

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Prevalência Típica e Atípica de Patologias Periapicais Radiolúcidas

Relatório Final de Estágio

Autor: Emanuel Manso Pintado

Orientador: Professor Doutor José Manuel Barbas do Amaral

2019

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, **Emanuel Manso Pintado**, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: “**Prevalência Típica e Atípica de Patologias Periapicais Radiolúcidas**”.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

O Aluno

(Emanuel Manso Pintado)

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Professor Doutor José Manuel Barbas do Amaral

ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, **José Manuel Barbas do Amaral**, com a categoria profissional de Professor Auxiliar Convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, assumi o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado **“Prevalência Típica e Atípica de Patologias Periapicais Radiolúcidas”**, do aluno do mestrado integrado em Medicina Dentária, Emanuel Manso Pintado, e declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio seja presente ao júri para admissão a provas conducentes à obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

Gandra, Maio de 2019.

O Orientador,

(José Manuel Barbas do Amaral)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos meus grandiosos pais, Gilberto e Júlia Pintado, por tudo, desde o apoio, o amor incondicional, o conhecimento, a honestidade, os conselhos, a humildade e todos os sacrifícios que fazem para me fornecerem todas as oportunidades de conseguir sonhar mais alto.

Agradeço ao meu lindo Irmão, Duarte Pintado, pela grande admiração que tem por mim, por aos seus olhos me ver como um ídolo, é a ele que dedico tudo com todo o meu amor e carinho.

Agradeço á minha ex-namorada Filipa Fernandes, por acreditar sempre em mim, pela paciência, pelo amor, por me fazer crescer de forma bonita, por me apoiar e incentivar em todos os meus projetos, ideias e sonhos.

Agradeço a toda a minha Família, por TUDO, por me ensinarem a arte da simplicidade, por cada um deles ter contribuído á sua maneira para que tudo isto, hoje, fosse possível.

Agradeço ao meu binómio, Roberto Moreira, por toda a paciência, compreensão, companheirismo e entreajuda em todas as tarefas.

Agradeço a todos os professores com quem aprendi ao longo deste 5 anos, que realmente me ajudaram e me fizeram crescer profissionalmente.

Por fim, e não menos importante, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor José Barbas Amaral, por ter sido sempre tão disponível para me ajudar desde o começo, pela compreensão e dedicação, paciência e sabedoria.

RESUMO

Introdução: No cotidiano, o médico dentista depara-se com inúmeras lesões periapicais de aspecto radiolúcido, sendo classificadas como lesões periapicais de origem inflamatória ou de origem não inflamatória. Para diagnosticar essas lesões só é possível fazê-lo, essencialmente com base num exame histológico, jamais, podendo consubstanciar o seu diagnóstico em imagens radiológicas.

Objetivos: Este trabalho assumiu como objetivo principal o estudo da prevalência típica e atípica de lesões radiológicas periapicais de aspecto radiolúcido.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed e Google Académico utilizando os seguintes termos: “pathological lesions”; “common histopathological diagnosis”; “pathological records”; “lesões radiolúcidas”; “região periapical”. Posteriormente, foi feita uma recolha de dados descritivos e quantitativos de 25 estudos observacionais, retrospectivos e descritivos que sustentaram a elaboração de um estudo de carácter descritivo, transversal e retrospectivo.

Resultados: Dessa análise resultou uma amostra de 124964 patologias das quais foram excluídas as que não apresentavam uma lesão na região periapical e/ou não tinham uma imagem radiolúcida. Assim, os resultados demonstraram que num total de 14617 amostras, 76,01% são lesões de origem inflamatória e 23,99% lesões de etiologia não inflamatória. Os principais diagnósticos patológicos com alto índice de ocorrência de patologia periapical com imagem radiolúcida são o granuloma periapical com 35,83% das patologias, o cisto radicular com 33,17% e, por último, o ameloblastoma com 4,42%.

Discussão: De acordo com os diversos estudos encontrados e examinados, ponderando os respetivos resultados pode afirmar-se, que as lesões periapicais inflamatórias são as mais prevalentes das lesões periapicais radiolúcidas.

Conclusão: Concluiu-se que as lesões periapicais radiolúcidas de origem inflamatória são típicas enquanto as de origem não inflamatória/ de desenvolvimento são atípicas.

ABSTRACT

Introduction: Dentists frequently encounter numerous radiolucent periapical lesions, which can be classified as of inflammatory or non-inflammatory origin. The classification of these lesions is only possible via a histological examination, as radiological imaging does not reveal any differences between the two types.

Objective: Taking the stated facts into account, the main objective of this study was to examine the typical and atypical prevalence of radiolucent appearance periapical radiological lesions.

Methodology: A bibliographic research was conducted in the PubMed and Google Scholar databases using the following terms: "pathological lesions"; "common histopathological diagnosis"; "pathological records"; "radiolucent lesions"; "periapical region". A data collection of 25 observational studies was subsequently performed for the development of a descriptive, cross-sectional and retrospective analysis.

Results: A sample of 124964 pathologies was gathered, from which we excluded the ones that didn't present a lesion in the periapical region and/or did not have a translucent image. Thus, the results showed that from a total of 14617 samples, 76.01% were lesions of inflammatory origin, while 23.99% were lesions of non-inflammatory origin. The main pathological diagnoses with a high rate of occurrence of periapical pathology with radiolucent imaging are the periapical granuloma with 35.83% of the pathologies, the root cyst with 33.17% and finally the ameloblastoma with 4.42%.

Discussion: According to the various studies examined, it can be stated according to the obtained results, that the inflammatory periapical lesions are the most prevalent from the radiolucent periapical type lesions.

Conclusion: According to the examined data, we can conclude that radiolucent periapical lesions of inflammatory origin are typical while those of non-inflammatory/developmental origin are atypical.

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I – Fundamentação Teórica

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	7
3. METODOLOGIA.....	8
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSSÃO	17
6. CONCLUSÃO.....	23
7. BIBLIOGRAFIA	24

CAPÍTULO II – Relatório das Atividades Práticas das Unidades Curriculares de Estágio

1.INTRODUÇÃO.....	29
1.1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA.....	29
1.2. ESTÁGIO EM CLÍNICA HOSPITALAR	30
1.3. ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA	30
2.CONCLUSÃO.....	32

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Diagnósticos de lesões periapicais que apresentam uma imagem periapical radiolúcida radiográfica	10
Tabela 2. Prevalência de diagnóstico das lesões periapicais de origem inflamatória.....	12
Tabela 3. Prevalência de diagnóstico das lesões periapicais de origem não inflamatória.....	12
Tabela 4. Prevalência dos cistos.....	13
Tabela 5. Prevalência de diagnósticos de tumores malignos não odontogênicos	15

Tabela 6. Prevalência de diagnósticos de tumores benignos não odontogênicos	16
Tabela 7. Prevalência de diagnósticos de tumores benignos odontogênicos ..	16
Tabela 8. Atos Clínicos realizados no Estágio em Clínica Geral Dentária.....	29
Tabela 9. Atos Clínicos realizados no Estágio em Clínica Hospitalar.....	30
Tabela 10. Atos Clínicos realizados no Estágio em Saúde Oral Comunitária no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira.....	31
Tabela 11. Atos Clínicos realizados no Estágio em Saúde Oral Comunitária no Centro Hospitalar do Médio Ave.....	31

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalência dos fibromas.....	14
Gráfico 2. Prevalência de granulomas	14
Gráfico 3. Prevalência de Sarcomas	15

CAPÍTULO I

Fundamentação Teórica

1. INTRODUÇÃO

Através de lesões como cáries, fraturas da dentina e do esmalte, túbulos dentinários expostos na área da coroa ou nas bolsas periodontais, canais laterais, infiltração do material restaurador e da via hematogênica as bactérias conseguem invadir a polpa dentária. À medida que a infecção do canal radicular se desenvolve, a infecção progride apicalmente ao longo do canal radicular até que, os produtos bacterianos ou as próprias bactérias, provocam a agressão e estimulação dos tecidos periapicais através do forâmen periapical.¹

