

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS LESÕES ÓSSEAS DIAGNOSTICADAS NO SERVIÇO DE PATOLOGIA BUCAL DA PUCRS

Epidemiological Study of Bone Lesions

Gisela Grandi*

Fábio Dal Moro Maito**

Pantelis Varwarki Rados***

Manoel Sant'Ana Filho****

Recebido em 10/2004

Aprovado em 01/2005

RESUMO

Os estudos epidemiológicos fornecem informações ao clínico, facilitando o diagnóstico e dando condições de prevenir determinadas patologias. Este é um estudo epidemiológico das lesões ósseas diagnosticadas no Departamento de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da PUCRS, durante um período de 29 anos, levando em conta gênero, idade e cor do paciente, além da localização anatômica da lesão. As doenças osteogênicas representaram 4,21% do total de diagnósticos, dentre as quais 23,07% eram neoplásicas e 76,92% não. A maioria dessas lesões ocorreu no gênero feminino, na cor branca, na mandíbula e em pacientes com média de 34,17 anos de idade.

Descritores: Osso e ossos/lesões. Epidemiologia. Maxila/lesões.

ABSTRACT

Epidemiological studies provide information to the clinician that facilitates diagnosis and makes possible the prevention of certain pathological conditions. The purpose of this study was to conduct a retrospective analysis of microscopically diagnosed bone lesions in the jaws according to sex, race and anatomic site from 1972 to 2001 in the Department of Oral Pathology of the Catholic University of Rio Grande do Sul. Osteogenic bone lesions accounted for 4.21% of all diagnoses, of which 23.07% were neoplastic and 76.92% were not. Most of the lesions occurred in the mandible in white female patients with a mean age of 34.17 years.

Descriptors: Bone and bones/lesions. Epidemiology. Maxilla/lesions.

INTRODUÇÃO

A importância dos estudos epidemiológicos se mostra no momento de se fazer o diagnóstico clínico de uma patologia. Frente às características clínicas de uma lesão, o clínico conhecedor de seu perfil epidemiológico poderá direcionar seu diagnóstico para as entidades de ocorrência mais comum. Os estudos epidemiológicos têm por objetivo fornecer informações aos profissionais da área da saúde sobre determinada entidade mórbida, para que esta possa ser mais bem compreendida, estudada, tratada e

combatida, principalmente, por medidas preventivas.

Segundo Flecher *et al.* (1996), o objetivo da epidemiologia clínica é desenvolver e aplicar métodos de observação clínica que levem a conclusões válidas, evitando ser enganado por erro sistemático e aleatório. É uma abordagem importante para obter o tipo de informação que os clínicos precisam, para tomarem decisões acertadas no cuidado de seus pacientes.

Autores relatam que a incidência das doenças bucais varia consideravelmente de uma população para

* CD, aluna do Curso de Especialização em CTBMF da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - SOBRACID.

** Professor do Departamento de Patologia Geral e Bucal da PUCRS.

*** Professor nos cursos de graduação e pós-graduação dos departamentos de Patologia Bucal da UFRGS e PUCRS.

**** Professor nos cursos de graduação e pós-graduação dos Departamentos de Patologia Bucal da UFRGS e da PUCRS.

outra, decorrente de fatores nutricionais, hábitos, posição geográfica e situação socioeconômica da região estudada.

As lesões, que ocorrem no tecido ósseo, são classificadas de acordo com sua origem em neoplásicas e não neoplásicas, podendo essas últimas, serem alterações metabólicas, anormalidades genéticas, condições inflamatórias ou cistos.

A displasia cemento-óssea periapical foi, na classificação da Organização Mundial da Saúde (6), incluída no rol das lesões ósseas não-neoplásicas. Segundo Sant´ana Filho *et al.* (10), essa é uma lesão comum que ocorre nos ápices de dentes com vitalidade, acometendo com mais frequência mulheres negras de meia-idade. Nesse mesmo estudo, afirma-se que a displasia cemento-óssea florida compartilha achados similares aos da displasia cemento-óssea periapical, quais sejam: ocorrem mais em mulheres negras de meia idade, apresentam-se como lesões múltiplas, estão aparentemente relacionadas ao ligamento periodontal e não necessitam de tratamento, sugerindo que ambas lesões são fases diferentes de uma mesma patologia. Essa afirmação concorda com o que já fora proposto por Regezi *et al* (8) e Su *et al* (11).

