

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA ILHA DO FUNDÃO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**CARLOS ROBERTO FRAVOLINE DE CASTRO**

**ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS LESÕES DO COMPLEXO ORAL E  
MAXILOFACIAL DO SERVIÇO DE CIRURGIA ORAL DO HOSPITAL  
UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO: UM ESTUDO  
RETROSPECTIVO DE 24 ANOS**

**RIO DE JANEIRO**

**2016**

**CARLOS ROBERTO FRAVOLINE DE CASTRO**

**ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS LESÕES DO COMPLEXO ORAL E  
MAXILOFACIAL DO SERVIÇO DE CIRURGIA ORAL DO HOSPITAL  
UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO: UM ESTUDO  
RETROSPECTIVO DE 24 ANOS**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro / Campus Universitário Ilha do Fundão, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica, sub-área Patologia Oral.**

**Orientador: Prof. Dra. Marcia Grillo Cabral**

**RIO DE JANEIRO**

**2016**

## FICHA CATALOGRÁFICA

**CARLOS ROBERTO FRAVOLINE DE CASTRO**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro / Campus Universitário da Ilha do Fundão, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica, sub-área Patologia Oral.**

**Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Professor Dr. Arley Silva Junior  
(UFF)**

---

**Professora Dra. Maria Aparecida de Albuquerque Cavalcante  
(UFRJ)**

---

**Professor Dr. Mario Jose Romãach  
(UFRJ)**

**RIO DE JANEIRO**

**2016**

## DEDICATÓRIA

Dedico principalmente às pessoas que mais amo: meus pais Carlos Alberto Araújo Melo de Castro e Rosania Fravoline Melo de Castro, pelo amor incondicional, o carinho, a educação, o apoio em minhas escolhas e a dedicação em me tornar um indivíduo cada vez melhor. Seus conselhos, suas broncas e o mais importante, a sabedoria e experiência. São eles que sempre me ampararam e estiveram e estarão ao meu lado para guiar meu caminho. Às minhas madrinhas Dorothea Fravolini e Dorineia Fravoline (que Papai do Céu a tenha), e a toda minha família, que sempre esteve comigo. Dedico também à minha namorada Carolina de Oliveira Caruso pelo carinho e amor, e que além de estar comigo durante essa caminhada, foi de grande importância para realização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a conclusão desse trabalho e todas as minhas conquistas e realizações a Deus.

Agradeço ao professor emérito da Faculdade de Odontologia da UFRJ Dr. Ítalo Honorato Gandelmann, pelos ensinamentos passados por ele durante meu Curso de especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. Agradeço a professora Dra. Aparecida Cavalcante que foi minha mentora e instrutora durante o período em que estive realizando o Curso de Especialização, seu conhecimento e experiência em cirurgia para me tornar um profissional qualificado. Agradeço a toda equipe do Curso de Cirurgia, os professores Wagner Hespanhol, Juan Alpaca e Carlos Barbosa, a nossa secretária Fatima e aos meus colegas de Curso.

Agradeço a todo o departamento de Patologia e Diagnostico Oral da Faculdade de Odontologia da UFRJ. O empenho dos professores Aline Abrahão, Bruno Benevenuto e Mario Romãach, para nos guiar nesse longo caminho que foi a realização do Curso de Mestrado Profissional.

Agradeço a minha professora e orientadora Dra. Marcia Grillo Cabral. A paciência e dedicação em me ensinar, desde a época da graduação e acompanhar minha evolução e me orientar nesse mestrado. Agradeço pelo conhecimento e ensinamentos por ela passados.

## EPÍGRAFE

“Faço de mim

Casa de sentimentos bons

Onde a má fé não faz morada

E a maldade não se cria

Me cerco de boas intenções

E amigos de nobres corações

Que sopram e abrem portões

Com chave que não se copia...”

**“Morada” - Forfun**

## RESUMO

Os estudos epidemiológicos podem auxiliar na identificação da prevalência das lesões em uma determinada população, assim como na coleta de dados relativos a localização, idade, gênero e saúde geral do paciente, bem como hábitos nocivos existentes, e possíveis fatores etiológicos associados. Na literatura, os estudos epidemiológicos das doenças de boca exibem, em sua maioria, uma alta prevalência de lesões benignas de mucosa, principalmente do tipo hiperplásicas, assim como mucoceles, e alterações inflamatórias periapicais. No entanto, a real prevalência das lesões pode variar de acordo com a idade dos pacientes e da origem dos casos. O objetivo deste trabalho foi identificar a prevalência e as características sócio- demográficas de lesões orais dos pacientes encaminhados para tratamento cirúrgico no serviço de Cirurgia Oral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O período de estudo compreendeu de 1989 a 2013, perfazendo 24 anos. As lesões diagnosticadas foram classificadas de acordo com a sua natureza. Os dados coletados foram analisados levando-se em conta os valores absolutos e percentuais. Dos 328 casos da amostra, 159 (48,5%) eram pacientes do sexo feminino e 169 (51,5%) pacientes do sexo masculino, e a média de idade geral foi de 34,26 anos. Os cistos e tumores odontogênicos de desenvolvimento ocorreram mais comumente com 154 casos, representando 47,0%. As doenças da polpa e do periápice e as lesões intra-ósseas não odontogênicas foram responsáveis por 18,9% e 10,7% das lesões, respectivamente. Dezenove casos (5,7%) eram lesões hiperplásicas; 16 (4,9%) eram lesões de glândulas salivares; 13 (4%) eram lesões malignas; e 13 (4,0%) eram cistos não- odontogênicos. Dez casos (3,0%) eram de lesões com diagnóstico inconclusivo, e as neoplasias benignas foram as menos comumente diagnosticadas, com apenas 6 casos (1,8%). Levando-se em consideração as lesões de maior prevalência, o cisto radicular foi a patologia mais comumente encontrada representando 16,8% da amostra, seguido do cisto dentífero (15,3%), do ameloblastoma (10,7%), do tumor odontogênico ceratocístico (9,5%) e dos odontomas (5,5%).



