



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 14

CASO 12

HISTÓRIA DO PACIENTE

Henrique tem percebido um aumento de volume no “céu da boca” há alguns dias. Ele comentou com sua esposa, Aline, que não tinha sentido nenhuma dor, mas que a tal “bolinha” estava incomodando e, algumas vezes, achava que estava sentindo um gosto ruim na boca. Henrique já teve muitos problemas dentários no passado. Quando criança, ele teve muitas cáries, perdeu os incisivos superiores decíduos em um acidente caseiro, tropeçou enquanto corria pelo quintal com o irmão mais velho, caiu de boca no chão e avulsionou os quatro dentes “da frente”. Depois desta experiência traumática, muitas idas ao dentista e vários tratamentos demorados e dolorosos, ele imaginou que estaria livre de consultar um dentista por um bom tempo. Henrique tem 33 anos, casou-se com Aline há 05 anos, e eles têm uma filha de 02 anos. Henrique trabalha em uma loja de departamentos, no setor administrativo. Ele e a esposa levam uma vida simples e tranquila, moram no bairro de Morro Azul desde a infância, conheceram-se ainda na escola e frequentam a mesma igreja desde jovens.

Aline conhece bem o pavor que Henrique tem de consultas com dentistas, mas ficou preocupada, e na manhã seguinte procurou a agente comunitária de saúde para agendar uma consulta com a Dra. Catarina. Marlene a agendou e pediu para Henrique vir na próxima semana.

No dia da consulta, Henrique estava nervoso, mas como a “bolinha” não havia sumido, achou melhor não falar.

Dra. Catarina perguntou:

- Henrique, faz quanto tempo que você percebeu este aumento de volume?
- Sabe Dra., acho que uns 15 dias atrás. Não tive dor, mas acho que a bolinha está se expandindo, pois percebi que ela cresceu e está também perto dos dentes do fundo.
- Você lembra quando fez estas restaurações?

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.



– Ah Dra. Faz um bom tempo... eu tenho que admitir que não gosto muito de vir para consultar, só apareço quando tenho dor. Tive que fazer tratamento de canal em alguns dentes, pois eu ficava evitando ir ao dentista e a situação ia piorando. Até perdi alguns dentes, infelizmente!

Após a avaliação clínica, Dra. Catarina solicitou uma radiografia periapical da região de incisivo lateral e canino superior do lado esquerdo.

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, a Dra. Catarina realizou uma entrevista dialogada com Henrique, a fim de obter informações mais detalhadas. O paciente não faz uso de medicamentos contínuos e nunca teve problemas graves de saúde, a não ser suas constantes idas ao cirurgião-dentista, por conta da dor. Quanto aos seus hábitos, Henrique não fuma, mas bebe 5 garrafas de 600 mL de cerveja aos finais de semana. Quanto aos seus hábitos de higiene bucal, Henrique disse que escova os dentes 2 vezes ao dia, ao acordar e quando vai dormir, mas que, às vezes, esquece de realizá-la à noite, porque acaba dormindo no sofá da sala. Relatou que utiliza uma escova dental de cerdas macias, dentífrico fluoretado e fio dental em todas as escovações.

Ao exame físico extrabucal, não foram observadas alterações nas cadeias ganglionares. Ao fazer a análise facial, observou-se que Henrique apresentava um ângulo nasolabial agudo, devido ao acidente relatado anteriormente, em que havia tropeçado e avulsionado os dentes incisivos superiores, acarretando em um ápice nasal mais baixo. Ainda, notou-se uma cicatriz no lábio superior, lado direito, decorrente do mesmo trauma físico.

