

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



**Pacientes pediátricos na Clínica de Cirurgia e Medicina Oral da  
FMDUL**

**Ana Rita Teixeira Frade**

Orientadores:

Professor Doutor João Manuel Mendes Caramês e

Dr.ª Ana Maria Capela Louraço

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2019



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



**Pacientes pediátricos na Clínica de Cirurgia e Medicina Oral da  
FMDUL**

**Ana Rita Teixeira Frade**

Orientadores:

Professor Doutor João Manuel Mendes Caramês e

Dr.<sup>a</sup> Ana Maria Capela Louraço

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2019



## **Agradecimentos**

Um enorme agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor João Caramês pelo exemplo e motivação que me transmitiu desde tão cedo, pelas palavras que sempre me fizeram pensar e acreditar que era capaz. E por todo o incentivo que coloca em cada um dos seus alunos.

Um agradecimento muito especial à minha coorientadora, Dra. Ana Loureiro. Pela paciência inesgotável, pela disponibilidade incrível, por toda a sabedoria que me transmitiu e pela ajuda imensa desde o primeiro momento.

Quero agradecer ao Professor Doutor Henrique Luís, pela enorme paciência para a minha falta de jeito para a informática e por toda a disponibilidade e simpatia desde o início.

Quero agradecer, aos meus pais, que me deram todo o apoio e suporte desde sempre, que sofreram e sorriram comigo durante estes 5 intensos anos de curso. Por todo o amor e paciência, um obrigado que não cabe no coração.

Agradecer à minha irmã Carolina, por todos os abraços e bilhetinhos de baixo da porta do quarto nas alturas em que a tristeza chegava para ficar e a força não era suficiente. Por ser a minha companheira de vida e de luta.

Um obrigado gigante aos meus amigos de coração, aos meus para sempre compinchas, Adriana, Catarina, Beatriz, Mariana e Rafael. Por tudo, que não dá para descrever, só para sentir. Sem eles, até podia estar onde estou hoje, mas com toda a certeza não seria uma pessoa tão feliz, preenchida e com (ainda que pouca) sanidade mental.

Ao Nuno e à Inês. Que entraram de repente na minha vida e se tronaram sem me aperceber sequer, tão importantes. Por todos os conselhos, gargalhadas e amizade, um obrigado cheio de carinho que vem mesmo do fundo do coração a estes amigos para a vida.

Quero agradecer à minha grande amiga Maria Inês. A pessoa mais parecida comigo e que faz com que não me sinta a nerd com a maior pancada do Planeta. Por todos os nosso altos e baixos, que só nos fizeram ficar mais fortes e amigas, por todos os conselhos e pelo genuíno carinho, obrigada.

E por fim, um obrigada gigante ao Rafael. À melhor pessoa que podia ter para dar os primeiros passos nesta vida tão seria que é a de adulto. Ao companheiro de todas as horas, que nunca nem por um segundo, me deixou vacilar ou desistir. À pessoa que tem sempre a palavra mais bonita pronta a acalmar o meu coração.

## **Resumo**

**Introdução:** O Médico Dentista é orientado no sentido de promover a preservação das peças dentárias, no entanto, apesar do aumento significativo nos cuidados de saúde oral nas crianças e adolescentes, as extrações dentárias continuam a ser muitas vezes inevitáveis. As lesões orais nas crianças e adolescentes representam uma larga variedade e prevalência, dependendo do tipo de estudo. Tais dados reportam a importância do conhecimento deste tipo de lesões para um diagnóstico preciso e um tratamento adequado.

**Objetivos:** Caracterizar a população pediátrica que se dirigiu à consulta da CCMO I e CCMO II da FMDUL de 2012 a 2019, o tipo de consulta que frequentaram, o motivo da mesma e o procedimento efetuando.

**Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo epidemiológico observacional descritivo com uma componente analítica de uma série de casos de pacientes pediátricos que frequentaram a consulta da Clínica de Cirurgia e Medicina Oral I e II da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa entre 2012 e 2019. Foram incluídos 175 pacientes e registados os dados referentes aos mesmos. A análise de dados foi realizada no programa IBM SPSS Statistics 25.

**Resultados:** Os pacientes são maioritariamente do género feminino. Dos 1-15 anos existem 65 pacientes, tal como dos 16-17 anos de idade. Ao grupo dos 18 anos pertencem 45 pacientes. A consulta de Cirurgia Oral foi a que recebeu maior número de pacientes, sendo o procedimento mais comum as extrações dentárias, estas por lesão de cárie ou sequelas da mesma. Na consulta de Medicina Oral, foram diagnosticadas 20 lesões. Neste estudo não se verificam qualquer tipo de relação estatisticamente significativa.

**Discussão:** A maioria das extrações correspondem aos segundos molares decíduos e aos primeiros e terceiros molares permanentes e o mucocelo é a lesão mais prevalente, tal como reporta a literatura.

**Conclusão:** As extrações dentárias foram o procedimento mais comum e o mucocelo a lesão mais frequente.

**Palavras-Chave:** pacientes pediátricos, estudo epidemiológico, extrações dentárias, cirurgia oral, patologia oral, doenças orais

## **Abstract**

**Introduction:** The dentist is guided to promote the tooth preservation. However, despite the great increase of the children and adolescents oral health care, tooth extractions are often inevitable. Children and adolescents' oral lesions have a large variety and prevalence, depending on the type of study. These data show the importance of the knowledge about this type of lesions to an accurate diagnosis and an appropriate treatment.

**Purpose:** To characterize a range of pediatric patients' cases, the appointment type, the appointment reason and the procedure performed.

**Study design:** An epidemiological descriptive observational study, with pediatric patients that attended to the appointment of Oral Surgery and Medicine Clinic, at Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa it was conducted. 175 patients were included and the data related to the gender, age, appointment type, procedure performed and diagnosis were recorded. The data analysis was performed with the IBM SPSS Statistics 25 program.

**Results:** The patients are mainly girls. Between 1 and 15 years old exist 65 patients and between 16 and 17 years old exist 65 patients too. 45 patients are 18 years old. The Oral Surgery appointment was the type of appointment that received the greatest number of patients and the major performed procedure was tooth extraction, due to tooth decay or its sequels. At the Oral Medicine appointment 20 lesions were diagnosed and the mucocele was the most common one. This study doesn't have any relationship with statistical significance.

**Discussion:** The primary second molar and the definitive first and third molars were the most removed tooth and the mucocele was the most prevalent lesion, as in the literature.

**Conclusion:** The tooth extraction was the most common procedure and the mucocele was the most frequent lesion.

**Keywords:** pediatric patients, epidemiologic study, oral surgery, tooth extractions, oral pathology, oral diseases

# Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iv
Palavras-chave.....	iv
Abstract .....	v
Keywords .....	v
Índice de gráficos .....	viii
Índice de tabelas .....	ix
Índice de figuras .....	x
Lista de abreviaturas.....	xi
<b>I. Introdução.....</b>	<b>1</b>
1. Cirurgia Oral (CO) .....	1
1.1 Exodontias.....	1
1.2. Frenectomias .....	2
2. Medicina Oral (CO) .....	3
2.1. Mucocele.....	4
2.2. Hiperplasia fibrosa focal .....	5
2.3. Quisto dentífero .....	5
2.4. Quisto radicular .....	5
2.5. Quisto ósseo simples .....	5

<b>II.</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>Materiais e Métodos .....</b>	<b>8</b>
	1. Revisão narrativa da literatura.....	8
	2. Tipo de estudo .....	8
	3. Local da investigação .....	8
	4. Número de casos inicial .....	8
	5. Seleção de casos.....	8
	6. Procedimento de recolha de dados .....	9
	7. Análise de dados.....	9
	6. Questões éticas e deontológicas .....	9
<b>IV.</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>10</b>
<b>V.</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>22</b>
<b>VI.</b>	<b>Conclusão .....</b>	<b>27</b>
<b>VII.</b>	<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>28</b>
<b>VIII.</b>	<b>Apêndices e Anexos .....</b>	<b>32</b>
	1. Anexo 1 .....	32
	2. Anexo 2 .....	34
	2.1. Radiografias panorâmicas .....	34
	2.2. Radiografias bite-wings.....	38
	2.3. Radiografias periapicais .....	38
	2.3. Fotografias intra-orais .....	39

## **Índice de Gráficos**

<b>Gráfico 1-</b> Distribuição dos pacientes por género.....	<b>10</b>
<b>Gráfico 2-</b> Distribuição dos pacientes por grupos etários.....	<b>10</b>
<b>Gráfico 3-</b> Distribuição dos pacientes por tipo de consulta.....	<b>11</b>
<b>Gráfico 4-</b> Distribuição dos pacientes pelos grupos etários e tipo de consulta.....	<b>12</b>
<b>Gráfico 5-</b> Distribuição dos pacientes por procedimento clínico.....	<b>13</b>
<b>Gráfico 6-</b> Distribuição dos dentes por tipo de dente.....	<b>14</b>
<b>Gráfico 7-</b> Distribuição dos pacientes pelo motivo de exodontia.....	<b>17</b>
<b>Gráfico 8-</b> Distribuição dos pacientes pelo motivo de exodontia e género.....	<b>18</b>
<b>Gráfico 9-</b> Distribuição dos pacientes pelo motivo de exodontia e grupos etários.....	<b>18</b>
<b>Gráfico 10-</b> Distribuição dos pacientes com diagnóstico de mucocelo pelo género.....	<b>19</b>
<b>Gráfico 11-</b> Distribuição dos pacientes com diagnóstico de mucocelo pelos grupos etários....	<b>19</b>

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1-</b> Distribuição dos pacientes por género e grupos etários.....	<b>11</b>
<b>Tabela 2-</b> Distribuição dos pacientes por género e tipo de consulta.....	<b>12</b>
<b>Tabela 3-</b> Distribuição dos pacientes pelos grupos etários género e tipo de consulta.....	<b>13</b>
<b>Tabela 4-</b> Distribuição dos dentes decíduos extraídos por tipo de dente.....	<b>14</b>
<b>Tabela 5-</b> Distribuição dos dentes permanentes extraídos por tipo de dente.....	<b>14</b>
<b>Tabela 6-</b> Distribuição dos dentes decíduos extraídos por tipo de dente e género.....	<b>15</b>
<b>Tabela 7-</b> Distribuição dos dentes permanentes extraídos por tipo de dente e género.....	<b>15</b>
<b>Tabela 8-</b> Distribuição dos dentes decíduos extraídos por tipo de dente e grupo etário.....	<b>16</b>
<b>Tabela 9-</b> Distribuição dos dentes permanentes extraídos por tipo de dente e grupo etário...	<b>16</b>
<b>Tabela 10-</b> Distribuição dos dentes extraídos por localização na arcada.....	<b>16</b>
<b>Tabela 11-</b> Distribuição dos pacientes pelo tipo de diagnóstico.....	<b>19</b>
<b>Tabela 12-</b> Distribuição dos pacientes pelo tipo de lesão oral maxilofacial.....	<b>20</b>
<b>Tabela 13-</b> Distribuição dos pacientes pelo tipo de lesão oral maxilofacial e género.....	<b>20</b>
<b>Tabela 14-</b> Distribuição dos pacientes pelo tipo de lesão oral maxilofacial e grupos etários...	<b>21</b>
<b>Tabela 15-</b> Estudos de Cirurgia Oral em pacientes pediátricos.....	<b>33</b>
<b>Tabela 16-</b> Estudos de Medicina Oral em pacientes pediátricos.....	<b>33</b>
<b>Tabela 17-</b> Distribuição das lesões orais e maxilofaciais do presente estudo na literatura.....	<b>34</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1-</b> Radiografia panorâmica realizada anteriormente à extração do dente 75.....	<b>35</b>
<b>Figura 2-</b> Radiografia panorâmica onde se pode observar molares decíduos inferiores anquilosados.....	<b>35</b>
<b>Figura 3-</b> Radiografia panorâmica realizada anteriormente à extração do dente 16.....	<b>36</b>
<b>Figura 4-</b> Radiografia panorâmica realizada anteriormente à extração dos dentes 18 e 38.....	<b>36</b>
<b>Figura 5-</b> Radiografia panorâmica onde se observa uma lesão correspondente a um quisto radicular ao nível do resto radicular do dente 46.....	<b>37</b>
<b>Figura 6-</b> Radiografia panorâmica onde se observa uma lesão correspondente a um quisto ósseo simples ao nível do ramo ascendente da mandíbula do lado esquerdo.....	<b>37</b>
<b>Figura 7-</b> Radiografia panorâmica onde se observa uma lesão correspondente a uma osteíte condensante ao nível do ápex da raiz distal do dente 36.....	<b>38</b>
<b>Figura 8-</b> Radiografia panorâmica onde se pode observar a loca da glândula submandibular direita.....	<b>38</b>
<b>Figura 9-</b> Radiografia bite-wing do 2º e 3º quadrantes onde se pode observar um resto radicular do dente 75.....	<b>39</b>
<b>Figura 10-</b> Radiografia periapical onde se observa uma lesão de osteíte condensante ao nível do ápex da raiz distal do dente 36.....	<b>39</b>
<b>Figura 11-</b> Radiografia periapical ao dente 27 e 28 onde se pode observar um dente supranumerário entre estes dois dentes.....	<b>40</b>
<b>Figura 12-</b> Fotografia intra-oral de um mucocelo no lábio inferior.....	<b>40</b>