## ABSTRACT

Epidemiological studies can assist in identifying the prevalence of oral lesions in a given population. Other information that can be collected is data on affected sites, patient's age and gender and overall health, the presence of hazardous habits and associated etiological factors. In the literature, epidemiological studies of oral diseases nearly always exhibit a high prevalence of mucosal benign hyperplastic lesions, as well as mucoceles and periapical inflammatory lesions. However, the actual prevalence of lesions may depend on patient's age range and in the origin of the cases. The aim of this study was to determine the prevalence and socio-demographic characteristics of odontogenic and non-odontogenic lesions of patients referred for surgical treatment at the Oral Surgery Service of the Clementino Fraga Filho University Hospital (HUCFF), of the Federal University of Rio de Janeiro. The study period totaled 24 years, from 1989 to 2013. The lesions were classified according to their nature. The collected data was analyzed taking into account the absolute values and percentages. Of the 328 sample cases, 159 (48.5%) were female patients and 169 (51.5%) male patients, and the average age was of 34.26 years. Development Odontogenic Cysts and Tumors occurred more commonly with 154 cases, representing 47.0% of the study group. Pulpal and periapical diseases and non-odontogenic bone lesions accounted for 18.9% and 10.7% cases, respectively. Nineteen cases (5.7%) were hyperplastic lesions; 16 (4.9%) were salivary glands lesions; 13 (4%) were malignant neoplasms; and 13 (4.0%) were non-Odontogenic cysts. Ten cases (3.0%) were represented by lesions with inconclusive diagnosis. Benign neoplasms were the least commonly diagnosed cases, with only 6 tumors (1.8%). Taking into consideration the lesions of higher prevalence, the periapical cyst was the most commonly found oral disease representing 16.8% of the sample, followed by the dentigerous cyst (15.3%), the ameloblastoma (10.7%), the keratocystic odontogenic tumor (9.5%) and the odontomas (5.5%).

**Key Words:** Odontogenic lesions, oral lesions, epidemiological study

## LISTA DE TABELAS

- Figura 1: Distribuição de subgrupos de lesões de acordo com valores absolutos e percentuais ..... página 7
- Tabela 1: Prevalência dos Cistos e Tumores Odontogênicos e dados relativos a sexo, idade e sítio ..... página 8
- Tabela 2: Prevalência das Lesões Intra-Ósseas Não- Odontogênicas, e dados relativos a sexo, idade e sítio ..... página 9
- Tabela 3: Prevalência das Lesões Reacionais, e dados relativos a sexo, idade e sítio ..... página 10
- Tabela 4: Prevalência das Doenças da Polpa e Periápice, lesões de Glândula Salivar, Cistos Não-Odontogênicos, Neoplasias Benignas e Lesões Sem Diagnóstico Específico, e dados relativos a sexo e idade ..... página 11
- Tabela 5: Prevalência das lesões de acordo com a frequência ..... página 13
- Quadro 1: Lesões de maior prevalência nos grupos etários ..... página 14

### Abreviaturas

- TOC: Tumor Odontogênico Ceratocístico
- HUCFF: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	01
2. Objetivos.....	03
3. Material e Métodos.....	04
4. Resultados.....	06
5. Discussão.....	15
6. Conclusão.....	19
7. Referências.....	20

## INTRODUÇÃO

As condições patológicas que afetam o aparato oral e maxilofacial são diversas, e o diagnóstico correto e o tratamento adequado das enfermidades são um desafio encontrado pelo profissional de saúde bucal.

Os estudos epidemiológicos são de grande valia para auxiliar a determinar a condição de saúde da população, uma vez que auxiliam na identificação da prevalência das lesões em uma determinada população coletando, ainda, informações relativas as localizações preferenciais, idade e sexo de maior acometimento, saúde geral do paciente, bem como hábitos nocivos existentes, e possíveis fatores etiológicos associados. A partir dos resultados obtidos, os serviços de saúde podem montar estratégias para melhorar o diagnóstico e a prevenção das lesões, bem como estabelecer medidas adequadas para o tratamento e acompanhamento dos pacientes.

Na literatura, os estudos epidemiológicos das doenças de boca exibem, em sua maioria, uma alta prevalência de lesões benignas principalmente do tipo hiperplásicas, assim como mucocelos e alterações inflamatórias periapicais do tipo cistos radiculares e granulomas periapicais <sup>3, 6, 7, 15, 16, 27, 28</sup>. As neoplasias malignas usualmente também configuram nos estudos epidemiológicos afetando, em geral, pacientes idosos e tendo os carcinomas de células escamosas como alteração comumente diagnosticada<sup>25</sup>. Os cistos e tumores odontogênicos de desenvolvimento são considerados alterações incomuns, sendo os cistos dentígeros e os odontomas mais comumente encontrados em pacientes muito jovens, enquanto que os ameloblastomas e os tumores odontogênicos ceratocísticos afetam principalmente adultos. <sup>2, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 23, 26</sup>

No entanto, a real prevalência das lesões pode depender da idade dos pacientes do grupo do estudo, e da origem dos casos, sendo que a maioria dos relatos encontrados na literatura são realizados a partir de registros provenientes dos arquivos de laboratórios de Patologia oral, para onde confluem espécimes de biópsia coletados de clínicas de cirurgia e de diagnóstico oral de Faculdades de Odontologia, de consultórios dentários privados, ou de centros odontológicos

públicos de referência no atendimento a pacientes portadores de afecções bucais. Isso faz com que a casuística seja representada, em grande parte, por casos provenientes de tratamento de afecções bucais realizadas em ambiente ambulatorial 3, 6, 7, 11, 15, 16, 25, 27, 28

O objetivo deste trabalho foi verificar a prevalência e as características sócio-demográficas de lesões odontogênicas e não-odontogênicas dos pacientes encaminhados para o Serviço de Cirurgia Oral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O período de estudo compreendeu de 1989 a 2013, perfazendo 24 anos. Os casos atendidos têm como característica comum a indicação de realização de tratamento em ambiente hospitalar sob anestesia geral devido, principalmente, ao tamanho da lesão e acometimento dos ossos maxilares e estruturas adjacentes, ou em função de comportamento não colaborativo para a realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais necessitando, também, de atendimento com anestesia geral. Vale ressaltar que nos procedimentos realizados em ambiente hospitalar, os riscos podem ser minimizados com o melhor monitoramento dos pacientes e, no trans-operatório, podem ser realizados procedimentos complementares à cirurgia.

A revisão dos prontuários dos pacientes atendidos para avaliar características sócio-demográficas dos pacientes, e a prevalência das lesões poderá contribuir para que as equipes de cirurgia oral e maxilofacial de hospitais de grande porte possam aperfeiçoar o conhecimento sobre as lesões do complexo oral e maxilofacial, bem como realizar de modo mais adequado o planejamento, tratamento, e o acompanhamento dos pacientes.

As lesões odontogênicas encontradas nos espécimes encaminhados para o Serviço de Cirurgia Oral Do HUCFF são mais comuns do que as não odontogênicas.

## OBJETIVOS

- **Geral**

Verificar a prevalência das lesões odontogênicas e não-odontogênicas pelos prontuários de pacientes atendidos no Serviço de Cirurgia Oral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF)/ UFRJ.

- **Específico**

Analisar as características sócio-demográficas como gênero e idade dos pacientes selecionados pelos prontuários do estudo.

Identificar e classificar as lesões de acordo com seu diagnóstico clínico e histopatológico.

