

Artigo Original de Pesquisa

Original Research Article

Índice de acerto da hipótese do diagnóstico clínico e diagnóstico anatomopatológico: experiência do serviço de cirurgia bucomaxilofacial de um hospital oncológico

Correctness index of the clinical diagnosis hypothesis and anatomopathological diagnosis: experience of the oral and maxillofacial surgery service of an oncologic hospital

Luis Gustavo Schlickmann de Souza¹
Roberta Targa Stramandinoli-Zanicotti¹
Juliana Lucena Schussel^{1,2}
Laurindo Moacir Sassi¹

Autor para correspondência:

Luis Gustavo Schlickmann de Souza
Hospital Erasto Gaertner
Rua Dr. Ovande do Amaral, n. 201 – Jardim das Américas
CEP 81520-060 – Curitiba – PR – Brasil
E-mail: luisgustavosch@hotmail.com

¹ Hospital Erasto Gaertner, Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial – Curitiba – PR – Brasil.

² Universidade Federal do Paraná – Curitiba – PR – Brasil.

Data de recebimento: 8 fev. 2022. Data de aceite: 18 fev. 2022.

Palavras-chave:
biópsia; patologia
bucal; diagnóstico
bucal.

Resumo

Introdução: Nos primórdios da Odontologia a cavidade bucal era considerada apenas um local onde havia dentes, alterações periodontais e cáries. Com a evolução dos estudos na área, começou-se a dar mais importância à região, observando diversos processos patológicos. O diagnóstico correto das mais variadas lesões que acometem o sistema estomatognático é essencial, e o conhecimento da frequência relativa ou prevalência dessas lesões na população constitui uma ferramenta importante para o diagnóstico clínico. **Material e métodos:**

Foi realizado um levantamento epidemiológico com abordagem qualitativa, retrospectiva, por meio da análise dos prontuários médico-hospitalares eletrônicos de todos os pacientes que realizaram biópsias no ambulatório do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial de um hospital oncológico no período de dois anos, buscando o índice de acerto da hipótese clínica com o diagnóstico definitivo da análise anatomopatológica. **Resultados:** O índice de acerto da hipótese do diagnóstico clínico e diagnóstico anatomopatológico foi de 76,9%. Carcinoma espinocelular foi o diagnóstico anatomopatológico mais frequente, com 112 casos (12,9%). O grupo de lesões biopsiadas com menor porcentagem de erro foi o das lesões ósseas, com 5,37%, e o com maior porcentagem de erro foi o de outras lesões orais em tecido mole, com 49,01%. **Conclusão:** Conclui-se que uma correta formulação da hipótese diagnóstica, além de auxiliar o patologista no correto diagnóstico, é fundamental para que se tenha um melhor seguimento do caso e plano de tratamento, uma vez que uma lesão de aspecto maligno exige medidas mais urgentes que uma lesão de caráter benigno.

Keywords:

biopsy; oral pathology;
oral diagnosis.

Abstract

Introduction: In the early days of dentistry, the oral cavity was considered only a place where there were teeth, periodontal changes and caries. With the evolution of studies in the area, more importance started to be given to the region observing several pathological processes. The correct diagnosis of the most varied lesions that affect the stomatognathic system is essential, and knowledge of the relative frequency or prevalence of these lesions in the population is an important tool for clinical diagnosis. **Material and methods:** An epidemiological survey was carried out with a qualitative, retrospective approach, through the analysis of the electronic medical-hospital records of all patients who underwent biopsies at the Oral and Maxillofacial Surgery Service outpatient clinic of an Oncology Hospital over a two-year period, seeking the rate of accuracy of the clinical hypothesis with the definitive diagnosis of the anatomopathological analysis. **Results:** The rate of accuracy of the clinical hypothesis and anatomopathological diagnosis was 76.9%. Squamous cell carcinoma was the most frequent histopathological diagnosis with 112 cases (12.9%). The group of biopsied lesions with the lowest percentage of error was the group of bone lesions with 5.37% and the group with the highest percentage of error was other oral lesions in soft tissue with 49.01%. **Conclusion:** We conclude that a correct formulation of the diagnostic hypothesis, besides helping the pathologist in the correct diagnosis, is fundamental for a better follow-up of the case and treatment plan, since a malignant lesion requires more urgent measures than a benign lesion.

