

REVISTA DE

CIRURGIA

**E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL**

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO
REVISTA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

EDITOR CIENTÍFICO

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos - FOP/UPE
Emanuel Dias de Oliveira e Silva - FOP/UPE

CONSULTORES CIENTÍFICOS

Ana Cláudia de Amorim Gomes - UPE
Aronita Rosenblatt - UPE
Clóvis Marzolla - USP
Cosme Gay Escoda - U. Barcelona
Eider Guimarães Bastos – UFMA
Edwaldo Dourado Pereira Júnior - UPE
Emanuel Sávio de Souza Andrade - UPE
Eduardo Studart Soares - UFC
Gabriela Granja Porto – UPE
Jair Carneiro Leão - UFPE
João Carlos Wagner - UL/RS
José Rodrigues Laureano Filho - UPE
Leão Pereira Pinto - UFRN
Lélia Batista de Souza - UFRN
Luís Augusto Passeri – UNICAMP
Luís Carlos Ferreira da Silva – UFS
Luís Guevara - U. Santa Maria (Venezuela)
Luís Raimundo Serra Rabelo - CEUMA
Márcio de Moraes - UNICAMP
Paulo José Medeiros – UERJ
Paul Edward Maurette O'Brien (Venezuela)
Rafael E. Alcalde - University of Washington (EUA)
Ricardo Viana Bessa Nogueira – UFAL
Ricardo José de Holanda Vasconcellos - FOP/UPE
Roger William Fernandes Moreira - FOP/UNICAMP

O Conselho Editorial dispõe de vários consultores científicos "Ad hoc" altamente capacitados e especializados na área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e áreas correlatas.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE

Reitor

Pedro Henrique de Barros Falcão

Vice-Reitora

Maria do Socorro de Mendonça Cavalcanti

Diretor FOP

Emanuel Sávio de Souza Andrade

Vice-Diretora

Mônica Maria de Albuquerque Pontes

EDITORA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - EDUPE

Diretora

Profa. Dra. Sandra Simone Araújo

Bibliotecário - UPE

Manoel Paranhos CRB4/1384

Projeto gráfico / Diagramação

Aldo Barros e Silva Filho

Derek Galvão Schelling

Revisor de Português / Inglês / Espanhol

Angela Borges - Eveline Lopes

Eliane Lima - Rita de Cássia F. M. Vasconcelos

Webmaster

Ricardo Moura

Endereço

Av. Agamenon Magalhães, s/n

Santo Amaro - Recife - PE / CEP 50100 - 010

Fone: (81) 3183 3724 Fax: (81) 3183 3718

CIP Catalogação-na-Publicação
Universidade de Pernambuco
Faculdade de Odontologia de Pernambuco
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes

Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial / Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco - Vol. 18, n.º. 2 (2018)
Recife: UPE, 2018.
Trimestral
ISSN 1808-5210 (versão online)
Título abreviado: Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.
1 ODONTOLOGIA - Periódicos

Black - D05
CDD 617.6005

EDITORIA

5

Anquilose da articulação têmporo-mandibular : o que fazer?

Belmiro C. E. Vasconcelos

ARTIGO ORIGINAL

6-15

Desordens orais potencialmente malignas: um estudo de prevalência

Potentially malignant oral disorders: a prevalence study

Katianne Soares Rodrigues | Vinícius Sampaio Alves de Figueiredo
Gilberto Nonato de Abrantes Filho | Ana Paula Veras Sobral
Keila Martha Amorim Barroso | George João Ferreira do Nascimento
Cynthia Helena Pereira de Carvalho

16-24

Perfil epidemiológico dos pacientes com lesões buco-maxilo-faciais: contribuições para a eficiência dos processos de gestão hospitalar

Epidemiological profile of patients with oral and maxillofacial injuries: contributions to the efficiency of hospital management processes

Damião Edgleys Porto | Rossana Dias Costa | Érika Porto

RELATO DE CASO

25-29

Diagnóstico e tratamento de Sialolitíase: Relato de Caso

Diagnosis and treatment of Sialolithiasis: Case Report

Fernanda Britto de Melo Silva | Bárbara de Oliveira Nogueira | Adriana Terezinha Neves Novellino Alves | Marcelo José Pinheiro Guedes de Uzeda | Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

30 - 33

Líquen plano oral: um relato de caso

Oral lichen planus: a case report

Jiordanne Araújo Diniz | Allancardi dos Santos Siqueira | Luiz Henrique Soares Torres | Túlio Vidal Ferreira | Ana Cláudia Gomes | Emanuel Dias de Oliveira Silva

34 - 39

Coronectomia: Quando indicar? Como realizar? - Relato de Caso

Coronectomy: When to indicate? How to proceed? - Case report

Emmanuel Pereira Escudeiro | Marlon Ribeiro do Amaral Júnior | Rafael Seabra Louro | Marcelo José Uzeda | Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

40 - 44

Má formação dentária após trauma na primeira infância

Dental malformation after trauma in first childhood

Lidiane Jacinto do Nascimento | Iva Ferreira de Souza Neta | Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos | Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida

45 - 48

Aspectos radiográficos de osteossarcoma em maxila-relato de caso

Radiographic aspects of osteosarcoma in jaw

Kennia Carreiro Lima Fonseca | Tatiana Fernandes Queiroz Danda Jenilton Vasconcelos Barbosa

49 - 52

Cisto Odontogênico Ortoceratinizado: Relato de caso

Orthokeratinized Odontogenic Cyst: Case Report

Lorena Mendonça Ferreira | João Nunes Nogueira Neto | Patrícia | Paulo Sergio Flores Campos | João Frank Carvalho Dantas de Oliveira

53 - 58

Instruções aos autores

Anquilose da articulação têmporo-mandibular : o que fazer?

A anquilose da articulação têmporo-mandibular (ATM) é a fusão ou união do côndilo à fossa glenoide. Essa união poderá ser óssea ou fibrosa, e o tratamento depende do grau de envolvimento articular. As causas são diversas, dentre elas, o trauma e a infecção local. Doenças sistêmicas podem determinar a anquilose.

Clinicamente, o paciente apresenta limitação de abertura de boca, e a dor local pode estar presente. Normalmente, observa-se deformidade facial nos pacientes adultos, quando esta ocorre na infância ou adolescência.

A tomografia das ATMs é necessária e observa-se uma imagem radiopaca envolvendo as estruturas articulares com alteração de espaço articular e degeneração da anatomia normal.

O tratamento depende do grau de comprometimento da articulação. Se for unilateral e houver pouco envolvimento, a artroplastia simples ou interposicional é uma boa opção. Em comprometimento unilateral ou bilateral com forte envolvimento, utiliza-se reconstrução com enxertos ou próteses articulares. Durante a cirurgia, pode ser necessária a coronoidectomia uni ou bilateral. É preciso corrigir a articulação comprometida e a deformidade facial decorrente da anquilose.

O tratamento fisioterápico no pós-operatório é fundamental para reativar a musculatura e as estruturas articulares. Tratamento dentário complementar é comum.

Mesmo diante de todos os esforços, a cirurgia da anquilose da ATM é difícil de ser tratada.

Desordens orais potencialmente malignas: um estudo de prevalência

Potentially malignant oral disorders: a prevalence study

Katianne Soares Rodrigues

Discente do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. Patos, PB – Brasil.

Vinícius Sampaio Alves de Figueiredo

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal de Campina Grande. Patos, PB – Brasil.

Gilberto Nonato de Abrantes Filho

Discente do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. Patos, PB – Brasil.

Ana Paula Veras Sobral

Doutora em Patologia Oral, professora titular da FACIPE. Recife, PE – Brasil.

Keila Martha Amorim Barroso

Professora Doutora em Patologia Oral do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. Patos, PB-Brasil.

George João Ferreira do Nascimento

Professor Doutor em Patologia Oral do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. Patos, PB-Brasil.

Cyntia Helena Pereira de Carvalho

Professora Doutora em Patologia Oral do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. Patos, PB-Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Federal de Campina Grande. Patos, PB- Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cyntia Helena Pereira de Carvalho
Unidade Acadêmica de Ciências
Biológicas, Avenida Universitária S/N -
Santa Cecília Cx Postal 61 - Patos/PB
CEP: 58708-110
Email: katianne_soares@hotmail.com/
Cyntia_helena@yahoo.com.br

RESUMO

Este estudo realizou a prevalência das desordens orais com potencial de transformação maligna diagnosticadas nos pacientes atendidos pela Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. A pesquisa foi realizada nos prontuários arquivados dos pacientes atendidos na clínica-escola. Os pacientes diagnosticados com lesão foram convidadas a comparecerem novamente à clínica-escola para a realização do controle clínico. De um total de 2.706 prontuários, foram encontrados 131 pacientes com desordens orais, revelando uma prevalência de 4,84%. A queilite actínica foi a mais frequente com 68 (50,4%) casos, seguida da leucoplasia com 61 (45,2%). Homens corresponderam a 85 (64,9%) casos; o tipo de pele mais comum foi o feoderma com 64 (48,8%), e a média de idade dos pacientes foi de 45,11 anos. Também foi observado que 89 (68%) pacientes não realizaram o tratamento preconizado para a lesão e que o resultado histopatológico mais comum foi a hiperqueratose com 11 (18%) casos, seguida da displasia epitelial leve com 5 (8,2%) ocorrências. Com relação ao controle clínico, apenas 33 (25,2%) pacientes retornaram, sendo 22 livres da doença. Diante do exposto, conclui-se que a prevalência das desordens encontradas foi semelhante à prevalência mundial e que existe uma grande evasão por parte dos pacientes no tratamento e no controle clínico.

Palavras-chave: Eritroplasia; Leucoplasia; Líquen plano bucal; Queilite.

ABSTRACT

This study evaluated the prevalence of oral disorders with potential malignant transformation diagnosed in the patients attended by the Clinical School of Dentistry of the Federal University of Campina Grande. The research was carried out from medical files of patients attended at the school-clinic. Patients diagnosed with an injury were called to attend the school clinic again for clinical control. From a total of 2,706 medical records, 131 patients with oral disorders were found, showing a prevalence of 4.84%. Actinic cheilitis was the most frequent with 68 (50.4%) cases, followed by leukoplakia with 61 (45.2%). Men corresponded to 85 (64.9%) cases, the most common skin type was feoderma with 64 (48.8%), and the mean age of the patients was 45.11 years. It was also observed that 89 (68%) patients did not perform the recommended treatment for the lesion, and that the most common histopathological result was hyperkeratosis with 11 (18%) cases, followed by mild epithelial dysplasia with 5 (8.2%) occurrences. Regarding the clinical control, only 33 (25.2%) patients returned, being 22 free of the disease. In view of the above, it is concluded that the prevalence of the disorders found was similar to

the worldwide prevalence and that there is a great deal of evasion by the patients to the treatment and in the clinical control.

Keywords: Erythroplakia. Leukoplakia. Lichen buccal plane. Cheilitis.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal compreende a região dos lábios e do interior da cavidade oral, podendo afetar a mucosa jugal, a gengiva, a língua, o assoalho e o palato duro. Em 2017, estimam-se para o Brasil 15.490 novos casos de câncer bucal para cada 100 mil habitantes, sendo 11.140 em homens e 4.350 em mulheres. No Nordeste, esse tipo de câncer ocupa a 5ª posição mais frequente no sexo masculino, enquanto que, no sexo feminino, a 9ª posição¹. Dentre os tipos de câncer da cavidade oral, o carcinoma epidermoide oral, também conhecido por carcinoma de células escamosas ou carcinoma espinocelular, representa aproximadamente 95% de todas as malignidades da boca e cerca de 8% das neoplasias malignas que acometem a população no Brasil².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a importância da prevenção e detecção precoce como condições decisivas para o controle do câncer bucal, uma vez que, se os casos forem diagnosticados no início e tratados de maneira adequada, a maioria apresenta cura clínica. No entanto, de todos os casos diagnosticados, cerca de 50% já apresentam metástases no momento do diagnóstico, o que revela a importância do conhecimento das lesões que precedem o câncer bucal^{2,3}.

Doenças potencialmente malignas da mucosa oral, com o risco de transformação para uma neoplasia maligna oral, são descritas na literatura como lesões “pré-câncer”, “lesões precursora”, “pré-malignas” e “neoplasia intraepiteliais”. Em 2005, a OMS preferiu denominar essas lesões e condições potencialmente malignas de desordens com potencial de transformação maligna, sendo elas: queilite actínica, leucoplasia, eritroplasia, fibrose submucosa oral e líquen plano. Essas lesões consistem em alterações teciduais benignas, morfológicamente modificadas, que apresentam um risco maior que o normal de se desenvolver em uma neoplasia maligna. Por isso, o diagnóstico e a implementação de um tratamento adequado no início dessas desordens são cruciais para a prevenção do câncer bucal^{4,5,6}.

A história natural dessas doenças é o resultado de vários fatores de risco internos e externos ao ser humano, atuando independente, antagônica ou sinergicamente para produzir alterações. Como resultado de longas, repetidas e intermitentes exposições a esses fatores de risco, lesões iniciais podem evoluir para neoplasias invasivas^{1,2}.

É consenso que o desenvolvimento dessas desordens não é um simples processo, por isso o objetivo deste trabalho foi realizar um estudo de prevalência das desordens orais com potencial de transformação maligna diagnosticadas nos pacientes atendidos pela Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), na cidade de Patos-PB, bem como realizar o acompanhamento desses pacientes para identificar a evolução clínica das desordens após o seu diagnóstico e devido tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

Com o intuito de atender às exigências éticas e científicas firmadas nas normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde, o referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP por meio da Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável de número 2.244.967.

Este estudo foi realizado em dois momentos: o primeiro caracterizou-se em transversal e retrospectivo, no qual foram encontrados 131 pacientes com desordens orais com potencial de transformação maligna (leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e líquen plano oral) de um total de 2.706 prontuários arquivados no período de outubro de 2012 a dezembro de 2016, na clínica-escola de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no município de Patos, Paraíba, Brasil.

Dos 131 prontuários encontrados, foram coletados dados epidemiológicos e clinicopatológicos, como: sexo, idade, tipo de pele, localização da lesão, saúde geral, hábitos nocivos, diagnóstico histopatológico e tratamento realizado da lesão. Todas essas informações foram repassadas para uma ficha de avaliação confeccionada para a presente pesquisa.

No segundo momento, a pesquisa caracterizou-se como um estudo de caso prospectivo, em que os 131 pacientes encontrados

com desordens orais com potencial de transformação maligna foram chamados, mediante contato telefônico disponível nos prontuários, a comparecerem novamente à clínica-escola onde foram submetidos a novos exames clínicos, com o objetivo de observar se tinha havido cura, recidiva ou surgimento de outras desordens com potencial de transformação maligna. Desses 131 pacientes, 33 retornaram para o controle clínico dessas desordens.

Para análise dos dados, foi feita uma transcrição dos dados obtidos dos prontuários para planilha eletrônica do *Microsoft Excel, versão 2010*, na qual foi realizada uma análise estatística descritiva.

RESULTADOS

De um total de 2.706 pacientes atendidos na Clínica-Escola de Odontologia da UFCG entre 2012 e 2016, foram encontrados 131 pacientes com o diagnóstico de desordens orais com potencial de transformação maligna, apresentando uma prevalência de 4,84% do total da população estudada. Dos 131 pacientes, 68 (51,9%) foram diagnosticados com queilite actínica; 61 (46,6%) com leucoplasia; 4 (3%) com eritroplasia; e 2 (1,5%) com líquen plano oral. Desses pacientes, 4 apresentaram mais de um tipo de desordem oral com potencial de transformação maligna, totalizando 135 lesões. O sexo masculino foi o mais acometido com 85 (64,9%) casos; o tipo de pele mais comum foi o feoderma com 64 (48,8%) ocorrências, e a média de idade dos pacientes foi 45,11 anos (DP \pm 16,56). Dentre os pacientes da amostra, 52 (39,7%) relataram serem fumantes, 45 (34,3%) ingeriam bebidas alcoólicas e 58 (44,3%) trabalhavam expostos ao sol. O tratamento mais indicado para essas desordens foi a excisão cirúrgica com 44 (33,6%) casos, sendo que 89 (68%) pacientes não realizaram o tratamento preconizado, além disso também foi observado que o resultado histopatológico mais comum foi a hiperqueratose com 11 (18%) casos, seguida da displasia epitelial leve com 5 (8,2%). A seguir, os resultados de cada desordem serão apresentados e podem ser vistos nas tabelas 1, 2 e 3.

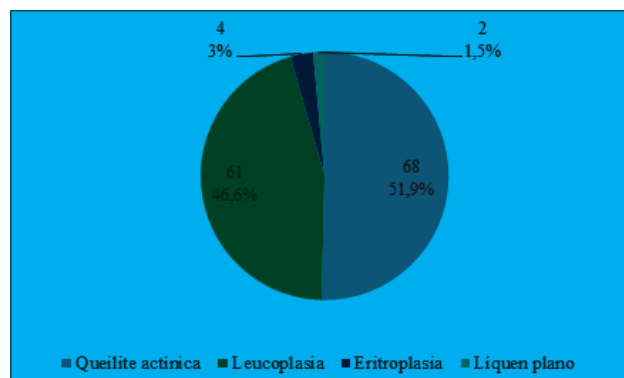


Figura 1 - Desordens orais com potencial de transformação maligna, encontradas na população estudada. Patos (PB), 2017.

Fonte: Autor

Tabela 1 - Variáveis com relação ao sexo, tipo de pele, faixa etária e localização das desordens encontradas. Patos (PB), 2017.

Variável	DESORDENS			
	Queilite Actínica	Leucoplasia	Eritroplasia	Líquen Plano
Sexo				
Masculino	54 (79,4%)	29 (47,5%)	4 (100%)	2 (100%)
Feminino	14 (20,6%)	32 (52,5%)	-	-
Tipo de pele				
Leucoderma	30 (44,1%)	19 (31,1%)	1 (25%)	2 (100%)
Feoderma	35 (51,5%)	28 (45,9%)	3 (75%)	-
Melanoderma	3 (4,4%)	14 (23%)	-	-
Faixa etária				
Até 40 anos	32 (47,1%)	18 (29,5%)	2 (50%)	1 (50%)
> 40 anos	36 (52,9%)	43 (70,5%)	2 (50%)	1 (50%)
Localização				
Lábio inferior	68 (100%)	1 (1,6%)	-	-
Mucosa Jugal	-	20 (32,8%)	1 (25%)	2 (100%)
Gengiva	-	11 (18%)	-	-
Rebordo alveolar	-	7 (11,5%)	-	-
Região retromolar	-	9 (14,8%)	-	-
Assoalho bucal	-	2 (3,3%)	1 (25%)	-
Língua	-	8 (13,1%)	2 (50%)	-
Palato duro	-	3 (4,9%)	-	-
Palato mole	-	-	-	-

Tabela 2 - Variáveis com relação a problemas sistêmicos, hábitos de fumar e beber e exposição solar das desordens encontradas. Patos (PB), 2017.

Variável	Desordens			
	Queilite Actínica	Leucoplasia	Eritroplasia	Líquen Plano
Problema sistêmico	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	12 (17,6%)	27 (44,3%)	1 (25%)	1 (50%)
Não	56 (82,4%)	34 (55,7%)	3 (75%)	1 (50%)
Hábito de fumar				
Sim	20 (29,4%)	29 (47,5%)	2 (50%)	1 (50%)
Não	48 (70,6%)	32 (52,5%)	2 (50%)	1 (50%)
Hábito de beber				
Sim	24 (35,3%)	16 (26,2%)	3 (75%)	2 (100%)
Não	44 (64,7%)	45 (73,8%)	1 (25%)	-
Exposição solar				
Sim	40 (58,8%)	16 (26,2%)	2 (50%)	-
Não	28 (41,2%)	45 (73,8%)	2 (50%)	2 (100%)

Tabela 3 - Variáveis com relação ao tratamento indicado, realização do tratamento e diagnóstico histopatológico das desordens encontradas. Patos (PB), 2017.

Variável	Desordens			
	Queilite Actínica	Leucoplasia	Eritroplasia	Líquen Plano
Treatmento indicado				
Excisão Cirúrgica	5 (7,3%)	34 (55,7%)	3 (75%)	2 (100%)
Omcilon	1 (1,5%)	-	-	-
Dexpanthenol + Protetor labial + Acompanhamento	17 (25%)	-	-	-
Acompanhamento + Protetor labial	8 (11,8%)	-	-	-
Acompanhamento	10 (14,7%)	6 (9,8%)	1 (25%)	-
Tratamento não informado	27 (39,7%)	21 (34,5%)	-	-
Realização do tratamento				
Sim	18 (26,5%)	24 (39,3%)	2 (50%)	2 (100%)
Não	50 (73,5%)	37 (60,7%)	2 (50%)	-
Diagnóstico histopatológico				
Elastose solar	1 (1,5%)	-	-	-
Elastose solar + Displasia Epitelial Leve	1 (1,5%)	-	-	-
Hiperkeratose	-	11 (18%)	-	-
Displasia epitelial leve	-	5 (8,2%)	-	-
Displasia epitelial moderada	-	3 (4,9%)	-	-
Carcinoma epidermoide	-	-	1 (25%)	-
Líquen plano	-	-	-	1 (50%)
Inconclusivo	-	1 (1,6%)	-	1 (50%)
N.D.N.	-	-	1 (25%)	-

LEUCOPLASIA

A segunda desordem mais prevalente foi a leucoplasia, com 61 (45,2%) casos, dentre estes, podemos levantar as seguintes informações: o sexo feminino foi o mais prevalente com 32 (52,5%) casos; a faixa etária mais prevalente foi acima de 40 anos com 43 (70,5%); a média de idade foi de 49,5 anos (DP \pm 15,96), e o tipo de pele mais comum foi o feoderma com 28 (45,9%) indivíduos. No que se refere ao problema sistêmico, 27 (44,3%) pacientes apresentaram algum problema, sendo, em sua maioria, relacionados à hipertensão arterial. Com relação aos hábitos, 29 (47,5%) pacientes relataram possuir o hábito de fumar e 16 (26,2%) relataram possuir o hábito de beber, e dentre estes, 13 (21,3%) associam o uso do álcool ao do fumo.

O local onde a desordem se apresentou mais comum nesses pacientes foi na mucosa jugal com 20 (32,8%) ocorrências, seguida da gengiva com 11 (18%) casos. O tratamento mais indicado para a leucoplasia foi a excisão cirúrgica com 34 (55,7%) casos, porém apenas 24 (39,3%) pacientes concluíram o tratamento preconizado. Dentre os diagnósticos histopatológicos desses pacientes, observou-se: 11 (18%) – hiperkeratose, em 5 (8,2%), - displasia epitelial leve, 3 (4,9%) – displasia epitelial moderada e 1 (1,6%) obteve o resultado inconclusivo.

ERITROPLASIA

No que se refere aos dados da eritroplasia, o sexo mais prevalente foi o masculino com 4 (100%) casos; o tipo de pele mais comum foi feoderma com 3 (75%) casos; a faixa etária de até 40 anos e > 40 anos obtiveram uma prevalência igual com 2 (50%) casos cada; a média de idade foi de 45,5 anos (DP \pm 16,56). Dos 4 pacientes que apresentaram eritroplasia, apenas 1 (25%) apresentou problema sistêmico de hipertensão arterial; 2 (50%) relataram possuir o hábito de fumar e 3 (75%) possuíam o hábito de beber.

Os locais acometidos foram a língua com 2 (50%) casos, assoalho bucal e gengiva. O tratamento mais indicado foi a excisão cirúrgica, onde apenas 2 pacientes compareceram para a realização. Os diagnósticos histopatológicos foram carcinoma epidermoide e mucosa sem alterações.

LÍQUEN PLANO

Por último o líquen plano com apenas 2 casos, em que o sexo mais prevalente foi o masculino com 100% dos casos; a faixa etária de até 40 anos e > 40 anos obtiveram 50% cada; a média de idade foi de 39,5 anos (DP \pm 6,36); e o tipo de pele predominante foi leucoderma com 100% dos casos. Apenas 1 paciente (50%) apresentou problema sistêmico, relacionado à hipertensão arterial; 1 (50%) indivíduo possuía o hábito de fumar, e os dois possuíam o hábito de beber.

