

---

# Estudo retrospectivo das lesões bucais na clínica de Estomatologia da Universidade Paulista (UNIP)

*A retrospective study of oral lesions in the clinic of Stomatology of Universidade Paulista (UNIP)*

Marcia Miroldo Magno de Carvalho Santos<sup>1</sup>, Paulo Sérgio da Silva Santos<sup>2</sup>, Ricardo Salgado Souza<sup>1</sup>, Marisa Alvarez Corazza Marques<sup>1</sup>, Luciano Lauria Dib<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Curso de Odontologia da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil; <sup>2</sup>Curso de Odontologia da Universidade de São Paulo, Bauru-SP, Brasil.

---

## Resumo

**Objetivo** – Analisar retrospectivamente as lesões bucais mais prevalentes na população atendida em uma Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da UNIP. Várias alterações podem ser encontradas no exame clínico da mucosa bucal, sendo a estomatologia a especialidade que desempenha importante papel na identificação das lesões, a fim de realizar um correto diagnóstico e aplicar o tratamento adequado. **Métodos** – Foram avaliados os dados sócio-demográficos, história médica e diagnóstico de lesões bucais de 414 pacientes atendidos na Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da UNIP através de informações obtidas de prontuários. **Resultados** – 135 (33%) homens e 276 (67%) mulheres, de faixa etária variada. Quanto à etnia 242 (59%) eram brancos, 112 (27%) não brancos e 58 (14%) outros. Quanto aos hábitos, 93 (22,5%) pacientes eram fumantes e 52 (12,6%) etilistas. 166 (40,1%) pacientes com queixas de dor ou sangramento bucal e 248 (59,1%) sem sintomas. 329 (79,5%) com lesões bucais, mais frequentes: hiperplasia fibrosa irritativa 66 (20,06%), cistos odontogênicos 30 (9,11%), úlcera traumática 28(8,51%), lesões potencialmente malignas 20 (3,65%), hemangioma 19 (5,77%), lesões de glândulas salivares benignas 17 (5,16%), candidose 13 (3,95%), lesões pigmentadas 9 (2,73%), displasia cementária 8 (2,43%), carcinoma espinocelular 8 (2,43%), tumores odontogênicos 8 (2,43%), fibroma 7 (2,12%) e processo proliferativo não neoplásico (PPNN) 7 (2,12%). Os pacientes com carcinoma espinocelular diagnosticados desconheciam a presença da lesão. **Conclusão** – As lesões bucais mais frequentemente encontradas na população analisada foram: hiperplasia fibrosa inflamatória, úlcera traumática, cistos periapicais, hemangioma capilar e baixa incidência de lesões potencialmente malignas.

**Descritores:** Medicina bucal; Estomatologia; Doenças da boca; Levantamento epidemiológico; Odontologia

## Abstract

**Objective** – A retrospective analysis of most prevalent oral lesions in the population seen in a Stomatology Graduation Clinic with UNIP. Several alterations may be found in the clinical exam of oral mucosa, stomatology being the specialty which plays an important role in the identification of lesions, aiming at a correct diagnosis and a suitable treatment. **Methods** – Socio-demographic data, medical history and the diagnosis of oral lesions of 414 patients seen at UNIP's Stomatology Graduation Clinic, through information obtained from their medical records, were assessed. **Results** – 135 (33%) males and 276 (67%) females, in a varied age range. Ethnicity: 242(59%) were white, 112 (27%) non white and 58 (14%) other groups. Habits: 93 (22.5%) patients were smokers and 52(12.6%) alcohol users. 166 (40.1%) patients with pain complaints or oral bleeding and 248 (59.1%) with no symptom. 329 (79.5%) with most frequent oral lesions: inflammatory fibrous hyperplasia 66 (20.06%), odontogenic cysts 30 (9.11%), traumatic ulcer 28 (8.51%), potentially malignant lesions 20 (3.65%), hemangioma 19 (5.77%), benign salivary gland lesions 17(5.16%), candidosis 13 (3.95%), pigmented lesions 9 (2.73%), cementum dysplasia 8 (2.43%), squamous cell carcinoma 8 (2.43%), odontogenic tumors 8 (2.43%), fibroid 7 (2.12%) and non-neoplastic proliferative process (PPNN) 7 (2.12%). The patients diagnosed with squamous cell carcinoma were unaware of the lesion. **Conclusions** – The most frequently found oral lesions in the population analyzed, were: inflammatory fibrous hyperplasia, traumatic ulcer, periapical cysts, capillary hemangioma and low incidence of potentially malignant and malignant lesions.