Após a necrose pulpar, há colonização de microorganismos dentro do sistema de canais radiculares com a libertação de toxinas e de mediadores inflamatórios para a região periapical, iniciando uma reação inflamatória nos tecidos perirradiculares que conduzem à activação e proliferação de células epiteliais que formam massas que lentamente ampliam e reabsorvem o osso periapical e podendo ser visualizadas radiograficamente.²

A actividade proliferativa subsequente dessas massas está influenciada pela libertação de mediadores inflamatórios pelo hospedeiro (interleucinas 1,6; prostaglandinas, fatores de crescimento epidérmico), levando à formação das lesões periapicais.² A importância destas reside, não somente, na sintomatologia, mas principalmente, na possibilidade destas lesões atuarem como foco de infecção, com a possibilidade de disseminação para os seios nasais e outras áreas da cabeça e pescoço.³

A presença de células epiteliais (restos celulares epiteliais de Malassez) na membrana periodontal parece desempenhar um importante papel na evolução das lesões periapicais. Entretanto, não se conhece o comportamento exato de tais células diante de um processo inflamatório, ou após o tratamento endodôntico.⁴

Os restos celulares de Malassez são células epiteliais remanescentes da bainha de Hertwig e podem ser encontrados, em condições normais, em toda a membrana periodontal. Quando um processo patológico de natureza inflamatória atinge o terço apical da polpa dentária, pode comprometer o ligamento periodontal, iniciando-se o quadro da lesão periapical.⁴

Segundo Ullivan et al.⁵, as lesões periapicais apresentam-se, maioritariamente, radiolúcidas ao exame radiográfico.

Estas lesões patológicas são, frequentemente, encontradas no tratamento dentário de rotina e um teste de vitalidade pulpar, geralmente, auxilia a definir o tratamento adequado para este tipo de lesões.⁵

Caso a polpa responda normalmente ao teste de vitalidade, uma biopsia com recolha de tecido para avaliação histológica será o indicado. Quando se suspeita de etiologia inflamatória secundária há perda de vitalidade do dente e o tratamento endodôntico convencional é normalmente a primeira linha de intervenção indicado neste tipo de lesão. Caso a lesão persista, apesar do tratamento endodôntico adequado e de eventual retratamento, recomenda-se geralmente a realização de uma biopsia, para avaliação histológica.⁵

Embora, na análise histológica, a maioria destas lesões apicais se classifique como granulomas periapicais que são compostos de anexos de tecidos moles, resultantes de mecanismos de defesa, formando uma barreira para combater um fator irritante ou cistos periapicais que representam formas evolutivas dos granulomas, que de certo modo, também tentam limitar a área de agressão. Estes podem ter um conteúdo semissólido ou líquido quando as células localizadas centralmente na massa epitelial perdem o seu fornecimento de sangue, sofrem necrose liquefactiva e são revestidas por epitélio escamoso estratificado não queratinizado.⁵

Esses resultados sugerem que muitos tipos de reações imunológicas podem, potencialmente, participar durante o processo de formação das lesões periapicais.⁴

Seja qual for a natureza da causa desencadeante, inicialmente, a reação inflamatória é sempre caracterizada por fenómenos exsudativos vasculares, isto é, vasodilatação e congestão vascular, seguida pela exsudação plasmática e diapedese de leucócitos polimorfonucleares e mononucleares⁵⁴.

Ao exame radiográfico o granuloma aparece com uma imagem radiolúcida, muitas vezes idêntica ao cisto periapical. Embora uma radiolucência difusa seja geralmente considerada como sugestiva de

granuloma, foi demonstrado por diversos autores, ser impossível diagnosticar essas lesões somente pelo exame radiográfico.⁴

Em casos mais raros, não estando relacionados com a inflamação pulpar e podendo igualmente apresentar um aspecto radiolúcido em exames imagiológicos, numa zona periapical, as lesões neoplásicas suscitam grandes preocupações clínicas, tornando indispensável o diagnóstico definitivo através de avaliação histológica, pois o subdiagnóstico pode causar morbidade e mesmo mortalidade consideráveis, quando não tratadas.⁶

As lesões neoplásicas têm um certo grau de autonomia uma vez que tal crescimento continua após o término dos estímulos que causam a alteração, manifestando-se, entre outros, como cistos odontogénicos que são lesões relativamente comuns na prática odontológica, como tumores odontogénicos que, pelo contrário, já são lesões mais raras.^{6,7}

Uma neoplasia é classificada como benigna quando apresenta geralmente um comportamento indolente, macroscopicamente e microscopicamente incluem características como crescimento lento e localizado, bem delimitado e baixas taxas de recorrências quando devidamente tratado. Histologicamente, assemelha-se ao tecido de origem, ocorrendo aumento anormal dos tecidos, com crescimento descontrolado, excedendo o tecido normal.^{6,8}

Um tumor tem um crescimento lento, é persistente, localmente agressivo e, portanto, destrutivo. Tem o potencial de, não só, destruir amplamente o osso, mas também tem a capacidade de se disseminar para os tecidos moles circundantes.⁸

Lesões orais pré-malignas, muitas vezes, não apresentam sinais visualmente detectáveis ou sintomas. No entanto, à medida que progredem para malignas surgem características clínicas tais como disfagia, perda de peso, dor, perda de sensação e fixação de tecidos mais profundos.⁶

As neoplasias malignas demonstram uma gama de comportamentos agressivos, que são difíceis de prever e suscitam maior preocupação. Presumivelmente, estes casos são relativamente raros e a documentação é

desproporcional por causa dos diagnósticos perdidos. Uma vasta gama de tumores malignos primários ou metastáticos têm sido relatados e documentados radiologicamente, incluindo osteossarcoma, linfoma e tumores de células plasmáticas. No entanto, as neoplasias mais comuns relatadas dizem respeito a formas atípicas de carcinomas.⁹

As características clínico-radiográficas são inadequadas para diagnosticar essas lesões requerendo essencialmente um exame histológico.¹⁰

É necessário salientar o que é normal, bem como, as suas variações, para reconhecer alguma patologia. A radiografia é uma projecção bidimensional, originada pela sobreposição de estruturas tridimensionais, alteradas nas suas formas e dimensões. Tais factores devem ser do conhecimento prévio aquando da interpretação de imagens. Efetivamente, alterações patológicas aparecerão juntamente com as imagens de anatomia normal, o que pode causar confusão na interpretação.¹⁰

A apresentação mais comum é a sobreposição do forâmen mentoniano e, em seguida, o envolvimento das glândulas salivares submandibulares.¹¹

Radiograficamente sobreposições anatómicas, são uma preocupação óbvia, mas não deve constituir um problema de diagnóstico.¹¹

Os maiores erros ou as situações clínicas mais difíceis de serem interpretadas estão ligados a um processo de reparação óssea que evolui para uma cicatriz apical, que pode estar presente entre as lesões patológicas diagnosticadas radiograficamente. Neste caso em particular, a reparação ocorre com maior presença de fibras, originando uma imagem mais radiolúcida que o tecido normal, podendo sugerir radiograficamente uma lesão.^{10,11}

Como resultado, o tecido periapical é muitas vezes enviado para análise histológica apenas se houver dúvidas sobre o diagnóstico clínico. Não é conhecida a frequência de triagem clínica, para decidir se o envio da biopsia se justifica e até que ponto isso tem um impacto sobre o diagnóstico preciso.⁹

A exigência de um exame histológico dos tecidos periapicais em consultas não hospitalares têm sido alvo de pouca discussão, e vários autores

só recomendam que as lesões periapicais que não respondam à terapêutica conservadora endodôntica devem ser submetidas a avaliação histológica.⁹

