

Marília Rodrigues Moreira



**Lesões Bucais em Pacientes Pediátricos:
Estudo Retrospectivo de 620 Biópsias
Registradas no Laboratório de Patologia Bucal
da Universidade Federal de Uberlândia-MG-Brasil**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para a obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.



Uberlândia, 2006

Marília Rodrigues Moreira

**Lesões Bucais em Pacientes Pediátricos:
Estudo Retrospectivo de 620 Biópsias Registradas no
Laboratório de Patologia Bucal da Universidade
Federal de Uberlândia-MG-Brasil**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para a obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Mota Loyola

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Adriano Mota Loyola

Prof. Dra. Myrian Stella de Paiva Novaes

Prof. Dr. Paulo Rogério de Faria

Uberlândia, 2006

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

- M838l Moreira, Marília Rodrigues, 1974-
 Lesões bucais em pacientes pediátricos : estudo retrospectivo de 620
 biópsias registradas no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade
 Federal de Uberlândia-MG-Brasil / Marília Rodrigues Moreira. - 2006.
- 64 f. : il.
 Orientador: Adriano Mota Loyola.
 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa
 de Pós-Graduação em Odontologia.
 Inclui bibliografia.
1. Boca - Doenças - Teses. 2. Boca - Ferimentos e lesões - Teses. I.
 Loyola, Adriano Mota. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de
 Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU: 616.31



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

AV. Pará, 1720, bloco 2u – sala 2U09 – Campus Umuarama - UBERLÂNDIA –MG – 384011-36
(0XX) 034 –3218-2550

RELATÓRIO DA COMISSÃO JULGADORA DA PROVA DE DEFESA DE MESTRADO, A QUAL ESTÁ INSCRITA A CIRURGIÃ DENTISTA – MARÍLIA RODRIGUES MOREIRA ALUNA DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA-MESTRADO, DESTA UNIVERSIDADE.

Às quatorze horas do dia vinte e oito de agosto, do ano de dois mil e seis, reuniu-se a Comissão Julgadora indicada pela comissão de Pós-Graduação desta Faculdade, para o julgamento da Dissertação de mestrado apresentada pela candidata: Marília Rodrigues Moreira, com o título provisório: “Lesões Bucais em Pacientes Pediátricos: Estudo Retrospectivo de 620 Biópsias Registradas no Laboratório de Patologia UFU”.

O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador expressou o seu julgamento, em sessão secreta e exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco da Biblioteca. Acompanham este relatório os pareceres individuais dos membros da Comissão Julgadora.

Uberlândia, 28 de Agosto de 2006

Prof. Dr. Adriano Mota Loyola
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Uberlândia.

Aprovado

Aprovado/Reprovado/Conceito

Prof. Dr. Myrian Stella de P. Novaes
Titulação: Doutora
Universidade Federal de Uberlândia

Aprovada

Aprovado/Reprovado/Conceito

Prof. Dr. Paulo Rogério de Faria
Titulação: Doutor
Unipac de Uberlândia

APROVARA

Aprovado/Reprovado/Conceito

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Edvaldo e Maria Eleusa**, pelo apoio incondicional de todas as horas.

Ao meu filho **João Victor**, pelo estímulo e paciência constantes.

Aos meus irmãos, **Rafael e Ana Carolina**, pelo companheirismo de sempre.

As professoras da disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal de Uberlândia, **Myrian Stella de Paiva Novaes, Rosimeyre Lustoza Wanderley, Fátima Ioko Mochidome e Fabiana Sodré de Oliveira**, pelo exemplo de amizade e profissionalismo.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS** por sempre conduzir meu caminho e me dar forças para seguir em frente.

Ao meu orientador Prof. Dr. **Adriano Mota Loyola** por aceitar esse desafio e por compartilhar de seu conhecimento, de seu tempo, de seu espaço e de sua boa vontade. Poucas pessoas têm tanto pra oferecer. Foi uma honra ser sua orientada.

A Prof^ª. Dr^ª. **Rosana Ono** pela gentileza e amparo nas horas mais difíceis. Obrigada pela sua disponibilidade, atenção e paciência.

A todos os meus **amigos e alunos** pela oportunidade única de aprendermos juntos.

A todas as pessoas que trabalham no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Uberlândia, em especial a pós-graduanda Kellen Souza pela disponibilidade e prestatividade constantes.

A Universidade Federal de Uberlândia por todas as oportunidades que me ofereceu.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	01
LISTA DE TABELAS.....	02
RESUMO.....	03
ABSTRACT.....	04
1. INTRODUÇÃO.....	05
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	07
3. PROPOSIÇÃO.....	18
4. MATERIAL E MÉTODO.....	19
5.RESULTADOS.....	21
6. DISCUSSÃO.....	38
7. CONCLUSÕES.....	47
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS.....	52

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Distribuição das lesões de complexo buco-maxilo-mandibular diagnosticadas em idade pediátrica no Laboratório de Patologia da FOUFU, comparativamente ao total de casos diagnosticados no mesmo período de estudo (1978-2004).....	23
FIGURA 2- Distribuição das localizações observadas para as diferentes lesões identificadas na idade pediátrica registradas no Laboratório de Patologia 7da FOUFU com seus respectivos valores percentuais	24
FIGURA 3- Relação dos tipos de lesões prevalentes nas distintas faixas etárias estudadas e suas freqüências relativas. Foi considerada prevalentes por cada faixa etária estudada.....	35

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das freqüências relativas observadas para as 620 lesões bucais diagnosticadas em pacientes em idade pediátrica categorizadas segundo os critérios de Happonen et al (1982).....	25
TABELA 2- Distribuição das 620 lesões bucais diagnosticadas em pacientes pediátricos segundo sua categoria e sexo dos pacientes.....	26
TABELA 3- Distribuição das freqüências relativas das 620 lesões diagnosticadas em pacientes pediátricos segundo sua categoria e três distintas faixas etárias de ocorrência.....	27
TABELA 4- Lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles.....	28
TABELA 5- Tumores benignos e hematomas dos tecidos moles da boca.....	29
TABELA 6- Lesões da mucosa bucal.....	29
TABELA 7- Cistos dos maxilares e tecidos moles bucais.....	30
TABELA 8- Inflamação periapical, cicatriz fibrosa e doenças pulpares.	30
TABELA 9- Tumores odontogênicos e lesões afins.....	31
TABELA 10- Lesões ósseas.....	31
TABELA 11- Lesões das glândulas salivares.....	32
TABELA 12- Distribuição dos tipos de lesões prevalentes entre as 620 levantadas, segundo sua categoria, percentual e relação de freqüência entre indivíduos do sexo masculino e feminino.....	33
TABELA 13- Distribuição das doze lesões diagnosticadas com maior freqüência nos pacientes pediátricos segundo suas freqüências relativa (%) nas diferentes topografias da boca.....	36
TABELA 14- Neoplasias benignas e malignas identificadas na amostra de pacientes pediátricos estudados, distribuídas segundo suas freqüências relativas em relação ao sexo dos pacientes, localização e faixas etárias de ocorrência.....	38

RESUMO

RESUMO

Na infância, especificamente, a prática odontológica tem se restringido aos cuidados com a preservação da dentição e dos tecidos periodontais, expressa basicamente pela prevenção e tratamento da cárie, doença periodontal e má-oclusão, deixando uma lacuna quanto ao diagnóstico e tratamento das lesões de tecidos moles e duros. Os estudos objetivando este conhecimento são esparsos, limitando-se àqueles de caráter epidemiológico de base populacional ou a descrição de casos clínicos isolados.

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo epidemiológico retrospectivo das doenças bucais em idade pediátrica, baseado no levantamento dos casos diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Uberlândia no período compreendido entre 1978 e 2004.

Para tanto, foram levantados neste período (27 anos) 7292 casos registrados nos arquivos do Laboratório. Deste total, 8,5% dos casos, correspondendo a 620 biópsias, satisfizeram os critérios da faixa etária limítrofe (0-14 anos) e de situarem-se nos tecidos bucais. Para sua classificação, foram utilizados os critérios de Happonen et al (1982) com pequenas modificações, agrupando-as em 10 categorias. Nossos resultados mostram que a maioria dos casos se concentrou no grupo mais velho, ou seja entre 10-14 anos (375/620), o sexo feminino foi o mais afetado (356/620) e o lábio inferior foi a localização mais freqüente (198/620). As 10 categorias identificadas na amostra apresentaram a seguinte freqüência: lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles (20,2%); tumores benignos dos tecidos moles (7,0%); lesões da mucosa oral (3,4%); cistos dos maxilares e tecidos moles orais (14,4%); doenças periapicais e cicatriz fibrosa (4,2%); tumores odontogênicos (6,1%); lesões ósseas (2,7%); lesões de glândulas salivares (35,5%); lesões malignas (0,9%) e espécimes dentais e tecidos normais (5,5%). O maior número de lesões foi encontrado nos grupos de lesões de glândulas salivares (35,5%), lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles (20,2%) e cistos dos maxilares e tecidos moles (14,4%). A mucocèle foi a entidade mais prevalente (33,7%) em todo o estudo seguida pelo cisto dentígero (6,8%) e hiperplasia fibrosa (5,3%). As doze lesões mais freqüentes foram responsáveis por 74% de toda a amostra.

PALAVRAS-CHAVE: Boca, doenças, lesões, infância, patologia bucal

ABSTRACT

At childhood, specifically, dentistry has been restricted to dentition and periodontal tissues maintenance, which is basically evidenced by caries, periodontal illness and malocclusion prevention and treatment. This approach leaves lacunae as to diagnosis and treatment of soft and hard tissues lesions. Studies aiming this knowledge are sparse, restricted to that epidemiological ones of population database or isolated clinical cases reports.

The aim of this study was to perform an epidemiological retrospective study of oral illness at pediatric age, based on diagnosed cases searched from Uberlândia's Federal University Oral Pathology Laboratory between 1978 and 2004 periods.

For this study 7292 recorded cases were obtained in this period (27 years) from Laboratory records. From the total, 8.5% of the cases, corresponding to 620 biopsies, matched limit age criteria (0-14 years old) and were located on oral tissues. For its ranking, a modified Happonen et al. (1982) criteria, grouping lesions in 10 categories. Our results evidenced that major of cases were located in the older group between 10-14 years (375/620), females were more affected (356/620) and lower lip was the most frequent location (198/620). Ten recognized categories from samples presented the following frequency: hyperplasic and soft tissue reaction lesions (20.2%); soft tissue benign tumors (7.0%); oral mucosa lesions (3.4%); maxillary and oral soft tissue cysts (14.4%); periapical and fibrous scar illness (4.2%); odontogenic tumors (6.1%); bone lesions (2.7%); salivary glands lesions (35.5%); malign lesions (0.9%) and normal tissue and dental specimens (5.5%). Major number of lesions was found on salivary glands lesions group (35.5%), hyperplasic and soft tissue reaction lesions (20.2%) and maxillary and soft tissues cysts (14.4%). Mucocele was the most prevalent entity (33.7%) in all study followed by dentygerous cyst (6.8%) and fibrous hyperplasia (5.3%). Twelve most frequent lesions were responsible for 74% of the whole sample.

KEY-WORDS: mouth, disease, lesions, childhood, Oral pathology

1. INTRODUÇÃO

A boca e os tecidos vizinhos constituem-se na sede de diferentes fenômenos fisiológicos identificados no desenvolvimento e crescimento das estruturas buco-maxilo-faciais (remodelação óssea, formação e desenvolvimento dentário e periodontal, por exemplo) e doenças relacionadas (patologias do desenvolvimento muco-ósseo-dentário). Paralelamente, seus tecidos estão sujeitos ao desenvolvimento de outros tipos de doenças, incluindo inflamatórias, infecciosas, císticas e neoplásicas (VALENTIM, 1998). Não obstante, a prática estomatológica nestes pacientes tem sido direcionada aos cuidados com a preservação da dentição e dos tecidos periodontais, expressa basicamente pela prevenção e tratamento de cárie, doença periodontal e má-oclusão (McDONALD, 2000). Esta restrição na atenção a saúde bucal dos pacientes pediátricos tem desfavorecido maior atenção no diagnóstico e prevenção de outras doenças do tipo reativas não neoplásicas, císticas, infecciosas e neoplásicas que podem afetar estes pacientes. Deficiências de formação conceitual na área e falta de treinamento profissional direcionado a prática estomatológica no sentido mais amplo devem estar intimamente vinculadas a limitação do espectro de atuação do odontopediatra como profissional de saúde.

Neste sentido, o conhecimento das lesões mais prevalentes na cavidade bucal da população infantil pode ajudar a assentar as bases teóricas de sua formação, como também melhor direcionar a sua prática. Entretanto, os estudos objetivando este conhecimento são esparsos, limitando-se àqueles de caráter epidemiológico de base populacional e com dados secundários (registros hospitalares), ou a descrição de casos clínicos isolados (STANDISH e SHAFER, 1961; CRIVELLI et al. 1988; SCHULMAN, 2005). O espectro de agentes causadores de lesões na mucosa bucal é bastante amplo e inclui agressões de natureza biológica (infecções bacterianas, fúngicas, virais, parasitárias), física (agentes mecânicos, físicos, químicos), desregulação do sistema imune, alterações genéticas com repercussões sistêmicas, anomalias

de desenvolvimento, e neoplasias. Estudos prospectivos baseado em exames clínicos de amostras de conveniência (escolares, centros universitários de diagnóstico e tratamento odontológico) mostram que estomatite migratória (língua geográfica), língua fissurada, úlcera aftosa recorrente, lesões traumáticas e infecciosas (herpes simples e candidose) estão entre as doenças mais freqüentemente observadas (SAWYER et al.1984; BESSA et al. 2004). Por outro lado, estudos retrospectivos baseados em levantamentos de biopsias revelam maior percentual de lesões reativas, císticas e neoplásicas (SOUSA et al. 2002; GUTELKIN et al. 2003). Muito embora não sejam os mais abrangentes, estes estudos revelam que várias lesões que acometem adultos também podem ser identificadas na idade pediátrica, merecendo atenção semelhante do profissional de saúde.