**Descriptors:** Oral medicine; Oral diseases; Stomatology; Health survey; Dentistry

---

## Introdução

A Estomatologia é a especialidade da Odontologia que desempenha um importante papel na identificação de lesões da mucosa bucal, a fim de realizar um correto diagnóstico e aplicar o tratamento adequado. Lesões orais, como herpes recorrente, úlcera aftosa recidivante, candidose, hiperplasia associada ao uso de prótese móvel, hiperplasia gengival medicamentosa e úlceras traumáticas são frequentes na população e devem ser do conhecimento dos profissionais da odontologia e daqueles que atuam na área de Saúde da Família. Além da identificação das lesões mais comuns, mostra-se importante o diagnóstico precoce do câncer bucal e das lesões potencialmente malignas, como eritroplasias e leucoplasias assim como as respectivas condutas<sup>1</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que os levantamentos epidemiológicos em uma população são importantes recursos para se conhecer a situação atual e estimar as necessidades de implantação e manutenção da saúde bucal. A avaliação da condição bucal de uma população objetiva fornecer subsídios para pesquisas e programas de identificação, prevenção e controle, além de permitir a padronização dos diagnósticos, o que facilita a comparação interpopulacional<sup>2-5</sup>.

Em estudo sobre a prevalência do câncer de boca e seu impacto com relação à taxa de mortalidade e problemas ocasionados devido a um diagnóstico tardio, Dib (1991) relatou que a extensão da neoplasia é muito importante para o prognóstico e que o exame histológico deve ser minucioso, descrevendo todas

as características que determinem o estágio da invasão da doença. Entre outras particularidades dessa doença no âmbito de saúde pública, o diagnóstico precoce é de extrema importância para o tratamento e sobrevivência do paciente, concluindo que um diagnóstico inicial é o melhor meio de elaboração de uma forma de tratamento<sup>6</sup>.

Triantos<sup>7</sup> avaliou pacientes acima de 65 anos de idade, levantando dados como gênero, idade, estado de saúde geral, dentados ou desdentados, presença de próteses e condições gerais da boca. Foram examinados 316 pacientes, 120 eram homens (38%) e 196 eram mulheres (62%). A idade média do grupo era de 78 anos de idade, compreendendo pacientes de 65 a 99 anos. Nenhum caso de lesão maligna foi observado, o que não descarta a relevância do exame bucal e a investigação de lesões malignas e potencialmente malignizáveis.

Na análise clínica de uma lesão bucal é fundamental o exame completo da cabeça e do pescoço, que deve ser realizado na primeira consulta e nas consultas subsequentes e de forma metódica. O exame deve ser feito em ambiente confortável, com iluminação adequada, realizado passo a passo, atentando para não pular nenhuma fase importante e essencial do exame. O exame intrabucal deve preceder o exame extrabucal. Mesmo que o paciente relate uma área específica, outras regiões da boca podem estar acometidas. Após o exame dos lábios, da mucosa jugal e labial, e palato duro e mole depois examinar a orofaringe, para o exame da língua e assoalho da boca usar compressa de gaze puxando a língua para frente, para cima e para os lados. As áreas devem ser palpadas bimanualmente, com uma das mãos na boca e a outra fazendo pressão do lado contrário. Palpar as glândulas salivares e os ductos observar o fluxo salivar e seu aspecto se límpido abundante e indolor, notar o odor do hálito. No exame extraoral observar simetria facial, ouvido, nariz e garganta. É de extrema importância que o examinador observe qualquer erupção ou lesão e que posteriormente faça a avaliação minuciosa da lesão bucal, seque a região e avalie cor, textura, tamanho, consistência e localização diagnosticando assim o tipo de lesão<sup>8</sup>.

A estimativa para o ano de 2010 do Instituto Nacional de Câncer – INCA<sup>9</sup> para câncer de cavidade oral no Brasil foi de 14.120 casos novos, com prevalência do tipo histológico Carcinoma Espinocelular. Portanto, detectar precocemente o câncer bucal é um dever e obrigação do cirurgião-dentista, e também esclarecer ao paciente a importância do autoexame. A adequada formação dos estudantes de odontologia e manutenção dos conhecimentos dos profissionais da área de saúde, para detectar a tempo as lesões cancerizáveis e educar o paciente no autoexame são fundamentais<sup>9</sup>.

