



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 9

CASO 7

HISTÓRIA DO PACIENTE

Ernesto tem reclamado de muito incômodo no lábio inferior nos últimos meses. Está quase sempre com dor, sensação de ardência e palidez no lábio. Ernesto foi trabalhador rural, sua família plantava fumo na região central do estado e ele começou o trabalho nas plantações por volta dos 14 anos. De vida modesta, com trabalho duro de sol a sol no plantio, casou-se com Fátima quando os dois tinham 20 anos. Fátima teve uma “doença no sangue” que a impossibilitou de ter filhos. Ambos estão com 59 anos e levam uma vida pacata no bairro de Serra Azul. Mudaram-se para o bairro no início do ano passado quando os dois se aposentaram. Ela trabalhou como professora em uma escola municipal e dedicou sua vida à alfabetização de adultos. Fátima tem insistido com Ernesto para ir consultar com a Dra. Catarina na unidade de saúde, mas ele arranja sempre uma desculpa ou outra. Ontem encontraram Marlene, a agente de saúde, que fazia suas visitas domiciliares de rotina. Fátima comentou com Marlene sobre as queixas do marido e ela agendou uma avaliação para a semana seguinte com a dentista.

No dia agendado, Ernesto chegou cedo. Tinha passado a noite acordado com medo de que pudesse estar com uma “doença pior”. Ele fumou cigarro de palha por quase 30 anos; será que estaria com câncer? Também lembrou que quando estava trabalhando na roça era bem comum ter sangramento constante em seus lábios e uma sensibilidade acentuada. Dra. Catarina começou a conversa perguntando alguns hábitos do paciente.

– O que o Sr. tem sentido? Percebeu ferida nos lábios? Algum sintoma diferente? Ernesto pensou um pouco e respondeu:

– Sabe Dra. Catarina, estou lembrando aqui... teve uma época que meu lábio ficava inchado, tinha umas bolhas e eu sentia queimação, mas depois curava sozinho.

Fátima interrompeu o relato do marido:

– Ernesto, estou lembrando aqui que teve uma vez que formou umas bolhas no seu lábio e que depois elas descamaram, e também que faz um tempinho

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.



que eu vejo seu lábio perdendo a cor, acho até que está se misturando com a pele!

Dra. Catarina conversa um pouco mais com o paciente.

– Ernesto, me conte de sua alimentação, de sua rotina...

– Ah, eu e a minha esposa temos uma rotina simples, de gente aposentada, sabe... gosto de matear logo cedo, ler o jornal da cidade, escuto muito os programas de rádio e acompanho futebol. Fátima gosta muito de ler e cozinhar, está sempre inventando uma receita nova que assistiu na televisão. E assim se vão os dias, Dra.

– E os exames de rotina Ernesto? Perguntou a dentista.

– Olha, nunca fiz. Tenho que contar a verdade pra senhora, né?

– Então vou solicitar alguns exames de rotina, tais como glicemia em jejum, hemograma completo com plaquetometria, colesterol (total e frações), triglicérides, PSA (antígeno prostático específico), INR (razão de normatização internacional) e urina tipo 1. Também vou agendar uma consulta para o senhor com o médico da nossa Unidade Básica de Saúde, o Dr. Azevedo. Assim ele também poderá avaliar a sua saúde geral.

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 Dra. Catarina, Ernesto relatou não lembrar da ocorrência de algum problema sério de saúde, e não tem o costume de procurar avaliação médica quando sente algum incômodo. Por levar uma vida simples, Ernesto sempre tratou seus problemas com um “cházinho” (de boldo, hortelã, malva, etc.) e com outras fitoterapias. O paciente não relata o uso de medicamentos contínuos. Quanto aos seus hábitos, Ernesto bebe uma taça de vinho colonial, todo meio-dia e todas as noites, há aproximadamente 20 anos. Fumava 10 cigarros de palha por dia, durante 30 anos e fazem 2 anos que parou de fumar. Quanto aos hábitos de higiene bucal, Ernesto faz uso de prótese total inferior e parcial removível do dente 23 ao 26 o qual não tem o hábito de fazer a higienização da mesmas; entretanto, remove-as para dormir. Tem o costume de escovar os dentes com escova de cerdas médias e creme dental com flúor, 2 vezes ao dia, além de não ter o hábito de usar fio dental.

