



# **SEMIOLOGIA APLICADA:**

Sinais, sintomas e contextos de vida

---

Fabiana Schneider Pires  
Isadora Luana Flores

Fabiana Schneider Pires  
Isadora Luana Flores

# **SEMIOLOGIA APLICADA:** sinais, sintomas e contextos de vida

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610, de 19.2.1998.  
É proibida a reprodução total ou parcial, por quaisquer meios,  
bem como a produção de apostilas, sem autorização prévia,  
por escrito, das autoras.

**Diagramação:** Madalena Araújo | Madesigner

**Arte da Capa:** Aquarela de Clarissa Parolo, 2021

#### **Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)**

P667 Pires, Fabiana Schneider  
Semiologia aplicada : sinais, sintomas e contextos de vida /  
Fabiana Schneider Pires, Isadora Luana Flores. – Porto Alegre:  
UFRGS, 2022.  
191 p. : il. Color. ; E-book

ISBN 978-65-5973-150-3

1. Semiologia em Odontologia. 2. Assistência Integral à  
Saúde. I. Pires, Fabiana Schneider. II. Flores, Isadora Luana.  
III. Título.

Bibliotecária responsável: Andressa Oliveira Ferreira – CRB 10/2258

## PREFÁCIO

Esta obra foi elaborada com a colaboração de muitos colegas, construída a partir de ideias e inspiração pouco comuns, a de trazer para a ciência um contexto ficcional, valorizando o trabalho em equipe e a ousadia de aproximar o lúdico e o labor. Esta proposta contribuirá para a humanização tão perseguida na atenção à saúde.

A experiência em sala de aula vivida nos Seminários de integração propostos no curso de graduação em Odontologia da UFRGS tem o mérito de colaborar com esta obra. A ideia de congrega profissionais de diferentes áreas, para discutirem com os alunos uma abordagem integral em saúde é um facilitador no avanço da formação acadêmica para a aquisição da visão ampliada na atenção das pessoas.

Cada um dos capítulos, baseado em casos clínicos, está inserido em um ambiente onde estão reproduzidas de forma criativa as instâncias de acesso ao SUS, oportunizando que durante a leitura e certamente, para o estudo, nos habituemos com a interação entre o atendimento complexo de casos envolvendo estomatologia, com os níveis de atenção, e a experiência do sistema de referência e contrarreferência.

O portal aberto por esta obra estimula a caminhada dos estudantes para as respostas de perguntas surgidas em sua formação, permite o compartilhamento de dúvidas que são uma companhia constante em nossa atuação e por fim permite que surjam outras perguntas para que sejam respondidas com mais estudo.

Aproveitem o “passeio”, e parabéns para todas as autoras.

Pantelis Varvaki Rados

## POR QUE ESTUDAR SEMIOLOGIA EM ODONTOLOGIA?

A Odontologia é um curso da área da saúde com abordagem voltada predominantemente para o exame, diagnóstico e tratamento, não exclusivamente mas com expressiva ênfase, dos adoecimentos bucais. Percebemos que muitas vezes o estudo de bases semiológicas para exame, diagnóstico e manejo de lesões em outras localizações anatômicas da cavidade oral, incluindo tecidos moles e duros, ainda ficava restrito às disciplinas específicas e amplamente voltado para os limites entre o normal (fisiológico) e o patológico (doenças).

Na constituição da Odontologia como profissão, o tecnicismo e o olhar para o adoecimento bucal foi sendo estruturado ao modo de um artesanato, e a prática inicialmente era exercida por barbeiros e depois por práticos protéticos. Atualmente e ao menos desde a metade do século XX, a cientificidade da Odontologia é inquestionável e a robusta produção acadêmica sobre as questões que envolvem técnicas, tecnologias, patologias, tratamentos e o conhecimento sobre materiais e procedimentos é amplamente divulgada e conhecida. Para o trabalho do cirurgião-dentista, o conhecimento de sinais e sintomas na estruturação de diagnósticos, tratamentos e prognósticos é central. Ao longo dos anos, os estudos sobre cuidado em saúde, ou mesmo sobre determinação social dos processos saúde-doença, apontam o quanto os sinais e sintomas que constituem os 'casos clínicos' abordados e tratados pela Odontologia encontram forte ligação com o contexto social, cultural, econômico, familiar, relacional e estrutural das famílias, das pessoas, em seus modos de 'levar a vida'.

A formação em Odontologia, à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2021) busca formar um profissional com *“formação generalista humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor*

*técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 21 de junho de 2021, pág 1)*<sup>1</sup>.

Entende-se que a formação do cirurgião-dentista deve ser pautada por percursos formativos (disciplinas, estágios, pesquisa e extensão) que abordem de maneira ampla todos os aspectos do adoecimento. Na disciplina de semiologia aprofunda-se o estudo dos sinais e sintomas e também das técnicas semiológicas para o diagnóstico de patologias do complexo bucomaxilofacial. A compreensão dos diversos contextos que as famílias e as pessoas vivem cotidianamente trazem para a prática profissional a possibilidade de captar, a partir do cenário de vida dos pacientes, as correlações entre seu adoecimento, seus sinais e sintomas e seu modo de vida.

A partir deste referencial, o material produzido neste e-book busca apresentar situações de vida e de adoecimentos, as lesões e sua correspondência com fatores que ultrapassam o normal e o patológico mas que, em cada caso singular, compõem o tecido cultural que envolve cada personagem e sua história clínica.

Os capítulos estão organizados em breves histórias fictícias, seguidos por imagens de lesões com algumas das mais prevalentes doenças e/ou manifestações clínicas de doenças sistêmicas. O cenário destas narrativas é o Bairro de Serra Azul, também fictício, onde se procurou ambientar as histórias trazendo para a composição deste enredo também personagens que vivem no bairro, se utilizam da rede pública, da unidade básica de saúde

---

1 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Resolução N° 3, DE 21 DE JUNHO DE 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. Diário Oficial União. [internet] 22/06/2021 | Edição: 115 | Seção: 1 | Página: 77. [Acesso em 05 abril. 2022]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299>

e interação com profissionais como por exemplo o médico Dr. Azevedo, a cirurgiã-dentista, Dra. Catarina, a auxiliar de saúde bucal Marta e a agente comunitária de saúde, Marlene.

Nas relações entre os moradores do bairro e os espaços de saúde, as histórias de vida e o adoecimento vão se desenrolando, apontando a necessidade de abordagens multiprofissionais para o cuidado em saúde, quando muitas vezes o paciente percorre um itinerário de cuidado que é singular, ao mesmo tempo que abrange sua queixa ou doença, acolhe suas necessidades e promove vínculo para o cuidado em saúde.

Considerou-se relevante um capítulo sobre manobras semiotécnicas e outro sobre manejo e prognóstico como forma de oportunizar ao estudante uma melhor visão para a complexidade de alguns casos e para a aprendizagem das competências e habilidades que o futuro cirurgião-dentista deve desenvolver ao longo de sua graduação.

O desafio atual dos educadores é buscar metodologias inovadoras que proporcionem uma prática pedagógica conectada ao universo dos alunos, associando métodos de ensino e de aprendizagem. Compreende-se que o professor precisa ser um agente/facilitador para estes processos e o aluno se transforma em protagonista da sua aprendizagem.

Neste contexto, as metodologias ativas estimulam o professor a explorar a experiência dos alunos como ponto de partida para a construção do conhecimento, oferecendo ferramentas para utilizarem a vivência e as ideias próprias como forma de questionar o que está estabelecido, em busca de validação, ou de novos meios de se pensar a ciência.

O material didático desenvolvido neste e-book busca criar um envolvimento do estudante com as situações de vida e de adoecimento dos personagens e assim contribuir para promover a autonomia do aluno; busca também respeitar e acolher o ritmo de aprendizagem de cada um, usando linguagem informacional, hiperlinks e; propõe a reflexão em cada caso, estimulando a curiosidade e competência diagnóstica ao tecer histórias pontuadas por sinais e sintomas em uma rede social (de saúde, de cultura, de trabalho, entre outras).

As autoras ousaram ao mesclar metodologias de aprendizagem como a PBL – Problem Based Learning, ou ‘aprendizagem baseada em problemas’, com objetivo de desenvolver as habilidades e atitudes de forma integrada do estudante para estruturar seus conhecimentos utilizando-se de resolução de problemas. Os casos construídos em uma perspectiva ficcional têm a intencionalidade de despertar as múltiplas dimensões dos processos de adoecimento das pessoas, com abordagens multiprofissionais.

Cada capítulo convida o estudante a acompanhar o percurso do personagem e seu contexto, para depois apresentar os conteúdos para a construção dos diagnósticos, atuam assim como material orientador no processo de aprendizagem, oportunizando uma imersão no caso clínico como se daria na prática profissional.

De acordo com Diaz-Bordenave e Pereira (2007), a PBL é uma proposta que busca apresentar situações que despertem o senso crítico do estudante com a realidade, e o faça refletir sobre os problemas desafiadores, a identificar e organizar hipóteses de soluções que mais se enquadrem a situação. Na PBL, a construção de um currículo fundamentado em problemas é necessário, pois a concentração na resolução dos problemas seria a diretriz norteadora em todo o processo educativo, porque busca confrontar os estudantes com situações vivenciadas diariamente no seu campo profissional.

## SOBRE AS AUTORAS



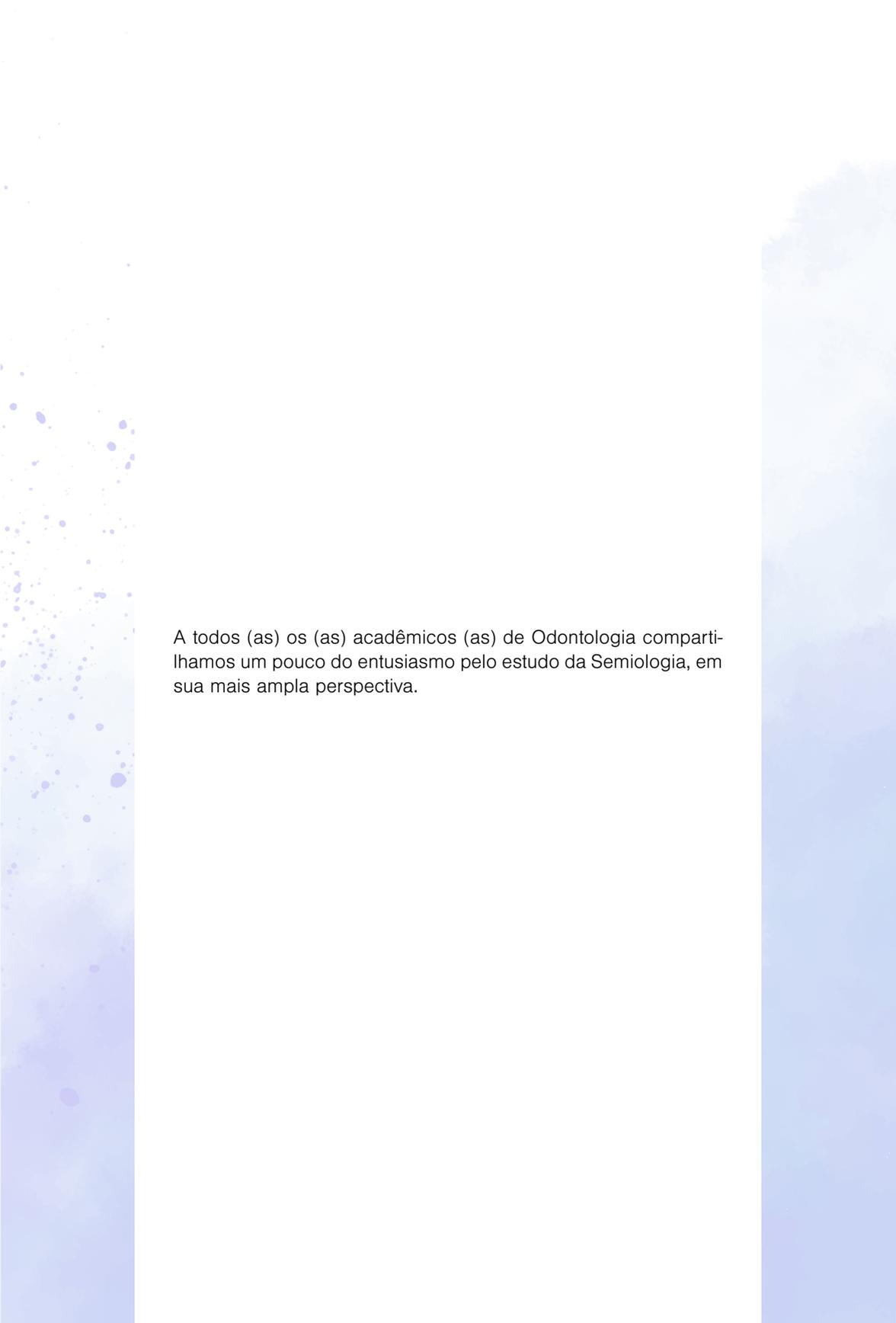
**FABIANA SCHNEIDER PIRES, DDS, MSc, PhD**

Fabiana Schneider Pires é graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) no ano de 1993. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ISSES/SP) em 2004 e Doutora em Ciências da Saúde com ênfase em Odontologia Social pelo Programa de Pós Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) em 2013. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde (PPGENSAU) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS). Atualmente é docente do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) nas áreas de Semiologia Odontológica, Ética e Bioética em Odontologia e Estágio Curricular Supervisionado. Trabalhou como cirurgiã-dentista no Ambulatório de Saúde Bucal do Centro de Referência Treinamento DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CRT-DST/AIDS-SP) no período de 2001 - 2015. Atualmente desenvolve estudos na área de itinerários de cuidado em saúde, tecnologias de cuidado, interculturalidade, entre outros temas das ciências sociais e humanas em saúde. É mãe, esposa, filha, ama cinema, música e esportes. Adora viajar, cozinhar, reunir amigos e falar sobre a vida, a cultura, as políticas de saúde, os territórios sociais e afetivos que constituem todas as pessoas, singular e coletivamente.



**ISADORA LUANA FLORES, DDS, MSc, PhD**

Isadora Luana Flores é graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Pelotas (FO/UFPel) no ano de 2010. Mestra em Estomatopatologia (Área de concentração Estomatologia) pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba (2013) e Doutora em Estomatopatologia (Área de concentração Patologia) pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba (2014). Especialista em Patologia Bucal pelo Conselho Federal de Odontologia (2014), pós-doutora em Diagnóstico Bucal pela FO/UFPel (2014-2015) e pós-doutora em Patologia Bucal pela FO/UFGM (2016/2017). Atuou como docente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pelotas na área de Diagnóstico Bucal (PPGO-UFPel/CAPES 6) no período de 2014-2015. Também atuou como docente do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Avançado de Governador Valadares (UFJF/GV) nas áreas de Semiologia Odontológica, Propedêutica Clínica e Patologia Maxilofacial no período de 2015-2017. Desde 2017, é docente adjunta junto a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na área de Estomatologia e Patologia Bucal. Atualmente é acadêmica de Medicina na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Desenvolve pesquisa na área de Odontologia com ênfase em diagnóstico estomatológico e histopatológico de patologias do complexo bucomaxilofacial. Paixão por aprender, a busca por desafios e a superação de obstáculos são motivações na sua trajetória de vida.



A todos (as) os (as) acadêmicos (as) de Odontologia compartilhamos um pouco do entusiasmo pelo estudo da Semiologia, em sua mais ampla perspectiva.

Aos professores que inspiraram à carreira docente, aos colegas docentes que defendem a universidade pública, gratuita e de excelência, que militam pela ciência e pela humanidade na Odontologia.

# AGRADECIMENTO ESPECIAL

## **AOS (AS) COLEGAS REVISORES (AS)**

**Profa. Dra. Ana Paula Neutzling Gomes**

**Profa. Dra. Adriana Etges**

**Profa. Dra. Catalina Riera Costa**

**Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy**

**Profa. Dra. Lara Maria Inocentini Ramos**

**Profa. Dra. Rose Mara Ortega**

**Prof. Dr. Thiago de Oliveira Gamba**

**(Por meio de seus olhares minuciosos enriqueceram a qualidade dessa obra)**

Às acadêmicas de graduação em Odontologia

**Caroline Roesch Mayer**

**Sheila Aiolfi Titton**

**(Por meio da colaboração construtiva transmitiram os anseios semiológicos dos estudantes de Odontologia)**

À colega professora **Camila Mello dos Santos**, pela disponibilidade em ajudar na revisão do material produzido

# SUMÁRIO

- 16 **CAPÍTULO 1**  
TERMINOLOGIA EM SEMIOLOGIA ODONTOLÓGICA
- 23 **CAPÍTULO 2**  
LESÕES FUNDAMENTAIS DA MUCOSA BUCAL
- 32 **CAPÍTULO 3**  
CASO 1
- 41 **CAPÍTULO 4**  
CASO 2
- 49 **CAPÍTULO 5**  
CASO 3
- 57 **CAPÍTULO 6**  
CASO 4
- 67 **CAPÍTULO 7**  
CASO 5
- 78 **CAPÍTULO 8**  
CASO 6
- 94 **CAPÍTULO 9**  
CASO 7
- 112 **CAPÍTULO 10**  
CASO 8
- 130 **CAPÍTULO 11**  
CASO 9

- 143** **CAPÍTULO 12**  
CASO 10
- 158** **CAPÍTULO 13**  
CASO 11
- 168** **CAPÍTULO 14**  
CASO 12
- 179** **CAPÍTULO 15**  
MANOBRAS SEMIOTÉCNICAS
- 185** **CAPÍTULO 16**  
DIAGNÓSTICO, MANEJO E PROGNÓSTICO EM  
ODONTOLOGIA: O PAPEL DA SEMIOLOGIA
- 191** ANEXO

# CAPÍTULO 1

## TERMINOLOGIA EM SEMIOLOGIA ODONTOLÓGICA

ISADORA LUANA FLORES<sup>2</sup>

### OBJETIVOS

- Compreender a importância da Semiologia na Odontologia
- Compreender os conceitos básicos no campo da Semiologia
- Contextualizar os conceitos através de exemplos da prática clínica
- Perceber a importância da Semiografia correta e aplicabilidade da terminologia na comunicação interdisciplinar

A utilização de terminologia adequada em qualquer área do conhecimento é crucial para a padronização da linguagem entre os profissionais. A Semiologia é originalmente um campo da Medicina voltada ao estudo dos sinais e sintomas das doenças compreendendo a anamnese e o exame físico. Baseado nisso, a semiologia odontológica segue os mesmos preceitos, embora com alguns aspectos específicos para a ciência odontológica, foco principal dessa obra. Isso se dá devido à diversidade de patologias que podem acometer primariamente ou secundariamente à cavidade oral e estruturas anatômicas relacionadas da região de cabeça e pescoço.

Cabe salientar também que dentro do âmbito da terminologia em semiologia odontológica a necessidade do ensino e exercício de tais termos devem ser iniciados na graduação para facilitar a atuação dos futuros cirurgiões-dentistas tanto na descrição correta dos achados do exame clínico de seus pacientes em ambientes estritamente odontológicos quanto para atuação multiprofissional com outros profissionais da área médica e afins, atualmente tão estimulada e considerada o futuro da prática odontológica.

<sup>2</sup> Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



Além disso, como a primeira disciplina clínica, o acadêmico terá o contato inicial com a sistemática do exame clínico sendo a Semiologia Odontológica considerada a disciplina de ligação entre o ciclo básico e o clínico servindo de base para as futuras disciplinas de Estomatologia e Patologia Oral. Logo, a aplicabilidade de termos semiológicos básicos surge como uma dinâmica na rotina clínica. Felizmente, tais termos apresentam ampla e difundida utilização.

Alguns exemplos de terminologia amplamente utilizada na prática clínica, incluindo a Odontologia, são os seguintes:

- SEMIOLOGIA: Semeion (do grego) = SINAL + Logos = ESTUDO, CIÊNCIA.
- SEMIOGÊNESE: Estudo dos mecanismos formadores dos sinais e sintomas (Etiopatogenia).
- SEMIOTÉCNICA: Técnica baseada nos sentidos naturais do indivíduo para a pesquisa dos sinais e sintomas. Ex.: Inspeção, palpação, olfação, auscultação.
- PROPEDEÚTICA CLÍNICA: Análise e interpretação dos dados coletados pela semiotécnica agregando valor clínico para alcançar o diagnóstico, prever o prognóstico e estabelecer o tratamento.
- SEMIOGRAFIA: Registro das informações obtidas no exame clínico com nomenclatura adequada no prontuário do paciente.
- SINAL: Do latim “signalis”. Manifestação objetiva de uma condição que pode ser percebida pelo profissional através de seus sentidos naturais. Ex.: Abaulamento da cortical óssea vestibular da mandíbula, nódulo submucoso na mucosa jugal.
- SINTOMA: Do grego “sympitien”. Manifestação subjetiva de uma condição percebida pelo paciente e relatada ao profissional. Ex.: Prostração, ardência bucal.
- ETIOLOGIA: Refere-se à causa. Pode ser por exemplo, vírus, fungo, bactéria, hereditária, trauma, autoimune, idiopática (desconhecida).
- PATÓGENO: Elemento capaz de produzir doenças.
- PATOGENIA: Estudo do mecanismo pelo qual se desenvolvem as moléstias.
- ETIOPATOGENIA: Estudo da etiologia e os mecanismos decorrentes do desenvolvimento da doença.



- **QUADRO CLÍNICO:** Conjunto de sinais e sintomas apresentados por uma doença. Ex.: Bolhas e úlceras bucais dolorosas no penfigoide das membranas mucosas.
- **EXAME CLÍNICO:** Anamnese seguido pelo exame físico geral, extraoral e intraoral.
- **EXAME COMPLEMENTAR:** Qualquer modalidade de exame solicitado adicionalmente para completar os achados do exame clínico. Ex.: Imaginológico, sorológico, bioquímico, cirúrgico (biópsias).
- **ANAMNESE:** ANA = trazer de volta, recordar + MNESE = Memória. Consiste na história da doença relatada pelo paciente incluindo sinais, sintomas, tempo de evolução e possíveis tratamentos já realizados.
- **EXAME FÍSICO:** Avaliação detalhada das áreas anatômicas em questão voltada para a observação de sinais e confirmação de sintomas.
- **PRODRÔMICO:** Sinal e/ou sintoma que precede uma doença podendo ou não ser exclusivos de uma condição. Ex.: Febre e prostração nas infecções virais.
- **PATOGNOMÔNICO:** Sinal e/ou sintoma característicos e exclusivos de uma doença. Ex.: Manchas de Koplick no sarampo, dentes de Hutchinson na sífilis congênita.
- **SÍNDROME:** Estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas, podendo ser produzido por mais de uma causa.
- **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** Possibilidade de diagnóstico de uma condição baseada nos achados do exame clínico.
- **CRITÉRIO DIAGNÓSTICO:** Conjunto de sinais e sintomas necessários para o diagnóstico clínico de determinada condição.
- **DIAGNÓSTICO:** Determinação de uma doença orientada pelos achados do exame clínico podendo ou não, ser confirmado pelo (s) achado (s) do (s) exame (s) complementar (es).
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Condições distintas com achados clínicos (sinais e/ou sintomas) semelhantes quando comparadas entre si. Os sinais e sintomas obtidos no exame clínico e anamnese podem ser comuns a várias doenças e o emprego de exames complementares se faz necessário.
- **PROGNÓSTICO:** É a previsão do curso provável de uma doença. Prevê a evolução e o término das doenças, avalia as desordens



que persistem e que são determinadas pelos processos mórbidos. Depende do tipo de doença, do estado anatômico e funcional, da efetividade da terapêutica disponível, das condições gerais e psíquicas do paciente.

- **TRATAMENTO:** Abordagem terapêutica definida pelo prognóstico voltada a eliminar o agente etiológico e combatendo sinais e/ou sintomas. Efetivo: combate a causa. Ex: antibioticoterapia. Sintomático: visa a eliminação dos efeitos. Suporte: visa melhorar as condições gerais do paciente.
- **ACOMPANHAMENTO CLÍNICO:** Seguimento clínico por um período de tempo após a conclusão do tratamento. A solicitação de exame (s) complementar (es) pode ser necessário.
- Finalmente, baseado em conceitos prévios de autores importantes da área, é possível revisar o conceito de Semiologia com ênfase para a Odontologia, definindo como o campo de estudo do exame clínico minucioso da cavidade oral e das estruturas associadas voltado para o diagnóstico de patologias do complexo bucomaxilofacial.

## QUESTÕES PARA ESTUDO DIRIGIDO:

### 1. Como os sentidos naturais do ser humano podem ser usados como ferramentas semiológicas?

Os sentidos naturais do ser humano são: visão, audição, olfato, tato e paladar. A visão pode ser usada como ferramenta semiológica no exame físico para a inspeção visual de possíveis alterações extra e intrabucais. A audição, por sua vez, é utilizada desde o início da consulta, no momento em que se realiza a etapa do exame clínico definida como anamnese. Também, é usada na ausculta e monitoramento de sinais vitais e nos testes de percussão. O olfato permite inspecionar possíveis alterações de odores, como em casos de necrose pulpar, inflamação e necrose nos tecidos moles. O tato é utilizado na manobra semiotécnica de palpação, permitindo



identificar o tamanho, a mobilidade, expansão de corticais ósseas e a consistência das lesões. Além disso, é usado no exame de percussão. Por fim, o paladar não é utilizado como ferramenta semiológica direta; entretanto, pode estar relacionado aos relatos do paciente de alterações nesse sentido natural.

**2. Baseado na definição de sinal e sintoma correlacione com os achados da infecção herpética primária.**

O sinal representa as manifestações objetivas que podem ser vistas clinicamente pelo profissional de saúde durante o exame físico. Já os sintomas se referem às manifestações subjetivas relatadas pelo paciente durante a anamnese, nem sempre sendo possível a identificação pelo profissional.

Na infecção herpética primária, os sinais se referem às lesões da gengivoestomatite herpética primária com úlceras gengivais, além do envolvimento de outras regiões da cavidade bucal. Já os sintomas incluem, por exemplo, a sintomatologia dolorosa, a linfadenopatia, a prostração e a cefaleia.

**3. O prognóstico de uma doença pode ser modificado pelo tratamento instituído. Disserte e exemplifique.**

O prognóstico se refere ao curso provável de uma doença. O diagnóstico e o planejamento terapêutico desenvolvido pelo profissional com base no diagnóstico final de cada condição clínica pode alterar o prognóstico do paciente. Por exemplo, em se tratando de um carcinoma espinocelular que afeta a cavidade bucal, o diagnóstico e tratamento adequado de lesões em estágio clínico I (sem metástase regional e/ou à distância) corroboram com aumento na sobrevivência e, conseqüentemente, melhor um prognóstico do paciente.

- 4. O diagnóstico diferencial é determinado pela apresentação clínica de uma condição. Dê exemplos de patologias orais que são consideradas diagnósticos diferenciais.**

Quando as lesões são clinicamente semelhantes e o alcance do diagnóstico final só pode ser alcançado por meio de exames complementares, diagnósticos clínicos diferenciais prévios são fundamentais para uma conduta adequada. Por exemplo, as neoplasias mesenquimais benignas, tais como, neurofibroma e neurilemoma, podem ser consideradas diagnósticos clínicos diferenciais, pois são entidades que comumente se apresentam como nódulos submucosos recobertos por mucosa íntegra, assintomáticos com tempo de evolução desconhecido. Os achados microscópicos característicos de cada lesão são norteadores do diagnóstico final.

- 5. Diferencie o termo prodrômico do termo patognomônico. Exemplifique.**

O termo prodrômico se refere ao conjunto de sinais e sintomas inespecíficos que antecedem o aparecimento de uma doença. No caso das lesões do herpes simples recorrente peribucal, os sinais prodrômicos de vermelhidão e os sintomas de prurido e pontadas ocorrem até 24 horas antes do aparecimento das lesões. A identificação desse período permite o início do tratamento culminado em menor número, tamanho e duração das lesões.

O termo patognomônico, por sua vez, diz respeito ao conjunto de sinais e sintomas característicos de uma doença, representando achados típicos para o diagnóstico final de uma entidade. Os dentes de Hutchinson são exemplos de sinais patognomônicos da sífilis congênita.

## REFERÊNCIAS

NEVILLE. **Patologia oral, maxilofacial**. 4. ed. São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2016.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 4. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2001.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

TOMMASI, F. A. **Diagnóstico em patologia bucal**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1989.

SOOK-BIN, WOO. **Oral pathology: a comprehensive atlas and text**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

## CAPÍTULO 2

# LESÕES FUNDAMENTAIS DA MUCOSA BUCAL

ANDREIA BUFALINO<sup>3</sup>

Diferentes alterações patológicas podem afetar a mucosa bucal de modo muito semelhante, embora existam diferenças em suas etiologias e patogênese. Portanto, para se fazer um diagnóstico diferencial adequado e ampliar a oportunidade de acerto do diagnóstico final, torna-se imprescindível o agrupamento de diferentes processos patológicos a partir de lesões elementares. Assim, define-se lesão elementar ou fundamental como uma alteração morfológica que pode ocorrer na pele ou mucosa bucal, resultando em características clínicas que combinadas a um quadro clínico específico definem um diagnóstico. Além disto, a definição da lesão fundamental deve estar acompanhada de detalhes clínicos como tamanho, número, cor, formato, superfície ou leito, base ou implantação, bordas, mobilidade e consistência da lesão a ser descrita.

Adicionalmente, deve-se destacar a importância da aplicação do conceito de lesão fundamental na comunicação entre profissionais; por exemplo, a descrição fiel e detalhada de um processo patológico deve ser encaminhada juntamente com um material que foi biopsiado. Este processo de descrição da lesão fundamental servirá de auxílio para o patologista que irá avaliar o material recebido, lembrando que na maioria das vezes este profissional não terá acesso ao paciente ou a imagem clínica da lesão. Fica claro então, a importância de uma padronização da descrição dos processos patológicos para que a comunicação entre profissionais se torne possível.

Na área da dermatologia o conceito de lesão fundamental é aplicado amplamente, mas a mucosa bucal apresenta algumas diferenças estruturais em relação a pele que exigem adequação deste conceito para a estomatologia. Este capítulo fornece algumas orientações para executar o processo de descrição de uma lesão em mucosa bucal, baseado no reconhecimento das lesões fundamentais e seus detalhes clínicos. Portanto, as lesões fundamentais podem ser agrupadas como se segue:

---

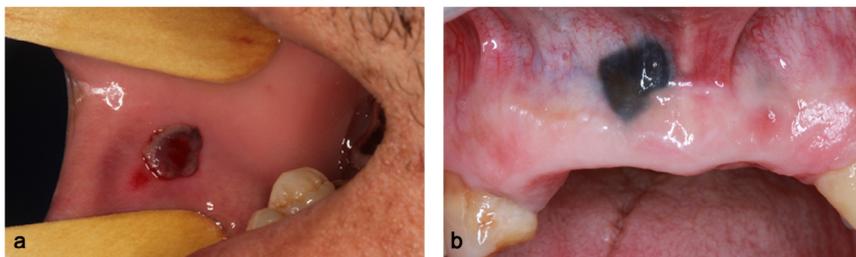
3 Professora Assistente Doutora, Departamento de Diagnóstico e Cirurgia, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.



## MANCHA OU MÁCULA

Caracteriza-se por uma área focal ou difusa com alteração de coloração recoberta por mucosa íntegra sem elevação ou depressão em relação aos tecidos circunjacentes. Estas lesões podem se apresentar como hipocrômicas quando existe redução ou ausência de pigmento, sendo facilmente exemplificadas por lesões orais em vermelhão dos lábios produzidas pelo vitiligo, por exemplo. Contudo, as apresentações hiperocrômicas que se manifestam na cavidade bucal são mais frequentes e resultam da deposição de pigmentos endógenos (melanina, bilirrubina ou hemossiderina) ou exógenos (bactérias e fungos cromófilos, metais ou tintas depositadas nos tecidos). A pigmentação melânica racial, mácula melanótica, nevo melanocítico, melanoma e algumas síndromes tais como, a neurofibromatose tipo I, síndrome de Peutz-Jeghers, doença de Addison, síndrome McCune-Albright e outras são exemplos de processos patológicos que ocorrem na cavidade bucal e produzem máculas e/ou manchas com colorações que variam do marrom ao negro. Por outro lado, os processos hemorrágicos resultantes de traumatismo, anormalidades em capilares ou deficiência em componentes e fatores de coagulação, são responsáveis pelo desenvolvimento de manchas de coloração roxa ou vermelha. Tais alterações podem receber nomenclaturas específicas como **petéquias** (alterações puntiformes) ou **equimoses** (alterações com tamanho maior que 1 cm de diâmetro), dependendo do tamanho apresentado (**Figura 1a**). Outras manchas encontradas com grande frequência na prática clínica, geralmente de coloração cinza-escuro ou negra, são as provocadas por partículas de amálgama retidas no interior da mucosa, denominadas de tatuagem por amálgama (**Figura 1b**).

Além disso, as manchas não apresentam somente variações de coloração, sendo necessário o fornecimento de detalhes clínicos como a forma, tamanho, número e distribuição ou localização para uma melhor elaboração das hipóteses diagnósticas. Interessantemente, embora a denominação de mácula ou mancha sejam consagradas na literatura científica no campo da semiologia e estomatologia, não existe um limite de tamanho para essas lesões fundamentais. A presente obra sugere para facilitar o aprendizado e memorização dos acadêmicos de Odontologia, bem como dos profissionais de forma geral, o tamanho de até 3 mm para mácula sendo que todas as lesões maiores que 3 mm possam ser denominadas como manchas. Logo, baseado nesse conceito, as efélides, alguns exemplos de máculas melanóticas orais e petéquias hemorrágicas podem ser descritas como mácula. Por outro lado, alguns exemplos de nevos melanocíticos adquiridos, melanoacantomas e pigmentação medicamentosa podem ser denominadas manchas.



**Figura 1 – A**, Equimose na mucosa jugal direita de um paciente com trombocitopenia. Observe nesse caso a presença concomitante de uma bolha achatada pelo rompimento. **B**, Mancha hipercrômica enegrecida em rebordo alveolar e fundo de vestibulo anterior superior provocada pela implantação de amálgama dental (tatuagem por amálgama).

## PLACA

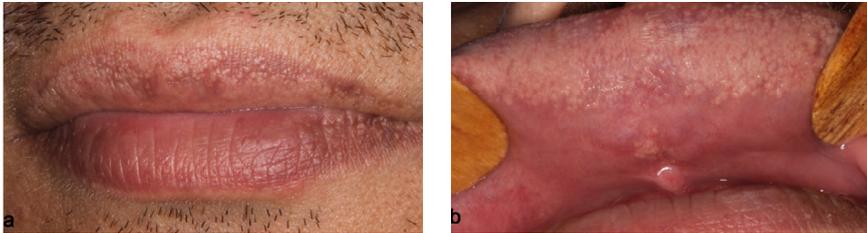
São alterações morfológicas caracterizadas por elevações da mucosa em relação ao tecido normal, porém com altura inferior em relação à extensão da lesão. A superfície de uma placa pode se apresentar lisa, rugosa, verrucosa, fissurada ou com combinações desses aspectos, sendo geralmente de coloração branca. Na cavidade bucal, as lesões mais clássicas que se apresentam como placa são a leucoplasia, ceratose friccional e algumas formas clínicas de líquen plano (**Figura 2**). Outros processos patológicos, como a candidose pseudomembranosa, podem se apresentar clinicamente como placas, porém facilmente removíveis à raspagem.



**Figura 2 –** Placa branca espessa de superfície aveludada localizada em borda lateral esquerda de língua em um paciente com diagnóstico de leucoplasia oral.

## PÁPULA

As pápulas representam pequenas lesões sólidas, circunscritas e elevadas em relação aos tecidos circunjacentes com diâmetro que não ultrapassa 5 mm. As pápulas podem apresentar variações no número (únicas ou múltiplas), na superfície (lisa ou rugosa), forma (arredondada ou ovalada) e coloração. Na cavidade bucal, o exemplo mais comum de pápula são os grânulos de Fordyce que se apresentam como múltiplas pápulas amareladas ou branco-amareladas, com superfície lisa, e geralmente localizadas em mucosa jugal, mucosa labial e vermelhão do lábio (**Figura 3a-b**).



**Figura 3 – A,** Pápulas amareladas múltiplas no vermelhão de lábio compatível com grânulos de Fordyce. **B,** Extensão das pápulas para a mucosa labial superior do mesmo paciente da imagem anterior.

## NÓDULO

São lesões elevadas em relação aos tecidos circunjacentes, cujo diâmetro é maior que 5 mm e podem apresentar localização superficial ou profunda a depender do tecido de origem. Lesões nodulares geralmente se apresentam como lesões únicas de coloração, superfície e base de implantação variadas. A base de implantação de um nódulo pode ser descrita como pedunculado, quando seu maior diâmetro é superior ao da base, ou sésil, quando o diâmetro da base é maior (**Figura 4a-b**). Cabe salientar que a descrição sobre a implantação é realizada somente para as lesões superficiais. Diversos processos patológicos da mucosa bucal apresentam-se clinicamente como nódulos superficiais, sendo os mais comuns as lesões reacionais (fibroma, granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico e lesão periférica de células gigantes), papilomas e condilomas acuminados. Outras lesões nodulares, geralmente originadas do tecido conjuntivo, revelam uma localização mais profunda quando localizadas na mucosa jugal, mucosa labial, assoalho bucal ou

língua, podendo ser descritas como nódulos submucosos. Alguns exemplos são os tumores mesenquimais benignos, tais como lipomas e neurilemomas e as neoplasias benignas e malignas de glândulas salivares menores (**Figura 4c**) que podem atingir grandes tamanhos. Outro exemplo interessante são as mucocelos, que podem ser lesões superficiais ou submucosas de coloração translúcida sendo consideradas uma das lesões mais frequentes da mucosa oral. Adicionalmente, dentro do exame físico, a manobra semiotécnica de palpação fornece informações importantes para a descrição de lesões nodulares, incluindo a mobilidade (móvel, semi-fixa ou fixa em relação aos tecidos circunjacentes) e consistência (macia, fibrosa ou pétrea). Lesões intraósseas que acometem os ossos maxilares, odontogênicas e não odontogênicas, também podem causar abaulamento das corticais podendo ser descritas clinicamente como aumento de volume nodulares.



