

ANÁLISE DA EVOLUÇÃO E CARACTERÍSTICAS DE UM
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA BUCAL
DURANTE O PERÍODO DE 37 ANOS

CHECAGEM, REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DIAGNÓSTICA

Tânia Regina Grão Velloso

Dissertação apresentada à
Faculdade de Odontologia
de Bauru da Universidade
de São Paulo, como parte
dos requisitos para a
obtenção do título de
Mestre em Odontologia,
área de Patologia Bucal.

(Edição Revisada)

Bauru
2001

ANÁLISE DA EVOLUÇÃO E CARACTERÍSTICAS DE UM
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA BUCAL
DURANTE O PERÍODO DE 37 ANOS

CHECAGEM, REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DIAGNÓSTICA

Tânia Regina Grão Velloso

Dissertação apresentada à
Faculdade de Odontologia
de Bauru da Universidade
de São Paulo, como parte
dos requisitos para a
obtenção do título de
Mestre em Odontologia,
área de Patologia Bucal.

(Edição Revisada)

Orientador
Prof. Dr. Alberto Consolaro

Bauru
2001

Foto da capa: Microscópio Zeiss nº 17490, fabricado no final do século XIX, pertencente ao *Optische Museum Oberkochen*. Fotografado por Alfons Glocker e Klaus Werner, *Carl Zeiss Oberkochen*.

Velloso, Tânia Regina Grão

V546a Análise da evolução e características de um Serviço de Anatomia Patológica Bucal durante o período de 37 anos: checagem, revisão e atualização diagnóstica / Tânia Regina Grão Velloso - - Bauru, 2001.

119 p. : il. ; 28 cm.

Dissertação. (Mestrado) - - Faculdade de Odontologia de Bauru. USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Bauru, 03 de outubro de 2001.

Tânia Regina Grão Velloso

18 de fevereiro de 1960	Nascimento
Filiação	Jayme de Gouvêa Mendonça Velloso Jacy Grão Velloso
1978 - 1981	Curso de Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
1981 - 1982	Curso de Especialização em Patologia Bucal pela UFRJ
1997 - 1998	Professora em Patologia Bucal, na Faculdade de Odontologia da UFES
1999	Professora em Patologia Geral e Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista em Bauru, São Paulo
2000	Professora em Patologia Geral, na Faculdade de Odontologia da Universidade Metodista de Piracicaba em Lins, São Paulo
1999 - 2001	Mestrado em Odontologia, área de Patologia Bucal, na Faculdade de Odontologia de Bauru, USP

Sob a lente de um microscópio, até mesmo uma particulazinha de nada, a sombra de um cisco, pode parecer um céu cheio de estrelas. Da mesma maneira, sob o olhar de uma verdadeira psicologia, o mais leve movimento da alma, por menor que seja, ou mais tolo, ou louco, ou perigoso, pode transformar-se na mais excitante cena. Aí veremos então a mais intrigante imagem da coisa mais sagrada que conhecemos – a vida !

Hermann Hesse

Dedico este trabalho,

Ao meu pai (*in memoriam*) e minha mãe,
por me ensinarem a sonhar.

Ao meu marido e filhos,
por juntos irmos em busca dos sonhos.

Ao meu mestre, orientador e amigo,
por permitir sua realização.

A METAMORFOSE DO APRENDIZ

Alberto Consolaro

Os momentos passados ...

Ah! verdadeiros diamantes da vida !

E eu? ... que só conhecia os brilhantes !

E que falsos, por isso brilhantes!

Mas agora conheço diamantes ...

As pessoas compartilhadas ...

Ah! verdadeiros professores da vida !

E eu? ... que só conhecia os aprendizes !

E que imaturos, por isso aprendizes!

Mas agora conheço vocês: professores...

Desafio maior do que a ciência é
saber expressar nossos sentimentos
e amar plenamente, num doar sem
fim. Ao meu orientador, meu carinho
e admiração.

Agradecimentos pessoais

Temendo pecar por omissões imperdoáveis, quero agradecer especialmente à/aos:

Professores da Disciplina de Patologia Luís Taveira, Denise, Vanessa pela disponibilidade e atenção.

Funcionários da Patologia Cristina, Bernadete, Valdir, Fátima por fazer da Patologia uma extensão de nossa casa.

Bibliotecária Cybele, pela revisão do trabalho, paciência, e incentivo.

Demais funcionários da Biblioteca, pela atenção, carinho e profissionalismo.

Álica Carolina pela contribuição decisiva na elaboração do abstract e participação nas diversas etapas do desenvolvimento deste trabalho com a mesma empolgação do início.

Aline e Tarcília pela cumplicidade, amizade e senso de compromisso.

Telma e Paulo sempre presentes nos momentos mais críticos, dando a tranqüilidade e o apoio necessários ao término do curso.

Laurindo por participar efetivamente em meu crescimento profissional.

Meus colegas do curso de pós-graduação em Patologia Bucal, Rosário, Simone, Valdomiro, Sandra, Lídia, Jussara, Braz, Mirian, Eloi e Daniel pela partilha e ensinamentos da convivência em grupo.

Aos meus irmãos, em especial minha irmã Márcia, pela bondade, firmeza das decisões tomadas e apoio mesmo à distância.

Minha sogra Vanda pelo incentivo, entusiasmo e solicitude.

Meus amigos da UFES, Ivette, Francisco, Ricardo, Rosa, Roseane, Carlos Roldi, Hudson, Dr. João, Fátima, Marly, Armelindo, João Batista, Teresa, Maria Helena, Alfredo, Denise, José Weber, Liliana, Padilha, João Helvécio, Adaulto, Anra, Dilson pelo apoio incentivo e confiança.

Claudia e Maria Fernanda, mesmo pertencendo a outro curso, sempre transmitindo confiança e amizade.

O que nosso cérebro pensa e diz não passa de uma ninharia, comparado com o que, sob o impacto das "paixões", ocorre e se manifesta em nossa vida, em nossas relações e amizades.

Hermann Hesse

Agradecimentos Institucionais

Ao Departamento de Estomatologia, da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

À Direção da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, na pessoa do Diretor Prof. Dr. Aymar Pavarini.

À Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, na pessoa do Presidente, Professor Doutor Luís Fernando Pegoraro.

À Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Bauru.

À Reprografia da Faculdade de Odontologia de Bauru.

À CAPES pelo auxílio pecuniário.

SUMÁRIO

RESUMO -----	xi
1 INTRODUÇÃO -----	1
2 REVISÃO DA LITERATURA -----	7
3 PROPOSIÇÃO -----	12
4 MATERIAL E MÉTODOS -----	14
4.1 Critérios de seleção dos exames -----	15
4.2 Acesso aos arquivos e sua organização -----	20
4.3 Aspectos éticos, legais e institucionais -----	21
5 RESULTADOS -----	22
5.1 Da espécie de origem do material coletado a cada ano de atividade -----	24
5.2 Da origem e tipo do material em relação à boca coletado a cada ano de atividade ----	25
5.3 Do resgate das provas documentais e/ou material dos diagnósticos efetuados a cada ano de atividade -----	26
5.4 Do material enviado para análise em relação à qualidade/ quantidade a cada ano de atividade -----	29
5.5 Da forma de apresentação dos diagnósticos efetuados a cada ano de atividade -----	30
5.6 Da condizibilidade diagnóstica com a nomenclatura atual a cada ano de atividade ----	31
5.7 Dos diagnósticos revistos quanto a condizibilidade com a nomenclatura atual de todos os anos de atividade -----	32
5.8 Dos diagnósticos efetuados de acordo com sua checagem frente ao conhecimento atual a cada ano de atividade -----	38
5.9 Dos diagnósticos revistos e a natureza das lesões de todos os anos de atividade -----	39
6 DISCUSSÃO -----	44
6.1 Da concepção do trabalho -----	45
6.2 Dos aspectos históricos e organizacionais -----	53
6.3 Da nomenclatura -----	57
6.3.1 Hiperplasia fibrosa inflamatória -----	58
6.3.2 Hiperplasia fibrosa gengival -----	58
6.3.3 Lesão de células gigantes -----	59
6.3.4 Lábio duplo -----	60
6.3.5 Doença periodontal inflamatória -----	60

6.3.6 Granuloma piogênico -----	62
6.3.7 Fibroma cementoossificante -----	63
6.3.8 Cisto por extravasamento mucoso -----	63
6.3.9 Folículo pericoronário -----	65
6.3.10 Carcinoma espinocelular -----	66
6.3.11 Fibrose cicatricial -----	67
6.3.12 Papiloma e Hiperplasia fibrosa inflamatória -----	67
6.3.13 Granuloma periapical -----	69
6.3.14 Cisto periodontal apical -----	70
6.4 Dos diagnósticos revistos -----	71
6.4.1 Granuloma periapical x cisto periodontal apical -----	72
6.4.2 Cisto residual x ameloblastoma unicístico x queratocisto odontogênico x cisto dentífero -----	79
6.4.3 Ameloblastoma sólido x ameloblastoma unicístico -----	87
6.4.4 Folículo pericoronário x cisto dentífero -----	90
6.4.5 Carcinoma odontogênico de células claras x Carcinoma espinocelular x Carcinoma mucoepidermóide -----	91
6.4.6 Sialometaplasia necrotizante x Carcinoma mucoepidermóide -----	95
6.4.7 Hiperplasia fibrosa inflamatória x fibroma odontogênico periférico -----	97
6.4.8 Hemangioma capilar x granuloma piogênico -----	98
6.4.9 Osteoblastoma x Displasia fibrosa -----	99
6.4.10 Carcinoma basocelular x Carcinoma espinocelular -----	101
6.4.11 Outras alterações diagnósticas -----	102
6.4.12 Outras situações -----	104
7 CONCLUSÕES -----	107
--	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	111
ABSTRACT -----	120

RESUMO

Análise dos arquivos do Serviço de Anatomia Patológica da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, desde 1963 a 2000; para estudar sua evolução e características, promovendo-se uma revisão e atualização dos seus arquivos e métodos. Observou-se um aumento crescente e significativo da demanda dos serviços prestados, bem como um aperfeiçoamento destes. Realizou-se uma revisão de laudos, blocos e lâminas, avaliando-se a nomenclatura das lesões se condizente com a atual; o reconhecimento de entidades clínicas novas e os erros de diagnóstico. Discutiu-se as prováveis razões para as diferenças encontradas e concluiu-se da necessidade de atualização constante no trabalho em grupo, bem como do estímulo constante à análise crítica dos conceitos e critérios diagnósticos em todos os momentos da prática da patologia bucal como especialidade odontológica.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Patologia Bucal deixou de ser uma simples matéria curricular, ou mero crédito a ser cumprido, para constituir-se parte integrante e essencial na formação do cirurgião-dentista. Também como especialidade, ela vem cravando suas estacas com firmeza, não só devido às imposições de uma sociedade mais esclarecida, como também da própria conscientização profissional, embora de forma paulatina mas crescente. Todos os tecidos removidos do corpo humano devem ser submetidos à análise microscópica⁹. Algumas alterações, consideradas inicialmente como variações do normal, podem representar manifestações precoces de uma lesão maligna, ou ainda manifestações primárias de uma condição sistêmica.

O ciclo ou processo diagnóstico do Serviço de Anatomia Patológica se inicia com o registro da peça cirúrgica enviada, devendo conter todos os dados relacionados ao paciente, como nome completo, endereço, nacionalidade, estado civil, data do nascimento, vícios, hábitos, inclusive com um breve resumo clínico da lesão. Esses dados devem ser meticulosamente conferidos, evitando possíveis erros. A organização permite uma dinâmica maior e mais eficaz do Serviço. Todos os membros participantes do processo precisam estar em

perfeita consonância, como em uma ópera, onde qualquer acorde errado compromete a essência da obra.

Após registrado, o espécime passará por diversos procedimentos no laboratório, como a macroscopia, processamento tecidual e preparo dos cortes teciduais em lâminas de vidro para posterior análise microscópica. O término desse ciclo somente se dará na entrega do diagnóstico ao profissional que o enviou e arquivamento do material gerado. A confiabilidade diagnóstica e o tempo do ciclo determinarão a eficácia do serviço.

Os especialistas em Patologia Bucal têm comparativamente um número reduzido, bem como os serviços de Anatomia Patológica Bucal. Em geral, observam-se laboratórios privados de Anatomia Patológica coordenados por especialistas em Patologia Geral. As Faculdades de Odontologia são muitas, mas apenas algumas oferecem Serviço de Anatomia Patológica. Poucas possuem instalações adequadas e profissionais qualificados à implantação de um laboratório. Tal fato é compreensível diante da falta de "tradição" no envio de espécimes bucais para processamento por parte do cirurgião-dentista.

Um dado intrigante e ao mesmo tempo reflexo de uma situação ainda atual é a ausência de uma Sociedade Brasileira de Patologia Bucal e a falta de cursos de especialização em Patologia Bucal. A boca, fica

delegada como um apêndice do corpo humano, quando deveria ser valorizada como parte integrante de todo um sistema. Quantas surpresas ou mesmo decepções poderiam ser evitadas com a prática do envio de peças cirúrgicas bucais para o diagnóstico microscópico final. Cabe ao cirurgião-dentista de qualquer especialidade, o diagnóstico precoce de doenças bucais e seu tratamento, esta responsabilidade envolve não só a vida, mas também a qualidade de vida.

O Serviço de Anatomia Patológica Bucal da FOB/USP teve seu início em 1963. Desde então, aumenta sua demanda quantitativa e qualitativa. A interface se faz com várias faculdades, profissionais em suas clínicas e consultórios, como também com patologistas através de laudos de consultoria. Essa realidade trouxe a necessidade de informatização do serviço com a implantação de programas específicos, além da substituição de processamentos manuais por mecânicos.

A cada década a informação e o conhecimento se renovam mais rapidamente; os avanços tecnológicos facilitam as pesquisas, geram novas inquietações; possibilitam a busca constante pelo conhecimento.

A nomenclatura das lesões, a terminologia utilizada, os métodos para sua análise e os critérios de diagnósticos evoluem e modificam-se. Entidades clínicas passam a ser reconhecidas. Algumas são abolidas após o avanço do conhecimento e indicadas como variável de um outro

processo patológico, ou ainda como fase de uma determinada doença já descrita. O diagnóstico correto em toda sua plenitude se faz essencial para um planejamento terapêutico adequado e prognóstico favorável.

Há algumas décadas, não se fazia diagnóstico de:

- Queratocisto odontogênico, mas sim de cistos epidermóides, cistos residuais e outros cistos com metaplasia escamosa;
- Ameloblastoma unicístico, mas sim de transformação ameloblastomatosa em cistos odontogênicos;
- Displasia cementoóssea florida, mas sim de osteomielite crônica esclerosante supurativa ou não.

Há algumas poucas décadas, ainda se diagnosticava:

- Cisto globulomaxilar
- Cisto mandibular mediano
- Cisto palatino mediano

Algumas lesões foram identificadas à parte e hoje são diagnosticadas como:

- Cisto odontogênico glandular
- Cisto odontogênico botrióide
- Tumor odontogênico escamoso

- Tumor dentinogênico de células fantasmas
- Carcinoma odontogênico de células claras

As instituições devem se preocupar não só na reciclagem dos seus profissionais, mas também na atualização de seus dados, de seus arquivos. Estes são referências para estudos, teses, monografias e dissertações. Um arquivo estático reflete o abandono, a estagnação diante da vida. A revisão temporária do acervo de um Serviço de Anatomia Patológica Bucal gera questionamentos científicos, possibilita uma reflexão de sua dinâmica e do grau de envolvimento e cumplicidade de seus membros. Critérios estabelecidos para o diagnóstico das lesões, devem ser revistos, discutidos e embasados na literatura atualizada. Se assim for, o acervo da Instituição será ímpar e passível de ser explorado constantemente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

A preocupação quanto à otimização dos Serviços de Anatomia Patológica Bucal a partir da sua análise técnica e histórica, procurando avaliar sua evolução ao longo do tempo, assim gerando fundamentos para estabelecimento de novos objetivos e mecanismos de checagem de sua estrutura organizacional, também deve acontecer em outras Instituições, mas a publicação mostra-se restrita.

Na literatura pertinente resgataram-se seis trabalhos a serem analisados. Não foram incluídos os trabalhos referentes às lesões com diagnósticos revistos e ou com a nomenclatura não condizente. Esses foram citados na discussão para embasar os critérios diagnósticos adotados na rotina do Serviço de Anatomia Patológica. A referência a estes trabalhos clássicos se fez no capítulo de discussão e de referências bibliográficas.

Na análise de 20 anos do Serviço de Anatomia Patológica do Departamento de Patologia Bucal do *Birmighan Dental Hospital*, WILLIANS; HEY; BROWNE⁵⁶ utilizaram como base os dados referentes aos anos de 1975, 1984 e 1994. Verificaram os diagnósticos mais freqüentes, e os que apresentavam maior índice de erro quanto ao

diagnóstico clínico. Também avaliaram a quantidade e qualidade dos espécimes recebidos separando-os em duas categorias: tecido mole e tecido duro, neste último incluindo lesões intra-ósseas e dentes. Ainda classificaram a natureza do espécime, se tecido mole ou tecido duro. Concluíram que o aumento do número de espécimes enviados para exame nesse período, refletia uma maior conscientização dos clínicos gerais da necessidade de confirmação microscópica ou esclarecimento das diversas alterações dos tecidos bucais.

MCBROOM; RAMSAY³² avaliaram os encontros clínicos patológicos em *Southampton University Hospital*, para discussão de diagnósticos microscópicos. Classificaram-nos em não alterados, refinados e alterados quando errados. Também observaram as implicações desta alteração no tratamento, classificando-as como: sem efeito, de efeito menor e tratamento totalmente mudado. Puderam inferir da importância dessas reuniões a identificação de problemas diagnósticos específicos gerando maiores informações, além de aumentar a interação entre clínico e patologista.

O tempo decorrido entre o recebimento de um espécime para análise microscópica pelo Laboratório de Anatomia Patológica do Departamento de Patologia Bucal, Medicina Oral e Periodontia, Faculdade de Odontologia, *University of Malaya*, até a entrega do

diagnóstico ao profissional requisitante foi avaliado por SIAR; TAN⁴⁶. Utilizando-se desse tempo avaliaram a eficácia do Serviço, bem como fizeram um estudo da performance de cada patologista envolvido no processo. Quanto menor o tempo mais eficaz. Consideraram ser excelente o tempo de dois dias, satisfatório de cinco a sete dias, insatisfatório de 15 a 30 dias e não aceitável com mais de 60 dias. Concluíram ser dois dias o tempo ideal desse ciclo, para isso sendo necessário a educação, motivação, rígida supervisão da máquina operacional e o uso de meios mais eficazes na entrega dos resultados como o correio eletrônico.