Ao exame físico extrabucal, não foram observadas alterações nas cadeias linfáticas, e nem alterações de assimetria facial no paciente. Foram observadas a presença de múltiplas manchas de coloração acastanhada e tamanhos variados na pele da face e no do dorso das mãos, sugerindo um diagnóstico clínico de ceratose actínica.

Dra. Catarina examinou toda a mucosa bucal do paciente, iniciando pela região do vermelhão dos lábios superior e inferior. Observou-se o apagamento do limite entre a pele peribucal e o vermelhão do lábio inferior. Há ainda, na porção direita do lábio inferior, próximo à comissura labial, uma placa branca homogênea medindo aproximadamente 0,6 cm no maior diâmetro. Observam-se também manchas brancas e acastanhadas em toda extensão do vermelhão do lábio inferior. Ao retirar a prótese durante o exame físico intrabucal, Dra. Catarina observou a presença de um nódulo, de base sésil, bordas bem definidas, consistência firme e com coloração semelhante à mucosa adjacente, na região de fundo de sulco, no lado esquerdo da arcada dentária superior, indicando um quadro clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória. Na mucosa jugal esquerda, observou-se placas brancas de aparência macerada e descamativa, além da marcação de dentes, indicando um diagnóstico clínico de mucosa mordiscada.

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

- Queilite actínica.

Com base no exame clínico e na hipótese diagnóstica, Dra. Catarina chegou ao diagnóstico clínico final da queixa principal de queilite actínica. A presença de uma placa branca e homogênea no vermelhão do lado direito do lábio inferior culminou com a realização de uma biópsia excisional e encaminhamento do espécime tecidual em formol tamponado 10% para exame histopatológico. O aspecto clínico e tamanho da lesão foi decisivo para a escolha pela biópsia excisional; entretanto, cabe salientar que a biópsia incisiva geralmente está indicada para lesões potencialmente malignas de grande extensão. Antes de realizar o procedimento cirúrgico, os exames pré-operatórios foram avaliados, sendo que os valores se encontravam dentro dos padrões de normalidade.

No espécime tecidual encaminhado para exame histopatológico, o laudo que foi entregue ao paciente continha a descrição de um epitélio pavimentoso estratificado paraceratizado hiperplásico com hiperqueratose e displasia epitelial leve. No tecido conjuntivo, áreas de elastose solar e de infiltrado inflamatório crônico linfoplasmocitário foram identificadas. Diante do diagnóstico final displasia epitelial leve em um quadro clínico de queilite actínica, o acompanhamento do paciente foi estabelecido. Além disso, a prescrição do protetor labial em bastão com fator de proteção solar no mínimo 30 (aplicação diária antes da exposição solar e a reaplicação ao longo do dia) e de hidratante labial para aplicação noturna foram associadas à utilização de barreiras físicas, tais como uso de chapéu e/ou de boné.

Em relação ao diagnóstico clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória, realizou-se uma biópsia excisional, que foi encaminhada para exame histopatológico. Além disso, a adaptação da prótese foi feita, com o intuito de remover o agente causal desse trauma crônico. Para a mucosa mordiscada, a adaptação da prótese também auxiliará na resolução do quadro traumático. Entretanto, a conscientização sobre o hábito crônico de mordiscamento foi esclarecido ao paciente.