## **Lista de Abreviaturas**

Cirurgia Oral- CO

Medicina Oral- MO

Clínica de Cirurgia e Medicina Oral- CCMO

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa- FMDUL

Exame Auxiliar de Diagnóstico- EAD

## **I. Introdução**

### **1. Cirurgia Oral (CO)**

#### **1.1. Exodontias**

O modo de atuação do Médico Dentista é orientado, sempre que possível, no sentido de promover a preservação das peças dentárias, tanto decíduas como permanentes. (1) A presença dos dentes na cavidade oral nas crianças é fundamental para estimular o desenvolvimento das arcadas dentárias e manter uma normal relação oclusal. Possui também, um papel de extrema importância no desenvolvimento da dicção (2) e no processo de mastigação dos alimentos. (1) Assim, a perda dos mesmos terá efeitos adversos ao nível da qualidade de vida do paciente biológica, psicológica ou socialmente. (1)

A melhoria na saúde oral, no que diz respeito à prevenção da doença de cárie e da sua progressão é de primordial importância para que os pacientes consigam manter uma dentição saudável e funcional ao longo de toda a vida. (1)

No entanto, apesar do aumento significativo nos cuidados de saúde oral nas crianças e adolescentes, as extrações dentárias parecem continuar a ser muitas vezes inevitáveis, para responder a condições agudas. (3)

A maioria dos estudos reporta que a cárie dentária é o principal motivo destas extrações. (4) Outros estudos suportam que, a razão das mesmas se altera com a variação da idade, sendo que esta doença e as suas sequelas são normalmente a principal razão de perda dentária nos jovens, enquanto que as doenças periodontais são a causa primordial na população de meia idade e idosos. (5-6)

Apesar de todos os esforços para a preservação dos dentes na cavidade oral, em certas situações a extração dentária não é consequente de uma condição patológica e é imprescindível no tratamento. (2) Tal acontece no caso de exodontias para a realização de tratamento ortodôntico. (1) Um estudo adianta ainda que, os motivos ortodônticos são a principal razão de exodontias em jovens com menos de 20 anos. (6)

As várias causas e padrões das perdas dentárias diferem entre países (6) e podem ajudar a dar indicação relativamente os níveis de higiene oral da população e ao seu conhecimento em relação à importância dos problemas dentários e das suas implicações a nível local e sistémico.

(7) Um dos artigos adianta que, as crianças desfavorecidas estão significativamente mais suscetíveis a sofrer de extrações dentárias do que as outras crianças. (8)

As extrações são uma experiência muitas vezes pouco agradável para os pacientes mais jovens, sendo um procedimento causador de *stress*, como é comprovado pelo efeito no aumento da pressão sanguínea em estudos desenvolvidos. (2,5) Assim, as extrações dentárias são apenas executadas quando fortemente recomendadas. (1)

Os Médicos Dentistas devem tomar medidas para evitar perdas dentárias, tanto ao dar uma maior ênfase à prevenção ao nível dos cuidados de higiene oral como através da escolha de tratamentos menos invasivos e que promovem a manutenção dos dentes na cavidade oral dos pacientes. (6)

Apesar disso, as extrações continuam a ser uma maneira aceitável de controlar as infeções dentárias, estando presente no dia-a-dia do Médico Dentista. (5)

## **1.2. Frenectomias**

Os freios orais são uma formação de origem congénita, composta por tecido fibroso, muscular ou ambos, coberta por uma membrana mucosa. (9) É considerada uma formação anatómica, que numa condição normal não tem qualquer tipo de consequências patológicas. (10-11) No entanto, quando ocorre, a maior parte das anomalias relacionadas com os freios orais ocorrem no freio lingual ou labial superior (12), sendo maioritariamente neste último. (11)

Este tipo de anomalias ao nível do freio labial superior pode causar diastemas entre os incisivos centrais superiores, dificuldade na higiene oral e nos movimentos labiais e/ou lábio pequeno, originando incompetência labial. (10) Enquanto que, relativamente ao freio lingual podem prejudicar os movimentos da língua, causando problemas ao nível da sucção e da dicção. (12)

Nestes casos, a remoção cirúrgica do freio é indicada. (11) No caso do freio labial superior, a resolução fisiológica pode ocorrer até a completa erupção dos dentes anteriores permanentes ocorrerem. (11) No entanto, quando tal não acontece, é indicação para frenectomia. (9)

Embora o tratamento seja requerido quando certos sintomas estão presentes, a sua execução é muitas vezes difícil devido a problemas de cooperação, visto que se tratam bebés ou crianças muito novas. (12)

A frenectomia corresponde à remoção completa do freio, incluindo posteriormente a sua fixação ao osso subjacente. (9,12) Para a realização deste procedimento existem várias técnicas: a técnica convencional utilizando bisturi, bisturi elétrico e a utilização de laser. (9,12)

## **2. Medicina Oral (MO)**

As lesões orais e maxilofaciais nas crianças e adolescentes representam uma larga variedade e prevalência. A sua ocorrência é de aproximadamente 7-17%, dependendo da idade dos pacientes de cada estudo. (13-14) Tais dados reportam a importância do conhecimento deste tipo de lesões para um diagnóstico preciso e um tratamento adequado nesta faixa etária. (15)

Poucos estudos têm sido realizados na área de medicina e patologia oral em crianças e adolescentes. (16-17) No entanto, o conhecimento das lesões orais e maxilofaciais através de estudos epidemiológicos representa um importante papel na saúde pública. (13)

Os estudos epidemiológicos existentes têm demonstrado uma grande variação na prevalência das lesões orais nos pacientes pediátricos em diferentes países, incluindo diferenças relativas à idade e género. (16,18-19) Isto deve-se à falta de uniformidade em relação à divisão dos grupos etários, à duração do estudo, às localizações examinadas, à classificação das patologias utilizada e às diferentes localizações geográficas e condições sócio-económicas de cada população. (16, 18-19)

Estas lesões encontradas nas crianças são diferentes das dos adultos (20,22), havendo certas patologias mais comuns nesse grupo etário. (23) Condições como mucocelos são frequentemente referidas como a lesão oral mais comum. (24-25)

Tal facto pode resultar do crescimento e desenvolvimento físico que ocorre de forma extensa nas crianças (20) sendo que a natureza de muitas lesões orais muda à medida que se vão desenvolvendo. (22)

A maioria das lesões são de natureza benigna requerendo intervenção mínima. (14-15,22) Contudo, embora as lesões malignas corresponderem a menos de 1% dos casos, é de extrema importância reconhecer a possibilidade da sua presença na cavidade oral deste grupo etário. (14-15,22)

A grande maioria das lesões está confinada aos tecidos orais, no entanto podem estar subjacentes numerosas condições sistémicas, tendo manifestações na cavidade oral. (14) As

lesões pediátricas abrangem uma grande variedade, quer de desordens locais, quer sistêmicas, assim um correto diagnóstico e um rápido tratamento são extremamente importantes. (17)

O diagnóstico das patologias da cavidade oral é primariamente baseado na observação das características clínicas e registro de toda a informação médica relevante. (14,17) Se assim for necessário, a avaliação das lesões pode ser complementada com uma análise histopatológica. (14,17) Desta maneira, o Médico Dentista assegura um diagnóstico correto e uma intervenção terapêutica adequada. (17)

A prevalência do tipo de patologia encontrada nestes estudos é importante para a educação dos profissionais de saúde, não só de Odontopediatras e de Médicos Dentistas, que direcionam a sua prática clínica para a área da Medicina e Patologia Oral, como para os profissionais de saúde que praticam uma Medicina Dentária generalista. (25)

Das lesões orais presentes nos pacientes pediátricos, o mucocelo é considerado por vários autores, como Wu *e col.*, e Ha *e col.*, a mais comum. (16, 23) A literatura mostra que, entre 11,6-21,8% das biópsias orais realizadas em crianças e adolescentes são realizadas em mucocelos. (14, 18, 26) A hiperplasia fibrosa focal é uma lesão bastante frequente neste tipo de pacientes (20), sendo que o Lawoyin *e col.*, (19) e Sklavounou-Andrikopoulou *e col.*, (17) reportam ser a segunda e terceira lesão mais prevalente nos seus estudos, respetivamente. Na revisão de Ha *e col.*, (23) o quisto radicular é referenciado como o quisto odontogénico mais comum sendo o quisto dentígero o quisto odontogénico de desenvolvimento mais frequente. No estudo de Lapthanasupkul *e col.*, (20) o quisto dentígero é a lesão oral mais comum. Jones *e col.*, (14) concluíram que o quisto ósseo simples é o quisto não odontogénico mais frequente, enquanto que no artigo de Prosdócimo *e col.*, (13) é a patologia óssea mais prevalente.

## **2.1. Mucocelo**

Os mucocelos são massas benignas de tecido mole resultantes da retenção de saliva no ducto salivar ou do extravasamento da mesma para os tecidos circundantes. Este crescimento benigno tem como etiologia o trauma local. Os mucocelos estão normalmente associados às glândulas salivares menores e estas encontram-se presentes em praticamente toda a cavidade oral. São comumente apresentados como nódulos azulados e translúcidos na mucosa do lábio inferior. (27) No entanto, e apesar de o lábio inferior ser a região mais afetada na maioria das vezes, também podem surgir no palato, lábio superior ou na mucosa. São frequentes em crianças, sendo mais comuns em pacientes do género feminino, e reportados como a lesão mais vezes biopsada de forma excisional em pacientes com idades entre 1-19 anos. (28)

## **2.2. Hiperplasia fibrosa focal**

Esta lesão apresenta-se como um nódulo de superfície lisa e coloração rosada, similar à coloração da mucosa circundante. A hiperplasia fibrosa focal surge mais comumente na mucosa jugal, ao longo do plano oclusal, presumivelmente como uma consequência de trauma local. No entanto, pode ocorrer em qualquer localização da cavidade oral, sendo a mucosa labial, a língua e a gengiva também localizações comuns. Em alguns casos, a superfície pode apresentar-se branca devido à hiperqueratose, resultante do trauma mecânico contínuo. (28)

## **2.3. Quisto dentífero**

É considerado o tipo mais comum de quisto odontogénico de desenvolvimento. O quisto dentífero origina-se devido à separação do folículo que fica ao redor da coroa de um dente incluso, conectando-se ao dente pela junção amelocementária. Radiograficamente, apresenta-se como uma área radiolúcida unilocular que está associada à coroa de um dente incluso. Esta imagem radiolúcida geralmente apresenta uma margem bem definida. A sua etiologia ainda é incerta, no entanto, aparentemente este desenvolve-se pela acumulação de fluido entre o epitélio reduzido de esmalte e a coroa do dente. Esta lesão envolve, mais frequentemente, terceiros molares inferiores, podendo estar também associado a caninos, terceiros molares superiores e segundos pré-molares inferiores. Ocasionalmente, podem estar associados a dentes supranumerários ou a odontomas. Embora possa surgir em pacientes com uma ampla variação de idades, são normalmente encontrados em pacientes entre os 10 e 30 anos, havendo uma leve predileção pelo género masculino. O tratamento mais usual é a enucleação do quisto juntamente com a remoção do dente associado ao mesmo. (28)

## **2.4. Quisto radicular**

Os pacientes com este tipo de patologia oral não apresentam sintomas, no entanto se o quisto adotar grandes dimensões, podem ser observadas tumefação e alteração da sensibilidade. Com o seu crescimento, podem ocorrer mobilidade e deslocamento dos dentes adjacentes. Apresenta-se como uma zona radiolúcida, arredondada e pequena que circunda o ápice do dente associado. Observa-se a perda da lâmina dura ao longo da raiz e reabsorções radiculares podem ocorrer. Tanto o tamanho do quisto, como a sua forma não podem ser considerados como critérios para o diagnóstico definitivo. Esta lesão pode também afetar dentes decíduos. (28)

## **2.5. Quisto ósseo simples**

Este quisto corresponde a uma cavidade que pode conter fluido ou apresentar-se vazia no osso e que é livre de revestimento epitelial. A sua etiologia é incerta e controversa, apesar de várias

teorias já terem sido propostas. Esta lesão tem sido relatada como presente em vários ossos do corpo humano, sendo que, a sua grande maioria envolve os ossos longos. Ao nível dos maxilares, é essencialmente restrito à mandíbula, embora existam relatos da lesão na maxila. O quisto ósseo simples é mais frequentemente encontrado em pacientes entre os 10 e 20 anos de idade, sendo raro em crianças com idade inferior a 5 anos. Aproximadamente 60% dos casos ocorrem em pacientes do género masculino. Este quisto geralmente não apresenta sintomas e é detetado apenas quando as radiografias são realizadas de forma ocasional. No entanto, podem ser relatadas dor e parestesia nalguns casos. Radiograficamente, a lesão aparece como um defeito radiolúcido bem delimitado com margens bem ou mal definidas. (28)

## **II. Objetivos**

Este estudo pretende caracterizar a população pediátrica que se dirigiu à consulta da CCMO I e CCMO II da FMDUL de setembro de 2012 a fevereiro de 2019, bem como o tipo de consulta que frequentaram, o motivo da mesma e o procedimento efetuando.

