



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 10

CASO 8

HISTÓRIA DO PACIENTE

Luciano tem sentido muita dificuldade para dormir. A carga de trabalho como motorista de aplicativos tem lhe custado uma alimentação muito ruim também. Luciano tem 35 anos, é casado com Márcia há 10 anos e levavam uma vida financeiramente tranquila até o dia que Luciano foi demitido da empresa. Ele trabalhava como gerente de um posto de combustível que encerrou as atividades há 2 anos. Luciano ficou procurando se recolocar no mercado de trabalho por quase seis meses, mas nenhuma proposta de emprego apareceu e, com as dívidas aumentando, ele ingressou no trabalho autônomo como motorista por aplicativo. Sua rotina começa às 05h da manhã e geralmente ele finaliza as viagens por volta das 21h, de domingo a domingo. O trabalho como motorista supre o básico como o supermercado, a luz, o gás, a água e o aluguel. O casal e os filhos ficaram sem seguro ou plano de saúde privado desde que houve o desligamento dele da empresa. Márcia é professora de ensino fundamental na rede municipal de educação e trabalha meio período para poder acompanhar o crescimento das filhas gêmeas, Laura e Letícia, de quatro anos. A agente comunitária de Serra Azul percebeu que a família começou a usar os serviços de saúde da unidade há uns seis meses. Na última semana Márcia levou as filhas para vacinação e Marlene perguntou:

– Vejo que vocês começaram a vir aqui para algumas consultas. A senhora gostaria de agendar como Dr. Azevedo para fazer os exames de controle de saúde?

– Sim, faz tempo que não faço nenhum controle de saúde, desde que meu marido perdeu o plano de saúde. Aliás, Marlene, aqui tem remédio para dormir? O Luciano tem tido muita insônia.

– Vamos agendar com o Dr. Azevedo uma consulta para ele também.

No dia da consulta, Luciano estava muito preocupado, pois teria que começar as corridas mais tarde e isto representava menos dinheiro no final do mês. Luciano estava fumando um cigarro do lado de fora da unidade de saúde quando foi chamado para entrar na sala do médico.

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.



Dr. Azevedo começa a consulta perguntando:

— Luciano, como vai sua vida?

Luciano desaba em choro, soluça tanto que não consegue responder ao médico. Após um copo d'água, ele começa:

— Está tudo muito difícil Doutor. Eu me sinto falido, frustrado e exausto. Temo falhar com minha família e não conseguir sustentar Márcia e as meninas. Não durmo de preocupação e cansaço. Márcia nem imagina, mas me alimento de cigarro. Entre um passageiro e outro eu acendo um cigarro, é o que me acalma. Dr. Azevedo escuta e pergunta:

— Quantos cigarros por dia, Luciano?

— No mínimo duas carteiras, e deixo de comprar o lanche para comprar cigarro. Perdi peso, minhas calças estão caindo de tão folgadas.

Dr. Azevedo entende a preocupação de Luciano com o sustento da família, mas alerta:

— Luciano, esta vida vai levar você ao adoecimento. E doente você não vai conseguir cuidar da Márcia e das suas filhas. A insônia é um alerta do seu corpo de que as coisas não estão bem. Vou pedir alguns exames laboratoriais para avaliar sua saúde. Vou solicitar a coleta de sangue para avaliar seu colesterol total e frações, sua glicemia e o funcionamento da sua tireoide por meio do hormônio tireoestimulante (TSH), triiodotironina (T3) e tiroxina (T4), além de um hemograma para avaliação de condições anêmicas, já que você relata uma alimentação irregular. E vamos continuar conversando. Quero muito que consulte com a dentista da nossa unidade, a Dra. Catarina, para ver como está sua saúde bucal, está bem?

— Sim Dr. Vou agora mesmo agendar e ver como faço os exames de sangue.

— Tudo aqui mesmo, na Unidade Básica de Saúde, Luciano. Respondeu Dr. Azevedo.

No dia da consulta com a Dra. Catarina, Luciano chegou cedo e logo foi atendido. A dentista leu o prontuário de Luciano e ficou preocupada com os efeitos desta quantidade de cigarros e da má alimentação do paciente.

Conversaram sobre sua saúde geral; Luciano ainda não havia retornado para saber os resultados dos exames com o Dr. Azevedo. Ao exame físico intrabucal, a Dra. Catarina encontrou uma extensa placa branca não removível à raspagem.

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.

