

Gabriel Tadeu Costa Júnior

**Lesões bucais em pacientes idosos:
Estudo Retrospectivo de 838 casos
diagnosticados e Registrados no Laboratório
de Patologia Bucal da Universidade Federal
de Uberlândia-
MG-Brasil**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação da Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal
de Uberlândia, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Odontologia.**

**Área de Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial.**

UBERLÂNDIA – MG

2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Gabriel Tadeu Costa Júnior

**Lesões bucais em pacientes idosos:
Estudo Retrospectivo de 838 casos
diagnosticados e Registrados no Laboratório
de Patologia Bucal da Universidade Federal
de Uberlândia-
MG-Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Cirurgia e Traumatologia Bucal-Maxilo-Facial.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Mota Loyola

UBERLÂNDIA – MG

2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

- C837l Costa Júnior, Gabriel Tadeu, 1978-
Lesões bucais em pacientes idosos: estudo retrospectivo de 838 casos diagnosticados e registrados no laboratório de patologia bucal da Universidade Federal de Uberlândia-MG-Brasil / Gabriel Tadeu Costa Júnior. - 2007.
93 f. : il.

Orientador: Adriano Mota Loyola.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia.
Inclui bibliografia.

1. Boca – Ferimentos e lesões - Teses. I. Loyola, Adriano Mota.
II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU: 616.31-001.1



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

AV. Pará, 1720, bloco 2u – sala 2U09 – Campus Umuarama - UBERLÂNDIA –MG – 38400-902
(0XX3) 034 – 3218-2530

RELATÓRIO DA COMISSÃO JULGADORA DA PROVA DEFESA DE MESTRADO DO C.D. GABRIEL TADEU COSTA JÚNIOR, DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DESTA UNIVERSIDADE.

Às nove horas do dia trinta de agosto do ano de dois mil e sete, reuniu-se a Comissão Julgadora indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação desta Faculdade, para o julgamento da Dissertação de Mestrado apresentada pelo candidato GABRIEL TADEU COSTA JÚNIOR, com o título: “LESÕES BUCAIS EM IDOSOS: estudo retrospectivo de 837 lesões bucais diagnosticadas no Laboratório de Patologia da Universidade Federal de Uberlândia – MG Brasil”. 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 de Dissertações e Teses da Biblioteca desta Universidade. Acompanham este relatório os pareceres individuais dos membros da Comissão Julgadora.

Uberlândia 30 de agosto de 2007

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

Aprovado/Reprovado/Conceito

Profa. Dra. Terezinha Rezende C de Oliveira
Titulação: Doutora
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Aprovado/Reprovado/Conceito

Prof. Dr. Elcio Hironaka Shinohara
Titulação: Doutor
Universidade de São Paulo - FOU SP

Aprovado/Reprovado/Conceito

DEDICATÓRIA

Ao Grande Arquiteto do Universo,

Obrigado Senhor pelo amparo nos momentos de dificuldade, angústia e pela luz e fluidos positivos que puseste em meu caminho a cada novo dia. Pela iluminação de mais esta estrada que acabei de trilhar culminando em mais uma conquista extremamente importante para minha vida terrena. Que o Senhor abençoe todos aqueles que de uma forma ou de outra participaram desta vitória.

“ Que assim seja”....

Aos meus pais, Gabriel e Gilza,

Obrigado Pai e Mãe! Por todo amor e dedicação a minha vida e aos meus objetivos; por todos os conselhos e pelo apoio incondicional. Devo esta conquista a vocês pelo grande esforço, trabalho e suor que sempre estiveram presentes durante toda minha criação. Vocês são exemplos de superação de dificuldades e esta conquista é consequência do que plantaram. Amo muito vocês e quero que saibam que tiveram participação significativa nessa conquista.

Ao meu irmão Adriel,

“Salve! Como é que vai?” Brincamos juntos, crescemos juntos, lutamos juntos e agora a distância nos separa. Tenho orgulho de ter você como irmão. Por algumas vezes não pude estar ao seu lado nos momentos de dificuldades e decisões, mas você nunca faltou comigo quando precisei. Amo você, te admiro muito e agradeço pelo carinho e paciência, e louvo a Deus por ter colocado você em minha vida terrena.

Á minha esposa, Vera,

*“ De tudo, ao meu amor serei atento
Antes, e com tal zelo, e sempre, e tanto
Que mesmo face do maior encanto
Dele se encante mais meu pensamento.*

*Quer vivê-lo em cada vão momento
E em seu louvor hei de espalhar meu canto
E rir meu riso e derramar meu pranto
Ao seu pesar ou seu contentamento.*

*E assim, quando mais tarde me procure
Quem sabe a morte, angústia de quem vive
Quem sabe a solidão, fim de quem ama*

*Eu possa me dizer do amor (que tive):
Que não seja imortal, posto que é chama
Mas que seja infinito enquanto dure”.*

(Vinícius de Moraes)

Obrigado meu amor!

O seu apoio, cumplicidade, companheirismo e paciência foram muito importantes para que eu pudesse superar tantas dificuldades profissionais e pessoais e atingisse esse patamar. Cada segundo que temos passado um ao lado do outro é como se fosse uma vida inteira de aprendizado, amor e carinho. A presença iluminada deste anjo que Deus nos enviou como nosso filho, Rafael, é para mim uma glória. Linda, sua presença forte e determinada me fez crescer, evoluir e te admirar como esposa, mãe e profissional que tem sido, é, e creio eu sempre será.

Te amo! Para Sempre!

Ao meu filho Rafael,

Meu filhote!

Todos os dias de minha vida, desde o momento em que ficamos sabendo da sua vinda ao nosso meio, agradeço a Deus por ter me enviado este maravilhoso presente que é você.

Filho saiba que você, mesmo com 4 anos de idade, tem ensinado muito ao papai, com seu jeito, seu sorriso, sua argumentação para tudo, sua forma de cativar o carinho e amor de todos que estão a sua volta. Agradeço-te por ter tido paciência comigo nos meus momentos de impaciência, de seriedade, momentos que pedia para eu lhe dar mais atenção e eu não pude dar. Qualquer pai no mundo inteiro adoraria ter alguém como amigo e filho assim como você é.

Te amo e sou muito feliz por ter você como meu filho.

À minha família,

Especialmente aos meus avós maternos Ione (*in memorian*) e Maria Aparecida (*in memorian*) e avós paternos Zé Tiana (*in memorian*) e Lucy, os quais de alguma forma estiveram presentes nessa caminhada. Agradeço pelas orações e pelo amor dedicado a mim e sei que onde quer que estejam continuam olhando, orando e me transmitindo energias positivas, o que tem me sustentado e dado forças.

Aos meus sogros, Laurindo e Maria Alice,

Que muitas vezes se posicionaram em minha vida como pais. Obrigado pelo respeito, confiança e amor que têm comigo desde o primeiro encontro. Vocês fazem parte dessa conquista.

Ao Prof. Dr. Adriano Mota Loyola,

Obrigado pela honrosa orientação no mestrado. Serei eternamente grato por todas as oportunidades que me proporcionou e pela confiança que depositou em mim, pela compreensão de minhas limitações e dificuldades. Tenho em você além de um exemplo a ser seguido, um grande amigo, por todas as conversas e decisões que tomamos juntos. Muito obrigado!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Prof. Dr. Aparecido Eurípedes Onório Magalhães, Prof^a. Dr^a. Cláudia Jordão Silva, Prof. Dr. Darceny Zanetta Barbosa, Prof^a. Dr^a. Íris Malagone Marques, Prof. Fausto Borges Campos, Prof. Dr. Paulo Sérgio Quagliatto

Todos vocês são exemplos de profissionalismo e competência. Diante disso, agradeço a vocês, professores e amigos por fazerem parte da minha formação profissional.

Prof. Dr. Roberto Bernardino Júnior,

Meu grande amigo!

Agradeço a você por todos os ensinamentos, palavras de carinho, afeto, amizade que tem demonstrado para comigo e minha família. Obrigado pela benção dada por Deus utilizando suas mãos e sua maravilhosa oratória no ato de minha união com minha esposa.

Você é um espírito iluminado que está na terra para servir de exemplo a ser seguido com todas as suas qualidades e que dentre elas se destacam a humildade, a caridade, e a perseverança.

Que assim seja, meu amigo!

Prof. Ms. Marcelo Caetano Parreira da Silva,

Meu grande amigo!

Tivemos uma ótima convivência durante minha estada na especialização, professorado e mestrado, agradeço por todas as oportunidades que me propuseste. Muito aprendi com suas atitudes profissionais e pessoais. Sempre terei orgulho de dizer que sou seu amigo.

Aos meus amigos, R1 (Gustavo, Jonas, Rafaela, Dirceu, Rui e Bruno), R2 (Leonardo, Zancopé, Dudu, Cristiano, João)

Pelo crescimento pessoal e profissional que vivemos ainda hoje e pela grande amizade criada nestes anos. Agradeço também pelo companheirismo e confiança durante desafios pessoais que compartilhamos.

Ao meu amigo Gentil,

Por todos os momentos no processo de aprendizagem que passamos juntos. Obrigado também por todas as conversas e apoio durante essa conquista.

Ao meu grande amigo Rogério,

Agradeço pela relação de amizade, confiança e companheirismo que se estabeleceu desde o começo. Você é um exemplo de seriedade e compromisso com seus objetivos.

Aos meus amigos de república (Nadim, Felipe, Alan, Daniel, Júlio)

Pela confiança, tolerância e respeito a mim dedicados durante todos os meus feitos e em nossa convivência diária.

Obrigado também, pelo companheirismo durante o nosso mestrado.

Aos amigos do mestrado,

Colegas de mestrado que me acompanharam de alguma forma durante a realização deste trabalho foi muito bom ter a amizade de vocês. Agradeço por toda a torcida pelo dia de hoje.

Aos meus alunos da graduação, disciplina de CTBMF,

Vocês foram importantes para minha evolução profissional. Tentei passar para vocês toda a experiência adquirida nestes anos de estudo e louvo a Deus que tenha conseguido, porém vocês também contribuíram muito em todo o meu aprendizado e caminhada durante os anos de professor e aluno. Cada um de vocês teve uma participação especial nesse processo que se concretiza. Obrigado pela atenção e carinho.

Ao aluno da graduação e iniciação científica Sérgio Sargenti,

Quando foi meu aluno na disciplina de CTBMF da UFU se mostrou muito interessado em todos os assuntos falados, mas tinha uma queda por diagnóstico. Seu interesse, entusiasmo e dedicação ao Laboratório de Patologia Bucal são surpreendentes e contagiantes. Desenvolve vários trabalhos lá dentro apoiando os professores da disciplina de Patologia Bucal. Para mim, o apoio incondicional, que não foi imposto e sim por amizade, foi de grande valia.

Este trabalho conseguiu chegar até aqui pelo esforço que você dedicou a mim, que era a minha sombra dentro do laboratório, e conseqüentemente à Patologia Bucal.

Sérgio, pessoas como você, neste nosso meio, são raras e quando aparecem têm que ser aproveitadas, sua facilidade no conhecimento de todas as áreas é um grande “DOM”. Tive e tenho orgulho de ter tido você como meu aluno, auxiliar imensurável neste trabalho e grande amigo. Sei que Deus está observando tudo que tem feito e isso conta pontos para você.

Sei que terá um grande futuro pela frente.

Obrigado pela atenção despendida a mim na produção deste trabalho.

À Abigail,

Que sempre atendeu minhas necessidades com atenção e paciência. Obrigado pela dedicação.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia,

Pela minha qualificada formação durante a especialização e pós-graduação.
Orgulho-me de receber o título de mestre nesta instituição.

Ao Laboratório de Patologia Bucal

Agradeço pelo apoio prestado e livre acesso a mim deixado dentro deste laboratório, juntamente com todos os que nele estão inseridos promovendo um ótimo e organizado ambiente de trabalho.

*"Mais um ano na estrada percorrida
Vem, como o astro matinal, que a adora
Molhar de puras lágrimas de aurora
A morna rosa escura e apetecida."*

Vinícius de Moraes

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	14
LISTA DE TABELAS.....	15
RESUMO.....	17
ABSTRACT.....	19
1. INTRODUÇÃO.....	22
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	26
2.1. ESTUDOS CLÍNICOS.....	26
2.2. ESTUDOS RETROSPECTIVOS EM BIÓPSIAS.....	36
3. PROPOSIÇÃO.....	39
4. MATERIAL E MÉTODO.....	41
5. RESULTADOS.....	48
6. DISCUSSÃO.....	68
7. CONCLUSÕES.....	82
REFERÊNCIAS.....	84
ANEXOS.....	93

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição das localizações observadas para as diferentes lesões identificadas em idosos registradas no Laboratório de Patologia da FOUFU com seus respectivos valores percentuais.....	49
FIGURA 2 – Relação dos tipos de lesões prevalentes nas distintas faixas etárias estudadas e suas frequências relativas.....	64

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das freqüências relativas observadas para as 838 lesões bucais diagnosticadas em pacientes idosos categorizadas segundo os critérios de Neville et al. (2002), considerando o seu número e freqüência.....	50
TABELA 2 - Distribuição das lesões bucais diagnosticadas em pacientes idosos, por categorias de doenças modificadas de Neville et al. (2002), considerando seu numero, freqüência relativa e a proporção das doenças por sexo dos pacientes.....	51
TABELA 3 - Distribuição das categorias de doenças modificada de Neville et al. (2002), segundo quatro faixas etárias distintas dos pacientes amostrados.....	52
TABELA 4 - Distribuição das freqüências relativas das diferentes categorias de doenças (modificada de Neville et al. 2002), segundo as faixas etárias dos pacientes.....	53
TABELA 5 - Distribuição das principais lesões categorizadas como “proliferativas não neoplásicas”, segundo dados de faixa etária e sexo dos pacientes.....	54
TABELA 6 - Distribuição das principais lesões categorizadas como “lesões ósseas”, segundo dados de faixa etária e sexo dos pacientes.....	54, 55
TABELA 7 - Distribuição das principais lesões categorizadas como “neoplasias benignas e malignas”, segundo dados de faixa etária e sexo dos pacientes.....	55, 56
TABELA 8 - Doenças das glândulas salivares, distribuídas segundo a faixa etária e o sexo dos pacientes.....	56
TABELA 9 - Doenças periodontais, distribuídas segundo a faixa etária e o sexo dos pacientes.....	57

TABELA 10 - Doenças decorrentes de injúrias físicas e químicas afetando a mucosa bucal, distribuídas segundo faixa etária e sexo dos indivíduos acometidos.....	58
TABELA 11 - Doenças de natureza não infecciosa e não neoplásicas epiteliais da mucosa bucal, distribuídas segundo as faixas etárias de acometimento, e sexo dos pacientes.....	59
TABELA 12 - Doenças de Polpa e Periápice distribuídas por faixa etária e sexo dos pacientes.....	59
TABELA 13 - Doenças imunológicas e alérgicas com manifestação bucal, distribuídas segundo faixa etária e sexo dos pacientes incluídos no estudo.....	60
TABELA 14 - Cistos e tumores odontogênicos, distribuídos segundo faixa etária e sexo dos pacientes incluídos no estudo.....	61
TABELA 15 - Distribuição dos tipos de lesões prevalentes entre as 838 levantadas, segundo sua categoria, percentual e relação de frequência entre indivíduos do sexo masculino e feminino.....	62
TABELA 16 - Distribuição das doze lesões diagnosticadas com maior frequência nos pacientes idosos segundo suas frequências relativas (%) nas diferentes topografias da boca.....	65
TABELA 17 - Neoplasias malignas identificadas na amostra de pacientes idosos estudados, distribuídos segundo suas frequências relativas em relação ao sexo dos pacientes, localização e faixas etárias de ocorrência.....	66

RESUMO

A população idosa mundial tem crescido em ritmo mais acelerado que qualquer outra faixa etária. Dentro desta perspectiva, grande interesse tem sido direcionado para a saúde da população idosa, que também tem sido focado no *status* de saúde bucal. Vale lembrar que a mucosa bucal apresenta funções protetoras essenciais que afetam significativamente a saúde geral do paciente. Com o avanço da idade a mucosa bucal se torna mais permeável a estímulos externos em função de declínio na capacidade renovadora de seu epitélio favorecendo maior exposição do indivíduo a variedade de agentes agressores que adentram a cavidade bucal, entre os quais álcool, fumo, medicamentos, deficiência nutricional, doenças crônicas, próteses e agentes infecciosos em geral. Contudo existe um número limitado de estudos, no mundo, relatando a prevalência de lesões na mucosa bucal dos pacientes idosos que tem sido, essencialmente, de natureza clínica. Estudos sobre lesões cujos diagnósticos têm sido necessariamente realizados por meio do exame histológico têm sido raramente relatados. O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo epidemiológico retrospectivo das doenças bucais em idosos, baseado no levantamento dos casos diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Uberlândia no período compreendido entre 1978 e 2006. Para tanto, foram levantados neste período (28 anos) 8837 casos registrados nos arquivos do Laboratório. Deste total, 9,5% da amostra, correspondendo a 838 casos, satisfizeram os critérios da faixa etária 60 – 69 anos, 70 – 79 anos, 80 – 89 anos e 90 anos ou mais e de situarem-se nos tecidos bucais. Para sua classificação, foram utilizados os critérios de Neville et al. (2002) com pequenas modificações, agrupando-as em doze categorias. Os resultados mostram que a maioria dos casos se concentrou no grupo de idosos mais jovens, ou seja, entre 60-69 anos (514/838), o sexo feminino foi o mais afetado (470/838) e o rebordo alveolar foi a localização mais freqüente (125/838). As doze categorias identificadas na amostra apresentaram a seguinte freqüência: Doenças Infecciosas (2,6%), Lesões proliferativas não neoplásicas (36,5%), Lesões Ósseas (2,6%),

Neoplasias benignas e malignas (22,4%), Cistos e tumores odontogênicos (3,0%), Cistos não odontogênicos (1,1%), Doenças de Glândulas Salivares (3,7%), Doença Periodontal (2,7%), Injúrias Físicas e Químicas (6,0%), Doenças não infecciosas e não neoplásicas epiteliais (6,7%), Doenças Imunológicas e Alérgicas (2,9%), Doenças de Polpa e Periápice (9,8%). O maior número de lesões foi encontrado nos grupos dos Hamartomas, coristomas e lesões proliferativas não neoplásicas (36,5%) e das Neoplasias benignas e malignas (22,4%). A Hiperplasia fibrosa foi a entidade mais prevalente (33,2%) em todo o estudo seguido pelo carcinoma epidermóide (13,6%) e cisto radicular (5,4%). As doze lesões mais frequentes foram responsáveis por 72,5% de toda a amostra.

