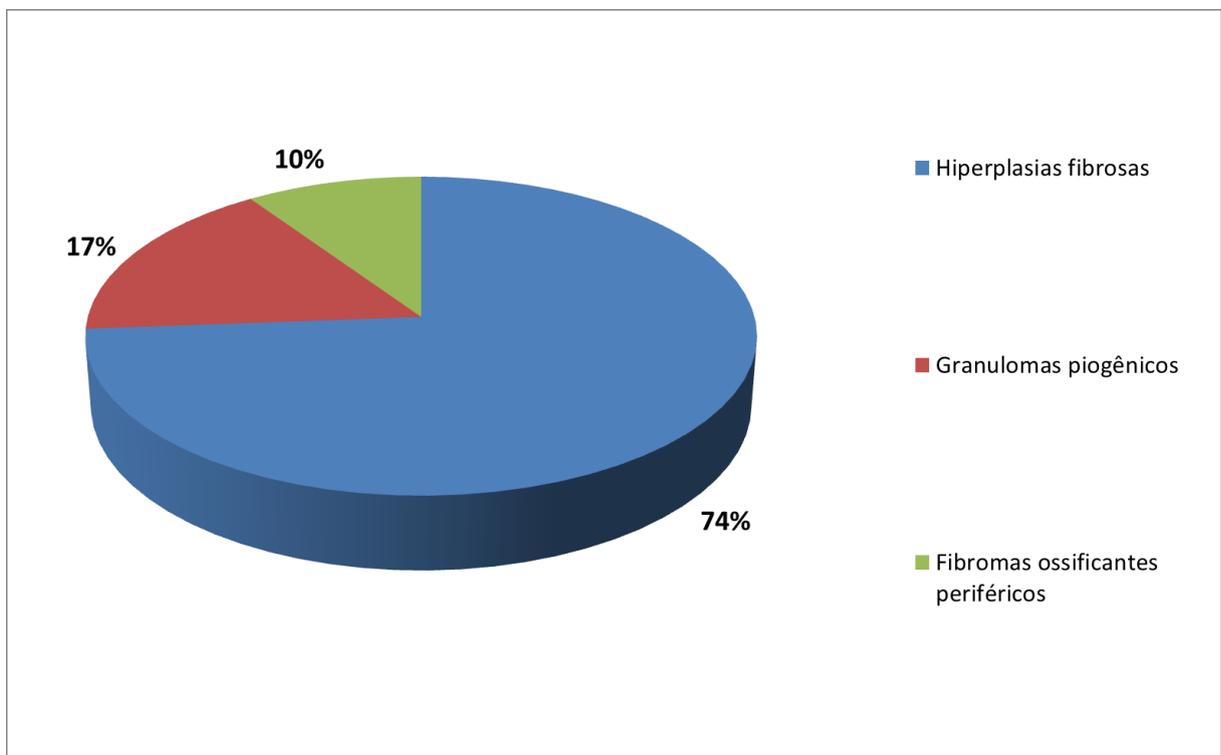


Figura 6 – Distribuição de 42 lesões* proliferativas não-neoplásicas da mucosa bucal, segundo hipótese de diagnóstico clínico (*- 8 lesões não foram submetidas a avaliação histopatológica).

Ainda que todas as lesões investigadas tenham acometido predominantemente mulheres, é interessante observar que todos os fibromas ossificantes periféricos acometeram mulheres, como apresentado na Tabela 2. De qualquer forma, não houve associação entre o gênero do paciente e a natureza (fibrosa, ossificante ou vascular) da lesão ($p = 0,61$; teste de qui-quadrado).

Tabela 2 – Distribuição de 45 lesões consideradas clinicamente como lesões proliferativas não-neoplásicas, segundo gênero do paciente e a conclusão

diagnóstica histopatológica das mesmas.

		Mulheres	Homens
Conclusão diagnóstica histopatológica	Hiperplasia fibrosa	25	6
	Fibroma ossificante periférico	4	0
	Granuloma piogênico	6	1
	Fibroma odontogênico	1	-
	Lipoma	2	-

A grande maioria das lesões que clinicamente apresentavam coloração semelhante à mucosa normal eram hiperplasias fibrosas ao exame histopatológico, conforme demonstrado na Tabela 3. Para as lesões eritematosas, a maioria eram granulomas piogênicos ou fibromas ossificantes periféricos. A lesão diagnosticada como fibroma odontogênico era também eritematosa como observado na figura 7. Já a única lesão clinicamente arroxeadada avaliada por exame histopatológico era uma hiperplasia fibrosa.