– Luciano, seus dentes estão bem, não vi nenhuma lesão de cárie, você tem uma gengivite leve que vamos tratar com uma profilaxia e orientação de escovação e uso de fio dental. Mas esta lesão branca do lado direito de sua língua me preocupa. Você havia percebido? Sabe por quanto tempo ela está aí?

Ele ficou assustado, nunca soube de ter alguma alteração na língua. Sempre fez acompanhamento, de seis em seis meses, com um dentista do centro da cidade que cuidava dele e da família desde pequeno.

– Não Doutora. Não sabia dessa lesão e meu dentista particular nunca me falou sobre isso. Acho que ela não existia. Pode ser um câncer?

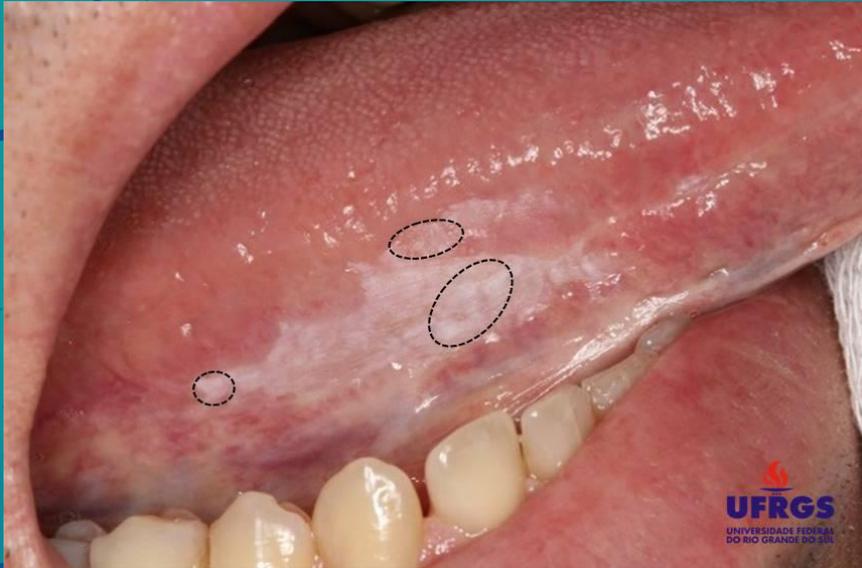
Luciano estava assustado.

– Vou acompanhar seu caso, Luciano. Primeiro vou encaminhar você para um Centro de Especialidade Odontológica (CEO) da prefeitura, que fica no centro da cidade. Lá você será avaliado por um (a) Estomatologista que avaliará a necessidade de realização de uma biópsia e exame histopatológico do tecido removido.

A Dra. Catarina recomendou que Luciano continuasse escovando os seus dentes com pasta de dente fluoretada e com uma escova de dentes com cerdas macias, que alcançasse todas as faces dos dentes, em toda a arcada dentária. Recomendou ainda o uso de fio dental, pelo menos uma vez ao dia, para auxiliar na remoção de acúmulo de biofilme interproximal, bem como solucionar o quadro da gengivite.

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, Dra. Cândida, após ler o encaminhamento da Dra. Catarina obteve mais informações complementando a anamnese. Durante a consulta com a Estomatologista, Dra. Cândida, após a leitura do encaminhamento da Dra. Catarina, a anamnese foi atualizada e novas informações foram obtidas. Luciano relatou que nunca teve problemas graves de saúde, apenas fraturou uma costela em uma partida de futebol. Nada digno de nota em relação ao histórico de doenças familiares. Não fazia uso de medicamentos contínuos. Quanto aos seus hábitos, Luciano fuma há 3 anos, e atualmente, devido à sua rotina, fuma, no mínimo, 2 cartelas de cigarro por dia, todos os dias. Durante o expediente, costuma beber 3 copos de 200 mL de café para se manter acordado, por dia. Aos finais de semana, após o trabalho, bebe 1 lata de cerveja de 350 mL para relaxar. Em relação à higiene bucal, relatou que às vezes esquece de escovar os dentes em função da correria do trabalho, mas tenta escovar pelo menos 2 vezes por dia com uma escova de cerdas médias e creme dental com flúor. Não relatou o uso de fio dental em nenhum momento do dia.

Ao exame físico extrabucal não foram observadas alterações.