### **III. Materiais e Métodos**

#### **1. Revisão narrativa da literatura**

Foram realizadas pesquisas bibliográficas distintas, para facilitar a procura de artigos, devido à abrangência do tema deste estudo. As pesquisas bibliográficas foram realizadas através da base de dados PubMed/MEDLINE, com as respectivas palavras chave: “pediatric patients”, “epidemiologic study”, “tooth extractions” e “oral surgery”, “pediatric patients”, “oral pathology”, “oral diseases” e “epidemiologic study” e “pediatric patients”, “frenectomy” e “oral surgery”. Foram procurados estudos em inglês, espanhol e português, sem qualquer limite de data de publicação. Após a análise do título e seguidamente do resumo dos artigos, foram incluídos 18 artigos que se adequavam aos objetivos deste estudo. Foram também analisados todos os títulos dos artigos que constavam nas referências bibliografias, e incluídos alguns dos mesmos.

#### **2. Tipo de estudo**

O presente trabalho consiste num estudo epidemiológico observacional descritivo com uma componente analítica de uma série de casos desde setembro de 2012 a fevereiro de 2019 de pacientes pediátricos que frequentaram a consulta da Clínica de Cirurgia e Medicina Oral (CCMO) I e da CCMO II da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL).

#### **3. Local da investigação**

O estudo foi realizado na FMDUL, uma das faculdades de Medicina Dentária públicas de Portugal. Fica localizada na Cidade Universitária, freguesia de Alvalade, em Lisboa.

#### **4. Número de casos inicial**

Foi feita uma pesquisa manual, através dos computadores da Clínica de Pré-Graduação, onde se acedeu às agendas eletrónicas da FMDUL. Numa primeira etapa foram recolhidos os processos de todos os pacientes com idade inferior ou igual a 18 anos que tinham frequentado a consulta de CCMO I e II de todos os dias em que as mesmas se realizavam. Desta pesquisa resultaram 184 pacientes.

#### **5. Seleção de casos**

Foram solicitados os processos físicos correspondentes e subsequentemente analisados. Foram excluídos 9 pacientes por ausência de informação, quer no processo digital, quer físico,

obtendo-se um total de 175 pacientes. Por fim, foi recolhida a respetiva informação para o estudo.

Foram assim, incluídos todos os pacientes com idade igual ou inferior a 18 anos, que frequentaram a consulta da CCMO I e da CCMO II FMDUL e cujos processos físico ou digital contivessem informação relativa à respetiva consulta.

## **6. Procedimento de recolha de dados**

Para cada paciente incluído foram recolhidos os dados contidos no seu processo físico e digital e transferidos os mesmos para uma base de dados Microsoft Office Excel 2016. Os seguintes dados foram registados: género do paciente, idade do paciente, história médica relevante, tipo de consulta, procedimento efetuado na consulta, diagnóstico provisório (quando apropriado), diagnóstico definitivo (quando apropriado), motivo da exodontia (quando apropriado) e Exame Auxiliar de Diagnóstico (EAD).

## **7. Análise de dados**

A análise de dados foi realizada no programa IBM SPSS Statistics 25. O teste utilizado para indicar a relação entre as variáveis foi o Teste V de Cramer, visto a relação estudada ser entre variáveis nominais.

## **8. Questões éticas e deontológicas**

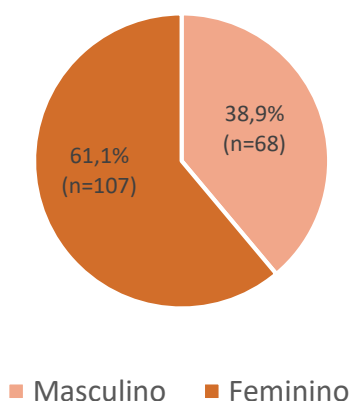
A recolha da lista dos pacientes e o pedido de análise da informação contida nos processos dos mesmos foi realizada após autorização via e-mail concedida pelo Sr. Diretor Clínico da FMDUL, Professor Doutor João Aquino Marques.

A confidencialidade dos dados recolhidos foi assegurada e em momento algum, os mesmos foram usados para qualquer outro fim, a não ser a realização deste mesmo estudo.

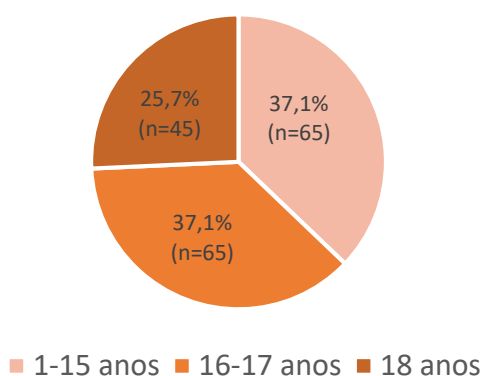
#### IV. Resultados

Os pacientes incluídos na amostra estudada frequentaram a consulta da CCMO I e CCMO II da FMDUL, entre setembro de 2012 e fevereiro de 2019 com idade igual ou inferior a 18 anos. Um total de 184 pacientes foi obtido, sendo que posteriormente foram excluídos 9 por ausência de informação, quer no processo digital, quer físico. Assim sendo, a amostra deste estudo é de 175 pacientes.

Dos 175 pacientes, 68 são do género masculino (38,9%) e 107 do género feminino (61,1%) como se pode observar no gráfico 1.



**Gráfico 1:** Distribuição dos pacientes por género pela frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).



**Gráfico 2:** Distribuição dos pacientes por grupos etários pela frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

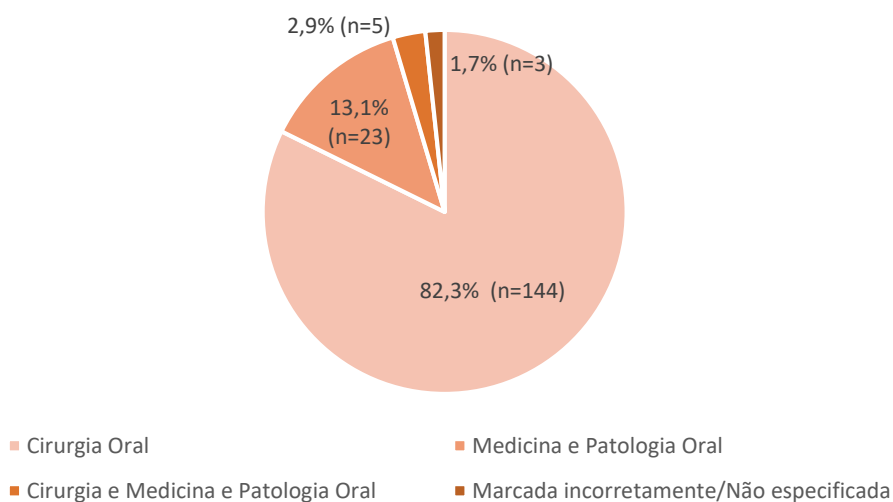
Na divisão dos pacientes por grupos etários, foram criados 3 grupos com percentil 33, o que permitiu dividir a amostra o mais equilibrado possível, relativamente à quantidade da mesma. A divisão em grupos etários foi feita da seguinte forma: 1-15 anos de idade, 16-17 anos de idade e 18 anos de idade. Do total da amostra, 65 pacientes pertencem ao grupo etário do 1-15 anos de idade (37,1%) e dos 16-17 anos de idade (37,1%) e 45 dos pacientes têm 18 anos de idade (25,7%). Como se pode observar no gráfico 2. Na tabela 1 é possível observar a relação entre o género e a idade dos pacientes. A mesma mostra que, em todos os grupos etários existe maior quantidade de pacientes do género feminino do que do género masculino. No entanto, não existe diferença estatisticamente significativa entre a distribuição de género nos três grupos etários

( $p=0.630$ ).

**Tabela 1:** Distribuição dos pacientes por género e grupos etários pela frequência absoluta (n).

Idade (n)	Género (n)		
	Masculino	Feminino	Total
1-15 anos	23	42	65
16-17 anos	25	40	65
18 anos	20	25	45
Total	68	107	175

As consultas dos pacientes que se dirigem à CCMO I e II dividem-se em dois grandes grupos: consultas de Cirurgia Oral (CO) e consultas de Medicina Oral (MO). Na amostra estudada, 144 pacientes frequentaram a consulta de CO (82,3%), 23 frequentaram a consulta de MO (13,1%) e 5 pacientes ambos os tipos de consultas (2,9%). Na amostra analisada encontraram-se ainda presentes pacientes que não possuem, nos seus processos clínicos, informação sobre o tipo de consulta a que foram sujeitos ou que foram marcados incorretamente para esta Unidade Curricular. Correspondendo este último dado a 3 pacientes do total (1,7%). Tais dados podem ser observados no gráfico 3.



**Gráfico 3:** Distribuição dos pacientes por tipo de consulta que frequentaram pela frequência absoluta (n) e relativa (%).

A distribuição do género dos pacientes e dos grupos etários dos mesmo pelo tipo de consulta que frequentaram está representado pela tabela 2. Nesta tabela, pode-se observar que em todos

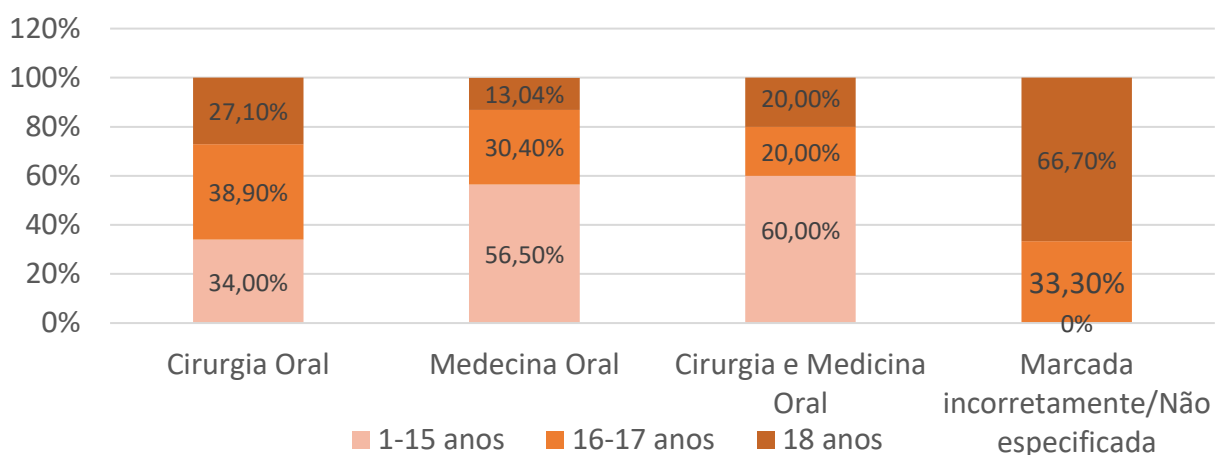
os tipos de consultas, existe maior quantidade de pacientes do género feminino, com exceção das consultas em que o tipo das mesmas não é especificado ou que foram marcadas incorretamente. Neste último caso, o número de pacientes do género masculino ultrapassa o feminino. Na consulta de CO estiveram presentes 90 pacientes do género feminino (62,5%) e na consulta de MO 13, que equivale a uma percentagem de 56,5%. Desta maneira, não existe diferença estatisticamente significativa entre a distribuição de género pelo tipo de consulta ( $p=0.730$ ).