Dra. Catarina reforçou a importância do acompanhamento clínico, uma vez que as lesões de queilite actínica são consideradas potencialmente malignas e o monitoramento permanente do paciente se faz necessário. Um consulta de retorno em 3 meses foi agendada, considerando o quadro clínico e os achados microscópicos atuais do paciente. Além disso, Dra. Catarina alertou Ernesto sobre a importância de uma correta higiene bucal. Recomendou-se a

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.



utilização de uma escova com cerdas macias, além da manutenção do uso de dentífrico fluoretado. A utilização do fio dental é fundamental, uma vez que auxilia na remoção do acúmulo de biofilme interproximal para as áreas dentadas.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO FINAL

Queilite actínica.

DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO FINAL

Displasia epitelial leve.

QUESTIONÁRIO

1. Quando está indicado exame complementar para o diagnóstico de queilite actínica? Qual o(s) exame(s) complementar(es) indicado(s)?
2. Quais as apresentações clínicas da queilite actínica?
3. Por que a queilite actínica pode ser considerada uma lesão potencialmente maligna?
4. Qual(is) o(s) intervalo(s) das consultas de acompanhamento para pacientes com diagnóstico de queilite actínica? Os achados microscópicos devem ser considerados para o monitoramento clínico?
5. Queilite actínica é um diagnóstico clínico e/ou microscópico?

AUTORIA:

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



HIPERLINKS

Queixa principal:

“Dor, sensação de ardência e palidez no lábio”.

História da doença atual:

Paciente relatou o aparecimento prévio de ulcerações com posterior formação de crostas e descamação, além da resolução espontânea do quadro. Aumento de volume e sensação de queimação no lábio inferior também foi reportado. Paciente não relata a utilização de nenhum bálsamo labial, além do histórico de exposição solar crônica por motivos ocupacionais

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 2 dias diferentes definidos, sendo necessário estar, pelo menos, 8 horas sem qualquer ingestão calórica. Os valores de glicose, em jejum, são, atualmente, considerados normais quando no plasma venoso há <100 mg/dl ($<5,6$ mmol/l) de glicose. Valores mais baixos (hipoglicemia) indicam a existência de um distúrbio do metabolismo da glicose ou dano consequente. Valores de glicose no plasma venoso ≥ 100 mg/dl ($5,6$ mmol/l) indicam um pré-diabetes. Valores de glicose no plasma venoso ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l) indicam possível diabetes mellitus. Pode-se, ainda, realizar a dosagem de glicemia pós-prandial (1 a 2 horas após a ingestão alimentar), que permite avaliar picos hiperglicêmicos pós-prandiais associados a risco cardiovascular e estresse oxidativo; entretanto representa uma medida pontual que não reflete o que ocorre nos demais horários. Por sua vez, a hemoglobina glicada refere-se a 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

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.



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 mm^3 (limites: 4,3-5,8) e as mulheres 4,5 milhões por 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.

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

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.



bem controlada) é de até 130 mg/dl. Para pessoas com risco cardiovascular intermediário (com 1 ou 2 fatores de risco, como tabagismo, pressão alta, obesidade, arritmia controlada, ou diabetes que seja inicial, leve e bem controlado), o valor máximo recomendado é de até 100 mg/dl. Já para pessoas com risco cardiovascular alto (com placas de colesterol nos vasos, aneurisma de aorta abdominal, doença renal crônica, diabetes há mais de 10 anos, etc), o valor máximo recomendado é de até 70 mg/dl. Pessoas com risco cardiovascular muito alto (com histórico de angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou outro tipo de obstrução arterial por placas de aterosclerose, ou com qualquer obstrução arterial grave observada no exame), devem ter o valor máximo de LDL em até 50 mg/dl. – **VLDL:** Colesterol que corresponde a uma lipoproteína de baixíssima densidade, do inglês, very low density lipoprotein (VLDL). É produzido no fígado e é responsável por transportar os triglicerídeos pela corrente sanguínea, aumentando, consequentemente, 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.

