

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE ARAÇATUBA – FACULDADE DE ODONTOLOGIA



ROTEIROS DE AULAS DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

BIASOLI
MIYAHARA
BERNABÉ
FURUSE
TJIOE



1ª edição

2015

**Eder Ricardo BIASOLI
Glauco Issamu MIYAHARA
Daniel Galera BERNABÉ
Cristiane Fumiko FURUSE
Kellen Cristine TJIOE**

**ROTEIROS DE AULAS
DA DISCIPLINA DE
ESTOMATOLOGIA**

1ª EDIÇÃO

Araçatuba

Faculdade de Odontologia
do Campus de Araçatuba da
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho” – UNESP

2015



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Faculdade Odontologia do Campus de Araçatuba
Rua José Bonifácio, 1193, Vila Mendonça – Araçatuba – SP
CEP 16015-050
Acesse: <http://www.foa.unesp.br>

Catálogo-na-Publicação (CIP)

Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

R433 Roteiros de aulas Disciplina de Estomatologia / Eder Ricardo Biasoli [et al.]. - Araçatuba : Unesp – Campus de Araçatuba, 2015
139 p. : il. ; tab.

ISBN

1. Estomatologia 2. Odontologia I. Biasoli, Eder Ricardo
II. Miyahara, Glauco Issamu III. Bernabé, Daniel Galera
IV. Furuse, Cristiane Fumiko V. Tjioe, Kellen Cristine

CDD 614.0981

Bibliotecário: Claudio Hideo Matsumoto

Capa: Kellen Cristine Tjioe

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida por qualquer meio ou forma sem a devida citação bibliográfica.

AUTORES

Prof. Adj. EDER RICARDO BIASOLI

- Residência em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Hospital A.C.Camargo (1986).
- Professor de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Fac. Odontologia do Triângulo Mineiro – (1986-1989).
- Membro do corpo clínico do Hosp. Dr. Hélio Angotti da Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central – Uberaba (1989-1990).
- Mestre e Doutor em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Fac. Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP (1989 – 1991).
- Membro do corpo clínico do Hosp. Sagrado Coração de Jesus – Santa Casa de Misericórdia – Araçatuba (desde 1995).
- Livre Docente em Estomatologia pela UNESP (1996).
- Supervisor do Centro de Oncologia Bucal – FOA – UNESP (1995 – 1999).
- Vice-Diretor da Fac. Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP (1999 – 2002).
- Diretor de Fomento à Pesquisa da Fundação para o Desenvolvimento da UNESP – FUNDUNESP (2001 – 2005).
- Presidente da Fundação para o Desenvolvimento da UNESP – FUNDUNESP (2004 – 2005).
- Membro da Special Operation Medical Association – SOMA.
- Vice-Supervisor do Centro de Oncologia Bucal – FOA – UNESP (2013 – 2015).

Prof. Titular GLAUCO ISSAMU MIYAHARA

- Mestre em Patologia Bucal, Fac. Odontologia do Campus de São Paulo da Univ. de São Paulo (1994).
- Especialista em Patologia Bucal pelo Conselho Regional de Odontologia/São Paulo (1996).
- Professor de Estomatologia do Curso de Odontologia da Universidade Paulista – UNIP – Araçatuba (1995 – 2000).
- Especialista em Ortodontia pela Sociedade Paulista de Ortodontia (1997).
- Doutor em Estomatologia, Fac. Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP (2001).
- Especialista em Estomatologia pelo Conselho Regional de Odontologia/São Paulo (2003).
- Livre Docente em Estomatologia pela UNESP (2008).
- Supervisor do Centro de Oncologia Bucal – FOA – UNESP (2011– 2015).
- Supervisor do Centro de Oncologia Bucal – FOA – UNESP (atual).
- Responsável pela linha de pesquisa em HPV e Câncer do Centro de Oncologia Bucal.

Prof. Ass. Dr. DANIEL GALERA BERNABÉ

- Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Hospital das Clínicas da Fac. Medicina da USP (2003).
- Especialista em Estomatologia pelo Conselho Regional de Odontologia/São Paulo (2005).
- Mestre e Doutor em Estomatologia, Fac. Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP (2009).
- Pós-Doutorado no Laboratório de Imunofarmacologia do Dep. de Ciências Básicas da Fac. Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP (2009-2011).
- Pós-Doutorado no Bluestone Center for Clinical Research e Cancer Pain Laboratory da New York University – NYU – Estados Unidos da América (2011 - 2012).
- Vice-Supervisor do Centro de Oncologia Bucal – FOA - UNESP (atual)
- Responsável pela linha de pesquisa Psiconeuroimunologia e Câncer do Centro de Oncologia Bucal.

Prof^a. Dr^a. CRISTIANE FUMIKO FURUSE

- Residência em Estomatologia, Complexo Hospitalar do Heliópolis (2001).
- Especialista em Estomatologia pelo Conselho Regional de Odontologia/São Paulo (2001).
- Mestre e Doutora em Estomatologia, Fac. Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP (2006).
- Professora Substituta da Disciplina de Estomatologia da Fac. Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP (2011-2014).
- Professora do Curso de Odontologia das Faculdades Integradas Adamantinense – FAI, Disciplinas de Anatomia Humana e Estomatologia (desde 2012).
- Coordenadora de Clínica do Curso de Odontologia das Faculdades Integradas Adamantinense – FAI (desde 2013).

Prof^a. Dr^a. KELLEN CRISTINE TJIÖE

- Mestre em Estomatologia, Fac. Odontologia do Campus de Bauru da Universidade de São Paulo – USP (2011).
- Especialista em Radiologia Odontológica pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC – Bauru – USP (2012).
- Doutorado sanduiche do Institute Cochin - Centre de Recherche Biomédicale , França (2013-2014)
- Doutora em Patologia Bucal, Fac. Odontologia do Campus de Bauru da Universidade de São Paulo – USP (2015).
- Professora Substituta da Disciplina de Estomatologia da Fac. Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP (2015).

PREFÁCIO

CARÍSSIMO ACADÊMICO DE GRADUAÇÃO,

Este livro tem o objetivo de auxiliá-lo nas aulas teóricas da Disciplina de Estomatologia. Ele reúne todos os Roteiros de Aulas distribuídos aos senhores no início de cada aula.

Sua utilização é importante para que os senhores prestem maior atenção durante as aulas, anotando somente dados que o professor ressaltar.

Dessa maneira, a hora-aula será muito mais proveitosa, pois sua atenção estará voltada às explicações e exemplos dados pelo professor durante a aula.

Outro fato é que sempre estará à disposição dos senhores o assunto dado em sala de aula, facilitando posterior consulta e estudo.

Esperamos que esta publicação atinja seus objetivos.

Bom estudo.

**Atenciosamente,
Os autores.**

SUMÁRIO

Fundamentos de Semiologia	06
Dados vitais	13
Urgência e emergência no consultório	18
Aspectos clínicos normais e variações do aspecto normal da mucosa bucal	25
Lesões fundamentais	30
Relacionamento profissional/paciente	36
Exames complementares de anatomia patológica	42
Exames complementares de medicina laboratorial	50
Lesões brancas da mucosa bucal	63
Lesões nodulares e vegetantes da mucosa bucal	68
Lesões pigmentadas da mucosa bucal	75
Processos purulentos bucofaciais	81
Lesões vésicobolhosas	91
Semiologia das lesões ulceradas	96
Dor orofacial	102
Glândulas salivares	107
Semiologia das lesões ósseas dos maxilares	111
Cistos dos maxilares	117
Neoplasias odontogênicas benignas do osso	127
Câncer de boca	132

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: FUNDAMENTOS DE SEMIOLOGIA

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos as manobras e as condutas semiotécnicas visando a identificação de alterações ou doenças que acometem o complexo buco-maxilo-facial, bem como a importância do prontuário tanto como registro de evolução clínica quanto registro judicial.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber executar o exame clínico de um paciente.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000. 243p.
2. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
5. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
6. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.
7. SILVERMAN JÚNIOR, S.; EVERSOLE, L.R.; TRUELOVE, E.L. **Fundamentos de medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nosso objetivo é:

- Apresentar conceitos, métodos para identificação de uma doença e a semiotécnica do exame clínico.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo, seguiremos o seguinte sumário:

i. DESENVOLVIMENTO

1. Conceitos
2. Nomenclatura
3. Ficha clínica
4. Exame clínico
5. Diagnóstico
6. Prognóstico
7. Tratamento

c. Motivação

Para se chegar a identificação de uma doença (diagnóstico), é necessária a realização da investigação de sua manifestação, tanto anatômica quanto clínica. A investigação da sintomatologia torna-se um desafio para o profissional, pois é a análise desta metodologia que irá nortear o tratamento do paciente.

2. DESENVOLVIMENTO

Para o processo do diagnóstico, é necessário que o acadêmico tenha conhecimento das nomenclaturas e da metodologia do emprego de técnicas de exame clínico. Portanto, torna-se fundamental para o exercício da profissão de saúde o conhecimento destas técnicas.

1. CONCEITOS

Nos primeiros relatos da humanidade, o médico era uma mistura de mágico e sacerdote. Com a civilização grega e com Hipócrates (460-355 a.C.), surge a medicina empírica devido a valorização da observação clínica pela anamnese e o exame físico. Nesta época, é introduzido o diagnóstico, palavra derivada do grego *diagnosis*, que significa “ato de discernir”. Portanto, passou-se a identificar as doenças pelas suas características e a partir deste conhecimento, observou-se suas evoluções, dando início ao estudo do prognóstico das mesmas.

Atualmente denomina-se:

- **Diagnóstico diferencial** é a relação de doenças ou alterações que mostram sinais e sintomas semelhantes e são compatíveis com uma determinada lesão.
- **Diagnóstico clínico ou hipótese diagnóstica** identifica uma doença pela anamnese e exame físico (exame clínico), dentre aqueles relacionados no diagnóstico diferencial que apresenta maior coincidência de detalhes de uma determinada doença.

- **Diagnóstico sindrômico** é a identificação de uma síndrome.
- **Diagnóstico definitivo ou diagnóstico final** é o descobrimento ou reconhecimento de uma lesão.

2. NOMENCLATURA

Estomatologia

Palavra de origem grega na qual *stómato*, *stomus* significa “boca” e *lógos*, “ciência, estudo, tratado”. Estomatologia significa o estudo das afecções da boca.

Semiologia

Palavra de origem grega onde *semeyon* significa “sinal, sintoma” e *lógos* “ciência, estudo, tratado”. Semiologia refere-se à ciência ou ao estudo dos sinais e sintomas e à arte de interpretá-los.

Semiotécnica

Técnica de obtenção dos sinais e sintomas.

Propedêutica clínica

Palavra de origem grega na qual *propedeuticus* significa “que serve de introdução a uma arte ou ciência; preliminar”. A propedêutica clínica engloba a análise e valorização dos dados (informações) obtidos relacionando-os com as possíveis causas e efeitos de uma lesão, propondo um diagnóstico diferencial.

Semiogênese

Semeyon (grego), sinal ou sintoma e *genesis* (grego), *genese* (latim), geração, origem, formação. Semiogênese são os mecanismos de formação dos sinais e sintomas (etiofisiopatogenia).

Sinal

Dado objetivo que pode ser notado pelo profissional, tanto por semiotécnica, quanto meios subsidiários. Exemplos: vômito, cianose, pulsação, bolha, úlcera.

Sintoma

Sensação subjetiva relatada durante a anamnese pelo paciente e não visualizada pelo profissional. Exemplos: dor, queimação, tontura, formigamento.

Sintomatologia

É o conjunto de sinal e sintoma. Exemplo: cianose labial associada a dor local.

Síndrome

Conjunto de sinais e/ou sintomas que caracterizam uma doença.

Sinal ou sintoma prodrômico

É o sinal ou sintoma que precede o aparecimento de uma doença. Exemplo: prurido peri labial que antecede a formação das vesículas na infecção pelo vírus do herpes simples tipo I.

Sinal ou sintoma patognomônico

É o sinal ou sintoma que por si só define a doença. Exemplo: vesículas na infecção pelo vírus do herpes simples tipo I.

Saúde e Doença

A definição de saúde e doença é complexa e difícil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como saúde o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou invalidez. Portanto, doença corresponde tanto a perda da função biológica quanto do equilíbrio psíquico e da sociabilidade do indivíduo. A palavra doença, entretanto, deriva do latim *doentia* que significa dor, sofrimento.

3. FICHA CLÍNICA

A ficha clínica ou prontuário é o documento no qual são registrados todos os dados do paciente durante o seu tratamento. Ela deve ser minuciosamente preenchida pois auxilia o cirurgião-dentista a se recordar dos procedimentos realizados além de se constituir em um documento com valor jurídico.

Os dados pessoais, demográficos e de contato do paciente devem ser incluídos na ficha clínica. Em seguida, seguem os achados encontrados durante a anamnese e o exame físico e, por fim, o diagnóstico clínico, condutas adotadas e o diário do que foi feito a cada consulta.

É importante que o profissional mantenha uma cópia de todas as prescrições e exames complementares solicitados anexados ao prontuário. Ademais, tanto o cirurgião-dentista quanto o paciente devem assinar a ficha clínica. Desta forma, o profissional se resguarda legal e eticamente, uma vez que o prontuário tem valor jurídico e de auditoria em eventuais litígios.

Existem diferentes tipos de fichas ou prontuários sendo que todos devem conter a identificação, a história clínica, o exame físico, os exames complementares solicitados e seus resultados, o diagnóstico, as condutas terapêuticas e o seguimento do paciente. Deve ser salientado que a ficha clínica ou prontuário é um documento que pertence ao paciente ficando sob a guarda do profissional ou da instituição.

4. EXAME CLÍNICO

O **exame clínico** é dividido em duas etapas, uma subjetiva, a **anamnese**, na qual o paciente relatará sua percepção sobre os sinais e sintomas, e a etapa objetiva, o **exame físico**, onde o profissional irá descrever detalhadamente os sinais e pesquisará os sintomas relatados pelo paciente.

Materiais e equipamentos necessários para o exame do paciente:

- Ambiente próprio com iluminação adequada
- Equipamentos de proteção individual
- Abaixadores de língua
- Compressas de gaze
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Termômetro clínico
- Relógio com contador de segundos
- Ficha clínica ou prontuário
- Caneta

ANAMNESE

Para melhor organização, a anamnese é dividida nas seguintes partes:

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

2. QUEIXA PRINCIPAL

Deve-se anotar o motivo que levou o paciente a procurar o profissional com as palavras do paciente de maneira sucinta e breve.

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

História da queixa principal em narrativa cronológica e clara. Faz-se:

- Caracterização da sintomatologia: percepção, periodicidade, frequência, alívio/exacerbação e agravamentos
- Desenvolvimento: evolução até o presente
- Tratamentos e seus resultados
- Exames complementares realizados e seus resultados
- Estado atual da doença

4. HISTÓRIA BUCODENTAL

Refere-se as experiências com o sistema odontoestomatognático (higiene oral, trauma, tratamento ortodôntico, uso de próteses, cirurgias e intercorrências)

5. HISTÓRIA MÉDICA

Atual e pregressa. Deve-se questionar:

- Doenças comuns na infância, vacinas
- Procedimentos cirúrgicos e internações prévias, transfusão de sangue
- Uso de medicamentos, alergias, traumatismos
- Última consulta ao médico

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

Anotar os antecedentes familiares dignos de nota.

7. HÁBITOS E VÍCIOS

Anotar o tipo de hábito e/ou vício, há quanto tempo o paciente apresenta este hábito e/ou vício e a quantidade utilizada ao dia.

EXAME FÍSICO

1. RECURSOS SEMIOTÉCNICOS

É de fundamental importância que o profissional utilize seus órgãos dos sentidos no exame físico do paciente e estas habilidades devem ser treinadas para que o profissional se torne capacitado para o exame.

1.1. Inspeção

O profissional utiliza-se da **visão**. A inspeção inicia-se no momento que o paciente entra no consultório, momento em que o cirurgião-dentista deve observar se já há alguma alteração visível, como dificuldade da marcha, assimetrias corporais, manchas e/ou lesões de pele entre outros. A inspeção demanda uma boa iluminação e o posicionamento do paciente deve ser adequado. Durante o exame físico, é necessário que se observe cautelosamente cada região anatômica; o profissional deve procurar, perceber e distinguir as

alterações de cor, textura, superfície, contorno e tamanho, além de reconhecer as variações do aspecto normal da boca.

1.2. Palpação

Corresponde ao tato e à pressão realizados numa determinada área. O tato fornece dados sobre a porção superficial e a pressão, sobre a porção profunda bem como sua consistência e temperatura local.

Tipos de palpação:

- **Digital:** Utiliza-se o dedo indicador, geralmente em áreas próximas ao tecido ósseo. No caso de exercer pressão do indicador contra a área tem-se a digitopressão.
- **Bidigital:** Utiliza-se o dedo indicador e o polegar da mesma mão, formando uma espécie de pinça.
- **Vitropressão ou diascopia:** É uma técnica descrita dentro da semiotécnica da palpação, sendo realizada por meio de uma lâmina de vidro de microscopia comprimindo-a contra a área. Geralmente, é utilizada para diferenciar as lesões pigmentadas das lesões vasculares.
- **Bimanual:** Quando se utilizam as duas mãos, empregada na palpação de glândula submandibular e soalho de boca.

1.3. Percussão

Corresponde a golpes controlados e rápidos em determinada estrutura, podendo ser realizada com os dedos ou algum instrumento, por exemplo, o uso da percussão com o cabo do espelho para confirmação do diagnóstico de pulpite.

1.4. Auscultação

Utiliza-se o sentido da audição. Este sentido pode ser ampliado com o emprego do estetoscópio. É utilizado, na Odontologia, na ausculta de ruídos da articulação temporomandibular.

1.5. Olfacção

Esta semiotécnica é pouco utilizada, sendo realizada através do olfato. Exemplos: hálito cetônico em pacientes diabéticos descompensados, hálito com cheiro de urina nos pacientes com uremia, o cheiro mais intenso de pus infectado por bactérias anaeróbias, o odor de cadaverina e putrescina dos pênfigos e carcinomas em estágio avançados e a halitose por si só, que pode apresentar diferentes causas.

2. EXAME FÍSICO GERAL

Avalia desde o estado geral, marcha e nível de consciência, aspectos culturais, emocionais e até o biótipo do paciente.

3. EXAME FÍSICO LOCAL OU LOCORREGIONAL

Examina-se as estruturas da cabeça e do pescoço. Através de manobras semiotécnica, avaliam-se os sinais presentes.

3.1. Exame físico extrabucal

- Cabeça
- Nariz
- Olhos
- Ouvidos
- Pescoço
- ATM

3.2. Exame físico intrabucal

Inclui o exame dos tecidos moles (lábios, palato, orofaringe e língua) e dos tecidos ósseos (maxila, mandíbula, rebordo alveolar e dentes) bucais. É essencial que o profissional siga uma sistemática de exame físico intrabucal, sem alterar a ordem de análise dos sítios anatômicos de acordo com a queixa principal do paciente. Desta forma, dificilmente o cirurgião-dentista se deixará influenciar pelas hipóteses do paciente além de detectar eventuais alterações em outras localizações.

5. DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico diferencial é a relação de doenças ou alterações que mostram sintomatologia semelhantes e são compatíveis com uma determinada lesão.
- Diagnóstico clínico ou hipótese diagnóstica identifica uma doença pela anamnese e exame físico (exame clínico), dentre aqueles relacionados no diagnóstico diferencial que apresenta maior coincidência de detalhes de uma determinada doença.
- Diagnóstico sindrômico é a identificação de uma síndrome.
- Diagnóstico definitivo ou diagnóstico final é o descobrimento ou reconhecimento de uma lesão.

CAUSAS DE ERROS NO DIAGNÓSTICO:

- Ignorância ou falta de conhecimento;
- Exame mal feito, os mais comuns;
- Erro de interpretação de dados clínicos ou de resultados de exames complementares.

6. PROGNÓSTICO

É a predição da evolução de uma doença e suas consequências. Pode ser classificado em relação a vida, ao órgão e à cura, como bom, mau, duvidoso ou incerto.

7. TRATAMENTO

O tratamento ou terapêutica depende do diagnóstico correto. Os tipos de tratamento são:

- **Etiológico, específico ou causal:** Combate-se a causa como primeira opção. Exemplo: Antibioticoterapia no caso de celulites.
- **Suporte ou complementar:** Visa atuar no restabelecimento das condições gerais do paciente. Exemplo: Dieta alimentar, apoio psicológico.
- **Sintomático ou paliativo:** Visa proporcionar maior conforto ao paciente, direcionado ao alívio dos sintomas. Exemplo: Analgésico para cefaléia.
- **Expectante:** De acordo com o diagnóstico clínico é realizado apenas o acompanhamento do paciente. Exemplo: Úlcera traumática.

3. CONCLUSÃO

Ao final da aula, o aluno deverá ser capaz de entender os conceitos de semiologia, saber preencher a sequência da ficha clínica, empregar os métodos para diagnóstico, bem como conhecer a semiotécnica do exame clínico.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: DADOS VITAIS

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos a necessidade e importância dos exames de consultório relacionados aos dados vitais, teste de sensibilidade e semiotécnicas.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber avaliar os dados vitais.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D., ed. **Cecil tratado de medicina interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2 v.
2. PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1317 p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. SACHER, R.A.; MCPHERSON, R.A. **Widmann : interpretação clínica dos exames laboratoriais**. 11. ed. São Paulo: Manole, 2001. 1102 p.
5. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.

AUXILIARES:

6. Revistas, jornais e internet.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Demonstrar a importância da coleta dos dados vitais no início da consulta odontológica, da solicitação de testes de medicina laboratorial e da semiotécnica.
- Ensinar como é realizado e a importância do monitoramento dos dados vitais.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

MONITORAMENTO DOS DADOS VITAIS

1. Pulso
2. Temperatura
3. Pressão arterial
4. Frequência respiratória
5. Dor

c. Motivação

No exame físico, o profissional tem o dever de mensurar os dados vitais do paciente para que, por meio deles, possa identificar alterações clínicas sistêmicas que por ventura interferem no tratamento odontológico. Também deve relacionar possíveis alterações com sinais e sintomas no sentido de identificação de doenças sistêmicas que possam também interferir no complexo maxilomandibular, obtendo as hipóteses diagnósticas e encaminhando para o especialista. Assim, torna-se essencial o controle dos dados vitais e o acompanhamento clínico para o cirurgião-dentista diferenciar e poder prevenir situações de risco no ambulatório odontológico.

2. DESENVOLVIMENTO

MONITORAMENTO DOS DADOS VITAIS

Para obtenção dos valores dos dados vitais dos pacientes, são necessários equipamentos baratos e calibrados, como um bom termômetro e esfigmomanômetro. Para orientação da utilização dos testes de sensibilidade e semiotécnica, é importante o conhecimento técnico na formação básica do cirurgião-dentista.

1. PULSO

É a obtenção do número de batimentos (pulsações) do coração medidos externamente por meio da palpação de uma artéria superficial. Nessa técnica, pode-se observar o ritmo do coração – frequência –, o número de batidas – bradi ou taquicardia – e se a pulsação arterial é fraca ou forte. Assim, o cirurgião-dentista poderá identificar alterações cardíacas e analisando a melhor conduta para o paciente. Os valores normais são:

- Infantes com menos de 1 ano: 100-160 bpm
- Entre 1 e 10 anos: 70-120 bpm
- Adulto: 60-100 bpm
- Atletas profissionais ou amadores: 40-60 bpm

O exame pode ser realizado nas seguintes regiões:

- Radial
- Carotídeo
- Subclávio
- Axilar
- Braquial
- Aórtico abdominal
- Femoral
- Poplíteo
- Pedioso
- Tibial posterior

2. TEMPERATURA

É a obtenção do valor da calorimetria do corpo humano e é dividida em pele e corporal. Para sua medição, o cirurgião-dentista deve conhecer os métodos e os tipos de aparelhos que podem ser utilizados para cada método. A temperatura da pele não deve ser confundida com a temperatura corporal.

PELE

Para mensuração da temperatura cutânea, é utilizada a polpa digital ou o dorso da mão e comparada com o lado oposto ou adjacente. Pode ser empregada nos casos de abscesso e enfisemas subcutâneos.

- Normotérmica
- Hipertérmica
- Hipotérmica

CORPORAL

Para sua mensuração, é necessário equipamento específico, podendo ser eletrônico ou de mercúrio com graduação. Para se obter a temperatura correta, é importante a observação do tempo de espera, que deve ser fornecido pelo fabricante do equipamento.

Os agentes pirogênicos são substâncias tóxicas que causam variação no termostato hipotalâmico e são compostos por algumas proteínas ou por seus produtos de hidrólise. Os mecanismos de ação podem ser: **Exógeno**, quando a ação nos leucócitos resulta na liberação de IL-1, IL-2, IL-3, fator de necrose tumoral e interferon-alfa 1; ou **Endógeno**, quando na circulação sanguínea chegam ao SNC estimulando a liberação de ácido araquidônico e a síntese de prostaglandina (principalmente a E2) que atuará no hipotálamo, causando a febre.

Na característica semiológica da febre, deve-se ater as características do seu início, sua intensidade e duração. Quanto ao início, deve-se observar se foi gradual ou súbito, febre leve ou febrícula quando a temperatura corporal for até 37,5°C, moderada quando estiver dentro dos limites de 37,5 e 38,5°C e alta ou elevada quando acima de 38,5°C. Em relação a duração pode ser curta ou prolongada quando durar mais que 14 dias sem diagnóstico. Nesses casos deve-se avaliar a possibilidade de tuberculose, septicemia, malária, endocardite, febre tifóide, linfoma e pielonefrite. Em relação a evolução pode ser contínua, séptica ou irregular, remittente, intermitente e recorrente ou ondulante. A medida da temperatura deve ser anotada em períodos de 4 em 4 horas, 6 em 6 horas, uma ou duas vezes ao dia, dependendo da situação.

- Axial: O termômetro é colocado na axila do paciente, geralmente aguarda-se três minutos. Antes de colocar o termômetro na axila é necessário observar o nível do mercúrio na graduação do equipamento. Esse termômetro deve ser guardado em frasco com sua ponta ativa mergulhada em algodão embebido em álcool.
- Oral

- Retal: Deve-se tomar cuidado, pois o equipamento para esse método é diferente do termômetro comum, utilizado para axila e boca.
- Timpânico: Para essa medida deve-se empregar aparelho apropriado.
- Arterial pulmonar
- Esofágico
- Nasofaríngeo
- Vesical

3. PRESSÃO ARTERIAL

Para mensurar a pressão arterial, há duas possibilidades, a direta feita intra-arterial e a indireta com esfigmomanômetro. A relação simplificada determinante da pressão arterial é Pressão Arterial (PA) = Débito Cardíaco (DC) X Resistência Periférica (RP), devendo ser lembrado que vários fatores interferem em cada uma destas variáveis PA, DC e RP. Por outro lado, não a determinante mas a equação de regulação da pressão arterial proposta por Page é Perfusão Tissular (PT) = Pressão Arterial (PA) / Resistência (R). Deve ser recordado que vários órgãos e substâncias participam do processo de regulação da pressão arterial, como córtex cerebral, hipotálamo, centros vasomotores, sistema nervoso autônomo, suprarenais, rins, barorreceptores e algumas vias neurogênicas como o nervo de Cyon e o de Hering. A rotina para mensuração da pressão arterial é feita de maneira indireta utilizando equipamentos aneróide, eletrônico ou coluna de mercúrio.

TÉCNICA DE MEDIDA INDIRETA

1. Repouso mínimo de 3 minutos
2. Local tranquilo
3. Posicionar o paciente confortavelmente – sentado, deitado ou em pé
4. Artéria braquial nivelada na altura do coração – 4º espaço intercostal
5. Palma da mão voltada para cima
6. Aparelho calibrado
7. Posicionar manquito 2cm acima da fossa cubital
8. Localizar pulso radial
9. Inflar manquito até desaparecer o pulso
10. Colocar o estetoscópio na região da artéria braquial
11. Insuflar manquito até 30 mmHg acima da medida anterior
12. Primeiro som corresponde a Fase I – sístole
13. Último som corresponde a Fase IV-V – diástole

ERROS NA MEDIDA DA PA

- Posicionamento incorreto do paciente
- Obesidade
- Dor
- Atividade física recente
- Tabagismo recente – até 1 hora antes da medida
- Ingestão recente de bebida alcoólica – até 1 hora antes da medida
- Ingestão recente de café – até 1 hora antes da medida

CLASSIFICAÇÃO DA PA PARA MAIORES DE 18 ANOS

- Ótima: menor que 80 x 120 mmHg
- Normal: entre 80 e 85 e 120 e 130 mmHg
- Limítrofe: entre 130 e 139 e 85 e 89 mmHg
- Isolada: menor que 90 e maior que 140 mmHg
- Hipertensão
- Estágio I: 90<99 e 140<159 mmHg
- Estágio II: 100<109 e 160<179 mmHg
- Estágio III: >110 e >180 mmHg.

4. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

A medição da frequência respiratória deve ser realizada com o paciente em decúbito dorsal e contar quantas vezes o tórax é insuflado durante o período de 1 minuto. Os valores normais são para recém-nascidos cerca de 44 respirações por minuto, bebês entre 20 e 40 respirações por minuto (R/M), infantes até 4 anos entre 20 e 30 R/M, crianças entre 5 e 12 anos entre 16 e 25 R/M, adultos entre 14 e 18 R/M e idoso entre 19 e 26 R/M. Alterações na frequência respiratória pode indicar alteração pulmonar ou de vias aéreas superiores, bem como problema cardiovascular.