Verificar as localizações mais comuns das alterações encontradas

## MATERIAL E MÉTODOS

O Serviço de Cirurgia Oral do HUCFF da UFRJ é referência nacional para o atendimento e tratamento cirúrgico de pacientes com afecções da região oral e maxilofacial em decorrência de trauma, encaminhamento para realização de cirurgia ortognática, e portadores de doenças de natureza benigna de origem odontogênica infecciosa, hiperplásica, cística, e neoplásica, bem como realização de biopsias incisionais em pacientes com lesões suspeitas de malignidade. A partir dos registros dos pacientes atendidos no Serviço de Cirurgia Oral do HUCFF/UFRJ foi realizado um estudo retrospectivo observacional descritivo, através da coleta de dados provenientes de prontuários médicos de pacientes portadores de doenças da boca, atendidos no Serviço de Cirurgia Oral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ), no período de 1989 a 2013, compreendendo um período de 24 anos. Foram coletadas as informações relativas às características sócio-demográficas do paciente acometido como gênero e idade, e o diagnóstico clínico e histopatológico, a prevalência e a localização da lesão. As lesões foram agrupadas e classificadas nas seguintes categorias:

- 1- Lesões da Polpa e Periápice;
- 2- Lesões Hiperplásicas;
- 3- Neoplasias Malignas;
- 4- Cistos e Tumores Odontogênicos de desenvolvimento (Lesões odontogênicas)
- 5- Lesões de Glândula Salivar;
- 6- Lesões Intra-Ósseas Não- Odontogênicas;
- 7- Neoplasias Benignas;
- 8- Cistos Não-Odontogênicos;
- 9- Lesões Não Especificadas.

Os dados foram analisados levando-se em conta os valores absolutos e percentuais.

Os diagnósticos histopatológicos foram realizados pelo Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do HUCFF/UFRJ, ou pelo Serviço de Patologia Oral do Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia da UFRJ.

No período de 1989 a 2013 foram realizados 404 procedimentos cirúrgicos em pacientes com doenças de boca. Desse total, 76 casos apresentaram deficiência de informações nos prontuários, como ausência de dados sócio-demográficos, o local das lesões, ou diagnóstico histopatológico. Com isso, a amostra final contou com 328 lesões.

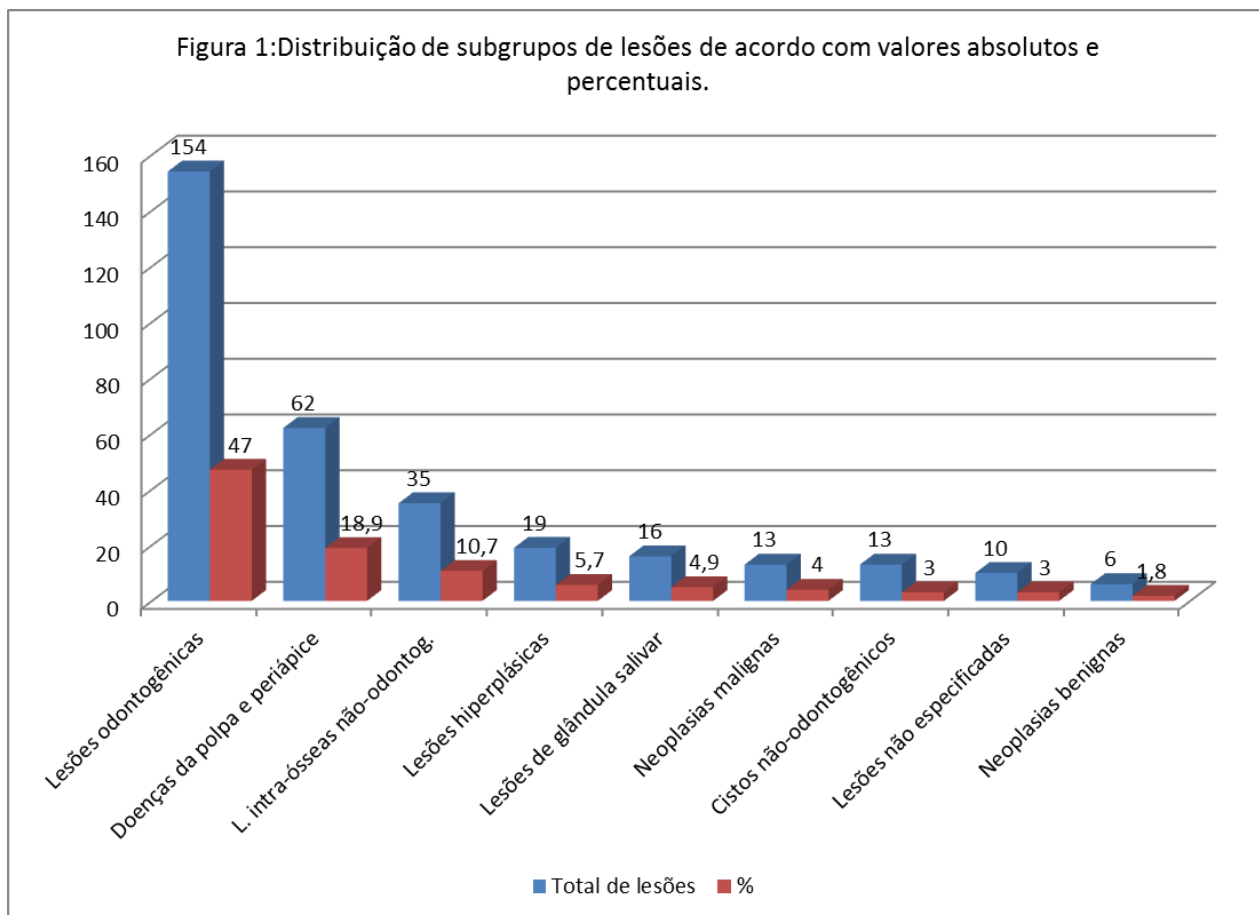


## RESULTADOS

De 328 casos da amostra 159 (48,5%) eram pacientes do sexo feminino e 169 (51,5%) pacientes do sexo masculino. A razão sexo masculino:feminino foi de 1,06:1, mostrando leve predileção pelo sexo masculino. Quanto a idade dos pacientes, o mais jovem tinha 8 meses de idade e o mais idoso 89 anos de idade. A média de idade geral, levando-se conta todas as lesões, foi de 34,26 anos, sendo que a maior parte dos casos foi diagnosticada na quarta década de vida, seguida pela terceira e quinta décadas de vida. Dos 328 casos, 74 (22,7%) pacientes eram crianças e adolescentes (de 0-18 anos), 220 (67,1%) casos eram jovens e adultos (19- 59 anos), e 34 (10,4%) dos pacientes eram da terceira idade (acima de 60 anos).