**Figura 4 – A**, Nódulo pedunculado, pontiagudo de cor branca no dorso de língua, lado direito característico de papiloma escamoso. **B**, Nódulo sésil, superfície lisa e coloração semelhante a da mucosa circunjacente localizado na mucosa jugal esquerda compatível com fibroma. **C**, Nódulo submucoso revestido por mucosa íntegra na porção anterior do dorso de língua, lado direito provocado por uma neoplasia benigna neural (neurilemoma).

## VESÍCULA E BOLHA

São elevações do epitélio com conteúdo líquido e que podem estar íntegras ou rompidas, deixando uma área de epitélio desnuda. Estas duas lesões se diferem unicamente no seu tamanho, considerando-se vesículas as lesões que não ultrapassam 3 mm no seu maior diâmetro e bolhas as lesões maiores que 3 mm (**Figura 5a**). Estas alterações apresentam superfície lisa, consistência macia e são facilmente rompidas pela ação mastigatória, sendo por esta razão difícil a sua identificação na mucosa bucal (**Figura 5b**). Além disto, algumas vesículas podem estar preenchidas por exsudato purulento e recebem a nomenclatura específica de **pústula**. As lesões do herpes simples recorrente (fase inicial da evolução), pênfigo vulgar, pênfigoide das membranas mucosas e queimaduras térmicas são os exemplos mais comuns deste grupo de alterações.



**Figura 5 – A,** Múltiplas vesículas preenchidas por líquido no vermelhão de lábio e região perioral características do herpes labial recorrente em fase inicial, nota-se também a presença de pequenas úlceras recoberta por crostas e uma bolha em região de filtro labial. **B,** Bolha rompida em gengiva inserida superior anterior bilateralmente de um paciente com diagnóstico de penfigoide das membranas mucosas.

## EROSÃO

São alterações morfológicas resultantes da perda parcial do epitélio sem exposição do tecido conjuntivo subjacente resultando em uma mucosa que se torna fina e de aparência frágil. Como resultado de um epitélio de espessura reduzida, estas lesões apresentam caracteristicamente um aspecto de vermelhidão. Os processos patológicos que melhor caracterizam este grupo de lesões são as formas erosivas do líquen plano na sua forma erosiva, eritema migratório benigno e glossite atrófica (**Figura 6**).



**Figura 6 –** Áreas erosivas, distribuídas em dorso de língua e com tendência pelo envolvimento da região lateral, revelando as características clássicas do eritema migratório benigno. Observe a presença da variação da normalidade denominada língua fissurada.

## ÚLCERA OU ULCERAÇÃO

Grupo de lesões que se desenvolve a partir da perda do epitélio de superfície com exposição do tecido conjuntivo subjacente. Alguns autores fazem a distinção entre úlcera e ulceração, baseada no seu tempo de evolução. Enquanto outros consideram estas lesões como decorrentes da evolução de lesões primárias como bolhas e vesículas. Neste capítulo, por considerarmos que outros aspectos clínicos são mais importantes na formulação da hipótese diagnóstica, as nomenclaturas úlcera e ulceração são utilizadas como sinônimos. Desta forma, a descrição minuciosa de detalhes clínicos com a localização, forma, tamanho, conformação das bordas (elevada, rasa ou apresentando halo eritematoso), aspecto do leito ou região central da lesão (presença de exsudato purulento ou pseudomembrana, crosta ou sangramento), consistência à palpação, sintomatologia dolorosa associada, número de lesões, fenômenos associados (outras lesões associadas ou linfadenopatia), duração, ocorrência de fenômenos prévios e história de episódios anteriores; são fundamentais na elaboração das hipóteses diagnósticas (**Figura 7a-c**). Deve-se notar que úlceras com leito recoberto por crosta são resultantes do ressecamento de conteúdo líquido e não são observadas no interior da cavidade bucal, sendo exclusivamente identificadas em vermelhão de lábio. Ulcerações recobertas por crosta podem ser observadas na fase final do herpes simples em vermelhão de lábio.

Por outro lado, úlceras intra-buciais irão apresentar leito recoberto por pseudomembrana (falsa membrana que se forma superficialmente, em mucosas, a partir de exsudato fibrinopurulento) ou sangrante. Além disto, a nomenclatura de **fissura** pode ser aplicada diante da perda linear e estreita do epitélio em áreas de pregas e dobras, como se observa na queilite angular (candidose que se desenvolve na região de comissura labial) ou língua fissurada (**Figura 7c**).

Outros exemplos de úlceras e ulcerações encontradas na cavidade bucal são o carcinoma espinocelular, a ulceração aftosa recorrente, lesões bucais da paracoccidiodomicose, ulceração traumática e outras.



**Figura 7** – **A**, Úlcera única de bordas rasas, leito amarelado e forma arredondada em dorso de língua lado esquerdo caracterizando uma ulceração aftosa recorrente. **B**, Úlcera única de forma circular, bordas elevadas, leito recoberto por crosta e necrose provocado por um carcinoma espinocelular em vermelhão de lábio inferior. **C**, Fissuras múltiplas e extensas envolvendo toda a superfície dorsal da língua (língua fissurada).

Neste capítulo foram descritas as lesões fundamentais possíveis de serem encontradas na cavidade bucal e que são a primeiro aspecto a ser considerado na descrição de uma variação da normalidade ou lesão suspeita. Assim, o cirurgião-dentista deve estar ciente de que o conhecimento e aplicação destes conceitos é indispensável para o processo de elaboração de diagnósticos diferenciais e alcance do correto diagnóstico final. Cabe salientar que algumas condições que acometem a mucosa bucal não se apresentam clinicamente com o aspecto clássico das diferentes lesões fundamentais. Nesses casos, a descrição deve se aproximar ao máximo dentro das possibilidades de lesões elementares existentes na literatura.

## REFERÊNCIAS

GRINSPAN, D. **Enfermedades de la Boca**. Buenos Aires: Mundi, 1970.

NEVILLE. **Patologia oral, maxilofacial**. 4. ed. São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2016.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 4. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2001.

SAMPAIO, S. A. P. **Dermatologia básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

TOMMASI, F. A. **Diagnóstico em patologia bucal**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1989.

Todas as imagens utilizadas neste capítulo foram cedidas gentilmente pelo Serviço de Medicina Bucal da Faculdade de Odontologia - UNESP Araraquara.

## CAPÍTULO 3

### CASO 1

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Sérgio tem 28 anos e mora no bairro Serra Azul. Sérgio é um rapaz tímido, conversa pouco com os colegas de trabalho e sempre teve poucos amigos. Sua infância foi marcada por muitas brigas na família, o pai era violento e muitas vezes agredia sua mãe e o irmão mais velho. Sérgio foi morar com a avó aos 11 anos; nunca mais teve notícias de seu pai, e a mãe casou-se com outro homem e mora no Paraná. Igor, o irmão mais velho, mora no mesmo bairro, mas os dois não se encontram com frequência. Sérgio desconfia que Igor trabalhe para o tráfico de drogas, pois ele já esteve preso e não tem um trabalho fixo, mas este não é um assunto que possa ser falado na casa da avó. Sérgio trabalha como garçom em uma churrascaria renomada na zona sul da capital, muitas vezes no turno da noite (das 19hs até 02hs). A churrascaria oferece um alojamento para os garçons dormirem se desejarem, porque muitas vezes o trem já encerrou as operações quando o último cliente sai e o pessoal da limpeza começa a organizar e limpar o salão.

Há mais ou menos dois meses atrás, Sérgio se envolveu sexualmente com um colega de trabalho, e por algumas vezes praticaram sexo oral sem uso de preservativo. Sérgio contou esta parte da sua história para o médico da equipe de saúde da família que o atendeu. O Dr. Azevedo é médico na Unidade de Saúde do bairro Serra Azul há quatro anos e costuma ter um bom vínculo com os usuários, além de conhecer as famílias e muitos problemas e adoecimentos no território. Sérgio está muito preocupado com uma ferida que surgiu em sua boca. Ele notou que seu lábio inchou e que uma ferida apareceu, mas sem dor. Sérgio demorou para procurar atendimento, pois estava com temor de que pudesse ser algo ruim, talvez um câncer. Ele acha que já está com a lesão por volta de três semanas e não recorda a ocorrência de trauma no local. Esta foi a primeira vez que o Dr. Azevedo atendeu o Sérgio e, após ouvir com atenção a história do paciente, fez o encaminhamento para avaliação das lesões bucais à cirurgiã-dentista da equipe, a Dra. Catarina.

---

**AUTORIA:**

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.





QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Dra. Catarina realizou uma nova anamnese a fim de conhecer o paciente e compreender o caso. O paciente não relata uso de medicamentos contínuos, entretanto fez uso de aciclovir pomada sobre a lesão por 3 dias sem melhora. Também, relatou não ter nenhum problema de saúde, embora tenha realizado uma apendicectomia há 2 anos. Em relação aos seus hábitos, ingere bebida alcoólica (cerveja) socialmente aos fins de semana e não fuma.

Ao exame físico extrabucal regional, foi observado um quadro de linfadenopatia bilateral na cadeia submandibular. Os linfonodos apresentavam consistência fibroelástica com discreta sintomatologia dolorosa associada, indicando a presença de um quadro inflamatório. Por sua vez, um nódulo úlcero-crostoso de coloração avermelhada foi observado no vermelhão do lábio inferior no lado esquerdo sendo considerado a queixa principal. Não foram observadas lesões na mucosa intrabucal.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Úlcera traumática;
- Injúria térmica;
- Herpes labial recorrente;
- Sífilis primária.
- Com base nos dados coletados no exame clínico, a Dra. Catarina solicitou exames complementares sorológicos (VDRL e FTA-abs). Considerando a suspeita de DST, solicitou também anti-HIV.

---

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## RESULTADOS

EXAME	RESULTADO	VALORES DE REFERÊNCIA
FTA-abs		Não Reagente: < 0,90
IgM reagente	1,51 - Reagente	Indeterminado: 0,90 - 1,10
IgG não reagente		Reagente: > 1,10
VDRL	1/8	Não Reagente
		Reagente (Positivo)
Anti-HIV	Não reagente	Não reagente (Negativo)
		Indeterminado

## DIAGNÓSTICO FINAL

Sífilis primária.

Diante do diagnóstico final, o paciente foi referenciado ao médico infectologista para notificação epidemiológica e tratamento.

## QUESTIONÁRIO

1. Qual é a apresentação clínica de uma lesão de sífilis primária?
2. Qual é o sítio bucal mais acometido em pacientes do sexo masculino?
3. Após a exposição inicial, qual é o tempo para a lesão tornar-se evidente?
4. Como o diagnóstico de sífilis pode ser realizado?
5. Como é feita a interpretação dos exames sorológicos para o alcance do diagnóstico da sífilis?

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## HIPERLINKS

### **Queixa principal:**

“Lábio inchou e que uma ferida apareceu, mas sem dor.”

### **História da doença atual:**

Lesão com tempo de evolução de três semanas, sem ocorrência de trauma local com uso prévio de Aciclovir pomada por 3 dias sem melhora.

### **Úlcera traumática:**

Injúria física em decorrência de traumas mecânicos, podendo ser de natureza aguda ou crônica. Clinicamente, apresenta-se como uma úlcera com grau variável de sintomatologia dolorosa e com tempo de evolução de alguns dias a poucas semanas, exceto em caso de persistência do agente traumático.

### **Injúria térmica:**

O trauma térmico nos tecidos orais resulta com mais frequência do contato com substâncias de alta temperatura, mas pode também resultar de temperaturas extremamente baixas. Clinicamente, apresenta-se como uma lesão eritematosa, com superfície erosiva ou ulcerada, que pode ser dolorosa.

### **Herpes labial recorrente:**

Doença viral causada pelo vírus do herpes simples (HSV-1 ou HSV-2) após a reativação viral. Após a infecção primária, o vírus reside nos gânglios sensoriais (terminações nervosas) de forma latente. Com a reativação, o HSV migra dos gânglios para o epitélio, geralmente a camada externa da pele dos lábios ou boca, causando herpes simples recorrente. O HSV afeta os lábios, com o terço externo do lábio inferior sendo mais frequentemente afetado. Intraoralmente, as lesões de herpes recorrente afetam principalmente as mucosas ceratinizadas da gengiva e do palato duro.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



Clinicamente, a lesão se apresenta na forma de várias vesículas agrupadas que evoluem para ulcerações crostosas. Tais lesões cicatrizam dentro de 5 a 15 dias.

### **Sífilis:**

Infecção bacteriana crônica causada pelo *Treponema pallidum* tendo como principais vias de transmissão, o contato sexual e da mãe para o feto. A infecção se desenvolve em três estágios, porém a disseminação ocorre apenas durante os dois primeiros estágios. A sífilis é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) de notificação epidemiológica obrigatória a qual pode haver a reinfecção. A segunda fase é conhecida como sífilis secundária, caracterizada por sintomas sistêmicos em geral, tais como prostração, mialgia e linfadenopatia. Lesões múltiplas denominadas como placas mucosas podem acometer a cavidade bucal com desconforto variável. Para o tratamento, a penicilina benzatina, por via intramuscular, em uma única dose (2,4 milhões de unidades) é o medicamento de eleição, exceto em pacientes alérgicos.

### **Sífilis primária:**

Caracterizada pelo cancro duro, desenvolve-se na área de inoculação da bactéria, e torna-se clinicamente evidente de 3 a 90 dias após a exposição inicial. Apenas em 4% dos casos as lesões aparecem na região bucal, sendo o lábio o sítio mais acometido. Caso a lesão inicial não seja tratada, ela cicatriza dentro de 3 a 8 semanas, e a infecção se dissemina através dos vasos linfáticos para progressão.

### **VDRL:**

Teste não treponêmico (Venereal Disease Research Laboratory) que identifica anticorpos não específicos para o *Treponema pallidum*, sendo mais sensível e menos específico que os testes treponêmicos, e usado para fazer o rastreamento da doença. Ele pode ser qualitativo, rotineiramente utilizado como teste de triagem para determinar se uma amostra é reagente ou não; ou quantitativo, utilizado para determinar o título dos anticorpos presentes nas amostras que tiveram resultado reagente no teste qualitativo e também para o monitoramento da resposta ao tratamento. A taxa do VDRL decresce com a cura do paciente, podendo aumentar os índices em caso de reinfecção.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

FTA-abs: Teste treponêmico específico (absorção de anticorpos treponêmicos fluorescentes) baseado em uma técnica de imunofluorescência indireta. Utiliza *Treponema pallidum* fixado em áreas demarcadas de lâminas de vidro em que são feitas as reações. Os resultados possíveis são: reagente, não reagente e inconclusivo. Esse teste é menos sensível, mas altamente específico; e uma vez positivo, ele poderá seguir sempre positivo, mesmo após a cura do paciente, denominada cicatriz sorológica. Lembrando que FTA-abs IgM reagente deve ser interpretado como paciente com infecção recente. Por sua vez, um resultado FTA-abs IgG reagente deve ser interpretado como paciente com infecção tardia.

### **Anti-HIV:**

Testes sorológicos solicitados para triagem e diagnóstico da infecção pelo HIV por meio de anticorpos anti-HIV produzidos após a exposição viral. Os testes podem ser classificados em testes de triagem (altamente sensíveis), tal como o ELISA e testes confirmatórios (altamente específicos), tais como a imunofluorescência indireta, imunoblot e Western blot.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## GABARITO

A sífilis primária é caracterizada pelo cancro, que se desenvolve na área de inoculação da bactéria (*Treponema pallidum*).

Em pacientes do sexo masculino, o sítio bucal mais comumente acometido é o lábio superior.

A lesão de sífilis primária se torna evidente clinicamente de 3 a 90 dias após a exposição inicial.

O diagnóstico deve ser realizado por meio de exames sorológicos (VDRL e FTA-abs). A biópsia, seguida pela análise microscópica, não é indicada pela inespecificidade dos achados histológicos.

VDRL reagente e FTA-abs reagente: sífilis ativa, sífilis latente ou sífilis tratada.

VDRL reagente e FTA-abs não reagente: improvável que seja sífilis. Detecção de outros Treponemas.

VDRL não reagente e FTA-abs reagente: pode significar sífilis primária ou sífilis tratada.

VDRL e FTA-abs não reagentes: sífilis descartada.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## REFERÊNCIAS

ALMAZROOA, S. A. et al. Characterization and management of ex-foliate cheilitis: a single-center experience. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiology**, St. Louis, vol. 116, no. 6, p. 485-489, 2013.

CHI, C. C. et al. Interventions for prevention of herpes simplex labialis (cold sores on the lips). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, no. 8, p. 1-169, Aug., 2015.

DE ANDRADE, R. S. et al. Oral findings in secondary syphilis. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirurgia Bucal**, Valencia, vol. 23, no. 2, p. 138-143, Mar. 2018.

FICARRA G., CARLOS R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. **Head and Neck Pathology**, Secaucus, vol. 3, no. 3, p. 195-206, Sept. 2009.

FITZPATRICK, S. G.; COHEN, D.M.; CLARK, A. N. Ulcerated lesions of the oral mucosa: clinical and histologic review. **Head and Neck Pathology**, Secaucus, vol. 13, no. 1, p. 91-102, Oct. 2019.

GALINDO-MORENO, P. et al. Multifocal oral melanoacanthoma and melanotic macula in a patient after dental implant surgery. **Journal of the American Dental Association**, Rome, vol. 142, no. 7, p. 817-824, July, 2011.

HOOK, E.W. Syphilis. **Lancet**, London, no. 389, p. 1550-1557, 2017.

LARSEN, S.A; STEINER B. M, RUDOLPH, A. H. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. **Clinical Microbiology Reviews**, Washington, vol. 8, no. 1, p. 1-21, Jan, 1995.

SCHUCH, L. F, et al. Forty cases of acquired oral syphilis and a review of the literature. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Copenhagen, vol. 48, no. 5, p. 635-43, May, 2019.

## CAPÍTULO 4

### CASO 2

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Joaquim tem andado cabisbaixo, diz Rosa, sua esposa, para o Dr. Azevedo. Joaquim tem 68 anos, é natural de Uruguaiana e casado com Rosa há 38 anos. Os três filhos moram em Porto Alegre, estão casados e levam uma vida tranquila. Rosa é mais falante e conta as travessuras dos netos com entusiasmo ao médico, enquanto Joaquim continua quieto e bastante contrariado por estar ali. Joaquim é um homem de poucas palavras, cresceu na fazenda e trabalha desde os 13 anos de idade. Raras vezes saiu do bairro Serra Azul, somente para visitar os netos quando nasceram. Divide-se entre os afazeres do quintal de casa (cultiva uma horta de orgânicos) e o jogo de bocha com os amigos nos finais de semana. Faz um mês que Rosa está implorando para o marido ver o que tem na boca. Joaquim sente desconforto na língua e queimação ao tomar chimarrão, cada dia come menos e perdeu o apetite pelo incômodo na boca. Faz uns 15 dias que uma febre baixa aparece ao entardecer, deixando Joaquim cansado e sem ânimo. Além disso, a tosse seca o acompanha já faz uns três ou quatro meses, desde o inverno, e não passou com xarope de guaco, tendo evoluído para uma tosse produtiva na última semana. Joaquim nunca fumou, sempre teve uma saúde de ferro. Dr. Azevedo escuta a história contada por Rosa e pergunta para Joaquim:

– É isso mesmo Joaquim? Queria ouvir do senhor o que tem sentido...

Joaquim pigarreia e confirma com a cabeça e com a voz baixa e cansada:

– Sim Doutor, é isso mesmo que Rosa falou. Nem o churrasquinho do domingo me apetece. Me sinto cansado, mas o que está pior no momento é a ferida na língua que me incomoda. Queima com a água do mate, não sinto o gosto das comidas e acho que por isso estou mais magro.

Dr. Azevedo escuta com atenção e examina Joaquim. Ausculta coração e pulmões, afere pressão arterial e examina a boca. Ao ver a extensão da lesão, chama em sua sala a Dra. Catarina, cirurgiã-dentista da Unidade de Saúde.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.





QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Dra. Catarina, por sua vez, realizou uma nova anamnese a fim de obter mais informações. Antes de iniciar a consulta, Joaquim disse à dentista que está com dificuldade de higienizar a língua, devido ao incômodo que sente. Além disso, percebe que está, frequentemente, com mau hálito. Ele não relata fazer uso de medicamentos controlados; entretanto, relatou ter feito uso de paracetamol 750 mg (via oral), de 6 em 6 horas, por 5 dias, para amenizar o desconforto e a febre. Ele enfatizou que nunca teve problemas graves de saúde e nem realizou qualquer tipo de cirurgia. Ele não fuma e tem o hábito de beber, todas as noites, uma taça de vinho.

Ao exame físico extrabucal regional, foi observado um quadro de linfadenopatia bilateral na cadeia cervical. Os linfonodos eram palpáveis, móveis e de consistência elástica; apresentando discreto desconforto à palpação, que indica um quadro inflamatório crônico. Ao exame físico intrabucal, observou-se, na porção central do dorso da língua, a presença de uma extensa e profunda lesão ulcerada.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Tuberculose;
- Histoplasmose;
- Citomegalovírus.
- Com base no exame clínico e nas hipóteses diagnósticas, Dra. Catarina realizou biópsia incisional e encaminhou o espécime para exame histopatológico, além de solicitar um exame imaginológico de radiografia de tórax.

## RESULTADOS

O espécime demonstrou uma inflamação crônica granulomatosa, com a formação de granulomas com necrose caseosa central, circundados por um intenso infiltrado inflamatório. Houve a presença também de histiócitos epitelióides, linfócitos e células gigantes multinucleadas. Para a visualização do microrganismo, foi utilizada uma coloração especial (coloração de Ziehl-Neelsen). Na radiografia de tórax, o paciente apresenta doença ativa manifestada como nódulos centrolobulares em ambos os pulmões, especialmente à direita.

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## DIAGNÓSTICO FINAL

Tuberculose.

### QUESTIONÁRIO

1. Como a tuberculose primária pulmonar atinge a cavidade bucal como uma lesão secundária?
2. Diante do diagnóstico microscópico de tuberculose, qual a conduta do cirurgião-dentista?
3. Por que o câncer bucal não deve ser incluído como hipótese diagnóstica no caso estudado?
4. Manifestações bucais da tuberculose costumam ser raras? Existem fatores predisponentes para que elas ocorram? Se sim, quais são?

### HIPERLINKS

#### Queixa principal:

“Ferida na língua que me incomoda.”

#### História da doença atual:

Lesão com tempo de evolução de 1 mês, apresentando desconforto à ingestão de líquidos quentes e alimentos, com perda de apetite e emagrecimento progressivo. Febre por 15 dias, prostração e tosse seca por cerca de 4 meses com evolução para tosse produtiva há 1 semana. Uso prévio de xarope de guaco para tosse e paracetamol 750 mg para dor e febre por 5 dias, ambos sem melhora significativa e sem prescrição médica.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## **Tuberculose:**

Causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* sendo disseminada, na maioria dos casos, de pessoa para pessoa através de gotículas respiratórias no ar. A manifestação primária ocorre no sítio pulmonar, apresentando-se como nódulos fibrocalcificados. Nesses nódulos, alguns microrganismos podem permanecer vivos em estado de latência, levando a uma reativação em situações de imunossupressão e disseminação extrapulmonar.

Lesões bucais são incomuns (0,2 a 1,5% dos casos de infecção extrapulmonar pelo *M. tuberculosis*), mas normalmente manifestam-se em casos de tuberculose disseminada por meio do sistema hematogênico. Na maioria dos casos, as lesões aparecem como uma úlcera crônica indolor, podendo haver algum grau desconforto. A biópsia seguida pelo exame histopatológico permite o alcance do diagnóstico para na maioria dos casos de lesões na cavidade bucal. Entretanto, o exame microbiológico convencional (cultura de escarro) apresenta-se como o padrão ouro para o diagnóstico de tuberculose, além da combinação com o exame clínico, imaginológico e tuberculínico. A mutação e a resistência do microorganismo exige uma terapia medicamentosa com diversos agentes, como por exemplo, rifampicina, etionamida, etambutol e pirazinamida administrados por meses ou anos. Tal regime terapêutico prolongado resulta em uma desistência ao tratamento bastante elevada.

## **Histoplasmose:**

Doença fúngica profunda causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*. Usualmente, é assintomática afetando primariamente os pulmões. Em indivíduos saudáveis, a resolução pode ocorrer pelas próprias células do sistema imune, ou o fungo pode permanecer de forma latente no organismo. Já em pacientes imunocomprometidos, pode ocorrer a disseminação da infecção. As lesões bucais apresentam-se clinicamente como uma úlcera crônica solitária e geralmente indolor.

## **Citomegalovírus:**

O citomegalovírus é um membro da família do herpes vírus humano (HHV-5). Tal vírus permanece em estado de latência no organismo após uma infecção inicial e pode ser reativado quando há condições favoráveis no hospedeiro, como uma deficiência do sistema imune. A maioria dos casos acomete recém-nascidos e adultos imunossuprimidos. O envolvimento bucal apresenta-se como múltiplas úlceras crônicas nas mucosas, e a maioria das infecções são assintomáticas, podendo apresentar apenas incômodo ou desconforto.

---

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## GABARITO

A tuberculose primária costuma se apresentar como uma infecção pulmonar causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, passando muitas vezes despercebida pelo paciente. Nesta, há a formação de nódulos fibrocalcificados no sítio pulmonar. Os microrganismos podem permanecer em latência nesses nódulos, e serem reativados, comprometendo a defesa do hospedeiro e levando a um quadro de tuberculose secundária. Na tuberculose secundária, pode ocorrer a disseminação da infecção para a cavidade bucal por via hematogênica culminando com o aparecimento de lesões ulceradas crônicas

A conduta do cirurgião-dentista, é, primeiramente, fazer um diagnóstico correto da doença por meio do exame clínico e do exame complementar de biópsia, tendo em vista que ela afeta não somente o paciente, mas também a comunidade como um todo, já que pode ser transmitida de pessoa para pessoa. Após a conclusão do diagnóstico por meio do exame histopatológico, o encaminhamento para um médico pneumologista ou infectologista deve ser feito, para o correto tratamento e para a notificação epidemiológica do caso. O acompanhamento clínico do paciente pelo cirurgião-dentista torna-se relevante uma vez que a ocorrência de recidivas das lesões bucais pode sinalizar a descontinuidade do tratamento.

O carcinoma de células escamosas, mais conhecido como carcinoma espinocelular, deve ser incluído como um diagnóstico diferencial diante da suspeita clínica de tuberculose caso a lesão estivesse acometendo outro sítio anatômico da cavidade bucal. O dorso da língua é um sítio extremamente raro para o câncer bucal, por isso a hipótese foi descartada nesse caso. Em contrapartida, doenças infecciosas acometem comumente essa região apresentando-se como úlceras crônicas e solitárias.

As manifestações bucais da tuberculose apresentam baixa prevalência, representando 0,2 a 1,5% das infecções extrapulmonares causadas pelo *M. tuberculosis*. Entretanto, a imunossupressão pode ser considerada um fator predisponente.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## REFERÊNCIAS

AOUN, G., BERBERI, A. Prevalence of chronic erythematous candidiasis in lebanese denture wearers: a clinico-microbiological study. **Materia Socio-Medica**, Sarajevo, vol. 29, no. 1, p. 26-29, Mar. 2017.

AOUN, N.; EL-HAJJ, G.; EL TOUM, S. Oral ulcer: an uncommon site in primary tuberculosis. **Australian Dental Journal**, Sydney, vol. 60, no. 1, p. 119-122, Mar. 2015.

DE SOUZA, B. C.; DE LEMOS, V. M. A.; MUNERATO, M. C. Oral manifestation of tuberculosis: a case-report. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, vol. 20, no. 2, p. 210-213, Dec. 2015.

DHANRAJANI, P.; CROPLEY, P. Oral eosinophilic or traumatic ulcer: a case report and brief review. **National Journal of Maxillofacial Surgery**, India, vol. 6, no. 2, p. 237-240, July. 2015.

GRIFFITHS, P.; BARANIAK, I.; REEVES, M. The pathogenesis of human cytomegalovirus. **Journal of Pathology**, Edinburgh, vol. 235, no. 2, p. 288-297, Jan. 2015.

HARADA, K. et al. Cytomegalovirus oral ulcers in a patient with bullous pemphigoid. **Clinical and Experimental Dermatology**, Oxford, vol. 41, n. 6, p. 685-687, Aug. 2016.

LIMA, S. S. S., et al. Conventional and molecular techniques in the diagnosis of pulmonary tuberculosis: a comparative study. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, vol. 34, no. 12, p. 1056-1062, Dec. 2008.

LU, SY. Perception of iron deficiency from oral mucosa alterations that show a high prevalence of Candida infection. **Journal of the Formosan Medical Association**, Taipei, vol. 115, no. 8, p. 619-627, Aug. 2016.

MANGOLD, A. R.; TORGERSON, R. R.; ROGERS, R. S. Diseases of the tongue. **Clinics in Dermatology**, Philadelphia, vol. 34, no. 4, p. 458-469, Feb. 2016.

NEMEŞ, R. M. et al. Tuberculosis of the oral cavity. **Romanian Journal of Morphology and Embryology**, Bucuresti, vol. 56, no. 2, p. 521-525, Jun. 2015.

STAUDER, R., VALENT, P., THEURL, I. Anemia at older age: etiologies, clinical implications, and management. **Blood**, [S. l.], vol. 131, no. 5, p. 505-514, Feb. 2018.

SUN, S., et al. Biology of the tongue coating and its value in disease diagnosis. **Complementary Medicine Research**, Philadelphia, vol. 25, p. 191-197, 2018.

TELLES, D. R.; KARKI, N.; MARSHALL, M. W. Oral fungal infections: diagnosis and management. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, vol. 61, no. 2, p. 319-349, Apr. 2017.

THOMSON, P. J. Perspectives on oral squamous cell carcinoma prevention—proliferation, position, progression and prediction. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, Copenhagen, vol. 47, no. 9, p. 803-807, Oct. 2018.

WHEAT, L. J. et al. Histoplasmosis. **Infectious disease clinics of North America**, Philadelphia, vol. 30, no. 1, p. 207-227, Mar. 2016.

## CAPÍTULO 5

### CASO 3

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Dona Neide serviu o almoço para a família no domingo: macarrão com molho de tomate e carne moída; havia também uma salada de folhas verdes temperada com azeite e vinagre. Gabriel, o filho mais novo, de 9 anos, quase não tocou na comida. Dona Neide achou estranho, pois Gabriel é “bom de garfo” e geralmente come muito bem.

– “Que foi filho, está sem fome?” perguntou a mãe preocupada.

– “Nada mãe, meu lábio está com essas feridas. O molho queimou um pouco e perdi a fome...”

Gabriel passou o domingo indisposto com o lábio sensível e no final da tarde a mãe percebeu que algumas “feridas” estavam bem visíveis. Dona Neide medicou o menino com 35 gotas de Paracetamol 32 mg/mL e na manhã de segunda-feira levou o filho na UPA (Unidade de Pronto Atendimento).

Após a triagem (pressão aferida, medição de temperatura e oxigenação) com a equipe de enfermagem, Dona Neide relatou brevemente os sintomas de Gabriel e foram encaminhados para o consultório odontológico. Dra Catarina estava no plantão na unidade de pronto-atendimento e atendeu Gabriel. Ela perguntou sobre o quadro geral do dia anterior (no momento da consulta ele estava com 37,3°) e a pressão arterial (PA) estava em 110:70 mmHg e a oxigenação em 98%.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.





QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Antes de iniciar o exame físico, Dra. Catarina realizou uma breve anamnese com Gabriel e sua mãe a fim de complementar as informações. O paciente disse que sentia dor e ardência na região dos lábios, principalmente quando comia alimentos salgados ou cítricos. Além disso, reportou que há alguns dias tinha sentido pontadas e queimação. Dona Neide, sua mãe, relatou uso de 35 gotas de Paracetamol 32 mg/mL por 2 dias, de 6 em 6 horas, sem resolução do quadro. Ela também relatou que as “feridas” no lábio e no canto da boca se desenvolveram ao longo de 1 semana com a presença prévia de “bolhas” que estouraram nesse período. O paciente não faz uso de medicamentos contínuos. Em relação aos seus hábitos, Dona Neide disse que Gabriel gosta muito de comer doce, mas não escova os dentes corretamente. Consequentemente, o paciente já teve muita cárie e realizou um tratamento de canal no dente “de baixo”. Quanto ao seu histórico médico, Gabriel nunca teve problemas graves de saúde, embora tenha fraturado o braço direito em uma partida de futebol quando tinha 7 anos.

Ao exame físico extrabucal regional, não foi observado nada digno de nota. No vermelhão do lábio superior, 2 vesículas de coloração esbranquiçada, localizadas no lado direito e na linha média do paciente, com hipótese diagnóstica de herpes labial recorrente foram identificadas. No vermelhão do lábio inferior e na pele perioral próxima à comissura labial esquerda, foram observadas três lesões úlcero-crostosas com hipótese diagnóstica de herpes labial recorrente.

Ao exame físico intrabucal, não foram observadas lesões na mucosa, mas visível biofilme nos elementos dentários e uma restauração provisória de cimento de ionômero de vidro no dente 46.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Herpes labial recorrente;
- Impetigo;
- Injúria térmica.

Com base no exame clínico realizado pela Dra. Catarina, a hipótese diagnóstica de herpes labial recorrente foi estabelecida. Diante do quadro de lesões úlcero-crostosas, recomendou-se o aguardo pelo reparo completo e

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



espontâneo, evitando remover as crostas já formadas. Mupirocina tópica foi prescrita para aplicação no lábio inferior 3 vezes/dia como cicatrizante até a resolução do quadro. Esclarecimentos quanto a recorrência no decorrer da vida associada à ausência de cura e o cuidado para evitar a transmissão do vírus foram aspectos salientados. Para isso, Dra. Catarina recomendou evitar a manipulação das vesículas no vermelhão do lábio superior, bem como não compartilhar utensílios pessoais, tais como talheres, copos, canudos e toalha de rosto com outras pessoas, além do contato próximo por meio de beijos pela presença de vírus na saliva. Tais cuidados servem para evitar estourar quando na presença de vesículas, pois o líquido contém partículas virais infectantes para outras pessoas e também para outras regiões do corpo por meio da autoinoculação do vírus. Por fim, foi orientado quanto à necessidade de hábitos de higiene bucal com dentífrico fluoretado, escova macia e fio dental devido ao acúmulo de biofilme observado no exame físico intrabucal, com a necessidade de avaliação por um colega clínico geral.

## DIAGNÓSTICO FINAL

Herpes labial recorrente.

## QUESTIONÁRIO

1. Em que períodos pode ocorrer a contaminação e disseminação do vírus?
2. Por que a cavidade bucal e região peribucal são acometidas pelo herpes labial recorrente?
3. Qual o melhor momento para iniciar o tratamento de herpes labial recorrente?
4. Por que não foi necessário realizar um exame complementar de biópsia seguida pela análise histopatológica?
5. Quando a mucosa intrabucal é afetada, qual o principal sítio acometido?

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## HIPERLINKS

### Queixa principal:

“Meu lábio está com essas feridas.”

### História da doença:

Lesões úlcero-crostosas no vermelhão do lábio inferior e na pele peribucal, próximo à comissura labial esquerda, com tempo de evolução de uma semana e relato de sinais prodrômicos, tais como queimação e formigamento associada ao surgimento de vesículas prévias. Dor no lábio inferior com alimentos salgados ou cítricos foi reportado, além do uso de Paracetamol 32 mg/mL durante 2 dias, de 6 em 6 horas sem melhora significativa.

### Herpes labial recorrente:

Doença viral causada pelos vírus da família do herpes vírus humano (mais comumente pelo herpes simples vírus - HSV-1 ou HSV-2) após a reativação viral. A infecção primária geralmente ocorre na primeira infância, podendo não haver sinais e sintomas ou apresentar-se como gengivostomatite herpética aguda. Tal quadro manifesta-se por alterações bucais como vesículas em mucosa ceratinizada, tais como gengiva inserida, palato duro e dorso de língua, evoluindo para úlceras rasas e dolorosas. Febre, prostração e linfadenopatia são alterações sistêmicas comumente vistas. Após a infecção primária, o vírus reside nos gânglios sensoriais (terminações nervosas, especialmente do nervo trigêmeo) de forma latente migrando dos gânglios para a camada externa da pele dos lábios ou interior da cavidade bucal, causando o quadro clínico de herpes simples recorrente. Existem diversas condições que têm sido associadas a essa reativação; tais como, estresse, luz ultravioleta, ciclo menstrual, deficiência imunológica e idade avançada,. O HSV afeta os lábios, com o terço externo do lábio inferior sendo mais frequentemente afetado. Clinicamente, a lesão se apresenta na forma de múltiplas vesículas agrupadas que evoluem para ulcerações crostosas. Tais lesões cicatrizam dentro de 5 a 15 dias. O diagnóstico final pode ser dado apenas pela análise clínica das lesões, pois na maioria das vezes são bem características com evolução típica. O tratamento de eleição normalmente consiste no uso tópico de Aciclovir pomada 50 mg/g, de 4 em 4h, 5 vezes ao dia, por pelo menos 5 dias, para acelerar a resolução clínica. Também são utilizados Penciclovir em creme e n-docosanol em

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



creme a 10%. Esse tratamento costuma ter um efeito mais significativo quando administrado durante o período prodrômico da doença, antes que as lesões apareçam, que consiste em dor, ardência, prurido e vermelhidão no local de inoculação do vírus. Ainda, pode ser recomendado o uso de Aciclovir 400 mg via oral, de 4 em 4h, para evitar novas recidivas. Existem medicamentos sistêmicos antivirais mais novos que apresentam eficácia semelhante ao Aciclovir para o HSV, como o Valaciclovir (500 mg via oral de 12 em 12h), Famciclovir e Penciclovir. Para pacientes imunossuprimidos, é necessária, frequentemente, a administração antiviral intravenosa para combater a maior carga viral.

