

CORRELAÇÃO ENTRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICOS MICROSCÓPICOS DE LESÕES DO COMPLEXO BUCO-MAXILO-FACIAL

Heron Fernando de Sousa GONZAGA*

Carlos BENATTI NETO*

Maria Rita Brancini de OLIVEIRA*

Carlos Alberto de Souza COSTA*

Luis Carlos SPOLIDÓRIO*

Raphael Carlos Comelli LIA*

Valdiléia dos Reis CASTRO**

Érika VILLANI**

- **RESUMO:** Realizou-se a análise de 1.027 laudos de biópsias de lesões do complexo buco-maxilo-facial do Departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara. Em 967 laudos, verificou-se o diagnóstico de 66 afecções; destas, 22 corresponderam a 82,9% do total e as alterações mais frequentemente diagnosticadas foram hiperplasia, mucocele e pólipo fibro-epitelial. Observou-se correlação positiva entre hipóteses clínicas e diagnósticos microscópicos em 83,3% dos casos. Ressalte-se a importância da inter-relação entre patologistas e clínicos para realização do diagnóstico das doenças.
- **PALAVRA-CHAVE:** Patologia bucal.

* Departamento de Patologia – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14801-903 – Araraquara – SP.

** Cirurgiões-dentistas, ex-estagiárias do Departamento de Patologia – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14801-903 – Araraquara – SP.

Introdução

A Patologia é o ramo das ciências naturais que investiga a causa e o mecanismo das doenças. Não é em realidade uma ciência, mas sim um campo onde muitas ciências entram em relação.²

As ciências básicas, nesta área, referem-se principalmente aos aspectos biológicos; as ciências aplicadas e clínicas, aos aspectos terapêuticos. A Patologia é o terreno comum onde se encontram todas estas ciências.² Portanto, o termo Patologia tem um significado amplo e abrange o estudo completo da doença.³

A Anatomia Patológica é o estudo das doenças por métodos morfológicos e, por isto, pode ser também designada Patologia Morfológica.³

A finalidade da Anatomia Patológica é estudar as alterações ou lesões macro e microscópicas dos tecidos e órgãos causadas por diversos agentes lesivos animados e inanimados. Conhecendo-se as lesões, pode-se compreender o aparecimento de doenças, seus sintomas e sinais, sua evolução e sua cura espontânea ou à custa de tratamento. Além disto, a Anatomia Patológica auxilia o clínico a fazer o diagnóstico da doença do paciente, como auxilia também os exames complementares do laboratório clínico e da radiologia.³

O diagnóstico anatomopatológico é feito no paciente vivo ou no cadáver. No morto, realiza-se a necrópsia ou autópsia para se chegar ao diagnóstico anatomopatológico. No vivo, examinam-se peças cirúrgicas e fragmentos de tecidos retirados do doente, chamando-se biópsia.³ A biópsia é indicada em todas as lesões, tais como: crescimentos teciduais, massas nodulares, tecidos ósseos com alterações radiográficas, suspeitas ou não de neoplasias; bem como nas doenças bolhosas, com uso simultâneo de imunofluorescência. Na realidade, ela é obrigatória em todas as doenças cujo diagnóstico específico não seja possível pelo exame clínico.⁴

Acreditando na importância da relação entre a clínica e a patologia, propusemo-nos estudar a correlação entre os diagnósticos clínicos e microscópicos realizados no Departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara, a fim de discutirmos as dificuldades na realização do diagnóstico para clínicos e patologistas e determinar a prevalência das lesões diagnosticadas microscopicamente.

Material e método

Neste trabalho, realizamos a análise de 1.027 laudos histopatológicos de biópsias do complexo buco-maxilo-facial, utilizando-se

de laudos do arquivo do Departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP.

Na análise dos laudos histopatológicos, anotou-se o número do exame, número do prontuário, o diagnóstico microscópico e as hipóteses diagnósticas formuladas. Estas anotações foram realizadas em fichas próprias, elaboradas para este fim.

