

# Levantamento das Biópsias Realizadas no Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

*Survey of Biopsies Performed at the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, State University of Rio Grande do Norte, Brazil*

Thiago Fernando de Araújo Silva<sup>I</sup> | Ronilson Batista de Souza<sup>II</sup> | Rafaella Dantas Rocha<sup>I</sup> | Fábio Andrey da Costa Araújo<sup>III</sup> | Hécio Henrique Araújo de Moraes<sup>IV</sup>

## RESUMO

O presente trabalho teve o objetivo de fazer um levantamento das lesões do complexo maxilo-facial após biópsias realizadas nos pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos no serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Como pontos importantes nesse trabalho, podem-se citar o diagnóstico precoce de lesões benignas e malignas, a divulgação da UERN como centro de referência para o diagnóstico e tratamento dessas lesões, o incentivo à maior interface entre Unidades Básicas de Saúde (PSF's) e Universidade e, ainda, a prática clínico-cirúrgica para alunos do curso de graduação, mostrando a importância da impossibilidade de dissociação teórico-prática.

**Descritores:** Patologia; Prevenção de doenças; Cirurgia Bucal.

## ABSTRACT

The aim of the present study was to conduct a survey of injuries of the maxillofacial complex following biopsies performed on patients of the Brazilian Public Healthcare System treated at the Trauma and Maxillofacial Surgery Service of the Dentistry Course of the State University of Rio Grande do Norte (Brazil). The results underscore the importance of the early diagnosis of benign and malignant tumors, the divulgation of the university in question as a reference center for the diagnosis and treatment of such lesions, the incentive toward a better interface between Basic Public Health Units and the university and clinical/surgical practice for medical students, demonstrating the impossibility of dissociating theory and practice.

**Descriptors:** Pathology; Disease Prevention; Oral Surgery.

## INTRODUÇÃO

O estudo das prevalências de patologias, incluindo as que acometem a região maxilo-facial é de fundamental importância para os clínicos, epidemiologistas e grupos de gestores.

Esses dados permitem a formulação de um perfil das necessidades de uma determinada região. Uma vez traçado esse perfil, é possível planejar tratamentos adequados e determinar as estratégias de prevenção, individualizando as ações

- I. Acadêmicos do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/UERN
- II. Acadêmico do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
- III. Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (FOP-UPE)
- IV. Professor Mestre do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

de acordo com as peculiaridades daquele grupo estudado<sup>1</sup>.

Lesões da cavidade oral são frequentemente encontradas por cirurgiões-dentistas em consultas de rotina. Essas podem ter origem traumática, iatrogênica, congênita, imunológica, viral, bacteriana e relacionada aos hábitos de higiene. O processo de carcinogênese é de difícil identificação, contudo o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas são os fatores de risco mais significativos<sup>2</sup>.

Nas estruturas orais, podem se desenvolver neoplasias benignas e malignas, de origens teciduais variadas. A autonomia das neoplasias, isto é, a ausência de respostas aos mecanismos de controle e ausência de dependência da continuidade do estímulo, é um elemento caracterizador dessas lesões, que, dentre outros, é forte diferenciador das lesões reacionais. Os processos proliferativos que ocorrem na cavidade oral se constituem em um campo de estudo interessante e controverso justamente em função de sua natureza reacional ou neoplásica<sup>3</sup>.

Algumas lesões podem anteceder o câncer bucal e, dessa forma, são denominadas lesões pré-cancerizáveis ou pré-malignas, apesar de nem todas progredirem para câncer e, também, nem todo câncer de boca originar-se dessas lesões<sup>2</sup>.

O carcinoma epidermoide representa 95% das neoplasias malignas, que acometem a mucosa oral e 8% das neoplasias malignas, que acometem o sexo masculino no Brasil. Apenas 15% de todos os casos ocorrem com diagnóstico nos estágios iniciais da lesão, e, aproximadamente, 50% dos pacientes já chegam aos centros de tratamento com metástases no momento do diagnóstico<sup>2</sup>.