A displasia fibrosa é, segundo Regezi *et al* (8), uma condição cuja etiologia permanece desconhecida, embora haja relatos de que essa condição representa um crescimento hamartomatoso não-neoplásico resultante da atividade desordenada de células mesenquimais. Outra proposta é a de que essa lesão resulta de uma parada na maturação do tecido mesenquimal no estágio de osso imaturo. Ainda se sugere que seja uma reação anormal do osso a um episódio traumático localizado. Segundo relato de Cohen *et al* (2), este distúrbio provém de uma mutação num gene de células somáticas. De acordo com Neville (7), mandíbulas são mais comumente afetadas. Usualmente a primeira manifestação ocorre durante a primeira ou a segunda década de vida, sendo que a lesão não tem predileção por gênero. Já, de acordo com Scully *et al.* (12), o maxilar é a localização

preferencial para a displasia fibrosa que ocorre em região de cabeça e pescoço.

Outra lesão óssea não neoplásica é o querubismo, uma condição rara que ocorre mais comumente em crianças com idades variando de 2 a 7 anos. Essa síndrome é herdada como uma característica autossômica dominante, embora número significativo de casos pareça ocorrer por mutação espontânea (7, 12).

A lesão central de células gigantes é uma lesão óssea destrutiva, de etiologia desconhecida, embora tenha sido proposto que esse processo representa uma resposta reparadora a uma hemorragia e inflamação intra-óssea. Outra teoria é a de que essa lesão esteja relacionada ao tumor de células gigantes de ossos longos sendo considerada como uma neoplasia verdadeira. Manifestações do hiperparatireoidismo nos maxilares apresentam-se microscopicamente idênticas a lesões de células gigantes (8). Essa condição afeta mais comumente a mandíbula (70% dos casos) do que a maxila e é tipicamente observada em pacientes com idade entre dez e trinta anos, havendo uma distinta predileção pelo gênero feminino, que representa 65% dos casos (1, 7, 12). Neville (7), descrevendo o cisto ósseo traumático, lesão cuja etiologia permanece desconhecida, declarou ser a mandíbula a localização de escolha, sendo a maioria dos casos detectados em pacientes entre dez e vinte anos de idade.

O cisto ósseo aneurismático é uma condição rara nos maxilares, tendo predileção pelos ossos longos e da coluna vertebral, quando ocorre em região de cabeça e pescoço, sendo mais comum em mandíbula. É visto mais frequentemente nas três primeiras décadas de vida, com pico na segunda década e tem preferência pelo gênero feminino (7, 13). Sua etiologia é obscura, embora geralmente seja considerado como representativo de um processo reativo em lugar de neoplásico ou cístico, existindo uma lesão precedente que daria início a uma malformação vascular.

Regezi *et al* (8) afirmam que a mandíbula é o sítio anatômico mais comumente afetado por

osteomielites, especialmente na região de molares (NEVILLE, 1995, REGEZI; SCIUBBA, 2000, SHAFER; HINE; LEVY, 1985). Neville (1995) relata que osteomielites podem ocorrer em todas as idades, havendo predominância pelo gênero masculino, 75% dos casos, em algumas revisões, sendo a mandíbula a localização preferencial. Quanto às osteites o mesmo autor refere ocorrerem preferencialmente em crianças e adultos jovens, embora também acarreta pessoas mais velhas, e haver maior acometimento da mandíbula do que da maxila.

O osteoma é um tumor benigno raro, essencialmente restrito ao esqueleto craniofacial e detectado mais comumente em adultos jovens sem predileção por gênero (CAWSON, 1995, NEVILLE, 1995, SHEAR, 1999). Sayan *et al.* (2002), mostram como resultado de análise de 35 casos, 65% de ocorrência em homens e 35% em mulheres; média de 29,4 anos de idade e localização preferencial do osteoma no osso frontal (28,57%). Os autores ainda relatam que a ocorrência nos maxilares é rara, mas que dos 16 casos de osteomas em maxilares mais bem documentados na literatura nos últimos trinta anos, 15 ocorreram em mandíbula e 1 em maxila. Regezi *et al.* (2000) dizem ser este um tumor comum entre a segunda e a quinta década de vida, embora ocorram em todas as idades, e ser de ocorrência duas vezes mais freqüente em mulheres do que em homens.

Descrevendo o tórus, Shafer *et al.* (1985) afirma ser uma condição comum que afeta mais mulheres do que homens (proporção de 2:1), podendo ocorrer em qualquer idade, ainda que Soames *et al.* (1993) afirmem serem raros na infância. Certas raças, como índios americanos e esquimós, são conhecidas por apresentarem altas incidências de tórus palatinos. Relatando as exóstoses, Shafer *et al.* (1985) diz serem elas menos freqüentes do que os tórus.