ORGAN; MAIN³⁶ analisaram a clientela e a demanda do Serviço de Anatomia Patológica Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de Toronto no período de oito meses, novembro de 1974 a junho de 1975. Observaram ser os dentistas clínicos gerais os que mais enviavam espécimes para análise, embora representando 91% dos dentistas o número de espécimes enviados ainda foi baixo. Atribuíram o pouco envio de espécime por clínicos gerais, ao encaminhamento dos pacientes para especialistas, principalmente cirurgião bucomaxilofacial, bem como ao envio para o Hospital de Ontário, onde também funciona a anatomopatologia.

Através de dados obtidos dos arquivos virtuais do Departamento de Patologia e Laboratório Médico da *University of South Carolina* como nome, nascimento, origem do espécime, relato clínico, número de registro e outros, SMITH; GARVIN⁴⁸ avaliaram o tempo entre o recebimento do espécime e a entrega do diagnóstico ao clínico remetente. De acordo com a *Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology* o ideal seria de dois a três dias. Quando o espécime necessitar de técnicas especiais de processamento, este tempo aumentaria. Os autores concluíram ser importante esta avaliação para paciente, patologistas, clínicos e administradores.

A importância do exame microscópico de espécimes bucais como rotina é ressaltada por CATALDO; GIUNTA⁹. Foram analisados os cortes microscópicos de 2005 espécimes bucais do Serviço de Diagnóstico do Departamento de Patologia Bucal, *Tufts University School of Dental medicine*. Dentes, tecidos provenientes de gengivectomia, citologia esfoliativa e cortes microscópicos de consultoria foram excluídos da amostra. As lesões foram classificadas quanto a sua natureza. Também avaliaram a frequência de ocorrência das lesões, destacando a responsabilidade do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce do câncer bucal.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

A partir dos arquivos de documentos, de cortes teciduais em lâminas de vidro, de blocos de inclusão em parafina e dos livros de registros e de laudos emitidos do Serviço de Anatomia Patológica Bucal da FOB-USP propôs-se a:

1. analisar as características evolutivas temporais da casuística do referido Serviço nos últimos 37 anos;
2. rever ou confirmar os diagnósticos emitidos quanto a condizibilidade da nomenclatura com o conhecimento atual;
3. checar os diagnósticos emitidos quanto a sua condizibilidade com o conhecimento atual, revendo ou confirmando-os;
4. discutir as prováveis razões para as diferenças encontradas quanto a condizibilidade da nomenclatura e dos diagnósticos anteriormente emitidos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Critérios de seleção dos exames para obtenção da amostra

Os exames passíveis de reanálise diagnóstica foram classificados e selecionados dos arquivos do Serviço de Anatomia Patológica Bucal da FOB-USP a partir dos critérios a serem descritos.

- a. De acordo com a espécie de origem do material coletado a cada ano de atividade do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

Dos arquivos de laudos emitidos foram selecionados os casos pertencentes a seres humanos e descartados da análise os de seres animais irracionais. Os dados foram dispostos em figuras como no modelo abaixo:

Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Humano											
Animal											

- b. Classificação dos diagnósticos efetuados de acordo com a origem e tipo do material em relação à boca, coletado a cada ano do Serviço de Anatomia Patológica Bucal da FOB/USP

Do livro de registros dos espécimes, foram selecionados os casos correspondentes às peças cirúrgicas exclusivamente constituídas por

tecidos bucais e peribucais humanos, entendendo-se como peribucais, os tecidos do terço médio e inferior da face.

Os tecidos moles e duros independentemente de sua origem embriológica, odontogênica ou não, foram incluídos na amostra. Também foi determinada a quantidade de casos de localização não bucais e de esfregaços. Os dados coletados foram dispostos em figuras, como no modelo abaixo:

Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Bucal											
Não bucal											
Esfregaço											

- c. Classificação dos diagnósticos efetuados quanto ao resgate das suas provas documentais e/ou material a cada ano de atividade do Serviço de Anatomia Patológica Bucal da FOB/USP

A partir dos livros de registros, livros de laudos, arquivos de lâminas e arquivos de blocos foram revistos todos os casos e checados quanto a documentação presente. Os cortes microscópicos precisavam apresentar coloração preservada, as lamínulas e lâminas sem fraturas ou bolhas, assim como não deviam conter artefatos de técnica que inviabilizassem análise criteriosa. Quando da necessidade de confecção

de novos cortes, os blocos de parafina correspondentes deviam apresentar a superfície de corte preservada e livre de qualquer tipo de contaminação ou dano, além de possuir material suficiente para novos cortes.

Após o resgate, avaliação e reposição, quando possível, da documentação, os dados obtidos foram dispostos em figuras como no modelo abaixo:

Situação / Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Com registro, laudo, lâmina e bloco										
Com registro, laudo, lâmina e sem bloco										
Com registro, laudo, sem lâmina e sem bloco										
Com registro, sem laudo, sem lâmina e sem bloco										
Sem registro, sem laudo, sem lâmina e sem bloco										
Com registro, laudo, sem lâmina e com bloco										
Total de casos sem lâmina										
Total de casos sem blocos										
Total de casos sem laudos, mas com lâminas e blocos										
Total de lâminas não passíveis de análise										

d. Classificação dos diagnósticos efetuados de acordo com a qualidade/quantidade do material enviado para análise a cada ano de atividade do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

f. Classificação dos diagnósticos efetuados quanto a sua condizibilidade com a nomenclatura atual, a cada ano do Serviço de Anatomia Patológica Bucal da FOB/USP

Os diagnósticos conclusivos foram avaliados em relação à nomenclatura usada na literatura atual. A terminologia utilizada foi incluída em tabelas e transcrita literalmente como estavam nos laudos analisados. Os dados obtidos foram distribuídos como mostra a figura a seguir:

Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Diagnósticos condizentes											
Diagnósticos não condizentes											

A condizibilidade terminológica foi determinada pela frequência do uso e coerência de sua aplicação com a etiopatogenia do processo patológico caracterizador da doença diagnosticada.

g. Classificação dos diagnósticos efetuados de acordo com a sua checagem frente ao conhecimento atual, a cada ano do Serviço de Anatomia Patológica Bucal da FOB/USP

Os diagnósticos dados foram avaliados após revisão criteriosa dos cortes microscópicos e consulta à literatura atualizada, sendo confirmados ou revistos quando necessário. Os resultados numéricos foram colocados em figuras como o modelo a seguir:

Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Diagnósticos confirmados											
Diagnósticos revistos											

4.2 Acesso aos arquivos e sua reorganização

O acesso aos documentos e provas documentais foi restrito aos pesquisadores envolvidos e aos demais normalmente participantes do ciclo diagnóstico da rotina do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP. Esse acesso por questões éticas, legais, administrativas e organizacionais não é permitido a pessoas não participantes do processo ou ciclo diagnóstico definido na introdução.

Os armários, arquivos e formas de registros foram modificados a partir de novas aquisições materiais e treinamento dos recursos humanos envolvidos.

4.3 *Aspectos éticos, legais e institucionais*

Não foi objetivo desse trabalho correlacionar os resultados com os aspectos éticos, legais e institucionais e sim restringir a discussão dos dados aos aspectos filosóficos e técnicos inerentes a prática da Patologia Bucal enquanto especialidade odontológica e área do conhecimento humano a serem transmitidas entre as gerações.

Os dados quanto às assinaturas e responsabilidade dos laudos emitidos, bem como do clínico que recebeu os laudos, especialmente os revisados, foram levantados mas propositadamente serão omitidos.

Os clínicos responsáveis pelos procedimentos cirúrgicos e pelas peças enviadas para os diagnósticos checados e revistos receberão após o término do trabalho uma carta de retificação com considerações explicativas. Para tal, será considerado término do trabalho sua defesa pública.

5 RESULTADOS

5. Resultados

As taxas que sintetizam os resultados foram obtidas a partir de diversos universos de amostra. A avaliação se fará inicialmente da figura 1 à figura 7, a cada ano do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP e no final o equivalente aos 37 anos do Serviço. Na figura 1 o universo da amostra consiste do total de exames recebidos. Na figura 2, os exames referentes a tecidos humanos passam a representar o universo da amostra. A partir da figura 3 à figura 7, o total de exames bucais se torna o universo da amostra. Nas figuras 8 e 9 o percentual será calculado em relação ao total de exames bucais recebidos no decorrer dos 37 anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP. Também nestas duas figuras se fará o percentual tendo como base o total de diagnósticos não condizentes com a nomenclatura atual e o total de diagnósticos revistos por grupo de lesões respectivamente.

5.1 Da espécie de origem do material coletado a cada ano de atividade.

No início de implantação do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP, se observa a ausência ou mesmo a escassez no envio de espécimes de animais irracionais. Podemos considerar 1985 como o início da integração do Serviço com os centros de veterinária, atingindo o seu auge entre 1997 e 1999. O envio de espécimes humanos foi crescente, chegando a 1314 espécimes no ano 2000. Assim, temos uma média de 109 espécimes processados no mês (figura 1).

Ano	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Humano	108	91	85	110	147	50	87	244	81	160	135	139	222
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98,8%	98,8%	100%	100%	100%
Animal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2%	1,2%	-	-	-

Ano	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Humano	222	255	237	173	283	263	298	288	287	332	319	394	328
	100%	100%	100%	100%	100%	99,6%	100%	100%	100%	95,4%	100%	98,5%	99,7%
Animal	0	0	0	0	0	1	0	0	0	16	0	6	1
	-	-	-	-	-	0,4%	-	-	-	4,6%	-	1,5%	0,3%

Ano	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Humano	468	321	271	406	367	407	556	624	776	1069	1223	1314	13140
	99,6%	97,3%	97,5%	99%	99,4%	99,7%	99,1%	98,7%	96,6%	92,1%	94,6%	99,5%	98,3%
Animal	2	9	7	4	2	1	5	8	27	92	69	7	260
	0,4%	2,7%	2,5%	1,0%	0,5%	0,2%	0,9%	1,3%	3,3%	7,9%	5,3%	0,5%	1,9%

FIGURA 1 - Classificação dos diagnósticos efetuados de acordo com a espécie de origem do material coletado a cada ano de atividade do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

5.2 Da origem e tipo do material em relação à boca coletado a cada ano de atividade

Os dados dispostos na figura 2 permitem constatar um maior envio de espécimes não bucais quando da implantação do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP. No decorrer dos anos se observa uma diluição desse tipo de amostra, predominando enfaticamente os espécimes bucais. Os esfregaços em 1972 têm seu maior número de casos, posteriormente decaindo e se mantendo em um patamar linear a partir de 1998 (Figura 2).

Ano	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Bucal	20	53	25	43	136	35	72	209	78	103	130	130	211
	18,5%	58,2%	29,4%	39%	92,5%	70%	82,8%	85,6%	96,3%	64,4%	96,3%	93,5%	95%
Não bucal	73	32	60	67	11	15	14	35	4	16	2	4	8
	67,6%	35,2%	70,6%	60,9%	7,5%	30%	16%	14,3%	4,9%	10%	1,5%	2,9%	3,6%
Esfregaço	15	6	0	0	0	0	1	0	0	41	3	5	3
	13,9%	6,6%	-	-	-	-	1%	-	-	25,6%	2,2%	3,6%	1,35%

Ano	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Bucal	211	249	229	172	281	257	283	270	268	312	303	367	301
	95%	97,6%	96,6%	99,4%	99,3%	97,7%	94,9%	93,7%	93,4%	94%	95%	93%	91,8%
Não bucal	5	2	1	1	2	2	12	15	7	7	10	12	10
	2,3%	0,8%	0,4%	0,6%	0,7%	0,8%	4%	5,2%	2,4%	2%	3%	3%	3%
Esfregaço	6	4	7	0	2	4	3	3	12	13	6	15	17
	2,7%	1,6%	2,9%	-	0,7%	1,5%	1%	1%	4,2%	3,9%	1,9%	3,8%	5,2%

FIGURA 2 - Classificação dos diagnósticos efetuados de acordo com a origem e tipo do material em relação à boca coletado a cada ano de atividade do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP (continua)

Ano	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Bucal	412	278	232	344	337	379	521	599	741	996	1160	1241	11988
	88%	86,6%	85,6%	84,7%	91,8%	93%	93,7%	96%	95,5%	93,2%	94,8%	94,4%	91,2%
Não bucal	26	29	26	45	23	17	23	19	27	46	36	45	789
	5,5%	9%	9,6%	11%	6,3%	4,2%	4,1%	3%	3,5%	4,3%	2,9%	3,4%	6%
Esfregaço	30	14	13	17	7	11	12	6	8	27	27	28	291
	6,4%	4,4%	4,8%	4,2%	1,9%	2,7%	2,1%	1%	1%	2,5%	2,2%	2,1%	2,2%

5.3 Do resgate das provas documentais e/ou material dos diagnósticos efetuados a cada ano de atividade

A maioria dos exames apresenta sua documentação completa, constando de registro, laudo, bloco e lâmina. Em alguns, podemos observar a ausência de um ou mais dados. Poucos e diluídos pelo decorrer dos anos são os que apresentam a falta de todos os dados, impossibilitando sua resolução. Os exames com lâminas não passíveis de análise pertencem aos nove primeiros anos do Serviço e praticamente inexitem nos demais. Ainda se observam a partir de 1991 exames com registro, mas sem os demais documentos, tendo sua maior expressão em 1992. Os anos de 1997 a 2000 têm maior número de casos sem lâminas e blocos. O total de exames sem lâminas aumenta a partir de 1989 e tem sua maior expressividade em 1998 e 1999. Outro dado constatado é a presença de exames com registro, laudo, mas sem lâmina e bloco de

1989 a 1999, com maior número de casos nos anos de 1990, 1993, 1998 e 1999 (Figura 3).

Situação /Ano	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Com registro, laudo, lâmina e bloco	13 65%	50 94,3%	19 76%	32 74,4%	117 86%	32 91,4%	69 95,8%	195 93,3%	72 92,3%	92 89,3%	127 97,7%	125 96%	205 97%
Com registro, laudo, lâmina e sem bloco	4 20%	1 1,9%	5 20%	8 18,6%	12 8,8%	2 5,7%	1 1,4%	13 6,2%	1 1,3%	11 10,7%	2 1,5%	4 3%	5 2,4%
Com registro, laudo, sem lâmina e sem bloco	1 5%	0 -	0 -	0 -	1 0,7%	1 2,8%	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
Com registro, sem laudo, sem lâmina e sem bloco	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
Sem registro, sem laudo, sem lâmina e sem bloco	0 -	0 -	0 -	0 -	2 1,5%	0 -	0 -	0 -	3 3,9%	0 -	0 -	0 -	0 -
Com registro, laudo, sem lâmina e com bloco	2 10%	2 3,8%	1 4%	3 7%	3 2,2%	0 -	2 2,8%	1 0,5%	2 2,6%	0 -	1 0,8%	1 0,8%	1 0,5%
Total de casos sem lâmina	3 15%	2 3,8%	1 4%	3 7%	6 4,4%	1 2,8%	2 2,8%	1 0,5%	5 6,4%	0 -	1 0,8%	1 0,8%	1 0,5%
Total de casos sem blocos	5 25%	0 -	5 20%	8 18,6%	19 14%	3 8,6%	1 1,4%	13 6,2%	4 5%	11 10,7%	2 1,5%	4 3%	5 2,4%
Total de casos sem laudos, mas com lâminas e blocos	0 -	0 -	0 -	0 -	1 0,7%	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
Total de lâminas não passíveis de análise	0 -	0 -	2 8%	3 7%	2 1,5%	4 11,4%	1 1,4%	3 1,4%	3 3,9%	0 -	1 0,8%	0 -	0 -

FIGURA 3 - Classificação dos diagnósticos efetuados quanto ao resgate das suas provas documentais e/ou materiais a cada ano de atividade do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP (continua)

5.4 Do material enviado para análise em relação à qualidade/quantidade a cada ano de atividade

No período de 37 anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP predominou o envio de material com qualidade e quantidade suficiente para uma análise criteriosa, bem como um diagnóstico confiável. Em 1972 se observa o registro do maior número de casos com material inadequado, totalizando 8 casos (Figura 4).

Ano	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Adequado	20	51	24	41	130	34	72	205	72	95	130	130	210
	100%	96,2%	96%	95,3%	95,6%	97%	100%	98%	92,3%	92,2%	100%	100%	99,5%
Não adequado	0	2	1	2	4	1	0	4	3	8	0	0	1
	-	3,8%	4%	4,6%	2,9%	2,8%	-	1,9%	3,8%	7,8%	-	-	0,5%

Ano	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Adequado	209	248	224	170	279	253	277	267	263	308	295	364	291
	99%	99,6%	97,8%	98,8%	99,3%	98,4%	97,9%	98,8%	98%	98,7%	97,3%	99,2%	96,7%
Não adequado	0	0	4	1	2	1	5	1	1	0	7	0	4
	-	-	1,7%	0,6%	0,7%	0,4%	1,8%	0,4%	0,4%	-	2,3%	-	1,3%

Ano	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Adequado	402	276	229	337	336	378	520	597	737	991	1155	1236	11856
	97,6%	99,3%	98,7%	97,9%	99,7%	99,7%	99,8%	99,6%	99,5%	99,5%	99,6%	99,6%	98,9%
Não adequado	6	2	1	3	1	0	1	0	0	3	2	4	75
	1,4%	0,7%	0,4%	0,9%	0,3%	-	0,2%	-	-	0,3%	0,2%	0,3%	0,6%

FIGURA 4 - Classificação dos diagnósticos efetuados de acordo com a qualidade/quantidade do material enviado para análise a cada ano de atividade do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

5.5 Da forma de apresentação dos diagnósticos efetuados a cada ano de atividade

Os diagnósticos conclusivos predominam em todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP. Em 1985, 1986, 1987, 1988 e 1998 se observa um maior número de diagnósticos descritivos, 24, 20, 15, 13 e 18 respectivamente. Os diagnósticos ausentes são poucos, representando 0,5% da amostra de exames bucais (Figura 5).