No presente estudo foram diagnosticadas 315 lesões benignas (96%). Dentre as lesões benignas, as de origem odontogênica de desenvolvimento do tipo cisto e tumor foram as mais frequentes, com 154 casos, representando 47,0%. Os grupos representados pelas doenças da polpa e periápice e pelas lesões intra-ósseas não odontogênicas seguiram em termos de frequência, representando 18,9% e 10,7% das lesões, respectivamente. Dezenove casos (5,7%) eram lesões hiperplásicas; 16 (4,9%) eram lesões de glândulas salivares; 13 (4%) eram lesões malignas; e 13 (4,0%) eram cistos não- odontogênicos. Dez casos (3,0%) eram de lesões com diagnóstico final inconclusivo ou não especificado, e dentre as categorias, as neoplasias benignas foram as menos comumente diagnosticadas, com apenas 6 casos (1,8% ) (Figura 1).

Crianças e adolescentes apresentaram principalmente cisto dentígero, odontomas, TOC, e cisto ósseo traumático. Os pacientes jovens e adultos, por vez, apresentaram mais comumente cisto radicular, cisto dentígero, ameloblastoma e Tumor Odontogênico Ceratocístico. Os pacientes da terceira idade foram diagnosticados frequentemente com cisto radicular e ameloblastoma.



Fonte: Serviço de Cirurgia Oral

No grupo das lesões odontogênicas de desenvolvimento, a alteração mais comumente encontrada foi o cisto dentífero com 50 casos (32,5%), seguido do ameloblastoma do tipo sólido/multicístico com 35 casos (22,7%), do tumor odontogênico ceratocístico (TOC) com 31 casos (20,2%), e dos odontomas com 18 casos (11,7%). No conjunto, essas 04 lesões representaram 87,1% das lesões odontogênicas de desenvolvimento constituindo, ainda, 40,9% do total de 328 casos da amostra. Com exceção dos odontomas que tiveram predileção pelo sexo feminino, o cisto dentífero, o ameloblastoma e o TOC foram mais prevalentes no sexo masculino. A média de idade dos pacientes com odontomas e cisto dentífero foi na 3ª década de vida. Para os casos de TOC e os ameloblastoma, a média de idade foi na 4ª e 5ª décadas de vida respectivamente. A mandíbula foi o sítio de localização preferencial para o cisto dentífero, o ameloblastoma, o TOC e os odontomas (Tabela.1).

**Tabela 1- Prevalência dos Cistos e Tumores Odontogênicos e dados relativos a sexo, idade e sítio.**

TIPO	N	Sexo *M/F	Idade	Média de idade	Sítio **Mx/ Md	%
CISTO DENTÍGERO	50	27M/ 23F	7-72	27,2	15Mx/ 35Md	32,7
CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR	2	1M/ 1F	49-51	50	2Mx/ 0Md	1,3
AMELOBLASTOMA (sólido/multicístico)	35	22M/13F	21-78	43,1	3 Mx/ 32 Md	22,7
AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO	2	2M/ 0F	9-19	14	0Mx/ 2Md	1,3
CERATOAMELOBLASTOMA	1	0M/ 1F	33	33	0Mx/ 1Md	0,6
ODONTOAMELOBLASTOMA	2	1M/ 1F	13-51	32	0Mx/ 2Md	1,3
TUMOR ODONTOGENICO CERATOCISTICO	31	17M/ 14F	9-60	31,9	5Mx/ 23/Md 3Mx e Md	20,2
ODONTOMAS	18	7M/ 11F	9-66	25,2	8Mx/ 10Md	11,7
MIXOMA ODONTOGÊNICO	3	1M/ 2F	25-42	33,3	2Mx/ 1Md	1,9
CEMENTOBLASTOMA	3	2M/ 1F	16-37	23	1Mx/ 2Md	1,9
TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATOIDE	3	1M/ 2F	12-52	26	2Mx/ 1Md	1,9
FIBROMA ODONTOGÊNICO	2	1M/ 1F	30-42	36	1Mx/ 1Md	1,3
TUMOR ODONTOGÊNICO EPITELIAL CALCIFICANTE	1	0M/ 1F	22	22	1Mx/ 0Md	0,6
TUMOR ODONTOGÊNICO CÍSTICO CALCIFICANTE	1	1M/ 1F	24	24	1Mx/ 0Md	0,6
<b>TOTAL</b>	154	83M/ 71F	-----	-----	41Mx/ 110Md/ 3 Mx e Md	100

\*Sexo M:F- Masculino: Feminino; \*\*Sítio Mx/Md- Maxila/Mandíbula

No grupo das lesões intraósseas não-odontogênicas a principal lesão encontrada foi o granuloma de células gigantes central (GCCG), com 14 casos (37,8%), seguido de 5 (13,5%) casos de cisto ósseo traumático, 5 (13,5%) casos de displasia fibrosa, e 5 (13,5%) casos de fibroma ossificante. O GCCG, o cisto ósseo traumático, a displasia fibrosa e o fibroma ossificante ocorrem mais no sexo feminino

em relação ao sexo masculino. A média de idade para os pacientes com GCCG foi na 4ª década de vida, enquanto que para a displasia fibrosa e fibroma ossificante foi na 3ª década de vida, e na 2ª década para os casos de cisto ósseo traumático. Os casos de GCCG, cisto ósseo traumático e fibroma ossificante ocorreram mais na mandíbula e a maxila foi o sítio preferencial para os casos de displasia fibrosa. (Tabela 2).

**Tabela 2- Prevalência das Lesões Intra-Ósseas Não- Odontogênicas, e dados relativos a sexo, idade e sítio.**

Diagnóstico	N	Sexo *M/F	Idade	Média de idade	Sítio **Mx/Md	%
GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES	14	5M/ 9F (0,55:1)	10-64	30,5	4Mx/ 9Md	37,8
CISTO OSSEO TRAUMATICO	5	1M/ 4F (0,25:1)	12-22	16,4	0Mx/ 5Md	13,5
DISPLASIA FIBROSA	5	2M/3F (0,66:1)	6-42	26,4	4Mx/ 1Md	13,5
FIBROMA OSSIFICANTE	5	2M/3F (0,66:1)	14-47	28	1Mx/ 4Md	13,5
OSTEOMA OSTEOIDE	1	1M/ 0F (1:0)	14	14	0Mx/ 1Md	2,7
HEMANGIOMA INTRA-OSSEO	1	0M/1F (0:1)	52	52	0Mx/ 1Md	2,7
FIBROMA DESMOPLASICO	1	1M/ 0F (1:0)	10	10	0Mx/ 1Md	2,7
CONDROBLASTOMA	1	0M/ 1F (0:1)	48	48	0Mx/ 1Md	2,7
LESAO FIBRO-ÓSSEA BENIGNA	1	0M/1F (0:1)	40	40	1Mx/ 0Md	2,7
FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL AGRESSIVO	1	0M/1F (0:1)	9	9	1Mx/ 0Md	2,7
TOTAL	35	13M: 24F	-----	-----	11Mx/ 25Md	100

\*M/F- Masculino/Feminino; \*Mx/MD- Maxila/Mandíbula

No grupo das alterações hiperplásicas, as hiperplasias fibrosas compreenderam 5 casos (26,31%) das 19 lesões dessa categoria, seguido do granuloma periférico de células gigantes com 3 casos (15,79%) e do granuloma piogênico e do fibroma traumático, com 2 casos cada (10,52%). (Tabela 3).

