

Estudo comparativo da concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico das lesões bucais

Comparative Study Between Clinical and Microscopic Diagnosis

Pantelis Varvaki Rados*
 Manoel Sant'Ana Filho*
 João Jorge D. Barbachan**
 Maurício Roth Volkweis***
 Juliana Romanini***

RESUMO

O objetivo deste trabalho é o de avaliar a concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico, entre acadêmicos de odontologia, alunos de pós-graduação e cirurgiões-dentistas. Abordamos o ano de 1992 e utilizamos como fonte de pesquisa os arquivos dos laboratórios de Patologia geral e bucal das Faculdades de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, perfazendo um total de 871 peças. Apartir das fichas de biópsia coletamos os diagnósticos clínicos enviados pelos profissionais e comparamos com os resultados existentes nas cópias dos laudos de exame histopatológico. Os achados foram submetidos ao teste do qui-quadrado e mostraram diferenças significativas entre o grupo dos pós graduandos ($p > 0,01$) no que diz respeito à concordância entre o diagnóstico clínico e microscópico, possivelmente por ser o grupo mais motivado.

SUMMARY

The aim of this paper is to evaluate the difference between clinical and microscopic diagnosis among dental students, dentists and post graduation students. The biopsy records are reviewed of the Oral Pathology Laboratory from Federal and Catholic Dental Schools of Rio Grande do Sul, performing 871 cases. From the biopsy reports we collected the clinical diagnosis sented by the professionals and compared with the results of the microscopic reports. The results were submitted to the qui square statistical test ($p > 0.01$) showing significant differences in the group of post graduation students which had the better index of concordance between clinical and microscopic diagnosis.

UNITERMOS

Patologia Buco-Dental; Diagnóstico; Epidemiologia

KEY WORDS

Oral Diagnosis; Oral Pathology; Epidemiology

Introdução

O objetivo deste trabalho é o de medir o grau de concordância entre o diagnóstico clínico e microscópico quando formulado por acadêmicos de odontologia, alunos de pós-graduação e cirurgiões-dentistas formados.

Estes resultados fornecerão subsídios para avaliar os tipos de lesões onde exista menor margem de concordância entre os diagnósticos a fim de enfatizar seu ensino durante o curso de formação profissional. Salientar ainda quanto a solicitação de um exame anátomo-patológico como sendo mais um passo na busca do diagnóstico correto

Revisão de Literatura

O limite entre o processo adaptativo e a doença já instalada é um ponto de constante controvérsia entre os patologistas. Estando o paciente já acometido por uma enfermidade, o reconhecimento clínico das lesões da cavidade bucal é responsabilidade dos profissionais da saúde que atuam nesta área anatômica e se constituem num dos maiores desafios e recompensas para os dentistas que se ocupam desta arte. Quando o processo mórbido apresenta uma sintomatologia característica, o exa-

me clínico, ao identificar seus sinais, pode permitir a elaboração do diagnóstico final sem a necessidade de exames complementares (2,6,9,19,21).

O processo de diagnóstico é o resultado de uma série ordenada de decisões baseadas em dados clínicos, da história e de exame laboratoriais, sendo este último empregado quando não obtemos um diagnóstico clínico conclusivo ou quando este gera a necessidade de outros dados laboratoriais para o esclarecimento mais completo da doença.

As biópsias das lesões bucais, acompanhadas de informações clínicas pertinentes são enviadas aos Laboratórios de Patologia Buco-Dental por cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia(3,10,19,21).

A indicação de biópsia parte do profissional que ao examinar um paciente constata alguma lesão. O conhecimento das diferentes patologias da boca é talvez o fator mais importante na tomada desta decisão. As bases para justificar esta indicação são introduzidas ao longo do curso de Odontologia, permitindo ao profissional associar os achados clínicos e histopatológicos para instituir ou indicar as atitudes de tratamento do paciente (1,7,10).