5. DOR

Atualmente o sintoma dor é considerado como o quinto sinal vital. Entretanto, será estudado com maiores detalhes na aula sobre dor orofacial. Nesse momento cabe salientar sobre a escala visual, dividida em leve, moderada e intensa, que deverá ser apresentada ao paciente e solicitado para que ele aponte o grau de intensidade que está vivendo.

3. CONCLUSÃO

No final da aula o aluno deverá ser capaz de responder questões sobre dados vitais como técnicas, equipamentos e interpretação dos dados.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONSULTÓRIO

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos as possíveis e mais comuns intercorrências que podem ser presenciadas pelos profissionais de saúde, não só no ambiente ambulatorial, mas em qualquer local. Também é indicada a conduta imediata e mediata, dependendo de cada caso específico, bem como a transferência a Pronto-Socorro ou outro local de atendimento médico de urgência/emergência mais próximo.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Conseguir identificar possíveis intercorrências e prestar pronto atendimento ao paciente.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D., ed. **Cecil tratado de medicina interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2 v.
2. PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1317 p.
3. PORTO, C.C. **Exame clínico: bases para a prática médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 544 p.

AUXILIARES:

4. Revistas, jornais e internet.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Demonstrar a importância tanto do reconhecimento quanto do atendimento de intercorrências no ambulatório odontológico
- Apresentar meios de minimizar ou evitar possíveis intercorrências durante o atendimento odontológico
- Como proceder frente a intercorrências

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. Diferença entre urgência e emergência
2. Alergia
3. Asma
4. Rinite
5. Doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC
6. Hiperventilação
7. Diabetes
8. Endocardite bacteriana/febre reumática
9. Hipertensão
10. Infarto do miocárdio
11. Insuficiência cardíaca
12. Artrite reumatóide
13. Lipotímia/síncope vasovagal
14. Epilepsia
15. Nefropatia/insuficiência renal
16. Sida/hepatite/herpes simples/varicela zoster
17. Gastrite/úlcera péptica
18. Neurose depressiva
19. Material de emergência
20. Traqueostomia

c. Motivação

No atendimento médico-odontológico, várias são as possibilidades de ocorrer uma intercorrência durante o procedimento ambulatorial. Dessa maneira, torna-se importante a apresentação aos alunos, que viverão a experiência, provavelmente pela primeira vez, do atendimento clínico ambulatorial, das prováveis manifestações clínicas que ele poderá presenciar. Assim, caso alguma intercorrência venha ocorrer, ele deverá estar preparado para prestar o primeiro atendimento.

2. DESENVOLVIMENTO

Para o processo do reconhecimento das intercorrências, é necessário que o acadêmico tenha conhecimento dos sinais e sintomas que antecedem tais intercorrências. Esse conhecimento fará com que o aluno se antecipe a uma situação que poderá afetar o tratamento odontológico e colocar o paciente em risco de morte. Desse modo, é importante que o aluno grave os sinais e sintomas clínicos que antecedem as intercorrências e interfira para sua reversão.

1. DIFERENÇA ENTRE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Urgência indica que o atendimento deve ser o mais rápido possível, mas não implica em risco imediato de morte. Emergência indica a necessidade de atendimento imediato, pois implica em risco de morte iminente. Esta diferenciação etimológica ocorre na medicina.

2. ALERGIA

Pode ser **local** quando envolve uma área da pele ou mucosa; geralmente quando há o contato localizado com o alérgeno. Manifesta-se como um eritema pruriginoso e pode se apresentar em uma área específica ou disseminada. A alergia também pode ser **sistêmica** e geralmente está associada a alimento ou administração de medicamentos. Nesse caso, a concentração da substância é importante e a reação deve ser observada, pois quanto mais rápido aparecer a sintomatologia, mais rápida será a evolução para edema de Quincke ou edema angioneurótico. O quadro alérgico sistêmico inicia-se com prurido e eritema, evoluindo para angioedema e cianose. O tratamento para reações cutâneas é a aplicação de anti-histamínico e corticoide VO, com monitoração dos dados vitais. Nos casos de angioedema, é indicada a aplicação IM de corticoide, seguida de anti-histamínico IM ou VO com monitoração dos dados vitais. Em pacientes com sibilos e cianose, administrar corticoide e anti-histamínico IM, adrenalina 1:1000 na quantidade de 0,3ml IM, oxigenioterapia, manter os sinais vitais e traqueostomia.

3. ASMA

Os fatores predisponentes que levam ao desenvolvimento do broncoespasmo no ambulatório odontológico são estresse emocional, fármacos e micro-organismos. Os sinais clínicos dependem da gravidade do caso. Na leve/moderada ocorre sibilos audíveis, dispneia, taquicardia, ansiedade e tosse. Na severa há dispneia, cianose, rubor, ansiedade, confusão mental e sudorese. Quando ocorrer esses sinais o profissional deve estar atento e interromper o procedimento odontológico, posicionar o paciente sentado com encosto da cadeira a 90°, administrar broncodilatador, oxigenioterapia e monitorar os dados vitais.

4. RINITE

Atualmente, a vigilância sanitária não fornece autorização de funcionamento a clínicas que não sigam as normas sanitárias para a área da saúde. Por esse motivo, o ambulatório deve ser o mais despojado possível de adornos ou áreas que possam reter micro-organismos e dificultar a limpeza. Nos casos de crise, deve-se evitar o atendimento, pois há risco de aspiração.

5. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Pacientes com DPOC podem ter sua doença agravada com o estresse emocional. Assim, o atendimento odontológico deve ser realizado com monitoração de dados vitais e o encosto da cadeira com inclinação de 90°. Em casos de apneia, o profissional deverá administrar ar comprimido e remover o paciente para atendimento médico especializado imediatamente.

6. HIPERVENTILAÇÃO

A hiperventilação é desencadeada quando o paciente é submetido a ansiedade ou estresse. O sinal clínico é dado pelo aumento da frequência respiratória. Nos casos em que o profissional sabe da propensão do paciente a desenvolver um episódio de hiperventilação, ansiolíticos devem ser prescritos antes do atendimento. Caso a hiperventilação ocorra durante a sessão, deve-se suspender o procedimento odontológico, posicionar o encosto da cadeira em 90°, acalmar o paciente, posicionar sua boca e nariz dentro de um invólucro plástico e monitorar seus dados vitais.

7. DIABETES

O atendimento do paciente diabético deve ocorrer somente quando sua glicemia estiver controlada. É prudente administrar ansiolítico, dar preferência ao período matutino, realizar antisepsia criteriosa e antibioticoterapia profilática em procedimentos cruentos.

Nos casos de confusão mental e perda de consciência, deve-se monitorar os dados vitais, realizar o glicoteste e administrar ampola de glicose 25% IV até o paciente recobrar a consciência. Caso não ocorra a saída do estado de choque, transferi-lo para atendimento médico de urgência. Nunca se deve administrar insulina sem realizar o glicoteste.

8. ENDOCARDITE BACTERIANA/FEBRE REUMÁTICA

Pacientes com algumas condições cardíacas como as citadas abaixo apresentam um risco maior de desenvolver infecções no endocárdio diante da ocorrência de bacteremia que não causaria nenhum dano à um indivíduo saudável. Procedimentos odontológicos cruentos e cirúrgicos são fontes de bacteremia e, portanto, requerem a profilaxia antibiótica, que tem a finalidade de evitar a instalação de uma infecção em pacientes propensos.

Segundo a *American Heart Association* (2007), a profilaxia antibiótica é indicada para pacientes:

- Com histórico de endocardite bacteriana
- Portadores de válvula cardíaca protética ou válvula cardíaca reparada com material protético
- Indivíduos submetidos à transplante cardíaco que desenvolveram valvulopatia
- Com as seguintes doenças cardíacas congênitas:
 - Cardiopatias cianóticas não tratadas
 - Defeito cardíaco congênito completamente reparado com material protético colocado cirurgicamente ou com catéter (somente durante os 6 meses após o procedimento, pois este é o tempo estimado para a endotelização do material protético)
 - Qualquer cardiopatia congênita tratada porém com defeito residual ou adjacente à região atingida.

É normatizada a prescrição de amoxicilina 2g VO uma hora antes do atendimento (somente uma vez) e nos casos de relato de reação alérgica a amoxicilina deve ser prescrita a cefalexina 2g VO uma hora antes do atendimento.

9. HIPERTENSÃO

A pressão arterial de todos os pacientes deve ser aferida antes de qualquer procedimento odontológico e toda queixa relatada durante a sessão deve ser considerada. Os pacientes hipertensos devem ser atendidos com monitor de dados vitais e com manguito posicionado, conferindo sua PA de 20 em 20 minutos. Nos casos de aumento da PA deve-se administrar VO um comprimido de captopril 25mg e aguardar a diminuição da PA.

10. INFARTO DO MIOCÁRDIO

O profissional deve diferenciar dor torácica da dor psicogênica e da dor epigástrica. O paciente com dor torácica refere forte sensação de pressão sobre o tórax, dor na região central do tórax irradiada para base da mandíbula, ombro esquerdo e braço esquerdo, odontalgia em todos os dentes e sensação de morte iminente. A queixa é feita após exercício físico, refeições, ansiedade ou estresse. Frente a esses sintomas, o profissional deve suspender o atendimento, reclinar o encosto da cadeira a 45°, administrar Isordil sublingual, oxigenioterapia, acalmar o paciente e monitorar os dados vitais. Nesses casos o pulso e a frequência respiratória estarão irregulares e a PA sistólica menor que 100mmHg. É imperativo providenciar a transferência imediata do paciente para unidade de tratamento especializado.

11. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Quando o paciente relata ser portador de insuficiência cardíaca o profissional deve dar preferência de agendamento pela manhã e com procedimentos rápidos.

12. ARTRITE REUMATÓIDE

Nesses casos, o profissional deve posicionar o paciente de forma mais confortável possível, ficar atento as medicações de rotina, eleger procedimentos rápidos e suspender o atendimento quando houver queixa de dor articular.

13. LIPOTIMIA/SÍNCOPE VASOVAGAL

Corresponde a perda transitória da consciência desencadeada por estresse. Os sinais clínicos são bradi ou taquicardia, palidez, sudorese, náusea, hipotensão e hipotermia de extremidades. A conduta indicada é a de reclinar o encosto da cadeira a 180°, pedir ao paciente que respire pausadamente após recobrar a consciência, tranquilizar o paciente, ventilar o local, descobrir o pescoço e o tórax, oxigenioterapia e monitorar os dados vitais.

14. EPILEPSIA

É caracterizada pela perda da consciência, movimentos involuntários e distúrbios do sistema nervoso autônomo. Pacientes com história médica de epilepsia devem ser medicados com ansiolíticos e o profissional

deve minimizar o estresse. Entretanto, nos casos de haver a manifestação da epilepsia, o profissional deve acomodar a cabeça do paciente e lateralizá-la, manter a boca aberta – se possível -, desobstruir vias aéreas superiores, descobrir pescoço e tórax e oxigenioterapia. O profissional deve ficar atento para os intervalos entre as crises.

15. NEFROPATIA/INSUFICIÊNCIA RENAL

Pacientes com história médica de insuficiência renal ou nefropatia requerem que o profissional verifique os dias em que são realizadas a hemodiálise e agende o atendimento para a data mais próxima após a sessão. Também é importante que o cirurgião-dentista fique atento às prescrições medicamentosas a serem realizadas, buscando drogas com menor nefrotoxicidade possível.

16. SIDA/HEPATITE/HERPES SIMPLES/VARICELA ZOSTER

Nesses casos, o profissional deve avaliar cada caso para intervir considerando o quadro clínico do paciente no momento da intervenção, atender sempre dentro dos padrões de biossegurança, respeitar a cadeia asséptica, observar manifestações bucais, empregar antibioticoterapia profilática quando indicada e estar ciente da doença do paciente.

17. GASTRITE/ÚLCERA PÉPTICA

Pacientes com esse quadro devem evitar passar por estresse durante o atendimento odontológico. Assim, o profissional deverá realizar pequenos procedimentos por sessão. Além disso, ele deverá estar atento às prescrições medicamentosas para evitar piora do quadro gástrico.

18. TRANSTORNO BIPOLAR/UNIPOLAR (TRANSTORNO MANÍACO-DEPRESSIVO), DE CARÁTER (ANTISOCIAL) OU ESQUIZOFRENIA

Uma das formas de psicose, doença mental grave, é a psicose maníaco-depressiva. Ela é quase tão comum como a esquizofrenia, a desordem mental mais frequente, e mais ou menos um terço de doentes internados em clínicas psiquiátricas pertencem a este grupo.

A psicose maníaco-depressiva pode instalar-se em qualquer idade, mas prevalece no grupo de 20 a 60 anos. As mulheres são mais frequentemente atingidas que os homens, constituindo aproximadamente dois terços de todos os casos.

A psicose maníaco-depressiva foi chamada loucura cíclica, em razão de ter ciclos alternados de mania e de depressão. Na fase maníaca, a pessoa pode dar mostras de uma energia tremenda, atividade incessante e bem-estar exagerado. A impulsividade e a excitação motora podem ser acentuadas e suas ideias são grandiosas e indubitavelmente agradáveis, expressando-se por um falar ininterrupto. Seu juízo parece desordenado e a capacidade para concluir os pensamentos bem diminuídos. Os modos se alteram bruscamente, até chegar à irritabilidade, maus modos e raiva, e nestes momentos pode aconselhar e criticar outras pessoas, tentando mostrar sua superioridade.

Como em outros casos de psicose, a pessoa afetada provavelmente tem planos ambiciosos. O psicótico

.....

maníaco-depressivo imagina que é uma personalidade exaltada e poderosa, talvez um grande cientista, ator, rei ou salvador da humanidade. Pode exigir atenção agressivamente, expressando seus desejos sem cessar. Durante a fase maníaca, pode mudar completamente as atitudes costumeiras, sua ética e moral pregadas anteriormente. Na maioria dos casos, apresenta-se então um erotismo acentuado e, às vezes, alcoolismo e toxicomania.

A hipomania ou mania menos aguda é uma forma mais benigna da mania. Aí, também, uma energia excessiva e grande atividade são os sintomas. O humor da pessoa e seu modo de falar tornam-se espalhafatosos ou entremeados com ataques de riso. Embora não existam ideias de grandeza, o hipomaníaco demonstra um excesso de amor-próprio que o leva a extremos. São frequentes as explosões de raiva e irritabilidade.

A fase maníaca da psicose maníaco-depressiva alterna-se com uma condição emocional dolorosa, na qual a pessoa se vê extremamente deprimida e miserável. Neste estado insultará a si mesma e se rebaixará desesperando-se por algum sentimento de culpa, sempre gerado por pecados e erros ilusórios.

Pode cogitar de suicídio, considerando-se como indigna de viver. As desilusões e alucinações são frequentes e sintomas tais como lentidão, incapacidade de tomar decisões e falta de concentração são bem grandes. Este estado depressivo da psicose deste tipo pode se fazer acompanhar de sintomas físicos tais como constipação, língua pegajosa, insônia, perda de peso e muitos outros. A atividade intelectual é suprimida, enquanto a pessoa se deixa envolver profundamente em ilusões perturbadoras e o estado de estupor não é raro. As mulheres tomam aversão por sexo e pelos homens.

Os ataques maníacos-depressivos, que podem ocorrer originalmente por tensão emocional grande, podem ser curtos ou durar muito tempo. Se forem isolados ou infrequentes, existe uma possibilidade de recuperação. Mas a cura total e completa é rara.

O profissional deve identificar, durante a anamnese, alterações comportamentais do paciente, bem como história de depressão e avaliar a oportunidade do tratamento odontológico. O profissional deve planejar sessões curtas e evitar procedimentos estressantes.

19. MATERIAL DE EMERGÊNCIA

No ambulatório odontológico, deve conter um armário ou caixa contendo:

- Isosorbide 10mq (isordil)
- Ampolas de glicose 25%
- Captopril 25 mq comprimidos
- Ampola de antihistamínico
- Ampola de corticoide (diprosan)
- Seringas Luer de 10ml com agulha
- Cilindro de oxigênio com máscara de inalação

20. TRAQUEOSTOMIA ALTA (CRICOTIROIDOTOMIA)

3. CONCLUSÃO

Ao final da aula o aluno deverá ser capaz de responder questões sobre sintomatologia das intercorrências, bem como sua conduta diante delas.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: ASPECTOS CLÍNICOS NORMAIS E VARIAÇÕES DO ASPECTO NORMAL DA MUCOSA BUCAL

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos as alterações clínicas que podem acometer a boca, mas que não são doenças e, na maioria dos casos não necessitam de tratamento, apenas orientação e esclarecimento ao paciente.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber distingui-las de lesões e manifestações bucais de doenças.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000. 243p.
2. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
5. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
6. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nosso objetivo é:

- Demonstrar clinicamente os tipos e manifestações das alterações que podem acometer a mucosa bucal e lingual mas que não correspondem a doenças.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. Apresentação do aspecto normal da mucosa bucal e lingual
2. Glândulas sebáceas ectópicas ou grânulos de Fordyce
3. Frênulos ou freios labiais
4. Papila parotídea proeminente
5. Linha alba de oclusão
6. Leucoedema
7. Melanoplasia – pigmentação melânica racial
8. Papilite foliada
9. Língua fissurada, escrotal ou cerebriforme
10. Língua crenada
11. Glossite rômbrica mediana
12. Língua saburrosa
13. Carúncula sublingual proeminente
14. Varicosidade lingual
15. Língua geográfica, glossite areata esfoliativa ou glossite migratória
16. Toro mandibular
17. Toro palatino
18. Papila incisiva
19. Ruqosidades palatinas
20. Tonsila palatina

c. Motivação

No exame clínico, o profissional relaciona os achados da anamnese aos sinais visualizados no exame físico obtendo seu diagnóstico definitivo. Assim, evitar-se-á tratamentos desnecessários e iatrogênicos.

2. DESENVOLVIMENTO

Para a introdução do aluno no diagnóstico de lesões bucais, é necessário o conhecimento das manifestações clínicas das alterações que podem ocorrer tanto na mucosa bucal quanto na língua. Dessa maneira, o profissional deverá identificar se o sinal clínico que está vendo trata-se de uma manifestação de doença ou apenas uma alteração da mucosa ou da língua. A importância dessa identificação é transmitir ao paciente a tranquilidade de que seu estado de saúde não está alterado, pois a manifestação é apenas uma variação do normal sem conotação patogênica e, na maioria dos casos, não requer tratamento.

1. APRESENTAÇÃO DO ASPECTO NORMAL DA MUCOSA BUCAL E LINGUAL

Será apresentado aos alunos, por meio de fotos projetadas, o aspecto clínico da mucosa bucal e língua.

2. GLÂNDULAS SEBÁCEAS ECTÓPICAS OU GRÂNULOS DE FORDYCE

A identificação de pontos ou placas de coloração amarelada na mucosa jugal, principalmente, indolor e de número variável recebem esta denominação. Essa alteração corresponde à glândulas sebáceas ectópicas e não requer tratamento, somente orientação para o paciente.

3. FRÊNULOS OU FREIOS LABIAIS

As mucosas labiais superior e inferior e assoalho bucal possuem na sua região mediana uma prega que as une ao rebordo alveolar ou gengiva na área entre os incisivos centrais. Se a inserção dessas bridas forem de volume demasiado para o local, ocorrerá a instabilidade de próteses, no caso de desdentados, e diastema, no caso da inserção estender-se até a região entre os incisivos. Nesses casos, está indicada a frenulectomia. Estas bridas também podem ocorrer nas laterais, regiões de caninos e pré-molares.

4. PAPILA PAROTÍDEA PROEMINENTE

Nas regiões jugais, próximo ao primeiro molar superior há uma proeminência que corresponde ao óstio do conduto parotídeo.

5. LINHA ALBA DE OCLUSÃO

Ainda na região jugal, em sua porção mediana, há uma saliência linear anteroposterior posicionada no mesmo plano que a linha de oclusão dos dentes. Esta saliência linear pode ter vários graus de coloração, indo do rosa ao branco.

6. LEUCOEDEMA

Principalmente nas pessoas da raça negra, quando há presença de edema intraepitelial, a mucosa jugal torna-se esbranquiçada ou acinzentada de padrão uniforme e opalescente. Nesse caso, poder-se-á realizar a tração da mucosa ou a diascopia, onde será observado o desaparecimento da área branca, tornando a mucosa jugal de coloração rosa.

7. PIGMENTAÇÃO MELÂNICA RACIAL – MELANOPLASIA

Corresponde a manchas de coloração escura que acomete, principalmente, a gengiva, podendo estar presente também na mucosa jugal, palato, língua e lábio. Esta manifestação corresponde à pigmentação por melanina.

8. PAPILITA FOLIADA

Essa papila encontra-se na borda posterior da língua que corresponde à tecido linfóide e podem mimetizar lesões quando proeminentes.

9. LÍNGUA FISSURADA, ESCROTAL OU CEREBRIFORME

O dorso da língua pode apresentar sulcos em número variável que se irradiam aleatoriamente formando fissuras. Nesses casos é indicada atenção especial à higienização do dorso da língua.

10. LÍNGUA CRENADA

É a denominação que se dá as marcas deixadas pelo contorno dos dentes na borda da língua.

11. GLOSSITE RÔMBICA MEDIANA

É localizada no terço posterior do dorso da língua na linha média, anteriormente as papilas calciformes, podendo apresentar-se como nódulo ou vegetação, lisa ou rugosa, de coloração avermelhada. É uma manifestação da candidíase e, em alguns casos, lesão semelhante é observada no palato devido ao contato das duas estruturas. Nestes casos, a glossite rômica mediana e a lesão do palato recebem o nome de “lesão beijada”.

12. LÍNGUA SABURROSA

É uma situação relacionada com a deficiência de higienização do dorso da língua e corresponde a restos alimentares e de biofilme removíveis à raspagem.

13. CARÚNCULA SUBLINGUAL

Correspondem a duas saliências localizadas no assoalho bucal lateralmente ao frênulo lingual e são os óstios das glândulas submandibulares.

14. VARICOSIDADE LINGUAL

Correspondem a nódulos pequenos e múltiplos localizados no ventre lingual decorrentes de ectasia vascular.

15. LÍNGUA GEOGRÁFICA, GLOSSITE AREATA ESFOLIATIVA OU GLOSSITE MIGRATÓRIA

A língua geográfica está relacionada a períodos de estresse e localiza-se no dorso lingual. Apresenta períodos de remissão e exacerbação, ardência e dor. Recebe essa denominação pela sua característica clínica apresentar-se como um mapa, onde áreas do dorso lingual estão despapiladas. No período de exacerbação do quadro clínico, deve-se evitar alimentação condimentada, cítrica e excessivamente quente.

16. TORO MANDIBULAR

Na região interna do corpo da mandíbula, na área de pré-molares, podem ocorrer nódulos uni ou multilobulares, duros à palpação e indolores podendo ser uni ou bilaterais. Quando são unilaterais, denomina-se exostose. Sua remoção está indicada quando compromete a instalação de próteses e compromete a função mastigatória do paciente.

17. TORO PALATINO

Idêntico ao anterior, difere somente quanto a localização anatômica que nesse caso é na região central do palato duro.

18. PAPILA INCISIVA E RUGOSIDADES PALATINAS

Estão localizadas na região anterior do palato duro. A papila incisiva é um nódulo na área central entre e imediatamente posterior aos incisivos superiores. As rugosidades palatinas são estrias laterais a papila incisiva e auxiliam na mastigação e podem servir como identificação pessoal.

19. TONSILA PALATINA

Localizadas posteriormente ao pilar amigdaliano anterior, as tonsilas palatinas possuem aspecto arredondado com fissuras e correspondem a órgãos linfáticos bilaterais. Quando inflamadas ou infectadas, aumentam de volume e causam dor.

3. CONCLUSÃO

- Será aproveitado o tema para relembrar a anatomia da mucosa bucal e os aspectos físicos das alterações que podem acometer a mucosa e língua, sem conotação patológica.
- No final da aula, o aluno deverá ser capaz de responder questões sobre as possíveis alterações da mucosa normal e suas denominações.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: LESÕES FUNDAMENTAIS

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos as lesões fundamentais que norteiam a descrição visíveis nos tegumentos cutâneo-mucoso.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber distinguir o aspecto clínico das lesões ou manifestações para descrevê-las.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D., ed. **Cecil tratado de medicina interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2 v.
2. PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1317 p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. SACHER, R.A.; MCPHERSON, R.A. **Widmann : interpretação clínica dos exames laboratoriais**. 11. ed. São Paulo: Manole, 2001. 1102 p.
5. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.

AUXILIARES:

6. Revistas, jornais e internet.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nosso objetivo é:

- Apresentar aos alunos as lesões fundamentais ou elementares que nortearam a descrição de alterações visíveis nos tegumentos cutâneo-mucoso.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

Para se descrever uma lesão o examinador deve estar atento a todos os detalhes das lesões, sendo o mais preciso e completo possível. Para isto, deve-se seguir um guia para o estudo clínico.

1. Forma
2. Localização
3. Limites
4. Cor
5. Tamanho
6. Base
7. Consistência
8. Superfície
9. Textura
10. Contorno
11. Borda
12. Número

Durante a aula, serão abordadas e discutidas as seguintes alterações:

1. Mancha ou mácula
2. Pápula
3. Nódulo, nodosidade
4. Vegetação
5. Edema
6. Vesícula, Bolha, pústula
7. Erosão ou exulceração
8. Ulceração
9. Fissura ou rágade
10. Fístula
11. Atrofia
12. Cicatriz

c. Motivação

Todas as doenças se manifestam inicialmente através de determinadas alterações (lesões fundamentais). Desta forma, o conhecimento destas lesões é fundamental para a comunicação entre os profissionais, para a formulação das hipóteses diagnósticas, para que se solicite os exames complementares adequados e para se chegar ao diagnóstico definitivo.

2. DESENVOLVIMENTO

Para o processo do diagnóstico, é necessário que o acadêmico tenha conhecimento das diversas lesões fundamentais ou elementares para se formular hipóteses diagnósticas e se chegar a um diagnóstico

definitivo. Deve-se observar e descrever cada detalhe da lesão de forma minuciosa e clara. Elas podem ser primárias ou secundárias. As primárias aparecem sem serem precedidas por outra alteração enquanto as secundárias são a evolução das lesões primárias.

1. GUIA PARA O ESTUDO CLÍNICO

Uma lesão fundamental deve ser descrita de acordo com os seguintes termos:

- **FORMA:** Descreve-se a forma geométrica da lesão.
- **LOCALIZAÇÃO:** Localização anatômica exata da lesão. Quando forem áreas extensas, descrever da forma mais precisa possível.
- **LIMITES:** Nítidos ou imprecisos
- **COR:** Coloração da lesão
- **TAMANHO:** Dimensão da lesão. Descrever sempre o maior diâmetro da lesão.
- **BASE:** De acordo com a sua inserção, a lesão pode ser **séssil**, quando o diâmetro da lesão é menor ou igual a base da lesão ou **pediculada**, quando o diâmetro da lesão é maior que sua base de implantação.
- **CONSISTÊNCIA:** De acordo com a palpação da lesão. Pode ser mole ou flácida; borrachóide ou fibrosa; dura.
- **SUPERFÍCIE:** Lisa ou rugosa
- **CONTORNO:** Nítido ou difuso, regular ou irregular
- **BORDA:** Plana, elevada, evertida
- **NÚMERO:** Única ou múltipla.

2. LESÕES FUNDAMENTAIS OU ELEMENTARES

MANCHA OU MÁCULA

Mancha ou mácula corresponde a área circunscrita de alteração de coloração sem elevação ou depressão do tecido.

MANCHA OU MÁCULA PIGMENTAR

- **HIPOCRÔMICA OU ACRÔMICA:** Diminuição ou ausência de melanina. Exemplo: vitiligo, hanseníase e nevo acrômico.
- **HIPERCROMICA:** Aumento da quantidade de pigmentos de melanina. Exemplo: nevo pigmentado.

MANCHA OU MÁCULA VASCULAR

Alterações da microcirculação da pele. Desaparecem após vitropressão.

- **TELANGIECTASIA:** São dilatações dos vasos terminais (arteríolas, vênulas e capilares), apresentam aspecto filamentososo ou pontilhado. Exemplo: varículas ou microvarizes nas pernas e coxas de mulheres.

Eritema, Exantema, Enantema – coloração avermelhada devido ao acúmulo de pigmentos de hemoglobina e seus derivados.

- **ERITEMA:** Localizado na pele.
- **EXANTEMA:** Quando é generalizado.
- **ENANTEMA:** Localizado na mucosa bucal.

MANCHA HEMORRÁGICA

Derivadas do extravasamento de sangue e não desaparecem pela vitropressão. A coloração vai do vermelho-arroxeadado ao amarelo, dependendo do tempo de evolução.

- **PETÉQUIAS:** Quando puntiformes.
- **VÍBICE:** Quando linear.
- **EQUIMOSE:** Quando em placas em com tamanho maior.

DEPOSIÇÃO PIGMENTAR

Deposição de hemossiderina, bilirrubina (icterícia), pigmento carotênico (ingestão exagerada de cenoura), corpo estranho (tatuagem) e metálico (prata, bismuto).

FORMAÇÕES SÓLIDAS

PÁPULA

São elevações sólidas, até 0,5 cm de diâmetro, superficiais, circunscrita. Exemplo: grânulos de Fordyce, estomatite nicotínica.

NÓDULO, NODOSIDADE

Elevação sólida, superficial ou profunda, com mais de 0,5cm de diâmetro.

PLACA

Elevação fibrosa, circunscrita, ocorre o espessamento do tecido. Exemplo: leucoplasia, liquem plano.