Com relação à localização da lesão, todos os casos se apresentaram na mucosa jugal, sendo o tratamento indicado para os dois pacientes a remoção da lesão. O resultado histopatológico demonstrou compatibilidade com o diagnóstico clínico em 1 (50%) desses pacientes; o outro, no entanto, teve o resultado inconclusivo, necessitando da realização de nova biópsia para confirmação.

Após serem encontradas as lesões, foi realizado o controle clínico destas, em que apenas 33 pacientes (25,2%) retornaram. Dos 19 que compareceram para o acompanhamento com queilite actínica, 9 apresentaram regressão da lesão, sendo para esses indicado o uso contínuo de protetor labial para evitar futuras recidivas. Os outros 10 pacientes entretanto, retornaram, apresentando continuação da lesão, sendo 4 com grau leve de queilite com descamação e ressecamento dos lábios, e os outros 6 com grau moderado a severo, apresentando perda do limite do vermelhão do lábio com a pele, fissuras, edema, eritema e crostas. Para esses pacientes, foi prescrito o uso de dexpantenol à noite, associado ao uso de protetor labial durante o dia, além do acompanhamento após a realização do tratamento. Dos 13 pacientes que retornaram para o controle com leucoplasia, apenas um caso apresentou recidiva após a realização do tratamento, sendo indicada a realização de nova biópsia da lesão, porém o paciente não retornou para a realização desta. Dos pacientes encontrados com eritroplasia, apenas um retornou apresentando ausência da lesão após remoção cirúrgica. Com relação aos pacientes que apresentavam o líquen plano, nenhum compareceu ao controle clínico.

DISCUSSÃO

Podemos encontrar, na literatura, uma grande variação de prevalência de distúrbios orais com potencial de transformação maligna. Os

resultados obtidos neste estudo mostram que a prevalência dessas lesões (4,84%) foi semelhante a de alguns outros estudos mundiais, em que as prevalências variam de 2,6% a 8,6%^{4,5,7,8}. No entanto, também foram encontrados estudos em que as prevalências foram superiores aos resultados obtidos, variando de 29,6% a 31,2%^{9,10}, fato este que pode ser justificado por terem sido realizados em populações de risco, como trabalhadores rurais⁹ e em centros de referência de diagnóstico oral, onde se espera um número elevado dessas lesões¹⁰.

Neste estudo, foi observada uma maior ocorrência dos casos de queilite actínica, seguida de leucoplasia oral, o que corrobora o estudo de Ferreira *et al.*,⁹ e Maia *et al.*,¹⁰ e diverge com a maioria dos estudos encontrados na literatura^{7,11,12,13,14} que citam a leucoplasia como a lesão potencialmente maligna bucal mais comum. Esse resultado pode ser explicado tanto pelo alto índice de radiação ultravioleta que a cidade de Patos-PB recebe durante todo o ano quanto pelo fato de a maioria das atividades profissionais dos indivíduos encontrados serem ligadas à exposição solar durante longos períodos, como agricultores, operários de construção civil, mototaxistas e vendedores ambulantes.

Com relação à queilite actínica, foi observado um maior acometimento pelo sexo masculino (79,4%), dado que é confirmado por alguns estudos^{7,9,15}. De acordo com Silva e Rezende¹¹, a queilite actínica é uma lesão, que afeta, principalmente, indivíduos de pele clara, o que também pode ser observado neste estudo que obteve, em leucodermas e em feodermas, a maior ocorrência dos casos. Arnaud *et al.*¹⁵ ressaltam que a maior ocorrência do sexo masculino se deve ao fato de os homens se exporem mais a atividades ao ar livre, por longos períodos e com relação à cor da pele; é rara a ocorrência em peles escuras devido à maior quantidade de melanina presente, possuindo assim uma maior proteção à exposição solar. A média de idade dos pacientes verificada foi de 44,11 anos, concordando com estudos da literatura que citam como referência a 5ª década de vida^{7,15}. Além disso, todos os casos estavam localizados no lábio inferior, devido a esta localização específica receber diretamente a incidência dos raios solares¹⁵.

A leucoplasia obteve uma maior prevalência no sexo feminino, corroborando os estudos de Silveira *et al.*⁷ e Maia *et al.*¹⁰, embora muitos estudos relatem o sexo masculino como o

mais prevalente^{11,12,16}. Este cenário vem sofrendo mudanças devido ao fato de as mulheres estarem cada vez mais aderindo a hábitos que antes eram considerados masculinos, como o de fumar e beber. Quanto ao tipo de pele, verificou-se que o tipo feoderma foi o mais comum, o que vai de encontro à maioria dos estudos, que citam o tipo leucoderma como o mais frequente^{7,10,12,16}. A média de idade dessa lesão foi de 49,5 anos, ocorrendo em maior número em casos a partir dos 40 anos de idade, dado que também foi observado em alguns estudos^{7,11}. O sítio anatômico, que teve um predomínio de casos, foi a mucosa jugal com 32,8%, resultado em consonância com relatos de outros autores^{10,13,16}. Para Laphthanasupkul *et al.*¹⁷, a localização da lesão está relacionada ao hábito a hábitos do paciente no caso da localização, na mucosa jugal, teria predileção por pacientes com hábito de fumar, o que está de acordo com o presente estudo em que houve um número considerável de pacientes fumantes/ex-fumantes com essa lesão.

A eritroplasia é tida como uma condição clínica incomum na mucosa bucal, fato que pode ser observado nos resultados, em que apresentou apenas 4 casos (3%) das lesões encontradas. Com relação ao sexo, Maia *et al.*¹⁰ e Hosni *et al.*¹⁸ encontraram, em seus estudos, uma predominância do sexo masculino, corroborando a presente pesquisa em que obteve todos os casos no referido sexo. Segundo Neville *et al.*¹², a eritroplasia não tem uma predileção significativa por gênero específico; isso depende de fatores, como localização geográfica e hábitos. Então, o que pode ser explicado na presente pesquisa sobre a predominância do sexo masculino é o fato de a maioria dos indivíduos possuírem o hábito de beber (75%), e metade (50%) possuir o hábito de fumar, ambos considerados fatores de risco para o aparecimento dessas lesões. O tipo de pele feoderma se sobressaiu sobre os demais, concordando com o estudo de Maia *et al.*¹⁰ e Leal, Amaral e Oliveira¹³. No que se diz respeito à média de idade, a média encontrada foi de 45,5 anos, concordando todos os estudos observados^{7,10,13,14,18}, que citam a meia-idade e idosos como o grupo mais frequente. Os sítios acometidos foram língua (50%), assoalho bucal (25%) e mucosa jugal (25%), indo em consonância com alguns estudos^{2,11}, que citam o assoalho bucal e língua como os mais acometidos por essa lesão.

Percebeu-se neste estudo uma maior prevalência do Líquen Plano Oral pelo sexo masculino, concordando com o estudo de Maia *et al.*¹⁰ e discordando com a maioria dos estudos presentes na literatura^{12,13,19,20}, nos quais o sexo feminino se encontra mais prevalente. Esse resultado se deveu ao fato de apenas serem encontrados dois casos da presente lesão para este estudo, o que não apresenta fidedignidade com relação ao que acontece na população em geral. O tipo de pele leucoderma obteve uma prevalência de 100% dos casos, concordando com muitos estudos da literatura^{10,19,20}, que citam esse tipo de pele com um risco de cinco vezes maior de apresentar essa lesão. Com relação a essa predileção, pouco se sabe, mas acredita-se que esteja relacionada a fatores gênicos. No que se diz respeito à idade, essa lesão teve uma média de 39,5 anos, concordando com alguns estudos em que a média de idade mais prevalente foi entre a quarta e sexta década de vida^{10,13,20}. Segundo Maia *et al.*¹⁰, Leal, Amaral e Oliveira¹³ e Sousa e Rosa²⁰, a localização mais acometida foi a mucosa jugal, estando em consonância com este estudo que obteve em todos os casos essa localização. Essa predileção pode ser explicada pela espessura do epitélio e pelo grau de ceratinização da mucosa jugal, permitindo que as alterações histopatológicas observadas se reflitam clinicamente com mais facilidade quando comparadas a outras mucosas²⁰.

Quanto aos fatores de risco identificados nas fichas, foi observada uma relação entre os pacientes com leucoplasia e eritroplasia com o hábito de fumar e beber. Segundo Van der Waal⁶, o fumo do tabaco é um agente carcinógeno potente, que, juntamente com o consumo abusivo do álcool, torna-se o principal fator de risco para o desenvolvimento de uma neoplasia maligna bucal. Além desses fatores de risco, também foi observado, nas fichas, que a maioria dos pacientes com a presença de queilite actínica trabalhavam em atividades expostas à radiação solar, que é o principal fator para o surgimento dessas lesões^{6,12}.

Com relação à conduta frente ao tratamento dessas lesões, para a queilite actínica, a conduta mais indicada foi o uso do dexpantenol, que é uma pomada cicatrizante estimuladora da produção de fibroblastos, e o uso do protetor labial para prevenir a progressão da lesão. Para as outras lesões, a excisão cirúrgica foi o tratamento mais indicado, com a finalidade da realização do diagnóstico histopatológico para confirmar o diagnóstico clínico.

Confrontando o diagnóstico clínico com o histopatológico, para os dois casos de queilite actínica em que foi realizado biópsia, foram diagnosticados em um caso displasia epitelial leve associada à elastose solar e, no outro, apenas elastose solar, o que demonstrou compatibilidade entre os diagnósticos clínico e histológico. Com relação ao líquen plano, um caso obteve o histopatológico clássico dessa lesão¹⁹, enquanto que o outro se apresentou inconclusivo. Para os dois casos de eritroplasia em que a biópsia foi realizada, um dos pacientes não apresentou nenhuma anormalidade tecidual, enquanto que o outro foi diagnosticado com carcinoma epidermoide oral no exame microscópico. Embora a eritroplasia seja uma lesão rara, ela é considerada a principal desordem oral com potencial de transformação maligna, pois geralmente evidencia altos graus de displasia ou a presença de um câncer bucal no momento do seu diagnóstico definitivo^{11,12}, fato que pode ser observado nesta pesquisa, em que dos quatro pacientes diagnosticados clinicamente com essa lesão, um foi diagnosticado com carcinoma epidermoide oral, sendo o único caso de neoplasia maligna identificado neste estudo. Das lesões diagnosticadas clinicamente como leucoplasias e em que foram realizadas biópsias, a maioria obteve como resultado histopatológico a hiperqueratose, com 11 casos, seguida de displasia epitelial leve com cinco ocorrências e displasia epitelial moderada com 3 casos, resultados semelhantes aos estudos de Silveira *et al.*⁷ e Queiroz *et al.*¹⁴, em que a hiperqueratose e a displasia epitelial leve foram os resultados histopatológicos mais comuns.

Com relação ao acompanhamento clínico dos pacientes estudados, percebeu-se uma grande dificuldade no retorno destes que demonstraram bastante resistência em retornar à clínica-escola, mesmo sendo oferecido tratamento gratuito e total disponibilidade para realizar o devido tratamento para cada lesão. Ainda como limitação, percebeu-se uma falta de cuidado e atenção no preenchimento das fichas clínicas, em que algumas apresentavam lacunas que seriam importantes para um melhor resultado da presente pesquisa. Entretanto, também foram encontrados estudos em que as prevalências foram superiores aos resultados obtidos, variando de 29,6% a 31,2%^{9,10}, fato este que pode ser justificado por terem sido realizados em populações de risco, como trabalhadores rurais⁹ e em centros de referência de diagnóstico oral, onde se espera um número elevado dessas lesões¹⁰.

Neste estudo, foi observada uma maior ocorrência dos casos de queilite actínica, seguida de leucoplasia oral, o que corrobora o estudo de Ferreira *et al.*,⁹ e Maia *et al.*,¹⁰ e diverge com a maioria dos estudos encontrados na literatura^{7,11,12,13,14} que citam a leucoplasia como a lesão potencialmente maligna bucal mais comum. Esse resultado pode ser explicado tanto pelo alto índice de radiação ultravioleta que a cidade de Patos-PB recebe durante todo o ano quanto pelo fato de a maioria das atividades profissionais dos indivíduos encontrados serem ligadas à exposição solar durante longos períodos, como agricultores, operários de construção civil, mototaxistas e vendedores ambulantes.

Com relação à queilite actínica, foi observado um maior acometimento pelo sexo masculino (79,4%), dado que é confirmado por alguns estudos^{7,9,15}. De acordo com Silva e Rezende¹¹, a queilite actínica é uma lesão, que afeta, principalmente, indivíduos de pele clara, o que também pode ser observado neste estudo que obteve, em leucodermas e em feodermas, a maior ocorrência dos casos. Arnaud *et al.*¹⁵ ressaltam que a maior ocorrência do sexo masculino se deve ao fato de os homens se exporem mais a atividades ao ar livre, por longos períodos e com relação à cor da pele; é rara a ocorrência em peles escuras devido à maior quantidade de melanina presente, possuindo assim uma maior proteção à exposição solar. A média de idade dos pacientes verificada foi de 44,11 anos, concordando com estudos da literatura que citam como referência a 5ª década de vida^{7,15}. Além disso, todos os casos estavam localizados no lábio inferior, devido a esta localização específica receber diretamente a incidência dos raios solares¹⁵.

A leucoplasia obteve uma maior prevalência no sexo feminino, corroborando os estudos de Silveira *et al.*⁷ e Maia *et al.*¹⁰, embora muitos estudos relatem o sexo masculino como o mais prevalente^{11,12,16}. Este cenário vem sofrendo mudanças devido ao fato de as mulheres estarem cada vez mais aderindo a hábitos que antes eram considerados masculinos, como o de fumar e beber. Quanto ao tipo de pele, verificou-se que o tipo feoderma foi o mais comum, o que vai de encontro à maioria dos estudos, que citam o tipo leucoderma como o mais frequente^{7,10,12,16}. A média de idade dessa lesão foi de 49,5 anos, ocorrendo em maior número em casos a partir dos 40 anos de idade, dado que também foi observado em

alguns estudos^{7,11}. O sítio anatômico, que teve um predomínio de casos, foi a mucosa jugal com 32,8%, resultado em consonância com relatos de outros autores^{10,13,16}. Para Laphthanasupkul *et al.*¹⁷, a localização da lesão está relacionada ao hábito a hábitos do paciente no caso da localização, na mucosa jugal, teria predileção por pacientes com hábito de fumar, o que está de acordo com o presente estudo em que houve um número considerável de pacientes fumantes/ex-fumantes com essa lesão.

A eritroplasia é tida como uma condição clínica incomum na mucosa bucal, fato que pode ser observado nos resultados, em que apresentou apenas 4 casos (3%) das lesões encontradas. Com relação ao sexo, Maia *et al.*¹⁰ e Hosni *et al.*¹⁸ encontraram, em seus estudos, uma predominância do sexo masculino, corroborando a presente pesquisa em que obteve todos os casos no referido sexo. Segundo Neville *et al.*¹², a eritroplasia não tem uma predileção significativa por gênero específico; isso depende de fatores, como localização geográfica e hábitos. Então, o que pode ser explicado na presente pesquisa sobre a predominância do sexo masculino é o fato de a maioria dos indivíduos possuírem o hábito de beber (75%), e metade (50%) possuir o hábito de fumar, ambos considerados fatores de risco para o aparecimento dessas lesões. O tipo de pele feoderma se sobressaiu sobre os demais, concordando com o estudo de Maia *et al.*¹⁰ e Leal, Amaral e Oliveira¹³. No que se diz respeito à média de idade, a média encontrada foi de 45,5 anos, concordando todos os estudos observados^{7,10,13,14,18}, que citam a meia-idade e idosos como o grupo mais frequente. Os sítios acometidos foram língua (50%), assoalho bucal (25%) e mucosa jugal (25%), indo em consonância com alguns estudos^{2,11}, que citam o assoalho bucal e língua como os mais acometidos por essa lesão.

Percebeu-se neste estudo uma maior prevalência do Líquen Plano Oral pelo sexo masculino, concordando com o estudo de Maia *et al.*¹⁰ e discordando com a maioria dos estudos presentes na literatura^{12,13,19,20}, nos quais o sexo feminino se encontra mais prevalente. Esse resultado se deveu ao fato de apenas serem encontrados dois casos da presente lesão para este estudo, o que não apresenta fidedignidade com relação ao que acontece na população em geral. O tipo de pele leucoderma obteve uma prevalência de 100% dos casos, concordando com muitos estudos da

literatura^{10,19,20}, que citam esse tipo de pele com um risco de cinco vezes maior de apresentar essa lesão. Com relação a essa predileção, pouco se sabe, mas acredita-se que esteja relacionada a fatores gênicos. No que se diz respeito à idade, essa lesão teve uma média de 39,5 anos, concordando com alguns estudos em que a média de idade mais prevalente foi entre a quarta e sexta década de vida^{10,13,20}. Segundo Maia *et al.*¹⁰, Leal, Amaral e Oliveira¹³ e Sousa e Rosa²⁰, a localização mais acometida foi a mucosa jugal, estando em consonância com este estudo que obteve em todos os casos essa localização. Essa predileção pode ser explicada pela espessura do epitélio e pelo grau de ceratinização da mucosa jugal, permitindo que as alterações histopatológicas observadas se reflitam clinicamente com mais facilidade quando comparadas a outras mucosas²⁰.

Quanto aos fatores de risco identificados nas fichas, foi observada uma relação entre os pacientes com leucoplasia e eritroplasia com o hábito de fumar e beber. Segundo Van der Waal⁶, o fumo do tabaco é um agente carcinógeno potente, que, juntamente com o consumo abusivo do álcool, torna-se o principal fator de risco para o desenvolvimento de uma neoplasia maligna bucal. Além desses fatores de risco, também foi observado, nas fichas, que a maioria dos pacientes com a presença de queilite actínica trabalhavam em atividades expostas à radiação solar, que é o principal fator para o surgimento dessas lesões^{6,12}.

Com relação à conduta frente ao tratamento dessas lesões, para a queilite actínica, a conduta mais indicada foi o uso do dexpanthenol, que é uma pomada cicatrizante estimuladora da produção de fibroblastos, e o uso do protetor labial para prevenir a progressão da lesão. Para as outras lesões, a excisão cirúrgica foi o tratamento mais indicado, com a finalidade da realização do diagnóstico histopatológico para confirmar o diagnóstico clínico.

Confrontando o diagnóstico clínico com o histopatológico, para os dois casos de queilite actínica em que foi realizado biópsia, foram diagnosticados em um caso displasia epitelial leve associada à elastose solar e, no outro, apenas elastose solar, o que demonstrou compatibilidade entre os diagnósticos clínico e histológico. Com relação ao líquen plano, um caso obteve o histopatológico clássico dessa lesão¹⁹, enquanto que o outro se apresentou inconclusivo. Para os dois casos de eritroplasia em que a biópsia foi realizada,

um dos pacientes não apresentou nenhuma anormalidade tecidual, enquanto que o outro foi diagnosticado com carcinoma epidermoide oral no exame microscópico. Embora a eritroplasia seja uma lesão rara, ela é considerada a principal desordem oral com potencial de transformação maligna, pois geralmente evidencia altos graus de displasia ou a presença de um câncer bucal no momento do seu diagnóstico definitivo^{11,12}, fato que pode ser observado nesta pesquisa, em que dos quatro pacientes diagnosticados clinicamente com essa lesão, um foi diagnosticado com carcinoma epidermoide oral, sendo o único caso de neoplasia maligna identificado neste estudo. Das lesões diagnosticadas clinicamente como leucoplasias e em que foram realizadas biópsias, a maioria obteve como resultado histopatológico a hiperqueratose, com 11 casos, seguida de displasia epitelial leve com cinco ocorrências e displasia epitelial moderada com 3 casos, resultados semelhantes aos estudos de Silveira *et al.*⁷ e Queiroz *et al.*¹⁴, em que a hiperqueratose e a displasia epitelial leve foram os resultados histopatológicos mais comuns.

Com relação ao acompanhamento clínico dos pacientes estudados, percebeu-se uma grande dificuldade no retorno destes que demonstraram bastante resistência em retornar à clínica-escola, mesmo sendo oferecido tratamento gratuito e total disponibilidade para realizar o devido tratamento para cada lesão. Ainda como limitação, percebeu-se uma falta de cuidado e atenção no preenchimento das fichas clínicas, em que algumas apresentavam lacunas que seriam importantes para um melhor resultado da presente pesquisa. necessidade de ações preventivas de combate à violência, seja ela interpessoal ou no trânsito, e de adequação de ambientes para prevenção de quedas em crianças e idosos.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que o presente estudo obteve uma prevalência de desordens orais com potencial de transformação maligna semelhante à prevalência mundial; a queilite actínica foi a desordem responsável pelo maior número de casos encontrados, fato esse que pode ser explicado pelo alto índice de radiação solar no local onde a pesquisa foi realizada. Também foi constatada uma grande evasão por parte dos pacientes no tratamento e no controle clínico, o que

pode estar relacionado com falha dos profissionais no atendimento, tratamento e orientação desses pacientes, bem como nas dificuldades socioculturais e falta de conhecimento sobre as doenças ainda enraizadas na nossa sociedade. Esses resultados mostram a necessidade de se investir na formação do profissional, para que se torne cada vez mais capacitado em encontrar essas lesões, bem como orientar esses pacientes sobre a importância do tratamento e acompanhamento, pois se sabe que a prevenção baseada em educação em saúde é um método eficaz de combate à doença.

REFERÊNCIAS

1. Inca. Estimativa do Câncer de boca para os anos 2016/2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>>. Acesso em: 20 de julho de 2017.
2. Martins RB, Giovani EM, Villalba H. Lesões Cancerizáveis na Cavidade Bucal. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008; 26(4): 467-76.
3. Petersen PE. Strengthening the prevention of oral cancer: the WHO perspective. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33(6): 397-399.
4. Kumar YS, Acharya S, Pentapati KC. Prevalence of oral potentially malignant disorders in workers of Udupi taluk. South Asian J Cancer. 2015; 4(3): 130-133.
5. Starzyńska, A, Pawłowska A, Renkielska D, Michajłowski I, Sobjanek M, & Błażewicz I. Oral premalignant lesions: epidemiological and clinical analysis in the northern Polish population. Postep Derm Alergol. 2014; (31): 341-350.
6. Van Der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: present concepts of management. Oral Oncol. 2010; 46(6): 423-5.
7. Silveira ÉJ, Lopes MF, Silva LM, Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LM. Potentially malignant oral lesions: clinical and morphological analysis of 205 cases. J Bras Patol Med Lab. 2009; 45(3): 233-8.

8. Chher T, Hak S, Kallarakkal TG, Durward C, Ramanathan A, Ghani WMN, et al. Prevalence of oral cancer, oral potentially malignant disorders and other oral mucosal lesions in Cambodia. *Journal Ethnicity & Health*. 2016; 22(6): 1-15.
9. Ferreira AM, Lucena EES, Oliveira TC, Silveira ÉJD, Oliveira PT, Lima KC. Prevalence and factors associated with oral potentially malignant disorders in Brazil's rural workers. *Oral Diseases*. 2016; 536-542.
10. Maia HCM, Pinto ANS, Pereira JS, Medeiros AMC, Silveira EJD, Miguel MCC. Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas. *Einstein*. 2016; 14(1): 35-40.
11. Silva AT, Resende SE. Lesões potencialmente malignas da cavidade oral: revisão da literatura. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2016; 45(2): 67-71.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 3. ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2016.
13. Leal KL, Amaral MTR, Oliveira MC. Levantamento epidemiológico de lesões orais potencialmente malignas em um centro de referência na Bahia. *Rev de Ciências Méd. e Biol*. 2015; 13(2): 194-203.
14. Queiroz SIML, Medeiros AMCD, Silva JSPD, Silveira EJDD. Clinical and histopathological evaluation and habits associated with the onset of oral leukoplakia and erythroplakia. *J Bras Patol Med Labor*. 2014; 50(2): 144-9.
15. Arnaud RR, Soares MSM, Paiva MAF, Figueiredo CRLV, Santos MGC, Lira CC. **Queilite Actínica: Avaliação histopatológica de 44 casos**. *Rev Odontol UNESP*. 2014; 43(6): 384-389.
16. Farenzena KP, Vieira RR, De Carli JP, Silva SO, Linden MSS, Trentin MS, et al. Leucoplasia bucal: levantamento epidemiológico dos casos encontrados no Serviço de Diagnóstico Histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo. *Odonto*. 2012; 20(40): 57-66.
17. Lapthanasupkul P, Poomsawat S, Punyasingh J. A clinicopathologic study of oral leukoplakia and erythroplakia in a Thai population. *Quintessence Int*. 2007; 38(8): 448-55.
18. Hosni ES, Salum FG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MA. Oral erythroplakia and speckled leukoplakia: retrospective analysis of 13 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009; 75(2): 295-9.
19. Sousa FACG, Rosa LEB. Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008; 74(2): 284-92.
20. Sousa FACG, Rosa LEB. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP. *Ciênc Odontol Bras*. 2005; 8(4): 96-100.