Os exames complementares, como o próprio nome diz, se destinam a auxiliar os profissionais da área de saúde no estabelecimento de um diagnóstico correto, juntamente com a avaliação dos sinais e sintomas do paciente<sup>4</sup>.

O diagnóstico clínico de uma lesão é estabelecido em função de uma série de dados obtidos pela

anamnese e exame físico. Muitas vezes, quando esse diagnóstico não é conclusivo, a biópsia é indicada para definição do caso pelo exame histopatológico. A biópsia pode ser definida como uma intervenção cirúrgica em que se remove parte da lesão ou toda a lesão, examinando-se suas características histológicas. Na cavidade oral, há quatro tipos principais de biópsia: citologia, por aspiração, incisional e excisional<sup>5</sup>.

A biópsia basicamente é indicada em todos os casos em que se suspeita de doenças que deixem substrato morfológico característico nos tecidos afetados e é utilizável também para fins de diagnóstico diferencial por exclusão<sup>4</sup>. Sua indicação pode ser feita nos seguintes casos: quando qualquer lesão que persista por mais de duas semanas sem nenhuma base etiológica, quando qualquer lesão inflamatória não responda ao tratamento local depois de 10 a 14 dias (isto é, depois da retirada do irritante local), quando haja alterações hiperqueratóticas persistentes na superfície dos tecidos, quando haja qualquer tumefação persistente, visível ou palpável sob tecido relativamente normal, quando haja alterações inflamatórias de causa desconhecida que persistam por períodos prolongados, quando existam lesões que interfiram com a função do local (por exemplo, fibroma), quando existam lesões ósseas não identificadas especificamente por meio dos achados clínicos e radiográficos e, finalmente, quando da existência de lesão que apresente características de malignidade<sup>6</sup>.

No que se refere a contraindicações da biópsia, duas situações devem ser consideradas. A primeira diz respeito a lesões pigmentadas (negras) que podem ocorrer na mucosa bucal. Havendo, mesmo que remota, a possibilidade de tratar-se de um melanoma e, sempre que a localização e as dimensões da lesão o permitam, a biópsia deve ser excisional e com margem de segurança. Isso se deve ao fato de que a manipulação desses tumores, especialmente cirúrgica, costuma permitir o desgarramento de

células devido a seu grande potencial invasivo e provocar uma disseminação indesejável. Porém, não sendo possível pelas mais diversas razões, principalmente devido às citadas, a biópsia pode e deve ser realizada mesmo que parcial-incisional. A segunda contraindicação diz respeito a lesões vasculares denominadas hemangiomas e, dentre estes, particularmente os cavernosos intraósseos. A biópsia por incisão não deve ser realizada em lesões vasculares ou pigmentadas. Os melanomas são altamente metastáticos, e assim, as lesões pigmentadas devem ser excisadas com uma ampla margem de tecido macroscopicamente normal ao redor e abaixo delas. O diagnóstico clínico de hemangioma em geral pode ser confirmado pela aspiração de sangue da lesão em uma seringa de vidro, com uma agulha de orifício largo<sup>7</sup>.

A biópsia incisional é um tipo de biópsia em que apenas uma parte da lesão é removida. Ela é indicada em casos de lesões extensas ou de localização de difícil acesso onde se necessita de diagnóstico e planejamento do ato cirúrgico ou em doenças cujo tratamento não é cirúrgico, como acontece com o líquen plano, lúpus eritematoso crônico discoide, pênfigos e penfigoides. Numa biópsia excisional, toda a lesão é removida. É indicada em casos de lesões com pequenas dimensões, bem delimitadas e de fácil acesso<sup>8</sup>.

Numa biópsia por excisão, a lesão é removida na sua totalidade e com uma margem de segurança formada por tecido sadio; representa, ao mesmo tempo, um método de diagnóstico e de tratamento, devendo ser empregada em lesões menores - com menos de 1 cm de diâmetro - que, ao exame clínico, parecem ser benignas<sup>9</sup>.