VEGETAÇÃO

Lesões sólidas, agrupadas, salientes, cônicas, filiformes ou em couve flor. Exemplo: verruga, papiloma.

COLEÇÕES LÍQUIDAS

VESÍCULA

Elevação circunscrita com conteúdo líquido em seu interior, até 0,5 cm no maior diâmetro. Exemplo: herpes simples.

BOLHA

Idêntica à vesícula, com tamanho superior a 0,5cm. Exemplo: queimaduras, pênfigos.

PÚSTULA

Vesícula ou bolha com conteúdo purulento. Exemplo: herpes zoster.

ABSCESSO

Coleção purulenta de localização dermo-hipodérmica ou subcutânea, flutuante. Quando acompanhada dos sinais flogísticos é denominado de abscesso quente, quando não, abscesso frio. Exemplo: abscesso dentoalveolar.

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE

EROSÃO

Perda superficial da camada epitelial sem atingir o conjuntivo. Exemplo: Língua geográfica.

ÚLCERA OU ULCERAÇÃO

Perda da camada epitelial com exposição do conjuntivo. Exemplo: carcinoma espinocelular.

FISSURA OU RÁGADE

Perda tecidual linear, superficial ou profunda. Exemplo: queilite angular.

FÍSTULA

Canal ou ducto que faz a comunicação de regiões anatômicas diferentes, através do qual flui líquido purulento, serossanguinolento ou gomoso. Exemplo: Fístulas dentais.

SEQUELAS

CICATRIZ

Proliferação de tecido fibroso para repor tecido perdido.

ATROFIA

Diminuição do volume das células que compõem um tecido.

3. CONCLUSÃO

Ao final da aula o aluno deverá ser capaz de descrever detalhadamente cada uma das diversas lesões fundamentais ou elementares existentes, bem como, sua principais características para que se chegue ao diagnóstico.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: RELACIONAMENTO PROFISSIONAL/PACIENTE

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos os sentimentos e emoções que envolvem o relacionamento profissional-paciente. Como estes fenômenos atuam e influenciam no resultado do tratamento. A condução da anamnese, o local do atendimento, a postura e conduta moral e ética do profissional. Os tipos de profissional que podem ser resultado de várias condições, como de trabalho, vocação, falta de conhecimento, entre outras. Participar e ser estimulado a desenvolver o espírito crítico sobre atuação do profissional em relação ao paciente.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Identificar tipos de profissional e pacientes, bem como situações de transferência, contratransferência e resistência.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1317 p.
2. PORTO, C.C. **Exame clínico: bases para a prática médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 544 p.

AUXILIARES:

3. Revistas, jornais e internet.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são demonstrar:

- Importância da anamnese tanto para o diagnóstico quanto no relacionamento com o paciente.
- Importância da experiência profissional para o aprendizado.
- Necessidade de conhecimento básico de antropologia, sociologia e psicologia.
- Situações de atendimento médico-odontológico que geram fenômenos psicológicos.
- Fatores importantes no relacionamento profissional.
 - Método do exame: local, indumentária, postura e linguagem do profissional.
- Tipos de anamnese.
- Transferência, contratransferência e resistência.
- Comportamento profissional.
 - Estimular a busca da história de cada aluno quanto a qual modelo de profissional que ele possa identificar em algum momento de sua vida.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. DIAGNÓSTICO
2. IMPORTÂNCIA DOS FENÔMENOS PSICOLÓGICOS NA RELAÇÃO PROFISSIONAL/PACIENTE
3. HISTÓRIA DA EVOLUÇÃO DESSES FENÔMENOS
4. FENÔMENOS PSICOLÓGICOS QUE AFETAM OS PACIENTES
 - 4.1. DOENÇAS AGUDAS COM POUCA GRAVIDADE
 - 4.2. DOENÇAS AGUDAS COM GRAVIDADE
 - 4.3. DOENÇAS CRÔNICAS DE CURA INCERTA
 - 4.4. DOENTE EM FASE TERMINAL
5. FATORES IMPORTANTES NO RELACIONAMENTO PROFISSIONAL/PACIENTE OBSERVADOS NO PROFISSIONAL
 - 5.1. ÉTICA
 - 5.2. MORAL
 - 5.3. REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
 - 5.4. A MEDICINA COMO SACERDÓCIO
6. MÉTODO DE ATENDIMENTO
 - 6.1. LOCAL DO EXAME CLÍNICO
 - 6.2. INDUMENTÁRIA E POSTURA DO PROFISSIONAL
 - 6.3. LINGUAGEM DO PROFISSIONAL PARA O PACIENTE
7. TIPOS DE ANAMNESE
 - 7.1. PROFISSIONAL ATIVO, PACIENTE PASSIVO
 - 7.2. PROFISSIONAL AGINDO, PACIENTE COLABORANDO
 - 7.3. PROFISSIONAL AGINDO, PACIENTE PARTICIPANDO
8. FENÔMENOS INCONSCIENTES DO RELACIONAMENTO
 - 8.1. TRANSFERÊNCIA
 - 8.2. CONTRATRANSFERÊNCIA
 - 8.3. RESISTÊNCIA
9. COMPORTAMENTO PROFISSIONAL
 - 9.1. AGRESSIVO
 - 9.2. AUTORITÁRIO
 - 9.3. INSEGURO
 - 9.4. ESPECIALISTA
 - 9.5. PESSIMISTA
 - 9.6. OTIMISTA
 - 9.7. ROTULADOR

- 9.8. PATERNALISTA
- 9.9. SEM VOCAÇÃO
- 9.10. FRUSTRADO
- 9.11. REVOLTADO

c. Motivação

No atendimento médico-odontológico, várias são as interfaces que agem no subconsciente tanto do profissional quanto do paciente. Desde a anamnese, ocorrem reações no subconsciente das pessoas que podem facilitar ou complicar o relacionamento, afetando diretamente o tratamento. O conhecimento dessas reações torna-se fundamental para o aluno controlar sua ansiedade e emoção frente a várias possibilidades que podem acontecer no consultório, buscando o caminho melhor para facilitar o tratamento. É somente no entendimento da relação profissional/paciente que se consegue empregar a odontologia humanista.

2. DESENVOLVIMENTO

Para que se entenda o processo da anamnese, é necessário que o acadêmico tenha conhecimento mínimo dos fenômenos inconscientes que podem afetar o relacionamento entre o profissional e o paciente. Esse conhecimento fará com que o aluno se antecipe a uma situação que poderá, se prolongada, afetar o tratamento. Desse modo, é importante que ele passe a identificar alterações tanto em si quanto no paciente, buscando sua correção para um atendimento mais humanizado, dentro das modalidades de paciente e de profissional. Assim, esse conhecimento torna-se necessário para a formação básica do cirurgião-dentista.

1. DIAGNÓSTICO

Será apresentado o significado da palavra, que é derivada do grego.

2. IMPORTÂNCIA DOS FENÔMENOS PSICOLÓGICOS NA RELAÇÃO PROFISSIONAL/PACIENTE

Os alunos começam a ter pequena noção dos fenômenos psicológicos que interagem no momento do primeiro contato com o paciente. Assim, a anamnese é o momento ideal para o profissional conhecer e controlar esses mecanismos psicológicos. Também, a importância do treinamento prolongado no atendimento ao paciente, bem como o conhecimento básico prévio de psicologia, antropologia e sociologia.

3. HISTÓRIA DA EVOLUÇÃO DESSES FENÔMENOS

É apresentado aos alunos os dois momentos mais importantes do estudo do relacionamento profissional/paciente: com Hipócrates, que estudou a anamnese e com Freud, explicando os mecanismos inconscientes.

4. FENÔMENOS PSICOLÓGICOS QUE AFETAM OS PACIENTES

Todas as pessoas que procuram atendimento médico desenvolvem algum tipo de fenômeno psicológico próprio dependendo do tipo de especialidade médica que procura, como exemplo doença e estética. Dessa maneira, dependendo do tipo de doença, da sua gravidade e do tempo de relacionamento, diferentes tipos de

fenômenos ocorrem e devem ser do conhecimento do profissional médico/odontológico:

Doenças agudas com pouca gravidade

Este tipo de atendimento geralmente são rápidos e não envolvem sentimentos significantes. Por exemplo uma torção do dedo durante uma partida de vôlei.

Doenças agudas com gravidade

Este tipo de atendimento pode gerar fenômenos significantes pela gravidade do caso. Como exemplo uma pneumonia em idoso.

Doenças crônicas de cura incerta

Nos casos de doenças de cura incerta, os fenômenos psicológicos adquirem ação fundamental para o tratamento, como exemplo os casos de doença renal crônica terminal e câncer.

Doente em fase terminal

Nesses casos, os fenômenos se tornam tão importantes ou mais importantes que o tratamento específico e, nessa fase, a atenção dada à família é tão importante quanto a dispensada ao paciente. É necessário a maturidade e preparo do profissional para esses casos para diminuir o sofrimento tanto do paciente quanto dos familiares.

5. FATORES IMPORTANTES NO RELACIONAMENTO PROFISSIONAL/PACIENTE OBSERVADOS NO PROFISSIONAL

Os valores observados pelos pacientes, inconscientemente, são resultados de fatores antropológicos, sociológicos e psicológicos da cultura do país ou da localidade onde o profissional atua. Entretanto, alguns são universais e devem ser do conhecimento do profissional da saúde para que possa prover o melhor atendimento.

Ética

O profissional deve ser ético e não comentar sobre indicações ou tratamentos realizados por outros colegas que não deram resultado satisfatório. Quando da indicação de outro colega, o profissional deve se limitar a capacidade profissional do indicado, anulando possíveis comentários que não sejam relevantes. Ética não significa encobrir ou ser conivente com erro médico/odontológico.

Moral

A ética e a moral estão intimamente ligadas, pois a moral trata dos bons costumes, modo de proceder dos seres humanos com seus semelhantes. Assim, a postura e o comportamento do profissional no consultório/ambulatório deve sempre ser pautada nos costumes da região onde está inserido.

Redução fenomenológica

Redução fenomenológica significa evitar conversas no consultório/ambulatório sobre assuntos que podem gerar polêmica e não haverá acordo. Por exemplo, discussões sobre religião, ideologia política e de cunho filosófico. Esses assuntos devem ser relevados e anulados pelo profissional durante o atendimento, evitando conflitos que possam comprometer o atendimento.

A medicina como sacerdócio

O termo sacerdócio significa entregar-se de corpo e alma para servir e não prestar serviços gratuitamente.

6. MÉTODO DE ATENDIMENTO

O local do exame, a indumentária, a postura, o comportamento e a linguagem do profissional são importantes no atendimento ao paciente, transmitindo respeito e atenção.

Local do exame clínico

O local do exame clínico deve ser o mais confortável possível tanto ao paciente quanto ao profissional, além de estar dentro dos padrões de biossegurança. Dessa maneira, as consultas conhecidas como “de corredores” não podem ocorrer, ficando a cargo do profissional contornar a situação e orientar a pessoa a procurá-lo para um exame mais fiel em local apropriado. Entretanto, deve-se levar em consideração a região em que se está atendendo, por exemplo, realizar atendimento odontológico em uma aldeia no interior da região amazônica.

Indumentária e postura do profissional

A aparência do profissional é importante e transmite o zelo com que ele desempenha sua função.

Linguagem do profissional para o paciente

O profissional deve saber como, o que e quando falar ao paciente sobre sua enfermidade. Isto não implica que se deva esconder a real situação de sua saúde e a gravidade da doença.

7. TIPOS DE ANAMNESE

Para a condução da anamnese o profissional deve levar em consideração o tipo de atendimento.

Profissional ativo, paciente passivo

Nesse tipo de anamnese é utilizado nos casos de urgência, nos quais não cabem perguntas sobre nome, endereço, queixa, história pregressa da moléstia atual entre outras.

Profissional agindo, paciente colaborando

Esse tipo de conduta da anamnese é muito empregado por profissionais autoritários, que não dão espaço para o paciente desabafar e sentir-se mais amparado.

Profissional agindo, paciente participando

Esse é o tipo ideal de conduta da anamnese, pois o paciente se sentirá mais amparado e o profissional poderá saber se, além da doença, há outras alterações emocionais envolvendo-o.

8. FENÔMENOS INCONSCIENTES DO RELACIONAMENTO

Esses fenômenos acontecem no subconsciente tanto do profissional quanto do paciente durante as consultas ou atendimento hospitalar. Assim como os anteriores, afetam significativamente o relacionamento, podendo colocá-lo em risco ou causar o abandono do tratamento.

Transferência

É o sentimento que acomete o paciente em relação ao profissional que o atende. Pode ser negativa ou positiva e cabe ao profissional identificar e saber controlá-lo para não afetar o tratamento.

Contratransferência

É o contrário do anterior, pois é o sentimento do profissional em relação ao seu paciente. Do mesmo modo, também se divide em positiva e negativa e é de responsabilidade do profissional identificar e controlar esses sentimentos para poder utilizá-los como ferramenta em benefício do tratamento.

Resistência

É qualquer fenômeno psicológico que compromete o relacionamento profissional/paciente, podendo se agravar durante os retornos. Cabe ao profissional identificá-los e contorná-los para que não afetem o tratamento.

9. COMPORTAMENTO PROFISSIONAL

Na relação entre o profissional e o paciente, ações inconscientes e transferenciais, bem como defesa psicológica, condutas conscientes e características da personalidade do profissional atuam facilitando ou prejudicando o atendimento. Assim, a compreensão desses mecanismos pelo profissional atuam como

facilitadores para sua boa formação.

Agressivo

Várias condições podem afetar o equilíbrio emocional e o profissional deve ficar atento para controlá-las, evitando a síndrome de *burned out* ou *burnout* – estresse ocupacional. A sua manifestação é a apatia no atendimento, ofensas e descasos.

Autoritário

É aquele que tenta impor sua ideia e conduta, costuma falar rispidamente e não aceita questionamentos. Este modelo pode encobrir insegurança.

Inseguro

A insegurança pode ser da personalidade do profissional. Assim, é necessário o aprendizado mais sólido, tomando decisões firmes e embasadas cientificamente. Essas atitudes ajudam a superar a insegurança. Esse modelo de profissional pode tentar disfarçar a insegurança com atitudes paternalistas ou autoritárias.

Especialista

Esse modelo de profissional tenta relacionar a queixa do paciente com a área de sua especialidade, não o avaliando como todo. O especialista analisa o paciente como um todo e não apenas um órgão ou área anatômica.

Pessimista

Considera a doença mais grave que o real. Geralmente expressa desânimo e desesperança com o caso.

Otimista

É o oposto do modelo anterior, não enxergando gravidade e as complicações que um caso específico pode acarretar.

Rotulador

Este modelo de profissional sempre tem um diagnóstico pronto para o paciente e o fornece logo após a anamnese. Inventa doenças que não existem, mas que são compreendidas pelo leigo e da forma com que é colocada, passa-se a impressão de segurança e conhecimento.

Paternalista

Este modelo adota atitudes protetoras, assumindo posição de pai. Apresenta-se como bom ouvinte de fatos da vida pessoal do paciente e, não raro, fornece conselhos.

Sem vocação

Esse modelo relega a importância do sacerdócio da profissão e assume atitudes que inibem e complicam o relacionamento com o paciente.

Frustrado/Revoltado

Vários são os motivos que levam um profissional se tornar revoltado ou frustrado, como as limitações da especialidade, muita informação para ser assimilada, bem como uma doença que afete um ente querido.

3. CONCLUSÃO

- Iniciaremos a discussão instigando os alunos a emitirem suas opiniões sobre suas experiências como pacientes e o que observaram nos profissionais que os atenderam. Serão discutidos os sentimentos e as condutas que foram empregadas e as opiniões de voluntários que servirão como iniciadoras da discussão.
- No final da aula, o aluno deverá ser capaz de responder questões sobre fatores psicológicos que interferem facilitando ou prejudicando o relacionamento profissional/paciente, método de atendimento, tipos de anamnese, transferência, contratransferência, resistência e modelos de profissional.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: EXAMES COMPLEMENTARES DE ANATOMIAPATOLÓGICA

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos o significado de citologia esfoliativa e biópsia, seus tipos, suas indicações, técnicas e encaminhamento. Também será discutida a importância da indicação correta e da técnica empregada para não prejudicar o exame histopatológico do material.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber o momento em que se indica biópsia ou citologia esfoliativa.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000. 243p.
2. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
5. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
6. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.
7. SILVERMAN JÚNIOR, S.; EVERSOLE, L.R.; TRUELOVE, E.L. **Fundamentos de medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Demonstrar os tipos de exames realizados para envio de peças ao Laboratório de Anatomopatológica, sua importância, os tipos de biópsia e citologia
- Indicação e realização da citologia esfoliativa
- Acondicionamento para envio da peça ao laboratório
- Exame de Papanicolaou & Traut
- Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF)
- Indicação e realização de biópsia por punção
- Indicação e realização da biópsia incisional
- Indicação e realização da biópsia excisional ou exérese
- Quando indicar qual tipo de biópsia (incisional ou excisional/exérese)
- Biópsia por congelamento

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. CITOLOGIA ESFOLIATIVA

1.1. Materiais e instrumento necessários para coleta

1.2. Identificação do material

1.3. Método de aplicação do material coletado sobre a lâmina de vidro

1.4. Armazenamento da peça

1.5. Encaminhamento do material coletado para o laboratório

1.6. Classificação de Papanicolaou & Traut

1.7. Falsos positivo e falso negativo

1.8. Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)

2. BIÓPSIA

2.1. *Biópsia por punção*

2.1.1. MATERIAIS E INSTRUMENTO NECESSÁRIOS PARA COLETA

2.1.2. IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL

2.1.3. ARMAZENAMENTO DA PEÇA

2.1.4. ENCAMINHAMENTO DO MATERIAL COLETADO PARA O LABORATÓRIO

2.2. *Biópsia incisional*

2.2.1. MATERIAIS E INSTRUMENTO NECESSÁRIOS PARA COLETA

2.2.2. IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL

2.2.3. ARMAZENAMENTO DA PEÇA

2.2.4. ENCAMINHAMENTO DO MATERIAL COLETADO PARA O LABORATÓRIO

2.3. *Biópsia excisional/exérese*

2.3.1. MATERIAIS E INSTRUMENTO NECESSÁRIOS PARA COLETA

2.3.2. IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL

2.3.3. ARMAZENAMENTO DA PEÇA

2.3.4. ENCAMINHAMENTO DO MATERIAL COLETADO PARA O LABORATÓRIO

3. QUANDO INDICAR CITOLOGIA E BIÓPSIA

4. QUANDO INDICAR BIÓPSIA INCISIONAL OU EXCISIONAL/EXÉRESE

5. BIÓPSIA POR CONGELAMENTO

6. PROBLEMAS QUE PODEM OCORRER DURANTE A OBTENÇÃO DO MATERIAL *EX-VIVO*

c. Motivação

No exame clínico, o profissional relaciona os achados da anamnese aos sinais e sintomas no sentido de identificação de doenças, obtendo as hipóteses diagnósticas ou diagnóstico diferencial. Dentre as possíveis doenças descritas no diagnóstico diferencial, o profissional irá, baseado nos dados colhidos da anamnese e do exame físico, indicar a mais provável, o que é classificado como diagnóstico clínico. Em algumas situações o diagnóstico clínico torna-se definitivo, como no caso de lesão herpética labial. Porém, na maioria dos casos é necessário que o profissional lance mão de exame complementar de laboratório de anatomopatológica. Esse exame propiciará que, após o exame histopatológico, o patologista identifique o tipo e arranjo das células que compõem o fragmento analisado, fornecendo o diagnóstico definitivo. Portanto, o termo biópsia inclui tanto o ato operatório quanto a análise histopatológica da peça obtida pela ressecção.

2. DESENVOLVIMENTO

Para obtenção de material e o seu envio para exame laboratorial cito e histopatológico, é necessário que o profissional tenha conhecimento das manifestações clínicas das doenças mais comuns que acometem a cabeça e o pescoço. Dessa maneira, o profissional irá identificar tanto o método ideal para obtenção do material para exame quanto o local mais representativo da lesão para que seja removido e enviado para análise. Deve ser ressaltado que o acondicionamento do material obtido para envio ao laboratório é tão importante quanto o local da lesão escolhido para ser removido. Portanto, o conhecimento técnico de citologia e biópsia são importantes para a formação básica do cirurgião-dentista.

1. CITOLOGIA ESFOLIATIVA

É a obtenção de material por raspagem da superfície da lesão. Assim, lesões submucosas não podem ser obtidas por esse método. É importante registrar que esse exame é de difícil classificação tumoral, principalmente quando envolve glândulas.

Materiais e instrumentos necessários para coleta

Será apresentado aos alunos, por meio de vídeo, os materiais e o modo de coleta do material.

Identificação do material

A identificação do paciente registrada tanto na lâmina de vidro quanto no frasco específico devem ser feitas à lápis –grafite-, para que a solução utilizada na fixação do material não remova ou dissolva a identificação feita por tinta.

Método de aplicação do material coletado sobre a lâmina de vidro

A aplicação do material coletado por essa técnica deve ser feita esfregando-se a ponta ativa do instrumento utilizado na obtenção da mesma sobre a lâmina de vidro. Deve-se observar que o lado da lâmina a ser realizado o esfregaço é o mesmo lado que contém a extremidade despolida. Deve ser realizado dois ou três esfregaços, sendo cada um em uma lâmina separada.

Armazenamento da peça

Após o esfregaço a lâmina deve ser colocada imediatamente no frasco próprio contendo solução de álcool e éter em partes iguais ou álcool absoluto, para fixação do material.

Encaminhamento do material coletado para o laboratório

Observar se o frasco foi bem acondicionado e embalado para evitar possíveis vazamentos e a solicitação contem os dados referentes ao paciente, a descrição da lesão e a área onde foi removido o material.

Classificação de Papanicolaou & Traut

Esta classificação estabelece um relacionamento entre o tipo de célula observado pelo patologista com algarismos romanos, variando entre 0 e V, no qual o primeiro corresponde a material inadequado ou insuficiente e o último, citologia conclusiva de malignidade.

Falso positivo e falso negativo

Diz-se que um exame é falso positivo quando seu resultado citológico corresponder a alterações de malignidade e na biópsia não for confirmada essa malignidade. De maneira oposta tem-se o falso negativo.

Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)

Essa técnica foi desenvolvida inicialmente para diagnóstico de nódulos tireoidianos e atualmente é muito utilizada para diagnóstico diferencial de malignidade em lesões cervicais e de glândulas salivares maiores. É apresentada nesse capítulo pois o tratamento do material coletado é semelhante ao processo citológico. Entretanto, o profissional que realiza a coleta por essa técnica é o patologista, devido a praticidade e o exame em tempo real evitando coletas com material insuficiente.

2. BIÓPSIA

É a obtenção de material para exame histopatológico por meio da remoção cirúrgica de um fragmento da lesão ou pela completa remoção da lesão.

BIÓPSIA POR PUNÇÃO

É a obtenção de material por meio de punção, quase igual ao método da PAAF, porém o instrumento para execução desse método é diferente. Esse método consiste na remoção de um fragmento da lesão e seu processamento é o mesmo do exame histopatológico.

Material necessário para coleta

Agulha própria que possui uma bainha que acondiciona um tubo (obturador) com abertura lateral. Após puncionada a lesão, desliza-se a bainha que cortará e reterá o tecido. Este tipo de biópsia por punção é muito empregado para biópsia de mama.

Identificação do material

Antes da coleta do material o profissional deve deixar escrito a identificação do paciente em ficha própria ou no receituário. Faz parte da identificação os dados do paciente, como nome, sexo, idade, naturalidade e endereço, e da lesão, como lesão fundamental, localização, tipo, tamanho e a hipótese diagnóstica ou diagnóstico clínico, que será encaminhado junto ao frasco para o laboratório. O frasco também deve estar identificado com um rótulo contendo o nome do paciente, a data da cirurgia e o nome da clínica de origem, para o laboratório. Alguns laboratórios fornecem frascos identificados com código de barras. Deve-se enviar ao laboratório exames ou resultados ligados a lesão, como radiografias, tomografias ou ultrassom.

Armazenamento da peça

O material coletado deve ser imediatamente acondicionado em um recipiente que caiba a peça e contenha formol à 10%. O profissional deve ficar atento para que o volume de formol a 10% seja de 7 a 10 vezes maior que o volume da peça.

Encaminhamento do material coletado para o laboratório

Após a ressecção, o acondicionamento da peça no formol a 10% e a devida identificação do frasco, o material deve ser entregue no laboratório de anatomopatológica por um funcionário da clínica ou consultório. Quando o material for levado pelo próprio paciente ou seus familiares, deve ficar registrado no prontuário com a assinatura da pessoa que deverá levá-lo, dando ciência do recebimento e seu destino, assumindo a responsabilidade pela entrega.

Pós-operatório

Embora a biópsia por punção seja um procedimento rápido e pequeno, deve-se empregar técnica operatória respeitando a assepsia e antisepsia, bem como os cuidados pós-operatórios.

BIÓPSIA INCISIONAL

É a remoção cirúrgica de um fragmento ou parte de uma lesão. E a peça removida é submetida a exame histopatológico. É ressaltado que, em uma lesão eritroleucoplásica, o local de escolha para remoção do fragmento deve ser uma área vermelha em detrimento da área branca, pois o metabolismo será maior nessas áreas traduzindo melhor a possível característica da lesão.

Materiais e instrumento necessários para coleta

O material e instrumento necessários dependem da técnica cirúrgica que será indicada para a remoção do fragmento. Nesse caso, pode ser utilizada, para boca e orofaringe, a pinça para biópsia ginecológica Dr. Medina. Embora este seja um instrumento para intervenção ginecológica seu desenho favorece o emprego na região bucal e da orofaringe.

Identificação do material

Assim como na biópsia por punção, antes da coleta do material, o profissional deve deixar escrita a identificação do paciente em ficha própria ou no receituário. Faz parte da identificação os dados do paciente, como nome, sexo, idade, naturalidade e endereço, e da lesão, como lesão fundamental, localização, tipo, tamanho e a hipótese diagnóstica ou diagnóstico clínico, que será encaminhado junto ao frasco para o laboratório. O frasco também deve estar identificado com um rótulo contendo o nome do paciente, a data da cirurgia e o nome da clínica de origem, para o laboratório. Alguns laboratórios fornecem frascos identificados com código de barras. Deve-se enviar ao laboratório, junto com a peça operatória, exames ou resultados ligados a lesão, como radiografias, tomografias ou ultrassom.

Armazenamento da peça

O material coletado deve ser imediatamente acondicionado em um recipiente que caiba a peça contendo formol à 10%. O profissional deve ficar atento para que o volume de formol a 10% seja de 7 a 10 vezes maior que o volume da peça.

Encaminhamento do material coletado para o laboratório

Após a ressecção, o acondicionamento da peça no formol a 10% e a devida identificação tanto do frasco quanto do paciente o material deve ser entregue no laboratório de anatomopatológica por um funcionário da clínica ou consultório. Quando o material for levado pelo próprio paciente ou seus familiares deve ficar registrado no prontuário com a assinatura da pessoa que deverá levá-lo, dando ciência do recebimento e seu destino, assumindo a responsabilidade pela entrega.

Pós-operatório

A biópsia incisional obtida por meio da pinça Dr. Medina ou por bisturi frio, embora seja um procedimento rápido e pequeno, deve-se respeitar a cadeia asséptica e antisséptica, bem como os cuidados pré e pós-operatórios evitando complicações.

BIÓPSIA EXCISIONAL OU EXÉRESE

A biópsia excisional compreende a remoção cirúrgica total da lesão e por isso também é denominada de exérese. Nesse momento, se faz uma observação importante, explicando o motivo pelo qual unidades de tratamento oncológico utilizam o termo biópsia para referir-se a biópsia incisional. Quando a intenção é referir à biópsia excisional o termo utilizado é exérese. Essa terminologia é fundamentada para se evitar confusão e comprometer o laudo histopatológico, pois quando a peça chega para exame com descrição de exérese o patologista examina as bordas da peça para identificar possível doença que chega até a margem. Esse termo de borda da peça é denominado de margem de segurança. Assim, evita-se que a descrição de biópsia excisional seja confundida com incisional e o patologista não observe a margem da lesão. A observação histológica das margens cirúrgicas é fundamental para o controle oncológico e possível complementação terapêutica.

Materiais e instrumento necessários para coleta

O material e instrumento necessários dependem da técnica cirúrgica que será indicada para a remoção da lesão. Nesse caso o bisturi elétrico deve estar pronto para ser utilizado, mesmo que a princípio ele não tenha sido indicado, pois em uma emergência ele deve estar pronto para uso, inclusive com ponta esterilizada.

Identificação do material

Assim como a biópsia por punção e a incisional, antes da coleta do material, o profissional deve deixar escrita a identificação do paciente em ficha própria ou no receituário. Faz parte da identificação os dados do paciente, como nome, sexo, idade, naturalidade e endereço, e da lesão, como lesão fundamental, localização, tipo, tamanho e a hipótese diagnóstica ou diagnóstico clínico, que será encaminhado junto ao frasco para o laboratório. O frasco também deve estar identificado com um rótulo contendo o nome do paciente, a data da cirurgia e o nome da clínica de origem, para o laboratório. Alguns laboratórios fornecem frascos identificados com código de barras. Deve-se enviar ao laboratório, junto com a peça operatória, exames ou resultados ligados a lesão, como radiografias, tomografias ou ultrassom.

Armazenamento da peça

O material coletado deve ser imediatamente acondicionado em um recipiente que caiba a peça contendo formol à 10%. o profissional deve ficar atento para que o volume de formol a 10% seja de 7 a 10 vezes maior que o volume da peça.