**Tabela 2:** Distribuição dos pacientes por género e tipo de consulta que frequentaram pela frequência absoluta (n).

Tipo de consulta	Género (n)		
	Masculino	Feminino	Total
Cirurgia Oral	54	90	144
Medicina Oral	10	13	23
Cirurgia Oral e Medicina Oral	2	3	5
Marcada incorretamente/não especificada	2	1	3
Total	68	107	175

Relativamente à distribuição dos 3 grupos etários pelo motivo da consulta, presente no gráfico 4, infere-se que, a maior parte dos pacientes que se dirigiram à consulta de CO tinham entre 16-17 anos (38,9%). O mesmo não acontece na consulta de MO, visto que é do 1-15 anos que se encontram a maioria dos pacientes deste tipo de consulta (56,5%). Os

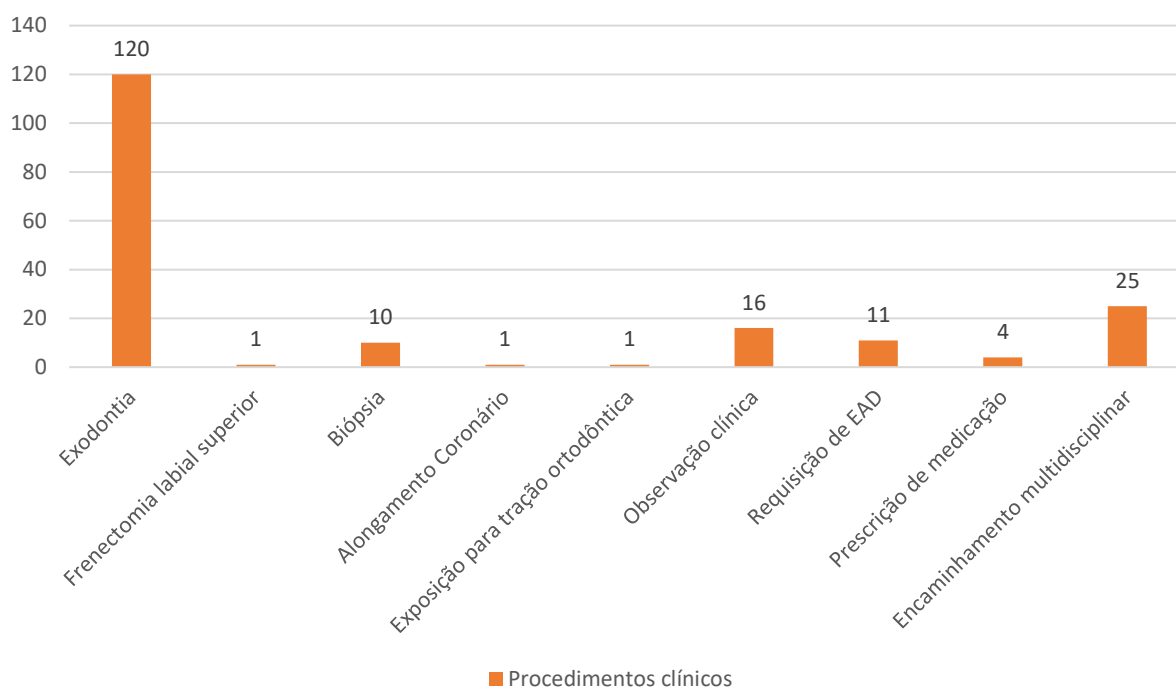
pacientes que frequentaram ambos os tipos de consulta também pertencem, na sua maioria, a este último grupo etário. No entanto, e tal como o que acontece com o género, não existe diferença estatisticamente significativa entre os três grupos etários e o tipo de consulta ( $p=0.180$ ).



**Gráfico 4:** Distribuição dos pacientes pelos grupos etários e tipo de consulta que frequentaram pela frequência relativa (%). 12

**Tabela 3:** Distribuição dos pacientes pelos grupos etários gênero e tipo de consulta que frequentaram pela frequência absoluta (n).

Tipo de consulta	Idade (n)			
	1-15 anos	16-17 anos	18 anos	Total
Cirurgia Oral	49	56	39	144
Medicina Oral	13	7	3	23
Cirurgia Oral	3	1	1	5
Consulta marcada incorretamente/não especificada	0	1	2	3
Total	65	65	45	175

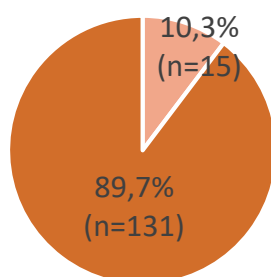


**Gráfico 5:** Distribuição dos pacientes por procedimento clínico efetuado pela frequência absoluta (n).

Relativamente aos procedimentos clínicos efetuados, a extração dentárias é o procedimento predominante, tanto na consulta de CO como de todos os procedimentos realizados. Foi executada em 120 dos pacientes da amostra estudada, como pode ser observado no gráfico 5. Na consulta de CO, foi realizada frenectomia (do freio labial superior), alongamento coronário e exposição para tração ortodôntica apenas num paciente. Na consulta de MO, foram realizadas biópsias orais em 10 pacientes. Observação clínica como procedimento major na consulta foi realizado em 16 dos pacientes da amostra estudada. O encaminhamento multidisciplinar foi

necessário em 25 dos pacientes, a requisição de EAD e de medicação foi necessária em 11 e 4 pacientes, respetivamente.

Em relação às exodontias realizadas, foram extraídos um total de 146 dentes, sendo que, o maior número de dentes extraídos corresponde à dentição permanente, com 131 dentes (89,7%). Os dentes decíduos foram extraídos em menor número (15 dentes), como presente no gráfico 6.



■ Dentição decídua    ■ Dentição permanente

**Gráfico 6:** Distribuição dos dentes por tipo de dentição pela frequência absoluta (n) e relativa (%).

**Tabela 4:** Distribuição dos dentes decíduos extraídos por tipo de dente pela frequência absoluta (n).

Tipo de dente decíduo extraído	Nº de dentes (n)
Incisivo	0
Canino	3
1º Molar	1
2º Molar	11
Total	15

**Tabela 5:** Distribuição dos dentes permanentes extraídos por tipo de dente pela frequência absoluta (n).

Tipo de dente permanente extraído	Nº de dentes (n)
Incisivo	4
Canino	2
1º Pré-molar	10
2º Pré-molar	8
1º Molar	48
2º Molar	10
3º Molar	49
Total	131

O 2º molar foi o dente decíduo mais comumente perdido, visto corresponder a 11 das extrações realizadas. Não foi extraído qualquer incisivo decíduo na amostra estudada. Dos dentes permanentes, o dente extraído em maior número foi o terceiro molar (49 dentes), no entanto o primeiro molar não iguala este último apenas por um, visto terem sido extraídos 48. Os incisivos e os caninos foram os dentes menos extraídos. Estes dados encontram-se representados nas tabelas 4 e 5.

Nas tabelas 6 e 7, pode-se observar a distribuição do género pelo tipo de dente extraído. No que diz respeito aos dentes decíduos, para todos os tipos, o maior número de dentes extraídos pertence ao género feminino. No entanto, nos dentes permanentes tal nem sempre acontece, visto que para os caninos e pré-molares a distribuição é exatamente a mesma para ambos os géneros.

**Tabela 6:** Distribuição dos dentes decíduos extraídos por tipo de dente e género pela frequência absoluta (n).

Tipo de dente decíduo	Género (n)		
	Masculino	Feminino	Total
Incisivo	0	0	0
Canino	1	2	3
1º Molar	0	1	1
2º Molar	1	10	11
Total	2	13	15

Relativamente à relação entre os grupos etários e o tipo de dente extraído, tal como é referido pela tabela 8, a maioria dos dentes decíduos extraídos correspondem à idade entre o 1-15 anos de idade (9 dentes) O grupo etário com menos dentes sujeitos a extração é o de 18 anos de idade, correspondendo apenas

**Tabela 7:** Distribuição dos dentes permanentes extraídos por tipo de dente e género pela frequência absoluta (n).

Tipo de dente permanente	Género (n)		
	Masculino	Feminino	Total
Incisivo	0	4	4
Canino	1	1	2
1º Pré-molar	5	5	10
2º Pré-molar	4	4	8
1º Molar	16	32	48
2º Molar	4	6	10
3º Molar	21	28	49
Total	51	80	131

a 2 dentes, todos segundos molares. A tabela 9 refere-se à distribuição dos grupos etários pelo tipo de dente permanente extraído, e na mesma é demonstrado que foi dos 16-17 anos de idade que se realizaram a maior quantidade de extrações destes dentes (63 dentes). Tal como o que acontece com os dentes decíduos, é no grupo etário dos 18 anos que menos dentes foram extraídos (29 dentes). Dos 16-17 anos, o principal dente extraído foi o primeiro molar, logo acompanhado do terceiro molar (respetivamente 22 e

21 dentes). Aos 18 anos, o terceiro molar foi o dente mais extraído, obtendo um resultado de 20 dentes.

**Tabela 8:** Distribuição dos dentes decíduos extraídos por tipo de dente e grupo etário pela frequência absoluta (n).

Tipo de dente decíduo	Idade (n)			Total
	1-15 anos	16-17 anos	18 anos	
Incisivo	0	0	0	0
Canino	2	1	0	3
1º Molar	1	0	0	1
2º Molar	6	3	2	11
Total	9	4	2	15

Desta maneira é possível aferir que a maioria dos dentes extraídos eram posteriores, tanto em relação à dentição decídua como permanente (tabela 10).

**Tabela 9:** Distribuição dos dentes permanentes extraídos por tipo de dente e grupo etário pela frequência absoluta (n).

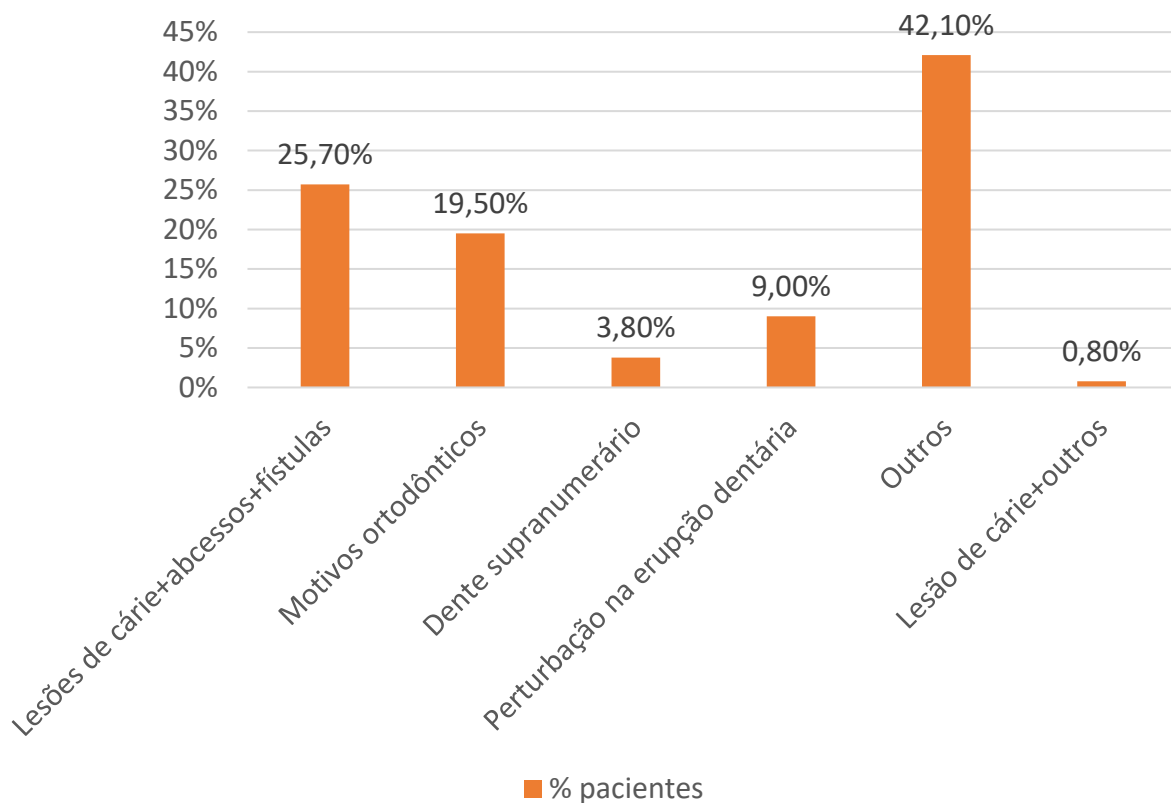
Tipo de dente permanente	Idade (n)			Total
	1-15 anos	16-17 anos	18 anos	
Incisivo	3	1	0	4
Canino	2	0	0	2
1º Pré-molar	3	7	0	10
2º Pré-molar	1	6	1	8
1º Molar	19	22	7	48
2º Molar	3	6	1	10
3º Molar	8	21	20	49
Total	39	63	29	131

**Tabela 10:** Distribuição dos dentes extraídos por localização na arcada pela frequência absoluta (n).

Localização do dente na arcada	Nº de dentes decíduos (n)	Nº de dentes permanentes (n)	Total
Anterior	3	6	9
posterior	12	125	137
Total	15	131	146