Como a atividade rotineira do Cirurgião

Dentista esta voltada principalmente para a clínica, a avaliação deste material por parte do patologista é fundamental, pois baseado no laudo, o clínico adotará medidas terapêuticas visando a cura do paciente com menor dano. Para que o patologista possa emitir um parecer correto, a descrição e os demais dados clínicos relacionados com a doença devem ser enviados juntamente com o material. É necessário que os profissionais ao realizarem os procedimentos cirúrgicos de biópsia tenham conhecimento das diversas patologias bucais e estejam motivados para a sua identificação. Em algumas Faculdades, o aluno responsável pela intervenção cirúrgica deve também examinar o tecido microscopicamente, participando da sua descrição e diagnóstico junto com um professor instrutor. (3,10,17,18)

* Professor de Patologia do curso de Odontologia da U.F.R.G.S., P.U.C.R.S e ULBRA., Professor do curso de Mestrado em Patologia da U.F.R.G.S.

** Professor de Patologia do curso de Odontologia da U.F.R.G.S., Coordenador do curso de Mestrado em Patologia Bucal da U.F.R.G.S.

*** Professor (a) de patologia do curso de Odontologia da ULBRA

Em um trabalho abordando os diagnósticos realizados em 981 pacientes ao longo de sete anos em uma clínica particular, Bottomley et al (4) identificaram que mais de 55 % dos pacientes procuram atendimento para diagnóstico e tratamento de alterações nas mucosas, revelando a grande importância do conhecimento das patologias que ocorrem na cavidade bucal.

Em um estudo abordando a correlação entre o diagnóstico clínico e histopatológico em estomatologia (16), alguns fatos importantes foram constatados: a conduta do cirurgião-dentista não coincide com a sua formação acadêmica e isto é atribuído a que uma vez formado e pelas características do seu mercado de trabalho, perde o interesse nos aspectos de patologia osteo-mucosa, dedicando-lhe pouca e deficiente atenção; isto resultaria em pouca e deficiente correlação entre o diagnóstico clínico e histopatológico, 45 % dos resultados estavam corretos.

O ensino e o constante estímulo dos acadêmicos de odontologia e cirurgiões-dentistas é responsabilidade do patologista, pois sua atividade profissional se confunde com a de professor, sendo então um difusor deste conhecimento no meio acadêmico e como tal é seu papel estimular os acadêmicos e profissionais na busca do diagnóstico correto (portanto, saber quais lesões apresentam grau maior de concordância). Dados a respeito da epidemiologia das lesões também necessitam ser muito bem conhecidos para sabermos onde é necessária maior ênfase. Tais informações praticamente inexistem na literatura nacional e são reduzidos na literatura internacional, especialmente no que tange a atualização destes dados, assim sendo parece-nos evidente a necessidade de obtenção de subsídios atuais e de acordo com a realidade local para o ensino da patologia.

Material e Métodos

Utilizamos os arquivos dos laboratórios de Patologia Geral e Buco-Dental da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Instituto de Biociências da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. A partir das fichas de biópsia coletamos os diagnósticos clínicos enviados pelos profissionais que procederam os atos cirúrgicos e comparamos com os resultados existentes nas cópias dos laudos de exame histopatológico que ficam arquivadas nos respectivos laboratórios, localização das referidas lesões e a situação do profissional, considerando aluno de graduação, cirurgião-dentista ou aluno de curso de pós-graduação.

Escolhemos o ano de 1992 por este ser o último ano concluído ao início do trabalho e, portanto, com informações mais atuais.

Uma vez concluída a coleta de dados junto aos arquivos, procedemos a contagem e tabulação dos resultados e deste momento em diante buscamos estabelecer relações entre a condição do profissional, localização e tipo de lesão com o índice de acerto para cada grupo de enfermidade, estabelecidas com base no plano de ensino das disciplinas de patologia geral e buco-dental da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Os dados obtidos foram submetidos ao teste do qui quadrado.