Ano	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Diagnóstico conclusivo	19	40	24	41	130	34	72	205	72	93	130	129	205
	95%	75,5%	9,6%	95,3%	95,6%	97%	100%	98%	92,3%	90,3%	100%	99,2%	97%
Diagnóstico descritivo	1	11	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	5
	5%	20,7%	-	-	-	-	-	-	-	1,9%	-	0,8%	2,4%
Ausente	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0
	-	-	-	-	1,5%	-	-	-	3,8%	-	-	-	-

Ano	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Diagnóstico conclusivo	209	239	212	168	277	253	276	266	257	284	275	349	278
	99%	96%	92,6%	97,7%	98,6%	98,4%	97,5%	98,5%	96%	91%	90,7%	95%	92,3%
Diagnóstico descritivo	0	9	12	2	1	0	1	1	6	24	20	15	13
	-	3,6%	5,2%	1,2%	1,06%	-	0,3%	0,4%	2,2%	7,7%	6,6%	4,0%	4,3%
Ausente	2	1	1	1	1	3	1	2	4	4	1	3	6
	0,9%	0,4%	0,4%	0,6%	0,4%	1,2%	0,3%	0,7%	1,5%	1,3%	0,3%	0,8%	1,9%

Ano	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Diagnóstico conclusivo	395	267	226	331	332	375	511	593	735	973	1152	1229	11656
	95,9%	96%	97,4%	96,2%	98,5%	98,9%	98%	99%	99%	97,7%	99,3%	99%	97,2%
Diagnóstico descritivo	7	9	3	6	4	3	9	4	2	18	3	8	199
	1,7%	3,25	1,3%	1,7%	1,2%	0,85%	1,7%	0,66%	0,3%	1,8%	0,3%	0,6%	1,6%
Ausente	4	0	2	4	0	1	0	2	4	2	3	0	57
	1%	-	0,9%	1,2%	-	0,3%	-	0,3%	0,5%	0,2%	0,25%	0	0,5%

FIGURA 5 - Classificação dos diagnósticos efetuados de acordo com a sua forma de apresentação a cada ano do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

5.6 Da condizibilidade diagnóstica com a nomenclatura atual a cada ano de atividade.

De 1963 a 1986 se observa um predomínio de diagnósticos não condizentes com a nomenclatura utilizada atualmente. A partir de 1987 ocorre uma inversão brusca e intensa na proporção diagnóstico condizente/não condizente, representando os condizentes 88,8% dos diagnósticos efetuados. Com exceção de 1999 onde temos um diagnóstico não condizente, os anos de 1994 a 2000 apresentam todos diagnósticos condizentes (Figura 6).

Ano	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Diagnóstico condizente	7	3	2	13	19	12	23	46	24	27	53	44	82
	35%	5,6%	8%	30,2%	14%	34,3%	31,9%	22%	30,8%	26,2%	40,8%	33,8%	38,9%
Diagnóstico não condizente	12	37	22	28	111	22	49	159	48	66	77	85	123
	60%	69,8%	88%	65%	83%	62,8%	68%	76%	61,5%	64%	59,2%	65,4%	58,3%

Ano	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Diagnóstico condizente	73	103	70	64	95	87	87	98	75	86	82	326	251
	34,6%	41,4%	30,6%	37,2%	34%	33,8%	30,7%	36,3%	28%	27,6%	27%	88,8%	83,4%
Diagnóstico não condizente	136	136	142	104	181	166	189	168	182	198	193	23	27
	64,4%	54,6%	62%	60,5%	64,4%	64,6%	66,8%	62,2%	67,9%	63,5%	63,7%	6,3%	9%

Ano	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Diagnóstico condizente	376	254	224	321	331	375	511	593	735	973	1151	1229	8925
	91,3%	91,4%	96,5%	93,3%	98,2%	98,9%	98%	99%	99%	97,7%	99,2%	99%	74,4%
Diagnóstico não condizente	19	13	2	10	1	0	0	0	0	0	1	0	2730
	4,6%	4,7%	0,9%	2,9%	0,3%	-	-	-	-	-	0,08%	-	22,8%

FIGURA 6 - Classificação dos diagnósticos efetuados quanto a sua condizibilidade com a nomenclatura atual, a cada ano do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

5.7 Dos diagnósticos revistos quanto a condizibilidade com a nomenclatura atual de todos os anos de atividade

Entre as lesões com atualização da nomenclatura se destaca a hiperplasia fibrosa inflamatória com várias sinonímias resgatadas dos arquivos de laudos (6,3% da amostragem total de exames bucais e 35% das lesões com alteração da nomenclatura). Outras lesões como o cisto periodontal apical, o granuloma periapical, e a doença periodontal também apresentam variação expressiva da nomenclatura

7A

Diagnóstico	Quantidade	%
Hiperplasia Fibrosa Inflamatória		
Hiperplasia fibroepitelial inflamatória	456	
Hiperplasia conjuntivo epitelial inflamatória	90	
Hiperplasia fibrosa	20	
Hiperplasia epitelial	42	
Hiperplasia fibrosa polipóide	17	
Epulide fibrosa	20	
Epulide fissurado	5	
Hipertrofia conjuntivo epitelial	11	
Fibroma de irritação	4	
Fibroma mole	1	
Pólipo fibromatoso	5	
Hiperplasia epitélio conjuntivo	2	
Fibroma polipóide	1	
Hiperplasia fibroepitelial nodular	4	
Épulis fibroso	7	
Hiperplasia fibrosa reacional	2	
Hiperplasia fibroangiomatóide	11	
Epulide fibroangiomatóide	1	
Hiperplasia inflamatória da mucosa	3	
Hiperplasia fibrosa telangectásica	1	
Hiperplasia fibrótica	4	
Hiperplasia fibrosa mixomatóide	1	
Epulide mixomatóide	1	
Processo inflamatório crônico hiperplásico	2	
Pólipo fibroepitelial	11	
Mucosa hiperplásica	23	
Inflamação crônica proliferativa da mucosa	1	
Hiperplasia inflamatória fibrosa do córion	1	
Hiperplasia fibrosa com hialinização	1	
Reação fibrosa inflamatória	1	
Hiperplasia conjuntivo inflamatória	1	
Nódulo fibroso	1	
Subtotal	751	6,3%*
		35%*

* percentual em relação ao total de exames bucais

**percentual em relação ao total de diagnósticos não condizentes com a nomenclatura atual ou revistos

FIGURA 7A - Distribuição dos diagnósticos revistos de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória quanto a sua condizibilidade com a nomenclatura atual, de todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

7B

Diagnóstico	Quantidade	
Hiperplasia Papilar Inflamatória		
Hiperplasia papilomatosa inflamatória	1	
Hiperplasia fibrosante do palato	1	
Hiperplasia fibrosa do palato	1	
Hiperplasia conjuntivo epitelial do palato	1	
Subtotal	4	0,03%*
		0,2%**
Queilite Actínica		
Inflamação crônica ulcerada do lábio	1	
Subtotal	1	0,008%*
		0,05%**
Papiloma		
Fibroma papiloma	5	
Papiloma polipóide	1	
Papiloma fibroepitelial	2	
Hiperplasia fibroepitelomatosa	1	
Hiperplasia papilomatosa	1	
Papiloma pletiforme	1	
Fibropapiloma	3	
Subtotal	14	0,12%*
		0,65%**
Fibrose Cicatricial		
Hiperplasia pós-inflamatória periapical	4	
Tecido conjuntivo neoformado	1	
Tecido conjuntivo fibrosado	1	
Fibrose periapical	2	
Tecido de reparação	1	
Reparação cicatricial	3	
Reparação alveolar	1	
Reparação fibroalveolar	1	
Tecido cicatricial	1	
Hiperplasia fibrosa cicatricial	1	
Tecido fibroso	1	
Subtotal	17	0,14%*
		0,8%**

* percentual em relação ao total de exames bucais

**percentual em relação ao total de diagnósticos não condizentes com a nomenclatura atual ou revistos

FIGURA 7B - Distribuição dos diagnósticos revistos de Hiperplasia Papilar Inflamatória, Queilite Actínica, Papiloma e Fibrose Cicatricial quanto a sua condizibilidade com a nomenclatura atual, de todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

7C

Diagnóstico	Quantidade	%
Granuloma Piogênico		
Hiperlasia fibroendotelial da gengiva	1	
Hiperplasia fibroangiomatóide	1	
Hiperplasia fibroangioblástica	1	
Gengivite crônica telangectásica	4	
Tecido de granulação reparador	1	
Inflamação crônica proliferativa telangectásica	3	
Tecido de granulação com intenso componente inflamatório	1	
Granuloma gravídico	1	
Subtotal	13	0,1%*
		0,6%**
Fibroma Cementoossificante		
Fibroma cementificante	5	
Fibroma ossificante	10	
Fibroma osteogênico ossificante	1	
Epulis ossificante	4	
Epulide fibroangioblástica com metaplasia óssea	1	
Epulide fibrosa ossificante	2	
Fibroosteoma	1	
Epulide Fibroangiomatóide	1	
Subtotal	25	0,2%*
		1,2%**
Carcinoma Espinocelular		
Carcinoma planocelular	13	
Carcinoma epidermóide	2	
Subtotal	15	0,12%*
		0,7%**
Cisto por Extravasamento Mucoso		
Mucocele	95	
Rânula	3	
Subtotal	98	0,82%*
		4,6%**

* percentual em relação ao total de exames bucais

**percentual em relação ao total de diagnósticos não condizentes com a nomenclatura atual ou revistos

FIGURA 7C - Distribuição dos diagnósticos revistos de Granuloma Piogênico, Fibroma Cementoossificante, Carcinoma Espinocelular e Cisto por Extravasamento Mucoso quanto a sua condizibilidade com a nomenclatura atual, de todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

7D

Diagnóstico	Quantidade	%
Cisto Periodontal Apical		
Cisto radicular	118	
Cisto radicular odontogênico	8	
Periodontite apical crônica	10	
Periodontite apical cística	8	
Granuloma epiteliado/ epitelial	57	
Processo inflamatório crônico proliferativo	38	
Inflamação crônica proliferativa periapical	5	
Processo inflamatório crônico	2	
Cisto mandibular	1	
Cisto com intenso infiltrado inflamatório na membrana	1	
Cisto infectado/ com inflamação crônica	3	
Lesão cística	30	
Cisto odontogênico	45	
Cisto periodontal	2	
Cisto	6	
Subtotal	334	2,8%* 15,6%**
Doença Periodontal Inflamatória		
Gengivite crônica	45	
Processo inflamatório crônico em gengiva	29	
Gengivite crônica hiperplásica	13	
Periodontite	4	
Mucosa gengival inflamada	4	
Gengiva inflamada crônica simples	1	
Doença periodontal inflamatória crônica	1	
Processo inflamatório subagudo	1	
Inflamação crônica e edema da gengiva	2	
Mucosa gengival com inflamação aguda	1	
Gengivite angiomatóide	2	
Gengivite inespecífica	1	
Subtotal	104	0,9%* 4,8%**

* percentual em relação ao total de exames bucais

**percentual em relação ao total de diagnósticos não condizentes com a nomenclatura atual ou revistos

FIGURA 7D – Distribuição dos diagnósticos revistos de Cisto Periodontal Apical e Doença Periodontal quanto a sua condizibilidade com a nomenclatura atual, de todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

7E

Diagnóstico	Quantidade	%
Hiperplasia Gengival Inflamatória		
Gengivite hiperplásica	3	
Hiperplasia fibrosa da gengiva	6	
Fibrose gengival	2	
Hiperplasia gengival	4	
Pólipo gengival	2	
Gengiva com hiperplasia epitelial	3	
Gengivite hipertrófica	1	
Mucosa gengival hiperplásica	3	
Hiperplasia epitelial e conjuntiva da gengiva	1	
Subtotal	25	0,2%*
		1,7%**
Lesão de Células Gigantes		
Epúlido gigante celular	31	
Granuloma reparador de células gigantes	15	
Granuloma de células gigantes	9	
Tumor gigante celular	2	
Inflamação crônica gigante celular	1	
Reação gigante celular	1	
Subtotal	59	0,5%*
		2,7%**
Lábio Duplo		
Hiperplasia Glandular	2	
Hiperplasia glandular do Lábio	3	
Subtotal	5	0,04%*
		0,23%**

* percentual em relação ao total de exames bucais

**percentual em relação ao total de diagnósticos não condizentes com a nomenclatura atual ou revistos

FIGURA 7E - Distribuição dos diagnósticos revistos de Hiperplasia Gengival Inflamatória, Lesão de Células Gigantes e Lábio Duplo quanto a sua condizibilidade com a nomenclatura atual, de todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

7F

Diagnóstico	Quantidade	%
Granuloma Periapical		
Granuloma dental	28	
Inflamação crônica proliferativa	24	
Granuloma	15	
Processo inflamatório crônico granulomatoso	13	
Processo inflamatório crônico	4	
Inflamação granulomatosa periapical	7	
Processo inflamatório crônico periapical	3	
Granuloma abscedado	3	
Granuloma radicular abscedado	1	
Granuloma inflamatório inespecífico	1	
Processo inflamatório periapical	1	
Tecido de granulação	3	
Tecido de granulação periapical	1	
Tecido de granulação com focos de supuração	1	
Periodontite apical crônica	14	
Processo inflamatório crônico com reparação	1	
Inflamação crônica periapical	2	
Subtotal	122	1%*
		5,7%**
Folículo Pericoronário		
Saco pericoronário	9	
Membrana pericoronária	543	
Fragmento de tecido pericoronário	3	
Tecido mixóide normal	2	
Tecido fibromixomatoso	1	
Subtotal	558	4,6%*
		26%**
Total	2145	17,9%*

* percentual em relação ao total de exames bucais

**percentual em relação ao total de diagnósticos não condizentes com a nomenclatura atual ou revistos

FIGURA 7F – Distribuição dos diagnósticos revistos de Granuloma Periapical e Folículo Pericoronário quanto a sua condizibilidade com a nomenclatura atual, de todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

5.8 Dos diagnósticos efetuados de acordo com a sua checagem frente ao conhecimento atual a cada ano de atividade

Os diagnósticos revistos são mais expressivos de 1963 a 1986. Em 1970 representam 85,6% dos diagnósticos de boca emitidos. A partir de 1987 tal fato muda bruscamente, passando a predominar os diagnósticos confirmados, chegando a 99% em 2000(Figura 8).

Ano	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Diagnóstico confirmado	5 25%	3 5,6%	1 4%	6 13,9%	15 11%	7 20%	12 16,6%	22 10,5%	10 12,8%	16 15,5%	44 33,8%	37 28,5%	75 35,5%
Diagnóstico revisto	11 55%	35 66%	20 80%	29 67,4%	109 80%	22 62,8%	57 79,2%	179 85,6%	57 73%	77 74,7%	84 64,6%	91 70%	129 61%

Ano	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Diagnóstico confirmado	67 31,7%	88 35,3%	60 26%	56 32,5%	85 30,2%	77 30%	78 27,6%	77 28,8%	63 23,5%	71 22,7%	75 24,7%	314 85,5%	245 81,4%
Diagnóstico revisto	142 67,3%	150 60,2%	151 65,9%	111 64,5%	190 67,6%	176 68,5%	197 69,6%	189 70%	192 71,6%	213 68,3%	199 65,7%	33 9%	28 9,3%

Ano	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Diagnóstico confirmado	369 89,6%	222 79,8%	215 92,7%	306 88,9%	309 91,7%	364 96%	494 94,8%	573 95,6%	700 94,5%	923 92,7%	1086 93,6%	1229 99%	8399 70%
Diagnóstico revistos	21 5%	13 4,7%	4 1,7%	15 4,4%	2 0,6%	3 0,8%	2 0,4%	5 0,8%	4 0,5%	1 0,1%	3 0,3%	0 -	2944 24,5%

FIGURA 8 - Classificação dos diagnósticos efetuados de acordo com a sua checagem frente ao conhecimento atual a cada ano do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

5.9 *Dos diagnósticos revistos e a natureza das lesões*

O granuloma periapical é a lesão com maior índice de revisão diagnóstica (34,2% dos diagnósticos revistos). Quanto às neoplasias odontogênicas, destaca-se a revisão de ameloblastoma sólido para ameloblastoma unicístico, representando 42,8% das neoplasias odontogênicas revistas. Também são expressivos os cistos odontogênicos, predominando a revisão diagnóstica para queratocisto odontogênico (54% dos cistos odontogênicos revistos). Salientam-se ainda duas revisões de cistos odontogênicos para ameloblastoma unicístico.

Revisões diagnósticas de neoplasias malignas para benignas, bem como sua recíproca representa em conjunto 0,016% dos exames bucais e 0,093% dos diagnósticos revistos. Alterações diagnósticas com mudança da natureza das lesões foram escassas.

No grupo das neoplasias benignas a alteração diagnóstica de hemangioma capilar para granuloma piogênico representa 0,04% dos exames bucais e 0,23% dos diagnósticos alterados. Destaca-se ainda seu predomínio no grupo das neoplasias benignas representando 83% dos casos.