Palavras Chave: idoso, lesão da mucosa oral, hiperplasia fibrosa, neoplasias benignas e malignas.

ABSTRACT

The proportion of older people is growing faster than any other age group. Due to that, there is a growing interest in the oral health *status* of older people as the size of this population is increasing around the world. It must be remembered that oral mucosa shows essential functions that significantly affect patient general health. With aging process the oral mucosa becomes more susceptible to external stimuli in function of a reducing capacity epithelium regeneration and consequently expose the individual to various harmful and infectious agents coming trough oral cavity. These predisposing factors are alcohol, tobacco, medicaments, nutritional deficiency, chronic diseases, prostheses and infectious agents. However there are unlimited studies in the world mentioning the prevalence of oral mucosal lesions in elderly that have been essentially of clinical nature. Surveys about alterations which the diagnoses have been made by histopathologic exams have been seldom mentioned. The aim of this study was to achieve a cross-section epidemiologic study of elderly oral disease, basing on a survey of diagnosed cases on the Oral Pathology Laboratory of the Universidade Federal de Uberlandia between 1978 and 2006. In order to that, 8837 registered cases in the lab archives were investigated on this period (28years). From the entire sample, 9,5% of the cases, corresponding 838 biopsies, satisfy the 60 – 69 years, 70 -79 years, 80 – 89 years and 90 or more years of age and oral tissues location criteria. For the classification Neville et al,,, (2002) criteria were used with modifications, assembling into twelve categories. The results show the majority cases are concentrated on the youngest group, 60-69 years (514/838), female the gender most affected (470/838) and alveolar edge the most common location (125/838). The twelve categories identified on this sample presented the follow frequency: Infectious diseases (2,6%), proliferative non neoplastic lesions (36,5%), bone lesions (2,6%), benignant and malignant neoplasms (22,4%), cysts and odontogenic tumors (3,0%), non odontogenic cysts (1,1%), salivary gland diseases (3,7%), periodontal diseases (2,7%), physical and chemical injuries (6,0%), Epithelial

non infectious and non neoplastic diseases (6,7%), immunologic and allergic diseases (2,9%), pulp and apical diseases (9,8%). Proliferative non neoplastic lesions were the predominant diagnostic group (36,5%) followed by benignant and malignant neoplasms (22,4%). The fibrous hyperplasia was the most frequent lesion (33,2%) followed by squamous cell carcinoma (13,6%) and apical cyst (5,4%). The twelve most frequent lesions were responsible for 72,5% of the entire sample.

Keywords: elderly, oral mucosa lesion, fibrous hyperplasia, benignant and malignant neoplasms.

INTRODUÇÃO



1. INTRODUÇÃO

A população idosa mundial tem crescido em um ritmo mais acelerado que qualquer outra de faixa etária diversa. Atualmente, aproximadamente 600 milhões de pessoas têm idade de 60 anos ou mais, e recente estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que este número dobrará até o ano de 2025 (UNITED NATIONS, 2003).

No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas na década de 60 com 60 anos ou mais, representava 4,8% da população; nos anos 80 este índice alcançou aproximadamente 6,3% e, no início da década de 90, já perfazia 7,3% da população nacional. No Censo de 2000, este percentual elevou-se para 8,6% e esta tendência de elevação tem se mantido inalterada. A perspectiva futura mostra que para os próximos 20 anos haverá uma tendência de crescimento que levará o número de idosos exceder a casa dos 30 milhões de indivíduos neste período, o que representará aproximadamente 13% da população. (IBGE, 2002).

Dentro desta perspectiva, grande interesse tem sido direcionado para a avaliação da saúde da população idosa e, por consequência, para a avaliação do *status* de sua saúde bucal (Jjainkittivong et al. 2002).

A incidência e prevalência de doenças na mucosa bucal são importantes parâmetros na avaliação da saúde bucal da população idosa. (Fleishman et al. 1985). A propósito, a Organização Mundial de Saúde tem recomendado recentemente que todos os países deveriam adotar estratégias para melhorar a saúde bucal dos idosos (Petersen & Yamamoto, 2005).

Vale lembrar que a mucosa bucal apresenta funções protetoras essenciais que afetam significativamente a saúde geral do paciente. Com o avanço da idade a mucosa bucal se torna mais permeável em função de um declínio na capacidade renovadora do epitélio de revestimento e nas glândulas salivares, favorecendo maior exposição do indivíduo aos efeitos deletérios de uma variedade de agentes agressores, entre os quais álcool, fumo, medicamentos, agentes infecciosos em geral (Van Wyk, 1977; Pindborg, 1978;

Vigild, 1987; Pajukoski et al. 1999). Estes efeitos tornam-se mais danosos, tendo em vista a redução na capacidade adaptativa, quantitativa e qualitativa, dos mecanismos de defesa orgânica (Reichart, 2000). Agrega-se a isto, o fato de que, à medida que a população envelhece, mudanças na sua condição de vida e de trabalho destes indivíduos, concorrem para o aparecimento de doenças ocupacionais (Petersen & Yamamoto, 2005).

Como ilustração desta situação, destaca-se o fato de a hipodontia por perda dentária ser um achado freqüente nesta população, decorrente de atrofia senil natural dos tecidos de suporte dentário e por perdas dentárias precoces decorrentes da instalação e progressão da cárie dentária e doença periodontal. Assim, estes indivíduos sujeitam-se a utilização de aparelhos protéticos e aos agravos a saúde dele decorrentes, como o surgimento de lesões inflamatórias, ulceradas e hiperplásicas. Da mesma forma, vários estudos têm identificado que o câncer bucal afeta prioritariamente indivíduos com faixa etária acima de 50 anos, tendo um pico de incidência na 7ª década de vida. Aqui, vale a lembrança de que, como o dano provocado por carcinógeno decorre de sua ação cumulativa sobre o organismo, a população idosa acaba por ser o alvo prioritário destas doenças.

Assim, os programas de saúde oferecidos à população devem abordar conhecimento e práticas no cuidado da saúde bucal, aliados a necessidade de despertar uma consciência coletiva na promoção de saúde em todos os níveis da sociedade (Unfer & Saliba, 2000).

Estudos epidemiológicos podem promover uma importante visão para o entendimento da prevalência, extensão e severidade das doenças orais nesta população (Pack, 1998). Contudo, existe ainda um número limitado de estudos prospectivos e retrospectivos na literatura mundial, voltados para a o diagnóstico e a identificação da prevalência de lesões na mucosa bucal da população idosa. Neste sentido, predominam estudos clínicos, não contemplando informações referentes àquelas lesões, cujo diagnóstico somente se confirma após a realização da biópsia e do exame histopatológico. Desta forma, e considerando os pressupostos anteriormente expostos, este trabalho teve por objetivo realizar um levantamento das principais doenças

afetando os tecidos bucais da população idosa, registradas no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, no período compreendido entre 1978 e 2006.

REVISÃO DE LITERATURA



2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estudos Clínicos

Em 1977 van Wyk et al, avaliaram o *status* da saúde oral de idosos institucionalizados do Cabo Colorado na Península da África do Sul, priorizando a identificação de lesões induzidas por prótese (hiperplasia fibrosa, úlcera e estomatite subplaca) e lesões brancas da mucosa bucal. Os autores encontraram o leucoedema (24,4%) e a leucoplasia (24,8%) como os tipos mais prevalentes de lesões. Não houve diferença estatística entre homens e mulheres com relação à presença de hiperplasia fibrosa de natureza irritativa.

Fleishman et al, (1985) estudaram uma população de 456 idosos acima de 65 anos de idade em Israel, utilizando como instrumento de pesquisa entrevista e exame clínico da mucosa bucal. Os autores dividiram os pacientes em grupos de acordo com gênero, idade (≤ 69 anos e > 70 anos) e o uso de prótese total ou parcial (satisfatória ou defeituosa). A maioria dos pacientes apresentava suas mucosas sem alterações patológicas aparentes. Os autores encontraram que homens com idades abaixo de 69 anos apresentaram lesões ulcerativas e “outras condições” identificadas como degenerativas (xerostomia, por exemplo), lesões brancas (candidose) e de desenvolvimento (língua fissurada, pigmentações, etc) em uma frequência (25.5%) superior aquela observada para lesões proliferativas não neoplásicas (11.8%). No grupo de idosos acima de 70 anos, a frequência das lesões proliferativas não neoplásicas também ficou abaixo daquela observada para o grupo de “outras condições” (28.9%) e lesões ulcerativas (25.4%). Estes padrões de frequências foram encontrados em proporções aproximadas também para mulheres nas diferentes faixas etárias identificada, salientando que, no grupo abaixo de 69 de idade, as lesões ulcerativas prevaleceram em relação ao grupo das “outras condições”. Quando todos os pacientes foram avaliados, observou-se que nos usuários de próteses defeituosas, as lesões ulcerativas foram prevalentes (44,5%). Tanto para o grupo dos usuários de próteses satisfatórias quanto para

os não usuários, observou-se prevalência de lesões do grupo “outras condições (26,8% e 42,0%, respectivamente)”.

Hand & Whitehill (1986), estudando 629 indivíduos não institucionalizados de Iowa (EUA) com idade igual ou superior a 65 anos, encontraram prevalência de 27% lesões que estavam associadas ao uso de prótese e 8,3% não relacionadas ao uso de próteses. Além disso, das lesões relacionadas com o uso de prótese, a hiperplasia foi a lesão de maior destaque (58,8%). Quanto à topografia das lesões, os autores observaram que o palato (30,5%) foi o local mais acometido, seguido pelos lábios (18,6%). Evidenciaram também, que o fumo, álcool, baixo nível de instrução educacional e o tempo da última visita ao dentista estavam associados com aumento no risco de lesões associadas ao uso de próteses.

No estudo de Vigild (1987), em que foram estudados 486 idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPI), dos quais 413 faziam uso de próteses, e 199 idosos internados em hospitais, dos quais 169 eram usuários de próteses, observou-se que metade dos indivíduos em geral apresentava uma ou mais lesões em mucosa bucal associada ou não ao uso de próteses. O tipo mais freqüente de lesão relacionada com prótese foi à estomatite, a qual acometeu aproximadamente 30,0% dos idosos. A lesão não relacionada com prótese mais prevalente foi a leucoplasia (2,5% dos institucionalizados e 2,0% dos hospitalizados). Também foi constatado que houve maior prevalência de lesões nos indivíduos que não higienizavam adequadamente as próteses e também naqueles que usavam próteses mais antigas e que não retiravam as próteses para dormir, sendo denominado como uso noturno. Além disto, observou-se nesta amostra que as lesões ulceradas foram comumente observadas, além de ter sido vista em 8,3% dos indivíduos hospitalizados e 3,9% daqueles residentes em ILPI. Quanto à presença de neoplasias malignas, apenas um caso de carcinoma epidermóide em cada grupo de indivíduos foi diagnosticado.

Estudo semelhante realizado na Finlândia, Ekelund (1988), investigando uma população de 480 idosos entre 65 e 100 anos de idade residentes em 24 ILPI de diversas partes do país, constatou que 60% dos indivíduos apresentaram uma ou mais lesões em cavidade bucal. Além disso, observou-se também das 431 lesões detectadas no estudo, as alterações na superfície lingual foram as mais freqüentes (32,5%), seguida de hiperplasia (16,7%), estomatite (15,6%) e petéquias (7,1%).

Moskona e Kaplan (1992) avaliaram a mucosa bucal de 298 idosos em Israel, 62,8% dos quais, desdentados. Dentre os tipos de lesões identificadas, destacou-se a estomatite protética, hiperplasia papilar do palato e cordão fibroso. A freqüência total de lesões nos pacientes desdentados não usuários de prótese foi 16,7%, enquanto que nos usuários cujas próteses eram de má qualidade, 52,8% desenvolveram lesão. A presença de estomatite por prótese e hiperplasia papilar de palato foi relacionada com a idade, e não com a qualidade da prótese. A freqüência de todas as lesões relacionadas com prótese aumentou também com a idade do paciente. Em estudo semelhante realizado três anos depois pelos mesmos autores (Moskona & Kaplan, 1995), foram constatados que 75% dos pacientes eram desdentados e usavam próteses. Neste grupo, as lesões mais freqüentes foram úlceras traumáticas (51,0%) que se mostrara diretamente relacionadas com a pobre qualidade técnica das próteses.

No Brasil, Jorge Júnior et al., (1991) avaliaram a prevalência de lesões bucais em 270 idosos (134 homens e 136 mulheres) institucionalizados (Piracicaba, SP), sendo 225 com idades entre 65 e 85 anos ou mais. No geral, os autores identificaram que menos da metade dos indivíduos apresentavam boa saúde bucal e que 58,9% apresentavam uma ou mais lesões bucais, sendo estomatite (20%), hiperplasia fibrosa (11,8%) e queilite angular (9,3%) as mais comuns. Lesões cancerizáveis como leucoplasia (3%) e queilite actínica (2,3%) foram incomuns, porém três casos de carcinoma escamoso (1,1%) foram relatados.

Corbet et al. em 1994 estudaram 537 idosos chineses de Hong Kong entre 65-74 anos para determinar a presença de lesões em usuários de prótese, tabaco e álcool. Destes, 64% não apresentaram lesões bucais, enquanto que os demais, ou seja, 193 idosos, 80% apresentaram somente uma lesão. Nenhuma diferença entre os gêneros foi observada. As lesões mais comuns encontradas nos idosos foram varicosidades linguais (7,0%), queratose friccional da mucosa bucal (6,0%), estomatite (6,0%) e hiperplasia por prótese em fundo de saco de vestibulo superior e inferior (5,0%). Usuários de prótese apresentaram maior prevalência de lesões (40%), ao passo que apenas 32% dos indivíduos que não faziam uso de prótese desenvolveram lesões bucais. Não houve diferença na prevalência ou número de lesões entre os usuários de tabaco e álcool e os não usuários. Nenhum caso de malignidade foi confirmado.

Samaranayake et al. (1995) estudaram 147 idosos institucionalizados em um Hospital Escocês. Desses, 65% tinham mais 80 anos, dos quais 52% usavam prótese total, 9% eram parcialmente dentados, 19% possuíam prótese parcial ou incompleta e 20 % não usavam próteses e eram desdentados. Dos 80 pacientes que verbalizaram suas queixas, 35% reclamaram sobre boca seca, 45% relataram desconforto com o uso de próteses. As lesões mais encontradas foram língua saburrosa (56%), queilite angular (25%) e cândida associada à estomatite por prótese (19%).

Em 1995, Taiyeb et al. realizaram uma pesquisa em malaios idosos (60 anos ou mais) do distrito de Klang na Malásia, para verificar a prevalência de lesões bucais. Dos 486 indivíduos, 111 tinham pelo menos uma lesão (22,8%). Os achados mais comuns foram lesões em língua como língua geográfica e língua fissurada (10,7%), pigmentação oral (4,9%) e lesões brancas (4,3%). Lesões relacionadas com prótese foram comparativamente baixas, 2,5% do total, e dois casos de câncer bucal foram encontrados, perfazendo 0,4% do total.

Nevalainen et al. (1997) investigaram 338 pacientes idosos moradores na cidade de Helsink, Finlândia que foram divididos de acordo com a idade e sexo: 76 anos (45 homens e 116 mulheres), 81 anos (31 homens e 69 mulheres) e 86 anos (15 homens e 62 mulheres). No geral as mudanças de superfície lingual (7%), queilite angular (6%) e varizes (4%) foram as que mais se destacaram. Quando estudada a relação entre pacientes, levando em consideração o gênero, e o uso de próteses, foi evidenciado que em 260 deles, a reação inflamatória crônica (25%), se destacou, sendo 9 (14%) em homens e 57 (29%) em mulheres.

Em 1998, no estudo canadense de MacEntee et al. no qual foram entrevistados e examinados 255 idosos usuários de prótese, ou não, com idade superior a 75 anos, foi constatado que estomatite, hiperplasia relacionada a prótese e queilite angular estavam significativamente associadas com o homem e com o uso de próteses defeituosas. Revelou também, que nem a idade isolada nem a qualidade da prótese predispõem lesões de mucosa bucal, porém o estranho achado foi que a estomatite, hiperplasia relacionada a prótese e queilite angular aumentam até três vezes em usuários de prótese e quase dobraram em homens.

MaCnally et al., (1999) avaliaram 150 pacientes (84 homens e 66 mulheres) entre 58 e 95 anos de idade, que se enquadraram nas faixas etárias: < 65 anos 7 (5%), 65-75 anos 36 (30%), 76-85 anos 69 (46%) e 86 anos ou mais 32 (25%). Destes 111 eram desdentados totais e 39 parcialmente desdentados e dentre eles 117 (77%) faziam uso de algum tipo de prótese, a relação dos pacientes usuários de prótese, visitas ao dentista, higiene oral com a presença de lesões de boca foi verificada sendo a estomatite por prótese encontrada em 44 indivíduos e outras lesões como hiperplasia irritativa por prótese, pólipos fibroepiteliais, hemangiomas e úlceras traumáticas ocasionadas por prótese em 19 idosos.