Resultados

Foram avaliadas 926 casos no total. Porém foram considerados somente 871 com diagnóstico microscópico. Sendo que 413(47,4%) provinham de alunos de graduação, 306(35,1%) casos foram encaminhados por Cirurgiões Dentistas, e 152(17,4%) das solicitações provinham de alunos de pós graduação.

A observação da tabela 1 mostra um maior contingente de acadêmicos solicitando exames histopatológicos. Ao passo que os Cirurgiões Dentistas quando solicitam o exame histopatológico, não emitem diagnóstico clínico.

Outro dado que pode ser observado na tabela 1 foi o de que os acadêmicos de odontologia apresentam um maior índice de diagnósticos incompletos, enquanto os Cirurgiões Dentistas encaminham fichas de biópsia sem diagnóstico clínico. Os alunos de pós graduação tem a menor proporção de fichas sem diagnóstico clínico.

Quando tomamos isoladamente cada grupo profissional como na tabela 2 percebemos que os índices de concordância e discordância de diagnósticos clínicos e microscópicos ficam mais próximos entre os acadêmicos e Cirurgiões Dentistas enquanto que os alunos de pós

graduação apresentam uma margem de concordância maior. Com relação a discordância entre diagnóstico clínico e microscópico o percentual maior encontra-se entre os Cirurgiões Dentistas, bem como fichas de biópsia sem diagnóstico clínico. Os acadêmicos de odontologia foram o grupo com maior índice de diagnósticos incompletos.

Os resultados acima foram submetidos ao teste estatístico do qui quadrado com nível de significância de 1% e mostrou diferenças significativas. Este achado permite afirmar que o "status" profissional interfere no grau de concordância entre o diagnóstico clínico e microscópico.

Discussão

Inicialmente, devemos salientar o índice geral de concordância entre o diagnóstico clínico e microscópico de 35,3% independentemente da categoria profissional. Este dado mostra que o papel do exame histopatológico é o de confirmar o diagnóstico clínico (10) e esta indicação representa 1/3 dos casos de material biopsiado. Os restantes 64,7% de biópsias tem seu diagnóstico definitivo somente após o exame histopatológico.

Ao avaliarmos cada situação profissional individualmente, percebemos que os alunos de pós graduação e acadêmicos apresentam maior grau de concordância em seu diagnóstico. Esse fator talvez se justifique pelo apoio dos docentes que o acompanham no momento do diagnóstico principalmente com relação aos alunos de pós graduação onde o número de alunos é menor.

Em relação aos cirurgiões-dentistas, é possível notar um equilíbrio entre os valores nos itens diagnóstico concordante, discordante e sem diagnóstico clínico. As fichas de biópsia preenchidas e encaminhadas pelos cirurgiões-dentistas usualmete fornecem informações

TABELA 1
Valores absolutos e percentuais entre as diversas situações profissionais e os índices de concordância entre os diagnósticos clínicos e microscópicos.

	CONCORDANTE	DISCORDANTE	INCOMPLETO	SEM DIAGNÓSTICO	TOTAL
Acad.	141 (16,1%)	84 (9,6%)	114 (13,0%)	74 (8,4%)	413
C.Dent.	98 (11,2%)	84 (9,6%)	36 (4,1%)	88 (10,1%)	306
P.Grad.	70 (8,0%)	36 (4,1%)	31 (3,5%)	15 (1,7%)	152
	309 (35,3%)	204(23,3%)	181 (20,6%)	177 (20,2%)	871

Porto Alegre 1992

TABELA 2
Comparação entre as diversas situações profissionais e o índice de concordância entre os diagnósticos clínicos e microscópicos.