Ao exame físico intrabucal, observou-se um nódulo submucoso, discretamente flutuante, de superfície lisa e com coloração semelhante à mucosa adjacente, medindo, aproximadamente, 1 cm em seu maior diâmetro, localizado no lado esquerdo do palato duro, assintomático e com tempo de evolução de 15 dias. Também, foram observadas restaurações de resina composta nas superfícies mesiais e distais dos dentes 21 e 22 e na oclusal do dente 27, coroa metalocerâmica no dente 12, ausência dos elementos 16, 26 e 45 e pigmentação extrínseca de coloração acastanhada nas superfícies palatinas dos dentes. Na radiografia periapical da região de incisivo lateral e canino superior do lado esquerdo pode-se observar a presença de uma imagem radiolúcida bem delimitada com formato arredondada associada ao periápice do dente 22, com extensão aos dentes 21 e 23. Além disso, também observa-se o rompimento da cortical alveolar em região de periápice dos elementos dentários 21 e 22. Restaurações de resina composta nas superfícies mesiais e distais das coroas dos dentes 21 e 22. Por fim, foi observado tratamento endodôntico no dente 24. Levando em consideração as informações do exame clínico e do complementar, exame radiográfico, as principais hipóteses diagnósticas foram de:

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

- Cisto Periapical;
- Granuloma Periapical;
- Cisto do Ducto Nasopalatino.



Com base nessas hipóteses, a Dra. Catarina realizou um teste térmico ao frio para verificar a sensibilidade pulpar dos dentes 21, 22 e 23, no qual o dente 22 apresentou-se não vital. Devido a esse resultado, a Dra. Catarina realizou o encaminhamento do paciente para um cirurgião-dentista especializado na área de Endodontia no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para avaliação e, se possível, tratamento. Além disso, solicitou que o paciente agendasse uma nova consulta após, no mínimo, 4 meses concluído o tratamento endodôntico para avaliação clínico-radiográfica.

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.



Profílixia profissional, além do polimento e acabamento das restaurações de resina foram realizadas. Quanto aos seus hábitos de higiene bucal, a Dra. Catarina recomendou a manutenção da higiene bucal com escova de cerdas macias, dentífrico fluoretado e fio dental, por, pelo menos, 3 vezes ao dia, uma vez que ocasionalmente o paciente esquece.

DIAGNÓSTICO FINAL

Periapicopatia (Cisto ou Granuloma Periapical)

QUESTIONÁRIO

1. É possível diferenciar cisto periapical e granuloma periapical com base nos achados clínicos e imaginológicos?
2. Qual o tempo mínimo para observação radiográfica de neoformação óssea após o tratamento endodôntico de uma periapicopatia?
3. Qual o limite de tamanho radiográfico para o sucesso de tratamento endodôntico exclusivo para uma periapicopatia?
4. É possível a presença de lesões não inflamatórias no periápice dos elementos dentários?
5. Qual a manobra semiotécnica realizada que excluiu a hipótese de cisto do ducto nasopalatino? Caso fosse essa a principal hipótese, qual seria a conduta do cirurgião-dentista?

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:

“Aumento de volume no “céu da boca”.

História da doença atual:

Lesão assintomática com tempo de evolução de 15 dias, aumento de tamanho progressivo e drenagem eventual com gosto amargo. Sem tratamento prévio.

Cisto Periapical:

Também chamado de cisto radicular, é um cisto de origem inflamatória associado a um dente não vital. Esses cistos representam o cisto odontogênico mais comum, e são costumeiramente associados ao ápice do dente, ou a lateral de um canal radicular, no caso do cisto radicular lateral. Aumentos de volume assintomáticos em palato duro anterior podem ou não ser observados quando os dentes antero-superiores sofrem necrose pulpar. Nos exames radiográficos, é possível observar uma imagem radiolúcida bem delimitada e corticalizada no ápice ou na lateral de um ou mais dentes. Ausência do espaço do ligamento periodontal e perda da cortical óssea alveolar, além de reabsorção e/ou deslocamento das raízes dos dentes envolvidos são aspectos fortemente associados. Rompimento da cortical óssea e drenagem eventual também podem ser achados clínicos.