Triglicerídeos:

Os principais lipídeos do plasma humano são colesterol, ésteres do colesterol, triglicerídeos, fosfolipídios e ácidos graxos não-esterificados. Os lipídeos são transportados na forma de lipoproteínas, que podem ser divididas, de acordo com a sua densidade. A função principal das lipoproteínas plasmáticas parece ser a de transporte dos triglicerídeos e do colesterol dos locais de origem para os locais de armazenamento e utilização. Em relação aos níveis de triglicerídeos, valores acima de 500 mg/dl são considerados altos, e valores inferiores a 150mg/dl devem, geralmente, ser aceitos como normais. Pessoas com nível de triglicerídeos plasmáticos de jejum entre 150 mg/dl e 500 mg/dl representam um risco maior de doenças vasculares. Para o paciente, estes níveis podem ser normais ou representar um marcador para riscos aumentados. É recomendado um jejum de no mínimo 12 horas antes do exame.

PSA (antígeno prostático específico):

Marcador de escolha no diagnóstico do câncer de próstata. A elucidação da bioquímica do PSA tem potencializado o uso do marcador no diagnóstico de malignidade da próstata. O tecido glandular é responsável pela produção e secreção de antígeno específico da próstata (PSA). A membrana cria uma

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.



barreira impedindo o escape de PSA na circulação periférica, e o rompimento desta barreira, por uma patologia, permite um influxo de PSA na circulação sistêmica. A maioria dos homens sem câncer de próstata tem níveis de PSA inferiores a 4 ng/ml no sangue.

INR (razão de normatização internacional):

É um exame utilizado para o controle da anticoagulação oral, juntamente com o tempo de protrombina (TP). O INR é um método de calibração do tempo de protrombina com o objetivo de reduzir a variação no resultado de TP, entre os diferentes laboratórios clínicos. A análise laboratorial é feita com uma amostra de sangue, utilizando coagulômetros, e seu nível adequado para uma anticoagulação eficaz, em pacientes que fazem uso de anticoagulantes/antitrombóticos, é de 2 a 3. Em indivíduos saudáveis, o valor de referência é entre 0,8 e 1.

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.

Ceratose actínica:

São lesões que resultam da exposição crônica à radiação ultravioleta (UV), especialmente em pessoas de pele clara e tem a capacidade de progredir para um carcinoma de células escamosas, ou seja, são consideradas lesões potencialmente malignas da pele. Clinicamente, são descritas como pápulas eritematosas ou placas avermelhadas ou ligeiramente acastanhadas com uma textura arenosa variável. Algumas lesões têm telangiectasias no seu interior ou ao seu redor, outras são fortemente pigmentadas, e algumas se desenvolvem em associação a proliferações córneas chamadas ceratose verrucosa.

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.



Hiperplasia fibrosa inflamatória:

Lesão reacional do tecido conjuntivo fibroso, em que ocorre uma proliferação benigna em resposta a traumas crônicos de baixa intensidade, sendo o mais frequente o uso de próteses dentárias parciais ou totais mal adaptadas. Clinicamente, normalmente se apresenta como nódulos firmes de tamanhos variados ou na forma de roletes teciduais. A base pode ser sésil ou pediculada, com coloração semelhante à mucosa ou eritematosa, de crescimento lento, sendo geralmente assintomática. Comumente, a prótese adapta-se entre as pregas de tecido hiperplásico no vestíbulo alveolar.

Mucosa mordiscada:

Injúria física, também conhecida como *morsicatio buccarum*, associada ao trauma crônico de mordida ou decorrente da mastigação, geralmente na mucosa não ceratinizada. A mastigação crônica pode resultar em lesões brancas decorrentes de repetições ou trauma de fricção crônico (geralmente de raspagem dos dentes sobre a mucosa ou “mordiscar” da mucosa), dependendo da gravidade do hábito. Clinicamente, observam-se placas brancas de aparência macerada e descamativa na mucosa jugal e na mucosa labial (geralmente inferior). Áreas de erosão e ulceração podem estar associadas. As lesões apresentam ciclos de resolução e recorrência.