No estudo de Reichart (2000), dois grupos de pacientes foram examinados, sendo 655 adultos (35-44 anos grupo 1) e 1367 idosos (65-74 anos grupo 2). Neste trabalho o autor observou que grânulos de Fordyce (23,7%), herpes labial (20%), língua fissurada (19%) e estomatite dentária (18,3%) foram as lesões mais frequentemente diagnosticadas no grupo de idosos, sugerindo que com o avançar da idade a estomatite por prótese se torna a lesão mais prevalente.

Kovač-kavičić & Scalerić, em 2000, avaliando a prevalência das lesões da mucosa oral em cidadãos de 15, 25, 35, 45, 55 e 65 anos de Libuljana, observaram, após 10 anos, que no grupo de idosos grânulos de Fordyce (61 lesões- 30 homens e 31 mulheres), varizes (35 lesões- 16 homens e 19 mulheres), língua fissurada (22 lesões- 10 homens e 12 mulheres) e estomatite dentária (11 lesões- 2 homens e 9 mulheres) foram as lesões mais frequentemente observadas. Naqueles de 75 anos de idade destacaram-se grânulos de Fordyce (28 em homens e 15 em mulheres) e varizes (25 em homens e 18 em mulheres) com 43 lesões cada, língua fissurada, 32 lesões, (20 em homens e 12 em mulheres) e estomatite dentária com 9 lesões (5 em homens e 4 em mulheres).

Lin et al. (2001) investigaram 151.565 (65-74 anos) indivíduos chineses moradores da zona urbana e rural. Os residentes da zona urbana (391 homens e 383 mulheres) apresentaram língua fissurada (6,9% homem e 6,8% mulheres), pigmentação melânica (3,8% homem), leucoplasia e líquen plano (2,6% homens cada). Já os moradores da zona rural, língua fissurada (12,6% mulheres e 12,5% homens), língua pilosa (4,1% homens) e de pigmentação melânica (2,2% homens) foram as lesões observadas. Com relação ao uso de tabaco e álcool, moradores da zona rural apresentaram maior índice (69% homens e 17,7% mulheres) e (25% homens e 3,5% mulheres), respectivamente. Ademais, as lesões cancerizáveis (leucoplasia, líquen plano, lúpus discóide eritematoso) se destacaram nos homens usuários de tabaco (1,7%) e de álcool (1,3%), as lesões brancas (leucoplasia, mordedura de

lábio e bochecha, queratose friccional, lesão galvânica) nos homens usuários de tabaco (7.0%) e de álcool (4,9%) e as lesões em língua (língua fissurada, língua pilosa, língua atrófica, língua geográfica e varicosidades linguais) em homens fumantes (2,1%) e mulheres fumantes (1,6%). As lesões relacionadas com próteses (úlcera, hiperplasia e estomatite) não foram muito expressivas.

Em 2002, Jainkittivong et al. avaliaram a mucosa bucal, por meio de exames clínicos, de 500 Tailandeses com idade igual ou superior a 60 anos. Destes 194 (38.8%) eram homens e 306 (61.2%) mulheres, que foram divididos: 60–64 anos 166 (33.2%), 65–69 anos 184 (36.8%), e 70 anos ou mais 150 (30%) indivíduos. Do total e dentro das três faixas etárias destacaram-se varizes 298 (59,6%), língua fissurada 140 (28%) e ulcera traumática 78 (15,6%). Em 252 pacientes que faziam uso de prótese, as lesões mais comumente observadas foram relacionadas à prótese (108 lesões- 42,8%), ulcera traumática (57- 22,6%), estomatite dentária (36- 14,6%) e queilite angular (12- 4,8%). Não foram achadas lesões pré-malignas. Estes resultados comprovam que o aparecimento de lesões bucais está relacionado com a idade, gênero e uso de próteses.

Garcia Póla Vallejo et al. em 2002, estudaram uma amostra de 753 indivíduos da cidade de Oviedo – Espanha. Deste grupo, 33 (56,8%) homens e 41(66,1%) mulheres com idade entre 60-69 anos; não usuários de prótese 36 (48,6%), usuários de próteses totais 26 (35,1%) e usuários de próteses parciais 12 (16,2%), entre 70-79 anos 18 (39,1%) homens e 17 (30,3%) mulheres, dentre os quais não faziam uso de próteses 6 (17,1%), usuários de próteses totais 23 (65,7%) e usuários de próteses parciais 6 (17,1%) e acima de 80 anos de idade 5 (6%) homens e 6 (11%) mulheres, sendo 8 (72,7%) não usuários de próteses, 2 (18,1%) usuários de próteses totais e 1 (9%) usuários de próteses parciais. Entre 50–69 anos as varizes sublinguais 35 (27,3%), estomatite por prótese 12 (9,4%), hiperplasia e lesão friccional 11 (8,6%) cada e candidíase 10 (7,8%), foram as lesões que mais se destacaram. Nos indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos, as varizes sublinguais 17 (36,9%), estomatite por

prótese e ulcera traumática com 7 (15,2%) e candidíase e lesão friccional 5 (10,9%) cada foram as lesões mais prevalentes.

Espinoza et al. em 2003 avaliaram por meio de exame clínico bucal a prevalência das lesões de mucosa bucal em 889 idosos do sistema de saúde público e privado em Santiago-Chile com idade igual ou superior a 65 anos. As lesões mais representativas foram: estomatite dentária 22,3% (198), hiperplasia irritativa 9,4% (84) e varicosidade 9,0% (80). Foi salientado que nos participantes que faziam uso de próteses as lesões foram mais prevalentes.

Avcu & Kanli em 2003 fizeram um estudo em 5150 pacientes turcos com idades entre 13 e 83 anos e levantaram a prevalência de nove tipos de lesões de língua em 2690 pacientes, sendo 1255 (44,2%) mulheres e 1435 (62%) homens. Esses pacientes foram divididos por gênero dentro de faixas etárias: < 20 anos, entre 20 e 29 anos, entre 30 e 39 anos, entre 40 e 49, entre 50 e 59 e ≥ 60 anos. Na faixa etária ≥ 60 anos as lesões mais prevalentes foram língua saburrosa 96 (39,8%) feminino e 67 (26,4%) masculino, língua pilosa 44 (18,2%) feminino e 98 (38,6%) masculino e língua fissurada 22 (9,1%) feminino e 78 (30,7%) masculino.

Coelho et al. em 2004 realizaram exames intrabucais em 305 pacientes usuários de prótese parcial ou total superior e/ou inferior com o objetivo de diagnosticar as lesões bucais associadas à prótese. Os pacientes foram divididos em grupos segundo o tempo de uso das próteses: grupo 1: <5 anos de uso, grupo 2: 6–10 anos de uso, grupo 3: 11–15 anos de uso, grupo 4: 16–20 anos de uso, grupo 5: 21–25 anos de uso, grupo 6: 26–30 anos de uso, e grupo 7: mais de 30 anos de uso. As lesões bucais associadas à prótese ocorreram em 56% (37) homens e em 72% (172) mulheres com a maior proporção de mulheres nas sexta e sétima décadas de vida, enquanto que nos homens foi na quinta e sexta década de vida. As lesões bucais que mais apareceram foram a candidose crônica atrófica (44%) nos usuários de prótese

há 16-20 anos, seguida por candidose crônica hiperplásica (22.2%), hiperplasia fibrosa inflamatória (16.7%) e úlcera traumática (6.3%).

Mumcu et al. (2005), fizeram um estudo clínico bucal, para avaliar a prevalência e distribuição de lesões orais em uma amostra da população da Turquia. No estudo, 765 residentes participaram, sendo 49% (375) mulheres e 51% (390) homens que foram divididos em grupos de acordo com as idades, sendo 47,7% (365) dos participantes com idade entre 5 e 17 anos, 22,6% entre 18 e 44 anos, 8,6% entre 45 e 64 anos e 21,1% com idade igual ou superior a 65 anos. No grupo de 65 anos ou mais representado por 163 participantes foi observado que as alterações mais diagnosticadas foram as varizes linguais com 25 lesões: (15,1%) mulheres e (15,5%) homens; estomatite por prótese 23 lesões: (15,1%) mulheres e (13,1%) homens; e pigmentação melânica 21 lesões: (6,3%) mulheres e (19,1%) homens e petéquia 21 lesões: (15,1%) mulheres e (10,7%) homens.

Peltola et al. (2004) realizaram um estudo em 260 (194 mulheres e 66 homens) indivíduos hospitalizados com idade igual ou superior a 65 anos, na cidade de Helsink, Finlândia verificando que a estomatite por prótese (25%), queilite angular (19%) e ulcera traumática (3%) foram as lesões mais prevalente em 42 % das mulheres e 38 % dos homens que faziam uso de próteses.

Shulman et al. (2004), utilizando dados da 3ª Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, 1988-1994 (NHANES III), observaram que dos 2.236 indivíduos entre 60 e 69 anos de uma amostra total de 17.235, 39,4% apresentaram lesões em mucosa bucal, e naqueles indivíduos com idade maior ou igual à 70 anos (2.900 indivíduos) 42,6% apresentavam lesões de mucosa bucal. Sendo as lesões relacionadas com cândida e prótese (estomatite protética, hiperplasia dentária e queilite angular) as prevalentes. Foi evidenciado também que os pacientes usuários de fumo e mais idosos apresentavam índices maiores de lesões bucais.

Em 2004, Ursache et al. pesquisaram 228 pacientes, por meio de exames clínicos, com idades entre 65-84 anos desdentados parcial ou totais e que faziam uso de prótese removível. Diversas manifestações clínicas de lesões hiperplásicas na mucosa bucal foram percebidas tendo como seu principal fator etiológico local o uso de próteses mal adaptadas, longo tempo de uso das próteses e má higiene.

Triantos (2005), verificando a presença de lesões bucais e alterações sistêmicas, estudou uma amostra de 316 idosos, sendo 120 homens (38%), 196 mulheres (62%), com idades entre 65 – 99 anos, dos quais 150 (47,5%) eram não institucionalizados [59 homens e 91 mulheres] e 166 (52,5%) institucionalizados [61 homens e 105 mulheres]), observou que as lesões mais freqüentes nos dois grupos, não havendo diferença estatística, foram estomatite por prótese (33 lesões - 17,2%), boca seca (28 lesões - 14,6%), atrofia da papila lingual (20 lesões -10,5%), língua fissurada (19 lesões – 9,8%) e hemangioma (13 lesões – 6,8%), nenhum caso de malignidade foi encontrado. Cerca de 90% da amostra estudada apresentou alterações sistêmicas sendo á hipertensão, problemas cardíacos e depressão/ansiedade mais comumente encontradas, o que faz com que os indivíduos façam a ingestão de múltiplos medicamentos diários aumentando assim o possível aparecimento de lesões bucais.

Zaremba et al. (2006) realizaram um estudo em 103 indivíduos poloneses de 35-92 anos, dos quais 32 deles (31,1%) faziam uso de prótese acrílica parcial ou total, cujo objetivo era avaliar a incidência de cepas de cândida. Os indivíduos foram divididos em um grupo de meia idade (35-44 anos), que compreendia 52 pessoas e um grupo de idosos (> 55 anos), que compreendia 51 indivíduos, os quais, por sua vez, foram subdivididos em dois grupos de acordo com as seguintes faixas etárias: 56-70 anos e 71-92 anos. Os dados encontrados sobre a incidência de cândida não mostram diferenças quando comparados com indivíduos da meia idade e idosos, usuários ou não

de prótese. Porém, a freqüência de cepas de cândida foi aumentada no subgrupo 71-92 anos (74,2%) comparando-se ao 56-70 anos (35%)

2.2. Estudos Retrospectivos em biópsias

Könönen et al. (1987) pesquisaram 22.946 espécimes de biópsia oral em idosos finlandeses, dividindo-os em um grupo com indivíduos mais jovens (< 60 anos) e idosos (> 60 anos), sendo estes divididos em grupos etários subdividido em (60-69 anos), (70-79 anos), onde os cistos dos maxilares e dos tecidos moles foram os mais aparentes (31% e 23%) e maior ou igual a 80 anos se destacaram as lesões de mucosa oral (29%). Os cistos radiculares foram o diagnóstico simples mais comum na faixa etária geral igual ou acima de 60 anos (18%). A freqüência de lesões malignas e pré-malignas foi mais de 10 vezes maior nos idosos que nos mais jovens.

Scott & Cheah em 1989 examinaram mais de 4000 casos de biópsia na população da região de Mersey e dividiram os indivíduos em dois grupos: idosos (idade maior ou igual a 65 anos) e não idosos. A distribuição das categorias diagnósticas foi bastante diferente entre os dois grupos, onde todas as categorias (doenças malignas e pré-malignas, keratoses benignas, hiperplasias por próteses, lesões proliferativas benignas, líquen plano e doenças mistas), exceto cistos da mucosa a prevalência foi maior no grupo de idosos. A grande diferença foi nas doenças malignas e pré-malignas que apresentou 5,5 vezes maior nos idosos. Os resultados sugeriram que a prevalência das lesões bucais de um tipo e severidade para garantir a remoção cirúrgica do tecido foi 47% maior nos idosos, e fortalecem a noção de que a idade exerce uma importante influência na prevalência e no padrão das lesões bucais no homem.

Crivelli et al., (1990) levantaram o número de lesões orais em 526 pacientes de duas instituições: (PAMI – Clínica com um Programa de Assistência Médica e Social) e o (LAP – Laboratório de Patologia Cirúrgica),

sendo 244 e 282 idosos respectivamente, com idades igual ou superior a 55 anos. As lesões mais freqüentes foram os pseudotumores (44.6%) no LAP e (17.2%) no PAMI; lesões pré-malignas (20.5%) no LAP, enquanto no PAMI (2.4%). Os cistos encontrados no LAP (15.6%) e no PAMI foram (2.4%). Os grupos do PAMI mostraram (90%) de Candidíase. Úlcera traumática (30.7%) e afta (28.8%). No LAP foram (4.6%) a úlcera traumática. O tumor maligno prevalente foi o carcinoma espinocelular (8,16%) LAP e (6.56%) PAMI.

No estudo retrospectivo de 17.329 lesões diagnosticadas na população < 60 e ≥ 60 anos de idade obtidos dos arquivos do serviço de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da USP, Corrêa et al, em 2006 observaram que na população idosa, as lesões reativas e inflamatórias 779 (35%), neoplasias epiteliais malignas 257 (11,6%), cistos 199 (8,9%), lesões pré-malignas 177(8,0%) neoplasias benignas de tecido mole 162 (7,0%) se destacaram. Dentro do grupo das lesões reativas e inflamatórias, a hiperplasia fibrosa inflamatória representou 509 (65%) dos casos, seguida do processo inflamatório crônico inespecífico 162 (21,0%). O carcinoma epidermóide foi à neoplasia epitelial maligna que mais se destacou aproximadamente 222 (86%). E também, dentro do grupo de lesões pré-malignas, a leucoplasia foi altamente evidenciada.

Castro & Ramos e Silva (2006) por meio de uma revisão, listaram as doenças de mucosa bucal mais frequentemente diagnosticadas em idosos. Neste estudo, eles relataram que a síndrome da ardência bucal, lesões vesiculoulcerativas, candidíase, queilite actínica, leucoplasia, eritroplasia, língua geográfica e neoplasia bucal são as lesões mais prevalentes nessa faixa etária.

PROPOSIÇÃO



3. PROPOSIÇÃO

Este trabalho teve por objetivo realizar levantamento das principais doenças afetando os tecidos bucais da população idosa, registradas no fichário do Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, durante o período de 1978 e 2006.

MATERIAIS E MÉTODOS



4. MATERIAIS E MÉTODOS

Foram avaliadas 8837 fichas padrão de requisição de biópsia do Laboratório de Patologia Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU) relativo ao período de janeiro de 1978 a dezembro de 2006. Do total avaliado, foram selecionados 838 casos que correspondiam à faixa etária igual ou superior aos 60 anos, considerada pela OMS, o parâmetro para a definição da população idosa em países em desenvolvimento (Who, 1984). Todas as fichas selecionadas foram analisadas, respeitando o critério de inclusão, onde somente a primeira biópsia da área foi registrada sendo outra biópsia ou a peça cirúrgica da mesma área descartada, das quais foram extraídos dados sobre o diagnóstico da doença bucal, sexo, idade dos pacientes, e topografia das lesões. Os dados coletados foram divididos em quatro grupos etários: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 a 89 anos e 90 anos de idade ou mais.

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 Neville et al. (2002), com modificações, descritas a seguir:

4.1 Doenças Infecciosas (virais, fúngicas, bacterianas e por protozoários):

- a. **Virais** - herpes simples, varicela, herpes zoster, mononucleose infecciosa, citomegalovirus, enterovirose, rubéola, caxumba e HIV, condiloma acuminado, molusco contagioso, verruga vulgar;
- b. **Bacterianas** - impetigo, erisipela, faringite e amigdalite estreptocócica, febre escarlata, tonsilolitíase, difteria, sífilis, gonorréia, tuberculose, hanseníase, noma, actinomicose, sinusite e doença da arranhadura de gato;

- c. **Fúngicas** - candidíase, histoplasmose, paracoccidioidomicose, criptococose, zigomicose, aspergilose;
- d. **Parasitárias** - toxoplasmose, leishmaniose

4.2 Doenças de glândulas salivares:

- a. **Inflamatórias** - sialolitíase, sialadenite, queilite glandular, linfoepitelial benigna, sialometaplasia necrosante;
- b. **Hiperplasia e hipertrofia** - sialadenose, hiperplasia adenomatosa;
- c. **Císticas** - mucoccele, rânula, cisto do ducto salivar;
- d. **Tumores de glândulas salivares** - adenoma pleomórfico, tumor de warthin, carcinoma mucoepidermóide, carcinoma adenóide cístico, carcinoma de células acinares, adenocarcinoma polimorfo de baixo grau de malignidade, carcinoma epitelial-mioepitelial, carcinoma mioepitelial, adenocarcinoma SOE;

4.3 Doenças da Polpa e Periápice: pulpíte, dentina secundária, calcificações pulpaes, granuloma dentário, cisto radicular, abscesso periapical, osteíte condensante, periostite proliferativa.