9A

Antes	Depois	%
Tumores Odontogênicos		
Ameloblastoma acantomatoso	Ameloblastoma unicístico com proliferação mural	
Fibroma ameloblástico	Fibroma odontogênico	
Ameloblastoma em cisto dentígero	Ameloblastoma folicular com área unicística	
Odontoma composto	Odontoma complexo	
Fibroma ameloblástico	Fibroma odontogênico	
Ameloblastoma indiferenciado	Ameloblastoma de células granulares	
Ameloblastoma acantomatoso	Ameloblastoma plexiforme	
Ameloblastoma	Ameloblastoma unicístico	
Ameloblastoma folicular	Ameloblastoma acantomatoso	
Ameloblastoma folicular	Ameloblastoma unicístico	
Ameloblastoma plexiforme	Ameloblastoma unicístico	
Ameloblastoma folicular acantomatoso	Ameloblastoma unicístico	
Fibroodontoma ameloblástico	Ameloblastoma unicístico	
Ameloblastoma folicular cístico	Ameloblastoma unicístico	
Ameloblastoma em cisto dentígero	Ameloblastoma unicístico	
Ameloblastoma plexiforme	Ameloblastoma unicístico	
Ameloblastoma sólido folicular	Ameloblastoma basalóide	
Ameloblastoma em cisto dentígero	Ameloblastoma unicístico	
Fibroma cementificante	Displasia cementoóssea florida	
Fibroma odontogênico	Fibroma cementossificante	
Fibroma cementoossificante periférico	Fibroma odontogênico com calcificações	
Ameloblastoma	Ameloblastoma de células granulares	
Ameloblastoma folicular	Ameloblastoma folicular acantomatoso	
Ameloblastoma	Ameloblastoma plexiforme	
Ameloblastoma plexiforme	Ameloblastoma unicístico	
Ameloblastoma plexiforme	Ameloblastoma unicístico	
Ameloblastoma plexiforme	Ameloblastoma plexiforme e unicístico	
Odontoma composto	Fibroma ameloblástico	
Subtotal	28	0,23%*
		23,3%**

* percentual em relação ao total de exames bucais

**percentual em relação ao total de diagnósticos não condizentes com o conhecimento atual ou revistos

FIGURA 9 A - Distribuição dos diagnósticos revistos de Tumores Odontogênicos de todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

9B

Antes	Depois	%
Periapicopatias inflamatórias crônicas		
Granuloma radicular	Cisto periodontal apical	
Granuloma apical em resolução	Cisto periodontal apical abscedido	
Granuloma apical com foco de supuração	Cisto periapical abscedido	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Cisto residual	Ameloblastoma unicístico	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Fibrose cicatricial	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical abscedado	Cisto periodontal apical abscedido	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma dental	Cisto periodontal apical	
Granuloma dental	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma dental	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Granuloma periapical	Cisto por extravasamento mucoso	
Granuloma periapical	Cisto periodontal apical	
Subtotal	41	0,34%*
		34,2%**

* percentual em relação ao total de exames bucais

**percentual em relação ao total de diagnósticos não condizentes com o conhecimento atual ou revistos

FIGURA 9 B - Distribuição dos diagnósticos revistos de Periapicopatias Inflamatórias Crônicas de todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

9C

Antes	Depois	%
Lesões Ósseas		
Osteoblastoma Fibroma intra-ósseo Fragmento de membrana cística Membrana cística Fragmento de membrana cística Osteomielite crônica supurativa Lesão cística Fragmento de membrana cística	Displasia fibrosa Fibroma odontogênico Queratocisto odontogênico Queratocisto odontogênico Osteomielite aguda Cisto periodontal apical Cisto dentífero	
Subtotal	8	0,07%* 6,6%**
Neoplasias de Glândulas Salivares		
Adenoma pleomórfico Carcinoma mucoepidermóide Carcinoma mucoepidermóide	Adenocarcinoma Sialometaplasia necrotizante Carcinoma odontogênico de células claras	
Subtotal	3	0,025%* 2,5%**
Processos Proliferativos Não Neoplásicos		
Hiperplasia fibrosa inflamatória Granuloma piogênico Granuloma piogênico Hiperplasia fibroepitelial inflamatória Hiperplasia fibrosa Granuloma piogênico	Fibroma odontogênico Fibroma cementossificante periférico Cisto por extravasamento mucoso Cisto paradentário Granuloma periapical Fibroma cementossificante periférico	
Subtotal	6	0,05%* 5%**
Neoplasias Benignas		
Hemangioma capilar ulcerado Hemangioma capilar ulcerado Hemangioma capilar ulcerado Hemangioma capilar ulcerado Hemangioma capilar ulcerado Papiloma	Granuloma piogênico Granuloma piogênico Granuloma piogênico Granuloma piogênico Granuloma piogênico Granuloma piogênico	
Subtotal	6	0,05%* 5%**

* percentual em relação ao total de exames bucais

**percentual em relação ao total de diagnósticos não condizentes com o conhecimento atual ou revistos

FIGURA 9C - Distribuição dos diagnósticos revistos de Lesões Ósseas, Neoplasias de Glândulas Salivares, Processos Proliferativos Não Neoplásicos e Neoplasias Benignas de todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

9D

Antes	Depois	%
Cistos Odontogênicos		
Cisto odontogênico infectado	Queratocisto odontogênico	
Cisto radicular	Queratocisto odontogênico	
Cisto radicular	Queratocisto odontogênico	
Cisto periodontal apical	Queratocisto odontogênico	
Cisto odontogênico	Queratocisto odontogênico	
Cisto radicular	Granuloma periapical	
Cisto odontogênico residual	Queratocisto odontogênico	
Cisto dentígero com ameloblastoma folicular intraluminal	Ameloblastoma unicístico	
Cisto periodontal apical	Cisto de retenção mucosa roto	
Cisto dentígero com ameloblastoma intramural	Cisto dentígero	
Cisto dentígero com suspeita de ameloblastoma	Cisto dentígero	
Cisto dentígero com ameloblastoma intramural	Cisto dentígero	
Cisto residual	Queratocisto odontogênico	
Cisto radicular	Quera tocisto odontogênico	
Cisto odontogênico residual	Ameloblastoma unicístico	
Cisto dentígero	Queratocisto odontogênico	
Cisto dentígero	Queratocisto odontogênico	
Cisto dentígero	Queratocisto odontogênico	
Cisto dentígero	Queratocisto odontogênico	
Cisto dentígero	Cisto periodontal apical	
Cisto dentígero	Queratocisto odontogênico	
Cisto dentígero	Cisto folicular inflamatório	
Cisto dentígero	Cisto periodontal apical	
Ameloblastoma na parede de cisto dentígero	2 cistos periapicais, 1 granuloma e 1 cisto dentígero com ameloblastoma incipiente	
Subtotal	24	0,2%*
		20%**
Cistos Não Odontogênicos		
Cisto por extravasamento mucoso	Granuloma periapical	
Cisto de retenção mucosa roto	Cisto periodontal apical	
Subtotal	2	0,02%*
		1,7%**
Neoplasias Malignas		
Carcinoma basocelular	Carcinoma espinocelular	
Carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado	Carcinoma odontogênico de células claras	
Subtotal	2	0,02%*
		1,7%**
Total	120	1%*

* percentual em relação ao total de exames bucais

**percentual em relação ao total de diagnósticos não condizentes com o conhecimento atual ou revistos

FIGURA 9D - Distribuição dos diagnósticos revistos de Cistos Odontogênicos, Cistos Não Odontogênicos e Neoplasias Malignas de todos os anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 *Da concepção e metodologia do trabalho*

O Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP vem se desenvolvendo desde 1963. Com o passar dos anos, pelas aposentadorias, a troca de gerações fez parte do seu contexto. Neste período podem ser observadas mudanças tanto na estrutura quanto na sua dinâmica. As atividades constantes de sua rotina abrangem o recebimento de peças cirúrgicas seguido do seu registro e processamento. Deste advém a emissão de um laudo contendo o diagnóstico referente ao caso. A entrega do laudo ao profissional requisitante conclui o ciclo ou processo diagnóstico do Serviço de Anatomia Patológica e deve ser no menor tempo possível^{45,47}. Os cuidados para preservar o rigor no processamento das peças cirúrgicas, na elaboração dos laudos, na conclusão do diagnóstico, dão credibilidade ao Serviço. Por outro lado, a organização e o estabelecimento de uma sistemática condizente com a magnitude do Serviço são essenciais ao seu desenvolvimento e manutenção.

Um aspecto importante na elaboração do diagnóstico está no contato freqüente com a literatura científica. Ela nos fornece dados para a emissão de um diagnóstico com a nomenclatura atualizada, bem

como nos permite o conhecimento de entidades clínicas novas. O ideal seria estabelecer uma relação de reciprocidade; dela extrair, mas à ela retornar por meio de novas publicações. A preocupação com a atualização das nomenclaturas das lesões, o reconhecimento de entidades clínicas novas através da revisão dos diagnósticos são aspectos fundamentais capazes de tornar o Serviço um centro de excelência em diagnósticos anatomopatológicos.

Uma entidade clínica pode ser distinta quando apresenta etiopatogenia, características clínicas, laboratoriais e imagenológicas específicas que lhe conferem identidade única no conjunto das doenças bucomaxilofaciais. Novas entidades clínicas advêm do aprofundamento do conhecimento sobre uma determinada doença e suas variáveis. Ainda, novos agentes etiológicos podem surgir do contexto atual, como aconteceu com a AIDS a “Síndrome da Vaca Louca” ou Encefalopatia Espongiforme Bovina.

Na história do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP se destaca o ano de 1987 como o início na mudança de paradigmas. A forma de apresentação dos laudos aprimora-se. Estes passam a ter além do diagnóstico a descrição microscópica. A macroscopia, antes realizada por técnicos, passa a ser de responsabilidade do patologista. A atenção dispensada a nomenclatura das lesões no diagnóstico é notória com a

emissão de 88,8% de diagnósticos condizentes com a nomenclatura atualizada. O total de exames com diagnósticos revistos têm uma queda percentual drástica, como se nota na figura 8. Até 1987, representavam em média 85% dos diagnósticos emitidos; neste ano, caem para 9% dos diagnósticos emitidos. A renovação e o amadurecimento se revelam tanto na forma de apresentação da documentação como no início da informatização do Serviço. Integram esta documentação o conjunto de laudos, lâminas e blocos referentes a cada exame. São eles os formadores do patrimônio científico do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP. Importante e oportuno ressaltar o mérito de todos os que de alguma forma contribuíram na sua elaboração.

O acervo da Anatomia Patológica da FOB/USP tem um valor inestimável, seja na quantidade e diversidade das lesões, seja na raridade de algumas. A sua organização contribui tanto na geração de recursos humanos como no aumento da produção científica. A esta produção incorpora-se a sua utilização por pesquisadores de outras especialidades e outras instituições.

A mudança na sistemática de arquivamento das lâminas precedeu ao resgate da documentação dos 37 anos do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP. As lâminas armazenadas em arquivos de aço inadequados. Estes, constituídos por gavetas, apresentando cada

uma nichos com espaços para acomodar duas a três lâminas juntas, comprometiam sua integridade. Sua substituição por caixas de madeira com nichos individuais e capacidade para cem lâminas protegidas foi imediata. Etiquetas contendo dados referentes ao ano e à numeração das lâminas identificam-nas. Assim, permitiu maior agilidade no seu manuseio além de auxiliar na preservação da sua integridade.

No estudo dos cortes microscópicos durante a retrospectiva do Serviço surgiram várias dificuldades. Uma delas consistiu na existência de lâminas referentes aos primeiros anos com comprometimento da sua coloração. Embora algumas tivessem os respectivos blocos permitindo sua reposição, optou-se por agrupá-las como exames não passíveis de análise, como pode ser observado na figura 3. Outros problemas ocorreram como a ausência significativa de lâminas correspondentes há vários anos, como se nota na figura 3. Algumas relacionadas a teses já concluídas ainda se encontravam com seus respectivos orientadores. Outras, não houve explicação para sua ausência. A confecção de novos cortes microscópicos, permitindo a reposição dessas lâminas está sendo realizada gradativamente para não comprometer a rotina diagnóstica.

Os blocos de parafina são essenciais na confecção de novos cortes microscópicos. No seu resgate, observou-se o armazenamento inadequado dos blocos referentes ao período de 1963 a 1996. Seu

acondicionamento em sacos plásticos ocasionou a deformação da parafina, comprometendo novos cortes. A ausência de alguns explica-se pela plena utilização em Teses, Dissertações e trabalhos de Iniciação Científica. Dependendo da quantidade de material incluído, a confecção de colorações especiais também acarreta no seu consumo total. Dada a sua importância, cuidados devem ser impostos no seu acondicionamento, como mantê-los em ambientes climatizados, em locais que permitam sua disposição individual, obedecendo a critérios de organização rígida.

Os laudos completam a documentação analisada. Estes contêm os dados do paciente, do profissional requisitante, a descrição microscópica, após 1987 e o respectivo diagnóstico. Alguns se encontravam ausentes do arquivo, devido ao não processamento da peça cirúrgica correspondente ou mesmo, mas raramente, à inexistência de um registro, como se nota na figura 3. Outra explicação para esta ausência é o acondicionamento dos laudos referentes aos últimos anos em folhas soltas armazenadas em pastas. As intensas atividades do corpo discente e docente levam muitas vezes ao esquecimento de sua devolução. Os demais se encontravam encadernados com capa dura e separados por ano de Serviço.

Diante dessas constatações, a reestruturação de todos os arquivos tornou-se uma exigência. A ausência de um programa de

qualificação dos recursos humanos e a demora na integração do corpo discente às atividades do Serviço retardaram esse processo. Todas as dificuldades encontradas na busca das lâminas, blocos e laudos estão relacionadas ao processo de amadurecimento do Serviço. A motivação, o comprometimento e a conscientização dos recursos humanos são “frutos” de um processo longo. Palestras com esse objetivo devem ser cíclicas. Não menos importante, e talvez fundamental, tem sido a descentralização de responsabilidades. Esta, contudo, só se torna viável na medida em que todos os integrantes do Serviço estejam aptos a absorvê-la. A mobilização dos recursos humanos requer a conscientização individual no contexto do Serviço. Um pensamento deve nortear seus integrantes: “Organizar para diminuir os erros. Inovar para não perecer”.

O perfil da clientela ao longo destes anos não foi avaliado. Decidiu-se por não fazê-lo diante da ausência em vários exames de dados que identificassem o tipo de clientela, além da presença de muitas variáveis em nosso estudo. O aumento e ampliação desta clientela podem ser observados quer no recebimento de peças cirúrgicas procedentes de diversos estados quer na rotina diagnóstica com o processamento de 996 peças cirúrgicas bucais em 1998, como pode ser constatado na figura 2. Atendendo a esta demanda, desenvolveu-se um

programa de computação específico. Este *software* permitiu agilizar a emissão de laudos reduzindo o tempo entre o recebimento das peças cirúrgicas e o seu envio ao profissional requisitante. O programa também dispõe de recursos para busca de casos por palavras chave contidas nos laudos, bem como por diagnósticos emitidos. Face às exigências atuais, este programa se encontra em processo de reformulação, mas em pleno uso.

Em nosso entendimento, o acervo do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP, dado ao seu valor científico para comunidade acadêmica e ao seu valor histórico, urge na sua reformulação. Seus arquivos dispostos em ambientes climatizados e organizados por tipos de lesões, facilitariam as buscas. A informatização generalizada e integrada permitiria uma seleção prévia do material a ser estudado pelo acesso ao banco de dados do Serviço em pouco tempo de espera. A criação de uma taxa simbólica para sua utilização por outras instituições e departamentos contribuiria para sua manutenção e renovação constante.

Em relação aos custos deve-se ressaltar o valor de cada lâmina obtida em um exame, calculado em aproximadamente sessenta reais à parte do valor administrativo e trabalhista dos recursos humanos

necessários para a realização dos trabalhos. Preservar e conservar significa economicamente reduzir custos a médio e longo prazo.

O acervo tem potencial para tornar-se centro de referência nacional na obtenção de amostragem para monografias, dissertações e teses. A atual realidade do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP, com uma demanda de 1314 exames de tecidos humanos anuais, requer para implantação de novas diretrizes a contratação de mais recursos humanos qualificados, tanto na área de informática como na área laboratorial. A sua evolução abrange o desenvolvimento de um arquivo de lâminas virtual. Assim, facilitaria ainda mais o acesso ao conhecimento, além de dinamizar os estudos. Em síntese, o despertar para o rápido avanço tecnológico se faz presente e necessário, antecipando-se as tendências captadas com sensibilidade e conhecimento de seus integrantes.

Uma característica peculiar do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP está na sua especificidade: a Patologia Bucal. Esta vocação histórica e a necessidade de concentrar esforços levaram à decisão de não mais receber para análise peças cirúrgicas de animais advindas de clínicas veterinárias e fora do contexto bucal dos mesmos. Esta decisão ocorreu em 1999, e seus reflexos podem ser observados na proporção

dos dados quanto à origem animal das peças cirúrgicas recebidas, conforme a figura 1.

A metodologia empregada permitiu uma imersão histórica, funcional e técnica na estrutura do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP. O levantamento dos dados implicou no auto-conhecimento do Serviço, de suas potencialidades e possibilidade de redimensionar os diagnósticos e casuística acumulados.

6.2 Dos aspectos históricos e organizacionais

O Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP teve seu início em 1963 com finalidade quase exclusiva de atender as clínicas da Faculdade. O número crescente de exames aconteceu a partir de uma conscientização maior de alunos e professores associada a uma divulgação da existência do Serviço. Esta se realizou por meio de cursos em congressos e atividades interdisciplinares exercidas pelos profissionais e pós-graduandos da disciplina de Patologia. Essa evolução está demonstrada na figura 1. Entre 1995 a 1999, houve um crescimento de Serviços prestados a veterinários que foi interrompido em 2000, em função do estabelecimento de prioridades nos objetivos, associado à aplicação direcionada de recursos humanos e financeiros.

O Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP é especializado em patologia bucal; as peças recebidas de outra origem, quanto ao local do corpo humano, representam um potencial muito pequeno e quase sempre são peças de pele, na maioria, relacionada a doenças associadas com a mucosa bucal. A priorização de exames de peças da região bucal implica na maior profundidade do conhecimento necessário para o diagnóstico preciso.

Na análise dos resultados, do ponto de vista numérico, predominam as peças cirúrgicas sobre os esfregaços, como pode ser observado na figura 2. A citologia esfoliativa tem o seu valor relacionado à orientação de conduta como a escolha de área a ser biopsiada e a natureza da lesão. Os laudos emitidos a partir de esfregaços, na maioria descritivos, raramente permitem ou suportam a escolha precisa de uma terapêutica adequada e quase sempre se requer a realização de biópsia. Provavelmente em função disso, e considerando o fácil acesso cirúrgico aos tecidos bucais, os profissionais optam pelo procedimento da biópsia.

O número de casos de um Serviço de Patologia Bucal pode ser muito maior, pois não há uma cultura disseminada que envolva o seguinte preceito: "Todo tecido removido do paciente deve ser analisado microscopicamente por questões éticas, morais e legais". Um exemplo disso está na prevalência de certas doenças e no número de exames

envolvidos, destacando-se: as doenças periodontais, as alterações periapicais e os tecidos pulpare e pericoronários. Esta disparidade aumenta muito mais se considerarmos os tecidos dentários mineralizados; quantas situações patológicas deixam de ser diagnosticadas nos tecidos cirurgicamente removidos e desprezados, incluindo-se: cárie dentária, fraturas dentárias, reabsorções dentárias, disgenesias dentárias, pigmentação dentária, desgaste dentário, abfração, hipercementose e outras?

Se irrestritamente todos os tecidos removidos fossem enviados para diagnóstico anatomopatológico com certeza os procedimentos odontológicos seriam melhor fundamentados e mudaria o perfil da Odontologia Nacional. Do início do Serviço aos dias atuais percebe-se nitidamente uma mudança, não só quantitativa mas qualitativa do material enviado observada na figura 4. Apesar de lento, este processo mencionado anteriormente parece estar acontecendo.

O aumento do número de casos ao analisar a figura 1 se fez principalmente a partir de 1987. No período de 1987 a 2000, houve um incremento da participação da Disciplina de Patologia em eventos científicos, orientações e publicações científicas. Também nesse período, houve atividades de pós-graduação, mestrado e doutorado, na área de Patologia Bucal. Estes dois fatores levam à maior divulgação do

Serviço, o aumento de sua credibilidade, além de propiciar interface com potenciais usuários do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP. O período mencionado permitiu uma maior eficiência do trinômio, conscientização, divulgação e credibilidade.

A manipulação dos registros, laudos, lâminas e blocos de parafina permitiu a re Checagem e a identificação de falhas, podendo agora se corrigidos otimizar o resgate de informações para o estudo e pesquisa das doenças diagnosticadas nestes 37 anos. Considerando este período de tempo e a história do Serviço num contexto brasileiro, as gerações atuais devem vangloriar pela integridade de todo o material processado. Esse representa um dos poucos exemplos de preservação por tão longo período. As falhas encontradas têm suas causas discutidas no item deste capítulo sobre as razões que levaram a concepção deste trabalho.