Perfil epidemiológico dos pacientes com lesões buco-maxilo-faciais: contribuições para a eficiência dos processos de gestão hospitalar

Epidemiological profile of patients with oral and maxillofacial injuries: contributions to the efficiency of hospital management processes

RESUMO

Objetivos: Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com lesões buco-maxilo-faciais. **Métodos:** Estudo retrospectivo mediante análise de 344 fichas ambulatoriais ou prontuários médico-hospitalares. **Resultados:** O sexo masculino foi o mais prevalente, a faixa etária de 21 a 30 anos, a mais acometida (28,8%), com tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$). O acidente de moto foi o segundo principal agente etiológico (32,6%). Os traumatismos faciais foram mais prevalentes no domingo, no período da tarde (24,7%; $p \leq 0,01$). A maioria das vítimas de acidentes não fez uso de algum Equipamento de Proteção Individual e alegou ter consumido algum tipo de droga (22,7%). **Conclusão:** As lesões buco-maxilo-faciais é um tema amplo, que possui uma gama de etiologias distintas e envolve a interação de vários fatores. As injúrias provenientes dos acidentes motociclísticos contribuem para a morbimortalidade e para o aumento dos custos hospitalares.

Palavras-chave: Perfil Epidemiológico; Lesões Maxilofaciais; Traumatismos Maxilofaciais; Doenças da boca; Gestão Hospitalar.

ABSTRACT

Objectives: To outline the epidemiological profile of patients with buco-maxillofacial lesions. **Methods:** In this retrospective study, 344 outpatient records or medical records were analyzed. **Results:** The male gender was the most prevalent, the age group of 21 to 30 years was the most affected (28.8%), with a highly significant trend ($p \leq 0.01$). The motorcycle accident was the second major etiological agent (32.6%). Facial trauma was more prevalent on Sunday afternoon (24.7%, $p \leq 0.01$). Personal Protective Equipment was not used by most accident victims, who claimed to have used some type of drug (22.7%). **Conclusion:** Buco-maxillofacial lesions are a broad theme that has a range of distinct etiologies and involves the interaction of several factors. Injuries from motorcycle accidents contribute to morbidity and mortality and increase hospital costs.

Key-words: Epidemiological Profile; Maxillofacial injuries; Maxillofacial trauma; Diseases of the mouth Hospital Management; Hospital administration.

Damião Edgleys Porto

Mestrando em Saúde Pública.
Especialista em Cirurgia e Traumatologia
Buco-maxilo-facial pela Universidade
Estadual da Paraíba - UEPB

Rossana Dias Costa

Graduanda em Odontologia pela
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Érika Porto

Graduanda em Odontologia pela
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Maria José da Silva, 25C - Centro,
Montadas - PB/Brasil
CEP: 58145-000
Telefone: (83) 3381-1184
E-mail: edgleys.porto@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A gestão da saúde hospitalar é uma das mais complexas, pois existe um maior número de profissões e técnicas que em qualquer outra atividade, fazendo com que o cliente dos serviços de saúde tenha um limiar de suporte e leitura interpretativa muito mais intolerante, face à qualidade dos serviços que lhe estão sendo prestados¹.

O conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos por um serviço de saúde desempenha um importante papel na Gestão Pública, revelando, com precisão, a prevalência desses agravos, permitindo, ainda, uma distribuição epidemiológica dentro de características próprias, revelando perfil socioeconômico, fatores de risco, genéticos e ambientais associados e o agente etiológico propriamente dito a fim de compreender, estudar, tratar e combater não somente com abordagens terapêuticas, mas, sobretudo, preventivas^{2,3}.

Inserido num contexto de urgência e emergência hospitalares, os estudos reportam que o atendimento de urgências odontológicas é responsável por uma demanda variável entre 5% e 39% do total de atendimentos clínico-assistenciais por período trabalhado. Esses casos classificam-se por condições ou estados que requerem a intervenção imediata do Cirurgião-Dentista, o qual deverá efetuar rapidamente os procedimentos preliminares indicados, até que se viabilize o atendimento complementar adequado⁴.

Dentre os diversos tipos de injúrias que acometem o corpo humano, o traumatismo de face é evidenciado pela literatura com peculiar importância, sobretudo na gestão pública, principalmente porque as injúrias ocasionadas pelo traumatismo de face são responsáveis por grande parte dos atendimentos efetuados na emergência e da morbimortalidade nos centros de trauma, refletindo-se na falta de leitos em hospitais e policlínicas, além dos gastos com o tratamento, a recuperação e a reabilitação dos pacientes, o que, na maioria das vezes, modifica o direcionamento das políticas públicas em saúde^{5,6,7}.

Na epidemiologia dos traumatismos faciais, reconhecer e identificar os agentes etiológicos mais prevalentes, o tipo de traumatismo e a população mais afetada são partes fundamentais para a estruturação de serviços, aperfeiçoamento do atendimento e melhoria das condições de vida dessa mesma população, incluindo desde os primeiros atendimentos até os acompanhamentos pós-operatórios, objetivando a reabilitação do indivíduo e seu retorno, com mais brevidade e na medida do

possível, a uma vida normal^{8,9,10}.

Nesse âmbito, tem sido extensamente relatado na literatura que os traumatismos faciais são mais correntes no sexo masculino, na faixa etária de 21 a 30 anos. Também está esclarecido que fatores, como o consumo de bebidas alcoólicas, a violência urbana e o desrespeito às normas de trânsito, contribuem sobremaneira para aumentar as estatísticas dos traumatismos faciais¹¹.

Todavia, estudos epidemiológicos realizados nas diversas regiões do país e do mundo apontam divergência quanto à etiologia mais prevalente dos traumatismos e ao tipo de fratura mais diagnosticada^{10,12,13,14}. Somado a isso, a escassez de estudos de gestão em odontologia hospitalar e, sobretudo, o conhecimento do perfil epidemiológico dos usuários desses serviços de odontologia hospitalar inseridos em um contexto multidisciplinar ainda é um desafio para gestores e autoridades¹⁵.

Portanto, este trabalho tem como propósito traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial em um hospital de referência da Paraíba, durante o período compreendido entre janeiro de 2012 e outubro de 2014.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa e procedimento descritivo. A técnica de pesquisa adotada foi a observação indireta por meio da análise de dados secundários. O estudo foi realizado no Hospital Regional Dr. Felipe Tiago Gomes, localizado na cidade de Picuí-PB.

Por meio da amostragem não probabilística, foram analisados 344 prontuários médico-hospitalares e/ou fichas ambulatoriais de pacientes acometidos com lesões buco-maxilo-faciais durante o período compreendido entre janeiro de 2012 e outubro de 2014.

Após a análise, os dados foram armazenados, organizados e tabulados com Software Microsoft Excel® (2010) e submetidos à análise estatística com o auxílio do programa SPSS (Statistical Packag for the Social Sciences) versão 18.0 (2009), por meio das técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, sendo as primeiras, por meio de tabelas, e a segunda, a análise inferencial, por meio do estudo do intervalo com 95% de confiança para a média e comparação de médias e significância de 0,05, com $p < 0,05$, atribuindo-se a associação

“Altamente Significativa” (AS) para $p \leq 0,01$; “Associação Significativa” (S) para $0,01 \leq p \leq 0,05$; e associação “Não Significativa” (NS), quando não havia associação entre as variáveis, ou seja, elas se mostravam independentes para a amostra em estudo, para $p > 0,05$. Os dados foram submetidos ao teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov. Para os dados paramétricos, foi aplicado o teste t-student e para os dados não paramétricos, foram aplicados os testes de Kruskal Wallis e X^2 .

O estudo foi devidamente registrado no SISNEP (37341314.2.0000.5187) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Pública no Estado da Paraíba, sem conflito de interesses, sendo, também, obtida anuência do hospital onde foi realizada a pesquisa.

RESULTADOS

Houve maior prevalência entre os pacientes atendidos e provenientes da própria cidade de Picuí (53,5%), seguido por Cuité (7,0%) e Baraúna (6,1%). Esses pacientes encontraram-se na faixa etária de 21 a 30 anos (28,8%), com predominância do sexo masculino (53,5%), numa proporção de 1:1, sendo que 49,7% eram leucodermas e 32,3% eram agricultores.

Tabela 1 - Distribuição do número de pacientes segundo a etiologia e o sexo

ETIOLOGIA	SEXO (%)		TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA			
	M	F		X^2	p	CONDIÇÃO	SEXO
Acidente de moto	40,2	16,3	29,1	23,8	0,000	AS	M
Queda da própria altura	10,9	11,9	11,3	0,08	0,769	NS	-
Agressão física	8,2	6,9	7,6	0,02	0,655	NS	-
Acidente esportivo / recreativo	6,0	2,5	4,4	2,5	0,115	NS	-
Lesão patológica	27,2	57,5	41,3	32,5	0,000	AS	F
Outros acidentes de trânsito ¹	3,8	3,1	3,5	0,11	0,732	NS	-
Acidente de trabalho	3,7	1,8	2,8	1,129	0,288	NS	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0				
TOTAL DE PACIENTES	184	160	344				

¹ Foram citados na categoria “Outros acidentes de trânsito”: acidente de automóvel, atropelamento, acidente de bicicleta.

Tabela 2 - Distribuição do número de pacientes segundo a etiologia e faixa etária

ETIOLOGIA	FAIXA ETÁRIA (ANOS) (%)							TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA		
	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	+ 60		p	CONDIÇÃO	FAIXA ETÁRIA
Acidente de moto	3,0	34,4	39,4	29,8	37,1	23,3	6,9	29,1	0,000	AS	11 a 60
Queda da própria altura	33,3	3,3	-	7,0	17,1	10,0	44,8	11,3	0,000	AS	0 a 10/ + 60
Agressão física	3,0	14,8	9,1	5,3	11,4	-	-	7,6	0,066	NS	-
Acidente esportivo/ recreativo	12,1	6,6	4,0	-	-	-	-	8,7	0,265	NS	-
Lesão patológica	42,4	37,7	36,4	50,9	28,6	56,7	44,8	41,3	0,179	NS	-
Outros acidentes de trânsito ¹	6,2	3,2	4,0	1,8	2,9	6,7	-	3,5	0,778		
Acidente de trabalho	-	-	7,1	3,5	-	3,3	-	2,9	0,091	NS	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
TOTAL DE PACIENTES	33	61	99	57	35	30	29	344			

¹ Foram citados na categoria “Outros acidentes de trânsito”: acidente de automóvel, atropelamento, acidente de bicicleta.

Tabela 3 - Distribuição do número de diagnósticos segundo o sexo

DIAGNÓSTICOS ¹	SEXO (%)		TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA			
	M	F		X ²	p	CONDIÇÃO	SEXO
Processos patológicos ²	18,6	43,9	29,8	29,0	0,000	AS	F
Fratura de ossos próprios do nariz	15,3	14,6	15,0	0,04	0,842	NS	-
Fratura do complexo zigomático-orbital ³	34,0	18,1	26,9	12,1	0,000	AS	M
Fratura de mandíbula	5,6	2,9	4,4	1,6	0,206	NS	-
Ferimento em face	10,7	3,5	7,5	7,1	0,008	AS	M
Outros ⁴	9,3	14,6	11,7	2,6	0,106	NS	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0				
Total de diagnósticos	215	171	386				

¹ Um paciente pode apresentar mais de um diagnóstico.

² Foram citados na categoria "Processos Patológicos": processos inflamatórios (cisto, abscesso, granuloma e osteomielite), tumores e neoplasias.

³ Complexo zigomático-orbital: abrangendo órbita, corpo, pilar e arco zigomáticos.

⁴ Foram citados na categoria "Outros": Síndrome do ardor bucal, trauma fechado de face, factiniorragia, Disfunção têmporo-mandibular e corpo estranho.

Tabela 4 - Distribuição do número de pacientes segundo o diagnóstico e faixa etária

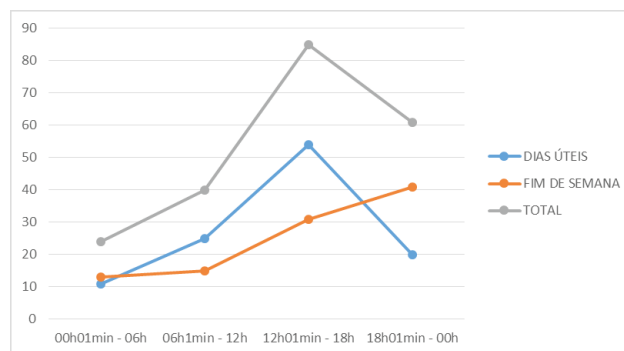
DIAGNÓSTICO ¹	FAIXA ETÁRIA (ANOS) (%)								TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA		FAIXA ETÁRIA
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	+ 60	P		CONDIÇÃO		
Processos patológicos ²	39,4	28,8	26,5	36,1	10,0	41,2	34,4	29,8	0,041	S	Todas	
Fratura de ossos próprios do nariz	18,2	19,2	14,2	9,8	15,0	17,6	12,5	15,0	0,816	NS	-	
Fratura do complexo zigomático-orbital ³	3,0	19,2	31,9	27,9	55,0	23,5	18,8	26,9	0,000	AS	Acima de 11	
Fratura de mandíbula	9,1	6,8	5,3	4,9	-	-	-	4,4	0,246	NS	-	
Ferimento em face	-	17,8	8,0	3,3	-	8,8	6,3	7,5	0,004	AS	11 a 20	
Outros ⁴	18,2	4,1	9,7	14,8	17,5	5,9	21,9	11,7	0,061	NS	-	
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0				
TOTAL DE DIAGNÓSTICOS	33	73	113	61	40	34	32	386				

¹ Um paciente pode apresentar mais de um diagnóstico;

² Foram citados na categoria "Processos patológicos": processos inflamatórios (cisto, abscesso, granuloma e osteomielite), tumores e neoplasias;

³ Complexo zigomático-orbital: abrangendo órbita, corpo, pilar e arco zigomáticos;

⁴ Foram citados na categoria "Outros": Síndrome do ardor bucal, trauma fechado de face, factiniorragia, disfunção têmporo-mandibular e corpo estranho

**Figura 1** - Percentual do número de pacientes segundo o dia, horários e turnos.

A tabela 1 aponta que, no sexo masculino, o agente etiológico mais prevalente foi o acidente de moto (40,2%). Para o sexo feminino, a maior prevalência foi de lesões patológicas (57,5%). Existiu uma tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$) de o sexo masculino estar relacionado predominantemente com o acidente de moto. Por outro lado, no sexo feminino, essa tendência foi observada nas lesões patológicas. Para as demais etiologias, não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$).

Foi possível observar, na Tabela 2, que os acidentes de moto foram o agente etiológico predominante em praticamente todas as faixas etárias, com tendência altamente significativa

na faixa etária compreendida entre 21 e 30 anos (39,4%; $p \leq 0,01$). Entretanto, nos extremos da idade, foi mais prevalente a queda da própria altura: 0 a 10 anos (33,3%) e acima de 60 anos (44,8%), com tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$). As demais etiologias não demonstraram associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), sendo, portanto, independentes para os dados em estudo.

A tabela 3 aponta que a fratura do complexo zigomático-orbital foi o diagnóstico mais prevalente dos traumatismos faciais (26,9%), predominantemente no sexo masculino (34,0%), havendo tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$). Para o sexo feminino, os processos patológicos foram os mais diagnosticados (43,9%), com tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$). Dos 386 diagnósticos apresentados pelos pacientes atendidos por nosso serviço, as fraturas faciais somaram 46,3% dos casos. Para os demais diagnósticos, não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$).

Como visto na Tabela 4, as fraturas do complexo zigomático-orbital alcançaram maior índice percentual em praticamente todas as idades, com destaque para a faixa etária entre 41 e 50 anos (55,5%), com diferença altamente significativa ($p \leq 0,01$). Os processos patológicos foram mais prevalentes na faixa etária de 51 a 60 anos (41,2%), com dependência significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$). As fraturas de nariz e os ferimentos em face foram mais observados nas idades de 11 a 20 anos: 19,2% e 17,8, respectivamente, ambos sem diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Do total de 208 traumatismos faciais, 86,1% corresponderam a traumatismos em tecido duro (fraturas), e 13,9%, a danos em tecidos moles (ferimentos). Entre as fraturas faciais, as fraturas do complexo zigomático-orbital foram as mais diagnosticadas (50%), seguidas pelas fraturas de ossos próprios do nariz, 27,9%. Das 115 lesões patológicas diagnosticadas, 29,6% corresponderam a tumores benignos, destacando-se, entre eles, a predominância de fibromas. 5,2% das patologias corresponderam a neoplasias, essencialmente do tipo carcinoma espinocelular, com predominância na língua.

Para os traumatismos em tecidos duros (fraturas), destacamos que o tratamento cirúrgico com redução incruenta foi realizado em 116 pacientes (30,1%). Dentre estas, merece destaque a

redução cirúrgica da fratura dos ossos próprios do nariz (16,7%). A redução cruenta foi aplicada em 61 casos (15,8%) com grifo para a redução cruenta de fratura do complexo zigomático-orbital como sendo a mais realizada (17,6%). Para as lesões patológicas, o tratamento cirúrgico foi realizado em 86,1% dos casos, e o tratamento conservador, em 13,9%.

Dos 119 pacientes atendidos vítimas de acidente de trânsito, apenas 4,9% utilizaram algum E.P.I. (Equipamento de Proteção Individual), tal como capacete ou cinto de segurança, enquanto que a maioria (29,7%) não fez uso. 22,7% alegaram ter ingerido algum tipo de bebida alcoólica ou além de ter consumido bebida alcoólica, confessaram ter associado com alguma droga ilícita (tal como crack, cocaína), e 18,3% negaram ter consumido bebida ou ter utilizado droga.

De acordo com o gráfico 1, é possível observar o comportamento dos traumatismos faciais, segundo o horário, turno e dia da semana. Em linhas gerais, o dia da semana de maior ocorrência dos traumatismos faciais foi o domingo (16,3%), com tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$). O período da tarde (das 12h01 às 18h) foi o de maior ocorrência dos traumatismos faciais (24,7%), com tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$), sendo o horário de maior pico das 16h01 às 18h (34,2%).

DISCUSSÃO

Embora o sexo feminino venha se expondo mais aos fatores etiológicos das lesões buco-maxilo-faciais nas últimas décadas, com participação mais efetiva no trânsito, no trabalho e nas atividades esportivas, que envolvem contato físico,^{9,16} a literatura aponta uma tendência maior para o sexo masculino ser mais acometido por lesões buco-maxilo-faciais, principalmente o traumatismo de face. Isso se deve, principalmente, ao fato de este ter participação mais intensa na vida social, na violência urbana, nos acidentes de trânsito, no consumo de drogas, entre elas, o álcool. Neste estudo, os sexos masculino e feminino apresentaram relação de 1:1, dados que se aproximam dos de Cavalcante *et al.*,¹¹ Porto *et al.*,¹² e Cavalcanti *et al.*¹⁴

A faixa etária de 21 a 30 anos segue esse mesmo paradigma em relação à idade de maior comprometimento das lesões buco-maxilo-faciais, concordando com os trabalhos de Raimundo⁵, Oliveira *et al.*,⁹ Xavier *et al.*¹⁶ Adicionalmente, Lopes

et al.,¹³ sugerem que é possível que, no ímpeto de participarem mais da vida moderna, esses adultos jovens têm se lançado arbitrariamente no consumo de bebidas alcoólicas, na imprudência no trânsito, excedendo os limites de velocidade e desrespeitando as leis de trânsito, envolvendo-se mais em brigas e, dessa forma, estão mais propensos a sofrerem um maior número de traumatismos físicos.

A maioria dos pacientes atendidos pelo serviço originava-se da cidade de Picuí, leucodermas e agricultores. Tais informações corroboraram os achados de Vieira *et al.*¹⁷ e Silva *et al.*¹⁸ Esse fato pode ser justificado pelas próprias características geoeconômicas do Seridó paraibano, onde a agricultura ainda continua sendo a principal fonte de renda da maioria da população. Para Austregésilo *et al.*,⁴ o fator “profissão” em um estudo epidemiológico representa um importante indicativo de renda da população, apesar de esta variável não ter sido neste estudo, ela está estreitamente ligada na relação com as lesões buco-maxilo-faciais no dizer de Raimundo *et al.*,⁵. Recomendam-se estudos epidemiológicos que incluam essa variável devido ao seu nível de relevância em direcionar as políticas de gestão para essa população.

No que concerne à etiologia das lesões buco-maxilo-faciais, verificou-se neste estudo que as lesões patológicas são as mais prevalentes, seguidas dos acidentes de trânsito e quedas. Esses dados são concordantes com os de Dias Neto *et al.*,² Vieira *et al.*,¹⁷ Silva *et al.*,¹⁸ e divergentes dos reportados por Raimundo *et al.*,⁵ Porto *et al.*,¹² Xavier *et al.*¹⁶, que consideram os acidentes de trânsito como os mais prevalentes, e Oliveira *et al.*,⁹ a violência/agressão física como principal causa. Dos acidentes de trânsito encontrados em nosso estudo, a maioria foi ocasionada por acidente de motocicleta, semelhante aos dados de Cavalcante *et al.*¹¹ e Cavalcanti *et al.*¹⁴

Podemos considerar como justificativa plausível para o aumento de acidentes envolvendo motociclistas em nossas estatísticas, o crescente número desse meio de transporte, que circula no trânsito, em especial, na região do Curimataú e Seridó; associamos ainda à imprudência, relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas e o desrespeito às leis de trânsito desses condutores, principalmente nas cidades circunvizinhas e interioranas do estado da Paraíba e de outros estados vizinhos, onde a fiscalização é mais precária, e a Lei Seca ainda não

tem se mostrado efetiva.

Também se pôde contatar que as quedas de altura foram mais frequentes nos extremos das faixas etárias, 0 a 10 anos e acima de 60 anos, concordando com os estudos de Cavalcante *et al.*,¹¹ Lopes *et al.*¹³ e Xavier *et al.*¹⁶. Tais resultados podem ser justificados pelo fato de na fase infantil, a coordenação motora não estar totalmente aguçada, bem como, as crianças experimentarem maior independência e interação com a sociedade, tendendo a sofrerem quedas. Na terceira idade, patologias ósseo-articulares e no labirinto ocasionam episódios de fraqueza e tontura, influenciando, assim, no aumento da prevalência de queda nesses indivíduos. As lesões patológicas foram mais prevalentes na faixa etária de 51 a 60 anos, corroborando os estudos de Vieira *et al.*,¹⁷ e Silva *et al.*¹⁸

Quanto aos diagnósticos, as fraturas faciais foram as mais prevalentes, especificamente as fraturas de apenas um osso, seguidas das fraturas múltiplas, que foram concordantes com os resultados de Porto *et al.*,¹² e Cavalcanti *et al.*¹⁴ Uma minoria dos diagnósticos corresponderam a traumatismos envolvendo apenas tecidos moles da face (ferimentos), em concordância com os apontamentos de Cavalcante *et al.*,¹¹ e Lopes *et al.*¹³

As fraturas do complexo zigomático-orbital foram o diagnóstico mais prevalente dos traumatismos faciais no sexo masculino em praticamente todas as idades, com destaque para a faixa etária de acima de 41 a 50 anos, corroborando os resultados encontrados por Cavalcante *et al.*,¹¹ Lopes *et al.*,¹³ e Porto *et al.*,¹² e divergindo dos de Oliveira *et al.*,⁹ que encontraram as fraturas de nariz, e no trabalho de Raimundo *et al.*,⁵ que identificaram maior prevalência nas fraturas de mandíbula. O maior acometimento do complexo zigomático-orbital pode ser justificado pelo fato de que este se encontra em uma posição mais proeminente da face, tornando-se um local comum para a fratura.