4.4 Doenças de natureza não infecciosa e não neoplásica do epitélio da mucosa bucal:

- a. **Lesões não pigmentadas** - aumento não neoplásico da espessura epitelial, displasia epitelial, leucoplasia, queilite angular;
- b. **Lesões melanocíticas não neoplásicas** - mácula melanótica, lentigo actínico, lentigo simples, melanoacantoma, nevus melanocítico;
- c. **Lesões cancerizáveis** - leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica,

4.5 Cistos não odontogênicos: cisto nasopalatino, cisto nasoalveolar, cisto dermóide, cisto epidermóide, cisto do ducto tireoglosso, cisto linfoepitelial cervical, cisto linfoepitelial oral.

4.6 Cistos odontogênicos e tumores odontogênicos:

- a. **Cistos odontogênicos** - cisto dentígero, cisto odontogênico ortoqueratinizado, cisto gengival do adulto, cisto periodontal lateral, cisto odontogênico calcificante, cisto odontogênico glandular, e queratocisto;
- b. **Tumores odontogênicos** - ameloblastoma, tumor odontogênico epitelial calcificante, tumor odontogênico escamoso, tumor odontogênico adenomatóide, fibroma odontogênico, fibroma ameloblástico, fibrodontoma ameloblástico, ontoameloblastoma, odontoma, mixoma, cementoblastoma, carcinoma ameloblástico, carcinoma odontogênico de células claras, fibrossarcoma ameloblástico;

4.7 Neoplasias benignas e malignas:

- a. **Neoplasias benignas de tecido mole** - queratoacantoma, papiloma de células escamosas, hemangioma, lipoma, fibroblastoma, fibrolipoma, lipofibroma, leiomioma, rabiomioma, linfangioma, fibroma;
- b. **Neoplasias malignas de tecido mole** - carcinoma basocelular, carcinoma epidermóide, carcinoma verrucoso, linfoma de Hodgkin e linfoma não Hodgkin, fibrossarcoma, fibrohistiocitoma maligno, tumor maligno da bainha de nervo, rabdomiossarcoma, leiomiossarcoma, angiossarcoma, sarcoma sinovial, sarcoma de células fusiformes SOE, histiocitoma fibroso maligno, lipossarcoma, neurofibrossarcoma, sarcoma de kaposi;
- c. **Neoplasias benignas do osso** - fibroma desmoplástico, osteoma, osteoma osteóide, osteoblastoma, condroma, fibroma condromixóide, leiomioma, neurofibroma, neurilenoma;
- d. **Neoplasias malignas do osso** - fibrossarcoma, condrossarcoma, osteossarcoma, sarcoma de Ewing e tumores metastáticos;

4.8 Lesões proliferativas não neoplásicas:

- a. **Lesões proliferativas não neoplásicas** - hiperplasias fibrosas, fibromas de irritação, epúlide fissurada, hiperplasia papilar do palato, hiperplasia traumática, neuroma, mucinose focal, granuloma piogênico, lesão periférica de células gigante, fibroma ossificante periférico, fibromatoses gengivais medicamentosas;
- b. **Hamartomas** - hamartoma leiomiomatoso, hamartoma condróide, hamartoma ósseo, exostoses, torus;
- c. **Coristomas** - coristoma condróide, coristoma ósseo;

4.9 Doença Periodontal: Gingivites e periodontites ligadas a placa bacteriana, gengivites medicamentosas, fibromatose gengival hereditária.

4.10 Injúrias físicas e químicas dos tecidos bucais: Linha Alba, úlcera traumática de natureza física ou química, mucosites inespecíficas agudas e crônicas, mucosite relacionada à terapia anti-neoplásica, necrose por anestésico, queilite esfoliativa, hemorragia submucosa, felação, pigmentações exógenas e endógenas, metaplasias traumáticas ósseas e condróides, mioesferulose.

4.11 Doenças imunológicas e alérgicas com manifestação bucal:

- a. **Doenças auto-imune** - pênfigo, penfigóide, líquen plano, eritema polimorfo, lupus eritematoso, estomatite migratória, psoríase, doença enxerto-versus-hospedeiro, esclerose sistêmica, estomatite aftosa recorrente, sarcoidose, granulomatose orofacial, granulomatose de Wegener;
- b. **Estomatites alérgicas e por contato** - estomatites por drogas, corantes, flavorizantes, angioedema, reações ao amálgama;

4.12 Doenças ósseas não neoplásicas:

- a. **Inflamatórias** - osteíte alveolar, lesão fibro-óssea benigna, osteomielites, sinusites; **displasias e metaplasias** - condromatose sinovia, osteogênese imperfeita, osteopetrose, displasia cleidocraniana, osteosclerose idiopática, defeito osteoporótico focal, doença de Paget do osso, osteólise massiva, displasia fibrosa), **pseudocístos** (pseudocisto ósseo aneurismático, pseudocisto traumático, cisto mucoso);
- b. **Alterações de desenvolvimento** - cavidade óssea de Stafne; síndrome de Eagle;

As modificações mencionadas anteriormente são descritas abaixo:

As categorias de lesões bacterianas, virais, fúngicas e parasitárias que eram distintas foram inseridas dentro da categoria de lesões infecciosas. Já as doenças de glândulas salivares foram subdivididas em pigmentadas, císticas, hiperplásicas, hipertróficas e tumorais. Na categoria de doenças não infecciosas e não neoplásicas epiteliais houve a inserção e subdivisão em não pigmentadas, melanocíticas não neoplásicas, cancerizáveis e câncer. A categoria dos cistos não odontogênicos englobou os cistos de desenvolvimento. As neoplasias benignas e malignas de tecido mole e osso foram separadas do restante das lesões que não se caracterizavam como neoplasias, formando três categorias, sendo neoplasias benignas e malignas (epitelial e mesenquimal) de tecido mole e ósseo, lesões proliferativas não neoplásicas e doenças ósseas não neoplásicas. O tórus, coristomas e exostoses que se enquadravam no grupo de defeitos do desenvolvimento da região maxilofacial e oral foram inseridos na categoria das lesões proliferativas não neoplásicas. Dentro da categoria das lesões ósseas não neoplásicas são enquadradas as lesões inflamatórias, as displasias e metaplasias, os pseudocístos e as alterações de desenvolvimento.

No grupo de injúrias físicas e químicas das mucosas foram acrescentadas as pigmentações exógenas (por exemplo, a tatuagem por amálgama) e

endógenas, metaplasias traumáticas ósseas e condróides e mioesferulose. Nas doenças imunológicas e alérgicas foi inserida a subdivisão de estomatites alérgicas e por contato (estomatites por drogas, corantes, flavorizantes, angioedema, reações ao amálgama). Doenças como líquen plano, pênfigo vulgar, penfigóide, que estavam inseridas no grupo de doenças dermatológicas foram alocadas na categoria de lesões auto-imunes.

Os distúrbios hematológicos como Linfoma de Hodgkin e não Hodgkin foram inseridos na categoria de neoplasias benignas e malignas.

As osteomielites que se enquadravam no grupo de doenças de polpa e periápice, aqui se encaixam no grupo de lesões ósseas não neoplásicas inflamatórias.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Este estudo obteve o aceite do comitê de ética em pesquisa sob o protocolo de número 305/07.

ESTATÍSTICA

No presente estudo, os dados coletados foram analisados segundo estatística descritiva utilizando-se, para tanto, frequência e percentual dos dados observados. As Tabelas e Figuras foram confeccionadas com o auxílio do *software* Microsoft Excel® (2003).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Após a coleta e análise dos dados foram levantadas 838 biópsias diagnosticadas em idosos, correspondendo a 9,5% da amostra geral, no período de janeiro de 1978 a dezembro de 2006, sendo encontrados 87 tipos de alterações patológicas, cujos diagnósticos foram identificados com doenças específicas, já descritas e amplamente aceitas na literatura mundial.

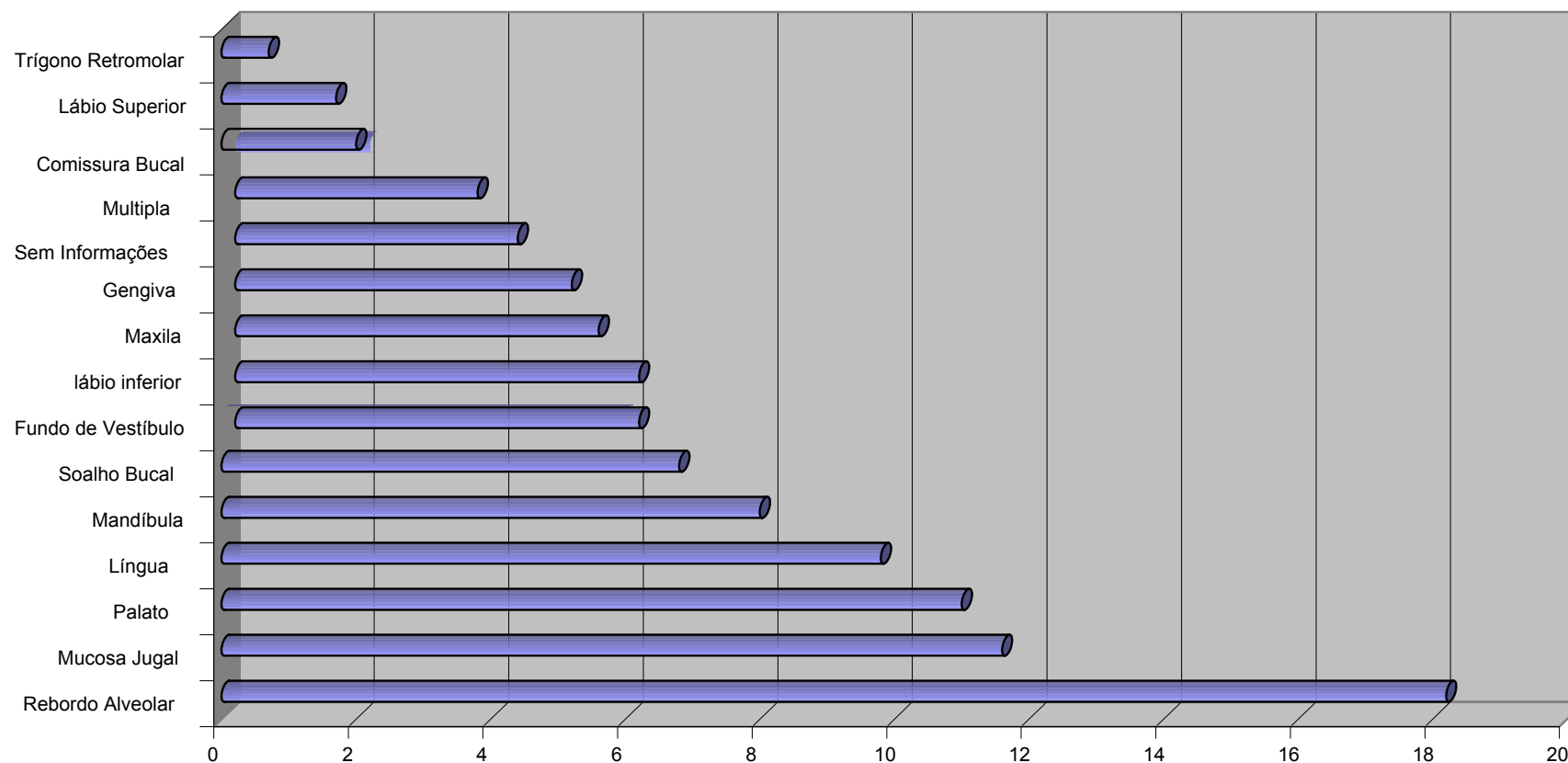


FIGURA 1 - Distribuição das localizações observadas para as diferentes lesões identificadas em idosos registradas no Laboratório de Patologia Bucal da FOUFU com seus respectivos valores percentuais.

Na Figura 1 notam-se as localizações para as diferentes lesões encontradas nesse levantamento. Pode-se perceber que o rebordo alveolar, a mucosa jugal e o palato foram as localizações mais freqüentes. Fundo de vestíbulo e lábio inferior apresentaram freqüências semelhantes de acometimento.

Com relação às categorias das lesões encontradas, observou-se que as mais prevalentes foram referentes às “lesões proliferativas não neoplásicas” (36,5%), seguidas pelas “neoplasias benignas e malignas” (22,4%), “doenças de polpa e periápice” (9,8%), e “doenças de natureza não infecciosa e não neoplásica epiteliais da mucosa bucal” (6,7%), conforme mostrado na Tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição das lesões bucais diagnosticadas em pacientes idosos, por categorias de doenças modificadas de Neville et al. (2002), considerando seu numero e freqüência relativa.

ITENS	CATEGORIA DAS LESÕES	N. ¹	% ²
1	Doenças infecciosas	22	2,6
2	Lesões proliferativas não neoplásicas	306	36,5
3	Doenças ósseas não neoplásicas	22	2,6
4	Neoplasias benignas e malignas	188	22,4
5	Cistos e tumores odontogênicos	25	3,0
6	Cistos não odontogênicos	9	1,1
7	Doenças das glândulas salivares	31	3,7
8	Doença periodontal	23	2,7
9	Injúrias físicas e químicas	50	6,0
10	Doenças não infecciosas e não neoplásicas epiteliais	56	6,7
11	Doenças imunológicas e alérgicas	24	2,9
12	Doenças da polpa e periápice	82	9,8
	TOTAL	838	100,0

¹Número das lesões por categoria; ²Percentual (freqüência relativa) das doenças por categoria.

Os dados apresentados na Tabela 2 demonstram que a maioria dos casos (56,2%) afetou indivíduos do sexo feminino (n = 471), com uma relação de feminino: masculino (F:M) de 1,3:1. Maior freqüência de lesões para pacientes do sexo feminino foi também observada para as lesões das

categorias mais freqüentes, a saber: “lesões proliferativas não neoplásicas”, “doenças ósseas não neoplásicas”, “doenças de glândulas salivares”, “doenças epiteliais de natureza não infecciosa e não neoplásica da mucosa bucal”, “cisto não odontogênicos”, “injúrias físicas e químicas”, “doenças imunológicas e alérgicas”. Para o grupo de “doenças infecciosas”, “neoplasias benignas e malignas”, “cistos odontogênicos de desenvolvimento e tumores odontogênicos”, “doenças periodontais” e “doenças de polpa e periápice”, os indivíduos do sexo masculino foram mais frequentemente acometidos.

TABELA 2 – Distribuição das lesões bucais diagnosticadas em pacientes idosos, por categorias de doenças modificadas de Neville et al. (2002), considerando seu numero, freqüência relativa e a proporção das doenças por sexo dos pacientes.

ITENS	CATEGORIA DAS LESÕES	N	M ¹	F ²	M:F ³
			N	N	
1	Doenças infecciosas	22	12	10	1,2: 1
2	Lesões proliferativas não neoplásicas	306	93	213	1: 2,3
3	Doenças ósseas não neoplásicas	22	9	13	1: 1,4
4	Neoplasias benignas e malignas	188	113	75	1,5: 1
5	Cistos e tumores odontogênicos	25	15	10	1,5: 1
6	Cistos não odontogênicos	9	4	5	1: 1,3
7	Doenças das glândulas salivares	31	15	16	1: 1,1
8	Doença periodontal	23	13	10	1,3: 1
9	Injúrias físicas e químicas	50	16	34	1: 2,1
10	Doenças não infecciosas e não neoplásicas epiteliais	56	21	35	1: 1,7
11	Doenças imunológicas e alérgicas	24	6	18	1: 3
12	Doenças da polpa e periápice	82	50	32	1,6: 1
TOTAL		838 (100,0)	367 (43,8)	471 (56,2)	1: 1,3

¹ Masculino; ² Feminino; ³ Percentual

Conforme os dados apresentados na Tabela 3, percebeu-se que a maior parte das lesões foi diagnosticada entre 60 e 69 anos (61,2% das lesões, com n = 513). Para as demais, 31,7% (n = 265) situaram-se entre 70 e 79 anos, 6,0% (n = 50) entre 80 e 89 anos e 1,1% (n = 9) em pacientes com idade igual ou superior a 90 anos. Estes dados mostram um declínio na frequência à medida do avanço da idade dos pacientes. Destacou-se destes dados, que somente a categoria das “doenças das glândulas salivares” não apresentaram prevalência na faixa etária de 60-69 anos. Neste caso, maior frequência foi observada entre 70-79 anos.

TABELA 3 – Distribuição das categorias de doenças modificada de Neville et al. (2002), segundo quatro faixas etárias distintas dos pacientes amostrados.