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar de forma retrospectiva as lesões bucais mais prevalentes na população atendida na Clínica de Estomatologia da Universidade Paulista (UNIP), Campus – Indianópolis por um período de 4 anos (agosto de 2005 a dezembro de 2009).

## Métodos

A Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da UNIP tem um importante papel de atendimento à população da região sul da cidade de São Paulo, de forma que o estudo da ocorrência de diagnósticos nesta unidade de atendimento representa uma oportunidade de conhecer as necessidades de saúde da população atendida.

Foram incluídos nesta pesquisa retrospectiva os prontuários de todos os pacientes atendidos na Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista (UNIP), Campus – Indianópolis por entre 2005 e 2009. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIP, parecer nº (674/09 CEP/ICS/UNIP).

Os alunos de graduação do curso de Odontologia preencheram as fichas clínicas com dados sobre a queixa principal descrito como relatado pelo paciente, seguido com os dados da história médica pregressa, orientados pelos professores de estomatologia. Foram registradas as informações sobre vícios como tabagismo, etilismo e a frequência. Após o preenchimento desses dados iniciou-se o exame físico em que os examinadores avaliaram simetria facial, aumento de volume, alteração de cor e alteração anatômica, seguindo a palpação dos linfonodos sub-mentonianos, submandibular direito e esquerdo e linfonodos cervicais, observar alterações inflamatórias como calor, rubor e dor, devendo relacionar a característica do linfonodo, como inflamatória, residual e neoplásico como indicadores das hipóteses diagnósticas.

Ao exame da mucosa oral foram observadas presença e número das lesões presentes. Em caso de presença de lesão procedeu-se a classificação da lesão fundamental se mancha/mácula, placa, vesícula/bolha, pápula, nódulo, vegetação, úlcera, ulceração, tumefação e verrucosidade, anotar o tipo de superfície lisa ou rugosa, contorno (regular/irregular), base (sésil, pediculada), borda (elevada, deprimida, sem alteração), coloração (normal branca, negra, violácea/vermelha) e o tamanho da lesão. 0 a 5mm, 5 a 10mm, 10 a 20mm, 20 a 30mm e maior que 30mm. Quanto a localização da lesão na mucosa oral identificando se em lábio, mucosa jugal, língua (borda,dorso ou ventre), mucosa alveolar, gengiva, fundo de sulco, rebordo alveolar, soalho de boca, palato duro, palato mole e orofaringe descrevendo o lado da lesão

Com todos os dados descritos em mãos, o examinador(aluno) então definiu a(s) hipótese(s) diagnóstica(s). O uso de exames complementares como radiológico, laboratorial, biópsia, citologia e outros foram utilizados no processo diagnóstico. O diagnóstico final foi então definido e assim estabelecido a melhor forma de tratamento se suporte, sintomático, medicamentoso, cirúrgico ou prova terapêutica. Descreveu-se o tratamento relacionando os procedimentos realizados e a data.

Todos os dados obtidos foram registrados em formulário especialmente desenvolvido (ficha clínica) e a seguir, digitalizados em um banco de dados desenvolvido para o registro e processamento das informações (programa de microcomputador – Open Doctor). Com o auxílio

deste programa foi realizada a análise estatística descritiva de todas as informações e das lesões diagnosticadas.

## Resultados

Na análise descritiva foram analisados prontuários de 414 pacientes, sendo 135 (33%) do gênero masculino e 276 (67%) do gênero feminino. Quanto à etnia encontramos 242 (59%) brancos, 112 (27%) preto, pardo, amarelo e 58 (14%) não foi informado a etnia. A idade média dos pacientes atendidos foi de 49 anos e a distribuição das faixas etárias do atendimento encontra-se no Gráfico 1.