Ao exame físico intrabucal, foi observado, ao tracionar a língua com a gaze, a presença de uma placa branca espessa de superfície fissurada, assintomática e extensa, localizada na borda lateral direita e ventre de língua direito. Após a manobra semiotécnica de raspagem com espátula de madeira, confirmou-se que a lesão não era removível à raspagem e nenhuma lesão adicional foi detectada na mucosa bucal. Luciano não faz uso de próteses e não relata a ocorrência de trauma eventual ou contínuo na região. Além disso, nenhuma cúspide ou aresta cortante ou restaurações mal adaptadas foram identificadas, que pudessem causar uma lesão traumática. Ao exame das estruturas dentárias, foi observada uma coloração amarelada relacionada, muito provavelmente, ao consumo excessivo de café e ao uso contínuo de tabaco, classificada como uma pigmentação dentária extrínseca. Observou-se também a presença de acúmulo de biofilme supragengival, sangramento, aumento de volume e eritema gengival, sobretudo nos dentes posteriores, superiores e inferiores, indicando um quadro clínico de gengivite.

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

- Leucoplasia não-homogênea;
- Leucoplasia pilosa oral.

Com base nas hipóteses diagnósticas e para o alcance do diagnóstico final, três biópsias incisionais foram realizadas nas áreas indicadas (círculos na imagem acima) seguida pelo encaminhamento dos espécimes para exame histopatológico no laboratório de patologia bucal de referência. A conduta para a seleção de três pontos a serem biopsiados foi baseada na apresentação clínica variada da superfície da placa que se mostrava com áreas delgadas de superfície lisa e também áreas mais espessas de superfície granular. As regiões da mucosa mais prováveis de alterações displásicas e/ou malignidade foram removidas para análise microscópica e mapeamento da lesão. Em se tratando de três áreas biopsiadas distintas, cada espécime foi armazenado 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, Dra. Cândida fez o preenchimento de três fichas distintas de biópsia que foram encaminhadas para o laboratório, ficando no aguardo de três laudos independentes.

No espécime tecidual, removido na região mais posterior da borda lateral da língua direita, o laudo que foi entregue ao paciente continha a descrição de um epitélio pavimentoso estratificado paraceratizado hiperplásico com hiperkeratose e displasia epitelial moderada. Já nos espécimes da porção mais anterior do borda lateral de língua, os laudos continham a descrição de um epitélio pavimentoso estratificado, com hiperkeratose, acantose, além de uma displasia epitelial severa.

Com base nos laudos histopatológicos, a conduta da Dra. Cândida foi comunicar a Dra. Catarina e esclarecer ao paciente a necessidade de uma biópsia excisional que, conseqüentemente, foi o tratamento da lesão, além da orientação quanto a importância da suspensão do hábito de fumar. O laudo microscópico final foi de displasia epitelial severa e o acompanhamento clínico de três em três meses foi estabelecido. Cabe salientar que sorologia anti-HIV também foi solicitada com resultado não reagente.

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 CLÍNICO FINAL

Leucoplasia não-homogênea.

DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO FINAL

Displasia epitelial severa.

QUESTIONÁRIO

1. Quais os achados histopatológicos podem ser esperados de acordo com a variação do aspecto clínico da lesão de leucoplasia?
2. Caso seja necessário realizar uma biópsia excisional após o(s) exame(s) histopatológico(s) inicial(is), o acompanhamento clínico ainda se faz necessário?
3. Após o tratamento de uma leucoplasia, qual deve ser o tempo de acompanhamento clínico do paciente?
4. Considerando o diagnóstico clínico por exclusão paraleucoplasia, quais outras patologias poderiam ser consideradas como hipóteses diagnósticas?
5. Existe um tratamento de eleição para a leucoplasia?
6. A biópsia excisional deve ser feita com ou sem margem de segurança?

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:

Sem queixas.

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.

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.

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.



– LDL:

O nível desejado para a população em geral é <130 mg/dl, entretanto, dependendo do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, esse valor pode alterar. O valor máximo recomendado de LDL para pessoas com baixo risco cardiovascular (jovens, sem doenças ou com hipertensão bem controlada) é de até 130 mg/dl. Para pessoas com risco cardiovascular intermediário (com 1 ou 2 fatores de risco, como tabagismo, pressão alta, obesidade, arritmia controlada, ou diabetes que seja inicial, leve e bem controlado), o valor máximo recomendado é de até 100 mg/dl. Já para pessoas com risco cardiovascular alto (com placas de colesterol nos vasos, aneurisma de aorta abdominal, doença renal crônica, diabetes há mais de 10 anos, etc), o valor máximo recomendado é de até 70 mg/dl. Pessoas com risco cardiovascular muito alto (com histórico de angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou outro tipo de obstrução arterial por placas de aterosclerose, ou com qualquer obstrução arterial grave observada no exame), devem ter o valor máximo de LDL em até 50 mg/dl.