Os motivos das extrações dentárias estão representados pelo gráfico 7. As lesões de cárie correspondem a 16,7% de todos os motivos de extrações dentárias, sendo que, os abscessos e as fístulas correspondem a 9%, obtendo-se um total de 25,7% de casos, em que as lesões de cárie foram a etiologia da exodontia. Em 26 dos pacientes que foram sujeitos a extrações, estas foram realizadas por motivos ortodônticos, correspondendo assim a uma percentagem de 19,4%. A presença de dentes supranumerários esteve como etiologia das extrações dentárias em 3,7% dos pacientes. Em igual percentagem aos abscessos e fístulas encontram-se as exodontias por perturbações na erupção dentária. Neste último motivo foram incluídos casos como anquilose

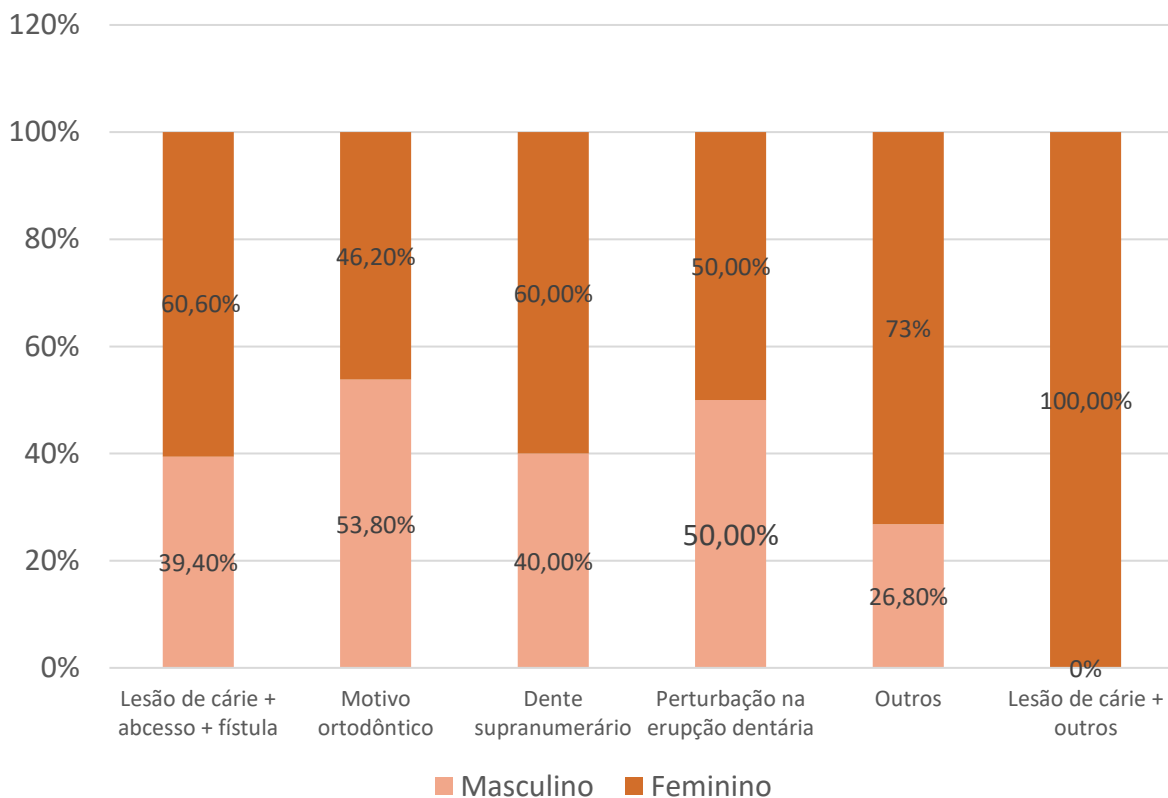
e não exfoliação de dentes decíduos e má posição dentária. Por fim, e com a maioria da percentagem, encontra-se o grupo designado por “outros motivos”. Neste grupo, incluíram-se casos como dor e raízes de dentes decíduos, entre outros, correspondendo a 57 dos pacientes (42,1%). É importante salientar que, de acordo com a forma como a organização dos motivos de extração dentária por grupos foi realizada, o principal motivo de exodontia é o grupo “outros motivos”. No entanto, visto este grupo contemplar vários motivos de extração dentária, a lesão de cárie, incluindo as suas sequelas, como abscessos e fístulas, é o principal fator etiológico na amostra estudada.



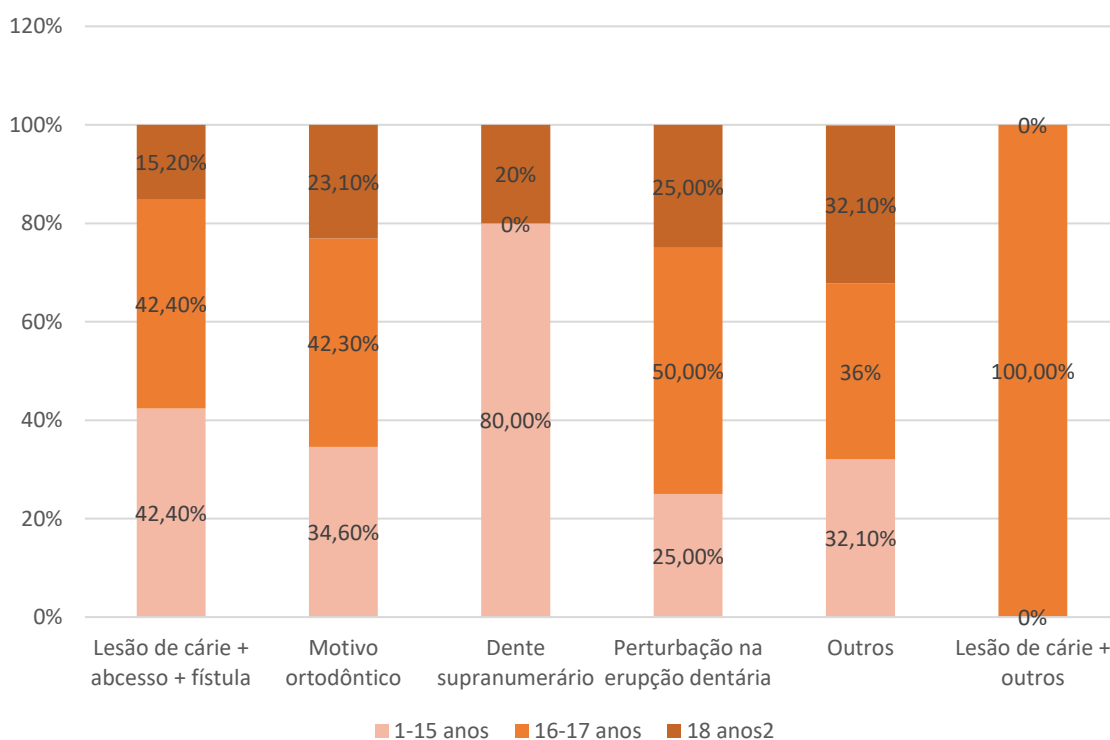
**Gráfico 7:** Distribuição pacientes pelo motivo de exodontia pela frequência relativa (%).

Nos gráficos 8 e 9 estão representadas as respectivas distribuições dos motivos das exodontias por género e idade, respetivamente.

Não existe diferença estatisticamente significativa entre género e o motivo de exodontia ( $p=0.201$ ) e entre a idade e o motivo de exodontia. ( $p=0,390$ ).



**Gráfico 8:** Distribuição pacientes pelo motivo de exodontia e gênero pela frequência relativa (%).



**Gráfico 9:** Distribuição pacientes pelo motivo de exodontia e grupos etários pela frequência relativa (%).

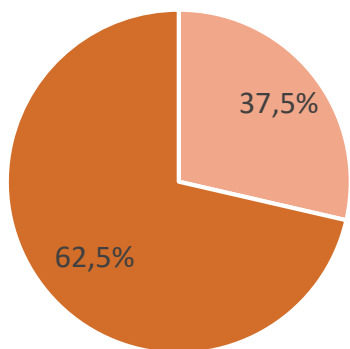
**Tabela 11:** Distribuição dos pacientes pelo tipo de diagnóstico pela frequência absoluta (n).

Tipo de diagnóstico	Nº de pacientes (n)
Definitivo	20
Provisório	9
Total	29

Na consulta de MO, foram realizados no total 29 diagnósticos de lesões orais, sendo que destes, apenas 20 correspondem a diagnósticos definitivos (tabela 11). Das lesões orais e maxilofaciais diagnosticadas definitivamente, a mais prevalente é o mucocelo,

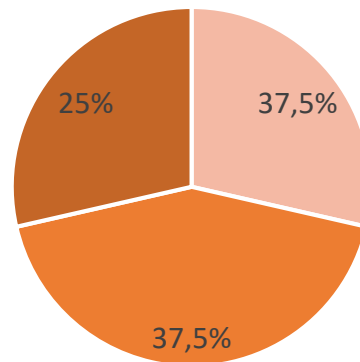
pertencente ao grupo das patologias das glândulas salivares. O mucocelo foi encontrado em 8 pacientes do estudo, sendo que, todas as outras patologias estavam presentes em apenas 1 paciente cada uma. Em um dos casos, o paciente não possui qualquer tipo de patologia, correspondendo apenas à loca da glândula salivar submandibular. Na tabela 12, estão representados todos os diagnósticos definitivos de lesões orais e maxilofaciais encontradas no estudo.

Relativamente ao mucocelo, a distribuição desta lesão oral encontra-se representada nos gráficos 10 e 11, quanto ao gênero e à idade, respetivamente. 62,5% dos mucocelos encontravam-se presentes em pacientes do gênero feminino e 37,5%, tanto em jovens dos 1-15, como dos 16-17 anos.



■ Masculino ■ Feminino

**Gráfico 10:** Distribuição dos pacientes com diagnóstico de mucocelo pelo gênero pela frequência relativa (%).



■ 1-15 anos ■ 16-17 anos ■ 18 anos

**Gráfico 11:** Distribuição dos pacientes com diagnóstico de mucocelo pelos grupos etários pela frequência relativa (%).

Em relação às restantes lesões presentes no estudo, estas encontravam-se presentes em igual número, tanto para os pacientes do gênero masculino (7 lesões), como para os pacientes do gênero feminino (7 lesões), tal como se observa na tabela 13. Das mesmas lesões, 1 delas estava presente em pacientes com 18 anos de idade e 5 no grupo etário dos 16-17 anos, sendo que, 8 destas patologias se encontravam em pacientes do 1-15 anos. Assim, neste último grupo, estavam a maioria destas lesões. Tais dados são observados na tabela 14. Não existe diferença

estatisticamente significativa entre o género e o tipo de patologia (p=0.379), nem entre o grupo etário e o tipo de patologias (p=0.650).

**Tabela 12:** Distribuição dos pacientes pelo tipo de lesão oral maxilofacial. (Classificação das lesões orais baseada em: Neville BW., Damm DD., Allen CM., Bouquet JE. Patologia Oral e Maxilfacial. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora; 2009. Exceto a classificação das lesões orais correspondente ao quisto dentífero e ao quisto radicular, que foi baseada em: El-Naggar AK., Chan Jk., Grandis JR., Takata T., Slootweg PJ. WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4 ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer ;2017)

Nº de pacientes (n)	Diagnóstico definitivo de lesões orais e maxilofaciais	
	Mucocelo	Patologia das glândulas salivares
8	Estomatite herpética primária	Infecções virais
1	Língua fissurada	Defeitos de desenvolvimento
1	Língua pilosa	
1	Glossite migratória benigna	Doenças dermatológicas
1	Eritema multiforme	
1	Quisto ósseo simples	Patologia óssea
1	Tatuagem por amálgama	Lesões físicas e químicas
1	Queratose traumática e friccional	
1	Quisto dentífero	Quistos odontogénicos
1	Quisto radicular	
1	Osteite condensante	Patologia pulpar e periapical
1	Hiperplasia fibrosa focal	Tumores dos tecidos moles
1	Dor facial atípica	Dor facial e doenças neuromusculares
1	Sem patologia (Loca da glândula submandibular)	
22	Total	

**Tabela 13:** Distribuição pacientes pelo tipo de lesão maxilofacial e género pela frequência absoluta

Género(n)	Diagnóstico definitivo de lesões orais e maxilofaciais	
	Feminino	Masculino
5	3	2
0	1	0
0	1	0
0	1	0
0	1	0
1	0	1
1	0	1
1	0	1
1	0	1
0	1	0
0	1	0
1	0	1
0	1	0
1	0	1
0	1	0
1	0	1
1	0	1
12	10	2



## V. Discussão

Os pacientes incluídos na amostra estudada frequentaram a consulta da CCMO I e CCMO II da FMDUL, entre setembro de 2012 e fevereiro de 2019 com idade igual ou inferior a 18 anos. Um total de 184 pacientes foi obtido, tendo sido posteriormente excluídos 9. Assim sendo, a amostra deste estudo é de 175 pacientes.