O fibroma cemento ossificante é um neoplasma osteogênico de predominância entre a terceira e a quarta décadas de vida, havendo predileção por mulheres (relação de 5:1). A mandíbula

é mais envolvida do que a maxila, havendo relatos que indicam ocorrer 90% dos casos em mandíbula (NEVILLE, 1995, SU; WEATHERS; WALDRON, 1997).

Este trabalho objetiva fazer um levantamento epidemiológico retrospectivo dos registros referentes aos laudos histopatológicos das lesões ósseas dos maxilares no período de 1972 a 2001 na Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da PUCRS, investigando-se, em paralelo, as seguintes variáveis: idade, gênero, cor e localização anatômica.

MATERIAL E MÉTODO

Este trabalho é um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, realizado no Serviço de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, a partir dos diagnósticos histopatológicos realizados no período de 1972 a 2001. Para cada diagnóstico coletado, preencheu-se, manualmente uma ficha padronizada, contendo as seguintes informações: idade, gênero e cor do paciente, além de localização anatômica da lesão, lembrando que um mesmo paciente poderia ter fichas distintas por apresentar lesões diferentes.

A classificação “localização anatômica” foi adaptada a partir das indicações contidas nas fichas de biópsia, uma vez que se deu enfoque às lesões ósseas. Selecionaram-se as localizações em maxila, mandíbula e periápice. Quando uma ficha se apresentava incompleta, assim mesmo, era incluída na análise, e os itens inexistentes eram classificados como “ausentes”.

Os diagnósticos das lesões ósseas foram codificados de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (KRAMER; PINDBORG; SHEAR, 1992) em “neoplasias” e em “lesões ósseas não neoplásicas”.

Os dados obtidos foram analisados pelo programa Epi Info 6.04 d., através do qual obtivemos a freqüência quanto a gênero, cor, idade, diagnóstico e localização. Os dados de classificação das lesões e

demais dados com valores ordinais (gênero, cor e localização) foram cruzados obtendo-se a relação da classificação com cada variável. Em seguida, fez-se o cruzamento entre classificação e idade, obtendo-se a média de idade de cada condição.

RESULTADOS

Entre 1972 e 2001, as lesões ósseas representaram 4,21% do total de lesões diagnosticadas, histopatologicamente, na Disciplina de Patologia Bucodental da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, o que representa um total de 312 lesões. As neoplasias relacionadas ao osso representaram 23,1% das lesões ósseas diagnosticadas, e as lesões ósseas não neoplásicas representaram 76,9% (Figura 1).

A maioria dessas lesões concentrou-se em pacientes com idade entre 31 e 40 anos, sendo que a média de idade das lesões ósseas neoplásicas foi de 39,33 anos e das não-neoplásicas, 32,83 anos.

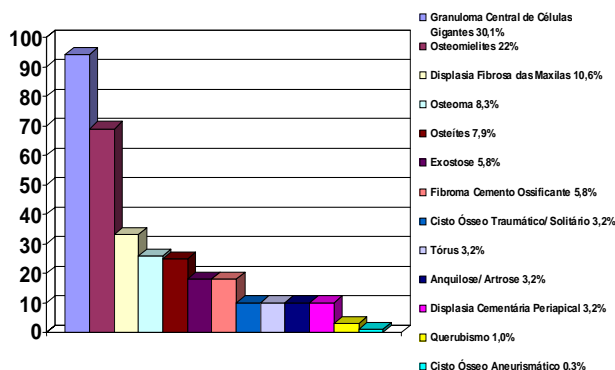


Figura 1 - Lesões ósseas mais frequentes.

Analisando o perfil das lesões ósseas, levando-se em conta o gênero dos pacientes, as mulheres obtiveram maior representatividade com 63,5% de diagnósticos. O gênero masculino representou 35,6%, e, em 1%, não foram preenchidas as fichas com o gênero dos pacientes.

Em relação à cor, 55,8% dos diagnósticos de lesões ósseas ocorreram em pacientes brancos; 9,9%, em pretos; 3,5%, em mulatos e 30,8% dos casos não continham a informação da cor do paciente na ficha de biópsia. Dentre as neoplasias, 47,22% dos

diagnósticos diferem-se a pacientes brancos; 11,11%, em pretos; 4,16%, em mulatos e 37,5% não referiam a cor. Dentre as lesões ósseas não-neoplásicas, 58,33% dos diagnósticos foram representados por brancos; 10%, por pretos; 3,33%, por mulatos e 28,75% não referiram a cor.