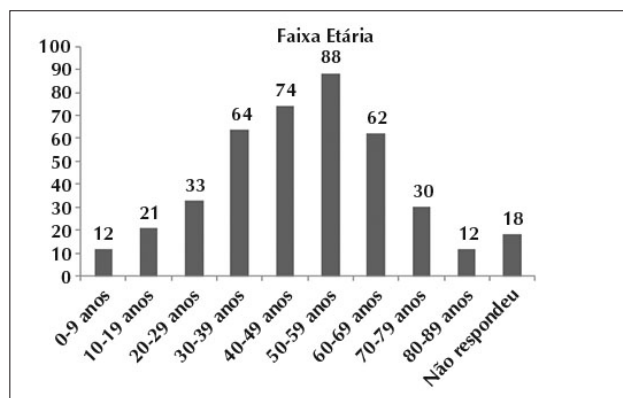


Gráfico 1. Faixa etária dos pacientes

Em relação à sintomatologia das lesões bucais 219 (52,8%) não relataram dor, 286 (69,1%) não apresentavam sangramento, 285 (69%) não relataram perda de função mastigatória.

Quanto a hábitos, 93 (22,5%) dos pacientes eram tabagistas e 52 (12,6%) tinham hábitos etilistas.

Dos pacientes avaliados, 329 (79,5%) apresentavam lesão oral e 85 (20,5%) não apresentavam lesão, embora tenham referido que apresentavam alguma lesão anteriormente. As lesões encontradas foram classificadas de acordo com a lesão fundamental (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das lesões fundamentais encontradas nos pacientes avaliados

Classificação	Nº	%
Nódulo	87	26,44
Mancha/Mácula	43	13,06
Tumefação	42	12,76
Placa	22	6,69
Pápula	20	6,08
Úlcera	20	6,08
Vegetação	19	5,78
Vesícula/bolha	14	4,26
Ulceração	12	3,65
Verrucosidade	05	1,52
Não responderam	45	13,68
Total	329	100

Com relação à duração da queixa principal, foi dividida em ausente, menos que 7 dias, entre 7 a 14 dias, de 14 dias a 3 meses, maior que 3 meses e pacientes que não souberam relatar o tempo de duração da queixa principal (Gráfico 2).

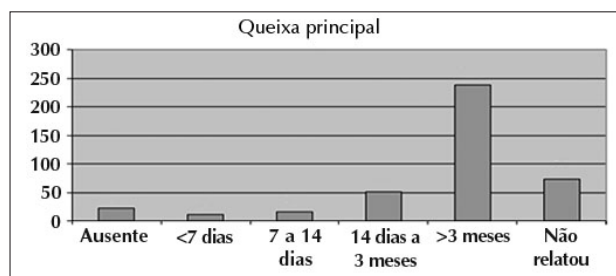


Gráfico 2. Distribuição da queixa principal quanto ao tempo de duração

Quanto à localização das lesões, foram encontradas: 44 (13,4%) em mucosa jugal, 38 (11,5%) em palato duro; 37 (11,2%) em língua sendo [18 (48,6%) – borda, 14 (37,9%) – dorso e 5 (13,5%) – ventral]; 27 (8,2%) em lábio inferior; 26 (7,9%) em rebordo alveolar inferior; 24 (7,3%) mucosa alveolar inferior; 24 (7,3%) gengiva superior; 23 (7,0%) em gengiva inferior; 22 (6,7%) mucosa alveolar superior; 20 (6,1%) em lábio superior; 16 (4,9%) em rebordo alveolar superior; 14 (4,3%) em fundo de sulco; 12 (3,6%) em soalho bucal; e 2 (0,6%) em palato mole (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das lesões encontradas nos pacientes avaliados de acordo com a sua localização

Localização	Nº	%
Mucosa jugal	44	13,4
Palato duro	38	11,5
Língua	37	11,2
Lábio inferior	27	8,2
Rebordo alveolar inferior	26	7,9
Mucosa alveolar inferior	24	7,3
Gengiva superior	24	7,3
Gengiva inferior	23	7,0
Mucosa alveolar superior	22	6,7
Lábio superior	20	6,1
Rebordo alveolar superior	16	4,9
Fundo de sulco	14	4,3
Soalho bucal	12	3,6
Palato mole	2	0,6
Total	329	100

A hipótese diagnóstica e/ou diagnóstico inicial foi definido na primeira consulta, frente ao exame clínico inicial, relato do paciente sobre a doença até aquele momento e quando necessário uma radiografia periapical para observar possíveis lesões intraósseas. Nos outros 85 (20,53%) casos de pacientes atendidos na Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da UNIP, não havia presença de lesão extra ou intraóssea.