Introdução

Nos primórdios da Odontologia a cavidade bucal era considerada apenas um local onde havia dentes, problemas gengivais e cáries. Com a evolução dos estudos na área, começou-se a dar mais importância à região [3], observando que diversos processos patológicos, como doenças infecciosas, inflamatórias, imunológicas, alérgicas, sistêmicas e traumáticas, acometem frequentemente a cavidade bucal [1].

O correto diagnóstico das lesões bucais instrui a eficácia na terapêutica adotada diante das lesões e o diagnóstico precoce do câncer bucal [9], e o conhecimento da frequência relativa ou prevalência dessas lesões na população constitui uma ferramenta importante para o diagnóstico clínico [2].

Após a anamnese, o profissional deve realizar um minucioso exame físico dos tecidos alterados, formando o que se chama de hipóteses diagnósticas ou diagnóstico clínico. Na maioria das lesões que acometem a boca os dados obtidos durante a anamnese e o exame físico são insuficientes para o estabelecimento do diagnóstico definitivo, havendo assim a necessidade de exames complementares [10], tais como os exames radiológicos, hematológicos e o anatomopatológico (histopatológico) [4]. O diagnóstico definitivo será fornecido somente após a biópsia, nos casos em que há essa indicação. Muitas vezes o diagnóstico clínico estabelecido primeiramente se apresenta incorreto, o que dificulta a conduta clínica e o tratamento [7].

Dentre os exames complementares, a biópsia é considerada o padrão ouro para a confirmação do diagnóstico e início do tratamento específico para aquela doença ou condição [14]. A biópsia consiste basicamente na coleta de tecidos alterados de um organismo vivo com a finalidade de diagnóstico definitivo, que é realizado por meio de microscopia de luz, além da análise macroscópica do tecido. A análise anatomopatológica é apontada como o principal recurso laboratorial especializado para o diagnóstico de algumas lesões.

O presente trabalho tem por objetivo principal avaliar o índice de acerto da hipótese do diagnóstico clínico inicial comparado com o anatomopatológico final em um período de dois anos no Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial de um hospital oncológico.

Material e métodos

Foi realizado um levantamento epidemiológico com abordagem qualitativa retrospectiva, por meio da análise dos prontuários médico-hospitalares eletrônicos de todos os pacientes que realizaram biópsias no ambulatório do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial de um hospital oncológico no período de 1.º/1/2018 a 31/12/2019. Levantaram-se dados como sexo, idade, raça, procedência, tipo de biópsia (incisional ou excisional), local da lesão, diagnóstico clínico e diagnóstico anatomopatológico.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, em cumprimento à Resolução CNS n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o número CAAE: 57431116.4.0000.0098.

O armazenamento e o tratamento dos dados foram realizados no Microsoft Excel 16.0, para posterior análise estatística pelo programa SPSS 26.0. O índice de acerto da hipótese clínica com o diagnóstico definitivo foi feito por meio de uma escala dicotômica, e os dados foram analisados pelo teste Qui-Quadrado de Pearson, além da estatística descritiva quantitativa dos dados.

Como critério de inclusão, observaram-se prontuários do período de 1.º/1/2018 a 31/12/2019 cujos pacientes realizaram biópsia e que continham dados como sexo, idade, raça, procedência, tipo de biópsia (incisional ou excisional), local da lesão, diagnóstico clínico, diagnóstico anatomopatológico, uma a quatro hipóteses diagnósticas e resultado do exame anatomopatológico.

Excluíram-se da amostra prontuários com dados preenchidos de maneira incompleta, biópsias por punção aspirativa, prontuários que não continham nenhuma hipótese diagnóstica ou continham de maneira não objetiva, que continham mais que quatro hipóteses diagnósticas e resultados inconclusivos do exame anatomopatológico.