Com base no exposto, é fundamental que o profissional de saúde esteja bem informado sobre os diferentes tipos de doenças, suas principais características epidemiológicas para melhor orientar-se nas condutas clínicas preventivas. Considerando a importância destas informações e o número aparentemente reduzido destes dados na literatura, objetivamos, no presente trabalho, realizar um estudo retrospectivo das doenças bucais em idade pediátrica, baseado no levantamento dos casos diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Uberlândia, no período de 27 anos (1978-2004).

2. REVISÃO DA LITERATURA

A maioria dos trabalhos relativos às práticas estomatológicas pediátricas tem sido focado em doenças dentárias, em especial a cárie e os problemas dela decorrentes, doença periodontal e aqueles relativos à má-oclusão. Em geral, são de cunho epidemiológico, abordando aspectos do diagnóstico, prevenção, ou discutindo abordagens terapêuticas variadas. Poucos estudos têm tratado de investigar outros tipos de doenças nesta faixa etária (CRIVELLI et al. 1986). Usualmente, encontramos três tipos de estudo com este objetivo: aqueles resultantes de levantamentos epidemiológicos populacionais prospectivos, aqueles realizados em centros de diagnóstico ou faculdades que avaliam uma amostra de conveniência, geralmente representada pelos pacientes que acessam a clínica odontopediátrica, e outros, de caráter retrospectivo, fundamentados em experiência clínica ou em diagnósticos histopatológicos emitidos por Laboratórios de Patologia Bucal em instituições de ensino de referência. A seguir, descrevemos os resultados obtidos de uma revisão que procurou levantar os trabalhos que julgamos mais representativos sobre o tema.

Pugliese et al. (1972) avaliaram a prevalência de quatro tipos de anomalias linguais em 3429 escolares de 7 a 12 anos de idade, matriculados em escolas da Prefeitura do Município de São Paulo. O objetivo do trabalho foi verificar a ocorrência dessas alterações e assim obter subsídios que permitissem comparações aos achados da literatura internacional. Como resultados obtiveram que a língua geográfica foi encontrada em 5,22% dos pacientes, a língua fissurada em 10,82%, enquanto que a língua pilosa e a glossite romboidal mediana apresentaram freqüências da ordem de 0,12% e 0,03% respectivamente.

Sedano (1975) examinou clinicamente 6180 crianças argentinas com idades entre 6 e 15 anos, da cidade de Rosário. A proposta do estudo foi

de coletar dados da população em idade escolar a fim de detectar a presença de anomalias orais congênitas. Seu estudo revelou os seguintes dados de prevalência: fissuras labiais (0,7%), anquiloglossia (0,1%), língua geográfica (1,5%), hipoplasia de esmalte localizada (2,8%), glossite romboidal mediana (0,1%), tórus palatino (0,3%) e dentinogênese imperfeita (0,3%).

Axéll (1975) conduziu um estudo com o propósito de registrar a prevalência de lesões da mucosa oral de duas populações com idades inferiores a 14 anos na Suíça. Neste estudo foi identificada uma alta prevalência de leucoedema (45,9%); úlcera aftosa recorrentes e herpes labial tiveram prevalência de 21,4 e 15,8% respectivamente.

Muniz et al. (1981), realizaram um estudo avaliando os registros de lesões em tecidos moles bucais de 75 meninos de 6 a 13 anos de idade pertencentes a uma instituição Casa de meninos Ramon L. Falcon, Argentina (children's home). Do total de crianças examinadas, 60% apresentaram algum tipo de lesão na cavidade bucal, sendo: 24% com língua despilada, 24% de queilite angular, 18% de herpes simples, e impetigo contagioso em 16% dos pacientes. Outras doenças foram menos frequentes, a saber: úlcera aftosa recorrente e verruga vulgar em 5% dos pacientes, sendo que língua geográfica, língua escrotal, hemangioma e eczema alérgico foram observados com frequências semelhantes de 2% da população estudada. É importante observar que a porcentagem de meninos afetados sobre o total de examinados foi muito elevada, e isso pode estar relacionado as características da população estudada.

Sawyer et al. (1984) examinaram clinicamente 2203 crianças nigerianas em idade escolar (10 a 19 anos de idade) a fim de detectar anormalidades orais. Foram encontrados 18 tipos de alterações: queilite comissural (2,9%), anquiloglossia (0,2%), língua geográfica (0,3%), língua fissurada (0,8%), tórus palatino (4,5%), tórus mandibular (1,9%), amelogênese imperfeita (0,2%), hipoplasia de esmalte localizada (11,7%), agenesia de

incisivo lateral (0,7%), incisivo lateral conóide (1,5%). Com menor frequência as seguintes condições também foram encontradas: mento fissurado, lábio fissurado, lábio duplo, glossite rombóide mediana, língua bífida, macroglossia, fissura palatal e fissura lábio-palatal.

Com o objetivo de incrementar as informações disponíveis, Crivelli et al. (1986) determinaram a prevalência de lesões bucais em crianças a partir de um estudo em pacientes atendidos no Hospital Dr. Alejandro Posadas na Argentina. Um total de 308 crianças com idades compreendidas entre 1 mês a 15 anos de idade foram examinadas para identificação de lesões da mucosa oral, excluindo gengivite, enfermidade periodontal, má-oclusão e cárie. Destas, 104 apresentaram lesões, em dois picos de maior prevalência, a saber: entre 1 e 2 anos e 5 e 6 anos, respectivamente. As lesões mais prevalentes foram as de origem infecciosa (53,84%), compreendendo 32 casos de herpes simples (30,77%); 16 casos de queilite angular (15,39%); 6 casos de candidíase aguda (5,77%) e 2 casos de abscesso gengival (1,93%). Os autores atribuíram esta alta prevalência de doenças infecciosas ao baixo nível sócio-econômico da população estudada. Outro grupo de lesão relevante no levantamento foi o da língua despapilada, com uma frequência de 18,27%. Foram também relatados: 9 casos de queilite atípica, 4 de língua geográfica, 3 língua escrotal, 3 hemangiomas, 3 hiperplasias gengivais, 2 traumatismos, 2 papilomas, 1 nevo melânico, 1 rânula e 1 hiperplasia de freio.

Crivelli et al. (1988) estudaram a prevalência de lesões em mucosa oral de crianças de 4 a 13 anos de idade, advindas de duas escolas de Buenos Aires, pertencentes a níveis sócio—econômicos diferentes. Foram avaliadas 846 crianças, sendo 463 de nível sócio-econômico mais elevado e 383 de condições sócio-econômica menos privilegiada. Do total, 555 eram do sexo masculino e 291 do sexo feminino. Foram encontrados 15 tipos diferentes de lesões. As mais frequentes foram: úlcera aftosa recorrentes (10,8%), queilite fissurada (6,4%), herpes labial (5,2%), queilite angular (3,5%), língua geográfica (2,9%), língua despapilada (2,6%) e língua fissurada (2,0%). Não

houve diferença estatisticamente significativa entre as duas escolas no que tange ao total de lesões observadas, mas houve uma diferença aparente quando se consideraram as lesões separadamente. Na escola de menor nível sócio-econômico prevaleceram as lesões de origem infecciosa.

Em 1990, Yamasoba et al. realizaram um estudo clínico-estatístico a respeito de mucocelos de lábio inferior. Através da avaliação de 70 pacientes que apresentavam esse tipo de lesão observaram-se as características, os aspectos clínicos e os achados histopatológicos. As idades variavam de 2 a 63 anos e a maior incidência concentrou-se na segunda década de vida.-

Em 1990, Friend et al. publicaram um trabalho com o objetivo de relatar anormalidades e variações morfológicas presentes na cavidade oral de recém nascidos. Foram avaliados 500 recém-nascidos normais não prematuros, brancos e negros, do Centro Médico Regional de Memphis-Tennessee, nos Estados Unidos. Leucoedema e fissura alveolar mediana foram significativamente mais comuns em indivíduos negros, enquanto cisto palatino foi 2,5 vezes mais comum em indivíduos brancos. Anquiloglossia foi 3 vezes mais comum no sexo masculino.

Kleinman et al. (1994), examinaram 39.206 escolares da rede pública e privada dos Estados Unidos, com idade entre 5 e 17 anos. Todas as crianças eram questionadas a respeito da presença em algum momento de feridas ou bolhas; aqueles com maior idade eram questionados a respeito do uso de tabaco. Aproximadamente 4% das crianças tinham uma ou mais lesões na mucosa oral presente no momento do exame, enquanto 33% e 37% reportaram a história de herpes labial recorrente e úlcera aftosa recorrente, respectivamente. A maior prevalência de lesões observadas clinicamente foi: úlcera aftosa recorrente (1,23%), herpes labial recorrente (0,78%), lesão por tabaco fumado (0,71%) e língua geográfica (0,60%). Em torno de 10% da

população estudada entre 12 e 17 anos de idade reportaram uso contínuo de algum tipo de tabaco.

Bessa et al. (2002) realizaram um estudo piloto sobre a prevalência de alterações da mucosa bucal em crianças de zero a doze anos de idade, atendidas no ambulatório de pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Foram examinadas 170 crianças, divididas em 2 faixas etárias: 61% de 0 a 4 anos e 39% de 5 a 12 anos. A prevalência de crianças acometidas foi de 28,2%, sendo as alterações mais prevalentes: lesão traumática, língua geográfica e úlcera aftosa recorrente. A língua geográfica foi a alteração mais prevalente na faixa etária de 0 a 4 anos; por outro lado, a lesão traumática por mordida na mucosa jugal predominou nas crianças de 5 a 12 anos. Não houve diferenças estatísticas na prevalência de alterações da mucosa bucal em relação à classe socio-econômica e à história médica dos pacientes.

Bessa et al. (2004) avaliaram a prevalência de alterações da mucosa oral em crianças de zero a doze anos de idade atendidas pelo setor de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Foram excluídas as lesões causadas por cárie dental e as lesões periodontais. Foram examinadas 1211 crianças, divididas em duas faixas etárias, 0 a 4 anos (61,6%) e 5 a 12 anos de idade (38,4%). Destas, 27,2% apresentaram alterações na mucosa oral, sendo o grupo mais velho o mais afetado. As lesões mais comuns foram língua geográfica, palato bífido e mácula melanótica.

Shulman (2005) coordenou um projeto de saúde pública que teve como objetivo estimar a prevalência de lesões da mucosa oral encontradas em crianças e jovens. Foram examinados 10.030 indivíduos de dois a dezessete anos de idade, nos Estados Unidos. As lesões mais prevalentes encontradas nesse estudo foram as lesões por mordida em lábio e mucosa jugal, seguida pela estomatite aftosa, herpes labial e língua geográfica.

A seguir são revisados os trabalhos mais significativos cujos levantamentos basearam-se nos resultados histopatológicos das biópsias realizadas.

Standish e Shafer (1961) avaliaram 7470 espécimes de biópsias, realizadas no período compreendido entre 1951 e 1960, registradas no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade de Indiana. Desta amostra foram selecionados os casos relativos aos pacientes menores de 15 anos de idade e que se enquadrassem como granuloma piogênico (30 casos) ou lesão periférica de células gigantes (14 casos). Eles concluíram que as idades mais acometidas foram 8 a 16 anos e 5 a 12 anos para granuloma piogênico e lesão periférica de células gigantes respectivamente, não se observando predileção por sexo; percebeu-se uma correlação dessas lesões com a perda de dentes decíduos, erupção de dentes permanentes, trauma físico ou irritação.

Khanna e Khanna (1979) avaliaram os registros do arquivo do Departamento de Patologia do Hospital Universitário de Varanasi (Índia), durante um período de 17 anos, para fazer um levantamento das lesões afetando crianças abaixo de 15 anos de idade. Esse estudo teve como objetivo avaliar os tumores primários dos maxilares em crianças. Encontraram 24 casos, sendo os mais comuns os tumores odontogênicos mesenquimais (29%), seguidos pelos ameloblastomas (17%), fibromas ossificantes (12,5%) e granuloma periférico de células gigantes (12,5%). O sarcoma de Ewing foi o único tipo visto na categoria de lesões malignas com 2 casos (8,3%).