A partir de fatores como: conhecimento da evolução clínica da doença, provas terapêuticas, exames complementares de imagens radiográficas (tomografias, radiografias panorâmicas, periapicais e oclusais), exames de análises clínicas e, principalmente, biópsias definiram o diagnóstico final. As doenças diagnosticadas foram relacionadas e separadas de acordo com os grupos observados acima. Sendo assim, os diagnósticos finais foram distribuídos segundo a Tabela 3.

**Tabela 3. Diagnóstico final das lesões encontradas nos pacientes avaliados**

Variável	Diagnóstico final	Nº	%
Doenças ósseas	Displasia cementária	8	2,43
	Tórus palatino	6	1,82
	Fibroma ossificante periférico	5	1,52
	Tórus mandibular	3	0,91
	Osteíte condensante	2	0,61
	Lesão central de células gigantes	2	0,61
	Exostose	1	0,30
	Osteoma	1	0,30
Cistos e Tumores Odontogênicos	Cisto radicular	14	3,95
	Queratocisto	8	2,43
	Cisto odontogênico	5	1,52
	Cisto periapical	5	1,52
	Cisto residual	2	1,52
	Cisto dentífero	2	0,61
	Cisto ósseo simples	2	0,61
Lesões Pigmentadas	Pigmentação.Melânica	8	2,43
	Tatuagem por amálgama	1	0,91
PPNN	Hiperplasia fibrosa inflamatória	66	20,10
	Processo inflamatório inespecífico	5	1,52
	Granuloma piogênico	1	0,30
	Lesão periférica de células gigantes	1	0,30
Neoplasias Benignas	Hemangioma capilar	19	8,51
	Fibroma	7	2,13
	Papiloma	3	0,91
	Condiloma	1	0,30
Neoplasia Maligna	Carcinoma espinocelular	8	2,43
Lesões Cancerizáveis	Displasia epitelial/Leucoplasia	7	2,13
	Queilite actínica	4	1,22
	Eritroplasia	1	0,30
Doenças Dermatológicas e/ou Auto-Imune	Líquen plano	8	3,34
	Estomatite aftosa recorrente	6	1,82
	Penfígide benigno	1	0,30
	Penfigo vulgar	1	0,30
Dor	Disfunção têmporo mandibular	1	0,30
Infecções	Candidose	10	3,04
	Queilite angular	3	0,91
	Abscesso	2	0,61
	Periodontite	1	0,30
	Gengivite	1	0,30
Traumas	Úlcera traumática	21	6,38
	Hiperqueratose focal irritativa	6	1,82
	Cicatriz	1	0,30
Doenças de Glândulas Salivares	Mucocele	9	2,73
	Sialolitíase	4	1,22
	Adenoma de células basais	2	0,61
	Rânula	1	0,30
	Adenoma pleomórfico	1	0,30
Outros	Fístula periapical	4	1,22
	Varizes linguais	3	0,91
	Linha Alba	2	0,61
	Língua saburrosa	2	0,61
	Pericoronarite	2	0,61
	Síndrome da boca ardente	2	0,61
	Anquiloglossia	1	0,30
	Inflamação tonsila lingual	1	0,30
	Inflamação tonsila palatina	1	0,30
	Glossodínia	1	0,30
	Osteonecrose	1	0,30
	Grânulos de fordyce	1	0,30
	Calcificação óssea	1	0,30
	Lipoma	1	0,30
	Agnesia dentária	1	0,30
	<b>Total</b>		<b>301</b>



Além dos 85 (20,53%) casos onde nenhuma lesão foi diagnosticada, 28 (8,8%) pacientes não retornaram para concluir o diagnóstico.

Os exames complementares que mais foram solicitados na Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da UNIP foram: em 133 (32,2%) casos a biópsia, em 106 (25,6%) pacientes foi o radiológico. Tivemos 2 (0,5%) casos em que foi solicitado citologia esfoliativa. Em 117 (28,2%) casos, somente o exame clínico foi realizado não necessitando exames complementares.

Quanto ao tratamento, 154 (51,2%) pacientes receberam atendimento cirúrgico de remoção das lesões, em 65 (21,6%) casos foi realizado tratamento de suporte, 25 (8,3%) fizeram uso de medicamentos, 15 (5,0%) pacientes receberam terapia sintomática, 12 (4,0%) passaram por prova terapêutica com regressão das lesões e, 30 (9,9%) não foram relatados os tipos de tratamento, sendo que 28 pacientes abandonaram o tratamento.