De setembro de 2012 a fevereiro de 2019 foram recebidos cerca de 8000 pacientes na consulta da CCMO I e da CCMO II, sendo que destes, 3% correspondem a pacientes pediátricos. A nível nacional, em 2001, a população portuguesa com idade igual ou inferior a 18 anos correspondia a 19,1% de toda a população (Fonte: INE, IP. Censos da População de 1960, 1970, 1981, 1991, 2001, 2011).

A Clínica Pré-graduada da FMDUL é uma referência tanto a nível da cidade de Lisboa como a nível nacional, prestando cuidados de saúde a muitos e variados pacientes. No entanto, o número de pacientes pediátricos que se dirigiu à CCMO I e CCMO II da FMDUL entre setembro de 2012 e fevereiro de 2019 formam uma amostra pequena, sendo importante realçar que estas são clínicas não pediátricas. Assim sendo, os resultados deste estudo devem ser interpretados de forma cuidadosa, visto a amostra estudada poder não ser representativa da população pediátrica portuguesa.

No presente estudo, a maioria dos pacientes são do género feminino, correspondendo a 61,1% da amostra. No entanto, a maioria dos artigos analisados refere ter em maior número pacientes do género masculino (1-2, 5-6, 14, 19-20, 25, 29-36). Dois dos artigos apresentam igual percentagem de pacientes de cada género. (17,18) Em relação aos artigos que analisaram amostras de países em desenvolvimento, tal dado pode estar relacionado com o facto das mulheres não terem a mesma facilidade de acesso aos cuidados de saúde.

Todos os pacientes do presente estudo foram divididos de acordo com a idade, em 3 grupos etários com percentil 33, o que permitiu dividir a amostra da forma mais equilibrada possível, relativamente à quantidade da mesma. A divisão em grupos etários foi feita da seguinte forma: 1-15 anos de idade, 16-17 anos de idade e 18 anos de idade. A divisão foi realizada desta forma visto a amostra neste estudo ser muito pequena e haver a possibilidade de grande disparidade entre grupos, no que diz respeito à quantidade de pacientes por cada um dos mesmos. Além disso, nenhuma classificação encontrada correspondia ao intervalo de idades pretendido neste

estudo. Desta maneira, a prevalência por cada grupo etário não é relevante para posterior comparação com outros artigos.

A distribuição do gênero nos três grupos etários não apresenta diferença estatisticamente significativa neste estudo, tal como acontece no artigo de Silva *e col.*, 2017. (24)

Todos os tipos de dentes decíduos foram extraídos em maior número em pacientes do gênero feminino. Em relação à extração dos dentes permanentes, o mesmo acontece, exceto para os caninos e pré-molares. Assim sendo, neste estudo, dos 146 dentes extraídos, a maioria corresponde a pacientes do gênero feminino, tal como Odai *e col.*, (37) Aida *e col.*, (6) e Da'ameh *e col.*, (1) concluíram. Já dois dos artigos analisados (2,5) referem o gênero masculino como o gênero em que se extraiu maior número de dentes.

Neste estudo, o maior montante de dentes decíduos foi extraído dos 1-15 anos de idade e mais dentes permanentes extraídos dos 16-17. Foi no grupo dos 16-17 anos onde ocorreu o maior número de extrações. Tais resultados não estão de acordo com os artigos de Folayan *e col.*, 2015 (2) e Ashiwaju *e col.*, 2011 (5) visto que, em ambos a maioria das extrações dentárias ocorreram durante o período de dentição mista, respetivamente dos 6-12 anos e dos 7-10 anos de idade. Já a pesquisa de Odai *e col.*, 2010 (37) revelou maior percentagem dos 13-16 anos e a de Aida *e col.*, 2006 (6) dos 15-24, em ambas as situações correspondendo ao grupo etário com idade mais avançada dos respetivos estudos. O resultado obtido no presente estudo pode ser justificado pelo facto dos jovens nesta idade terem menos cuidados com a sua higiene oral, não lhe reconhecendo a devida importância.

Do total de dentes removidos, 90% são permanentes. Em três estudos (2,5,37) acontece o contrário, sendo os dentes decíduos, os dentes mais extraídos, com percentagem de 79,8%, 82,6% e 66,1%, respetivamente. Estes últimos artigos, correspondem a países em desenvolvimento, nomeadamente a Nigéria, onde os pais acreditam que a dentição temporária não tem qualquer utilidade, não havendo desta maneira, qualquer consequência quando os dentes são extraídos e não restaurados. Relativamente ao corrente estudo, os dentes permanentes correspondem à maioria das exodontias, o que pode estar relacionado com o facto da maior parte da amostra pertencer ao grupo etário com as idades mais avançadas, em que os pacientes já possuem dentição definitiva. Além disso, a CCMO I e II são clínicas não pediátrica, como já referido anteriormente.

O segundo molar decíduo foi o dente decíduo mais extraído, tal como afirma os estudos de Ashiwaju *e col.*, 2011 (5) e de Odai *e col.*, 2010. (37) Este último referindo os molares como os dentes decíduos mais frequentes. Já o artigo de Da'ameh *e col.*, 2014 (1) refere os incisivos decíduos como os dentes mais frequentemente extraídos. Em relação aos dentes permanente, o primeiro e o terceiro molares foram os dentes mais extraídos. Dois dos artigos (2,5) analisados reportam o primeiro molar, como o dente permanente mais extraído. O estudo de Odai *e col.*, 2010 (37) refere os molares como os dentes definitivos mais vezes removidos. A maioria das extrações corresponde aos segundos molares decíduos e aos primeiros e terceiros molares permanentes, o que pode estar relacionado com a maior dificuldade de acesso para a escovagem. Em relação aos primeiros molares permanentes, estes são os primeiros dentes definitivos a erupcionar, juntamente com os incisivos centrais inferiores, o que aliado à deficiente escovagem faz com que sejam o segundo dente permanente mais extraído. Já em relação aos últimos molares permanentes, pode também estar relacionado com o facto de muitas vezes terem de ser extraídos por não haver espaço na arcada ou pela relação inadequada com o segundo molar.

Relativamente ao motivo das exodontias, a lesão de cárie e suas sequelas, como os abscessos e fístulas, são o principal motivo de extração. Isto tendo em conta que, o motivo “outros” agrega várias condições que levaram à extração. No presente estudo, 25,7% das extrações dentárias tiveram como etiologia a lesão de cárie. Em todos os artigos o mesmo se comprova, com exceção do artigo de Aida *e col.*, 2006 (6) em que o principal motivo de exodontia dos 5-14 anos de idade foram motivos ortodôntico (80,8%). Nos artigos de Folayan *e col.*, 2015 (2) e de Al-Shammari *e col.*, 2006 (4) o segundo principal motivo são os motivos ortodônticos, enquanto que em relação ao artigo de Ashiwaju *e col.*, 2011 (5) e de Odai *e col.*, 2010 (37) o mesmo não acontece. Sendo no primeiro, os dentes decíduos retidos e no segundo, o trauma. No presente estudo os motivos ortodônticos correspondem a 19,5% dos pacientes do estudo, enquanto que os dentes decíduos retidos estão incluídos no grupo de “perturbações na erupção dentaria”, que foi o motivo de extração em 9% dos pacientes. Exodontia por trauma não está presente neste estudo.

Uma possível hipótese para que as lesões de cárie sejam a maior causa de extração, poderá estar relacionada com o facto de os pacientes esperarem demasiado tempo até se dirigirem a um Médico Dentista. Nos países em desenvolvimento, os preços dos tratamentos dentários e a falta de conhecimento relativamente a outras opções de tratamento podem ser os principais fatores.

No que diz respeito à consulta de MO, o mucocelo foi a lesão mais comumente diagnosticada, correspondendo a 36,8%. A maioria dos artigos analisados (13-15,17-18,21-22,24,26,31-33,39) estão de acordo com este dado. Noutros, as lesões mais frequentemente encontradas são, a candidíase, o quisto dentígero, as úlceras orais recorrentes, o quisto radicular, o granuloma periapical e o granuloma das células gigantes (19,20,24,30,34-36). Nos artigos de Yilmaz *e col.*, 2011 (30) e de Lawoyin *e col.*, 2000 (19) o mucocelo não foi diagnosticado em nenhum paciente.

No presente estudo, relativamente à distribuição das lesões pelo género, 63,2% das lesões encontram-se em pacientes do género feminino, apesar de não existir diferença estatisticamente significativa entre o género e o tipo de patologia, tal como acontece no artigo de Yilmaz *e col.*, 2011 (30) e de Lapthanasupkul *e col.*, 2015. (20) Ao contrário do artigo de Kleinman *e col.*, 1994 (34), que conclui haver diferença estatisticamente significativas entre género e patologia. A maior quantidade de lesões em pacientes do género feminino pode estar relacionada com o facto de a maioria dos pacientes do presente estudo pertencerem a esse mesmo género.

No presentes estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o tipo de patologia, ao contrário do que foi observado nos artigos de Lapthanasupkul *e col.*, 2015 (20) e de Silva *e col.*, 2017. (24) É do 1-15 anos de idade que é observada a prevalência mais elevada de lesões. Esta informação está de acordo com a literatura (20-21,24,31-33,35-36), visto que, em vários artigos o grupo etário com maior prevalência de lesões orais se encontra presente neste intervalo de idades. Pelo contrário, variados estudos (13-15,18-19,26,34,38) reportam ter maior prevalência em grupos que incluem pacientes até aos 16, 17, 19 ou 20 anos de idade ou dos 2 aos 12 meses. A presença de lesões orais em idades mais jovens pode estar relacionada com o facto de corresponder à fase em que ocorre maior crescimento e desenvolvimento das crianças e assim, a possibilidade de maior ocorrência de lesões. Podendo também estar relacionado com o facto das lesões serem maioritariamente benignas ou reativas nestas idades.

62,5% dos mucocelos encontravam-se presentes em pacientes do género feminino e 37,5% em jovens dos 1-15 e dos 16-17 anos de idade. Na maioria dos artigos, esta lesão está presente tanto em idades mais jovens, como mais avançadas, podendo ir dos 6 aos 20 anos de idade. (13,15,18,22,32-33,36,38) Nos artigos em que a relação com o género é feita, a maioria dos mucocelos estão presentes em pacientes do género feminino, tal como acontece no presente estudo.

Os mucocelo nas crianças não são raros e são provavelmente induzidos por trauma mecânico local, principalmente pela mordedura do lábio. O trauma comum em jovens poderá estar relacionado com os acidentes em ambiente escolar, esperados nesta faixa etária e também devido à prática de atividades desportivas. No entanto, os artigos de Nico *e col.*, 2008 (27), Ataíde *e col.*, 2016 (38) e de Martins-Filho *e col.*, 2015 (39) referem que, a maioria dos seus pacientes diagnosticados com mucocelo não reconhecem qualquer episódio de trauma.

Para todos os casos do presente estudo, o diagnóstico definitivo de mucocelo foi possível após a realização de biópsia excisional e posterior exame anatomopatológico, tal como referido pelo estudo de Nico *e col.*, 2008. (27)

É importante salientar que, nos resultados do corrente estudo, os diagnósticos considerados provisórios não foram incluídos. Apenas as lesões diagnosticadas de forma definitiva através de observação clínica e de EAD, se assim fosse necessário, foram tidas em conta.

Os estudos epidemiológicos existentes têm demonstrado uma grande variação na prevalência das lesões orais nos pacientes pediátricos em diferentes países, incluindo diferenças relativas à idade e género. (16,18,19) Isto deve-se à falta de uniformidade em relação à divisão dos grupos etários, à duração do estudo, às localizações examinadas, à classificação das patologias utilizada e às diferentes localizações geográficas e condições socio-económicas de cada população. Isto faz com que as comparações diretas sejam difíceis de realizar e com que surjam más interpretações dos resultados obtidos.

Relativamente ao tipo de consulta das CCMO I e CCMO II da FMDUL, a maior parte dos pacientes frequentou a consulta de CO, sendo que nesta, o principal procedimento realizado foi a extração dentária. Sendo este o principal procedimento realizado no presente estudo. O segundo procedimento mais realizado foi o encaminhamento multidisciplinar.

