



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

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 (SaO₂), quando entre 90-95%, indicam normalidade. Quando SaO₂ <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 mm³ (limites: 4,3-5,8) e as mulheres 4,5 milhões por mm³ (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/mm³ (2.843-9.440) e entre as mulheres é de 6.426/mm³ (2.883-9.969). A média normal de plaquetas entre homens é de 213.975/mm³ (128.177-299.774), e para mulheres é de 239.325/mm³ (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 ($<5,6$ 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 ≥ 100 mg/dl ($5,6$ mmol/l) indicam um pré-diabetes. Valores de glicose no plasma venoso ≥ 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.