Resultados

Número de biópsias, casos incluídos e excluídos e tipo de biópsias

No período de dois anos (2018 e 2019) foram feitos 8.171 atendimentos ambulatoriais, dentre os quais se destacam: primeira consulta, consulta

de retorno, acompanhamento, pós-operatórios e consulta para laserterapia. Desses atendimentos, efetuaram-se 811 biópsias (9,92% dos atendimentos) em ambiente ambulatorial; em 2019 foram realizadas 107 (23,31%) biópsias a mais em relação ao ano anterior. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para o estudo, do total de biópsias, 70 (8,63%) foram excluídas da amostra, totalizando uma amostra total de 741. No tocante ao tipo de biópsia feita, 536 (72,33%) foram incisionais e 205 (27,66%) excisionais.

Gênero, faixa etária e raça

Em relação ao gênero, 370 (49,93%) eram do sexo masculino e 371 (50,06%) do feminino. A média de idade dos pacientes biopsiados foi de 55,39 anos, variando de 8 a 97 anos, sendo a mediana de 57 anos.

A distribuição por faixa etária foi: 12 (1,61%) pacientes possuíam entre 1 e 15 anos de idade, 33 (4,45%) de 16 a 25 anos, 31 (4,18%) de 26 a 35, 149 (20,10%) de 36 a 50 anos, 335 (45,20%) de 51 a 65 anos e 181 (24,42%) mais que 66 anos de idade. Já a raça predominante foi a branca 706 (95,3%) em comparação a 35 (4,7%) não brancos.

Procedência, principais diagnósticos e localização

A maior parte dos pacientes (345 / 46,6%) veio da cidade de Curitiba (PR), seguida da região metropolitana de Curitiba (269 / 36,3%) e de outras cidades do estado do Paraná (127 / 17,1%).

No período de dois anos (2018 e 2019), o diagnóstico definitivo mais frequente foi carcinoma espinocelular (CEC), com 112 (15,1%) casos, seguido de hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), com 63 (8,5%), tecido inflamatório, com 62 (8,4%), fibroma, com 49 (6,6%), papiloma, com 45 (6,1%), e outros diagnósticos, com 409 casos (55,3%), em que se enquadram todos os outros diagnósticos realizados nesse período.

A localização mais frequente foi o osso mandibular (127 / 17,13%), seguido do rebordo gengival (114 / 15,38%), língua (109 / 14,70%), mucosa jugal (92 / 12,41%), lábio inferior (92 / 12,41%), osso maxilar (51 / 6,88%), palato duro (46 / 6,20%), palato mole (44 / 5,93%), assoalho de boca (40 / 5,39%), lábio superior (13 / 1,75%), comissura bucal (8 / 1,07%), pele (3 / 0,40%) e úvula (2 / 0,26%).

Classificação por grupo de lesões

As lesões foram agrupadas em oito grupos: lesões proliferativas não neoplásicas (n=84), tumores malignos (n=128), tumores benignos (n=112), lesões com potencial de malignização (n=88), lesões ósseas (n=93), cistos e tumores odontogênicos (n=52), lesões benignas de glândulas salivares (n=30) e lesões de tecido mole (n=154).

Das lesões proliferativas não neoplásicas, a mais frequente foi a HFI (n=63); as menos frequentes foram as lesões periféricas de células gigantes (LPCG) (n=6).

Já em tumores malignos destacam-se com mais frequência os CECs (n=112), e com menos frequência o linfoma (n=1), carcinoma mucocelular intraósseo (n=1), sarcoma de kaposi (n=1), lipossarcoma (n=1) e sarcoma de alto grau indiferenciado (n=1).

Dos tumores benignos, a lesão mais observada foi o fibroma (n=49), e as menos foram linfangioma (n=1), neuroma (n=1), tumor de células granulares (n=1) e encondroma (n=1).

Entre o grupo de lesões com potencial de malignização, a queilite actínica foi a mais diagnosticada (n=36); já a eritroplasia, a menos diagnosticada (n=1).

Destacam-se entre as lesões ósseas osteorradionecrose (ORN) (n=32) e displasia fibrosa (n=1).

Quanto a cistos e tumores odontogênicos, a maior frequência diagnosticada foi cisto inflamatório radicular (n=29); os menos diagnosticados foram cisto periodontal lateral (n=1), mixoma (n=1) e odontoma (n=1).