Barros (1981), com o objetivo de caracterizar a patologia que afeta a cavidade bucal na área de odontopediatria, recorreu ao material recolhido pelo Laboratório de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Buenos Aires nos anos de 1961 a 1969. Sobre um total de 5.000 biópsias estudadas, 276 (5,5%) corresponderam a pacientes entre 0 e 15 anos de idade, sendo 150 (54,3%) do sexo masculino e 126 (45,6%) do sexo feminino. Da totalidade de biópsias avaliadas nessa faixa etária, 50%

corresponderam a lesões dentárias (cáries, pulpites, lesões inflamatórias perirradiculares e quadros inflamatórios inespecíficos gengivais), enquanto os 50% restantes representaram lesões que comprometeram os maxilares, a mucosa em suas diferentes áreas e glândulas salivares. O grupo de lesões mais expressivo desse conjunto foi o dos cistos dos maxilares, com 68 casos (24,6%), sendo: 11,2% inflamatórios (9,7% periapicais e 1,5% residuais), 10,5% dentígeros, 1,8% epteliais não odontogênicos, 0,7% traumáticos e 0,3% queratocisto. As outras entidades, tiveram as seguintes freqüências: **grupo I:** 18 casos de granuloma periférico de células gigantes (6,5%), três de granuloma central de células gigantes (1,0%), displasia fibrosa monostótica com nove casos (3,2%), odontoma composto com seis casos (2,1%), três casos de odontoma complexo (1,0%), fibrodontoma ameloblástico: 2 casos (0,7%), mixoma: 3 casos (1,0%), osteomielite: 2 casos (0,7%), sarcoma de Ewing: 1 caso (0,3%), reticulosarcoma primitivo ósseo: 1 caso (0,3%), reticulohistiocitose: 1 (0,3%), querubismo: 2 casos (0,7%); **grupo II:** papiloma: 7 casos (2,5%), angioma: 6 casos (2,1%); **grupo III:** mucocelo: 3 casos (1,0%), carcinoma: 1 caso (0,3%).

Skinner et al. (1986) computaram 11.902 resultados de biópsias da escola de odontologia do Centro Médico Universitário do Estado da Louisiana (USA), recolhidos num período de 14 anos cerca de 80% da amostra eram advindas de consultórios particulares e o restante da própria Instituição. Destas foram selecionadas e estudadas 1525 biópsias (12,8%) que pertenciam a pacientes pediátricos, com idade compreendida entre 1 e 19 anos. As lesões dessa faixa etária foram divididas em 5 grupos resultando nos seguintes achados epidemiológicos: **grupo 1-** lesões inflamatórias e reativas (61,3%) : maior categoria com a lesão mais freqüente sendo a mucocelo (21,8%); **grupo 2-** lesões císticas (17,6%), sendo o cisto radicular e o cisto dentígero os mais comuns; **grupo 3-** lesões neoplásicas benignas (17,5%) do qual o papiloma foi o seu maior representante. As duas outras categorias menores, alterações de desenvolvimento e tecido normal, foram consideradas insignificantes quando

comparadas aos outros grupos. Somente duas lesões orais malignas foram citadas.

Sato et al. (1986) avaliaram 250 crianças de um total de 2747 pacientes que apresentavam tumores orais e maxilofaciais, durante um período de 28 anos. Os resultados mostraram que 93% dos pacientes apresentaram tumores benignos e 7% malignos. O tumor benigno mais comum foi o hemangioma com 69 casos (27,6%) e o maligno mais comum foi o sarcoma com 14 casos (5,4%). O odontoma foi o tumor odontogênico mais freqüente com 47 casos (18,8%) e o fibroma ossificante o mais comum dentre os não odontogênicos com 5 casos (2%). A maior ocorrência aconteceu entre as idades de 6 e 11 anos de idade.

Vicente (1989), realizou um trabalho a partir de uma amostra de 11.020 resultados de exames anátomo-patológicos do Serviço de Patologia Cirúrgica, da disciplina de Patologia Buco-dentária, proveniente de diversas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, no período de 1965 a 1987. Desses exames selecionou-se 848, correspondentes à faixa etária odontopediátrica, de zero a doze anos de idade. A partir desta amostra estudou-se o grupo dos pseudotumores quantitativamente mais representativos na cavidade bucal de crianças, com no total de 172 lesões. Foi adotado em seu trabalho o termo pseudotumor com seu significado literal, ou seja, aumento de volume tecidual sem nenhuma conotação neoplásica. Seus achados foram: a hiperplasia fibrosa inflamatória foi a lesão pseudotumoral mais freqüente, com 68 casos (39,54%); a lesão periférica de células gigantes, segunda lesão pseudotumoral em freqüência, apresentou 60 casos (34,88%); o granuloma piogênico apresentou 28 casos (16,28%) e o fibroma ossificante periférico foi responsável por 16 casos (9,3%).

Em 1990, Taiwo realizou um estudo com o objetivo de analisar retrospectivamente espécimes de biópsias com história de crescimento, aumento ou expansão oral encontradas em crianças nigerianas de zero a 16

anos de idade. Por meio da revisão de todo arquivo do Departamento de Biologia e Patologia Oral do Hospital Escola da Universidade de Lagos na Nigéria, referente ao período de 1978 a 1988, foram selecionadas 203 casos. A maioria dos casos (86%) foi encontrado na faixa etária de 6 a 16 anos. As lesões fibro-ósseas foram as mais comuns (21%), os tumores odontogênicos foram responsáveis por 10% das ocorrências, os tumores não odontogênicos por 20% e os granulomas por 18%. Em adição, outras lesões foram relatadas: linfomas (18%), lesões malignas (6%), lesões de glândulas salivares (2%) e lesões infecciosas (2%).

Também em 1990, Keszler et al. avaliaram 1.289 biópsias de crianças de zero a quinze anos de idade, recebidas pelo Departamento de Patologia da Universidade de Buenos Aires. Esse número representa 6,8% de todas as biópsias recebidas (18.966) no período de 1960 a 1985. Os diagnósticos histológicos foram agrupados e os resultados foram os seguintes: os cistos foram as lesões mais freqüentes (25,4%), 75% estavam localizados nos maxilares e 25% em tecidos moles; lesões tumorais ósseas benignas (20,1%) foram menos freqüentes do que as lesões tumorais benignas em tecidos moles (79,9%); as lesões inflamatórias e neoplasmas representaram 15,7% e 10,2% respectivamente, 84% dos neoplasmas eram benignos e 16% malignos.

Das e Das (1993), publicaram um trabalho que foi resultado de uma revisão de 2.370 biópsias correspondentes a pacientes com menos de 20 anos de idade. Essas biópsias fizeram parte de um universo de 19.379 casos que foram recebidos pelo serviço de biópsias do Hospital Odontológico da Universidade de Illinois-Chicago, Estados Unidos. O objetivo do trabalho foi determinar a frequência relativa das lesões bucais prevalentes nesta faixa etária. As lesões foram divididas em 4 categorias principais: inflamatórias e reativas, císticas, neoplásicas e outras anomalias. Como resultado eles obtiveram que as lesões reativas e inflamatórias compuseram o maior grupo, compreendendo 66,1% das lesões; os neoplasmas representaram 11,2%, e as

lesões císticas 10,7%. O fenômeno de extravasamento de muco (mucocèle) foi a lesão mais comum, seguida pelo granuloma periapical, cisto periapical, cisto dentífero, granuloma piogênico e papiloma. Também foram encontradas três lesões malignas e cinco ameloblastomas.

Chen et al. (1998), realizaram um estudo retrospectivo de biópsias de lesões orais na população pediátrica de zero a quinze anos de idade no sul de Taiwan. Foram incluídas nesse estudo 6% das lesões avaliadas que correspondiam à faixa etária estudada entre os anos de 1985 a 1996. As lesões foram divididas em três grupos de acordo com a idade dos pacientes: 0-5, 6-10 e 11-15 anos de idade. A maioria das lesões encontradas se concentrou na faixa etária mais velha (52,7 %). Os exemplares foram classificados em 4 categorias: Lesões inflamatórias (45,9%), lesões císticas (17,6%), lesões tumorais ou que se comportem como tumores (32%) e outras lesões (4,5%). A maioria das lesões tumorais (93%) foi representada por tumores benignos.

Cavalcante et al. (1999), investigaram a prevalência das lesões bucais de tecido mole e ósseo encontradas no complexo maxilo-mandibular, em crianças de zero a quatorze anos de idade. A amostra foi constituída de 370 pacientes, de ambos os sexos, atendidos na Faculdade de Odontologia de São José dos Campos. As lesões foram classificadas após exame clínico em intra e extra bucal, anamnese, exame radiográfico e biópsia para confirmação do diagnóstico. Das sessenta lesões diagnosticadas houve uma ocorrência maior nas crianças que tinham entre 8 e 14 anos de idade. A mucocèle foi a lesão de tecido mole mais freqüente com 94 casos (25,40%), sendo o sexo feminino o mais atingido com 54 casos. As outras lesões mais freqüentes foram: processo inflamatório crônico inespecífico, segunda lesão mais freqüente, apresentando 9,4% dos casos, cistos dentíferos: 5,6%, granuloma periodontal apical: 5,4%, granuloma piogênico: 5,4%, sialoadenite crônica: 4,6%, e papiloma com 4,3%.

Castro et al. (2000), realizaram um trabalho que teve como objetivo revisar as biópsias orais realizadas em crianças com menos de 12 anos de idade do serviço de Patologia Oral da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de 1956 a 1998, a fim de determinar a prevalência e localização preferencial das lesões. O número total de casos observados foi de 1018. A lesão mais comum foi o cisto folicular (12,77%), seguida pela hiperplasia fibrosa inflamatória (8,05%) e a mucocela (7,56%).

Sousa et al. (2002) estudaram 2.356 biópsias de pacientes menores de 14 anos de idade, pertencentes ao Serviço de Patologia Oral da Universidade de São Paulo, Brasil no período de 15 anos. Tais achados foram divididos nas 20 Categorias: lesões inflamatórias - reativas, lesões císticas, patologias das glândulas salivares, patologias periodontais e doenças pulpares, tecidos normais, tumores benignos não odontogênicos, tumores odontogênicos, patologias ósseas e cartilaginosas, lesões remanescentes, tumores malignos não odontogênicos, nevus e outras segmentações, cáries dentais, outras doenças infecciosas, distúrbio de desenvolvimento, erupção dental, tecido necrótico e reparador, lesão vascular, dermatostomatologia, lesões da pele, lesões brancas/leucoplasias, patologias da língua. A maioria dos achados se concentrou na faixa etária de 9 a 14 anos de idade, com semelhante distribuição das lesões entre os indivíduos de ambos os sexos. A mucocela foi a lesão mais frequentemente encontrada (13,5%), seguida pelo cisto dentígero (6,5%) e hiperplasia fibrosa (5,4%).

Sklavounou-Andrikopoulou et al. (2005) realizaram um estudo sobre lesões orais de tecidos moles em crianças e adolescentes de zero a dezoito anos de idade. Esse estudo foi realizado pelo Departamento de Patologia Oral da Universidade de Atenas na Grécia e englobou um período de 32 anos. Foram avaliados 19.933 resultados de biópsias e 1040 (5,2%) pertenciam a faixa etária delimitada. Seus achados foram divididos em 5 categorias: lesões

císticas, tumores benignos/lesões que se comportam como tumor, lesões reativas ou inflamatórias, neoplasmas e lesões mistas. A maioria das lesões eram benignas com 98,5% dos casos. A lesão mais comum foi a mucoccele (38,5%) e a localização mais freqüente foi a mucosa gengival (45,5%).

Sklavounou-Andrikopoulou et al. (2005) também realizaram um estudo avaliando lesões intra-ósseas em crianças e adolescentes com idade abaixo de 18 anos. Esse estudo foi realizado pelo Departamento de Patologia Oral da Universidade de Atenas na Grécia e englobou um período de 26 anos. Foram avaliados 19.933 resultados de biópsias e 474 (2,9%) eram lesões intra-ósseas. Seus achados foram divididos em 2 categorias: lesões císticas e lesões sólidas. A maioria das lesões foi encontrada na mandíbula (49,8%). As lesões mais freqüentes foram o cisto radicular (36,3%), cisto dentígero (18%), o queratocisto odontogênico (9,5%), granulomas apicais (7,6%), odontomas (6%) e displasia fibrosa (5%). Apenas 6 lesões malignas (1,3%) foram reportadas.

Jones e Franklin (2006) avaliaram 4406 biópsias de crianças de zero a dezesseis anos de idade, do Departamento de Patologia Oral da Escola de Odontologia de Sheffield-UK, relativos a um período de 30 anos. Seus achados foram divididos em 12 categorias: patologias dentárias, doenças das glândulas salivares, patologia da mucosa, cistos odontogênicos, patologias gengivais e periodontais, patologias mistas, tumores odontogênicos e hematomas, patologia dos tecidos conectivos, patologias ósseas, cistos não odontogênicos, tumores maligno e tecidos normais. A categoria que apresentou o maior número de casos foi a de patologias dentárias (22,1%) seguida pela de doenças de glândulas salivares e patologias da mucosa, com 19,1% e 12,1% respectivamente. A lesão mais comum foi a mucoccele com 16% dos casos.

3. PROPOSIÇÃO

Realizar um estudo retrospectivo das doenças bucais em idade pediátrica, baseado no levantamento dos casos diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Uberlândia, no período de 27 anos (1978-2004).

4. MATERIAL E MÉTODO

Foram avaliadas 7292 fichas padrão de requisição de biópsia do Laboratório de Patologia Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU) relativas ao período de janeiro de 1998 a dezembro de 2004. Do total avaliado foram selecionadas 620 fichas que correspondiam à faixa etária de zero a quatorze anos de idade, considerada idade pediátrica (MENENDÉZ, 1985).