Os procedimentos clínicos não podem ter como base principal as interpretações de imagens radiográficas como exercício de diagnóstico. Tal situação carece de uma melhor reflexão devido à importância do diagnóstico e a ação clínica a ser instituída. Neste contexto, é geralmente aceite que as radiografias convencionais e qualquer diagnóstico de imagiologia são complementares ao exame clínico, pois diferentes processos de reparação podem refletir-se em falsas interpretações, levando a prognósticos imprecisos.¹⁰

Atualmente a compreensão das lesões orais através de registos de biopsia, é bastante importante para os médicos dentistas, pois fornece informações mais precisas sobre o diagnóstico e, eventualmente, sobre o seu prognóstico e tratamento.¹²

2. OBJETIVOS

Durante a atividade clínica diária, o médico dentista depara-se com inúmeras situações que envolvem lesões periapicais de aspeto radiolúcido, envolvendo um quadro clínico sintomático para o qual o profissional de saúde é solicitado a tratar, outras são descobertas ao realizar exames imagiológicos de rotina, sendo necessário realizar o seu diagnóstico para ponderar a possibilidade de tratamento.

Tendo em conta este facto, o objectivo do presente estudo é avaliar e caracterizar a prevalência de lesões radiológicas periapicais de aspecto radiolúcido. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, que tem como objetivos gerais: proporcionar uma visão geral sobre este tipo de patologia, bem como, as principais linhas de investigação científica sobre o tema e, em particular, determinar a prevalência deste tipo de lesões numa amostra da população que recorre aos cuidados de saúde oral prestados no Chile, Portugal, Espanha, Brasil, Nigéria, Quénia, Africa do Sul, India, Turquia e China.

3. METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica de publicações científicas com recurso a motores de pesquisa como *PubMed* e *Google Académico*, com as seguintes palavras-chaves e suas combinações: “pathological lesions”; “common histopathological diagnosis”; “pathological records”; “lesões radiolúcidas”; “região periapical”. Paralelamente, também foi utilizado um trabalho publicado nos Arquivos de Medicina da Universidade do Porto que na altura não estava indexado no PubMed ou em outro motor de pesquisa.

Na metodologia de pesquisa foram considerados artigos publicados entre os anos de 2008 e 2018, sendo selecionados artigos em inglês, espanhol e português, incluindo apenas um artigo de 1998 e um outro de 1999 devido ao seu conteúdo revelante para a compreensão da etiologia bacteriana e de dados estatísticos relativos a lesões periapicais.

Foram pesquisadas 1761 publicações científicas avaliados os dados descritivos e quantitativos, e foram selecionadas um total de 25 publicações científicas. Os dados extraídos de cada um dos artigos selecionados para a realização deste estudo de carácter descritivo, transversal e retrospectivo, foram previamente analisados e agrupados para a construção de tabelas com dados reportando a registos patológicos, recolhidos entre 1970 e 2017. Avaliaram-se um total de 124551 casos de lesões radiolúcidas e procedemos à análise dos dados.

Para cada artigo, foi extraída a seguinte informação: ano do artigo, país onde foi desenvolvido o estudo, dimensão da amostra, diagnóstico de patologia, sexo, idade e as técnicas empregadas para o estudo histológico.

Toda a informação recolhida foi organizada numa base de dados no programa Microsoft Office Excel 2010®.

Realizou-se uma análise estatística descritiva, que teve como objetivo organizar os dados recolhidos e apresentá-los na forma de tabelas, gráficos, diagramas ou medidas numéricas, por forma a que pudessem ser comparados.

Devido à grande variabilidade de informação existente acerca deste tema, tornou-se necessário utilizar critérios de inclusão e exclusão na pesquisa.

Os critérios de inclusão considerados foram:

- Artigos publicados no período de tempo de 2008-2018;
- Artigos escritos em inglês, português e espanhol;
- Artigos com o texto completo;
- Artigos nos quais estão descritos estudos realizados pelos próprios autores;
- Artigos que abordassem estudos quantitativos de lesões periapicais;
- Artigos que abordassem as lesões patológicas radiolúcidas;
- Livros escritos em português, inglês e espanhol;
- Livros que abordassem o tema da patologia periapical radiolúcida.

Os critérios de exclusão elencados foram:

- Artigos com acesso restrito;
- Artigos não gratuitos;
- Artigos duplicados;
- Artigos publicados em anos anteriores ao ano de 2008;
- Artigos referentes a tratamento de patologia endodôntica;
- Artigos que, face ao resumo ou título, não demonstraram relevância para este trabalho.

4. RESULTADOS

Das 124964 amostras periapicais submetidas a biopsia e registradas entre 1970 e 2017, 110347 foram excluídas devido a não apresentarem patologia na região periapical e/ou não se acompanharem de uma imagem radiolúcida referente no exame radiológico, restando 14617 amostras de lesões periapicais de imagem radiolúcida. Destas 11111 (76,01%) constituíam lesões de origem inflamatória e 2467 (23,99%) reportavam a lesões de etiologia não inflamatória.

Os primeiros três diagnósticos histopatológicos com maior prevalência de ocorrência da patologia periapical com imagem radiolúcida foram o granuloma periapical com 5237 casos (35,83%), o cisto radicular com 4848 casos (33,17%) e, por último, o ameloblastoma com 646 casos (4,42%) (Tabela 1).

Lesões Periapicais Radiolúcidas	Número de lesões	Porcentagem
Cisto (Indiferenciado)	1020	6,98%
Cisto Radicular	4848	33,17%
Cisto Periodontal Lateral	11	0,08%
Cisto Odontogénico Calcificante	32	0,22%
Cisto Odontogénico Ortoqueratinizado	1	0,01%
Cisto Odontogénico Glandular	4	0,03%
Cisto do Ducto Nasopalatino	19	0,13%
Queratocisto Odontogénico	425	2,91%
Cisto Canal Incisivo	4	0,03%
Cisto Ósseo aneurismático	6	0,04%
Cisto Dentígero	545	3,73%
Granuloma Periapical	5237	35,83%
Granuloma de Células Gigantes Central	114	0,78%
Tecido Cicatricial Fibroso Periapical	26	0,18%
Osteomielite	10	0,07%
Osteoradionecrose	57	0,39%
Abcesso Periapical (Crónico)	178	1,22%
Fibroma Ossificante Juvenil	4	0,03%
Fibroma Ossificante Central	17	0,12%
Fibroma Cimento Ossificante	63	0,43%
Fibroma Odontogénico Periférico	53	0,36%
Fibroma Desmoplásico	1	0,01%
Neurofibroma	6	0,04%
Displasia Cimento-Óssea	65	0,44%
Displasia Fibrosa	29	0,20%

Hemangioma	278	1,90%
Linfangioma	52	0,36%
Osteblastoma	21	0,14%
Tumor Fibromixóide Ossificante	48	0,33%
Reabsorção Radicular Interna	4	0,03%
Doença de Paget	2	0,01%
Fibroma Ameloblástico	122	0,83%
Sarcoma Osteogénico	15	0,10%
Sarcoma de Ewing	1	0,01%
Angiossarcoma	1	0,01%
Fibrossarcoma	4	0,03%
Mieloma Múltiplo	1	0,01%
Plasmocitoma	13	0,09%
Carcinoma mucoepidermóide	61	0,42%
Linfoma	32	0,22%
Tumor Epitelial Odontogénico Calcificante	9	0,06%
Ameloblastoma	646	4,42%
Odontoma	360	2,46%
Fibro-Odontoma	5	0,03%
Tumor Adenomatóide Odontogénico	17	0,12%
Cementoblastoma	19	0,13%
Mixoma Odontogénico	102	0,70%
Tumor Cístico Odontogénico Calcificante	8	0,05%
Dentinogénese Imperfeita	2	0,01%
Adenocarcinoma	19	0,13%
Total	14617	100,00%

Tabela 1. Diagnósticos de lesões periapicais que apresentam uma imagem periapical radiolúcida radiográfica

Examinando os diagnósticos histológicos e em relação à prevalência das lesões de origem inflamatória, encontramos mais comumente o granuloma periapical com 5237 casos (47,13%), em seguida, o cisto radicular com 4848 casos (43,63%), o abscesso periapical (crónico) com 178 casos (1,60%), a displasia cemento-óssea com 65 casos (0,59%), o tecido cicatricial fibroso periapical com 26 casos (0,23%), a osteomielite com 10 casos (0,09%) e 747 amostras (6,73%) eram lesões periapicais não associadas a doença pulpar (Tabela 2).