ITENS	CATEGORIA DAS LESÕES	N.	Faixas etárias			
			60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)
1	Doenças Infecciosas	22	16 (72,7)	5 (22,7)	0 (0,0)	1 (4,5)
2	Lesões proliferativas não neoplásicas	306	201 (65,7)	92 (30,1)	12 (3,9)	1 (0,3)
3	Doenças ósseas não neoplásicas	22	16 (72,7)	5 (22,7)	0 (0,0)	1 (4,6)
4	Neoplasias benignas e malignas	188	102 (54,3)	62 (33,0)	20 (10,6)	4 (2,1)
5	Cistos e tumores odontogênicos	25	15 (60,0)	10 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
6	Cistos não odontogênicos	9	5 (55,6)	3 (33,3)	1 (11,1)	0 (0,0)
7	Doenças das glândulas salivares	31	14 (45,2)	14 (45,2)	3 (9,6)	0 (0,0)
8	Doença periodontal	23	15 (65,2)	7 (30,5)	1 (4,3)	0 (0,0)
9	Injúrias físicas e químicas	50	33 (66,0)	15 (30,0)	1 (2,0)	1 (2,0)
10	Doenças não infecciosas e não neoplásicas epiteliais	56	26 (56,0)	24 (34,5)	6 (9,5)	0 (0,0)
11	Doenças imunológicas e alérgicas	24	14 (58,3)	9 (37,5)	1 (4,2)	0 (0,0)
12	Doenças da polpa e periápice	82	57 (69,5)	19 (23,2)	5 (6,1)	1 (1,2)
	TOTAL	838 (100,0)	514 (61,3)	265 (31,6)	50 (6,0)	9 (1,1)

Na Tabela 4, pode-se observar distribuição semelhante das frequências relativas das categorias por faixas etárias. Nota-se por estes valores, que entre 60-69 anos, as “lesões proliferativas” e as “neoplasias benignas e malignas”

foram as mais acometidas. Este quadro também foi observado para as duas décadas seguintes. Já na faixa etária igual ou maior a 90 anos, destacaram-se as neoplasias.

TABELA 4 – Distribuição das freqüências relativas das diferentes categorias de doenças (modificada de Neville et al. 2002), segundo as faixas etárias dos pacientes.

ITENS	CATEGORIA DAS LESÕES	N. (%)	Faixas etárias			
			60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)
1	Doenças Infecciosas	22	16 (3,1)	5 (1,9)	0 (0,0)	1 (11,1)
2	Lesões proliferativas não neoplásicas	306	201(39,1)	92 (34,7)	12 (24,0)	1 (11,1)
3	Doenças ósseas não neoplásicas	22	16 (3,1)	5 (1,9)	0 (0,0)	1 (11,1)
4	Neoplasias benignas e malignas	188	102 (19,8)	62 (23,4)	20 (40,0)	4 (44,4)
5	Cistos e tumores odontogênicos	25	15 (2,9)	10 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
6	Cistos não odontogênicos	9	5 (1,0)	3 (1,1)	1 (2,0)	0 (0,0)
7	Doenças das glândulas salivares	31	14 (2,7)	14 (5,3)	3 (6,0)	0 (0,0)
8	Doença periodontal	23	15 (2,9)	7 (2,6)	1 (2,0)	0 (0,0)
9	Injúrias físicas e químicas	50	33 (6,4)	15 (5,7)	1 (2,0)	1 (11,1)
10	Doenças não infecciosas e não neoplásicas epiteliais	56	26 (5,1)	24 (9,1)	6 (12,0)	0 (0,0)
11	Doenças imunológicas e alérgicas	24	14 (2,7)	9 (3,4)	1 (2,0)	0 (0,0)
12	Doenças da polpa e periápice	82	57 (11,1)	19 (7,1)	5 (10,0)	1 (11,1)
	TOTAL	838	514(100,0)	265 (100,0)	50 (100,0)	9 (100,0)

As Tabelas de número 5 a 14 mostram os dados relativos à distribuição da amostra estudada, por sexo e faixa etária dos pacientes, e localização das principais lesões identificadas para cada categoria considerada neste estudo.

Na categoria das lesões proliferativas não neoplásicas (Tabela 5), destacaram-se as hiperplasias fibrosas, granulomas piogênicos, fibromas ossificantes periféricos e as lesões periféricas de células gigantes pela sua maior freqüência. Dentre estas, a hiperplasia fibrosa foi a lesão de maior expressão numérica no grupo da sétima década de vida, assim como nas demais faixas etárias deste estudo.

TABELA 5 – Distribuição das principais lesões categorizadas como “proliferativas não neoplásicas”, segundo dados de faixa etária e sexo dos pacientes.

TIPOS DE LESÕES	N (%) ¹	Faixa etária				Sexo M:F ²
		60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)	
Hiperplasia fibrosa	278 (91,0)	186 (92,0)	85(92,4)	7(58,3)	0 (0,0)	1 : 2,5
Granuloma piogênico	14 (4,6)	6 (3,0)	4 (4,3)	3 (25,0)	1 (100,0)	1 : 1
Lesão periférica de células gigantes	4 (1,3)	1 (0,5)	2 (2,2)	1 (8,3)	0 (0,0)	2 : 1
Fibroma ossificante periférico	4 (1,3)	3 (1,5)	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 1
Hiperplasia papilomatosa	3 (0,9)	3 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 3
Fibromatose	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	1 : 0
Torus	1 (0,3)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
Hamartoma leiomiomatoso	1 (0,3)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 1
TOTAL	306 (100,0)	201 (100,0)	92 (100,0)	12 (100,0)	1 (100,0)	1 : 2,3

¹ Número e porcentagem; ² masculino: feminino.

Sobre o grupo de lesões ósseas, a lesão fibro-óssea benigna foi encontrada com percentual de 45,5%, no sexo feminino e faixa etária 60-69 anos, sendo assim a mais expressiva dentro da categoria de lesões ósseas, seguida pela osteomielite crônica 22,7%, que ao contrário da lesão anterior atingiu mais homens entre 60-79 anos (Tabela 6).

TABELA 6 – Distribuição das principais lesões categorizadas como “Doenças ósseas não neoplásicas”, segundo dados de faixa etária e sexo dos pacientes.

TIPOS DE LESÕES	N (%) ¹	Faixa etária				Sexo M:F ²
		60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)	
Osteomielite aguda	1 (4,5)	1 (6,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
Osteomielite Crônica	5 (22,7)	3 (18,8)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,5 : 1
Sequestro Ósseo	1 (4,5)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
Osso Esclerótico	1 (4,5)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 1
Osteorradionecrose	1 (4,5)	1 (6,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
Osteíte Rarificante Crônica	1 (4,5)	1 (6,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 1
Sinusite Crônica Inespecífica	2 (9,1)	2 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 1

Lesão Fibro-óssea Benigna	10 (45,6)	8 (50,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 : 4
TOTAL	22 (100,0)	16 (100,0)	5 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 : 1,4

Para o grupo das “neoplasias benignas e malignas” (Tabela 7), podemos observar uma maior frequência de neoplasias malignas representadas pelo carcinoma epidermóide e carcinoma verrucoso, e do papiloma no grupo de doenças benignas. Nestes grupos, prevaleceram os pacientes do sexo masculino, com pico de lesões situado em pacientes entre 60 e 69 anos de idade. A partir daí, houve um declínio a medida do avanço da idade. Dentre as lesões mesenquimais, predominaram os fibroblastomas e os hemangiomas. Aqui, também, as lesões foram mais frequentes nos pacientes com idades entre 60 e 69 anos.

TABELA 7 – Distribuição das principais lesões categorizadas como “neoplasias benignas e malignas”, segundo dados de faixa etária e sexo dos pacientes.

TIPOS DE LESÕES	N (%) ¹	Faixa etária				Sexo
		60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)	M:F ²
Papiloma de células escamosas	28 (15,0)	22 (21,6)	4 (6,5)	2 (10,0)	0 (0,0)	1,2 : 1
Carcinoma epidermóide	114 (60,6)	57 (55,9)	43 (69,5)	11 (55,0)	3 (75,0)	2,3 : 1
Carcinoma verrucoso	7 (3,7)	1 (1,0)	3 (4,8)	2 (10,0)	1 (25,0)	1 : 1,3
Carcinoma basocelular	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	1 : 0
Queratoacantoma	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
Fibroblastoma	9 (5,0)	8 (7,8)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	1 : 2
Fibrolipoma	2 (1,1)	1 (1,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 1
Fibroma	7 (3,7)	5 (4,9)	2 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 2,5
Lipofibroma	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
Lipoma	6 (3,2)	3 (2,9)	2 (3,2)	1 (5,0)	0 (0,0)	1 : 1
Hemangioma	7 (3,7)	4 (3,9)	2 (3,2)	1 (5,0)	0 (0,0)	1 : 2,5
Neurilenoma	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 : 1
Neuroma empalçado encapsulado	1 (0,5)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
Condrossarcoma	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 1
Linfoma de Hodgkin	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 1

Linfoma não Hodgkin	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
TOTAL	188 (100,0)	102 (100,0)	62 (100,0)	20 (100,0)	4 (100,0)	1,6 : 1

¹Número e porcentagem; ²Masculino : Feminino.

As mucocelos (fenômenos de extravasamento de muco) e as neoplasias foram os dois grupos de doenças mais frequentemente diagnosticadas afetando as glândulas salivares, perfazendo, no conjunto, mais de 80,0% das lesões (Tabela 8). Como pode ser visualizado, à medida que a idade avançou, as mucocelos tenderam diminuir de frequência, quadro este que não se reproduziu para o grupo das lesões neoplásicas glandulares. Também interessante, foi a preferência por pacientes do sexo feminino para os tumores benignos, o que não ocorreu para as neoplasias malignas.

TABELA 8 – Doenças das glândulas salivares, distribuídas segundo a faixa etária e o sexo dos pacientes.

TIPOS DE LESÕES	N (%) ¹	Faixa etária				Sexo M:F ²
		60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)	
Mucocelos	11 (35,5)	8 (57,1)	2 (14,3)	1 (33,3)	0 (0,0)	1,2 : 1
Adenoma pleomórfico	6 (19,4)	1 (7,1)	4 (28,6)	1 (33,3)	0 (0,0)	1 : 1,5
Mioepitelioma	1 (3,2)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
Adenocarcinoma	5 (16,1)	2 (14,3)	3 (21,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,5 : 1
Carcinoma mucoepidermóide	2 (6,5)	1 (7,1)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 1
Carcinoma adenóide cístico	1 (3,2)	0 (0,0)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 1
Sialadenite	3 (9,7)	1 (7,1)	2 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 : 1
Sialometaplasia necrosante	1 (3,2)	0 (0,0)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 1
Sialolito	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 : 1
TOTAL	31 (100,0)	14 (100,0)	14 (100,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	1 : 1,1

¹Número e porcentagem; ²Masculino : Feminino.

Os dados da Tabela 9 apresentam a periodontite e a gengivite com um total de 82,5% das lesões acometendo mulheres da faixa etária de 60-79 anos.

TABELA 9 – Doenças periodontais, distribuídas segundo a faixa etária e o sexo dos pacientes.

TIPOS DE LESÕES	N (%) ¹	Faixa etária				Sexo M:F ²
		60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)	
Abscesso periodontal	1 (4,4)	0 (0,0)	1 (14,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
Abscesso periapical	2 (8,7)	2 (13,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 2
Gengivite	6 (26,0)	2 (13,3)	3 (42,9)	1 (100)	0 (0,0)	1 : 1
Periodontite	13 (56,5)	10 (66,7)	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,6 : 1
Tecido de granulação	1 (4,4)	1 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
TOTAL	23 (100,0)	15 (100,0)	7 (100,0)	1 (100,0)	0 (100,0)	1,3 : 1

¹Número e porcentagem; ²Masculino : Feminino.

A Tabela 10 mostra a distribuição dos principais diagnósticos incluídos no grupo das lesões reconhecidas como “injúrias físicas e químicas” afetando a mucosa bucal. Muitos destes diagnósticos não se encaixaram em quadros nosológicos específicos, ficando alocados em quadros descritivos, como por exemplo, “inflamação crônica e inflamação aguda”. Estes quadros, juntamente com aqueles designados como ulcera crônica inespecífica constituíram-se nos diagnósticos mais freqüentes, constituindo-se em 66,0% e 12,0% respectivamente.

TABELA 10 – Doenças decorrentes de injúrias físicas e químicas afetando a mucosa bucal, distribuídas segundo faixa etária e sexo dos indivíduos acometidos.

TIPOS DE LESÕES	N (%) ¹	Faixa etária				Sexo M:F ²
		60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)	
Fibrose	3 (6,0)	1 (3,0)	2 (13,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 2
Inflamação e mucosite aguda	5 (10,0)	4 (12,0)	1 (6,7)	0 (20,0)	0 (0,0)	1 : 1,5
Inflamação e mucosite crônica	28 (56,0)	17 (52,0)	10 (66,7)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 : 2,1
Necrose	2 (2,0)	1 (3,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 : 1
Úlcera traumática	2 (4,0)	2 (6,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 1
Úlcera crônica inespecífica	5 (12,0)	3 (9,0)	2 (13,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 2
Tatuagem por amálgama	5 (10,0)	5 (15,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 1
TOTAL	50 (100,0)	33 (100,0)	15 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 : 2,1

¹Número e porcentagem; ²Masculino : Feminino.

No grupo das lesões não infecciosas e não neoplásicas epiteliais da mucosa bucal foi evidente a predominância das leucoplasias, seguidas da displasia epitelial e queratose actínica. Chama a atenção para estas doenças que as lesões concentraram-se entre 60 e 79 anos de idade. Um dado que também foi semelhante para estas lesões foi a predominância de ocorrência em pacientes do sexo feminino. Para as queilites actínicas, todavia, prevaleceram as lesões acometendo pacientes do sexo masculino, também envolvendo aqueles das faixas etárias mencionadas anteriormente (Tabela 11).

TABELA 11 – Doenças de natureza não infecciosa e não neoplásicas epiteliais da mucosa bucal, distribuídas segundo as faixas etárias de acometimento, e sexo dos pacientes.

TIPOS DE LESÕES	N (%) ¹	Faixa etária				Sexo M:F ²
		60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)	
Aumento de espessura epitelial	11 (19,5)	6 (23,1)	3 (12,5)	2 (33,3)	0 (0,0)	1,2 : 1
Displasia epitelial	9 (16,1)	3 (11,5)	6 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 1
Queilite actínica	9 (16,1)	3 (11,5)	5 (20,8)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 : 2
Leucoplasia	20 (35,7)	8 (30,8)	9 (37,5)	3 (50,0)	0 (0,0)	1 : 2,3
Nevo melanocítico	3 (5,4)	2 (7,7)	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 3
Mácula melanótica	1 (1,8)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
Hiperqueratose	2 (3,6)	2 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 1
Hiperplasia pseudoepiteliomatosa	1 (1,8)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 1
TOTAL	56 (100,0)	26 (100,0)	24 (100,0)	6 (100,0)	0 (0,0)	1 : 1,3

¹Número e porcentagem; ²Masculino : Feminino.

Entre as doenças periapicais (Tabela 12), pode-se observar uma maior frequência de cistos radiculares, para os quais os pacientes do sexo masculino foram mais afetados, observando-se preponderância de lesões nos pacientes entre 60-69 anos.

TABELA 12.– Doenças de Polpa e Periápice distribuídas por faixa etária e sexo dos pacientes.

TIPOS DE LESÕES	N (%) ¹	Faixa etária				Sexo M:F ²
		60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)	
Cisto radicular	45 (54,9)	29 (50,9)	12 (63,2)	4 (80,0)	0 (0,0)	1,8 : 1
Granuloma dentário	37 (45,1)	28 (49,1)	7 (36,8)	1 (20,0)	1 (100,0)	1,3 : 1
TOTAL	82 (100,0)	57 (100,0)	19 (100,0)	5 (100,0)	1 (100,0)	1,6 : 1

¹Número e porcentagem; ²Masculino : Feminino.

Chama atenção, na Tabela 13, uma maior frequência de líquen plano e penfigóide de mucosa entre as lesões auto-imunes mais frequentes na população idosa. Para ambas as doenças, predominou a ocorrência em pacientes do sexo feminino. Para o líquen plano, maior número de lesões foi identificada nos pacientes de 60-69 anos; já para o penfigóide de mucosa, esta predileção não foi observada. Todavia, apenas um caso de afta pode ser identificado na amostra estudada

TABELA 13 – Doenças imunológicas e alérgicas com manifestação bucal, distribuídas segundo faixa etária e sexo dos pacientes incluídos no estudo.

TIPOS DE LESÕES	N (%) ¹	Faixa etária				Sexo M:F ²
		60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)	
Doença auto-imune não especificada	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 1
Estomatite migratória	3 (12,5)	2 (14,3)	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 2
Líquen plano	10 (41,6)	5 (35,7)	5 (55,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 4
Pênfigo vulgar	3 (12,5)	2 (14,3)	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 : 3
Penfigóide de mucosa	6 (25,0)	5 (35,7)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 : 2
Úlcera aftosa recorrente	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 : 0
TOTAL	24 (100,0)	14 (100,0)	9 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 : 3

¹Número e porcentagem; ²Masculino : Feminino.

Na Tabela 14 os cistos e tumores odontogênicos expressaram o ameloblastoma 36%, cisto odontogênico 24% e cisto dentífero 20% atingindo homens na faixa etária 60-79 anos. O queratocisto expressou 20% desta categoria, também em homens, contudo, expressivo em sua totalidade em pacientes de 60-69 anos.

TABELA 14 – Cistos e Tumores Odontogênicos, distribuídos segundo faixa etária e sexo dos pacientes incluídos no estudo.

TIPOS DE LESÕES	N (%) ¹	Faixa etária				Sexo
		60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	≥ 90 (%)	M:F ²
Ameloblastoma	9 (36,0)	4 (26,7)	4 (44,5)	1 (100,0)	0 (0,0)	1,3 : 1
Cisto Dentífero	5 (20,0)	3 (20,0)	2 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,5 : 1
Cisto Odontogênico	6 (24,0)	3 (20,0)	3 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 : 1
Queratocisto	5 (20,0)	5 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,5 : 1
TOTAL	25 (100,0)	15 (100,0)	9 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1,5 : 1

¹Número e porcentagem; ²Masculino : Feminino.