### **Impetigo:**

É uma infecção bacteriana da pele, que envolve as camadas superficiais. As bactérias comumente envolvidas são *Staphylococcus aureus*, *estreptococo beta-hemolítico do grupo A pyogenes*, ou uma combinação dos dois. É uma das infecções cutâneas mais comuns em crianças de 2 a 5 anos, mas pode ocorrer em indivíduos durante toda a vida útil. Clinicamente, pode ser classificado em 3 categorias: não bolhoso (pápulas que transitam para vesículas e se rompem formando uma erosão superficial), bolhoso (bolhas preenchidas por exsudato que evoluem para lesões crostosas) e herpetiforme (erupção cutânea composta por placas eritematosas).

### **Injúria térmica:**

O trauma térmico nos tecidos bucais resulta com mais frequência do contato com substâncias em alta temperatura, tais como comidas e bebidas; entretanto, temperaturas extremamente baixas podem ocasionar dano tecidual semelhante. Clinicamente, apresenta-se desde um simples eritema até vesículas, bolhas, erosões e úlceras dolorosas sendo os lábios um sítio comumente afetado.

### **Período prodrômico:**

Fase da doença com sinais e/ou sintomas inespecíficos que antecedem o surgimento das lesões.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## GABARITO

A transmissão pode ocorrer pela liberação assintomática do vírus na saliva, pelo contato com lesões ativas (vesículas e bolhas) ou, em casos de auto inoculação, se instalando em um gânglio sensitivo na nova localização. Cerca de 90% da população é infectada na infância.

A cavidade bucal e a região peribucal são mais acometidas pelo herpes simples recorrente, porque o gânglio do nervo trigêmeo, que inerva essa região, é um dos principais gânglios em que o HSV permanece em estado latente e de forma permanente após a infecção primária.

O melhor momento para iniciar o tratamento é no período prodrômico. O vírus permanece latente em um gânglio neural, e quando ele migra até os terminais neurais de uma determinada região ocorre uma replicação viral. Os medicamentos antivirais, por sua vez, agem nessas células, alterando as cadeias nucleotídicas e modificando o DNA viral, inibindo sua síntese e duplicação. Logo, a identificação desse período pelo paciente permite antecipar a manifestação clínica exuberante, prevenindo lesões maiores, desconfortáveis e diminuindo o tempo de reparo.

As lesões de herpes simples recorrente são bem características e normalmente com um exame clínico adequado é possível alcançar o diagnóstico final com confiabilidade. A evolução clínica associada à autolimitância, o sítio de acometimento e as lesões fundamentais são fatores determinantes. Embora a biópsia seguida pelo exame microscópico sejam exames complementares disponíveis, na prática clínica não são muito indicados devido aos achados inespecíficos de fenda intraepitelial, células acantolíticas ou membrana fibrinopurulenta, todas não contributivas para o alcance do diagnóstico final podendo ser observadas também em outras condições que se apresentam como vesículas e/ou bolhas e evoluem para úlceras.

Quase sempre, em pacientes imunocompetentes, a mucosa ceratinizada é acometida, como o palato duro, gengiva inserida e dorso lingual. As lesões herpéticas recorrentes intrabucais comumente são atribuídas pelos pacientes, e até por alguns profissionais, a traumatismos provocados por alimentos duros e pontiagudos.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## REFERÊNCIAS

CONSOLARO, A., CONSOLARO, M. F. M. O. Diagnóstico e tratamento do herpes simples recorrente peribucal e intrabucal na prática ortodôntica. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, 2009, v. 14, n. 3, p. 16-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpress/a/sSw9XQ6DHqCQMJv5nFBpPLp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 maio 2022.

CHI, C. C. et al. Interventions for prevention of herpes simplex labialis (cold sores on the lips). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, no. 8, p. 1-169, Aug. 2015.

FITZPATRICK, S. G., COHEN DM, CLARK AN. Ulcerated lesions of the oral mucosa: clinical and histologic review. **Head and Neck Pathology**, Secaucus, vol. 13, no. 1, p. 91-102, Oct. 2019.

VANRAVENSTEIN, K.; DURHAM, C. O.; WILLIAMS, SMITH W. Diagnosis and management of impetigo. **Nurse Practitioner**, Seattle, vol. 42, no. 3, p. 41-44, Mar. 2017.

WOO S, BIN; CHALLACOMBE, S. J. Management of recurrent oral herpes simplex infections. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiology**, St. Louis, vol. 103, no. 12, p. S12.e1-S12.e18, Apr. 2007.

## CAPÍTULO 6

### CASO 4

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

André tem 28 anos e sua história de vida é longa, apesar da pouca idade. André está internado por pneumonia há 12 dias. Não recebeu nenhuma visita e também não havia contatos familiares para serem acionados quando a equipe do Dr. Azevedo fez o encaminhamento do paciente para a internação hospitalar. Ele estava muito magro (56 quilos) e foi encontrado desacordado pela agente de saúde Marlene em uma calçada do bairro de Serra Azul. Marlene conseguiu levá-lo para uma consulta de urgência com Dr. Azevedo: pálido, com dispneia, pressão arterial (P.A.) 90 mmHg (sistólica) x 50 mmHg (diastólica), temperatura 39,2° e com nível de saturação de oxigênio em 92%.

Com a melhora do quadro clínico, a equipe de enfermagem conseguiu algumas informações: com muita imprecisão, André consegue relatar momentos de sua vida. Ele está vivendo nas ruas há 06 anos e conta que iniciou o uso de drogas (maconha) por volta dos 12 anos de idade, quando estava na escola. Na época ele morava com a avó materna, porque sua mãe faleceu no parto e seu pai casou-se novamente quando ele tinha 02 anos. André sempre foi criado pela avó, que era auxiliar de limpeza numa empresa terceirizada e por muitos anos trabalhou numa unidade de saúde no centro da cidade. O uso abusivo de drogas se intensificou na adolescência, quando se envolveu com o tráfico de drogas no bairro. Por não conseguir honrar as dívidas com o “dono da boca”, fugiu da casa da avó e não pode voltar, pois estava “jurado de morte”. A dependência química, as dívidas e as dificuldades da vida o levaram para a rua. André não se sente à vontade para detalhar seu dia-a-dia nas ruas, mas refere que tentou, algumas vezes, ir para o abrigo que a prefeitura oferece; entretanto, não conseguiu ficar longe das drogas e então não pode continuar no abrigo. André não sabe relatar dados sobre sua saúde, vacinação, doenças pré-existentes e fatores hereditários. Queixa-se de “muito desconforto ao engolir” e faz três dias que iniciou uma dieta pastosa, além da “língua que arde e parece grossa e do gosto amargo na boca.” A equipe de enfermagem solicitou avaliação da dentista, Dra. Catarina.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Antes de realizar o exame físico, Dra. Catarina tentou realizar uma nova anamnese com André, a fim de saber mais detalhes sobre o seu histórico médico e odontológico. Como informado anteriormente, André não consegue lembrar informações passadas sobre seu estado de saúde. Ele diz que não se recorda de utilizar algum medicamento contínuo, e também relata nunca ter sido submetido a procedimentos cirúrgicos em qualquer parte do corpo. Ele relatou fazer o uso de drogas, principalmente maconha e cigarro, além de beber bebidas alcoólicas destiladas, como cachaça muito frequentemente; entretanto, não sabe a quantidade diária. Questionado sobre o uso de preservativos nas relações sexuais relatou fazer uso vez ou outra (esporadicamente).

Ao exame físico extrabucal regional, foram observados linfonodos cervicais bilaterais palpáveis de consistência fibroelástica, móveis e não dolorosos sugestivos de um quadro de linfadenopatia persistente. Sua temperatura estava em 37,5° e sua P.A. se encontrava com valores normais: 120 mmHg (sistólica) x 80 mmHg (diastólica).

Ao exame físico intrabucal, foram observadas placas brancas espessas removíveis à raspagem desde a comissura labial internamente, bilateralmente incluindo a mucosa labial superior e inferior, os fundos de vestibulos superiores e inferiores, as mucosas jugais, o dorso da língua, as bordas laterais da língua, o ápice, o ventre lingual, além do palato duro. A presença de lesões no palato mole sugere o envolvimento orofaríngeo. A raspagem realizada com uma compressa de gaze seca evidenciou áreas eritematosas ou discretamente sangrantes. Subjacente e circunjacente às lesões brancas da língua foi possível observar áreas erosivas, causa do desconforto relatado pelo paciente. Também foi observada uma coloração amarelada dos dentes associada ao uso contínuo de tabaco e maconha, que pode ser classificada como pigmentação exógena (trata-se de uma anomalia dentária ambiental). O acúmulo de biofilme, presença de sangramento gengival e a mobilidade dentária dos pré-molares e molares superiores e inferiores indicaram um quadro de periodontite.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Candidose pseudomembranosa associada à imunossupressão;

Com base no exame clínico e considerando que todas as manifestações clínicas observadas estão fortemente associadas a infecção pelo HIV, Dra. Catarina chegou ao diagnóstico de candidose pseudomembranosa com

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



envolvimento orofaríngeo, uma vez que as lesões brancas foram removíveis à raspagem. Devido à disseminação dessas lesões na mucosa e ao histórico do paciente, solicitou-se um exame sorológico anti-HIV 1 e 2 e um hemograma completo com plaquetometria.

## RESULTADO

Para o exame sorológico para HIV 1 e 2, o paciente testou positivo. No hemograma, constatou-se uma diminuição de leucócitos, com destaque para os linfócitos.

EXAME	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
Anti HIV 1 e 2	Reagente	-
Leucócitos*	5.000 células/mm <sup>3</sup>	5.000 - 10.000 células/mm <sup>3</sup>
Linfócitos CD4+	230 células/mm <sup>3</sup>	200 - 1.200 células/mm <sup>3</sup>

\* Resultado isolado não é conclusivo para o diagnóstico.

Dra Catarina, com base nos resultados, forneceu os esclarecimentos acerca do diagnóstico de infecção pelo HIV em estágio tardio sugestivo de evolução para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e fez o encaminhamento de André para um médico infectologista, a fim de uma avaliação laboratorial completa-notificação epidemiológica e avaliação sobre início do tratamento sistêmico com antirretroviral. O paciente foi orientado quanto à necessidade de acompanhamento clínico até a resolução do quadro da candidose uma vez que ele se encontra imunossuprimido e mais suscetível a infecções oportunistas. Para as lesões de candidose, Dra Catarina prescreveu Fluconazol 100 mg/dia associado à Nistatina suspensão oral 100.000 UI/mL (bochechar 2 mL durante 2 minutos e deglutir, 4 vezes/dia) durante 14 dias e ofereceu a André a possibilidade de participar do grupo de apoio sobre redução de danos que acontece na unidade de saúde. Sessões de raspagem, alisamento e polimento foram realizadas, além da prescrição de digluconato de clorexidina 0,12% (bochechar 5ml durante 1 minuto) durante 14 dias para o quadro de periodontite. O acompanhamento multiprofissional do caso de André permitirá que a equipe construa, com o paciente, percursos de cuidado possíveis para que André se sinta acolhido e possa reorganizar sua vida, ter o acompanhamento e tratamento para o seu quadro clínico.

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## Quadro de resultado final complementar

EXAME	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
Anti HIV 1 e 2	Reagente	-
Leucócitos*	5.000 células/mm <sup>3</sup>	5.000 - 10.000/mm <sup>3</sup>
Linfócitos CD4+	230 células/mm <sup>3</sup>	200 - 1.200 células/mm <sup>3</sup>
Carga viral**	900.000 cópias/mL	<50 cópias/mL

\*\* Exame complementar em casos não reagentes ou indeterminados para o anti-HIV, além de ser utilizado para o monitoramento da resposta terapêutica. No presente caso, foi acrescentado para fins didáticos.

## DIAGNÓSTICO FINAL

Candidose pseudomembranosa associada à infecção pelo HIV.

## QUESTIONÁRIO

1. Por que, um fungo que está normalmente presente na microbiota bucal é capaz de causar lesões na mucosa?
2. De que maneira a candidose pseudomembranosa costuma se manifestar na cavidade bucal? Por que, neste caso, as lesões estavam disseminadas?
3. Quais outras lesões brancas não podem ser incluídas como diagnóstico diferencial?
4. O que a manifestação bucal de candidose pseudomembranosa pode indicar em pacientes HIV+?
5. Quais as lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV?
6. O cirurgião-dentista pode solicitar um exame anti-HIV?

## AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## HIPERLINKS

### Queixa principal:

“Muito desconforto ao engolir”, “língua que arde e parece grossa e gosto amargo na boca.”

### História da doença:

Paciente com desconforto à deglutição, ardência na língua e disgeusia. Início de dieta pastosa há 3 dias e sem relato de tratamento prévio.

### HIV ou Vírus da Imunodeficiência Humana:

É um vírus RNA de cadeia simples que pertence à família Retroviridae, existindo dois tipos: HIV-1 e HIV-2. Podem ser encontrados na maioria dos fluidos corporais, incluindo soro, sangue, saliva, sêmen, lágrima, urina, leite materno, secreções do ouvido e da vagina. A infecção pelo HIV é geralmente caracterizada por uma fase aguda de intensa replicação viral e disseminação para tecidos linfoides; uma crônica, muitas vezes assintomática, de ativação imune e, finalmente, pela queda brusca de células de defesa. No decurso da fase assintomática, o vírus se replica continuamente nos compartimentos do corpo culminando com a fase avançada de depleção acentuada de células T CD4+ que leva à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). As pessoas com a doença AIDS apresentam, portanto, seu sistema imune comprometido, sendo mais suscetíveis a infecções, tais como pneumonia (*Pneumocystis carinii*) e candidoses, com destaque para a apresentação pseudomembranosa.

### Hemograma completo com plaquetometria:

Exame complementar laboratorial que avalia a quantidade e a qualidade dos três principais grupos de células sanguíneas: hemácias (glóbulos vermelhos que transportam oxigênio e nutrientes para o corpo), os leucócitos (glóbulos brancos, que atuam no sistema imune) e as plaquetas (que modulam a coagulação). Para glóbulos vermelhos, os homens apresentam valor médio normal de 5,0 milhões por mm<sup>3</sup> (limites: 4,3-5,8) e as mulheres 4,5 milhões por mm<sup>3</sup> (limites: 3,9-5,1). A média normal dos glóbulos brancos entre os

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



homens é de 6.142/mm<sup>3</sup> (2.843-9.440) e entre as mulheres é de 6.426/mm<sup>3</sup> (2.883-9.969). A média normal de plaquetas entre homens é de 213.975/mm<sup>3</sup> (128.177-299.774), e para mulheres é de 239.325/mm<sup>3</sup> (135.606-343.044). Outros parâmetros mostram valores próximos entre os sexos e faixas etárias, com pequenas variações.

### **Candidose pseudomembranosa:**

É uma infecção fúngica causada por um crescimento anormal do fungo *Candida albicans* na boca. Ele é normalmente encontrado na microflora bucal, mas em alguns casos, devido a fatores predisponentes (imunossupressão, medicamentos e xerostomia, por exemplo), esse fungo acaba causando uma patologia. Clinicamente, caracteriza-se pela presença de placas brancas na mucosa bucal, que podem ser removidas à raspagem, deixando uma área eritematosa no local da lesão.

Caso seja necessário, a citopatologia pode auxiliar no diagnóstico final, mas não é realizada em rotina. Para o tratamento, existem diferentes agentes antifúngicos que são classificados de acordo com o seu mecanismo de ação: agentes poliênicos (nistatina e anfotericina), agentes imidazólicos (clotrimazol e cetoconazol), agentes triazólicos (fluconazol e itraconazol). Para pacientes imunossuprimidos, é necessária a administração de uma terapia sistêmica, como por exemplo fluconazol 100 mg/dia, de 7 a 14 dias. Ele pode ser associado ao uso de clotrimazol tópico. Entretanto, o tratamento da doença de base com a terapia antirretroviral altamente ativa, do inglês HAART, é fundamental para a resolução das lesões bucais, uma vez que recupera a condição imunológica.

No caso do paciente descrito anteriormente, as manifestações bucais ocorrem como resultado do comprometimento do sistema imunológico. Um total de 50% dos pacientes HIV positivos exibem lesões bucais e, portanto, a cavidade bucal torna-se uma fonte importante de informação para auxiliar no diagnóstico, pois essas lesões estão entre os primeiros sinais clínicos de infecção pelo HIV e são capazes de indicar a progressão para a AIDS. Entre as infecções fúngicas, candidose bucal causada por *Candida albicans* é uma das doenças oportunistas mais comuns associados à infecção pelo HIV, das quais as formas eritematosa e pseudomembranosa têm maior incidência.

### **Encaminhamento:**

Documento utilizado como instrumento formal para referência de um paciente entre profissionais da mesma área e/ou de diferentes áreas. O encaminhamento geralmente solicita avaliação clínica e/ou tratamento.

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## GABARITO

A imunidade à *Candida albicans* está presente em indivíduos adultos imuno-competentes, resultado do comensalismo do fungo nas mucosas do hospedeiro. Como resultado, os indivíduos desenvolvem uma imunidade (inata e adaptativa) para esse fungo por meio de anticorpos específicos presentes no soro e nas secreções das mucosas, protegendo o hospedeiro contra a infecção por *C. albicans*. Quando ocorre uma desregulação do sistema imune do hospedeiro frente a fatores predisponentes, tais como xerostomia, uso de medicamentos antibióticos, corticoides, imunomoduladores e quimioterápicos, além de imunossupressão, há um crescimento exacerbado do fungo, uma vez que as células imunes não são capazes de reconhecê-lo e desencadeiam uma resposta. Dessa forma, um fungo em comensalismo com a microbiota bucal, torna-se patogênico.

A candidose pseudomembranosa se manifesta na cavidade bucal na forma de placas brancas espessas na mucosa. Normalmente, essas lesões são focais e acometem a mucosa jugal, o palato mole e o dorso da língua. No caso desse paciente, a imunossupressão resultou em um quadro disseminado envolvendo também outras regiões da língua, a mucosa labial, a comissura labial, fundo de vestibulo e ambos palatos com extensão para a orofaringe.

No caso de lesões brancas mais comuns observadas na mucosa, tais como leucoplasias (predominante em assoalho bucal e borda lateral da língua), líquen plano (principalmente em região posterior da mucosa jugal bilateralmente e borda lateral de língua bilateralmente), além da candidose crônica hiperplásica (geralmente em comissura labial uni ou bilateral) e da ceratose friccional (rebordo alveolar posterior e inferior) as placas estariam firmemente aderidas à mucosa bucal e não seriam removíveis à raspagem.

A candidose pseudomembranosa está associada aos baixos níveis de linfócitos CD4+ e alta carga viral, representando um dos sinais de progressão da infecção pelo HIV para a doença AIDS.

Algumas lesões fortemente associadas ao HIV, podem ser: candidoses (eritematosa, pseudomembranosa e a queilite angular), leucoplasia pilosa oral, o eritema gengival linear, a gengivite ulcerativa necrosante, a periodontite ulcerativa necrosante, o sarcoma de Kaposi e o linfoma Não-Hodgkin.

Sim, o cirurgião-dentista pode solicitar um exame anti-HIV diante da suspeita clínica de tal diagnóstico com base na presença de lesões altamente sugestivas na mucosa. Cabe salientar, que manifestações de doenças sistêmicas na cavidade bucal são muito frequentes e o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional a identificar tais lesões. Diante disso, o seu papel é fundamental para o diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento e prognóstico do paciente.

---

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## REFERÊNCIAS

BHATTACHARYYA, I; CHEHAL, H. K. White lesions. **Otolaryngologic Clinics of North America**, Philadelphia, vol. 44, no. 1, p. 109-131, Feb. 2011.

CARRARD, V. C.; VAN DER WAAL, I. A clinical diagnosis of oral leukoplakia; a guide for dentists. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, vol. 23, no. 1, p. e59-64, Jan. 2018.

CARVALHO, R. C, HAMER, E. R. Changes profile in patients of HIV + blood count. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, vol. 49, no. 1, p. 57-64, May. 2017.

CHALLACOMBE, S. J. Immunologic aspects of oral candidiasis. **Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology**, St. Louis, vol. 78, no. 2, p. 202-210, Aug. 1994.

CLASSIFICATION and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. EC-Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, Copenhagen, vol. 22, no. 7, p. 289-291, Aug. 1994.

CONCHON COSTA, I; FELIPE, I.; CARLOS, JABUR GAZIRI L. Resposta imune a *Candida albicans* Immune response to *Candida albicans*. **Semina Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 1, p. 27-40, maio, 2008.

DE ANDRADE, R. S. et al. Oral findings in secondary syphilis. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal, Valencia**, vol. 23, no. 2, p. e138-143, Mar. 2018.

DIAS, E. P. et al. Leucoplasia pilosa oral: aspectos histopatológicos da fase subclínica. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 104-111, Jun. 2001.

FANALES-BELASIO, E. et al. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. **Annali dell Istituto Superiore di Sanita**, Roma, no. 46, p. 5-14, 2010.

HELLSTEIN, J. W.; MAREK, C. L. Candidiasis: red and white manifestations in the oral cavity. **Head and Neck Pathology**, Secaucus, vol. 13, n. 1, p. 25-32, Jan. 2019.

MENEZES TO DE, A. et al. Oral and systemic manifestations in HIV-1 patients. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, vol. 48, n. 1, p. 83-86, Jan.-Feb. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pe-lo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 8 maio 2022.

MILLSOP, J. W.; FAZEL, N. Oral candidiasis. **Clinics in Dermatology**, Philadelphia, vol. 34, no. 4, p. 487-494, Jul.-Aug. 2016.

MOIR, S.; CHUN, T. W.; FAUCI, A. S. Pathogenic mechanisms of HIV disease. **Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease**, San Mateo, no. 6, p. 223-248, 2011.

NAM. **O básico CD4 e carga viral**. [S.l.: s.n.]: c2010. Disponível em: <https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/brochuras/Basico%20-%20CD4%20e%20carga%20viral.pdf>. Acesso em: 08 maio 2022.

PAYERAS, M. R., et al. Oral lichen planus: focus on etiopathogenesis. **Archives of Oral Biology**, Oxford, vol. 58, no. 9, p. 1057-1069, Apr. 2013.

ROSENFELD, L. G. et al. Reference values for blood count laboratory tests in the Brazilian adult population, national health survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, vol. 22, Suppl 2, p. 1-13, Oct. 2019.

SABIN, C. A.; LUNDGREN, J. D. The natural history of HIV infection. **Current Opinion in HIV and AIDS**, Hagerstown, vol. 8, no. 4, p. 311-317, July. 2013.

SHIBATA, S.; KIKUCHI, T. Pneumocystis pneumonia in HIV-1-infected patients. **Respiratory Investigation**, [S.l.], vol. 57, no. 3, p. 213-219, May. 2019.

WILLIAMS, D. W, et al. Candida biofilms and oral candidosis: treatment and prevention. **Periodontology 2000**, Copenhagen, vol. 55, no. 1, p. 250-265, Feb. 2011.

## CAPÍTULO 7

### CASO 5

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Cristovão tem 58 anos, mudou-se para o bairro Serra Azul no início do ano passado, veio com a esposa Lourdes e deixou o trabalho em atividades agrícolas de varrição do café, da região de Alfenas, no estado de Minas Gerais. A região sul de Minas Gerais se caracteriza por uma economia que gira em torno da cafeicultura. Cristovão sempre levou uma vida simples, trabalhando muitas horas por dia para sustentar a família. Ele e Lourdes tiveram cinco filhos, que estão todos casados, sendo a alegria do casal cuidar dos netos. O ano passado foi muito complicado financeiramente para Cristovão e para Lourdes. Uma hérnia de disco fez com que ele precisasse de uma cirurgia na coluna, por isso ficou afastado do trabalho por quase três meses, e quando retornou foi demitido. A família de Lourdes tem uma pequena fábrica de móveis e ofereceu para Cristovão o trabalho de marceneiro, assumindo o lugar do sogro, que também está adoecido.

Logo depois que o casal mudou de cidade, Cristovão começou a sentir muita falta de ar. Lourdes ficou preocupada, pois ele fuma desde os treze anos de idade. Ainda, com a história de alcoolismo na família (ele perdeu o pai e o irmão mais velho com cirrose hepática), Lourdes ficou muito assustada e procurou Marlene, a agente de saúde do bairro, para conversar e agendar uma consulta com o médico na Unidade de Saúde. Cristovão não gosta muito de médicos, exames e remédios. Desde que fez a cirurgia ele perdeu peso, está levando uma vida sedentária e comendo pouco. A tosse seca piorou faz dois ou três meses, e Lourdes acha que Cristovão tem tido febre baixa ao entardecer, mas ele resiste em procurar atendimento ou mesmo falar sobre sua saúde. Marlene agendou a consulta com Dr. Azevedo para o início de julho e Lourdes acompanhou o esposo. Cristovão falou pouco, mas o que mais estava incomodando era “uma dor na boca, na bochecha, perto dos dentes do fundo”, nas palavras de Cristovão. Dr. Azevedo auscultou e examinou Cristovão. Ele estava com temperatura corporal de 36,5°C, pressão arterial (P.A.) 130 mmHg (sistólica) x 90 mmHg (diastólica) e nível de saturação de oxigênio em 92%. Diante do quadro clínico de Cristovão, Dr. Azevedo solicitou que ele fosse examinado também pela cirurgiã-dentista da unidade, Dra. Catarina.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.





QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?



## EXAME CLÍNICO

Antes de realizar o exame físico, Dra. Catarina realizou uma nova anamnese com Cristovão, a fim de obter mais informações sobre seu histórico médico e odontológico. O paciente relatou que sente dor principalmente na mucosa jugal direita, próximo aos dentes posteriores. Sua higiene bucal ficou comprometida e sua aparência dentária também é um incômodo, uma vez que ele tem vergonha de sorrir em público. Ele faz uso de medicamento contínuo para hipertensão (1 comprimido de Selozok 25 mg e 1 comprimido de Naprix 5 mg por dia), ambos há aproximadamente 2 anos, e não relatou uso de medicamento para amenizar a dor na cavidade bucal. O paciente tem o hábito de fumar desde os 13 anos de idade, um maço de cigarro por dia, e ingerir bebida alcoólica do tipo cerveja (em média 2 latas de 350 mL por dia), todos os dias desde os 20 anos, após o trabalho tendo aumentado a ingestão nos últimos anos, especialmente aos finais de semana (em média 4 garrafas de 600 mL).

Ao exame físico extrabucal regional, foi observado um quadro de linfadenopatia bilateral na cadeia submandibular. Os dois linfonodos eram palpáveis, móveis e de consistência fibroelástica sem desconforto à palpação, indicativo de linfonodos hiperplásicos. Ao exame físico intrabucal, pode-se observar a presença de uma extensa lesão ulcerada de aspecto granular, de coloração semelhante à da mucosa adjacente com bordas endurecidas, bem definidas e dolorosa em mucosa jugal posterior do lado direito (região de molares e pré-molares), tendo sido a queixa principal do paciente. Interessantemente, foi possível observar a presença de uma úlcera de aspecto moriforme de tamanho menor (0,5 cm no maior diâmetro) em rebordo alveolar inferior do lado esquerdo. Do ponto de vista dentário, observou-se uma prótese parcial removível superior, além de um severo desgaste dos dentes, mais evidente na bateria anterior com hipótese clínica de atrição associada à erosão dentária. Restauração de amálgama no dente 25, coroa unitária no dente 24, restauração em resina composta no dente 22 e destruição coronária nos dentes 11, 12, 13, 14, 15, 17, 21 e 23 foi identificada. O elemento 23, sugestivo de uma lesão de cárie cavitada e com uma coloração amarelada causada pelo tabaco, o qual representa uma anomalia dentária ambiental denominada pigmentação exógena, completaram o quadro clínico.

---

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Paracoccidiodomicose (Blastomicose sul-americana);
- Úlcera traumática (eosinofílica);
- Histoplasmose;
- Carcinoma de células escamosas.

Com base no exame clínico e nas hipóteses diagnósticas, a conduta da Dra. Catarina foi realizar um exame complementar de consultório denominado bi-ópsia incisional na região da mucosa jugal direita, sendo o espécime tecidual encaminhado para exame histopatológico no laboratório de Patologia Bucal conveniado da rede.

Além disso, Dra. Catarina solicitou um exame radiográfico panorâmico para avaliar a saúde bucal geral do paciente e levando em consideração as perdas dentárias e as restaurações do paciente, fez o encaminhamento para um cirurgião-dentista especialista em dentística.

## RESULTADO

O laudo histopatológico revelou a formação de granulomas com a presença de células gigantes multinucleadas contendo estruturas fúngicas de *Paracoccidioides brasiliensis* de aspecto birrefringente. Diante desse achados, o diagnóstico final foi de paracoccidiodomicose e a Dra. Catarina estabeleceu como conduta adicional o encaminhamento do paciente para um médico pneumologista para avaliação e tratamento por se tratar de uma infecção fúngica profunda que afeta inicialmente o pulmão. A notificação epidemiológica também se faz necessária e o encaminhamento para o médico infectologista também pode ser realizada após o diagnóstico microscópico.

## DIAGNÓSTICO FINAL

Paracoccidiodomicose (Blastomicose sul-americana).

---

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## QUESTIONÁRIO

1. Por que, nesse caso, o câncer bucal pode ser uma hipótese diagnóstica?
2. Qual a importância do diagnóstico das manifestações bucais para o prognóstico do paciente com paracoccidiodomicose?
3. Como a infecção pulmonar dissemina-se para outros tecidos?
4. Diante da hipótese clínica de paracoccidiodomicose, qual a conduta do cirurgião-dentista?

## HIPERLINKS

### Queixa principal:

“Uma dor na boca, na bochecha, perto dos dentes do fundo”

### História da doença atual:

Paciente com tosse seca por volta de 2 ou 3 meses, além do relato de eventual falta de ar, perda de peso, vida sedentária e dieta restrita. Paciente não relata ter feito uso de medicamentos para alívio da dor associada à lesão na cavidade bucal.

### Linfonodos hiperplásicos:

Linfonodos inseridos no contexto de linfadenopatia, que representam linfonodos anormais em tamanho detectados ao exame físico extrabucal de rotina. Linfonodos hiperplásicos representam um aumento do número de células do tecido linfóide tendo como estímulo geralmente o histórico de infecções prévias recorrentes ou não sem a presença de doenças no momento da detecção clínica dos linfonodos. A cadeia submandibular muito frequentemente apresenta hiperplasia com número variável de linfonodos positivos e de tamanhos

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



diversos. Embora possam ser detectados em qualquer idade, nos indivíduos jovens é mais frequente. O achado ocasional de linfonodos hiperplásicos deve ser correlacionado clinicamente com o quadro clínico global de cada paciente. Cabe salientar, a importância do diagnóstico diferencial com processos neoplásicos primários e/ou metastáticos, além de doenças infecciosas.

### **Prótese parcial removível:**

Aparelho protético móvel que substitui os elementos dentários ausentes. Para um correto exame físico intrabucal, a fim da inspeção adequada de alterações de cor, superfície, textura, contorno e tamanho e palpação da consistência é necessário que sejam removidos quaisquer aparatos móveis que o paciente esteja usando.

### **Desgaste dentário:**

É a perda progressiva dos tecidos duros da dentição por meio de três processos. Os dois primeiros são processos mecânicos: abrasão (desgaste produzido por interação entre dentes e outros materiais) e atrição (desgaste por contato dente-dente). O terceiro processo, erosão, é causado principalmente pela desmineralização do tecido duro por substâncias ácidas.

### **Atrição dentária:**

Desgaste oclusal/incisal causado pelo atrito entre dentes opostos (contato dente-dente). Os hábitos parafuncionais, tais como o bruxismo, apertamento dental e apoio da mandíbula nas mãos, podem ser agentes causais. Clinicamente, vê-se uma face lisa e polida, com perda de detalhes anatômicos (pontas de cúspides, cristas e bordas incisais/oclusais) e diminuição dos seus ângulos.

### **Erosão dentária:**

Perda de estrutura dentária causada por processos químicos não bacterianos. Os ácidos responsáveis por esse desgaste podem ter origem intrínseca (ácido gástrico, por exemplo), ou extrínseca (como vapores industriais gástricos ou componentes dietéticos de refrigerantes, frutas, bebidas alcoólicas, etc). Clinicamente, forma-se uma lesão em forma de panela pela formação de bordas de esmalte e pelo desgaste de dentina.

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



### **Paracoccidioidomicose (Blastomicose sul-americana):**

É uma infecção fúngica causada geralmente pela espécie *Paracoccidioides brasiliensis*. Inicialmente, apresenta-se como uma infecção pulmonar, devido à inalação dos esporos do fungo, e, posteriormente pode acometer sítios anatómicos distantes pela disseminação hematogênica, tais como, a cavidade bucal. Úlceras de aspecto moriforme com pontos hemorrágicos acometendo mais de uma região da mucosa com destaque para as gengivas e rebordos alveolares, mucosa jugal, palato duro e mucosa labial, representam o quadro clínico.

O diagnóstico final pode ser alcançado por meio do exame histopatológico de rotina a partir de uma biópsia incisional. Embora, possa ser realizada uma coloração especial com a técnica histoquímica do ácido periódico de Schiff (PAS), o diâmetro do fungo pode ser visualizado na coloração por hematoxilina e eosina em maiores aumentos por microscopia óptica. Para o tratamento, utiliza-se, nos casos leves e moderados, na maioria das vezes, o Itraconazol (normalmente 200 mg/dia por 9 a 18 meses, com uma duração média de 12 meses). Nos casos graves, opta-se pela Anfotericina B intravenosa na dose de 0,5-0,7 mg/kg por dia (máximo 50 mg/dia). O tratamento para Paracoccidioidomicose é variável e requer a adesão do paciente, por isso, estratégias como vigilância epidemiológica e programas de extensão visam reduzir ou evitar a desistência do tratamento.

### **Úlcera eosinofílica:**

A úlcera eosinofílica tem causa desconhecida, mas geralmente existe uma associação com trauma. É uma condição autolimitada incomum que se manifesta clinicamente como uma ulceração geralmente solitária e indolor que afeta mucosa bucal

### **Histoplasmose:**

Doença fúngica profunda causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*. Usualmente, é assintomática afetando primariamente os pulmões. Em indivíduos saudáveis, a resolução pode ocorrer pelas próprias células do sistema imune, ou o fungo pode permanecer de forma latente no organismo. Já em pacientes imunocomprometidos, pode ocorrer a disseminação da infecção. As lesões bucais apresentam-se clinicamente como uma úlcera crônica solitária e indolor.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



### **Carcinoma de células escamosas:**

Principal malignidade que acomete a cavidade bucal representando 95% dos cânceres desse sítio anatômico. Tal patologia epitelial acomete comumente o vermelhão do lábio inferior e as bordas laterais da língua. A malignização do epitélio escamoso estratificado ceratinizado, ou não, envolve um processo complexo e multifatorial, no qual ocorre uma interrupção do funcionamento normal de oncogenes e genes supressores de tumor. Fatores extrínsecos, como tabaco e álcool, e fatores intrínsecos, tais como estados sistêmicos (desnutrição ou anemia por deficiência de ferro, por exemplo) são agentes etiológicos bem reconhecidos. Alguns carcinomas tem uma associação ou são precedidos por uma lesão potencialmente maligna, especialmente a leucoplasia, a eritroplasia ou ainda, a associação das duas. Clinicamente, sua manifestação é variável, mas normalmente se apresenta como úlcera crônica e indolor. O diagnóstico diferencial com processos infecciosos fúngicos que acometem a mucosa bucal se faz necessário.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## GABARITO

Nesse caso, o carcinoma de células escamosas foi considerado uma hipótese diagnóstica, uma vez que o paciente apresenta fatores de risco para o câncer, como uso de tabaco e álcool, além da lesão ser clinicamente semelhante à Paracoccidiodomicose e afetar sítios bucais em comum.

As lesões bucais frequentemente procedem à infecção pulmonar e podem representar a primeira manifestação clínica visível da doença. Sendo assim, essas lesões contribuem para o diagnóstico e, conseqüentemente, para o correto tratamento, favorecendo o prognóstico do paciente.

A infecção pulmonar costuma ser o primeiro sítio acometido pela doença e, embora a infecção seja, em geral, autolimitada, o microorganismo pode se propagar por via hematogênica ou linfática, disseminando-se para outros tecidos, como a boca, a pele, os linfonodos e as adrenais, causando lesões secundárias.

O cirurgião-dentista pode solicitar ou realizar o exame complementar de biópsia incisional para o correto diagnóstico da doença. Após o recebimento do laudo histopatológico, a conduta adicional é o encaminhamento para um médico pneumologista ou infectologista para avaliação da extensão do acometimento sistêmico seguido pelo tratamento e também para a notificação epidemiológica. O cirurgião-dentista deve acompanhar clinicamente o paciente para observação das lesões na mucosa bucal e reforço quanto a continuidade e conclusão do tratamento.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## REFERÊNCIAS

DHANRAJANI, P., CROPLEY, P. Oral eosinophilic or traumatic ulcer: a case report and brief review. *National Journal of Maxillofacial Surgery, India*, vol. 6, no. 2, p. 237-240, July-Dec. 2015.

DUTRA, L. M. et al. Oral paracoccidioidomycosis in a single-center retrospective analysis from a Brazilian southeastern population. *Journal Infection and Public Health, Saudi Arabia*, vol. 11, no. 4, p. 530-533, July-Aug. 2018.

GADDEY, H. L. et al. Evaluation of unexplained lymphadenopathy. *American Family Physician, Kansas City*, vol. 94, no. 11, p. 896-903, Dec. 2016.

GRIPPO, J. O.; SIMRING, M.; COLEMAN, T. A. Abrasion, abrasion, biocorrosion, and the enigma of noncarious cervical lesions: A 20-year perspective. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry, Hamilton*, vol. 24, no. 1, p. 10-23, Feb. 2012.