A biópsia por punção é utilizada para se evitarem cirurgias maiores, quando a lesão está situada profundamente. Trata-se de uma biópsia cega, feita sem controle visual, de modo que frequentemente deixa de ser representativa, especialmente no caso de lesões focais. A punção é usada para a coleta de

material em massas tumorais grandes, cujo interior contém substância de consistência mole ou fluida, como um cisto. Usa-se uma seringa, que pode ser do tipo Luer de 10 cm<sup>3</sup>, com uma agulha de grosso calibre que penetra a lesão, de preferência na sua parte mais flutuante<sup>9</sup>. Distende-se esse líquido em lâmina e examina-se ao microscópio, como uma citologia<sup>8</sup>.

As complicações que podem resultar da biópsia variam de acordo com a localização da lesão, o tamanho e a relação dessas com os órgãos vizinhos. Sendo a biópsia um procedimento cirúrgico, suas complicações mais frequentes são as hemorragias, principalmente naquelas de acesso difícil; infecções, as quais podem ser evitadas por meio de assepsia e antissepsia rigorosas e uma má cicatrização da área biopsiada devido a diversos fatores, a saber: isquemia da zona pela pressão exercida pelo tumor sobre os vasos, infiltração de células tumorais, radioterapia prévia e possibilidade de agravamento de lesões neoplásicas malignas devido ao excesso de manipulação<sup>8</sup>.

O presente trabalho teve o objetivo de fazer um levantamento das lesões do complexo maxilo-facial após biópsias realizadas nos pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidos no serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

## METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um estudo de natureza qualitativa e quantitativa do tipo seccional, tendo como Campo de Pesquisa as Clínicas Odontológicas do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN.

O presente estudo se constituiu em uma pesquisa que teve como população-alvo pacientes com lesões do complexo maxilo-facial, atendidos nas Clínicas Odontológicas da UERN, encaminhados pelas

Unidades Básicas de Saúde e demais profissionais da área odontológica da região do Seridó/RN.

As informações foram coletadas por meio de exame clínico realizado em consultório odontológico das Clínicas Odontológicas da UERN. Foi preenchido o prontuário do paciente, que caracteriza o vínculo do paciente com a referida instituição. Foram obtidas a partir do exame clínico a história médica e odontológica do paciente, como também as informações a respeito da lesão quanto aos seus aspectos clínicos. Posteriormente planejaram-se e se executaram as cirurgias necessárias para obtenção das peças cirúrgicas que foram enviadas para exame histopatológico e emissão de laudo, instrumento importante para o planejamento do tratamento da lesão ou encaminhamento para setores de maior complexidade. Os dados da pesquisa constam de informações clínicas do paciente, aspectos clínicos da lesão, laudos histopatológicos e conduta terapêutica adotada ou informações sobre os encaminhamentos feitos. Os dados foram descritos por meio de medidas de tendência central e de variabilidade e de frequências absolutas e percentuais.

As implicações éticas do estudo referiram-se à confidencialidade na coleta dos dados e ao anonimato do participante na apresentação dos resultados, seguindo as orientações da Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa em seres humanos, garantindo o esclarecimento, a livre participação e o direito de o participante poder se retirar da pesquisa em qualquer momento, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja apreciação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERN e aprovado mediante Parecer nº 053/2010.

## RESULTADOS

Os pacientes foram provenientes do fluxo normal da clínica odontológica da UERN, enca-

minhados pelas Unidades Básicas de Saúde e do fluxo regular da clínica. É importante relatar que, até 28 de fevereiro de 2011, o total de pacientes catalogados no arquivo da Clínica Odontológica atingiu 408 (quatrocentos e oito) prontuários cadastrados. Desse total, 75 pacientes apresentaram alguma lesão no Complexo Buco-maxilo-facial, dos quais 30 lesões tiveram indicações para realização de biópsias para posterior exame histopatológico. O total de pacientes acometidos com lesões corresponde a 18,38% do total.