Figura 7 – Fibroma odontogênico periférico, massa séssil apresentando coloração eritematosa. Fonte: Serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Uberlândia

Tabela 3 – Distribuição de 45 lesões consideradas clinicamente como lesões proliferativas não-neoplásicas, segundo a coloração clínica e a conclusão diagnóstica histopatológica das mesmas.

	Conclusão diagnóstica histopatológica				
	Hiperplasia fibrosa	Fibroma ossificante periférico	Granuloma piogênico	Fibroma odontogênico	Lipoma
Normal	29	1	4	-	2
Eritematosa	1	3	3	1	-
Arroxeadada	1	-	-	-	-

A comparação entre a hipótese de diagnóstico clínico e a conclusão histopatológica (disponível para 45 casos, como descrito anteriormente), detalhada na Tabela 4, revelou que todas as lesões denominadas clinicamente como hiperplasias fibrosas inflamatórias em função da associação com trauma por prótese (figura 8) eram realmente hiperplasias fibrosas ao exame histopatológico. Por outro lado, algumas poucas lesões ($n = 6 / 27$, 22%) consideradas como clinicamente como fibromas eram na verdade outros tipos de lesão, dentre as quais duas eram neoplasias (lipomas).

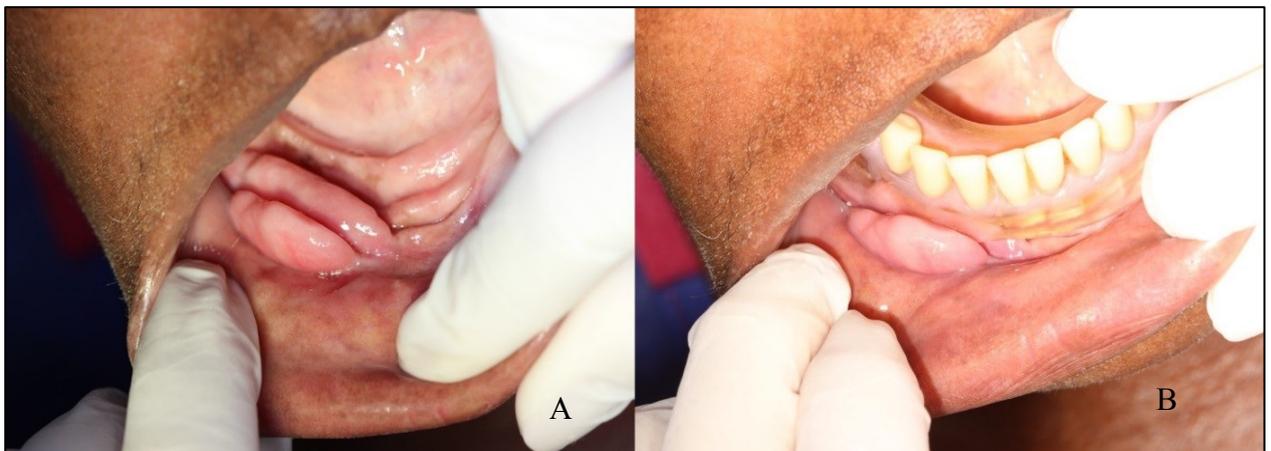


Figura 8: Hiperplasia fibrosa inflamatória em fundo de vestibulo (A). A lesão é claramente associada a trauma por prótese total, que se encaixa entre os dois cordões fibrosos que constituem a lesão (“Epúlide fissurada”)(B).
Fonte: Serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Grande variação foi identificada na suspeita clínica de granulomas piogênicos, para os quais metade dos casos foi identificada corretamente pela avaliação clínica, e ainda a maior variação foi aquela dos fibromas ossificantes periféricos, dentre os quais apenas uma lesão foi perfeitamente identificada já ao exame clínico – a metade dessas lesões foi considerada como granulomas piogênicos, ambos os quais mostravam coloração predominantemente avermelhada ao exame clínico

como a da figura 9.