Os diagnósticos efetuados durante toda a história do Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP são caracteristicamente conclusivos, assim se observa na figura 5. Na rotina diagnóstica tem-se como orientação, sempre quando for possível, evitar diagnósticos descritivos em função de sua imprecisão e da necessidade de correlações clínico-radiográficas. Essas, muitas vezes, fogem da possibilidade da realização por parte ou envolvendo o patologista. A clientela do Serviço tem a expectativa do diagnóstico preciso e conclusivo, pois na rotina clínica

esta representa a necessidade imediata. O diagnóstico descritivo posterga a adoção de condutas frente ao paciente, gera dúvidas e insegurança no clínico receptor e diminui a credibilidade do Serviço frente a sua clientela.

A maioria, ou melhor, a quase totalidade do material enviado se apresenta adequado para análise (figura 4). Esses resultados sugerem uma clientela treinada para obtenção, preparo e envio do material ao Serviço. Os poucos casos anuais de material não adequado quase sempre estavam relacionados a acidentes como troca acidental do fixador, quebra das embalagens durante o envio ou ainda, pequena quantidade de material para análise.

6.3 Da Nomenclatura

A sinonímia quanto mais ampla pode até denotar erudição, mas nos dias de hoje gera confusão em função do excesso de informação a ser resgatada por meio de computadores, índices e bancos de dados. A sinonímia extensa contraria os processos de padronização, facilitadores do resgate de informação e dados. A criação dos bancos de dados e a sua ampla utilização evidenciam a necessidade da escolha de nomes coerentes para identificação das doenças. A escolha de um ou dois nomes facilita a intercomunicação e o armazenamento de

informação. Não se justificam 32 nomes diferentes para a hiperplasia fibrosa inflamatória; 15 nomes para cisto periodontal apical, 12 nomes para doença periodontal inflamatória e 9 para hiperplasia fibrosa gengival, encontrados nos arquivos.

6.3.1 Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

A hiperplasia representa o fibrosamento do exsudato formado após cada traumatismo na mucosa bucal. A repetição desse fenômeno exsudato e fibrosamento acaba promovendo um aumento volumétrico fibroso da região. Isso ocorre pela colonização desse exsudato por células fibroblásticas. Induzidas a proliferar-se na região, promovem uma adaptação estrutural à nova situação. O termo hiperplasia fibrosa inflamatória já se generalizou quanto ao uso em nosso meio e nos parece coerente com a etiopatogenia da doença.

6.3.2 Hiperplasia Fibrosa Gengival

Nos casos enquadrados como hiperplasias gengivais fibrosas, alguns podem ser descritos como hiperplasia fibrosa inflamatória de mucosa bucal. As hiperplasias gengivais fibrosas constituem quadros clínicos característicos enquadrados como hiperplasias gengivais fibrosas

medicamentosas, familiares ou hereditárias e inflamatórias. Nos laudos emitidos, essas distinções não se apresentam contempladas entre os 25 casos representados na figura 7E.

6.3.3 *Lesão de Células Gigantes*

A nomenclatura, além da coerência com as suas estruturas constituintes, deve, na medida do possível, favorecer a compreensão implícita da sua etiopatogenia. Termos como *épolis*, tumor, reação, *pólipo*, *nódulo* e *lesão cística* são genéricos e representam formas de manifestação de várias doenças. Um exemplo se refere à lesão de células gigantes periférica ou central. Quando se refere a tumor de células gigantes há diversas lesões que se manifestam como tumefações constituídas por células gigantes, como inflamações crônicas granulomatosas, áreas de reabsorção dentária, lesões ósseas do hiperparatireoidismo, “fibroma de células gigantes” e outras. O termo lesão de células gigantes periférica ou central identifica melhor a doença, apesar do termo “lesão” ser também muito amplo e genérico. Pelo menos não há lesão neoplásica com este nome afetando outras áreas como o “tumor de células gigantes” e ocorrendo em outros ossos do esqueleto como lesão distinta. Na figura 7E podem ser observadas as diversas nomenclaturas utilizadas para esta lesão.

6.3.4 *Lábio Duplo*

Em muitos casos, a simplicidade do nome da doença pode levar o patologista ou o clínico ao uso de nomes mais elaborados, mas não tão precisos ou indicativos. Um exemplo disso está no quadro clínico conhecido como lábio duplo. Se o patologista identificar hiperplasia das glândulas labiais superiores, quando o clínico identificou na ficha de envio o quadro de lábio duplo, é mais simples e prático colocar no item diagnóstico final a expressão “Compatível com (C/C) lábio duplo”. O diagnóstico final de hiperplasia glandular poderá não refletir necessariamente lábio duplo no paciente, mas se o clínico o identificou, parece-nos lógica esta prática. Essa nomenclatura genérica foi utilizada em 5 casos de nossos arquivos mostrados na figura 7E e não permite-nos saber se o diagnóstico clínico se confirmou.

6.3.5 *Doença Periodontal Inflamatória*

A simplicidade ajuda na intercomunicação e no resgate de informações em bancos de dados. Por outro lado, a simplificação não criteriosa pode implicar em generalização. O termo doença periodontal inflamatória abarca um número muito grande de situações clínicas. Nos casos de doença periodontal inflamatória crônica, se faz importante

classificá-la nas quatro fases estabelecidas por PAGE; SCHROEDER (1976)³⁷: inicial, precoce, estabelecida e avançada. Os termos gengivite e periodontite podem ser precisamente utilizados e identificados mas requerem para tal o exame clínico do paciente pois os critérios diferenciadores envolvem a presença de bolsa periodontal inflamatória e perda óssea na crista alveolar, quase sempre não detectáveis microscopicamente.

Atualmente os laudos são emitidos classificando-se a doença periodontal inflamatória crônica de acordo com essas fases. Levam em consideração a etiopatogenia da doença e seus aspectos microscópicos. Na figura 7D observam-se 104 casos de doença periodontal inflamatória e as diversas nômimas utilizadas, quase todas genéricas e imprecisas.

Outras periodontopatias inflamatórias como o abscesso gengival e periodontal, a GUNA e as periodontites agressivas, raramente oferecem dificuldades quanto à nomenclatura na determinação do diagnóstico final nos laudos microscópicos, mas em geral não se obtém fragmentos para o envio de peças cirúrgicas e posterior diagnóstico microscópico.

6.3.6 *Granuloma Piogênico*

Uma nomenclatura curiosa e amplamente utilizada refere-se ao granuloma piogênico. A lesão não é um granuloma e tão pouco formadora de pus. Nos 13 casos de granuloma piogênico com outras nomenclaturas, observa-se uma tentativa predominante na busca de um termo mais fiel as estruturas da lesão. O granuloma piogênico representa uma formação reacional e exuberante de tecido de granulação frente a uma agressão de baixa intensidade e longa duração.

ANNEROTH; SIGURDSON² acreditam que o termo hiperplasia angiomatóide seria mais apropriado; entre os nomes encontrados alguns utilizaram o termo hiperplasia fibroangioblástica ou fibroangiomatóide; e ainda tecido de granulação reparador como pode ser observado na figura 7C. Quando em mulheres grávidas o granuloma piogênico também foi denominado em laudo como granuloma ou tumor gravídico. Apesar de incorreto e aparentemente absurdo, em laudos histopatológicos deixar-se de usar o termo granuloma piogênico, optando por outra nomenclatura mais fiel a sua composição estrutural, do ponto de vista prático trará menos benefícios e gerará mais confusão do que esclarecimento, infelizmente. O uso do termo granuloma piogênico é generalizado universalmente.

6.3.7 *Fibroma Cementoossificante*

A evolução do conhecimento e sua sedimentação ao longo do tempo, quase que obrigatoriamente, modifica determinadas nomenclaturas. Muitas lesões periféricas e centrais dos maxilares apresentam formação de tecido mineralizado, especialmente os fibromas. A formação de tecido mineralizado pelas células neoplásicas ora era atribuída como de natureza cementária, ora de natureza óssea. Na última década generalizou-se e tornou-se consenso o uso do termo "cementoossificante" para esse fenômeno, e assim identificar lesões que apresentam-no. Não há tecnologia para identificar esta natureza cementária ou óssea nas lesões fibrosas dos maxilares. Em 25 casos, observados na figura 7C, o fibroma cementoossificante foi adjetivado como ossificante, cementificante, osteogênico e até metaplásico.

6.3.8 *Cisto por Extravasamento Mucoso*

Os termos mucocele e rânula indicam fenômenos de retenção de muco salivar nos tecidos da mucosa bucal. Esse fenômeno pode acontecer em ductos obstruídos por sialólitos ou por processos cicatriciais pós-traumáticos. Na evolução deste acúmulo, e se identificado neste momento, microscopicamente veremos uma cavidade cística revestida por epitélio derivado do ducto. Nesse caso o

diagnóstico final a ser dado será de cisto por retenção mucosa e, entre parênteses, se utilizará o termo mucocele ou rânula conforme a identificação do clínico na ficha de envio.

O crescimento do cisto por retenção mucosa pode levar ao rompimento do epitélio com extravasamento do muco para o tecido conjuntivo periférico. Esse fenômeno também pode se dar por traumatismo da mucosa bucal, seguido de ruptura do ducto. Nas duas situações mencionadas, o tecido conjuntivo delimitará esse acúmulo de muco constituindo uma faixa de tecido de granulação periférica. Este quadro microscopicamente é identificado como cisto por extravasamento mucoso. Clinicamente não se pode distinguir o cisto por retenção mucosa do cisto por extravasamento mucoso, recebendo ambos a nomenclatura de mucocele ou rânula.

Em 98 casos visualizados na figura 7C, esse detalhamento não foi observado provavelmente porque não muda a forma de tratamento e prognóstico desses casos clínicos e não houve preocupação quanto a etiopatogenia da doença. O detalhamento no diagnóstico pode reforçar a história clínica do caso, confirmar um relato na anamnese e associar a doença com sua verdadeira causa.

Algumas questões terminológicas observadas são sutilezas que podem influenciar e muito no resgate de informações dos arquivos para fins de estudo e pesquisa.

6.3.9 *Folículo Pericoronário*

O termo folículo pode ser utilizado em várias áreas do conhecimento para identificar estruturas remanescentes que já formaram o seu “fruto” ou estrutura para o qual foi estabelecido. Em 543 casos, o diagnóstico de folículo pericoronário foi dado como membrana pericoronária e em 9 outros casos de saco pericoronário. Os termos membrana e saco não refletem precisamente o órgão reduzido do esmalte que persiste sobre a coroa dos dentes formados até a sua erupção; o termo folículo pericoronário além de mais elegante e preciso, é coerente com todo o processo biológico envolvido tanto na odontogênese quanto na erupção dentária.

Um exemplo de que sutilezas podem influenciar o estudo e a pesquisa, pode ser dado por este singelo exemplo. Se no computador não se utilizar a expressão membrana pericoronária um termo não generalizado na literatura universal, 543 casos não teriam sido resgatados. Um número altamente significativo como se vê na figura 7F.

6.3.10 *Carcinoma Espinocelular*

Em alguns casos os termos utilizados têm origem nos costumes pessoais ou vícios de linguagem do patologista. Essa situação dificulta a padronização do sistema de resgate das informações e dados. Um exemplo está no uso do termo carcinoma planocelular para os carcinomas espinocelulares como ocorreu em 13 casos observados na figura 7C.

Outra situação curiosa quanto à nomenclatura está na especialidade em cujo contexto se faz o diagnóstico histopatológico. Na dermatopatologia com muita frequência usa-se o termo carcinoma epidermóide, encontrado em dois casos dos nossos arquivos mostrados na figura 7C; na patologia bucal, o termo mais utilizado continua sendo carcinoma espinocelular. A expressão espinocelular relaciona-se com a semelhança das células cancerosas com as células da camada espinhosa dos epitélios estratificados e não com sua origem estrutural; a terminação "óide" significa "semelhante a" e nos carcinomas apesar de ampla formação de queratina, a sua desorganização não imita a epiderme.

6.3.11 *Fibrose Cicatricial*

Os diagnósticos descritivos podem em alguns casos substituir de forma mais precisa termos mais curtos ou taxativos. De acordo com a área ou local envolvido, o tecido conjuntivo ao reparar-se gera alterações morfológicas e inconvenientes que requer cirurgia corretiva. A análise microscópica das peças cirúrgicas assim obtidas pode ser identificada com o termo “fibrose cicatricial”, ou ser complementada esta expressão, com adjetivos indicativo de sua localização ou do processo existente anterior a reparação.

Em 17 casos, observados na figura 7B, não se utilizou o termo fibrose cicatricial adjetivado ou não. O espectro mais largo dificultaria o resgate das informações, mas não influenciaria na compreensão do diagnóstico, mas se usarmos o termo fibrose cicatricial adjetivado ou com descrições seguindo-o, o diagnóstico ficará mais esclarecedor e resgatável.

6.3.12 *Papiloma e Hiperplasia Papilar Inflamatória*

O papiloma reflete bem as questões terminológicas para algumas situações. Em alguns tratados, papiloma representa uma lesão viral, em outros é referido como lesão fundamental. Papiloma também é considerado e citado como uma neoplasia benigna dos epitélios associada

a traumatismos freqüentes sem conotação viral. O termo papiloma está incorporado na identificação do vírus HPV, ou melhor, "*papiloma vírus humano*". A lesão típica do papiloma na mucosa bucal está bem estabelecida morfológicamente, mas em 114 casos, observados na figura 7B, o termo papiloma foi incorporado a outros termos que dificultaria a identificação precisa desta lesão neoplásica benigna associada ao HPV. Há de reconhecer-se que apenas na última década o aprofundamento sobre o HPV se estabeleceu de forma ampla e generalizada.

A favor da uniformização e precisão terminológica, o termo papiloma deveria ser reservado para identificação da doença e não como termo descritivo ou identificador de lesões fundamentais na mucosa bucal. Nem todas lesões com projeções papilares para a superfície da mucosa são diagnosticadas como papiloma, pois são produtos de outros quadros etiopatogênicos também presentes na mucosa bucal.

No palato duro tem-se um exemplo desta situação, quando do uso de prótese mal adaptada atritando constantemente a mucosa palatina e promovendo a hiperplasia papilar inflamatória, sem constatação viral ou relação com o papiloma.

6.3.13 *Granuloma Periapical*

O granuloma representa uma forma de organização na distribuição das células inflamatórias mononucleares, especialmente os macrófagos, durante o processo de cronificação inflamatória. O granuloma reflete a persistência de um agressor no tempo e na mesma região. Também denota a incapacidade de nossas células em destruir esse agressor ou em ter acesso a ele. Esta situação pode ocorrer em várias partes do corpo, inclusive ao redor do ápice dentário de dentes com necrose pulpar e contaminação dos condutos radiculares por uma microbiota mista com virulência variável. A doença assim caracterizada, de forma precisa quanto ao local e etiopatogenia, deve ser nominada como granuloma periapical.

Nos resultados revelados na figura 7B muitos granulomas periapicais foram identificados como granuloma dental, inflamação crônica proliferativa, processo inflamatório crônico e outros. Tal como ocorre na literatura pertinente, houve casos diagnosticados equivocadamente como tecido de granulação. Este representa o tecido formado pelo conjuntivo vizinho as áreas agredidas para repará-las a partir da formação de um novo tecido conjuntivo. Granuloma representa a persistência do agente agressor e tecido de granulação a eliminação desse agressor seguida pelo reparo da área.

No granuloma periapical áreas de tecido de granulação podem ser observadas focalmente e não representam o porquê da ocorrência da lesão tecidual no local. O granuloma periapical caracteriza-se por uma inflamação crônica granulomatosa e imunogênica, induzida por agressões provenientes dos condutos radiculares e inacessíveis às nossas células, bem como às substâncias promotoras das defesas teciduais, ocasionando a cronificação do processo.

6.3.14 *Cisto Periodontal Apical*

Quanto à nomenclatura, o grupo das lesões císticas dos maxilares tem sofrido muitas modificações conceituais e terminológicas. Algumas lesões foram excluídas do contexto por não se fundamentarem em quadros específicos e tão pouco explicáveis embriologicamente. Isto pode ser observado em lesões como: cisto mandibular, globulomaxilar e palatino mediano. Os cistos localizados no periodonto apical, decorrentes de estímulo à proliferação dos restos epiteliais da bainha de Hertwig ou restos epiteliais de Mallassez são mais precisamente diagnosticados como "cisto periodontal apical", pois este termo indica sua origem e a localização.

Várias lesões císticas podem envolver, associar-se ou ainda ter origem nas estruturas radiculares. O cisto periodontal lateral, alguns

queratocistos odontogênicos²¹, o cisto colateral inflamatório⁴⁵ e outros também ocorrem ao redor da raiz dentária; o termo cisto radicular não é preciso tanto quanto o cisto periodontal apical. O número de termos utilizados para identificar o cisto periodontal apical, observado na figura 7D, também pode estar relacionado com a não aplicação de critérios diagnósticos como foi discutido no item sobre equívocos diagnósticos deste capítulo.

A terminologia ou nomenclatura na patologia representa a sinalização dos caminhos a serem trilhados no estudo e na pesquisa das doenças. A base na qual fundamentamos os novos passos do conhecimento humano está na história das gerações anteriores que representa o acúmulo de informações adquiridas. Sem terminologia ou nomenclatura precisa e padronizada, parte do tempo precioso das vidas no estudo e na pesquisa será perdido no labirinto de vários nomes que levam ao mesmo lugar por representarem o mesmo processo.

6.4 Dos diagnósticos revistos

Revisar um diagnóstico significa mudá-lo, implica em prováveis mudanças no prognóstico, tratamento e preservação. Também implica em analisar as conseqüências do diagnóstico anterior.

Em uma casuística de 13.140 casos, ao longo de 30 anos, rever diagnósticos com mudanças em 2.944 casos observados na figura 8, representa muito pouco estatisticamente. Não importa, se apenas uma mudança fosse detectada. Isto seria necessário e deve ser valorizado, não só pelo envolvimento do paciente, mas também pela oportunidade de aprendizado e aperfeiçoamento dos serviços prestados, otimizando arquivos e dados a serem utilizados em pesquisas.

Após a conclusão do trabalho, laudos de revisão serão emitidos aos profissionais ainda em atividade para se tomar às providências cabíveis, quando assim se fizer necessário. Na maioria dos casos, as revisões não implicam em mudanças de conduta terapêutica e da preservação. Os pacientes não sofreram conseqüências e não precisam ser localizados e reavaliados. Um exemplo: a revisão de granuloma periapical levou à mudança para cisto periodontal apical. Mas existem casos em que isto se faz importante: mudança de cisto dentífero para ameloblastoma unicístico, por exemplo.

