



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 11

CASO 9

HISTÓRIA DO PACIENTE

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

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

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

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

AUTORIA:

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



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

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

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

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

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

AUTORIA:

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



QUAL A SUA HIPÓTESE
DIAGNÓSTICA?

EXAME CLÍNICO

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

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

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

AUTORIA:

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



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Carcinoma espinocelular

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

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

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

DIAGNÓSTICO CLÍNICO FINAL

Carcinoma espinocelular.

AUTORIA:

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



DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO FINAL

Carcinoma de células escamosas.

QUESTIONÁRIO

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

HIPERLINKS

Queixa principal:

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

História da doença atual:

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

AUTORIA:

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



Exames laboratoriais:

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

Hipertensão:

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

Diabetes mellitus:

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

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

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

AUTORIA:

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



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

– A extensão do tumor (T):

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

– A propagação para os linfonodos próximos (N):

O câncer se espalhou para os linfonodos próximos?

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

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

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

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

AUTORIA:

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

Encaminhamento:

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

Estadiamento clínico:

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

Carcinoma de células escamosas:

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

AUTORIA:

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

Biópsia incisional:

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

AUTORIA:

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

GABARITO

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

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

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

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

AUTORIA:

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



REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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