



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 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 biópsia 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 achado, 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.