Lesão Periapical de Origem Inflamatória	Número de lesões	Porcentagem
Cisto Radicular	4848	43,63%
Granuloma Periapical	5237	47,13%
Granuloma de Células Gigantes Central	114	1,03%
Tecido Cicatricial Fibroso Periapical	26	0,23%
Osteomielite	10	0,09%
Osteoradionecrose	57	0,51%
Abcesso Periapical (Crônico)	178	1,60%
Fibroma Ossificante Juvenil	4	0,04%
Fibroma Ossificante Central	17	0,15%
Fibroma Cimento Ossificante	63	0,57%
Fibroma Odontogénico Periférico	53	0,48%
Fibroma Desmoplásico	1	0,01%
Neurofibroma	6	0,05%
Displasia Cimento-Óssea	65	0,59%
Displasia Fibrosa	29	0,26%
Hemangioma	278	2,50%
Linfangioma	52	0,47%
Osteoblastoma	21	0,19%
Tumor Fibromixóide Ossificante	48	0,43%
Reabsorção Radicular Interna	4	0,04%
Total	11111	100,00%

Tabela 2. Prevalência de diagnóstico das lesões periapicais de origem inflamatória

Entre a prevalência de lesões periapicais de etiologia não inflamatória, encontra-se, mais comumente, o ameloblastoma com 646 casos (26,19%), de seguida o cisto dentígero com 545 casos (22,09%), o queratocisto odontogénico (QCO) com 425 casos (17,23%) e o odontoma com 360 casos (14,59%), entre outras patologias com prevalência menos significativa, em relação às referidas anteriormente (**Tabela 3**).

Lesão Periapical de Origem Não Inflamatória (Desenvolvimento)	Número de lesões	Porcentagem
Cisto Periodontal Lateral	11	0,45%
Cisto Odontogénico Calcificante	32	1,30%
Cisto Odontogénico Ortoqueratinizado	1	0,04%
Cisto Odontogénico glandular	4	0,16%
Cisto do Ducto Nasopalatino	19	0,77%
Queratocisto Odontogénico	425	17,23%
Cisto Canal Incisivo	4	0,16%
Cisto Ósseo aneurismático	6	0,24%

Cisto Dentífero	545	22,09%
Doença de Paget	2	0,08%
Fibroma Ameloblástico	122	4,95%
Sarcoma Osteogénico	15	0,61%
Sarcoma de Ewing	1	0,04%
Angiossarcoma	1	0,04%
Fibrossarcoma	4	0,16%
Mieloma Múltiplo	1	0,04%
Plasmocitoma	13	0,53%
Carcinoma mucoepidermóide	61	2,47%
Linfoma	32	1,30%
Tumor Epitelial Odontogénico Calcificante	9	0,36%
Ameloblastoma	646	26,19%
Odontoma	360	14,59%
Fibro-Odontoma	5	0,20%
Tumor Adenomatóide Odontogénico	17	0,69%
Cementoblastoma	19	0,77%
Mixoma Odontogénico	102	4,13%
Tumor Cístico Odontogénico Calcificante	8	0,32%
Dentinogénese Imperfeita	2	0,08%
Total	2467	100,00%

Tabela 3. Prevalência de diagnóstico das lesões periapicais de origem não inflamatória

Entre os diagnósticos histopatológicos dos cistos num total de 5895 casos, a prevalência mais significativa foi o cisto radicular com 4848 casos (82,24%), em seguida, o cisto dentífero com 545 casos (9,25%) e o QCO com 425 casos (7,21%) (**Tabela 4**).

Cistos	Número de lesões	Percentagem
Cisto Radicular	4848	82,24%
Cisto Periodontal Lateral	11	0,19%
Cisto Odontogénico Calcificante	32	0,54%
Cisto Odontogénico Ortoqueratinizado	1	0,02%
Cisto Odontogénico Glandular	4	0,07%
Cisto do Ducto Nasopalatino	19	0,32%
Queratocisto Odontogénico	425	7,21%
Cisto Canal Incisivo	4	0,07%
Cisto Ósseo Aneurismático	6	0,10%
Cisto Dentífero	545	9,25%
Total	5895	100,00%

Tabela 4. Prevalência dos cistos

Entre os diagnósticos histopatológicos dos fibromas odontogênicos, num total de 266 casos, a prevalência mais significativa foi o fibroma ameloblástico com 122 casos (45,86%), em seguida, o fibroma cemento ossificante com 63 casos (23,68%) e o fibroma odontogênico periférico com 53 casos (19,92%) (**Gráfico 1**).

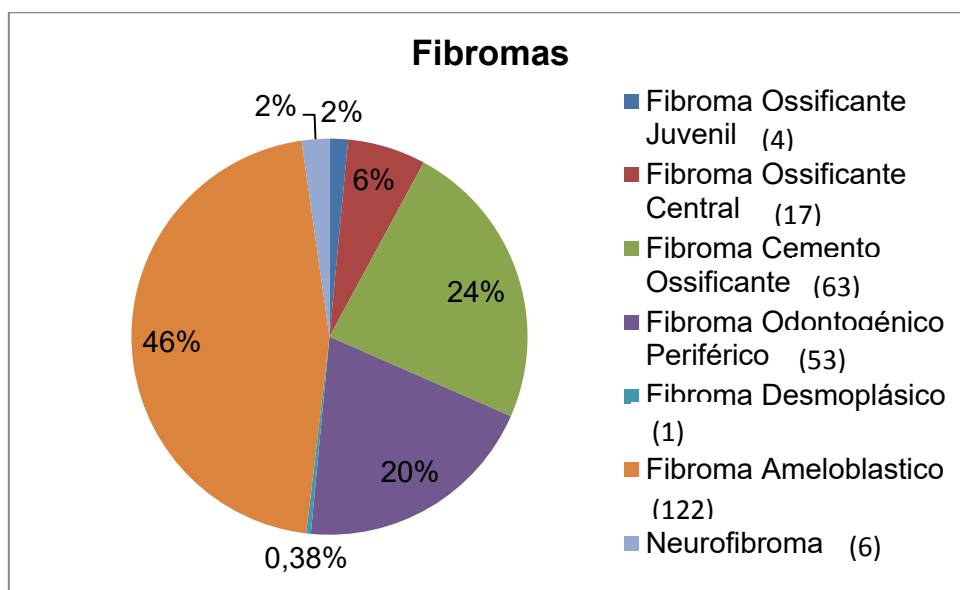


Gráfico 1. Prevalência dos fibromas

Entre os diagnósticos histopatológicos dos granulomas, num total de 5351 casos, com prevalência mais significativa encontra-se o granuloma periapical com 5237 casos (97,87%) e o granuloma de células gigantes central com 114 casos (2,13%) (**Gráfico 2**).