Entre as patologias diagnosticadas por nosso serviço, os tumores benignos, particularmente os fibromas, foram os mais prevalentes, corroborando com os encontrados por Dias Neto *et al.*,² Xavier *et al.*,¹⁶ Silva *et al.*¹⁸ e refutados por Vieira *et al.*,¹⁷ em que as estomatites foram o diagnóstico mais prevalente. Para o sexo feminino, os processos patológicos foram os mais diagnosticados, sobretudo na faixa etária de 51 a 60 anos, corroborando Dias Neto *et al.*,² Silva *et al.*¹⁸ e divergindo com Vieira *et al.*,¹⁷ que

obtiveram maioria na faixa etária de 18 a 50 anos.

Na tentativa de justificar a divergência entre os autores em relação aos resultados deste estudo, corrobora-se a opinião de Cavalcanti *et al.*,¹⁴ ao salientarem que as influências ambientais, culturais, étnicas e sócio-econômicas, a amostra e o período do estudo podem afetar sensivelmente o perfil epidemiológico das lesões buco-maxilo-faciais tanto em relação à etiologia quanto ao diagnóstico mais prevalente. Isso ainda somado às características de cada região do país estudado, sobretudo quando se trata do Brasil, um país de dimensões continentais, onde existem disparidades físicas, sociais, econômicas e culturais marcantes de uma região para outra.

Para os traumatismos em tecidos duros (fraturas), destacamos que o tratamento cirúrgico com redução incruenta foi realizado em parte considerável dos pacientes, merecendo destaque para as reduções cirúrgicas da fratura dos ossos próprios do nariz e do complexo zigomático-orbital. Tais resultados estão de acordo com os estudos de Raimundo *et al.*,⁵ Cavalcanti *et al.*,¹⁴ quando explicam que tanto os resultados do tratamento conservador quanto do cirúrgico foram satisfatórios, considerando os critérios de reabilitação funcional e retorno às atividades e convívio social, e que o cirurgião buco-maxilo-facial deve possuir “bom senso” na indicação da forma de tratamento a ser empregada, levando-se em consideração as condições gerais do paciente e se o ambiente é favorável, inclusive economicamente, para que seja aplicado o método de tratamento adequado.

A minoria dos pacientes atendidos vítimas de acidente de trânsito utilizaram algum Equipamento de Proteção Individual, tal como capacete ou cinto de segurança, semelhantemente aos achados de Cavalcante *et al.*,¹¹ e Porto *et al.*,¹². A maioria dos pacientes com traumatismos faciais alegou ter ingerido algum tipo de bebida alcoólica ou além de ter consumido bebida alcoólica, confessou ter associado com alguma droga ilícita (tal como crack, cocaína). Esses achados sustentam-se naqueles obtidos por Lopes *et al.*¹³

Os traumatismos faciais foram mais prevalentes nos finais de semana, com destaque para o domingo; durante a semana, o dia de maior ocorrência foi a terça-feira. Esses resultados foram semelhantes aos achados de Cavalcante *et al.*¹¹ e Porto *et al.*¹² Isso pode ser atribuído ao fato de que,

no final de semana, as pessoas se envolvem mais com os fatores de risco, participando de festas, bares, entre outros, sendo comum que façam uso de drogas, entre elas, o álcool.

O período da tarde foi o de maior ocorrência dos traumatismos faciais, sendo o horário de maior pico das 16h01 às 18h, corroborando a opinião de Raimundo *et al.*⁵ e divergindo do reportado por Oliveira *et al.*,⁹ os quais consideraram o período noturno como o de maior prevalência. Ressalta-se que a noite é o período de maior envolvimento social dos indivíduos e de exposição aos agentes etiológicos.

O tempo médio de internação foi de 3 dias, resultado que se aproxima do encontrado por Porto *et al.*¹² Em alguns casos, esse tempo pode ser aumentado, no dizer de Oliveira *et al.*,⁹ em virtude da gravidade do traumatismo, muitas vezes havendo politraumatismo, comprometimento neurológico, necessidade de terapia intensiva e, também, devido à dificuldade de encaminhamento e transporte do paciente do local do traumatismo até o hospital onde ele receberá o atendimento definitivo.

Os órgãos de gestão do SUS, tais como o Ministério da Saúde em nível Federal, e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nas esferas Estadual e Municipal, respectivamente, bem como os órgãos reguladores de trânsito podem se subsidiar de estudos como este, a fim de que haja um planejamento mais consistente das ações e serviços direcionados em especial à população vitimada por lesões buco-maxilo-faciais, com maior ênfase na prevenção de agravos, promoção da saúde e qualidade de vida. Para os gestores hospitalares, esse banco de dados fornece um norteamento das políticas setoriais com o intuito de otimizar o trabalho, melhorar o atendimento e diminuir os custos operacionais, além de fornecer subsídios para se formular em programas preventivos com maior eficiência.

CONCLUSÃO

O trauma facial acomete predominantemente adultos jovens do sexo masculino. O acidente de moto foi um dos agentes etiológicos mais evidentes, com fratura do complexo zigomático-orbital. O tratamento executado para a maioria das vítimas foi a redução incruenta. Grande parte não fez uso de nenhum equipamento de proteção individual, além de ingerirem algum tipo de droga lícita e/ou

ilícita. O dia da semana em que houve mais casos de traumatismos foi no domingo, no período da tarde.

REFERÊNCIAS

1. Menarca MLG, Salavessa MRO. Aplicabilidade dos sistemas de qualidade na gestão hospitalar. Disponível em: <http://http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2232532>. Acesso em: 21 de junho de 2016.
2. Neto BD, Medrado AP, Reis SRA. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos de um centro de referência em patologia bucomaxilofacial, em um período de 10 anos. *Rev Bahiana Odonto*. 2012 Dez; 3(1): 3-15.
3. Seixas MAS, Melo HT. Desafios do administrador hospitalar. *Rev Gestão e Planejamento*; 2004 jan.-jun,5(9):16-20.
4. Austregésilo SC, Leal MCC, Góes PSA, Figueiredo N. Avaliação de serviços odontológicos de urgência (SOU): a visão dos gestores, gerentes e profissionais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2013 abr.-jun; 13(2): 161-69.
5. Raimundo RC, Guerra LAP, Antunes AA, Carvalho RWF, Santos TS. Fraturas de mandíbula: análise retrospectiva de 27 casos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac*. 2008 jan.-mar; 8(1): 57-62.
6. Oliveira MG, Paes JV, Paes FLSV, Valiati R, Gomes FV, Massotti FP. et al. Epidemiological profile of maxillofacial traumatic injuries in southern Brazil. *Int J Maxillofac Surg*; 2010 ago; 21(2): 77-82.
7. Silva EM, Matos FRRO, Pimenta RMC, Rodrigues JLSA, Marques JAM, Musse JO, et al., Epidemiological profile and characterization of oral and maxillofacial injuries in women victims of interpersonal violence. *Int J Odontostomat*. 2016 Abr;10(1):11-16.
8. Vasconcelos BG, Silva LAC, Júnior AF, Neto CRM, Pereira CM. Perfil epidemiológico dos pacientes com fraturas faciais atendidos em um hospital de Goiânia-Goiás. *J Health Sci Inst*. 2014 jul.-set;32(3):241-5.
9. Oliveira CMCS, Santos SOJS, Brasileiro BF, Santos TS. Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac*. 2008 jul.-set; 8(3): 57-68.
10. Carvalho filho MAM, Saintrain MVL, Anjos RES, Pinheiro SS, Cardoso LCP, Moizain JA, et al. Prevalence of oral and maxillofacial trauma in Elders admitted to a reference Hospital in Northeastern Brazil. *PLoS ONE*. 2015 Ago;10(8) 1-15.
11. Cavalcante JR, Guimarães KB, Vasconcelos BCE, Vasconcelos RJH. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos com trauma de face no Hospital Antônio Targino - Campina Grande/Paraíba. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009 Set.-Out;75(5):628-633.
12. Porto DE, Tavares GR, Tavares SSS, Cavalcante JR. Perfil epidemiológico dos traumatismos faciais de pacientes atendidos em hospitais de emergência e trauma de Campina Grande – PB. *Int J Dent, Recife*. 2011 nov;10(4):204-222.
13. Lopes ALC, Rangel CLG, Paiva KRG, Camara THQ, Ferreira MAF. Prevalência dos traumas buco-faciais em pacientes atendidos no Hospital Walfredo Gurgel (Natal-Rio Grande do Norte). *Rev Cir Traumatol*. 2011 abr.-jun;11(2):123-130.
14. Cavalcanti AL, Assis KM, Cavalcante JR, Xavier AFC, Aguiar YPC. Traumatismos maxilofaciais em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012 jun.-set;12(3):439-345.
15. Góes PSA, Figueiredo N, Rocha RACP. Aspectos teóricos e metodológicos da avaliação de serviços e programas. In: Pereira AC. *Tratado de saúde coletiva em odontologia*. São Paulo: Nova Odessa: Napoleão; p. 395-412, jun. 2009.
16. Xavier JC, Andrade SC, Arcoverde CAL, Lucena KCR, Cavalcanti DNT, 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*. 2009 jul.-set; 8(3): 135-139.
17. Vieira TTP. Prevalência de lesões e/ou alterações bucais em pacientes da Clínica de Estomatologia da Universidade Federal da Paraíba. 2010. 40f. Trabalho de Conclusão

de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

18. Silva TFA, Souza RB, Rocha RD, Araújo FAC, Morais HHA. Levantamento das biópsias realizadas no serviço de cirurgia buco-maxilo-facial do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2011 Abr-Jun; 11(2):91-100.

Diagnóstico e tratamento de Sialolitíase: Relato de Caso

Diagnosis and treatment of Sialolithiasis: Case Report

RESUMO

Sialólitos são estruturas calcificadas, que se desenvolvem no interior do sistema ductal salivar, em decorrência da deposição de sais de cálcio ao redor de um acúmulo de restos orgânicos no lúmen do ducto glandular. Acometem, com mais assiduidade, a glândula submandibular e são a causa mais comum de inflamações agudas ou crônicas nas glândulas salivares maiores. Manifestam-se, com maior frequência, em indivíduos adultos de meia-idade, e os sinais e sintomas mais comuns são a dor e a tumefação local. Podem ser evidenciados por radiografias convencionais, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia, cintilografia, sialoendoscopia e sialografia. O tratamento inclui a eliminação espontânea mediante orientações ou uso de medicamentos, ou a remoção cirúrgica do sialólito, sendo necessária, em alguns casos, a exérese da própria glândula. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico do paciente S.L.M, 44 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, atendida na clínica de Cirurgia Bucal da Universidade Federal Fluminense, apresentando um sialólito no sistema ductal da glândula submandibular do lado esquerdo. A paciente foi submetida à remoção cirúrgica do sialólito sob anestesia local, sem maiores intercorrências.

Palavras-Chave: Sialolitíase; Glândula submandibular; Tratamento.

Fernanda Britto de Melo Silva

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil

Bárbara de Oliveira Nogueira

Pós-graduanda em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade

Adriana Terezinha Neves Novellino Alves

Doutora em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e professora da disciplina de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil

Marcelo José Pinheiro Guedes de Uzeda

Mestre e doutorando em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e Professor de Cirurgia Bucal da Universidade Iguazu, Nova Iguaçu / RJ, Brasil

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Doutor em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e professor da disciplina de Cirurgia oral menor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fernanda Britto de Melo Silva
Rua Ministro Viveiros de Castro,
82/ 601 – Copacabana
Rio de Janeiro – RJ – Brasil.
CEP: 22021-010
E-mail: fernandabrittodemelo2@hotmail.com
Telefone: +5521998177665

ABSTRACT

Sialoliths are calcified structures that develop inside the salivary ductal system, due to the deposition of calcium salts around an accumulation of organic remains in the lumen of the glandular duct. They have a more frequent involvement of the submandibular gland and are the most common cause of acute or chronic inflammation in the major salivary glands. They occur more frequently in middle-aged adult patients and the most common signs and symptoms are local pain and swelling. They can be evidenced by conventional radiography, computed tomography, MRI, ultrasonography, scintigraphy, sialoendoscopy and sialography. Treatment includes spontaneous elimination, from guidelines or use of medications, or surgical removal of sialolite, in some cases, the excision of the gland itself. This study aims to report the clinical case of the patient S.L.M, 44 years old, female, Caucasian, attended at the Oral Surgery Clinic of the Federal Fluminense University, presenting a sialolite in the ductal system of the left submandibular gland. The patient was submitted to surgical removal of the sialolite, under local anesthesia, without major intercurrents.

Keywords: Salivary Gland Calculi; Submandibular gland; Therapy

INTRODUÇÃO

Os sialolitos são estruturas calcificadas, que se desenvolvem no interior do sistema ductal ou ácino de glândulas salivares. São capazes de impedir ou limitar o fluxo salivar e levar à ausência de secreção salivar na glândula afetada pela obstrução de seus ductos terminais.¹ Dentre as patologias que acometem as glândulas salivares, estima-se que a sialolitíase representa cerca de 30% das alterações em glândulas, com maior incidência na glândula submandibular (83 a 94%), seguida da glândula parótida (4 a 10%) e sublingual (1 a 7%). Sua ocorrência nas glândulas salivares menores é rara.²

Embora a etiologia do cálculo salivar permaneça indefinida, acredita-se que sua formação ocorre mediante a deposição de sais de cálcio ao redor de um nicho central de células epiteliais descamadas, bactérias, corpos estranhos ou produtos de decomposição bacteriana, associados à retenção salivar. Esse processo ocorre devido a fatores morfoanatômicos, como ductos salivares estreitos e tortuosos, ou à composição da própria saliva com altas concentrações de sais de cálcio e fosfato.³

A sialolitíase é mais comum entre adultos jovens e de meia-idade. Pode, também, acometer as mais diversas faixas etárias.³ Os sialolitos são encontrados com maior incidência no sexo masculino, não havendo predileção por qualquer etnia.⁴

Os pequenos sialolitos permitem a passagem da saliva através do ducto, podendo ser assintomáticos. No entanto, os de tamanhos maiores podem obstruir completamente a passagem de saliva, reduzindo o seu fluxo, gerando dor, edema e eventual infecção da glândula salivar envolvida.¹

O diagnóstico pode ser obtido mediante exame clínico associado a exames de imagem como a radiografia oclusal. Ao exame radiográfico, os sialolitos apresentam-se como uma massa radiopaca devido à natureza calcificada dos sais de cálcio dos sialolitos. No entanto, há alguns casos em que essas imagens não podem ser vistas através de radiografias convencionais, graças ao baixo grau de calcificação presente em determinadas lesões. Clinicamente, os sialolitos localizados nos 2/3 anteriores do ducto da glândula submandibular são facilmente palpados intraoralmente.⁵

A sialografia está entre os exames que podem ser solicitados e aponta o local exato onde está localizada a obstrução. Isso ocorre, uma vez

que permite a visualização de todo o ducto a partir da introdução de um composto orgânico iodado, que apresenta característica radiodensa, como o Lipiodol Ultra Fluido (UF), no ducto excretor glandular.⁶ A cintilografia, ultrassonografia, sialoendoscopia e tomografia computadorizada são consideradas, ainda, grandes auxiliares no diagnóstico dessa patologia glandular, uma vez que o diagnóstico correto e o tratamento imediato diante da presença de cálculos salivares são fundamentais para a recuperação da função do paciente.⁷

Os sialolitos pequenos presentes em glândulas salivares maiores podem, algumas vezes, ser tratados de forma conservadora, com massagens leves na glândula em uma tentativa de ordenar o cálculo para o orifício do ducto. Os sialogogos (medicamentos que estimulam o fluxo salivar), calor úmido e aumento da ingestão de líquidos também podem promover a eliminação do cálculo. Os grandes sialolitos usualmente requerem remoção cirúrgica.³

RELATO DE CASO

Paciente S.L.M, sexo feminino, 44 anos de idade, leucoderma compareceu à clínica de Cirurgia oral menor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense encaminhada por seu dentista clínico. A queixa principal era de dor na região submandibular do lado esquerdo, com tempo de evolução de aproximadamente 21 dias.

Ao exame físico, notou-se um aumento de volume palpável, endurecido e bem circunscrito na região de glândula submandibular esquerda. No exame intraoral, foi possível visualizar aumento de volume localizado em soalho bucal, endurecido e móvel à palpação, além de menor quantidade de saliva advinda do ducto ipsilateral. Durante anamnese, a paciente relatou ao profissional que não fazia uso de qualquer tipo de droga e não era portadora de qualquer doença sistêmica.

A avaliação radiográfica foi realizada através de tomografia computadorizada do tipo FanBeam, para a avaliação do ducto e da glândula submandibular acometida. Detectou-se a presença do cálculo próximo à saída do ducto de Wharton, confirmando o seu diagnóstico clínico.

No planejamento cirúrgico, optou-se pela remoção do sialolito sob anestesia local, em ambiente ambulatorial.

Inicialmente, foi realizada antisepsia da cavidade oral por meio de bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard Colgate® Nova Iorque, Nova Iorque, EUA) por um minuto e, extraoral, com a utilização de sabão de clorexidina a 4% (Riohex Rioquímica® Duque de Caxias - RJ). Em seguida, realizou-se aposição do campo cirúrgico e bloqueio dos nervos alveolar inferior e lingual com 1,8 mL de Cloridrato de Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Mepiadre 100 - DFL® Rio de Janeiro – RJ Brasil), aguardado cerca de quinze minutos para o início do procedimento.

Após a paciente relatar a falta de sensibilidade em região do soalho bucal, um ponto simples de reparo foi confeccionado com fio de seda 3-0 e agulha 3/8 triangular (Ethicon® Somerville -Nova Jersey EUA), para que não ocorresse o deslocamento proximal do sialolito. Utilizou-se uma lâmina número 15 (Medblade Med Goldman® São José – SC Brasil) para realizar a incisão com cerca de dois centímetros em seu maior diâmetro. Sobre ela, foi realizada uma pequena divulsão subsequente, fazendo com que o deslocamento do sialolito fosse imediato, possibilitando visualização total da loja cirúrgica. Após a remoção completa da lesão, a loja cirúrgica foi constantemente irrigada com soro fisiológico 0,9% (Eurofarma® Rio de Janeiro – RJ Brasil), seguindo-se da revisão da hemostasia. A síntese tecidual foi, então, realizada, utilizando-se fio de seda 3-0 agulha 3/8 triangular (Ethicon® Somerville -Nova Jersey EUA).

Para o período pós-operatório, foram prescritos por um período de quarenta e oito horas após o procedimento: anti-inflamatório não esteroide (Nimesulida - 100mg de doze em doze horas) e analgésico de ação periférica (Dipirona - 1g de seis em seis horas).

O material coletado na cirurgia foi condicionado em formol tamponado a 3,7 % e encaminhado para o exame histopatológico no laboratório de biotecnologia aplicada (LABA – Setor Histologia) da Universidade Federal Fluminense, onde, após o período de sete dias, o laudo emitido foi de Sialolito de glândula submandibular esquerda.

Em acompanhamento pós-operatório de sete dias, a paciente seguiu sem alterações, não havendo relato da presença de sangramento na região, dor ou qualquer tipo de incômodo. Os sinais clínicos de infecção e/ou inflamação inexistiam e, assim, a sutura foi removida. A paciente retornou

para acompanhamento na clínica da faculdade, no terceiro mês e no sexto mês de pós-operatório, sem presença de sinais clínicos de recidiva da lesão, ou mesmo, de alterações na salivação. Após o período de vinte e quatro meses, encontra-se em acompanhamento ambulatorial, com saúde oral estável.



Figura 1 - A. Aumento de volume extraoral em região submandibular esquerda. Figura 1: B. Aumento de volume intraoral em soalho bucal.

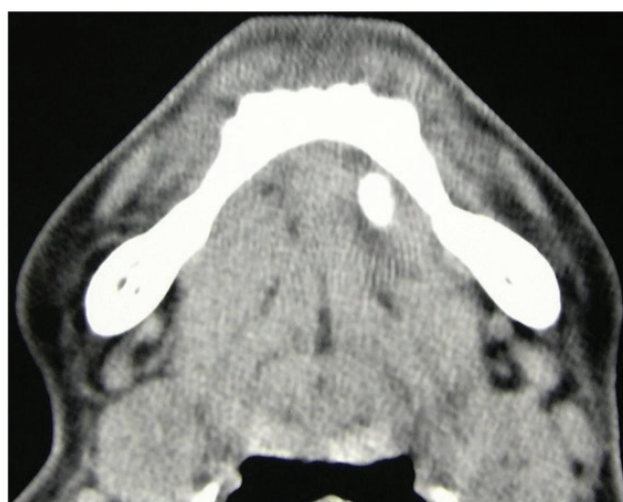


Figura 2 - Tomografia computadorizada FanBeam mostra a imagem de massa radiopaca na região submandibular esquerda.

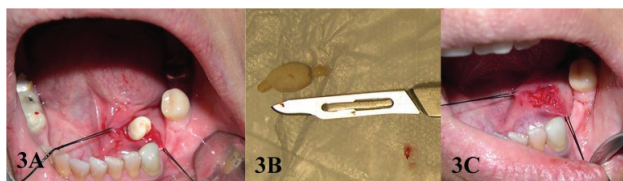


Figura 3 - A. Transoperatório após incisão e divulsão. Deslocamento imediato do sialolito B. Sialolito retirado de região submandibular de aproximadamente 3 cm em seu maior diâmetro. C. Loja cirúrgica após remoção do sialolito.

DISCUSSÃO

Epidemiologicamente, a maioria dos sialolitos tem origem na glândula submandibular, sendo a mais acometida, quando comparada às demais glândulas.¹ Os sialolitos são encontrados com maior incidência, no sexo masculino, não havendo

predileção por qualquer etnia.⁴ O caso relatado no presente trabalho corrobora a literatura em relação ao sítio acometido, pois a paciente apresentava sialolito em glândula submandibular.

Os sintomas da sialolitíase variam muito de acordo com a localização do cálculo e a pressão provocada por sua capacidade de impedir a função secretora da glândula. Com relação às lesões, podem se apresentar múltiplas ou únicas, sendo a dimensão do cálculo bem variável.¹ No entanto, sialolitos com mais de 1cm são raros, e sua forma pode auxiliar na localização. Na maioria das vezes, o sialolito se apresenta em formato cilíndrico quando habita o ducto e mais arredondado quando está no corpo glandular.⁸ Nesse caso relatado, durante o exame clínico, a paciente queixou-se de dor e aumento de volume intraoral na região submandibular esquerda. O cálculo se apresentava como uma lesão única com 3,0 cm em seu maior diâmetro.

O método mais utilizado para diagnosticar a sialolitíase é a associação dos exames clínico e radiográfico.⁹ As radiografias auxiliam no reconhecimento inicial, sendo as mais comuns a oclusal, a periapical e a panorâmica.⁶ Radiograficamente, os sialolitos se apresentam como massas radiopacas arredondadas ou ligeiramente alongadas.⁹ No presente caso, a avaliação foi feita através de tomografia computadorizada do tipo Fan Beam. A indicação desse tipo de exame pode ser justificada pela possibilidade de visualização do ducto e da glândula submandibular acometida, em que foi detectada a presença do cálculo próximo à saída do ducto de Wharton, confirmando o seu diagnóstico clínico.

Na maioria dos casos de sialolitíase, a anamnese, os exames intra orais, extraorais e radiográficos são suficientes para fechar o diagnóstico, tornando raros os estudos que fazem exame histopatológico. Há casos em que podem ser visualizadas partes do ducto. Isso ocorre quando é realizada a sua remoção juntamente com o sialolito. Se o ducto associado também for removido, frequentemente mostrará metaplasia de células escamosas, oncóticas ou mucosas. Além disso, é evidente uma inflamação periductal.³ No caso relatado, ao exame histopatológico, foi possível observar calcificações com laminações concêntricas circundando um ninho amorfo.

O tratamento da sialolitíase pode variar de acordo com o tamanho e o local da

calcificação.⁹ Pequenos cálculos, incapazes de obstruir completamente a passagem dos ductos, costumam ser assintomáticos, logo não necessitam de uma intervenção invasiva. Opta-se por estimular a produção de saliva, buscando expulsar naturalmente o sialolito. Por outro lado, os cálculos maiores podem ocluir a passagem do ducto, a que gera inchaço, dor e infecção da glândula envolvida, tendo como indicação sua retirada cirúrgica através de acesso intra oral, extraoral ou endoscopicamente, dependendo da experiência do cirurgião.¹⁰ Quando o sialolito se encontra na metade anterior do sistema ductal, o tratamento de escolha consiste, geralmente, em removê-lo através do acesso intraoral, e a incisão é feita sobre a posição do cálculo.⁴⁻⁸⁻⁹ O presente trabalho aplicou a conduta descrita anteriormente, obtendo um resultado adequado e satisfatório.