6.4.1 Granuloma x Cisto periodontal apical

Das lesões com revisão diagnóstica, o granuloma periapical representou 34,2% dos casos. A provável explicação está na origem do cisto periodontal apical _ o próprio granuloma periapical _ e no

estabelecimento de critérios bem definidos, ao considerar esta transformação como iniciada e estabelecida.

Morfologicamente esta lesão apresenta uma porção central caracterizada por rica infiltração focal de polimorfonucleares neutrófilos e intensa proliferação angioblástica, além de micro abscessos na região correspondente e contígua ao coto periodontal. Esta faixa da lesão, não raro, após analisar as peças de uma curetagem cirúrgica, conduz ao diagnóstico descritivo de tecido de granulação.

Ao redor da área central, observam-se focos ou aglomerados de células mononucleares distribuídas e organizadas em arranjo granulomatoso; estes focos ou aglomerados encontram-se separados por áreas com densos feixes de fibras colágenas. Em algumas lesões, também se notam células pseudoxantomatosas, corpúsculos hialinos de Russel e cristais de colesterol circunscritos por células gigantes multinucleadas inflamatórias em reação tipo corpo estranho. Este tipo de reação inflamatória crônica granulomatosa tipo corpo estranho também pode ser observada frente a materiais extravasados durante o tratamento endodôntico e inseridos nos aspectos possíveis de serem encontrados no espectro microscópico do granuloma periapical. Na periferia, um tecido conjuntivo se organiza em forma capsular fibrosa.

Fragmentos de tecido ósseo reacional periférico podem ocasionalmente serem vistos.

No granuloma periapical há um componente epitelial. Embora cortes microscópicos seriados sejam necessários para detectar sua presença constante na lesão, em geral nos cortes para diagnóstico de rotina o granuloma periapical apresenta epitélio ora em forma de ilhotas, ora em cordões distribuídos ao acaso. O componente epitelial do granuloma periapical deriva dos restos epiteliais de Malassez em quase todos os casos.

Não se deve descartar a possibilidade de eventuais restos da lâmina dentária serem incorporados no granuloma periapical; no ligamento periodontal os restos epiteliais da lâmina dentária podem estar presentes. De 0,5% a 0,7% dos cistos localizados no periápice são queratocistos odontogênicos⁴⁵, provavelmente derivados desta estrutura epitelial. VERBIN⁵⁴ aventa a possibilidade da origem deste epitélio cístico a partir da mucosa do seio maxilar pela sua invasão. Afirma ainda, que pode resultar do epitélio bucal por meio de um trajeto fistuloso ou de epitélio bucal estendendo-se apicalmente por uma bolsa periodontal.

HARRISON; LARSON²⁶ ao descrever os cortes microscópicos de fístulas derivadas de processos inflamatórios dentoalveolares,

observaram que o epitélio da superfície não invadia a fístula, apenas a contornava no máximo até 3mm além de sua abertura. Quanto à associação do epitélio do granuloma periapical com a bolsa periodontal, deve-se relevar que cistos assim originados são raros e identificados como cisto colateral inflamatório e não periodontal apical.

O cisto periodontal apical tem sua origem a partir do granuloma periapical, no qual microscopicamente observa-se uma cavidade patológica pequena ou bem definida revestida na grande maioria, por epitélio não queratinizado ora atrófico, ora hiperplásico. Por um tempo considerável ao redor da cavidade, subjacente ao epitélio, a organização tecidual será ainda de um granuloma periapical. As camadas superficiais epiteliais encontram-se desorganizadas e ausentes. Ainda na superfície, podem ser notados corpúsculos hialinos de Rushton que são depósitos de material eosinofílico ora irregulares, ora circulares ou ovalados e de pouco valor prognóstico. De permeio às células epiteliais com freqüência se observam leucócitos polimorfonucleares e mononucleares.

Outros tipos de epitélio podem revestir a cavidade cística, embora de forma parcial alternando com o padrão estratificado pavimentoso. Assim, pode se observar epitélio respiratório pseudoestratificado ciliado, epitélio simples constituído por células cubóides associado a células mucosas tipo caliciformes oriundas de metaplasia mucosa.

No lume cístico pode-se notar presença de material eosinofílico amorfo, cristais de colesterol, células pseudoxantomatosas, leucócitos mononucleares e polimorfonucleares, hemácias, células epiteliais descamativas e eventualmente estruturas semelhantes a lâminas de queratina.

A parede cística formada por tecido conjuntivo fibroso capsular e tecido granulomatoso, freqüentemente apresenta variável infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear ora focal, ora difuso. Ocasionalmente, observam-se células gigantes inflamatórias de reação tipo corpo estranho circundando cristais de colesterol, como também fragmentos de material obturador. Alguns casos podem apresentar reação granulomatosa tipo corpo estranho associada à presença de fragmentos vegetais, embora isto seja um achado ocasional.

As características morfológicas tanto do granuloma periapical como do cisto periodontal apical descritas anteriormente foram observadas por SPOUGE⁵¹, SHAFER⁴⁴, VERBIN⁵⁴, CONSOLARO¹³, SHEAR⁴⁵ E ODELL³⁴.

Nos granulomas periapicais podem ser observados ilhotas e cordões epiteliais. Esse epitélio com capacidade proliferativa, mediante a estímulos presentes na inflamação representada pelo granuloma periapical, prolifera-se e pode dar origem a um cisto. A simples

presença de epitélio nos granulomas periapicais anula-o como critério para o diagnóstico de cisto periodontal apical, pois está presente em todos os granulomas periapicais quando observados em cortes seriados. Por outro lado, sua existência associada à formação de cavidade nos permite diagnosticar a lesão como um cisto periodontal apical. A observação dessa cavidade é imprescindível para o diagnóstico de cisto periodontal apical. Dependendo do estágio de formação da cavidade e da fragmentação cirúrgica da lesão, a sua visualização diagnóstica pode ficar comprometida à análise microscópica.

A definição diagnóstica entre granuloma periapical ou cisto periodontal apical pode parecer arbitrária. No exame microscópico das peças cirúrgicas curetadas utiliza-se, desde 1987, como critério para definir o diagnóstico entre cisto periodontal apical e granuloma periapical, a presença de epitélio nas superfícies destes fragmentos obtidos. O epitélio na superfície assume características próprias da pavimentação, uma de suas funções primárias e considera-se a existência de uma cavidade virtual em função da fragmentação cirúrgica da peça. Nos cortes microscópicos de granuloma periapical curetado, não há como observar revestimento epitelial pavimentoso na superfície dos fragmentos removidos e enviados. Pode-se até reconhecê-los, mas

incluídos na estrutura central dos fragmentos teciduais e não revestindo superfícies.

A presença de inflamação associada e exuberante, principalmente nos casos incipientes, desorganiza o epitélio e pode dificultar a sua identificação. A adoção de critérios bem definidos e treinamento do observador permite uma significativa padronização. Quando a peça é enviada inteira ou aderida ao ápice dentário, a identificação da cavidade fica macro e microscopicamente facilitada.

A possibilidade de se associar os achados microscópicos com a história clínica pode facilitar o esclarecimento do tipo de lesão, mas muitas fichas de envio das peças cirúrgicas não apresentavam relatos clínicos ou eram precários. A descrição macroscópica detalhada, outro recurso fundamental no auxílio à análise microscópica, somente passou a ser rotina *registrada* nos laudos a partir de 1987. Os casos com diagnósticos revistos são anteriores a esta data, provavelmente pela falta de padronização e adoção de critérios claros, definidos e utilizados por todos os observadores.

Mesmo na literatura pertinente, a definição de critérios para análise microscópica e diferença de granuloma periapical e cisto periodontal apical, ainda não está clara e definitivamente estabelecida.

A alteração diagnóstica de granuloma periapical para cisto periodontal apical ocorreu em casos de lesões císticas fragmentadas com intenso componente inflamatório. Estas apresentavam apenas fragmentos de epitélio difíceis de serem visualizados pela associação com processos inflamatórios extensos e procedimentos macroscópicos não padronizados. Em relação a estas lesões, a mudança no diagnóstico não alteraria o tratamento e prognóstico.

Considerando a inclusão deste material em pesquisas quanto à análise de evolução clínica, prognóstico e correlação com imagens radiográficas e quadros clínicos, a correção diagnóstica se faz importante.

6.4.2 Cisto Residual x Ameloblastoma Unicístico x Queratocisto

Odontogênico x Cisto dentífero

O cisto residual trata-se de um cisto periodontal apical sem o dente do qual se originou a lesão e não representa primariamente uma nova entidade clínica. Morfologicamente é idêntico ao cisto periodontal apical, já descrito anteriormente. Como constatado por OEHLERS³⁵, essas lesões residuais regridem após a remoção do dente relacionado em intervalos de meses a anos.

Quando se detecta uma lesão radiolúcida, cística e isolada, muitas vezes pode não ser um cisto periodontal apical tipo residual, mas sim um queratocisto odontogênico, ou mesmo um ameloblastoma unicístico ou outros tumores odontogênicos. Alguns casos descritos anteriormente como cistos residuais, revelaram-se tratar principalmente de queratocisto odontogênico (figura 9D).

A análise radiográfica da área auxilia no diagnóstico microscópico se houver um curto intervalo de tempo entre a exodontia e a remoção cirúrgica da lesão. Nelas pode-se observar uma continuidade do alvéolo com a lesão, um sinal seguro no diagnóstico de cisto residual.

Alguns cistos residuais podem apresentar metaplasia escamosa, embora seja um achado raro⁴⁷. Neste caso, o diagnóstico diferencial de queratocisto odontogênico deve ser criterioso. A lesão deve ser totalmente processada e examinada através de cortes microscópicos seriados, uma vez que o queratocisto odontogênico apresenta características microscópicas distintas e seu diagnóstico não se limita a simples presença de queratinização. A presença de infiltrado inflamatório exuberante e difuso dificulta o diagnóstico conclusivo de queratocisto odontogênico.

Atenção também deve ser dada a presença dos critérios estabelecidos por VICKERS; GORLIN⁵⁵ para o diagnóstico de

ameloblastoma, e como ressaltado por eles, estes critérios precisam estar presentes no conjunto, pois outras entidades clínicas podem apresentar alguns desses critérios isoladamente.

A alteração diagnóstica de cisto residual para queratocisto odontogênico e ameloblastoma unicístico determina mudança na preservação do caso. Também se pode instituir um tratamento conservador para o ameloblastoma unicístico pela sua baixa invasividade e menor índice de recorrência em relação ao ameloblastoma sólido. Nesses casos deve ser feita a preservação por um período de tempo mais longo e com intervalos menores entre os reexames.

O queratocisto odontogênico é um cisto de desenvolvimento com características microscópicas peculiares. O epitélio cístico uniforme apresenta-se, na maioria, paraqueratinizado com duas a oito camadas de células e com inconspícuas cristas epiteliais. Em sua superfície freqüentemente notam-se corrugações. A camada basal revela-se bem demarcada e constituída por células colunares ou cuboidais dispostas em paliçada e com núcleos hipercromáticos. Em alguns casos essas células também apresentam polarização reversa. A interface epitélio conjuntivo é frágil e comumente observam-se disjunções focais. Também freqüente é a hialinização justaepitelial presente em algumas áreas. Estas características foram originalmente descritas em 1956 por

PHILIPSEN et al. apud SHEAR⁴⁵, mas foi a partir de 1970 com os trabalhos de BROWNE^{7,8} e de BRANNON^{5,6} que se difundiu a entidade clínica de forma clara e universalmente aceita.

A cápsula fibrosa apresenta-se fina com ausência de infiltrado inflamatório. Observam-se ainda, cistos satélites, pequenas formações císticas com acúmulo central de queratina, bem como ilhotas ou cordões de epitélio odontogênico. Outros achados como corpúsculos hialinos de Russel e cristais de colesterol são ocasionais e distribuídos focalmente.

O diagnóstico de queratocisto odontogênico tem sua importância relacionada à alta taxa de recorrência, histórico de malignizações e a possibilidade de ser um componente sindrômico. A presença de infiltrado inflamatório, dependendo da intensidade, pode dificultar o diagnóstico pela perda da queratinização e hiperplasia do epitélio. Essa situação pode dificultar um diagnóstico seguro e preciso.

O ameloblastoma unicístico foi descrito inicialmente por ROBSON; MARTINEZ⁴³ em 1977 e posteriormente classificado por ACKERMANN; ALTINI; SHEAR¹ em três grupos. PHILIPSEN; REICHAART³⁹, em 1998, interpretaram e modificaram esta classificação. Nomearam os três grupos existentes e acrescentaram um quarto tipo tornando-a mais didática e de fácil compreensão.

O primeiro, simples ou luminal, consiste de uma cavidade revestida parcialmente por epitélio ameloblastomatoso. A camada basal apresenta-se constituída por células cubóides ou colunares com núcleos hipercromáticos e polarização invertida, além de vacuolização citoplasmática basilar. As células suprabasais revelam-se dispostas frouxamente com presença de espaços intercelulares lembrando retículo estrelado.

O segundo, simples e intra-luminal, caracteriza-se pela proliferação epitelial para o interior da cavidade cística freqüentemente com padrão plexiforme. Algumas lesões císticas podem apresentar proliferação epitelial semelhante a este padrão plexiforme. Como ressaltado por GARDNER¹⁹, estas lesões necessitam ser analisadas criteriosamente em cortes microscópicos seriados para identificação dos critérios de VICKERS; GORLIN⁵⁵.

O terceiro, simples e intramural, revela uma proliferação do epitélio de revestimento cístico para o interior da cápsula fibrosa com padrão folicular ou plexiforme.

O último tipo, além de simples e intraluminal também intramural, caracteriza-se por apresentar proliferações epiteliais tanto para o lume cístico quanto para cápsula cística. Os dois últimos tipos são mais recidivantes, pela infiltração intramural²⁰, embora ocorra com índices

menores que o ameloblastoma sólido e em períodos de tempo mais longos.

O ameloblastoma unicístico simples com proliferação luminal não apresenta características ameloblastomatosas em toda extensão epitelial, assim ressalta-se que a análise criteriosa de cortes microscópicos semi-seriados de toda lesão é essencial para um diagnóstico seguro e preciso de ameloblastoma unicístico.

O reconhecimento do ameloblastoma unicístico como entidade clínica é relativamente recente⁴³ (1977), vários foram os casos revistos com alteração diagnóstica para esta lesão, como mostra a figura 9A. A mudança provavelmente não alteraria significativamente tratamento e prognóstico, apenas exigiria uma maior preservação.

O cisto dentífero é um cisto de desenvolvimento aderido ao nível da junção amelocementária de um dente não irrompido. Microscopicamente observa-se uma cavidade revestida por epitélio não queratinizado com duas a três camadas de células achatadas, planas ou cubóides, que podem ser semelhantes ao epitélio reduzido do esmalte, de onde têm sua origem. Ocasionalmente são observadas áreas de metaplasia mucosa e de queratinização superficial. Eventualmente, o epitélio do cisto dentífero pode ser mais espesso e organizado como um epitélio estratificado pavimentoso com várias camadas celulares²¹.

A cápsula cística apresenta-se constituída por tecido conjuntivo bem celularizado com delicadas fibras colágenas. Freqüentemente notam-se ilhotas e cordões de epitélio odontogênico. Essas ilhotas, não raro, podem apresentar vacuolização citoplasmática e área central semelhante ao retículo estrelado. Esses achados muitas vezes conduzem ao diagnóstico de ameloblastoma se desenvolvendo na parede de um cisto dentífero, sem ter tido a preocupação de identificar-se os critérios de VICKERS; GORLIN⁵⁵. Muitos casos de ameloblastomas murais^{22,29,38} podem ter sido diagnosticados precipitadamente. A aplicação de critérios morfológicos deve ser rigorosa e segura.

CAHN¹⁰ em 1933 afirmou ser o cisto dentífero um ameloblastoma em potencial, porém se faz necessário o diagnóstico microscópico inicial de cisto dentífero e posteriormente o de ameloblastoma unicístico para embasar essa afirmação. Os casos apresentados por MC MILLAN; SMILLIE³³ em 1981 reiteram a teoria de CAHN¹⁰, mas na realidade mostram cortes microscópicos de ameloblastomas unicísticos. Em um dos casos apresentados observou-se ilhotas ameloblastomatosas na parede do cisto dentífero.

LEIDER; EVERSOLE; BARKIN³¹ discutem a patogênese do ameloblastoma unicístico associado à coroa de um dente não irrompido. Para eles a lesão pode começar como um neoplasma novo a partir de um

folículo pericoronário, ou originar-se de um cisto odontogênico pré existente. Uma terceira hipótese propõe a “degeneração” cística de ilhotas ameloblásticas com subsequente fusão de múltiplos cistos e desenvolvimento de uma lesão unicística.

O aspecto ameloblástico das células encontradas no epitélio reduzido do esmalte em suas camadas superficiais, a organização papilar das camadas subjacentes, a rica presença de ilhotas epiteliais originárias da lâmina dentária nos folículos pericoronários e os procedimentos cirúrgicos que levam à fragmentação da peça obtida e enviada para análise, podem levar a equívocos diagnósticos e precipitação, identificando-se células ameloblásticas não verdadeiramente neoplásicas em folículos pericoronários. A estruturação morfológica foi demonstrada por CONSOLARO¹¹ em 1987.

O diagnóstico de ameloblastoma unicístico se desenvolvendo em cisto dentífero foi atribuído por SHEAR⁴⁵ como um erro diagnóstico inicial de cisto dentífero baseado apenas em dados radiográficos, e posterior análise microscópica de uma área biopsiada não representativa da lesão.

Casos com ilhotas epiteliais presentes na cápsula cística apresentando aspectos morfológicos semelhantes ao ameloblastoma foram valorizados por YAACOB⁵⁸. Todavia, essas ilhotas observadas

critérios não apresentam o conjunto de critérios estabelecidos por VICKERS; GORLIN⁵⁵ para o diagnóstico de ameloblastoma. A presença de alterações pseudoameloblastomatosas também pode ocorrer em cistos periodontais apicais⁴⁹. Na revisão desta dissertação, vários foram os casos com diagnóstico de ameloblastoma se desenvolvendo na parede de um cisto dentífero, onde se observavam ilhotas epiteliais apenas com alguns dos critérios de VICKERS; GORLIN⁵⁵ (figura 9D).

Alguns cistos dentíferos podem apresentar metaplasia escamosa, porém esta alteração é rara e focal. O exame de um fragmento da lesão que apresente queratinização pode conduzir ao diagnóstico errôneo de queratocisto odontogênico. A simples presença de queratinização, como já mencionado, não é suficiente para este diagnóstico; faz-se necessário observar a presença das demais características morfológicas distintas do queratocisto odontogênico.