Todos os dados obtidos foram analisados e discutidos, fundamentados no resultado dessa análise e da revisão da literatura.

Resultado

Tabela 1 – Distribuição da amostragem segundo exames histopatológicos do arquivo de laudos do Departamento de Patologia da Faculdade de Araraquara

Exames histopatológicos	Nº	%
Diagnóstico microscópico conclusivo	967	94,2
Diagnóstico microscópico de normalidade	4	0,4
Laudos com dados incompletos	49	4,7
Material de biópsia insuficiente	7	0,7
Total	1.027	100,0

Tabela 2 – Distribuição da amostragem de acordo com o diagnóstico microscópico realizado

	Diagnóstico microscópico	Nº	%
1	Hiperplasia	198	20,5
2	Mucocele	91	9,4
3	Pólipo fibro-epitelial	84	8,7
4	Carcinoma espinocelular	57	5,9
5	Granuloma periapical	42	4,3
6	Papiloma	42	4,3
7	Granuloma piogênico	35	3,6
8	Cisto periodontal apical	33	3,4
9	Leucoplasia	26	2,7

Diagnóstico microscópico	Nº	%
10 Fibroma	24	2,5
11 Cisto epidermóide	23	2,4
12 Nevo celular juncional	22	2,3
13 Granuloma periférico de células gigantes	20	2,1
14 Cisto dentífero	18	1,9
15 Hiperkeratose	15	1,5
16 Adenoma pleomorfo	15	1,5
17 Pericoronarite	13	1,3
18 Carcinoma basocelular	13	1,3
19 Ameloblastoma	13	1,3
20 Verruga vulgar	11	1,1
21 Granuloma central de células gigantes	10	1,0
22 Ceratocisto	9	0,9
23 Líquen plano	9	0,9
24 Displasia fibrosa	8	0,8
25 Paracoccidiodomicose	7	0,7
26 Cisto residual	6	0,6
27 Cisto de retenção mucoso do seio maxilar	6	0,6
28 Resíduo cicatricial	6	0,6
29 Hemangioma cavernoso	6	0,6
30 Linfadenopatia	6	0,6
31 Osteoma	6	0,6
32 Carcinoma adenomatóide	6	0,6
33 Tumor odontogênico adenomatóide	5	0,5
34 Candidíase	5	0,5
35 Queratocantoma	5	0,5
36 Lipoma	5	0,5
37 Linfoma	5	0,5
38 Odontoma composto	5	0,5
39 Pseudocisto ósseo traumático	4	0,4
40 Sinusite maxilar	4	0,4
41 Cisto nasolabial	3	0,3
42 Processo de reabsorção radicular	3	0,3
43 Mixoma	3	0,3
44 Úlcera traumática	3	0,3
45 Fragmento ósseo	3	0,3
46 Anquilose óssea	3	0,3
47 Fibromixoma	3	0,3
48 Neuroma de amputação	3	0,3

	Diagnóstico microscópico	Nº	%
49	Periodontite crônica proliferativa	3	0,3
50	Sialoadenite crônica inespecífica	3	0,3
51	Abscesso periapical	2	0,2
52	Abscesso periodontal	2	0,2
53	Cisto maxilar	2	0,2
54	Granuloma eosinofílico	1	0,1
55	Cisto primordial	1	0,1
56	Hipoplasia de esmalte	1	0,1
57	Angiossarcoma	1	0,1
58	Linfangioma	1	0,1
59	Hematoma	1	0,1
60	Mioblastoma de células granulosas	1	0,1
61	Osteoartrite	1	0,1
62	Tatuagem acidental	1	0,1
63	Condrossarcoma mixóide	1	0,1
64	Neurolenoma	1	0,1
65	Área pigmentada	1	0,1
66	Tuberculose	1	0,1
	Total	967	100,0

Tabela 3 – Distribuição da amostragem segundo o diagnóstico de neoplasias benignas e malignas

Relação	Nº	%
Neoplasias	339	35,0
Outros	628	65,0
Total	967	100,0

Tabela 4 – Distribuição da amostragem segundo o diagnóstico de processos neoplásicos