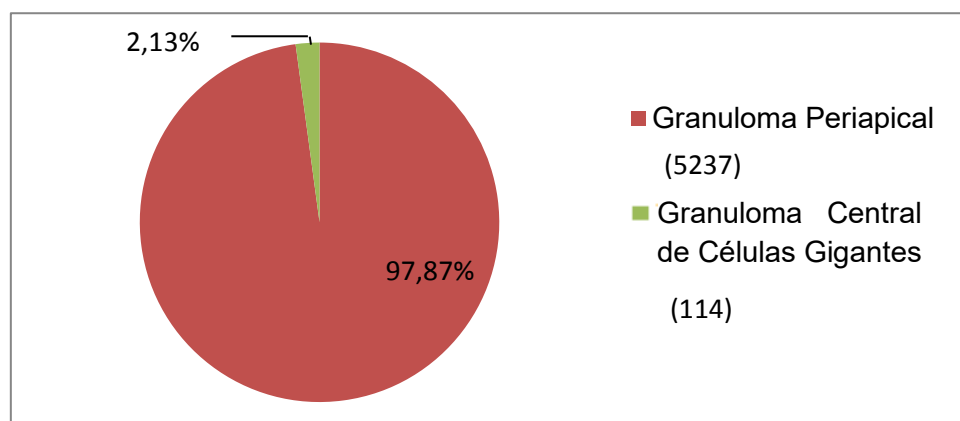


Gráfico 2. Prevalência de granulomas

Entre os diagnósticos histopatológicos dos sarcomas, num total de 69 casos, a prevalência mais significativa foi a variante fibromixóide ossificante do sarcoma com 48 casos (69,57%) e o sarcoma osteogénico com 15 casos (21,74%) (**Gráfico 3**).

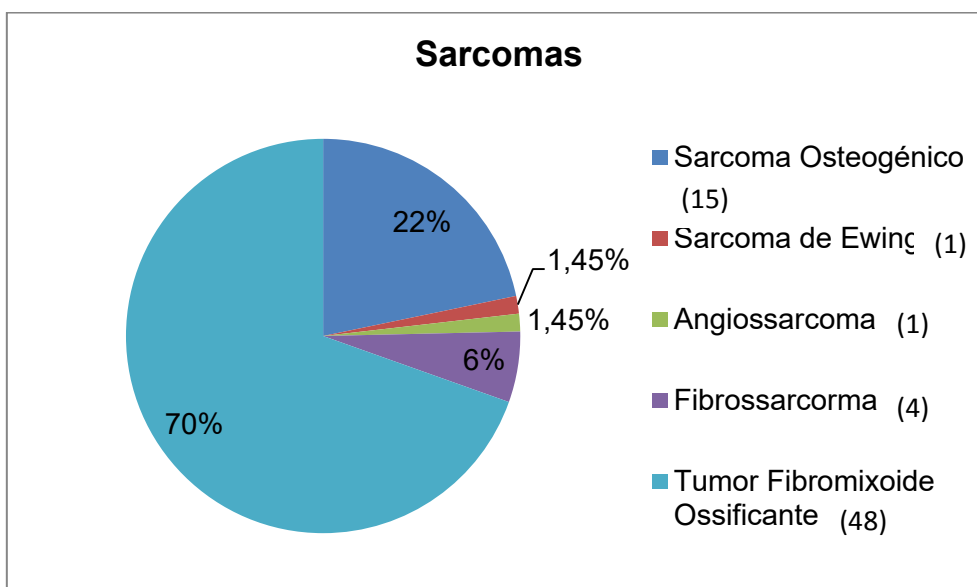


Gráfico 3. Prevalência de Sarcomas

Entre os diagnósticos histopatológicos dos tumores malignos não odontogénicos com 195 casos, a prevalência mais significativa está associada ao carcinoma mucoepidermóide com 61 casos (31,28%), em seguida, surgem a variante fibromixóide ossificante do sarcoma com 48 casos (24,62%) e o linfoma com 32 casos (16,41%) (**Tabela 5**).

Tumor Maligno Não Odontogénico	Número de lesões	Porcentagem
Sarcoma Osteogénico	15	7,69%
Sarcoma de Ewing	1	0,51%
Plasmocitoma	13	6,67%
Mieloma Múltiplo	1	0,51%
Carcinoma mucoepidermóide	61	31,28%
Linfoma	32	16,41%
Adenocarcinoma	19	9,74%
Angiossarcoma	1	0,51%
Fibrossarcorma	4	2,05%
Tumor Fibromixóide Ossificante	48	24,62%
Total	195	100,00%

Tabela 5. Prevalência de diagnósticos de tumores malignos não odontogénicos

Entre os diagnósticos histopatológicos dos tumores benignos não odontogênicos com 688 casos, a prevalência mais significativa foi o hemangioma com 278 casos (40,41%), de seguida, o granuloma de células gigantes central com 114 casos (16,57%) e a displasia cemento-óssea com 65 casos (9,45%) (**Tabela 6**).

Tumor Benigno Não Odontogénico	Número de lesões	Percentagem
Granuloma de Células Gigantes Central	114	16,57%
Fibroma Ossificante Juvenil	4	0,58%
Fibroma Ossificante Central	17	2,47%
Tumor Fibromixóide Ossificante	48	6,98%
Fibroma Odontogénico Periférico	53	7,70%
Fibroma Desmoplásico	1	0,15%
Neurofibroma	6	0,87%
Displasia Cemento-Óssea	65	9,45%
Displasia Fibrosa	29	4,22%
Hemangioma	278	40,41%
Linfangioma	52	7,56%
Osteoblastoma	21	3,05%
Total	688	100,00%

Tabela 6. Prevalência de diagnósticos de tumores benignos não odontogénicos

Por último, entre os diagnósticos histopatológicos dos tumores benignos odontogênicos com 425 casos, a prevalência mais significativa considera o ameloblastoma com 646 casos (36,37%), o queratocisto odontogénico com 425 casos (23,93%) e o odontoma com 360 casos (20,27%) (**Tabela 7**).

Tumor Benigno Odontogénico	Número de lesões	Percentagem
Fibroma Ameloblástico	122	6,87%
Mixoma Odontogénico	102	5,74%
Tumor Epitelial Odontogénico Calcificante	9	0,51%
Ameloblastoma	646	36,37%
Odontoma	360	20,27%
Fibro-Odontoma	5	0,28%
Tumor Adenomatóide Odontogénico	17	0,96%
Cementoblastoma	19	1,07%
Fibroma Cemento Ossificante	63	3,55%
Tumor Cístico Odontogénico Calcificante	8	0,45%
Queratocisto Odontogénico	425	23,93%
Total	1776	100,00%

Tabela 7. Prevalência de diagnósticos de tumores benignos odontogénicos

5. DISCUSSÃO

As lesões periapicais com aspeto radiolúcido englobam uma grande variedade de patologias, cuja identificação é realizada somente por análise histológica¹⁰. Desta forma, as publicações científicas apresentadas fornecem informações epidemiológicas relativas a cada lesão citada ao longo deste estudo.

Numa primeira abordagem à caracterização da amostra é de salientar que esta é constituída por 124964 patologias submetidas a biopsia, registadas entre 1970 e 2017 e tendo como meio de coloração principal, a hematoxilina-eosina.

No presente estudo foram excluídas 110347 patologias devido a não apresentarem lesão na região periapical e/ou não se representarem por uma imagem radiolúcida ao exame radiográfico. Com relevância face ao objecto do trabalho, foi constituída assim, uma amostra de 14617 lesões periapicais de imagem radiolúcida.

A fim de contextualizar a patologia periapical, considera-se que esta se subdivide em dois grandes grupos de lesões: as lesões de etiologia inflamatória, resultantes da necrose pulpar e as lesões de origem não inflamatórias ou de desenvolvimento⁵. Neste estudo, das 14617 patologias periapicais de imagem radiolúcida, encontraram-se 11111 (76,01%) lesões de origem inflamatória e 2467 (23,99%) lesões de etiologia não inflamatória, confirmando, tal como Barros et al.¹³ que há uma grande prevalência de lesões de origem inflamatória comparativamente às lesões não inflamatórias como se demonstrou na maioria dos estudos analisados.