No grupo das lesões benignas de glândulas salivares, mucocele (n=12) sobressaiu. Já rânula (n=3) e sialólito (n=3) foram os menos encontrados.

Em relação às lesões de tecido mole, a maior frequência foi de processo inflamatório inespecífico (n=62); as de menor frequência foram pênfigo (n=1), cisto dermoide (n=1), cisto linfoepitelial (n=1), leishmaniose (n=1) e glossite romboide (n=1).

Erros na hipótese diagnóstica

O estudo obteve um total de 171 (23,1%) erros em hipóteses diagnósticas e 570 (76,9%) acertos. As figuras 1 e 2 mostram exemplos de imagens clínicas e radiográficas em que o diagnóstico clínico estava de acordo com o laudo histopatológico; as figuras 3 e 4 demonstram erros na hipótese diagnóstica.

A tabela I refere-se a erro no diagnóstico, porém classificado quanto à hipótese de a lesão ser maligna ou benigna, com destaque para a baixa porcentagem de erros em lesões malignas (1,75%). Já a tabela II evidencia os principais erros diagnósticos classificados por grupos; a tabela III, as principais lesões observadas com suas respectivas porcentagem de erro no diagnóstico prévio ao exame anatomopatológico.



Figura 1 - Lesão de carcinoma espinocelular que apresentou acerto na hipótese diagnóstica



Figura 2 - Acerto na hipótese diagnóstica - ceratocisto odontogênico



Figura 3 - Erro na hipótese diagnóstica - cisto linfoepitelial



Figura 4 - Erro na hipótese diagnóstica - carcinoma mucoepidermoide intraósseo

Tabela I - Acerto e erro na hipótese diagnóstica com relação à lesão benigna ou maligna

Hipótese diagnóstica	Anatomopatológico	Erro (%)
Benigno	Benigno	112 (65,49%)
Contém uma ou mais maligna	Benigno	37 (21,63%)
Benigno	Maligno	19 (11,11%)
Maligno	Maligno	3 (1,75%)
TOTAL		171 (100%)

Tabela II - Erro na hipótese diagnóstica da biópsia por grupo

Erro na hipótese diagnóstica da biópsia por grupos	Total	Erro (%)
Outras lesões de tecido mole	153	75 (49,01%)
Processos proliferativos não neoplásicos	84	21 (25%)
Lesões com potencial de malignização	89	18 (20,22%)
Lesões benignas de glândulas salivares	30	6 (20%)
Tumores benignos	112	20 (17,85%)
Cistos e tumores odontogênicos	52	9 (17,30%)
Tumores malignos	128	17 (13,28%)
Lesões ósseas	93	5 (5,37%)
TOTAL	741	171 (23,07%)

Tabela III - Lesões com maiores erros na hipótese diagnóstica

Lesões que tiveram erro diagnóstico	Total	Erro (%)
Carcinoma adenoide cístico	2	2 (100%)
Carcinoma mucoepidermoide intraósseo	1	1 (100%)
Sarcoma indiferenciado de alto grau	1	1 (100%)
Cisto linfoepitelial	1	1 (100%)
Glossite romboide	1	1 (100%)
Cisto odontogênico calcificante	2	2 (100%)
Mixoma	1	1 (100%)
Fibroma ossificante	2	2 (100%)
Encondroma	1	1 (100%)
TOTAL	12	12 (100%)

Discussão

A análise da concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico permite avaliar a capacidade e o conhecimento de profissionais da saúde em realizar o diagnóstico clínico correto, porém o diagnóstico das lesões que acometem a região bucal nem sempre é uma tarefa fácil. Para o estabelecimento do diagnóstico correto, é imprescindível uma anamnese criteriosa e um exame físico minucioso, acrescido, quando necessário, pelos exames complementares que aumentam a acuidade diagnóstica [18]. Esses estudos são instrumentos coletivos que fornecem informações descritivas importantes das condições para compreensão da prevalência, incidência e severidade de uma doença [12]. Ressalta-se ainda que o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica adequada vai auxiliar na indicação de exames complementares mais específicos, evitando o excesso de solicitações e otimizando o atendimento.