Do total de pacientes submetidos a biópsias, 10 foram do sexo masculino e 20 do sexo feminino; quanto à cor da pele, 27 eram Leucodermas, e 03, Melanodermas; quanto à faixa etária, 42 anos como média, sendo a faixa de 41 a 60 anos a mais comum (13 casos).

Foram realizados 30 (trinta) envios de pedidos de exame histopatológico ao Departamento de Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Os resultados dos laudos com relação ao diagnóstico clínico e cirúrgico são apresentados na Tabela 1.

Em relação às características do tipo de biópsia executada e a localização anatômica da lesão, do total de 30 procedimentos, foram realizadas 21 biópsias excisionais e 09 biópsias incisionais. As localizações anatômicas das lesões estão descritas na Tabela 2.

Para a dimensão referente às hipóteses diagnóstica clínicas e a concordância entre elas e o diagnóstico final (histopatológico), em 27 (90%) pacientes, verificou-se apenas uma hipótese diagnóstica clínica para a lesão observada, enquanto em 03 (10%) lesões, foram formuladas 02 hipóteses clínicas. Quanto à concordância entre a clínica e o histopatológico, observa-se que em 17 (56,67%) dos casos, houve concordância entre uma das duas hipóteses elaboradas e o diagnóstico final.

Tabela 1 – Relação entre os diagnósticos clínicos, cirúrgicos e histopatológicos

CASO/ Nº	DIAGNÓSTICO CLÍNICO	DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO	DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO
1	Cisto residual	Cisto residual	Tumor ceratocístico
2	Hiperplasia fibrosa inflamatória	Hiperplasia fibrosa inflamatória	Hiperplasia fibrosa inflamatória
3	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
4	Hiperplasia fibrosa	Hiperplasia fibrosa	Hiperplasia fibrosa inflamatória
5	Hiperplasia fibrosa	Hiperplasia fibrosa	Hiperplasia fibrosa
6	Hiperplasia fibrosa	Hiperplasia fibrosa	Hiperplasia fibrosa inflamatória
7	Granuloma/Cisto periapical	Granuloma	Granuloma periapical
8	Hiperplasia fibrosa inflamatória	Hiperplasia fibrosa inflamatória	Hiperplasia fibrosa
9	Fibroma	Fibroma	Fibroma
10	Blastoma de boca	Cisto de anexos cutâneos	Mioepitelioma
11	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide	Displasia epitelial (Inconclusivo)
12	Granuloma piogênico	Granuloma piogênico	Hemangioma capilar
13	Cisto Residual/Tumor odontogênico	Cisto Residual/Tumor odontogênico	Cisto odontogênico glandular
14	Cisto dentífero	Cisto dentífero	Cisto dentífero
15	Mucocele	Mucocele	Mucocele
16	Estomatite nicotínica	Estomatite nicotínica	Hiperkeratose sede de alterações displásicas de natureza leve
17	Cisto inflamatório periapical	Cisto inflamatório periapical	Cisto periapical
18	Cisto periapical	Cisto periapical	Granuloma periapical
19	Fibroma	Fibroma	Hiperplasia fibrosa inflamatória
20	Leucoplasia	Leucoplasia	Hiperkeratose
21	Carcinoma verrucoso	Carcinoma verrucoso	Displasia epitelial leve (Inconclusivo)
22	Cisto residual/Tumor odontogênico	Cisto residual/Tumor odontogênico	Fragmento de tecido conjuntivo fibroso sede de denso inflamatório crônico em área focal
23	Elastose solar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
24	Hiperplasia fibrosa inflamatória	Hiperplasia fibrosa inflamatória	Hiperplasia fibrosa inflamatória
25	Hiperplasia fibrosa inflamatória	Hiperplasia fibrosa inflamatória	Hiperplasia fibrosa inflamatória
26	Mucocele	Mucocele	Fenômeno de extravasamento de muco
27	Leucoplasia	Leucoplasia	Hiperkeratose
28	Leucoplasia	Leucoplasia	Compatível com líquen plano (inconclusivo)
29	Mucocele	Mucocele	Fenômeno de extravasamento de muco
30	Hiperplasia inflamatória	Hiperplasia inflamatória	Hiperplasia fibrosa inflamatória

Tabela 2 – Distribuição das lesões submetidas a biópsias quanto a sua localização anatômica.