GUIMARÃES, M. R. F. DE S. G. et al. Oral biopsy for early diagnosis of paracoccidioidomycosis. *Mycopathologia, The Hague*, vol. 184, no. 1, p. 193-194, Feb. 2019.

MADANI, M.; BERARDI, T.; STOOPLER, E. T. Anatomic and Examination Considerations of the Oral Cavity. *Emergency medicine clinics of North America, Philadelphia*, vol. 98, no. 6, p. 1225-1238, Sept. 2014.

SHELLIS, R. P.; ADDY, M. The interactions between attrition, abrasion and erosion in tooth wear. *Monographs in Oral Science, Basel*, no. 25, p. 32-45, 2014.

SHIKANAI-YASUDA, M. A. et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioidomycosis. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Brasília*, vol. 50, no. 5, p. 715-740, Sept./Oct. 2017.

THOMSON, P. J. Perspectives on oral squamous cell carcinoma prevention—proliferation, position, progression and prediction. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, Copenhagen, vol. 47, no. 9, p. 803-807, Oct. 2018.

WHEAT, L. J. et al. Histoplasmosis. *Infectious Disease Clinics of North America*, Philadelphia, vol. 30, no. 1, p. 207-227, Mar. 2016.

## CAPÍTULO 8

### CASO 6

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Vitório é alegre o dia todo! O bom-humor chegou ali e nunca mais foi embora! É só andar pelo bairro Serra Azul que todos o conhecem e o admiram. De origem italiana, mudou-se para o Brasil com a família aos 16 anos, logo se casou com Dona Gema e tiveram 04 filhos. O casal fez a vida como comerciantes no bairro (são proprietários de uma confeitaria há 45 anos), os filhos cresceram e mudaram de cidade; apenas a filha mais nova ficou e hoje em dia é quem administra a confeitaria da família. Sr. Vitório costuma vangloriar-se de sua saúde de ferro! Aos 75 anos e sotaque forte, diz: *Non mi ammalo, non ho bisogno di un dottore o di una medicina!* (eu não fico doente, não preciso de médico ou remédios). Dona Gema é quem está um pouco adoecida, com sintomas de resfriado e uma tosse que persiste. Hoje, foram à unidade de saúde para o Dr. Azevedo examiná-la. Sr. Vitório foi acompanhá-la e a agente de saúde Marlene estava pela unidade quando encontrou o casal:

— Que bom vê-los! Como estão? Sr. Vitório sempre altivo adiantou-se:

— É Gema que está com tosse... eu estou ótimo!

Marlene já estava há tempos querendo convencer o casal a fazer alguns exames de rotina e aproveitou que os dois estavam na unidade para encaminhá-los ao médico. Dr. Azevedo auscultou o pulmão de D. Gema e não havia alterações. Pressão arterial (P.A.) 110 mmHg x 70 mmHg, oximetria em 97% e temperatura corporal em 37,8°C.

— Está tudo bem D. Gema. Vamos tratar os sintomas, vou prescrever um antitérmico e recomendo que a senhora fique de repouso e beba muito líquido.

— Agora vamos ver o Sr. Vitório, que faz tempo que não faz nenhum exame de controle.

Sr. Vitório ficou um pouco desconfiado, mas achou por bem aproveitar a oportunidade. Dr. Azevedo solicitou exames laboratoriais de hemograma completo com plaquetometria, colesterol (total e frações), glicemia em jejum, EQU (exame qualitativo de urina) e PSA (antígeno prostático específico). No dia seguinte, Sr. Vitório retornou em jejum para a realização da coleta sanguínea.

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



A enfermeira Astrid aferiu a P.A.: 110 mmHg x 70 mmHg, oximetria em 98% e temperatura corporal em 35,8°C e agendou o retorno com Dr. Azevedo para a próxima semana.

No retorno Sr. Vitório estava um pouco preocupado, pois, mesmo que não sentisse nada de diferente no seu dia-a-dia, fazia muitos anos que não realizava exames de rotina.

“Pois bem”, disse Dr. Azevedo. “Estamos com algumas alterações. Sua glicemia está muito alta, e pretendemos averiguar melhor; vou solicitar exame de hemoglobina glicada, mas o quadro indica diagnóstico de Diabetes Mellitus do tipo 2, pois sua glicemia em jejum marcou 390 mg/dL. O Sr. tem sentido algum sintomas como sede excessiva, micção frequente e perda de peso?”

Sr. Vitório ficou muito assustado.

— Sim, achei até que fosse algum problema de próstata, já me disseram que isto dá muito vontade de ir ao banheiro, especialmente no meio da noite, e sede sempre senti muita, não acho que eu esteja com mais sede do que o que sempre tive, e peso não sei dizer, pois também não costumo me pesar... agora, tem uma coisa que eu senti, acho que nem é assunto de médico, mas minha dentadura está bem folgada, a verdade é que ela é bem antiga e eu tenho sentido ardência e umas rachaduras no canto da boca.

Dr. Azevedo encaminhou-o para avaliação com a Dra. Catarina, cirurgiã-dentista da unidade. Na consulta com Dra. Catarina, Sr. Vitório recordou que fizera a dentadura quando os filhos ainda eram crianças e que depois que tirou os “dannati denti che mi hanno fatto male” (dentes malditos que me doem), nunca mais esteve em consulta odontológica.

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Dra. Catarina realizou uma nova anamnese com Sr. Vitório a fim de conseguir obter maiores informações sobre seu histórico médico e odontológico. Sr. Vitório tem uma saúde de ferro e nunca teve problemas mais sérios de saúde, embora Dr. Azevedo o informou, em sua última consulta, que seu índice glicêmico estava elevado, indicando um possível quadro de Diabetes Mellitus tipo 2. O paciente não relatou uso de medicamentos contínuos, não faz uso de bebidas alcoólicas, nem de tabaco e também nunca foi submetido a procedimentos cirúrgicos em qualquer parte do corpo.

Ao exame físico extrabucal, não foram observadas alterações nas cadeias linfáticas e nem alterações de assimetria facial do paciente. Observou-se, entretanto, a presença de manchas de coloração acastanhada na pele da face e do dorso das mãos, sugerindo um diagnóstico clínico de ceratose actínica.

Ao exame físico intrabucal, após Dra. Catarina solicitar a remoção da prótese total superior e inferior do paciente, examinou toda a mucosa bucal iniciando pela região do vermelhão dos lábios superior e inferior. Perda de nitidez do limite entre o vermelhão do lábio inferior e a pele peribucal, além de ressecamento e de descamação, foram achados que corroboraram com um diagnóstico clínico de queilite actínica. Na região da comissura labial bilateralmente, foram observadas pequenas fissuras eritematosas, com uma leve descamação, indicando o diagnóstico clínico de queilite angular. Também foram observadas petéquias hemorrágicas associadas a uma extensa área eritematosa na região do palato duro anterior e posterior e no rebordo alveolar anterior e posterior, bilateralmente. Associados às petéquias e ao eritema, observou-se a presença de múltiplas pápulas na região da rafe palatina e 2 pequenos nódulos achatados de coloração semelhante à mucosa no palato duro do lado esquerdo que sugerem um diagnóstico clínico de hiperplasia papilar inflamatória. Essas alterações foram observadas na área de superfície chapeável da prótese total superior. Edentulismo completo também foi observado.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Candidose atrófica crônica.

Com base no exame clínico e na hipótese diagnóstica, Dra. Catarina chegou ao diagnóstico final da queixa principal de candidose atrófica crônica, associada à hiperplasia papilar inflamatória, devido ao fato do paciente fazer o uso de uma prótese total superior antiga e mal adaptada, além do hábito de dormir com as próteses de forma contínua. Além disso, o quadro de queilite angular está associado às mesmas condições de desajuste, também, da prótese total inferior que, conseqüentemente, resultaram em perda de dimensão vertical. Não foi necessária a solicitação de nenhum exame complementar adicional

Para o tratamento de Sr. Vitório, primeiramente, fez-se uma confecção de novas próteses totais superior e inferior, corretamente acrilizadas e ajustadas. Optou-se também pela prescrição de Miconazol 20mg/g, gel oral, aplicando uma fina camada sobre a superfície interna da prótese dentária superior, 4 vezes por dia, durante, no mínimo, 6 semanas. Dra. Catarina, sobretudo, atentou para a realização de uma orientação acerca da correta e diária higienização das próteses dentárias e da escovação do dorso da língua. Dra. Catarina orientou o Sr. Vitório a escovar suas próteses dentárias todos os dias, 2 vezes ao dia, e, à noite, retirar as próteses para dormir e mantê-las imersas em uma solução contendo 15 mL de hipoclorito de sódio alcalino a 1% diluído em 300 mL de água, ou digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard). Pela manhã, as próteses precisam ser escovadas com escova dental e creme dental para remoção de quaisquer resíduos. Dra. Catarina ressaltou ainda, que as próteses funcionam como um reservatório de microrganismos patogênicos, além de cobrir áreas anatômicas extensas que precisam ser avaliadas tendo em vista as lesões na mucosa bucal que podem se desenvolver abaixo desses aparatos móveis. Portanto, a realização de visitas periódicas ao dentista, para que as próteses sejam constantemente ajustadas e substituídas ao longo da vida do paciente é essencial. O paciente foi orientado a retornar nas consultas de acompanhamento para avaliação da resolução do quadro da candidose atrófica crônica com, no mínimo, 15 dias e também para possíveis ajustes das novas próteses conforme a orientação profissional.

Para a ceratose actínica, Dra. Catarina ressaltou a importância da aplicação de protetor solar, com fator de proteção solar 60, todos os dias, antes da exposição solar na pele exposta ao sol, incluindo a região do rosto, do pescoço, dos braços e mãos e orelhas. Entretanto, a avaliação e o acompanhamento das lesões por um médico Dermatologista foi fortemente recomendada devido ao potencial de malignização.

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



Para a queilite actínica, o tratamento prescrito foi o protetor labial em bastão com fator de proteção solar no mínimo 30, o qual foi recomendada a aplicação diária antes da exposição solar e a reaplicação ao longo do dia sempre que julgar necessário. A utilização de barreiras físicas, tais como chapéu e boné, também foi recomendado.

Para a hiperplasia papilar inflamatória, optou-se pelo acompanhamento clínico do paciente e a reavaliação das lesões após a conclusão do tratamento com o antifúngico. A nova prótese total superior adequadamente ajustada também auxiliará na resolução do quadro.

Em relação ao diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, o paciente tem consulta agendada para avaliação dos novos exames solicitados, além do acompanhamento clínico com o Dr. Azevedo.

## DIAGNÓSTICO FINAL

Candidose atrófica crônica.

## QUESTIONÁRIO

1. Por que o hábito de dormir com as próteses dentárias está associado ao desenvolvimento de candidose atrófica crônica?
2. Por que as próteses de resina acrílica são mais suscetíveis ao acúmulo de microrganismos e o desencadeamento de infecções fúngicas?
3. O histórico médico de Diabetes Mellitus tipo 2 pode estar associado ao quadro de candidose atrófica crônica?
4. O cirurgião-dentista pode prescrever antifúngico sistêmico para o tratamento de candidose atrófica crônica ou outras apresentações clínicas de candidose bucal?
5. Por que o termo candidose é mais adequado que o termo candidíase?

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## HIPERLINKS

### Queixa principal:

“Tenho sentido ardência e umas rachaduras no canto da boca”.

### História da doença atual:

Paciente não relata uso de medicamentos para alívio dos sintomas. Relata também desadaptação da prótese sem substituição da mesma por longo período.

### Oximetria:

É um teste não invasivo e indolor que mede o nível de saturação de oxigênio ou os níveis de oxigênio no sangue. Utiliza-se para ele o aparelho chamado oxímetro de pulso. Por meio do oximetria, é possível avaliar se o nível de oxigênio no sangue arterial é adequado para as necessidades dos tecidos. Os valores de saturação de oxigênio (SaO<sub>2</sub>), quando entre 90-95%, indicam normalidade. Quando SaO<sub>2</sub> <90%, pode-se considerar hipoxemia.

### Exames laboratoriais:

São exames complementares que tem por intuito auxiliar o profissional da saúde no alcance do diagnóstico final a partir de hipóteses diagnósticas elencadas com base no exame clínico. A coleta de amostras de sangue do paciente se faz necessária para as diversas modalidades desses exames.

### Hemograma completo com plaquetometria:

Exame complementar laboratorial que avalia a quantidade e a qualidade dos três principais grupos de células sanguíneas: hemácias (glóbulos vermelhos que transportam oxigênio e nutrientes para o corpo), os leucócitos (glóbulos brancos, que atuam no sistema imune) e as plaquetas (que modulam a coagulação). Para glóbulos vermelhos, os homens apresentam valor médio normal de 5,0 milhões por mm<sup>3</sup> (limites: 4,3-5,8) e as mulheres 4,5 milhões por mm<sup>3</sup> (limites: 3,9-5,1). A média normal dos glóbulos brancos entre os

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



homens é de  $6.142/\text{mm}^3$  (2.843-9.440) e entre as mulheres é de  $6.426/\text{mm}^3$  (2.883-9.969). A média normal de plaquetas entre homens é de  $213.975/\text{mm}^3$  (128.177-299.774), e para mulheres é de  $239.325/\text{mm}^3$  (135.606-343.044). Outros parâmetros mostram valores próximos entre os sexos e faixas etárias, com pequenas variações.

### **Colesterol total e frações:**

O colesterol é um dos lipídeos biologicamente mais relevantes, precursor dos hormônios esteroides, ácidos biliares e vitamina D, que atua na fluidez e regulação metabólica das membranas celulares. Para ser transportado até os tecidos e órgãos, ele precisa se ligar a outras substâncias, formando partículas maiores, chamadas lipoproteínas, que constituem os principais tipos de colesterol: conhecido como “bom colesterol” ou, do inglês high density lipoprotein (HDL) - lipoproteína de alta densidade - que tem a função de conduzir o colesterol para fora das artérias até o fígado, onde será metabolizado. Há também o chamado “mau colesterol” ou, do inglês low density lipoprotein (LDL) - lipoproteína de baixa densidade - que transporta o colesterol por todo o organismo, favorecendo o seu depósito nas artérias e o desenvolvimento de aterosclerose. O exame de colesterol e frações mede a quantidade dessa molécula e seus subtipos no sangue, e deve ser feito após pelo menos 12 horas de jejum. Sua análise é feita baseada em:

- **HDL:** O nível desejado é  $>40$  mg/dl para homens e  $>50$  mg/dl para mulheres. Considera-se ideal níveis acima de 60 mg/dl.
- **LDL:** O nível desejado para a população em geral é  $<130$  mg/dl, entretanto, dependendo do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, esse valor pode alterar. O valor máximo recomendado de LDL para pessoas com baixo risco cardiovascular (jovens, sem doenças ou com hipertensão bem controlada) é de até 130 mg/dl. Para pessoas com risco cardiovascular intermediário (com 1 ou 2 fatores de risco, como tabagismo, pressão alta, obesidade, arritmia controlada, ou diabetes que seja inicial, leve e bem controlado), o valor máximo recomendado é de até 100 mg/dl. Já para pessoas com risco cardiovascular alto (com placas de colesterol nos vasos, aneurisma de aorta abdominal, doença renal crônica, diabetes há mais de 10 anos, etc), o valor máximo recomendado é de até 70 mg/dl. Pessoas com risco cardiovascular muito alto (com histórico de angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou outro tipo de obstrução arterial por placas de aterosclerose, ou com qualquer obstrução arterial grave observada no exame), devem ter o valor máximo de LDL em até 50 mg/dl.
- **VLDL:** Colesterol que corresponde a uma lipoproteína de baixíssima densidade, do inglês, very low density lipoprotein (VLDL). É produzido no fígado e é responsável por transportar os triglicerídeos pela corrente sanguínea,

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

aumentando, conseqüentemente, o risco de doenças cardíacas. Seu valor ideal é de 30 mg/dl.

Em relação ao colesterol total (CT), que corresponde a soma das diversas frações de colesterol, o nível desejado é de até 200 mg/dl.

### **Glicemia:**

O exame de glicemia é realizado para avaliar os níveis de glicose no sangue, normalmente em jejum. Para um diagnóstico de diabetes, são medidos vários níveis elevados de glicose no sangue em pelo menos 2 dias diferentes definidos, sendo necessário estar, pelo menos, 8 horas sem qualquer ingestão calórica. Os valores de glicose, em jejum, são, atualmente, considerados normais quando no plasma venoso há <100 mg/dl (<5,6mmol/l) de glicose. Valores mais baixos (hipoglicemia) indicam a existência de um distúrbio do metabolismo da glicose ou dano conseqüente. Valores de glicose no plasma venoso  $\geq 100$  mg/dl (5,6 mmol/l) indicam um pré-diabetes. Valores de glicose no plasma venoso  $\geq 126$  mg/dl (7 mmol/l) indicam possível diabetes mellitus. Pode-se, ainda, realizar a dosagem de glicemia pós-prandial (1 a 2 horas após a ingestão alimentar), que permite avaliar picos hiperglicêmicos pós-prandiais associados a risco cardiovascular e estresse oxidativo; entretanto representa uma medida pontual que não reflete o que ocorre nos demais horários.

### **EQU (exame qualitativo de urina):**

É um teste laboratorial simples, não invasivo e de baixo custo que pode rapidamente fornecer valiosas informações a respeito do trato urinário e de outros sistemas corporais. Uma avaliação urinária completa (incluindo análise de tiras reagentes, densidade específica e exame do sedimento urinário) deve ser realizada, mesmo que um dos componentes não mostre anormalidades. O exame serve para avaliar aspectos físicos (por exemplo cor e pH), químicos (por exemplo presença de proteínas e corpos cetônicos) e a presença de elementos que normalmente não fazem parte da excreção urinária, como bactérias, cristais, muco, hemoglobina e células epiteliais, etc. É recomendado, para o exame, a coleta da micção da manhã, desprezando o primeiro jato, a fim de eliminar impurezas. Do volume total, uma amostra de 50 a 100 mL é utilizada para a realização do teste.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



### **PSA (antígeno prostático específico):**

Marcador de escolha no diagnóstico do câncer de próstata. A elucidação da bioquímica do PSA tem potencializado o uso do marcador no diagnóstico de malignidade da próstata. O tecido glandular é responsável pela produção e secreção de antígeno específico da próstata (PSA). A membrana cria uma barreira impedindo o escape de PSA na circulação periférica e o rompimento desta barreira, por uma patologia, permite um influxo de PSA na circulação sistêmica. A maioria dos homens sem câncer de próstata tem níveis de PSA inferiores a 4 ng/ml no sangue.

### **Hemoglobina glicada:**

Hemoglobina glicada refere-se a hemoglobina conjugada à glicose. Como um índice de controle glicêmico de longo prazo e um preditor de risco, a concentração de HbA1c é uma parte indispensável do controle de rotina do diabetes. A concentração de HbA1c é um parâmetro longitudinal, ou seja, os pacientes são monitorados ao longo de anos ou mesmo décadas. A concentração de HbA1c é amplamente utilizada para o monitoramento de rotina do estado glicêmico de longo prazo em pacientes com diabetes tipo I e tipo II. HbA1c é o índice de glicemia média e, como tal, documenta o grau de controle glicêmico, resposta à terapia e risco de desenvolvimento ou agravamento de complicações do diabetes. A concentração de HbA1c representa um valor contínuo: valores <40 mmol/mol (5,8%) indicam baixo risco para diabetes, enquanto aqueles >46 mmol/mol (6,4%) indicam a presença de diabetes. Concentrações de HbA1c de 40-46 mmol/mol (5,8-6,4%) estão associados a um risco crescente de diabetes. A frequência de medição depende da condição clínica dos pacientes. Recomenda-se, pelo menos, dois testes por ano para pacientes que cumprem os objetivos do tratamento (e que têm controle glicêmico estável), e testes trimestrais em pacientes cuja terapia está alterada ou que não cumprem as metas glicêmicas.

### **Diabetes Mellitus tipo 2:**

É uma síndrome que resulta da combinação de resistência à insulina e deficiência de insulina. Existem genes que controlam etapas químicas na ação das células, secreção de insulina, ação da insulina na célula, produção de receptor de insulina pela célula e nível de insulina dentro da célula. Defeitos em qualquer um desses genes podem prevenir a produção de enzimas e bloquear a ação da insulina, e este bloqueio pode interferir na captação de glicose pela célula, evitar a absorção de glicose e ácidos graxos pelas células

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



de gordura, aumentar a degradação de triglicerídeos, e causar muitos outros defeitos. Existem fatores que podem predispor a resistência à insulina, tais como obesidade e sedentarismo.

### **Ceratose actínica:**

São lesões que resultam da exposição crônica à radiação ultravioleta (UV), especialmente em pessoas de pele clara e tem a capacidade de progredir para um carcinoma de células escamosas, ou seja, são consideradas lesões potencialmente malignas da pele. Clinicamente, são descritas como pápulas eritematosas ou placas avermelhadas ou ligeiramente acastanhadas com uma textura arenosa variável. Algumas lesões têm telangiectasias no seu interior ou ao seu redor, outras são fortemente pigmentadas, e algumas se desenvolvem em associação a proliferações córneas chamadas ceratose verrucosa.

### **Queilite actínica:**

Lesão potencialmente maligna que afeta quase exclusivamente o vermelhão do lábio inferior de indivíduos de pele clara com histórico de exposição crônica à luz solar (radiação actínica). Frequentemente observada em pacientes do sexo masculino com idade entre 40 e 80 anos.

### **Queilite angular:**

Pode ser definida como uma apresentação clínica de candidose que acomete a mucosa bucal. Existem condições predisponentes importantes, como diminuição da dimensão vertical e aumento da flacidez dérmica devido ao envelhecimento, que criam uma situação na qual o depósito salivar na pele é inevitável, deixando o local úmido e favorável para uma infecção por leveduras e outros microorganismos. Clinicamente, observa-se a presença de eritema, fissuras e descamação com fases de exacerbação e de remissão.

### **Hiperplasia papilar inflamatória:**

É um crescimento de tecido reacional que usualmente, embora nem sempre, desenvolve-se abaixo da dentadura em associação com o quadro de candidose atrófica crônica. Essa condição frequentemente parece estar relacionada

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



com os seguintes fatores: prótese removível mal-adaptada, má higiene da prótese removível e uso da prótese removível 24 horas por dia. Clinicamente, apresenta-se como pápulas e/ou nódulos de coloração semelhante à da mucosa e assintomáticos.

### **Edentulismo:**

Condição na qual o paciente não apresenta os elementos dentários, seja parcial ou totalmente.

### **Candidose atrófica crônica:**

Uma das apresentações clínicas da candidose mais prevalentes na mucosa bucal acometendo pacientes usuários de próteses totais quase exclusivamente superior. Lesão de etiologia fúngica ocasionada principalmente pela espécie *Candida albicans* com fatores sistêmicos, tais como deficiências nutricionais, diabetes, xerostomia, imunossupressão e fatores locais como uso contínuo de próteses, mal-adaptação das próteses e higienização deficiente como fatores predisponentes. A presença da prótese é o fator local mais importante para o surgimento do quadro, pois a superfície interna de resina apresenta irregularidades e microporosidades que facilitam a colonização de microorganismos. Clinicamente, apresentam-se áreas eritematosas associadas a petéquias hemorrágicas, normalmente localizadas na área em contato com a prótese dentária.

O diagnóstico da candidose se dá através do exame clínico, que inclui a anamnese e o exame físico intrabucal. O tratamento da candidose atrófica crônica envolve a resolução dos fatores locais, especialmente a redução da carga de microrganismos colonizadores da prótese. É importante ressaltar que a confecção de próteses novas, corretamente acrilizadas e ajustadas, controles periódicos, métodos eficientes de desinfecção (como imersão noturna das próteses em 15 mL de hipoclorito de sódio alcalino a 1% diluído em 300 mL de água, ou uso de digluconato de clorexidina a 0,12%) e remoção noturna da prótese, fazem parte de um conjunto de medidas visando um tratamento preventivo. Quando há presença de lesões, o tratamento curativo deve ser instituído por meio da prescrição de terapia antifúngica tópica e/ou sistêmica, que modifica a permeabilidade da membrana celular dos fungos, como por exemplo: Miconazol e Fluconazol. Como opção inicial, pode-se utilizar Miconazol 20 mg/g, gel oral, aplicando uma fina camada sobre a superfície

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



interna da prótese dentária, 4 vezes por dia, durante, no mínimo, 6 semanas. Nos casos mais intensos ou em pacientes imunossuprimidos, a prescrição de Fluconazol, via oral, 150 mg em uma dose única semanal por 2 semanas.

A avaliação e o tratamento de doenças sistêmicas que debilitam o sistema imunológico, tais como, pacientes HIV positivos, pacientes que fazem uso crônico de corticoides sistêmicos via oral ou pacientes com diabetes tipo 2 descompensados, é primordial para a resolução e prevenção de recidivas.

---

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## GABARITO

A higienização da prótese dentária com métodos de remoção de biofilme é importante para prevenir a adesão química de bactérias à prótese e eliminar as irregularidades da resina, visto que os microrganismos podem se acumular facilmente sobre a superfície. Durante o período noturno, faz-se necessária a remoção das próteses, uma vez que durante o sono o fluxo salivar diminui, assim como a capacidade tamponante da saliva, logo, se tais aparatos móveis forem mantidos, o acúmulo de biofilme acaba sendo favorecido.

A presença da prótese de resina acrílica é o fator local iniciante para a doença, pois a superfície interna de resina apresenta irregularidades e microporosidades que facilitam a colonização de bactérias e fungos. Estes microrganismos formam na superfície da prótese um biofilme semelhante ao biofilme dental, tanto na sua composição, quanto no seu processo de colonização. Associado a uma oclusão não balanceada podem causar traumas na mucosa palatina, que reduzem a resistência do tecido à infecção e aumentam a permeabilidade do epitélio às toxinas produzidas pelos microrganismos.

Na candidose bucal, a formação de biofilme e o crescimento excessivo de espécies do gênero *Candida* são significativamente maiores em pacientes diabéticos descompensados. Uma combinação de fatores de riscos de hospedeiro e fungo, como aumento da glicose salivar, diminuição do pH salivar, redução do fluxo salivar, idade avançada, próteses dentárias, hábitos de fumar, irritação e hipossalivação facilitam a colonização da *Candida*. O aumento dessa colonização em pacientes diabéticos descompensados pode ser atribuído à redução da resistência da mucosa bucal à infecção. Da mesma forma, a glicose salivar e os níveis de pH estão correlacionados com o aumento do transporte da taxa de *Candida* nesses pacientes. Ainda, há uma alta prevalência de candidose bucal associada com uso de próteses dentárias, particularmente em pacientes diabéticos que usam continuamente. A *C. albicans* adere ao acrílico, portanto, dentaduras podem atuar como um reservatório adicional para esses organismos. Além disso, o trauma induzido por dentadura pode reduzir a resistência do tecido à infecção, aumentando assim a permeabilidade do epitélio a antígenos de *Candida* solúveis e às toxinas.

Visto que as candidoses estão entre as lesões da mucosa bucal mais frequentemente encontradas na prática clínica do cirurgião-dentista, ele tem o papel de diagnosticar essas condições identificando os fatores associados e estabelecendo condutas necessárias de profilaxia e de tratamento. Os medicamentos devem ser prescritos em receitas completas que contenham os dados do paciente, dados do profissional ou instituição, com carimbo e assinatura.

Apesar do termo candidíase ser comumente utilizado na prática clínica e conhecido pela população em geral, o termo Candidose é mais adequado por ser um termo genérico, que inclui um grupo de doenças das mucosas e pele, com agente etiológico comum do gênero *Candida*. O principal patógeno implicado no desenvolvimento de candidose bucal é a espécie *Candida albicans*.

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## REFERÊNCIAS

CORDEIRO, M. et al. Manual de semiologia médica: a prática do exame físico. Belém: EDUEPA; 2015.

DEGHAN, P., MOHAMMADI, F. et al. Identification of *Candida* species in the oral cavity of diabetic patients. *Current Topics in Medical Mycology*, New York, vol. 2, no. 2, p. 1-7, Jun. 2016.

FERNANDO, A.; FALCÃO, P. Candidíase associada a próteses dentárias. *Rev. Lit.*, [S. l.], no. 75, p. 135-146, jan./jun. 2004.

GUAL-VAQUÉS, P. et al. Inflammatory papillary hyperplasia: a systematic review. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, Valencia, vol. 22, no. 1, p. e36-42., Aug. 2017.

GUTHRIE, R. A., GUTHRIE, D. W. Pathophysiology of Diabetes Mellitus. *Critical Care Nursing Quarterly*, Frederick MD, vol. 27, n. 2, p. 113-125, Apr./Jun. 2004.

HARREITER, J.; RODEN, M. Diabetes Mellitus—definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2019). *Wiener Klinische Wochenschrift*, Wien, vol. 131 (Suppl 1), p. 6-15. May, 2019.

HELLSTEIN, J. W.; MAREK, C. L. Candidiasis: red and white manifestations in the oral cavity. *Head and Neck Pathology, Secaucus*, vol. 13, no. 1, p. 25-32, Jan. 2019.

MAGALHÃES, M. E. C. New cholesterol targets of SBC Guidelines on Dyslipidemia. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, Rio de Janeiro, vol. 30, no. 6, p. 466-468, Dec. 2017.

MALTA, D. C. et al. Prevalence of altered total cholesterol and fractions in the Brazilian adult population: National health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 22 (Suppl 2), p. 1-13, Oct. 2019.

MANGUEIRA, D. F. Candidose Oral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, n. 14, p. 69-72, 2010.

MENDES, A. B. ET AL. Adequação do uso do oxigênio por meio da oximetria de pulso: um processo importante de segurança do paciente. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 449-455, out. 2010.

MILFORD, W. A. et al. Prostate specific antigen: Biology, biochemistry and available commercial assays. *Annals of Clinical Biochemistry*, London, vol. 38, no. 6, p. 633-651, Nov. 2001.

MILLSOP, J. W.; FAZEL, N. Oral candidiasis. *Clinics in Dermatology*, Philadelphia, vol. 34, no. 4, p. 487-494, Jul./Aug. 2016.

NAKAMAE, D. D. et al. Exame de urina: todo o rigor na colheita de amostras. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 51-57, Apr. 1980.

ROSENFELD, L. G. et al. Reference values for blood count laboratory tests in the Brazilian adult population, national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, vol. 22 (Suppl 2), p. 1-13, Oct. 2019.

SALGUEIRO, A. P. et al. Treatment of actinic cheilitis: a systematic review. *Clinical Oral Investigations*, Berlin, vol. 23, no. 5, p. 2041-2053, May 2019.

SESMA, N.; MORIMOTO, S. Estomatite protética: etiologia , tratamento e aspectos clínicos. *Journal of Bi dentistry and Biomaterials*, São Paulo, p. 24-29, fev. 2011.

SIEGEL. J. A.; KORGAVKAR, K., WEINSTOCK; M. A. Current perspective on actinic keratosis: a review. *British Journal of Dermatology*, London, v. 177, no. 2, p. 350-358, Aug. 2017.

SOYSA, N. S.; SAMARANAYAKE, L. P.; ELLEPOLA, A. N. B. Diabetes mellitus as a contributory factor in oral candidosis. *Diabetic Medicine*, Chichester, vol. 23, no. 5, p. 455-459, May 2006.

WEYKAMP, C. HbA1c: a review of analytical and clinical aspects. *Annals of Laboratory Medicine*, Korea, vol. 33, no. 6, p. 393-400, Nov. 2013.

## CAPÍTULO 9

### CASO 7

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Ernesto tem reclamado de muito incômodo no lábio inferior nos últimos meses. Está quase sempre com dor, sensação de ardência e palidez no lábio. Ernesto foi trabalhador rural, sua família plantava fumo na região central do estado e ele começou o trabalho nas plantações por volta dos 14 anos. De vida modesta, com trabalho duro de sol a sol no plantio, casou-se com Fátima quando os dois tinham 20 anos. Fátima teve uma “doença no sangue” que a impossibilitou de ter filhos. Ambos estão com 59 anos e levam uma vida pacata no bairro de Serra Azul. Mudaram-se para o bairro no início do ano passado quando os dois se aposentaram. Ela trabalhou como professora em uma escola municipal e dedicou sua vida à alfabetização de adultos. Fátima tem insistido com Ernesto para ir consultar com a Dra. Catarina na unidade de saúde, mas ele arranja sempre uma desculpa ou outra. Ontem encontraram Marlene, a agente de saúde, que fazia suas visitas domiciliares de rotina. Fátima comentou com Marlene sobre as queixas do marido e ela agendou uma avaliação para a semana seguinte com a dentista.

No dia agendado, Ernesto chegou cedo. Tinha passado a noite acordado com medo de que pudesse estar com uma “doença pior”. Ele fumou cigarro de palha por quase 30 anos; será que estaria com câncer? Também lembrou que quando estava trabalhando na roça era bem comum ter sangramento constante em seus lábios e uma sensibilidade acentuada. Dra. Catarina começou a conversa perguntando alguns hábitos do paciente.

– O que o Sr. tem sentido? Percebeu ferida nos lábios? Algum sintoma diferente? Ernesto pensou um pouco e respondeu:

– Sabe Dra. Catarina, estou lembrando aqui... teve uma época que meu lábio ficava inchado, tinha umas bolhas e eu sentia queimação, mas depois curava sozinho.

Fátima interrompeu o relato do marido:

– Ernesto, estou lembrando aqui que teve uma vez que formou umas bolhas no seu lábio e que depois elas descamaram, e também que faz um tempinho

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



que eu vejo seu lábio perdendo a cor, acho até que está se misturando com a pele!

Dra. Catarina conversa um pouco mais com o paciente.

– Ernesto, me conte de sua alimentação, de sua rotina...

– Ah, eu e a minha esposa temos uma rotina simples, de gente aposentada, sabe... gosto de matear logo cedo, ler o jornal da cidade, escuto muito os programas de rádio e acompanho futebol. Fátima gosta muito de ler e cozinhar, está sempre inventando uma receita nova que assistiu na televisão. E assim se vão os dias, Dra.

– E os exames de rotina Ernesto? Perguntou a dentista.

– Olha, nunca fiz. Tenho que contar a verdade pra senhora, né?

– Então vou solicitar alguns exames de rotina, tais como glicemia em jejum, hemograma completo com plaquetometria, colesterol (total e frações), triglicérides, PSA (antígeno prostático específico), INR (razão de normatização internacional) e urina tipo 1. Também vou agendar uma consulta para o senhor com o médico da nossa Unidade Básica de Saúde, o Dr. Azevedo. Assim ele também poderá avaliar a sua saúde geral.

---

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Durante a consulta com Dra. Catarina, Ernesto relatou não lembrar da ocorrência de algum problema sério de saúde, e não tem o costume de procurar avaliação médica quando sente algum incômodo. Por levar uma vida simples, Ernesto sempre tratou seus problemas com um “cházinho” (de boldo, hortelã, malva, etc.) e com outras fitoterapias. O paciente não relata o uso de medicamentos contínuos. Quanto aos seus hábitos, Ernesto bebe uma taça de vinho colonial, todo meio-dia e todas as noites, há aproximadamente 20 anos. Fumava 10 cigarros de palha por dia, durante 30 anos e fazem 2 anos que parou de fumar. Quanto aos hábitos de higiene bucal, Ernesto faz uso de prótese total inferior e parcial removível do dente 23 ao 26 o qual não tem o hábito de fazer a higienização da mesmas; entretanto, remove-as para dormir. Tem o costume de escovar os dentes com escova de cerdas médias e creme dental com flúor, 2 vezes ao dia, além de não ter o hábito de usar fio dental.

Ao exame físico extrabucal, não foram observadas alterações nas cadeias linfáticas, e nem alterações de assimetria facial no paciente. Foram observadas a presença de múltiplas manchas de coloração acastanhada e tamanhos variados na pele da face e no do dorso das mãos, sugerindo um diagnóstico clínico de ceratose actínica.

Dra. Catarina examinou toda a mucosa bucal do paciente, iniciando pela região do vermelhão dos lábios superior e inferior. Observou-se o apagamento do limite entre a pele peribucal e o vermelhão do lábio inferior. Há ainda, na porção direita do lábio inferior, próximo à comissura labial, uma placa branca homogênea medindo aproximadamente 0,6 cm no maior diâmetro. Observam-se também manchas brancas e acastanhadas em toda extensão do vermelhão do lábio inferior. Ao retirar a prótese durante o exame físico intrabucal, Dra. Catarina observou a presença de um nódulo, de base sésil, bordas bem definidas, consistência firme e com coloração semelhante à mucosa adjacente, na região de fundo de sulco, no lado esquerdo da arcada dentária superior, indicando um quadro clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória. Na mucosa jugal esquerda, observou-se placas brancas de aparência macerada e descamativa, além da marcação de dentes, indicando um diagnóstico clínico de mucosa mordiscada.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Queilite actínica.

Com base no exame clínico e na hipótese diagnóstica, Dra. Catarina chegou ao diagnóstico clínico final da queixa principal de queilite actínica. A presença de uma placa branca e homogênea no vermelhão do lado direito do lábio inferior culminou com a realização de uma biópsia excisional e encaminhamento do espécime tecidual em formol tamponado 10% para exame histopatológico. O aspecto clínico e tamanho da lesão foi decisivo para a escolha pela biópsia excisional; entretanto, cabe salientar que a biópsia incisiva geralmente está indicada para lesões potencialmente malignas de grande extensão. Antes de realizar o procedimento cirúrgico, os exames pré-operatórios foram avaliados, sendo que os valores se encontravam dentro dos padrões de normalidade.

No espécime tecidual encaminhado para exame histopatológico, o laudo que foi entregue ao paciente continha a descrição de um epitélio pavimentoso estratificado paraceratizado hiperplásico com hiperqueratose e displasia epitelial leve. No tecido conjuntivo, áreas de elastose solar e de infiltrado inflamatório crônico linfoplasmocitário foram identificadas. Diante do diagnóstico final displasia epitelial leve em um quadro clínico de queilite actínica, o acompanhamento do paciente foi estabelecido. Além disso, a prescrição do protetor labial em bastão com fator de proteção solar no mínimo 30 (aplicação diária antes da exposição solar e a reaplicação ao longo do dia) e de hidratante labial para aplicação noturna foram associadas à utilização de barreiras físicas, tais como uso de chapéu e/ou de boné.

