



# **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 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.