O hospital onde o estudo ocorreu faz parte do nível terciário de atenção à saúde, em que, em tese, os pacientes já passaram pelos níveis primário e secundário e não houve resolução do quadro, sendo lesões de maior complexidade diagnóstica. O serviço também conta com profissionais especialistas na área, o que pode contribuir para tal concordância, graças à experiência clínica deles e ao auxílio aos residentes em gerar o diagnóstico clínico.

Diante disso, o diagnóstico mais prevalente foi o de carcinoma epidermoide, com 112 (12,9%) casos, confirmando o já esperado. A localização mais acometida dentre todas as lesões foi o osso mandibular (17,13%), divergindo de algumas pesquisas que apontam o lábio inferior como sítio mais acometido [5, 11, 15]. É importante lembrar que, por se tratar de um hospital oncológico, muitos pacientes são submetidos à radioterapia em região de cabeça e pescoço e/ou fazem uso de medicações antirreabsortivas e antiangiogênicas, justificando também um número maior de biópsias ósseas.

O grupo com menos erros foi o de lesões ósseas, com 5,37%, sendo considerado um bom índice de acerto, visto o desafio no diagnóstico dessas lesões. Já o grupo com maior porcentagem de erro foi o de outras lesões de tecido mole, com 49,01%, sendo lesões que geram dúvidas no diagnóstico diferencial. Em relação às lesões malignas, a porcentagem de erro na hipótese diagnóstica foi de apenas 1,75%. Considerando que o tempo é fator crucial no diagnóstico do câncer, a correta avaliação clínica de risco de malignidade leva a encaminhamentos mais adequados que vão diminuir o intervalo de tratamento e conseqüentemente melhorar os indicadores de prognóstico da doença. Outro dado relevante é que, das dez lesões que tiveram maior porcentagem de erro, podem-se citar carcinoma adenoide cístico, carcinoma mucoepidermoide intraósseo, sarcoma indiferenciado de alto grau, ceratose actínica, glossite romboide, cisto odontogênico calcificante, mixoma, fibroma ossificante e encondroma, lesões que não costumam ser rotina no dia a dia da maioria dos cirurgiões-dentistas e que apresentavam características clínicas incomuns.

O estudo obteve um total de 171 (23,1%) erros em hipóteses diagnósticas e 570 (76,9%) acertos. Trabalho semelhante, ao avaliar 590 prontuários do Centro de Especialidade Odontológica da Faculdade Asces, na cidade de Caruaru (PE), encontrou acerto em 50%, justificando o maior erro em lesões benignas em virtude da dificuldade diagnóstica, por se tratar de entidades com características clínicas semelhantes, o que dificulta o diagnóstico pelo profissional [16]. Lins *et al.* [17] avaliaram 1.029 prontuários do Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco. Os autores acharam acerto de 50%, relatando o bom índice de acerto em lesões malignas, por causa do estadiamento clínico avançado que essas lesões chegaram ao serviço [17]. Conceição *et al.* [6] obtiveram 57,7% de acerto após analisar 806 prontuários do Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca (CDDB) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas e destacam a

importância da capacitação para diagnósticos de lesões com caráter maligno. No Irã, um estudo avaliou 244 lesões e obteve acerto entre hipótese e resultado final de 66,6%, citando que os diferentes critérios de amostras podem justificar certas diferenças entre esses tipos de pesquisas [13]. Já Gonzaga *et al.* [8] encontraram um índice de 83,3% de acerto e concluíram com observação especial a importância da inter-relação entre clínico e patologista, com ênfase no correto preenchimento das requisições do exame anatomopatológico para que se chegue a um diagnóstico adequado. Vaz *et al.* [19] obtiveram 46,0% de acerto, após analisarem 3.549 prontuários do Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, e relacionaram o resultado a uma deficiência em um dos dois tempos da semiotécnica, à correta anamnese ou ao correto exame clínico [19].

Conclusão

Uma correta formulação da hipótese diagnóstica, além de auxiliar o patologista no correto diagnóstico, é fundamental para que se tenha um melhor seguimento do caso e plano de tratamento, uma vez que uma lesão de aspecto maligno exige medidas mais urgentes que uma lesão de caráter benigno. Apesar de se tratar de um serviço especializado de CTBMF de um hospital oncológico e de os resultados serem considerados bons em comparação com demais estudos presentes na literatura, fica claro que a realização de biópsias é o padrão ouro para o correto diagnóstico da maioria das lesões e para a definição do tratamento do paciente.