Figura 9 – Granuloma piogênico em margem gengival, com aspecto eritematoso e lobulado. Fonte: Serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Uberlândia

Tabela 4 – Distribuição de 45 casos de lesões consideradas clinicamente como lesões proliferativas não-neoplásicas, segundo a especificação diagnóstica clínica e histopatológica.

	Hipótese de diagnóstico clínico				Total
	Fibroma	Fibroma ossificante periférico	Hiperplasia fibrosa inflamatória	Granuloma piogênico	
Hiperplasia fibrosa	21	-	9	1	31
Fibroma ossificante periférico	1	1	-	2	4
Granuloma piogênico	3	-	-	4	7
Fibroma odontogênico	-	-	-	1	1
Lipoma	2	-	-	-	2
Total	27	1	9	8	45

5. DISCUSSÃO

As lesões proliferativas e reativas da cavidade oral constituem as alterações orais mais frequentes encontradas após a cárie, a doença periodontal e as mal-oclusões. Embora na maioria dos casos não ocasionem grave morbidade aos pacientes, elas carecem de um profundo conhecimento por parte dos odontólogos, já que muito provavelmente todos se depararão com as mesmas ao longo da atividade profissional. As características clínicas e histopatológicas destas lesões são bem descritas e estudadas, no entanto, as divergências e limitações na caracterização das lesões pelas obras literárias mais relevantes da Estomatologia e na Patologia Bucal têm sido percebidas, justificando a realização da presente pesquisa.

Analisando especificamente cada lesão estudada e iniciando pelas hiperplasias fibrosas inflamatória, nos chama a atenção o fato de que 32,3% das lesões que tiveram o laudo histopatológico definido para esta lesão proliferativa, tiveram como hipóteses clínicas outras lesões reativas, a destacar o fibroma traumático (respondendo por 29% das hipóteses clínicas que culminaram com diagnóstico histopatológico de hiperplasia fibrosa inflamatória). Considerando duas referências bibliográficas de destaque no cenário mundial Neville e Regezzi. Nossos resultados deixam claros que fibromas traumáticos, independente de suas localizações, podem perfeitamente terem laudos histopatológicos compatíveis com hiperplasias fibrosas inflamatórias uma vez que tal denominação deve ser lançada somente como diagnóstico clínico e nunca como resultado no laudo histológico.

Nesse sentido, a análise histopatológica busca estabelecer uma conclusão diagnóstica fundamentada na composição de cada lesão, de maneira que o uso de termos nosológicos descritivos são muito comuns. Assim, todas as lesões proliferativas não-neoplásicas da mucosa bucal que se caracterizam por transformação fibrosa do estroma serão denominadas como “hiperplasias fibrosas” ao exame histopatológico. Algumas dessas lesões apresentam também hiperplasia epitelial, situação em que, de forma compatível com as alterações presentes, podem ser alternativamente denominadas como “hiperplasias fibroepiteliais”. Da mesma forma, caso apresentem componente inflamatório evidente, também podem ser denominadas como “hiperplasias fibrosas inflamatórias”, ou mesmo como “hiperplasias fibroepiteliais inflamatórias”. Tal variedade de nomenclatura de fato

pode gerar confusão caso o profissional que receba o laudo histopatológico não tenha compreensão do significado de cada um desses termos, bem como reconheça a necessidade de correlação dos achados e da conclusão da análise histopatológica com o exame clínico – que é e sempre será preponderante.

Seguindo o mesmo raciocínio, os casos de diagnóstico compatíveis com Hiperplasias Fibrosas, também tiveram majoritariamente (67,3%) as hipóteses clínicas iniciais de Fibromas Traumáticos. Analogamente à explicação feita no parágrafo anterior com relação à Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, percebemos pelos nossos resultados que os Fibromas Traumáticos podem perfeitamente terem diagnóstico histopatológico compatível também com Hiperplasia Fibrosa. Vale aqui também registrar o fato de que os compêndios mais relevantes da estomatologia, trazem apenas a lesão denominada “Hiperplasia Fibrosa Inflamatória”, omitindo a lesão com denominação de apenas “Hiperplasia Fibrosa”, fazendo-nos crer que o componente inflamatório estaria necessariamente presente em todas as lesões. Este fato, na verdade, não é suportado pelos exames histopatológicos obtidos em nossa pesquisa.