– VLDL:

Colesterol que corresponde a uma lipoproteína de baixíssima densidade, do inglês, very low density lipoprotein (VLDL). É produzido no fígado e é responsável por transportar os triglicerídeos pela corrente sanguínea, aumentando, conseqüentemente, o risco de doenças cardíacas. Seu valor ideal é de 30 mg/dl.

Em relação ao colesterol total (CT), que corresponde a soma das diversas frações de colesterol, o nível desejado é de até 200 mg/dl.

Glicemia:

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 conseqüente. 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.

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.



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

Hormônio tireoestimulante, triiodotironina e tiroxina:

Os exames laboratoriais de TSH (hormônio tireoestimulante), T3 (triiodotironina) e T4 (tiroxina), são fundamentais para o diagnóstico de distúrbios da tireoide. A secreção hipofisária de TSH regula a secreção de tais hormônios (T3 e T4), e por isso, pequenas alterações nas concentrações dos hormônios tireoideanos resultam em alterações nas concentrações séricas de TSH. O valor de referência normal para níveis de TSH sérico é entre 0,4 e 4,5 mUI/L. A dosagem do T4 e do T3 está indicada na avaliação complementar de pacientes com TSH abaixo de 0,1 mUI/L. O valor de referência de T3 e T4 totais, para adultos, é: T4, de 4,5-12,6 µg/dL (58-160 nmol/L) e T3, de 80-180 ng/dL (1,2-2,7 nmol/L). Os valores de referência para adultos, no caso de T3 e T4 livres são para T4, de 0,7-1,8 ng/dL (9-23 pmol/L), e para T3, de 2,3-5,0 pg/mL (35-77 pmol/L).

Doença cárie:

É uma doença microbiológica crônica caracterizada pela destruição dos tecidos duros dentais por meio do ácido lático produzido por micro-organismos como resultado da fermentação de carboidratos na dieta. Logo, o processo da cárie é uma consequência da ingestão de carboidratos fermentáveis, incluindo sacarose, glicose, frutose, lactose, maltose e amido. Esses carboidratos fermentáveis podem ter efeitos locais (resultado de carboidratos sendo decompostos por microrganismos no biofilme dental, que liberam produtos finais ácidos, dos quais lactato e acetato desempenham um papel importante) e sistêmicos sobre a cárie dentária. Se o pH durante o processo de fermentação bacteriana for reduzido abaixo do nível crítico de pH 5,5-5,7, o esmalte começa a sofrer um processo de desmineralização, levando à formação da cárie. Existem 2 grupos de bactérias comumente envolvidas na patogênese de cárie dentária: *Streptococcus mutans* são os principais iniciadores da cárie dentária, enquanto os *Lactobacillus* são geralmente mais ativos durante o processo.

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.



Gengivite:

A gengivite é considerada como uma condição inflamatória local específica iniciada pelo acúmulo de biofilme supragengival. Clinicamente, caracteriza-se por vermelhidão gengival e edema. Geralmente é indolor, raramente leva a sangramento espontâneo e costuma ser caracterizada por mudanças clínicas sutis, muitas vezes passando despercebida pelo paciente e diagnosticada apenas em consultas odontológicas.

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. Essa modalidade de biópsia é indicada em casos de lesões com hipótese de malignidade, lesões extensas, múltiplas ou de difícil acesso anatômico, além de manifestações bucais de doenças sistêmicas. Por sua vez, a biópsia excisional ou total consiste na remoção total da lesão nos seus limites sendo, conseqüentemente, o tratamento. Está indicada para lesões com hipóteses de benignidade e também lesões únicas com pequenas dimensões. Entretanto, esse tipo de biópsia não deve ser realizada diante de hipóteses de malignidade, independentemente do tamanho da lesão.