Granuloma Periapical:

É uma lesão inflamatória crônica no ápice de um dente não vital, composta por tecido de granulação, infiltrado por um número variável de células inflamatórias crônicas (linfócitos, plasmócitos, mastócitos, macrófagos) e cápsula fibrosa. Os aspectos clínicos e radiográficos são semelhantes aos do cisto periapical.

Cisto do Ducto Nasopalatino:

Também denominado de cisto do canal incisivo, é classificado como um cisto não odontogênico da cavidade bucal de ocorrência incomum. São

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.



frequentemente assintomáticos, apresentando expansão de cortical óssea palatina em região anterior. Acredita-se que este cisto seja originário da proliferação dos remanescentes epiteliais da estrutura embrionária denominada ducto nasopalatino. Os fatores etiológicos que podem servir de estímulo à formação da lesão são trauma na região durante a mastigação, infecção bacteriana e retenção de muco de glândulas salivares menores adjacentes. Clinicamente apresenta-se como um aumento de volume submucoso na região do canal incisivo, podendo estar lateralizado à rafe palatina mediana. Radiograficamente apresenta-se como uma imagem radiolúcida, circunscrita e bem delimitada localizada entre as raízes dos incisivos centrais superiores. A resposta positiva ao teste de vitalidade pulpar dos dentes ântero-superiores é um achado importante, embora não patognômico desta entidade. A biópsia excisional seguida pelo exame microscópico se faz necessária para o alcance do diagnóstico final.

Periapicopatia:

São condições inflamatórias dos tecidos perirradiculares decorrentes de sequelas diretas de infecções de necrose pulpar e consequente progressão para a região apical, associada à fragilidade dos mecanismos de defesa do hospedeiro na remoção da contaminação por persistência de agentes patogênicos. A inflamação da polpa necrótica do dente pode resultar na proliferação de restos epiteliais de Malassez, que são remanescentes da bainha epitelial de Hertwig que são estimulados a proliferar, dando origem a cistos radiculares. As periapicopatias crônicas se desenvolvem após uma mudança na resposta imune do hospedeiro. A presença prolongada de microrganismos resulta em lesões assintomáticas e reabsorção óssea sendo radiograficamente visível como lesões periapicais, embora, histologicamente, possam diferir entre granuloma ou cisto periapical. De acordo com suas características clínicas e radiográficas, o tratamento endodôntico ou cirúrgico serão os tratamentos de escolha. O sucesso do tratamento escolhido se deve à regressão da lesão até a obtenção da neoformação óssea completa da região; do contrário, caso a lesão persista por meio de radiolucidez, o tratamento cirúrgico será o tratamento de escolha.

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

Não, somente por meio de biópsia e exame histopatológico é possível diferenciar as lesões de granuloma e cisto periapical tendo em vista que os critérios para diferenciação são microscópicos. O granuloma é composto por tecido de granulação, infiltrado por um número variável de células inflamatórias crônicas e presença de cápsula fibrosa. Já o cisto periapical apresenta-se como uma cavidade patológica totalmente revestida por epitélio estratificado pavimentoso não ceratinizado, além da presença de lúmen cístico e cápsula fibrosa com infiltrado inflamatório predominantemente crônico com eventuais focos de agudização.

O sucesso de um tratamento endodôntico fica evidenciado pela regressão da lesão acompanhada por imagens radiográficas, em 60 a 70% dos casos. Esse processo se apresenta no momento em que as células inflamatórias são substituídas por células do tipo osteoblastos e osteoclastos que provêm do ligamento periodontal e do endóstio sendo responsáveis pela contínua deposição e reabsorção óssea, regenerando, assim, a área afetada. Essa reorganização estrutural e redução do componente inflamatório em pequenos focos inicia ao longo de 3 a 4 semanas, tendo como finalidade o reparo da região. A completa neoformação óssea pode levar de meses a anos. Geralmente, após 6 a 8 semanas há alguma evidência radiográfica de formação óssea, e após 4 a 6 meses, a neoformação óssea pode ser francamente visível. O acompanhamento clínico-imaginológico é recomendado até a resolução completa da radiolucidez, sendo indicado por no mínimo 1 ano.