Em relação ao diagnóstico clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória, realizou-se uma biópsia excisional, que foi encaminhada para exame histopatológico. Além disso, a adaptação da prótese foi feita, com o intuito de remover o agente causal desse trauma crônico. Para a mucosa mordiscada, a adaptação da prótese também auxiliará na resolução do quadro traumático. Entretanto, a conscientização sobre o hábito crônico de mordiscamento foi esclarecido ao paciente.

Dra. Catarina reforçou a importância do acompanhamento clínico, uma vez que as lesões de queilite actínica são consideradas potencialmente malignas e o monitoramento permanente do paciente se faz necessário. Um consulta de retorno em 3 meses foi agendada, considerando o quadro clínico e os achados microscópicos atuais do paciente. Além disso, Dra. Catarina alertou Ernesto sobre a importância de uma correta higiene bucal. Recomendou-se a

---

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



utilização de uma escova com cerdas macias, além da manutenção do uso de dentífrico fluoretado. A utilização do fio dental é fundamental, uma vez que auxilia na remoção do acúmulo de biofilme interproximal para as áreas dentadas.

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO FINAL

Queilite actínica.

## DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO FINAL

Displasia epitelial leve.

## QUESTIONÁRIO

1. Quando está indicado exame complementar para o diagnóstico de queilite actínica? Qual o(s) exame(s) complementar(es) indicado(s)?
2. Quais as apresentações clínicas da queilite actínica?
3. Por que a queilite actínica pode ser considerada uma lesão potencialmente maligna?
4. Qual(is) o(s) intervalo(s) das consultas de acompanhamento para pacientes com diagnóstico de queilite actínica? Os achados microscópicos devem ser considerados para o monitoramento clínico?
5. Queilite actínica é um diagnóstico clínico e/ou microscópico?

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## HIPERLINKS

### Queixa principal:

“Dor, sensação de ardência e palidez no lábio”.

### História da doença atual:

Paciente relatou o aparecimento prévio de ulcerações com posterior formação de crostas e descamação, além da resolução espontânea do quadro. Aumento de volume e sensação de queimação no lábio inferior também foi reportado. Paciente não relata a utilização de nenhum bálsamo labial, além do histórico de exposição solar crônica por motivos ocupacionais

### Glicemia em jejum:

O exame de glicemia é realizado para avaliar os níveis de glicose no sangue, normalmente em jejum. Para um diagnóstico de diabetes, são medidos vários níveis elevados de glicose no sangue em pelo menos 2 dias diferentes definidos, sendo necessário estar, pelo menos, 8 horas sem qualquer ingestão calórica. Os valores de glicose, em jejum, são, atualmente, considerados normais quando no plasma venoso há  $<100$  mg/dl ( $<5,6$  mmol/l) de glicose. Valores mais baixos (hipoglicemia) indicam a existência de um distúrbio do metabolismo da glicose ou dano consequente. Valores de glicose no plasma venoso  $\geq 100$  mg/dl ( $5,6$  mmol/l) indicam um pré-diabetes. Valores de glicose no plasma venoso  $\geq 126$  mg/dl ( $7$  mmol/l) indicam possível diabetes mellitus. Pode-se, ainda, realizar a dosagem de glicemia pós-prandial (1 a 2 horas após a ingestão alimentar), que permite avaliar picos hiperglicêmicos pós-prandiais associados a risco cardiovascular e estresse oxidativo; entretanto representa uma medida pontual que não reflete o que ocorre nos demais horários. Por sua vez, a hemoglobina glicada refere-se a hemoglobina conjugada à glicose. A concentração de HbA1c é amplamente utilizada para o monitoramento de rotina do estado glicêmico de longo prazo em pacientes com diabetes tipo I e tipo II. A concentração de HbA1c representa um valor contínuo: valores  $<40$  mmol/mol (5,8%) indicam baixo risco para diabetes, enquanto aqueles  $>46$  mmol/mol (6,4%) indicam a presença de diabetes. Concentrações de HbA1c de 40-46 mmol/mol (5,8-6,4%) estão associados a um risco crescente de diabetes. A frequência de medição depende da condição clínica dos pacientes. Recomenda-se, pelo menos, dois testes por ano para pacientes que cumprem

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



os objetivos do tratamento (e que têm controle glicêmico estável), e testes trimestrais em pacientes cuja terapia está alterada ou que não cumprem as metas glicêmicas.

### Hemograma completo com plaquetometria:

Exame complementar laboratorial que avalia a quantidade e a qualidade dos três principais grupos de células sanguíneas: hemácias (glóbulos vermelhos que transportam oxigênio e nutrientes para o corpo), os leucócitos (glóbulos brancos, que atuam no sistema imune) e as plaquetas (que modulam a coagulação). Para glóbulos vermelhos, os homens apresentam valor médio normal de 5,0 milhões por  $\text{mm}^3$  (limites: 4,3-5,8) e as mulheres 4,5 milhões por  $\text{mm}^3$  (limites: 3,9-5,1). A média normal dos glóbulos brancos entre os homens é de  $6.142/\text{mm}^3$  (2.843-9.440) e entre as mulheres é de  $6.426/\text{mm}^3$  (2.883-9.969). A média normal de plaquetas entre homens é de  $213.975/\text{mm}^3$  (128.177-299.774), e para mulheres é de  $239.325/\text{mm}^3$  (135.606-343.044). Outros parâmetros mostram valores próximos entre os sexos e faixas etárias, com pequenas variações.

### Colesterol total e frações:

O colesterol é um dos lipídeos biologicamente mais relevantes, precursor dos hormônios esteroides, ácidos biliares e vitamina D, que atua na fluidez e regulação metabólica das membranas celulares. Para ser transportado até os tecidos e órgãos, ele precisa se ligar a outras substâncias, formando partículas maiores, chamadas lipoproteínas, que constituem os principais tipos de colesterol: conhecido como “bom colesterol” ou, do inglês high density lipoprotein (HDL) - lipoproteína de alta densidade - que tem a função de conduzir o colesterol para fora das artérias até o fígado, onde será metabolizado. Há também o chamado “mau colesterol” ou, do inglês low density lipoprotein (LDL) - lipoproteína de baixa densidade - que transporta o colesterol por todo o organismo, favorecendo o seu depósito nas artérias e o desenvolvimento de aterosclerose. O exame de colesterol e frações mede a quantidade dessa molécula e seus subtipos no sangue, e deve ser feito após pelo menos 12 horas de jejum. Sua análise é feita baseada em:

- **HDL:** O nível desejado é  $>40$  mg/dl para homens e  $>50$  mg/dl para mulheres. Considera-se ideal níveis acima de 60 mg/dl.
- **LDL:** O nível desejado para a população em geral é  $<130$  mg/dl, entretanto, dependendo do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, esse valor pode alterar. O valor máximo recomendado de LDL para pessoas com baixo risco cardiovascular (jovens, sem doenças ou com hipertensão

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



bem controlada) é de até 130 mg/dl. Para pessoas com risco cardiovascular intermediário (com 1 ou 2 fatores de risco, como tabagismo, pressão alta, obesidade, arritmia controlada, ou diabetes que seja inicial, leve e bem controlado), o valor máximo recomendado é de até 100 mg/dl. Já para pessoas com risco cardiovascular alto (com placas de colesterol nos vasos, aneurisma de aorta abdominal, doença renal crônica, diabetes há mais de 10 anos, etc), o valor máximo recomendado é de até 70 mg/dl. Pessoas com risco cardiovascular muito alto (com histórico de angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou outro tipo de obstrução arterial por placas de aterosclerose, ou com qualquer obstrução arterial grave observada no exame), devem ter o valor máximo de LDL em até 50 mg/dl. – **VLDL:** Colesterol que corresponde a uma lipoproteína de baixíssima densidade, do inglês, very low density lipoprotein (VLDL). É produzido no fígado e é responsável por transportar os triglicerídeos pela corrente sanguínea, aumentando, consequentemente, o risco de doenças cardíacas. Seu valor ideal é de 30 mg/dl.

Em relação ao colesterol total (CT), que corresponde a soma das diversas frações de colesterol, o nível desejado é de até 200 mg/dl.

### **Triglicerídeos:**

Os principais lipídeos do plasma humano são colesterol, ésteres do colesterol, triglicerídeos, fosfolipídios e ácidos graxos não-esterificados. Os lipídeos são transportados na forma de lipoproteínas, que podem ser divididas, de acordo com a sua densidade. A função principal das lipoproteínas plasmáticas parece ser a de transporte dos triglicerídeos e do colesterol dos locais de origem para os locais de armazenamento e utilização. Em relação aos níveis de triglicerídeos, valores acima de 500 mg/dl são considerados altos, e valores inferiores a 150mg/dl devem, geralmente, ser aceitos como normais. Pessoas com nível de triglicerídeos plasmáticos de jejum entre 150 mg/dl e 500 mg/dl representam um risco maior de doenças vasculares. Para o paciente, estes níveis podem ser normais ou representar um marcador para riscos aumentados. É recomendado um jejum de no mínimo 12 horas antes do exame.

### **PSA (antígeno prostático específico):**

Marcador de escolha no diagnóstico do câncer de próstata. A elucidação da bioquímica do PSA tem potencializado o uso do marcador no diagnóstico de malignidade da próstata. O tecido glandular é responsável pela produção e secreção de antígeno específico da próstata (PSA). A membrana cria uma

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



barreira impedindo o escape de PSA na circulação periférica, e o rompimento desta barreira, por uma patologia, permite um influxo de PSA na circulação sistêmica. A maioria dos homens sem câncer de próstata tem níveis de PSA inferiores a 4 ng/ml no sangue.

### **INR (razão de normatização internacional):**

É um exame utilizado para o controle da anticoagulação oral, juntamente com o tempo de protrombina (TP). O INR é um método de calibração do tempo de protrombina com o objetivo de reduzir a variação no resultado de TP, entre os diferentes laboratórios clínicos. A análise laboratorial é feita com uma amostra de sangue, utilizando coagulômetros, e seu nível adequado para uma anticoagulação eficaz, em pacientes que fazem uso de anticoagulantes/antitrombóticos, é de 2 a 3. Em indivíduos saudáveis, o valor de referência é entre 0,8 e 1.

### **Urina tipo 1:**

O exame de urina tipo I inclui caracteres físicos (volume, aspecto, cheiro, cor, densidade e pH), caracteres químicos (pesquisa de proteínas, açúcares, corpos cetônicos, bilirrubina, uréia, creatinina e ácido úrico) e o exame microscópico do sedimento. Na prática hospitalar, há uma separação entre a Urina Tipo I Simples (não inclui a análise microscópica) e o Sedimento Urinário Quantitativo (específico para a análise dos elementos não dissolvidos na urina). Esse exame é normalmente solicitado em *check-ups*, uma vez que permite avaliar a funcionalidade dos rins e a presença de possíveis infecções no organismo.

### **Ceratose actínica:**

São lesões que resultam da exposição crônica à radiação ultravioleta (UV), especialmente em pessoas de pele clara e tem a capacidade de progredir para um carcinoma de células escamosas, ou seja, são consideradas lesões potencialmente malignas da pele. Clinicamente, são descritas como pápulas eritematosas ou placas avermelhadas ou ligeiramente acastanhadas com uma textura arenosa variável. Algumas lesões têm telangiectasias no seu interior ou ao seu redor, outras são fortemente pigmentadas, e algumas se desenvolvem em associação a proliferações córneas chamadas ceratose verrucosa.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



### **Hiperplasia fibrosa inflamatória:**

Lesão reacional do tecido conjuntivo fibroso, em que ocorre uma proliferação benigna em resposta a traumas crônicos de baixa intensidade, sendo o mais frequente o uso de próteses dentárias parciais ou totais mal adaptadas. Clinicamente, normalmente se apresenta como nódulos firmes de tamanhos variados ou na forma de roletes teciduais. A base pode ser sésil ou pediculada, com coloração semelhante à mucosa ou eritematosa, de crescimento lento, sendo geralmente assintomática. Comumente, a prótese adapta-se entre as pregas de tecido hiperplásico no vestíbulo alveolar.

### **Mucosa mordiscada:**

Injúria física, também conhecida como *morsicatio buccarum*, associada ao trauma crônico de mordida ou decorrente da mastigação, geralmente na mucosa não ceratinizada. A mastigação crônica pode resultar em lesões brancas decorrentes de repetições ou trauma de fricção crônico (geralmente de raspagem dos dentes sobre a mucosa ou “mordiscar” da mucosa), dependendo da gravidade do hábito. Clinicamente, observam-se placas brancas de aparência macerada e descamativa na mucosa jugal e na mucosa labial (geralmente inferior). Áreas de erosão e ulceração podem estar associadas. As lesões apresentam ciclos de resolução e recorrência.

### **Biópsia:**

Exame complementar de consultório que consiste em procedimento cirúrgico para fins de diagnóstico por meio da remoção de tecido para exame macro e microscópico. A biópsia está indicada em todos os casos em que o diagnóstico clínico é inconclusivo, e o alcance do diagnóstico final depende da observação dos aspectos morfológicos e/ou arquiteturais característicos de cada condição. A biópsia incisional ou parcial é um tipo de biópsia em que apenas uma parte da lesão é removida. Cabe salientar a importância da remoção da parte mais representativa para o alcance do diagnóstico final. Entretanto, não necessariamente permitirá em todos os casos o diagnóstico conclusivo da lesão. Por isso em distúrbios potencialmente malignos, por exemplo, sugere-se o mapeamento das áreas consideradas mais suspeitas para avaliação minuciosa do tecido. Essa modalidade de biópsia é indicada em casos de lesões com hipótese de malignidade, lesões extensas, múltiplas ou de difícil acesso anatômico, além de manifestações bucais de doenças sistêmicas. Por sua vez, a biópsia excisional ou total consiste na remoção total da lesão nos seus limites sendo, conseqüentemente, o tratamento. Está indicada para

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



lesões com hipóteses de benignidade e também lesões únicas com pequenas dimensões. Entretanto, esse tipo de biópsia não deve ser realizada diante de hipóteses de malignidade, independentemente do tamanho da lesão.

### **Exames pré-operatórios:**

Alguns exames pré-operatórios normalmente solicitados incluem: hemograma completo com plaquetometria, glicemia em jejum, hemoglobina glicada e INR (razão de normatização internacional). Esses exames são importantes para avaliar alguns padrões de saúde geral do paciente que podem ocasionar complicações trans e pós-operatórias, especialmente no contexto anestésico, da hemostasia (coagulação) e de reparo da ferida cirúrgica. Achados que não se enquadrem nos padrões de normalidade são indicativos de encaminhamento do paciente para avaliação sistêmica por um profissional médico previamente a realização de cirurgia oral menor, nesse caso mais específico, uma biópsia bucal.

### **Displasia epitelial:**

É o marcador histológico considerado padrão ouro como preditor para a progressão de distúrbios potencialmente malignos para o carcinoma de células escamosas da cavidade bucal. Um conjunto de alterações citológicas e arquitetônicas deve ser observado microscopicamente no epitélio pavimentoso estratificado queratinizado ou não da mucosa bucal para que o diagnóstico de displasia epitelial seja estabelecido. Dentre as alterações arquitetônicas, podemos citar a estratificação epitelial irregular, a perda de polaridade das células basais, as cristas epiteliais em forma de gota, a presença de mitoses anormais, o aumento do número de figuras mitóticas e a presença de pérolas de queratina. As alterações citológicas incluem variação anormal no tamanho do núcleo e na forma nuclear (pleomorfismo nuclear), variação anormal no tamanho da célula e na forma celular (pleomorfismo celular), aumento da relação núcleo-citoplasma e a presença de figuras mitóticas atípicas. Convencionalmente pela Organização Mundial da Saúde, a displasia epitelial pode ser classificada em displasia epitelial leve, displasia epitelial moderada e displasia epitelial intensa. Além dessa classificação, novos sistemas de classificação têm sido propostos na tentativa de minimizar a subjetividade da avaliação, tais como o sistema binário que divide a displasia epitelial em lesões de alto risco (apresentam pelo menos 4 alterações arquitetônicas e 4 alterações citológicas) e lesões de baixo risco (apresentam <4 alterações arquitetônicas ou <4 alterações citológicas).

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

### **Queilite actínica:**

É uma lesão potencialmente maligna comum do lábio inferior causada por exposição crônica ou excessiva a radiação solar. Frequentemente observada em pacientes de pele clara e do sexo masculino com idade entre 40 e 80 anos. Inicialmente, as alterações clínicas incluem áreas de manchamento e ressecamento labial. Com a evolução lenta e progressiva ao longo dos anos, ocorre o apagamento da zona de transição entre o vermelhão do lábio inferior e a porção cutânea peribucal, além do surgimento de placas brancas de espessura, tamanhos e superfícies variadas. O aparecimento de úlceras crostosas com endurecimento variado, assintomáticas, solitárias ou não, de evolução crônica (mais de 2 semanas de persistência), sem a associação com eventos traumáticos, pode sugerir a progressão para um carcinoma de células escamosas; e a realização de biópsia incisional seguida pelo exame microscópico, torna-se mandatória.

O diagnóstico é feito através do exame clínico com base no aspecto labial do paciente e a associação com fatores predisponentes, tais como pele clara e exposição à radiação solar crônica ocupacional ou não. Entretanto, a variedade de achados microscópicos corroboram com o diagnóstico clínico de queilite actínica. Para o tratamento, a vermelhectomia é o método cirúrgico mais comum empregado, e consiste na remoção parcial ou total do vermelhão do lábio afetado com a obtenção de tecido para análise microscópica. No entanto, esta técnica é agressiva e pode levar a danos estéticos. O uso tópico de agentes quimioterápicos é outra possibilidade, como por exemplo, o uso tópico de Imiquimod creme 5%, 2 vezes por semana, durante 16 semanas. Outra opção seria a terapia fotodinâmica (PDT), que consiste do uso de uma fonte de luz e um fotossensibilizador que induzem a morte celular. Alguns agentes anti-inflamatórios, como por exemplo, diclofenaco gel a 3% com ácido hialurônico a 2,5%, têm sido usados topicamente como outra abordagem de tratamento. Apesar das diferentes modalidades de tratamento disponíveis, a prevenção com o uso de protetor solar labial com alto fator de proteção, o uso de barreiras físicas e o controle da exposição solar é essencial para evitar a piora do aspecto clínico, bem como para a progressão para malignidade. Entretanto, não existe um consenso sobre qual tratamento é a melhor opção para queilite actínica e o acompanhamento clínico se faz necessário para o monitoramento de áreas suspeitas de carcinoma de lábio inferior.

### **Patognomônico:**

Termo que se refere a sinais e/ou sintomas específicos de uma determinada condição. Determinam o diagnóstico final e não se relacionam a outras hipóteses diagnósticas.

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## GABARITO

O exame complementar para queilite actínica é recomendado quando há suspeita de displasia epitelial ou malignidade com base nos aspectos clínicos das lesões no vermelhão do lábio inferior, tais como placas brancas espessas e/ou não homogêneas, além de erosões e/ou úlceras crônicas. Nesses casos, recomenda-se geralmente uma biópsia incisional seguida pelo exame histopatológico para observação dos aspectos teciduais subjacentes.

Clinicamente, a queilite actínica pode se apresentar em diferentes graus:

- Grau I: Quadro de ressecamento e descamação no vermelhão dos lábios;
- Grau II: Presença de manchas acastanhadas de tamanhos variados no vermelhão dos lábios e apagamento do limite entre o vermelhão dos lábios e a pele peribucal, associado ou não aos achados do grau I;
- Grau III: Presença de placas brancas de tamanhos, espessura e superfícies variadas. Os achados clínicos dos graus I e II provavelmente estão presentes com gravidade variada.
- Grau IV: Presença de úlceras de tamanhos variados, endurecidas ou não, assintomáticas e com curso crônico em um ou mais locais do vermelhão dos lábios. Os achados clínicos dos graus I, II e III provavelmente estão presentes com gravidade variada. Gradação clínica sugerida pelos autores adaptada da original proposta por Poitevin et al., 2017.

Os quadros clínicos de queilite actínica podem apresentar, histologicamente, um tecido epitelial de revestimento da mucosa com processos de proliferação, diferenciação e maturação alterados os quais são observados por meio de alterações estruturais e citológicas cumulativas e variadas. Devido a essas alterações no tecido epitelial, tais lesões possuem um potencial de progressão para o câncer de lábio inferior servindo como um alerta para o profissional com o estabelecimento de um acompanhamento clínico mais rigoroso para o paciente.

Em pacientes com diagnóstico de queilite actínica, o prognóstico do paciente é fundamental, sendo recomendado um intervalo de 6 em 6 meses para reconsultas. Os achados histopatológicos são considerados determinantes para

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



esse acompanhamento clínico, uma vez que, caso haja alguma alteração de displasia epitelial, independentemente do seu grau de classificação, o intervalo indicado passa a ser de 3 a 6 meses. Isso acontece, porque tal alteração predispõe o surgimento de lesões malignas, e deve ser acompanhada em intervalos menores devido o maior risco de progressão e/ou surgimento de novas áreas displásicas na mucosa, propiciando um diagnóstico e tratamento precoce para o paciente.

O diagnóstico de queilite actínica é baseado no aspecto clínico das alterações no vermelhão dos lábios, especialmente no lábio inferior. Entretanto, os achados histopatológicos, embora não patognomônicos, corroboram com o quadro clínico observado. Cabe salientar que o(s) achado(s) microscópico(s) mais relevante(s) é (são) considerado(s) como diagnóstico final. O patologista bucal pode incluir uma nota no laudo histopatológico com a seguinte observação: “Os aspectos microscópicos são compatíveis com o diagnóstico clínico de queilite actínica.”

---

**AUTORIA:**

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A .C. O., DOMINGUES, R. B., VAN BELLEN, B. Comparison between the conventional method and a portable device for determination of INR. *Jornal Vascular Brasileiro*, vol. 13, n. 2, p. 88-93, Jun. 2014.

BRITO L. N. S. et al. Clinical and histopathological study of actinic cheilitis. *Revista de odontologia da UNESP, Marília*, n. 48, p. e20190002019.

CARVALHO, M. V. et al. Surgical versus non-surgical treatment of actinic cheilitis: a systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*, vol. 25, n. 4, p. 972-981, Apr. 2018.

CAUBI, A. F. et al. Biópsia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Tabatinga*, v. 4, n. 1, p. 39-46, Mar. 2004.

EL-NAGGAR, A. K. et al. World health organization classification of head and neck tumours. Lyon: IARC Press, 2017. p. 112 114.

FALCÃO, A. F. P. et al. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador*, vol. 8, no. 2, p. 230-236, May-Aug. 2009.

GARCIA, A. P. et al. Indicação de exames pré-operatórios segundo critérios clínicos: Necessidade de supervisão. *Revista Brasileira de Anestesiologia, Rio de Janeiro*, vol. 64, no. 1, p. 54-61, Mar. 2013.

HARREITER, J.; RODEN, M. Diabetes mellitus—Definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2019). *Wien Klin Wochenschr, Wien*, vol. 131 (Suppl. 1), p. 6-15, May. 2019.

KUJAN, O. et al. Evaluation of a new binary system of grading oral epithelial dysplasia for prediction of malignant transformation. *Oral*

*oncology, Oxford*, vol. 42, n. 10, p. 987-993, 2006.

MAGALHÃES, M. E. C. New cholesterol targets of SBC Guidelines on Dyslipidemia. *International Journal of cardiovascular sciences*, vol. 30, no. 6, p. 466-468, Dec. 2017.

MALTA, D. C. et al. Prevalence of altered total cholesterol and fractions in the Brazilian adult population: National health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, vol. 22 (Suppl 2), p. 1-13, Oct. 2019.

MILFORD, W. A. et al. Prostate specific antigen: Biology, biochemistry and available commercial assays. *Annals of Linical Biochemistry*, London, vol. 38, no. 6, p. 633-651, Nov. 2001.

NÓBREGA, B. P. et al. A importância da análise sedimentoscópica diante dos achados físico-químicos normais no exame de urina. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, v. 51, n. 1, p. 58-64, Jan. 2019.

POITEVIN, N. A. et al. Actinic cheilitis: proposition and reproducibility of a clinical criterion. *BDJ Open*, [S. l.], p. 1-4, Aug. 2017.

ROSENFELD, L. G. et al. Reference values for blood count laboratory tests in the Brazilian adult population, national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 22 (Suppl 2), Oct. 2019.

SALGUEIRO, A. P. et al. Treatment of actinic cheilitis: a systematic review. *Clinical Oral Investigations*, Berlin, vol. 23, no. 5, p. 2041-53, May. 2019.

SCHIAVO, M.; LUNARDELLI, A.; OLIVEIRA, JR. DE. Influência da dieta na concentração sérica de triglicérides. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, Rio de Janeiro, vol. 39, p. 4, Mar. 2003.

SCHMIDT D. E. et al. Detection of elevated INR by thromboelastometry and thromboelastography in warfarin treated patients and healthy controls. *Thrombosis Research*, Elmsford, p. 135, no. 5, p. 1007-11, May. 2015.

SIEGEL, J. A.; KORGAVKAR, K.; WEINSTOCK, M. A. Current perspective on actinic keratosis: a review. *British Journal of Dermatology*, vol. 177, no. 2, p. 350-358, Aug. 2017.

TAKATA, T.; SLOOTWEG, P. Tumours of the oral cavity and mobile tongue: epithelial precursor lesions. In: EL-NAGGAR, AK. et al. *World Health Organization classification of Head and Neck Tumours*. Lyon: IARC Press. p. 112-114. 2017.

TILAKARATNE, W. M. et al. Oral epithelial dysplasia: causes, quantification, prognosis, and management challenges. *Periodontology 2000*, Copenhagen, vol. 80, no. 1, p. 126-147, Jun. 2019.

WEYKAMP, C. HbA1c: A review of analytical and clinical aspects. *Annals of Laboratory Medicine*, [S. l.], vol. 33, p. 6, Nov. 2013.

WOO, S. B., LIN, D. Morsicatio Mucosae Oris-A Chronic Oral Frictional Keratosis, Not a Leukoplakia. *Journal of Oral And Maxillofacial Surgery*, Philadelphia, vol. 67, n. 1, p. 140-146.

## CAPÍTULO 10

### CASO 8

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Luciano tem sentido muita dificuldade para dormir. A carga de trabalho como motorista de aplicativos tem lhe custado uma alimentação muito ruim também. Luciano tem 35 anos, é casado com Márcia há 10 anos e levavam uma vida financeiramente tranquila até o dia que Luciano foi demitido da empresa. Ele trabalhava como gerente de um posto de combustível que encerrou as atividades há 2 anos. Luciano ficou procurando se recolocar no mercado de trabalho por quase seis meses, mas nenhuma proposta de emprego apareceu e, com as dívidas aumentando, ele ingressou no trabalho autônomo como motorista por aplicativo. Sua rotina começa às 05h da manhã e geralmente ele finaliza as viagens por volta das 21h, de domingo a domingo. O trabalho como motorista supre o básico como o supermercado, a luz, o gás, a água e o aluguel. O casal e os filhos ficaram sem seguro ou plano de saúde privado desde que houve o desligamento dele da empresa. Márcia é professora de ensino fundamental na rede municipal de educação e trabalha meio período para poder acompanhar o crescimento das filhas gêmeas, Laura e Letícia, de quatro anos. A agente comunitária de Serra Azul percebeu que a família começou a usar os serviços de saúde da unidade há uns seis meses. Na última semana Márcia levou as filhas para vacinação e Marlene perguntou:

– Vejo que vocês começaram a vir aqui para algumas consultas. A senhora gostaria de agendar como Dr. Azevedo para fazer os exames de controle de saúde?

– Sim, faz tempo que não faço nenhum controle de saúde, desde que meu marido perdeu o plano de saúde. Aliás, Marlene, aqui tem remédio para dormir? O Luciano tem tido muita insônia.

– Vamos agendar com o Dr. Azevedo uma consulta para ele também.

No dia da consulta, Luciano estava muito preocupado, pois teria que começar as corridas mais tarde e isto representava menos dinheiro no final do mês. Luciano estava fumando um cigarro do lado de fora da unidade de saúde quando foi chamado para entrar na sala do médico.

---

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



Dr. Azevedo começa a consulta perguntando:

— Luciano, como vai sua vida?

Luciano desaba em choro, soluça tanto que não consegue responder ao médico. Após um copo d'água, ele começa:

— Está tudo muito difícil Doutor. Eu me sinto falido, frustrado e exausto. Temo falhar com minha família e não conseguir sustentar Márcia e as meninas. Não durmo de preocupação e cansaço. Márcia nem imagina, mas me alimento de cigarro. Entre um passageiro e outro eu acendo um cigarro, é o que me acalma. Dr. Azevedo escuta e pergunta:

— Quantos cigarros por dia, Luciano?

— No mínimo duas carteiras, e deixo de comprar o lanche para comprar cigarro. Perdi peso, minhas calças estão caindo de tão folgadas.

Dr. Azevedo entende a preocupação de Luciano com o sustento da família, mas alerta:

— Luciano, esta vida vai levar você ao adoecimento. E doente você não vai conseguir cuidar da Márcia e das suas filhas. A insônia é um alerta do seu corpo de que as coisas não estão bem. Vou pedir alguns exames laboratoriais para avaliar sua saúde. Vou solicitar a coleta de sangue para avaliar seu colesterol total e frações, sua glicemia e o funcionamento da sua tireoide por meio do hormônio tireoestimulante (TSH), triiodotironina (T3) e tiroxina (T4), além de um hemograma para avaliação de condições anêmicas, já que você relata uma alimentação irregular. E vamos continuar conversando. Quero muito que consulte com a dentista da nossa unidade, a Dra. Catarina, para ver como está sua saúde bucal, está bem?

— Sim Dr. Vou agora mesmo agendar e ver como faço os exames de sangue.

— Tudo aqui mesmo, na Unidade Básica de Saúde, Luciano. Respondeu Dr. Azevedo.

No dia da consulta com a Dra. Catarina, Luciano chegou cedo e logo foi atendido. A dentista leu o prontuário de Luciano e ficou preocupada com os efeitos desta quantidade de cigarros e da má alimentação do paciente.

Conversaram sobre sua saúde geral; Luciano ainda não havia retornado para saber os resultados dos exames com o Dr. Azevedo. Ao exame físico intrabucal, a Dra. Catarina encontrou uma extensa placa branca não removível à raspagem.

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

– Luciano, seus dentes estão bem, não vi nenhuma lesão de cárie, você tem uma gengivite leve que vamos tratar com uma profilaxia e orientação de escovação e uso de fio dental. Mas esta lesão branca do lado direito de sua língua me preocupa. Você havia percebido? Sabe por quanto tempo ela está aí?

Ele ficou assustado, nunca soube de ter alguma alteração na língua. Sempre fez acompanhamento, de seis em seis meses, com um dentista do centro da cidade que cuidava dele e da família desde pequeno.

– Não Doutora. Não sabia dessa lesão e meu dentista particular nunca me falou sobre isso. Acho que ela não existia. Pode ser um câncer?

Luciano estava assustado.

– Vou acompanhar seu caso, Luciano. Primeiro vou encaminhar você para um Centro de Especialidade Odontológica (CEO) da prefeitura, que fica no centro da cidade. Lá você será avaliado por um (a) Estomatologista que avaliará a necessidade de realização de uma biópsia e exame histopatológico do tecido removido.

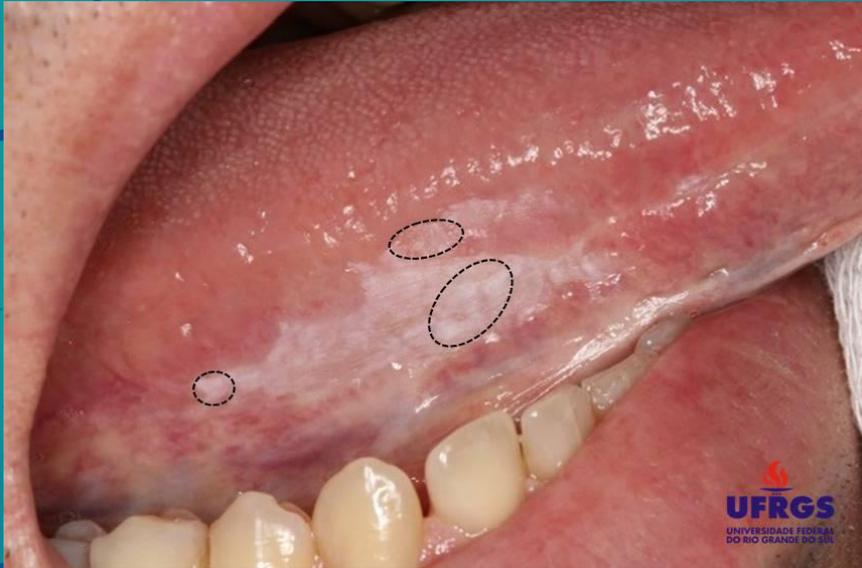
A Dra. Catarina recomendou que Luciano continuasse escovando os seus dentes com pasta de dente fluoretada e com uma escova de dentes com cerdas macias, que alcançasse todas as faces dos dentes, em toda a arcada dentária. Recomendou ainda o uso de fio dental, pelo menos uma vez ao dia, para auxiliar na remoção de acúmulo de biofilme interproximal, bem como solucionar o quadro da gengivite.

---

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.





QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Durante a consulta com a Estomatologista, Dra. Cândida, após ler o encaminhamento da Dra. Catarina obteve mais informações complementando a anamnese. Durante a consulta com a Estomatologista, Dra. Cândida, após a leitura do encaminhamento da Dra. Catarina, a anamnese foi atualizada e novas informações foram obtidas. Luciano relatou que nunca teve problemas graves de saúde, apenas fraturou uma costela em uma partida de futebol. Nada digno de nota em relação ao histórico de doenças familiares. Não fazia uso de medicamentos contínuos. Quanto aos seus hábitos, Luciano fuma há 3 anos, e atualmente, devido à sua rotina, fuma, no mínimo, 2 carteiças de cigarro por dia, todos os dias. Durante o expediente, costuma beber 3 copos de 200 mL de café para se manter acordado, por dia. Aos finais de semana, após o trabalho, bebe 1 lata de cerveja de 350 mL para relaxar. Em relação à higiene bucal, relatou que às vezes esquece de escovar os dentes em função da correria do trabalho, mas tenta escovar pelo menos 2 vezes por dia com uma escova de cerdas médias e creme dental com flúor. Não relatou o uso de fio dental em nenhum momento do dia.

Ao exame físico extrabucal não foram observadas alterações.

Ao exame físico intrabucal, foi observado, ao tracionar a língua com a gaze, a presença de uma placa branca espessa de superfície fissurada, assintomática e extensa, localizada na borda lateral direita e ventre de língua direito. Após a manobra semiotécnica de raspagem com espátula de madeira, confirmou-se que a lesão não era removível à raspagem e nenhuma lesão adicional foi detectada na mucosa bucal. Luciano não faz uso de próteses e não relata a ocorrência de trauma eventual ou contínuo na região. Além disso, nenhuma cúspide ou aresta cortante ou restaurações mal adaptadas foram identificadas, que pudessem causar uma lesão traumática. Ao exame das estruturas dentárias, foi observada uma coloração amarelada relacionada, muito provavelmente, ao consumo excessivo de café e ao uso contínuo de tabaco, classificada como uma pigmentação dentária extrínseca. Observou-se também a presença de acúmulo de biofilme supragengival, sangramento, aumento de volume e eritema gengival, sobretudo nos dentes posteriores, superiores e inferiores, indicando um quadro clínico de gengivite.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Leucoplasia não-homogênea;
- Leucoplasia pilosa oral.

Com base nas hipóteses diagnósticas e para o alcance do diagnóstico final, três biópsias incisionais foram realizadas nas áreas indicadas (círculos na imagem acima) seguida pelo encaminhamento dos espécimes para exame histopatológico no laboratório de patologia bucal de referência. A conduta para a seleção de três pontos a serem biopsiados foi baseada na apresentação clínica variada da superfície da placa que se mostrava com áreas delgadas de superfície lisa e também áreas mais espessas de superfície granular. As regiões da mucosa mais prováveis de alterações displásicas e/ou malignidade foram removidas para análise microscópica e mapeamento da lesão. Em se tratando de três áreas biopsiadas distintas, cada espécime foi armazenado em um recipiente contendo solução de formol tamponado a 10% devidamente identificado com o nome do paciente e do profissional, além da região biopsiada. A quantidade de solução de formol no recipiente foi 10 vezes o volume do material biopsiado. Além disso, Dra. Cândida fez o preenchimento de três fichas distintas de biópsia que foram encaminhadas para o laboratório, ficando no aguardo de três laudos independentes.

No espécime tecidual, removido na região mais posterior da borda lateral da língua direita, o laudo que foi entregue ao paciente continha a descrição de um epitélio pavimentoso estratificado paraceratizado hiperplásico com hiperkeratose e displasia epitelial moderada. Já nos espécimes da porção mais anterior do borda lateral de língua, os laudos continham a descrição de um epitélio pavimentoso estratificado, com hiperkeratose, acantose, além de uma displasia epitelial severa.

Com base nos laudos histopatológicos, a conduta da Dra. Cândida foi comunicar a Dra. Catarina e esclarecer ao paciente a necessidade de uma biópsia excisional que, conseqüentemente, foi o tratamento da lesão, além da orientação quanto a importância da suspensão do hábito de fumar. O laudo microscópico final foi de displasia epitelial severa e o acompanhamento clínico de três em três meses foi estabelecido. Cabe salientar que sorologia anti-HIV também foi solicitada com resultado não reagente.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## DIAGNÓSTICO CLÍNICO FINAL

Leucoplasia não-homogênea.

## DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO FINAL

Displasia epitelial severa.