Através dessa ficha foram coletados dados sobre a data de realização do exame, sexo, idade, tipo e localização das lesões, além do número da lâmina relativo a cada lesão.

Os dados coletados foram divididos em três grupos etários: 0 a 3 anos, 4 a 9 anos e 10 a 14 anos de idade.

Os casos cujos diagnósticos eram duvidosos ou foram dados na forma descritiva, foram revisados, e quando possível estabelecido um novo diagnóstico compatível com um tipo histológico (NEVILLE et al, 2002) e uma categoria definida de lesão. Posteriormente os casos foram agrupados conforme os critérios sugeridos por Happonen et al. (1982), com pequenas modificações, descritos a seguir:

- 1- **Lesões hiperplásicas e reativas:** lesões semelhantes a tumores não neoplásicas de tecidos moles decorrentes de irritação e/ou inflamação local (hiperplasia fibrosa, hiperplasia papilar, granuloma piogênico/epúlide gravídica; granuloma periférico de células gigantes, fibroma ossificante periférico, hiperplasia gengival inflamatória, hiperplasia linfóide e hiperplasia fibrosa familiar; xantoma verruciforme);
- 2- **Tumores benignos de tecidos moles:** hemangioma, linfangioma, papiloma, neurofibroma, miofibroma, lipoma;

- 3- **Lesões da mucosa oral:** doenças locais da mucosa oral, infecciosas e não infecciosas; manifestações bucais de doenças cutâneas, e outras doenças sistêmicas com manifestações bucais;
- 4- **Cistos dos maxilares e tecidos moles orais:** Cistos epiteliais odontogênicos e não odontogênicos dos maxilares; cistos dos tecidos moles bucais excluindo cistos de glândulas salivares; outros cistos (cisto ósseo aneurismático, cisto ósseo traumático, cisto mucoso benigno do seio maxilar).
- 5- **Inflamação periapical, cicatriz fibrosa e doenças pulpares:** lesões periapicais inflamatórias excluindo cistos radiculares; cicatriz fibrosa pós-cirurgia periapical;
- 6- **Tumores odontogênicos e lesões afins;** ameloblastomas, lesão central de células gigantes, odontoma, tumor odontogênicoadenotoide;
- 7- **Lesões ósseas:** tumores ósseos benignos, doenças ósseas não neoplásicas (hiperplasias ósseas e distúrbios de desenvolvimento e lesões ósseas inflamatórias);
- 8- **Lesões de glândulas salivares:** lesões inflamatórias de glândulas salivares, cistos de retenção salivar e tumores benignos de glândulas salivares;
- 9- **Lesões malignas:** carcinoma de células escamosas, sarcomas, tumores malignos de glândulas salivares e lesões metastáticas;
- 10- **Espécimes dentais e tecidos moles odontogênicos normais**

Análise estatística: Neste estudo os dados foram analisados segundo estatística descritiva, utilizando para tanto frequência e percentual dos dados observados.

As Tabelas e Figuras foram confeccionadas com o auxílio do *software* Microsoft Excel® (2003).

5- RESULTADOS

Após a coleta foram identificadas 620 lesões diagnosticadas em pacientes pediátricos, representando 8,5% d amostra geral, que correspondem a 68 tipos histológicos. A Figura 1 mostra a distribuição das lesões diagnosticadas na população adulta no período delimitado para o estudo.

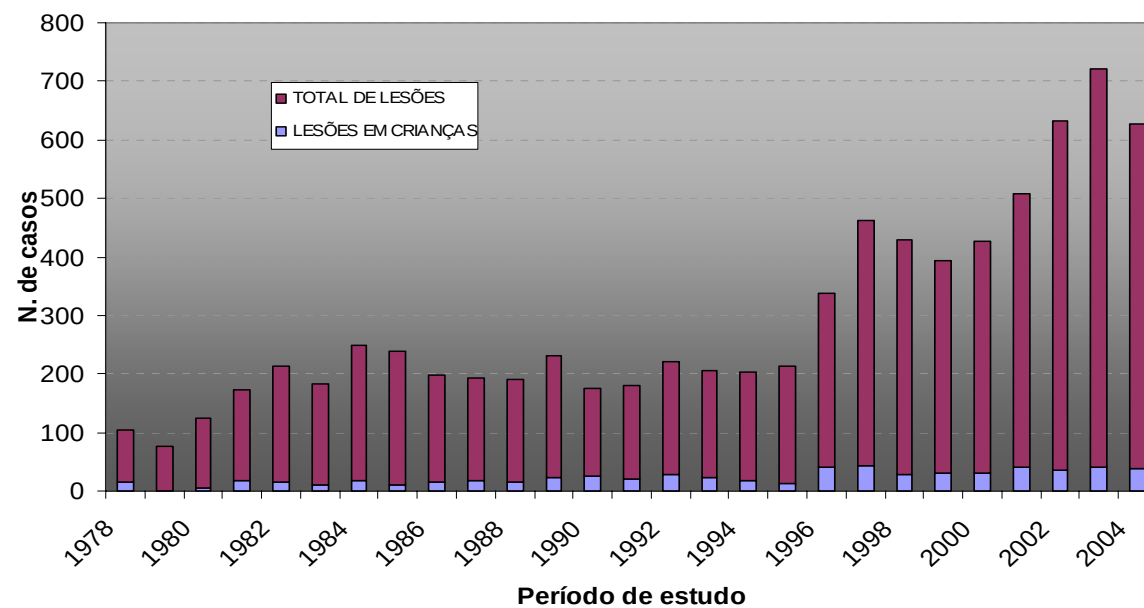


FIGURA 1 – Distribuição das lesões de complexo buco-maxilo-mandibular diagnosticadas em idade pediátrica registrados no Laboratório de Patologia da FOUFU, comparativamente ao total de casos diagnosticados no mesmo período de estudo (1978-2004).

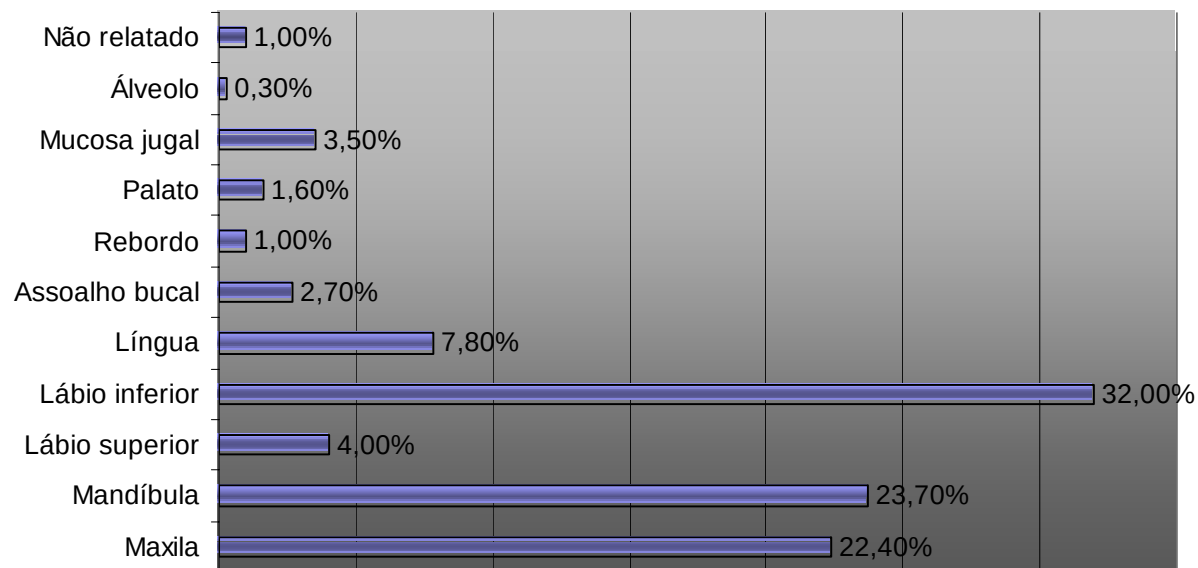


FIGURA 2 - Distribuição das localizações observadas para as diferentes lesões identificadas na idade pediátrica registradas no Laboratório de Patologia Bucal da FOUFU com seus respectivos valores percentuais

Na Figura 2 notam-se as localizações para as diferentes lesões encontradas nesse levantamento. Pode-se perceber que lábio, língua e mucosa jugal foram as localizações mais frequentes. Maxila e mandíbula apresentaram frequências semelhantes de acometimento.

Com relação às categorias das lesões encontradas, observou-se que as mais prevalentes foram lesões de glândulas salivares (35,5%), lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles (20,2%), cistos dos maxilares (14,4%) e tumores benignos de tecido mole que perfizeram 7,2% das lesões estudadas (Tabela 1).

TABELA 1- Distribuição das frequências relativas observadas para as 620 lesões bucais diagnosticadas em pacientes em idade pediátrica, categorizadas segundo os critérios de Happonen et al (1982).

Categoria das lesões	N. de lesões	%
1. Lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles	125	20,2
2. Tumores benignos de tecidos moles	44	7,0
3. Lesões da mucosa oral	21	3,4
4. Cistos dos maxilares e tecidos moles	89	14,4
5. Doenças periapicais e cicatriz fibrosa	26	4,2
6. Tumores odontogênicos	38	6,1
7. Lesões ósseas	17	2,7
8. Lesões de glândulas salivares	220	35,5
9. Lesões malignas	06	0,9
10. Espécimes dentais e tecidos normais	34	5,5
Total	620	100,0

Os dados apresentados na Tabela 2 demonstram que a maioria dos casos (57,3%) afetou indivíduos do sexo feminino (n=355), com uma relação M:F de 1:1,3. Esta distribuição foi semelhante para as lesões das categorias mais frequentes, a saber: lesões de glândulas salivares e lesões hiperplásicas

e reacionais. Para o grupo de cistos dos maxilares e dos tumores benignos de tecido mole, os indivíduos do sexo masculino foram mais freqüentemente acometidos.

TABELA 2 – Distribuição das 620 lesões diagnosticadas em pacientes pediátricos registrados no Laboratório de Patologia Bucal da fFOUFU segundo sua categoria e sexo dos pacientes.

Categoria das lesões	Masculino N (%)	Feminino N(%)	M;F
1. Lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles	51 (40,8)	74 (59,2)	1:1,5
2. Tumores benignos de tecidos moles	24 (54,6)	20 (45,4)	1,2:1
3. Lesões da mucosa oral	12 (57,1)	09 (42,9)	1,3:1
4. Cistos dos maxilares e tecidos moles	42 (47,2)	47 (52,8)	1:1,1
5. Doenças periapicais e cicatriz fibrosa	12 (46,2)	14 (53,8)	1:1,2
6. Tumores odontogênicos	14 (36,8)	24 (63,2)	1:1,7
7. Lesões ósseas	11 (64,7)	6 (35,3)	1,8:1
8. Lesões de glândulas salivares	82 (37,3)	138 (62,7)	1:1,7
9. Lesões malignas	0 (0%)	06 (100,0)	0:6
10. Espécimes dentais e tecidos normais	16 (47,1)	18 (52,9)	1:1,1
Total	264 (42,7)	356 (57,3)	1:1,3

Conforme os dados apresentados na Tabela 3, 4,4% das lesões (n=27) foram diagnosticados em pacientes com idades entre zero e 3 anos; 35,2% (n=218) entre 4 e 9 anos, e 60,5% (n=375), na idade de 10 a 14 anos. As lesões mais prevalentes na primeira faixa etária foram as hiperplásicas e reacionais de tecidos moles com 9 casos, na segunda e terceiras faixas etárias foram as de glândulas salivares com 99 e 117 casos respectivamente.

TABELA 3 - Distribuição das frequências relativas das 620 lesões diagnosticadas em pacientes pediátricos registrados no Laboratório de Patologia Bucal da FOUFU segundo sua categoria e três distintas faixas etárias de ocorrência.

Categoria das lesões	Faixas etárias		
	0 a 3	4 a 9	10 a 14
	N (%)	N (%)	N (%)
1. Lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles	9 (7,2)	43 (34,4)	73 (58,4%)
2. Tumores benignos de tecidos moles	4 (9,1%)	13 (29,5)	27 (61,4)
3. Lesões da mucosa oral	3(14,3)	10 (47,6)	8 (38,1)
4. Cistos dos maxilares e tecidos moles	2 (2,2)	29 (32,6)	58 (65,2)
5. Doenças periapicais e cicatriz fibrosa	0 (0,0)	4 (15,4)	22 (84,6)
6. Tumores odontogênicos	3 (7,9)	5 (13,2)	30 (78,9)
7. Lesões ósseas	0 (0,0)	9 (52,9)	8 (47,1)
8. Lesões de glândulas salivares	4 (1,8)	99 (45,0)	117 (53,2)
9. Lesões malignas	1 (16,6)	2(33,4)	3 (40,0)
10 Espécimes dentais e tecidos normais	1 (3,1)	4 (12,5)	29 (90,6)
Total	27 (4,4)	218 (35,2)	375 (60,4)

Nas Tabelas 4 a 11 estão distribuídos as principais categorias de lesões estudadas segundo a classificação de Happonen et al (1982), considerando os dados sobre sexo e faixa etária de distribuição das lesões.