CONCLUSÕES

Um exame clínico cuidadoso e detalhado somado à escolha do exame por imagem devem ser realizados para um diagnóstico precoce e preciso. A escolha do tratamento deve ter como base o tamanho, a localização do cálculo, a presença de infecção na glândula associada e, principalmente, a correta realização da técnica e a experiência do profissional. Sempre que possível, é interessante optar por métodos menos invasivos com o objetivo de evitar o desconforto de uma cirurgia para o paciente e possíveis lesões a estruturas nobres. No caso clínico apresentado os resultados obtidos foram adequados e condizentes com a literatura avaliada. No entanto, nenhuma técnica deve ser tomada como regra geral, uma vez que cada caso possui suas particularidades anatômicas, histológicas, fisiológicas, as quais se relacionam diretamente com o tipo de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Landgraf H, Assis AF, Klüppel LE, Oliveira CF, Gabrielli MAC. Extenso sialolito no ducto da glândula submandibular: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac.* 2006 abr/jun; 6(2):29-34.
2. Oliveira Filho MA, Almeida LE, Pereira JA. Sialolito gigante associado á fistula cutânea. *Rev Cir Traumatol. Buco- Maxilo-fac.* 2008 abr/jun; 8(2):35-38.

3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral &maxilofacial. 2.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
4. Pretto JLB, Machado RA, Silveira RL, Borges HOI, Pagnoncelli RM. Sialolito em glândula submandibular: relato de caso. RFO. 2007 set/dez; 12(3): 61-4.
5. Teymoortash A, Ramaswamy A, Werner, JA. Is there evidence of a sphincter system in Wharton's duct? Etiological factors related to sialolith formation. J Oral Sci. 2003; 45(4):233-235.
6. Manzi FR, Silva AIV, Dias FG, Ferreira EF. Sialolito na glândula submandibular: Relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central. 2010;19(50):270-4.
7. Branco B, Cardoso A, Caubi A, Pena G. Sialolitíase: relato de um caso. BCI. 2003;3(3):9-14.
8. Ogawa AI, Takemoto LE, Navarro PL, Heshiki RE. Neoplasias de glândulas salivares. Arq Int Otorrinolaringol. 2008 jul/set;12(3):409-418.
9. Alves NS, Soares GG, Azevedo RS, Camisasca DR. Sialolito de grandes dimensões no ducto da glândula submandibular. Rev Assoc Paul Cir Dent.2014;68(1):49-53.
10. Araújo FAC, Júnior ONF, Landim FS, Fernandes, AV, Caubil, AF. Tratamento cirúrgico de sialolito em glândula submandibular- relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac. 2001 out/ dez; 11(4):13-18.

Líquen plano oral: um relato de caso

Oral lichen planus: a case report

RESUMO

O líquen plano oral é uma doença crônica sistêmica comum, que se caracteriza por ser mucocutânea, autoimune, porém de etiologia incerta. O objetivo do presente trabalho é o de relatar um caso clínico com diagnóstico precoce e tratamento imediato, bem como acompanhamento de sua evolução. Foi descrito o caso de uma paciente do serviço de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC. O teste para hepatite C se mostrou negativo para a paciente-alvo de nosso estudo e não há traços de transformação maligna nas lesões, considerando o acompanhamento clínico de 6 meses. O líquen plano oral necessita de diagnóstico preciso, para que a implementação de uma correta conduta terapêutica possa ser realizada.

Palavras-Chave: Líquen plano oral; Estomatologia; Lesões pré-cancerosas.

ABSTRACT

Oral lichen planus is a common chronic systemic disease characterized as a mucocutaneous, autoimmune but of uncertain etiology. The aim of this study was to report a case with early diagnosis, prompt treatment and a six-month follow-up. It described the case of a patient of Buco-Maxillofacial Service of the University Hospital Oswaldo Cruz - HUOC. The test for hepatitis C was negative for the patient and no traces of malignant transformation lesions was found, taking into account the clinical six-month follow-up. Oral lichen planus requires an accurate diagnosis for the implementation of a correct approach therapy.

KeyWords: Oral lichen planus; Stomatology; Precancerous conditions.

Jiordanne Araújo Diniz

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC – FOP - UPE

Allanardi dos Santos Siqueira

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC – FOP - UPE

Luiz Henrique Soares Torres

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC – FOP - UPE

Túlio Vidal Ferreira

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC – FOP - UPE

Ana Cláudia Gomes

Doutora e Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e professora adjunta do Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC – FOP - UPE

Emanuel Dias de Oliveira Silva

Doutor e Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Coordenador da residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC – FOP – UPE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Jiordanne Araújo Diniz
Rua Marechal Deodoro, 503/1004 -
Encruzilhada,
CEP: 52030-172
Recife/PE
E-mail: jiordannediniz18@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O líquen plano oral é uma doença crônica sistêmica comum, que se caracteriza por ser mucocutânea, autoimune, porém de etiologia incerta. Há relatos na literatura da associação dessa condição com outros fatores como o estresse, o diabetes, a ansiedade, as enfermidades autoimunes, predisposição genética e as infecções¹. Além da mucosa bucal, pode afetar a pele, a mucosa genital, o couro cabeludo e as unhas. A taxa de acometimento na mucosa oral é de até 60-70%, sendo que não há lesões em pele associadas, na maioria das vezes².

Essa patologia afeta comumente mulheres de meia-idade e raramente as crianças. O aspecto clínico das lesões de Líquen Plano Oral ocorre sob forma de estrias brancas (estrias Wickham), pápulas brancas, placas brancas, lesões eritematosas, erosivas ou bolhosas. Seis variantes clínicas dessa lesão foram descritas na literatura: reticular, atrófica, bolhosa, papular, erosivo e do tipo placa. Na maioria dos casos relatados, as lesões da cavidade oral são bilaterais, múltiplas e simétricas, podendo ser assintomáticas ou sintomáticas³.

As lesões intrabucais podem se situar na mucosa jugal, no bordo e no dorso da língua, no palato, na gengiva e no vermelhão dos lábios. O diagnóstico é feito por meio clínico e histopatológico. Como tratamento utilizam-se, mais frequentemente, corticosteroides tópicos e sistêmicos, que promovem alívio dos sintomas. Apesar de citado na literatura, existe muita controvérsia em relação à possibilidade de uma transformação maligna e sua relação com a hepatite C⁴.

Apesar de ser uma doença comum, o líquen plano oral necessita de um diagnóstico preciso e de um tratamento imediato, principalmente pela associação da lesão com transformação maligna. Portanto o objetivo do presente trabalho é o de relatar um caso clínico com diagnóstico precoce e tratamento imediato, bem como acompanhamento de sua evolução.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 69 anos de idade compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco –FOP com a seguinte queixa principal: “Sinto ardência na boca e não consigo me alimentar”. Ao exame físico

intrabucal, apresentava, em toda a mucosa jugal bilateral, aspecto hiperemiado com presença de estrias brancas não destacáveis com o uso de gaze de aspecto rendilhado (Figura 01). Quando evertida ou distendida, a mucosa não apresentou alteração de aspecto. Paciente nega hábitos, comorbidades, alergias ou fazer uso de medicações. As lesões não foram observadas em nenhuma outra parte do corpo.



Figura 1 - Lesões estriadas em mucosa jugal bilateral (estrias de Wickham).

Realizou-se biópsia incisional em mucosa jugal do lado esquerdo que revelou fragmento de mucosa bucal, revestido por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado exibindo áreas de ceratose focal. O tecido conjuntivo subjacente exhibe infiltrado inflamatório predominantemente linfoplasmocitário, localizado em posição subepitelial. O diagnóstico histopatológico acrescido do quadro clínico foi compatível com líquen plano oral.

Diante do diagnóstico de líquen plano, instituiu-se o tratamento com o propionato de clobetasol 0,5mg/g (Clobesol[®]) de uso tópico, a cada 12 horas, durante 4 semanas (Figura 02), além da confecção de novas próteses e sorologia para hepatite C. Após exame de sorologia, o resultado foi negativo para hepatite C. Após as quatro semanas de tratamento e acompanhamento da paciente, houve remissão de sinais e sintomas envolvidos com a patologia. A paciente está no quarto mês de acompanhamento, sem sinais de recidiva ou transformação maligna.



Figura 2 - Aspecto da mucosa jugal antes bilateral após tratamento com propionato de clobetasol 0,5mg/g por 4 semanas.

DISCUSSÃO

O líquen plano (LP) é uma doença mucocutânea, muito frequente em indivíduos do sexo feminino de meia-idade^{1,3,5,6}. Apesar de descrito na literatura como presente em outras regiões do corpo como pele, mucosa genital, couro cabeludo e unhas^{2,3}, o LP está presente, na maioria das vezes, na mucosa bucal^{5,7}, de forma simétrica e bilateral³, corroborando os achados no presente trabalho.

O diagnóstico desse tipo de lesão está associado aos achados clínicos e confirmados por meio de exame histopatológico^{3,4,5,7,8}. Estudos mostram a relação de estados psicológicos alterados (ansiedade e depressão), contribuindo para o desenvolvimento de líquen plano⁹ bem como estresse, diabetes, enfermidades autoimunes, predisposição genética e as infecções¹. Não foi observado nenhum dos fatores citados associados ao caso específico da paciente descrita neste trabalho. Em relação às variantes clínicas mais comuns, alguns autores apontam os tipos reticular e erosivo¹, embora outros categorizem os do tipo erosivo e atrófico como mais frequentes⁸. A forma clínica encontrada na paciente deste trabalho é do tipo reticular.

Um estudo realizado por Danielli *et al.* (2010) analisou o uso de corticosteroides em pacientes com líquen plano oral e concluiu que o uso tópico desses fármacos deve ser a primeira escolha para as lesões isoladas na mucosa bucal, devido a sua baixa toxicidade sistêmica, eficácia local e boa relação custo-benefício, e que a aplicação sistêmica deve ser reservada para os casos

mais severos ou disseminados da doença. O uso de elixir de dexametasona foi o mais utilizado em seu estudo, sendo um outro percentual da amostra tratado com propionato de clobetasol 0,5mg/g, por ser um corticosteroide potente e mais utilizado em pacientes sintomáticos. Outros autores relatam que os medicamentos mais utilizados são os corticoides tópicos: betametasona e clobetasol^{4,7}. Concordando com esses autores no caso clínico relatado, utilizou-se propionato de clobetasol 0,5mg/g em um caso sintomático pelo mesmo período de tempo e esquema posológico preconizados.

A relação com hepatite C também é descrita em baixo percentual por meio de reações liquenoides⁴, mas permanece bastante controversa³. Algumas hipóteses foram formuladas para justificar essa relação: o líquen surgiria como uma manifestação extra-hepática da infecção vírus da hepatite C; poderia ser resultado de uma reação imune induzida pelo vírus da hepatite C; reação autoimune pela produção de anticorpos contra a pele ou mucosa bucal; o surgimento poderia ocorrer durante a administração de fármacos utilizados no tratamento da hepatite C⁴. Considerando-se esses estudos, solicitou-se teste sorológico de hepatite C para a paciente-alvo de nosso estudo, obtendo resultado negativo.

Apesar de controversa, a transformação maligna é descrita na literatura em cerca de 1% dos casos^{1,5,6,10} ou menor que 1%⁸. O tempo de acompanhamento do paciente é essencial para determinar o verdadeiro potencial de malignização da lesão^{1,6}. No caso clínico, não foram encontrados traços de transformação maligna nas lesões, considerando-se o acompanhamento clínico atual de 6 meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O líquen plano bucal necessita de diagnóstico preciso para que a implementação de uma correta conduta terapêutica possa ser realizada. Apesar de descrita na literatura, não houve relação com a hepatite C ou transformação maligna no caso relatado.

REFERÊNCIAS

1. Tomaz A, Jacomacci WP, Quinto JHS, *et al.* Potencial de Transformación Maligna del Líquen Plano Oral: Estudio Retrospectivo. *Int. J. Odontostomat.* 2015; 9(3):511-517.

2. Ceita J. Líquen Plano Oral – Lesão Pré-Maligna? [Dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2014.
3. Figueiredo JMP. Líquen Plano – estudo de casos clínicos. [Dissertação]. Coimbra: Universidade Católica Portuguesa; 2012.
4. Capella AL, Minozzo CE. Líquen Plano Oral e a Hepatite C - uma controversa relação. [Trabalho de conclusão de curso]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2012.
5. Shen Z, Liu W, Zhu L. et al. **A retrospective clinicopathological study on oral lichen planus and malignant transformation: Analysis of 518 cases.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012 Nov;17(6): e943-7.
6. Paiva SN, Braga CC, Almeida-Coburn KL. *et al.* Oral lichen planus: clinical profile and determination of oral epithelial dysplasia. Int. J. Odontostomat. 2016; 10(1):99-106.
7. Moraes M, Matos FR, Pereira JS. et al. Oral lichen planus: two case reports in male patients. Rev. odonto ciênc. 2010; 25(2):208-212.
8. Cok S, Cok CC, Bascones-Martínez A. Malignización del liquen plano oral (LPO). Av. Odontoestomatol 2015; 31 (5): 323-329.
9. Martins JD. Associação entre a ansiedade e depressão e o líquen plano bucal. [Dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2014.
10. Danielli J, Vilanova LSR, Pedroso L. Protocolo de Atendimento e Acompanhamento do Paciente com Líquen Plano Oral (LPO). Rev Odontol Bras Central 2010;19(50):233-238.

Coronectomia: Quando indicar? Como realizar?

Relato de Caso

Coronectomy: When to indicate? How to proceed?
Case report

Emmanuel Pereira Escudeiro

Graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ / Brasil

Marlon Ribeiro do Amaral Júnior

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro / RJ / Brasil

Rafael Seabra Louro

Coordenador da disciplina de Cirurgia Oral Menor e Anestesiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e Coordenador do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro / RJ / Brasil

Marcelo José Uzeda

Doutorando em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ / Brasil e Professor da disciplina de Cirurgia Bucal da UNIG, Nova Iguaçu / RJ / Brasil

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Doutor em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ / Brasil e Professor da disciplina de Cirurgia Bucal da UNIG, Nova Iguaçu / RJ / Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Emmanuel Pereira Escudeiro
Rua Mariz e Barros,
33/1501 – Niterói, RJ / Brasil
CEP: 24220-120
E-mail: emmanuel.escudeiro@gmail.com
Telefone: +5521972214431

RESUMO

A coronectomia, também denominada de odontectomia parcial intencional ou sepultamento intencional, é uma técnica cirúrgica, que visa à remoção da coroa de um elemento dentário incluso, que se apresente próximo a alguma estrutura nobre, evitando, com isso, complicações e/ou riscos desnecessários durante ou mesmo, após a realização do procedimento cirúrgico, como lesão ao nervo alveolar inferior e/ou riscos de uma fratura mandibular. O cirurgião precisa seguir corretamente as indicações e ter um rigoroso planejamento cirúrgico diretamente relacionado a taxa de sucesso. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico do paciente F.F.C., sexo masculino, 28 anos de idade, leucoderma, submetido à técnica cirúrgica de odontectomia parcial intencional no elemento dentário 37, posicionado abaixo das linhas amelocementárias dos elementos 38 e 36, ocasionando a reabsorção radicular da raiz distal deste último. O procedimento foi realizado sem intercorrências no transoperatório. No controle pós-operatório de 24 meses, não houve presença de infecções e /ou exposição do coto radicular do elemento dentário na cavidade bucal, além da ausência de parestesia ou fratura mandibular no pós-operatório. **Palavras-chave:** Dente não erupcionado; Parestesia; Nervo Mandibular.

ABSTRACT

The coronectomy, also called intentional partial odontectomy or intentional burial, is a surgical technique that aims to remove the crown from an included dental element, which is close to any noble structure. Therefore, avoiding unnecessary complications and / or risks during or even after performing the surgical procedure, such as injury to the inferior alveolar nerve or risks of a mandibular fracture. The surgeon needs to follow the indications correctly and have a rigorous surgical planning, directly related to the success rate. The objective of this study is to report a clinical case of a FFC patient, male, 28 years old, leucoderm, submitted to partial denture surgery in the dental element 37, positioned below the amelocemental line of elements 38 and 36, causing a root resorption of the distal root of the latter. The procedure was performed without complications in the trans - operative period. In the postoperative control of 24 months, infections and / or exposure of the dental element in the buccal cavity were not detected, besides not presenting paraesthesia and / or mandibular fracture in the postoperative period.

Key words: Unerupted Tooth; Paresthesia; Mandibular Nerve.

INTRODUÇÃO

Muitas são as complicações comumente associadas com terceiros molares impactados, tais como pericoronarite, cárie e doença periodontal, e isso justifica o fato de a cirurgia de terceiro molar ser a cirurgia odontológica mais realizada¹. Diversos trabalhos na literatura vêm explorando o risco relativo de lesão aos nervos alveolar inferior (NAI) e nervo lingual, quando esses dentes são removidos, podendo lesões temporárias ocorrerem em até 8% dos casos, e lesões permanentes, em até 3,6%. Quando considerado o número de extrações anuais, esses valores são de grande importância².

A odontectomia parcial intencional, também descrita como coronectomia ou sepultamento intencional, consiste na remoção da coroa do dente, deixando a raiz *in situ*. Além dos casos em que há risco de lesão ao NAI, a técnica é também indicada em casos nos quais exista a possibilidade de fratura mandibular e no manejo de terceiros molares associados a cistos dentígeros que apresentem um risco real de prejuízo para o NAI, ressaltando que a técnica é de grande valor para esses casos³.

A técnica foi inicialmente descrita por Ecuyer e Debien em 1984 como um procedimento cirúrgico alternativo às extrações completas de terceiros molares. Em junho de 1997, durante o Congresso da Associação Britânica de Cirurgia Oral e Maxilofacial, O'Riordan apresentou um estudo sobre 100 casos de coronectomia, demonstrando que o risco de infecção era mínimo e a morbidade era menor que quando realizada a cirurgia tradicional de exodontia, considerando esta uma alternativa válida⁴.

O sucesso da odontectomia parcial intencional depende de alguns fatores como o fragmento retido da raiz ser vital, não ter tecido pulpar inflamado e ser circundado por osso sadio. No entanto, diversas são as situações em que a coronectomia está contraindicada, como elas: cáries com risco de envolvimento pulpar, mobilidade, lesão apical, associação com tecido cístico, que seja improvável de ser resolvido, caso a raiz seja deixada *in situ*, tumor, imunocomprometidos e pacientes que estão recebendo tratamento prévio à radioterapia², além de todas as contraindicações para qualquer cirurgia bucal (uso de bifosfonatos) e pacientes que serão submetidos a cirurgias ortognáticas⁵.

RELATO DE CASO

Paciente F.F.C, sexo masculino, 28 anos de idade, leucoderma compareceu à clínica de Cirurgia Oral Menor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, encaminhado por seu dentista clínico devido à necessidade de avaliação do elemento dentário 37 que se apresentava ausente na arcada (**Figura 1**). No exame por imagem de radiografia panorâmica, foi possível visualizar que este se encontrava abaixo da linha amelocementária dos elementos 38 e 36, sendo que neste último, ocasionou uma reabsorção radicular de sua raiz distal, além de apresentar íntima relação com o canal mandibular. Com isso, foi proposta ao paciente a realização da técnica de odontectomia parcial intencional sob anestesia local, em ambiente ambulatorial, visando não gerar uma lesão ao nervo alveolar inferior e manter os elementos vizinhos na arcada dentária. A avaliação clínica do paciente foi realizada, constatando que ela não apresentava nenhuma contraindicação local ou sistêmica para a realização do procedimento cirúrgico. Com isso, foi esclarecido todo o procedimento a ser realizado, e o paciente foi convidado a assinar um termo, autorizando a divulgação do caso clínico.

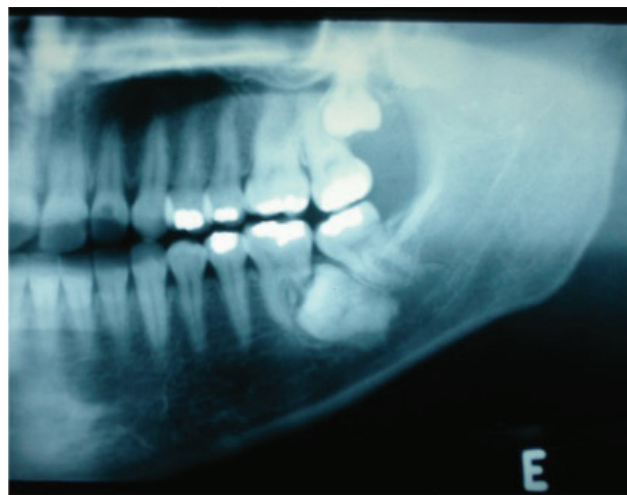


Figura 1 - Radiografia panorâmica inicial..evidenciando elemento 37 incluído.

O paciente foi encaminhado para realizar o tratamento endodôntico do elemento 36 anteriormente ao procedimento cirúrgico.

Inicialmente foi realizada antisepsia da cavidade oral por meio de bochecho com solução de digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard - Colgate-Palmolive Industrial Ltda®, São Paulo, Brasil) por um minuto e extraoral com a utilização de digluconato de clorexidina 2%

(Riohex 2% - Rioquímica®, São Paulo, Brasil). Em seguida, realizou-se a aposição do campo cirúrgico estéril e iniciou-se procedimento com o bloqueio dos nervos alveolar inferior, lingual bucal, utilizando-se aproximadamente 1,8 mL e 0,3mL, respectivamente, de Cloridrato de Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Mepiadre 100 - Nova DFL®, São Paulo, Brasil), aguardando cerca de quinze minutos para iniciar o procedimento.

Realizou-se incisão tipo envelope com lâmina de bisturi de aço carbono nº15 (Lamedid Solidor®, São Paulo, Brasil) que se estendeu da papila mesial do primeiro molar inferior esquerdo ao redor dos colos dos dentes até a face distobucal do terceiro molar. Em seguida, posterior e lateralmente, para cima, na borda anterior do ramo mandibular. O retalho foi descolado lateralmente para expor o rebordo alveolar com o descolador de periosteio de Molt nº 9 (Quinelato®, São Paulo, Brasil).

Posteriormente, foi realizada osteotomia com o auxílio da caneta de alta rotação com broca esférica nº 6 cirúrgica multilaminada (JET®, São Paulo, Brasil), na altura do elemento 37, para visualização da sua coroa dentária do mesmo (**Figura 2a**). Em seguida, foi realizada a remoção da coroa do dente 37 com broca carbide cirúrgica cônica Zecrya, 28mm extralonga (Microdont®, São Paulo, Brasil), com posterior clivagem desta, com alavanca apexo nº 303 (Quinelato®, São Paulo, Brasil) (**Figura 2b**). Após a remoção da coroa, foi realizado do ápice da raiz distal do primeiro molar inferior com broca carbide cirúrgica cônica 702 (Microdont®, São Paulo, Brasil), seguido de irrigação do local operado com soro fisiológico 0,9% (Eurofarma®, Rio de Janeiro, Brasil). Assim foi realizada a síntese da ferida cirúrgica com pontos interrompidos, utilizando fio de sutura seda preta trançado 4-0 com agulha triangular (Ethicon®, Nova Jersey, EUA).

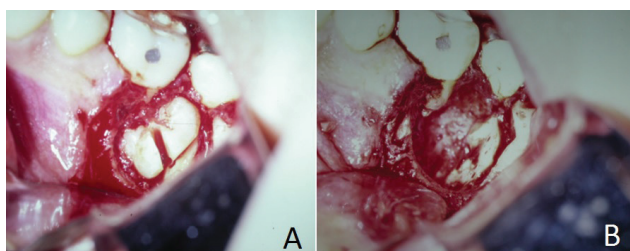


Figura 2 - Visualização da coroa dentária do elemento 37 e início da odontosseção. B – Coroa do elemento 37 removida.