Dentes com lesões periapicais < 5 mm tem uma taxa de sucesso do tratamento considerada elevada (acima de 85%). Nos casos de lesões \geq 5 mm, essa taxa mostrou-se um pouco menor (em torno de 78%), mas ainda assim elevada. A probabilidade estimada de sucesso para lesões pequenas é significativamente maior quando comparada à probabilidade de sucesso para lesões grandes. Geralmente periapicopatias com \geq 2 cm não respondem somente com tratamento endodôntico sendo necessário a associação com a curetagem conservadora.

Sim, é possível. Para que uma lesão envolvendo o periápice dos elementos dentários seja considerada de origem não inflamatória, devemos observar a integridade da cortical óssea alveolar (lâmina dura) e do espaço do ligamento periodontal apical. Mesmo que se tenha uma imagem radiolúcida semelhante a uma lesão periapical próxima ou sobreposta ao ápice radicular, se houver integridade de ambos, não estamos frente a um processo inflamatório em relação a essa região ou de origem endodôntica. Cistos odontogênicos de desenvolvimento, neoplasias odontogênicas, patologias ósseas não odontogênicas incluindo malignidades primárias e metastáticas podem mimetizar periapicopatias.

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.



A manobra semiotécnica utilizada é a realização do teste de vitalidade pulpar, excluindo a possibilidade de uma lesão periapical de origem inflamatória. A conduta indicada diante da hipótese clínica de cisto do ducto nasopalatino ou outra entidade não periapicopatia será a de biópsia excisional por meio da enucleação conservadora seguida pelo exame histopatológico. Nesses casos, a biópsia será o tratamento da lesão. O diagnóstico final de uma lesão não cística deve ser norteador da necessidade de tratamento complementar de acordo com cada entidade patológica.

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, M. G. et al. Alveolar socket healing: what can we learn?. *Periodontology 2000*, Copenhagen, vol. 68, no. 1, p. 122-134, Jun. 2015.
- DANTAS, R. M. X. et al. Repercussão clínica do cisto do ducto nasopalatino. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, vol. 14, no. 2, p. 35-42, Apr. 2015.
- DE-FREITAS C. T. S. et al. Myofibroblasts and increased angiogenesis contribute to periapical cystic injury containment and repair. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, Valencia, vol. 25, no. 5, p. e584-591, 2020.
- JUERCHOTT, A. et al. Differentiation of periapical granulomas and cysts by using dental MRI: a pilot study. *International Journal of Oral Science*, vol. 10, no. 2, Mar. 2018.
- MUPPARAPU, M., SHI, K. J., KO, E. Differential Diagnosis of Periapical Radiopacities and Radiolucencies. *Dental Clinics of North America*, Philadelphia, vol. 64, no. 1, p. 163-189, Jan. 2020.
- NOGUEIRA, E. F. C. et al. Correlação clínica e histopatológica de cistos e granulomas periapicais. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, vol. 16, no. 4, p. 6-11, Oct./Dec. 2016.
- OMOREGIE, F. O. et al. Periapical granuloma associated with extracted teeth. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, Nnewi, vol. 14, no. 3, p. 293-296, Jul-Sep. 2011
- PRADO, T. D. L. et al. Granuloma Periapical: aspectos clínicos e radiográficos. In: *Seminário Científico do UNIFACIG*, 5., 2019, Manhuaçu. Anais [...] Manhuaçu, 2019.
- WERLANG, A. I. et al. Insucesso no tratamento endodôntico: uma revisão de literatura. *Revista Tecnológica*, vol. 5, no. 2, p. 31-47, Dec. 2016.
- MALLYA, S.; LAM, Ernest. *White & Pharoah radiologia oral: princípios e interpretação*. 8. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020.