Tabela 3- Prevalência das Lesões Hiperplásicas, e dados relativos a sexo, idade e sítio

DIAGNÓSTICO	N	Sexo *M:F	Idade	Média de idade	Rebordo alveolar	Mucosa jugal	Fundo de Vestíbulo	%
HIPERPLASIA FIBROSA	5	2M/3F	21-57	42,2	3	2	-	26,31
GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES	3	1M/2F	8-44	28	3	-	-	15,79
GRANULOMA PIOGENICO	2	2M/0F	56-89	72,5	2	-	-	10,52
FIBROMA TRAUMATICO	2	2M/0F	36-71	53,5	-	1	1	10,52
NEUROMA DE AMPUTAÇÃO	1	0M/1F	54	54	1	-	-	5,26
EXOSTOSES	1	0M/1F	24	24	1	-	-	5,26
HIPERCERATOSE	1	1M/0F	65	65	-	1	-	5,26
HIPERPLASIA FIBROEPITELIAL	1	1M/0F	65	65	-	-	1	5,26
HIPERPLASIA EPITELIAL ASSOCIADA AO HPV	1	0M/1F	68	68	-	1	-	5,26
HIPERPLASIA CALCIFICANTE	1	0M/1F	36	36	1	-	-	5,26
PROCESSO INFLAMATORIO	1	0M/1F	30	30	1	-	-	5,26
TOTAL	19	9M/10 F	--	---	12	5	2	100

\*Sexo M/F- Masculino/Feminino

As doenças da polpa e periápice foram representadas quase que exclusivamente pelo cisto radicular com 55 (88,7%) casos, das 62 lesões dessa categoria, seguido das osteomielites com 7 casos (21,3%). Nas lesões de glândulas salivares a principal lesão diagnosticada foi o adenoma pleomórfico com 9 casos (56,6%) das 16 lesões, seguido do diagnóstico de rânula e de cisto de retenção de muco com 3 (18,8%) e 2 (12,5%) casos, respectivamente. Nos cistos não-

odontogênicos, o cisto dermóide foi a lesão de maior prevalência com 6 casos (46,2%) das 13 lesões, seguido do cisto do ducto nasopalatino com 4 (30,8%) casos. Nas neoplasias malignas, o carcinoma de células escamosas foi a principal neoplasia representando 8 (61,5%) dos 13 casos. Nas neoplasias benignas, 4 (66,7%) dos 10 casos eram lipomas. Na categoria de lesões com diagnóstico não especificado ou mal definido configuraram principalmente lesões císticas. (Tabela 4)

**Tabela 4- Prevalência das Doenças da Polpa e Periápice, lesões de Glândula Salivar, Cistos Não-Odontogênicos, Neoplasias Benignas e Lesões Sem Diagnóstico Específico, e dados relativos a sexo e idade.**

	N	Sexo M/F	Idade	Média de idade	%
<b>DOENÇAS DA POLPA E DO PERIAPICE</b>					
CISTO RADICULAR	55	35M/20F	14-73	32,74	88,7
OSTEOMIELITE	7	5M/2F	30-80	62,15	21,3
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>40M/22F</b>	----	----	100
<b>LESÕES DE GLÂNDULA SALIVAR</b>					
ADENOMA PLEOMORFICO	9	4M/5F	30-71	47,33	56,6
RÂNULA	3	1M/2F	1-22	11,33	18,8
CISTO DE RETENÇÃO SALIVAR	2	1M/1F	13-60	36,5	12,5
CARCINOMA ADENÓIDE CISTICO	2	1M/1F	54-79	66,5	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>7M/9F</b>	---	---	100
<b>CISTOS NÃO-ODONTOGÊNICOS</b>					
CISTO DERMÓIDE	6	5M/1F	10-58	36	46,2
CISTO DO DUCTO NASOPALATINO	4	2M/2F	10-42	26,75	30,8
CISTO NASOLABIAL	2	0M/2F	39-50	44,5	15,4
CISTO LINFOEPITELIAL DA MUCOSA ORAL	1	0M/1F	53	53	7,7
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>7M/6F</b>	----	-----	100

<b>NEOPLASIAS MALIGNAS</b>					
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	8	5M/3F	24-86	53,25	61,5
CARCINOMA VERRUCOSO	1	1M/0F	55	55	7,7
NEOPLASIA ESCAMOSA INTRAEPITELIAL C/ LEVE DISPLASIA	1	0M/1F	32	32	7,7
LINFOMA PLASMABLASTICO	1	1M/0F	20	20	7,7
OSTEOSSARCOMA CONDRÓBLÁSTICO	1	0M/1F	25	25	7,7
ADENOCARCINOMA SINOSAL TIPO NÃO-INTESTINAL	1	1M/0F	52	52	7,7
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>8M/5F</b>	-----	-----	
<b>NEOPLASIAS BENIGNAS</b>					
LIPOMA	4	3M/1F	38-46	42,75	66,7
PILOMATRICOMA	1	0M/1F	9	9	16,7
PAPILOMA ESCAMOSO	1	0M/1F	8	8	16,7
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>3M/3F</b>	-----	-----	100
<b>SEM DIAGNOSTICO ESPECIFICO</b>					
CISTOS ODONTOGÊNICOS NÃO ESPECIFICADOS	5	3M/2	11-57	26,6	50,0
LESÃO CÍSTICA	3	0M/3F	25-64	39,66	30,0
LESÃO OSTEOLÍTICA	1	0M/1F	57	57	10,0
TECIDO OSSEO NORMAL	1	0M/1F	43	43	10,0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>3M/7F</b>	----	-----	100

Levando-se em consideração as lesões de maior prevalência no total da amostra de 328 lesões, o cisto radicular foi a patologia mais comumente encontrada representando 16,8% da amostra. Em seguida vieram o cisto dentígero (15,3%), o ameloblastoma (10,7%), o TOC (9,5%) e os odontomas (5,5%), com essas cinco patologias totalizando 47,8% das lesões. (Tabela 5). Na Tabela 6. é listada a distribuição das 5 lesões de maior prevalência de acordo com as faixas etárias.