TABELA 4 - Lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles.

Tipo de lesão	N (%)	Faixa etária			Sexo	
		0-3 anos	4-9 anos	10-14 anos	M ¹	F ²
Fibroblastoma	4 (4,0)	-	2	3	2	3
Fibroma ossificante periférico	7 (5,6)	-	1	6	5	2
Gengivite crônica	1 (0,8)	-	1	-	1	-
Granuloma piogênico	32 (25,6)	1	10	21	11	21
Hiperplasia de eptélio	3 (2,4)	2	1	-	2	1
Hiperplasia fibrosa	34 (27,2)	2	9	23	11	23
Hiperplasia gengival	3 (2,4)	2	-	1	2	1
Hiperplasia papilamentosa de epitélio	4 (3,2)	-	2	2	1	3
Lesão inflamatória crônica inespecífica	3 (2,4)	1	2	-	3	-
Lesão periférica de células gigantes	24 (19,2)	1	11	12	10	14
Parúlido	3 (2,4)	-	2	1	1	2
Pericoronarite	3 (2,4)	-	2	1	1	2
Tecido cicatricial	3 (2,4)	-	-	3	1	2
Total	125 (100)	9	43	73	51	74

1.M- masculino; 2. F- feminino

TABELA 5 - Tumores benignos e hamartomas dos tecidos moles da boca.

Tipo de lesão	N (%)	Faixa etária			Sexo	
		0-3 anos	4-9 anos	10-14 anos	M ¹	F ²
Epulis congênita	2(4,5)	1	-	1	1	1
Hemangioma	10 (22,7)	1	4	5	3	7
Linfangioma	5 (11,4)	-	-	5	3	2
Papiloma de células escamosas	27 (61, 4)	2	9	16	17	10
Total	44 (100)	4	13	27	24	20

1.M- masculino; 2. F- feminino

TABELA 6 - Lesões da mucosa bucal.

Tipo de lesão	N (%)	Faixa etária			Sexo	
		0-3 anos	4-9 anos	10-14 anos	M ¹	F ²
Acantose	2 (9,5)	-	1	1	2	-
Doença de Riga-Fede	1 (4,7)	1	-	-	-	1
Hiperplasia epitelial focal	4 (19,1)	1	2	1	2	2
Hiperqueratose	1 (4,7)	-	-	1	-	1
Mucosite	6 (25,7)	1	3	2	5	1
Nevo branco esponjoso	2 (4,5)	-	1	1	1	1
Paracoccidioidomicose	2 (4,5)	-	1	1	1	1
Verruga vulgar	3 (14,3)	-	2	1	1	2
Total	21 (100)	3	10	8	12	9

1.M- masculino; 2. F- feminino

TABELA 7 - Cistos dos maxilares e tecidos moles bucais.

Tipo de lesão	N (%)	Faixa etária			Sexo	
		0-3 anos	4-9 anos	10-14 anos	M ¹	F ²
Cisto dentígero	42 (47,2)	2	19	21	22	20
Cisto epidermóide	1 (1,1)	-	-	1	-	1
Cisto odontogênico	8 (9,0)	-	2	6	8	-
Cisto ósseo aneurismático	1 (1,1)	-	-	1	-	1
Cisto ósseo traumático	2 (2,2)	-	-	2	-	2
Cisto radicular/ cisto periapical	24 (27,0)	-	5	19	8	16
Cisto teratóide	1 (1,1)	-	1	-	-	1
Queratocisto odontogênico	10 (11,3)	-	2	8	4	6
Total	89 (100)	2	29	58	42	47

1.M- masculino; 2. F- feminino

TABELA 8 - Inflamação periapical, cicatriz fibrosa e doenças pulpares

Tipo de lesão	N (%)	Faixa etária			Sexo	
		0-3 anos	4-9 anos	10-14 anos	M ¹	F ²
Fibrose pulpar	2 (7,7)	-	-	2	-	2
Granuloma dentário /periapical	21 (80,7)	-	4	17	12	9
Pulpite aguda	2 (7,7)	-	-	2	-	2
Pulpite crônica	1 (3,9)	-	-	1	-	1
Total	26 (100)	-	4	22	12	14

1.M- masculino; 2. F- feminino

TABELA 9 - Tumores odontogênicos e lesões afins

Tipo de lesão	N (%)	Faixa etária			Sexo	
		0-3 anos	4-9 anos	10-14 anos	M ¹	F ²
Ameloblastoma	4 (10,5)	-	-	4	1	3
Lesão central de células gigantes	10 (26,3)	1	1	8	2	8
Odontoma	23 (60,5)	2	4	17	10	13
Tumor odontogênico adenomatóide	1 (2,7)	-	-	1	1	-
Total	38(100)	3	5	30	14	24

1.M- masculino; 2. F- feminino

TABELA 10 - Lesões ósseas

Tipo de lesão	N (%)	Faixa etária			Sexo	
		0-3 anos	4-9 anos	10-14 anos	M ¹	F ²
Anquilose temporo-mandibular	1 (5,9)	-	-	1	-	1
Displasia fibrosa	5 (29,4)	-	3	2	3	2
Fibrose e osso reacional	1 (5,9)	-	-	1	1	-
Lesão fibroóssea benigna	1 (5,9)	-	1	-	1	-
Osteomielite aguda	2 (11,7)	-	1	1	1	1
Osteomielite crônica	4 (23,5)	-	2	2	2	2
Periostite proliferativa	3 (17,7)	-	2	1	3	-
Total	17 (100)	-	9	8	11	6

1.M- masculino; 2. F- feminino

TABELA 11 - Lesões de glândulas salivares

Tipo de lesão	N (%)	Faixa etária			Sexo	
		0-3 anos	4-9 anos	10-14 anos	M	F
Adenoma pleomórfico	1 (0,4)	-	-	1	-	1
Mucocele	209 (95,0)	4	99	106	75	134
Rânula	9 (4,2)	-	-	9	6	3
Sialodinite crônica inespecífica difusa	1 (0,4)	-	-	1	1	-
Total	220	4	99	117	82	138

1.M- masculino; 2. F- feminino

As 12 lesões mais frequentes com suas respectivas categorias, número de casos e percentuais estão demonstrados na Tabela 12. Pode-se observar que independente da faixa etária este grupo de lesões totalizou 74% da amostra.

TABELA 12 – Distribuição dos tipos de lesões prevalentes entre as 620 levantadas, segundo , percentual e relação de freqüência entre indivíduos do sexo masculino e feminino.

Tipo de lesão	N de lesões	%	M:F
Mucocele	209	33,7	1:1,8
Cisto dentígero	42	6,8	1,1:1
Hiperplasia fibrosa	33	5,3	1:2
Granuloma piogênico	32	5,2	1:1,9
Papiloma de células escamosas	27	4,3	1,7:1
Cisto periapical	24	3,9	1:2
Odontoma	23	3,7	1:1,3
Granuloma dentário	21	3,4	1,3:1
Lesão periférica de células gigantes	20	3,2	1:1,5
Hemangioma	10	1,6	1:2,3
Queratocisto odontogênico	10	1,6	1:1,5
Lesão Central de células gigantes	10	1,6	1:4

A Figura 3 demonstra os tipos de lesões mais prevalentes em distintas faixas etárias. Fica evidente que as lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles prevaleceram nos primeiros três anos de vida; na faixa etária intermediária (04-09 anos) prevaleceu a mucocèle e os cistos dentígeros; já para a faixa etária de 10 a 14 anos, ficou evidente uma maior frequência de um tipo mais diversificado de doenças tais como: mucocèles, cistos dentígeros, hiperplasias fibrosas, granulomas piogênicos, papilomas de células escamosas e odontomas

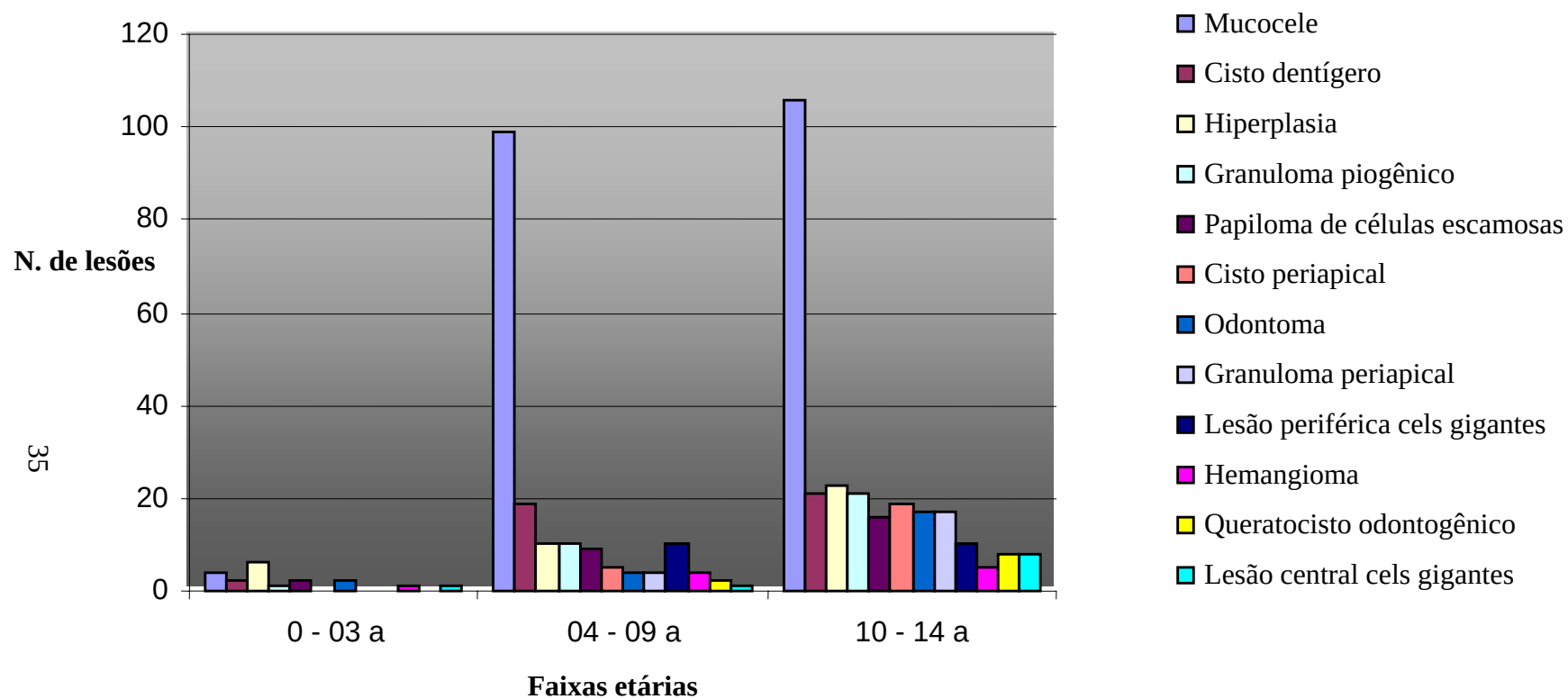


FIGURA 3 - Relação dos tipos de lesões mais prevalentes nas distintas faixas etárias estudadas e suas freqüências relativas.

Foi considerado um máximo de 12 lesões prevalentes por cada faixa etária estudada

Na Tabela 13 podem ser visualizadas as 12 lesões mais comumente diagnosticadas na idade pediátrica, distribuídas segundo suas localizações intrabuciais mais freqüentes. Neste sentido, fica clara a preferência das mucocelos pelo lábio inferior; as lesões proliferativas não neoplásicas tipo hiperplasias fibrosas, granulomas piogênicos e lesão periférica de células gigantes foram mais usuais em rebordo alveolar e mucosa jugal. Por outro lado, os cistos dentígeros e odontomas, tiveram uma distribuição homogênea entre maxila e mandíbula.

TABELA 13 – Distribuição das doze lesões diagnosticadas com maior frequência nos pacientes pediátricos segundo suas frequências relativas (%) nas diferentes topografias da boca.

Tipos de lesão	Topografias da cavidade bucal									
	Lábio Inf ¹	Lábio Sup ²	Mucosa jugal	Soalho bucal	Língua	Gengiva	Palato	Max ³	Mand ⁴	Rebordo alveolar
Mucocele	164	2	5	8	30	-	-	-	-	-
Cisto dentígero	-	-	-	-	-	-	-	22	20	-
Hiperplasia Fibrosa	7	6	3	-	1	-	2	-	-	14
Granuloma piogênico	3	2	1	-	3	1	-	-	-	22
Papiloma de células escamosas	9	10	2	-	-	1	5	-	-	-
Cisto periapical	-	-	-	-	-	-	-	9	15	-
Odontoma	-	-	-	-	-	-	-	13	10	-
Granuloma dentário	-	-	-	-	-	-	-	8	13	-
Lesão periférica de células gigantes	-	-	-	-	-	-	2	-	-	18
Hemangioma	4	2	1	-	3	-	-	-	-	-
Queratocisto odontogênico	-	-	-	-	-	-	-	1	9	-
Lesão central de células gigantes	-	-	-	-	-	-	-	4	6	-

1. lábio inferior; 2. lábio superior; 3. maxila; 4. mandíbula

Analisando a amostra em relação a presença de tumores benignos e malignos, pode-se observar 27 casos, perfazendo 4,4% de todas as lesões identificadas. Deste grupo, 77,7% foram neoplasias benignas. Hemangiomas e linfangiomas representaram, em conjunto, as neoplasias mais freqüentes, concorrendo para 71,4% das lesões benignas. As neoplasias malignas representaram 0,9% de todas as lesões, com 50% delas sendo de origem do sistema monocítico-fagocitário (Tabela 14).