Constatou-se, no presente estudo, que os principais diagnósticos com alto índice de ocorrência de patologia periapical com imagem radiolúcida são o granuloma periapical com 35,83% dos casos, o cisto radicular com 33,17% e, por último o ameloblastoma com 4,42%. Segundo Kashyap et al.¹⁴, a lesão mais comum das patologias periapicais radiolúcidas é o granuloma periapical

com 42% e o local anatômico com maior prevalência é a mandíbula anterior com 69,05% dos casos.

Em relação à prevalência do grupo de lesões de origem inflamatória, reportam-se, mais comumente, através dos diagnósticos histopatológicos, o granuloma periapical com 47,13%, em seguida, o cisto radicular com 43,63%, o abscesso periapical (crônico) com 1,60%, a displasia cemento-óssea com 0,59%, o tecido cicatricial fibroso periapical com 0,23%, a osteomielite com 0,09% e, ainda, 6,73% de casos correspondentes a lesões periapicais não associadas a doença pulpar.

De acordo com o estudo de Lei et al.¹⁵ as doenças inflamatórias periapicais constituem 31,5% das biopsias da cavidade oral, em contrapartida, Bacaltchuck et al.¹⁶ reportaram 22% das biopsias, com uma prevalência de lesões de origem inflamatória com a seguinte incidência: cistos 55,5%, abscesso 42% e o granuloma 2,5%. Já Akinyamoju et al.² concluíram, que o granuloma periapical estava presente com 68,3%, o cisto periapical com 29,8% e o tecido cicatricial em 1,9% dos casos.

Entre a prevalência de lesões periapicais de etiologia não inflamatória, registam-se, mais comumente, o ameloblastoma com 26,19%, de seguida o cisto dentífero com casos 22,09%, o queratocisto odontogénico (QCO) com 17,23% e o odontoma com 14,59%.

O presente estudo releva que dos 5895 casos de diagnósticos histopatológicos de cistos encontrados, tanto inflamatórios como de desenvolvimento, tem prevalência mais significativa o cisto radicular com 82,24%, seguido do cisto dentífero com 9,25% e o QCO com 7,21%.

Tekkeşin Soluk et al.¹⁷ afirmaram que o cisto odontogénico mais comum é o cisto radicular com 62,1%, encontrado em igual percentagem entre os sexos feminino e masculino, bem como, o local anatômico mais comum afetado é o maxilar anterior, seguindo-se o cisto dentífero com 21,5%, com incidência mais frequente na região posterior mandibular e o queratocisto com 10,73%.

Monteiro et al.¹⁸ no seu estudo demonstraram que o tipo mais frequente de cistos foi o cisto radicular com 48,4%, seguido por cistos dentígeros 21,0% e ceratocistos 12,1%.

Segundo Silva et al.⁶, os cistos odontogénicos representavam 76,5%, sendo mais frequentes no sexo feminino (51,7%) do que no sexo masculino (48,3%), embora a diferença não fosse estatisticamente significativa.

Concluiu-se, também, que os cistos odontogénicos inflamatórios são mais prevalentes (68,1%) do que os cistos odontogénicos de desenvolvimento (31,9%) e que a maioria dos casos diagnosticados correspondia a cistos radiculares (56,6%) e ao queratocisto com 14,7%, sendo a mandíbula o local anatómico mais afetado com 57% de todos os cistos.

Em contrapartida, no estudo de Lei et al.¹⁵, a prevalência dos cistos odontogénicos surge no sexo feminino, sendo o cisto radicular o mais frequente com 75% das lesões e, dentro deste grupo, com maior prevalência na maxila 64,7%. Este é secundado pelo cisto dentígero que reporta a 13,1% dos casos, com a prevalência para o sexo masculino e, em terceiro, surge o queratocisto.

Analisando 266 diagnósticos histopatológicos dos fibromas odontogénicos encontrados, a prevalência mais significativa vai para o fibroma ameloblástico com 45,86%, em seguida, o fibroma cemento ossificante com 23,68% e o fibroma odontogénico periférico com 19,92%.

O estudo de Awange et al.¹⁹ demonstrou que o granuloma central de células gigantes tinha prevalência de 1,8%, dados que vão de encontro ao presente estudo quando se examinam os 5351 casos de diagnósticos histopatológicos dos granulomas encontrados, e a prevalência mais significativa foi o granuloma periapical com 97,87% e, como menor representatividade, o granuloma de células gigantes central com 2,13%.

Observando os diagnósticos histopatológicos dos sarcomas num total de 69 casos, a prevalência mais significativa foi a variante fibromixóide ossificante do sarcoma com 69,57% e o sarcoma osteogénico com 21,74%.

Em relação aos 195 casos de diagnósticos histopatológicos de tumores malignos não odontogénicos, a prevalência mais significativa constitui o

carcinoma mucoepidermóide com 61 casos (31,28%), em seguida o tumor fibromixóide ossificante com 24,62% e o linfoma com 16,41%.

Segundo o estudo de Lei et al.¹⁵ as lesões malignas não odontogénicas periapicais têm uma prevalência de 16,2% das biopsias da cavidade oral, e dentro destas, o carcinoma mucoepidermóide representava 2,1% e os linfomas 1,93%. Em contrapartida, no estudo de Petters et al.⁹ as neoplasias malignas não odontogénicas representam 12 % das biopsias.

Entre os diagnósticos histopatológicos dos tumores benignos não odontogénicos com 688 casos, a prevalência mais significativa foi o hemangioma com 40,41%, de seguida, o granuloma central de células gigantes com 16,57% e a displasia cemento-óssea com 9,45%.

Barros et al.¹³, no seu estudo, concluíram que as lesões neoplásicas benignas representam 9,4 % de todas as lesões e a mais frequente constitui o fibroma odontogénico com 39,9% e o hemangioma com 6,1%.

Por último, entre 425 casos de tumores benignos odontogénicos, a prevalência mais significativa está associada ao ameloblastoma com 36,37%, em seguida, o queratocisto odontogénico com 23,93% e o odontoma com 20,27%.

Situação semelhante foi encontrada no estudo de Silva et al.¹² que afirmam que os tumores benignos odontogénicos são os mais comuns entre todos os tumores com 93,4% dos casos e afetam predominantemente as mulheres (56%), com local anatómico mais comum, a mandíbula (77,3%), enquanto o ameloblastoma foi o tumor mais frequente com 56%. Já Effiom et al.⁸ no seu estudo demonstraram que o mixoma odontogénico com uma prevalência de 11,2 % dos tumores benignos odontogénicos é o segundo tumor mais prevalente a seguir ao ameloblastoma, este com 58,6%.

Tekkeşin Soluk et al.¹⁷ obtiveram no seu estudo, como patologia odontogénica mais frequente o odontoma com 8,05%.

Lei et al.¹⁵ em relação aos tumores benignos odontogénicos demonstraram no seu estudo que a lesão mais comum é o odontoma com 40% e, em seguida, o ameloblastoma.

No estudo de Silva et al.¹², relataram que 42,5% das biopsias neoplásicas correspondem a tumores benignos odontogénicos e os mais prevalentes foram os fibromas odontogénicos (31,7%) e o ameloblastoma (5,5%).

Consubstanciado em diversos estudos científicos, e comparando os resultados de prevalência de patologias na região da boca mais afetada, os autores concluíram o seguinte: Moraes et al.⁴ que 74,5% têm a probabilidade de ocorrer na maxila e 25,5% na mandíbula; Zuñiga et al.²⁰ que 10,5% surgem na maxila e 9% na mandíbula; Bacaltchuk et al.¹⁶ que se localizam na maxila anterior 32%, na maxila posterior 18,5%, na mandíbula anterior 8,4% e na mandíbula posterior 26,9%; Silva et al.²¹ reportam que a mandíbula é mais afetada que a maxila; Silva et al.¹² que incidem na mandíbula 57% e na maxila 43%; Effiom et al.⁸ encontraram resultados idênticos tanto na maxila como na mandíbula, Sousa et al.²⁴ constataram maior frequência no maxilar superior 66,1% e mandíbula 33,9% e Akinyamoju et al.² assinalam 56,9% na maxila anterior e 18,6% na mandíbula posterior.