6.4.3 *Ameloblastoma sólido x Ameloblastoma unicístico*

O ameloblastoma sólido é um neoplasma benigno de origem odontogênica e localmente invasivo. Microscopicamente apresenta os seguintes padrões: folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulares, basalóide e desmoplásico. Os padrões folicular e plexiforme

são os mais comuns. Os padrões morfológicos do ameloblastoma foram revistos no trabalho de VÊNCIO⁵³.

O ameloblastoma folicular caracteriza-se por ilhotas ameloblastomatosas constituídas de células periféricas colunares ou cubóides dispostas em paliçada com vacuolização citoplasmática e polarização reversa, semelhante à pré-ameloblastos. As células centrais são poliédricas e se apresentam edemaciadas com os contatos intercelulares proeminentes lembrando o retículo estrelado do órgão do esmalte.

O padrão plexiforme consiste de longos cordões ou placas de epitélio odontogênico anastomosados. As células periféricas são colunares ou cuboidais semelhantes à pré-ameloblastos, porém sem a morfologia clássica ameloblástica. As células centrais apresentam-se arranjadas frouxamente, embora de uma forma menos estrelada que o padrão folicular. O estroma revela um tecido conjuntivo bem colagenizado e vascularizado.

O ameloblastoma acantomatoso considerado uma variante do folicular, caracteriza-se por extensas áreas de ilhotas ameloblastomatosas com metaplasia escamosa central.

O ameloblastoma de células granulares caracteriza-se pela substituição das células basais e/ou centrais por células poliédricas ou

arredondadas contendo grânulos eosinófilos no citoplasma e núcleos periféricos, além de picnóticos. As características morfológicas dos diversos subtipos de ameloblastoma foram descritas por FEINBERG; STEINBERG¹⁷, VÊNCIO⁵³ E APPEL; VERBIN³.

Dos casos de ameloblastoma sólido revisados, alguns apenas foram classificados morfolologicamente, outros tiveram sua classificação morfológica alterada. Assim, pode-se inferir que houve um refinamento no diagnóstico não alterando sua essência. Nesses casos, para a época, tratamento e prognóstico não seriam alterados. Apenas mais recentemente evidenciou-se grau diferente de agressividade entre os subtipos morfológicos dos ameloblastomas sólidos⁵².

A alteração diagnóstica de ameloblastoma sólido para ameloblastoma unicístico explica-se pelo reconhecimento, relativamente recente, desta última como entidade clínica. Considerando que o ameloblastoma unicístico tem baixa capacidade proliferativa e baixo potencial de recidiva, a mudança permitiria um tratamento conservador e tornaria o prognóstico mais favorável^{18,52,57,42}. Esta afirmação é válida em se tratando de lesões mandibulares. Na maxila, o tratamento ainda seria invasivo devido à contigüidade com as estruturas vitais na base do crânio^{17,57}.

6.4.4 *Folículo pericoronário x Cisto dentígero*

O folículo pericoronário, estrutura remanescente da odontogênese, caracteriza-se por apresentar uma parede de tecido conjuntivo fibroso com organização capsular e áreas de tecido mixóide. Notam-se ainda, mineralizações ocasionais, restos de epitélio odontogênico em forma de cordões ou ilhotas, bem como presença de infiltrado inflamatório. Este último, freqüente em folículos de dentes parcialmente rompidos e discreto ou praticamente ausente em dentes não irrompidos.

CONSOLARO¹¹, além das observações anteriores, também constatou uma variação morfológica dos folículos pericoronários relacionada a aspectos como a erupção dentária parcial ou sua ausência, o tempo de permanência no alvéolo e a presença de infiltrado inflamatório. Também afirmou que o quadro microscópico de cisto dentígero, especialmente os incipientes, não permite um diagnóstico diferencial seguro com o folículo pericoronário de dente não irrompido.

O cisto dentígero é um cisto de desenvolvimento, formado a partir do folículo pericoronário. Sua morfologia já descrita anteriormente assemelha-se a de seu precursor. Um espessamento deste, radiograficamente mimetizará um cisto dentígero. Sua diferenciação dependerá de dados clínicos durante a remoção da lesão, como a presença de líquido entre a coroa e os tecidos foliculares¹⁴.

A revisão diagnóstica de cisto dentígero para folículo pericoronário ou sua recíproca não alteraria tratamento e prognóstico. Esses diagnósticos não puderam ser avaliados devido à ausência do resumo clínico nas fichas de envio das peças cirúrgicas. Eles foram apenas confirmados, pois provavelmente obtiveram-se as informações pertinentes por diálogos entre patologista e clínico.

6.4.5 *Carcinoma odontogênico de células claras x Carcinoma espinocelular x Carcinoma mucoepidermóide*

O carcinoma odontogênico de células claras, ainda se apresenta com a nomenclatura de tumor odontogênico de células claras, segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS)³⁰ de 1992. Descrito inicialmente em 1985 por HANSEN et al²⁵., esta lesão trata-se de uma neoplasia rara e infiltrativa. Sua alta recorrência e as metástases para nódulos linfáticos regionais denotam seu comportamento biológico agressivo e justificam a nomenclatura de carcinoma odontogênico de células claras.

Sua morfologia caracteriza-se por extensa proliferação ora de ilhotas, ora de cordões de células claras com núcleos redondos ou ovóides e intercaladas por septos de conjuntivo fibroso. Essas células, na maioria, apresentam acúmulos de glicogênio no citoplasma

identificados pela diastase realizada na coloração de PAS (ácido periódico de Schiff) dos cortes microscópicos. Outros tipos celulares como células mucosas também podem se observadas. Infiltração perineural e intramuscular são achados freqüentes, bem como discreto pleomorfismo e algumas figuras de mitose. O estroma apresenta-se ora frouxo a hialinizado, ora fibroso. Em alguns casos pode-se notar perifericamente condensação de tecido fibroso assumindo aspecto capsular.

O predomínio de células claras é distinto do carcinoma odontogênico de células claras, mas o carcinoma mucoepidermóide também pode apresentar numerosas células claras dificultando o diagnóstico. Esses casos requerem a confirmação diagnóstica pela diastase na coloração de PAS. Esta será positiva em casos de carcinoma odontogênico de células claras.

O carcinoma odontogênico de células claras e o carcinoma mucoepidemóide são lesões que apresentam vários padrões de crescimento como também tipos celulares diversificados. Alguns casos de carcinoma mucoepidermóide com numerosas células claras necessitam de uma análise criteriosa que possibilite um diagnóstico seguro. Embora pouco descrito na literatura, os relatos existentes do

carcinoma odontogênico de células claras são incisivos quanto a predominância de células claras nestas lesões.

O carcinoma mucoepidermóide é o neoplasma maligno de glândula salivar mais comum. Microscopicamente se caracteriza pela presença de células mucosas com núcleos periféricos e citoplasma finamente granular, além de células epidermóides poligonais com núcleos vesiculares e abundante citoplasma e células intermediárias ovais lembrando células basais, embora menores. Esses tipos celulares distribuem-se formando ilhotas sólidas ou revestindo espaços císticos. Notam-se ainda, células claras poligonais em número variável, na maioria, com traços de mucina no citoplasma.

O estroma pode apresentar-se desmoplásico com parcial distribuição capsular das fibras colágenas periféricas. A presença de moderado pleomorfismo celular associado à proliferação hiper celular sólida pode ser observada em lesões mais agressivas. A presença de pequenas estruturas císticas e/ou glandulares auxilia na diferenciação com o carcinoma espinocelular. Ocasionalmente podem ser observadas áreas mixóides e condróides.

Os aspectos morfológicos do carcinoma mucoepidermóide e do carcinoma odontogênico de células claras descritos, foram observados por AUCLAIR; ELLIS^{4,15} e CONSOLARO et al¹².

O carcinoma espinocelular é das neoplasias malignas a mais comum. Caracteriza-se pela proliferação de células epiteliais em forma de cordões, ilhotas ou mesmo isoladas. Essas células assemelham-se as da camada espinhosa do revestimento epitelial. As lesões com queratinização acentuada, pouca figuras mitóticas, e discreto pleomorfismo nuclear e celular são classificadas como de grau 1 ou bem diferenciadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴¹. As lesões de grau 2 ou moderadamente diferenciadas apresentam menor queratinização que as de grau 1, mais pleomorfismo celular e nuclear, bem como maior número de figuras mitóticas. As lesões de grau 3 ou pouco diferenciadas apresentam inúmeras figuras de mitoses com presença de mitoses atípicas, além de acentuado pleomorfismo celular e nuclear com presença de células multinucleadas. Esta gradação se faz importante no estabelecimento do tratamento e prognóstico.

Na casuística analisada um caso de carcinoma odontogênico de células claras foi diagnosticado como carcinoma espinocelular, observado na figura 9D, e um segundo caso diagnosticado como carcinoma mucoepidermóide, apresentado na figura 9C. Atribui-se estes diagnósticos provavelmente pelo desconhecimento desta entidade até 1985.

6.4.6 *Sialometaplasia necrotizante x Carcinoma mucoepidermóide*

A sialometaplasia necrotizante é uma lesão benigna inflamatória, necrotizante e auto limitante de glândulas salivares. Frequentemente seu aspecto clínico e microscópico conduz ao diagnóstico errôneo de carcinoma mucoepidermóide ou carcinoma espinocelular^{16,24}.

A lesão representa um infarto anêmico das glândulas salivares principalmente no palato e na região do soalho bucal. As características microscópicas revelam glândulas salivares menores apresentando ductos com metaplasia escamosa, espessamento da parede e retenção de material mucóide em seu interior. Os ductos resistem, persistem e se adaptam à pressão, mas as células acinais sucumbem. De permeio, observa-se a presença de infiltrado inflamatório mononuclear e polimorfonuclear. Áreas de extravasamento mucoso circundadas por exuberante tecido de granulação, também podem ser encontradas.

A mucosa bucal suprajacente, na maioria, apresenta-se revestida por epitélio estratificado ora hiperplásico e pseudoepiteliomatoso, ora atrófico e ulcerado recoberto por extensa camada de exsudato serofibrinoso intensamente infiltrado por numerosos leucócitos polimorfonucleares.

Algumas lesões originam-se espontaneamente, mas a maioria está associada a trauma local seguido do infarto das glândulas salivares. Como a lesão apresenta vários estágios no seu desenvolvimento, o momento da biópsia determinará o quadro microscópico a ser observado. O conhecimento das diversas etapas evolutivas desse processo é determinante no diagnóstico diferencial com o carcinoma mucoepidermóide e o carcinoma espinocelular.

A freqüente hiperplasia pseudoepiteliomatosa do epitélio de revestimento aumenta a dificuldade do diagnóstico. Casos com diagnóstico de carcinoma espinocelular, na microscopia revelam áreas de epitélio ductal metaplásico que devido ao plano de corte do bloco de parafina parecem contíguos com o epitélio de revestimento pseudoepiteliomatoso da mucosa bucal. Os aspectos microscópicos descritos foram observados por GRILLON²⁴ e JENSEN²⁸.

A alteração diagnóstica entre essas lesões muda o tratamento e o prognóstico, uma vez que a sialometaplasia necrotizante é uma lesão benigna com auto resolução. Em um dos casos, esta alteração diagnóstica foi necessária (figura 9C). Novamente evidencia-se a importância do rigor no estabelecimento de critérios de diagnóstico. O equívoco diagnóstico pode levar a mutilações desnecessárias.

6.4.7 *Hiperplasia fibrosa inflamatória x Fibroma odontogênico periférico*

A hiperplasia fibrosa inflamatória caracteriza-se microscopicamente pela hiperplasia do tecido conjuntivo fibroso bem vascularizado com infiltrado inflamatório mononuclear ora intenso, ora discreto. Estas hiperplasias decorrem do reparo com constante fibrosamento devido a traumatismos repetidos sobre uma área, por longos períodos de tempo. Ocasionalmente se observam glândulas salivares acessórias com atrofia acinar e fibrose intersticial, bem como presença de metaplasia óssea. Áreas mixóides são comuns em lesões removidas da região retromolar e nas lesões submetidas a trauma freqüentes.

O fibroma odontogênico periférico segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)³⁰ é uma neoplasia rara. No entanto não é o que revelam nossos arquivos. Morfologicamente apresenta-se constituído de tecido conjuntivo ora mixóide, ora fibroso com intensa proliferação de células ovóides ou redondas, podendo apresentar ilhotas ou cordões de epitélio odontogênico. Como o epitélio nem sempre está presente, o diagnóstico diferencial com a hiperplasia fibrosa inflamatória deve-se relacionar com os achados microscópicos observados e a história clínica.

A alteração diagnóstica não traz mudanças substanciais no tratamento e prognóstico. Porém, por uma cirurgia ligeiramente mais invasiva nos casos de fibroma odontogênico periférico evitaria as recidivas mais freqüentemente observadas. Um fator importante nesses casos está na recidiva. Quando o profissional remove a lesão com diagnóstico clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória, quase sempre o fibroma odontogênico periférico assim diagnosticado microscopicamente, recidivará.

6.4.8 Hemangioma capilar x Granuloma piogênico

O hemangioma capilar caracteriza-se por proliferação neovascular. Microscopicamente observa-se intensa proliferação angioblástica em um estroma de tecido conjuntivo com delicadas fibras colágenas. Nota-se ainda, ausência de infiltrado inflamatório.

O granuloma piogênico é uma resposta reacional a um estímulo de baixa intensidade e longa duração. Morfologicamente constitui-se de exuberante tecido de granulação apresentando intensa proliferação neovascular associada a um exuberante infiltrado inflamatório mononuclear e polimorfonuclear. Freqüentemente no revestimento epitelial suprajacente observa-se área de ulceração recoberta por membrana serofibrinosa.

A presença de infiltrado inflamatório em hemangiomas capilares ulcerados dificulta o diagnóstico diferencial com o granuloma piogênico. Nesses casos se fará necessário correlacionar os achados microscópicos com a história clínica.

SPETIC⁵⁰ constatou menor número de mastócitos marcados pela técnica de imunohistoquímica nos granulomas piogênicos quando comparados com a marcação realizada nos hemangiomas capilares. Ainda sugere ser possível diferenciar essas lesões na ausência de relatos clínicos utilizando essa técnica.

A revisão diagnóstica dessas lesões não alteraria tratamento e prognóstico, mas induziria o resgate da história familiar, da causa indutora da lesão e daria perspectiva mais segura do risco de recidiva.

6.4.9 *Osteblastoma x Displasia fibrosa*

O osteblastoma é uma neoplasia óssea de crescimento contínuo sem formação de osso periférico reacional. Caracteriza-se microscopicamente por apresentar centralmente trabéculas de osso imaturo com intensa atividade osteoblástica e marcante presença de células clásticas. Na periferia observa-se formação de osteóide em cordões ou trabéculas disformes irradiadas. Envolvendo a lesão nota-se tecido conjuntivo capsular²⁷.

A displasia fibrosa dos maxilares é uma lesão benigna, caracterizada pela presença de tecido conjuntivo fibroso altamente celularizado com proliferação de células ora ovóides, ora redondas, apresentando de permeio trabéculas de osso não lamelar imaturo, tipicamente não revestido por osteoblastos. Nos estágios mais avançados da lesão observa-se a presença de osso trabecular em um estroma de tecido conjuntivo moderadamente celularizado²⁷.

Aspectos microscópicos das lesões ósseas requer um treinamento e um acompanhamento rígido e atualizado dos critérios diagnósticos. Nos maxilares as lesões ósseas neoplásicas e pseudotumorais conceitualmente evoluíram muito nas últimas décadas.

A displasia fibrosa dos maxilares pode apresentar áreas com múltiplos aspectos simuladores de outras lesões: pode ser predominantemente celular e fibrosa, osteogênica com predominância celular e fibrosa, osteogênica com predominância osteoclástica e ainda osteogênica com predominância clástica especialmente na região periférica na interface com o osso normal. A tentativa em diagnosticar exclusivamente levando-se em consideração os aspectos microscópicos aumenta e muito a chance de erro. A interação com imagem radiográfica e com os aspectos clínicos e características do perfil do paciente diminui e muito esse risco. Em outros tempos esta relação patologista e

clínico era quase que burocrática; atualmente estimula-se e valoriza-se a inter e multidisciplinaridade.

Provavelmente esses aspectos influenciaram no diagnóstico de osteoblastoma para um caso de displasia fibrosa dos maxilares observado na figura 9C. A biópsia da periferia da lesão ressaltou a presença de clastos. Este fato associado à falta de informação sobre a lesão ser difusa ou não, além do aparente encapsulamento, evidenciado nas imagens radiográficas, explica o equívoco ocorrido.

6.4.10 Carcinoma basocelular x Carcinoma espinocelular

Ao analisar comparativamente ameloblastoma e carcinoma basocelular do ponto de vista morfológico VÊNCIO⁵³ observou que nos últimos 15 anos a literatura não mais publicou ou mencionou a possibilidade do carcinoma basocelular se originar na mucosa bucal. Essa lesão tem suas origens nos anexos epidérmicos, ausentes na mucosa bucal. Neste seu trabalho verificou-se semelhança organizacional entre carcinoma basocelular e ameloblastoma, especialmente a sua forma periférica quase sempre gengival; os anexos na mucosa estariam representados pelo órgão do esmalte. Alguns carcinomas espinocelulares podem se organizar e apresentar células cuja morfologia lembram as células basalóides dos carcinomas basocelulares; em outras regiões ou

em cortes mais aprofundados na peça cirúrgica incluída, mostrará que se trata de variações morfológicas do carcinoma espinocelular. Quando o diagnóstico de carcinoma basocelular se estabelecer morfológicamente na mucosa bucal, devemos estar frente provavelmente a um ameloblastoma periférico. Em nossa amostra foi encontrado e revisto um caso de espinocelular diagnosticado equivocadamente como carcinoma basocelular (figura 9D); o prognóstico pode ser bem diferente, muito embora casos de carcinoma basocelular também possam ser agressivos.

6.4.11 *Outras alterações diagnósticas*

Na casuística revista constatou-se mudança de diagnóstico para as seguintes situações:

- Um adenoma pleomórfico na realidade se tratava de adenocarcinoma. Ainda hoje, o diagnóstico das lesões tumorais de glândulas salivares tem critérios as vezes controversos e extremamente subjetivos. Entretanto são muito mais claros e definidos quando comparados aos utilizados em 1969, à época do diagnóstico.
- Um caso de osteomielite crônica supurativa foi diagnosticado à época como osteomielite aguda, talvez pelo exuberante infiltrado neutrofílico e exsudato purulento. O aspecto clínico e radiográfico de

uma osteomielite aguda primária tem poucos sinais que justifiquem biópsias nessa fase e nem é possível localizar uma área em que isto possa ser feito. Provavelmente esta troca diagnóstica se deu pela obtenção de um fragmento em uma área de osteomielite crônica supurativa, mas sem informação na ficha de envio da presença de fístula e de um processo osteolítico evidente, permitindo ao patologista um diagnóstico compatível com a fase crônica da osteomielite supurativa.