Leucoplasia pilosa oral:

É uma lesão fortemente associada à infecção pelo HIV, assim como a candidose em diferentes apresentações clínicas, o sarcoma de Kaposi, o linfoma Não-Hodgkin e a doença periodontal. Pacientes soropositivos para o HIV constituem o grupo de predileção, e ela geralmente é observada em imunossuprimidos. A lesão mais comum associada ao vírus Epstein-Barr, nos pacientes com AIDS, é a leucoplasia pilosa. Manifesta-se clinicamente como uma placa branca na mucosa, podendo variar de estrias brancas verticais a áreas leucoplásicas espessas, corrugadas ou pilosas, caracteristicamente não removível através de raspagem, com localização preferencial nas bordas laterais da língua, podendo ser uni ou bilateral. Seus aspectos clínicos são característicos, porém não patognomônicos. Histopatologicamente, também de forma característica, caracteriza-se por hiperqueratose e hiperplasia epitelial.

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.



Displasia epitelial:

É o marcador histológico considerado padrão ouro como preditor para a progressão de desordens potencialmente malignas para o carcinoma de células escamosas da cavidade bucal. Um conjunto de alterações citológicas e arquiteturais deve ser observado microscopicamente no epitélio pavimentoso estratificado ceratinizado ou não da mucosa bucal para que o diagnóstico de displasia epitelial seja estabelecido. Dentre as alterações arquiteturais, 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 ceratina. 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).

Leucoplasia:

Leucoplasia é um termo clínico usado para descrever placas brancas de extensão e superfícies variadas com potencial de transformação maligna, que normalmente requerem biópsia seguida pela análise microscópica para o manejo adequado do paciente. As leucoplasias podem ser homogeneamente brancas ou não-homogêneas com áreas brancas e vermelhas. As lesões brancas associadas a áreas vermelhas são chamadas de leucoeritroplasia. A prevalência global de leucoplasia é de 2 a 3%. O consumo de tabaco está associado ao surgimento das leucoplasias da cavidade bucal; entretanto, para muitos casos, nenhum fator etiológico é conhecido, como na entidade leucoplasia verrucosa proliferativa.

O diagnóstico clínico é dado a partir de um critério de exclusão de outras condições que também se manifestam como placas brancas assintomáticas. A partir da hipótese de diagnóstico clínico, o exame complementar de biópsia é recomendado para a avaliação individualizada da (s) área (s) clinicamente mais provável (is) de displasia epitelial e/ou carcinoma de células escamosas. Entretanto, tais lesões podem apresentar diferentes alterações microscópicas

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.

com um espectro que varia desde uma hiperkeratose, hiperplasia epitelial e acantose até graus variados de displasia epitelial e/ou carcinoma de células escamosas. A suspensão dos fatores de risco e o acompanhamento clínico também está indicada por se tratar de uma desordem potencialmente maligna.

O tratamento pode variar de observação cuidadosa a intervenção cirúrgica, além de tratamentos alternativos, tais como, terapia fotodinâmica, e *laser* de dióxido de carbono.

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

Caso a leucoplasia apresente-se delgada e com superfície lisa, possivelmente haverá somente hiperqueratose, hiperplasia epitelial e/ou acantose. Em uma leucoplasia espessa e/ou com superfície fissurada, granular ou verruciforme poderá haver hiperqueratose, hiperplasia epitelial e/ou acantose, além de graus variados de displasia epitelial. Logo, a progressão microscópica até a malignidade está diretamente associada à evolução clínica de espessamento da placa branca em conjunto com a irregularidade crescente da superfície da lesão e ao surgimento de eventuais áreas eritoplásticas.

O acompanhamento clínico do paciente é necessário, pelo menos de seis em seis meses, independentemente do tratamento ao qual o/a paciente for submetido, uma vez que a leucoplasia é uma lesão com potencial para transformação maligna, e pode evoluir para quadros de displasia epitelial e posterior carcinoma de células escamosas. Portanto, mesmo com a remoção de toda a mucosa clinicamente alterada, células alteradas podem contribuir para a recidiva da lesão, bem como, surgimento de novas lesões, além da possibilidade de malignização do campo (alterações teciduais que podem assumir o caráter de uma neoplasia maligna ou que podem permanecer estáveis por um considerável período de tempo).

Independentemente do tratamento de escolha, o acompanhamento clínico de um paciente com leucoplasia faz-se necessário por toda a vida. Recomenda-se que esse acompanhamento seja feito em intervalos curtos, de no mínimo seis em seis meses, levando em conta que essas lesões são consideradas potencialmente malignas. Apesar disso, esse intervalo, dependendo do grau de severidade da lesão e/ou da manutenção dos fatores de risco com destaque para o tabaco pode ser menor, de três em três meses.