Em relação ao sexo mais afectado com patologia a bibliografia reporta uma grande diversidade de dados a referir: Kashyap et al.¹⁴ obtiveram resultados consentâneos com 59% no sexo feminino e 41% no masculino; Silva et al.²¹ referem 59,4% no sexo feminino e 40,6% no sexo masculino; Silva et al.¹² reconsideram 51,7% no sexo feminino e 48,3% no sexo masculino; Awange et al.¹⁹ assinalam 68% no sexo feminino e 32% no sexo masculino; Barros et al.¹³ apontam 65,6% no sexo feminino e 34,4% no sexo masculino; Dutraa et al.²² encontraram 55,8% no sexo feminino e 44,2% no sexo masculino; Effiom et al.⁸ aludem a 66,5% no sexo feminino e 33,5% no sexo masculino; Akinyamoju et al.² documentam 51,9% no sexo feminino e 48,1% no sexo masculino; Monteiro et al.²³ 57,1% sexo masculino e 42,9% sexo feminino, Sousa et al.²⁴ 60,1% no sexo masculino e 39,9% no sexo feminino e,

por último, Moraes et al.⁴ (1984) relataram 61% no sexo feminino e 39% no sexo masculino.

Relativamente ao pico de idade de prevalência das lesões periapicais, Titinchi et al.²⁵, Akinyamoju et al.² e Awange et al.¹⁹ concluíram que coincidia com o intervalo dos 20 aos 29 anos, Kashyap et al.¹⁴ assinalam os 34 anos, Moraes et al.⁴ referem o intervalo dos 10 aos 20 anos de idade e Monteiro et al.²³ no intervalo de idade de 30 aos 39 anos.

Como limitação deste estudo, não foi possível caracterizar a amostra quanto ao género e faixa etária, visto que em alguns dos estudos analisados estes dados não estavam referidos.

6. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que durante a atividade clínica diária, o médico dentista depara-se com inúmeras situações que envolvem lesões periapicais de aspecto radiolúcido, umas envolvendo um quadro clínico sintomático que o profissional de saúde é solicitado a tratar, enquanto outras são descobertas aquando da realização de exames imagiológicos de rotina, sendo necessário realizar o seu diagnóstico para ponderar a possibilidade de tratamento. Assim, pode concluir-se que o conhecimento da prevalência e características básicas destas lesões permitem, aos Médicos Dentistas, uma melhor compreensão do diagnóstico e, conseqüentemente, estabelecer uma terapêutica mais adequada e, por conseguinte, com maior potencial de eficácia.

Para um diagnóstico preciso destas lesões exige-se, essencialmente, um exame histológico e, em nenhuma situação, deve diagnosticar-se uma patologia periapical com base em uma imagem radiográfica.

Ao analisarmos as 14617 patologias de imagem radiolúcida pode afirmar-se que, relativamente à prevalência típica e atípica, a grande maioria das lesões periapicais são de origem inflamatória (76,01%), sendo que, entre as lesões típicas, as mais prevalentes são o granuloma periapical e o cisto radicular.

Os principais diagnósticos patológicos com alto índice de ocorrência da patologia periapical com imagem radiolúcida são o granuloma periapical com 35,83% das patologias, o cisto radicular com 33,17% e, por último, o ameloblastoma com 4,42%.

É importante salientar que as lesões de origem não inflamatórias (23,99%) são menos prevalentes, podendo considerar-se atípicas, no entanto, deve sempre considerar-se o ameloblastoma que demonstrou uma prevalência relevante de 4,42%.

Por fim, com este estudo pretendemos contribuir para o conhecimento mais aprofundado das lesões radiográficas periapicais com imagem radiolúcida, sublinhando que, com grande probabilidade, poderão ser de origem inflamatória.

7. BIBLIOGRAFIA

- 1 - Haasapalo M, Trude U, Endal U. Persistent, recurrent, and acquired infection of the root canal system post-treatment. *Endodontic Topics*. 2003; 6: 29-56.
- 2 – Akinyamoju A, Gbadebo S, Adeyemi B. Periapical Lesions of the Jaws: a Review of 104 cases in Ibadan. *Ann Ib Postgrad Med*. 2014 dez; 12(2): 115-119.
- 3 – Rocha MM, Moreira JL, Menezes DB, Carvalho CB, Cunha MP. Estudo bacteriológico de lesões periapicais. *Rev Odontol Univ São Paulo [online]*. 1998 jul./set.; 12(3): 215-223.
- 4 - Moraes FM. Significados dos aspectos clinicos e histológicos patogênese das lesões periapicais crônica [Dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas; 1984.
- 5 - Ullivan M, Gallagher G, Noonan V. A raiz do problema: Ocorrência de patologias periapicais típicas e atípicas. *JADA*. 2018 mai./jun; 18(3): 35-37.
- 6 - Silva LA, Monroy EA, Serpa MS, Souza LB. Oral benign neoplasms: A retrospective Study of 790 patients over a 14-year period. *Luiz. Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017 dez.; 70(3): 158-164.
- 7 – Soluk MT, Tuna EB, Olgac V, Aksakalli N, Alatlı C. Odontogenic lesions in a pediatric population: Review of the literature and presentation of 745 cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016 jul; 86: 196-199.
- 8 – Effiom OA, Adewole RA, Odukoya O. Clinicopathological Characteristics of Odontogenic Myxoma in Nigerians. *West Afr J Med*. 2011 jul./agost.; 30(4): 255-261.
- 9 – Petters E, Lau M. Histopathologic Examination to Confirm Diagnosis of Periapical Lesions: A Review. *J Can Dent Assoc*. 2003 out; 69 (9): 598-600.
- 10 – Machado MI, Costa VE, Nabeshima CK, Mercadé M, Cayón MR. Análise de diagnósticos radiográficos periapicais sugestivos de lesões refratárias. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2016 abr./jun.; 70(2): 141-146.

- 11 – Antoniazzi MC, Carvalho PL, Koide CH. Importância da anatomia radiográfica para a interpretação de patologias ósseas. RGO, Porto Alegre. 2008 abr./jun.; 56(2): 195-199.
- 12 – Silva LP, Serpa MS, Sobral APV et al. A retrospective multicentre study of cystic lesions and odontogenic tumours in older people. Gerodontology. 2018 dez; 35(4): 325-332.
- 13 – Barros CC, Silva LP, Gonzaga AK, Medeiro AM, Souza LB, Silveira ÉJ. Neoplasms and non-neoplastic pathologies in the oral and maxillofacial regions in children and adolescents of a Brazilian population. Clin Oral Investig. 2018 August 24; 23(4): 1587-1587.
- 14 – Kashyap B, Reddy PS, Nalini P. Reactive lesions of oral cavity: A survey of 100 cases in Eluru, West Godavari district. Comtemp Clin Dent. 2012 jul/set; 3(3): 294-297.
- 15 – Lei F, Chen PH, Chen JY, Wang WC, Lin LM, Huang HC, Ho KY, Chen CH, Chen YK. Retrospective study of biopsied head and neck lesions in a cohort of referral Taiwanese patients. Head & Face Medicine. 2014 Jul 21; 10-28.
- 16 – Bacaltchuk M, Cumerlato M, Lúcia Z, Patrícia L, Simone B, Rados PV, Barbachan J, Jorge D. Avaliação da Prevalência de lesões periapicais examinadas no laboratório de Patologia Bucal da FO-PUCRS nos Anos de 1973, 1983, 1993 e 2003. Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS. 2005 out./dez; 20(50): 324-329.
- 17 - Tekkeşin SM, Tuna EB, Olgac V, Aksakalli N, Alatlı C. Odontogenic lesions in a pediatric population: Review of the literature and presentation of 745 cases. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016 jul; 86:196-199.
- 18 – Monteiro L, Peña J, Paiva A, Bento MJ, Amaral JB. Estudo Anatomo-Clinico de Quistos Maxilares. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilo Facial. 2004;45 (1): 23-33.
- 19 – Awange DO, KA. Reactive Localised Inflammatory Hyperplasia of the Oral Mucosa. East Afr Med J. 2009 feb; 86(2): 79-82.