Biópsia:

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 para o alcance do diagnóstico final. Entretanto, não necessariamente permitirá em todos os casos o diagnóstico conclusivo da lesão. Por isso em distúrbios potencialmente malignos, por exemplo, sugere-se o mapeamento das áreas consideradas mais suspeitas para avaliação minuciosa do tecido. 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

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.



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.

Exames pré-operatórios:

Alguns exames pré-operatórios normalmente solicitados incluem: hemograma completo com plaquetometria, glicemia em jejum, hemoglobina glicada e INR (razão de normatização internacional). Esses exames são importantes para avaliar alguns padrões de saúde geral do paciente que podem ocasionar complicações trans e pós-operatórias, especialmente no contexto anestésico, da hemostasia (coagulação) e de reparo da ferida cirúrgica. Achados que não se enquadrem nos padrões de normalidade são indicativos de encaminhamento do paciente para avaliação sistêmica por um profissional médico previamente a realização de cirurgia oral menor, nesse caso mais específico, uma biópsia bucal.

Displasia epitelial:

É o marcador histológico considerado padrão ouro como preditor para a progressão de distúrbios potencialmente malignos para o carcinoma de células escamosas da cavidade bucal. Um conjunto de alterações citológicas e arquitetônicas deve ser observado microscopicamente no epitélio pavimentoso estratificado queratinizado ou não da mucosa bucal para que o diagnóstico de displasia epitelial seja estabelecido. Dentre as alterações arquitetônicas, podemos citar a estratificação epitelial irregular, a perda de polaridade das células basais, as cristas epiteliais em forma de gota, a presença de mitoses anormais, o aumento do número de figuras mitóticas e a presença de pérolas de queratina. As alterações citológicas incluem variação anormal no tamanho do núcleo e na forma nuclear (pleomorfismo nuclear), variação anormal no tamanho da célula e na forma celular (pleomorfismo celular), aumento da relação núcleo-citoplasma e a presença de figuras mitóticas atípicas. Convencionalmente pela Organização Mundial da Saúde, a displasia epitelial pode ser classificada em displasia epitelial leve, displasia epitelial moderada e displasia epitelial intensa. Além dessa classificação, novos sistemas de classificação têm sido propostos na tentativa de minimizar a subjetividade da avaliação, tais como o sistema binário que divide a displasia epitelial em lesões de alto risco (apresentam pelo menos 4 alterações arquitetônicas e 4 alterações citológicas) e lesões de baixo risco (apresentam <4 alterações arquitetônicas ou <4 alterações citológicas).

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.

Queilite actínica:

É uma lesão potencialmente maligna comum do lábio inferior causada por exposição crônica ou excessiva a radiação solar. Frequentemente observada em pacientes de pele clara e do sexo masculino com idade entre 40 e 80 anos. Inicialmente, as alterações clínicas incluem áreas de manchamento e ressecamento labial. Com a evolução lenta e progressiva ao longo dos anos, ocorre o apagamento da zona de transição entre o vermelhão do lábio inferior e a porção cutânea peribucal, além do surgimento de placas brancas de espessura, tamanhos e superfícies variadas. O aparecimento de úlceras crostosas com endurecimento variado, assintomáticas, solitárias ou não, de evolução crônica (mais de 2 semanas de persistência), sem a associação com eventos traumáticos, pode sugerir a progressão para um carcinoma de células escamosas; e a realização de biópsia incisional seguida pelo exame microscópico, torna-se mandatória.