No Anexo 1 estão relacionadas todas as lesões levantadas na presente pesquisa, agrupadas segundo as categorias definidas por Happonen et al (1982), sexo e faixa etária

TABELA 14 – Neoplasias benignas e malignas identificadas na amostra de pacientes pediátricos estudados, distribuídos segundo suas frequências relativas em relação ao sexo dos pacientes, localização e faixas etárias de ocorrência.

Tumores	N.	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Localização (N)	Faixa etária (%)
<i>Tumores malignos</i>	6				
Carcinoma	1	-	1 (16,6)	Mucosa jugal (1)	10 – 14 (100)
Fibrossarcoma	1	-	1 (16,6)	Mandíbula (1)	04 – 09 (100)
Sarcoma alveolar de partes moles	1	-	1 (16,7)	Língua (1)	04 – 09 (100)
Linfoma	1	-	1 (16,7)	Mandíbula (1)	00 – 03 (100)
Leucemia mieloblástica	1	-	1 (16,7)	Gengiva inferior (1)	04 – 09 (100)
Histiocitose de células de Langehans (granuloma eosinófilo)	1	-	1 (16,7)	Mandíbula (1)	10 – 14 (100)
<i>Tumores benignos</i>	48				
Papiloma de células escamosas	27	17 (63)	10 (37)	Lábio inferior (9); lábio superior (10); palato (5); mucosa jugal (2)	0 -3 (7,4); 04 – 09 (33,3); 10 -14 (59,3)
Linfangioma	5	3 (60)	2 (40)	Língua (3), rebordo (1) alveolar (1), mucosa jugal (1)	10 – 14 (100)
Hemangioma	10	3 (30)	7 (70)	Lábio superior (2), lábio inferior (4), língua (3), mucosa jugal (1)	0 – 03 (10); 04 – 09 (40); 10 – 14 (50)
Adenoma pleomórfico	1	-	1 (100)	Palato	10 – 14 (100)
Ameloblastoma	4	1 (25)	3 (75)	Mandíbula (4)	10 – 14 (100)
Tumor odontogênico adenomatóide	1	1 (100)	-	Maxila (1)	10 – 14 (100)

6. DISCUSSÃO

O espectro de agentes causadores de alterações na mucosa oral é bastante amplo e inclui infecções (bacterianas, fúngicas, virais e parasitárias, traumas de natureza variada (física e química), desregulação e disfunções do sistema imune, doenças sistêmicas de natureza não imunológicas e neoplasias. Todas as doenças decorrentes da ação destes agentes expressam-se com características próprias, embora muitas vezes não exclusivas, que eventualmente sobrepõem0. Estes fatos tornam o processo de diagnóstico diferencial mais complexo, exigindo atenção a determinados aspectos que auxiliem neste discernimento. Neste sentido, dados sobre a população alvo do processo pode auxiliar nesta tarefa, em especial aqueles de caráter sócio-demográfico, como idade e sexo. Quando avaliadas desta forma, podemos claramente identificar algumas doenças cujas manifestações são determinadas pelo sexo do paciente ou restritas a um grupo etário em particular (REICHART, 2000). Conhecer as lesões mais prevalentes na cavidade bucal da população infantil pode ajudar a direcionar o trabalho do odontopediatra, no diagnóstico diferencial das diferentes doenças incidentes na boca.

Tanto na literatura internacional quanto na nacional, um gama enorme de trabalhos tem sido direcionada ao estudo de cárie, doença periodontal e problemas de má-oclusão (incluindo má-formações do sistema estomatognático) (CRIVELLI et al,1986; SHULMAN et al, 2006). Por outro lado, são poucas as pesquisas relacionadas a identificação de outros tipos de doenças bucais. Estas estão refletidas em poucos trabalhos epidemiológicos e em um maior número de relato de casos de doenças incomuns (CRIVELLI et al. 1986; STANDISH & SHAFER, 1961). Isso porque a consideração dos problemas de saúde e doença do sistema estomatognático da criança é um tema que apresenta dificuldades. Dentre as que merecem reflexão, segundo Menéndez (1985), encontram-se as seguintes:

- 1) Determinação dos limites etários do grupo pediátrico e sua dinâmica específica, incluindo as variáveis sociais;
- 2) Escassez de pesquisas sobre as características consideradas “normais” do sistema estomatognático ao nascimento e sua transformação durante a primeira

etapa da vida em crianças saudáveis e sobre os problemas de saúde-doença mais comuns durante esse período da vida;

3) Atendimento estomatológico reduzido durante os primeiros anos de vida;

4) Atendimento reduzido, quando existente, em grupos grandes da população de baixa renda, nos quais ocorrem vários problemas que não se manifestam nos grupos sócio-econômicos mais altos, com índice de escolaridade elevado.

5) Dificuldades de clareza na expressão e da localização dos sinais e sintomas das doenças, fenômeno típico aos pacientes pediátricos;

6) A ação de agentes nocivos sobre os tecidos orgânicos em crescimento e desenvolvimento, em contraste com os efeitos sobre os que já são considerados maduros, no adulto, com os quais há familiaridade.

No presente trabalho, consideramos como idade de referência, a faixa etária compreendida entre zero e quatorze anos de idade. Esta opção se fez, primeiramente, porque convencionalmente é essa a faixa etária delimitada pela estomatologia pediátrica; segundo, porque dessa forma haveria a abrangência de toda fase de dentadura decídua e mista, chegando até a dentição permanente, mesmo que haja algum atraso relativo a normalidade, de caráter local ou sistêmico. É preciso deixar claro que existem discrepâncias sobre a faixa etária aceita como grupo pediátrico, assim como de seus limites convencionais e das subdivisões em diferentes trabalhos publicados. Alguns dos consultados utilizaram a faixa etária de zero a 20 anos (DAS e DAS, 1993; SKINNER et al. 1986), outros preferiram adotar a faixa etária de zero a dezesseis anos (JONES e FRANKLIN, 2006), de zero a quinze anos (KROLLS et al. 1972; KHANNA e KHANNA, 1979; BARROS, 1981; SATO et al. 1986; TAIWO et al. 1990; KESZLER et al., 1990; CHEN et al. 1998), zero a quatorze anos (CAVALCANTE et al. 1999; SOUSA et al., 2002) e os demais utilizaram a faixa etária menor de 12 anos de idade (CASTRO et al. 2000).

Vale ressaltar quando da análise dos resultados obtidos aqui, alguns aspectos referentes a limitações dos achados, principalmente no que tange a sua representatividade. Os dados levantados decorrem de uma pesquisa de arquivo de Laboratório de Patologia Bucal, portanto também de cunho retrospectivo. Assim, entraram no estudo somente as lesões para as quais a biópsia foi imprescindível para o diagnóstico. Neste sentido, ainda é importante comentar que o médico é o

primeiro profissional a atender um agravo à saúde bucal em paciente pediátrico. Na possibilidade da realização da biopsia o material tende a ser direcionado aos laboratórios médicos de patologia, reduzindo, assim, a experiência dos patologistas bucais com a referida lesão.

Uma outra preocupação considerada no desenvolvimento deste trabalho foi a apresentação dos dados, o que, de certa forma, influenciou a frequência das diferentes categorias de doenças estudadas. Revendo a literatura, não observamos concordância entre os investigadores, sejam eles odontopediatras ou não, quanto à classificação ou agrupamento das lesões. Nos livros textos básicos de odontopediatria, de um modo geral, o assunto é tratado superficialmente (KOCH, et al, 1995; PINKHAM et al, 1996; TOLEDO, 1996; GUEDES PINTO, 2000, CORRÊA, 2001). Não identificamos nenhuma abordagem que possibilitasse maior visibilidade dos achados. Desta forma, a classificação adotada em nosso estudo foi a proposta por Happonen et al (1982), devido a sua distribuição ser mais abrangente, didática, de fácil entendimento e aplicação.

Os resultados obtidos no presente estudo dão conta de um amplo espectro de lesões orais, desde processos inflamatórios até doenças neoplásicas malignas. Como pode ser observado, pode-se perceber um aparente incremento de biopsias de lesões em pacientes pediátricos que acompanhou o aumento do número de biopsias recebidas pelo laboratório, correspondendo a aproximadamente 10% do material analisado. De uma forma geral o sexo feminino foi o mais afetado, numa proporção de 1,3:1 e houve um aumento na quantidade de lesões acompanhando o aumento da idade. Dados semelhantes encontraram outros pesquisadores (SKINNER et al. 1986; KESZLER et al., 1990; DAS e DAS, 1993; CHEN et al., 1998; SOUSA et al., 2002 ;GUTELKIN et al., 2003; SLKLAVOUNOU-ANDRIKOPOULOU et al., 2005 JONES e FRANKLIN, 2006).

Após a análise dos dados observou-se que o grupo mais prevalente foi o das lesões de glândulas salivares, responsável por 220 casos, o que correspondia a 35,5% do total da amostra. O sexo e a faixa etária mais afetados para esse grupo foram, o feminino numa proporção de 1,7:1, e a faixa etária de 10 a 14 anos, respectivamente. Individualmente, a lesão mais prevalente nesse grupo foi a

mucocoele (fenômeno de extravasamento de muco), responsável por 33,7% do total de lesões, sendo também a doença mais freqüente na amostra estudada. A maioria dos trabalhos realizados com biópsias bucais na infância apresentam valores semelhantes de prevalência para esta entidade (KROLLS et al., 1972; SKINNER et al. 1986; KESZLER et al. 1990; DAS e DAS 1993; CHEN et al. 1998; CAVALCANTE et al. 1999; SOUSA et al., 2002; SLKLAVOUNOU-ANDRIKOPOULOU et al., 2005; JONES e FRANKLIN, 2006). No que diz respeito à faixa etária, as mucocoeles podem estar presentes em todas as faixas etárias, incluindo neonatos e pacientes idosos, com maior incidência na segunda década de vida (HARRINSON, 1975; YAMASOBA et al. 1990; AMUI et al. 2000). Provavelmente, as mucocoeles devem desenvolver-se em uma freqüência discretamente maior do que a apresentada. Para alguns, o tratamento cirúrgico não tem sido considerado a primeira opção na resolução da lesão. Tem sido mostrado que alguns casos podem ser resolvidos pela micromarsupialização, evitando desta forma a biópsia (HEBLING et al. 2000). Quanto à localização, os principais sítios atingidos foram o lábio inferior (78%) e a língua (14%) respectivamente. Neville et al. (1998) relatam que o lábio inferior é o sítio mais comum da mucocoele, sendo acometido em 75% dos casos, devido ao risco de maior exposição a agentes traumáticos mecânicos. Este achado é de fundamental importância semiológica, já que, as neoplasias de glândulas salivares, tanto malignas quanto benignas, tendem a ocorrer em lábio superior (KROLLS et al., 1972).

O segundo grupo mais prevalente foi o das lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles (20,2%), tendo como seus maiores representantes a hiperplasia fibrosa (5,32%), o granuloma piogênico (5,16%) e a lesão periférica de células gigantes (3,2%). Essas lesões tem sido associadas a trauma, erupção dental, perda de dentes decíduos, irritação local, influência hormonal e a alguns tipos de infecções e sugerem comparativamente uma maior incidência na população infantil (STANDISH e SHAFER, 1961). A localização preferencial dessas lesões foi o rebordo alveolar, o sexo e as idades mais atingidas foram o feminino e a faixa etária de 10 a 14 anos, respectivamente. Resultados semelhantes foram encontrados por Skinner et al. (1986), Keszler et al. (1990), Das e Das (1993), Chen et al. (1998), Castro et al. (2000), Sousa et al. (2002) e Jones e Franklin (2006).

O grupo dos cistos dos maxilares e tecidos moles (14,4%) ocupou a terceira colocação nas prevalências e houve destaque para o cisto dentígero (6,8%), cisto radicular/periapical (3,9%) e queratocisto odontogênico (1,6%). O cisto dentígero foi a segunda lesão mais freqüente em toda a amostra, com uma distribuição homogênea com relação ao sexo e a localização. Esses cistos estão usualmente associados à coroa de um dente permanente impactado, retido ou não irrompido, e são descobertos através de exame radiográfico da área afetada (COUNTS et al. 2001). Segundo O'Neil et al. (1989) o cisto dentígero quando não removido a tempo pode levar a deformações ósseas permanentes, fraturas patológicas, perda dental e desenvolvimento de um ameloblastoma ou carcinoma epidermóide. A ocorrência de cisto dentígero em nossa amostra foi próxima ao encontrado por Das e Das (1993) e Sousa et al. (2002) que obtiveram 5,2% e 6,5% respectivamente. Outros autores mostraram freqüências maiores para o cisto dentígero (SKINNER et al. 1986; CHEN et al. 1998; CASTRO et al. 2000; JONES e FRANKLIN, 2006). Vale lembrar que o cisto dentígero é uma patologia freqüentemente associada à inclusão dentária, como causa ou consequência. Dentre os dentes mais acometidos estão terceiros molares inferiores, superiores, caninos e pré-molares, nesta ordem, predominando sua presença em terceiros molares. Assim, provavelmente, um menor número de cistos dentígeros esteja relacionado ao fato de os fenômenos de inclusão estarem vinculados a dentes que erupcionam em fases mais tardias, sendo mais tardio também a identificação da inclusão. Não podemos esquecer, todavia, que dentes supranumerários e caninos inclusos são mais usualmente identificados em faixa etária pediátrica, estando assim na mira do profissional como potencial fonte de doenças relacionadas à erupção e a patologias foliculares (BENN e ALTINI, 1996).