- 20 – Zuñiga MD, Mèndez CR, Kauterich RR, Carpio DP. Paediatric oral pathology in a Chilean population: a 15-year review. *Int J Paediatr Dent*. 2013 set; 23(5): 346-351.
- 21 – Silva LP, Leite RB, Sobral AP, Arruda JA, Oliveira LV, Noronha MS, Souza LB. Oral and Maxillofacial Lesions Diagnosed in Older People of a Brazilian Population: A Multicentric Study. *J Am Geriatr Soc*. 2017 Jul; 65(7): 1586-1590. doi: 10.1111/jgs.14815. Epub 2017 Mar 13
- 22 – Dutra KL, Longo G, Grando LJ, Rivero ER. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective Study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2018 abr 17.
- 23 - Monteiro L, Peña J, Fonseca L, Paiva A, Amaral B. Odontogenic cysts - A descriptive clinico pathological study. *Braz J Oral Sci*. 2005; 4(12): 670-675.
- 24 – Sousa RC, Amaral JB, Moreira CG. Quistos Maxilares, Revisão Casuística. *Arquivos de Medicina*. 1999: 117-120.
- 25 – Titinchi F, Hassan BA, Morkel JA, Christoffel N. Odontogenic myxoma: a clinicopathological study in a South African population. *J Oral Pathol Med*. 2016 set; 45(8): 599-604.
- 26 – Speight P, Takata T. New tumour entities in the 4th edition of the World Health, Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Virchows Arch*. 2018 mar; 472(3): 331-339.
- 27 – Canassa BC, Pavan ÂJ. Inflammatory Odontogenic Cysts: A Brief Literature Review. *Journal of Surgical and Clinical Dentistry*. 2014 jul./set.; 2(1): 20-28

CAPÍTULO II

Relatório das atividades práticas das unidades curriculares de estágio

1. INTRODUÇÃO

O Estágio de Medicina Dentária tem como objetivo habilitar os alunos para a prática clínica diária, colocando os mesmos, em determinadas situações e ambientes variados, com a finalidade de colocarem em prática, de forma acompanhada e diversificada, os conhecimentos teórico-práticos previamente adquiridos ao longo do curso. Neste período de tempo, o aluno é incitado a desenvolver a sua autonomia, capacidade de decisão e poder crítico, como também, a sua postura profissional e ética. Adquirindo assim, experiência clínica que proporcionará uma melhoria das suas competências a nível profissional. O estágio é composto por 3 componentes fundamentais: Estágio em Clínica Geral Dentária, Estágio em Clínica Hospitalar e Estágio em Saúde Oral e Comunitária.

1.1 ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu na Unidade Clínica de Gandra no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, entre 12 de Setembro de 2018 e 12 de Junho de 2019, todas as quartas-feiras das 19h às 24h (5 horas semanais). Sendo regido pela Professora Doutora Filomena Salazar e supervisionado pelo Mestre João Baptista, Mestre Luís Santos e Doutora Sónia Machado. O Estágio em Clínica Geral foi excepcionalmente gratificante, uma vez que permitiu a intervenção nas diversas áreas clínicas, conforme o motivo da consulta do paciente, expondo a realidade clínica do quotidiano. Tendo como objetivo principal o desenvolvimento da prática clínica, melhorando a relação Médico Dentista-paciente, a autonomia e a destreza manual.

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	4	7	11
Exodontia	0	3	3
Destarização	7	5	12
Dentisteria	10	6	16
Endodontia	0	2	2
Outros	2	0	2
Total	23	23	46

Tabela 8. Atos Clínicos realizados no Estágio em Clínica Geral Dentária

1.2 ESTÁGIO EM CLÍNICA HOSPITALAR

O Estágio em Clínica Hospitalar decorreu no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, entre 10 de Setembro de 2018 e 3 de Junho de 2019, à segunda-feira das 09h às 12h30 (03h30 semanais). Este estágio foi regido pelo Doutor Fernando Figueira e supervisionado pelo Professor Doutor Luís Monteiro. O Estágio em Clínica Hospitalar teve como objectivo principal, desenvolver a aprendizagem e prática clínica hospitalar permitindo autonomia ao aluno e, devido ao meio envolvente, possibilitou o contacto com patologias sistémicas, pacientes polimedicados, com dificuldades cognitivas e motoras. Foi também de grande importância na rentabilização do tempo de consulta, visto que o número de pacientes era bastante elevado, realizando assim um maior número de tratamentos num espaço de tempo mais reduzido.

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	7	11	18
Exodontia	25	16	41
Destartarização	30	20	50
Dentisteria	17	21	38
Endodontia	2	3	5
Outros	2	4	6
Total	83	75	158

Tabela 9. Atos Clínicos realizados no Estágio em Clínica Hospitalar

1.3 ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA

O Estágio em Saúde Oral e Comunitária decorreu no período de 12 de Setembro de 2018 a 12 de Junho de 2019, à quarta-feira das 09h às 12h30 com um total de 196 horas, sendo regido pelo Professor Doutor Paulo Rompante e supervisionado pela Doutora Ana Barbosa e pelo Professor Doutor José Pedro Carvalho. Este estágio decorreu em ambiente hospitalar e prisional, nomeadamente no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira de 08 de Outubro de 2018 a 12 de Junho de 2019 e no Centro Hospitalar do Médio Ave

de 26 de Novembro de 2018 a 22 de Maio de 2019. Teve como objetivo principal, desenvolver a aprendizagem da prática clínica de precaução e prevenção, melhorando a autonomia e a destreza manual. O contacto direto com este tipo de população, num ambiente distinto da realidade que se vive, foi fundamental para um desenvolvimento ético e moral do aluno, estimulando também as competências e capacidades estratégicas e preventivas usadas durante os atos clínicos.

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	1	2	3
Exodontia	3	4	7
Destartarização	1	2	3
Dentisteria	0	2	2
Endodontia	0	3	3
Outros	1	0	1
Total	6	13	19

Tabela 10. Atos Clínicos realizados no Estágio em Saúde Oral Comunitária no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	1	4	5
Exodontia	3	3	6
Destartarização	0	4	4
Dentisteria	2	0	2
Endodontia	0	1	1
Outros	0	0	0
Total	6	12	18

Tabela 11. Atos Clínicos realizados no Estágio em Saúde Oral Comunitária no Centro Hospitalar do Médio Ave

2. CONCLUSÃO

A realização dos estágios, ao longo do ano letivo, são um contributo extremamente útil e proveitoso, pois permite ao aluno desenvolver-se tanto a nível pessoal como a nível profissional, expandindo as suas capacidades inerentes, tais como o sentido crítico, a autonomia, a responsabilidade, a gestão de tempo, a ética, a ergonomia, consolidando todos os conhecimentos obtidos. Proporciona uma evolução na relação do médico dentista com o seu assistente e com os seus pacientes, aumenta o interesse em determinadas áreas, procurando saber mais sobre determinados assuntos. Os estágios também permitem, fundamentalmente, o ganho de prática clínica em diferentes ambientes e meios populacionais, facilitando, deste modo, a sua inserção no mercado de trabalho.