As limitações deste estudo são: o baixo número de pacientes pertencentes à amostra estudada, devido ao facto de existir uma Clínica de pré-graduação e de pós-graduação de Odontopediatria na FMDUL; a forma como foi feita a divisão da amostra por grupos etários, no entanto desta maneira, foi possível uma divisão mais homogénea dos pacientes por grupos; e por fim, a análise estatística relativa aos tipos de dente extraídos não ter sido realizada visto haver um baixo número de extrações por dente

## **VI. Conclusões**

O presente estudo abrange um período de cerca de 7 anos e uma seleção de 175 casos de pacientes pediátricos, uma população pouco estudada, apresentando-se como um importante contributo para o conhecimento na área de Medicina Dentária.

Neste estudo, não se verifica qualquer tipo de relação estatisticamente significativa, no entanto é possível aferir que os pacientes pediátricos que se dirigiram à CCMO I e II nas datas estabelecidas eram maioritariamente do género feminino, presentes em igual número dos 1-15 anos e dos 16-17 anos de idade. Os pacientes do género feminino e com idade entre os 16 e 17 anos apresentam maior número de dentes extraídos. Relativamente à presença de lesões orais e maxilofaciais, o grupo mais afetado tem entre os 1-15 anos de idade. A consulta de CO foi a que recebeu maior número de pacientes, sendo o procedimento mais comum a extração dentária, esta por lesão de cárie ou sequelas da mesma. O segundo molar foi o dente decíduo extraído em maior número, enquanto que o terceiro molar o dente permanente mais comumente removido. Na consulta de MO, foram diagnosticadas 20 lesões, sendo a mais comum o mucocelo.

Relativamente aos estudos epidemiológicos, é necessário haver uma uniformização relativamente às faixas etárias analisadas e à sua divisão, ao período de duração de estudo, aos níveis socio-económicos dos pacientes, às classificações das lesões orais e maxilofaciais utilizadas. Desta maneira, será mais fácil a comunicação e análise dos dados epidemiológicos, fundamental para a evolução no tratamento dos doentes, como vem sendo o objetivo da Medicina Dentária.

## VII. Referências Bibliográficas

- 1: Da'ameh D. Reasons for permanente tooth extraction in the North of Afeganistan. *Journal of Dentistry*. 2014 Sep; 34: 48-51.
- 2: Folayan MO., Otuyemi OD., Esan TA., Adeleke AA., Adedigba MA., Pattern of Dental Extraction in Children in a Nigerian Tertiary Hospital. *The jornal of contemporary dental practice*. 2015 May; 8(2).
- 3: Caldas AF., Mercenes W., Shiham A. Reasons for tooth extraction in a Brazilian population. *International Dental Journal*. 2000; 50(5): 267-273.
- 4: Al-Shammari KF., Al-Ansari JM., Al-Melh MA., Al-Khabbaz MA. Reasons for Tooth Extraction in Kuwait. *Med Princ Pract*. 2006 Mar; 15:417–422.
- 5: Ashiwaju MO., Folayan MO., Sote EO., Isikwe MC. Pattern of Tooth Extraction in Children Attending Tertiary Health Care Centers In Nigeria: A Prospective Study. *J Clin Pediatr Dent*. 2011 Jan; 36(1): 107–110.
- 6: Aida J., Ando Y., Akhter R., Aoyama H., Masui M., Morita M. Reasons for Permanent Tooth Extractions in Japan. *Journal of Epidemiology*. 2006 Sep; 16(5).
- 7: Sanya BO., Ng'ang'a PM., Ng'ang' RN. Causes and pattern of missing permanente teeth among kenyans. *East African Medical Journal*. 2004 Jun; 81(6).
- 8: Richards W., Ameen j., Coll AM., Higgs G. Reasons for tooth extraction in four general dental practices in South Wales. *British Dental Journal*. 2016 Dec;198(5): 275-278.
- 9: Júnior RM., Gueiros LA., Silva IH., Carvalho AA., Leão JC. Labial frenectomy with Nd:YAG laser and conventional surgery: a comparative study. *Lasers Med Sci*. 2013 Oct; 30(2):851-6.
- 10: Pié-Sánchez J., España-Tost AJ., Arnabat-Domínguez J., Gay-Escoda C. Comparative study of upper lip frenectomy with the CO2 laser versus the Er, Cr:YSGG laser. *Journal section: Oral Surgery*. 2012 Mar; 17 (2):228-32.

- 11: Komori S., Matsumoto K., Matsuo K., Suzuki H., Komori T. Clinical Study of Laser Treatment for Frenectomy of Pediatric Patient. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2017 Sep; 10(3):272-277.
- 12: Haytac MC., Ozcelik O. Evaluation of Patient Perceptions After Frenectomy Operations: A Comparison of Carbon Dioxide Laser and Scalpel Techniques. *J Periodontol*. 2006 Nov; 77(11): 1815-1819.
- 13: Prosdócimo ML., Agostini M., Romañach MJ., Andrade BA. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in a pediatric population from Rio de Janeiro–Brazil over a 75-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal: Oral Medicine and Pathology*. 2018 Sep; 23(5): 511-517.
- 14: Jones AV., Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2006; 16: 19–30.
- 15: Pessôa CP., Alves TD., dos Santos NC., dos Santos HL., Azevedo AC., dos Santos JN., Oliveira MC. Epidemiological survey of lesions in children and adolescents in a Brazilian population. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2015 Aug; 79: 1865-1871.
- 16: Wu CW., Kao YH., Chen CM., Hsu HJ., Chen CM., Huang IY. Mucoceles of the oral cavity in pediatric patients. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2011 Apr; 27: 276-279.
- 17: Sklavounou-Andrikopoulou A, Piperi E., Papanikolaou V., Karakoulakis I. Oral soft tissue lesions in Greek children and adolescents: a retrospective analysis over a 32-year period. *J Clin Pediatr Dent*. 2005; 29(2):175-8.
- 18: Das S., Das AK. A review of pediatric oral biopsies from a surgical pathology service in a dental school. *Pediatric Dentistry*. 1993 May/Jun; 15 (3): 208-211.
- 19: Lawoyin J. Paediatric oral surgical pathology servisse in na african population group: a 10 years review. *Odonto-Stomatologie Tropicale*. 2000; 89: 27-30.
- 20: Lapthanasupkul P., Juengsomjit R., Klanrit P., Taweechaisupapong S., Poomsawat S. Oral and Maxillofacial Lesions in a Thai Pediatric Population: A Retrospective Review from Two Dental Schools. *J Med Assoc Thai*. 2015; 98 (3): 291-297.

- 21: Lima GS., Fontes ST., Araújo LM., Etges A., Tarquinio SB., Gomes AP. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children. A single-center retrospective study of 20 years in pelotas- Brazil. *J Appl Oral Sci.* 2008 Jun; 16(6):397-402.
- 22: Wang YL., Chang HH., Chang JY., Huang GF., Guo MK. Retrospective Survey of Biopsied Oral Lesions in Pediatric Patients. *J Formos Med Assoc.* 2009 May; 108 (11): 862-871.
- 23: Brierley DJ., Chee CK., Speigh PM., A review of paediatric oral and maxillofacial pathology. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2013; 23: 319–32.
- 24: Silva LV., Arruda JA., Martelli SJ., KATO CN. A multicenter study of biopsied oral and maxillofacial lesions in a Brazilian pediatric population. *Braz. Oral Res.* 2017 Jul; 32(20).
- 25: Ha WN., Kelloway E., Dost F., Fara CS. A retrospective analysis of oral and Maxillofacial pathology in an Australian paediatric population. *Australian Dental Journal.* 2014; 59:221-225.
- 26: Skinner RL., Davenport, Jr WD., Weir JC., Carr RF. A survey of biopsied oral lesions in pediatric dental patients. *The American Academy of Pediatric Dentistry.* 1986 Jun; 8(2):163-167.
- 27: Nico MM., Park JH., Lourenço SV. Mucocele in Pediatric Patients: Analysis of 36 Children. *Pediatric Dermatology.* 2008; 25 (3): 308–311.
- 28: Neville BW., Damm DD., Allen CM., Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora; 2009.
- 29: McCaul LK., Jenkins WMM., Kay EJ. The reasons for the extraction of various tooth types in Scotland: a 15-year follow-up. *Journal of Dentistry.* 2011 May; 29: 401-407.
- 30: Yilmaz AE., Gorpelioglu C., Sarifakioglu E., Dogan DG., Bilici M., Celik N. Prevalence of oral mucosal lesions from birth to two years. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2011 Jul-Sep; 14 (3): 349-353.
- 31: Sousa FB., Etges A., Corrêa L., Mesquita RA., de Araújo NS. Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 2002; 26(4):413-418.

- 32: Lei F., Chen JY., Lin LM., Wang WC., Huang HC., Chen CH., Ho KY., Chen YK. Retrospective study of oral and maxillofacial biopsy lesions in a pediatric population from southern Taiwan. *Journal of Dental Sciences*. Feb 2013; 9: 351-358.
- 33: Chen YK., Lin LM., Huang HC., Lin CC., Yah YH. A retrospective study of oral and maxillofacial biopsy lesions in a pediatric population from southern Taiwan. *American Academy of Pediatric Dentistry*. 1998; 20(7):404-410.
- 34: Kleinman DV., Swango PA., Plndborg JJ. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Delli Oral Epidemiol* 1994; 22: 243-53.
- 35: Keszler A., Guglielmotti M.B., Domínguez F.V. Oral pathology in children frequency, distribution, and clinical significance. *Acta Odont. latinoamer*. Feb 1990; 5(1): 39-48.
- 36: Gultelkin SE., Tokman B., Turkseven MR. A review of paediatric oral biopsies in Turkey. *International Dental Journal*. 2003; 53(1): 26-32.
- 37: Odai ED., Azodo CC. Reasons for exodontia in rural Nigerian children. *Tropical dental jornal*. 2010 Dec; 33 (132): 19-24.
- 38: Ataíde AP., Fonseca FP., Silva AR., Júnior JJ., Lopes MA., Vargas PA. Distribution of oral and maxillofacial lesions in pediatric patients from a Brazilian southeastern population. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Sep 2016; 90: 241-244.
- 39: Martins-Filho PR., Santos TS., Piva MR., da Silva HF., A Multicenter Retrospective Cohort Study on Pediatric Oral Lesions. *Journal of Dentistry for Children*. 2015; 82(2): 84-90.

## VIII. Apêndices e Anexos

### 1. Anexo 1

**Tabela 15:** Estudos de Cirurgia Oral em pacientes pediátricos.

	Ano	País	Idade	Nº de pacientes
Presente estudo	2019	Portugal	0-18	175
McCaul <i>e col.</i> ,	2001	Escócia		1730
Da'ameh <i>e col.</i> ,	2004	Afeganistão	0-62	184
Folayan <i>e col.</i> ,	2005	Nigéria	0-16	379
Aida <i>e col.</i> ,	2006	Japão	0-96	7499
Al-Shammari <i>e col.</i> ,	2006	Kuwait	0-83	1604
Odai <i>e col.</i> ,	2010	Nigéria	0-16	756
Ashiwaju <i>e col.</i> ,	2011	Nigéria	0-15	235