Encaminhamento do material coletado para o laboratório

Após a ressecção, o acondicionamento da peça no formol a 10% e a devida identificação tanto do frasco quanto do paciente o material deve ser entregue no laboratório de anatomiopatológica por um funcionário da clínica ou consultório. Quando o material for levado pelo próprio paciente ou seus familiares

deve ficar registrado no prontuário com a assinatura da pessoa que deverá leva-lo, dando ciência do recebimento e seu destino, assumindo a responsabilidade pela entrega no laboratório. O resultado do exame é enviado para o consultório ou clínica que o enviou, bem como a pessoa que o entregou poderá retirar e posteriormente entregar ao profissional quando do retorno.

Pós-operatório

A exérese é um procedimento cirúrgico, geralmente pequeno quando empregado com finalidade diagnóstica, portanto devendo ser respeitada a técnica operatória própria, bem como os cuidados pré e pós-operatórios no sentido de reduzir os riscos de complicações.

3. QUANDO INDICAR CITOLOGIA E BIÓPSIA

A citologia é empregada coletando células superficiais da lesão. Assim, lesões submucosas não são alcançáveis pela citologia e, portanto, a biópsia deve ser indicada. Nas lesões submucosas, o profissional deve incisar a mucosa e descolá-la para ter acesso a lesão, evitando colher a mucosa que recobre a lesão diminuindo o tamanho do fragmento representativo.

4. QUANDO INDICAR BIÓPSIA INCISIONAL OU EXÉRESE

A indicação da biópsia incisional é feita quando o profissional está diante de uma lesão de volume considerável, e que ele necessita ter em mãos o diagnóstico definitivo para poder realizar o plano de tratamento. Por outro lado, se o profissional estiver frente a uma lesão pequena, que para se obter material suficiente para a realização do exame histopatológico seja necessária sua remoção total, a exérese está indicada. Deve ser registrado que, as vezes, em uma lesão pequena que poderia ser removida totalmente, mas o profissional não se achando capaz por não dominar a técnica para realização da exérese, ele tem que realizar pelo menos a biópsia incisional.

5. BIÓPSIA POR CONGELAÇÃO

Este método é específico da técnica utilizada no laboratório, pois a peça antes de ser examinada é congelada para ser cortada e fixada na lâmina, antes de ser levada ao microscópio. Os equipamentos desse laboratório geralmente estão localizados dentro ou ao lado do centro cirúrgico nos hospitais. É utilizado quando o paciente está anestesiado e o cirurgião remove um fragmento da lesão para confirmação do diagnóstico e realizar a intervenção conforme a doença. Por exemplo, tem-se as lesões de parótida, que para se obter um fragmento da lesão é necessário que a abordagem cirúrgica seja a mesma de uma parotidectomia. Assim, o cirurgião realiza a incisão visualiza o tronco do nervo facial e expõe a lesão, removendo um fragmento e o enviando, pela circulante da sala cirúrgica, ao patologista. O paciente permanece anestesiado enquanto aguarda-se o laudo histopatológico. Se o resultado for de um adenoma pleomórfico, o cirurgião complementa apenas a remoção do lóbulo superficial ou profundo dependendo da localização do adenoma. Por outro lado, se a lesão corresponder a um carcinoma mucoepidêmico, o cirurgião removerá a glândula totalmente, não só um lóbulo, bem como poderá realizar um esvaziamento cervical.

Outra indicação dessa modalidade é após a remoção cirúrgica de um tumor maligno, onde há suspeita de que uma das margens da ressecção esteja comprometida pelas células tumorais. Nesse caso, o cirurgião amplia a margem e envia para a realização da congelação até ter a certeza de que as margens estejam livres do tumor.

Armazenamento da peça

Nessa técnica a peça é removida e imediatamente é levada ao laboratório não sendo fixada por nenhuma substância. A peça pode ser enviada dentro de um frasco.

6. PROBLEMAS QUE PODEM OCORRER DURANTE A OBTENÇÃO DO MATERIAL *EX-VIVO*

Deve-se tomar cuidado com a técnica operatória utilizada, não aplicando anestésico no interior da lesão, evitar corantes como substância antisséptica que possam interferir na coloração do exame, obter peça significativa, não aprisionar a peça, fixação inadequada, informação deficiente, escolher o local mais representativo da lesão e evitar remover tecido necrótico.

O profissional deve remover um fragmento da lesão, não necessitando que tenha tecido sadio peritumoral, pois ao redor de um tumor sempre há um processo inflamatório. Se esse for o caso, a preocupação em se remover um fragmento contendo as bordas da lesão poderá não corresponder a lesão e sim a um processo inflamatório peritumoral. Entretanto, nos casos de lesões vésico-bolhosas, quando do rompimento da vesícula, o profissional deve remover um fragmento contendo a borda da úlcera para que o patologista interprete a intersecção do epitélio com a úlcera.

3. CONCLUSÃO

- Será aproveitado o tema para relembrar a importância do estado emocional do paciente frente a situação de expectativa quanto ao diagnóstico da lesão, bem como o serviço público, uma vez que saúde, constitucionalmente, é um direito do cidadão e um dever do Estado.
- No final da aula o aluno deverá ser capaz de responder questões sobre tipos de citologia e biópsia, quando indicá-las, como encaminhar, os cuidados que deve ter, os materiais necessários e o motivo de utilizar somente o termo biópsia para indicar biópsia incisional e exérese para biópsia excisional.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: EXAMES COMPLEMENTARES DE MEDICINA LABORATORIAL

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos a interpretação de exames de medicina laboratorial, sua indicação e resultados.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber identificar qual exame e o resultado esperado de exames laboratoriais.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D., ed. **Cecil tratado de medicina interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2 v.
2. PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1317 p.
3. PORTO, C.C. **Exame clínico: bases para a prática médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 544 p.

AUXILIARES:

4. Revistas, jornais e internet.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Demonstrar a importância da identificação das alterações produzidas por doenças nos exames de medicina laboratorial.
- Indicação e interpretação dos resultados.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. **HEMOGRAMA**
 - 1.1. Série vermelha
 - 1.2. Série branca
2. **INTERPRETAÇÃO DAS PROVAS DE HEMOSTASIA**
 - 2.1. Tempo de sangramento
 - 2.2. Tempo de coagulação
 - 2.3. Prova do laço
 - 2.4. Retração do coágulo
 - 2.5. Plaquetas
 - 2.6. INR
3. **EXAMES SOROLÓGICOS E BIOQUÍMICOS**
 - 3.1. Interpretação das doenças isquêmicas do coração
 - 3.2. Diabete Mellitus
 - 3.3. Hipoglicemia
 - 3.4. Hiperparatireoidismo
 - 3.5. Hipofunção adrenal
 - 3.6. Hepatite
 - 3.7. Doenças inflamatórias
 - 3.8. Sífilis
 - 3.9. Toxoplasmose
 - 3.10. Mononucleose
 - 3.11. SIDA
 - 3.12. Leishmaniose
 - 3.13. Varíola
 - 3.14. Varicela
 - 3.15. Fósforo
 - 3.16. Cálcio
 - 3.17. Fosfatase alcalina
 - 3.18. Hidroxiprolina
 - 3.19. Creatinina
 - 3.20. Ureia
 - 3.21. Proteínas
4. **CULTURA E ANTIBIOGRAMA**

c. Motivação

Os estados doentes que apresentam sinais clínicos semelhantes necessitam que o profissional lance mão de exames laboratoriais para que o diagnóstico definitivo seja alcançado. Desse modo, é importante que o cirurgião-dentista saiba elaborar a hipótese diagnóstica e solicitar o exame laboratorial que possa auxiliá-lo a discernir uma doença. Além de conhecer a manifestação clínica e a associação com a história pregressa da doença, o profissional deverá saber qual exame deverá solicitar ao paciente. A associação desses exames é importante para fechar um diagnóstico ou rever a hipótese que o levou a solicitar um exame laboratorial, pois caso a solicitação não tenha parâmetros clínicos, na maioria dos casos, não terá efeito prático algum.

2. DESENVOLVIMENTO

O assunto é na seguinte ordem: hemograma, exames relacionados à hemostasia, sorológicos, bioquímicos, urina e cultura e antibiograma. Cada tema será abordado dando-se ênfase à alteração relacionada à doença.

1. HEMOGRAMA

O hemograma consiste na avaliação da parte sólida (celular) do sangue periférico. O sangue constitui de 6 a 8% da massa corporal total e consiste de células sanguíneas (hemácias e leucócitos) e plaquetas suspensas no plasma.

SÉRIE VERMELHA

O transporte constitui a principal função do sangue circulante. As hemácias contêm um pigmento responsável pelo transporte de oxigênio, a hemoglobina. As três variáveis mais importantes em relação à esta célula são: a quantidade de hemoglobina (g/dl), a proporção de eritrócitos – hematócrito ou volume celular – e o número absoluto de eritrócitos (em milhões).

ERITRÓCITOS

Quantidade de células presentes no sangue total, medida em milhões/mm³.

HEMOGLOBINA

É o principal pigmento de transporte do oxigênio e é medido em g/dl. Alterações desses valores podem ser encontrados em mieloma múltiplo, globulinas anormais e compostos de contrastes radiográficos.

VOLUME CELULAR OU VOLUME GLOBULAR OU HEMATÓCRITO

É a porção centrifugada do sangue, quando não analisada pelo coágulo em aparelhos eletrônicos, cuja análise pode fornecer material para pesquisa de icterícia ou hemólise.

VOLUME CORPUSCULAR MÉDIO (VCM)

Esse dado representa o volume eritrocitário e é muito importante na classificação das anemias. O VCM é obtido pela fórmula:

$$\text{VCM} = \frac{\text{Hematócrito}}{\text{N}^\circ \text{ eritrócitos}} \times 1000 = 87 (-/+ 5) \text{ femtolitros (fL)}$$

HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MÉDIA (HCM)

É a quantidade de hemoglobina por glóbulo vermelho correspondendo ao resultado da equação:

$$\text{HCM} = \frac{\text{Hemoglobina}}{\text{N}^\circ \text{ eritrócitos}} = 29 (-/+ 3) \text{ picogramas.}$$

CONCENTRAÇÃO MÉDIA DA HEMOGLOBINA CORPUSCULAR (CMHC)

É a concentração média de hemoglobina nos eritrócitos e é obtida pela fórmula:

$$\text{CMHC} = \frac{\text{Hemoglobina por dl}}{\text{Hematócrito}} = 34 (+/- 2) \%$$

AMPLITUDE DA DISTRIBUIÇÃO DAS HEMÁCIAS (ADH)

Apresenta a heterogeneidade do tamanho das hemácias e a amplitude de sua distribuição, quanto maior o valor do ADH maior o grau de anisocitose.

ALTERAÇÕES DO TAMANHO DAS HEMÁCIAS

Anisocitose

Corresponde a variação do tamanho dos eritrócitos e pode estar presente nas anemias, reticulocitose e após transfusão de sangue total.

Macrocitose

Também denominada de megalócitos ou gigantócitos corresponde a eritrócitos maduros com VCM maior que 100 fL e diâmetro maior que 8μ . Esse quadro pode se apresentar nas anemias megalobásticas, deficiência de B_{12} , reticulocitose, hipotireoidismo e hepatopatias graves.

Microcitose

Corresponde a situação onde se tem hemácias com diâmetro e CMHC diminuídos. Geralmente estão associadas à anemias ferroprivas, intoxicação pelo chumbo, talassemia, deficiência de B_6 e anemia proveniente de doenças crônicas.

ALTERAÇÕES DA COLORAÇÃO DAS HEMÁCIAS

Policromatofilia

Situação encontrada quando há presença de reticulócitos (eritrócitos jovens) no sangue periférico. O nome policromasia é sinônimo e esse quadro pode estar presente nas anemias severas, reticulocitose e hemorragias.

Hipocromia

Perda da coloração dos eritrócitos, levando a uma imagem denominada de *células em alvo*, sendo determinada pela alteração do hematócrito, VCM e CMHC. Essa condição pode estar presente nas anemias hipocrômicas e microcíticas.

Hipercromia

É uma situação que ocorre quando há saturação de hemoglobina nos eritrócitos e está presente na anemia megaloblástica.

Anisocromia

Corresponde a uma variação de intensidade de coloração das hemácias e presente após transfusão sanguínea.

ALTERAÇÕES DE FORMA DAS HEMÁCIAS

Poiquilocitose

Corresponde a uma alteração na forma do eritrócito, presente na talassemia, leucemia, estados tóxicos e diversas anemias. Pode ser chamada também de pecilocitose.

Drepanócitos

Corresponde a hemácias em forma de foice, presente na anemia falciforme.

Esferocitose

São eritrócitos pequenos de forma esférica e hiperconcentrados, presentes na esferocitose hereditária, aumento na destruição dos eritrócitos pelo sistema reticuloendotelial e anemia hemolítica autoimune.

Eliptocitose

Também denominado de ovalócitos corresponde a hemácias de forma elíptica e ovalada e ocorre por anormalidade hereditária, porém sem caracterização de doença.

Esquistocitose

São fragmentos de eritrócitos presentes na circulação podendo ocorrer nos pacientes portadores de próteses valvulares e vasculares, microangiopatias, síndrome hemolítica-urêmica e na coagulação intravascular disseminada (CIVD).

Dacriócitos

Hemácias em forma de lágrima, provavelmente ligada ao retardo da saída da medula óssea. Presente na metaplasia mielóide, esplenomegalia, anemia megaloblástica, talassemia e mielofibrose.

Estomatocitose

Eritrócito em forma de boca, situação presente na alteração hereditária na membrana de transporte de sódio, cirrose e doenças hepáticas obstrutivas.

Codocitose.

Eritrócitos em forma de alvo. Podem estar presentes nas hemoglobinopatias, talassemia e doença hepática.

Acantocitose

São hemácias pequenas com projeções irregulares, podem estar presentes nas doenças lipoprotéicas hereditárias, dislipidemias, cirrose, hepatite do recém-nascido, anemia

Equinocitose

Corresponde a eritrócitos com superfície regularmente espiculada, presente no uso de salicilatos e barbituratos, aumento de ácidos graxos, anormalidade dos ácidos biliares e alteração da membrana lipídica.

Leptocitose

Corresponde a hemácias hipocrômicas com pequena área central de hemoglobina, transparecendo um alvo e passam a se chamar *células em alvo*. Presente na talassemia e icterícia.

SÉRIE BRANCA (LEUCÓCITOS)

A produção dos leucócitos inicia-se na célula primitiva indiferenciada pluripotente que evolui para célula primitiva indiferenciada onipotente. A célula onipotente, pela ação da leucopoetina, evolui para mieloblasto que evolui para promielócito e este, para mielócito. A presença desses elementos, considerados leucócitos imaturos, no sangue periférico é denominado de *desvio à esquerda*. Na sequência, os metamielócitos evoluem para bastonetes e estes em segmentados (granulócitos) e por último os linfócitos e monócitos. A presença dessas células em grande número no sangue periférico é denominado de *desvio à direita*. Os leucócitos no sangue periférico normal constituem três tipos de células morfológica e funcionalmente distintas chamadas de granulócitos, linfócitos e monócitos. Nas alterações inflamatórias, a ordem de chegada pode ser exemplificada pela sequência: neutrófilos, macrófagos e linfócitos. Quando frente a quadros tóxicos, os eosinófilos e neutrófilos diminuem significativamente. Os eosinófilos e basófilos estão presentes nas alterações de ordem alérgica.

LEUCOCITOSE

É o aumento do número absoluto de leucócitos, geralmente envolve neutrófilos, e está presente nas infecções agudas (cocos e bacilos), intoxicações (acidose diabética, chumbo, mercúrio ou drogas), hemorragia aguda, pós-operatório e neoplasias malignas.

LEUCOPENIA

Corresponde a diminuição do número de leucócitos e está presente em infecções como febre tifoide, malária, rubéola, sarampo e hepatite, nas septicemias, anemias (ferropriva, aplásica, perniciosa e agranulocítica), leucemia aguda e lúpus eritematoso sistêmico.

NEUTROFILIA

Corresponde ao aumento do número de neutrófilos e está presente no excesso de atividade física, infecções bacterianas, intoxicações (acidose diabética, chumbo, mercúrio ou drogas), viroses, necrose tecidual, queimaduras, diabetes não controlado, histamina, heparina, e neoplasias malignas.

NEUTROPENIA

Corresponde a diminuição do número de neutrófilos e está presente em infecções (tifo, brucelose), septicemia, hepatopatia, anemia (ferropriva, perniciosa, agranulocítica e aplásica), leucemia aguda, viroses (caxumba), mielodepressores (radiação, drogas citotóxicas, benzeno) e lúpus eritematoso sistêmico.

LINFOCITOSE

Aumento do número de linfócitos e está presente em infecções bacterianas e virais (caxumba, rubéola, sarampo, tuberculose, sífilis), leucemia, hepatite, toxoplasmose, colite, hipoadrenalismo e doenças imunológicas.

LINFOCITOPENIA

Corresponde a diminuição do número de linfócitos e está presente no HIV, medicação imunossupressora, uso prolongado de corticosteroide, insuficiência renal e cardíaca, tuberculose, alteração na mucosa intestinal e tumores hipofisários.

EOSINOFILIA

É o aumento do número de eosinófilos e está associada à doenças alérgicas como asma, vasculite, reações medicamentosas, infecções parasitárias (amebíase, esquistossomose, ancilostomose), pênfigo, dermatite herpetiforme, metástases e necrose de tumores sólidos, linfoma de Hodking e colite irritativa.

BASOFILIA

É o aumento do número de basófilos e está presente na hipersensibilidade crônica sem alérgeno específico, distúrbios mieloproliferativos e doença sistêmica de mastócitos.

2. INTERPRETAÇÃO DAS PROVAS DE HEMOSTASIA

Esses exames são solicitados antes de intervenções cirúrgicas e devem ser analisados conjuntamente com o exame clínico do paciente. Nos pacientes que não referem antecedentes hemorrágicos, deve ser solicitado TS, TC, prova do laço e plaquetas. Nos pacientes que referem história de hemorragia, o profissional deve solicitar TS, TC, prova do laço, plaquetas, retração do coágulo, tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada. Para pacientes com história de uso prolongado de AAS, a solicitação deve ser feita no sentido de suspender o uso desse medicamento por uma semana antes da intervenção, pois o AAS interfere na produção de tromboxano A2 no interior da plaqueta. Essa medicação é utilizada nos pacientes com história de isquemia cerebral por embolia fibrinoplaquetária e infarto ou *angina pectoris*.

TEMPO DE SANGRAMENTO (TS)

Corresponde a alteração da qualidade ou quantidade das plaquetas e o tempo deve ficar entre 1 a 3 minutos para haver a coagulação sanguínea. Essa alteração pode ocorrer frente ao uso de AAS.

TEMPO DE COAGULAÇÃO (TC)

Retrata alteração do mecanismo intrínseco da ativação da protrombina ou o uso de anticoagulante como heparina. O tempo normal deve ficar entre 4 e 8 minutos.

PROVA DO LAÇO (PLAÇO)

Está relacionada à fragilidade capilar e é realizada desenhando um quadrado de 5cm de lado no antebraço, coloca-se o esfigmomanômetro no braço, insufla-o até parar a pulsação radial, aguarda 5 minutos e conta-se o número de petéquias dentro do desenho, que não deve ser maior que 5.

RETRAÇÃO DO COÁGULO (RC)

Reflete alteração na retractoenzima das plaquetas, sendo aceitável a porcentagem entre 41 e 58.

PLAQUETAS (PL)

A contagem do número de plaquetas deve estar entre 200 e 400 mil/mm³. Sua diminuição pode ser decorrência do quadro de púrpura trombocitopênica ou leucemia.

RAZÃO NORMALIZADA INTERNACIONAL (INR)

Padrão internacional no qual a coagulação pode ser comparada. Avalia o tempo de coagulação do plasma, baseado no valor do tempo da protrombina (TP).

- **Normal:** Entre 2,0 e 3,0
- **Menor:** Abaixo de 0,5 (risco de trombose)
- **Alto:** Acima 3,0 a 5,0 (risco de hemorragia)

3. EXAMES SOROLÓGICOS E BIOQUÍMICOS

Os exames sorológicos têm a finalidade de avaliar a presença de proteínas séricas com atividade imunológica no plasma sanguíneo. Os exames bioquímicos analisam os componentes químicos no sangue. Ambos auxiliam na identificação de várias alterações infecciosas e metabólicas.

Quando o resultado do exame sorológico é reativo, significa que este paciente teve ou tem contato com o agente causal (antígeno). Já quando o exame é não reativo significa que o paciente não teve contato ou que a quantidade de antígeno não foi suficiente para desenvolver a doença.

A manifestação de uma doença depende de 3 fatores: concentração do inócuo, grau de infectividade e sistema imune do hospedeiro.

INTERPRETAÇÃO DAS DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO

Pacientes com doenças isquêmicas cardíacas apresentam leucocitose, geralmente entre 12.000 a 15.000 leucócitos, aumento da velocidade de hemossedimentação após 2 a 3 dias da manifestação, aumento da alfa-2-globulina, proteína C reativa está positiva após 12 horas e permanece alterada por cerca de 14 a 15 dias, a transaminase-glutâmico-oxalacético (TGO) encontra-se acima de 150UI permanecendo por 5 dias, a desidrogenase láctica (DHL) acima de 1000UI permanecendo alterada em torno de 8 a 14 dias, a creatinofosfoquinase (CPK) aumenta e permanece alterada por 3 a 4 dias e a desidrogenase alfa hidroxibutírica (DHB) encontra-se acima de 750UI permanecendo alterada de 11 a 16 dias.

DIABETE MELLITUS (DM)

As DM são classificadas em tipos. A tipo 1 é autoimune e idiopática; a do tipo 2 ocorre em decorrência de defeito na ação e secreção da insulina; as de outros tipos se dão por defeito genético na célula β ou na ação da insulina, doenças pancreáticas, endocrinopatias, induzidas por medicamentos ou agentes químicos e infecções; a DM gestacional ocorre quando o diagnóstico for durante a gravidez; e a pré-diabetes considerada como um estado entre a homeostase normal e a DM. A pré-diabetes encontra-se nos exames de glicemia de jejum que apresenta-se alterada (resultado de 100 até 125mg/dl) ou na tolerância a glicose diminuída (resultado de 126 até 200 mg/dl). Os exames para diagnóstico da DM devem ser baseados na clínica e nos resultados seguintes:

- **Glicemia casual:** Realizada a qualquer hora do dia; maior que 200mg/dl
- **Glicemia de 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose (TOTG):** Maior que 200mg/dl
- **Urina tipo I:** Densidade urinária menor que 1.005

- **Calcemia:** Aumentada
- **Potassemia:** Diminuída
- **Osmolaridade plasmática:** Maior que 280 +/- 6 mOsm/Kg H₂O.

HIPOGLICEMIA

É encontrada nos exames de 2 a 5 h após a ingestão de alimentos e o método solicitado é o **Teste oral de tolerância à glicose (TOTG)**. O paciente permanece por 3 dias com dieta adequada de carboidratos e o teste é realizado pela manhã com jejum de 10 a 14 h. As amostras são colhidas de meia em meia hora até a terceira hora, com valores de 150mg/dl para a 1ª hora, que deve ter valor menor que 140mg/dl; 100mg/dl para a 2ª hora que deve apresentar valor menor que 90mg/dl; e 100mg/dl para a 3ª hora que deve apresentar valor menor que 50mg/dl.

HIPERPARATIREOIDISMO

Aumento do hormônio das paratireoides: afeta rins, ossos e intestinos, sendo que 85% dos casos correspondem a um adenoma de uma das glândulas paratireóideas. O exame solicitado é o bioquímico do sangue quando se solicita **Calcemia** que deve estar acima de 10,4mg/dl; **Fosfatase alcalina:** maior que 4,5 UI Bodanski; e **Fósforo:** este pode estar dentro dos valores normais por mecanismo de excreção renal - 2,5 a 4,5mg/dl. O hormônio tireotrófico (**TSH**) e tri-iodotironina (**T4**) encontram-se aumentados.

HIPOFUNÇÃO ADRENAL OU DOENÇA DE ADDISON

A doença de Addison se dá em decorrência da destruição ou hipofunção da glândula adrenal. A sintomatologia dessa doença inclui astenia, náusea, vômito, anorexia, hipotensão postural e hiperpigmentação cutâneo-mucosa difusa. Os exames solicitados são: dosagem do cortisol e do ACTH, hemograma completo, no qual observa-se anemia, linfocitose e eosinofilia, e bioquímico de sangue, com resultado de hipoglicemia e hipercalcemia.

HEPATITE

É uma doença hepática de caráter inflamatório grave e sua etiologia pode ser por etilismo, bacteriana, viral, gordurosa e autoimune. De modo geral, os exames solicitados são sorológico, hemograma completo (estomatócito, codócitos e acantócitos); TGO e TGP (transaminases glutâmico oxalacética e glutâmico pirúvica); Gama-GT (Gama Glutamil Transferase); Fosfatase alcalina (sintetizada no fígado); Urina tipo I: Bilirrubinas e urobilogeno; Glicemia; Amilase: pacientes alcoólatras; Ureia e Creatinina: pacientes com mais de 40 anos.

Hepatite A

A contaminação ocorre por via orofecal, por contato entre indivíduos ou por meio de água ou alimentos contaminados pelo HAV. Acomete mais crianças e adolescentes e manifesta-se com sintomatologia de cansaço, tontura, enjojo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, icterícia, urina escura e fezes claras. Estas manifestações clínicas ocorrem em um período de 15 a 50 dias embora a infecção também possa ser subclínica e, portanto, assintomática. O diagnóstico laboratorial está baseado na detecção sorológica do IgM anti-HAV e IgG anti-HAV.

Hepatite B/D

O período de incubação do HBV varia de 2 e 6 meses tanto para a forma aguda quanto para a crônica. Sua transmissão ocorre por via parenteral (injeção e transfusão), oral, por relação sexual e picada de insetos (?). Clinicamente, o paciente, pode apresentar cansaço, tontura, enjojo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Esses sinais costumam aparecer de um a seis meses após a infecção. As hepatites virais são doenças silenciosas e podem ser subclínicas. A cura ocorre após 4 a 6 semanas em 90% dos casos, mas sua evolução pode ser *subaguda* que corresponde a hemorragia

e alteração neuropsíquica e após 3 a 12 semanas ocorre a cura ou óbito, ou *fulminante* produzindo necrose do fígado e óbito. O diagnóstico laboratorial está baseado na detecção sorológica do HBsAg, IgM anti-HBc, HBeAg/Anti-HBe.

Hepatite C ou Não A não B

Sua transmissão ocorre pelo sangue, saliva, sêmen e via placentária. Sua sintomatologia envolve cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, icterícia, urina escura e fezes claras, podendo ser subclínica. O teste sorológico para o diagnóstico é a pesquisa do VHC-RNA.

Hepatite D

Ocorre simultaneamente ou após a infecção pela hepatite B, sua contaminação é pela mesma via da hepatite B e atua como agravante da hepatite B.

Hepatite E

Sua contaminação ocorre por via orofecal, por contato entre indivíduos ou por meio de água ou alimentos contaminados pelo VHE. Essa doença é ocorre mais nos países da Ásia e da África, sendo rara no Brasil. Sua manifestação clínica envolve cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, icterícia, urina escura e fezes claras. Essa sintomatologia ocorre cerca de 15 a 60 dias após a infecção, podendo ser subclínica.

DOENÇAS INFLAMATÓRIAS

Este grupo envolve uma série de doenças, como a artrite reumatoide, o lúpus eritematoso sistêmico, a síndrome de Sjögren, doença de Paget do osso e penfigoide benigno das mucosas. Os exames solicitados devem incluir fator reumatoide (que não apresenta especificidade); hemossedimentação (aumentada); hematócrito (diminuído); proteína C-reativa (aumentada); eletroforese de proteínas (diminuída principalmente a albumina); anticorpo anti-CCP (peptídeo citrulinado cíclico) por ELISA (+). Sempre deve-se avaliar os sinais clínicos antes da indicação de qualquer exame de laboratório. No caso de suspeita ou controle de febre reumática, os exames solicitados são: fator reumatoide (não específico); hemossedimentação (aumentada); proteína C-reativa (aumentada); eletroforese de proteínas (diminuída principalmente a albumina); anticorpo anti-CCP (peptídeo citrulinado cíclico) por ELISA (+); e antiestreptolisina O (ASLO) (250 a 500U/ml de soro ou U Todd).

SÍFILIS

É uma doença sexualmente transmissível (DST) e, além das manifestações clínicas, os exames indicados são: hemograma (anemia normocrômica e plaquetopenia); DFA-TP (*diret fluorescent-antibody testing for T. pallidum*); FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption); e o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) que positiva-se de cinco e seis semanas após a infecção e entre duas e três semanas após o surgimento do cancro. Portanto, pode estar negativa na sífilis primária.

Tipos de reações:

- **Não-Treponêmicas:** pesquisam a reagina no soro do paciente, que aparece 10 dias após o surgimento do cancro. Exemplo: VDRL e RPR. São exames inespecíficos, mas de fácil execução e baixo custo (podem estar negativos na sífilis primária).
- **Treponêmicas:** pesquisam o anticorpo específico do Tp através da fluorescência. Exemplo: FTA-ABS. É um exame sensível e caro.

TOXOPLASMOSE

Os exames solicitados devem incluir a reação de Sabin e Feldman; reação indireta de anticorpos fluorescentes (IFA); prova para anticorpos IgM/IgG (IFI e ELISA); e provas de hemaglutinação (HAI).