Com relação à lesão Fibroma Traumático, cabe uma importante análise também baseado em nossos resultados. É de fato intrigante o baixíssimo número de laudos histopatológicos com esta descrição (4,3% do total das lesões). Considerando a literatura de referência, o Fibroma Traumático responde pela lesão intra-oral mais prevalente em todo o mundo, sendo assim, era de se esperar um alto número de lesões com este diagnóstico histopatológico. Considerando o fato defendido por alguns autores, de que a histologia do Fibroma Traumático é idêntica a da Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, poderíamos compreender parcialmente esta discrepância. No entanto, vale destacar que a maioria das lesões clinicamente definidas como Fibromas Traumáticos tiveram na realidade o diagnóstico histológico final de Hiperplasia Fibroepitelial, fato que não é sustentado por nenhuma obra de referência. Os resultados desta presente pesquisa fazem com que, baseado no que a literatura tem orientado, seja justificada a enorme discordância referente ao que se sugeriu como hipótese clínica e o resultado obtido. Na verdade, nenhuma dessas lesões deveria ter a conclusão histopatológica diagnóstica de “fibroma traumático”, já que obviamente não é possível identificar o trauma no exame histopatológico. Certamente, o que houve nesses casos foi a confiança do patologista na informação clínica sobre a existência de trauma

constante da ficha de requisição do exame. A melhor conclusão diagnóstica histopatológica para tais lesões continua sendo o termo descritivo, qual seja, “hiperplasia fibrosa”, “hiperplasia fibroepitelial”, “hiperplasia fibrosa inflamatória”, cabendo ao clínico – mediante conhecimento da etiologia da lesão – definir o diagnóstico final de cada caso. Situações semelhantes são por exemplo identificadas quando da análise diagnóstica das lesões fibro-ósseas benignas, que dependem essencialmente da correlação de achados clínicos, radiográficos, cirúrgicos e histopatológicos para seu adequado diagnóstico.

É interessante que grande parte dos casos com hipótese clínica de hiperplasias fibrosas inflamatórias não apresentavam associação com trauma por prótese e portanto deveriam ser melhor denominadas clinicamente como fibromas, de coerente com o critério descrito por NEVILLE et al. (2014). Tal discrepância sugere que o conceito apresentado não foi suficientemente consolidado na prática clínica, talvez em função da miríade de denominações empregadas para especificar tais lesões.

Diferente das lesões anteriormente mencionadas, os resultados com diagnóstico histopatológico de Granuloma Piogênico não nos causaram surpresa, uma vez que quase 60% dos mesmos concordaram com a hipótese clínica também de Granuloma Piogênico. Além disso, aproximadamente 30% das discordâncias foram relacionadas a hipótese clínica de Fibroma Traumático. É unanimidade na literatura que Fibromas Traumáticos podem ser etapas evolutivas dos Granulomas Piogênicos, justificando a eventual mistura dos laudos histopatológicos entre as duas lesões. O mesmo raciocínio pode ser dado ao Fibroma Ossificante Periférico que pode ter manifestação clínica muito similar ao Granuloma Piogênico e determinar confusões nas hipóteses de diagnóstico. Nossos resultados portanto, são relativamente previsíveis e esperados, considerando que 75% das lesões com diagnóstico histopatológico de Fibroma Ossificante Periférico tiveram diagnóstico clínico de Granuloma Piogênico ou Fibroma Ossificante Periférico.

Finalizando a avaliação dos laudos histopatológicos das lesões, destacamos a apresentação de um caso de Fibroma Odontogênico Periférico, lesão extremamente rara que por isso fez com que os pesquisadores sugerissem outra enfermidade (no caso, Granuloma Piogênico) e um caso de Lipoma, que embora não seja eminentemente uma lesão reativa ou proliferativa, pode entrar no diagnóstico diferencial destas enfermidades uma vez que o aspecto clínico pode

eventualmente ser similar ao de lesão reativa. É extremamente relevante discutir o achado de doenças neoplásicas em lesões clinicamente identificadas como reativas, tal como observado neste estudo e relatado em diversos trabalhos (SIDDIQUE et al., 2015; DI STASIO et al., 2018; ROCHA et al., 2018; VASILYEVA et al., 2018). A exclusão (ou identificação) de doenças de maior gravidade em lesões clinicamente consideradas como de comportamento indolente é função essencial do exame histopatológico, e fundamenta a recomendação de que toda amostra tecidual patológica seja encaminhada para avaliação microscópica, sob pena de conduta negligente para com o melhor cuidado disponível para cada paciente (DAMJANOV, VRANIC E SKENDERI, 2016).