	CONCORDANTE	DISCORDANTE	INCOMPLETO	SEM DIAGNÓSTICO	TOTAL
Acadêmicos	34,1 %	20,3 %	27,6 %	17,9 %	100 %
Cir.-Dent.	30,0 %	27,4 %	11,7 %	28,7 %	100 %
Al. Pós Grad.	46,0 %	23,6 %	20,3 %	9,8 %	100 %

Porto Alegre 1992

corretas e abundantes sobre a patologia em questão, mas hesitam em estabelecer um diagnóstico clínico. Em nossa opinião esta inibição deve ser evitada pois uma das indicações da biópsia é exatamente esclarecer dúvidas quanto ao diagnóstico clínico, sendo portanto razoável que o clínico liste pelo menos dois ou três diagnósticos provisórios que serão ou não posteriormente confirmados pela histopatologia.

O percentual de diagnósticos clínicos concordantes dos alunos de pós-graduação é bastante superior aos demais índices, sugerindo um interesse maior deste grupo em reavaliar e atualizar os seus conhecimentos.

Na comparação entre as diversas situações profissionais, observa-se que o índice de discordância, em todas as situações, gira em torno de 25 %.

Em relação a origem do material examinado nos laboratórios, 47 % é enviado por acadêmicos, 35 % por cirurgiões-dentistas, 17 % por alunos de pós-graduação. Devido ao fato de

ambos os laboratórios verificados estarem em universidades, o maior número de material enviado por acadêmicos já era esperado. Entretanto, o índice de peças enviadas por cirurgiões-dentistas para análise é expressivo, mostrando a preocupação da classe odontológica em determinar um diagnóstico correto para a patologia utilizando-se do exame histopatológico.

Devemos ainda antes de finalizar esta discussão relatar que nos 55 casos excluídos deste estudo não foi possível estabelecer o diagnóstico histopatológico definitivo por motivos como pouca quantidade de material biopsiado, má técnica de fixação ou pouca informação clínica na ficha de biópsia. Todos estes fatores de fracasso do diagnóstico microscópico podem ser evitados com um melhor planejamento do procedimento de biópsia e uma efetiva comunicação entre o clínico e o patologista, quer seja pelo preenchimento completo da ficha de biópsia ou por qualquer outra forma de comunicação.

Conclusões

1. Comparando-se as situações entre os profissionais e os resultados obtidos neste trabalho é possível afirmar que existe uma interferência entre o grau de concordância do diagnóstico clínico e microscópico, com significância estatística

2. Independente da situação do profissional que envia material de biópsia para exame histopatológico, existe uma concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos de 36 %.

3. Existe um índice de 28% de fichas de biópsia enviadas sem diagnóstico clínico. Esta característica é mais acentuada nos exames solicitados por cirurgiões-dentistas.

4. A maior parte do material analisado foi enviado por acadêmicos (47%), provavelmente devido ao fato de ambos os laboratórios se localizarem em universidades. Entretanto, é expressivo o número de cirurgiões-dentistas que enviam peças para serem analisadas (35 %).