As lesões representadas nas categorias restantes são menos expressivas e estão descritas abaixo:

A categoria de lesões infecciosas representa 2,4% da amostra, tendo a candidose no sexo feminino na faixa etária 60-79 anos como a lesão prevalente 50% e a leishmaniose, paracoccidioidomicose e verruga vulgar perfazendo os outros 50% na mesma faixa etária, porém 90% em homens.

Já os cistos não odontogênicos 1,1% estão representados pelo cisto epidermóide em homens na faixa etária de 60-79 anos, cisto naso palatino em mulheres da mesma faixa etária, cisto sem outras especificações atingindo homens e mulheres na mesma proporção na faixa etária 60-69 e 80-89 anos e cisto naso alveolar 11,1%, em mulheres de 60-69 anos, que foi o menos expressivo.

As doze lesões mais freqüentes com suas respectivas categorias, número de casos e percentuais estão demonstrados na Tabela 15, pode-se

observar que independentemente da faixa etária este grupo de lesões totalizou 72,5% da amostra. Ademais, fica evidente a predominância da hiperplasia fibrosa e do carcinoma epidermóide no grupo etário investigado.

TABELA 15 – Distribuição dos tipos de lesões prevalentes entre as 838 levantadas, segundo sua categoria, percentual e relação de frequência entre indivíduos do sexo masculino e feminino.

TIPO DE LESAO	CATEGORIA	NÚMERO	%	M:F
Hiperplasia fibrosa	2	278	33,2	1 : 2,5
Carcinoma epidermóide	4	114	13,6	2,3 : 1
Cisto radicular	12	45	5,4	1,8 : 1
Granuloma dentário	12	37	3,7	1,1 : 1
Papiloma de células escamosas	4	28	3,3	1,2 : 1
Inflamação e mucosite crônica	9	28	3,3	1 : 2,1
Leucoplasia	10	20	2,4	1 : 2,3
Granuloma piogênico	2	14	1,7	1 : 1
Periodontite	8	13	1,6	1,6 : 1
Mucocele	7	11	1,3	1,1 : 1
Lesão fibro-óssea benigna	3	10	1,2	1 : 4
Líquen plano	11	10	1,2	1 : 4

A Figura 2 demonstra os tipos de lesões mais prevalentes em distintas faixas etárias. Fica evidente que nas faixas etárias (60-69 anos e 70-79 anos) prevaleceu tanto a hiperplasia fibrosa quanto o carcinoma epidermóide, na faixa etária de 80 a 89 anos apesar de apresentar um tipo mais diversificado de doenças o carcinoma epidermóide se destacou e na faixa etária de ≥ 90 anos, também se destacou o carcinoma epidermóide.

Nossos resultados também mostraram que rebordo alveolar, mucosa jugal, palato, língua, soalho bucal e fundo de sulco vestibular são as topografias que concentram a maior quantidade de lesões em pacientes idosos. O rebordo alveolar constitui-se na localização mais frequente para o carcinoma epidermóide e a hiperplasia fibrosa. As lesões periapicais

distribuem-se de forma semelhante entre mandíbula e maxila. Já o papiloma de células escamosas foi mais frequentemente diagnosticado na língua, palato e mucosa jugal. As demais lesões com suas localizações mais freqüentes estão distribuídas na Tabela 16.

Na Tabela 17 estão distribuídos os principais tipos de neoplasias malignas acometendo a população idosa estudada. Percebe-se, como já foi mencionada, a predominância do carcinoma epidermóide, seguido pelo carcinoma verrucoso. Como pode ser constatada, a ocorrência de sarcomas constitui-se em um evento pouco comum entre os idosos.

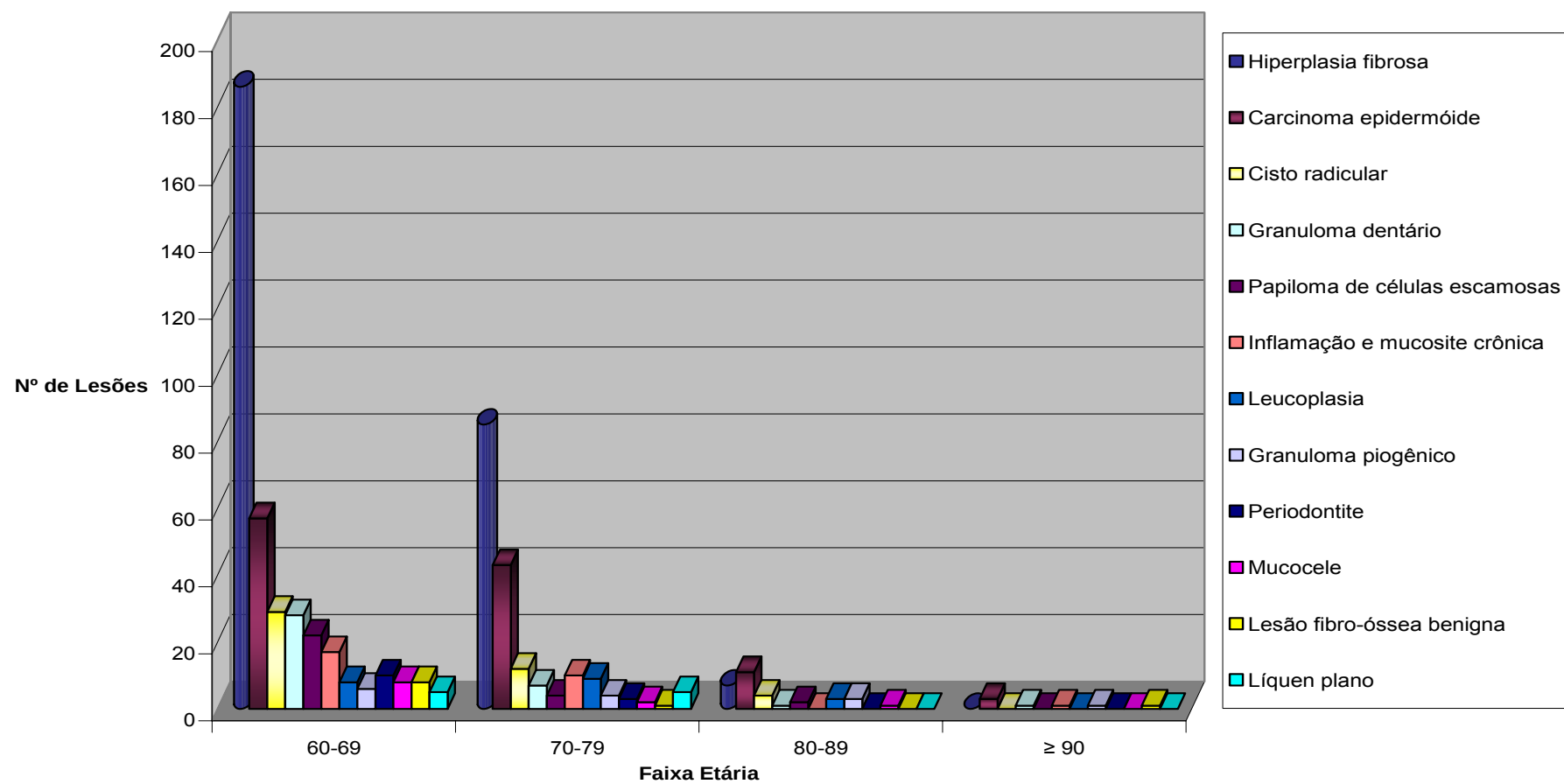


Figura 2 - Relação dos tipos de lesões mais frequentes nas distintas faixas etárias estudadas e suas freqüências relativas.

TABELA 16 – Distribuição das doze lesões diagnosticadas com maior frequência nos pacientes idosos 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	Trígono retromolar	Comissura labial	Fundo vestibulo	Mult ⁵	S/I ⁶
Hiperplasia Fibrosa	20 (7,2)	1 (0,4)	43 (15,5)	25 (9,0)	13 (4,7)	4 (1,4)	37 (13,3)	-	1 (0,4)	80 (28,8)	1 (0,4)	2 (0,7)	46 (16,5)	3 (1,1)	2 (0,7)
Carcinoma Epidermóide	7 (6,1)	2 (1,8)	9 (7,9)	14 (12,3)	18 (15,8)	1 (0,9)	10 (8,7)	1 (0,9)	8 (7,0)	22 (19,3)	3 (2,6)	1 (0,9)	-	14 (12,3)	4 (3,5)
Cisto Radicular	-	-	-	-	-	-	-	18 (40)	18 (40,0)	-	-	-	-	-	9 (20,0)
Granuloma Dentário	-	-	-	-	-	-	-	12 (38,7)	13 (41,9)	-	-	-	-	-	6 (19,4)
Papiloma	2 (7,1)	1 (3,6)	5 (17,9)	2 (7,1)	9 (32,1)	1 (3,6)	4 (14,3)	-	-	1 (3,6)	-	1 (3,6)	-	-	2 (7,1)
Leucoplasia	1 (3,6)	-	1 (3,6)	-	4 (14,3)	1 (3,6)	6 (21,4)	1 (3,6)	1 (3,6)	8 (28,6)	-	-	-	2 (7,1)	2 (7,1)
Inflamação e Mucosite Crônica	1 (3,6)	1 (3,6)	3 (10,7)	3 (10,7)	3 (10,7)	-	3 (10,7)	-	-	7 (25,0)	2 (7,1)	-	1 (3,6)	2 (7,2)	2 (7,2)
Granuloma Piogênico	-	1 (7,1)	1 (7,1)	-	3 (21,3)	1 (7,1)	2 (14,2)	-	-	4 (29,0)	-	-	1 (7,1)	-	1 (7,1)
Periodontite	-	-	-	-	-	13 (100,0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mucocele	2 (18,2)	1 (9,1)	3 (27,3)	4 (36,3)	-	-	-	-	-	1 (9,1)	-	-	-	-	-
Lesão Fibro-Óssea Benigna	-	-	-	-	-	-	-	2 (20,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	-	-	-	[M1]-	2 (20,0)
Líquen Plano	-	-	7 (70,0)	-	-	2 (20,0)	-	-	-	-	-	-	-	1 (10,0)	-

1. Lábio inferior; 2. Lábio superior; 3. Maxila; 4. Mandíbula; 5. Múltipla; 6. Sem informações.

TABELA 17 – Neoplasias malignas identificadas na amostra de pacientes idosos 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 epiteliais de revestimento</i>	122	83 (68,0)	39 (32,0)		
Carcinoma Epidermóide	114	79 (69,3)	35 (30,7)	Rebordo alveolar (22), língua (18), soalho bucal (14), múltiplas (14), palato (10), mucosa jugal (9), mandíbula (8), Lábio inferior (7), sem dados (4), trígono retromolar (3), lábio superior (2), gengiva (1), maxila (1),comissura labial (1)	60 – 69 (50), 70 – 79 (37,7), 80 – 89 (9,7), ≥ (2,6)
Carcinoma Verrucoso	7	3 (42,9)	4 (57,1)	Soalho 16 bucal (2), Lábio inferior (1), rebordo alveolar (1), gengiva (1), maxila (1), múltipla (1)	60 – 69 (14,3), 70 – 79 (42,8), 80 – 89 (28,6), ≥ 90 (14,3)
Carcinoma Basocelular	1	1 (100)	0 (0,0)	Lábio inferior (1)	80 – 89 (100)
<i>Tumores epiteliais e mesenquimais</i>	3	1 (33,3)	2 (66,7)		
Condrossarcoma	1	0 (0,0)	1 (100)	Maxila (1)	70 – 79 (100)
Linfoma de Hodgkin	1	0 (0,0)	1 (100)	Rebordo alveolar (1)	70 – 79 (100)
Linfoma não Hodgkin	1	1 (100)	0 (0,0)	Maxila (1)	70 – 79 (100)
<i>Tumores de glândula salivar</i>	8	6 (75,0)	2 (25,0)		
Adenocarcinoma	5	3 (60)	2 (40)	Palato (3), rebordo alveolar (1), mucosa jugal (1)	60 – 69 (40,0), 70 – 79 (60,0)
Carcinoma adenóide-cístico	1	1 (100)	0 (0,0)	Rebordo alveolar (1)	70 – 79 (100)
Carcinoma mucoepidermóide	2	2 (100)	0 (0,0)	Palato (2)	60 – 69 (50,0), 70 – 79 (50,0)

DISCUSSÃO



6. DISCUSSÃO

O espectro de agentes causadores de alterações na mucosa oral é bastante amplo e incluem 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 se sobrepõem. 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 e clínico, como idade, sexo e topografia. Quando avaliadas desta forma, podemos claramente identificar algumas doenças cujas manifestações são determinadas pelo sexo do paciente ou restrita a um grupo etário em particular (Reichart, 2000). Conhecer as lesões mais prevalentes na cavidade bucal da população idosa pode ajudar a direcionar o trabalho do profissional, no diagnóstico diferencial das diferentes doenças incidentes na boca.

Estudos epidemiológicos podem promover informações importantes para o entendimento da prevalência, extensão e gravidade das doenças bucais na população. Uma grande parte desses estudos mostra o índice de cárie, doença periodontal, má higiene e perda dentária (Moreira et al., 2005; Vigild, 1987; Ettinger, 1993). O edentulismo provoca uma alteração na escolha e preparação da dieta o que leva o indivíduo a se alimentar mais de alimentos de fácil mastigação, de consistência pastosa rica em carboidratos, e isso ocasiona um aumento na massa corpórea e, por conseguinte o surgimento de doenças sistêmicas associadas à obesidade como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, depressão e outras. E também, o processo mastigatório, na ausência de dentes e uso de próteses insatisfatórias (perda de dimensão vertical de oclusão, fraturas, porosidades, alteração de oclusão, consertos e outras) pode

provocar traumas na mucosa bucal e o posterior desenvolvimento de lesões nesta área. (Oliveira et al. 2000; Walls et al. 2000; Michelle et al. 2006). Ademais, indivíduos idosos, não infrequentemente, são usuários crônicos de medicamentos para tratamento de distúrbios sistêmicos que também podem desenvolver efeitos diretos ou indiretos sobre a mucosa bucal e os tecidos dentários (Macentee et al. 1988; Pajukoski. et al. 1999; Oliveira, 2001; Triantos, 2005).

Não obstante, outros agravos à saúde podem surgir em consequência do maior risco de exposição a agentes agressores, ou em decorrência de acúmulo de agressão ao longo da vida. Como exemplo, em função do já mencionado desgaste do sistema de defesa, os indivíduos idosos podem ficar mais susceptíveis a agentes infecciosos oportunistas, tipo Cândida sp e desenvolver quadros de candidose. Por outro lado lesões de caráter neoplásico, cuja causa age em longo prazo, podem se manifestar em idades avançadas. Ademais, outras lesões podem também se desenvolver em virtude da utilização de aparelhos protéticos, tão comuns nos pacientes nesta faixa etária.

Os trabalhos apresentados na literatura mundial, em sua maioria, relatam a prevalência das lesões bucais em pacientes idosos a partir de investigações de natureza clínica. Nestes trabalhos, o examinador serve-se apenas dos diferentes aspectos clínicos da doença explorados na anamnese do paciente, juntamente com a história da doença. (Fleishman et al. 1985; Vigild, 1987; Ekelund, 1988; Jorge et al. 1991; Moskona & Kaplan, 1992; Corbet et al. 1994; Nevalainen et al. 1997; Lin et al. 2001; Espinoza et al. 2003; Shulman et al. 2004; Mumcu et al. 2005; Triantos, 2005; Splieth et al. 2007). Eventualmente, nos casos duvidosos, os profissionais lançam mão da biópsia para esclarecer a natureza da lesão (van Wyk et al. 1977; Hand & Whitehill, 1986; Garcia-Pola Vallejo et al, 2002). Quase sempre, há outro grupo de doença que, obrigatoriamente, o diagnóstico passa pela realização do exame histopatológico para o esclarecimento de sua natureza. Entre estas doenças podemos citar como exemplo, as de natureza proliferativa (neoplásica ou não),

cística, ou mesmo infecciosas e auto-imunes. Levantamentos que considerem primariamente estas doenças em idosos são pouco comuns. (Coelho et al. 2000; Corrêa et al. 2006).

No presente trabalho, consideramos a faixa etária do idoso, segundo a publicação da OMS em 1984, faixa que está incluída a idade de sessenta anos ou mais. Esta opção se fez, primeiramente, porque é a faixa etária da população que mais cresce no mundo; segundo porque é a faixa da população que apresenta maior prevalência de lesões bucais devido ao processo de envelhecimento que ocorre também na cavidade bucal, fatores de risco e uso de próteses danificadas (fraturas, porosidades, perda de dimensão vertical), com muito tempo de uso associados à precariedade na higiene (Hand & Whitehill, 1986; Vigild, 1987; Moskona & Kaplan, 1992; Moskona & Kaplan, 1995; Coelho et al. 2000; Marchini et al. 2006; Visschere et al. 2006).

Uma 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, quanto à classificação ou agrupamento das lesões. Nos livros textos básicos de um modo geral, o assunto é tratado superficialmente (Castro et al. 1995; Neville et al. 2002). Não identificamos nenhuma abordagem ideal que possibilitasse maior visibilidade dos achados. Desta forma, a classificação adotada em nosso estudo foi uma categorização baseada em Neville et al. 2002 com modificações, devido a sua distribuição ser mais abrangente, didática, de fácil entendimento e aplicação, e pelo fato de ter sido retirada de um livro texto de consulta, básico na discussão dos temas de patologia bucal.