Anticorpos IgG

- Detectável 1 a 2 (2 a 4) semanas após a infecção
- Picos ao redor de 6 a 8 semanas
- Declina lentamente por meses ou anos
- Títulos baixos podem permanecer por meses ou anos

Anticorpos IgM

- Detectável 1 a 2 semanas após a infecção
- Desaparece após 2 a 7 meses

MONONUCLEOSE

Os exames solicitados devem incluir o Teste de Paul-Bunnell; Teste de mancha de mononucleose; Reação de Hoff-Bauer e Teste de IgM EBV.

SIDA

Os exames de confirmação devem incluir triagem sorológica por ELISA; anti-HIV1 e anti-HIV2 e quantificação de linfócitos T CD4+ (que estarão em números diminuídos em pacientes com a síndrome).

LEISHMANIOSE

Visceral

A sintomatologia inclui febre, palidez, hepatoesplenomegalia e emagrecimento. Os exames solicitados devem incluir o sorológico de imunofluorescência e ELISA; o parasitológico de medula, linfonodo ou baço; hemograma (anemia, leucopenia, linfocitose e plaquetopenia); e urina tipo I (proteinúria).

Cutaneomucosa ou úlcera de Bauru

Nesse caso os exames de medicina laboratorial incluem a intradermorreação de Montenegro e de laboratório de anatomopatológica com esfregaço da borda da lesão para visualização direta do parasita e biópsia.

VARIÓLA

É uma infecção viral do vírus da Família *Posviridae*, Subfamília: *Chordopoxvirinae*, do Gênero: *Orthopoxvirus*. Sua incubação e transmissão ocorre após a instalação do vírus nas células da orofaringe e pulmão, migrando para o sistema linfático – duração 3 a 4 dias – segue um período de latência de 4 a 14 dias, no sistema reticuloendotelial. Após 14 dias, o vírus migra para locais de crescimento de células imunes e replica nos leucócitos maduros, passando a liberar grande quantidade de vírus para a circulação, produzindo toxemia, febre alta, erupções na boca e cutâneas – distribuídas na face e extremidades -, cefaleia e prostração. A varíola maior possui 5 subtipos, podendo chegar a 97% de óbito para os pacientes não vacinados e na forma hemorrágica o óbito ocorre até o sétimo dia da manifestação da doença. O exame solicitado, além da manifestação clínica, é o PCR em cultura de células vivas. Essa doença encontra-se erradicada, porém existem cepas guardadas no Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta – Georgia/USA. Russian State Research Center for Virology and Biotechnology, Koltsovo – Novosibirsk/Russia para utilização como arma biológica.

VARICELA OU CATAPORA

A varicela é manifestação do vírus da Família: *Herpetoviridae* e sua incubação e transmissão ocorre após a instalação do vírus nas células da orofaringe que fica incubado por 14 a 16 dias, sua transmissão se dá após o 1º e o 5º dia após o aparecimento do primeiro grupo de vesículas, produzindo febre e erupções cutâneas – distribuídas pelo corpo. Geralmente não ocorre complicações. O exame, além da manifestação

clínica, é o PCR em cultura de células vivas para VZ.

FÓSFORO

Sua indicação se dá quando necessita-se de verificação da atividade de órgãos que possuem atividade elevada desse elemento químico como ossos e musculatura esquelética e está presente na ingestão de carboidratos, alcalose respiratória, hiperparatireoidismo, glicocorticoides, redução da absorção intestinal, uso prolongado de antiácidos, queimaduras graves, diabetes, comprometimento da função renal, alcoolismo e abstinência alcoólica.

CÁLCIO

Os tecidos que estão envolvidos na atividade do Cálcio são ossos, musculatura e rins. Alterações mais comuns nos níveis de Ca estão sumarizadas na Tabela 1.

TABELA 1 – Alterações mais comuns em decorrência de mudança nos níveis de cálcio.

VALORES DE REFERÊNCIA: 9-11 mg/dL ou 4,5-5,5 mEq/L	
HIPERCALCEMIA	HIPOCALCEMIA
Hiperparatireoidismo primário	Hipoparatireoidismo
Hiperparatireoidismo secundário – nefropatias	Hipovitaminose D
Neoplasias malignas	Raquitismo resistente à vitamina D
Mobilização esquelética	Síndromes de má absorção
Hipervitaminose D	Ausência de resposta ao PTH
Hipertireoidismo	Pancreatite aguda
Ingestão excessiva de cálcio	

Hipocalcemia

A hipocalcemia pode estar presente nas seguintes doenças: hipoparatireoidismo, pancreatite, raquitismo, insuficiência renal, síndrome nefrótica, ketoconazol, cisplatina e transfusão de sangue. Tetania após cirurgias da tireoide com sinais de alterações do comportamento parestesias e convulsões. Sinal de Chvostek + (toque em músculos faciais que desencadeiam tetania) e Trousseau + (espasmos carpais decorrentes da compressão sobre a artéria braquial).

Hipercalcemia

A hipercalcemia pode ocorrer nas seguintes doenças: hiperparatireoidismo, excesso de vitamina D, metástases ósseas e cálculo renal. Dor abdominal, incoordenação muscular, náuseas e alterações psíquicas e neurogênicas.

FOSFATASE ALCALINA

Enzima que degrada substâncias que contenham grupos fosfato. As alterações comuns que ocorrem por conta de flutuação nos níveis de Fosfatase Alcalina podem ser visualizadas na Tabela 2.

TABELA 2 – Alterações mais comuns em decorrência de mudança nos níveis de fosfatase alcalina.

AUMENTO PRONUNCIADO (> 5x VR*)	AUMENTO MODERADO (3-5x VR*)	AUMENTO DISCRETO (< 3x VR*)
Doença de Paget	Hepatopatas infiltrativas	Hepatites virais
Sarcoma osteogênico	Mononucleose infecciosa	Fraturas em cicatrização
Hiperparatireoidismo	Metástases ósseas	Cirrose
Insuficiências biliares obstrutivas	Raquitismo	Gravidez
Mobilização esquelética	Osteomalácia	
Hipervitaminose D		
Hipertireoidismo		
Ingestão excessiva de cálcio		

*VR: Valores de referência.

HIDROXIPROLINA

Presente em grandes quantidades no colágeno que constitui a matriz óssea. Sua excreção é um bom marcador do catabolismo ósseo (Tabela 3).

- Reabsorção óssea - aumento nos níveis de excreção urinária.

Tabela 3 - Metabolismo ósseo - Valores comparativos no metabolismo ósseo.

DOENÇA	SORO				URINA		
	Ca	Fosfato	ALP	PTH	Ca	Fosfato	HP*
Hiperparatireoidismo primário	++	-	+	++	+	+	++
Doença de Paget	n	n	++	n	n+	n+	++
Hipoparatireoidismo primário	-	+	n	-	-	-	n
Hipovitaminose D	n -	-	+	+	n -	+	+
Hipervitaminose D	+	+	n	-	+	-	n
Neoplasias malignas	+	n +	n +	+	+	n -	+
Displasia fibrosa polioestótica	n	n	n +	n	n	n	n

*HP: Hidroxiprolina; n: normal; - ausente; + moderadamente aumentado; ++ bastante aumentado.

CREATININA

Reflete o índice de filtração glomerular (IFG), pois a creatinina é produzida na musculatura e reflete

a capacidade funcional dos rins. Pode ser avaliada no soro e em outros líquidos biológicos (urina). Está presente nas doenças como diabetes, uso de AAS, cimetidina, trimetoprim, espironolactona, amilorida, cefoxitina e cefalotina.

- **Hiper-creatinemia pré-renal:** Doenças e lesões musculares, acidose diabética, uso excessivo de diuréticos, insuficiência circulatória.
- **Hiper-creatinemia renal:** Doença renal aguda ou crônica.
- **Creatinemia pós-renal:** Obstruções do trato urinário (hipertrofia prostática e compressões dos ureteres).
- **Valores diminuídos:** Sem significado clínico.

UREIA

A concentração de ureia no sangue depende de sua produção, administração de proteínas, hidratação e índice de filtração glomerular. Formada no fígado e em pequenas quantidades no cérebro e rins. Pode estar relacionada à dieta rica em carne e ovos, febre, uso de corticoide, gota, sépsis, hiper-hidratação ou desidratação e sangramento no trato digestivo.

- **Uremia pré-renal:** Insuficiência circulatória grave, hemorragias, dieta rica em proteínas, febre, hemorragia gastrointestinal maciça
- **Uremia renal:** Doença renal aguda ou crônica
- **Uremia pós-renal:** Obstrução do trato urinário (cálculos)
- **Valores diminuídos de ureia:** Hepatopatia grave

PROTEÍNAS

A atividade proteica está relacionada, entre outras, ao estômago (hidrólise pela ação da pepsina) e ao intestino (ação pancreática – tripsina, quimotripsina e carboxipeptidase). Envolve alterações na dificuldade de reparação tecidual, gota, problemas hepáticos e amiloidose. No exame de urina tipo I a proteinúria está relacionada a mieloma múltiplo (Bence Jones), edema, doença renal, ascite, tumores malignos e desnutrição.

4. CULTURA E ANTIBIOGRAMA

É utilizada quando se está diante de quadros infecciosos. Deve-se encaminhar o paciente para coleta da secreção em laboratório para evitar contaminação do material e alterar o resultado. Pode ser negativa quando corresponde ao não crescimento de colônias bacterianas. Quando positivo, significa que houve crescimento de colônias bacterianas e poderá ser realizado o antibiograma com a finalidade de testar a sensibilidade das bactérias frente a alguns antibióticos.

3. CONCLUSÃO

No final da aula, o aluno deverá ser capaz de identificar e responder questões sobre indicação e associação dos sinais e sintomas clínicos do paciente com o resultado dos exames de medicina laboratorial.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: LESÕES BRANCAS DA MUCOSA BUCAL

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos as alterações clínicas que se apresentam de coloração branca e que correspondem a doenças, bem como a conduta frente a cada uma dessas alterações.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber diferenciá-las, conduzir o processo diagnóstico e sua indicação terapêutica.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000. 243p.
2. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
5. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
6. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.
7. SILVERMAN JÚNIOR, S.; EVERSOLE, L.R.; TRUELOVE, E.L. **Fundamentos de medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nosso objetivo é:

- Demonstrar clinicamente os tipos e manifestações das lesões brancas que podem acometer a mucosa bucal e lingual, seu processo diagnóstico e sua conduta terapêutica.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo, seguiremos o seguinte sumário:

1. LEUCOPLASIA
2. ESTOMATITE NICOTÍNICA / LESÃO BRANCA ASSOCIADA AO TABACO SEM FUMAÇA
3. LEUCOPLASIA PILOSA
4. LÍNGUA PILOSA
5. LÍQUEN PLANO
6. LUPO ERITEMATOSO
7. PSORÍASE
8. CONDIÇÕES HEREDITÁRIAS
9. CANDIDÍASE PSEUDOMEMBRANOSA
10. ALTERAÇÕES CELULARES E INJÚRIAS FÍSICAS

c. Motivação

No exame clínico, o profissional relaciona os achados da anamnese aos sinais visualizados no exame físico e indica exames complementares para obtenção do diagnóstico definitivo. Ao conhecer o diagnóstico final, o profissional proporá sua terapêutica. Desta forma, é essencial que o profissional conheça as manifestações clínicas das lesões brancas evitando tratamentos desnecessários, incorretos e ineficazes.

2. DESENVOLVIMENTO

Para a introdução do aluno no diagnóstico de lesões brancas, é necessário o conhecimento de suas manifestações clínicas. Dessa maneira, o profissional deverá correlacionar a manifestação física com os dados obtidos na anamnese e propor seu diagnóstico. A importância dessa identificação é que a partir dela será indicada a terapêutica e, portanto, se o diagnóstico não for correto o tratamento será ineficaz.

1. LEUCOPLASIA

A leucoplasia é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma placa branca, não destacável, que não pode ser caracterizada tanto clínica quanto histologicamente como qualquer outra doença. Assim, o diagnóstico da leucoplasia é estritamente clínico e também de exclusão. Só é fechado quando a lesão não pôde ser diagnosticada como nenhuma outra baseada nos exames físicos e complementares. Ademais, a leucoplasia também não apresenta aspectos microscópicos específicos.

A leucoplasia é a lesão cancerizável mais comum porém sua taxa de malignização é relativamente baixa (2-3%). Entre os fatores de risco para malignização, estão:

- Pacientes não fumantes
- Sexo feminino
- Localização no soalho da boca e borda da língua
- Longa duração da lesão
- Tamanho superior a 2cm²
- Aspecto não-homogêneo
- Presença de displasia epitelial

O manejo dos pacientes com leucoplasia deve iniciar-se removendo o tabaco e outros fatores de risco que possam estar presentes. Se há resposta positiva, o paciente deve ser acompanhado. Entretanto, se não há fator de risco detectável ou se não há resposta frente à remoção dos fatores de risco, a biópsia é recomendada. Quando não há displasia, acompanha-se o paciente. Se há displasia, é indicada a excisão da lesão e acompanhamento do paciente.

2. ESTOMATITE NICOTÍNICA / LESÃO BRANCA ASSOCIADA AO TABACO SEM FUMAÇA

É caracterizada por placas ou manchas brancoacinentadas na região do palato duro com pontos avermelhados. Esses pontos avermelhados são manifestações clínicas decorrentes de inflamação ao redor dos ductos das glândulas salivares menores. Essa manifestação é resposta da agressão pelo calor e pelas substâncias químicas que compõem o cigarro. Não é uma lesão cancerizável. O tratamento consiste na orientação ao paciente para parar de fumar.

3. LEUCOPLASIA PILOSA

É uma lesão que se apresenta geralmente na língua de pacientes portadores de HIV e está associada a presença do vírus Epstein Barr. É uma lesão de aspecto rugoso. O tratamento deve ser a base de aciclovir ou encaminhamento para infectologista no caso de pacientes portadores de HIV.

4. LÍNGUA PILOSA

É o alongamento das papilas filiformes e é idiopática. O tratamento consiste na orientação do paciente quanto a higienização da língua.

5. LÍQUEN PLANO

O líquen plano é uma doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida, podendo apresentar manifestações cutâneas e mucosas. A OMS define-a como uma condição cancerizável visto que parece haver uma maior incidência de neoplasias de boca em indivíduos portadores desta doença. O líquen plano bucal pode apresentar-se de três formas clínicas:

Líquen plano reticular: As lesões reticulares são as mais comuns sendo caracterizadas por um conjunto de estrias finas e brancas entremeadas entre si (estrias de Wickham), resultando em um aspecto de uma rede sobreposta à mucosa. Frequentemente são bilaterais e apresentam um halo eritematoso circundando a lesão. Há maior incidência na mucosa jugal e na gengiva e raramente são associadas à sintomatologia dolorosa.

Líquen plano eritematoso: As lesões eritematosas são caracterizadas por áreas atróficas e avermelhadas difusas e são associadas a sintomatologia dolorosa crônica. Com frequência o padrão reticular está envolvido de forma concomitante.

Líquen plano erosivo: As lesões erosivas são caracterizadas por áreas eritematosas difusas contendo úlceras entremeadas pelas estrias de Wickham. Frequentemente pode ser observada a formação de pseudomembranas sobre essas úlceras. As lesões erosivas dificilmente sofrem remissão e são associadas à sintomatologia dolorosa intensa e maior probabilidade de malignização.

O tratamento do líquen plano bucal se dá pela remoção e/ou controle de fatores estressantes locais e sistêmicos que possam exacerbar a doença bem como a administração de corticóides.

6. LÚPUS ERITEMATOSO

É uma doença autoimune que pode se manifestar de duas formas: a sistêmica e a discoide. Seu tratamento é a base de corticosteroides.

7. PSORÍASE

Doença mucocutânea idiopática que raramente acomete a mucosa bucal.

8. CONDIÇÕES HEREDITÁRIAS

LEUCOEDEMA

É uma condição comum caracterizada por aspecto enevoadado da mucosa jugal que desaparece após tracionamento da mucosa. Ocorre em cerca de 70% dos pacientes negros. Não requer tratamento.

NEVO BRANCO ESPONJOSO

É caracterizada por placas brancas, bilaterais, difusas e rugosas que estão presentes desde a infância. Não requer tratamento.

PAQUIONÍQUIA CONGÊNITA

Nessa doença, além das placas brancas que acometem a mucosa jugal estão presentes alterações de espessamento do epitélio dos dedos e unhas dos pés. Não há tratamento para essa doença.

DISCERATOSE INTRAEPITELIAL BENIGNA HEREDITÁRIA

É uma alteração que se manifesta na infância e corresponde a placas brancas difusas nas mucosas jugal e lingual. A conjuntiva pode ser afetada e a cegueira é uma complicação que pode estar presente. Não há tratamento para essa doença.

CERATOSE FOLICULAR OU DOENÇA BRANCA DE DARIER

É uma condição cutaneomucosa caracterizada por placas brancas em mucosa de aspecto pético e pápulas amarelolaranja na pele. O tratamento com retinoide foi utilizado, porém sem sucesso.

9. CANDIDÍASE PSEUDOMEMBRANOSA

Essa manifestação clínica é causada pelas colônias de *Candida albicans*. São placas brancas que podem ser removidas facilmente e após sua remoção deixam leito avermelhado. Seu tratamento é a prescrição de antifúngico e verificação da presença de alguma doença de base, já que a candidíase pseudomembranosa pode ser uma infecção oportunista.

10. ALTERAÇÕES CELULARES E INJÚRIAS FÍSICAS

MUCOSA MORDISCADA

Apresenta-se como lesão branca irregular em região jugal, preferencialmente, ou mucosa labial. Geralmente está associada a um período de estresse do paciente ou vício de morder a mucosa bucal. A terapêutica pode ser com placas de mordida, tranquilizantes e acompanhamento do caso.

QUEIMADURA QUÍMICA/TÉRMICA

O aspecto esbranquiçado dessas queimaduras estão relacionados a necrose do tecido decorrente de temperatura elevada geralmente por alimentos ou aplicação de medicamentos tópicos como o ácido acetil salicílico. O tratamento é sintomático.

NECROSE

São áreas de coloração branca ou brancoacinzentadas e correspondem a tecido desvitalizado. Seu tratamento depende da causa e pode ser realizado debridamento para auxiliar na reparação tecidual.

MATÉRIA ALBA

Corresponde a deposição de um filme de material branco, que após sua remoção deixa o leito normal. Esse material é composto principalmente por restos alimentares. O tratamento é a higienização adequada.

CICATRIZ

Decorre do processo de reparo de feridas cirúrgicas ou traumáticas formando um cordão de coloração esbranquiçada. Não há tratamento específico. No caso de pacientes com propensão a formação de queloides pode ser injetado ao redor da síntese corticosteroide e retardar a remoção da sutura. Outra opção, que deve ser bem avaliada, é a radioterapia.

3. CONCLUSÃO

- O aluno deverá estudar para fixar os novos termos técnicos e aspectos clínicos das lesões brancas que podem acometer a mucosa bucal e lingual. Após o estudo complementar, deverá indicar qual método de exame físico será melhor para ser empregado como agente facilitador para o diagnóstico definitivo e sua indicação terapêutica.
- No final da aula o aluno deverá ser capaz de responder questões sobre as lesões brancas que acometem a mucosa bucal, suas implicações, cuidados do profissional e seus tratamentos.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: LESÕES NODULARES E VEGETANTES DA MUCOSA BUCAL

OBJETIVOS: Saber identificar as lesões nodulares e vegetantes da boca que correspondem a doenças, bem como a saber a conduta frente a cada uma dessas alterações.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber distinguir as lesões nodulares e vegetantes da mucosa bucal.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000. 243p.
2. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
3. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
4. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
5. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nosso objetivo é:

- Discutir a patogênese, epidemiologia, características clínicas, diagnóstico diferencial e tratamento das lesões nodulares e vegetantes que podem acometer a cavidade bucal.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. FIBROMATOSE GENGIVAL
 - 1.1. Irritativa
 - 1.2. Hereditária
 - 1.3. Medicamentosa
 - 1.4. Anatômica
2. HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA
 - 2.1. Focal
 - 2.2. De fórnix
 - 2.3. Por câmara de sucção
3. HIPERPLASIA PAPILAR PALATINA
4. GRANULOMA PIOGÊNICO
5. GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES
6. FIBROSA OSSIFICANTE PERIFÉRICO
7. LESÕES INDUZIDAS PELO HPV
8. LIPOMA
9. HEMANGIOMA
10. LINFANGIOMA
11. NEUROFIBROMA E NEUROFIBROMATOSE
12. LEIOMIOMA
13. RABDOMIOMA

c. Motivação

No exame clínico, o profissional relaciona os achados da anamnese aos sinais visualizados no exame físico para o diagnóstico da doença que o paciente apresenta. De posse do diagnóstico definitivo, o profissional definirá a conduta terapêutica adequada. Neste grupo estão as lesões mais frequente encontradas nos pacientes, como a hiperplasia fibroma inflamatória, reforçando ainda mais a importância do aluno reconhecer estas alterações e saber tratá-las.

2. DESENVOLVIMENTO

1. FIBROMATOSE GENGIVAL

IRRITATIVA

A lesão está relacionada com um trauma causado por agente irritante, como deficiência de escovação dental. Clinicamente, é caracterizada por tumefação da gengiva livre, de coloração vermelha,

sangrante podendo estar associada a queixa de incômodo local. Se a lesão for crônica, ou seja, com o passar do tempo, ela torna-se mais clara, de coloração rosa pálido e pouco sangrante. O diagnóstico é praticamente clínico, por meio da identificação de um agente irritante. O tratamento envolve a remoção deste agente, orientação do paciente, raspagem e curetagem radicular e, dependendo do caso, gengivoplastia. Quando a remoção cirúrgica for indicada, a peça operatória terá diagnóstico histopatológico de hiperplasia fibrosa inflamatória (ver abaixo). O prognóstico é bom, porém, se o paciente mantiver os agentes irritantes, a lesão poderá recidivar, sendo importante a orientação do profissional.

HEREDITÁRIA

A etiologia dessa alteração está relacionada a herança genética, ou seja, algum familiar pode ter tido essa enfermidade. Sua característica clínica é a gengiva livre aumentada de volume, de coloração vermelha, sangrante podendo estar associada a queixa de incômodo local e a erupção dos dentes pode ser afetada. O diagnóstico é clínico, pois se manifesta na infância. O tratamento é a gengivoplastia, cujo resultado do histopatológico será de hiperplasia fibrosa inflamatória. O prognóstico é duvidoso quanto a validade, pois a lesão poderá recidivar, sendo importante a orientação do profissional.

MEDICAMENTOSA

A etiologia dessa alteração está relacionada com administração de medicamento associado ou não a um agente irritante local – geralmente, higiene bucal deficiente. Sua característica clínica é a gengiva livre aumentada de volume, de coloração vermelha, podendo estar associada a queixa de incômodo local. Se a lesão for crônica, ou seja com o passar do tempo, ela torna-se rosa pálido. O diagnóstico é praticamente clínico. Os medicamentos mais frequentemente associados à fibromatose gengival medicamentosa são a fenitoína (anti-convulsivante), ciclosporina (imunossupressor) e a nifedipina (beta-bloqueador). Se a remoção cirúrgica for indicada, a peça operatória terá diagnóstico histopatológico de hiperplasia fibrosa inflamatória. O tratamento envolve a comunicação com o médico que prescreveu o medicamento para verificar a possibilidade de substituição da medicação, remoção do agente irritante local, raspagem e curetagem gengival e gengivoplastia. O prognóstico é duvidoso quanto a validade, principalmente se a medicação não for substituída, pois a lesão poderá recidivar, sendo importante a orientação do profissional passar ao paciente.

ANATÔMICA

Essa alteração é mais evidente após a puberdade. Acomete a gengiva dos molares superiores, podendo ser uni ou bilateral. Sua característica clínica é o aumento volumétrico gengival da região dos molares superiores, tuberosidade maxilar, de coloração rosa invadindo o palato duro, de consistência fibrosa, indolor, pediculada e lisa. O tratamento é a gengivoplastia, cujo resultado do histopatológico será de hiperplasia fibrosa inflamatória. O prognóstico é bom.

2. HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA

“Hiperplasia fibrosa inflamatória” não é um termo clínico e sim histológico, pois no exame físico não se consegue visualizar células, mas o aspecto clínico formado por elas. Assim, o termo clínico utilizado antigamente era de granuloma fissurado. Essa alteração corresponde a resposta tecidual a um trauma crônico exercido sobre determinado local. O trauma na mucosa bucal pode ser causado por vários fatores, entre esses fatores os mais comuns são próteses totais e parciais removíveis mal adaptadas e vício de morder determinado local da mucosa jugal ou labial. O aspecto clínico corresponde a uma lesão nodular, rosa, recoberta por mucosa lisa, pediculada ou sésil e indolor de consistência fibrosa. Alguns autores relacionam o local da lesão associando-o ao nome, por exemplo, **hiperplasia fibrosa inflamatória focal** quando acomete uma área qualquer da mucosa bucal, **hiperplasia fibrosa inflamatória de fórnix** quando acomete o sulco gengivo-jugal ou gengivo-labial e **hiperplasia fibrosa inflamatória por câmara de**

sucção quando associada a prótese total superior com cavidade na região da área chapeável do palato duro, muito utilizada no século passado. O tratamento é a remoção cirúrgica, pois a simples remoção do agente traumático, dependendo da extensão da lesão, não surtirá efeito clínico significativo. O resultado do exame histopatológico será de hiperplasia fibrosa inflamatória e o prognóstico é bom.

3. HIPERPLASIA PAPILAR PALATINA

Sinonímia: Papilomatose sub-placa e papilomatose palatina.

É causada pelo uso de próteses mal adaptadas e por higienização deficiente ou ausente. Seu aspecto clínico é formado por várias projeções papilares em palato duro sob prótese total. Seu aspecto clínico pode variar desde o rosa pálido até o vermelho intenso. Nos casos de lesões de coloração vermelha deve-se avaliar a associação da *Candida albicans* para instituir o tratamento. A regressão pode ocorrer nos casos em que as papilas sejam muito discretas ou apenas nos casos de eritema acentuado. O tratamento deve ser, preferencialmente, por eletrofulguração. A remoção cirúrgica por bisturi convencional trás uma desvantagem devido a curvatura do palato, fato que dificulta a abordagem por esse método. A muco-abrasão deve ser descartada devido a rotação do instrumento que lança a distância sangue, saliva e spray tanto do instrumento quanto da área cruenta. A prótese deve ser reembasada com cimento cirúrgico e funcionará como curativo, pois não há como suturar ou rodar retalho para fechamento primário da área. Assim que houver a cicatrização da área, deverá ser confeccionada nova prótese total.

4. GRANULOMA PIOGÊNICO

A patogênese do granuloma piogênico está a um agente irritante, como presença de cálculo dentário, restaurações mal adaptadas, trauma local etc. Cerca de 75% das lesões acometem a gengiva, porém outras áreas podem apresentar tal alteração como dorso de língua e lábio. O aspecto clínico do granuloma é um nódulo, geralmente pediculado, de coloração vermelha com áreas branco-leitosas ou amareladas, que originaram o nome de piogênico lembrando a denominação dada antigamente a lesões de gengiva: *piorréia*. Essa alteração pode aparecer em mulheres grávidas que, apesar de serem clinicamente idênticas às daquelas mulheres não grávidas, recebem a denominação de **granuloma gravídico** por sua possível associação ao aumento dos níveis de estrogênio e progesterona durante a gestação. Em alguns casos, a lesão regride parcial ou completamente após o nascimento do bebê. Desta forma, a sua remoção cirúrgica só é indicada nos casos em que há comprometimento estético e funcional importante e deve ser realizada no 2º trimestre de gravidez perante avaliação médica. Nos casos não relacionados à gestação, a remoção cirúrgica com cauterização do leito operatório deve ser realizada para reduzir a possibilidade de recidiva. Também são imprescindíveis a raspagem radicular e remoção do agente irritante.

5. GRANULOMA PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES

Denominado antigamente de granuloma reparacional de células gigantes, corresponde a uma alteração que ocorre exclusivamente na gengiva, de forma nodular, de coloração vermelha escura, sangrante quando lesada e indolor (exceto quando há ulceração na superfície). O granuloma periférico de células gigantes pode ser justa-ósseo e causar reabsorção óssea em taça por compressão. Assim, é importante reforçar a importância do exame radiográfico para verificação do comprometimento ósseo. No caso do granuloma, poderá haver uma discreta radiolucidez da área ou nenhum sinal. Essa lesão não possui cápsula limitrofe e seu crescimento se dá infiltrando tecidos adjacentes. Desse modo, devido a infiltração, sua remoção deve ser a cirúrgica com pequena margem de segurança que pode ser por crioterapia ou eletrofulguração. A recidiva, devido sua característica de infiltração nos tecidos adjacentes, pode ocorrer.

6. FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO

O fibroma ossificante periférico (FOP) é uma lesão associada a um agente irritante local e é exclusiva da gengiva. Cinquenta por cento das lesões se desenvolvem adjacente aos incisivos e caninos superiores. Clinicamente, observa-se nódulo ou tumefação rosa pálido, com limites definidos, consistência fibrosa a firme, assintomático. A quantidade de material mineralizado em seu interior pode variar e, portanto, nem sempre é possível observar áreas radiopacas pelo exame radiográfico. O tratamento é cirúrgico associado à remoção do agente irritante e a taxa de recidiva é de 8-16%.

É importante ressaltar que o FOP não corresponde à contraparte em tecido mole do fibroma ossificante central, que é uma lesão fibroóssea. São lesões distintas.