A maioria das lesões (42%) teve a mandíbula como localização preferencial, sendo que 26,3% ocorreram em maxila; 17,6% dos diagnósticos foram preenchidos na ficha de biópsia fornecendo localização mais específica, como, por exemplo, rebordo alveolar, sem referenciar, no entanto, se ocorriam em maxila ou mandíbula, portanto, foram classificadas como "outras localizações", uma vez que não puderam ser enquadradas na classificação proposta nesse estudo. 14,1% não referiram qualquer localização anatômica da lesão na ficha de biópsia.

Dentre as neoplásicas, 33,33% ocorreram em maxila; 50% em mandíbula; 5,55% não referiram

LESÕES	IDADE (média)	GÊNERO	COR	LOCALIZAÇÃO
Granuloma Central de Células Gigantes	30,05	Feminino (58,22%)	Branca (58,51%)	Mandíbula (38,29%)
Osteomielite	37,68	Feminino (58,22%)	Branca (65,82%)	Mandíbula (48,10%)
Displasia Fibrosa das Maxilas	31,32	Feminino (54,54%)	Branca (54,54%)	Maxila (48,48%)
Osteoma	38,43	Feminino (73,07%)	Branca (46,15%)	Mandíbula (42,30%)
Osteíte	40,5	Feminino (71,43%)	Branca (85,71%)	Maxila (42,85%)
Exostose	39,40	Feminino (77,77%)	Branca (44,44%)	Maxila (50%)
Fibroma Cimento Ossificante	35,82	Feminino (77,77%)	Branca (44,44%)	Mandíbula (66,66%)
Cisto ósseo Traumático	17,30	Feminino (80%)	Branca (60%)	Mandíbula (60%)
Tórus	43,66	Feminino (60%)	Branca (60%)	Mandíbula (70%)
Anquiloze/ Artrose	29,30	Feminino (60%)	Branca (30%)	Inconclusivo* (70%)
Displasia Cementária Periapical	50	Feminino (90%)	Branca (30%) Preta (30%)	Mandíbula (50%)
Querubismo	13	Masculino (66,66%)	Branca (66,66%)	Mandíbula (66,66%)
Cisto Ósseo Aneurismático**	54	Feminino (100%)	Branca (100%)	Inconclusivo* (100%)

* casos em que a ficha de biópsia não continha a informação

** apenas um caso na amostra

Quadro 1 - idade, gênero, cor e localização.

Fonte: Departamento de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da PUCRS, Porto Alegre.

localização e 11,11% foram classificadas com outras localizações. Dentre as não neoplásicas, 24,16% ocorreram em maxila; 39,58%, em mandíbula; 16,66% não referiram localização e 19,58% ocorreram em outros sítios, podendo ser determinado se em maxila ou mandíbula (quadro1).

DISCUSSÃO

Os dados referentes a gênero e localização dos pacientes portadores de lesões centrais de células gigantes concordam com os autores citados, ainda que haja diferenças entre as porcentagens de cada relato, o que se atribui a diferença de amostragem de cada estudo. A média de idade citada como mais comum pela literatura é inferior à relatada neste estudo. Ainda Cawson *et al.* (1995) afirmam ser essa uma condição pouco comum, o que não deixa de concordar com nossos achados, pois as lesões relacionadas ao tecido ósseo representaram 4,21% dentre todas as lesões diagnosticadas, e as lesões de células gigantes abrangem 30,1% dessa parte, portanto, dentre todas as entidades possíveis de ocorrer na região bucomaxilofacial, as lesões de células gigantes são pouco comuns.

No que diz respeito à localização anatômica preferencial das osteomielites e osteíte, este trabalho concorda com a literatura, ao afirmar ser a mandíbula o sítio de eleição. Cawson *et al.* (1995) relatam que a osteomielite esclerosante focal crônica tem maior ocorrência em pacientes de idade inferior a 20 anos, enquanto nosso trabalho relata média de 34,68 anos de idade. No entanto, não é possível tecer comparação entre tipos específicos de osteomielites quando nossa análise não divide essa lesão por tipos, mas abrange osteomielites de um modo geral. Neville (1995), descrevendo as osteíte, corrobora haver maior concentração de casos entre 20 e 40 anos de idade, quando a maioria dos dentes é extraída. Nossos dados contradizem o relato de Neville (1995), que afirma haver maior ocorrência de osteomielites em

homens, enquanto o presente estudo apresenta o sexo feminino como maioria. No entanto, a maioria dessas condições é de natureza infecciosa, e seu curso depende da virulência dos microorganismos presentes na microbiota de cada indivíduo, não havendo, portanto, relações diretas com o gênero do paciente.