Os resultados obtidos no presente estudo dão conta de um amplo espectro de lesões bucais. Como podemos observar, a medida que a idade foi aumentando, o número de lesões foi diminuindo. Parte desta explicação está vinculada a própria redução do número de indivíduos nestas faixas etárias,

refletindo o que temos hoje no Brasil como expectativa de vida média da população 68,2 anos. De uma forma geral, o sexo feminino foi o mais afetado, numa proporção de 1,3:1. Dados semelhantes encontraram a maioria dos pesquisadores (Vigild, 1987; Coelho et al. 2000; Garcia-Pola Vallejo et al., 2002; Jankittivong et al, 2002; Espinoza et al, 2003; Coelho et al 2004; Triantos, 2005; Corrêa et al., 2006). Por outro lado, dados discordantes têm sido descritos, relatando o sexo masculino com maior prevalência (Van WYK et al, 1977; Fleishman et al, 1985; Ekellund, 1988; Nevalainen et al, 1997; Kovac-Kavcic & Skaleric, 2000; Lin et al, 2001), ou mesmo não observando diferenças significativas entre estes grupos (Hand & Whitehill, 1986; Corbet et al, 1994; Reichart, 2000; Mumcu et al, 2005). Alguns aspectos tem sido discutidos para explicar estes resultados distintos como maior freqüência das mulheres aos centros de saúde, maior número de lesões afetando a população masculina, como, no nosso caso, pode ser observado para os carcinomas epidermóides que, no Brasil, pode chegar a ter uma relação M:F da ordem de mais de 5:1. Neste particular, vale salientar que inúmeros trabalhos realizados no exterior apresentaram valores de freqüência relativamente baixos para o carcinoma epidermóide bucal.

Após a análise dos dados observou-se que o grupo mais prevalente foi o das “lesões proliferativas não neoplásicas”, responsável por 306 casos ou 36,5% do total da amostra. O sexo e a faixa etária para este grupo foram, o feminino numa proporção de 2,3:1 e a faixa etária de 60 a 69 anos, respectivamente. Este resultado claramente reflete uma maior freqüência de hiperplasias fibrosas neste grupo, responsáveis por 33,2% do total de lesões. Este achado é similar em alguns trabalhos de natureza clínica e naqueles realizados com base em dados secundários hospitalares, que destacam a hiperplasia como uma das três lesões mais freqüentes em pacientes idosos (Van Wyk et al, 1977; Fleishman et al. 1985; Hand & Whitehill, 1986; Vigild, 1987; Ekellund, 1988; Jorge et al. 1991; Moskona & Kaplan, 1992; Corbet et al., 1994; Nevalainen et al. 1997; Espinoza et al, 2000; Jankittivong et al. 2002; Coelho et al. 2004; Triantos, 2005; Corrêa et al. 2006). Estes dados são

compatíveis com o alto número de pacientes desdentados na população idosa brasileira, refletindo, provavelmente, a presença de deficiências técnicas na elaboração dos aparelhos protéticos, e seu uso continuado e por longo tempo, associado ou não a higienização precária (Oliveira, 2001).

No que diz respeito à faixa etária, os achados deste estudo prevaleceram em idosos entre 60-69 anos, conforme alguns autores também relataram (Castro et al. 1995; Coelho et al. 2000; Garcia-Pola Vallejo et al. 2002; Jainkittivong et al. 2002; Coelho et al, 2004). O sexo feminino foi o mais acometido (Espinoza et al. 2000; Reichart, 2000; Jainkittivong et al, 2002; Muncu et al., 2005), embora algumas discordâncias sejam identificadas na literatura (Fleishman et al, 1985). A razão para esta predileção do sexo feminino ainda é incerta, porém algumas possibilidades são sugeridas: 1. Mulheres mais idosas usam mais próteses do que os homens; 2. Mulheres vivem mais do que homens; 3. As mulheres procuram tratamento odontológico mais freqüentemente, o que permite que o clínico descubra as lesões; 4. As mulheres usam as próteses com mais freqüência e por um período de tempo maior do que os homens, por razões estéticas; 5. Mudanças hormonais pós-menopausa podem tornar a mucosa de recobrimento mais suscetível a uma reação hiperplásica (Cutright, 1974; Buchner et al. 1977; Neville et al. 2002).

Quanto à localização, a hiperplasia fibrosa é uma proliferação tecidual que ocorre em áreas de próteses mal adaptadas como rebordo alveolar e fundo de saco de vestibulo bucal, o que foi constatado também pelos nossos dados, segundo os quais o: rebordo alveolar foi observado em 26,1%, e o fundo de vestibulo em 16,5% dos casos.

Vale realçar que outras lesões identificadas no grupo das “proliferativas não neoplásicas” tiveram sua freqüência bastante reduzida. Entre estes exemplos, podemos citar as lesões tipo granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico e lesão periférica de células gigantes que têm sido observadas mais frequentemente em populações mais jovens (Moreira, 2006). Um achado que merece destaque é a presença da lesão hamartomatosa. Este caso em particular, difere completamente dos achados da literatura que não

relatam este tipo de lesão no grupo de pacientes idosos (Correa et al, 2006). Hamartoma, conceitualmente, tem o seu desenvolvimento vinculado ao desenvolvimento orgânico. Quase sempre tem sido identificado em idade pediátrica, localizado na linha média, cujo crescimento não ultrapassa o período de crescimento do indivíduo. O seu diagnóstico em idade avançada revela-se um fato inusitado. Em particular, o paciente com o hamartoma leiomiomatoso conviveu durante aproximadamente 60 anos, sem aparentemente causar maiores alterações na homeostasia bucal o que, provavelmente, atrasou no diagnóstico e sua remoção.

O segundo grupo mais frequente na nossa amostra foi o das “neoplasias benignas e malignas” (22,4%), tendo como seu maior representante o carcinoma epidermóide (13,6%). Este estudo mostrou uma alta frequência de carcinoma epidermóide de boca, totalizando 114 lesões, que supera o encontrado por outros estudiosos (Van Wyk et al. 1977; Vigild, 1987; Scott & Cheah, 1989; Jorge et al. 1991; Espinoza et al. 2003; Coelho et al. 2004). O trabalho de Corrêa et al, em 2006 revelou dados semelhantes aos dados do nosso estudo. Este estudo juntamente com o nosso mostra a forte correlação estabelecida entre o envelhecimento e os pacientes do sexo masculino. E também, no Brasil, cerca de 500 novos casos de carcinoma epidermóide têm sido documentados por ano, entretanto poucos trabalhos considerando o idoso e os neoplasmas epiteliais malignos são publicados na literatura, o que nos leva a crer na necessidade de que mais estudos relacionados este neoplasma maligno sejam realizados.

O câncer bucal ocorre tipicamente em idosos e sua incidência tem relação direta com a idade, sendo considerada por alguns autores a doença dos idosos (Who 1980; Nevalainen et al. 1997). Esta doença apresenta fatores de risco associados ao seu desenvolvimento tais como o avançar da idade, o uso prolongado de fumo e álcool, deficiências nutricionais (ausência de fibras, vitaminas C e E), infecções, doenças auto-imunes e pobre higiene bucal muitas

delas mais observadas para a população idosa (Pindborg, 1978; Walls et al. 2000; Campisi & Margiotta, 2001; INCA, 2005)

No Brasil, o câncer de boca adquire grande importância, por ser um país tropical, com grande parte da sua economia direcionada à atividade rural, onde os trabalhadores ficam expostos à luz do sol por várias horas. Além disto, chama atenção o alto índice de consumo de produtos do tabaco, em especial produtos da combustão em forma de cigarro e similares. Dados estatísticos do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 2005 mostraram que, no Brasil, o câncer de boca é o quinto mais comum em homens e o sétimo em mulheres (INCA, 2005).

Os resultados deste trabalho evidenciaram que pacientes do sexo masculino e na faixa etária de 60-69 anos foram os mais atingidos, concordando com outros achados (Pindborg, 1978; Castro et al. 1995; Neville et al, 2002; Corrêa et al 2006). A propósito, alguns estudos, surpreendentemente, não têm relatado casos de carcinoma epidermóide ou os têm identificado em número bastante reduzido (Scott & Cheah, 1989; Jorge et al. 1991; Jankittivong et al. 2002; Espinoza et al. 2003). Cerca de 90% dos Carcinomas bucais são epidermóide, que começam o seu crescimento a partir do epitélio da mucosa e estão localizados principalmente em lábio, língua e assoalho bucal (Nevalainen et al, 1997; Neville et al, 2002; Barnes et al, 2005; Uti et al, 2006). Este perfil difere dos nossos, os quais mostraram que o rebordo alveolar se destacou como sítio preferencialmente acometido. A maior frequência de carcinomas identificados nesta topografia pode ser atribuída ao direcionamento do exame bucal do cirurgião dentista que usualmente favorece as áreas dentadas. Ademais pode ser possível que estes casos tenham seu diagnóstico facilitado pela ação dos protesistas que, no momento do exame direcionado para confecção da prótese, têm oportunidade de flagrar a doença, em outras palavras, eles apresentam uma localização acessível, o que permite sua visualização direta. Vale salientar, todavia, que os nossos achados representam uma amostra de casos restrita aos pacientes acima dos 60 anos.

Levantamento realizado e já divulgado pelo Laboratório de Patologia da FOUFU mostra que, semelhantemente a literatura, os locais mais acometidos são língua, lábio e soalho bucal (Faria et al. 2002).

Dentro desta categoria, a neoplasia benigna que mais se destacou foi o papiloma (3,3%), que é uma proliferação do epitélio escamosos estratificado, acometendo mais homens na faixa etária de 60-69 anos com prevalência em língua, mucosa jugal e palato. Estes achados são similares aos descritos por Neville et al. 2002, diferenciando somente na prevalência do gênero, uma vez que estes autores relatam igual incidência em ambos os gêneros. Alguns autores relatam porcentagens inferiores de papilomas em suas amostras (Corbet et al, 1995; Mumcu et al, 2005).

O terceiro grupo predominante foi o das lesões de polpa e periápice 82 (9,8%), que se assemelha ao grupo anterior em número, gênero e faixa etária. Neste grupo se destacam os cistos periapicais (5,4%) e os granulomas periapicais (3,7%), acometendo maxila e mandíbula. O desenvolvimento cístico é comum; a frequência relatada varia de 7 a 54% das radiotransparências periapicais. A maior frequência de cistos constitui-se em um achado incomum, entretanto, reproduz alguns achados relatados na literatura, em especial de pacientes com falhas no tratamento endodôntico. Em revisões de grandes séries de lesões diagnosticadas em pacientes que não tiveram sucesso nos tratamentos endodônticos convencionais, a prevalência de cistos periapicais foi de aproximadamente 35%, com um maior acometimento em maxila. Estas lesões geralmente não apresentam sintomas, a menos que exista uma exacerbação inflamatória aguda. Além disso, se o cisto atingir um tamanho elevado pode ser observado tumefação e sensibilidade leve, sendo possível, também, ocorrer mobilidade e deslocamento dos dentes adjacentes. O padrão radiográfico do cisto e do granuloma periapical é o mesmo, sendo o seu diagnóstico definitivo confirmado somente por meio de exame histopatológico (NEVILLE *et al.*, 2002). Estes achados devem ser considerados com cuidado, tendo em vista que, na rotina do laboratório, o diagnóstico de lesão cística

radicular, vincula-se a identificação de fragmentos teciduais apresentando tecido epitelial dispondo-se perifericamente ao fragmento. Este parâmetro, nem sempre se compatibiliza com um diagnóstico correto, haja vista que granulomas epiteliados podem reproduzir aspectos semelhantes.

O grupo de “doenças não infecciosas e não neoplásicas epiteliais” ocupou a quarta posição em frequência, destacando-se a leucoplasia (2,4%). A leucoplasia é definida pela OMS (BARNES et al. 2005) como uma placa ou mancha branca que não pode ser removida ou raspada, não relacionada ao uso de prótese e que clínica ou histopatologicamente não pode ser caracterizada como outra doença. Apresenta várias etiologias: idiopáticas, irritações crônicas causadas por fumo e/ou álcool (Van Wyk et al. 1977; Pindborg, 1978; Corrêa et al. 2006). Nossos achados reproduzem aqueles da literatura, com alguma variação para mais ou para menos, nos percentuais de frequência (Van Wyk et al. 1977; Pindborg, 1978; Scott & Cheah, 1989; Jorge et al. 1991; CORBET et al. 1994; Nevalainen et al, 1997; Campisi & Margiotta, 2000; Jankittivong et al. 2002; Espinoza et al. 2003) Chama a atenção, todavia, que em nossa amostra, o sexo feminino foi o mais acometido, com uma relação ao sexo masculino. Este dado assume relevância preventiva, especialmente em função da maior incidência de carcinomas epidermóides em pacientes idosos. Neste sentido, a literatura trás bem sedimentado o conceito de que a leucoplasia constitui-se em lesão cancerizável, cuja probabilidade de transformação maligna pode chegar próximo a 30% (Neville et al. 2002). Ademais, sua predominância em mulheres observada em neste estudo nos remete a uma maior atenção semiológica nos pacientes do sexo feminino, já que, neste grupo, a leucoplasia apresenta pior prognóstico. (Feller et al. 2006; Lee et al. 2006; Lodi et al. 2006; Holmstrup et al. 2007; Hsue et al. 2007).

Um relato bastante interessante foi dos autores Campisi & Margiotta (2001) que direcionaram sua amostra avaliando somente pacientes adultos e idosos italianos do sexo masculino, para avaliar as lesões de mucosa oral e hábitos de risco (uso de álcool, fumo e a associação dos dois). E concluíram também que os pacientes que faziam uso do fumo em conjunto com o álcool

apresentavam maior incidência de leucoplasia quando comparados com os que só bebiam ou só fumavam, inclusive o único caso de câncer encontrado foi em um paciente que fazia uso de bebida e álcool. Estes dados implicam em maior atenção ao estilo de vida destes pacientes que se relacionam como fator de risco para o câncer.

O grupo de injúrias física e químicas ocupou a quinta colocação acometendo (6%) da amostra na proporção de 1,3:1 do sexo feminino sobre o masculino da faixa etária de 60-69 anos de idade. A lesão de maior destaque foi à inflamação e mucosite crônica (3,3%) casos tendo o sexo e faixa etária semelhantes aos achados e sua categoria, seguida da ulceração crônica inespecífica (0,7%). Como neste trabalho não foi documentado se os indivíduos aqui relacionados faziam ou não o uso de prótese, a inflamação não foi citada como sendo de origem reacional a prótese, nos direcionando a denominá-la estomatite. Sua topografia prevaleceu em rebordo alveolar, concordando com outros autores que citavam áreas sob próteses (Jorge et al. 1991; Moskona & Kaplan, 1992; Oliveira et al. 2000).

Um interessante achado na literatura foi que grande parte dos autores colocou a estomatite protética, na faixa etária de idosos, como sendo a lesão que mais se destacou em seus achados (Fleishman et al, 1985; Vigild, 1987; Ekelund, 1988; Jorge et al. 1991; Moskona & Kaplan, 1992; Corbet et al. 1994; Nevalainen et al, 1997; Oliveira et al. 2000; Lin et al. 2001; Espinoza et al. 2003; Shulman et al. 2004; Mumcu et al, 2005; Triantos, 2005). Isto pode ser justificado por estes trabalhos terem sido, em sua maioria, de natureza clínica, ou seja, foram realizados somente exames clínicos e os achados da oroscopia comparados com padrões clássicos de lesões descritas na literatura pertinente, sem a realização de biópsias.

A estomatite, nesses trabalhos que a evidenciaram como sendo uma lesão de destaque, está relacionada com o uso de próteses mal adaptadas, o tempo de uso e idade dessas próteses e a má higiene, por conseguinte quanto

pior a higiene, maior o uso e mais velhas as próteses maior a probabilidade do aparecimento dessa lesão. E como as mulheres fazem uso das próteses por um período maior de tempo por razões estéticas, elas são as mais acometidas (Cutright, 1974; Buchner et al, 1977, Oliveira et al. 2000; Oliveira, 2001; Neville et al, 2002; Moroy et al. 2005; Marchini et al. 2006; Visschere et al. 2006).

Jeganathan et al, 1997 fala sobre estomatite dentária relatando que é uma mudança que ocorre na mucosa (lesão eritematosa) sob próteses totais ou parciais inferior ou superior, que pode ser causada por trauma, infecção, queda do sistema auto imune ou a associação de todos esses fatores. Qualquer material que fizer com que a placa permaneça em contato com a mucosa faz com que a área continue irritada.

As categorias de lesões restantes perfazem um total de 18,6% do total. Desse grupo vale ressaltar que 3,6% representam os espécimes das doenças de glândulas salivares, 3,1% doenças imunológicas e alérgicas, 3,0% cistos odontogênicos e tumores odontogênicos, 2,8% doença periodontal 2,6% lesões ósseas, 2,4% doenças infecciosas (virais, fúngicas, bacterianas e parasitárias) e 1,1% cistos não odontogênicos.

Um aspecto de importância diagnóstica diz respeito a baixa frequência com que as mucocelos foram diagnosticadas nesta população de estudo. Estes valores contrastam nitidamente com aqueles observados nas amostras pediátricas, recentemente discutidos por Moreira (2006). Vale ressaltar, todavia, que quando analisamos as lesões neoplásicas acometendo as glândulas salivares, as lesões malignas apresentam uma alta frequência, indicando maiores cuidados na anamnese específica dos tecidos glandulares ou nas topografias bucais onde se encontram glândulas salivares menores (BARNES et al. 2005).

As alterações ocorridas no organismo com o avançar da idade podem predispor ao aparecimento de lesões auto-imunes como é o caso do líquen plano. Em nosso estudo esta entidade representou 1,2%, do total de lesões,

semelhante aos achados de Scott & Cheah, (1989), Reichart (2000), Correa et al. (2006), menores que os achados de outros autores (Kovac-Kavcic & Skaleric, 2000; Lin et al. 2001; Espinoza et al. 2003) e maior que os dados encontrados por Vigild (1987). Ademais outros estudos têm demonstrado uma forte correlação entre esta lesão e o sexo feminino, como encontrado nesta pesquisa, e isto é atribuído a alterações hormonais (especialmente a menopausa) e stress (Jainkittivong et al. 2002; Espinoza et al. 2003).