## Discussão

A abordagem ampla e segura das lesões de boca é importante a fim de garantir a saúde através da prevenção e controle das doenças bucais em toda a população<sup>10</sup>.

De acordo com Rouquayrol<sup>11</sup> e Rioboo-Crespo *et al.*<sup>12</sup> os levantamentos epidemiológicos, têm como função dentre outras a análise das enfermidades, danos à saúde, a promoção de saúde, e propõe medidas diretas de prevenção para cada doença específica. Estudos com o perfil da epidemiologia podem propor medidas específicas de prevenção, de controle e erradicação de doenças, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações de saúde. O presente estudo caracterizou-se como um levantamento epidemiológico na população estudada da Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da UNIP.

É necessária a conscientização dos profissionais da odontologia em relação ao câncer bucal, em questões sobre hábitos como etilismo e tabagismo buscando sempre o diagnóstico precoce das lesões cancerizáveis, contribuindo assim a melhoria das condições de vida e saúde da população<sup>13</sup>. Nesta pesquisa os alunos de graduação tiveram a oportunidade de se conscientizarem da importância do Cirurgião Dentista no diagnóstico das lesões bucais e identificação de lesões malignas.

Autores como Bezerra e Costa<sup>14</sup>, Bessa *et al.*<sup>15</sup>, Abdo *et al.*<sup>16</sup>, Nunes *et al.*<sup>17</sup>, Antunes *et al.*<sup>18</sup> realizaram levantamentos epidemiológicos semelhantes ao realizado na Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da UNIP, esses autores pesquisaram sobre os tipos lesões de boca em determinados grupos de pacientes, e concluíram que outros estudos devem ser realizados sempre visando o controle de vícios como tabagismo, etilismo, a prevenção de lesões cancerizáveis e o diagnóstico precoce do câncer bucal. Em nosso estudo foram diagnosticados 8 (2,43%) casos de câncer bucal e 12 (3,75%) lesões potencialmente malignas, reforçando a importância do levantamento epidemiológico no diagnóstico precoce destas neoplasias. O baixo número de

casos de malignidade verificados em centros odontológicos é justificado pelo fato de que normalmente os pacientes com lesões suspeitas procuram centros médicos ou hospitalares, não passando pelo serviço odontológico para ser efetuado o diagnóstico inicial<sup>19</sup>.

Os cirurgiões dentistas necessitam de um melhor conhecimento das lesões fundamentais, pois tem a oportunidade de examinar a boca todas as vezes que o seu paciente o procura para resolver algum problema dentário, fato que poderia aumentar o número de diagnósticos de lesões não percebidas pelo paciente, mas que já poderiam ser um câncer ou uma lesão potencialmente maligna<sup>20</sup>.

Lesões como hiperplasias gengivais, traumatismos orais, e em alguns casos o hemangioma apareceram com mais frequência nos pacientes atendidos nos grupos estudados o que confere com o nosso estudo da Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da UNIP, estas lesões são as mais comumente encontradas em estudos epidemiológicos de alterações bucais<sup>7,20-24</sup>.

O programa Open Doctor foi muito importante para o desenvolvimento dessa pesquisa, facilitando a aplicabilidade da ficha clínica, nos fornecendo dados socio-demográficos e estatísticos de acordo com a necessidade da clínica de estomatologia, favorecendo a digitalização dos dados no programa e fácil acesso às informações por qualquer computador interligado à internet.

## Conclusões

As lesões bucais encontradas com maior frequência na população analisada foram: hiperplasia fibrosa inflamatória, úlcera traumática, cistos periapicais e hemangioma capilar. Os pacientes portadores de Carcinoma Espinocelular diagnosticados desconheciam a presença de lesão grave na boca, havendo procurado a clínica suspeitando de lesões traumáticas. Esse dado ressalta a importância da atenção estomatológica e da atuação da Clínica de Graduação da Disciplina de Estomatologia da UNIP como centro de triagem e detecção precoce do câncer bucal, contribuindo para a sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes.