## QUESTIONÁRIO

1. Quais os achados histopatológicos podem ser esperados de acordo com a variação do aspecto clínico da lesão de leucoplasia?
2. Caso seja necessário realizar uma biópsia excisional após o(s) exame(s) histopatológico(s) inicial(is), o acompanhamento clínico ainda se faz necessário?
3. Após o tratamento de uma leucoplasia, qual deve ser o tempo de acompanhamento clínico do paciente?
4. Considerando o diagnóstico clínico por exclusão paraleucoplasia, quais outras patologias poderiam ser consideradas como hipóteses diagnósticas?
5. Existe um tratamento de eleição para a leucoplasia?
6. A biópsia excisional deve ser feita com ou sem margem de segurança?

---

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## HIPERLINKS

### **Queixa principal:**

Sem queixas.

### **Exames laboratoriais:**

São exames complementares que tem por intuito auxiliar o profissional da saúde no alcance do diagnóstico final a partir de hipóteses diagnósticas elencadas com base no exame clínico. A coleta de amostras de sangue do paciente se faz necessária para as diversas modalidades desses exames.

### **Colesterol total e frações:**

O colesterol é um dos lipídeos biologicamente mais relevantes, precursor dos hormônios esteroides, ácidos biliares e vitamina D, que atua na fluidez e regulação metabólica das membranas celulares. Para ser transportado até os tecidos e órgãos, ele precisa se ligar a outras substâncias, formando partículas maiores, chamadas lipoproteínas, que constituem os principais tipos de colesterol: conhecido como “bom colesterol” ou, do inglês high density lipoprotein (HDL) - lipoproteína de alta densidade - que tem a função de conduzir o colesterol para fora das artérias até o fígado, onde será metabolizado. Há também o chamado “mau colesterol” ou, do inglês low density lipoprotein (LDL) - lipoproteína de baixa densidade - que transporta o colesterol por todo o organismo, favorecendo o seu depósito nas artérias e o desenvolvimento de aterosclerose. O exame de colesterol e frações mede a quantidade dessa molécula e seus subtipos no sangue, e deve ser feito após pelo menos 12 horas de jejum. Sua análise é feita baseada em:

#### **– HDL:**

O nível desejado é >40 mg/dl para homens e >50 mg/dl para mulheres. Considera-se ideal níveis acima de 60 mg/dl.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



### – LDL:

O nível desejado para a população em geral é <130 mg/dl, entretanto, dependendo do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, esse valor pode alterar. O valor máximo recomendado de LDL para pessoas com baixo risco cardiovascular (jovens, sem doenças ou com hipertensão bem controlada) é de até 130 mg/dl. Para pessoas com risco cardiovascular intermediário (com 1 ou 2 fatores de risco, como tabagismo, pressão alta, obesidade, arritmia controlada, ou diabetes que seja inicial, leve e bem controlado), o valor máximo recomendado é de até 100 mg/dl. Já para pessoas com risco cardiovascular alto (com placas de colesterol nos vasos, aneurisma de aorta abdominal, doença renal crônica, diabetes há mais de 10 anos, etc), o valor máximo recomendado é de até 70 mg/dl. Pessoas com risco cardiovascular muito alto (com histórico de angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou outro tipo de obstrução arterial por placas de aterosclerose, ou com qualquer obstrução arterial grave observada no exame), devem ter o valor máximo de LDL em até 50 mg/dl.

### – VLDL:

Colesterol que corresponde a uma lipoproteína de baixíssima densidade, do inglês, very low density lipoprotein (VLDL). É produzido no fígado e é responsável por transportar os triglicerídeos pela corrente sanguínea, aumentando, conseqüentemente, o risco de doenças cardíacas. Seu valor ideal é de 30 mg/dl.

Em relação ao colesterol total (CT), que corresponde a soma das diversas frações de colesterol, o nível desejado é de até 200 mg/dl.

### Glicemia:

O exame de glicemia é realizado para avaliar os níveis de glicose no sangue, normalmente em jejum. Para um diagnóstico de diabetes, são medidos vários níveis elevados de glicose no sangue em pelo menos 2 dias diferentes definidos, sendo necessário estar, pelo menos, 8 horas sem qualquer ingestão calórica. Os valores de glicose, em jejum, são, atualmente, considerados normais quando no plasma venoso há <100 mg/dl (<5,6 mmol/l) de glicose. Valores mais baixos (hipoglicemia) indicam a existência de um distúrbio do metabolismo da glicose ou dano conseqüente. Valores de glicose no plasma venoso  $\geq 100$  mg/dl (5,6 mmol/l) indicam um pré-diabetes. Valores de glicose no plasma venoso  $\geq 126$  mg/dl (7 mmol/l) indicam possível diabetes mellitus.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



Pode-se, ainda, realizar a dosagem de glicemia pós-prandial (1 a 2 horas após a ingestão alimentar), que permite avaliar picos hiperglicêmicos pós-prandiais associados a risco cardiovascular e estresse oxidativo; entretanto representa uma medida pontual que não reflete o que ocorre nos demais horários

### **Hormônio tireoestimulante, triiodotironina e tiroxina:**

Os exames laboratoriais de TSH (hormônio tireoestimulante), T3 (triiodotironina) e T4 (tiroxina), são fundamentais para o diagnóstico de distúrbios da tireoide. A secreção hipofisária de TSH regula a secreção de tais hormônios (T3 e T4), e por isso, pequenas alterações nas concentrações dos hormônios tireoideanos resultam em alterações nas concentrações séricas de TSH. O valor de referência normal para níveis de TSH sérico é entre 0,4 e 4,5 mUI/L. A dosagem do T4 e do T3 está indicada na avaliação complementar de pacientes com TSH abaixo de 0,1 mUI/L. O valor de referência de T3 e T4 totais, para adultos, é: T4, de 4,5-12,6 µg/dL (58-160 nmol/L) e T3, de 80-180 ng/dL (1,2-2,7 nmol/L). Os valores de referência para adultos, no caso de T3 e T4 livres são para T4, de 0,7-1,8 ng/dL (9-23 pmol/L), e para T3, de 2,3-5,0 pg/mL (35-77 pmol/L).

### **Doença cárie:**

É uma doença microbiológica crônica caracterizada pela destruição dos tecidos duros dentais por meio do ácido lático produzido por micro-organismos como resultado da fermentação de carboidratos na dieta. Logo, o processo da cárie é uma consequência da ingestão de carboidratos fermentáveis, incluindo sacarose, glicose, frutose, lactose, maltose e amido. Esses carboidratos fermentáveis podem ter efeitos locais (resultado de carboidratos sendo decompostos por microrganismos no biofilme dental, que liberam produtos finais ácidos, dos quais lactato e acetato desempenham um papel importante) e sistêmicos sobre a cárie dentária. Se o pH durante o processo de fermentação bacteriana for reduzido abaixo do nível crítico de pH 5,5-5,7, o esmalte começa a sofrer um processo de desmineralização, levando à formação da cárie. Existem 2 grupos de bactérias comumente envolvidas na patogênese de cárie dentária: *Streptococcus mutans* são os principais iniciadores da cárie dentária, enquanto os *Lactobacillus* são geralmente mais ativos durante o processo.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



### **Gengivite:**

A gengivite é considerada como uma condição inflamatória local específica iniciada pelo acúmulo de biofilme supragengival. Clinicamente, caracteriza-se por vermelhidão gengival e edema. Geralmente é indolor, raramente leva a sangramento espontâneo e costuma ser caracterizada por mudanças clínicas sutis, muitas vezes passando despercebida pelo paciente e diagnosticada apenas em consultas odontológicas.

### **Biópsia:**

Exame complementar de consultório que consiste em procedimento cirúrgico para fins de diagnóstico por meio da remoção de tecido para exame macro e microscópico. A biópsia está indicada em todos os casos em que o diagnóstico clínico é inconclusivo e o alcance do diagnóstico final depende da observação dos aspectos morfológicos e/ou arquiteturas característicos de cada condição. A biópsia incisional ou parcial é um tipo de biópsia em que apenas uma parte da lesão é removida. Cabe salientar a importância da remoção da parte mais representativa para o alcance do diagnóstico final. Essa modalidade de biópsia é indicada em casos de lesões com hipótese de malignidade, lesões extensas, múltiplas ou de difícil acesso anatômico, além de manifestações bucais de doenças sistêmicas. Por sua vez, a biópsia excisional ou total consiste na remoção total da lesão nos seus limites sendo, conseqüentemente, o tratamento. Está indicada para lesões com hipóteses de benignidade e também lesões únicas com pequenas dimensões. Entretanto, esse tipo de biópsia não deve ser realizada diante de hipóteses de malignidade, independentemente do tamanho da lesão.

### **Leucoplasia pilosa oral:**

É uma lesão fortemente associada à infecção pelo HIV, assim como a candidose em diferentes apresentações clínicas, o sarcoma de Kaposi, o linfoma Não-Hodgkin e a doença periodontal. Pacientes soropositivos para o HIV constituem o grupo de predileção, e ela geralmente é observada em imunossuprimidos. A lesão mais comum associada ao vírus Epstein-Barr, nos pacientes com AIDS, é a leucoplasia pilosa. Manifesta-se clinicamente como uma placa branca na mucosa, podendo variar de estrias brancas verticais a áreas leucoplásicas espessas, corrugadas ou pilosas, caracteristicamente não removível através de raspagem, com localização preferencial nas bordas laterais da língua, podendo ser uni ou bilateral. Seus aspectos clínicos são característicos, porém não patognomônicos. Histopatologicamente, também de forma característica, caracteriza-se por hiperqueratose e hiperplasia epitelial.

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## Displasia epitelial:

É o marcador histológico considerado padrão ouro como preditor para a progressão de desordens potencialmente malignas para o carcinoma de células escamosas da cavidade bucal. Um conjunto de alterações citológicas e arquiteturais deve ser observado microscopicamente no epitélio pavimentoso estratificado ceratinizado ou não da mucosa bucal para que o diagnóstico de displasia epitelial seja estabelecido. Dentre as alterações arquiteturais, podemos citar a estratificação epitelial irregular, a perda de polaridade das células basais, as cristas epiteliais em forma de gota, a presença de mitoses anormais, o aumento do número de figuras mitóticas e a presença de pérolas de ceratina. As alterações citológicas incluem variação anormal no tamanho do núcleo e na forma nuclear (pleomorfismo nuclear), variação anormal no tamanho da célula e na forma celular (pleomorfismo celular), aumento da relação núcleo-citoplasma e a presença de figuras mitóticas atípicas. Convencionalmente pela Organização Mundial da Saúde, a displasia epitelial pode ser classificada em displasia epitelial leve, displasia epitelial moderada e displasia epitelial intensa. Além dessa classificação, novos sistemas de classificação têm sido propostos na tentativa de minimizar a subjetividade da avaliação, tais como o sistema binário que divide a displasia epitelial em lesões de alto risco (apresentam pelo menos 4 alterações arquitetônicas e 4 alterações citológicas) e lesões de baixo risco (apresentam <4 alterações arquitetônicas ou <4 alterações citológicas).

## Leucoplasia:

Leucoplasia é um termo clínico usado para descrever placas brancas de extensão e superfícies variadas com potencial de transformação maligna, que normalmente requerem biópsia seguida pela análise microscópica para o manejo adequado do paciente. As leucoplasias podem ser homogeneamente brancas ou não-homogêneas com áreas brancas e vermelhas. As lesões brancas associadas a áreas vermelhas são chamadas de leucoeritroplasia. A prevalência global de leucoplasia é de 2 a 3%. O consumo de tabaco está associado ao surgimento das leucoplasias da cavidade bucal; entretanto, para muitos casos, nenhum fator etiológico é conhecido, como na entidade leucoplasia verrucosa proliferativa.

O diagnóstico clínico é dado a partir de um critério de exclusão de outras condições que também se manifestam como placas brancas assintomáticas. A partir da hipótese de diagnóstico clínico, o exame complementar de biópsia é recomendado para a avaliação individualizada da (s) área (s) clinicamente mais provável (is) de displasia epitelial e/ou carcinoma de células escamosas. Entretanto, tais lesões podem apresentar diferentes alterações microscópicas

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

com um espectro que varia desde uma hiperkeratose, hiperplasia epitelial e acantose até graus variados de displasia epitelial e/ou carcinoma de células escamosas. A suspensão dos fatores de risco e o acompanhamento clínico também está indicada por se tratar de uma desordem potencialmente maligna.

O tratamento pode variar de observação cuidadosa a intervenção cirúrgica, além de tratamentos alternativos, tais como, terapia fotodinâmica, e *laser* de dióxido de carbono.

---

**AUTORIA:**

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## GABARITO

Caso a leucoplasia apresente-se delgada e com superfície lisa, possivelmente haverá somente hiperqueratose, hiperplasia epitelial e/ou acantose. Em uma leucoplasia espessa e/ou com superfície fissurada, granular ou verruciforme poderá haver hiperqueratose, hiperplasia epitelial e/ou acantose, além de graus variados de displasia epitelial. Logo, a progressão microscópica até a malignidade está diretamente associada à evolução clínica de espessamento da placa branca em conjunto com a irregularidade crescente da superfície da lesão e ao surgimento de eventuais áreas eritoplásticas.

O acompanhamento clínico do paciente é necessário, pelo menos de seis em seis meses, independentemente do tratamento ao qual o/a paciente for submetido, uma vez que a leucoplasia é uma lesão com potencial para transformação maligna, e pode evoluir para quadros de displasia epitelial e posterior carcinoma de células escamosas. Portanto, mesmo com a remoção de toda a mucosa clinicamente alterada, células alteradas podem contribuir para a recidiva da lesão, bem como, surgimento de novas lesões, além da possibilidade de malignização do campo (alterações teciduais que podem assumir o caráter de uma neoplasia maligna ou que podem permanecer estáveis por um considerável período de tempo).

Independentemente do tratamento de escolha, o acompanhamento clínico de um paciente com leucoplasia faz-se necessário por toda a vida. Recomenda-se que esse acompanhamento seja feito em intervalos curtos, de no mínimo seis em seis meses, levando em conta que essas lesões são consideradas potencialmente malignas. Apesar disso, esse intervalo, dependendo do grau de severidade da lesão e/ou da manutenção dos fatores de risco com destaque para o tabaco pode ser menor, de três em três meses.

Se a lesão for removível à raspagem, possivelmente trata-se de um quadro de candidose pseudomembranosa, ou uma injúria física (queimadura química ou térmica). Caso não for removível, avalia-se a presença de possível agente traumático que sendo identificado e removido e havendo, conseqüentemente, a regressão da lesão, o diagnóstico final será de ceratose friccional. Outras lesões brancas, mas com aspectos clínicos distintos, tais como o líquen plano reticular, o leucoedema ou a estomatite nicotínica precisam ser excluídas ao exame físico. Se ainda não for possível definir como outra lesão, possivelmente trata-se de uma leucoplasia.

Não existe um tratamento de eleição para a leucoplasia da cavidade bucal. Entretanto, a remoção cirúrgica ainda é o mais recomendado tendo em vista a possibilidade de tecido para avaliação microscópica.

---

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



Por se tratar de um exame complementar de consultório com finalidade diagnóstica, a remoção da lesão, embora total na biópsia excisional, deve respeitar os limites clínicos visíveis pela inspeção. A realização de margem de segurança é indicada em casos de ressecção cirúrgica de lesões malignas e/ou agressivas, uma vez que nesses casos, há uma infiltração de células neoplásicas além dos limites clinicamente detectáveis. Além disso, cabe salientar que o patologista necessita avaliar o tecido alterado sem a necessidade de tecido saudável adjacente para o alcance do diagnóstico.

---

**AUTORIA:**

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## REFERÊNCIAS

- ALMUSAWI, M. A. et al. Risk factors for dental caries in Type 2 diabetic patients. *International Journal of Dental Hygiene*, vol. 16, no. 4, p. 467-75, Nov. 2018.
- AWADALLAH, M. et al. Management update of potentially premalignant oral epithelial lesions. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology And Endodontics*, vol. 125, no. 6, p. 628-636, Jun. 2018.
- BHATTACHARYY, I.; CHEHAL, H. K. White lesions. *Otolaryngologic Clinics of North America*, vol. 44, no. 1, p. 109-131. Feb. 2011.
- CARRARD, V. C.; VAN DER WAAL, I. A clinical diagnosis of oral leukoplakia: a guide for dentists. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, Valencia, vol. 23, no. 1, p. e59-64, Jan. 2018.
- CARVALHO, G. A.; PEREZ, C. L.UHM SILVA; WARD, LAURA STERIAN. Utilização dos testes de função tireoidiana na prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia E Metabologia*, vol. 57, no. 3, p. 193-204, Apr. 2013
- CAUBI, A. F. et al. Biópsia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, v. 4, n. 1, p. 39-46, Mar. 2004.
- CLASSIFICATION and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. EC-Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, [S. l.], vol. 22, no. 7, p. 289-291, Aug. 1993.
- DIAS, E. P. et al. Leucoplasia pilosa oral : aspectos histopatológicos da fase subclínica. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, vol. 15, no. 2, p. 104-111, Jun. 2001.
- DONG, Y. ET al. Malignant transformation of oral leukoplakia treated with carbon dioxide laser : a meta-analysis. *Laser In Medical Science*, London, vol. 34, no. 1, p. 209-221, Feb. 2019.
- EL-NAGGAR, A. K. et al. World Health Organization classification of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press. 2017.

FLORES, I. L. et al. Low expression of angiotensinogen and dipeptidyl peptidase 1 in saliva of patients with proliferative verrucous leukoplakia. *World Journal of Clinical Cases*, vol. 4, no. 11, p. 356-363, Nov. 2016.

HARREITER, J.; RODEN, M. Diabetes mellitus—Definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2019). *Wien Klin Wochenschr*, Wien, vol. 131 (Suppl. 1), p. 6-15, May. 2019.

HOLMSTRUP, P., DABELSTEEN, E. Oral leukoplakia: to treat or not to treat. *Oral diseases*, vol. 22, no. 6, p. 494-497, Sept. 2016.

HUJOEL, P. P.; LINGSTRÖM, P. Nutrition, dental caries and periodontal disease: a narrative review. *Journal of Clinical Periodontology*, vol. 44 (Suppl. 18), p. S79-84, Mar. 2017.

KUJAN, O. et al. Evaluation of a new binary system of grading oral epithelial dysplasia for prediction of malignant transformation. *Oral oncology*, Oxford, vol. 42, n. 10, p. 987-993, 2006.

MAGALHÃES, M. E. C. New cholesterol targets of SBC Guidelines on Dyslipidemia. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, Rio de Janeiro, vol. 30, no. 6, p. 466-468, Dec. 2017.

MALTA, D. C. et al. Prevalence of altered total cholesterol and fractions in the Brazilian adult population: national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 22 (Suppl 2), p. 1-13, Oct. 2019.

ROSENFELD, L. G. et al. Reference values for blood count laboratory tests in the Brazilian adult population, national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, vol. 22, Suppl 2, p. 1-13, Oct. 2019.

STAINES, K.; ROGERS, H. Oral leukoplakia and proliferative verrucous leukoplakia: A review for dental practitioners. *British Dental Journal*, vol. 223, no. 9, p. 655-661, Dec. 2017.

TILAKARATNE, W. M. et al. Oral epithelial dysplasia: causes, quantification, prognosis, and management challenges. *Periodontology 2000*, Copenhagen, vol. 80, no. 1, p. 126-147, Jun. 2019.

TROMBELLI, L., et al. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J. Periodontol.*, [S. I], vol. 89 (Suppl 1), p. S46-73, Oct. 2018.

WEYKAMP, C. HbA1c: a review of analytical and clinical aspects. *Annals of Laboratory Medicine, Korea*, vol. 33, no. 6, p. 393-400, Nov. 2013.

## CAPÍTULO 11

### CASO 9

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Geraldo tem 58 anos e trabalha na construção civil desde os 18 anos. É um homem de hábitos simples, que teve poucas oportunidades de seguir os estudos, mas sempre trabalhou muito para garantir um futuro melhor aos três filhos. Trabalha como encarregado de obras, começou como auxiliar de pedreiro, com muito esforço físico desde sempre. Geraldo costuma dizer que tem uma “saúde de ferro”. A família sempre usou os serviços médicos e odontológicos do sindicato da construção civil, mas atualmente Dona Arlete, a esposa de Geraldo, tem preferido cuidar de sua saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Serra Azul. As vizinhas falam muito bem do Dr. Azevedo, a agente Marlene também mora no bairro e está sempre perto de todos da comunidade. Dona Arlete tem tratado a hipertensão na UBS, participa do grupo de hipertensos e também retira o remédio na farmácia da unidade. Geraldo passa os dias na obra e ao final do turno de serviço, costuma parar no boteco do Constantino para uma “pinguinha”. Geraldo fuma desde os 13 anos de idade; já tentou parar de fumar por pressão da esposa, mas não conseguiu. Há algum tempo, ele tem sentido “um caroço debaixo da língua que não me deixa comer”, mas não buscou avaliação odontológica.

Geraldo reclamou para a esposa que há alguns dias atrás o tal caroço sangrou e aumentou de tamanho o que deixou ele preocupado. Dona Arlete procurou a agente Marlene para ver se conseguia uma consulta urgente com a dentista. Marlene conversou com Dra. Catarina e marcou um encaixe na agenda para a manhã do dia seguinte.

Chegando na consulta, Dra. Catarina pediu para Geraldo relatar sobre o motivo de estar ali:

— Ah Doutora, faz um tempo que eu sinto um caroço debaixo da língua, mas esta semana estava sangrando muito e começou doer por isso eu fiquei bem preocupado. Meus dentes estão bem ruins, já fiz umas “obturações” lá no dentista do sindicato, mas faz tempo que não apareço por lá também. A minha esposa está sempre falando que aqui o atendimento é muito bom, então vim para a senhora me examinar.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



— E sobre seus hábitos, Geraldo? Alimentação, fumo, uso de álcool?

— Ah sim, gosto de uma pinga no final de tarde, isso desde sempre, Doutora, nem lembro quando comecei. Também fumo bastante. Fumava cigarro sem filtro quando era jovem, mas faz uns 10 anos que troquei por um mais leve. É uma insistência da Arlete. Como de tudo, não tenho problema de pressão alta ou açúcar no sangue. Jogava um futebolzinho nos domingos, mas, já faz uns 5 anos, estourei o joelho e tive até que operar. Desde então parei de fazer esportes.

— Está bem, Geraldo. Vou examiná-lo e ver o que está lhe incomodando na língua.

Dra. Catarina tracionou a língua de Geraldo levemente para fora e observou uma extensa lesão ulcerada crateriforme medindo aproximadamente 5 cm de diâmetro em região posterior da borda lateral direita da língua. A lesão apresentava-se endurecida, sangrante e dificultando a deglutição. Na palpação da cadeia ganglionar cervical direita, um linfonodo alterado foi detectado caracterizado pelo aumento de volume nodular, enrijecimento, fixação aos tecidos circunjacentes e medindo  $\pm 2$  cm no maior diâmetro.

Dra. Catarina explicou a Geraldo que precisaria encaminhá-lo para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), no centro da cidade, para avaliação e, se possível, realização de uma biópsia. Encaminhou-o, também, para o Dr. Azevedo para a realização de exames laboratoriais. Geraldo ficou muito assustado e perguntou para a dentista se podia ser algo de ruim. Dra. Catarina esclareceu que somente após o resultado do exame do tecido da lesão poderiam falar disto, mas que era muito importante ele não faltar ou desmarcar a consulta, e que provavelmente o agendamento seria ainda para este mês.

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Durante a consulta com a Estomatologista, uma nova anamnese foi realizada a fim de obter informações complementares e mais detalhada. Geraldo relatou que sempre teve uma saúde de ferro e que há 5 anos lesionou o joelho em uma partida de futebol, e precisou de submeter a uma cirurgia. Ele ressaltou que não possuía doenças sistêmicas, como hipertensão e diabetes, e que também não fazia uso de medicação contínua. Seu histórico familiar não foi contributivo. Quanto aos seus hábitos, Geraldo fuma desde que era jovem, há mais de 40 anos. Relatou que fumava cigarro sem filtro, mas nos últimos 10 anos optou por um com filtro; entretanto, continua fumando com muita frequência. Fuma em torno de 20 cigarros por dia, todos os dias. Além disso, relatou que ao final de todos os dias, depois do turno de serviço, costuma beber 1 copo de 50 mL de pinga pura. Em relação à higiene bucal, relatou que não consegue escovar os dentes durante o trabalho, mas tenta escovar pelo menos 1 vez por dia com uma escova de cerdas médias e creme dental com flúor. Não relatou o uso de fio dental.

Ao exame físico extrabucal, na palpação da cadeia ganglionar do pescoço, confirmou-se a presença de um linfonodo positivo na cadeia cervical direita sugestivo de metástase regional. Clinicamente, o tamanho de aproximadamente 2 cm é sugestiva de uma classificação de N1 de acordo com o Sistema Tumor, linfonodo regional e Metástase à distância (TNM) da *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Ao exame físico intrabucal, foi observado, ao tracionar a língua com uma gaze, a presença de uma úlcera crateriforme com bordas elevadas e endurecidas de aproximadamente 5 cm de diâmetro com os mesmos detalhes de descrição reportado no encaminhamento da Dra. Catarina da UBS. A detecção de uma lesão de mais de 4 cm faz com que o paciente tenha um tumor T3. Cabe salientar que trata-se de um estadiamento clínico no qual não foram apresentados dados de invasão das estruturas adjacentes. Logo, como base nos achados clínicos, o estadiamento clínico sugestivo foi de T3N1Mx, o que coloca o paciente no Estágio III da doença. Nenhuma outra lesão foi observada na mucosa bucal. Ao exame das estruturas dentárias foi possível observar inúmeras restaurações defeituosas, marcante atrição e abrasão, além de uma coloração amarelada devido ao uso excessivo e contínuo de tabaco, classificada como uma pigmentação dentária extrínseca. Cálculo dental, acúmulo de biofilme supragengival e recessão gengival na região de molares superiores direitos foi detectado.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Carcinoma espinocelular

Com base no exame clínico e na hipótese diagnóstica, uma biópsia incisional foi realizada na área indicada na imagem acima, seguida pelo encaminhamento do espécime para exame histopatológico, no laboratório de Patologia Bucal de referência. O espécime foi armazenado imediatamente após a remoção do fragmento tecidual em um recipiente contendo solução de formol tamponado a 10% devidamente identificado com o nome do paciente e do profissional, além da região biopsiada. A quantidade de solução de formol no recipiente foi 10 vezes o volume do material biopsiado. Além disso, fez-se o preenchimento de uma ficha de biópsia que foi encaminhada para o laboratório, ficando no aguardo do laudo.

O laudo histopatológico confirmou uma neoplasia bem diferenciada com a presença de ilhas epiteliais invasivas para o interior do tecido conjuntivo subjacente. Pleomorfismo celular e nuclear, hiper cromatismo, nucléolos evidentes, disceratose e figuras de mitose aberrantes foram observadas nas células do interior das ilhas neoplásicas; além da presença de displasia epitelial intensa no epitélio estratificado pavimentoso paracراتinizado de revestimento da superfície da mucosa.

A partir do diagnóstico microscópico final de carcinoma de células escamosas, e após a entrega do laudo histopatológico e esclarecimentos sobre a importância do tratamento, o paciente foi encaminhado a um médico cirurgião de cabeça e pescoço do hospital de referência para estadiamento clínico final, tratamento e manejo. O papel da cirurgião-dentista, nesse caso, foi o diagnóstico, preparo da cavidade bucal com a remoção de todos os focos infecciosos previamente ao início do tratamento e o acompanhamento clínico do paciente após tratamento, de 3 em 3 meses, para avaliação da cavidade bucal, uma vez que recidivas e novos tumores primários podem ocorrer, além do monitoramento das possíveis complicações bucais do tratamento antineoplásico.

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO FINAL

Carcinoma espinocelular.

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO FINAL

Carcinoma de células escamosas.

### QUESTIONÁRIO

1. Qual a diferença entre Carcinoma espinocelular e carcinoma de células escamosas da cavidade bucal?
2. Por que a lesão foi classificada em estágio III, segundo o sistema TNM?
3. Existe uma relação entre os hábitos do paciente e o surgimento da lesão?
4. Por que os pacientes com diagnóstico final de carcinoma de células escamosas comumente apresentam prognóstico desfavorável?

### HIPERLINKS

#### Queixa principal:

“um caroço debaixo da língua que não me deixa comer”.

#### História da doença atual:

Lesão inicialmente assintomática com sangramento espontâneo e dificuldade de alimentação nos últimos dias. Tempo de evolução indeterminado e sem tratamento prévio.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## Exames laboratoriais:

São exames complementares que tem por intuito auxiliar o profissional da saúde no alcance do diagnóstico final a partir de hipóteses diagnósticas elencadas com base no exame clínico. A coleta de amostras de sangue do paciente se faz necessária para as diversas modalidades desses exames.

## Hipertensão:

É atualmente definida como resultado de uma pressão arterial maior que 140/90 mmHg. Ela tem alta prevalência e é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, além de ser um dos principais contribuintes para a morbidade e mortalidade em todo o mundo. Apesar do grande progresso na percepção, diagnóstico e tratamento da hipertensão, o controle da pressão arterial é inadequado em menos da metade dos pacientes hipertensos (>140/90 mm Hg). O diagnóstico de hipertensão arterial começa na maioria dos pacientes com medição convencional da pressão arterial em consultório, e, por definição, ela passa a ser considerada elevada se está presente, em adultos, em pelo menos 2 visitas ao médico em dias diferentes.

## Diabetes mellitus:

Diabetes é caracterizada por hiperglicemia crônica e causa complicações de longo prazo, como retinopatia, neuropatia e nefropatia. Geralmente acelera as mudanças macro e microvasculares, devido às mudanças no estilo de vida ou fatores imunológicos. A diabetes mellitus pode ser classificada em tipo I e tipo II. A do tipo I é um distúrbio da secreção de insulina por mediação predominantemente imunológica, com destruição das células beta pancreáticas, geralmente com deficiência absoluta de insulina. Já a do tipo II, é uma síndrome que resulta da combinação de resistência à insulina e deficiência de insulina, existindo fatores que podem predispor a resistência à insulina, tais como obesidade e sedentarismo.

## Sistema Tumor, linfoNodo regional e Metástase à distância (TNM):

Sistema de estadiamento clínico de tumores que tem sido o padrão de classificação adotado para caracterizar os tumores, propor a terapia mais adequada e estimar a sobrevida dos pacientes. As informações obtidas através dos exames clínico e de imagem são utilizadas para estabelecer o estágio clínico.

---

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



O sistema de estadiamento mais frequentemente usado para cânceres de cavidade oral ou orofaríngeo é o sistema TNM da *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*, que se baseia em 3 informações principais:

**– A extensão do tumor (T):**

Qual é o tamanho do tumor principal (primário) e houve o envolvimento dos tecidos da cavidade bucal ou da orofaringe?

**– A propagação para os linfonodos próximos (N):**

O câncer se espalhou para os linfonodos próximos?

**– A propagação (metástase) para locais distantes (M):**

O câncer se espalhou para órgãos distantes, como os pulmões?

Os cânceres da cavidade bucal podem variar do estágio 0 (carcinoma *in situ*) aos estágios I a IV. Como regra, quanto menor o número, menor o envolvimento local e/ou regional e à distância. Um número maior, como estágio IV, significa que o câncer se espalhou mais e dentro de um estágio, uma letra anterior significa um estágio inferior. Embora a experiência do câncer de cada pessoa seja única, cânceres em estágios semelhantes tendem a ter uma perspectiva semelhante e muitas vezes são tratados da mesma maneira. O sistema mais recente da AJCC, vigente desde janeiro de 2018, utiliza o estadiamento patológico (estadiamento cirúrgico), que é determinado a partir da análise da amostra retirada da cirurgia. Às vezes, se não é possível realizar a cirurgia imediatamente, o estadiamento clínico do tumor é realizado com base nos resultados do exame físico, exame de endoscopia, biópsia e exames de imagem. O estadiamento clínico pode ser usado para planejar o tratamento. Às vezes, porém, o tumor se disseminou além das estimativas do estadiamento clínico, e pode não prever o prognóstico do paciente com a precisão de um estadiamento patológico.

Os autores recomendam a leitura complementar das referências bibliográficas para alcance da descrição minuciosa de cada estágio por serem aspectos que vão além do escopo principal deste livro.

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

**Encaminhamento:**

Documento utilizado como instrumento formal para referência de um paciente entre profissionais da mesma área e/ou de diferentes áreas. O encaminhamento geralmente solicita avaliação clínica e/ou tratamento.

**Estadiamento clínico:**

É definido a partir da avaliação clínica do paciente com base nos achados do exame clínico e dos exames complementares. Além disso, define a sobrevida do paciente e a modalidade de tratamento mais indicada. Quanto mais avançado o estágio da lesão, pior será o prognóstico do paciente, uma vez que a maiores chances de metástases. É importante lembrar que o diagnóstico precoce melhora as chances de sobrevida do paciente; entretanto, por ser tratar de uma lesão geralmente assintomática, a busca por avaliação odontológica acaba sendo, muitas vezes, tardia.

**Carcinoma de células escamosas:**

O carcinoma de células escamosas é uma neoplasia maligna de origem epitelial que se apresenta inicialmente como uma lesão indolor na mucosa bucal e afeta a mastigação e a fala, quando em estágios avançados. Geralmente acomete indivíduos após a quinta década de vida, representando entre 90-95% das neoplasias malignas da cavidade bucal. A apresentação clínica usual é de uma úlcera indolor na borda da língua ou no assoalho da boca, com centro necrótico e borda elevada e endurecida com mais de 2 semanas de evolução. Interessantemente, nódulos exofíticos (caso estudado), lesões em placa branca e manchas eritematosas podem ser apresentações dos carcinomas. Os sítios mais comuns variam geograficamente, refletindo diferentes fatores de risco; entretanto, as bordas laterais de língua e o assoalho de boca são os sítios mais comuns intrabucais e o vermelhão do lábio inferior o sítio mais frequente para as lesões de lábio. A etiologia dos carcinomas é multifatorial. Enquanto os fatores principais para os sítios intrabucais são o uso de tabaco e álcool, que inclusive podem ter efeito sinérgico; a radiação solar representa o principal fator etiológico dos carcinomas de lábio inferior. Sabidamente, os carcinomas de lábio possuem comportamento biológico e prognóstico diferentes dos carcinomas intrabucais. Já os carcinomas de língua e assoalho bucal são mais propensos a ter uma adequada remoção cirúrgica com obtenção de margens livres de tumor.

**AUTORIA:**

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

### **Biópsia incisional:**

Exame complementar de consultório que consiste em procedimento cirúrgico para fins de diagnóstico por meio da remoção de tecido para exame macro e microscópico. A biópsia está indicada em todos os casos em que o diagnóstico clínico é inconclusivo e o alcance do diagnóstico final depende da observação dos aspectos morfológicos e/ou arquiteturais característicos de cada condição. A biópsia incisional ou parcial é um tipo de biópsia em que apenas uma parte da lesão é removida. Cabe salientar a importância da remoção da parte mais representativa em extensão e profundidade para o alcance do diagnóstico final. É importante evitar áreas ulceradas, uma vez que o tecido necrótico poderá resultar em laudos inconclusivos. Por se tratar de um exame diagnóstico, salienta-se a importância de remoção de tecido clinicamente alterado para avaliação microscópica sem a necessidade de mucosa normal. Os autores reforçam a diferença entre espécime de biópsia e peça oriunda de ressecção cirúrgica sendo que, somente na última existe a necessidade de avaliação das margens para a indicação de tratamento adjuvante, bem como para a definição do prognóstico do paciente, não sendo mandatório para biópsias. Essa modalidade de biópsia é indicada em casos de lesões com hipótese de malignidade, lesões extensas, múltiplas ou de difícil acesso anatômico, além de manifestações bucais de doenças sistêmicas.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## GABARITO

Ambos os termos se referem a uma lesão com origem no epitélio de revestimento da mucosa bucal. “Carcinoma de células escamosas” é um termo de tradução livre do inglês (*squamous cell carcinoma*) e diz respeito ao tipo histológico, enquanto o termo “carcinoma espinocelular”, embora consagrado, deve ser evitado por fazer referência ao surgimento da lesão na camada espinhosa do epitélio, o que, na verdade, ocorre na camada basal do epitélio estratificado pavimentoso ceratinizado, ou não, da cavidade bucal.

Essa lesão foi classificada como estágio III, de acordo com o sistema TNM, pois, apresenta T3 (tumor maior que 4 cm em sua maior dimensão), N1 (metástase em um único linfonodo ipsilateral menor ou igual a 3 cm de diâmetro em sua maior dimensão) e Mx (presença de metástase distante a outros órgãos não é passível de avaliação ou não foi avaliada no momento da consulta).

Sim, existe uma relação. O carcinoma de células escamosas é uma neoplasia maligna com etiologia multifatorial; entretanto, o tabaco tem grande impacto na causa do câncer bucal, por possuir mais de 60 substâncias cancerígenas. O consumo de álcool interage sinergicamente com o fumo, resultando em um risco mais do que aditivo. O HPV, em particular o tipo 16, também já foi considerado como um fator etiológico sendo bem reconhecido em uma pequena minoria (3%) das lesões orofaríngeas. A exposição crônica à radiação actínica é um fator de risco estabelecido para os cânceres de lábio inferior. Já uma dieta rica em frutas e vegetais parece ter algum efeito protetor contra o câncer bucal. No caso do paciente descrito neste caso, o fumo, em ação sinérgica com o álcool foram os agentes etiológicos determinantes para o surgimento da lesão.

Na maioria dos casos, as lesões de câncer bucal são assintomáticas na sua fase inicial, o que usualmente passa despercebido pelo paciente e, muitas vezes, pelos cirurgiões-dentistas e outros profissionais da saúde. Consequentemente, as lesões são diagnosticadas em estágios mais avançados com impacto negativo no prognóstico e na sobrevida do paciente. Cabe ressaltar a importância do exame físico da mucosa bucal de forma rotineira em todos os pacientes independente da queixa principal. Somente com essa conduta, o diagnóstico poderá ser alcançado nos estágios mais iniciais da doença de forma a mitigar a morbidade e as taxas de mortalidade.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## REFERÊNCIAS

ABHYANKAR, V. et al. Biopsy Technique and Histopathological Diagnosis of Oral Squamous Cell Carcinoma of the Tongue: a case report. *Journal of Dentistry and Oral Biology*, vol. 5, no. 1, p. 5-8, Mar. 2020.