Neoplasias	Nº	%
Pólipo fibro-epitelial	84	24,8
Carcinoma espinocelular	57	16,8
Papiloma	48	14,1
Fibroma	24	7,0
Granuloma periférico de células gigantes	20	5,9
Adenoma pleomorfo	15	4,4
Carcinoma basocelular	13	3,8
Ameloblastoma	13	3,8
Granuloma central de células gigantes	10	2,9
Ceratoacantoma	6	1,7
Hemangioma cavernoso	6	1,7
Osteoma	6	1,7
Tumor odontogênico adenomatóide	5	1,4
Lipoma	5	1,4
Linfoma	5	1,4
Odontoma composto	5	1,4
Mixoma	3	0,9
Fibromixoma	3	0,9
Neuroma de amputação	3	0,9
Osteossarcoma	2	0,6
Granuloma eosinofílico	1	0,3
Tumor de células gigantes	1	0,3
Mioblastoma de células granulosas	1	0,3
Linfossarcoma	1	0,3
Condrossarcoma mixóide	1	0,3
Neurolenoma	1	0,3
Total	339	100,0

Tabela 5 – Distribuição da amostragem segundo o diagnóstico de doenças infecciosas

Relação	Nº	%
Doenças infecciosas	24	2,5
Outros	943	97,5
Total	967	100,0

Tabela 6 – Distribuição da amostragem segundo o diagnóstico microscópico de doenças infecciosas

Doenças infecciosas	Nº	%
Verruga vulgar	11	45,8
Paracoccidioidomicose	7	29,2
Candidíase	5	20,8
Tuberculose	1	4,2
Total	24	100,0

Tabela 7 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de HIPERPLASIA

Hipóteses clínicas	Nº	%
Hiperplasia	138	69,7
Lesão traumática	7	3,5
Fibroma	6	3,0
Leucoplasia	4	2,0
Papiloma	3	1,5
Mucocele	2	1,0
Estomatite	2	1,0
Outras	12	6,0
Sem diagnóstico prévio	24	12,1
Total	198	100,0

Tabela 8 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de MUCOCELE

Hipóteses clínicas	Nº	%
Mucocele	57	62,6
Papiloma	5	5,5
Hiperplasia	3	3,3
Adenoma	1	1,1
Outros	8	8,8
Sem diagnóstico prévio	17	18,7
Total	91	100,0

Tabela 9 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de PÓLIPO FIBRO-EPITELIAL

Hipóteses clínicas	Nº	%
Pólipo fibro-epitelial	6	7,1
Papiloma	38	45,2
Fibroma	14	16,6
Hiperplasia	13	15,4
Outros	6	7,1
Sem diagnóstico prévio	7	8,3
Total	84	100,0

Tabela 10 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de CARCINOMA ESPINOCELULAR

Hipóteses clínicas	Nº	%
Carcinoma espinocelular	19	33,4
Carcinoma (sem especificar o tipo)	11	19,3
Outros	13	22,8
Sem diagnóstico prévio	14	24,5
Total	57	100,0

Tabela 11 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de GRANULOMA PERIAPICAL

Hipóteses clínicas	Nº	%
Granuloma periapical	17	40,5
Cisto periapical	13	30,9
Lesão periapical	4	9,5
Pólipo pulpar	1	2,4
Sem diagnóstico prévio	7	16,7
Total	42	100,0

Tabela 12 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de PAPILOMA

Hipóteses clínicas	Nº	%
Papiloma	35	83,3
Outros	6	14,3
Sem diagnóstico prévio	1	2,4
Total	42	100,0

Tabela 13 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de GRANULOMA PIOGÊNICO

Hipóteses clínicas	Nº	%
Granuloma piogênico	10	28,6
Papiloma	5	14,3
Hiperplasia	5	14,3
Mixoma	2	5,8
Tumor periférico de células gigantes	1	2,8
Hemangioma	1	2,8
Sem diagnóstico prévio	11	31,4
Total	35	100,0