7. LESÕES INDUZIDAS PELO HPV

Os papilomavírus humano (HPV) formam uma família com mais de 100 subtipos. Cerca de 80% dos indivíduos possuem, pelo menos, um tipo de HPV na mucosa bucal, indicando a sua alta incidência e distribuição. Entre as lesões induzidas pelo HPV, três apresentam maior significância clínica para o cirurgião-dentista:

PAPILOMA

O papiloma, frequentemente chamado de “verruga”, corresponde a cerca de 2,5% de todas as lesões bucais. Apresenta dois picos de incidência: crianças e pacientes na faixa de idade entre 30 e 50 anos. Acredita-se que o HPV 6 e 11 (de baixo risco) estejam envolvidos em sua patogênese, porém suas virulência e infectividade são baixos. Desta forma, assume-se que a sua transmissão se dê pelo contato da mucosa contaminada com uma superfície não íntegra – ou seja, o papiloma não é considerado uma doença sexualmente transmissível (DST). Clinicamente, é caracterizada por vegetação com projeções longas, finas, digitiformes e esbranquiçadas, conferindo um aspecto semelhante ao da couve-flor. Às vezes, a sua superfície é rósea. Acomete mais frequentemente a língua, lábios e palato mole. O tratamento envolve a remoção cirúrgica e o prognóstico é excelente.

VERRUGA VULGAR

A verruga vulgar está associada aos HPV 2, 4, 6 e 40, todos de baixo risco. Como o seu próprio nome sugere, é uma lesão altamente infecciosa e a auto-inoculação é comum. Assim, é frequente observar lesões múltiplas, especialmente, nas mãos e rosto. Embora seja comum na pele, é raro na mucosa bucal. As lesões intra-bucais apresentam-se como vegetações porém suas projeções são menos longas e mais rombas do que as do papiloma; sua coloração geralmente é rósea. A verruga vulgar pode ser transmitida via contato ou sexual. O tratamento inclui remoção cirúrgica da lesão bucal e encaminhamento ao dermatologista.

CONDILOMA ACUMINADO

O condiloma acuminado está associado aos HPV 2, 6, 11, 53, 54 (de baixo risco), 16, 18 e 31 (de alto risco). É considerada DST e é comum a presença concomitante de lesões bucais e genitais. Ocorre mais na mucosa labial, palato e freio lingual. Clinicamente, manifesta-se como vegetação com projeções curtas e arredondadas e coloração rósea. O tratamento envolve a orientação do paciente, remoção cirúrgica das lesões e monitoramento ginecológico dada à patogênese associada aos subtipos de alto risco do HPV.

8. LIPOMA

O lipoma é a neoplasia mesenquimal mais comum, é benigna e originada dos adipócitos. Cerca de metade das lesões ocorrem na mucosa jugal e vestibular. É mais frequente em pacientes com idade superior a

40 anos e não há predileção por sexo. Clinicamente, manifesta-se como um nódulo ou tumefação com coloração semelhante à da mucosa adjacente, consistência mole, limites definidos e indolor. Dependendo da localização e da profundidade da lesão, é possível observar uma coloração amarelada por transparência do tecido de superfície. O aspecto trans-cirúrgico é altamente sugestivo de lipoma, caracteriza-se por uma massa amarelada facilmente destacável do tecido adjacente. Outra característica que auxilia no diagnóstico é o fato de a peça cirúrgica boiar quando colocada no frasco de formol, dada à sua menor densidade em relação ao líquido fixador. O tratamento é cirúrgico e o prognóstico é excelente.

9. HEMANGIOMA

A nomenclatura do hemangioma é controversa e, frequentemente, um termo refere-se a diferentes lesões dependendo do critério. Em nossa instituição, nós utilizamos o termo **hemangioma bucal** (HB) para referir-se as mal formações vasculares não neoplásicas que acometem a boca.

Clinicamente, o hemangioma bucal é caracterizado por um nódulo que varia do vermelho ao arroxeadado, com limites definidos, base séssil e assintomático. Lesões mais profundas podem manifestar-se como manchas. O HB é positivo à vitropressão porém, em lesões pequenas, pode ser difícil de observar alterações na coloração clinicamente. Ocorre mais em pacientes com idade superior a 40 anos, sem predileção por sexo. O tratamento pode envolver cirurgia (que deve ser avaliada criteriosamente devido à natureza vascular da lesão), aplicação de oleato de monoetanolamina e acompanhamento.

10. LINFANGIOMA

O linfangioma são tumores benignos dos vasos linfáticos. Pode ser classificado em simples (ou capilar), cavernoso ou cístico (ou higroma cístico). Possuem predileção pela região de cabeça de pescoço e a localização intra-bucal mais comum é a língua. Ocorre mais em crianças. Clinicamente, caracteriza-se como vesículas translúcidas agrupadas, por vezes arroxeadas, com aspecto de “ovos de rã”. As lesões podem variar de alguns milímetros ao envolvimento total do órgão, especialmente da língua – nestes casos, deve tomar-se cuidado com a manutenção das vias aéreas. O tratamento é cirúrgico, quando possível e a taxa de recidiva é alta.

11. NEUROFIBROMA E NEUROFIBROMATOSE

O neurofibroma é uma neoplasia benigna neural das células de Schwann e fibroblastos perineurais. Ocorre mais na língua e mucosa jugal e em adultos jovens. Tipicamente, envolve tecidos moles embora alguns casos raros sejam centrais. Clinicamente, manifesta-se como nódulo de consistência fibrosa, coloração igual à da mucosa adjacente ou amarelada (quando localizado superficialmente). O tratamento é cirúrgico.

Quando ocorre a presença de múltiplos neurofibromas, deve-se considerar a hipótese do paciente apresentar **neurofibromatose tipo 1**. Esta síndrome é caracterizada pela presença de múltiplos neurofibromas espalhados pelo corpo todo, manchas café-com-leite, nódulos de Lisch nos olhos entre outros. Radiograficamente, pode ser observado espessamento do canal mandibular e do forame mental. O manejo da síndrome está associada ao tratamento das lesões e complicações que vão se desenvolvendo.

12. LEIOMIOMA

O leiomioma é uma neoplasia do músculo liso. Assim, é extraordinariamente rara na boca (somente 0,065% dos tumores ocorrem na região de cabeça e pescoço). Clinicamente, apresenta-se como nódulo de

crescimento lento, consistência fibrosa e de coloração semelhante à da mucosa adjacente ou levemente azulada. O tratamento é cirúrgico e a recidiva é rara.

13. RABDOMIOMA

O rabdomioma é uma neoplasia do músculo esquelético de rara ocorrência. Acomete mais adultos de meia-idade, apresenta predileção pelo sexo masculino e ocorre mais no soalho bucal, palato mole e base da língua. Apresenta-se como um nódulo de consistência fibrosa e crescimento lento. O tratamento é cirúrgico e o prognóstico é bom.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: LESÕES PIGMENTADAS DA MUCOSA BUCAL

OBJETIVOS: Saber identificar as lesões pigmentadas da boca que correspondem a doenças, bem como a saber a conduta frente a cada uma dessas alterações.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber distinguir as lesões pigmentadas da mucosa bucal.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
2. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
3. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
4. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

CURSO: Odontologia

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nosso objetivo é:

- Demonstrar clinicamente os tipos e manifestações das lesões pigmentadas que podem acometer a cavidade bucal, seu processo diagnóstico e sua conduta terapêutica.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. LESÕES ORIUNDAS DOS MELANÓCITOS
 - 1.1. Melanose do tabagista
 - 1.2. Mácula melanótica oral
2. NEOPLASMAS
 - 2.1. Melanoma
3. PIGMENTAÇÃO CAUSADA POR DEPÓSITO EXÓGENO
 - 3.1. Argirose focal (tatuagem por amálgama)
 - 3.2. Pigmentação por metais pesados
 - 3.3. Pigmentação medicamentosa
4. PIGMENTAÇÃO CAUSADA POR DEPÓSITO ENDÓGENO
 - 4.1. Nevo
 - 4.2. Icterícia
5. SÍNDROMES
 - 5.1. Síndrome de McCune-Albright
 - 5.2. Síndrome de Peutz-Jeghers
 - 5.3. Doença de Addison

c. Motivação

No exame clínico, o profissional relaciona os achados da anamnese aos sinais visualizados no exame físico para o diagnóstico da doença que o paciente apresenta. De posse do diagnóstico definitivo, o profissional definirá a conduta terapêutica adequada.

2. DESENVOLVIMENTO

Para a introdução do aluno no diagnóstico de lesões pigmentadas, é necessário o conhecimento de suas manifestações clínicas. Dessa maneira, o profissional deverá identificar a manifestação física com os dados obtidos na anamnese e chegar ao diagnóstico. A importância dessa identificação é que a partir dela será indicada a terapêutica e, portanto, se o diagnóstico não for correto o tratamento será ineficaz.

1. LESÕES ORIUNDAS DOS MELANÓCITOS

MELANOSE DO TABAGISTA

A melanina apresenta um efeito protetor sobre os queratinócitos e, acredita-se que alguns componentes do tabaco, como as aminas policíclicas (nicotina e benzopirenos) e o calor provoquem o aumento da sua atividade. Este fato é reforçado pelo fato da localização da melanose do fumante ser relacionada ao tipo de tabaco utilizado. Em pacientes que fumam o cigarro, ela ocorre mais na gengiva anterior; em pacientes que utilizam o cachimbo, ocorre predominantemente na mucosa jugal e comissura labial;

por fim, os pacientes que fazem o fumo invertido apresentam esta alteração no palato duro. As mulheres são mais afetadas do que os homens. O diagnóstico se dá através do levantamento da história clínica do paciente e exclusão de outras lesões pigmentadas. O cessar do vício ocasiona o seu desaparecimento em, aproximadamente, 3 anos.

MÁCULA MELANÓTICA ORAL

A mácula melanótica oral é uma mancha de coloração que varia do marrom, castanho ao negro, cujo tamanho não costuma passar dos 7mm. A sua etiologia é desconhecida e o aumento da pigmentação se dá por aumento da atividade dos melanócitos e, possivelmente, por aumento do seu número também. Embora possa ocorrer em pacientes de qualquer sexo e idade, a mácula melanótica oral é mais comum em pacientes do sexo feminino (2:1) e costuma ser diagnosticada por volta dos 45 anos de idade. A localização anatômica mais comum é o vermelhão lábio inferior seguido pela mucosa jugal, gengiva e palato. Alguns autores consideram as máculas melanóticas labiais uma outra doença, a **mácula melanótica labial**, por julgarem que estas apresentam associação com a exposição solar, o que não é verdade para as máculas intraorais. As máculas melanóticas orais não têm o seu tamanho alterado após o diagnóstico, o que auxilia o diagnóstico diferencial, além da manobra da diascopia. Para fechá-lo, é importante o levantamento da história clínica do paciente. Lesões com tempo de evolução recente ou desconhecidas, com pigmentação irregular, tamanho grande, ou que tenham sofrido alterações devem ser biopsiadas. Quando diagnosticada, a mácula não requer tratamento, exceto estético (biópsia excisional).

2. NEOPLASMAS

MELANOMA

O melanoma é um tipo de câncer que se origina dos melanócitos e é o 3º tipo de câncer de pele mais comum no mundo. Entretanto, no Brasil, o INCA estima uma baixa incidência, com cerca de 3.000 casos previstos para 2014, especialmente concentrados na região Sul do Brasil, onde se encontra uma maior quantidade de indivíduos de pele clara (INCA). Já a ocorrência de melanomas extracutâneos, como na mucosa, olhos e leptomeninges é rara e seu comportamento é bastante agressivo.

Melanomas mucosos correspondem de 4 a 6,8% dos melanomas primários, sendo sua incidência estimada em 2,3 casos a cada milhão de indivíduos. A incidência do melanoma mucoso aumenta de acordo com a idade e pacientes com idade superior a 60 anos apresentam risco 10 vezes maior de desenvolver o tumor. Não há predileção por sexo, porém indivíduos de origem asiática apresentam maior propensão ao tumor.

Ao contrário do melanoma cutâneo, cujos fatores de risco são bem estabelecidos, a etiologia do melanoma bucal é desconhecida. Com exceção da existência de um nevo pigmentado preexistente, nenhum outro fator etiológico foi comprovado.

O palato duro e a gengiva superior são os locais mais acometidos pelo melanoma bucal. O melanoma tipicamente apresenta um crescimento no sentido horizontal, restrito ao epitélio, em lesões incipientes para depois evoluir para a fase do crescimento vertical, com invasão maciça do tecido conjuntivo. No caso das lesões bucais, o crescimento horizontal pode (melanoma *in situ*) ou não (melanoma invasivo) preceder o vertical. Cerca de 30% dos casos apresentam máculas melanóticas prévias e, acredita-se, que tratam-se da fase de expansão horizontal do tumor.

Clinicamente, a cor do melanoma bucal apresenta grande variação e pode ser negra, marrom, arroxeada, avermelhada e até branca. Cerca de 30% das lesões são amelanóticas e podem ser confundidas com crescimentos benignos ou CEC. Em geral, as lesões apresentam uma área central nodular circundada por uma mácula escurecida, que recobre toda a área. Suas margens são mal definidas, assimétricas e irregulares. As lesões são assintomáticas e em casos mais avançados, pode haver ulceração.

O tratamento do melanoma se dá por cirurgia com esvaziamento cervical por conta da grande

incidência de metástases ocultas. No entanto, a maioria dos casos se encontra em estágio avançado no momento do diagnóstico e a extensão do procedimento de remoção do tumor pode ser mutilante. O prognóstico do melanoma é pobre, especialmente por conta do diagnóstico tardio. A taxa de sobrevivência de 5 anos é de apenas 25,5% e diminui com o passar o tempo.

3. PIGMENTAÇÃO CAUSADA POR DEPÓSITO EXÓGENO

ARGIROSE FOCAL (TATUAGEM POR AMÁLGAMA)

A tatuagem por amálgama ocorre quando há a implantação do material restaurador na mucosa acidentalmente. Ela geralmente ocorre por abrasão da mucosa, uso de fio dental contendo pó de amálgama ou, ainda, quando uma partícula de amálgama cai sobre um alvéolo durante uma exodontia. Clinicamente, observa-se uma mancha preta, azul ou cinza, sempre no local de implantação do amálgama. Os locais mais frequentemente acometidos são a gengiva, mucosa alveolar e mucosa jugal. Dependendo do tamanho da partícula, é possível que ela seja visível no exame radiográfico, fechando o diagnóstico e não requerendo tratamento. Quando sua visualização radiográfica não ocorre, biópsia é indicada.

PIGMENTAÇÃO POR METAIS PESADOS

A ingestão ou exposição a qualquer um dos metais pesados (chumbo, prata, ferro, arsênio, mercúrio e bismuto) pode apresentar repercussões orais e sistêmicas sérias. Os seus sinais e sintomas, entretanto, não são específicos e cada metal e, em geral, é a histórica clínica do paciente que auxilia a fechar o diagnóstico. A exposição aguda aos metais pode causar cólica abdominal, fadiga, irritabilidade e fraqueza. Já a exposição crônica leva à disfunção do sistema nervoso central, rins e articulações. Além disso, a mucosa bucal pode apresentar pigmentação, especialmente ao redor da gengiva (chumbo e prata) ou difusa na mucosa e o paciente sentir a sensação de gosto metálico. Nestes casos, o encaminhamento para o hospital é indicado.

PIGMENTAÇÃO MEDICAMENTOSA

A pigmentação medicamentosa pode ocorrer por maior aumento da produção de melanina ou por deposição dos metabólitos do fármaco. Os medicamentos que mais causam pigmentação medicamentosa são: minociclina, tranquilizantes, antimaláricos, quimioterápicos e anti-HIV. As pigmentações geralmente aparecem como manchas escuras difusas pela mucosa bucal. Não requerem tratamento e geralmente diminuem com o cessar do medicamento.

4. PIGMENTAÇÃO CAUSADA POR DEPÓSITO ENDÓGENO

NEVO

O nevo melanocítico é caracterizado por uma proliferação de células oriundas da crista neural que migraram para a epiderme durante o desenvolvimento, as células névicas.

O nevo pode ser de natureza congênita ou do desenvolvimento, sendo os de desenvolvimento muito mais comuns. Até os 40 anos de idade é frequente o número de nevos aumentar, tendendo diminuir após esta idade. O nevo é muito comum na pele porém raro na mucosa bucal.

Os nevos melanocíticos são classificados de acordo com o seu grau de evolução. Como o próprio nome indica, o nevo juncional é caracterizado por agregados de células névicas, chamados de *tecas*, localizados no epitélio, próximo à sua junção com o tecido conjuntivo. Clinicamente, estes são os nevos que apresentam-se como máculas negras, acastanhadas ou marrons, fortemente demarcada e, tipicamente, com tamanho inferior a 6mm de diâmetro. Com o evoluir da lesão, as células névicas também são encontradas na lâmina própria subjacente, quando sua pigmentação diminui e passa a ser chamada de nevo composto. Por fim,

nos estágios mais avançados, as *tecas* passam a ser mais encontradas no interior do tecido conjuntivo e tendem a apresentar pigmentação acastanhada e elevação. Na pele, pode conter folículo piloso. Este é o tipo de nevo mais comumente encontrado tanto na boca quanto na pele, porém como a maioria das biópsias é realizada em pacientes com idade superior a 40 anos de idade, é possível que estas lesões tenham passado pelas outras duas fases.

Uma variação do nevo melanocítico é o nevo azul, que, embora seja chamado de nevo, é uma proliferação de melanócitos e não de células névicas, no tecido conjuntivo subepitelial. Há dois tipos de nevo azul, o comum e o celular. O tipo comum será o abordado por ser o mais frequentemente encontrado na boca. O nevo azul é assim chamado por apresentar uma coloração azulada. Isso ocorre pois as partículas de melanina, localizadas profundamente, refletem a luz que incide no tecido, porém somente as ondas de comprimento mais curto conseguem retornar à superfície e serem visíveis, e estas são as ondas azuis. Este efeito é chamado de efeito Tyndall. Na boca, o nevo azul é mais comum no palato e ocorre mais em crianças e adultos jovens, com predileção pelo sexo feminino.

O nevo melanocítico e azul são lesões benignas, de prognóstico excelente e que sofrem transformação maligna somente em casos extremamente excepcionais. No entanto, como estas lesões apresentam aspecto clínico bastante semelhante ao melanoma em estágio inicial, sua biópsia incisional é indicada. É importante ressaltar que, no passado, acreditava-se que a biópsia incisional era capaz de causar a invasão hematogênica de células do melanoma, porém este fato não se confirma.

ICTERÍCIA

A icterícia ocorre quando há um excesso de bilirrubina na corrente sanguínea. A bilirrubina, então, se acumula nos tecidos, especialmente naqueles com maior quantidade de fibras elásticas, deixando-os com uma tonalidade amarelada. A esclera do olho, geralmente, é a primeira parte do corpo a apresentar esta alteração. Outras partes comuns são o palato mole e o freio lingual. A icterícia não é uma doença específica porém pode indicar uma produção exacerbada de bilirrubina (anemia hemolítica autoimune ou anemia falciforme) ou, ainda, que o fígado não está funcionando corretamente (no processamento da bilirrubina ou na sua excreção). O seu tratamento e prognóstico variam de acordo com a sua causa.

5. SÍNDROMES

SÍNDROME DE McCUNE-ALBRIGHT

A síndrome de McCune-Albright é causada por uma mutação no gene *GNAS1* nas células-tronco indiferenciadas. Ocorre em 1:100.000-1.000.000 de nascimentos e é caracterizada por displasia fibrosa poliostótica, manchas café com leite e endocrinopatias (puberdade precoce, hipertireoidismo, hipercortisolismo, excesso de produção do hormônio do crescimento). Recomenda-se acompanhar o paciente que apresente a displasia e intervir caso haja prejuízo funcional e/ou estético. Além disso, o indivíduo deve ser supervisionado por um endocrinologista.

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

A síndrome de Peutz-Jeghers é causada por uma mutação no gene *STK11* e acomete 1 em cada 100.000-200.000 nascimentos. É caracterizada por pigmentação mucocutânea, pólipos intestinais e maior propensão ao desenvolvimento de malignidades. Estima-se que um paciente com esta síndrome apresenta um risco 18 vezes maior de ter algum tipo de tumor maligno do que a população comum. As pigmentações cutâneas geralmente se encontram na região peribucal e se assemelham às sardas porém não respondem à exposição solar, como o fazem as sardas verdadeiras. As lesões bucais se manifestam como máculas de, geralmente, 1-4mm e afetam principalmente o vermelhão do lábio, mucosa jugal e língua. O número de lesões varia. As pigmentações mucocutâneas costumam preceder as manifestações sistêmicas e podem ser úteis no

diagnóstico da síndrome. Os pólipos intestinais apresentam chances aumentadas de sofrer malignização e os pacientes também podem sofrer de obstrução intestinal devido à intussuscepção, problema que ocorre a partir da 3ª década de vida.

Os critérios de diagnóstico para a síndrome segundo a OMS são:

1. Detecção de 3 ou + pólipos do tipo Peutz-Jeghers (PJP) OU
2. Presença de qualquer qtd de PJP em paciente com história familiar da síndrome OU
3. Pigmentação mucocutânea em paciente com história familiar da síndrome OU
4. Qualquer qtd de PJP em paciente com pigmentação mucocutânea

Os indivíduos com a síndrome de Peutz-Jeghers devem ser acompanhados cuidadosamente dada à propensão aos distúrbios intestinais e desenvolvimento de malignidades.

DOENÇA DE ADDISON

A doença de Addison, também chamada de hipoadrenocorticism, se dá pela baixa produção dos hormônios corticosteroides da glândula suprarrenal. Este distúrbio pode ser classificado em primário ou secundário, de acordo com a sua etiologia. A doença de Addison primária ocorre quando há destruição do córtex da suprarrenal por diversos motivos como: doença autoimune, infecções, tumores metastáticos, sarcoidose, hemocromatose ou amiloidose. Já a doença de Addison secundária se dá quando há diminuição do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), responsável pelo estímulo à adrenal para a produção dos hormônios corticosteroides.

A doença de Addison ocorre em 1:100.000 indivíduos e não há predileção por sexo. Os sintomas iniciais desta doença são inespecíficos e incluem fadiga, perda de apetite, fraqueza, hipotensão e perda de peso. Os sinais e sintomas específicos vão se manifestar somente em um estágio avançado da doença, quando houver comprometimento de 90% da glândula. Assim, é importante reforçarmos que quando um paciente apresenta as características típicas da doença de Addison, já estará debilitado e corre risco de vida. O principal sinal desta afecção é a hiperpigmentação mucosa e cutânea generalizada. Na pele, as áreas mais expostas ao sol e ao atrito, como rosto, ombros, cotovelos e joelhos são mais afetadas. Frequentemente, a pigmentação castanha da mucosa bucal é a primeira manifestação da doença e precede a cutânea. A alteração de cor se dá pelo aumento dos níveis de beta lipotropina e ACTH, capazes de estimular os melanócitos.

O diagnóstico se dá por exames laboratoriais que incluem o teste rápido de estimulação do ACTH e dosagem dos níveis séricos de cortisol e plasmáticos de ACTH. Se os níveis de cortisol apresentarem-se abaixo de 20µg/dL e os níveis de ACTH estiverem acima de 100ng/L, a doença será primária. Por outro lado, na doença secundária, os níveis de ACTH estarão baixos.

O tratamento da doença se dá com reposição de corticosteroide. Geralmente, é prescrito de 5 a 7mg de prednisona dividido em pequenas doses durante o dia. Em eventos estressantes, o paciente pode necessitar aumentar a dose. Em tratamentos odontológicos menos invasivos, esta complementação não é necessária. Para procedimentos mais longos e cruentos, geralmente aumenta-se a dose de prednisona ou faz-se a intervenção sob anestesia geral. Com o tratamento adequado, o prognóstico do paciente é bom.

3. CONCLUSÃO

- O aluno deverá estudar para fixar os novos termos técnicos e aspectos clínicos das lesões pigmentadas que podem acometer a mucosa bucal e lingual. Após o estudo complementar, deverá ser capaz de indicar qual método de exame físico será melhor para ser empregado como agente facilitador para o diagnóstico definitivo e sua indicação terapêutica.
- No final da aula, o aluno deverá ser capaz de responder questões sobre as lesões pigmentadas que acometem a mucosa bucal, suas implicações, cuidados do profissional e seus tratamentos.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: PROCESSOS PURULENTOS BUCOFACIAIS

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos a necessidade, os riscos, o tratamento e a importância da identificação das infecções do processo maxilomandibular com suas semiotécnicas e exames laboratoriais pertinentes.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber identificar processos purulentos bucofaciais, aplicar as semiotécnicas, indicar exames laboratoriais, orientar e tratar infecções mais comuns.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D., ed. **Cecil tratado de medicina interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2 v.
2. PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1317 p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. SACHER, R.A.; MCPHERSON, R.A. **Widmann : interpretação clínica dos exames laboratoriais**. 11. ed. São Paulo: Manole, 2001. 1102 p.
5. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.
6. SILVERMAN JÚNIOR, S.; EVERSOLE, L.R.; TRUELOVE, E.L. **Fundamentos de medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384p.

AUXILIARES:

7. Revistas, jornais e internet.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Demonstrar a importância da interpretação clínica da sintomatologia dos processos infecciosos bucofaciais, com ênfase nos processos dentoalveolares, osteomielites e celulite
- Conhecimento dos espaços anatômicos
- Avaliação do quadro clínico do paciente
- Diagnóstico
- Terapêutica
- Bacteremia e septicemia
- Legislação específica

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. INFECÇÃO, CELULITE E SUA ETIOLOGIA

- 1.1. PERICORONARITE (OPERCULITE)
- 1.2. ALVEOLITE, ALVÉOLO SECO, OSTEÍTE PÓS-OPERATÓRIA, OSTEOMIELITE ALVEOLAR AGUDA LOCALIZADA
- 1.3. ALVEOLITE PURULENTA
- 1.4. ABSCESSO DENTO ALVEOLAR
- 1.5. INFECÇÕES DE FERIDAS CIRÚRGICAS
- 1.6. PERIODONTITE
- 1.7. PAROTIDITE BACTERIANA

2. RELEMBRAR OS ESPAÇOS ANATÔMICOS FACIAIS

- 2.1. SUBMANDIBULARES
- 2.2. PAROTÍDEO
- 2.3. SUBMASSETERINO
- 2.4. MANDIBULAR
- 2.5. INFRATEMPORAL
- 2.6. RETROFARINGEANO
- 2.7. FARINGEANO LATERAL

3. AVALIAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE

- 3.1. CLASSIFICAÇÃO DE KARNOFISKY OU ZUBROD
- 3.2. DADOS VITAIS
- 3.3. HIDRATAÇÃO
- 3.4. DIETA

4. DIAGNÓSTICO

- 4.1. EXAME IMAGIOLÓGICO
- 4.2. CULTURA E ANTIBIOGRAMA

5. TERAPÊUTICA

- 5.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS
- 5.2. PACIENTE COM FEBRE E KARNOFISKY MENOR OU IGUAL À 70
 - 5.2.1. Com febre e sem ponto de flutuação
 - 5.2.2. Com febre e com ponto de flutuação
- 5.3. PACIENTE SEM FEBRE E KARNOFISKY MAIOR QUE 70
 - 5.3.1. Sem febre e sem ponto de flutuação
 - 5.3.2. Sem febre e com ponto de flutuação
- 5.4. PROCESSOS CRÔNICOS
 - 5.4.1. Paciente com ou sem febre e drenagem espontânea

6. BIFOSFONATOS
7. BACTEREMIA E SEPTICEMIA
8. LEGISLAÇÃO

c. Motivação

Os processos infecciosos decorrem do desequilíbrio entre microrganismos que penetraram, se desenvolveram e se multiplicaram no organismo hospedeiro causando doenças, superando o sistema imune. Na celulite, o processo purulento progride entre as fibras musculares e tende a reunir-se nos espaços anatômicos, onde se propagam para regiões adjacentes levados pelo posicionamento no leito ou devido ao efeito gravitacional. Quando esses microrganismos atingem a corrente sanguínea ou espaços anatômicos como o mediastino e o cérebro, causam distúrbios que podem se agravar, podendo levar o paciente ao óbito. Dessa maneira, torna-se imprescindível que o aluno se esforce para entender a importância de conhecer e tratar as infecções bucofaciais, bem como, ter o discernimento de observar e agir prontamente mantendo ou alterando sua conduta, mas sempre acompanhando diariamente o paciente portador de infecção ou celulite.

2. DESENVOLVIMENTO

Para que o aluno entenda a evolução desses processos é necessário que utilize de conhecimentos prévios e de disciplinas como anatomia, fisiologia, farmacologia, imagiologia e microbiologia.

1. INFECÇÃO, CELULITE E SUA ETIOLOGIA

A infecção corresponde à penetração, desenvolvimento e multiplicação de microrganismos no interior do corpo humano levando-o ao desequilíbrio fisiológico. A reação inflamatória da pele e do tecido subcutâneo decorrente do processo infeccioso é denominada de celulite.

PERICORONARITE (OPERCULITE)

Corresponde a infecção e inflamação dos tecidos moles que estão circundando dentes não erupcionados totalmente, ou seja, somente com parte de sua coroa exposta ao meio bucal.

ALVEOLITE, ALVÉOLO SECO, OSTEÍTE PÓS-OPERATÓRIA, OSTEOMIELITE ALVEOLAR AGUDA LOCALIZADA

Esse processo tem início, geralmente, 48 a 72 horas após a cirurgia e apresenta dor e hiperemia dos tecidos moles ao redor do alvéolo, sem apresentar coleção purulenta.

ALVEOLITE PURULENTA

A alveolite purulenta pode ser decorrente da alveolite seca bem como iniciar-se pela presença da contaminação do alvéolo, causando o processo purulento.