CAUBI, A. F. et al. Biópsia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucó-Maxilo-Facial*, Tabatinga, v. 4, n. 1, p. 39-46, mar. 2004.

CLASSIFICATION and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. EC-Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, Copenhagen, vol. 22, no. 7, p. 289-291, Aug. 1993.

DE PAZ, D. et al. Prognostic stratification of patients with advanced oral cavity squamous cell carcinoma. *Current Oncology Reports*, [S. l.], vol. 19, no. 10, p. 65, Aug. 2017

EL-NAGGAR, A. K. et al. World health organization classification of head and neck tumours. Lyon: IARC Press, 2017. p. 112-114.

EPSTEIN, J.B. et al. The limitations of the clinical oral examination in detecting dysplastic oral lesions and oral squamous cell carcinoma. *Journal of The American Dental Association*, Chicago, vol. 143, no. 12, p. 1332-1342, Dec. 2012.

FLORES, I. L.; CARRARD, V. C., OLIVEIRA, M. G. Asymptomatic and painful ulcerated lesions on the lip and tongue. *General dentistry*, vol. 67, n. 6, p. e6-e8, Nov./Dec. 2019

HARREITER, J.; RODEN, M. Diabetes Mellitus—definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2019). *Wiener Klinische Wochenschrift*, Wien, vol. 131 (Suppl 1), p. 6-15. May, 2019.

KUJAN, O. et al. Evaluation of a new binary system of grading oral epithelial dysplasia for prediction of malignant transformation. *Oral oncology*, Oxford, vol. 42, n. 10, p. 987-993, 2006.

LEITE, A. A. et al. Oral squamous cell carcinoma: A clinicopathological study on 194 cases in northeastern Brazil. A cross-sectional retrospective study. *São Paulo Medical Journal*, vol. 136, no. 2, p. 165-169, Mar. 2018.

LOURENÇO, S. D. Q. C. et al. Classificações histopatológicas para o carcinoma de células escamosas da cavidade oral: revisão de sistemas propostos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol. 53, no. 3, p. 325-333, Jan. 2007.

MACEY, R. et al. Diagnostic tests for oral cancer and potentially malignant disorders in patients presenting with clinically evident lesions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, no. 15, p. 1-28, May. 2015.

MESQUITA, J. Á. et al. Clinical and histopathological evidence of oral squamous cell carcinoma in young patients: systematized review Evidências clínicas e histopatológicas do carcinoma de células escamosas oral em pacientes jovens: revisão sistematizada. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, vol. 1, p. 67-74, Feb. 2014.

PIRES, F. R. et al. Oral squamous cell carcinoma: clinicopathological features from 346 cases from a single oral pathology service during an 8-year period. *Journal of Applied Oral Science*, vol. 21, no. 5, p. 460-467, Sept-Oct. 2013.

PRICE, R. S, KASNER, S. E. Hypertension and hypertensive encephalopathy. *Journal Handbook of Clinical Neurology*, vol. 119, p. 161-167, 2014.

ROSENFELD, L. G. et al. Reference values for blood count laboratory tests in the Brazilian adult population, national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, vol. 22, Suppl 2, p. 1-13, Oct. 2019.

TROMBELLI, L., et al. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J. Periodontol.*, [S. I], vol. 89 (Suppl 1), p. S46-73, Oct. 2018.

WERMELT, J. A.; SCHUNKERT, H. Management of arterial hypertension. *Herz*, vol. 42, no. 5, p. 515-526, May. 2017.

WEYKAMP, C. HbA1c: a review of analytical and clinical aspects. *Annals of Laboratory Medicine*, Korea, vol. 33, no. 6, p. 393-400, Nov. 2013.

MOECKELMANN, N. et al. Prognostic implications of the 8th edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) staging system in oral cavity squamous cell carcinoma. *Oral Oncology*, vol. 82-86, p. 82-86, Oct. 2018.

## CAPÍTULO 12

### CASO 10

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Túlio é um jovem de 22 anos que mora na comunidade de Serra Azul desde que nasceu. Estudou na escola estadual do bairro e trabalha desde os 16 anos na padaria do seu tio, no centro da cidade. Túlio nunca gostou muito de estudar, estava sempre andando com os garotos da rua e D. Hilda, sua mãe, sempre teve preocupação com futuro do filho. Túlio é filho único, D. Hilda é funcionária pública e trabalha no setor administrativo da prefeitura municipal há 15 anos. Alcides, seu pai, é representante comercial de uma fábrica de artigos de borracha. A família leva uma vida simples, sempre com muito trabalho e procurando dar estudo e um futuro para o filho. Os pais insistem para que Túlio faça um curso superior, mas o sonho dele é ser DJ. Túlio está namorando Daphne, moradora do bairro e sua ex-colega de escola, há 01 ano.

Há uns dois meses, Túlio percebeu uma “bolinha” na gengiva. Mostrou para Daphne e ela disse para ele ir à unidade de saúde, já que lá tem dentista, médico e o atendimento sempre é muito bom. Daphne tem ido retirar anticoncepcional todos os meses, consultou com o Dr. Azevedo, que fez orientações sobre saúde reprodutiva e falou para ela levar o namorado em consulta também, mas Túlio achou que era desnecessário. Daphne trabalha como auxiliar em uma escola de educação infantil, está cursando pedagogia e sempre incentiva o namorado a continuar os estudos.

Hoje Túlio pediu dispensa ao tio para o período da manhã e foi até a unidade de saúde, pois a “bolinha” cresceu bastante, está “pendurada na gengiva”, sangra quando ele escova os dentes e está bem visível.

Dra. Catarina, dentista da unidade, prontamente atendeu Túlio, fazendo um encaixe na sua agenda do dia.

— Bom dia Túlio, acho que não nos conhecemos ainda. Você já havia consultado aqui na Unidade de Saúde antes?

— Na verdade, não. Acho que quando criança eu consultava no dentista do sindicato que meu pai me levava, mas faz uns anos que não consulto com dentista.



Dra. Catarina examinou a lesão da gengiva, que estava sangrante ao mínimo contato com a sonda periodontal.

– Túlio, você costuma usar fio dental, escovar os dentes? Conte um pouco da sua rotina de higiene bucal.

– É Dra. Não posso mentir aqui né? Nunca uso o fio dental, acho que nem sei usar. Escovo os dentes quando acordo, isso sempre faço, mas durante o dia eu confesso que não lembro e nem tenho tempo. E antes de dormir eu escovo às vezes. E acho que minha escova não é boa, pois sangra muito a minha boca quando eu escovo, daí acho que estou machucando a gengiva.

Dra. Catarina avaliou as superfícies dentárias e a gengiva do paciente. Havia biofilme acumulado principalmente nos molares superiores e inferiores e cálculo nos incisivos inferiores.

A dentista orientou Túlio a agendar consulta para realizar os procedimentos de profilaxia e raspagem e encaminhou o paciente para o Dr. Azevedo para a realização de exames de rotina, tais como glicemia em jejum, hemograma completo com plaquetometria, colesterol e urina tipo 1, e agendou para a semana seguinte o procedimento de biópsia da lesão.

-Túlio, vou remover esta lesão na próxima semana e enviar para análise microscópica para termos certeza do diagnóstico. Quero que você aproveite que está aqui na unidade de saúde e faça a coleta de sangue para um hemograma. A sala de coleta fica no final do corredor, última porta à esquerda. Leve minha solicitação até lá.

Túlio ficou um pouco preocupado...





QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Durante a consulta com a Dra. Catarina foi realizada uma nova anamnese, a fim de obter informações mais detalhadas e completas. Túlio relatou que não faz uso de medicamentos contínuos e também nunca teve problemas graves de saúde, mas realizou uma apendicectomia aos 16 anos de idade. Quanto aos seus hábitos, Túlio não fuma, mas bebe bebidas destiladas (vodka, gin e whiskey) aos fins de semana, em torno de 2 a 3 copos. Quanto aos seus hábitos de higiene bucal ressaltou, mais uma vez, que escova os dentes ao acordar, mas normalmente não realiza higiene ao longo do dia. Nunca faz o uso de fio dental, e utiliza uma escova de dentes de cerdas duras, que muitas vezes machuca sua gengiva.

Ao exame físico extrabucal, não foram observadas alterações nas cadeias ganglionares e nem assimetria facial. Ao exame físico intrabucal, foi observado um nódulo de base sésil, bem delimitado, coloração avermelhada e superfície lobulada, medindo aproximadamente 1,5 cm no seu maior diâmetro localizado na gengiva vestibular da região de incisivo lateral superior direito e de canino superior direito. Túlio relatou que esse nódulo apresenta sangramento ao realizar a escovação. Quanto aos elementos dentários, observou-se grande quantidade de acúmulo biofilme, principalmente nas regiões interproximais, e presença de cálculo dentário na face lingual de incisivos inferiores. Como a escovação de Túlio é feita com escova de cerdas duras, além de provocar trauma gengival, pode-se notar um quadro inicial de gengivite, devido ao acúmulo de biofilme, pois não consegue higienizar de forma adequada.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Granuloma Piogênico;
- Lesão Periférica de Células Gigantes;
- Fibroma Ossificante Periférico;
- Fibroma

Com base no exame clínico e nas hipóteses diagnósticas, Dra. Catarina solicitou exames radiográficos periapicais das regiões de interesse (incisivos superiores, canino superior direito e pré-molares superiores direito) para verificar possível envolvimento ósseo. Além disso, foi realizada uma biópsia excisional

---

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



e posterior encaminhamento do espécime para exame histopatológico no laboratório de Patologia Bucal de referência.

Aos exames radiográficos periapicais, não foram encontradas alterações nos dentes, nas estruturas ósseas na região da lesão e nem não lesão. Entretanto, imagens radiopacas compatíveis com cálculos dentários foram observadas.

O espécime foi armazenado imediatamente após a remoção do fragmento tecidual em um recipiente contendo solução de formolina a 10% e tamponado em pH 7,4, devidamente identificado com o nome do paciente e do profissional, além da região biopsiada. A quantidade de solução no recipiente foi 10 vezes o volume do material biopsiado. Além disso, fez-se o preenchimento da ficha de biópsia que foi encaminhada para o laboratório, ficando no aguardo do laudo histopatológico.

Após a realização da biópsia excisional, que coincidiu com o tratamento da lesão, Dra. Catarina realizou raspagem, alisamento e polimento corono-radicular dos elementos dentários da região, com o objetivo de remover o cálculo e a placa aderida o que facilitou a higiene bucal pelo paciente. Assim, a raspagem realizada, eliminou qualquer fonte de irritação contínua, minimizando a recidiva da lesão.

Dra. Catarina recomendou que Túlio escove os seus dentes com pasta de dente fluoretada e uma escova de dentes com cerdas macias, que alcance todas as faces dos dentes, em toda a arcada dentária, pelo menos duas vezes ao dia. Recomendou ainda o uso de fio dental, pelo menos uma vez ao dia, para auxiliar na remoção de acúmulo de biofilme interproximal, bem como solucionar o quadro da gengivite.

## DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO FINAL

Granuloma Piogênico.

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## QUESTIONÁRIO

1. Por que as lesões de granuloma piogênico apresentam uma alta taxa de recidiva?
2. Levando em consideração o caso desse paciente, por que a lesão sangrava frente à escovação?
3. Por que o granuloma piogênico, apesar de possuir essa nomenclatura, não é considerado um granuloma verdadeiro?
4. Quais os outros sítios anatômicos da cavidade bucal que comumente observamos lesões de granuloma piogênico?
5. Por que as lesões reativas de gengiva são consideradas diagnósticos diferenciais do ponto de vista clínico?

## HIPERLINKS

### Queixa principal:

“a ‘bolinha’ cresceu bastante, está ‘pendurada na gengiva’, sangra quando escova os dentes e está bem visível”.

### História da doença atual:

Lesão assintomática, com evolução de 15 dias e sangrante frente à escovação sem histórico de tratamento prévio.

### Glicemia em jejum:

O exame de glicemia é realizado para avaliar os níveis de glicose no sangue, normalmente em jejum. Para um diagnóstico de diabetes, são medidos vários níveis elevados de glicose no sangue em pelo menos 02 dias diferentes

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



definidos, sendo necessário estar, pelo menos, 8 horas sem qualquer ingestão calórica. Os valores de glicose, em jejum, são, atualmente, considerados normais quando no plasma venoso há  $<100$  mg/dl ( $<5,6$  mmol/l) de glicose. Valores mais baixos (hipoglicemia) indicam a existência de um distúrbio do metabolismo da glicose ou dano consequente. Valores de glicose no plasma venoso  $\geq 100$  mg/dl ( $5,6$  mmol/l) indicam um pré-diabetes. Valores de glicose no plasma venoso  $\geq 126$  mg/dl ( $7$  mmol/l) indicam possível diabetes mellitus. Pode-se, ainda, realizar a dosagem de glicemia pós-prandial (1 a 2 horas após a ingestão alimentar), que permite avaliar picos hiperglicêmicos pós-prandiais associados a risco cardiovascular e estresse oxidativo; entretanto representa uma medida pontual que não reflete o que ocorre nos demais horários. Por sua vez, a hemoglobina glicada refere-se à hemoglobina conjugada à glicose. A concentração de HbA1c é amplamente utilizada para o monitoramento de rotina do estado glicêmico de longo prazo em pacientes com diabetes tipo I e tipo II. A concentração de HbA1c representa um valor contínuo: valores  $<40$  mmol/mol ( $5,8\%$ ) indicam baixo risco para diabetes, enquanto aqueles  $>46$  mmol/mol ( $6,4\%$ ) indicam a presença de diabetes. Concentrações de HbA1c de  $40-46$  mmol/mol ( $5,8-6,4\%$ ) estão associados a um risco crescente de diabetes. A frequência de medição depende da condição clínica dos pacientes. Recomenda-se, pelo menos, dois testes por ano para pacientes que cumprem os objetivos do tratamento (e que têm controle glicêmico estável), e testes trimestrais em pacientes cuja terapia está alterada ou que não cumprem as metas glicêmicas.

### Hemograma completo com plaquetometria:

Exame complementar laboratorial que avalia a quantidade e a qualidade dos três principais grupos de células sanguíneas: hemácias (glóbulos vermelhos que transportam oxigênio e nutrientes para o corpo), os leucócitos (glóbulos brancos, que atuam no sistema imune) e as plaquetas (que modulam a coagulação). Para glóbulos vermelhos, os homens apresentam valor médio normal de 5,0 milhões por  $\text{mm}^3$  (limites: 4,3-5,8) e as mulheres 4,5 milhões por  $\text{mm}^3$  (limites: 3,9-5,1). A média normal dos glóbulos brancos entre os homens é de  $6.142/\text{mm}^3$  (2.843-9.440) e entre as mulheres é de  $6.426/\text{mm}^3$  (2.883-9.969). A média normal de plaquetas entre homens é de  $213.975/\text{mm}^3$  (128.177-299.774), e para mulheres é de  $239.325/\text{mm}^3$  (135.606-343.044). Outros parâmetros mostram valores próximos entre os sexos e faixas etárias, com pequenas variações.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## **Colesterol total e frações:**

O colesterol é um dos lipídeos biologicamente mais relevantes, precursor dos hormônios esteroides, ácidos biliares e vitamina D, que atua na fluidez e regulação metabólica das membranas celulares. Para ser transportado até os tecidos e órgãos, ele precisa se ligar a outras substâncias, formando partículas maiores, chamadas lipoproteínas, que constituem os principais tipos de colesterol: conhecido como “bom colesterol” ou, do inglês high density lipoprotein (HDL) - lipoproteína de alta densidade - que tem a função de conduzir o colesterol para fora das artérias até o fígado, onde será metabolizado. Há também o chamado “mau colesterol” ou, do inglês low density lipoprotein (LDL) - lipoproteína de baixa densidade - que transporta o colesterol por todo o organismo, favorecendo o seu depósito nas artérias e o desenvolvimento de aterosclerose. O exame de colesterol e frações mede a quantidade dessa molécula e seus subtipos no sangue, e deve ser feito após pelo menos 12 horas de jejum. Sua análise é feita baseada em:

### **HDL:**

O nível desejado é >40 mg/dl para homens e >50 mg/dl para mulheres. Considera-se ideal níveis acima de 60 mg/dl.

### **LDL:**

O nível desejado para a população em geral é <130 mg/dl, entretanto, dependendo do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, esse valor pode alterar. O valor máximo recomendado de LDL para pessoas com baixo risco cardiovascular (jovens, sem doenças ou com hipertensão bem controlada) é de até 130 mg/dl. Para pessoas com risco cardiovascular intermediário (com 1 ou 2 fatores de risco, como tabagismo, pressão alta, obesidade, arritmia controlada, ou diabetes que seja inicial, leve e bem controlado), o valor máximo recomendado é de até 100 mg/dl. Já para pessoas com risco cardiovascular alto (com placas de colesterol nos vasos, aneurisma de aorta abdominal, doença renal crônica, diabetes há mais de 10 anos, etc), o valor máximo recomendado é de até 70 mg/dl. Pessoas com risco cardiovascular muito alto (com histórico de angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou outro tipo de obstrução arterial por placas de aterosclerose, ou com qualquer obstrução arterial grave observada no exame), devem ter o valor máximo de LDL em até 50 mg/dl.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## **VLDL:**

Colesterol que corresponde a uma lipoproteína de baixíssima densidade, do inglês, very low density lipoprotein (VLDL). É produzido no fígado e é responsável por transportar os triglicerídeos pela corrente sanguínea, aumentando, conseqüentemente, o risco de doenças cardíacas. Seu valor ideal é de 30 mg/dl.

Em relação ao colesterol total (CT), que corresponde a soma das diversas frações de colesterol, o nível desejado é de até 200 mg/dl.

## **Urina tipo 1:**

O exame de urina tipo I inclui caracteres físicos (volume, aspecto, cheiro, cor, densidade e pH), caracteres químicos (pesquisa de proteínas, açúcares, corpos cetônicos, bilirrubina, uréia, creatinina e ácido úrico) e o exame microscópico do sedimento. Na prática hospitalar, há uma separação entre a Urina Tipo I Simples (não inclui a análise microscópica) e o Sedimento Urinário Quantitativo (específico para a análise dos elementos não dissolvidos na urina). Esse exame é normalmente solicitado em *check-ups*, uma vez que permite avaliar a funcionalidade dos rins e a presença de possíveis infecções no organismo.

## **Cálculo dentário:**

É o processo pelo qual ocorre o desenvolvimento de um biofilme mineralizado, composto por cristais de fosfato de cálcio, acima ou abaixo da margem gengival livre, constituindo depósitos moderadamente duros de cor branca, amarelada ou enegrecida. É um processo dinâmico que começa com um biofilme não mineralizado, que eventualmente se calcifica através de vários mecanismos de mineralização.

## **Gengivite:**

Considerada como uma condição inflamatória local específica iniciada pelo acúmulo de biofilme supragengival. Clinicamente, caracteriza-se por vermelhidão gengival e edema. Geralmente é indolor, raramente leva a sangramento espontâneo e costuma ser caracterizada por mudanças clínicas sutis, muitas vezes passando despercebida pelo paciente e diagnosticada apenas em consultas odontológicas.

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



### **Granuloma Piogênico:**

Lesão reativa inflamatória também classificada como processo proliferativo não-neoplásico que frequentemente acomete a cavidade bucal. Muitos fatores podem estimular a formação desta lesão, incluindo acúmulo de biofilme dentário e cálculo quando na cavidade bucal, trauma e influências hormonais.

Clinicamente, se apresenta como uma pápula ou nódulo com coloração que varia de vermelho a púrpura, e tamanho de vários milímetros a cerca de 2,5 cm de diâmetro. As lesões podem ser solitárias ou múltiplas, sésseis ou pediculadas. Cerca de 75% dos granulomas piogênicos da cavidade bucal se desenvolve na gengiva anterior superior, lábios e língua, não sendo uma lesão exclusiva de gengiva. Essas lesões são mais comuns em crianças e adultos jovens, predominantemente na segunda década de vida, com predileção pelo sexo feminino incluindo mulheres grávidas (granuloma gravídico), possivelmente devido aos efeitos vasculares dos hormônios femininos.

Embora os achados clínicos sejam fortemente sugestivos, o diagnóstico final da lesão é alcançado por meio da análise histopatológica do espécime. O tratamento se dá pela excisão cirúrgica até o periósteo com a remoção de qualquer fator irritante da área subjacente e circundante, tais como biofilme e cálculos, restaurações defeituosas e dentes fraturados.

### **Lesão de Células Gigantes Periférica:**

Lesão reativa da gengiva ou da mucosa alveolar de origem osteoclástica sendo classificada também como processo proliferativo não neoplásico exclusivo destas topografias. As lesões são duas vezes mais prevalentes em mulheres do que em homens, e podem aparecer em praticamente qualquer idade, especialmente da primeira à sexta década de vida. Radiograficamente, as lesões periféricas de células gigantes podem apresentar reabsorção em forma de taça do osso alveolar subjacente.

Clinicamente, caracteriza-se como um aumento de volume nodular, geralmente com menos de 2 cm de diâmetro, cuja aparência pode variar muito. As lesões são tipicamente moles, esponjosas e sangram com facilidade, e sua coloração varia de vermelha para vermelha-azulada. Embora possam aparecer em qualquer parte da cavidade oral, as localizações mais comuns da gengiva ou mucosa alveolar, são as regiões incisivas e caninas com maior probabilidade de acometer a mandíbula do que a maxila.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

### **Fibroma Ossificante Periférico:**

Lesão reativa da gengiva proveniente de células do ligamento periodontal também denominada como processo proliferativo não neoplásico, sendo exclusiva desta topografia. Acredita-se que ocorra como resultado da proliferação de fibroblastos e ninhos epiteliais odontogênicos dentro do ligamento periodontal, induzida por trauma, com calcificação distrófica reativa associada e crescimento ósseo. Ocorre exclusivamente na gengiva, sendo que 60% dos casos envolvem a gengiva maxilar anterior. É uma lesão predominantemente de adolescentes e adultos jovens, com um pico de prevalência entre os 10 e os 19 anos de idade. Quase dois terços de todos os casos ocorrem em mulheres.

Radiograficamente, pode-se observar perda óssea alveolar na região acometida pela lesão, além de radiopacidade irregular com densidade quase semelhante ao osso, indicando presença de ossificação compondo a lesão.

Clinicamente, caracteriza-se por um nódulo, séssil ou pediculado, que geralmente apresenta tamanho próximo a 2 cm de diâmetro e coloração avermelhada na maioria dos casos podendo ser acompanhada por ulceração e movimentação dentária, dependendo do tamanho da lesão.

### **Ficha de Biópsia:**

É um documento necessário para casos em que a biópsia é indicada, seguida pelo posterior exame histopatológico. Nela, constam os dados do paciente (nome, idade, sexo, raça e profissão), características da amostra, tipo de biópsia (incisional ou excisional), fixador utilizado (formolína a 10%, álcool ou outro), localização da lesão (óssea ou tecido mole), lesão fundamental, tamanho, coloração, consistência, inserção (séssil ou pediculada), sintomatologia, tempo de evolução, aspecto radiográfico (quando aplicável), informações do histórico médico, medicamentos, dados do trans-operatório e outras informações complementares. Além disso, deve-se desenhar em uma figura, a correta localização, forma e tamanho aproximado da lesão, bem como as hipóteses diagnósticas devem ser apontadas e estratificadas. Essa ficha deve ser preenchida abrangendo todas as informações citadas acima, a fim de facilitar que o patologista analise o espécime e dê o correto diagnóstico.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## **Biópsia:**

Exame complementar que consiste em procedimento cirúrgico para fins de diagnóstico por meio da remoção de tecido de um organismo vivo para exame macro e microscópico. A biópsia está indicada em todos os casos em que o diagnóstico clínico é inconclusivo e o alcance do diagnóstico final depende da observação dos aspectos morfológicos e/ou arquiteturais característicos de cada condição. A biópsia incisional ou parcial é um tipo de biópsia em que apenas uma parte da lesão é removida. Cabe salientar a importância da remoção da parte mais representativa para o alcance do diagnóstico final. Essa modalidade de biópsia é indicada em casos de lesões com hipótese de malignidade, lesões extensas, múltiplas ou de difícil acesso anatômico, além de manifestações bucais de doenças sistêmicas. Por sua vez, a biópsia excisional ou total consiste na remoção total da lesão nos seus limites sendo, conseqüentemente, o tratamento. Está indicada para lesões com hipóteses de benignidade e também lesões únicas com pequenas dimensões. Entretanto, esse tipo de biópsia não deve ser realizada diante de hipóteses de malignidade, independentemente do tamanho da lesão.

---

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## GABARITO

As lesões de granuloma piogênico costumam recidivar muito provavelmente pela não remoção do agente traumático. Além da remoção completa da lesão por biópsia excisional, é imprescindível detectar o agente causal, e removê-lo. Uma vez que a causa não é removida, o trauma persiste e a lesão tende a aparecer novamente.

Granulomas piogênicos são lesões altamente vasculares, com proliferação de capilares permeados por hemácias e tecido conjuntivo fibroso de sustentação. Devido a isso, essas lesões são muito sensíveis a qualquer trauma, apresentando sangramento intenso e, até mesmo, ulceração na superfície, com a formação de membrana necrótica superficial, o que confere o aspecto amarelado, semelhante a pus.

O termo “granuloma” se refere a reações inflamatórias crônicas que se formam com o objetivo de conter um agente agressor persistente, uma vez que o organismo não consegue eliminá-lo. Por sua vez, o termo “piogênico” refere-se à presença de piócitos com microorganismos. No caso do granuloma piogênico, não há formação de granulomas verdadeiros, nem presença de microorganismos piogênicos; por isso, sua nomenclatura é considerada, de certa forma, inadequada, mas sem dúvida, por ser consagrada na literatura, tal denominação tem sido mantida.

Lábios, língua e mucosa jugal também são sítios de acometimento dessas lesões, entretanto são menos frequentes que a gengiva.

As lesões reativas de gengiva são consideradas diagnósticos diferenciais, uma vez que, clinicamente, todas se apresentam como um nódulo exófito, de crescimento lento, com coloração e tamanho variados. Apenas o exame histopatológico é capaz de definir o diagnóstico final.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## REFERÊNCIAS

- AKCALI, A., LANG, N. P. Dental calculus: the calcified biofilm and its role in disease development. *Periodontology 2000*, Copenhagen, vol. 76, no. 1, p. 109-115, Feb. 2018.
- BAROT, V. J.; CHANDRAN, S.; VISHNOI, S. L. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *Journal of Indian Society of Periodontology*, Mumbai, vol. 17, no. 6, p. 819-822, Nov./Dec., 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília: MS, 2008.
- CAUBI, A. F. et al. Biópsia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, Tabatinga, v. 4, n. 1, p. 39-46, Mar. 2004.
- GUPTA, S. et al. Giant Cell Granulomas of Jaws: a Clinicopathologic Study. *Journal of Oral & Maxillofacial Research*, Kaunas, vol. 10, no. 2, p. 1-10, Apr./Jun. 2019.
- HARREITER, J.; RODEN, M. Diabetes Mellitus—definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2019). *Wiener Klinische Wochenschrift*, Wien, vol. 131 (Suppl 1), p. 6-15. May. 2019.
- HERRERO MORAES, S. et al. Granuloma piogênico: relato de caso clínico. *Revista Gestão Saúde*, Brasília, no. 9, p. 12-19. 2013.
- MAGALHÃES, M. E. C. New cholesterol targets of SBC Guidelines on Dyslipidemia. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, Rio de Janeiro, vol. 30, no. 6, p. 466-468, Dec. 2017.
- MALTA, D. C. et al. Prevalence of altered total cholesterol and fractions in the Brazilian adult population: national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 22 (Suppl 2), p. 1-13, Oct. 2019.
- MAYMONE, M. B. C. et al. Benign oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 81, no. 1, p. 43-56, July. 2019.

NÓBREGA, B. P. et al. A importância da análise sedimentoscópica diante dos achados físico-químicos normais no exame de urina. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, v. 51, n. 1, p. 58-64, Jan. 2019.

ROSENFELD, L. G. et al. Reference values for blood count laboratory tests in the Brazilian adult population, national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, vol. 22, Suppl 2, p. 1-13, Oct. 2019.

SILVA, A. F. C. et al. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, Tokio, vol. 43, no. 1, p. 16-22, Jan. 2017.

TROMBELLI L., et al. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J. Periodontol.*, [S. I], vol. 89 (Suppl 1), p. S46-73, Oct. 2018.

WEYKAMP, C. HbA1c: a review of analytical and clinical aspects. *Annals of Laboratory Medicine*, Korea, vol. 33, no. 6, p. 393-400, Nov. 2013.

## CAPÍTULO 13

### CASO 11

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Théo é um menino de 6 anos muito ativo. Adora andar de bicicleta, correr e brincar com seu irmão mais novo e com os primos no quintal da casa da avó, onde ele passa a tarde ao retornar da escola. Théo é o único filho de Michele; os dois mudaram-se para a casa dos pais dela quando se separou do marido Caio, pai de Théo. Michele trabalha como educadora em uma escola no bairro Serra Azul, perto da casa em que seus pais moram há muito tempo; onde ela cresceu, estudou, formou-se em pedagogia, casou e há um ano está de volta. Michele tem 29 anos e teve uma gravidez tranquila; Théo nasceu de parto normal e foi amamentado até os seis meses, quando ela precisou voltar ao trabalho. Nesta idade, o menino iniciou na creche, ficando no período das 08h às 18h na escola. Théo sempre teve boa alimentação, está crescendo bem, já está alfabetizado e os dois estão readaptando-se nesta nova situação de vida.

Claudete, avó de Théo, fica com ele à tarde e não deixa de comentar com as amigas e vizinhas que está muito feliz por cuidar do único neto, de vê-lo crescer e brincar.

Conversando com Nancy, a vizinha da frente, Claudete perguntou como era o atendimento na unidade de saúde, pois queria levar o neto para uma consulta com a dentista. Os dentinhos de leite começaram a cair, e sempre é bom dar uma olhada se está tudo indo bem, comentou com a vizinha. Nancy indicou para Claudete conversar com a agente comunitária Marlene para agendar a consulta do menino.

— É verdade, esqueci que a Marlene está sempre por aqui nas visitas domiciliares!

Claudete agendou a consulta de Théo, conversou com a filha e disse que ela poderia ficar tranquila, pois levaria o neto na consulta. No dia da consulta agendada, Théo estava com medo e inquieto. Chegando ao consultório da Dra. Catarina, a avó apresentou o neto:

— Boa tarde, este é o Théo! É o orgulho do vovô e da vovó!

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



– Pode sentar aqui, vamos conversar primeiro e eu vou olhar todos os seus dentinhos, sua língua, os lábios, a bochecha por dentro, o céu da boca... só preciso olhar para ver como você está se desenvolvendo!

No exame clínico, Dra Catarina observou uma lesão na mucosa do lábio inferior, com aparência bolhosa. A dentista perguntou para o menino:

– Théo, estou vendo uma “bolinha” aqui no seu lábio, na parte interna. Você já tinha percebido?

O menino respondeu que sim, e a avó completou:

– Ah Dra! É uma “bolha que vai e volta”. Nunca nos preocupamos em vir consultar, porque não achamos que seria alguma coisa grave.

Dra. Catarina perguntou:

– Théo costuma morder o lábio inferior?

Claudete afirmou que sim, disse que ele morde o lábio já faz tempo, mesmo que a família peça para ele evitar, já “virou uma mania”!

---

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Durante a consulta com a Dra. Catarina, foi realizada uma completa anamnese, a fim de obter informações mais detalhadas. A avó de Théo relatou que o menino não faz uso de medicamentos contínuos e também nunca teve problemas graves de saúde; estavam ali apenas para uma consulta de rotina. Quanto aos seus hábitos, Théo não fuma e nem bebe bebida alcoólica. Por ser criança, a avó disse que gosta muito de chupar pirulito, e tomar refrigerante. Ele toma 1 copo de refrigerante todos os dias, no almoço. Quanto aos seus hábitos de higiene bucal, a avó disse que supervisiona todas as escovações de Théo, e que faz isso 2 vezes por dia, uma vez de manhã e uma vez de noite. Théo escova os dentes com uma escova de cerdas macias, e com dentifrício fluoretado infantil. Não faz uso de fio dental.

Ao exame físico extrabucal, não foram observadas alterações nas cadeias ganglionares, nem assimetria facial e nem pigmentações na pele da face.

Ao exame físico intrabucal, foi observada uma bolha bem delimitada, com coloração rósea semelhante à mucosa adjacente, de superfície lisa, de consistência flutuante à palpação e aparente conteúdo líquido de aspecto azulado translúcido medindo aproximadamente 5 mm no seu maior diâmetro, localizada no lado direito da mucosa interna do lábio inferior.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Mucocele;
- Cisto de Retenção Salivar.

Com base no exame clínico e nas hipóteses diagnósticas, a Dra. Catarina realizou uma biópsia excisional e posterior encaminhamento do espécime para exame histopatológico no laboratório de Patologia Bucal de referência. Durante a realização da biópsia excisional, a Dra. Catarina observou a presença de glândulas salivares menores circundando a lesão, o que provavelmente explica a constante recidiva da mesma. Levando esse fato em consideração, optou-se pela remoção de tais glândulas da região, coincidindo, portanto, com o tratamento.

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

O espécime foi armazenado imediatamente após a remoção do fragmento tecidual em um recipiente contendo solução de formol tamponado a 10% devidamente identificado com o nome do paciente, do profissional, e do sítio biopsiado. A quantidade de solução de formol no recipiente foi 10 vezes o volume do material biopsiado. Além disso, fez-se o preenchimento da ficha de biópsia que foi encaminhada para o laboratório, ficando no aguardo do laudo histopatológico.

O laudo histopatológico mostrou acúmulo de mucina, circundada por um tecido de granulação. Também foi observada inflamação contendo histiócitos espumosos abundantes. Não foi possível observar revestimento epitelial.

Dra. Catarina ressaltou a importância dos hábitos de higiene bucal, com dentífrico fluoretado e escova de cerdas macias. Ademais, instruiu Théo a fazer a utilização de fio dental, e alertou a avó a respeito da quantidade de dentífrico fluoretado utilizado, evitando um volume maior que um grão de arroz, uma vez que isso pode levar a ocorrência de um quadro de fluorose dentária.

## DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO FINAL

Mucocele.

## QUESTIONÁRIO

1. Por que, neste caso, neoplasias de glândula salivar não foram consideradas como diagnóstico diferencial?
2. Considerando que mucocele e cisto de retenção salivar são clinicamente iguais, qual a característica histopatológica que confirma o diagnóstico de mucocele?
3. Quais outras lesões poderiam desenvolver se o paciente persistisse com o hábito parafuncional de mordiscar o lábio inferior?
4. A mucocele apresenta coloração azulada translúcida; o que explica isso?

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## HIPERLINKS

### **Queixa principal:**

“Bolha que vai e volta”.

### **História da doença atual:**

Lesão bolhosa recorrente, assintomática. Tempo de evolução indeterminado, sem tratamento prévio. Paciente relata hábito de mordiscamento na região de lábio inferior.

### **Mucocele:**

A mucocele é uma lesão exofítica comum, causada pelo acúmulo de saliva resultante de alterações patológicas nas glândulas salivares menores bucais. Clinicamente, manifesta-se como uma vesícula ou bolha, geralmente flutuante à palpação, superfície lisa, esférica, indolor, com coloração do azulado translúcido ao rosa. Seu tamanho varia de 1 mm a vários centímetros, e pode persistir de dias a anos. Essa lesão é mais prevalente em adultos jovens de 20-29 anos, seguido pelos adolescentes de 10-19 anos. Essa distribuição etária provavelmente está relacionada à alta prevalência de hábitos bucais parafuncionais durante esse período. O lábio inferior é a região de maior prevalência, seguido pela mucosa do lábio superior, mucosa jugal e ventre de língua. Devido ao lábio inferior ser o sítio bucal mais vulnerável aos hábitos parafuncionais, as taxas de recidiva nessa região, por traumas mecânicos, são mais comuns. O diagnóstico dessa lesão é realizado a partir da biópsia excisional, que coincide com o tratamento da lesão. Qualquer glândula salivar menor periférica deve ser excisada a fim de diminuir o risco de recorrência.

### **Cisto de Retenção Salivar:**

Os cistos de retenção salivar ocorrem quando um ducto estreito não consegue acomodar adequadamente a saída da saliva, causando dilatação e edema ductais. Eles são menos frequentes que as mucoceles, e são relatados mais comumente em idosos, mostrando uma leve predileção por mulheres. Em geral, estão localizados no assoalho bucal, na mucosa jugal e na mucosa do

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



lábio inferior. Eles podem surgir nas glândulas salivares maiores e menores. Os cistos nas glândulas salivares menores são clinicamente iguais à mucocele, sendo necessária biópsia excisional para a confirmação do diagnóstico e consequente tratamento da lesão.

### **Biópsia excisional:**

Exame complementar de consultório que consiste em procedimento cirúrgico para fins de diagnóstico por meio da remoção de tecido para exame macro e microscópico. A biópsia está indicada em todos os casos em que o diagnóstico clínico é inconclusivo e o alcance do diagnóstico final depende da observação dos aspectos morfológicos e/ou arquitetônicos característicos de cada condição. A biópsia excisional ou total consiste na remoção total da lesão nos seus limites sendo, conseqüentemente, o tratamento. Está indicada para lesões com hipóteses de benignidade e também lesões únicas com pequenas dimensões. Entretanto, esse tipo de biópsia não deve ser realizada diante de hipóteses de malignidade, independentemente do tamanho da lesão.