**Tabela 5. Prevalência das lesões de acordo com a frequência.**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
CISTO RADICULAR	55	16,8
CISTO DENTÍGERO	50	15,3
AMELOBLASTOMA	35	10,7
TUMOR ODONTOGENICO CERATOCISTICO	31	9,5
ODONTOMA	18	5,5
GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES	14	4,4
ADENOMA PLEOMORFICO	9	2,8
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	8	2,5
OSTEOMIELITE	7	2,1
CISTO DERMÓIDE	6	1,9
CISTO OSSEO TRAUMATICO	5	1,5
DISPLASIA FIBROSA	5	1,5
FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL	5	1,5
HIPERPLASIA FIBROSA	5	1,5
CISTOS ODONTOGÊNICOS NÃO ESPECIFICADOS	5	1,5
CISTO DO DUCTO NASOPALATINO	4	1,2
LIPOMA	4	1,2
MIXOMA	3	0,9
CEMENTOBLASTOMA	3	0,9
TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATOIDE	3	0,9
LESÃO CISTICA	3	0,9
RÂNULA	3	0,9
GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES	3	0,9
AMELOBLASTOMA UNICISTICO	2	0,6
ODONTOAMELOBLASTOMA	2	0,6
FIBROMA ODONTOGENICO	2	0,6
CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR	2	0,6
FIBROMA TRAUMATICO	2	0,6
GRANULOMA PIOGENICO	2	0,6
CISTO DE RETENÇÃO SALIVAR	2	0,6
CARCINOMA ADENÓIDE CISTICO	2	0,6
CISTO NASOLABIAL	2	0,6
CERATOAMELOBLASTOMA	1	0,3
TUMOR ODONTOGÊNICO EPITELIAL CALCIFICANTE	1	0,3
TUMOR ODONTOGÊNICO CÍSTICO CALCIFICANTE	1	0,3
OSTEOMA OSTEOIDE	1	0,3



HEMANGIOMA INTRA-OSSEO	1	0,3
FIBROMA DESMOPLÁSICO	1	0,3
CONDROBLASTOMA	1	0,3
LESAO FIBRO-ÓSSEA BENIGNA	1	0,3
FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL AGRESSIVO	1	0,3
NEUROMA DE AMPUTAÇÃO	1	0,3
EXOSTOSE	1	0,3
HPERCERATOSE	1	0,3
HIPERPLASIA FIBROEPITELIAL	1	0,3
HIPERPLASIA EPITELIAL ASSOCIADA AO HPV	1	0,3
HIPERPLASIA CALCIFICANTE	1	0,3
PROCESSO INFLAMATORIO	1	0,3
CARCINOMA VERRUCOSO	1	0,3
NEOPLASIA ESCAMOSA INTRAEPITELIAL COM DISPLASIA LEVE	1	0,3
LINFOMA PLASMABLASTICO	1	0,3
OSTEOSSARCOMA CONDRÓBLÁSTICO	1	0,3
ADENOCARCINOMA SINOSAL TIPO NÃO-INTESTINAL	1	0,3
CISTO LINFOEPITELIAL DA MUCOSA ORAL	1	0,3
LESÃO OSTEOLITICA	1	0,3
TECIDO OSSEO NORMAL	1	0,3
PILOMATRICOMA	1	0,3
PAPILOMA ESCAMOSO	1	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

**Quadro 1. Lesões de maior prevalência nos grupos etários.**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>TIPO DE LESAO</b>
<b>Crianças e Adolescentes (0-18 anos)</b>	CISTO DENTÍGERO; ODONTOMAS TUMOR ODONTOGÊNICO CERATOCÍSTICO; CISTO OSSEO TRAUMÁTICO
<b>Adultos (19-59 anos)</b>	CISTO RADICULAR; CISTO DENTÍGERO AMELOBLASTOMA TUMOR ODONTOGÊNICO CERATOCÍSTICO
<b>Terceira Idade (≥60 anos)</b>	CISTO RADICULAR AMELOBLASTOMA

## DISCUSSÃO

O presente trabalho analisou os prontuários dos pacientes com lesões da região oral e maxilofacial que foram encaminhados para o serviço de Cirurgia Oral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ), em virtude da necessidade, na sua grande maioria, de realização de procedimentos cirúrgicos. O período do estudo compreendeu de 1989 a 2013, totalizando 24 anos. Foram avaliadas as características sócio-demográficas como sexo e a idade dos pacientes acometidos, bem como o sítio de ocorrência das lesões, e identificando a prevalência das patologias por categoria, de acordo com a sua natureza e, individualmente, de acordo com o diagnóstico histopatológico.

Em nossa amostra, 96% das lesões eram benignas, com ligeira predileção pelo sexo masculino, e a média de idade foi na quarta década de vida. Grande parte das lesões encontradas eram intraósseas, localizadas principalmente na mandíbula, e pertencente a categoria de cistos e tumores odontogênicos de desenvolvimento, doenças da polpa e periápice, e lesões intraósseas não odontogênicas, perfazendo 76,6% da amostra. Essa casuística de alterações predominantemente intraósseas é superior a usualmente relatada na literatura, uma vez que os levantamentos são normalmente realizados a partir de registros de pacientes provenientes de faculdades de odontologia, clínicas privadas ou de centros de atendimento odontológicos especializados em diagnóstico oral, que realizam atendimento e tratamentos ambulatoriais. Em função disso, dentre as principais lesões identificadas, estão as lesões hiperplasias inflamatórias de mucosa oral, e os mucoceles, assim como as lesões inflamatórias periapicais como granulomas e cistos radiculares, e os pacientes do sexo feminino são mais comumente afetados <sup>3, 6, 7, 11, 15, 27, 28</sup>.

A categoria dos cistos e tumores odontogênicos, de desenvolvimento, constituiu o grupo de lesões mais comumente encontrado, representando 47,0% da amostra. Os cistos dentígeros foram as afecções mais prevalentes, com 32,7% dos casos da categoria, e 15,3% da amostra. Nas amostras de Daley et al, e de Johnson et al, os cistos dentígeros representaram 24,04% e 22,4%, respectivamente, mas na amostra desses autores foram incluídas também os cistos radiculares de natureza

inflamatória. Os cistos dentígeros foram a principal lesão diagnosticada em crianças e adolescentes, resultado semelhante ao de outros estudos, que relatam o cisto dentígero como sendo umas das principais lesões dos maxilares na 1ª e 2ª década de vida <sup>4, 6, 10, 11</sup>.