CASO(S)	LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	Quantidade
06/10/12/19/20/25/30	Mucosa jugal	7
11/15/23/26/29	Lábio inferior	5
01/17/18	Região periapical de molares	3
03/24/28	Borda lateral de língua	3
04/05	Túber da maxila	2
09/16	Palato duro	2
13/22	Região de sínfise mandibular	2
21/27	Trígono retro-molar	2
02	Rebordo mandibular anterior	1
14	Circunscrevendo coroa do 37 incluso	1
07	Região periapical de canino	1
08	Rebordo alveolar superior	1

## DISCUSSÃO

O diagnóstico clínico tem apresentado alterações significantes nos últimos anos, em decorrência do aumento no número de exames complementares e do expressivo aumento de tecnologia aplicada à saúde<sup>10</sup>. Para realização do diagnóstico, é imprescindível a realização de uma anamnese criteriosa e um exame físico minucioso<sup>11-12</sup>, acrescido, quando necessário, pelos exames complementares que aumentam a acuidade diagnóstica, confirmados ou não pela histopatologia<sup>10</sup>.

No Brasil, diversos estudos têm focado a atenção na incidência e prevalência de lesões sediadas no complexo buco-maxilo-facial<sup>13</sup>, tendo em vista a alta diversidade de doenças que acometem as estruturas bucais<sup>14</sup>. Entretanto, a avaliação da acuidade diagnóstica tem sido pouco estudada e conseqüentemente a habilidade e o conhecimento dos cirurgiões-dentistas para estabelecimento de diagnósticos diferenciais. Nesse estudo, percebeu-se, na população analisada (n=30), um predomínio do gênero feminino (66,66%) em relação ao masculino (33,33%), verificando uma relação de 02:01. Percebe-se uma maior procura pelos serviços de saúde na área de Odontologia por indivíduos do gênero feminino<sup>15-16</sup>. Entretanto, não se pode descartar a possibilidade de o gênero

feminino ser mais acometido pelas lesões buco-maxilo-faciais<sup>13</sup>.

Quanto à faixa etária dos pacientes desse estudo, observou-se predomínio de indivíduos com idade entre 18 a 60 anos (66,33) e menor frequência nas duas faixas etárias extremas, até 17 anos (13,33%) e acima de 61 anos (20%). Em estudo desenvolvido por Vier et al.<sup>17</sup>, no qual foi avaliada a concordância entre o diagnóstico clínico e o histopatológico de 692 lesões em um serviço de Estomatologia, a faixa etária mais prevalente situou-se entre a quarta e a sétima década de vida (70,9%).

A análise histopatológica pode dar ao clínico a impressão de que esse exame é a única fonte de informação de diagnóstico definitivo para todas as doenças. Esse conceito incorreto pode promover uma avaliação clínica incompleta da condição do paciente. Na área de Estomatologia, a utilização de biópsias constitui procedimento clínico rotineiro<sup>18</sup>. Nesse estudo, houve um amplo predomínio das biópsias excisionais (70%), comparado às biópsias incisionais (30%). Esses resultados são concordantes com a literatura e se justificam pelo fato de a maioria das lesões bucais apresentarem tamanho reduzido, permitindo ao profissional optar por esse procedimento, o que, para muitos casos corresponde ao tratamento definitivo das lesões<sup>13</sup>.