ABSCESSO DENTO ALVEOLAR OU PERIAPICAL

O abscesso periapical é dividido em agudo e crônico. O agudo corresponde a formação de pus envolvendo a região apical com evolução rápida e dor lancinante sem a formação de ponto de flutuação ou fistula. Por outro lado, o crônico corresponde ao abscesso que apresenta ponto de flutuação ou fistula. Ambas podem desencadear celulite.

INFECÇÕES DE FERIDAS CIRÚRGICAS

As infecções de feridas cirúrgicas são determinadas por uma combinação de fatores como:

- Virulência e quantidade de microrganismo na ferida;
- Mecanismos de defesa do hospedeiro:
- Mecânicas: Assepsia, antisepsia, cirurgia contaminada ou potencialmente contaminada.
- Humorais: IgG, IgM e IgA.
- Celulares: Representada pelos macrófagos e neutrófilos.
- Imunossupressão: Idoso, diabético, desnutrido, leucopênico, HIV, infecção prévia.

PERIODONTITE

Corresponde a infecção e inflamação crônica dos tecidos periodontais, como gengiva, ligamento periodontal e processo alveolar, causando bolsa periodontal, mau hálito, gosto de pus na boca e dor no local.

PAROTIDITE BACTERIANA

Corresponde a infecção das glândulas parótidas ou submandibulares por bactérias, geralmente *Stafilococcus aureus* nas agudas e *Streptococcus viridans* nas crônicas. A parotidite bacteriana difere da parotidite epidêmica causada por vírus, principalmente por um paramixovírus. Assim, são distintas e seus tratamentos são diferentes. Essas alterações serão estudadas na aula sobre glândulas salivares.

2. RELEMBRAR OS ESPAÇOS ANATÔMICOS FACIAIS

SUBMANDIBULARES

O espaço denominado submandibular corresponde a área entre os músculos digástricos e hipoglosso, basilar da mandíbula, miloioideo e pele, ocupada pela glândula submandibular. O espaço submentoniano corresponde a área entre os ventres anteriores dos dois músculos digástricos a basilar da mandíbula e a pele. O espaço sublingual está localizado entre a mucosa do assoalho bucal, músculo miloioideo e face interna do corpo da mandíbula.

PAROTÍDEO

Esse espaço é ocupado pela glândula parótida, ocupando a área entre o subcutâneo e a fáscia superficial do músculo masseter da região parotidomassetérica.

SUBMASSETERINO

Localizada entre a fáscia profunda do músculo masseter e a cortical externa do ramo da mandíbula.

MANDIBULAR

Área entre o periosteio do bordo inferior da mandíbula, mucosa alveolar e retro molar.

INFRATEMPORAL

Espaço compreendido entre a tuberosidade maxilar, músculo pterigoideo lateral, côndilo mandibular, músculo temporal e processo coronoide.

RETROFARINGEANO

Área entre a mucosa faringeana, fáscia pré-vertebral e artéria carótida.

FARINGEANO LATERAL

Espaço entre a aponeurose bucofaringeana, glândula parótida, músculos pterigoideo lateral e medial, fáscia pré-vertebral e carótida.

3. AVALIAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE

CLASSIFICAÇÃO DE KARNOFISKY E ZUBROD

Essa classificação deve ser empregada para avaliar as condições físicas do paciente e o profissional determinar seu estado de saúde.

DADOS VITAIS

Os dados vitais são importantes para que o profissional possa estabelecer o tratamento e monitorar a evolução do quadro sistêmico do paciente, evitando a disseminação do processo infeccioso.

HIDRATAÇÃO

O profissional deve avaliar clinicamente o grau de hidratação do paciente, pois as infecções provocam, em diferentes graus, a desidratação. A perda de água e eletrólitos causam, como sintomatologia, sede, queda abrupta de peso, pele seca e sem elasticidade, mucosas secas, enoftalmia (olhos afundados), desânimo, abatimento, excitação psíquica e oligúria (redução da produção de urina). O profissional deve avaliar a necessidade de orientar a hidratação via oral ou endovenosa dependendo do grau de desidratação do paciente.

DIETA

Nos casos de infecções, a dieta deverá repor as perdas nutricionais e calóricas, devendo ser analisada e solicitada pelo profissional e orientada e prescrita por um nutricionista. Nesses casos, o paciente geralmente necessita de dieta hiperproteica e calórica.

4. DIAGNÓSTICO

EXAME IMAGIOLÓGICO

Geralmente, o profissional solicita radiografias periapicais ou panorâmicas para detectar possível envolvimento periodontal no processo infeccioso. Quando a suspeita ocorrer sobre glândula salivar maior a indicação de uma ultrassonografia é a melhor opção em termos de custo/benefício. Após a melhora do quadro clínico, redução da celulite, diminuição do trismo e identificação do agente causador, o profissional irá remover o agente causador da infecção que poderá ser um dente, uma fratura óssea, infecção de ferida cirúrgica, sequestro ósseo ou displasias ósseas infectadas.

CULTURA E ANTIBIOGRAMA

Esse tipo de exame laboratorial consiste em colher amostra do processo purulento e realizar a cultura. Após o crescimento bacteriano no meio de cultura, são testados alguns antibióticos que o laboratório possui e é descrita a efetividade, baseada em sensibilidade do microrganismo (S=sensível, R=resistente e PS=pouco sensível) de cada medicamento testado. Caso o paciente seja medicado antes da coleta do material no laboratório, na solicitação do exame deve ser informado o medicamento que está sendo administrado. A medicação deve ser avaliada a cada 48 horas e, caso o paciente apresente febre a medicação administrada deverá reduzir o estado febril em 24 horas, e frente ao resultado da cultura e antibiograma o profissional poderá alterá-la, sempre obedecendo o resultado do exame.

5. TERAPÊUTICA

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para facilitar a análise e eficácia de medicamentos ou associações terapêuticas, toda Instituição de tratamento desenvolve de protocolos para emprego de farmacomedicamentos. Dessa maneira, para facilitar ao estudante e orientar a padronização do uso desses medicamentos pelo corpo clínico do Centro de Oncologia Bucal, Unidade Auxiliar da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba da UNESP, os profissionais e professores que atuam tanto na Unidade Auxiliar quanto na Disciplina de Farmacologia, em conjunto, estabeleceram o protocolo que será apresentado a seguir.

O aluno deve sempre ter em mente que nos casos em que está indicada administração de medicamento, o profissional deve considerar o quadro clínico do paciente, como hepatopatias, reações alérgicas progressas, insuficiência renal e outras interações com medicações em uso, a sua eficácia, contraindicações, posologia e condição econômica do paciente para prescrever, observando a sequência de indicação. Outra observação deve ser em relação à interações, por exemplo, tetraciclina administrada concomitantemente com leite não será absorvida, pois reagirá com o leite e será eliminada antes de sua absorção.

No protocolo descrito, a amoxicilina, em associação com ácido clavulanato de potássio (Clavulin BD) ou sulbactam (Trifamox IBL), é empregada para o tratamento profilático e não terapêutico. Dessa maneira, este fármaco não aparece entre as opções descritas, pois todas são referentes a processos infecciosos instalados.

Deve ser salientado que este protocolo não extingue outras possibilidades de escolha, principalmente quando se tem em mãos o resultado da cultura e antibiograma. Também deve-se ficar atento para o desuso da prescrição da “dose de ataque”, pois não há comprovação científica de sua eficácia.

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando o nome do sal e o nome comercial, de escolha do profissional, entre parênteses. O paciente deve ser informado sobre a existência ou não de medicamentos genéricos correspondentes.

Nos casos de abscesso ou processos infecciosos decorrentes de várias origens (traumática, necrose de tecidos, ferida cirúrgica, por arma de fogo ou branca), a primeira conduta antes de estabelecer e aplicar o protocolo é a realização da obtenção dos dados relativos aos sinais vitais (temperatura, pulso, pressão arterial, frequência respiratória e dor). Após a obtenção desses dados, o paciente pode ser enquadrado dentro de quatro possibilidades, considerando a temperatura corporal e o aspecto físico da área comprometida.

As classificações utilizadas no Serviço são:

PACIENTE COM FEBRE E KARNOFISKY MENOR OU IGUAL À 70

COM FEBRE E SEM PONTO DE FLUTUAÇÃO

Nesses casos é indicado a antibioticoterapia com a primeira escolha sendo a Azitromicina, a segunda Claritromicina, a terceira escolha o Cefaclor (Ceclor), quarta o Cloridrato de doxicilina (Vibramicina), quinta a Clindamicina (Dalacin) e por último a Gentamicina (Garamicina).

Nessa fase, os pacientes experimentam sensação dolorosa, condição que deve ser tratada com a administração de substâncias com propriedade tanto analgésica quanto antipirética, como a Dipirona (Lisador, Novalgina, Magnopyrol) como primeira escolha, Paracetamol associado à Codeína (Tylex, Codex) como segunda, terceira o Tramadol (Tramal, Ultracet) e como quarta opção o Paracetamol associado a Cafeína (Tilenol-DC).

O paciente e seu acompanhante devem ser orientados a realizar medições da temperatura a cada 4 horas e anotá-las, repassando para a enfermeira no ambulatório pelo telefone. Caso a temperatura corporal não ceda dentro das primeiras 4 horas o paciente deve ser reavaliado e a medicação deve ser substituída pela primeira opção na sequência.

A monitoração do paciente deve ocorrer até que haja área de aspecto amarelado na pele ou mucosa, local este denominado de “ponto de flutuação”. Este local é o adequado para ser realizada a punção e drenagem da coleção purulenta. Na sequência deve-se colocar o dreno de penrose, mantido em posição por três dias e retirado somente após a coleção purulenta ou sero-sanguinolenta for mínima. Após a remoção do dreno não é indicada a sutura da fístula deixada pelo penrose, pois o orifício cicatriza sem problema.

A fisioterapia local é indicada e iniciada logo após a medicação e consiste na aplicação de compressas mornas ou utilização de aparelhos de luz infra-vermelha ou ultrassom sobre o local da celulite, massagens e cinesioterapia, que deverá ser mantida conforme a evolução do tratamento.

Nesses casos, o mais comum é a não formação do “ponto de flutuação” e o aspecto clínico é a ocorrência de empastamento da área correspondente à celulite, parecido com nódulo subcutâneo firme e fixo recoberto por pele íntegra, que poderá persistir por um período de seis ou mais meses.

RESUMO

ANTIBIÓTICO

1. Azitromicina: Zitromax 500mg; Clindal Az 250/500mg; Selimax; Azitrocina; Eritrosima; Azitrax; Azimix; Novatrex; Azitroxil; Mazitrom – VO 1 x ao dia.
2. Claritromicina: Klaricid; 250 a 500mg VO 12/12h ou 1 x ao dia, no máximo por 14 dias.
3. Cefaclor: Ceclor 250, 375, 500mg VO de 8/8 ou 12/12h com mínimo de 40mg/kg/dia e máxima de 1g/dia.
4. Cloridrato de doxicilina: Vibramicina 100mg VO 1 x ao dia ou 50mg 12/12h.
5. Clindamicina: Dalacin 300mg VO 3 a 4 x ao dia entre 900 e 1800mg/dia.
6. Gentamicina: Garamicina 80mg IM ou EV de 12/12h.

ANALGÉSICO

1. Dipirona (Lisador, Novalgina, Magnopyrol 1 comp VO de 8/8h)
2. Paracetamol associado à Codeína (Tylex, Codex 7,5 ou 30 mg 1 ou 2 comp VO de 6/6h no máximo 8 comp/dia)
3. Tramadol (Tramal 50 ou 100mg VO 1 até 4 comp 2 x ao dia ou injetável; Ultracet (+ codeína) 1 ou 2 comp VO de 4/4h ou 6/6h no máximo 8 comp/dia; Nobligan retard 50mg)
4. Paracetamol associado a Cafeína (Tylenol DC 500 mg até 2 comp VO 6/6h não excedendo o total de 8 comp/dia).

COM FEBRE E COM PONTO DE FLUTUAÇÃO

Nesses casos, a resolução é mais rápida e melhor, não deixando o empastamento típico decorrente da administração de antibiótico antes do aparecimento do ponto de flutuação e sua drenagem. Assim, a indicação terapêutica é a drenagem do abscesso com medicação antibiótica prévia, respeitando o período de latência de cada medicamento. A opção pela administração intramuscular deve ser considerada, uma vez que se reduz o tempo de espera para incisão e drenagem do abscesso. Em alguns casos, a drenagem pode ser feita imediatamente antes da administração da antibioticoterapia, visto que a assepsia e antisepsia prévia ao ato cirúrgico da drenagem não contribui para aumentar o número de microrganismos presentes e sim ocorrerá uma redução dos mesmos quando da saída da secreção purulenta armazenada no interior dos tecidos. Entretanto, a medicação deve ser administrada imediatamente após o procedimento cirúrgico de drenagem.

Após a drenagem, o dreno de penrose deve ser fixado por fio de sutura do tipo mononylon, pois esse fio é monofilamentar, produz reação inflamatória desprezível e não encharca em contato com fluidos corpóreos. A antibioticoterapia e posologia seguem a ordem do item anterior, ou seja, a primeira escolha a Azitromicina, a segunda Claritromicina, a terceira escolha o Cefaclor (Ceclor), quarta o Cloridrato de doxicilina (Vibramicina), quinta a Clindamicina (Dalacin) e por último a Gentamicina (Garamicina).

Para controle da dor e do processo flogístico, a Dipirona (Lisador, Novalgina, Magnopyrol) é a primeira escolha, o Paracetamol associado à Codeína (Tylex, Codex) a segunda, a terceira é o Tramadol (Tramal, Ultracet) e como quarta opção o Paracetamol associado a Cafeína (Tilenol-DC).

O controle dos dados vitais é importante e portanto o paciente e seu acompanhante devem ser orientados a realizar medições da temperatura corporal a cada 4 horas e anotá-las, repassando para a enfermeira do ambulatório pelo telefone. Caso a temperatura corporal não ceda dentro das primeiras 4 horas o paciente deve ser reavaliado e a medicação deve ser substituída pela primeira opção na seqüência. Uma opção muito interessante como medida imediata para reduzir a temperatura corporal é submeter-se a um banho frio.

A fisioterapia local deverá ser iniciada logo após o paciente retornar à sua casa e consiste basicamente na aplicação de compressas mornas ou utilização de aparelhos de luz infravermelha ou ultrassom sobre o local da celulite, massagens e cinesioterapia, que deverá ser mantida conforme a evolução do tratamento, principalmente nos casos em que o paciente apresentar trismo.

PACIENTE SEM FEBRE E KARNOFISKY MAIOR QUE 70

SEM FEBRE E SEM PONTO DE FLUTUAÇÃO

Quando o paciente se apresenta nessa condição clínica, ele e seu acompanhante devem ser orientados a realizar medições da temperatura a cada 4 horas e anotá-las, repassando para a enfermeira no ambulatório pelo telefone. Se o paciente apresentar febre no decorrer do acompanhamento ele deverá ser enquadrado no protocolo que se refere a pacientes com febre e sem ponto de flutuação (acima).

A fisioterapia local deverá ser iniciada logo após o paciente retornar à sua casa e consiste basicamente na aplicação de compressas mornas ou utilização de aparelhos de luz infravermelha ou ultrassom sobre o local da celulite, massagens e cinesioterapia, que deverá ser mantida conforme a evolução do tratamento. O paciente e seu acompanhante devem ser orientados a retornarem logo que ocorrer o aparecimento do ponto de flutuação para drenagem. Nesse momento o protocolo é o mesmo que o utilizado nos casos enquadrados como: Sem febre e com ponto de flutuação. Geralmente o ponto de flutuação ou mesmo a drenagem espontânea ocorre dentro das primeiras 24 horas após o início da fisioterapia.

A medicação analgésica deve ser utilizada, se necessário, conforme as opções descritas anteriormente.

SEM FEBRE E COM PONTO DE FLUTUAÇÃO

Os casos em que o paciente chega para a consulta com ponto de flutuação são aqueles que apresentam respostas terapêuticas mais rápidas. Para essa situação a primeira conduta é a drenagem do abscesso no momento da consulta com medicação antibiótica prévia, respeitando o período de latência de cada medicamento. A opção pela administração intramuscular deve ser avaliada para os casos em que o profissional deseja reduzir o tempo de absorção do fármaco, antes da drenagem. A drenagem, a critério do profissional, também poderá ser realizada antes da administração da antibioticoterapia, desde que a administração seja feita na seqüência do ato operatório.

O protocolo da medicação antibiótica é o mesmo dos anteriores, como sendo a primeira escolha a Azitromicina, a segunda Claritromicina, a terceira escolha o Cefaclor (Ceclor), quarta o Cloridrato de doxicilina (Vibramicina), quinta a Clindamicina (Dalacin) e por último a Gentamicina (Garamicina).

Para controle da dor e do processo flogístico a Dipirona (Lisador, Novalgina, Magnopyrol) é a primeira escolha, o Paracetamol associado à Codeína (Tylex, Codex) a segunda, a terceira é o Tramadol (Tramal, Ultracet) e como quarta opção o Paracetamol associado a Cafeína (Tilenol-DC).

A fisioterapia local é a melhor opção para esses casos, consistindo basicamente da aplicação de compressas mornas ou utilização de aparelhos de luz infravermelha ou ultrassom sobre o local da celulite, massagens e cinesioterapia, que deverá ser mantida conforme a evolução do tratamento e é iniciada logo após a drenagem.

Para os casos de abscesso, o profissional deverá respeitar a orientação farmacológica do medicamento tanto do antibiótico quanto dos analgésicos e antipiréticos prescritos, como posologia, via de administração, efeitos colaterais, contraindicações, interações medicamentosas e tempo de prescrição.

A orientação ao paciente e seu acompanhante quanto a realizar as medidas de temperatura com intervalos regulares de 4 horas, informando ao profissional quando houver alteração, é de suma importância e diretamente relacionado ao sucesso do tratamento. Quando o profissional perceber que o paciente e seu acompanhante não realizarão a contento a orientação indicada e não houver ponto de flutuação, o paciente deverá ser medicado e orientando sobre a evolução da celulite com consequente empastamento da área.

Nos casos em que o paciente apresentar trismo, prejudicando a oroscopia, uma radiografia ou ultrassonografia deverá ser solicitada. Com os exames, e após a regressão da celulite ou redução do trismo, o profissional deverá realizar a oroscopia e diagnosticar a causa da infecção removendo-a.

PROCESSOS CRÔNICOS

Do mesmo modo que os anteriores, o protocolo envolve a realização e anotação das medidas obtidas dos sinais vitais e identificação do agente causador da infecção. Após a obtenção dessas medidas o paciente é enquadrado dentro de uma das seguintes possibilidades:

PACIENTE COM OU SEM FEBRE E DRENAGEM ESPONTÂNEA

Nesses casos, é realizada a colocação do dreno de penrose e fixado, quando a drenagem for pela pele da face. Nos casos em que a drenagem ocorre pela gengiva, o profissional deverá avaliar as condições locais. Na sequência a antibioticoterapia deverá ser prescrita, seguindo os critérios anteriores, como sendo a primeira escolha a Azitromicina, a segunda Claritromicina, a terceira escolha o Cefaclor (Ceclor), quarta o Cloridrato de doxicilina (Vibramicina), quinta a Clindamicina (Dalacin) e por último a Gentamicina (Garamicina).

Para controle da dor e do processo flogístico a Dipirona (Lisador, Novalgina, Magnopyrol) é a primeira escolha, o Paracetamol associado à Codeína (Tylex, Codex) a segunda, a terceira é o Tramadol (Tramal, Ultracet) e como quarta opção o Paracetamol associado a Cafeína (Tilenol-DC).

A fisioterapia local é importante nesses casos e consiste basicamente da aplicação de compressas ou bochechos com água morna ou utilização de aparelhos de luz infravermelha ou ultrassom, massagens e cinesioterapia, que deverá ser mantida conforme a evolução do tratamento.

O acompanhamento diário desses pacientes é importante para o profissional poder avaliar a evolução de cada caso tendo tempo para poder reavaliar e modificar a opção de escolha do medicamento.

Do mesmo modo que o protocolo anterior, este deverá seguir as mesmas orientações descritas referentes a medicação, fisioterapia, acompanhamento e orientação.

O profissional nunca deverá esquecer que a celulite causada por um abscesso na região do terço inferior facial poderá evoluir para os espaços faciais do pescoço e deste para a região torácica, piorando o prognóstico, não raramente levando o paciente a óbito decorrente do comprometimento do mediastino. Por outro lado, as infecções do terço médio da face poderão evoluir e atingir o espaço orbital podendo acompanhar o trajeto do nervo oftálmico e atingir o cérebro, podendo levar o paciente ao óbito.

6. BIFOSFONATOS

São fármacos sintéticos análogos do pirofosfato com intensa afinidade pelo cálcio, inibindo a reabsorção do osso através de sua atividade antiosteoclástica. Estes medicamentos são indicados para

tratamento de doenças que acometem o tecido ósseo, tais como osteoporose/osteopenia, mieloma múltiplo, hipercalcemia, metástases ósseas e doença de Paget do osso. O efeito colateral mais conhecido dos Bifosfonatos é a osteonecrose dos ossos da face que geralmente ocorrem acompanhado de relatos sobre sensações de dormência na região da face, dor, fístulas cutâneas, exposição óssea e úlceras na mucosa bucal. Essas necroses apresentam fístulas com saída de secreção purulenta, entretanto a medicação antibiótica não elimina a infecção oportunista, pois quando o medicamento é suspenso a secreção purulenta retorna. O tratamento da necrose óssea por Bifosfonatos ainda é controverso.

7. BACTEREMIA E SEPTICEMIA

A bacteremia corresponde a presença de bactéria na corrente sanguínea e ocorre durante uma exodontia ou manipulação de área infectada, sem produzir alteração clínica. Por outro lado, a septicemia caracteriza-se por mais de dois picos febris em 24 horas, hipotensão e débito urinário (oligúria). Na septicemia também está presente a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS) que é caracterizada pela temperatura corporal maior que 38°C ou menor que 36°C, frequência cardíaca maior que 90 bpm, frequência respiratória maior que 20 movimentos/min., e leucócitos totais maior que 12000 ou menor que 4000.

8. LEGISLAÇÃO

Este é apenas um resumo da Resolução RDC 44 que versa sobre prescrição de antimicrobianos. Assim, é importante e necessário que o acadêmico tome ciência de seu conteúdo na totalidade para atuar dentro da lei.

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 44, DE 26 DE OUTUBRO DE 2010

Art. 1º Esta resolução estabelece os critérios para a embalagem, rotulagem, dispensação e controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, conforme lista constante do Anexo a esta Resolução, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.

Parágrafo único. A dispensação de medicamentos contendo as substâncias listadas no Anexo a esta resolução, isoladas ou em associação, fica sujeita à retenção de receita e escrituração em farmácias e drogarias, nos termos desta resolução.

Art. 2º. A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita de controle especial, sendo a 1ª via - Retida no estabelecimento farmacêutico e a 2ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento.

Art. 11º. A retenção das receitas de medicamentos, pelas farmácias e drogarias, contendo as substâncias listadas no Anexo desta resolução é obrigatória a partir de 28 de novembro de 2010.

Parágrafo único. As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.

3. CONCLUSÃO

- Ao final do estudo o aluno deverá saber diagnosticar e tratar pacientes portadores de infecções do complexo maxilofacial, bem como conhecer os riscos inerentes a estes processos.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: LESÕES VÉSICOBOLHOSAS

OBJETIVOS: Saber identificar as lesões vésicobolhosas, suas etiologias e instituir seu tratamento.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Identificação e manejo das lesões vésicobolhosas que podem acometer a mucosa bucal.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
2. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
3. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
4. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Diferenciar vesícula de bolha.
- Lesões secundárias.
- Demonstrar a importância da identificação das lesões vesicobolhosas.
- Tratamento.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo, seguiremos o seguinte sumário:

1. INFECÇÕES VIRAIS

- 1.1. HERPESVÍRUS SIMPLES
- 1.2. GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA PRIMÁRIA
- 1.3. HERPES SIMPLES RECORRENTE
- 1.4. VÍRUS VARICELA ZOSTER
- 1.5. VARICELA OU CATAPORA
- 1.6. VARICELA ZOSTER OU HERPES-ZOSTER

2. DOENÇAS MEDIADAS IMUNOLOGICAMENTE OU AUTOIMUNES

- 2.1. PÊNFIGO VULGAR
- 2.2. PENFIGOIDE DAS MEMBRANAS MUCOSAS OU BENIGNO DE MUCOSA
- 2.3. ERITEMA MULTIFORME
- 2.4. ERITEMA MULTIFORME MAIOR OU SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON

3. TRAUMAS POR TEMPERATURA

- 3.1. CALOR
- 3.2. FRIO

c. Motivação

Os estados doentios que manifestam-se por lesões fundamentais como vesículas e bolhas são comuns nos ambulatórios médicos e odontológicos. Desse modo, torna-se importante que o cirurgião-dentista saiba conduzir a anamnese quando estiver frente a uma dessas lesões fundamentais, quer a manifestação esteja ocorrendo na mucosa ou na derme. A anamnese é de fundamental importância nesses casos, pois além da manifestação clínica deve-se associar com a história pregressa da doença e, a partir daí, direcionar o diagnóstico clínico ou hipótese diagnóstica. Essa associação é importante para direcionar a etiologia da doença, pois nesse capítulo (lesões vesicobolhosas) compreendem tanto lesões de origem viral e autoimune quanto traumáticas por alta e baixa temperaturas. Portanto, saber identificar essas lesões é fundamental para o correto tratamento.

2. DESENVOLVIMENTO

Inicialmente, é abordado tema sobre as lesões fundamentais, diferenças entre vesícula, pústula e bolha. Também sobre lesões primárias e secundárias, pois são os sinais clínicos das alterações estudadas nesse capítulo.

1. INFECÇÕES VIRAIS

HERPESVÍRUS HUMANO (HHV)

Este grupo de vírus é representado por vários tipos, sendo o mais comum o herpesvírus simples do tipo 1 e do tipo 2 (HHV – 1 e 2 ou HSV –1 e 2). Estão incluídos nesse grupo também os vírus varicela-zóster

(VZV ou HHV - 3), vírus Epstein-Barr (EBV ou HHV - 4), citomegalovírus (CMV ou HHV - 5) e, mais recentemente, os HHV -6, HHV -7 e HHV -8. Esses vírus utilizam somente os seres humanos para sua latência.

Herpesvírus simples tipo 1 e 2 (HSV 1 e 2 ou HHV 1 e 2)

A diferença clínica entre o HHV 1 e 2 é o local anatômico envolvido. O HHV 1 tem localização bucal, orofaríngea ou peri labial. O tipo 2 tem localização nos órgãos genitais. A transmissão do tipo 1 é feita pela saliva ou contato direto com a lesão, as do tipo 2 pelo contato sexual ou autoinoculação. Deve-se lembrar que as lesões herpéticas do tipo 2 também podem acometer a região peribucal, quando for inoculado naquela área anatômica ou vice-versa. O quadro clínico dessas lesões são semelhantes, sendo a gengivostomatite herpética primária, primoinfecção, a manifestação mais severa. As recorrências geralmente são menos exacerbadas, como no herpes simples recorrente. O diagnóstico tanto da primoinfecção quanto da recorrente é principalmente o clínico, pois o paciente refere, como sinal prodromico, ardor, prurido, calor, pontadas ou eritema na região aonde aparecerão as vesículas que, após romperem, darão lugar a lesões ulceradas superficialmente. Em alguns casos, pode ocorrer febre, indisposição e infartamento ganglionar. Também poderá ser feita citologia esfoliativa, cultura para HHV e sorologia anti-HSV após remissão do quadro. O tratamento é basicamente com analgésicos, antipiréticos, anestésicos e hidratação. As lesões recorrentes peribucais poderão ser tratadas com aplicação de anestésico sublesional ou drogas antivirais administradas na fase prodromica. O acompanhamento desses pacientes deve ser feito, pois complicações podem ocorrer, principalmente nos imunocomprometidos.

Varicela ou catapora (VZV ou HHV 3)

É a primoinfecção da varicela zoster. Seu sinal clínico é composto por exantema generalizado iniciando por eritema evoluindo para vesículas, pústulas e úlceras associadas a indisposição, faringite, febre e rinite. A transmissão pode ser feita por meio de perdigotos ou contato com as lesões. O diagnóstico é clínico, porém pode-se lançar mão da citologia esfoliativa, cultura ou sorologia anti VZV. O tratamento é a base de banhos mornos com bicarbonato de sódio, administração de difenidramina, analgésico e antitérmico, hidratação e antivirais. A melhor maneira de se evitar é a imunização durante a infância, com eficácia em torno de 98%. As complicações podem advir de infecções bacterianas secundárias, encefalites, pneumonia e, na gravidez, aborto e má formação do feto.

Herpes zoster ou cobreiro ou zona (VZV ou HHV 3)

É a reativação do vírus da catapora. Seu sinal clínico prodromico é dor intensa no dermatomo da região inervada pelo nervo afetado. Na sequência há indisposição, febre, cefaleia. Após esses sintomas, cerca de 1 a 4 dias depois, inicia-se o exantema com eritema evoluindo para erupção de vesículas evoluem para pústulas em 3 a 4 dias e facilmente se rompem dando origem as úlceras superficiais com formação de crostas. A evolução total dessa manifestação ocorre em torno de 2 a 3 semanas. As complicações são comuns e, na região de cabeça e pescoço, pode ocasionar a neuralgia pós-herpética com duração variando de meses a anos. O envolvimento ocular e a paralisia facial (paralisia de Bell) podem estar associada com as complicações. A síndrome de Ramsay Hunt, caracterizada por lesões cutâneas no canal auditivo externo, paralisia de Bell, deficiência auditiva e vários sintomas auditivos e vestibulares, também pode se manifestar. O tratamento segue as mesmas orientações das demais infecções herpéticas e sintomático, mantendo as lesões cutâneas secas e limpas, sendo a administração de antibióticos e antivirais a critério do profissional.