Tabela 14 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de CISTO PERIODONTAL APICAL

Hipóteses clínicas	Nº	%
Cisto periodontal apical	16	48,5
Cisto (sem especificar)	4	12,1
Granuloma apical	3	9,1
Outros	7	21,2
Sem diagnóstico prévio	3	9,1
Total	33	100,0

Tabela 15 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de LEUCOPLASIA

Hipóteses clínicas	Nº	%
Leucoplasia	20	76,9
Líquen	2	7,7
Sem diagnóstico prévio	4	15,4
Total	26	100,0

Tabela 16 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de FIBROMA

Hipóteses clínicas	Nº	%
Fibroma	13	54,2
Outros	7	29,2
Sem diagnóstico prévio	4	16,6
Total	24	100,0

Tabela 17 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de CISTO EPIDERMÓIDE

Hipóteses clínicas	Nº	%
Cisto epidermóide	19	82,6
Cisto (sem especificar)	2	8,7
Sem diagnóstico prévio	2	8,7
Total	23	100,0

Tabela 18 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de NEVO CELULAR JUNCIONAL

Hipóteses clínicas	Nº	%
Nevo celular juncional	10	45,5
Verruga	7	31,8
Pólipo fibro-epitelial	1	4,5
Sem diagnóstico prévio	4	18,2
Total	22	100,0

Tabela 19 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES

Hipóteses clínicas	Nº	%
Granuloma periférico de células gigantes	7	35,0
Outros	9	45,0
Sem diagnóstico prévio	4	20,0
Total	20	100,0

Tabela 20 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de CISTO DENTÍGERO

Hipóteses clínicas	Nº	%
Cisto dentígero	15	23,4
Ameloblastoma	1	5,5
Sem diagnóstico prévio	2	11,1
Total	18	100,0

Tabela 21 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de HIPERCERATOSE

Hipóteses clínicas	Nº	%
Hiperkeratose	5	33,3
Outros	9	60,0
Sem diagnóstico prévio	1	6,7
Total	15	100,0

Tabela 22 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de ADENOMA PLEOMORFO

Hipóteses clínicas	Nº	%
Adenoma pleomorfo	6	40,0
Outros	6	40,0
Sem diagnóstico prévio	3	20,0
Total	15	100,0

Tabela 23 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de PERICORONARITE

Hipóteses clínicas	Nº	%
Pericoronarite	7	53,9
Outros	4	30,7
Sem diagnóstico prévio	2	15,4
Total	13	100,0

Tabela 24 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de CARCINOMA BASOCELULAR

Hipóteses clínicas	Nº	%
Carcinoma basocelular	5	38,5
Outros	5	38,5
Sem diagnóstico prévio	3	23,0
Total	13	100,0

Tabela 25 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de AMELOBLASTOMA

Hipóteses clínicas	Nº	%
Ameloblastoma	9	69,3
Outros	3	23,0
Sem diagnóstico prévio	1	7,7
Total	13	100,0

Tabela 26 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de VERRUGA VULGAR

Hipóteses clínicas	Nº	%
Verruga	8	72,7
Neurofibroma	1	9,1
Sem diagnóstico prévio	2	18,2
Total	11	100,0

Tabela 27 – Distribuição da amostragem segundo hipóteses clínicas formuladas e diagnóstico microscópico de GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES

Hipóteses clínicas	Nº	%
Granuloma central de células gigantes	4	40,0
Outros	6	40,0
Total	10	100,0

Tabela 28 – Relação entre concordância das hipóteses clínicas e diagnósticos microscópicos

Relação	Nº	%
Concordância	805	83,3
Discordância	162	16,7
Total	967	100,0

Discussão

Analisando os laudos histopatológicos, verificamos que o diagnóstico microscópico foi possível em 94,2% (Tabela 1). Os laudos com dados incompletos (4,7%) não foram incluídos no estudo. Em 0,4% dos laudos, realizou-se o diagnóstico de normalidade. A observação destes dados mostra-nos a importância da Anatomia Patológica como auxiliar no diagnóstico das doenças.