Os tumores odontogênicos são lesões patológicas consideradas incomuns, apresentando prevalência de 1,11 a 3,92% de todas as lesões de boca na população <sup>2, 5, 12, 13, 18, 20, 22, 23</sup>. Na nossa amostra os tumores odontogênicos ocorreram mais na mandíbula, com as lesões de maior prevalência, o ameloblastoma e o tumor odontogênico ceratocístico (TOC) afetando mais comumente pacientes adultos, com média de idade na 4ª e 3ª décadas de vida, respectivamente, e de modo semelhante ao relatado na literatura <sup>9, 13, 20</sup>. Quanto ao sexo, os nossos dados mostraram maior acometimento do sexo masculino em comparação ao feminino, resultado também relatado por outros <sup>9,10,13,14,26</sup>, embora haja estudos com predominância feminina <sup>5,18, 20, 23, 24</sup>.

O ameloblastoma, o tumor odontogênico ceratocístico (TOC), e os odontomas, foram os principais tumores odontogênicos diagnosticados. Essas três patologias estiveram entre as cinco lesões de maior prevalência na amostra. Entretanto, na literatura, a distribuição dos tumores odontogênicos parece sofrer alguma influência geográfica, e relatos de países africanos e asiáticos <sup>9, 13, 14, 26</sup> indicam maior prevalência de ameloblastomas, enquanto outros provenientes dos EUA, Canadá, Brasil, e México mostram maior prevalência de odontomas <sup>2, 4, 18, 23</sup>, sendo que o trabalho de Fernandes et al., do Brasil, também tenha apresentado maior prevalência de ameloblastomas em comparação aos odontomas. Em 2005, a Organização Mundial da Saúde publicou nova classificação dos tumores odontogênicos sugerindo a inclusão dos ceratocistos odontogênicos na relação dos tumores odontogênicos, devido a identificação de alterações moleculares associadas a comportamento agressivo. Na nova classificação o ceratocisto recebeu a denominação de tumor odontogênico ceratocístico <sup>1</sup>. Desde então a literatura tem mostrado relatos do aumento do número de tumores odontogênicos nas casuísticas, devido a mudança de categoria do ceratocisto para neoplasia. Com isso, surgiram trabalhos definindo o TOC como sendo a neoplasia odontogênica de maior prevalência <sup>8, 10, 17, 21, 24</sup>. Os odontomas foram identificados como sendo o 3º tumor odontogênico de maior frequência. Na nossa amostra é possível que o menor

número de casos de odontomas, em relação aos ameloblastomas e aos TOC, seja devido ao fato de que muitos odontomas, principalmente do tipo composto, podem ser tratados em ambulatórios, não necessitando de atendimento em centro cirúrgico<sup>19</sup>. Entretanto, na nossa amostra, os odontomas configuraram como a lesão mais comumente encontrada em crianças e adolescentes, de modo semelhante a literatura<sup>18, 19, 20, 23, 24</sup>.

O cisto radicular representou 88,7% das doenças da polpa e periápice, e 16,8% da amostra. No estudo conduzido por Daley et al., o cisto radicular correspondeu a 65,15% das biopsias, enquanto que Johnson et al., em seu levantamento, obtiveram o diagnóstico de cisto radicular em 45,7% de todas as lesões. Outros trabalhos também apontam o cisto radicular como uma das lesões de maior prevalência<sup>3, 6, 7, 15, 27, 28</sup>. As osteomielites seguiram com 21, 3% dos casos na categoria de doenças da polpa e periápice, representando 2,1% das lesões da amostra. Em geral, as osteomielites não configuram dentre as lesões mais comumente encontradas nos estudos epidemiológicos de lesões de boca. Pacientes com esse tipo de doença são mais comumente encaminhados para atendimento nos serviços de cirurgia oral de hospitais. No entanto, é possível que os futuros levantamentos descritos na literatura tenham maior número de lesões de tecido ósseo necrótico, associadas a alterações inflamatórias do osso, em decorrência de casos crescentes de osteonecrose induzida por bifosfonatos<sup>19</sup>.

As lesões intraósseas não- odontogênicas são consideradas incomuns<sup>10, 19</sup>, e esse grupo, na nossa amostra, correspondeu a 10,7 % das lesões. As principais alterações encontradas foram o granuloma central de células gigantes, a displasia fibrosa, o fibroma ossificante, e o cisto ósseo traumático, representando 82,9% das doenças na categoria.

As lesões hiperplásicas ocorreram infreqüentemente, ao contrário do que é normalmente relatado na literatura, com as hiperplasias proliferativas associadas a prótese removíveis e a fatores irritativos, consideradas afecções bucais comuns<sup>3, 6, 7, 15, 27, 28</sup>. No grupo das lesões de glândula salivares houve dois casos de cistos de retenção de muco. Na literatura os mucocelos, principalmente do tipo de extravasamento, são alterações comuns<sup>3, 11, 19, 27, 28</sup>. Tanto as hiperplasias proliferativas de mucosa, quanto os mucocelos usualmente são lesões de

crescimento limitado e prontamente tratadas em ambulatórios. Os lipomas e os cistos dermóides, raramente afetam a cavidade oral, mas foram as lesões de maior frequência nas suas respectivas categorias de neoplasia benigna e de cistos não-odontogênicos. Nessa última categoria, os cistos do ducto nasopalatino são relatados como sendo os cistos não-odontogênicos de maior prevalência <sup>4, 10, 19</sup>, tendo sido diagnosticados 4 casos na nossa amostra. Cistos do ducto nasopalatino comumente exibem dimensões pequenas e são tratadas em ambientes ambulatoriais, não necessitando de encaminhamento para atendimento em centro cirúrgico.

As lesões malignas foram apenas 4% dos casos, sendo identificado principalmente o carcinoma de células escamosas. O pequeno número de casos de carcinomas encontrados, ao contrário de alguns levantamentos epidemiológicos encontrados na literatura <sup>16, 25, 27</sup>, pode ser justificado pelo fato de profissionais de odontologia não tratarem lesões com suspeita de malignidade, executando biópsias incisivas para confirmação diagnóstica, procedimento que usualmente é realizado também em serviços ambulatoriais odontológicos de estomatologia e cirurgia oral.

Nas lesões com diagnóstico não especificado, a maioria foi representada por lesões císticas mostrando que, por vezes, o diagnóstico não é realizado de modo preciso. As justificativas para diagnósticos inconclusivos podem ser devidas a biópsias ou peças cirúrgicas com deficiência de fixação, processamento inadequado do material, espécimes coletados apresentando dimensões reduzidas ou com a sua integridade prejudicada durante remoção cirúrgica, ou mesmo deficiência de informações clínicas e radiográficas encaminhadas aos laboratórios de anatomia patológica. Assim sendo, é fundamental haver estreita comunicação entre as equipes de patologia médica e patologia bucal com os profissionais de cirurgia oral. Isso irá prevenir prejuízos no processo de diagnóstico da condição do paciente, contribuindo para tratamentos bem-sucedidos, assim como para a realização de estudos de prevalência das lesões da região oral e maxilofacial dos pacientes rotineiramente encaminhados para os serviços de cirurgia oral de âmbito hospitalar.