Nosso estudo mostra haver predileção da displasia fibrosa dos maxilares pelo osso maxilar, dado que concorda com relatos de Scully *et al.* (1997), mas que discorda de Neville (1995), o qual afirma ser esta uma lesão de maior ocorrência em mandíbula. Neville (1995) ainda afirma que as primeiras manifestações dessa lesão ocorrem entre a primeira e a segunda década de vida, dado que não coincide com a média de 31,32 anos de idade relatada em nosso estudo. O que se pode pensar é que essa condição possa ter iniciado numa idade inferior, embora uma parte dos pacientes tenha procurado o tratamento somente frente a desconforto ou aumento de tamanho ocorrido posteriormente.

Concordando com Regezi; Sciubba (2000), nosso estudo relatou maior ocorrência de osteoma em mulheres do que em homens, já Neville (1995) e Shafer *et al.* (1985) afirmam não haver predileção dessa neoplasia por gênero. Quanto à idade, nosso estudo relata média de 38,43 anos, podendo concordar com a literatura, visto que os autores citados afirmam ocorrer mais comumente em adultos jovens, embora existam relatos de ocorrência em qualquer idade.

Pela raridade das demais lesões diagnosticadas, elas não serão discutidas individualmente. Em relação à cor, a maioria ocorreu em pacientes brancos. Isso pode ser explicado pela prevalência dessa cor na população do Rio Grande do Sul, estado cuja predominância é de imigrantes europeus (4). O gênero feminino foi o mais acometido, concordando com a literatura, visto que, quando as lesões são analisadas individualmente, a maioria delas ocorre mais comumente em mulheres. Da mesma forma, a mandíbula foi o sítio anatômico preferencial, concordando com dados da literatura. Em relação à

faixa etária, a maior diferença entre nosso estudo e a literatura ocorreu na descrição do cisto ósseo aneurismático. Neville (1995) e Shear (1999) afirmam que essa lesão acomete pacientes com idade inferior a 30 anos, sendo que nossa análise apresentou um caso em paciente de 54 anos. Essa diferença não pode ser relevante, uma vez que o presente estudo não apresenta uma média de idade, mas, apenas um caso.

Algumas lesões ósseas consideradas raras pela literatura (CAWSON; BINNIE; EVESON, 1995, NEVILLE, 1995, REGEZI; SCIUBBA, 2000, SHAFER; HINE; LEVY, 1985), como osteossarcoma e doença de Paget, entre outras, não foram diagnosticadas no presente estudo, confirmando, assim, a raridade dessas entidades mórbidas.

CONCLUSÕES

As lesões ósseas mais frequentes foram lesão central de células gigantes (30,1%), osteomielites e osteíte (25,3%), displasia fibrosa das maxilas (10,6%) e osteoma (8,3%). O sítio anatômico de maior ocorrência de lesões foi a mandíbula (42%). Pacientes da cor branca foram os mais acometidos (55,8%), assim como o gênero feminino apresentou a maioria das patologias (63,5%), cuja média de idade foi de 39,33 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAWSON, R. A.; BINNIE, W.H.; EVESON, J. W. **Color atlas of oral disease**. St. Louis: Mosby Wolfe, 1995.

COHEN, M. M. J.; HOWELL, E. R. Etiology of Fibrous Dysplasia and McCune-Albright Syndrome. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, vol. 28, p. 366-371, 1999.

FLETCHER, R.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E

ESTATÍSTICA. **Censo 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>. Acesso em: 30 set. 2004.

KOWALSKI, L. P. Carcinoma de Boca: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Acta AWHO**, São Paulo, vol. 10, no. 3, p. 128-34, set./dez. 1991.

KRAMER, I.R.; PINDBORG, J.J.; SHEAR, M. **Histological typing of odontogenic tumors**. World Health Organization: International histological classification of tumors. 2nd. ed. Barcelona: Springer-Verlag, 1992.

NEVILLE, B. W. **Oral maxillofacial pathology**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. A. **Patologia bucal: correlações clinicopatológicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SHEAR, M. **Cistos da Região Bucomaxilofacial**. 3rd. ed. São Paulo: Santos, 1999.

SANT´ANA FILHO, M. et al. Lesões fibro-ósseas: displasia cemento-óssea periapical X displasia cemento-óssea florida. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 26-30, dez. 1998.

SU, D. M. D.; WEATHERS, D. R.; WALDRON, C. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, vol. 84, p. 540-9, 1997.

SCULLY, C.; STEPHEN, R.F.; STEPHEN, R. P. **Atlas Colorido das Doenças da Boca: diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

SAYAN, N. B. et al. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, vol. 60, no. 11, p. 1299-1301, Nov. 2002.

SOAMES, J.V.; SOUTHAM, J. C. **Oral Pathology**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 1993.