Com relação ao cisto periapical nossos achados foram próximos aos encontrados por Skinner et al.(1986) 4,9%, Chen et al. (1998) 4,6%, Castro et al. (2000) 6,3%, Jones e Franklin (2006) 5,4%, porém menores do que o encontrado por Barros (1981), 9,7% e Keszler et al. (1990) 11,5%. Vale salientar que o cisto radicular na infância é pouco freqüente, sendo diagnosticado casualmente por meio de radiografias de rotina quando da investigação de infecção periapical em dentes desvitalizados (SHEAR, 1992). Isto se justifica, tendo em vista que, a progressão da

lesão cística inflamatória é lenta. Levando em consideração o tempo de progressão da cárie, a extensão do processo necrótico-infeccioso-inflamatório da polpa aos tecidos apicais e o desenvolvimento da lesão cística, é muito pouco provável que estas lesões sejam diagnosticadas por sinais clínicos como aumento de volume e dor. No Brasil, em particular, estas lesões devem ser mais identificadas nas regiões anteriores superiores e em molares inferiores, freqüentemente associados a cáries e traumatismos. Como estes dentes estão entre os primeiros a erupcionar, eles tendem a ficar expostos às agressões infecciosas e traumáticas bucais por um tempo mais longo (PINTO et al. 2000).

O queratocisto odontogênico apresentou uma incidência pouco representativa (1,6%) coincidente com o encontrado em outros trabalhos (SKINNER et al. 1986; CASTRO et al. 2000; SOUSA et al. 2002; JONES e FRANKLIN, 2006). Segundo Brannon (1976) este tipo de cisto pode ocorrer em qualquer idade, da criança ao idoso, com pico de incidência na segunda e terceira década de vida. Vale ressaltar a importância do diagnóstico destas lesões tendo em vista seu potencial destrutivo maior entre as lesões císticas odontogênicas e sua relação com outras anomalias cutâneas, como o carcinoma basocelular, e ósseas envolvendo a região crânio-facial quando se manifesta na Síndrome de Gorlin-Goltz. Justa-se a isto o fato de que quando se manifesta como parte da síndrome, o queratocisto odontogênico pode desenvolver-se como lesões múltiplas, em diferentes períodos da vida do paciente (SHEAR, 1992). Assim, o odontopediatra deve atentar-se para o acompanhamento estreito destes pacientes com uma interação mais próxima ao médico pediatra para a identificação de alterações em outros sistemas.

O papiloma de células escamosas (4,3%) foi a lesão mais representativa do grupo dos tumores benignos de tecidos moles, seguido pelo hemangioma (1,6%). O papiloma de células escamosas teve sua maior expressão no sexo masculino na proporção de 1,7:1, preferência pela faixa etária mais avançada e apresentou o lábio como seu sítio mais freqüente. A prevalência de papiloma de células escamosas em nossa amostra foi próxima a encontrada por Skinner et al. (1986), Barros (1981), Keszler et al. (1990) Das e Das (1993), Chen et al. (1998), Castro et al. (2000) e Sousa et al. (2002). Segundo Waldron (1970) o papiloma é mais freqüente em adultos, e tem a língua como local mais afetado. Com relação a baixa freqüência

encontrada dos hemangiomas acredita-se que se deve provavelmente ao fato de as lesões angiomatosas serem diagnosticadas precocemente por médicos pediatras e ou ginecologistas imediatamente após o parto. Estas informações podem reduzir a procura de atendimento odontológico pelos pais, favorecendo, assim, a redução da chegada deste tipo de paciente ao odontopediatra ou as clínicas de diagnóstico estomatológico. Em função de sua natureza vascular e de muitas delas serem hamartomatosas, muitos profissionais descartam a realização de biopsia para conclusão do diagnóstico que se faz a partir da utilização de manobras clínicas como inspeção, palpação e vitrosopia. Estes procedimentos acabam por contribuir para a redução da frequência com que estas lesões aparecem neste e em outros levantamentos (KESZLER et al. 1990; DAS e DAS, 1993; CASTRO et al. 2000; SOUSA et al. 2002; JONES e FRANKLIN, 2006).

O grupo dos tumores odontogênicos e lesões afins ocupou a quinta posição em prevalências na amostra estudada, tendo como lesões mais usualmente diagnosticadas o odontoma (3,7%) e a lesão central de células gigantes (1,6%). A localização preferencial foi a maxila para os odontomas, e a mandíbula para a lesão central de células gigantes. Ambas as lesões foram mais incidentes no sexo feminino, numa proporção de 1:3 e 1:5, respectivamente. O odontoma pode estar relacionado a dentes não irrompidos, traumatismos e infecções locais, e embora possua crescimento lento, se não for diagnosticado e removido a tempo pode ocasionar vários transtornos de ordem funcional e estética (RODRIGUES et al., 2004). Segundo Budnick (1976), os odontomas são freqüentemente encontrados na segunda década de vida, durante exame radiográfico de rotina ou como fator de atraso na erupção dentária. Neste caso, não é incomum a presença de odontomas relacionados à inclusão dentária de incisivos maxilares, uma das causas associadas ao seu retardo de erupção. Resultados semelhantes na frequência dos odontomas foram encontrados na maioria dos trabalhos (BARROS, 1981; SKINNER et al. 1986; KESZLER et al. 1990; DAS e DAS 1993; CHEN et al. 1998; SOUSA et al., 2002; JONES e FRANKLIN, 2006).

As outras lesões restantes perfazem um total de 16,7% do total. Desse grupo vale ressaltar que 5,5% representam aos espécimes dentais e tecidos

normais; 4,2% doenças periapicais e cicatriz fibrosa; 3,4% lesões da mucosa oral; 2,7% lesões ósseas e 0,9% lesões malignas.

Assim como na maioria dos trabalhos consultados o grupo de lesões menos freqüente na população pediátrica foi o das neoplasias malignas (0,9%). Foram encontrados 6 casos, todos no sexo feminino, sendo 2 casos (carcinoma e histiocitose de células de Langerhans) na faixa etária de 10 a 14 anos, 3 casos na faixa etária de 4 a 9 anos (fibrossarcoma, sarcoma alveolar de partes moles e leucemia mieloblástica) e 1 caso na faixa etária de 0 a 3 anos de idade (linfoma). A mandíbula foi a região mais afetada com 3 casos. Resultados semelhantes foram vistos por outros (BARROS,1981) 0,3%, Skinner et al. (1986) e Das e Das (1993) encontraram 0,1%, Keszler et al. (1990) 0,7%, Chen et al. (1998) 2,0%, Castro et al. (2000) 0,8% , Sousa et al. (2002) 1,3% e Jones e Franklin (2006) 1%. Também para este grupo de lesões, é fundamental uma atenção do profissional tendo em vista os aspectos clínicos de sua expressão que podem simular lesões hiperplásicas e reativas da mucosa bucal ou doença periodontal inflamatória convencional. Estes fatos tornam-se mais importantes ainda pelo fato de que um atraso no diagnóstico implica, invariavelmente, em pior prognóstico para o paciente. Vale ressaltar o fato de que além de possuírem potenciais de crescimento e invasividade reconhecidamente altos, estas lesões se desenvolvem em tecidos ainda em formação, em osso mais poroso em função da dentição mista, favorecendo assim maior permeação da doença e conseqüente destruição local.

Complementando os comentários inicialmente desenvolvidos neste tópico, os resultados aqui demonstrados são díspares em relação àqueles estudos populacionais de caráter epidemiológico clássico e daqueles realizados a partir de amostras de pacientes que procuram a clínica de odontopediatria e ou mesmo de estomatologia. Pelo exposto, fica claro que um grande número de doenças tais como viroses, infecções bacterianas e fúngicas (herpes simples, estomatite estreptocócica, candidose, por ex.) doenças inflamatórias de caráter auto-imune e idiopático (estomatite migratória, granulomatoses orofaciais), defeitos de desenvolvimento (língua fissurada, fissurações palatinas e labiais, fossetas labiais etc) entre outras são diagnosticadas sem o auxílio da biópsia. Nestes levantamentos, as lesões aqui

identificadas como as mais prevalentes deixam de apresentar freqüências no patamar daquelas aqui relatadas (BESSA et al., 2004; SHULMAN, 2005).

Os resultados do presente estudo direcionam a observação dos odontopediatras para aquelas doenças que usualmente requerem biópsia para seu diagnóstico. Desta forma, os dados obtidos não devem ser encarados como representativos da população pediátrica em geral, já que muitas das doenças que ocorrem nesta faixa etária são diagnosticadas pela sua expressão clínica, considerando a história, sinais e sintomas e evolução clínica a partir de dados observacionais com e sem provas terapêuticas. Todavia, oferecem informações aos profissionais sobre aquelas lesões que usualmente apresentam dificuldades na sua interpretação clínica o que, em geral, acabam recorrendo à realização de biópsias para o seu diagnóstico. Neste sentido, consideramos que pequenas diferenças nas freqüências observadas devem-se também à variações na delimitação da população investigada, lembrando que, para alguns serviços, a idade pediátrica engloba também pacientes considerados adolescentes. Ademais, atenção deve ser direcionada para as possíveis interferências na expressão das doenças que se traduzem pela maior ou menor exposição a fatores causais, cuja prevalência varia geograficamente (REICHART, 2000). Padronização da idade pediátrica para definição da amostra, uniformização de nomenclatura e classificação das lesões devem sempre preceder a qualquer tipo de investigação desta natureza, favorecendo maior uniformização nos estudo comparativos e, portanto, maior representatividade dos resultados (HAPPONEN, 1982).

7. CONCLUSÕES

- ★ As lesões bucais em pacientes infantis corresponderam a menos de 10% do total de exames realizados pelo Laboratório de Patologia da Universidade Federal de Uberlândia;
- ★ As lesões foram, em sua maioria, de caráter benigno (99%);
- ★ A faixa etária mais atingida foi a de 10 a 14 anos de idade (60,5%);
- ★ O sexo mais afetado foi o feminino, numa proporção média de 1,3:1 ;
- ★ Os grupos de lesões mais prevalentes foram: lesões de glândulas salivares (35,5%); lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles (20,2%) e cistos dos maxilares e tecidos moles orais (14,4%).
- ★ A lesão individual mais comum foi a mucoccele (33,7%), seguida pelo cisto dentígero (6,8%) e hiperplasia fibrosa (5,3%).

REFERÊNCIAS

AMUI, R. F.; CARVALHO, P. S. P.; FILHO, A. F.; ARAUJO, M. S. Mucocele (fenômeno de extravasamento de muco) de assoalho bucal. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo v.54, n.2, p.136-9, mar./Abril 2000.

AXÉLL, T. A preliminary report on prevalences of oral mucosal lesions in a Swedish population. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v..3, n.3, p.143-5. 1975

BARROS, R. E. Patologia Bucal en Odontopediatria. **Revista de la Asociacion Odontologica Argentina**. Buenos Aires, v.69, n.2, p.91-4, 1981.

BENN, A.; ALTINI, M. Dentigerous cysts of inflammatory origin.A clinicopathologic study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics**,Saint Louis v.81, p.203-9, 1996.

BESSA C. F.N.; SANTOS, P.J.B.; AGUIAR, M.A.; CARMO, M.A.V. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. **Journal of Oral Pathology Medicine**, Copenhagen v.33, p.17-22. 2004.

BESSA,C.F.N.; SANTOS, P.J.B.; CARMO M.A.V. Prevalência de alterações da mucosa bucal em crianças de 0 a 12 anos. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, Curitiba**, v.5, n.25, p.251-257, maio/jun. 2002.

BRANNON RB. The odontogenic Keratocyst. A clinic pathology study of 312 cases. Part I. Clinical features. *Oral Surg.* 1976 ;42:54-72, in SANTOS et al. Queratocisto de mandíbula. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 43, p.255-59,1989 ..

BUDNICK, S. D. Complex e compound odontomas. **Oral Surgery**. v..42, p. 501-6, 1976.

CASTRO, W. H.; MAIA, D. M. F.; MERLY, F.; GOMEZ, R. S. A survey of oral biopsies in Brazilian pediatric patients. **Journal Dentistry for Children**. Chicago v. p.128-131, 2000.

CAVALCANTE ASR, Marsilio AL, Kühne SS, Carvalho YR. Lesões bucais de tecido mole e ósseo em crianças e adolescentes. Pós-Graduação **Revista da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos**, São Paulo,v.2, n.1, p.67-75, 1999.

CHEN, Y. K. ; LIN, L. M. ; HUANG, H. C. ; LIN, C. C. ; YAN, Y. H. A retrospective study of oral and maxillofacial biopsy lesions in a pediatric population from southern Taiwan. **Pediatric Dentistry**., Chicago, v.20, n.7, p.404-10, 1998.