## Referências

1. Oliveira FMP. *Estudo de ocorrência das lesões bucais na clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da UNIP – Campus Indianópolis, por meio de um método desenvolvido para coleta e processamento de dados* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Paulista; 2002.
2. Arendorf TM, Van Der Ross R. Oral soft tissue lesions in a black pre-school South African population. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1996;24:296-7.
3. Oliveira AGRC, Unfer B, Costa ICC, Arcieri RM, Guimarães LOC, Saliva NA. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 1998;1(2):177-89.
4. Souza GFM, Silveira MMF. Estudo epidemiológico das lesões bucais do Serviço de Anátomo-Patologia do Hospital da Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco de 1993 a 1997. *Rev Saúde*. 1999;3(2):11-6.

5. Marin HJI, Silveira MMF, Souza GFM, Pereira JRD. Lesões bucais: concordância diagnóstica na Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *Odontol Clín Científ Recife* 2007;6(4):315-8.
6. Dib LL. *Fatores prognósticos em carcinoma espinocelular de língua: análise clínica e histopatológica* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1991.
7. Triantos D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. *J Oral Pathol Med*. 2005;34(10):577-82.
8. Sonis TS, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
9. Instituto Nacional de Câncer. INCA. Ministério da Saúde. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. p. 42. [acesso 26 de novembro 2011]. Disponível em [http://inca.gov.br/estimativa/2010/conteudo\\_veiw.asp?ID=7](http://inca.gov.br/estimativa/2010/conteudo_veiw.asp?ID=7)
10. Andreasen JO, Pindoborg JJ, Hjørting-Hansen E, Axéll T. Oral health care: more than caries and periodontal disease. A survey of epidemiologic studies on oral disease. *Int Dent J*. 1986;36(4):207-14.
11. Rouquayrol MZ, Goldbaum M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.17-8.
12. Riobbo\_Crespo MR, Del Pozo PP, Crespo RB. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10:376-87.
13. Figueiredo AL, Macêdo AC, Guimarães CD, Silveira MF. Frequência de óbito por câncer bucal em Pernambuco no período de 1979 a 1995. *Rev Cons Reg Odontol Pernambuco*. 2000;3(1):39-43.
14. Bezerra S, Costa I. Oral conditions in children from birth to 5 years: the findings of a children's dental program. *J Clin Pediatr Dent*. 2000;25(1):79-81.
15. Bessa CFN, Santos PJB, Carmo MAV. Prevalência de alterações de mucosa bucal em crianças de 0 a 12 anos. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002;5(25):251-7.
16. Abdo EN, Garrocho AA, Aguiar MCF. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermoide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mario Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(3):357-62.
17. Nunes NA, Nunes OBC, Pedroso JÁ, Abreu KCS, Perin PCP. Alterações estomatológicas em indivíduos geriátricos do Movimento Sem Terra. *Rev Fac Odontol Lins*. 2003;15(2):21-6.
18. Antunes AA, Takano JH, Queiroz TQ, Vidal AKL. Perfil epidemiológico do câncer bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. *Odontol Clin Científ*. 2003;2(3):181-6.
19. Kijner M, Scarsanella MS. Lesões mais frequentes na Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia ULBRA Torres, no segundo semestre do ano de 2003. *Rev Ulbra Torres*, 2003 art. 05.
20. Taiwo EO, Salako NO, Sote EO. Distribution of oral tumor in Nigerian children based on biopsy materials examined over an 11 – year period. *Commun Dent Oral Epidemiol*. 1990;18(1):200-3.
21. Silva FM, andrade FB, Portolan M, Figueiredo PJ. Hemanjioma. *Rev Fac Odontol Lins*. 2000;12(1):57-9.
22. Pedron IG, Carnava TG, Utumi ER, Moreira LA, Jorge WA. Hiperplasia fibrosa causada por prótese: remoção cirúrgica com laser Nd: YAP. *Rev Clín Pesq Odontol*. 2007;3(1):51-6.
23. Guimarães Junior J. Hiperplasia gengival medicamentosa parte I. *J Epilepsy Clinic Neurophysiol*. 2007;13(1):33-6.

**Endereço para correspondência:**

Marcia Miroldo Magno de Carvalho Santos  
 Rua Vivaldo Guimarães, 15-55 – sala 53B – Jardim Narsália  
 Bauru-SP, CEP 17012-120  
 Brasil

E-mail: [mirolde@gmail.com](mailto:mirolde@gmail.com)

Recebido em 8 de fevereiro de 2012  
 Aceito em 24 de abril de 2013