Para o período pós-operatório, anti-inflamatório não esteroideal (Nimesulida 100 mg de doze em doze horas) e analgésico de ação periférica (Dipirona sódica 1g de seis em seis horas) foram prescritos por quarenta e oito horas após o procedimento assim como antisepsia da cavidade oral por meio de bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard - Colgate-Palmolive Industrial Ltda®, São Paulo, Brasil) durante sete dias.

O controle pós-operatório do caso relatado foi realizado com sete dias, durante exame clínico. O paciente não relatou queixas algicas ou sangramento na região. Não foi visualizada a presença de sinais clínicos de infecção e/ou inflamação na região, e, assim, a sutura foi removida. Não houve presença de infecções e/ou exposição do elemento dentário na cavidade bucal, além de não apresentar parestesia e/ou fratura mandibular no pós-operatório. Após 24 meses, foi realizada uma avaliação por meio de exame clínico e radiografia panorâmica dos maxilares (**Figura 3**).

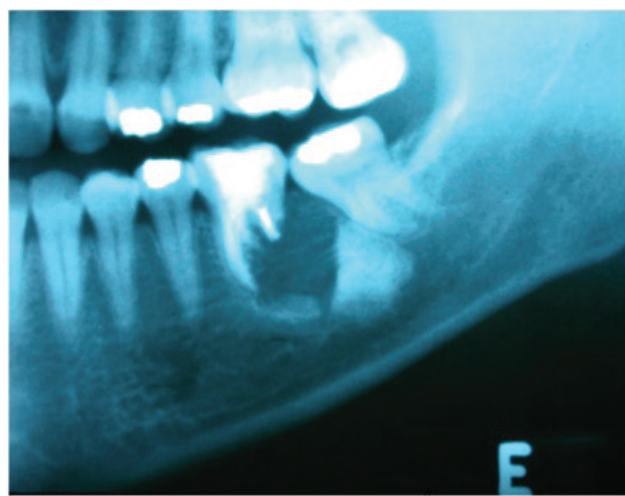


Figura 3 - Figura 3 - Radiografia panorâmica de controle após 24 meses.

DISCUSSÃO

Ao nos depararmos com a situação em que um elemento dentário se encontra próximo ao canal mandibular, é necessário que seja realizada uma boa avaliação a fim de ser definido o plano de tratamento que promova a melhor relação risco-benefício para o paciente.

Por ser uma técnica que trata de molares mandibulares vitais de alto risco, devem ser respeitadas as indicações e contraindicações do procedimento, tendo como fatores essenciais

para evitar as complicações a manutenção (antes e durante o procedimento) da vitalidade e imobilidade das raízes. Por esse motivo, a técnica não é indicada nas seguintes situações: elementos afetados por cáries com risco de envolvimento pulpar; mobilidade; lesão apical; associação com tecido cístico improvável de ser resolvido, caso a raiz seja deixada *in situ*; tumor, associado; pacientes com osteotomias; imunocomprometidos e pacientes que estão recebendo tratamento prévio à radioterapia. Incluem-se ainda todas as contraindicações para qualquer cirurgia bucal e pacientes que pretendem fazer cirurgias ortognáticas. Por outro lado, é indicada para o tratamento de elementos dentários afetados por pericoronarite ou que estejam causando doença periodontal no dente adjacente à mesial⁶ assim como dentes que ofereçam risco de lesão ao NAI ou de fratura mandibular.

Em alguns estudos^{7,8}, após avaliação das radiografias panorâmicas, foi realizado um exame mais preciso, a tomografia computadorizada de feixe cônico (TC). Esses casos mostraram um melhor resultado em termos de se evitar a mobilização intraoperatória da raiz.

No que diz respeito à coronectomia, ela pode ser realizada com base nas informações obtidas durante a radiografia panorâmica, porém a TC permite aos clínicos com menos experiência cirúrgica um diagnóstico mais preciso e uma escolha da terapia mais apropriada, apesar de expor o paciente à radiação e estar associado ao aumento do custo. Além disso, em casos nos quais ocorra movimentação radicular transoperatória, a TC oferece uma melhor avaliação da morfologia radicular e da relação raiz-canal mandibular, o que ajuda na remoção das raízes, apresentando risco um pouco mais reduzido.

Em 2012, Gleeson, *et al*⁹, descrevem o passo a passo da técnica, dividindo-a em seis estágios: incisão, exposição, coronectomia, finalização da superfície da raiz, debridamento do alvéolo e fechamento. Assim como Monaco, *et al*, em 2015⁶, que desenvolveu um fluxograma para a tomada de decisão quanto à realização da técnica, embora este a divida em nove, acrescentando à descrição da técnica as indicações e contraindicações, o diagnóstico radiográfico e o controle radiográfico.

Para o acesso cirúrgico, um retalho mucoperiosteal total com incisão vertical anterior é posicionado na distal do segundo molar inferior, e uma incisão relaxante é realizada na distal,

estendendo por alguns milímetros através da linha oblíqua externa^{2,6}. O envelope mínimo confere acesso adequado ao dente e preserva a papila, o que ajuda no fechamento primário. Porém, Monaco, *et al* (2015)⁶ ressaltam que o desenho do retalho deve ser relacionado ao tipo de inclusão.

O dente deve ser exposto até o nível de junção amelo-cementária, utilizando uma broca carbide com velocidade e torque adequados. O osso alveolar deve ser removido somente para facilitar a desimpactação da coroa. A exposição deve ser planejada cuidadosamente, utilizando-se radiografias ou tomografias computadorizadas em paciente cujo canal mandibular está localizado em uma posição bucal e cristal. Nesses casos, o canal sugere uma aproximação mais conservadora². No entanto, Monaco, *et al* (2015)⁶ defende que a exposição óssea não deve ultrapassar a junção amelo-cementária, com o intuito de minimizar o risco de mobilização das raízes.

Para remover com sucesso a porção coronal do dente, o operador deve acessar corretamente e visualizar a posição do dente para assegurar uma coronectomia perpendicular.

A secção deve ser realizada com uma broca cirúrgica de 1 a 2 mm abaixo da junção amelo-cementária². Secções incompletas objetivam deixar o nervo lingual intacto, eliminando o risco de injúrias a este. É importante, porém, que a secção coronal seja profunda o suficiente para permitir que a porção coronal seja removida sem mobilização das raízes. A porção coronal é completamente removida com a inserção de um cisel no ponto mais profundo da secção. O cisel deve ser girado gentilmente para fraturar a parede de esmalte remanescente. Uma secção que não é profunda o suficiente não só aumenta o risco de mobilização das raízes e transmite força para o nervo mas também pode levar a uma fratura subóptica, que aumenta as dificuldades nos estágios subsequentes. Alguns autores propõem a secção completa da coroa, como forma de minimizar o risco de movimentação das raízes durante a clivagem da coroa^{1,4}.

A migração pós-operatória das raízes retidas é comum, podendo levar as raízes de um terceiro molar vertical à erupção, enquanto as de um terceiro molar horizontal, à migração destas em direção à face distal do segundo molar. Em alguns casos um segundo tempo cirúrgico faz-se necessário para a remoção dos fragmentos remanescentes.

Segundo Sencimen *et al* (2010)⁹, que avaliou a necessidade de tratamento endodôntico durante a coronectomia, não é necessário realizar nenhum tipo de tratamento na raiz remanescente após a remoção da coroa dentária. O tratamento desta poderia aumentar o risco de complicações pós-operatórias devido ao tempo prolongado da cirurgia, sendo recomendado apenas que o alvéolo seja lavado com soro fisiológico estéril⁹. Porém, segundo Gleeson *et al.* (2012)², a superfície da raiz deve ser reduzida de 2 a 3 mm abaixo do nível do osso alveolar circundante, e não pode haver esmalte retido. O autor alega que, reduzir a raiz a 3mm abaixo do osso é o suficiente para encorajar a deposição óssea e, ainda que a presença de esmalte remanescente aparenta inibir a recuperação e aumenta a probabilidade de insucesso.

Estudos em animais mostram que o tecido pulpar remanescente pode manter sua vitalidade e permanecer livre de infiltrados inflamatórios, sendo comprometido pela presença de espículas dentinárias, perda precoce de sutura e profundidade reduzida da raiz residual¹⁰, o que corrobora as informações trazidas por Gleeson *et al* (2012)².

Antes de realizar a sutura, é importante que seja realizada uma radiografia periapical para controlar o seccionamento da coroa. Com o intuito de promover a integração das raízes retidas é importante que seja removido todo o esmalte e as asperezas que podem afetar a regeneração óssea ao longo da superfície fraturada⁸. No entanto, Gleeson *et al* (2012)² afirmam que essa confirmação pode ser obtida utilizando-se um espelho bucal.

Previamente ao fechamento do alvéolo, a face distal do segundo molar inferior deve ser curetada para remover qualquer tecido infectado² e, ainda, ser realizada uma irrigação com solução salina para a remoção dos debrís^{2,8}.

O objetivo do fechamento é que ele seja realizado por primeira intenção e livre de tensões. Pontos simples interrompidos devem ser realizados até que a incisão esteja totalmente fechada^{2,8}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa técnica é um recurso válido tanto para o cirurgião como para o seu paciente, pois apresenta uma alta taxa de sucesso e baixa incidência de risco de lesão ao nervo alveolar inferior e/ou fratura mandibular. No entanto, o profissional deverá estar atento ao seu planejamento cirúrgico

e à realização de um procedimento, devendo ser o mais atraumático possível.

REFERÊNCIAS

1. Leung YY, Cheung LK. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: A randomized controlled trial. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology*. 2009; 108:821-7.
2. Gleeson CF, Patel V, Kwok J, Sproat C. Coronectomy practice. Paper 1. Technique and trouble-shooting. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2012; 50(8):739-44.
3. Patel V, Sproat C, Samani M, Kwok J, Mcgurk M. Unerupted teeth associated with dentigerous cysts and treated with coronectomy: mini case series. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2013; 51(7):644-9.
4. O'Riordan BC. Uneasey lies the head that wears the crown. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1997; 35:209.
5. Martins LS, Sartori B, Giongo CC, Baraldi CE. Percepção dos cirurgiões bucomaxilofaciais do estado do Rio Grande do Sul sobre a técnica da coronectomia. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*. 2015; 20(1).
6. Monaco G, Vignudelli E, Diazzi M, Marchetti C, Corinaldesi G. Coronectomy of mandibular third molars: A clinical protocol to avoid inferior alveolar nerve injury. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2015; 43:1694-1699.
7. Hatano Y, Kurita K, Kuroiwa Y, Yuasa H, Arijji E. Clinical Evaluations of Coronectomy (Intentional Partial Odontectomy) for Mandibular Third Molar Using Dental Computer Tomography: A Case-Control Study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2009; 67(9):1806-1814.
8. Monaco G, De Santis G, Gatto MRA, Corinaldesi G, Marchetti C. Coronectomy: A possible surgical option for impacted third molars in close proximity to the inferior alveolar nerve. *The Journal of the American Dental Association*. 2012; 143:363-369.

9. Sencimen M, Ortakoglu K, Aydin C, Aydintug YS, Ozygit A, Ozen T. Is endodontic treatment necessary during coronectomy procedure. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2010; 68:2385-2390.
10. Plata RL, Kelln EE, Linda L. Intentional retention of vital submerged roots in dogs. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology*. 1976; 42(1):100-108.7.
- Sanchez-Siles M, Camacho-Alonso F, Lopez-Jornet P, Salazar-Sanchez N. Keratocystic odontogenic tumor. Case report and review of the literature. *N Y State Dent J*. 2013 Mar; 79(2):44-7.
8. Park SY, Shin YJ, Kim CH, Kim BJ. Reconstruction of extensive jaw defects induced by keratocystic odontogenic tumor via patient-customized devices. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2015 Oct; 37(1):37.
9. Srivatsan KS, Kumar V, Mahendra A, Singh P. Bilateral keratocystic odontogenic tumor: a report of two cases. *Natl J Maxillofac Surg*. 2014 Jan; 5(1):86-9.
10. Kunihiro T, Kawana H, Kodaka R, Oba T. Keratocystic odontogenic tumor invading the maxillary sinus: a case report of collaborative surgery between an oral surgeon and an otorhinolaryngologist. *J UOEH*. 2014 Dec; 36(4):251-6.

Má formação dentária após trauma na primeira infância

Dental malformation after trauma in first childhood

RESUMO

O traumatismo dentário na infância resulta em problemas funcionais, estéticos e psicológicos. As possíveis repercussões sobre o dente permanente devem ser consideradas ao se realizar o tratamento imediato, assim como as possíveis sequelas tardias do trauma. O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de um paciente do sexo masculino, 14 anos, cuja queixa principal era a ausência do elemento dentário 21, visto que o elemento 11 havia erupcionado aos sete anos de idade. À anamnese, a responsável relatou que o paciente sofreu uma queda da própria altura aos três anos, com avulsão do dente decíduo 61, causando anos depois queixas de ordem psicológica, demonstradas por meio de timidez, ausência de sorriso e bullying na escola. Ao exame intraoral, foi observado discreto aumento de volume na região de mucosa vestibular. Foi solicitada a radiografia panorâmica na qual se visualizou a presença do elemento dentário 21 retido de forma transversal. O tratamento realizado para esse caso foi a exodontia do elemento 21, seguida de reabilitação protética. O conhecimento do traumatismo dentário na infância pelo cirurgião-dentista é de fundamental importância, vez que uma o estabelecimento do diagnóstico precoce é essencial para minimizar as sequelas e evitar possíveis impactos psicológicos na criança.

Palavras-chave: Traumatismos Dentários; Anormalidades Dentárias; Dente Decíduo.

Lidiane Jacinto do Nascimento

Graduanda em Odontologia
Instituição de vínculo: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil

Iva Ferreira de Souza Neta

Graduanda em Odontologia
Instituição de vínculo: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife/ Brasil

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos

Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Instituição de vínculo: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife/ Brasil

Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida

Doutoranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Instituição de vínculo: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife/ Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Endereço para correspondência: Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1.650. Tabatinga Camaragibe – Pernambuco/Brasil. CEP 54753-220
E-mail: lidianenascimento@odontologia.com

ABSTRACT

Dental trauma during childhood may result in functional, esthetic and psychological issues. Possible acute repercussions over the permanent tooth should be considered during the urgent treatment, as well as the possible sequelae. This article's scope is to present a case report of a 14 years old male patient whose main complaint was the absence of dental element 21, since the element 11 had erupted while he was 7. During anamnesis the mother reported that the patient suffered a fall from own height while he was 3, resulting in avulsion of the deciduous tooth 61, causing psychological complaints years later evidenced as shyness, absence of smile and bullying at school. During intraoral exam it was observed a discrete bulging in the vestibular mucosa. A panoramic radiography was obtained and identified the dental element 21 retained transversely. Treatment consisted in dental element 21 extraction followed by prosthetic rehabilitation. Knowledge about dental trauma in infancy by the dentist is of paramount importance, since establishing early diagnosis is essential for minimizing sequelae and avoiding possible psychological impacts to the child.

Key Words: Tooth Injuries; Tooth Abnormalities; Tooth, Deciduous.

INTRODUÇÃO

O traumatismo buco-dentário pode acontecer em qualquer fase da vida, sendo muito comum em crianças na idade pré-escolar e escolar¹. Segundo Andreasen e Ravn¹, 30% das crianças abaixo dos sete anos sofrem algum tipo de injúria dentária. No Brasil, um estudo epidemiológico realizado por Kramer *et al.*² apresentou uma prevalência semelhante.

A fase inicial da vida (por volta de 1 a 3 anos), período em que as crianças estão começando a andar e a correr e não apresentam desenvolvimento completo da coordenação motora, do equilíbrio nem do reflexo de proteção, caracteriza-se como a época de maior ocorrência das injúrias. Dessa forma, é de fundamental importância que não só o odontopediatra mas também todo cirurgião-dentista estejam capacitados para solucionar os problemas imediatos e mediatos decorrentes do trauma^{1,2}.

Traumas na dentição decídua podem acarretar influências nos dentes sucessores permanentes em desenvolvimento e trazer sérias consequências para estes, uma vez que existe relação anatômica íntima entre os ápices dos dentes decíduos e os germes dos permanentes³.

Quanto aos aspectos psicológicos associados ao trauma dental em crianças, estudos mostram que esses podem causar possíveis impactos emocionais e psicossociais no comportamento da criança^{4,5}. Fakhuddin *et al.*⁴ delinearum um estudo para avaliar o impacto social na qualidade de vida causado por traumatismo dentário. Foi observado que crianças com trauma dental dos incisivos superiores não tratados tinham mais dificuldade na mastigação e evitavam sorrir, além de apresentarem limitação física e funcional na sua rotina diária que aqueles sem injúria.

O presente trabalho objetiva não só relatar um caso clínico de um paciente, vítima de trauma na primeira infância, não tratado de forma imediata mas também relatar a condução do caso na sua adolescência e as consequências psicológicas sofridas.

RELATO DE CASO

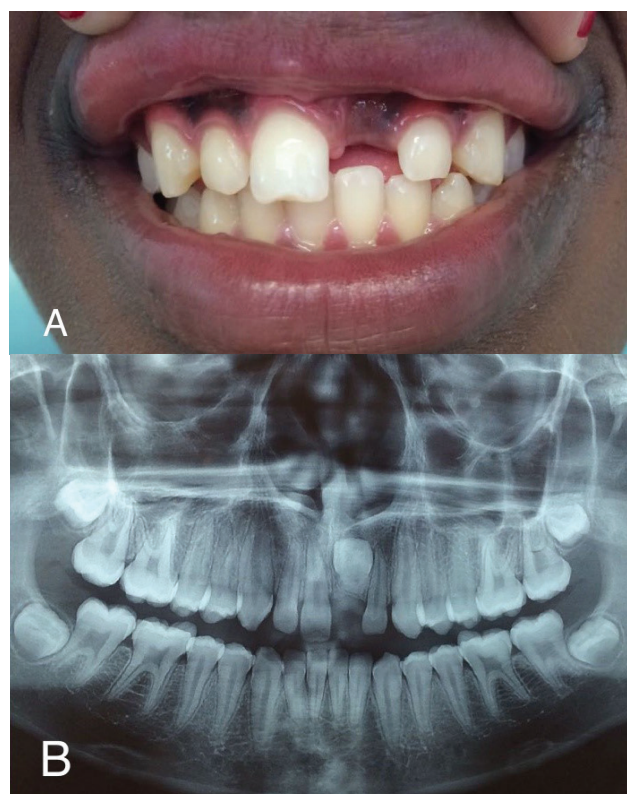
Paciente J.V.S., 14 anos, sexo masculino, melanoderma compareceu ao especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Centro de Especialidades Odontológicas da Prefeitura do Recife, juntamente com seu responsável legal, queixando-se da ausência do elemento dentário 21, visto que o elemento 11 havia erupcionado desde os sete anos de idade.

Segundo relato, o paciente sofreu uma

queda da própria altura aos 03 anos de idade, com avulsão do elemento decíduo 61 e não procurou atendimento naquele momento. Apenas aos 14 anos, resolveu procurar o Cirurgião-dentista, uma vez que o paciente já havia feito várias trocas de dentes decíduos por permanentes e continuava sem o incisivo central esquerdo, somando-se às queixas de ordem psicológicas, demonstradas mediante timidez, ausência de sorriso e bullying na escola. Ao exame físico intraoral, foi observado discreto aumento de volume na região de mucosa alveolar vestibular, com hipótese diagnóstica de presença do incisivo central retido, decorrente do trauma de infância (Fig. 1, A).

Foi solicitada primeiramente a radiografia panorâmica na qual foi visualizada a presença do elemento 21 retido, com desvio de trajetória de erupção e grande dilaceração radicular, sendo impossível a realização de tracionamento ortocirúrgico (Fig. 1, B). Sendo assim, o tratamento proposto foi a exodontia do elemento 21, e, em seguida, a reabilitação protética, até que finde o crescimento do paciente, para que se possa realizar o implante dentário como alternativa do tratamento definitivo.

Para a realização do planejamento da exodontia, foi solicitada a radiografia pelo método de Clark, visando ter por objetivo a confirmação da localização dentária e a escolha do acesso cirúrgico. Foi detectado que o dente se encontrava no sentido transversal e sua coroa voltada para vestibular (Fig. 1, C).



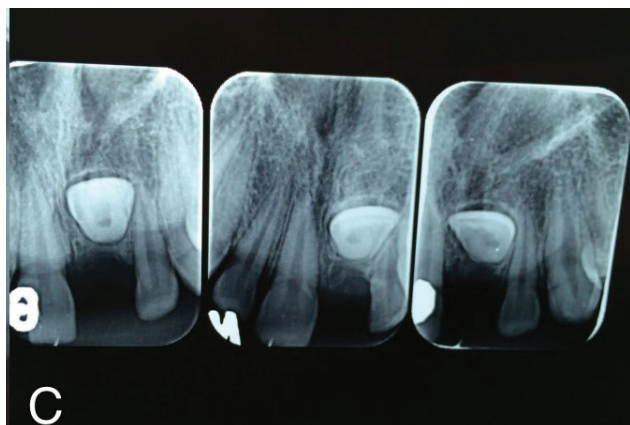


Figura 1 - A, Aspecto clínico inicial. B, Radiografia panorâmica. C, Radiografia periapical do elemento 21.

O procedimento teve seu início com a realização de anestesia infiltrativa com mepivacaína 2% e adrenalina 1:100000; o acesso foi feito mediante incisão de Newmann modificada e descolamento mucoperiosteal. Após a osteotomia vestibular, visualizou-se a coroa do elemento dentário e realizou-se a odontosseção, o que permitiu a remoção da coroa e a luxação e exérese da raiz dilacerada (Fig. 2, A, B, C).

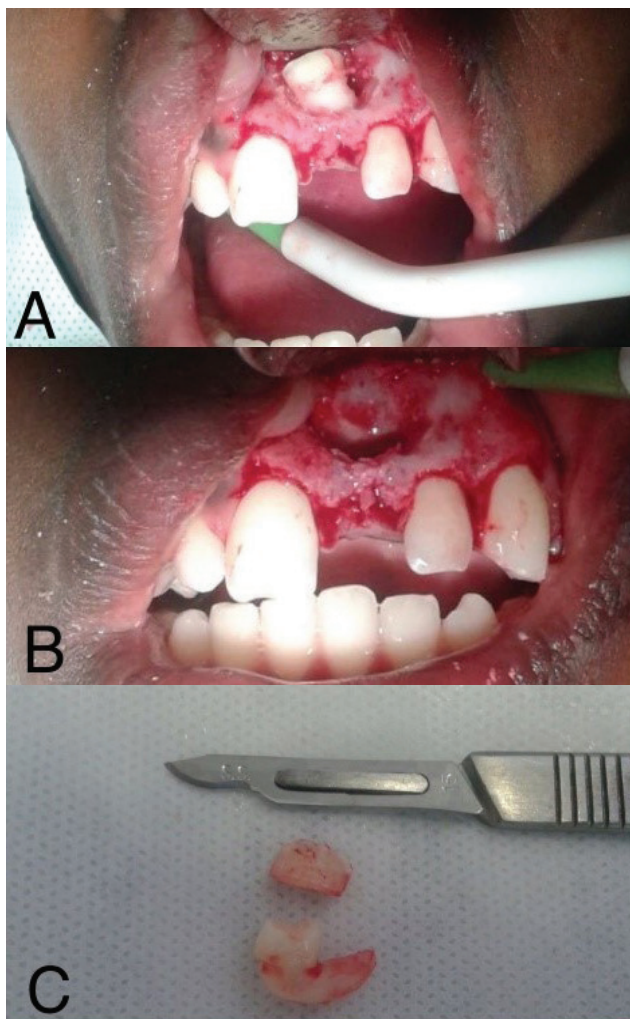


Figura 2 - A, Visualização do elemento dentário. B, Visualização de loja óssea. C, Elemento dentário após odontosseção. D, Sutura.

A região foi regularizada e irrigada com solução fisiológica a 0,9%, e, em seguida, sutura (Fig. 2, D). Após 45 dias da exodontia, o Cirurgião-dentista protesista assumiu a condução do caso, visando à reabilitação temporária do paciente mediante confecção de uma prótese provisória tipo ponte (Fig. 3).



Figura 3 - Paciente com prótese provisória.