5. CONCLUSÕES

Nossos resultados mostraram de forma inequívoca a prevalência de lesões fibrosas dentre as lesões proliferativas não-neoplásicas da mucosa bucal, que a coloração da lesão é um parâmetro útil para identificar sua composição histopatológica, que existe dificuldade no entendimento e na especificação diagnóstica clínica dessas lesões, e que o exame histopatológico permanece relevante para a avaliação das mesmas. Nesse sentido, o estudo aprofundado e comparativo das principais obras de referência para a formação de cirurgiões-dentistas é essencial, em particular para o entendimento das diferentes nomenclaturas empregadas para essas lesões e do papel do exame histopatológico como exame complementar para a definição diagnóstica dessas doenças.

Baseado nos achados desta pesquisa, seria de extrema importância com que a literatura pertinente pudesse unificar os conceitos especialmente considerando as características clínicas e histopatológicas relativas às lesões reativas e proliferativas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] BABU B, HALLIKERI K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. *J Indian Soc Periodontol*. 2017 Jul-Aug;21(4):258-263.
- [2] BARNES, L. *Surgical pathology of the head and neck*. 3rd Edition. Informa Healthcare. Nova York, EUA. 2009. P. 218 – 222.
- [3] BARNES, L. *Surgical pathology of the head and neck*. 3rd Edition. Informa Healthcare. Nova York, EUA. 2009. P. 227-228.
- [4] BHARATHI DR, SANGAMITHRA S, ARUN KV, KUMAR TS. Isolated lesions of gingiva: A case series and review. *ContempClinDent*. 2016;7(2):246-9.
- [5] BRAZÃO-SILVA, M. T; FRANCO, T.; FARIA, P. R.; , LOYOLA, A; M.; CARDOSO. S. V. Survey of reactive hyperplastic lesions of the oral mucosa in Minas Gerais, Brazil. 2014. *International Journal of Clinical Dentistry* V. 7, N. 4, p. 305-314.
- [6] DA SILVA FC, PIAZZETTA CM, TORRES-PEREIRA CC, SCHUSSEL JL, AMENÁBAR JM. Gingival proliferative lesions in children and adolescents in Brazil: A 15-year-period cross- sectional study. *J Indian SocPeriodontol*. 2016;20(1):63-6.
- [7] DAMJANOV I, VRANIC S, SKENDERI F. Does everything a surgeon takes out have to be seen by a pathologist? A review of the current pathology practice. *Virchows Arch*. 2016 Jan;468(1):69-74.
- [8] DE SANTANA SANTOS T, MARTINS-FILHO PR, PIVA MR, DE SOUZA ANDRADE ES. Focal fibrous hyperplasia: A review of 193 cases. *J Oral MaxillofacPathol*. 2014;18(Suppl 1):S86-9.
- [9] DI STASIO D, MONTELLA M, COZZOLINO I, CICCÌ M, CERVINO G, PAPARELLA RS, SERPICO R, LAINO L. Multidisciplinary Diagnostic and Surgical Management of Adenocarcinoma Gingival Metastases. *J Craniofac Surg*. 2018 Jun 5.
- [10] DUTRA KL, LONGO L, GRANDO LJ, RIVERO ERC. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2018 Apr 17. pii: S1808-8694(18)30095-8. doi: 10.1016/j.bjorl.2018.03.006.
- [11] KADEH H, DERA KHSHANFAR G, SARAVANI S. Comparative Study of Mast Cell Count in Oral Reactive Lesions and Its Association with Inflammation. *Turk PatolojiDerg*. 2016;32(1):22-6.