Embora o diagnóstico de muitas lesões possa ser feito clinicamente pelo profissional com experiência, geralmente é apenas provisório e dependente do relato final do patologista. O uso da biópsia não se limita ao diagnóstico dos tumores, sendo de grande valor na determinação da natureza de qualquer lesão insólita. Infelizmente, muitas lesões não apresentam um quadro microscópico específico, razão pela

qual nem sempre é possível um diagnóstico definitivo. Apesar de o microscópio, nas mãos de um patologista qualificado, ser um instrumento de diagnóstico insubstituível, é preciso ter sempre em mente suas limitações.⁹ Muitas vezes, nenhum diagnóstico definitivo pode ser feito. A razão para isto é que poucas doenças, exceto os tumores, estão regularmente associadas a um quadro histológico diagnóstico. As características histológicas podem ser meramente sugestivas de um diagnóstico ou ser totalmente inespecíficas. Mesmo nos casos dos tumores podem se originar dificuldades nos diagnósticos. Por exemplo, a distinção entre o carcinoma espinocelular e a hiperplasia pseudocarcinomatosa ou o queratoacantoma não é sempre possível. Nos casos dos granulomas infecciosos, como na sífilis, tuberculose e micoses profundas, um diagnóstico específico, freqüentemente, não pode ser feito, a não ser que o agente etiológico possa ser demonstrado. Em algumas doenças como a psoríase, o líquen plano e o lúpus eritematoso, no qual o quadro histológico é, geralmente, diagnóstico, este pode ser meramente sugestivo, especialmente nos casos em que o quadro clínico não é típico. Todavia, freqüentemente, quando o quadro histológico não é diagnóstico, a correlação entre os achados histológicos e clínicos poderá tornar o diagnóstico possível.⁶

No presente trabalho, em 0,7% dos casos, o material biopsiado foi insuficiente para a realização do estudo microscópico. Ressaltamos que não foi cadastrado o número de exames em que se solicitou repetição do procedimento da biópsia, por ser o material inadequado ou insuficiente.

Melhores resultados se originam de uma estreita cooperação entre clínicos e patologistas. Aos patologistas, deveria ser sempre enviada uma história clínica completa, adequada, com detalhes do local e do tipo da lesão removida, o sexo, a idade, a raça do paciente. Infelizmente, os espécimes apresentados aos patologistas estão, freqüentemente, longe do ideal. Seleção inapropriada, tamanho pequeno e fixação pobre dos espécimes podem levar a secções inapropriadas para diagnóstico.⁸

Montenegro,⁷ num trabalho sobre vivências cirúrgicas, discute as dificuldades da realização do diagnóstico microscópico pelo patologista, salientando que, quanto mais abundante o material, maior a possibilidade do diagnóstico ser preciso.

A observação da Tabela 2 mostra-nos os diagnósticos microscópicos, realizados no Departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara. Verificamos 66 diagnósticos microscópicos;

destes, 82,9% correspondem a 22 afecções. Dentre estas afecções, por sua vez, predominam doenças proliferativas, neoplasias, lesões císticas e doenças inflamatórias, indicando serem as mesmas originárias predominantemente de clínicas cirúrgicas (Cirurgia e Endodontia). Especulamos se a demanda destas clínicas é maior do que outras, necessitando assim de uma maior solicitação de exames histopatológicos ou se as características próprias destas exigem esta maior solicitação.

Dos exames realizados, as neoplasias benignas e malignas correspondem a 35% do total (Tabela 3). Na Tabela 4, observam-se as neoplasias benignas e malignas diagnosticadas.