Com relação à localização anatômica das lesões mucosa jugal, lábio inferior, borda lateral de língua e região periapical de molares foram os locais mais comumente observados (Tabela 2). Em estudo epidemiológico de 2.147 casos de lesões buco-maxilo-faciais, realizado por Sobral & Goes<sup>13</sup>, os sítios anatômicos mais acometidos foram a maxila e a mandíbula. Esse dado relativo à localização das lesões é importante para o patologista, que assim poderá comparar e diferenciar os tecidos atingidos a partir das características histológicas de cada região anatômica<sup>13</sup>.

No presente estudo, a elaboração de hipóteses diagnósticas variou de uma até duas para cada lesão. A realização do exame clínico bem conduzido e a realização de exames complementares tendem a auxiliar na elaboração de hipóteses diagnósticas adequadas<sup>11</sup>. A aplicação eficiente da histopatologia requer a correlação de resultados microscópicos com toda informação do diagnóstico clínico disponível<sup>18</sup>. Assim, quanto à concordância, o diagnóstico histopatológico correspondeu a uma das duas hipóteses clínicas em 56,67% das lesões. Em 33,33% das lesões, não houve concordância com nenhuma das duas hipóteses clínicas elaboradas, sendo que, em 03 exames histopatológicos, houve emissão de laudo inconclusivo, e os pacientes foram submetidos à nova biópsia. Alves et al.<sup>19</sup> realizaram uma revisão de 1.825 laudos para verificar discordâncias entre o diagnóstico clínico e o histopatológico. Ao confrontarem a hipótese clínica com o diagnóstico histológico, verificaram 444 (32,05%) casos sem concordância.

Vier et al.<sup>17</sup> relacionaram a concordância entre o diagnóstico clínico e o histopatológico de lesões bucais e concluíram que esses foram coincidentes em 79,9% dos casos, resultados similares aos encontrados nesse estudo. Nos casos em que há discordância entre os diagnósticos, a validade do diagnóstico clínico fica comprometida<sup>20</sup>.

Na área médica, também são encontrados al-

guns estudos que comparam diagnósticos clínicos e histológicos em que a concordância entre os diagnósticos varia de 44% a 84%, de acordo com o grau de dificuldade de obtenção do diagnóstico clínico ou com os critérios de estabelecimento de determinados diagnósticos<sup>21-22</sup>. Quando ocorre discordância nos diagnósticos, nem sempre o clínico é incorreto, pode haver falta de representatividade do material colhido, fixação inadequada ou manipulação imprópria do espécime. Sempre que houver uma discordância entre o diagnóstico clínico e o microscópico, o mais adequado é a comunicação entre o clínico e o patologista para que se possa chegar a um diagnóstico final<sup>10</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se na população analisada que o gênero feminino foi o mais acometido pelas lesões do complexo buco-maxilo-facial. Houve uma maior prevalência de pacientes com faixa etária entre 18 e 60 anos, seguidos do grupo de pacientes acima de 60 anos e abaixo de 18 anos. Os sítios anatômicos mais comuns das lesões foram mucosa jugal, lábio inferior, borda lateral de língua e região periapical de molares. Entre os tipos de biópsias executadas, a mais comum foi a do tipo excisional. Com relação às hipóteses diagnósticas, foram aferidas a concordância entre as 2 hipóteses: clínica e a histopatológica. Em 56,67% dos diagnósticos clínicos, houve concordância com o diagnóstico histopatológico, havendo 03 laudos inconclusivos. Em 33,33%, não houve correspondência entre as hipóteses diagnósticas e o diagnóstico final.