DISCUSSÃO

O trauma dental resulta em distúrbios funcionais, estéticos e psicológicos, sendo considerado uma situação de urgência na maior parte dos casos, pois necessita de tratamento imediato. Também devem ser consideradas as expectativas do paciente e de seus familiares. O traumatismo dental é um dos fatores etiológicos predisponentes da alteração irreversível do tecido pulpar^{6,7}.

Segundo Andreasen⁸, as sequelas nos dentes permanentes causadas por traumatismo nos antecessores são: alteração de cor de esmalte branca ou amarelo-amarronzada, hipoplasia de esmalte, dilaceração coronária, dilaceração radicular, má-

formação semelhante ao odontoma, duplicação radicular, interrupção parcial ou completa da formação radicular, sequestro do germe dentário permanente e alterações de erupção. No caso em questão, o paciente sofreu um trauma no dente decíduo 61 aos três anos de idade, e, como consequência, houve uma má formação radicular do permanente substituto, com grande dilaceração da raiz e alteração da trajetória de erupção.

Simões *et al.*⁶ observaram que a faixa etária de acidentes traumáticos com o envolvimento dental mais atingida foi entre 1 e 7, destacando-se a idade de 3 anos, faixa etária encontrada no presente caso clínico, no momento do trauma dental. A maioria dos acidentes tem como causa a queda de nível, seguida por quedas de bicicleta, corroborando o caso apresentado. Os pais, familiares ou acompanhantes devem possuir uma orientação do que fazer no caso de um trauma dental, pois a maior parte dos pacientes que sofrem esse tipo de trauma geralmente não estão desacompanhados^{6,7}. No presente estudo, devido à falta de informação dos familiares, os responsáveis não procuraram atendimento após o momento do trauma. Só houve a busca de tratamento onze anos depois.

A situação encontrada no caso clínico não foge aos relatados por Simões⁶ podem ser explicados pelo posicionamento e projeção dos incisivos centrais superiores na arcada. Além disso, pacientes do sexo masculino são mais acometidos por traumas dentais que pacientes do sexo feminino, e os dentes, que apresentam maior predisposição a sofrerem traumas dentais, são os incisivos centrais superiores.

As lesões traumáticas, consideradas sempre como um caso de urgência, devem ser tratadas imediatamente. A perda ou a fratura de dentes anteriores é um problema, que provoca grande impacto emocional e constitui uma experiência dramática para todos. A ameaça à estética pode ser um fator direto de futuros problemas psicológicos e desvios de comportamento da criança. Portanto, a condição emocional da criança e de seus acompanhantes, representada pela angústia e pelo medo, nem sempre favorece o tratamento imediato⁹.

O paciente em questão realizou tratamento odontológico por outros motivos ao longo dos anos e, no entanto, nenhum profissional havia questionado a ausência do elemento 21 após os seus sete anos de idade. A responsável procurou um especialista já na adolescência em razão de o seu filho apresentar problemas psicológicos em virtude da ausência dentária. É importante enfatizar que a negligência em relação ao tratamento

odontológico também pode trazer consequências psicológicas, como dificuldade de convívio social, baixa autoestima da criança e problemas de relacionamentos futuros, principalmente devido à ausência do elemento dentário⁷.

Devido à dilaceração radicular, não existindo a possibilidade de se realizar o tracionamento orto-cirúrgico do dente em questão, foi realizada a exodontia. Havia, portanto, uma grande necessidade de se reabilitar o paciente, pois a ausência desse elemento trazia problemas sociais e psicológicos. Portanto, foi confeccionada uma prótese provisória tipo ponte, até que o paciente pudesse ser reabilitado de forma definitiva, mediante de implante e prótese sobre implante. A conduta adotada foi muito importante para o paciente melhorar a sua autoestima, voltar ao convívio familiar e escolar, além de proporcionar um melhor desempenho na escola.

A melhor forma de prevenção das sequelas causadas pelo traumatismo dentário é a disseminação de informações por meio de capacitações daqueles que são diretamente responsáveis pelas crianças nas escolas, programas de educação preventiva para informar sobre a importância e os benefícios do atendimento imediato, assim como a correta manipulação do dente traumatizado^{6,10}.

Não só o odontopediatra mas todo cirurgião-dentista deve estar capacitado para solucionar os problemas imediatos e mediatos decorrentes do trauma. Faz-se necessária uma conduta adequada quando do atendimento de um paciente traumatizado, realizando uma anamnese criteriosa, exame físico, clínico, solicitação de exames de imagens adequados e um devido acompanhamento. O atendimento correto e imediato da criança após o trauma é decisivo no prognóstico e no sucesso do tratamento^{5,6}.

Uma maior divulgação, mediante os meios de comunicação e as redes sociais, as informações a respeito dos traumas dentários, suas sequelas e como agir nessas situações são imprescindíveis para um maior conhecimento da população em geral. É relevante que esta saiba o que fazer e quem procurar, visando a um pronto atendimento e a uma correta condução do caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na dentição decídua, o traumatismo dentário é muito comum, sendo considerado um problema grave e uma situação de urgência. Os acidentes que mais ocorrem são as quedas da própria altura, principalmente quando as crianças começam a interagir com o meio externo e apresentam-se ainda inseguras. Tais acidentes

podem deixar sequelas físicas e emocionais. Enquanto as físicas são amplamente estudadas, as emocionais dificilmente são abordadas. Deve-se salientar a importância do tratamento dos dentes traumatizados em função de seu alto impacto na qualidade de vida dos indivíduos. O conhecimento atualizado da traumatologia dental e das técnicas de condicionamento deve fazer parte do preparo do profissional, que, assim, terá mais segurança e melhores condições de conquistar a confiança dos pais, obtendo maior sucesso em seus atendimentos.

REFERÊNCIAS

1. Andreasen JO, Ravn JJ. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. *Int J Oral Surg.* 1972;1(5):235-9.
2. Kramer PF, Zembruski C, Ferreira SH, Feldens CA. Traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. *Dent Traumatol.* 2003;19(6):299-303.
3. Silva RC, Duque C, Zuanon ACC, Pasani CA. RGO, P. Alegre, v. 53, n. 3, p. 189-200, jul; ago; set 2005.
4. Fakhruddin KS, Lawrence HP, Kenny DJ, Locker D. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children. *Dent Traumatol* 2008; 24(3):309-313.
5. Antunes LAA, Leão AT, Maia, LC. Impacto do traumatismo dentário na Qualidade de vida de Crianças e adolescentes: Revisão Crítica e Instrumentos de Medida Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p.3417-3424, dezembro de 2012.
6. Simões FG, Leonardi DP, Baratto Filho F, Ferreira EL, Fariniuk LF, Sayão SMA. Fatores etiológicos relacionados ao traumatismo alvéolo-dentário de pacientes atendidos no pronto-socorro odontológico do Hospital Universitário Cajuru. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia-RSBO, Curitiba, PR.* v.1, n.1, 2004.
7. Sanabe ME, Cavalcante LB, Coldebella CR, Abreu-e-Lima FCB. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Rev. paul. Pediatr.* São Paulo, v. 27, n. 4, p. 447-451, dezembro de 2009.
8. Andreasen JO, Aandreasen FM. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*, 3rd ed. Copenhagen: Mosby; 1994.
9. Perotta M. Traumatismo dental em crianças influenciado pelo contexto emocional e psicológico do traumatismo no comportamento do profissional. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
10. Costa LED, Queiroz FS, Nóbrega CBC, Leite MS, Nóbrega WFS, Almeida ER. Trauma dentário na infância: Avaliação da Conduta dos educadores de creches Públicas de Patos-PB *Rev. odontol. UNESP, Araraquara*, v. 43, n. 6, p. 402-408, dezembro de 2014.

Aspectos radiográficos de osteossarcoma em maxila-relato de caso

Radiographic aspects of osteosarcoma in jaw

RESUMO

O osteossarcoma é uma neoplasia maligna, derivada de células ósseas, de etiologia idiopática, mais comum em ossos longos e raramente encontrado nos maxilares. Clinicamente, apresenta-se por meio de aumento de volume local, dor intensa, mobilidade dentária e limitação funcional. Radiograficamente, apresenta imagens osteofíticas de aspecto semelhante a raios de sol. O diagnóstico é estabelecido por achados clínicos, imaginológicos e histopatológicos. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica, associada ou não à radioterapia e/ou quimioterapia. Este presente artigo tem como objetivo apresentar um caso de osteossarcoma na maxila de um paciente de 30 anos, com enfoque em seus aspectos de imagem e radiográficos.

Descritores: Osteossarcoma; Maxila; Tumores ósseos

ABSTRACT

Osteosarcoma is the malignant neoplasm derived from bone cells, with idiopathic etiology, occurring more frequently in the long bones and rarely in the jaws. Clinically presents through local volume increase, severe pain, tooth mobility and functional limitation. Radiographically presents osteophytics images similar to sunshine. The diagnosis is established by clinical, imaginary and histopathological findings. The treatment consists of surgical resection associated or not with radiotherapy and / or chemotherapy. This article has as objective to present a case of osteosarcoma in the maxillary of a 30-year-old patient, focusing on its radiographic aspects.

Descriptors: Osteosarcoma; Maxilla; Bone tumors

Kennia Carreiro Lima Fonseca

Acadêmica do Curso de Odontologia da Faculdade de Imperatriz – FACIMP DEVRV, Imperatriz-MA, Brasil

Tatiana Fernandes Queiroz Danda

MSc, Professora do Curso de Odontologia da Faculdade de Imperatriz nas disciplinas de Diagnóstico por Imagem e Estomatologia, Imperatriz – MA, Brasil

Jenilton Vasconcelos Barbosa

Cirurgião dentista da Urgência odontológica do Hospital Municipal de Imperatriz –MA

Endereço para correspondência

Kennia Carreira Lima Fonseca, Rua Euclides da Cunha, 557, Bacuri, Imperatriz-MA, CEP 65916-017, Brasil. Telefones: (99) 99176-2356 | (99) 98198-6191, e-mail: kenniaclfonseca@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Osteossarcoma (OS) é uma neoplasia maligna, que afeta a formação dos tecidos ósseos ou mesenquimais e, em sua maioria, tem causa idiopática, no entanto, apresenta como fatores predisponentes as alterações ósseas preexistentes, como a osteogênese imperfeita e os traumatismos prévios. Acomete, principalmente, o gênero masculino tendo o seu pico de prevalência entre terceira e a quarta década de vida, com maior predileção pelos ossos longos, sendo raro em ossos gnáticos, principalmente em maxila (0,5%).¹

Atualmente, há diversas variantes do OS, que diferem quanto à localização, comportamento clínico e ao grau de atipia celular. São divididos em baixo grau, o de melhor prognóstico, também chamado de periférico, e alto grau, sendo o de maior ocorrência e também conhecido como osteossarcoma convencional ou clássico, o qual se desenvolve na região medular do osso.²

São descritos três tipos histológicos: osteoblástico, condroblástico e fibroblástico, a depender do tipo de matriz extracelular produzida pelas células tumorais, sendo o segundo o mais frequente³. Os exames histopatológicos caracterizam-se pela produção de tecido osteóide e osso imaturo que se propaga através do estroma celular. Na análise imuno-histoquímica, exibem prevalente positividade em 52% dos casos para p53, 24% para MDM2, 84% para CDK4, 92% para PCNA, e 88% para KI67¹.

Clinicamente, quando essa neoplasia acomete os ossos da face, há um aumento de volume local acompanhado de edema, deformidade facial e trismo, limitação funcional, ocorrendo alteração da mobilidade ou perda dos dentes, podendo ser acompanhado de dor, parestesia ou anestesia da área afetada, obstrução nasal e epistaxe^{1,4}. Radiograficamente, são observadas áreas radiopacas e radiolúcidas ou mistas e espessamento do ligamento periodontal lateral. A cortical óssea apresenta projeções exofíticas semelhantes a “raios de sol”, sugerindo o diagnóstico de osteossarcoma⁵.

Devido ao fato de o OS assemelhar-se com o condrossarcoma e outras neoplasias, são necessários exames comprobatórios para obtenção do diagnóstico final, quando o diagnóstico é dado por meio da tomografia computadorizada (TC), acompanhado ou não do histopatológico. Na TC do osteossarcoma, são visualizadas massas radiopacas compactas e centrais, uniloculares, ocorrendo, na maioria dos casos, agressiva destruição das corticais ósseas, envolvendo os tecidos moles adjacentes^{2,3,4,6,7}.

Os protocolos terapêuticos para essa neoplasia sugerem formas isoladas ou combinadas de tratamento, como, a ressecção cirúrgica

associada ou não à radioterapia e/ou quimioterapia. Entretanto, a ressecção do tumor deve ser com margem cirúrgica significativa, visto que as metástases de ossos gnáticos são relativamente raras o prognóstico é bom em relação ao osteossarcoma de ossos longos. No entanto deve-se levar em consideração o sítio do tumor e a idade do paciente. Em casos relatados, usando a excisão cirúrgica radical, estes obtiveram uma taxa de sobrevivência de 2 (55%) a 5 anos (45%)⁸.

Dada a importância do assunto, o presente artigo tem como objetivo relatar um caso de osteossarcoma em maxila, ressaltando seus aspectos imagiológicos.

RELATO DE CASO

Paciente C.B.S, do gênero feminino, melanoderma, 30 anos de idade, residente na cidade de Açailândia-MA foi encaminhada à clínica de Estomatologia do curso de Odontologia da Faculdade de Imperatriz, apresentando como queixa principal um aumento de volume na hemiface do lado direito. A paciente havia previamente comparecido a uma clínica odontológica, queixando-se de uma tumefação na região de pré-molar e molar superior direito, de consistência dura e dolorida à palpação.

Foi relatado na anamnese que a paciente apresentou crescimento anormal da face, com evolução clínica de 30 dias, com quadro sintomático.

Ao exame físico extraoral, havia assimetria facial no lado relatado, e as funções orais estavam comprometidas devido ao aumento volumétrico da maxila e presença de dor. Ao exame físico intraoral, a lesão apresentava-se como um nódulo exofítico lobulado, de consistência firme à palpação, base sésil, recoberto por mucosa íntegra e de coloração eritematosa, medindo, em seu maior diâmetro, aproximadamente 3(três) cm. (Figura 1).

A paciente trazia consigo um exame panorâmico e uma radiografia periapical na qual se observava presença de espículas ósseas e espessamento do ligamento periodontal em toda a porção mesial do dente 16, sugerindo diagnóstico de abscesso alveolar. (Figura 2)

Foi solicitada, então, uma tomografia computadorizada cone beam (TCCB), nela se verificando múltiplas projeções exofíticas com aparência clássica de “raios de sol”, causada pela produção excessiva de osso osteofítico, na forma de espículas hiperdensas de forma irregular e limites imprecisos, essas projeções rompiam e expandiam as corticais ósseas vestibular e lingual. (Figura 3).

De acordo com as características clínicas e de imagem da lesão, foi sugerida a hipótese diagnóstica (HD) de osteossarcoma (figuras 1, 2, 3).

No intuito de fechamento de diagnóstico, a paciente foi submetida à biópsia incisional com remoção de fragmento no rebordo alveolar maxilar direito. O material foi enviado para exame anatomopatológico no laboratório de patologia oral da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic – Campinas – São Paulo e consistia de múltiplos fragmentos de tecido mole, medindo aproximadamente 35mm x 20mm x 12mm, de formatos e superfície irregulares, com coloração acastanhada e consistência fibrosa.

Os cortes histológicos revelaram fragmentos neoplásicos de origem mesenquimal, caracterizados por células volumosas, de coloração eosinofílica, com limites citoplasmáticos indistintos, núcleos volumosos, sendo mitoses atípicas observadas. As células neoplásicas exibiam pleomorfismo nuclear e encontravam organizadas em um padrão de lençol de células de tecido osteoide. Áreas de tecido ósseo com padrão de deposição anárquico estão presentes, e tecido condroide atípico também é observado, caracterizando o aspecto de osteossarcoma condroblástico.

Uma vez que o caráter da lesão era maligno, a paciente foi encaminhada ao serviço de oncologia da cidade onde foi submetida a procedimento de hemimaxilectomia (remoção parcial) e posteriormente encaminhada para tratamento oncológico, em que foi submetida a sessões de quimioterapia e radioterapia.



Figura 1

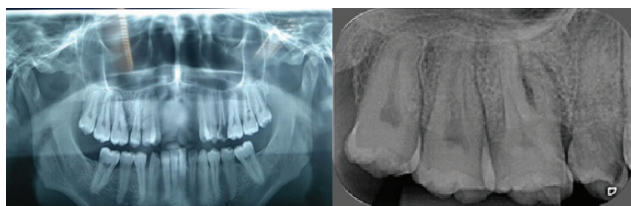


Figura 2

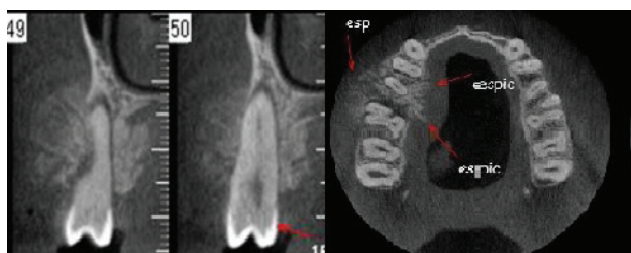


Figura 3

DISCUSSÃO

O OS é uma neoplasia óssea, caracterizada pela produção de células tumorais e tecido osteoide anormal, sendo mais comum em ossos longos¹. Quando presente em ossos da face, apresentam predileção pela mandíbula. Segundo a literatura, tem seu pico de prevalência entre a terceira e a quarta década de vida¹, o que coincide com o fato relatado, tendo predileção por homens.

O OS tem causa idiopática, porém apresenta fatores predisponentes, como displasia fibrosa, traumas ósseos, dentre outros⁵, embora no caso relatado, não tenha havido nenhum desencadeador conhecido.

As características clínicas e radiográficas do caso relatado, como a presença de tumefação, mobilidade dentária, imagens radiográficas e tomográficas revelando espessamento do ligamento periodontal, áreas hiperdensas com espículas ósseas semelhantes a raio de sol, foram compatíveis com os achados dos estudos recentes^{3,6}, estes sugerem o diagnóstico de osteossarcoma, embora seja fundamental se lembrar dos diagnósticos diferenciais, que incluem osteocondroma⁶.

No histopatológico, o osteossarcoma mostra produção de matriz osteoide pelas células mesenquimais e, por vezes, material condroide e tecido conjuntivo fibroso, podendo apresentar uma massa unilocular bastante compacta, formada essencialmente de matriz óssea, circundada por osteoblastos neoplásicos que a produziram. Em um estudo retrospectivo, os tipos histológicos encontrados foram condroblástico, osteoblástico, fibroblástico^{1,3} e semelhante ao histiocitoma fibroso maligno. Na análise imuno-histoquímica exibiu positividade em 52% dos casos para p53, 24% para MDM2, 84% para CDK4, 92% para PCNA e 88% para KI67. No presente caso, foi realizado exame clínico minucioso, exames imagiológicos e biópsia incisional, sendo as características voltadas para o tipo condroblástico, que é o de maior ocorrência.

Dentre os protocolos quimioterápicos, o tratamento mais adequado é a ressecção cirúrgica da lesão com ampla margem de segurança, que mostra resultados satisfatórios. A utilização de radioterapia e/ou quimioterapia promove uma sobrevida a longo prazo de aproximadamente 45%, podendo ser recomendada após cirurgia radical no osteossarcoma da mandíbula^{5,8}. No caso apresentado, o paciente foi imediatamente encaminhado para a realização de hemimaxilectomia e, posteriormente, para o serviço oncológico, no qual o tratamento consistiu de quimioterapia e radioterapia visando à recessão do tumor^{8,9}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O osteossarcoma em ossos da face é uma neoplasia rara e agressiva, sendo necessário o diagnóstico precoce de tal patologia, visando a uma melhor terapêutica e sobrevida do paciente. Os achados imagiológicos são de suma importância para o diagnóstico final assim como o histopatológico. A ressecção cirúrgica associada à radioterapia e/ou quimioterapia ainda é o tratamento de escolha, mas, em casos mais extensos, opta-se primeiramente pela quimioterapia, almejando a redução da neoplasia para, posteriormente, realizar a ressecção cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Olavez D, Florido R, Padrón K, Omaña C, Solózano E. Maxillary osteosarcoma. Histopathologic case report. *Acta bioclínica*. 2012; 2(3): 14-25.
2. Chrcanovic BR, Sousa, LN. A importância do diagnóstico diferencial entre o osteossarcoma de baixo grau e a displasia fibrosa – revisão de literatura. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*. 2012; 8(2): 55-62.
3. Lee YY, Tassel PV, Nauert C, Raymond AK, Edeiken J. Craniofacial osteosarcoma-plain film ct, and mr findings in 46 cases. *American journal of neuroradiology*. 1988; (9): 379-385.
4. Oliveira BV, Costa PB, Oliveira BV, Ramos GHA, Sassi LM, Orlandi D. Osteossarcoma da cabeça e pescoço. *Rev Bras de Cirurgia Cabeça e Pescoço*. 2006; 35(4): 255 – 259.
5. Lukschal LF, Horta, MCR, Alvarenga RL, Barbosa RMLB, Alvarenga RL. Osteossarcoma em maxila: relato de caso. *Rev Port Estomatol Med dent Cir maxilofac*. 2013; 54(1): 48–52.
6. Tossato OS, Pereira AC, Cavalcanti MGP. Osteosarcoma and chondrosarcoma. Radiographic differentiation by means of computed tomography. *Pesqui Odontol Bras*. 2002; 16(1): 69-76.
7. PANELLA, J. Radiologia odontológica e imagiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006; 260-262.
8. Vadillo RM, Contreras SJS, Canales JOG. Prognostic factors in patients with jaw sarcoma. *Braz Oral Res*. 2011; Sep-Oct; 25(5): 421-426.
9. Berfoni F, Bacchini MDP, Fabbri MDN et al. Osteosarcoma- Presented in part at the XVIIIth International Congress of the International Academy of Pathology, 9th World Congress of Academic and environmental Pathology, Buenos Aires, Argentina. 1990.

Cisto Odontogênico Ortoceratinizado: Relato de caso

Orthokeratinized Odontogenic Cyst: Case Report

RESUMO

O Cisto Odontogênico Ortoceratinizado (COO) é um cisto de desenvolvimento que ocorre nos maxilares, com maior predileção pela região posterior da mandíbula, em pacientes jovens do gênero masculino. O COO é caracterizado radiograficamente como uma área radiolúcida, unilocular bem definida e identificado histologicamente pela presença de uma cavidade cística fibrosa, revestida por epitélio estratificado pavimentoso ortoceratinizado. O tratamento do COO geralmente conservador, consiste na enucleação associada à curetagem óssea. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de COO localizado em mandíbula.

Palavras-chave: Cisto Ortoqueratinizado; Cistos Ósseos; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Patologia Bucal.

Lorena Mendonça Ferreira

Graduanda pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – FOUFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

João Nunes Nogueira Neto

DDS. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Universitário Professor Edgard Santos – HUPES, Hospital Geral do Estado – HGE, Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce) – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

Patrícia Ribeiro

DDS, MSc, PhD. Professor Titular do Departamento de Propedêutica e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – FOUFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

Paulo Sergio Flores Campos

DDS, MSc, PhD. Professor Titular do Departamento de Propedêutica e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – FOUFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

João Frank Carvalho Dantas de Oliveira

DDS, PhD. Professor Adjunto do Departamento de Propedêutica e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – FOUFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

Lorena Mendonça Ferreira - aluna de graduação que realizou o acompanhamento pré e pós operatório.
João Nunes Nogueira Neto – cirurgião
Patrícia Ribeiro - responsável da disciplina em que o caso foi conduzido
Viviane Almeida Sarmento - avaliação radiográfica pós-operatória
Paulo Sergio Flores Campos - avaliação radiográfica pré-operatória
João Frank Carvalho Dantas de Oliveira - cirurgião do caso.

Endereço para correspondência

Rua Araújo Pinho, 62 – Canela, Salvador/BA. CEP: 40.110-150 FOUFBA – 4º andar.
E-mail: lorena.mf@yahoo.com

ABSTRACT

The Orthokeratinized Odontogenic Cyst (OOC) is a developmental cyst that occurs in the jaws, with a greater predilection in the posterior region of the mandible in young male patients. OOC is characterized radiographically as a well-defined radiolucent, unilocular area and histologically identified by the presence of a fibrous cystic cavity lined by orthokeratinized squamous epithelium. Treatment of OOC is usually conservative and consists of enucleation associated with bone curettage. The objective of this study is to report a case of OOC located in the mandible.