O exame histopatológico é um exame complementar básico no diagnóstico de diversas doenças da mucosa e do tecido ósseo. Apesar de ser o mais importante recurso diagnóstico do câncer bucal, a biópsia tem maiores aplicações em lesões benignas, uma vez que são mais frequentes que as malignas.⁵ A biópsia está indicada em todas as lesões suspeitas de neoplasias, em todas as doenças bolhosas com uso simultâneo de imunofluorescência; na realidade a biópsia é obrigatória em todas as doenças cujo diagnóstico específico não seja possível pelo exame clínico.³

Considerando o material examinado ser na quase totalidade originário de instituição universitária, é de estranhar a pequena porcentagem de biópsias de doenças infecciosas (apenas 2,5%), como mostra a Tabela 5, mesmo se agrupando doenças viróticas, fúngicas e bacterianas (Tabela 6). Para exemplificar, lembramos que sendo Araraquara uma região endêmica de Paracoccidioidomicose, certamente o número de casos ocorridos em 1.027, foi muito maior do que o biopsiado (sete casos). Sabemos que o diagnóstico da Paracoccidioidomicose pode ser realizado pelo exame clínico, micológico direto e sorologia, dispensando o profissional clínico da realização da biópsia. Esta observação nos leva a questionar se não seria adequada a incrementação da realização de biópsias na Instituição. Levando-se em conta que o laboratório em questão pertence a uma instituição universitária, que além da função assistencial e de ensino também tem função de pesquisa, todos teriam a ganhar com a incrementação da realização de exames histopatológicos. Aos clínicos, propiciaria o aprimoramento de sua atuação, com a checagem dos seus diagnósticos clínicos. Aos patologistas, mesmo o envio de material de diagnóstico clínico fácil, possibilitaria que adquirissem experiência na leitura de lâminas de casos clássicos, o que facilitaria, posteriormente, a realização de diagnósticos microscópicos

de casos clínicos difíceis, duvidosos. A ambos, possibilitaria a determinação de novas linhas de pesquisa, principalmente a *posteriori*, quando técnicas mais sofisticadas poderão ser realizadas, podendo contribuir, assim, para o diagnóstico e também para o conhecimento da patogenia da afecção estudada.

Nas Tabelas 7 a 27, apresentamos as primeiras hipóteses clínicas realizadas para as 22 doenças mais frequentemente diagnosticadas. Para as demais doenças não confeccionamos tabelas em virtude de o número de casos ser de pequena monta. Observou-se uma correlação positiva entre hipóteses clínicas e diagnósticos microscópicos em 83,3% dos casos (Tabela 28). Acreditamos que o exame laboratorial para confirmação do diagnóstico e para descartar outras hipóteses é de fundamental importância. Apesar de prevalecer o axioma "a clínica é sempre soberana", atualmente não podemos deixar de lançar mão de recursos auxiliares disponíveis.

Boraks¹ apresentou, em 1996, os principais recursos auxiliares para realização do diagnóstico, discorrendo sobre exames hematológicos, tais como hemograma, bioquímicos, reações sorológicas, cultura e antibiograma; citologia esfoliativa, biópsia e exames através de imagem (estudo radiográfico, cintilografia, ultra-sonografia, xerorradiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética). Entre estes, destacou-se a biópsia, pois esta não só permite assegurar quase sempre o diagnóstico da lesão, mas, principalmente quando se refere a câncer, indica o grau de diferenciação, tipo histológico, infiltração, margens. Muitas vezes o quadro clínico pode simular várias doenças que o exame histopatológico em geral elucida. É importante deixar claro que a biópsia é um exame complementar, subsidiário, que auxilia o clínico nas suas observações. O diagnóstico clínico é estabelecido em razão de uma série de dados e a biópsia quase sempre é elucidativa, de forma que o exame anátomo-patológico auxilia mas não substitui o exame clínico.

Praticamente em todas as doenças diagnosticadas verificamos uma alta porcentagem em que o material foi enviado sem um diagnóstico prévio. A não-formulação de um diagnóstico clínico pode dificultar muito a realização do diagnóstico microscópico.

Em 1978, Tommasi¹⁰ também estudou a correlação entre hipóteses diagnósticas clínicas e diagnósticos microscópicos realizados, e chegou a conclusões semelhantes. Para o autor, quando procedidas por profissionais adequadamente preparados e experimentados, as hipóte-

ses clínicas foram corretas em 92,82% dos casos de lesões da boca e do complexo maxilo-mandibular.