- [12] LOIN, J. et al. A rare Location for a common tumor: Lingual lipoma. *JorMas*.2018.01.001.
- [13] MARLA V, SHRESTHA A, GOEL K, SHRESTHA S. The Histopathological Spectrum of Pyogenic Granuloma: A Case Series. *Case Rep Dent*. 2016;2016:1323798
- [14] MGF, DE ALMEIDA OP. A challenging diagnosis: Case report of oral metastasis from gastric adenocarcinoma mimicking pyogenic granuloma. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Mar;97(13):e9934
- [15] NEKOU EI A, ESHGHI A, JAFARNEJADI P, ENSHAEI Z. A Review and Report of Peripheral Giant Cell Granuloma in a 4-Year-Old Child. *Case Rep Dent*. 2016;2016:7536304.
- [16] NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. *Patologia Oral e Maxilofacial – Tradução da quarta edição*, Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- [17] OLIVEIRA, ALP. et al. Fibroma Ossificante Periférico: relato de casos. *Rv.AcBO*, 2018; 27(1):90-95.
- [18] PANTA P. Traumatic fibroma. *Pan Afr Med J*. 2015 27;21:220.
- [19] RAIZADA S, VARGHESE JM, BHAT KM, GUPTA K. Isolated gingival overgrowths: A review of case series. *Contemp Clin Dent*. 2016;7(2):265-8.
- [20] REGEZI JA, SCIUBBA JJ, JORDAN RCK. *Patologia Oral – Correlações Clínico- Patológicas – Tradução da sexta edição*, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- [21] SALARIA SK, GUPTA N, BHATIA V, NAYAR A. Management of residual mucogingival defect resulting from the excision of recurrent peripheral ossifying fibroma by periodontal plastic surgical procedure. *Contemp Clin Dent*. 2015;6(Suppl 1):S274-7.
- [22] SANGLE VA, POOJA VK, HOLANI A, SHAH N, CHAUDHARY M, KHANAPURE S. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: A

retrospective survey study and literature review. *Indian J Dent Res.* 2018 Jan-Feb;29(1):61-66.

- [23] SCHMIDT MJ, TSCHOEKE A, NORONHA L, MORAES RS, MESQUITA RA, GRÉGIO AM, ALANIS LR, IGNÁCIO SA, SANTOS JN, LIMA AA, LUIZ TS, MICHELS AC, AGUIAR MC, JOHANN AC. Histochemical analysis of collagen fibers in giant cell fibroma and inflammatory fibrous hyperplasia. *Acta Histochem.* 2016: 118(5):451-5.
- [24] SIDDIQUE I, CHENGOT P, FREWER J, WALKER D. A rare case of gingival metastases from papillary thyroid carcinoma. *Int J Surg Case Rep.* 2015;7C:82-4.
- [25] SOARES CD, ROCHA BA, PARANAIBA LMR, DE MELO-FILHO MR, JORGE J, DE CARVALHO
- [26] VASILYEVA D, PETERS SM, PHILIPONE EM, YOON AJ. Renal cell carcinoma metastatic to the maxillary gingiva: A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2018 Jan;22(Suppl 1):S102-S107.

ANEXO 1

CHECK-LIST CLÍNICO:**1) DADOS DEMOGRÁFICOS:**

- Idade do Paciente: _____
- Gênero: () masculino () feminino
- Cor ou Raça :
 () Leucoderma/Branca () Melanoderma/Preta () Feoderma/Parda
 () Xantoderma/Amarela () Indígena

Profissão (nos últimos dez anos):

2) HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

- Tempo da doença: ____ anos ____ meses ____ dias ()
Indeterminado
- Crescimento: () Rápido () Lento () Indeterminado
- Sintomatologia: () Assintomático () Sintomático

Sintomas

relatados:

- Natureza: () Primitiva () Recorrente () Secundária a outra:

- Fator etiológico associado? () Sim () Não

Traumatizou a região da lesão? () Sim () Não

Como foi ou é o Trauma?

Teve algum tratamento anterior? () Sim Não()
Qual?