Referências Bibliográficas

- 01 - ALVES, Maria C. R. A biópsia como método de diagnóstico: sua utilização pelos odontólogos. *Rev. Fac. Odont. Ribeirão Preto, Ribeirão Preto* v. 21, n. 2, p.114-12, jul-dez, 1984.
- 02 - ANDRADE Zilton; BARRETTO NETTO Manoel; BRITO Thales de; MONTENEGRO, Mario R. *Patologia Processos Gerais*, 3 ed. São Paulo: Atheneu, 1992. Cap2 Integração da fisiologia e patologia celulares. p. 21-34.
- 03 - ARAÚJO, N. S. ; ARAÚJO, V. C. *Patologia Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1984, 239 p.
- 04 - BOTTOMLEY, W.K. ; BROWN, R.S. ; LAVIGNE, G. J. A retrospective survey of the oral conditions of patients referred to an oral medicine private practice. *J Am Dent Assoc*, Chicago, v. 120, n. 5, p. 529-533, may 1990.
- 05 - COLOMBINI, Nelson E. P. *Cirurgia Maxilo-facial*. São Paulo: Pancast, 1991, Cap. 8. Biópsia. p. 157-174.
- 06 - COTRAN, R.S. ; KUMAR, V. ; ROBBINS, S.L. *Patologia estrutural e funcional*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. Cap. 1 Lesão e adaptação celulares. p. 1-33.
- 07 - KESZLER, A. *Biopsias: Normas Practicas para su correcta obtención*. *Rev Asoc Odontol Argent.*, Buenos Aires, v. 76, n. 111, p. 100, jun, 1988.
- 08 - LANGLOIS, Cinéa C. *Importância dos serviços de biópsia nas faculdades de odontologia: aspectos da situação no Brasil*. Pelotas, Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Odontologia, 1979. 122 f.
- 09 - LOPES, E.R. ; CHAPADEIRO, E. ; RASO, P. ; TAFURI, W.L. *Introdução ao estudo da Patologia*. In: Bogliolo, Luigi Patologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1994. Cap. 1. p. 1-4.
- 10 - LORANDI, César Sant'Anna *Biópsia das lesões buco-maxilo-facial*. In: EBLING, Hardy. *Cistos e tumores odontogênicos*. Porto Alegre, UFRGS Editora da UFRGS, 1977. Cap. 2. p. 28-36.
- 11 - MELROSE, R.J. *Do's and don'ts of oral tissue biopsy in dental practice*. *J Calif Dent Assoc*, Sacramento, n. 10, v. 19, p.39-42, oct. 1991.
- 12 - MILLER, Artur S. ; FANTASIA, J. E. *Survey of tissue - Diagnostic Services in United States Dental School - 1985*. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol*, St. Louis v 65, n. 2, p. 225-227, fev, 1988.
- 13 - MILLER, A.S. ; PULLON, P.A. ; ED, M. *Survey of tissue - Diagnostic Services in United States Dental School - 1953-1980*, *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v. 53, n.6, p. 588-590, Jun., 1982.
- 14 - PULLON, P.A. ; MILLER, A.S. *Survey of tissue diagnostic services in US dental schools*, *J Am Dent Assoc*, v. 83. p. 1097-1100, nov., 1971.
- 15 - PULLON, P.A. ; ED, M. ; MILLER, A.S. *Survey of tissue diagnostic services in US dental schools, 1953-1975*, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, St. Louis, v. 43, n. 4, p.579-582, abril, 1977.
- 16 - ROSA, L. da. *Correlación entre diagnóstico clínico e histopatológico em estomatologia*. *Rev Assoc Latinoam Fac Odontol*, Guatemala, v. 14, n. 2, p.103-108, July, 1979.
- 17 - SHAFER, W. *A comparasion of surveys of dental school biopsy services*. *J Dent Educ*, Washington, v. 24, p. 298-303, 1960.
- 18 - SHAFER, W. ; HINE, M. ; LEVY, B. *Tratado de Patologia Bucal* 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979, 837 p.
- 19 - SONIS, S. ; FAZIO, R. ; FANG, L. *Medicina Oral* Rio de Janeiro, Interamericana 1985, Cap. 2. *Diagnóstico das doenças da boca* p. 1-7.
- 20 - SPATAFORE, C. M. ; GRIFFIN, J.A. ; KEYES, G.G. ; WEARDEN, S. ; SKIDMORE, A.E. *Periapical biopsy report: An analysis over a 10 year period*. *J Endod*, Baltimore, v. 16, n. 5, p.239-241, may, 1990.
- 21 - TOMMASI, A.F. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1982. Cap. 2 *O processo de diagnóstico*. p. 7-14.
- 22 - WALDRON, C.A. ; EL-MOFTY, S.K. ; GNEPP, D.R. *Tumors of the intraoral minor salivary glands: A demografic and histologic study of 426 cases*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, St. Louis, n. 3, v. 66, p.323-333, setembro, 1988.