**Tabela 16:** Estudos de Medicina Oral em pacientes pediátricos.

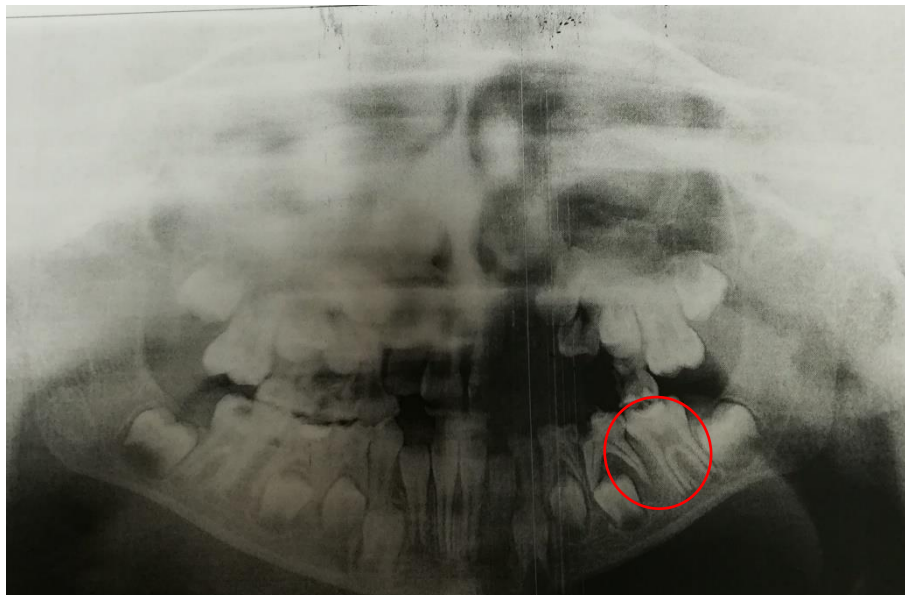
	Ano	País	Idade	Nº de pacientes
Presente estudo	2019	Portugal	0-18	175
Skinner <i>e col.</i> ,	1986	EUA	0-19	1525
Keszler <i>e col.</i> ,	1990	Argentina	0-15	1289
Das <i>e col.</i> ,	1993	EUA	0-20	2370
Kleinman <i>e col.</i> ,	1994	EUA	0-17	39206
Chen <i>e col.</i> ,	1998	Taiwan	0-15	534
Lawoyin <i>e col.</i> ,	2000	Nigéria	0-16	561
Sklavounou-Andrikopoulou <i>e col.</i> ,	2002	Grécia	0-18	1040
Sousa <i>e col.</i> ,	2002	Brasil	0-14	2356
Gultelkin <i>e col.</i> ,	2003	Turquia	0-15	472
Jones <i>e col.</i> ,	2006	Reino Unido	0-16	4406
Lima <i>e col.</i> ,	2008	Brasil	0-14	625
Nico <i>e col.</i> ,	2008	Brasil	0-15	36
Wang <i>e col.</i> ,	2009	Taiwan	0-14	797
Wu <i>e col.</i> ,	2010	Taiwan	0-18	70
Yilmaz <i>e col.</i> ,	2011	Turquia	0-2	299
Lei <i>e col.</i> ,	2013	Taiwan	0-15	1023
Ha <i>e col.</i> ,	2014	Austrália	0-16	1439
Pessôa <i>e col.</i> ,	2015	Brasil	0-19	360
Laphanasupkul <i>e col.</i> ,	2015	Tailândia	0-15	1389
Martins-Filho <i>e col.</i> ,	2015	Brasil	0-18	564
Ataide <i>e col.</i> ,	2016	Brasil	0-16	2539
Prosdócimo <i>e col.</i> ,	2018	Brasil		2408
Silva <i>e col.</i> ,	2018	Brasil	0-12	1706

**Tabela 17:** Distribuição das lesões orais e maxilofaciais do presente estudo na literatura (n).

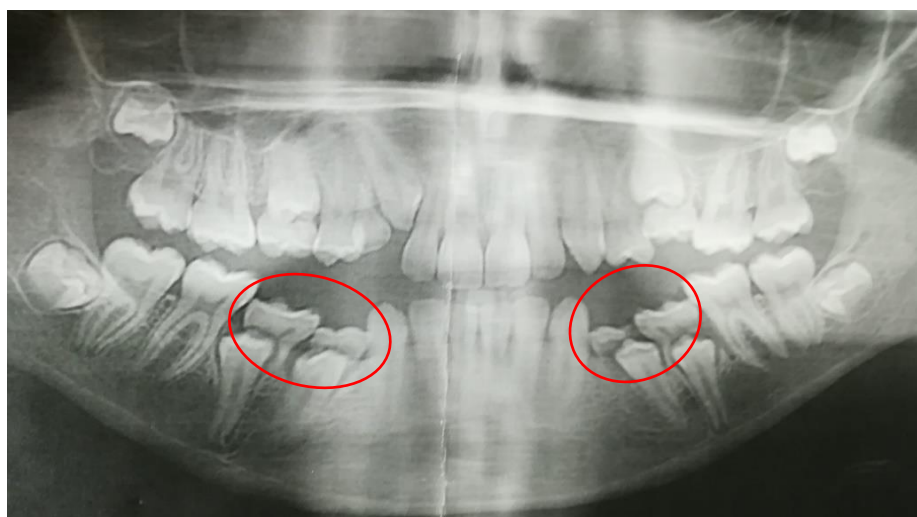
Lesões orais	Artigos																					
	Presente estudo (2019)	Skinner <i>e col.</i> , 1986	Keszler <i>e col.</i> , 1990	Das <i>e col.</i> , 1993	Kleinman <i>e col.</i> , 1994	Chen <i>e col.</i> , 1998	Lawoyin <i>e col.</i> , 2000	Sousa <i>e col.</i> , 2002	Gultekin <i>e col.</i> , 2003	Sklavounou-Andrikopoulou <i>e col.</i> , (2005)	Jones <i>e col.</i> , 2006	Lima <i>e col.</i> , 2008	Wang <i>e col.</i> , 2009	Yilmaz <i>e col.</i> , 2011	Lei <i>e col.</i> , 2013	Ha <i>e col.</i> , 2014	Martins-Filho <i>e col.</i> , 2015	Laphanasupkul <i>e col.</i> , 2015	Pessoa <i>e col.</i> , 2015	Ataide <i>e col.</i> , 2016	Silva <i>e col.</i> , 2017	Prosdócimos <i>col.</i> , 2018
Nº total de lesões	20	1525	1289	2370	1649	518	525	2356	472	1040	4406	625	797	65	1023	1439	564	1389	268	2539	1706	2408
Mucocelo	7	332	76	274	17	144	-	317	28	305	735	108	195	-	233	65	138	228	51	922	565	585
Estomatite herpética primária	1	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-
Língua fissurada	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Língua pilosa	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Glossite migratória benigna	1	-	-	-	235	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritema multiforme	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Quisto dentífero	1	129	68	122	-	50	42	154	15	-	157	54	84	-	83	123	32	233	13	128	148	156
Quisto radicular	1	75	148	194	-	24	68	1	23	-	238	43	38	-	64	68	17	69	12	-	-	88
Quisto ósseo simples	1	14	14	10	-	3	6	-	-	-	19	3	2	-	-	4	6	3	2	-	-	19
Tatuagem por amálgama	1	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Queratose traumática e friccional	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Osteíte condensante	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hiperplasia fibrosa focal	1	-	-	-	-	16	-	29	4	97	-	14	-	1	36	-	9	-	20	-	-	-
Dor orofacial atípica	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-

## 2. Anexo 2

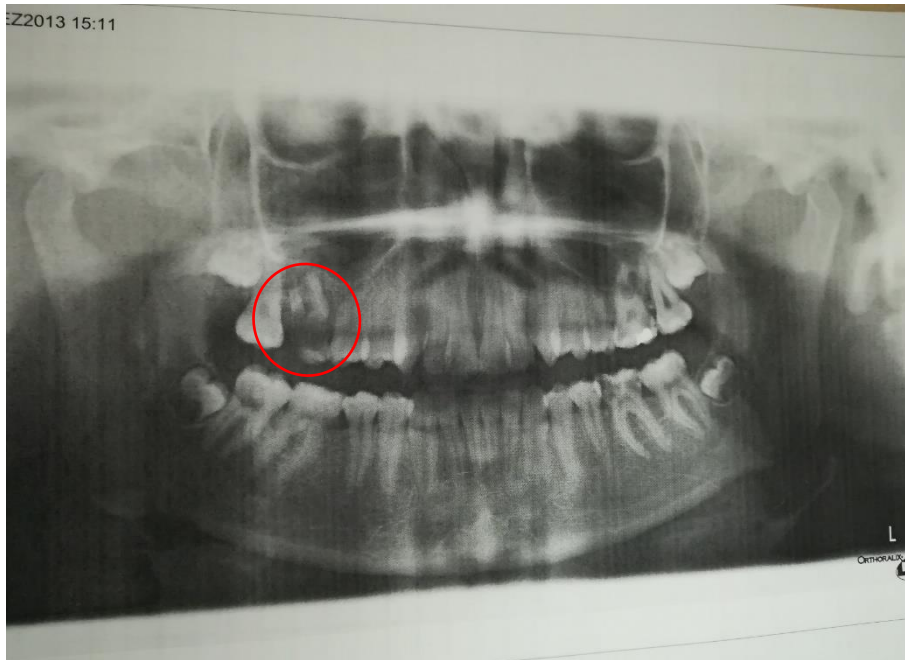
### 2.1. Radiografias panorâmicas



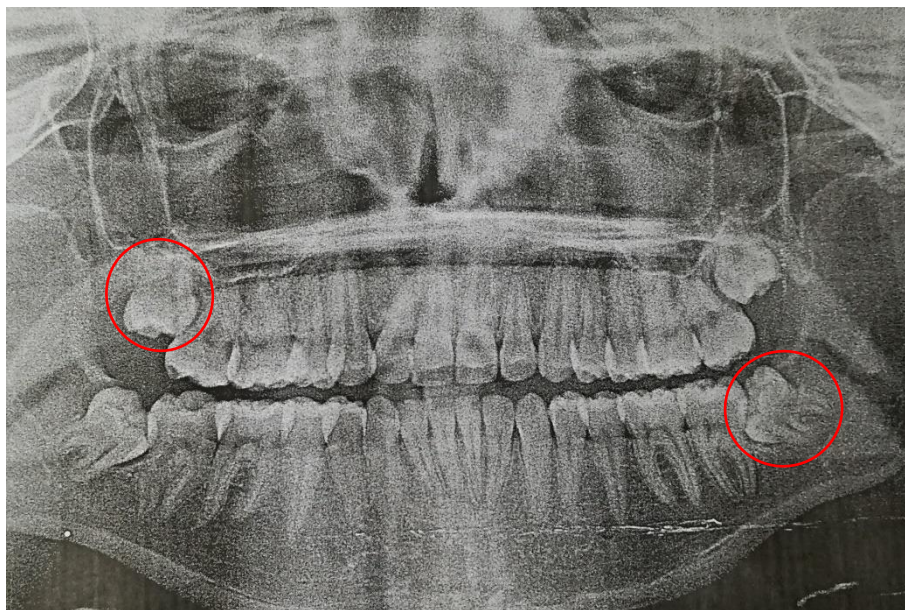
**Figura 1:** Radiografia panorâmica realizada anteriormente à extração do dente 75.



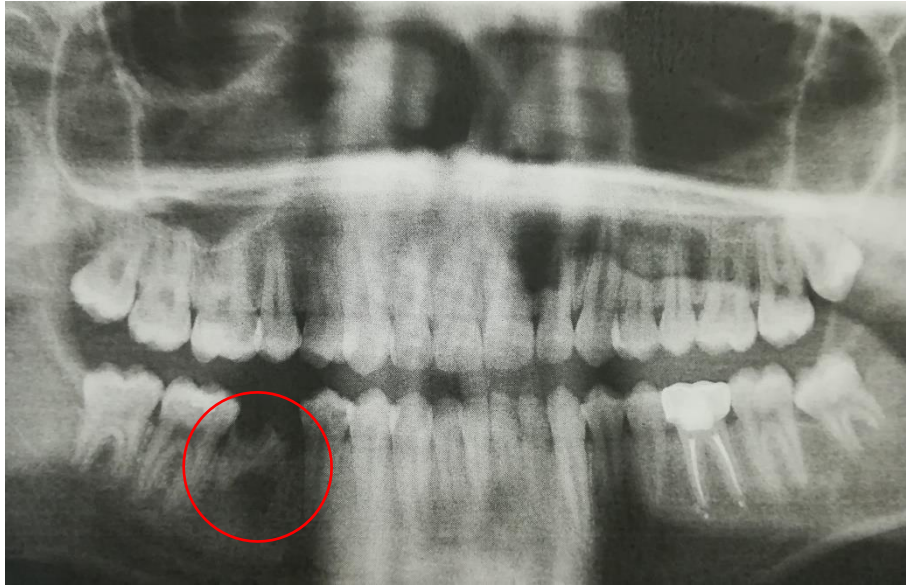
**Figura 2:** Radiografia panorâmica onde se pode observar molares decíduos inferiores anquilosados.



**Figura 3:** Radiografia panorâmica realizada anteriormente à extração do dente 16.



**Figura 4:** Radiografia panorâmica realizada anteriormente à extração dos dentes 18 e 38.



**Figura 5:** Radiografia panorâmica onde se observa uma lesão correspondente a um quisto radicular ao nível do resto radicular do dente 46.



**Figura 6:** Radiografia panorâmica onde se observa uma lesão correspondente a um quisto ósseo simples ao nível do ramo ascendente da mandíbula do lado esquerdo.



**Figura 7:** Radiografia panorâmica onde se observa uma lesão correspondente a uma osteíte condensante ao nível do ápex da raiz distal do dente 36.



**Figura 8:** Radiografia panorâmica onde se pode observar a loca da glândula submandibular direita

## 2.2. Radiografias bite-wings



**Figura 9:** Radiografia bite-wing do 2º e 3º quadrantes onde se pode observar um resto radicular do dente 75.

## 2.3. Radiografias periapicais



**Figura 10:** Radiografia periapical onde se observa uma lesão de osteíte condensante ao nível do ápex da raiz distal do dente 36



**Figura 11:** Radiografia periapical ao dente 27 e 28 onde se pode observar um dente supranumerário entre estes dois dentes.

#### 2.4. Fotografias intra-orais



**Figura 12:** Fotografia intra-oral de um mucocelo no lábio inferior.