3) CONDIÇÕES DE HIGIENE ORAL:

- Como classifica a saúde oral geral do paciente?
() Ótima () Regular () Péssima
- Há presença de doença periodontal e biofilme (placa bacteriana) adjacente à lesão? () Sim () Não
- Utiliza Prótese Bucal ou Aparelho Ortodôntico? () Não () Sim
- Qual tipo de Prótese ou Aparelho? _____
- Há relação da Prótese/Aparelho com a Lesão? () Sim () Não
- Qual a condição da Prótese utilizada? () Ótima () Regular () Péssima

4) HISTÓRIA MÉDICA:

- Está tomando ou tomou algum medicamento recentemente? () Sim () Não. *Cite as Medicações Utilizadas e sua Finalidade:* _____

- Assinale abaixo a Enfermidade, caso a tiver:
 - ⇒ Hipertensão ()
 - ⇒ Diabetes ()
 - ⇒ Episódios Convulsivos ()
 - ⇒ Alguma outra Doença não mencionada? () Sim () Não

-
-
- Está grávida? Em qual período da gestação? () Sim () Não

-
- Existe algum Familiar com Lesão Similar? () Sim () Não
Quem?
-

5) DESCRIÇÃO DA LESÃO:

Localização Detalhada (*Faça um Desenho da Lesão na Figura Abaixo*):

- Tamanho: _____cm _____mm
- Número: () Lesão única () Lesões múltiplas
- Como você descreveria a Lesão:

- Tipo de lesão: () Nódulo () Pápula () Úlcera () Fissura () Placa () Estrias () Mácula () Erosão () Atrófica () Tumoração () Hiperplásica () Verrucóide () Cística () Vesículas () Bolhas
- Coloração: () Normal/semelhante à mucosa () Eritematosa () Branca () Arroxeadas/Cianóticas () Enegrecida () Amarelada
- Consistência: () Fibrosa () Normal/semelhante à mucosa () Borrachosa () Dura/Pétreas () Friáveis

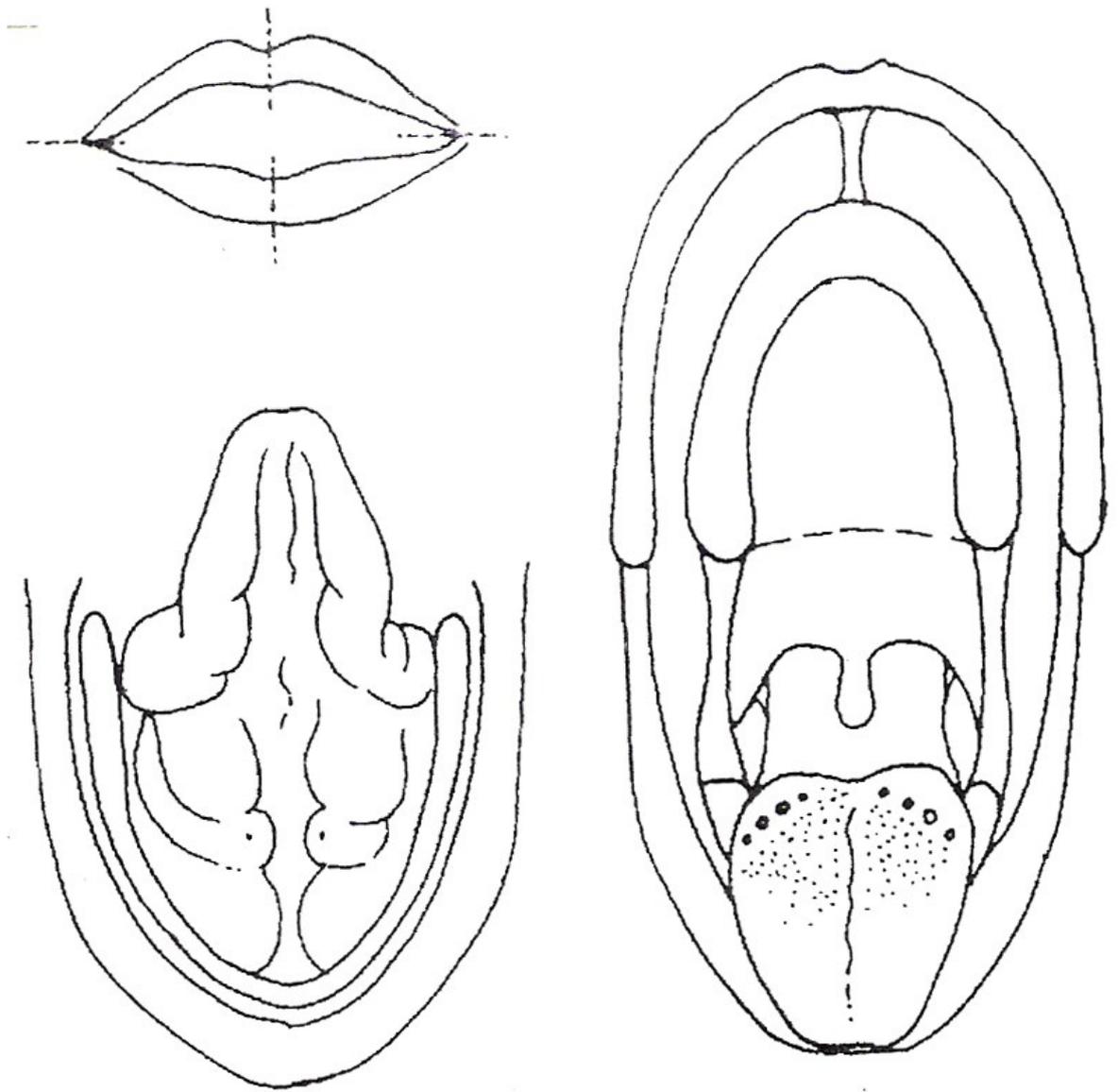
- Inserção: () Sédil () Pediculada () Profunda (Infiltrativa)
- Mobilidade: () Presente () Ausente
- Há perda óssea associada a lesão? () Sim () Não