Se a lesão for removível à raspagem, possivelmente trata-se de um quadro de candidose pseudomembranosa, ou uma injúria física (queimadura química ou térmica). Caso não for removível, avalia-se a presença de possível agente traumático que sendo identificado e removido e havendo, conseqüentemente, a regressão da lesão, o diagnóstico final será de ceratose friccional. Outras lesões brancas, mas com aspectos clínicos distintos, tais como o líquen plano reticular, o leucoedema ou a estomatite nicotínica precisam ser excluídas ao exame físico. Se ainda não for possível definir como outra lesão, possivelmente trata-se de uma leucoplasia.

Não existe um tratamento de eleição para a leucoplasia da cavidade bucal. Entretanto, a remoção cirúrgica ainda é o mais recomendado tendo em vista a possibilidade de tecido para avaliação microscópica.

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.



Por se tratar de um exame complementar de consultório com finalidade diagnóstica, a remoção da lesão, embora total na biópsia excisional, deve respeitar os limites clínicos visíveis pela inspeção. A realização de margem de segurança é indicada em casos de ressecção cirúrgica de lesões malignas e/ou agressivas, uma vez que nesses casos, há uma infiltração de células neoplásicas além dos limites clinicamente detectáveis. Além disso, cabe salientar que o patologista necessita avaliar o tecido alterado sem a necessidade de tecido saudável adjacente para o alcance do diagnóstico.

AUTORIA:

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

REFERÊNCIAS

- ALMUSAWI, M. A. et al. Risk factors for dental caries in Type 2 diabetic patients. *International Journal of Dental Hygiene*, vol. 16, no. 4, p. 467-75, Nov. 2018.
- AWADALLAH, M. et al. Management update of potentially premalignant oral epithelial lesions. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology And Endodontics*, vol. 125, no. 6, p. 628-636, Jun. 2018.
- BHATTACHARYY, I.; CHEHAL, H. K. White lesions. *Otolaryngologic Clinics of North America*, vol. 44, no. 1, p. 109-131. Feb. 2011.
- CARRARD, V. C.; VAN DER WAAL, I. A clinical diagnosis of oral leukoplakia: a guide for dentists. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, Valencia, vol. 23, no. 1, p. e59-64, Jan. 2018.
- CARVALHO, G. A.; PEREZ, C. L.UHM SILVA; WARD, LAURA STERIAN. Utilização dos testes de função tireoidiana na prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia E Metabologia*, vol. 57, no. 3, p. 193-204, Apr. 2013
- CAUBI, A. F. et al. Biópsia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 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 & Medicine*, [S. l.], vol. 22, no. 7, p. 289-291, Aug. 1993.
- DIAS, E. P. et al. Leucoplasia pilosa oral : aspectos histopatológicos da fase subclínica. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, vol. 15, no. 2, p. 104-111, Jun. 2001.
- DONG, Y. ET al. Malignant transformation of oral leukoplakia treated with carbon dioxide laser : a meta-analysis. *Laser In Medical Science*, London, vol. 34, no. 1, p. 209-221, Feb. 2019.
- EL-NAGGAR, A. K. et al. World Health Organization classification of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press. 2017.

FLORES, I. L. et al. Low expression of angiotensinogen and dipeptidyl peptidase 1 in saliva of patients with proliferative verrucous leukoplakia. *World Journal of Clinical Cases*, vol. 4, no. 11, p. 356-363, Nov. 2016.

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.

HOLMSTRUP, P., DABELSTEEN, E. Oral leukoplakia: to treat or not to treat. *Oral diseases*, vol. 22, no. 6, p. 494-497, Sept. 2016.

HUJOEL, P. P.; LINGSTRÖM, P. Nutrition, dental caries and periodontal disease: a narrative review. *Journal of Clinical Periodontology*, vol. 44 (Suppl. 18), p. S79-84, Mar. 2017.

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*, Rio de Janeiro, vol. 30, no. 6, p. 466-468, Dec. 2017.

MALTA, D. C. et al. Prevalence of altered total cholesterol and fractions in the Brazilian adult population: national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 22 (Suppl 2), p. 1-13, Oct. 2019.

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.

STAINES, K.; ROGERS, H. Oral leukoplakia and proliferative verrucous leukoplakia: A review for dental practitioners. *British Dental Journal*, vol. 223, no. 9, p. 655-661, Dec. 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.

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

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