- O fibroma ameloblástico não apresenta formação de tecido duro como o odontoma composto, uma inversão diagnóstica observada. Há uma corrente de autores que acreditam na evolução do fibroma ameloblástico para um dentinoma, fibroodontoma ameloblástico e por fim um odontoma composto⁴⁰. Outros atribuem a cada lesão uma etiopatogenia específica e não uma característica evolutiva neste processo. A troca de diagnóstico de fibroma ameloblástico para odontoma composto pode ter ocorrido em função dos dentículos não terem sido incluídos para os cortes microscópicos. Na descrição macroscópica minuciosa, não presente, este dado deveria estar explicitado. Não havendo essa situação do ponto de vista microscópico, justifica-se o diagnóstico de fibroma ameloblástico, ressaltando a possível presença de áreas de fibroma ameloblástico

num contexto de odontoma composto. Esta ocorrência reforça importância de um laudo descritivo detalhado, inclusive da fase macroscópica interpretativa do diagnóstico anatomopatológico.

- A troca diagnóstica de fibroma ameloblástico para fibroma odontogênico ocorrida em dois casos pode ser compreendida por erros de nomenclatura ou de interpretação e com base no conhecimento atual, não é justificável.

6.4.12 *Outras situações*

Algumas situações de equívocos diagnósticos ocorreram durante a elaboração do laudo e nos processos de arquivamento, pois representam trocas aparentemente absurdas do diagnóstico final e incoerente com a descrição microscópica da lâmina. Nestes casos a correção e a informação para o profissional resultarão na retificação praticamente burocrática, pois um erro tão crasso deve ter sido percebido e o diagnóstico final desconsiderado pelo clínico.

Esses fatos são observados em alguns casos como o diagnóstico de cisto dentígero para uma lesão periapical, mas especificamente cisto periodontal apical constatado na figura 9D. O laudo correspondente ao caso apresentava descrição microscópica compatível com o diagnóstico de cisto periodontal apical.

Situação similar ocorreu em dois casos, observados nas figuras 9B e 9D, um de granuloma periapical com diagnóstico de cisto por extravasamento mucoso e outro de cisto por extravasamento mucoso com diagnóstico de granuloma periapical. As descrições microscópicas em ambos laudos são condizentes com o diagnóstico final da lesão primária e não do diagnóstico emitido. Esses casos pertencem a profissionais distintos que provavelmente perceberam o erro diagnóstico e desconsideraram-no.

Notam-se ainda, dois casos com nítida troca de diagnósticos revelados na figura 9D. O de cisto de retenção mucosa roto para cisto periodontal apical e o de cisto periodontal apical para cisto de retenção mucosa roto. Esses casos apresentam os laudos com descrição microscópica condizente com o diagnóstico final, porém não o são com as lâminas e blocos correspondentes. O laudo com diagnóstico de cisto de retenção mucosa roto possui a lâmina e bloco de um cisto periodontal apical e o de cisto periodontal apical a de cisto de retenção mucosa roto, sendo notória a troca de numeração das lâminas e blocos. A estes dados soma-se o fato de ter sido enviado pelo mesmo profissional que provavelmente observou a troca e desconsiderou os diagnósticos emitidos.

Ocorrências como esta permite-nos duas tomadas de posição:

a) o clínico deve checar sempre a descrição microscópica com o diagnóstico final e em casos não coerentes comunicar-se com o patologista, especialmente quando o resultado não condiz com suas observações clínicas e radiográficas;

b) o patologista deve criar mecanismos internos de checagem, pois tais equívocos podem afetar a credibilidade do seu Serviço de diagnóstico.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Na realização desse trabalho e da análise dos resultados, pudemos verificar e concluir:

1. O número de exames realizados aumentou significativamente nos últimos 37 anos de 108 em 1963, 244 em 1977, 283 em 1980, 321 em 1990 e 1314 em 2000 destacando-se o aumento ocorrido a partir de 1987. Conclui-se que a conscientização da importância dos exames anatomopatológicos e a divulgação do Serviço aumentam o número de exames enviados. O período de maior aumento se superpõe com o aumento da participação da Disciplina de Patologia em eventos científicos, orientações e publicações. Também o mesmo período se superpõe a instalação dos cursos de pós-graduação em mestrado e doutorado. Estes dois fatores contribuem com a eficiência do trinômio, conscientização, divulgação e credibilidade.

2. Os diagnósticos emitidos devem ser rechecados de forma cíclica e atualizados, considerando as mudanças de nomenclatura condizente com o conhecimento. As correções devem ser feitas sem apagar os registros anteriores, pois historicamente refletem a evolução conceitual.
3. Existe diagnóstico que requer revisão e isto indica a necessidade de intercomunicação com o patologista, bem como recheragem diagnóstica entre os membros de um Serviço de diagnóstico anatomopatológico.
4. A atualização constante, o trabalho em grupo e o estímulo contínuo a análise crítica dos conceitos e critérios diagnósticos podem promover uma redução significativa da falta de condizibilidade da nomenclatura e dos diagnósticos, mesmo com o passar dos anos.

5. Mudanças comportamentais e alterações organizacionais que mudam a dinâmica da rotina diagnóstica no Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP aperfeiçoam o sistema implantado incluindo-se aspectos relacionados ao treinamento de recursos humanos sistematização de processos de arquivamento e informatização dos dados, laudos e outros documentos recebidos.

6. O Serviço de Anatomia Patológica da FOB/USP representa um patrimônio cultural e científico a ser preservado para realização de estudos e pesquisas pelas gerações atuais e futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- 1 ACKERMANN, G. L.; ALTINI, M.; SHEAR, M. The unicystic ameloblastoma: a clinicopathological study of 57 cases. **J. oral Pathol.**, v. 17, n. 9/10, p. 541-6, Nov. 1988.
- 2 ANNEROTH, G.; SIGURDSON A. Hyperplastic lesions of the gingiva and alveolar mucosa. A study of 175 cases. **Acta odontol. scand.**, v. 41, n. 2, p. 75-86, 1983.
- 3 APPEL, B. N.; VERBIN, R. S. Odontogenic tumors. In: BARNES, L. **Surgical pathology of the head and neck**. New York, Marcel dekker, 1985. v. 2.
- 4 AUCLAIR, P. L.; ELLIS, G. L. Mucoepidermoid carcinoma. . In: ELLIS G.L.; AUCLAIR, P. L.; GNEPP, D.R. **Surgical pathology of the salivary glands**. Philadelphia, Saunders, 1991. p. 269-97.
- 5 BRANNON, R. B. The odontogenic keratocyst: a clinicopathologic study of 312 cases, part I, clinical features. **Oral Surg.**, v. 42, n. 1, p. 54-72, July 1976.
- 6 BRANNON, R. B. The odontogenic keratocyst: a clinicopathologic study of 312 cases, part II, histological features. **Oral Surg.**, v. 43, n. 2, p. 233-55, Feb. 1977.

* Normas recomendadas para uso no âmbito da Universidade de São Paulo, com base no documento "Referências Bibliográficas: exemplos", emanado do Conselho Superior do Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, em reunião de 20 de setembro de 1990.

- 7 BROWNE, R. M. The odontogenic keratocyst: clinical aspects. **Brit. dent. J.**, v. 128, n. 5, p. 225-31, Mar. 1970.
- 8 BROWNE, R. M. The odontogenic keratocyst: histological features and their correlation with clinical behaviour. **Brit. dent. J.**, v. 131, n. 6, p. 249-59, Sept. 1971.
- 9 CATALDO, E.; GIUNTA, J. L. Analysis of a diagnostic oral biopsy service. **J. Mass. dent. Soc.**, v. 19, n. 4, p. 238-41, Fall 1970.
- 10 CHAN, L. R. The dentigerous cyst is a potencial adamantinoma. **Dent. Cosmos**, v. 75, n. 2, p. 889-93, July 1933.
- 11 CONSOLARO, A. **Caracterização microscopia de folículos pericoronários de dentes não irrompidos e parcialmente irrompidos, sua relação com a idade.** Bauru, 1987. 257p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
- 12 CONSOLARO, A. et al. Carcinoma mucoepidermóide intra-ósseo: revisão e relato de um caso. **Rev. Centro de Cien. Biomed. Univ. Fed. Uberlândia.**, v. 1, n. 1, p. 33-41, dez. 1985.
- 13 CONSOLARO, A.; RIBEIRO, F.C. Periapicopatias: etiopatogenia e inter-relações dos aspectos clínicos, radiográficos e microscópicos e suas implicações terapêuticas. In: LEONARDO, M. R.; LEAL, J.M. **Tratamento de canais radiculares**. 3. ed. São Paulo, Panamericana, 1998. p. 77-102.

- 14 DAMANTE, J. H. **Estudo dos folículos pericoronários de dentes não irrompidos e parcialmente irrompidos. Inter-relação clínica, radiográfica e microscópica.** Bauru, 1987. 245 p. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
- 15 ELLIS, G. E.; AUCLAIR, P. L. Clear cell carcinoma. . In: ELLIS G. L.; AUCLAIR, P. L.; GNEPP, D. R. **Surgical pathology of the salivary glands.** Philadelphia, Saunders, 1991. p.379-89.
- 16 FECHNER, R. E. Necrotizing sialometaplasia. A source of confusion with carcinoma of the palate. **Amer. J. clin. Path.**, v. 67, n. 4, p. 315-7, Apr. 1977.
- 17 FEINBERG, S. E.; STEINBERG, B. Surgical management of ameloblastoma current status of the literature. **Oral Surg.**, v. 81, n. 4, p. 383-8, Apr. 1996.
- 18 GARDNER, D. G. A pathologist's approach to the treatment of ameloblastoma. **J. oral Maxillofac. Surg.**, v. 42, n. 3, p. 161-6, Mar. 1984.
- 19 GARDNER, D. G. Plexiform unicystic ameloblastoma: a diagnostic problem in dentigerous cysts. **Cancer**, v. 47, n. 15, p. 1358-63, Mar. 1981.
- 20 GARDNER, D. G. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. **Cancer**, v. 46, n. 11, p. 2514-9, Dec. 1980.

- 21 GARLOCK, J. A.; PRINGE, G. A.; HICKS, M. L. The odontogenic keratocyst: a potential endodontic misdiagnosis. **Oral Surg.**, v. 85, n. 4, p. 452-6, Apr. 1998.
- 22 GENERSON, R. M.; PORTER, J. M.; STRATIGOS, G. T. Mural odontogenic epithelial proliferations within the wall of a dentigerous cyst: their significance. **Oral Surg.**, v. 42, n. 4, p. 717-21, Dec. 1976.
- 23 GORLIN, R. J. Potentialities of oral epithelium manifest by mandibular dentigerous cysts. **Oral Path.**, v. 10, n. 3, p. 271-84, Mar. 1957.
- 24 GRILLON, G. L.; LALLY, E. T. Necrotizing sialometaplasia: literature review and presentation of five cases. **J. oral Surg.**, v. 39, n. 10, p. 747-53, Oct. 1981.
- 25 HANSEN, L. S. et al. Clear cell odontogenic tumor a new histologic variant with aggressive potential. **Head Neck Surg.** v. 8, n. 2, p. 115-23, Nov./Dec. 1985.
- 26 HARRISON, J. W.; LARSON, W. J. The epithelized oral sinus tract. **Oral Surg.**, v. 42, n. 4, p. 511-7, Oct. 1976.
- 27 HUVOS, A. G. **Bones Tumores:** diagnosis, treatment and prognosis 2. ed. Philadelphia, Saunders, 1991.
- 28 JENSEN, J. L. Idiopathic diseases. . In: ELLIS G. L.; AUCLAIR, P. L.; GNEPP, D. R. **Surgical pathology of the salivary glands.** Philadelphia, Saunders, 1991. p. 60-82.

- 29 JOSELL, S. D.; REISKIN, A. B.; GROSS, B. D. Dentigerous cyst with mural ameloblastoma. **J. Amer. dent. ass.**, v. 99, n. 4, p. 634-6, Oct. 1979.
- 30 KRAMER I. R. H.; PINDBORG J. J.; SHEAR M. **Histological typping of odontogenic tumors**. 2. ed. Berlin, Springer-Verlag, 1992.
- 31 LEI DER, A. S.; EVERSOLE, L. R.; BARKIN. M. E. Cystic ameloblastoma: a clinicopathologic analysis. **Oral Surg.**, v. 60, n. 6, p. 624-30, Dec. 1985.
- 32 MCBROOM H. M.; RAMSAY, A. D. The clinicopathological meeting. A means of auditing diagnostic performance. **Amer. J. Surg. Path.**, v. 17, n. 1, p. 75-80, Jan. 1993.
- 33 MCMILLAN, M. D.; SMILLIE, A. C. Ameloblastomas associated with dentigerous cysts. **Oral Surg.**, v. 51, n. 5 , p. 489-96, May 1981.
- 34 ODELL, E. W.; MORGAN P. R. **Biopsy pathology of the oral tissues**. London, Chapman & Hall Medical, 1998.
- 35 OEHLERS, F. A. C. Periapical lesions and residual dental cysts. **Brit. J. oral Surg.**, v. 8, n. 2, p. 103-13, Nov. 1970.
- 36 ORGAN, G.; MAIN, J. H. P. Utilization of an oral pathology diagnostic service by dentists. **J. Canad. dent. ass.**, v. 42, n. 11, p. 555-8, Nov. 1976.

- 37 PAGE, R. C.; SCHROEDER, H. E. Pathogenesis of inflammatory periodontal disease: a summary of current work. **Lab. Invest.**, v. 34, n. 3, p. 235-49, Mar. 1976.
- 38 PAUL, J. K.; FAY, J. T.; STAMPS, P. Recurrent dentigerous cyst evidencing ameloblastic proliferation: report of case. **J. oral Surg.**, v. 27, n. 3, p. 211-4, Mar. 1969.
- 39 PHILIPSEN, H. P.; REICHART P. A. Unicystic ameloblastoma. a review of 193 cases from the literature. **Oral Oncol.**, v. 34, n. 5, p. 317-25, Sept. 1998.
- 40 PHILIPSEN; H. P.; REICHART, P. A.; PRAETORIUS A. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. **Oral Oncol.**, v. 33, n.2, p. 86-99, Mar. 1997.
- 41 PINDBORG, J. J. et al. **Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa**. 2. ed. Springer, Berlin, 1997.
- 42 REICHART, P. A.; PHILIPSEN, S. S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. **Oral Oncol, Eur. J. Cancer**, v. 31B, n.2, p. 86-99, Mar. 1995.
- 43 ROBINSON, L.; MARTINEZ, M. G. Unicystic ameloblastoma. A prognostically distinct entity. **Cancer**, v. 40, n. 5, p. 2278-85, Nov. 1977.

-
- 44 SHAFER, G. N.; HINE k. M.; LEVY M. B. **Patologia bucal**. 3. ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.
- 45 SHEAR M. **Cistos da região bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento**. 3. ed. São Paulo, Ed. Santos, 1999.
- 46 SIAR H. C.; TAN, B.H. Oral biopsy turnaround time: 20-year experience of the Department of Oral Pathology, Oral Medicine and periodontology, Faculty of Dentistry, University of Malaya. **J. Oral Sci.**, v. 42, n. 4, p. 205-10, Dec. 2000.
- 47 SLABBERT,H.; SHEAR, M.; ALTINI, M. Vacuolated cells and mucous metaplasia in the epithelial linings of radicular and residual cysts. **J. oral Path. Med.** v. 24, n. 7, p. 309-12, Aug. 1995.
- 48 SMITH, M. T.; GARVIN, A. J. Anatomic pathology turnaround times: use and abuse. **Am. J. Clin. Pathol.**, v. 106, S70-S73, 1996. Suppl. 1.
- 49 SOLOMON, M. P.; BRIDBORD, J. W.; ROSEN, Y. Pseudoameloblastomatous changes in the wall of a radicular cyst. **Amer. J. clin. Path**, v. 61, n. 3, p. 443-7, Mar. 1974.
- 50 SPETIC, M. B. S. A. **Avaliação da presença de mastócitos em hemangiomas e granulomas piogênicos bucais**. Bauru, 2001. 121 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
- 51 SPOUGE, J. D. **Oral pathology**. St Louis, Mosby Company, 1973.

-
- 52 UENO, S.; SHIRASU, R. Prognostic evaluation of ameloblastoma based on histologic and radiographic typing. **J. oral Maxillofac. Surg.**, v. 47, n. 1, p. 11-5, Jan. 1989.
- 53 VÊNCIO, E. F. **Estudo morfológico comparativo entre o ameloblastoma e o carcinoma basocelular na microscopia óptica**. Bauru, 1995. 78p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
- 54 VERBIN, R. S.; BARNES, L. Cysts and cystlike lesions of the oral cavity, jaws, and neck. In: BARNES, L. **Surgical pathology of the head and neck**. New York, Marcel dekker, 1985. v.2, p.1233-9.
- 55 VICKERS, R. A.; GORLIN, R. J. Ameloblastoma: delineation of early histopathologic features of neoplasia. **Cancer**, v.26, n.3, p.699-710, Sept. 1970.
- 56 WILLIAMS, H. J.; HEY, A. A.; BROWNE, R.M. The use by general dental practitioners of an oral pathology diagnostic service over a 20-year period: the Birmingham Dental Hospital experience. **Brit. dent. J.**, v. 182, n. 11, p. 424-9, June 1997.
- 57 WILLIAMS, T. P. Management of ameloblastoma; a changing perspective. **J. oral Maxillofac. Surg.**, v. 51, n. 10, p. 1064-70, Oct. 1993.
- 58 YAACOB, H. B.; LING, K. C. Ameloblastomatous changes in dentigerous cysts. **Aust dent. J.**, v. 27, n. 6, p. 365-7, Dec. 1982.

ABSTRACT

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE EVOLUTION AND FEATURES OF THE ANATOMY ORAL PATHOLOGY SERVICE FOR THIRTY SEVEN YEARS

CHECKING, REVIEW AND DIAGNOSTIC ACTUALIZATION

Analysis of archives of the Anatomy Pathology Service of Bauru Dental School, São Paulo University, since 1963-2000 to study the evolution and characteristics, promoting a re-examination and actualization of their archives and methods. It was observed a significative increment of demand in the lending Services, and an improvement of these. It was made a revision of the report copies, blocks histologic and slides, evaluating the nomenclature of the lesions according to the nowadays; identification of new clinical entities and diagnostic errors. It was discuss the provable reasons of the found differences and conclude the necessity of a continue actualization in the work of group, and the constant incentivation to critical analysis of concepts and diagnostic criteria on every moment of practice in the oral pathology as a dental speciality.