Qual exame de imagem foi realizado?

Descreva a perda óssea observada na imagem:

⇒ Outras Características Lesionais Não Especificadas:

Hipótese de Diagnóstico Clínico (*uma ou mais hipóteses*):



CHECK-LIST HISTOPATOLÓGICO:

Número do exame: _____

Conclusão histopatológica original: _____

1. Epitélio de revestimento:

- a) Classificação segundo o predomínio:
- b) Características presentes, mas não predominantes:

2. Estroma:

- a) Classificação do tecido conjuntivo predominante
- b) Arquitetura de fibras (difusa / paralelas / perpendiculares / estoriforme):
- c) Celularidade (escassa / moderada / acentuada):
- d) Vascularização (escassa / moderada / acentuada; difusa/organoide):
- e) Hemorragia recente (ausente / presente)?
- f) Hemossiderina (ausente / presente)?
- g) Mineralização (ausente / presente)?
- h) Outras peculiaridades:

3. Infiltrado inflamatório:

- a) Intensidade (escassa / moderada/ acentuada):
- b) Disposição (justaepitelial / perivascular / difusa):
- c) Células gigantes (ausentes / presentes; específicas / inespecíficas)?
- d) Classificação predominante:
- e) Outras peculiaridades:

4. Outras características relevantes:

ANEXO 3

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estudo Prospectivo Clínico-Histopatológico das Lesões Reativas e Proliferativas da Cavidade Oral

Pesquisador: João César Guimarães Henriques

Versão: 2

CAAE: 71763316.5.0000.5152

Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 082753/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DIRETORIA DE PESQUISA

CERTIFICADO

Certificamos que o(a) discente **ANNA LUIZA DANTAS DA COSTA PEREIRA**, do curso de Graduação em Odontologia desta Universidade, participou como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/FAPEMIG/UFU, no projeto de pesquisa intitulado "Estudo Prospectivo Clínico-Histopatológico das Lesões Reativas e Proliferativas da Cavidade Oral". A orientação foi efetuada pelo(a) Prof(a). JOÃO CÉSAR GUIMARÃES HENRIQUES, do(a) Faculdade de Odontologia - FOUFU, sendo o período de vigência da bolsa de Março/2017 a Fevereiro/2018. O projeto está cadastrado nesta Diretoria sob o nº PIVICMG2017SAU049.

Certificado emitido às 09:53:00 de domingo, 1 de abril de 2018.

ESTE CERTIFICADO FOI GERADO ELETRONICAMENTE PELO SEGPROPP. SUA AUTENTICIDADE PODERÁ SER CONFIRMADO NO SEGPROPP (<http://www.propp.ufu.br>, link SEGPROPP), POR MEIO DO CÓDIGO 254A7804-BBAF-412B-B10E-765191BF0C8C