O diagnóstico é feito através do exame clínico com base no aspecto labial do paciente e a associação com fatores predisponentes, tais como pele clara e exposição à radiação solar crônica ocupacional ou não. Entretanto, a variedade de achados microscópicos corroboram com o diagnóstico clínico de queilite actínica. Para o tratamento, a vermelhectomia é o método cirúrgico mais comum empregado, e consiste na remoção parcial ou total do vermelhão do lábio afetado com a obtenção de tecido para análise microscópica. No entanto, esta técnica é agressiva e pode levar a danos estéticos. O uso tópico de agentes quimioterápicos é outra possibilidade, como por exemplo, o uso tópico de Imiquimod creme 5%, 2 vezes por semana, durante 16 semanas. Outra opção seria a terapia fotodinâmica (PDT), que consiste do uso de uma fonte de luz e um fotossensibilizador que induzem a morte celular. Alguns agentes anti-inflamatórios, como por exemplo, diclofenaco gel a 3% com ácido hialurônico a 2,5%, têm sido usados topicamente como outra abordagem de tratamento. Apesar das diferentes modalidades de tratamento disponíveis, a prevenção com o uso de protetor solar labial com alto fator de proteção, o uso de barreiras físicas e o controle da exposição solar é essencial para evitar a piora do aspecto clínico, bem como para a progressão para malignidade. Entretanto, não existe um consenso sobre qual tratamento é a melhor opção para queilite actínica e o acompanhamento clínico se faz necessário para o monitoramento de áreas suspeitas de carcinoma de lábio inferior.

Patognomônico:

Termo que se refere a sinais e/ou sintomas específicos de uma determinada condição. Determinam o diagnóstico final e não se relacionam a outras hipóteses diagnósticas.

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

O exame complementar para queilite actínica é recomendado quando há suspeita de displasia epitelial ou malignidade com base nos aspectos clínicos das lesões no vermelhão do lábio inferior, tais como placas brancas espessas e/ou não homogêneas, além de erosões e/ou úlceras crônicas. Nesses casos, recomenda-se geralmente uma biópsia incisional seguida pelo exame histopatológico para observação dos aspectos teciduais subjacentes.

Clinicamente, a queilite actínica pode se apresentar em diferentes graus:

- Grau I: Quadro de ressecamento e descamação no vermelhão dos lábios;
- Grau II: Presença de manchas acastanhadas de tamanhos variados no vermelhão dos lábios e apagamento do limite entre o vermelhão dos lábios e a pele peribucal, associado ou não aos achados do grau I;
- Grau III: Presença de placas brancas de tamanhos, espessura e superfícies variadas. Os achados clínicos dos graus I e II provavelmente estão presentes com gravidade variada.
- Grau IV: Presença de úlceras de tamanhos variados, endurecidas ou não, assintomáticas e com curso crônico em um ou mais locais do vermelhão dos lábios. Os achados clínicos dos graus I, II e III provavelmente estão presentes com gravidade variada. Gradação clínica sugerida pelos autores adaptada da original proposta por Poitevin et al., 2017.

Os quadros clínicos de queilite actínica podem apresentar, histologicamente, um tecido epitelial de revestimento da mucosa com processos de proliferação, diferenciação e maturação alterados os quais são observados por meio de alterações estruturais e citológicas cumulativas e variadas. Devido a essas alterações no tecido epitelial, tais lesões possuem um potencial de progressão para o câncer de lábio inferior servindo como um alerta para o profissional com o estabelecimento de um acompanhamento clínico mais rigoroso para o paciente.

Em pacientes com diagnóstico de queilite actínica, o prognóstico do paciente é fundamental, sendo recomendado um intervalo de 6 em 6 meses para reconsultas. Os achados histopatológicos são considerados determinantes para

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.



esse acompanhamento clínico, uma vez que, caso haja alguma alteração de displasia epitelial, independentemente do seu grau de classificação, o intervalo indicado passa a ser de 3 a 6 meses. Isso acontece, porque tal alteração predispõe o surgimento de lesões malignas, e deve ser acompanhada em intervalos menores devido o maior risco de progressão e/ou surgimento de novas áreas displásicas na mucosa, propiciando um diagnóstico e tratamento precoce para o paciente.

O diagnóstico de queilite actínica é baseado no aspecto clínico das alterações no vermelhão dos lábios, especialmente no lábio inferior. Entretanto, os achados histopatológicos, embora não patognomônicos, corroboram com o quadro clínico observado. Cabe salientar que o(s) achado(s) microscópico(s) mais relevante(s) é (são) considerado(s) como diagnóstico final. O patologista bucal pode incluir uma nota no laudo histopatológico com a seguinte observação: “Os aspectos microscópicos são compatíveis com o diagnóstico clínico de queilite actínica.”