Key words: Bone Cysts; Surgical Procedures, Operative; Pathology, Oral.

INTRODUÇÃO

O Cisto Odontogênico Ortoceratinizado (COO) é um cisto de desenvolvimento relativamente raro, exclusivo dos ossos gnáticos, que acomete, principalmente, pacientes jovens e leucodermas do sexo masculino. Pouco agressivo localmente e de crescimento lento, apresenta predileção pela região posterior da mandíbula. É geralmente assintomático, porém, quando em grandes proporções, pode causar expansão óssea da área afetada com baixa taxa de recidiva em cerca de 2% dos casos^{1,2,3,4}.

A etiologia da lesão é desconhecida, contudo se acredita que sua origem está associada a remanescentes da lâmina dentária². O COO é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma entidade patológica independente, não sendo mais considerada uma variante incomum do Ceratocisto Odontogênico (CO)⁵.

Radiograficamente, o COO é caracterizado como uma área radiolúcida, unilocular, bem definida, pequena, não expansiva, podendo ou não estar associado a um dente incluído^{1,2,3,4,6}.

Histologicamente, é caracterizado pela presença de uma cavidade cística fibrosa revestida por epitélio estratificado pavimentoso ortoceratinizado, formado por cinco a seis camadas de células, com uma camada granulosa bem desenvolvida e uma fina camada basal, que não se dispõe em paliçada^{1,2,3,4,6}. Também possui interface plana com a cápsula conjuntiva, porém cistos satélites não são encontrados².

O tratamento do COO depende do seu tamanho e localização, mas geralmente é conservador devido ao seu curso clínico pouco agressivo e baixa taxa de recorrência. O tratamento indicado frequentemente é enucleação do cisto associado à curetagem óssea, sendo o prognóstico favorável para esse tipo de terapêutica^{1,2,3,7}.

O presente artigo tem como objetivo relatar um caso de COO localizado em corpo mandibular, em paciente do gênero feminino com 19 anos de idade.

RELATO DE CASO

Paciente 19 anos, sexo feminino, leucoderma, com histórico de mobilidade dentária e dor periodontal associado ao dente 85 ainda presente na cavidade bucal. Ao exame clínico observou-se eritema gengival localizado na porção vestibular do dente 85, ausência do dente 45 e abaulamento de corticais ósseas vestibular e lingual em corpo mandibular direito (Figura 1). Paciente não referia sintomatologia dolorosa nem apresentava assimetria facial.

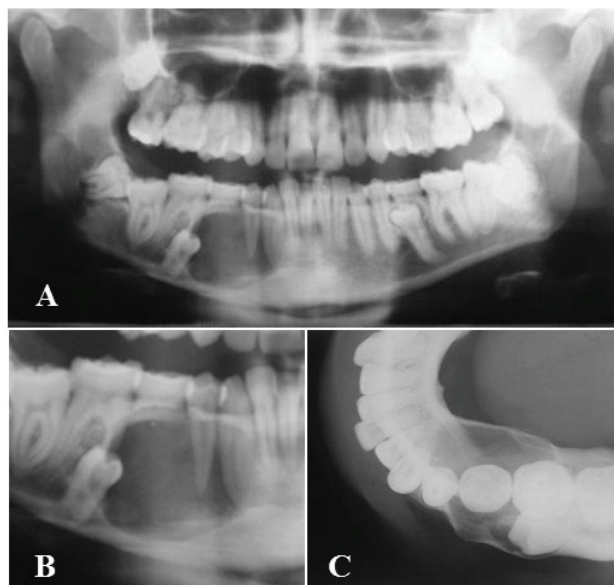


Figura 1 - (A) Radiografia panorâmica evidenciando área radiolúcida unilocular em região de corpo mandibular direito e sua vista ampliada em B. (C) Radiografia oclusal evidenciando expansão das corticais ósseas vestibular e lingual.

Ao exame de radiografia panorâmica, foi possível identificar uma área radiolúcida unilocular, com contornos bem definidos associada à coroa da unidade 45 incluída com severa dilatação radicular, medindo cerca de 3 cm, envolvendo a região radicular dos dentes 43, 44, 46, e 85. Na tomografia computadorizada, observou-se imagem hipodensa unilocular com adelgaçamento de corticais ósseas mandibulares no lado direito da mandíbula e expansão das corticais vestibular e lingual, compatível com tecido sólido intralesional (Figura 2).

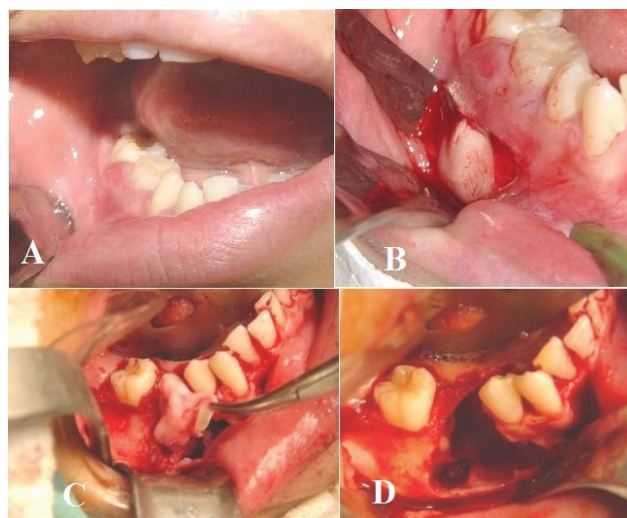


Figura 2 - (A) Vista intra-oral pré-operatória. (B) e (C) Exposição e excisão do cisto, respectivamente. (D) Cavidade cirúrgica após enucleação e curetagem da lesão.

As hipóteses diagnósticas foi para Cisto Dentígero, CO e Ameloblastoma. Durante biópsia incisional, notou-se presença de cápsula fina e material caseoso no interior da lesão. O exame histopatológico mostrou uma lesão cística com capsula fibrosa revestida por uma fina camada de epitélio pavimentoso estratificado e presença de ortoqueratina. O resultado do exame histopatológico foi conclusivo para COO e o tratamento realizado foi enucleação seguida de curetagem e exodontia dos dentes 85 e 45 que estava inclusa.

O paciente evolui com 2 anos de pós-operatório, sem evidências clínicas e radiográficas de recidiva da lesão e avançado estágio de neoformação óssea local (Figura 3).

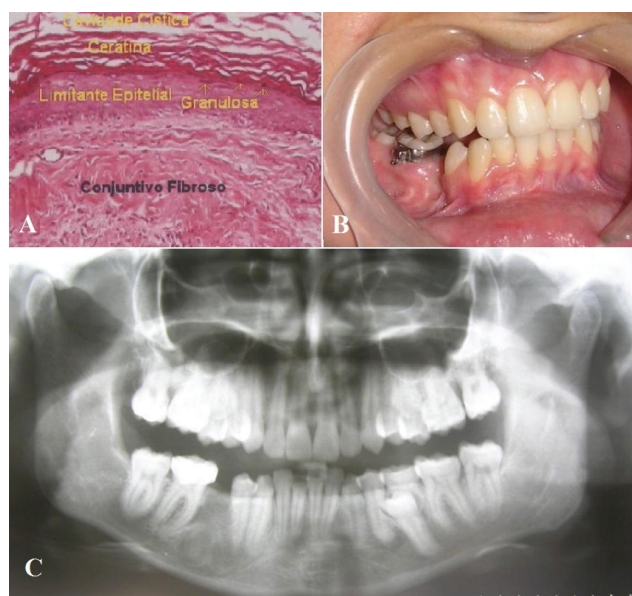


Figura 3 - (A) Imagem histológica da lesão. (B) e (C), respectivamente, vista intra-oral e radiografia panorâmica pós operatória de 2 anos demonstrando remodelação óssea no local da lesão.

DISCUSSÃO

A primeira descrição do COO foi realizada em 1927 por Schultz como sendo um cisto dermatóide intraósseo^{2,4}. Em 1956, Philipsen introduziu o termo ceratocisto odontogênico (CO) para identificar uma patologia que apresentava histologicamente uma parede cística fibrosa revestida por epitélio queratinizado^{2,3,4}. Wright, em 1981, identificou o COO como uma variante do CO devido às suas diferenças clínico-histológicas e à sua baixa probabilidade de recidiva⁸.

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o CO como Tumor Odontogênico Ceratocístico (TOC), considerando-o como uma neoplasia benigna verdadeira. Assim, a partir dessa

publicação, o COO não foi mais considerado uma variante do CO, sendo classificado como cisto de desenvolvimento^{2,3,6,9}.

Na mais recente classificação dos tumores ósseos odontogênicos e maxilofaciais da OMS em 2017, o Tumor Odontogênico Ceratocístico voltou a ser classificado como cisto, como nas 1ª e 2ª edições publicadas pela organização⁵. Tal reclassificação baseou-se, principalmente, nas mutações no gene da proteína PTCH, encontradas no CO^{5,7}, além das características de crescimento agressivo, recorrência após tratamento e rara ocorrência de sua variante sólida⁵.

Mutações no gene PTCH causam a síndrome de Gorlin-Goltz ou síndrome do carcinoma nevoide basocelular⁵, a qual é frequentemente associada ao CO^{1,4,7}. Alterações no gene dessa proteína são encontradas em 85% dos pacientes síndrômicos que possuem o CO, sendo um fato previsível, e 30% em pacientes não síndrômicos⁵.

Apesar da atualização, o COO permanece classificado como cisto de desenvolvimento, ainda uma entidade patológica independente do CO⁵. De acordo com Pereira², ambas as lesões apresentam características biológicas que são suficientemente distintas para reconhecê-las como entidades patológicas específicas.

As mutações no gene PTCH e a associação à síndrome do carcinoma nevoide basocelular não são encontradas no COO^{5,7}. Estudos imunohistoquímicos demonstraram uma menor expressão de Bcl-2, Ki-67, P53 em COO, quando comparados ao CO. Esses achados sugerem baixa taxa proliferativa e alto índice apoptótico no COO, quando comparado ao CO, os quais são características compatíveis com lesões císticas^{2,4,6,10}.

O COO cresce lentamente, sendo pouco agressivo localmente; o CO, entretanto, é clinicamente agressivo, podendo invadir as regiões adjacentes^{5,10}. A diferença também é expressa nas taxas de recidiva; o COO apresenta baixa recidiva, aproximadamente 2%^{1,2,3,4}, quando a taxa do CO é de cerca 30%^{1,6,7,10}, reaparecendo mesmo após a enucleação ou após tratamento mais radical. Todos esses fatores corroboram e justificam a diferenciação do COO e do CO em duas lesões distintas.

O COO é um cisto odontogênico de incomum ocorrência nos maxilares⁶, sendo encontrado com maior prevalência no sexo masculino^{4,6,9,10}, na terceira e na quarta década de

vida⁶, diferente do presente caso que se encontrava na segunda década de vida. É relatada uma taxa de incidência duas vezes maior nos homens que nas mulheres^{4,9,7,10}. O presente trabalho relata um caso de COO em paciente do sexo feminino, indo de encontro com a base científica.

Há poucas pesquisas que relacionam essa lesão à etnia dos pacientes, mas é possível identificar maior prevalência em indivíduos leucodermas², como apresentado nesse caso.

Nos exames de imagem, a lesão apresentou-se como uma área radiolúcida, unilocular, de contornos bem definidos em região posterior da mandíbula associada a uma unidade dentária inclusa, medindo cerca de 3 cm em seu maior diâmetro. A associação entre o COO com inclusão dental pode chegar até a 75,7% dos casos². Swain⁴ e Mahdavi, Taghavi⁶ apontam que o tamanho da lesão pode variar de 1 cm a 7 cm. Os aspectos imagiológicos do caso relatado são condizentes com a literatura^{2,3,4,6,7,10}

Histologicamente, o COO apresenta-se como uma cavidade cística fibrosa revestida por epitélio estratificado pavimentoso e por uma camada de espessura variada de ortoqueratina^{1,2,3,4,6}. Essa descrição é equivalente ao resultado encontrado na biópsia da lesão do paciente desse caso.

Métodos alternativos de tratamento, como enucleação associada à remoção de mucosa adjacente, aplicação de solução de Carnoy, crioterápicos e marsupialização ou descompressão, também são descritos². O tratamento realizado foi enucleação, seguida de curetagem da loja óssea, sendo essa a abordagem terapêutica mais indicada, devido à baixa taxa de recidiva da lesão^{2,3,7}. Quando é utilizada enucleação e curetagem a recidiva ocorre em apenas cerca de 2,2% dos casos³. No momento, o paciente se encontra em acompanhamento pós-operatório de 2 anos sem sinais de recidiva da lesão, o que sugere a eficiência desse método de tratamento cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O COO é um cisto de desenvolvimento pouco frequente, que apresenta características clínicas e radiográficas comuns a outros cistos odontogênicos, razão por que seu diagnóstico final é realizado por meio de exame histológico. A enucleação da lesão, seguida de curetagem, é o tratamento de eleição na maioria dos casos, sendo relatados raros casos de recidiva, contudo o acompanhamento do paciente por um longo período ainda é necessário.

REFERÊNCIAS

1. Cheng YC, Liang H, Wright J, Teenier T. Multiple Orthokeratinized Odontogenic Cysts: A Case Report. *Head and Neck Pathol.* 2015;9:153–57.
2. Silva LAB, Albuquerque Neto AD, Bessa-Nogueira RV, Lisboa Neto JA. Cisto Odontogênico Ortoceratinizado: Relato De Caso e Revisão dos Aspectos Clínicos, Radiográficos, Histopatológicos e Terapêuticos. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 2015 jun–aug;11(4):25-9.
3. Pereira FAC, Vidal MTA, Flores Campos PS, Valença Neto AAP, Andrade LCS, Fernandes A, et al. Orthokeratinized odontogenic cyst: A report of two cases in the mandible. *Rev Odonto Cienc.* 2012;27(2):174-78.
4. Swain N, Patel S, Poonja LS, Pathak J, Dekate K. Orthokeratinized Odontogenic Cyst. *Journal of Contemporary Dentistry.* 2012 May-Aug;2(2):31-3.
5. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head and Neck Pathol.* 2017; 11:68–77.
6. Mahdavi N, Taghavi N. Orthokeratinized Odontogenic Cyst of the Maxilla: Report of a Case and Review of the Literature. *Turkish Journal of Pathology.* 2014 Aug; 11:1-5.
7. Nascimento RD, Raldi FV, De Moraes MB, Holleben D, Arantes PT. Cisto odontogênico ortoqueratinizado x tumor odontogênico queratocístico: a importância da diferenciação histopatológica no tratamento. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* 2012 jan-mar;12(1):17-24.
8. Wright JM. The odontogenic keratocyst: orthokeratinized variant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1981;51(6):609–18.
9. MacDonald-Jankowski DS. Orthokeratinized odontogenic cyst: a systematic review. *Dentomaxillofacial Radiology.* 2010; 39: 455–67.
10. Dong Q, Pan S, Sun LS, Li TJ. Orthokeratinized Odontogenic Cyst: A Clinicopathologic Study of 61 Cases. *Arch Pathol Lab Med.* 2010; 134:271–75.

Instruções aos autores

1. INTRODUÇÃO

A revista de **CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL** da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco destina-se à publicação de trabalhos relevantes para a educação, orientação e ciência da prática acadêmica de cirurgia e áreas afins, visando à promoção e ao intercâmbio do conhecimento entre a comunidade universitária e os profissionais da área de saúde.

2. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS

- 2.1. A categoria dos trabalhos abrange artigos originais e/ou inéditos, revisão sistemática, ensaios clínicos, série de casos e nota técnica. Inclui, também, relato de casos clínicos e Resumo de tese. As **notas técnicas** destinam-se à divulgação de método de diagnóstico ou técnica cirúrgica experimental, novo instrumental cirúrgico, implante ortopédico, etc.
- 2.2. Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados pela Comissão Editorial que decidirá sobre sua aceitação.
- 2.3. As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores.
- 2.4. Os artigos originais aceitos para publicação ou não serão devolvidos aos autores.
- 2.5. São reservados à **revista os direitos autorais dos artigos publicados**, permitindo sua reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.
- 2.6. Nas pesquisas desenvolvidas em seres humanos, deverá constar o **parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**, conforme a Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. Nota: Para fins de publicação, os artigos não poderão ter sido divulgados em periódicos anteriores.
- 2.7. A revista aceita trabalhos em **português e espanhol**.

Indexada em:



3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

3. 1. Carta de Encaminhamento: Na **carta de encaminhamento**, deverá se mencionar: a) a seção à qual se destina o artigo apresentado; b) que o artigo não foi publicado antes; c) que não foi encaminhado para outra Revista. A carta deverá ser assinada pelo autor e por todos os coautores.
3. 2. Os trabalhos deverão ser digitados no processador de texto **microsoft word, em caracteres da fonte Times New Roman, tamanho 12**, em papel branco, tamanho a4 (21,2x29,7 cm), com margens mínimas de 2,5 cm. A **numeração das páginas deverá ser consecutiva**, começando da página título, e ser localizada no canto superior direito.
3. 3. O artigo assim como a carta de encaminhamento, as figuras e gráficos deverão ser enviados como **arquivo em anexo de, no máximo, 1mb** para o seguinte e-mail: brjoms.artigos@gmail.com
3. 4. Estilo: Os artigos deverão ser redigidos de modo conciso, claro e correto, em linguagem formal, sem expressões coloquiais.
3. 5. Número de páginas: os artigos enviados para publicação deverão ter, **no máximo, 10 páginas de texto**, número esse que inclui a página título ou folha de rosto, a página Resumo e as Referências Bibliográficas.
3. 6. As Tabelas, os Quadros e as Figuras (ilustrações: fotos, mapas gráficos, desenhos etc.) deverão vir enumerados em algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. Os autores deverão certificar-se de que todas as tabelas, gráficos, quadros e figuras estão citados no texto e na sequência correta. As **legendas das tabelas, quadros e figuras deverão vir ao final do texto, enumeradas em algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto.**
- 3.7. As **figuras deverão ser enviadas como arquivos separados, uma a uma.**
3. 8. **O artigo deve apresentar página de título/folha de rosto, texto propriamente dito (resumo e descritores e abstract e descriptors, introdução, desenvolvimento, conclusões/considerações finais), referências bibliográficas e legenda das figuras, quadros e figuras.**

Página Título/ folha de rosto

A página de título deve ser enviada como um arquivo separado, devendo conter: a) título do artigo nas línguas portuguesa e inglesa, o qual deverá ser o mais informativo possível e ser composto por, no máximo, oito palavras; b) nome completo sem abreviatura dos autores, com o mais alto grau acadêmico de cada um; c) nome do Departamento, Instituto ou Instituição de vínculo dos autores; d) nome da Instituição onde foi realizado o trabalho; e) endereço completo, e-mail e telefones do primeiro autor para correspondência com os

editores; f) nome ou sigla das agências financiadoras, se houver. Será permitido um número máximo de cinco (05) autores envolvidos no trabalho. A inclusão de autores adicionais somente ocorrerá, no caso de se tratar de estudo multicêntrico ou após comprovação da participação de todos os autores com suas respectivas funções e aprovação da Comissão Editorial.

Texto propriamente dito

O texto propriamente dito deverá apresentar resumo, introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais).

O tópico de agradecimentos deve vir, imediatamente, antes das referências bibliográficas.

Resumo

O Resumo com Descritores e o Abstract com Descriptors deverão vir na 2ª página de suas respectivas versões, e o restante do texto, a partir da 3ª página. O resumo deverá ter, até, 240 palavras. Deverão ser apresentados de três a cinco descritores, retirados do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, disponível no site da BIREME, em <http://www.bireme.br>, link terminologia em saúde).

No casos de **artigos em espanhol**, é obrigatória a **apresentação dos resumos em português e inglês**, com seus respectivos descritores e descriptors.

Introdução

Consiste na exposição geral do tema. Deve apresentar o estado da arte do assunto pesquisado, a relevância do estudo e sua relação com outros trabalhos publicados na mesma linha de pesquisa ou área, identificando suas limitações e possíveis vieses. O objetivo do estudo deve ser apresentado concisamente, ao final dessa seção.

Desenvolvimento

Representa o núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão.

Nos artigos originais, os resultados com significância estatística devem vir acompanhados dos respectivos valores de p .

No caso de relato de caso clínico, o desenvolvimento é constituído pelo relato do caso clínico e pela discussão.

Discussão: deve discutir os resultados do estudo em relação à hipótese de trabalho e à literatura pertinente. Deve descrever as semelhanças e as diferenças do estudo em relação aos outros estudos correlatos encontrados na literatura e fornecer explicações para as possíveis diferenças encontradas. Deve, também, identificar as limitações do estudo e fazer sugestões para pesquisas futuras.

Conclusão/Considerações Finais

As Conclusões/Considerações Finais devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos na pesquisa. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

O tópico “conclusão” apenas deve ser utilizado para trabalhos de pesquisa. Nos relatos de caso, notas técnicas e controvérsias, deverá ser admitido o tópico “Considerações Finais”.

Agradecimentos

No tópico Agradecimentos, devem ser informadas as contribuições de colegas (por assistência técnica, comentários críticos etc.), e qualquer vinculação de autores com firmas comerciais deve ser revelada. Essa seção deve descrever a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa, incluindo os respectivos números de processo.

4. ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO

4.1. Trabalho de Pesquisa (ARTIGO ORIGINAL)

Título (Português/Inglês). **Até 12 palavras**

Resumo (até 240 palavras)/Descritores (três a cinco)

Abstract/Descriptors

Introdução e proposição

Metodologia

Resultados

Discussão

Conclusões

Agradecimentos (caso haja)

Referências Bibliográficas (20 referências máximo - ordem de citação no texto)

Legenda das Figuras

Nota: Máximo 5 figuras (Figuras com 300 dpi)

4.2. Relato de Caso

Título (Português/Inglês). **Até 12 palavras**

Resumo (Até 240 palavras)/Descritores (três a cinco)

Abstract/Descriptors

Introdução e proposição

Relato de Caso

Discussão

Considerações Finais

Agradecimentos (caso haja)

Referência Bibliográfica (10 referências máximo - ordem de citação no texto)

Legenda das Figuras

Nota: Máximo 3 figuras (Figuras com 300 dpi)

4.3. Nota técnica

Título (Português/Inglês). **Até 12 palavras**

Resumo (Até 240 palavras)/Descritores (três a cinco)

Abstract/Descriptors

Introdução explicativa

Descrição do método, do material ou da técnica

Considerações finais

Agradecimentos (caso haja)

Referências bibliográficas

Legenda das figuras

Nota: Máximo 3 figuras (Figuras com 300 dpi)

4.4. Controvérsias

Título (Português/Inglês). **Até 12 palavras**

Resumo (até 240 palavras)/Descritores(três a cinco)

Abstract/Descriptors

Introdução

Discussão

Considerações Finais (caso haja)

4.5. Resumo de tese

Título **completo de indexação** (português/inglês). Acrescentar também **título curto** e **short title** com **até 12 palavras**.

Resumo (até 240 palavras)/Descritores(três a cinco)

Abstract/Descriptors

Ficha Catalográfica

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As citações e referências bibliográficas devem obedecer às normas de Vancouver e seguir o sistema de numeração progressiva no corpo do texto.

Exemplo: “O tratamento das fraturas depende, também, do grau de deslocamento dos segmentos.”⁴

Autor (res). J Oral MaxillofacSurg. 2009 Dec;67(12):2599-604.

6. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

A assinatura da declaração de responsabilidade e transferência dos direitos autorais é obrigatória. Os coautores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade abaixo,

configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE). Sugerimos o texto abaixo:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Certificamos que o artigo enviado à Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE) é um trabalho original cujo conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Atestamos que o manuscrito ora submetido não infringe patente, marca registrada, direito autoral, segredo comercial ou quaisquer outros direitos proprietários de terceiros.

Os Autores declaram ainda que o estudo cujos resultados estão relatados no manuscrito foi realizado, observando-se as políticas vigentes nas instituições às quais os Autores estão vinculados, relativas ao uso de humanos e/ou animais e/ou material derivado de humanos ou animais (Aprovação em Comitê de Ética Institucional).

Nome por extenso/ assinatura, datar e assinar.