COUNTS AL, KOCHIS LA, BUSCHMAN J, SAVANT TD. An aggressive dentigerous cyst in a seven-year-old child. **Journal of Dentistry for Children**, p. 268-71, 2001..

CRIVELLI, M.R.; AGUAS, S.; ADLER, I.; QUARRACINO, C.; BAZERQUE, P. Influence of socioeconomic status on oral mucosa lesion prevalence in schoolchildren. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen v.16, p.58-60.1988

CRIVELLI, M.R.; MUHLMANN, M.; ADLER, I.; CORNICELLI, J.C. Prevalencia de patologia bucal en niños. **Revista de La Asociation Odontologica Argentina**, Buenos Aires v.74, n.3, p.81-2. 1986

DAS, S. e DAS, A. K. A review of pediatric oral biopsies from a surgical pathology service in a dental school. **Pediatric Dentistry**, Chicago. v.15, p. 208-11, 1993.

FRIEND, G.W.; HARRIS, E.F.; MINCER, H.H.; FONG, T.L.; CARRUTH, K.R. Oral anomalies in the neonate, by race and gender, in an urban setting. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.12, n.3, p.157-61. 1990.

GULTELKIN, S. E.; TOKMAN, B.; TURKSEVEN, M.R. A review of paediatric oral biopsies in Turkey. **International Dental Journal** . v.53, p.26-32, 2003.

HARRINSON, J. D. Salivary mucocèles. **Oral Surgery**. v.39, n.2, p.268-78, 1975.

HEBLING, J.; MARANGONI, S.; MARCHEZI, M.; COSTA, C.A.S. Utilização da técnica de transfixação de mucocèle em criança de pouca idade. Relato de caso. **Odonto 2000**, São Paulo, v.1, p. 18-21, 1997.

JONES, A. V.; FRANKLIN C.D. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. **International Journal of Pediatric Dentistry**. v. 16, p.19-30.

KANNA, S. ; KANNA N. N. Primary tumors of the jaws in children. **Journal of Oral Surgery**, v.37, p.800-4, 1979.

KESZLER, A.; GUGLIELMOTTI, M.B.; DOMINGUEZ, F.V. Oral Pathology in Children: frequency, distribution and clinical significance. **Acta Odontologica Latino Americana**, Caracas, v.5, p.39-48, 1990.

KLEINMAN, D.V.; SWANGO, P.A.; PINDBORG, J.J. Epidemiology of oral mucosal

lesions in United States schoolchildren: 1986-87. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Munksgaard, v.22, p.243-53.

KOCH, G.; MOODER, T.; POUSEN, S.; RASMUSSEN, P. **Odontopediatria: uma abordagem clínica**. 2 ed. São Paulo: Ed Santos. 1995.

KROLLS, S. O.; TRODAHL, J. N.; BOYERS, R. C. Salivary gland lesions in children: A survey of 430 cases. **Cancer**. v..30, n.2, p.459-69, 1972.

MCDONALD JS. Tumores dos tecidos moles e cistos e tumores dos ossos bucais. In:
MCDONALD RE. **Odontopediatria**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.109.

MENÉNDEZ, O. R.; Saúde e doença em estomatologia pediátrica in: TOMMASI A. F.; **Diagnóstico em Patologia Bucal**. Pancast: São Paulo, Brasil, p.47. 1985

MUNIZ, B.R.; CRIVELLI, M.R.;PARONI, H.C. Estúdio clinico de lãs lesiones en tejidos blandos en niños de una comunidad. **Revista de La Asociation Odontologica Argentina**, Buenos Aires, v.69, n.7, p.405-7. 1981.

NEVILLE et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap 11, p. 314-352: Patologia das glândulas salivares.

O'NEIL DW, MOSBY EL, LOWE JW. Bilateral mandibular dentigerous cyst in a five-year-old child: Report of case. J Dent Child 1989; 56:382-84 in: Counts AL, Kochis LA, Buschman J, Savant TD. An aggressive dentigerous cyst in a seven-year-old child. **Journal of Dentistry for children** , Chicago, p. 268-71 2001; .

PINTO, V.R. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo:Santos, 2000. Cap.11, p.319-335:Cárie Dental: fatores iatrogênicos

PINKHAM, J.R. et al. Odotnopediatria da Infância à Adloescência. São Paulo:Artes Médicas, 1996. Cap.3, p.34-62: Patologia:Alterações dos tecidos bucais

PUGLIESE, N.S.; ARAUJO, V.C.; BIRMAN, E.G.; ARAUJO, N.S. Prevalência de língua geográfica, língua fissurada, língua pilosa e da glossite rômbica em escolares do Município de São Paulo. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo**,São Paulo, v.10, n.2, p.139-42. 1972.

REICHART, P. A. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, n.28: p.390-8, 2000.

RODRIGUES, M. R. M. D.; TRINDADE, C. P.; RAGGIO, D. P.; BARREIRA, A. F. Odontoma Composto: relato de caso. **Revista Ibero-Americana Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v.7, n.36, p.118-124, 2004.

SATO, M.; TANAKA, N.; SATO, T.; AMAGASA, T. Oral e maxillofacial tumours in children: a review. **British Journal Oral e Maxillofacial Surgery**, v.35:p. 92-95, 1997.

SAWYER, D.R.; TAIWO,E.O.; MOSADOMI, A. Oral anomalies in Nigerian children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen. v.12, p.269-73.1984.

SEDANO, H.O. Congenital oral anomalies in Argentinian children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.3, n.2, p.61-3. 1975.

SHEAR, M. Cistos da região bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Editora Santos, 1989 in: AMUI, R. F.; CARVALHO, P. S. P.; FILHO, A. F.; SHULMAN, J.D. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. **International Journal of Pediatric Dentistry**. v.15, p.89-97. 2005.

SKINNER, R. L ; DAVENPORT, W. D. ; WEIR, J.C. ; CARR, R. F. A survey of biopsied oral lesions in pediatric dental patients. **Pediatric Dentistry**. Chicago, v.8, n.2, p.163-67, 1986.

SLKLAVOUNOU-ANDRIKOPOULOU,A.; PIPERI, E.; PAPANIKOLAOU, V.; KARAKOULAKIS, I. Oral soft tissue lesions in Greek children and adolescents: a retrospective analysis over a 32-year period. **Journal Clinical Pediatric Dentistry**. v.29, n.2, p.175-178, 2005

SLKLAVOUNOU-ANDRIKOPOULOU , A.; IAKOVOU, M.; PAPANIKOLAOU, S.; KANELLOPOULOU, A. Intra-osseous lesions in Greek children and adolescents. A study based on biopsy material over a 26-year period. **Journal Clinic Pediatric Dentistry**. v.30, n.2, p.153-156, 2005.

SOUSA, F.B.; ETGES, A.; CORREA, L.; MESQUITA, R.A.; ARAUJO, N.S. Pediatric oral lesions: a 15 year review from São Paulo, Brazil. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Chicago, v.26, n.4, p.413-8.2002.

STANDISH, S. M.; SHAFER, W. G. Gengival reparative granulomas in children. **Journal of Oral Surgery., Anesthesiology.e Hospital .dos . Servidores.** v.19, n.5, p. 367-75, 1961.

TAIWO, E.O.; SALAKO, N.O.; SOTE, E.O. Distribution of oral tumors in Nigerian children based on biopsy materials examined over an 11 year period. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen v.18, p.200-3. 1990.

VALENTIM C. Condições patológicas da cavidade bucal na infância. In: Corrêa MSNP. **Odontopediatria na primeira infância**, 1ª ed. São Paulo: Santos; 1998. p.613.

VICENTE, S. P. **Estudo das lesões pseudotumorais mais frequentes na cavidade bucal, no grupo etário odontopediátrico.**São Paulo, 1989. 105p. Dissertação- (Mestrado)- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 1989.

YAMASOBA, T.; TAYAMA, N.; SYOJI, M.; FUKUTA, M. Clinicostatistical study of lower lip mucocoeles. **Head e Neck**, New Yosrk, v.12, n.4, p.316-320, Jul./Aug. 1990.

HAPPONEN, R. P. ; YLIPAAVALNIEMI, P. ; CALONIUS, B. A survey of 15.758 oral biopsies in Finland. **Proc Finnland Dentistry Society**. v.78, p.201-06, 1982.

WALDRON CA. Oral Epithelial Tumors, in: Gorlin RJ, Goldman M. Oral Pathology 1970; 801-03 in: Oral papillomas: clinicopathologic evaluation and retrospective examination for dyskeratosis in 110 lesions. **Oral Surgery**. v.38, p.435-40, 1974.

ANEXO 1- CATEGORIAS DE LESÕES SEGUNDO HAPPONEN et al, 1982

<i>Evento</i>	Total	<i>0 a 3 anos</i>	<i>4 a 9 anos</i>	<i>10 a 14 anos</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>
Lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles						
Fibroblastoma	5	-	2	3	2	3
Fibroma ossificante periférico	7	-	1	6	5	2
Gengivite crônica	1	-	1	-	1	-
Granuloma piogênico	32	1	10	21	11	21
Hiperplasia de epitélio	3	2	1	-	2	1
Hiperplasia fibrosa	34	2	9	23	11	23
Hiperplasia gengival	3	2	-	1	2	1
Hiperplasia papilamentosa de epitélio	4	-	2	2	1	3
Lesão inflamatória crônica inespecífica	3	1	2	-	3	-
Lesão periférica de cels gigantes	24	1	11	12	10	14
Parúlidade	3	-	2	1	1	2
Pericoronarite	3	-	2	1	1	2
Tecido cicatricial	3	-	-	3	1	2
Total	125	9	43	73	51	74
Tumores benignos e hamartomas de tecidos moles						
Epulis congênita do recém-nascido	2	1	-	1	1	1
Hemangioma	10	1	4	5	3	7
Linfangioma	5	-	-	5	3	2
Papiloma	27	2	9	16	17	10
Total	44	4	13	27	24	20
Lesões da mucosa oral						
Acantose	2		1	1	2	
Doença de Riga-Fede	1	1				1
Hiperplasia epitelial focal	4	1	2	1	2	2
Hiperqueratose	1			1		1
Mucosite	6	1	3	2	5	1
Nevo branco esponjoso	2		1	1	1	1
Paracoccidioidomicose	2		1	1	1	1
Verruga vulgar	3		2	1	1	2
Total	21	3	10	8	12	9
Cistos dos maxilares e tecidos moles orais						
Cisto dentígero	42	2	19	21	22	20
Cisto epidermóide	1	-	-	1	-	1
Cisto odontogênico	8	-	2	6	8	-
Cisto ósseo aneurismático	1	-	-	1	-	1
Cisto ósseo traumático	2	-	-	2	-	2
Cisto radicular/ cisto periapical	24	-	5	19	8	16
Cisto teratóide	1	-	1	-	-	1

Queratocisto odontogênico	10	-	2	8	4	6
Total	89	2	29	58	42	47
Inflamação periapical, cicatriz fibrosa e doenças pulpare						
Fibrose pulpar	2	-	-	2	-	2
Granuloma dentário + periapical + periodontal	21	-	4	17	12	9
Pulpite aguda	2	-	-	2	-	2
Pulpite crônica	1	-	-	1	-	1
Total	26	-	4	22	12	14
Tumores odontogênicos e lesões afins						
Ameloblastoma	4	-	-	4	1	3
Lesão central de células gigantes	10	1	1	8	2	8
Odontoma	23	2	4	17	10	13
Tumor odontogênico adenomatóide	1	-	-	1	1	-
Total	38	3	5	30	14	24
Lesões ósseas						
Anquilose temporo-mandibular	1	-	-	1	-	1
Displasia fibrosa	5	-	3	2	3	2
Fibrose e osso reacional	1	-	-	1	1	-
Lesão fibroóssea benigna	1	-	1	-	1	-
Osteomielite aguda	2	-	1	1	1	1
Osteomielite crônica	4	-	2	2	2	2
Periostite proliferativa	3	-	2	1	3	-
Total	17	-	9	8	11	6
Lesões de glândulas salivares						
Adenoma pleomórfico	1	-	-	1	-	1
Mucocele	209	4	99	106	75	134
Rânula	9	-	-	9	6	3
Sialodente crônica inespecífica difusa	1	-	-	1	1	-
Total	220	4	99	117	82	138
Lesões malignas						
Carcinoma	1	-	-	1	-	1
Fibrossarcoma	1	-	1	-	-	1
Histiocitose de cels Langerhans	1	-	-	1	-	1
Leucemia mieloblastica	1	-	1	-	-	1
Linfoma	1	1	-	-	-	1
Sarcoma de partes moles	1	-	-	1	-	1
Total	6	1	2	3	0	6
Espécimes dentais e tecidos normais						
Capuz pericoronário	28	-	4	24	15	13
Dente descalcificado	1	-	-	1	-	1
Dente supranumerário	2	-	-	2	-	2
Dentição pré-decídua	1	1	-	-	1	-
Reabsorção dentária externa	1	-	-	1	-	1

Tecido dentário normal	1	-	-	1	-	1
Total	34	1	4	29	16	18
Total geral	620	27	218	375	265	355
Porcentagem	100%	4,3%	35,2%	60,5%	42,7%	57,3 %