### **Ficha de biópsia:**

É um documento necessário para casos em que a biópsia é indicada, seguida pelo posterior exame histopatológico. Nela, constam os dados do paciente (nome, idade, sexo, raça e profissão), características da amostra, tipo de biópsia (incisional ou excisional), fixador utilizado (formol, álcool ou outro), localização da lesão (óssea ou mucosa), lesão fundamental, tamanho, coloração, consistência, inserção (sésil ou pediculada), sintomatologia, tempo de evolução, aspecto radiográfico (quando aplicável), informações do histórico médico, medicamentos, dados do trans-operatório e outras informações complementares. Além disso, deve-se desenhar em uma figura, a correta localização, forma e tamanho aproximado da lesão, bem como as hipóteses diagnósticas devem ser estratificadas. Essa ficha deve ser preenchida abrangendo todas as informações citadas acima, a fim de facilitar que o patologista analise o espécime e dê o correto diagnóstico.

### **Fluorose dentária:**

A fluorose dentária é um distúrbio de desenvolvimento do esmalte dentário, causado por exposições sucessivas a altas concentrações de flúor durante o desenvolvimento dos dentes, resultando em um esmalte com menor conteúdo

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



mineral e maior porosidade. A gravidade da fluorose dentária depende de quando e por quanto tempo ocorre a superexposição ao flúor, a resposta individual, peso, grau de atividade física, fatores nutricionais e crescimento ósseo, sugerindo que doses semelhantes de flúor podem levar a diferentes níveis de fluorose dentária. Outros fatores que podem aumentar a susceptibilidade individual à fluorose dentária são altitude, desnutrição e insuficiência renal. O nível recomendado para ingestão diária de flúor é de 0,05-0,07 mg F/Kg/dia, o que é considerado de grande auxílio na prevenção da cárie dentária, atuando na remineralização. Clinicamente, as lesões de fluorose são geralmente simétricas bilateralmente e tendem a mostrar um padrão estriado horizontal através do dente. Os pré-molares e os segundos molares são os mais frequentemente afetados, seguidos dos incisivos superiores. Os incisivos inferiores são os dentes menos afetados.

---

**AUTORIA:**

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## GABARITO

As neoplasias de glândula salivar são, em geral, incomuns. Representam cerca de 3% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço, sendo o adenoma pleomórfico o tumor mais comum com predileção pelo palato duro e mole quando intraoralmente. Apresentam maior incidência no sexo feminino, e em relação à idade, o pico de incidência de tumores concentra-se na sexta década de vida, acometendo raramente crianças e adolescentes. Além disso, as neoplasias glandulares são raras na mucosa do lábio inferior sendo o sítio de predileção para as mucocelos. Cabe salientar que as mucocelos são raras na mucosa labial superior em relação às neoplasias que se apresentam como primeira hipótese diante de lesões com aspecto clínico semelhante.

A característica histopatológica que confirma o diagnóstico de mucocelo é a falta de revestimento epitelial, uma vez que o cisto de retenção salivar, por ter esse revestimento, é considerado um cisto verdadeiro.

As lesões reativas também se desenvolvem em resposta a um estímulo crônico, tal como mordiscar o lábio. Entre essas, as que representam as lesões bucais mais comuns na mucosa labial inferior são a hiperplasia fibrosa, a hiperplasia fibrosa inflamatória, a ceratose friccional e o granuloma piogênico.

As lesões de mucocelo geralmente apresentam coloração azulada translúcida devido à ruptura do ducto da glândula salivar e conseqüente derramamento de mucina para a lâmina própria subjacente ao tecido epitelial da superfície o que confere tal aspecto clínico à mucosa.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, J. et al. Dental fluorosis: exposure, prevention and management. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, Valencia, vol. 14, no. 2, p. e103-107, Feb. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: MS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília: MS, 2008.
- CAUBI, A. F. et al. Biópsia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucal-Maxilo-Facial*, Tabatinga, v. 4, n. 1, p. 39-46, Mar. 2004.
- CHOI, Y. J. et al. Identification of predictive variables for the recurrence of oral mucocele. *Medicina Oral, Patologia Oral Cirugia Bucal*, vol. 24, no. 2, p. e231-235, Feb. 2019.
- DELLI, K., SPIJKERVET, F. K. L., VISSINK, A. Salivary gland diseases: Infections, sialolithiasis and mucoceles. *Monographs in Oral Science*, no. 24, p. 135-148, May. 2014.
- DUTRA, K. L. et al. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, São Paulo, vol. 85, no. 4, p. 399-407, July/Aug. 2019.
- LIMA, N. K. V. de. et al. Estudo retrospectivo de tumores de glândulas salivares. *Odontol Clín-Cient.*, Recife, vol. 14, no. 3, p. 699-705. July-Sept. 2015.
- SILVA, L. F. et al. Adenoma pleomórfico em lábio inferior: relato de caso. *Revista Cir. Traumatol. Bucal-Maxilo-Fac.*, Camaragibe, vol. 15, no. 3, p. 21-24, July/Sept. 2015.
- VALÉRIO, R. A. et al. Mucocele and fibroma: treatment and clinical features for differential diagnosis. *Brazilian Dental Journal*, Ribeirão Preto, vol. 24, no. 5, p. 537-541, Sept./Oct. 2013.

## CAPÍTULO 14

### CASO 12

#### HISTÓRIA DO PACIENTE

Henrique tem percebido um aumento de volume no “céu da boca” há alguns dias. Ele comentou com sua esposa, Aline, que não tinha sentido nenhuma dor, mas que a tal “bolinha” estava incomodando e, algumas vezes, achava que estava sentindo um gosto ruim na boca. Henrique já teve muitos problemas dentários no passado. Quando criança, ele teve muitas cáries, perdeu os incisivos superiores decíduos em um acidente caseiro, tropeçou enquanto corria pelo quintal com o irmão mais velho, caiu de boca no chão e avulsionou os quatro dentes “da frente”. Depois desta experiência traumática, muitas idas ao dentista e vários tratamentos demorados e dolorosos, ele imaginou que estaria livre de consultar um dentista por um bom tempo. Henrique tem 33 anos, casou-se com Aline há 05 anos, e eles têm uma filha de 02 anos. Henrique trabalha em uma loja de departamentos, no setor administrativo. Ele e a esposa levam uma vida simples e tranquila, moram no bairro de Morro Azul desde a infância, conheceram-se ainda na escola e frequentam a mesma igreja desde jovens.

Aline conhece bem o pavor que Henrique tem de consultas com dentistas, mas ficou preocupada, e na manhã seguinte procurou a agente comunitária de saúde para agendar uma consulta com a Dra. Catarina. Marlene a agendou e pediu para Henrique vir na próxima semana.

No dia da consulta, Henrique estava nervoso, mas como a “bolinha” não havia sumido, achou melhor não falar.

Dra. Catarina perguntou:

- Henrique, faz quanto tempo que você percebeu este aumento de volume?
- Sabe Dra., acho que uns 15 dias atrás. Não tive dor, mas acho que a bolinha está se expandindo, pois percebi que ela cresceu e está também perto dos dentes do fundo.
- Você lembra quando fez estas restaurações?

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



– Ah Dra. Faz um bom tempo... eu tenho que admitir que não gosto muito de vir para consultar, só apareço quando tenho dor. Tive que fazer tratamento de canal em alguns dentes, pois eu ficava evitando ir ao dentista e a situação ia piorando. Até perdi alguns dentes, infelizmente!

Após a avaliação clínica, Dra. Catarina solicitou uma radiografia periapical da região de incisivo lateral e canino superior do lado esquerdo.

---

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



QUAL A SUA HIPÓTESE  
DIAGNÓSTICA?

## EXAME CLÍNICO

Durante a consulta, a Dra. Catarina realizou uma entrevista dialogada com Henrique, a fim de obter informações mais detalhadas. O paciente não faz uso de medicamentos contínuos e nunca teve problemas graves de saúde, a não ser suas constantes idas ao cirurgião-dentista, por conta da dor. Quanto aos seus hábitos, Henrique não fuma, mas bebe 5 garrafas de 600 mL de cerveja aos finais de semana. Quanto aos seus hábitos de higiene bucal, Henrique disse que escova os dentes 2 vezes ao dia, ao acordar e quando vai dormir, mas que, às vezes, esquece de realizá-la à noite, porque acaba dormindo no sofá da sala. Relatou que utiliza uma escova dental de cerdas macias, dentífrico fluoretado e fio dental em todas as escovações.

Ao exame físico extrabucal, não foram observadas alterações nas cadeias ganglionares. Ao fazer a análise facial, observou-se que Henrique apresentava um ângulo nasolabial agudo, devido ao acidente relatado anteriormente, em que havia tropeçado e avulsionado os dentes incisivos superiores, acarretando em um ápice nasal mais baixo. Ainda, notou-se uma cicatriz no lábio superior, lado direito, decorrente do mesmo trauma físico.

Ao exame físico intrabucal, observou-se um nódulo submucoso, discretamente flutuante, de superfície lisa e com coloração semelhante à mucosa adjacente, medindo, aproximadamente, 1 cm em seu maior diâmetro, localizado no lado esquerdo do palato duro, assintomático e com tempo de evolução de 15 dias. Também, foram observadas restaurações de resina composta nas superfícies mesiais e distais dos dentes 21 e 22 e na oclusal do dente 27, coroa metalocerâmica no dente 12, ausência dos elementos 16, 26 e 45 e pigmentação extrínseca de coloração acastanhada nas superfícies palatinas dos dentes. Na radiografia periapical da região de incisivo lateral e canino superior do lado esquerdo pode-se observar a presença de uma imagem radiolúcida bem delimitada com formato arredondada associada ao periápice do dente 22, com extensão aos dentes 21 e 23. Além disso, também observa-se rompimento da cortical alveolar em região de periápice dos elementos dentários 21 e 22. Restaurações de resina composta nas superfícies mesiais e distais das coroas dos dentes 21 e 22. Por fim, foi observado tratamento endodôntico no dente 24. Levando em consideração as informações do exame clínico e do complementar, exame radiográfico, as principais hipóteses diagnósticas foram de:

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Cisto Periapical;
- Granuloma Periapical;
- Cisto do Ducto Nasopalatino.



Com base nessas hipóteses, a Dra. Catarina realizou um teste térmico ao frio para verificar a sensibilidade pulpar dos dentes 21, 22 e 23, no qual o dente 22 apresentou-se não vital. Devido a esse resultado, a Dra. Catarina realizou o encaminhamento do paciente para um cirurgião-dentista especializado na área de Endodontia no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para avaliação e, se possível, tratamento. Além disso, solicitou que o paciente agendasse uma nova consulta após, no mínimo, 4 meses concluído o tratamento endodôntico para avaliação clínico-radiográfica.

### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



Profílixia profissional, além do polimento e acabamento das restaurações de resina foram realizadas. Quanto aos seus hábitos de higiene bucal, a Dra. Catarina recomendou a manutenção da higiene bucal com escova de cerdas macias, dentífrico fluoretado e fio dental, por, pelo menos, 3 vezes ao dia, uma vez que ocasionalmente o paciente esquece.

## DIAGNÓSTICO FINAL

Periapicopatia (Cisto ou Granuloma Periapical)

### QUESTIONÁRIO

1. É possível diferenciar cisto periapical e granuloma periapical com base nos achados clínicos e imaginológicos?
2. Qual o tempo mínimo para observação radiográfica de neoformação óssea após o tratamento endodôntico de uma periapicopatia?
3. Qual o limite de tamanho radiográfico para o sucesso de tratamento endodôntico exclusivo para uma periapicopatia?
4. É possível a presença de lesões não inflamatórias no periápice dos elementos dentários?
5. Qual a manobra semiotécnica realizada que excluiu a hipótese de cisto do ducto nasopalatino? Caso fosse essa a principal hipótese, qual seria a conduta do cirurgião-dentista?

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## HIPERLINKS

### **Queixa principal:**

“Aumento de volume no “céu da boca”.

História da doença atual:

Lesão assintomática com tempo de evolução de 15 dias, aumento de tamanho progressivo e drenagem eventual com gosto amargo. Sem tratamento prévio.

### **Cisto Periapical:**

Também chamado de cisto radicular, é um cisto de origem inflamatória associado a um dente não vital. Esses cistos representam o cisto odontogênico mais comum, e são costumeiramente associados ao ápice do dente, ou a lateral de um canal radicular, no caso do cisto radicular lateral. Aumentos de volume assintomáticos em palato duro anterior podem ou não ser observados quando os dentes antero-superiores sofrem necrose pulpar. Nos exames radiográficos, é possível observar uma imagem radiolúcida bem delimitada e corticalizada no ápice ou na lateral de um ou mais dentes. Ausência do espaço do ligamento periodontal e perda da cortical óssea alveolar, além de reabsorção e/ou deslocamento das raízes dos dentes envolvidos são aspectos fortemente associados. Rompimento da cortical óssea e drenagem eventual também podem ser achados clínicos.

### **Granuloma Periapical:**

É uma lesão inflamatória crônica no ápice de um dente não vital, composta por tecido de granulação, infiltrado por um número variável de células inflamatórias crônicas (linfócitos, plasmócitos, mastócitos, macrófagos) e cápsula fibrosa. Os aspectos clínicos e radiográficos são semelhantes aos do cisto periapical.

### **Cisto do Ducto Nasopalatino:**

Também denominado de cisto do canal incisivo, é classificado como um cisto não odontogênico da cavidade bucal de ocorrência incomum. São

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



frequentemente assintomáticos, apresentando expansão de cortical óssea palatina em região anterior. Acredita-se que este cisto seja originário da proliferação dos remanescentes epiteliais da estrutura embrionária denominada ducto nasopalatino. Os fatores etiológicos que podem servir de estímulo à formação da lesão são trauma na região durante a mastigação, infecção bacteriana e retenção de muco de glândulas salivares menores adjacentes. Clinicamente apresenta-se como um aumento de volume submucoso na região do canal incisivo, podendo estar lateralizado à rafe palatina mediana. Radiograficamente apresenta-se como uma imagem radiolúcida, circunscrita e bem delimitada localizada entre as raízes dos incisivos centrais superiores. A resposta positiva ao teste de vitalidade pulpar dos dentes ântero-superiores é um achado importante, embora não patognômico desta entidade. A biópsia excisional seguida pelo exame microscópico se faz necessária para o alcance do diagnóstico final.

### **Periapicopatia:**

São condições inflamatórias dos tecidos perirradiculares decorrentes de sequelas diretas de infecções de necrose pulpar e consequente progressão para a região apical, associada à fragilidade dos mecanismos de defesa do hospedeiro na remoção da contaminação por persistência de agentes patogênicos. A inflamação da polpa necrótica do dente pode resultar na proliferação de restos epiteliais de Malassez, que são remanescentes da bainha epitelial de Hertwig que são estimulados a proliferar, dando origem a cistos radiculares. As periapicopatias crônicas se desenvolvem após uma mudança na resposta imune do hospedeiro. A presença prolongada de microrganismos resulta em lesões assintomáticas e reabsorção óssea sendo radiograficamente visível como lesões periapicais, embora, histologicamente, possam diferir entre granuloma ou cisto periapical. De acordo com suas características clínicas e radiográficas, o tratamento endodôntico ou cirúrgico serão os tratamentos de escolha. O sucesso do tratamento escolhido se deve à regressão da lesão até a obtenção da neoformação óssea completa da região; do contrário, caso a lesão persista por meio de radiolucidez, o tratamento cirúrgico será o tratamento de escolha.

---

#### AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.



## GABARITO

Não, somente por meio de biópsia e exame histopatológico é possível diferenciar as lesões de granuloma e cisto periapical tendo em vista que os critérios para diferenciação são microscópicos. O granuloma é composto por tecido de granulação, infiltrado por um número variável de células inflamatórias crônicas e presença de cápsula fibrosa. Já o cisto periapical apresenta-se como uma cavidade patológica totalmente revestida por epitélio estratificado pavimentoso não ceratinizado, além da presença de lúmen cístico e cápsula fibrosa com infiltrado inflamatório predominantemente crônico com eventuais focos de agudização.

O sucesso de um tratamento endodôntico fica evidenciado pela regressão da lesão acompanhada por imagens radiográficas, em 60 a 70% dos casos. Esse processo se apresenta no momento em que as células inflamatórias são substituídas por células do tipo osteoblastos e osteoclastos que provêm do ligamento periodontal e do endóstio sendo responsáveis pela contínua deposição e reabsorção óssea, regenerando, assim, a área afetada. Essa reorganização estrutural e redução do componente inflamatório em pequenos focos inicia ao longo de 3 a 4 semanas, tendo como finalidade o reparo da região. A completa neoformação óssea pode levar de meses a anos. Geralmente, após 6 a 8 semanas há alguma evidência radiográfica de formação óssea, e após 4 a 6 meses, a neoformação óssea pode ser francamente visível. O acompanhamento clínico-imaginológico é recomendado até a resolução completa da radiolucidez, sendo indicado por no mínimo 1 ano.

Dentes com lesões periapicais < 5 mm tem uma taxa de sucesso do tratamento considerada elevada (acima de 85%). Nos casos de lesões ≥ 5 mm, essa taxa mostrou-se um pouco menor (em torno de 78%), mas ainda assim elevada. A probabilidade estimada de sucesso para lesões pequenas é significativamente maior quando comparada à probabilidade de sucesso para lesões grandes. Geralmente periapicopatias com ≥ 2 cm não respondem somente com tratamento endodôntico sendo necessário a associação com a curetagem conservadora.

Sim, é possível. Para que uma lesão envolvendo o periápice dos elementos dentários seja considerada de origem não inflamatória, devemos observar a integridade da cortical óssea alveolar (lâmina dura) e do espaço do ligamento periodontal apical. Mesmo que se tenha uma imagem radiolúcida semelhante a uma lesão periapical próxima ou sobreposta ao ápice radicular, se houver integridade de ambos, não estamos frente a um processo inflamatório em relação a essa região ou de origem endodôntica. Cistos odontogênicos de desenvolvimento, neoplasias odontogênicas, patologias ósseas não odontogênicas incluindo malignidades primárias e metastáticas podem mimetizar periapicopatias.

AUTORIA:

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

A manobra semiotécnica utilizada é a realização do teste de vitalidade pulpar, excluindo a possibilidade de uma lesão periapical de origem inflamatória. A conduta indicada diante da hipótese clínica de cisto do ducto nasopalatino ou outra entidade não periapicopatia será a de biópsia excisional por meio da enucleação conservadora seguida pelo exame histopatológico. Nesses casos, a biópsia será o tratamento da lesão. O diagnóstico final de uma lesão não cística deve ser norteador da necessidade de tratamento complementar de acordo com cada entidade patológica.

---

**AUTORIA:**

**FABIANA SCHNEIDER PIRES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e **ISADORA LUANA FLORES** Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. G. et al. Alveolar socket healing: what can we learn?. *Periodontology 2000*, Copenhagen, vol. 68, no. 1, p. 122-134, Jun. 2015.
- DANTAS, R. M. X. et al. Repercussão clínica do cisto do ducto nasopalatino. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, vol. 14, no. 2, p. 35-42, Apr. 2015.
- DE-FREITAS C. T. S. et al. Myofibroblasts and increased angiogenesis contribute to periapical cystic injury containment and repair. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, Valencia, vol. 25, no. 5, p. e584-591, 2020.
- JUERCHOTT, A. et al. Differentiation of periapical granulomas and cysts by using dental MRI: a pilot study. *International Journal of Oral Science*, vol. 10, no. 2, Mar. 2018.
- MUPPARAPU, M., SHI, K. J., KO, E. Differential Diagnosis of Periapical Radiopacities and Radiolucencies. *Dental Clinics of North America*, Philadelphia, vol. 64, no. 1, p. 163-189, Jan. 2020.
- NOGUEIRA, E. F. C. et al. Correlação clínica e histopatológica de cistos e granulomas periapicais. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, vol. 16, no. 4, p. 6-11, Oct./Dec. 2016.
- OMOREGIE, F. O. et al. Periapical granuloma associated with extracted teeth. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, Nnewi, vol. 14, no. 3, p. 293-296, Jul-Sep. 2011
- PRADO, T. D. L. et al. Granuloma Periapical: aspectos clínicos e radiográficos. In: *Seminário Científico do UNIFACIG*, 5., 2019, Manhuaçu. Anais [...] Manhuaçu, 2019.
- WERLANG, A. I. et al. Insucesso no tratamento endodôntico: uma revisão de literatura. *Revista Tecnológica*, vol. 5, no. 2, p. 31-47, Dec. 2016.
- MALLYA, S.; LAM, Ernest. *White & Pharoah radiologia oral: princípios e interpretação*. 8. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020.

## CAPÍTULO 15

# MANOBRAS SEMIOTÉCNICAS

VÂNIA REGINA C. FONTANELLA<sup>4</sup>

Semiotécnica é um termo das ciências da saúde para se referir às técnicas, recursos, manobras, métodos e procedimentos utilizados durante o exame físico para obter e reconhecer os sinais e sintomas de uma doença. Tais manobras utilizam primariamente os quatro sentidos: visão (inspeção), tato (palpação); audição (ausculta) e olfação. Podem ser diretas ou indiretas, quando se utilizam instrumentos para potencializar os sentidos. A relevância das informações obtidas com essas técnicas depende fundamentalmente do conhecimento dos aspectos da normalidade e suas variações, assim como das características típicas das lesões. O exame deve ser conduzido de forma sistemática, para que nenhuma etapa seja esquecida.

A **INSPEÇÃO** consiste na observação cuidadosa das características das regiões anatômicas de interesse. Em Odontologia, observa-se o paciente como um todo, avaliando o seu conjunto de características gerais, na sequência as características da face e pescoço, para então proceder ao exame intrabucal.

Para adequada inspeção da cavidade bucal deve-se solicitar ao paciente que retire aparelhos ortodônticos móveis, próteses totais e parciais removíveis - os quais são também inspecionados em posição -, de forma a ter visibilidade de todas as mucosas e dentes. A limpeza e secagem dessas estruturas com gaze ou jato de água e ar, a adequada iluminação, o afastamento das bochechas e da língua, assim como o uso de lentes de aumento favorecem o exame minucioso. Na inspeção podem ser observadas características como localização, tamanho, forma, contorno, coloração e integridade da pele ou mucosa.

**PALPAÇÃO** é a manobra semiotécnica na qual o tato permite perceber características como consistência, textura, tamanho, espessura, compressibilidade, sensibilidade, temperatura e mobilidade. Existem técnicas específicas de palpação para as diferentes regiões anatômicas: bimanual quando se quer comparar os lados direito e esquerdo, utilizada para o exame das articulações temporomandibulares, por exemplo; bidigital, empregando os dedos indicador

<sup>4</sup> Professora Titular, Departamento de Cirurgia e Ortopedia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



e polegar, para regiões acessíveis como lábios, bochechas e algumas cadeias linfáticas; e digitopalmar, quando a palma da mão, colocada na região extrabucal, sustenta as estruturas para a palpação com o indicador da outra mão, colocado dentro da boca. Esta última é bastante útil para o exame do assoalho bucal e das mucosas jugais.

A **AUSCULTA**, amplamente utilizada na Medicina, também é útil para examinar as articulações temporomandibulares, identificando ruídos associados aos movimentos mandibulares. Apesar de que em muitos casos os estalidos resultantes de deslocamento e recaptura do disco articular sejam percebidos “a ouvido nu”, indica-se o uso de estetoscópio (ausculta indireta) para identificar ruídos mais discretos, como por exemplo a crepitação.

A **OLFAÇÃO** encontra bem menos espaço no exame odontológico, até mesmo porque a biossegurança exige o uso de máscara. Contudo, alguns odores característicos podem ser percebidos em associação a determinadas patologias e os exemplos mais contundentes são o hálito cetônico do diabetes não compensado e o odor pútrido das necroses teciduais.

**TRANSILUMINAÇÃO** consiste em utilizar uma fonte de luz e avaliar sua transmissão pelas estruturas, em ambiente escurecido. Pode ser utilizada na inspeção indireta dos dentes e cavidades sinusais, pois o tecido cariado tem comportamento diverso ao dos tecidos dentários hígidos, assim como a presença de material no interior dos seios paranasais os torna mais opacos à luz.

Já a **DIASCOPIA** ou **VITROPRESSÃO** é uma manobra muito útil para avaliar a vascularização de uma lesão de coloração avermelhada ou vinhosa, aspecto essencial na decisão de realizar uma biópsia em consultório, pois a intensa vascularização pode levar à sangramento excessivo. Comprime-se (palpação indireta) a lesão com uma lâmina de vidro (de microscopia) e observa-se (inspeção indireta) a ocorrência ou não de isquemia. Lesões vasculares empalidecem mediante compressão, enquanto pigmentações e coágulos mantêm sua coloração.

A manobra denominada **ORDENHA** é utilizada para estimular as glândulas salivares por meio de massagem e verificar a permeabilidade de suas vias excretoras por meio da inspeção. Em resposta à massagem a glândula normal produz saliva, cujo fluxo pode ser visualizado na saída do ducto excretor. A inspeção também permite avaliar se o material excretado tem características de saliva ou secreção purulenta, indicando uma sialoadenite bacteriana.

A **PERCUSSÃO** consiste em bater em um objeto. Em Odontologia utiliza-se a extremidade do cabo de um instrumento (em geral o odontoscópio) para aplicar leves batidas em um dente, na sua face vestibular (percussão horizontal) ou incisal/oclusal (percussão vertical) e observar se ocorre resposta de

sensibilidade (dor). É um recurso bastante utilizado no exame da condição periapical e para verificar qual dente está causando dor generalizada.

A manobra de **VALSALVA** consiste em tentativa de expiração nasal com a via aérea fechada. Fecha-se as narinas com os dedos e o paciente tenta exalar pelo nariz, como se costuma fazer quando existe a sensação de “ouvido entupido”. Em Odontologia é utilizada para a avaliação da presença de comunicação bucosinusal, situação em que se pode perceber sangramento, saída de secreção ou mesmo o ruído da saída do ar pela boca quando da expiração nasal forçada.

Os **TESTES TÉRMICOS** utilizados no diagnóstico endodôntico também se caracterizam como recursos semiotécnicos. A resposta dolorosa, ou ausência dela, frente à aplicação de um bastão de guta percha aquecida ou de um pequeno penso de algodão embebido em gás congelante, ou mesmo um bastão de gelo, sobre a face vestibular do dente, permitem determinar a condição pulpar. Atualmente a técnica de oximetria tem alcançado considerável utilização para determinar a saturação de oxigênio e taxa de pulso da polpa dentária.

Quando se observa um aumento de volume flutuante à palpação o conhecimento de seu conteúdo é de extrema valia no estabelecimento de hipóteses diagnósticas. Para tanto se realiza a manobra denominada **PUNÇÃO** e **ASPIRAÇÃO**. Uma agulha calibrosa acoplada a uma seringa tipo Luer é introduzida no interior da lesão (punção). A tração do êmbolo da seringa (aspiração) pode não resultar em saída de material na presença de lesões sólidas, contudo pode haver saída de sangue, saliva, secreção purulenta ou líquido citrino, por exemplo, direcionando o raciocínio diagnóstico.

A **RASPAGEM**, realizada com gaze ou espátula romba, também permite observar o comportamento de algumas lesões. A indicação mais conhecida é quando se observa uma placa branca e se deseja diferenciar entre candidíase e leucoplasia, pois a primeira é destacável à raspagem e a segunda não.

O conhecimento e correta aplicação das manobras semiotécnica durante o exame físico são essenciais para o estabelecimento das hipóteses de diagnóstico. Saber associar os achados destes exames às características das lesões é fundamental na prática profissional que busca o cuidado integral em saúde.

## QUESTÕES PARA ESTUDO DIRIGIDO:

1. As imagens a seguir permitem observar aspectos que seriam visualizados na inspeção.
2. Descreva as características perceptíveis na inspeção.
3. Qual a técnica de palpação está indicada para essa região anatômica.
4. Cite as características adicionais que seriam perceptíveis na palpação.



## Respostas:

Nódulo sésil de coloração semelhante à da mucosa, superfície lisa e íntegra, medindo aproximadamente 0,6 cm (comparar com as coroas dos dentes) localizado na mucosa labial inferior lado esquerdo.

Palpação bidigital.

Consistência, textura, espessura (em profundidade), compressibilidade, sensibilidade, temperatura e mobilidade.

A imagem a seguir permitem observar aspectos que seriam visualizados na inspeção.

5. Descreva as características perceptíveis na inspeção.
6. Que outra manobra semiotécnicas está indicada? Por que e para que?



### Respostas:

Nódulo de coloração vinhosa/azulada, superfície lisa e íntegra, medindo aproximadamente 0,7 cm (comparar com as coroas dos dentes) localizada na transição pele/vermelhão do lábio superior lado direito.

Diascopia ou vitropressão. Devido à coloração da lesão para diferenciar entre uma lesão pigmentada e uma lesão vascularizada, na qual ocorre isquemia durante a compressão.

## REFERÊNCIAS

KIGNEL, S. Estomatologia: bases do diagnóstico para o clínico geral. 3. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2020. 368 p.

MARCUCCI, G. Fundamentos de odontologia: estomatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2020. 360 p.

TOMMASI, M. H. Diagnóstico em patologia bucal. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 480 p.

BORAKS, S. Medicina bucal: tratamento clínico-cirúrgico das doenças bucomaxilofaciais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011. 592 p.

## CAPÍTULO 16

# DIAGNÓSTICO, MANEJO E PROGNÓSTICO EM ODONTOLOGIA: O PAPEL DA SEMIOLOGIA

CLARISSA C. FATTURI PAROLO<sup>1</sup>

O que nos torna ou tornará bons cirurgiões-dentistas? Todo cirurgião-dentista precisa ser investigativo e curioso. Esse é um dos aspectos fascinantes da nossa profissão. Para sermos bons profissionais precisamos aprender algumas habilidades fundamentais de diagnóstico e manejo dos nossos pacientes:

- Saber ouvir: O paciente trará durante a consulta informações que necessitamos para solucionar seu problema odontológico, mesmo que ele não o saiba;
- Fazer as perguntas corretas com linguagem adequada: É fundamental para que as respostas sejam verdadeiras e suficientes. Perguntas abertas são sempre preferíveis. Ao fazermos perguntas fechadas, sem notar, podemos induzir e/ou inibir o paciente;
- Utilizar a estratégia de resumo: Repetir ao paciente o que entendemos de seu relato para verificar se compreendemos corretamente o que nos disse. Precisamos aprender a “pinçar” da conversa as informações importantes.
- Construir repertório diagnóstico: Requer tempo e estudo para relacionar conhecimento teórico e prática clínica. É um dos grandes desafios na nossa formação. A bagagem de conhecimento que cada profissional carrega será fundamental para a montagem de um repertório diagnóstico.
- Indicar exames complementares pertinentes aos achados clínicos.

<sup>1</sup> Professora Adjunta, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



Durante o atendimento odontológico, as etapas do exame clínico (anamnese e exame físico) são a base para o diagnóstico correto:

## 1. Anamnese

**1.1. Identificação do paciente:** nome, idade, gênero, naturalidade, residência, profissão, ocupação, procedência.

**1.2. Queixa principal:** O que trouxe o paciente à consulta? A queixa é registrada de forma breve e com as próprias palavras do paciente.

**1.3. História da doença atual:** Detalhes sobre a queixa principal, tais como, tempo de evolução, sintomas associados, tratamentos prévios.

**1.4. Situação Familiar:** Condições de vida do paciente, seu dia a dia, seus costumes, suas atividades, sua dieta, condições de residência. O local de residência pode nos indicar condição socioeconômica e acesso a saneamento e água de abastecimento fluoretada, por exemplo.

**1.5. Histórico médico:** Qualquer condição médica ou medicação que possa influenciar o diagnóstico/tratamento<sup>2</sup> ou que possa ser influenciado por procedimentos odontológicos<sup>3</sup>.

**1.6. Histórico odontológico:** Fatores importantes para o diagnóstico e planejamento do tratamento. Quando foi a última vez ao dentista? Quais procedimentos/tratamentos realizou? Costuma ir com frequência ou somente em casos de urgência? Há queixa de dor? A dor orofacial pode estar associada tanto a tecidos moles e quanto mineralizados da cavidade bucal e da face. A caracterização da dor deve incluir:

**A.** Intensidade: Leve, moderada ou alta. o paciente é solicitado a identificar quanta dor está sentindo, escolhendo um

---

2 Exemplo: o uso de anticonvulsivantes, como a Fenitoína, podem ter como efeito adverso a presença de hiperplasia gengival.

3 Exemplo: Os pacientes com hipertireoidismo não controlado, por exemplo, são altamente sensíveis à adrenalina, e neles o emprego de anestésicos locais com adrenalina é formalmente contra indicado pelo risco de surgimento de crise tireotóxica.

número de 0 (sem dor) a 10 (a pior dor imaginável). À medida que os números aumentam, eles representam a dor mais intensa.

- B.** Duração: a dor é instantânea ou prolongada? Tem padrão pulsátil?
- C.** Local: difusa ao localizada? Paciente sabe dizer onde dói? Ou a dor é numa área da face?
- D.** Periodicidade: paciente já sentiu essa dor antes? É intermitente ou contínua?
- E.** Estímulo: a dor é espontânea ou provocada? Dura quanto tempo?
- F.** Alívio e sintomas associados a medicação ou outros fatores.

**1.7. Hábitos:** tabagismo, etilismo e/ou uso de tóxicos devem ser questionados também.

## 2. Exame físico.

Deve ser tanto extra como intraoral. No exame físico utilizaremos as manobras semiotécnicas aprendidas no Cap. 15. O exame físico já inicia ao observarmos o paciente chegando no consultório. Podemos avaliar sua marcha, postura, atitude, simetria. O exame extra oral avalia também as estruturas da cabeça e do pescoço. O exame intraoral deve ser feito de maneira sistemática, ordenada e completa, examinando-se pausadamente cada estrutura com a certeza de não ter omitido nenhum detalhe. A avaliação minuciosa da mucosa oral deve ser a primeira etapa do exame. Antes do exame dentário devemos realizar a deplacagem dental. É imprescindível termos os dentes sem biofilme para o diagnóstico visual tátil coronário e radicular. Para o exame periodontal, por sua vez, o uso de sonda periodontal imprescindível. Testes diagnósticos complementares podem ser necessários para o alcance do diagnóstico final.

### 3. Prognóstico

É uma previsão do provável curso, duração e resultado de uma doença com base em uma compreensão da sua patogênese e na presença de fatores de risco. O prognóstico é estabelecido após o diagnóstico e antes da instituição do plano de tratamento. O prognóstico é baseado em informações específicas sobre a doença e como ela pode ser tratada. É importante notar que a determinação do prognóstico é um processo dinâmico. Como tal, o prognóstico inicialmente determinado deve ser reavaliado após cada fase da terapia, incluindo a manutenção e acompanhamento.

### 4. Planejamento de Tratamento e Manejo

O tratamento envolve o controle da atividade de doença e o manejo das sequelas/agravos da doença;

Os procedimentos a serem realizados no tratamento podem ser não-invasivos ou invasivos.

- Procedimentos não-invasivos: Instrução de higiene bucal, mudança de hábitos alimentares, fluoroterapia profissional, mudanças de hábitos parafuncionais, etc
- Procedimentos invasivos: restauração, remoção de fatores retentivos de biofilme, tratamento endodôntico, confecção prótese, colocação de implante, etc

Alguns pacientes devem ser reavaliados periodicamente para comparar dados do exame físico a fim de se estabelecer início, progressão ou interrupção de um determinado processo. Às vezes, é aconselhável obter radiografias de cirurgiões-dentistas anteriores para compreensão mais clara do progresso de uma condição. Isso é comum após tratamento endodôntico para avaliação de regressão de uma lesão periapical inflamatória, por exemplo (Figura 1).



*Figura 1: a) imagem radiográfica do dente 16 mostrando presença de área radiolúcida compatível com lesão periapical inflamatória. b) imagem radiográfica dente 16 após 1 ano do tratamento endodôntico evidenciando regressão do processo inflamatório periapical e reparo ósseo no local. Caso gentilmente cedido Prof. Francisco Montagner.*

## 5. Manutenção

É uma das atividades mais importantes da nossa profissão. Não há sentido em realizar tratamentos sem conseguir manter seus resultados. Os cirurgiões-dentistas devem acompanhar seus pacientes com o passar do tempo. Nesse sentido, a manutenção da saúde envolve o sucesso das terapias e também o estilo de vida saudável. O intervalo das chamadas pode variar conforme a doença e seu estágio clínico. Pacientes que apresentavam história de doença ativa recente, devem voltar mais frequentemente do que indivíduos sem doença. O conhecimento da etiopatogenia auxiliará na determinação do tempo ideal para cada situação.

## REFERÊNCIAS

BORAKS, S. **Semiotécnica, diagnóstico e tratamento das doenças da boca**: série abeno: odontologia essencial - parte clínica : tratamento clínico-cirúrgico das doenças bucomaxilofaciais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. 159 p.

EUROPEAN SOCIETY OF ENDODONTOLOGY. Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. **International endodontic journal**, vol. 39, no. 12, p. 921-930, Dec. 2006.

SHEIHAM, A. Minimal intervention in dental care. **Medical principles and practice**, [S. l.], vol. 11 (suppl. 1), p. 2-6. 2002.

# ANEXO

Consideramos fundamental esclarecer a origem das imagens utilizadas neste material didático. Todas as fotos/imagens provém de casos clínicos de pacientes atendidos nos espaços de ensino odontológico das clínicas das Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul ou da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas/RS.

Em todos os casos houve assentimento e consentimento dos pacientes, os quais foram esclarecidos sobre a situação de saúde bucal, bem como sobre o tratamento proposto com autorização expressa para a utilização de dados clínicos e imagens para fins didático-científicos, desde que a identidade fosse preservada. Foi assegurado a todos os pacientes que pudessem retirar sua permissão para utilização deste material com fins didáticos, a qualquer tempo e por qualquer motivo, sem nenhum prejuízo ao tratamento a ser realizado.

O software *Plagius - Detector de Plágio 2.8.4* foi utilizado para checagem da originalidade do material construído (Data: 27/05/2022).