A candidose é uma doença de etiologia multifatorial, sendo o uso de alguns medicamentos, imunodeficiências, alteração hormonal, deficiências nutricionais, má higiene bucal e uso prolongado e má higiene de próteses alguns desses fatores. Com o envelhecimento surgem alterações no organismo, já citadas anteriormente. Por este trabalho ter como foco a avaliação de lesões bucais em idosos, esta entidade deve ser melhor explorada, apesar de em nossa amostra a quantidade ter sido pequena. Alguns autores evidenciaram a prevalência desta lesão em pacientes do sexo feminino, provavelmente pela menopausa e com média de idade de 69 anos (Oliveira et al. 2000; Jainkittivong et al. 2002; Kulak-Ozkan et al. 2002; Pires et al. 2002; Baena-Moroy et al. 2005), exatamente o que foi encontrado neste trabalho.

Os resultados do presente estudo direcionam a observação dos dentistas para uma anamnese mais apurada dos pacientes idosos verificando a presença daquelas doenças que usualmente requerem biópsia para seu diagnóstico. Desta forma, os dados obtidos não devem ser encarados como representativos da população idosa no geral, já que muitas das doenças que ocorrem nesta faixa etária são diagnosticadas pela sua expressão clínica, considerando 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 as variações na delimitação da população investigada. 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. Padronização da faixa etária do idoso para definição da amostra e uma uniformização de nomenclatura e classificação das lesões deve sempre preceder a qualquer tipo de investigação desta natureza, favorecendo maior uniformização nos estudos comparativos.

A cidade de Uberlândia, que está localizada no Triângulo Mineiro, tem uma população de aproximadamente 600.000 pessoas, e apresenta a Faculdade de Odontologia e Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como referência em saúde para a região, o que enfatiza mostrar o número extra-ordinário de pessoas que procuram por algum atendimento. Dentre os pacientes, os idosos acabam sendo um número expressivo, uma vez que é a faixa etária que mais tem crescido no mundo.

O alto índice de hiperplasia fibrosa demonstra que medidas de orientação de higiene, dieta e cuidados com seus aparelhos reabilitadores devem ser tomados, para que, desta forma, regridam este quadro. De forma semelhante, a alta freqüência do carcinoma epidermóide nos direciona a pensar na necessidade da organização de programas de prevenção e diagnóstico precoce de lesões cancerizáveis como a leucoplasia, que tem apresentado elevados índices. Programas de instrução sobre o risco e agravantes do uso de fumo e álcool, que são fatores potencializadores, além de orientar sobre a dieta que poderiam diminuir o risco potencial de câncer, especialmente na sua ação depletora de radicais livres.

CONCLUSÃO



7. CONCLUSÃO

Baseado nos resultados deste estudo, as seguintes conclusões podem ser descritas:

Uma maior frequência das lesões bucais em idosos foi identificada em pacientes do sexo feminino, entre 60-69 anos de idade.

As principais topografias identificadas para as lesões dos pacientes idosos foram rebordo alveolar, mucosa jugal, palato e língua.

As categorias de doenças mais frequentemente identificadas entre esses pacientes foram: lesões proliferativas não neoplásicas, neoplasias benignas e malignas, seguidas pelas doenças de polpa e periápice.

Entre os tipos de lesões mais frequentemente observadas em idosos destacaram-se hiperplasias fibrosas, carcinoma epidermóide, cisto radicular e granuloma dentário.

No grupo de doenças neoplásicas, as neoplasias malignas, entre elas o carcinoma epidermóide e verrucoso com localização preferencial no rebordo, língua e soalho bucal, observando amplo predomínio de pacientes do sexo masculino, na 7ª década de vida.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS*

1. Avcu N, Kanli A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. **Oral Diseases**. 2003;9:188–95.
2. Baena-Monroy T, Moreno-Maldonado V, Franco-Martínez F, Aldape-Barrios B, Quindós G, Sánchez-Vargas LO. *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus mutans* colonization inpatients wearing dental prosthesis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2005;10:27-39.
3. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sindransky D. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. **IARC Press**. Lyon, 2005.
4. Buchner A, Calderon S, Ramon Y. Localized hyperplastic lesions of the gingiva: a clinicopathological study of 302 lesions. **J Periodontol**. 1977;48:101.
5. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. **J Oral Pathol Med**. 2001;30:22–8.
6. Castro AL, Castro AL, Moraes NP, Furuse TA. **Estomatología**. 2ª Ed; Editora Santos: 1995.
7. Castro MCR, Ramos-e-Silva M. Physiologic Alterations of Oral Mucosal due to Aging: A Review. **Acta Dermatovenereal Croat**. 2005;13(3):184-8.
8. Castro MCR; Ramos-e-Silva M. Most Common Oral Alterations in Elderly – A Review. **Acta Dermatovenereal Croat**. 2006;14(13):197-205.
9. Coelho CMP, Zucoloto S, Lopes RA. Denture – induced fibrous inflammatory hyperplasia: A retrospective study in a School of Dentistry. **Int J Prosthodont**. 2000;13:148-51.
10. Coelho C.M.P, Sousa YTCS, Daré MZ. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian School of Dentistry. **Journal of Oral Rehabilitation** 2004; 31:135-39.

* De acordo com a Norma da FOUFU, baseado nas Normas de Vancouver. Abreviaturas dos periódicos com conformidade com Medline (Pubmed).

11. Corbet EF, Holmgren CJ, Phillipsen HP. Oral mucosal lesions in 65–74-year-old Hong Kong Chinese. **Community Dent Oral Epidemiol.** 1994;22: 392–5.
12. Corrêa L, Frigerio MLMA ; Sousa S.C.O.M; Novelli M.D. Oral lesions in elderly population: a biopsy survey using 2250 histopathological records. **Gerodontology.** 2006; 23: 48–54.
13. Crivelli MR, Domínguez FV, Adler IL, Keszler A. Frequency and distribution of oral lesions in elderly patients. **Rev Asoc Odontol Argent.** 1990;1:55–8.
14. Cutright DE. The histopathologic findings in 583 cases of Epulis fissuratum. **Oral Surg.** 1974;37:401.
15. De Visschere LM, Grooten L, Theuniers G, Vanobbergen N. Oral hygiene or elderly people in long term care institutions – a cross sectional study. **Gerodontology.** 2006;23:195-204.
16. Ekelund R. Oral mucosal disorders in institutionalized elderly people. **Age Ageing.** 1988;17:193–8.
17. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. **J Oral Pathol Med.** 2003;32:571-5.
18. Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **INCA**, 2005;94.
19. Ettinger RL. Oral health needs of the elderly – an international review. **International Dental Journal.** 1993;43: 348-54.
20. Faria PR; Cardoso SV; Nishioka SA; Silva SJ; Loyola, AM. Clinical Presentation of patients with oral squamous cell carcinoma when firstly seen by dentist and physicians in a teaching hospital in Brazil. **Clinical oral investigations.** 2002;7(1):46-51.
21. Feller L, Wood NH, Raubenheimer EJ. Proliferative verrucous leukoplakia and field cancerization: report of a case. **J Int Acad Periodontol.** 2006;8(2):67-70.
22. Fleishman R, Peles DB, Pisanti S. Oral mucosal lesions among elderly in Israel. **J Dent Res.** 1985;64:831–6.

23. Frenkel HF, Harvey I; Newcomb RG. Improving oral health in institutionalized elderly people by educating caregivers: a randomized controlled trial. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2001;29:289-97.
24. García-Pola Vallejo MJ, Martínez Díaz-Canel AI, García-Martín JM, González García M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2002;30:277–85.
25. Global of oral health data bank. Geneva: **World Health Organization.** 2004
26. Hand JS, Whitehill JM. The prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population. **JADA.** 1986;112:73-6.
27. Holmstrup P, Vedtofte P, Reibel J, Stoltze K. Oral Premalignant lesions: is a biopsy reliable? **Journal of Oral Pathology & Medicine.** 2007;36(5):262-6.
28. Huber MA. A review of premalignant oral conditions. **Tex Dent J.** 2006;123(6):502-9.
29. Hsue SS, Sardella A, Bez C, Dmarosi F, Carrassi A. Malignant transformation in 1458 patients with potentially malignant oral mucosal disorders: a follow up study based in a Taiwanese hospital. **J Oral Pathol Med.** 2007;36:25-9.
30. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: **IBGE.** 2002; 97p.
31. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. **Oral Diseases.** 2002; 8:218–23.
32. Jeganathan W, Payne JA, Thean HPY. Denture stomatitis in an elderly edentulous Asian population. **J Oral Reha.** 1997;24:468-72.
33. Jorge Junior J, de Almeida OP, Bozzo L et al,. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol.** 1991;19:173–5.
34. Kononen M, Ylipaavalniemi P, Hietanen J, Happonen RP. Oral diseases in the elderly in Finland as judged by biopsy. **Compr Gerontol [A].** 1987;1:106–8.

35. Kovač-Kavčič M, Skalerič U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. **J Oral Pathol Med.** 2000;29:331–5 .
36. Kulak-Oskan Y, Kazazoglu E, Arikan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. **J Oral Reha.** 2002;29:300-4.
37. Lee JJ, Hung HC, Cheng SJ, Cheng YJ, Chiang BY, Jeng JH, et al,,. Carcinoma and dysplasia in oral leukoplakia in Taiwan prevalence and risk factors. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 2006;101(4):472-80.
38. Lin HC, Cobert EF, Lo ECM. Oral Mucosal Lesions in Adult Chinese. **J Dent Res.** 2001;80(5):1486-90.
39. Lobj G, Sardella A, Bez C, Demarosi F, Carrassi A. Interventions for treating oral leukoplakia. **Cochrane Database Syst Rev.** 2006 Oct 18 (on line, cd 001829) 4^a Ed.
40. MacEntee MI, Dowell TB, Scully C. Oral health concerns of an elderly population in England. **Community Dent Oral Epidemiol.** 1988;16:72–4.
41. MacEntee MI; Glick N, Stolar E. Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. **Oral Dis.** 1998 Mar;4(1):32-6.
42. McNally L, Gosney MA, Doherty U, Field EA. The orodental status of a group of elderly in-patients: A preliminary assessment. **Gerodontology.** 1999;16(2):81-4.
43. Marchini L, Vieira PC, Bossan TP, Montenegro FLB, Cunha VPP. Self-reported hygiene habits among institutionlised elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubate, Brazil. **Gerodontology.** 2006;23:33-7.
44. Moreira MR. **Lesões bucais e pacientes pediátricos: estudo retrospectivo de 620 biópsias registradas no laboratório de patologia bucal da Universidade Federal de Uberlândia MG-Brasil.** [Dissertação] Uberlândia: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia; 2006.

45. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A Saúde Bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2005;21(6):1665-75.
46. Moskona D, Kaplan I. Oral lesions in elderly denture wearers. **Clin Prev Dent**. 1992;14:11.
47. Moskona D, Kaplan I. Oral health and treatment needs in a non-institutionalized elderly population: experience of a dental school associated geriatric clinic. **Gerodontology**. 1995;12:95-8.
48. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. **Oral Diseases**. 2005;11:81-7.
49. Nevalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A. Oral Mucosal and oral hygiene habits in the home living elderly. **Journal of Oral Rehabilitation**. 1997;24:332-7.
50. Neville B, Damm DD, Allen CM. **Oral Pathology and Maxillofacial**. 2ed. Philadelphia: Saunders; 2002.
51. Oliveira TRC, Frigerio MLMA, Yamada MCM, Birman EG. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. **Pesq Odontol Brás**. São Paulo. 2000;14(3):219-24.
52. Oliveira TRC. **Avaliação nutricional e protética de pacientes senescentes totalmente desdentados**. [tese] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2001.
53. Pack ARC. Dental services and needs in developing countries. **Int Dent J**. 1998;48(suppl):239-47.
54. Pajukoski H, Meurman JH, Snellman-Gröhn S, Sulkava R. Oral health in hospitalized and nonhospitalized community dwelling elderly patients. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 1999;88:437-43.
55. Peltola P, Vehkalahti MM, Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalized elderly. **Gerodontology**. 2004;21:93-9.
56. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risk to oral health. **Bulletin of the WHO**. Genebra. Sept. 2005;83(9):15.

57. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2005;33:81–92.
58. Pindborg JJ. Oral cancer and precancer as diseases of the aged. **Community Dent Oral Epidemiol.** 1978;6:300–7.
59. Pires RF, Santos EBD, Bonan PRF, De Almeida OP. Denture stomatitis and salivary Candida in Brazilian edentulous patient. **J Oral Reha.** 2002;29:1115-9.
60. Rauen MS, Moreira EAM, Calvo MCM, Lobo AS. Oral condition and its relationship to nutritional status in the institutionalized elderly population. **J Am Diet Assoc.** 2006;106:1112-4.
61. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2000;28:390–8.
62. Samaranayake LP, Wilkieson CA, Lamey PJ, MacFarlane TW. Oral disease in the elderly in long-term hospital care. **Oral Dis.** 1995 Sep;1(3):147-51.
63. Santos PJB, Bessa CFN, Aguiar MCF, Carmo MAV. Cross sectional study of oral mucosal condition among a central Amazonian Indian community, Brazil. **J Oral Pathol Med.** 2002;33:7-12.
64. Scott J, Cheah SB. The prevalence of oral mucosal lesions in the elderly in a surgical biopsy population: a retrospective analysis of 4042 cases. **Gerodontology.** 1989;8:73–8.
65. Ship J.A. Improving Oral Health in Older People. **JAGS.** 2002;50:1454-5.
66. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. **JADA.** 2004;135:1279-86.
67. Splieth CH, Bessel F, Kocher T. Prevalence of oral mucosal lesions in a representative population. **Quintessence Int.** 2007;238:23-9.
68. Taiyeb Ali TB, Razak JA, Raja Latifah RJ. et al.,. An epidemiological survey of oral mucosal conditions among elderly Malaysians. **Gerontology.** 1995;12:37–40.

69. Triantos D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. **J Oral Pathol Med.** 2005 Nov;34(10):577-82.
70. Unfer B, Saliba O. Evaluate of popular knowledge and everyday practices in oral health. **Rev Saúde Pública.** 2000;34(2):90-5.
71. United Nations population Division. World Population Prospects: The 2002 Revision, New York, NY, USA: **United Nations**; 2003.
72. Ursache M, Grădinaru I, Vlădoiu R. Denture cleansing and denture stomatitis. Clinical investigation. **Stomatologia (Athenai).** 1989 Jul-Aug;46(4):247-52.
73. Uti OG, Fasina AA. Oral cancer education in dental schools: knowledge and experience of Nigerian undergraduate students. **Jornal of Dental Education.** 2006;70(6):676-80.
74. van Wyk CW, Farman AG, Staz J. Oral health status of institutionalized elderly Cape Coloreds from the Cape Peninsula of South Africa. **Community Dent Oral Epidemiol.** 1977;5:179–84.
75. Vigild M. Oral Mucosal Lesions among institutionalized elderly in Denmark. **Community Dent Oral Epidemiol.** 1987;15:309-13.
76. Walls AWG, Steele JG, Sheiham A, Marcenes W, Moynihan PJ. Oral health and nutrition in older people. **J Public Health Dent.** 2000;60(4):304-7.
77. WHO Health and Elderly: **Who Technical Report series 779.** Geneva, Switzerland: 1998.
78. World Health Organization. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosa diseases and conditions. **Community Dent Oral Epidemiol.** 1980;8:1-26.
79. WHO. The use of epidemiology in the study of the elderly: **WHO Technical report series 706.** Geneva: 1984.

80. Zaremba ML, Daniluk T, Rozkiewicz D, Cylwik-Rokicka D, Kierklo A, Tokajuk G, Dabrowska E, Pawińska M, Klimiuk A, Stokowska W, Abdelrazek S. Incidence rate of *Candida* species in the oral cavity of middle-aged and elderly subjects. **Adv Med Sci.** 2006;51 Suppl 1:233-6.

ANEXOS





Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2150 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
CEP 38400-050 - FONE/FAX (34) 3236-4531

**ANÁLISE FINAL Nº 105/07 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO
REGISTRO CEP/UFU: 185/07**

Projeto Pesquisa: "Levantamento e análise das doenças bucais a partir das requisições de exames e dos laudos emitidos pelo Laboratório de Patologia bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia"

Pesquisador Responsável: Adriano Mota Loyola

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 195/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 195/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito da pesquisa;
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto;
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 195/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data para entrega do Relatório parcial: janeiro/2008

Data para entrega do Relatório Final: outubro/2008

Uberlândia, 20 de julho de 2007.


Prof.ª Dra. Sandra Torrinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

Para projetos aprovados ou aprovados com Recomendações:

- O regente da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase de pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo de seu crédito (Res. CNS 195/96 – Item IV 2.1) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV 2.2);
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e documentar a coleta somente após análise dos dados de desconformidade pelo CEP que o aprova (Res. CNS Item III.3 e), suspendendo, no entanto, imediatamente qualquer coleta nos casos em que ocorrer o seguinte participante ou quando ocorrer a superposição de registro relacionado a um dos grupos de pesquisa (Item V.3) que estejam sendo tratados;
- O CEP deve ser informado de todos os casos, alterações ou fatos relevantes que afetem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador sempre manter atualizados todos os dados sobre a coleta, além de manter atualizado o CEP e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – para todos os procedimentos;
- Eventuais modificações no conteúdo do protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, classificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. No caso de projetos do Grupo 1 ou 2 apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou promotorista deve enviar também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntados ao protocolo inicial – Res. 251/97, Item III.2 e/- O prazo para entrega do relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme consta da Res. 195/96/CNS.