## REFERÊNCIAS

1. Xavier JC; Andrade SC; Arcoverde CAL; Lucena KCR; Cavalcanti UDNT; Carvalho AAT; Levantamento epidemiológico das lesões bucais apresentadas por pacientes atendidos

- no Serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Pernambuco durante o período de janeiro de 2006 a julho de 2008. *Int J Dent, Recife*, 8(3):135-139, jul./set.,2009.
2. Martins RB; Giovani EM; Villalb H; Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. *Rev Inst Ciênc Saúde* 2008;26(4):467-76.
  3. Rocha DAP; Oliveira LMM; Souza LB; Neoplasias Benignas da Cavidade oral: estudo epidemiológico de 21 anos (1982 a 2002). *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2006 jan-abr; 18(1)53-60.
  4. Caubi AF; Xavier RLF; Lima Filho MA; Chalegr JF; Biópsia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial* v.4, n.1, p. 39 - 46, jan/mar - 2004.
  5. Braga AMC. Estudo da Biópsia por agulha cortante no diagnóstico histopatológico de lesões bucais [dissertação]. Curitiba: Universidade do Paraná; 2003.
  6. Peterson LJ; Edward E; Hupp JR; Myran RT. *Cirurgia Oral e Maxilo Facial Contemporânea*. 2. Ed. Guanabara Koogan, Riode Janeiro, 1996.
  7. Tomasi A;. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 2. ed. Pan Cast, São Paulo, 1998.
  8. Genovesi FS; *Semiologia Clínica*. 2. ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro,1994.
  9. Carvalho ARL; Biópsia. *Divisão Nacional de Câncer. Mensagem aos médicos*. 1. ed. Rio de Janeiro, 1971.
  10. Viscomi F. Diagnóstico clínico e diagnóstico anatomopatológico: discordâncias. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):109-26.
  11. Barbosa RPS, Paiva MDEB, Rodrigues TLC, Rodrigues FG. Valorizando a biópsia na clínica odontológica. *Arq Odontol*. 2005;41(4):278-368.
  12. Samartini R, Lopes A. A importância do exame da face na metodologia do exame clínico. *Rev Paul Odont*. 1999;21(2):16-26.
  13. Sobral APV, Goes PSA. Estudo epidemiológico de 2.147 casos de lesões bucomaxilo-faciais. *RBPO*. 2005;4:2-9.
  14. Gonzaga HFS, Lia RCC, Benatti Neto C, Oliveira MRB, Costa CAS, Spolidório LC, et al. Correlação entre hipóteses diagnósticas clínicas e diagnósticos microscópicos de lesões do complexo buco-maxilo-facial. *Rev Odontol UNESP*. 1997; 26(1):145-63.
  15. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):38-45.
  16. Abbud R, Ferreira LA, Campos AG, Zanin KEG. Atendimento clínico de emergência: um estudo dos serviços oferecidos em dez anos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2002;56(4):271-5.
  17. Vier FV, Rockenbach MIB, Yurgel LS, Cherubini K, Figueiredo MAZ. Diagnósticos histopatológicos do Laboratório de Patologia do Serviço de Estomatologia da PUCRS, nos anos de 2000 a 2002 e sua relação com o diagnóstico clínico. *Rev Odonto Ciênc*. 2004;19(46):382-8.
  18. Coleman GC, Nelson JF. *Princípios de diagnóstico bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
  19. Alves JR, Hida M, Nai GA. Diagnóstico clínico e anatomopatológico: discordâncias. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):178-81.
  20. Leonel ECF, Vieira EH, Gabrielli MAC. Análise retrospectiva da incidência, diagnóstico e tratamento das lesões bucais encontradas no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP. *Rev Paul Odontol*. 2002;24(3):18-22.

21. Reis SRA, Silvano Neto AM. Concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico em lesões da cavidade oral. Rev Odontol Ciênc. 1996;11(21):183-95.
22. Guimarães TC. Correlação clínico-histopatológica nos pacientes com hanseníase do anexo de Dermatologia, Professor Oswaldo Costa do Hospital das Clínicas da UFMG entre setembro de 1989 e dezembro de 1998 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.

### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Hécio Henrique Araújo de Moraes

Rua André Sales, 667 – Paulo VI – Caicó/RN

CEP: 59300-000

E-mail: heciomoraes@hotmail.com