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

ARAÚJO, A .C. O., DOMINGUES, R. B., VAN BELLEN, B. Comparison between the conventional method and a portable device for determination of INR. *Jornal Vascular Brasileiro*, vol. 13, n. 2, p. 88-93, Jun. 2014.

BRITO L. N. S. et al. Clinical and histopathological study of actinic cheilitis. *Revista de odontologia da UNESP, Marília*, n. 48, p. e20190002019.

CARVALHO, M. V. et al. Surgical versus non-surgical treatment of actinic cheilitis: a systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*, vol. 25, n. 4, p. 972-981, Apr. 2018.

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

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

FALCÃO, A. F. P. et al. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador*, vol. 8, no. 2, p. 230-236, May-Aug. 2009.

GARCIA, A. P. et al. Indicação de exames pré-operatórios segundo critérios clínicos: Necessidade de supervisão. *Revista Brasileira de Anestesiologia, Rio de Janeiro*, vol. 64, no. 1, p. 54-61, Mar. 2013.

HARREITER, J.; RODEN, M. Diabetes mellitus—Definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2019). *Wien Klin Wochenschr, 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.

MAGALHÃES, M. E. C. New cholesterol targets of SBC Guidelines on Dyslipidemia. *International Journal of cardiovascular sciences*, 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, vol. 22 (Suppl 2), p. 1-13, Oct. 2019.

MILFORD, W. A. et al. Prostate specific antigen: Biology, biochemistry and available commercial assays. *Annals of Linical Biochemistry*, London, vol. 38, no. 6, p. 633-651, Nov. 2001.

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.

POITEVIN, N. A. et al. Actinic cheilitis: proposition and reproducibility of a clinical criterion. *BDJ Open*, [S. l.], p. 1-4, Aug. 2017.

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, v. 22 (Suppl 2), Oct. 2019.

SALGUEIRO, A. P. et al. Treatment of actinic cheilitis: a systematic review. *Clinical Oral Investigations*, Berlin, vol. 23, no. 5, p. 2041-53, May. 2019.

SCHIAVO, M.; LUNARDELLI, A.; OLIVEIRA, JR. DE. Influência da dieta na concentração sérica de triglicérides. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, Rio de Janeiro, vol. 39, p. 4, Mar. 2003.

SCHMIDT D. E. et al. Detection of elevated INR by thromboelastometry and thromboelastography in warfarin treated patients and healthy controls. *Thrombosis Research*, Elmsford, p. 135, no. 5, p. 1007-11, May. 2015.

SIEGEL, J. A.; KORGAVKAR, K.; WEINSTOCK, M. A. Current perspective on actinic keratosis: a review. *British Journal of Dermatology*, vol. 177, no. 2, p. 350-358, Aug. 2017.

TAKATA, T.; SLOOTWEG, P. Tumours of the oral cavity and mobile tongue: epithelial precursor lesions. In: EL-NAGGAR, AK. et al. *World Health Organization classification of Head and Neck Tumours*. Lyon: IARC Press. p. 112-114. 2017.

TILAKARATNE, W. M. et al. Oral epithelial dysplasia: causes, quantification, prognosis, and management challenges. *Periodontology 2000*, Copenhagen, vol. 80, no. 1, p. 126-147, Jun. 2019.

WEYKAMP, C. HbA1c: A review of analytical and clinical aspects. *Annals of Laboratory Medicine*, [S. l.], vol. 33, p. 6, Nov. 2013.

WOO, S. B., LIN, D. Morsicatio Mucosae Oris-A Chronic Oral Frictional Keratosis, Not a Leukoplakia. *Journal of Oral And Maxillofacial Surgery*, Philadelphia, vol. 67, n. 1, p. 140-146.