



# **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 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 formolína 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.