## CONCLUSÃO

Baseado nos dados obtidos no presente estudo, pode-se concluir que no Serviço de Cirurgia Oral do HUCFF/UFRJ, 96% das lesões eram benignas, com ligeira predileção pelo sexo masculino, e média de idade na quarta década de vida. A maioria das lesões encontradas eram cistos e tumores odontogênicos, correspondendo a 47,0% dos casos. O cisto radicular foi a patologia mais comumente encontrada representando 16,8% da amostra, seguido do cisto dentífero (15,3%), do ameloblastoma (10,7%), do tumor odontogênico ceratocístico (9,5%) e dos odontomas (5,5%).

## REFERÊNCIAS

- 1- Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Publishing Group, 2005
- 2- Buchner A., Merrell P. W., and Carpenter W. M. Relative Frequency of Central Odontogenic Tumors: A Study of 1,088 Cases from Northern California and Comparison to Studies from Other Parts of the World *J Oral Maxillofac Surg* v.64, n.9, p.1343-1352, 2006
- 3- Cunha F F A, Silva M B F, Panzarella F K, Junqueira J L C , Oliveira L B. Oral lesions diagnosed in a public oral pathology laboratory RGO - *Rev Gaúcha Odontol.*, v.61, n.4, p. 595-601, 2013
- 4- Daley T D., Wysocki G P. , and Pringle G A. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, v.77, n.3, p.276-80, 1994
- 5- Fernandes A M, Duarte E C B, Pimenta F J G S ,Souza L N , Santos V R, Mesquita R A, Maria A C F. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population *J Oral Pathol Med* v.34, n.10,p. 583–587, 2005
- 6- Fierro-Garibay C, Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L , Gay-Escoda C. Prevalence of biopsied oral lesions in a Department of Oral Surger (2007 - 2009) *J Clin Exp Dent.* v.3, n.2, p.e73-e77, 2011
- 7- Franklin C. D., Jones A. V. A survey of oral and maxillofacial pathology specimens submitted by general dental practitioners over a 30-year period *Br Dent J* v. 200, n.8, p. 447–450, 2006
- 8- Gaitán-Cepeda LA, Quezada-Rivera D, Tenorio-Rocha F, Leyva-Huerta ER. Reclassification of odontogenic keratocyst as tumour. Impact on the odontogenic tumours prevalence. *Oral Dis* v.16, n.2, p.185–187, 2010
- 9- Jing W. , Xuan M., Lin Y. , Wu L., Liu L. , Zheng X., Tang W., Qiao J., Tian W. Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* v. 36, n.1, p. 20–25, 2007
- 10-Johnson N. R. , Savage N. W., Kazoullis S. , Batstone M. D., A prospective epidemiological study for odontogenic and non-odontogenic lesions of the

- maxilla and mandible in Queensland Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol v.115, n.4, p.515-52, 2013
- 11-Jones A.V., Franklin C.D. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period Int J Paediatric Dent v.16, n.1, p. 19–30, 2006
- 12-Jordan R C K , Speight P M. Current concepts of odontogenic tumours MINI-Symposium: oral and maxillofacial Surgery Diagnostic Histopathology, v.15, n.6, p. 305-310, 2009
- 13-Luo H.Y. ,Li T.J. Odontogenic tumors: A study of 1309 cases in a Chinese population Oral Oncology v.45, n.8, p. 706–711, 2009
- 14-Lu Y, Xuan M, Takata T, Wang C, He Z, Zhou Z, Mock D, Nikai H. Odontogenic tumors A demographic study of 759 cases in a Chinese population Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod v.86, n.6, p.707-714, 1998
- 15-Mendez M, Carrard V C, Haas A N, Lauxen I S, Barbachan J J D, Barbachan, Rados P V, Sant’Ana Filho M. A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features Braz Oral Res. v.26, n.3, p.235-24, 2012
- 16-Moreira A R O, Oliveira C D M, R R S, Raimunda R , Lopes F F , Bastos E G . Epidemiological survey of oral and maxillofacial epithelial diseases: a 20-year history RGO - Rev Gaúcha Odontol., v.59, n.1, p.65-70, 2011
- 17-Morgan T A., Burton C C., Quian F. A Retrospective Review of Treatment of the Odontogenic Keratocyst. J Oral Maxillofac Surg v.63, n.5, p.635-639, 2005
- 18-Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C , Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Rufz- Godoy R L M , Meneses-García A. Odontogenic tumors in Mexico A collaborative retrospective study of 349 cases Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod v.84, n.6, p.672-675, 1997
- 19-Neville B W, Damm D D, Allen C M, Bouquout J E. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ª Edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009
- 20-Osterne R L V, Brito R G M, Alves A P N N, Cavalcante R B , Sousa F B. Odontogenic tumors: a 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod v.111, n.4, p.474-481, 2011



- 21-Ramos G O, Porto J C , Vieira D S C , Siqueira F M , Rivero E R C. Odontogenic tumors: a 14-year retrospective study in Santa Catarina, Brazil *Braz Oral Res.*, v.28, n.1,p.1-6, 2014
- 22-Reichart P A., Philipsen H P. , Sciubba J J. The new classification of Head and Neck Tumours (WHO)—any changes? *Oral Oncol* v.42, n.8, p. 757– 758, 2006
- 23-Santos J. N., Pinto L. P., Figueredo C. R. L. V., Souza L. B. Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. *Pesqui Odontol Bras*, v. 15, n. 4, p. 308-313, 2001.
- 24-Servato J.P.S., Prieto-Oliveira P., de Faria P.R., Loyola A.M., Cardoso S.V.: Odontogenic tumours: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* v. 42, n.2, p. 288– 293, 2013
- 25-Souza S, Alves T , Santos J , Oliveira M . Oral Lesions in Elderly Patients in Referral Centers for Oral Lesions of Bahia *Int Arch Otorhinolaryngol* v.19, n.4, p.279–285, 2015
- 26-Sriram G, Shetty R P. Odontogenic tumors: a study of 250 cases in an Indian teaching hospital *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* v.105, n.6, p.e14-e21, 2008
- 27-Takashima M R, Etges A , Epidemiological survey of biopsy performed in a residency program in bucco maxillofacial surgery *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* v.60, n.3, p. 337-342, 2012
- 28-Vituri C.R., Pepelascov D.E., Loll L.F., Terada R.S.S., Kamei N.C. Prevalence of oral diseases: a 15-year follow up *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* v.61, n.4, p. 587-593, 2013