De maneira ideal, os clínicos deveriam estudar as secções com os patologistas, particularmente quando o diagnóstico clínico é difícil para se ajustar com a patologia. Recursos com secções seriadas ou colorações especiais podem proporcionar a solução, mas biópsias adicionais podem ser necessárias. Por outro lado, o clínico deveria aceitar sempre com reserva o termo "alterações inespecíficas". A patologia de muitas entidades agora bem definidas foi outrora considerada inespecífica.⁸

Conclusão

A análise de 967 laudos histopatológicos mostrou uma correlação positiva entre hipóteses clínicas e diagnósticos microscópicos em 83,3% dos casos.

Concluimos ser de extrema importância a inter-relação entre patologistas e clínicos para a realização do diagnóstico das doenças e que todos, ou seja, clínicos, patologistas e principalmente o doente, têm a ganhar com o incremento desta relação, facilitando assim o diagnóstico e a obtenção de novos conhecimentos da patogenia da afecção estudada e, conseqüentemente, do seu tratamento.

GONZAGA, H. F. de S. et al. A correlative study between clinical and microscopic diagnosis of oral-maxillofac lesions. *Rev. Odontol. UNESP (São Paulo)*, v.26, n.1, p.145-163, 1997.

- *ABSTRACT: The authors studied 1,027 biopsies of oral-maxillofac lesions of Departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara. In 967 biopsies they diagnosed 66 diseases. Twenty-two diseases were 82,5% of all. The diseases more common were hyperplasias, mucocelas and fibroepithelial polyps. In 83,3% of cases, they found positive correlative between clinical and microscopic diagnosis. The authors discuss the importance of relationship between clinical and pathologist professional.*
- *KEYWORD: Pathology oral.*

Referências bibliográficas

- 1 BORAKS, S. *Diagnóstico bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.34-61.
- 2 BOZZO, L., VIZIOLI, M. R. *Introdução ao estudo da patologia*. Piracicaba: Faculdade de Odontologia – Unicamp, 1973. p.3-4. (Publicação didática n.1. Disciplina de Patologia Geral. Departamento de Medicina Oral).
- 3 FARIA, V. L. *Patologia geral. Fundamentos das doenças, com aplicações clínicas*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. p.1-5.
- 4 FITZPATRICK, T. B. Elementos fundamentales del diagnóstico dermatológico. In: FITZPATRICK, T. B. et al. *Dermatología en medicina general*. 2.ed. Buenos Aires: Panamericana, 1980. Cap.3, p.10-33.
- 5 GENOVESE, W. J., FREITAS, L., SAMATIRNI, R. Exames complementares: radiográfico, citológico, histopatológico. In: GENOVESE, W. J. *Exame clínico em odontologia (princípios básicos)*. São Paulo: Panamed, 1985. Cap.6, p.134-57.
- 6 LEVER, W. F., LEVER, G. S. *Histopathology of the skin*. 6.ed. Philadelphia: Lippincott, 1983. p.1-2.
- 7 MONTENEGRO, E. B. A biópsia e o diagnóstico anátomo-patológico em oncologia. *Ars Curandi: Revista do Clínico Geral*, v.11, p.89, abr. 1978.
- 8 ROOK, A., WILKINSON, D. S., CHAMPION, R. H. The principles of diagnosis. In: ROOK, A. et al. *Textbook of dermatology*. 4.ed. London: Blackwell Scientific, 1986. Cap.4, p.55-104.
- 9 SHAFFER, W. G., HINE, M. K., LEVY, B. M. *Tratado de patologia bucal*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p.551-5.
- 10 TOMMASI, A. F. *Estudo comparativo entre o diagnóstico clínico e histológico em lesões da boca e do complexo maxilo-mandibular*. Curitiba, 1978. 72p. Tese (Professor Titular) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Paraná.