Referências

1. Andrade AS, Souza DCO, Barbosa KS, Grossann SMC, Magalhães SR. Prevalência de lesões bucais e alterações de normalidades em pacientes da faculdade de Odontologia da Unincor. *Rev Universid Vale do Rio Verde*. 2014;12(1):785-93.
2. Barbosa RPS, Paiva MDEB, Rodrigues TLC, Rodrigues FG. Valorizando a biópsia na clínica odontológica. *Arq Odontol*. 2005;41(4):318-28.
3. Braga AMC, Souza PHC, Wesphalen FH, Lima AAS, Santos JAR. Estudo da biópsia por agulha cortante no diagnóstico histopatológico de lesões bucais. *Rev Odonto Ciência*. 2005;20(48):114-9.
4. Brazão-Silva MT, Carvalho BO, Pinto RA. A biópsia na prática odontológica: revisão de literatura. *Rev AcBO*. 2018;7(3):197-203.
5. Carvalho-de-Moraes B, Leal-da-Silva-Leonel AC, Pérez DEC, Amorim-Carvalho EJ. Diagnóstico histopatológico de lesões orais provenientes da mesorregião agreste do estado de Pernambuco. *Rev Ces Odont*. 2020;33(1):4-13.
6. Conceição LD, Magrin T, Gomes APN, Araujo LMA. Estudo retrospectivo de biópsias em língua – aspectos epidemiológicos. *Rev Fac Odontol*. 2010;15(1):11-9.
7. Gomes I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles PI. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis*. 2010;16(4):333-42.
8. Gonzaga HFS, Benatti-Neto C, Oliveira MRB, Costa CAS, Spolidorio LC, Lia RCC et al. Correlação entre hipóteses diagnósticas clínicas e diagnósticos microscópicos de lesões do complexo buco-maxilo-facial. *Rev Odontol Unesp*. 1997;26(1):145-63.
9. Izidoro FA, Izidoro ACSA, Semprebom AM, Stramandinoli RT, Ávila LFC. Estudo epidemiológico de lesões bucais no ambulatório de estomatologia do hospital geral de Curitiba. *Rev Dens*. 2007;15(2):99.
10. Moresco FC, Nora Filho MR, Balbinot MA. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos da disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Ulbra-Canoas/RS. *Stomatos*. 2003;9(17):29-34.
11. Melo AR, Pires SMS, Ribeiro CF, Albuquerque-Junior RLC, Melo AUC. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas no laboratório de patologia bucal da Universidade Tiradentes (2002-2010). *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2013;13(2):109-14.
12. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 596 p.
13. Seifi S, Roseni SR, Bijani A. Evaluation of clinical versus pathological difference in 232 cases with oral lesion. *Casp J Intern Med*. 2010;1(1):31-5.
14. Shaffer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
15. Silva LVO, Arruda JAA, Martelli SJ, Kato CNNAO, Nunes LFM, Vasconcelos ACU et al. A multicenter study of biopsied oral and maxillofacial lesions in a Brazilian pediatric population. *Braz Oral Res*. 2018;15(32):20.

16. Silva UH, Menezes VA, Souza GC, Callou SWA. Correlação entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões orais em pacientes atendidos no Projeto Asa Branca da Faculdade Asces. *Odontol Clín Cient.* 2013;12(1):25-9.

17. Lins RC, Simões CA, Henriques ACG, Cazal C, Castro JFL, Carvalho EJA. Correlação dos índices de acertos entre as hipóteses clínicas e os resultados histopatológicos – clínica versus histopatologia. *Int J Dent.* 2008;7(3):153-7.

18. Souza JGS, Soares LA, Moreira G. Concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões bucais diagnosticadas em clínica universitária. *Rev Odontol Unesp.* 2014;43(1):30-5.

19. Vaz DA, Valença DL, Lopes RBM, Silva AVC, Pereira JRD. Concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos do Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *Rev Pós Grad.* 2011;18(4):236-43.