Vírus Epstein-Barr (HHV 4 ou EBV)

Esse vírus causa a mononucleose infecciosa ou doença do beijo, nome este dado pela sua forma de transmissão. Os sinais prodromicos são febre, indisposição e anorexia, seguidos de petéquias na mucosa bucal. O tratamento segue a mesma indicação das infecções virais, devendo ser avaliado com critério o uso de ácido acetilsalicílico e corticosteroides.

Citomegalovírus (HHV 5 ou CMV)

Esse vírus permanece latente nas células das glândulas salivares. O sinal prodromático de sua manifestação é composto por indisposição, febre, anorexia, dor muscular e articular e erupção cutânea. O tratamento segue a orientação ou protocolos para infecção viral.

HHV 6 e 7

São vírus isolados presentes na saliva e transmitidos por meio de perdigotos e infectam principalmente pacientes imunocomprometidos. Seus sinais clínicos são indisposição, anorexia, febre e roséolas que aparecem subitamente na pele. Uma vez diagnosticado, o paciente deve ser encaminhado para um infectologista.

HHV 8

Possui característica semelhante ao anterior, porém há evidências que esse vírus está envolvido na patogênese do sarcoma de Kaposi.

2. DOENÇAS MEDIADAS IMUNOLOGICAMENTE (AUTOIMUNES)

São as lesões clínicas provenientes da produção inadequada de anticorpos que atuam contra vários constituintes celulares que mantém a adesão celular ou que mantém a aderência das células epiteliais com as do conjuntivo subjacente.

PÊNFIGO VULGAR

A condição denominada de pênfigo envolve quatro tipos de doenças a saber: vulgar, vegetante, eritematoso e foliáceo. Entretanto, a mais comum e que será estudada com mais detalhes é o vulgar. Essa doença decorre do ataque de anticorpos contra glicoproteínas (desmogleínas 3 e 1) componentes dos desmossomos responsáveis pela aderência celular, causando a formação de bolha intraepitelial. As lesões vesicobolhosas comprometem tanto a mucosa bucal quanto a pele, produzem sintoma doloroso com sensação de queimação (fogo selvagem). Para o diagnóstico, deve ser realizada biópsia, preferencialmente em uma vesícula ou bolha, tendo o cuidado de remover um fragmento contendo a intersecção da vesícula com o epitélio sadio. A semiotécnica com bulbo aspiração apresenta a formação de uma vesícula ou a descamação da pele. A essa característica se denomina sinal de Nikolsky positivo. O tratamento é feito pelo médico com administração de corticosteroides sistêmicos, drogas imunossupressoras e suporte nutricional. Essa condição pode levar o paciente a óbito.

PENFIGOIDE DAS MEMBRANAS MUCOSAS OU BENIGNO DE MUCOSA

Nessa condição, os anticorpos são dirigidos contra os componentes da membrana basal, traduzidos clinicamente pela formação de bolhas subepiteliais. Sua característica clínica pode ser semelhante as do pênfigo vulgar, porém só acometem mucosas. O diagnóstico é eminentemente clínico, podendo ser realizada uma biópsia com a mesma metodologia utilizada para o pênfigo. O tratamento é o uso tópico de corticosteroide na forma de bochechos 3x ao dia, com avaliação clínica de duas a três vezes por semana. Caso não ocorra a remissão do quadro o diagnóstico clínico deverá ser reavaliado.

ERITEMA MULTIFORME

É uma doença mediada imunologicamente, porém pouco compreendida e desencadeada com o uso de medicamentos sistêmicos, principalmente antibióticos, sedativos, antimaláricos e analgésicos, ou infecção precedente como o herpes simples ou o *Mycoplasma pneumoniae*. Possui várias manifestações clínicas, porém todas apresentam ulcerações como padrão. Estão presentes indisposição, febre, cefaleia e orofaringite. A evolução dura cerca de 2 a 6 semanas e 20% dos casos há recorrência. O diagnóstico é clínico baseado na história médica e exame físico das lesões. Uma forma agressiva do eritema multiforme é a necrólise epidérmica tóxica ou síndrome de Lyell que é caracterizada por manchas eritematosas ou bolhas que evoluem dentro de horas para áreas extensas de necrose da pele com epidermólise severa. Essas lesões são semelhantes a queimaduras. O tratamento consiste na suspensão do medicamento ou droga, o emprego de corticosteroides deve ser ponderado, o uso de antivirais caso tenha associação viral e a administração de imunoglobulina humana nos casos da síndrome de Lyell.

ERITEMA MULTIFORME MAIOR OU SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON

Essa doença tem como fator desencadeante o uso de medicamentos ou droga. Para fechar seu diagnóstico clínico é necessário que tenha envolvimento das mucosas bucal, ocular, genital e pele. Está associada febre, cefaleia, mialgia, artralgia, faringite, indisposição e conjuntivite com fotofobia. O tratamento é a suspensão do medicamento causador e a base de corticosteroides com hidratação em regime de internação.

3. TRAUMAS POR TEMPERATURA

Estas lesões são decorrentes do contato da pele ou mucosa com substâncias ou metais em temperatura elevada ou muito baixa. Em ambas, dependendo da temperatura, pode ocorrer a formação de eritema ou a formação de bolha que se rompe dando origem a úlceras superficiais. A queimadura pode ser resultado do tratamento de lesões com uso de eletrocautério ou crioterapia. O tratamento é o controle para evitar infecção secundária e aliviar os sintomas. A queimadura provocada por substância ou metal em baixa temperatura tende a cicatrizar mais rapidamente e seu índice de infecção é muito menor quando comparada a queimadura provocada por altas temperaturas.

3. CONCLUSÃO

No final da aula o aluno deverá ser capaz de identificar e responder questões sobre etiologia, aspectos clínicos, diagnóstico e indicação terapêutica das lesões vesicobolhosas.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: SEMIOLOGIA DAS LESÕES ULCERADAS

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos a identificar as lesões ulceradas, suas etiologias e tratamento.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber distinguir de lesões ulceradas que podem acometer a mucosa bucal.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
2. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
3. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
4. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Identificar as características dos diferentes tipos de lesões ulceradas que podem acometer a cavidade bucal.
- Demonstrar a importância da identificação das lesões ulcerativas.
- Realizar o correto manejo das lesões ulceradas.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. ÚLCERAS E SUAS CARACTERÍSTICAS
2. ÚLCERAS INESPECÍFICAS
 - 2.1. ÚLCERA TRAUMÁTICA
 - 2.2. QUEILITE ANGULAR
 - 2.3. ULCERAÇÃO AFTOSA RECORRENTE
 - 2.4. SÍNDROME DE BEHÇET
 - 2.5. DOENÇA DE RIGA-FEDE
 - 2.6. CERATOACANTOMA
3. ÚLCERAS ESPECÍFICAS
 - 3.1. SÍFILIS
 - 3.2. TUBERCULOSE
 - 3.3. HANSENÍASE
 - 3.4. PARACOCCIDIOIDOMICOSE
 - 3.5. HISTOPLASMOSE
4. ÚLCERAS CANCEROSAS

c. Motivação

Esta aula de lesões ulcerativas da boca fornece ferramentas para que o aluno conheça as características clínicas destas lesões e esteja habilitado a realizar um exame clínico minucioso para chegar ao diagnóstico clínico e posterior manejo do paciente portador destas afecções.

2. DESENVOLVIMENTO

1. ÚLCERAS E SUAS CARACTERÍSTICAS

Úlceras representam solução de continuidade do epitélio com exposição do tecido conjuntivo. Elas podem ser primárias, quando se formam em decorrência da perda de substância epitelial, ou secundárias, quando se formam por rompimento de uma vesícula ou bolha, expondo a lâmina própria subjacente.

Conhecer as características clínicas das úlceras é de suma importância pois elas podem indicar uma maior probabilidade da mesma tratar-se de uma lesão maligna, infecciosa ou benigna.

O exame físico de uma úlcera exige a verificação do número de lesões e sua distribuição espacial além suas características clínicas como seus limites, base, profundidade, borda e leito. Estes dados, em conjunto com a anamnese, fornecerá informação suficiente para o correto manejo. A seguir, serão detalhados os tipos de úlceras.

2. ÚLCERAS INESPECÍFICAS

ÚLCERA TRAUMÁTICA

A característica fundamental da úlcera traumática é a relação causa/efeito. O principal agente etiológico é o trauma mecânico seguido das lesões produzidas por calor e substâncias químicas. Apresenta morfologia bastante variada em decorrência dos diversos fatores traumáticos e das diferentes localizações na mucosa bucal. Podem ser agudas ou crônicas, múltiplas ou únicas, a superfície pode ser sangrante, crostosa, eritematosa, esbranquiçada, com presença ou não de halo eritematoso. A história de evolução e o exame detalhado são suficientes para o diagnóstico.

QUEILITE ANGULAR

É uma forma de candidíase atrófica crônica. Observada principalmente em indivíduos portadores de próteses removíveis. Prevalente em indivíduos que possuem dobras nas comissuras decorrentes da perda da dimensão vertical, que possibilita o acúmulo de pequenas quantidades de saliva nestes locais que são subsequentemente, colonizados por leveduras. Clinicamente são moderadamente dolorosas, fissuradas, erosivas e crostosas. Pode acometer indivíduos que possuem o hábito de umedecer os lábios com a língua.

ULCERAÇÃO AFTOSA

Das lesões ulceradas que acometem a cavidade bucal é o tipo mais comum, com incidência entre 20 a 60% dependendo da população estudada. A incidência tende a ser mais elevada nos grupos socioeconômicos mais elevados e nas pessoas não fumantes. Sua etiopatogenia é desconhecida existindo várias possibilidades agrupadas em três categorias: imunodesregulação primária, diminuição da barreira mucosa e aumento da exposição antigênica. Clinicamente podem se apresentar de três formas principais:

- Ulcerações aftosas menores (afta menor) - 90% das lesões, arredondadas, contorno nítido, doloridas, afetando mucosa não queratinizada, 2 a 8mm - únicas ou múltiplas, reparam-se em cerca de 10 dias, não deixam cicatriz visível
- Ulcerações aftosas maiores (afta de Sutton) - periadenite mucosa necrótica recorrente, diâmetro > que 1 cm, persistência da lesão por 1 a 2 meses, deixam cicatriz, são mais profundas e com bordas mais elevadas incidem também em mucosa queratinizada
- Ulcerações aftosas herpetiforme, quadro clínico semelhante ao de ulcerações que decorrem do rompimento de vesículas herpéticas, população adulta - 3ª. década de vida, reparação pode demorar até 30 dias.

O tratamento depende da gravidade da lesão, pacientes com poucas lesões ou lesões ocasionais geralmente nenhum tratamento é necessário, além de um enxaguatório brando. Nos demais casos, podem ser administrados corticosteroides tópicos e/ou sistêmicos, antibióticos e imunomoduladores.

SÍNDROME DE BEHÇET

É uma doença multissistêmica (gastrointestinal, cardiovascular, ocular, SNC, articular, pulmonar e dérmica) com presença de lesões ulceradas concomitantes em mucosa bucal e genital, associadas a lesões cutâneas e oculares podendo incidir também em outras áreas. Sua etiologia é desconhecida, o provável mecanismo pode ser uma imunodisfunção na qual a vasculite é uma característica, pode estar relacionada a predisposição genética. O diagnóstico baseia-se nos sinais e sintomas associados às várias regiões afetadas. Não existem achados específicos em biópsias e exames laboratoriais. Não existe terapêutica específica, sendo administrados esteroides tópicos e imunossupressores.

CERATOACANTOMA

Lesão mucocutânea de etiologia desconhecida, ocorre principalmente na pele exposta ao sol e, com menos frequência na junção mucocutânea. As lesões podem ser solitárias ou múltiplas, geralmente inicia como

uma pequena mancha vermelha, que rapidamente se transforma em pápula firme, seu volume aumenta rapidamente em 4 a 8 semanas, resultando num nódulo firme e assintomático. O diagnóstico diferencial deve ser feito com o carcinoma espinocelular, tanto do ponto de vista clínico como microscópico. Caso a lesão não seja removida ocorrerá regressão espontânea.

DOENÇA DE RIGA-FEDE

A doença de Riga-Fede é caracterizada por úlceras linguais que ocorrem em bebês em decorrência do traumatismo crônico da mucosa pelos dentes decíduos anteriores. A amamentação está frequentemente associada.

A doença ocorre em bebês entre 1 semana e 1 ano e frequentemente está relacionada a dentes natais ou neonatais. As lesões tipicamente ocorrem na superfície ventral anterior da língua e são causadas por contato com os incisivos inferiores. Embora seja menos comum, o contato com os dentes superiores podem gerar úlceras na face dorsal da língua.

A doença de Riga-Fede pode servir de sinal de alerta pois pode ser o primeiro sinal de distúrbios neurológicos ou de automutilação.

3. ÚLCERAS ESPECÍFICAS

SÍFILIS

Doença sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum*. A principal via de transmissão é através do contato sexual, mas também pode ser transmitida da mãe para o feto durante a gravidez ou no momento do nascimento, resultando em sífilis congênita. Os sinais e sintomas da sífilis variam dependendo da fase atual em que se apresenta (primária, secundária, latente e terciária). O diagnóstico é feito geralmente através de testes de sangue, no entanto, a bactéria também pode ser detectada utilizando microscopia de campo escuro. A sífilis pode ser tratada efetivamente com antibióticos, especialmente a penicilina G, de preferência por via intramuscular ou via intravenosa se for um caso de neurosífilis, ou ainda ceftriaxona para aqueles que têm alergia à penicilina e doxiciclina ou azitromicina por via oral.

A sífilis pode apresentar em um dos quatro diferentes estágios: primária, secundária, latente e terciária, e também pode ocorrer de forma congênita.

- **Sífilis primária:** Cerca de 3 a 90 dias após a exposição inicial (média de 21 dias) uma lesão de pele, chamado de cancro, aparece no ponto de contato.
- **Sífilis secundária:** A sífilis secundária é a sequência lógica da sífilis primária não tratada e é caracterizada por uma erupção cutânea que aparece de 1 a 6 meses (geralmente 6 a 8 semanas) após a lesão primária ter desaparecido. Esta erupção é vermelha rosácea e aparece simetricamente no tronco e membros, e, ao contrário de outras doenças que cursam com erupções, como o sarampo, a rubéola e a catapora, as lesões atingem também as palmas das mãos e as solas dos pés. Em áreas úmidas do corpo se forma uma erupção cutânea larga e plana chamada de condiloma lata. Manchas tipo placas também podem aparecer nas mucosas genitais ou orais. O paciente é muito contagioso nesta fase.
- **Sífilis latente:** Estado tipo portador, em que o indivíduo está infectado e é infeccioso mas não apresenta sintomas significativos.
- **Sífilis terciária:** O terceiro estágio da infecção ocorre em um a dez anos, com casos de até 50 anos para que a evolução se manifeste. Esta fase é caracterizada pela formação de gomas sífilíticas, tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, mas que podem ocorrer em diversas partes do corpo, inclusive no esqueleto. Outras características da sífilis não tratada incluem as juntas de Charcot (deformidade articular), e as juntas de Clutton (efusões bilaterais do joelho). As manifestações mais graves incluem neurosífilis e a sífilis cardiovascular.

TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa bacteriana causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectado. A transmissão da doença se dá via respiratória. A infecção primária, ou seja, aquela presente em indivíduos não expostos previamente ao microrganismo, demonstra uma resposta inflamatória crônica inespecífica e resulta em uma formação de um nódulo fibro calcificado no sítio inicial do envolvimento. Cerca de 5-10% dos pacientes progridem para a tuberculose secundária, que pode ocorrer anos depois e produz múltiplos focos de infecção. As lesões orais são raras, porém apresentam-se como uma úlcera crônica e indolor que pode ser confundida com o carcinoma espinocelular.

HANSENÍASE

A hanseníase é causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*. No passado, esta doença apresentava alta incidência porém desde a década de 80 houve uma queda de 85% dos casos registrados. Atualmente, o Brasil é um dos países com maior ocorrência da hanseníase.

Clinicamente, a hanseníase é classificada em paucibacilar e multibacilar. A hanseníase paucibacilar é caracterizada por poucas lesões cutâneas bem delimitadas e hipopigmentadas. Os nervos são frequentemente afetados, produzindo anestesia e perda da sudorese. Já a hanseníase multibacilar inicia-se com diversas máculas ou pápulas hipopigmentadas que vão se tornando espessas com o tempo. O envolvimento da face é comum e o paciente adquire o aspecto de “face leonina”. Os nervos também são frequentemente afetados.

As lesões bucais de hanseníase multibacilar são as mais comuns e ocorrem de 19-60% dos pacientes. Ocorrem mais no palato, gengiva ântero-superior e mucosa jugal. Clinicamente, apresentam-se como pápulas amareladas ou eritematosas com tamanho crescente que evoluem para ulceração, necrose e fibrose. Estas lesões podem levar à fixação do palato mole e à macroqueilia (aumento volumétrico do lábio). Quando envolve a maxila anterior, pode destruir o osso subjacente e cria a *fácies leprosa*, uma tríade caracterizada por atrofia da espinha nasal anterior, atrofia do rebordo alveolar ântero-superior e alterações inflamatórias endo nasais.

O diagnóstico da hanseníase é clínico. A bactéria pode ser identificada por métodos de biologia molecular porém não existe um teste laboratorial confiável e de baixo custo para diagnóstico da mesma. O tratamento é longo (6 a 24 meses) e é realizado com rifampicina, dapsona e clofazimina.

PARACOCIDIOIDOMICOSE

A paracoccidiodomicose (PCM) é uma infecção granulomatosa crônica causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*.

Em regiões endêmicas, como no Brasil, estima-se que cerca de 10% da população esteja infectada com o fungo embora a doença vá se manifestar em apenas 1-3:100.000 pacientes. A sua transmissão se dá por inalação, uma vez que o fungo vive no solo. No Brasil, o PCM é mais frequente dos estados de SP, PR, RS, GO e RJ e esta distribuição está relacionada ao clima, que é o tropical ou subtropical. Há pacientes que desenvolvem a lesão muitos anos após se mudar de áreas endêmicas. A PCM apresenta forte predileção por homens, com relação homem:mulher de 25:1. Os pacientes com PCM são geralmente diagnosticados na idade madura e a maioria trabalha na agricultura.

Quando o *P brasiliensis* penetra no corpo pela primeira vez, ocorre a infecção de PCM, que pode ter resolução espontânea, progredir para doença ou permanecer latente por anos.

A forma crônica da doença representa mais de 90% dos casos e ocorre em adultos, geralmente com idade superior a 20 anos, com comprometimento progressivo do estado de saúde geral. Embora inoculação direta do fungo na cavidade oral seja raro, a contaminação da mucosa bucal é mais frequente por conta da eliminação dos fluidos pulmonares. Os lugares mais acometidos são o lábio inferior, mucosa bucal palato, língua e região sublingual. As lesões apresentam-se como úlceras eritematosas com base granulomatosa e entremeadas por pontos hemorrágicos. Este aspecto, semelhante a uma amora, originou sua designação de estomatite moriforme. Também pode ocorrer sialorreia e macroqueilite. E as lesões podem envolver todo o trato respiratório.

HISTOPLASMOSE

A histoplasmose é causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum* e é uma doença relativamente comum. Este fungo tem seu habitat natural em áreas úmidas e de solo fértil, próximas a rios, são lugares propícios ao seu desenvolvimento. A expressão da histoplasmose depende do sistema imune do hospedeiro, quantidade de esporos inalados e da cepa.

A **histoplasmose aguda** é uma infecção pulmonar autolimitantes que ocorre e, 1% dos indivíduos expostos ao fungo. Apresenta sintomas inespecíficos como febre, cefaleia, mialgia e tosse e não requer tratamento. A **histoplasmose crônica** é bem menos comum do que a aguda e também afeta o pulmão. Paciente imunossuprimidos, homens, brancos, idosos e enfisematosos são mais propensos a desenvolver esta fase da doença. Radiografia de tórax já exhibe infiltração e cavitação pulmonar e além dos sintomas da fase aguda, o paciente apresentará perda de peso, dispneia, for torácica e hemoptise. A **histoplasmose disseminada** é ainda menos comum e caracteriza-se pelo espalhamento da doença para sítios extrapulmonares. A taxa de mortalidade é alta. A maioria das lesões bucais aparecem nesta forma da doença e geralmente apresentam-se como ulceração solitária com sintomatologia variável e tempo de evolução de semanas. Suas características clínicas são praticamente indistinguíveis de uma úlcera maligna e é recomendada a realização de biópsia.

O diagnóstico da histoplasmose se dá por identificação do fungo no exame microscópico de uma peça cirúrgica ou por testes sorológicos contra os anticorpos produzidos contra o *H. capsulatum*. O tratamento da histoplasmose é longo e baseado na administração de antifúngicos. A fase disseminada é caracterizada por alta mortalidade.

4. ÚLCERAS CANCEROSAS

O tipo mais comum de câncer de boca é o carcinoma espinocelular, que corresponde a cerca de 95% de todas as neoplasias bucais. A sua apresentação mais comum é a de úlcera exófitica com bordas elevadas e endurecidas, superfície firme e coloração variando do esbranquiçado ao avermelhado. Pode haver áreas de necrose e a lesão apresenta mobilidade reduzida. É importante ressaltar que algumas doenças infecciosas podem apresentar manifestações semelhantes as das úlceras cancerosas. Assim, é vital realizar o diagnóstico diferencial entre as mesmas pois o tratamento e o prognóstico das doenças é bastante diferente.

3. CONCLUSÃO

No final da aula o aluno deverá ser capaz de identificar e responder questões sobre etiologia, aspectos clínicos, diagnóstico e indicação terapêutica das lesões ulceradas.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: DOR OROFACIAL

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos uma base de conhecimentos para melhor compreensão no diagnóstico e no tratamento das dores e desordens do aparelho mastigatório, região orofacial e outras estruturas relacionadas.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber distinguir as principais dores da região orofacial.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
2. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
3. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
4. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nosso objetivo é:

- Apresentar aos alunos uma base de conhecimentos para melhor compreensão no diagnóstico e no tratamento das dores e distúrbios do aparelho mastigatório, região orofacial e outras estruturas relacionadas.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA DOR OROFACIAL
2. CLASSIFICAÇÃO DAS DORES
3. PROCESSO DIAGNÓSTICO
4. DOR PRIMÁRIA X DOR SECUNDÁRIA
5. SINAIS DE ALERTA

c. Motivação

Para se chegar a identificação e ao diagnóstico de um paciente com dor orofacial, faz-se necessária uma anamnese detalhada e um exame físico minucioso. A investigação da sintomatologia torna-se um desafio para o profissional, pois é a análise desta metodologia que irá nortear o tratamento.

2. DESENVOLVIMENTO

1. DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA DOR OROFACIAL

Dor é uma experiência desagradável, sensorial e emocional, associada com dano real, ou potencial do tecido ou descrito em termos de tais danos". (*The International Association for the Study of Pain*)

- Epidemiologia da dor: A epidemiologia da dor orofacial será discutida.
- Dor: Quinto sinal vital.

2. CLASSIFICAÇÃO DAS DORES

QUANTO AO TEMPO

DOR AGUDA

- Severa
- Viva
- Causa bem definida
- Rápida instalação
- Tem propósito biológico

- Desaparece após a cura da área afetada
- Responde ao tratamento
- Pode tornar-se crônica

DOR CRÔNICA

- 3 a 6 meses de evolução
- Causa mal definida
- Sem propósito biológico
- Desordens do sono
- Diagnóstico difícil
- Intensificação dos fatores psicológicos

OBS: Tratamentos eficazes para a dor aguda não são eficazes para a dor crônica.

QUANTO À ETIOLOGIA

As dores orofaciais são classificadas conforme a Figura 1.

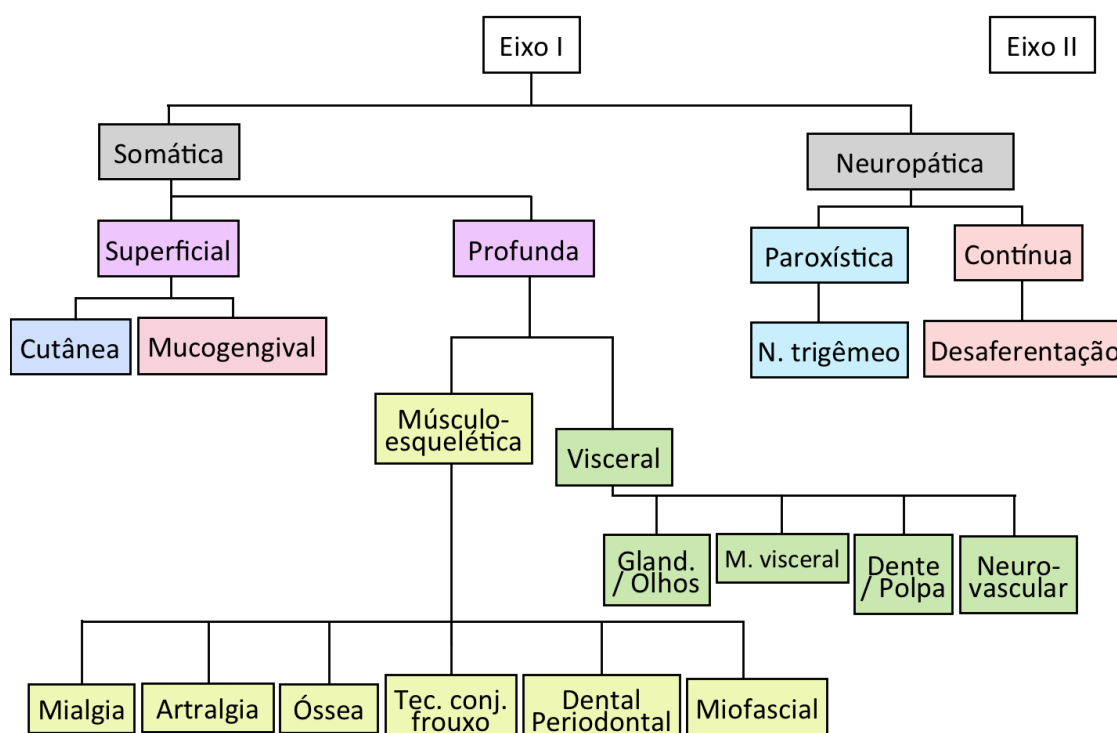


FIGURA 1 – Classificação das dores orofaciais.

EIXO I - FATORES FÍSICOS / ESTRUTURAIS

- Reflete o status físico atual do paciente
- Relaciona-se com as desordens estruturais / patologias presentes (locais e sistêmicas)

EIXO II - FATORES PSICOLÓGICOS

- Origem a partir de causas psíquicas e não por estímulos nocivos ou anormalidades estruturais do SN.
- Sem base fisiológica para explicá-la
- Difícil localização
- Sentida em muitas áreas
- Frequente mudança de localização

- Causa mal definida
- Múltiplos tratamentos sem benefício
- Dor crônica, depressiva
- Reflete o status psicológico, emocional e de comportamento do paciente
- Influência sobre a severidade da dor
- Impacto provocado sobre as atividades diárias

QUANTO ÀS ESTRUTURAS ACOMETIDAS

DOR SOMÁTICA

- Resulta da estimulação nociva de estruturas normais que inervam a área afetada (estímulos mecânicos como pressão, excesso de calor ou frio, irritantes químicos, respostas alérgicas).
- **Dor somática superficial** - Dor viva, estimulante, bem localizada, causa bem definida, relacionada à dor aguda
- **Dor somática profunda** - Dor surda, profunda, depressiva, mal localizada, causa mal definida, relacionada à dor crônica, associada a fenômenos neurovegetativos referida a outras áreas.
- Desordem temporomandibular (DTM) ou artralgia

DOR NEUROPÁTICA

- Dor iniciada ou causada por uma lesão primária, disfunção ou perturbação temporária do Sistema Nervoso.
- **Neuralgia trigeminal (uma desordem paroxística)**
 - Epidemiologia
 - **Sinais e sintomas:**
 - Dor severa, “latejante”, em “queimação” ou “choque elétrico”; irritante, suicídio
 - Curta duração (segundos a minutos);
 - Períodos de remissão (por meses ou anos);
 - Sinais neurovegetativos: salivação, ruborização da face, lacrimejamento, rinorréia;
 - “Trigger points” (50% dos casos);
 - Dor desencadeada por atividades triviais (ato de lavar o rosto, barbear, fumar, falar, e escovar os dentes).
 - Pontos de gatilhos
 - Asa do nariz;
 - Vermelhão dos lábios;
 - Região zigomática;
 - Ao redor dos olhos;
 - Bochechas;
 - Região de inervação do nervo mentoniano.
- **Desordens dolorosas contínuas – dor por desaferentação**
 - Dor constante sentida em uma área localizada, resultante da perda ou interrupção da trajetória normal aferente, usualmente originada após trauma.

3. PROCESSO DIAGNÓSTICO

A dor orofacial deve ser descrito quanto ao:

- Duração, intensidade e qualidade da dor
- Localização da dor
- Periodicidade e duração dos episódios dolorosos
- Fatores de piora e melhora
- Sintomas associados
- Estabelecer o tipo da dor
- Estabelecer o grupo diagnóstico
- Identificar dentro do grupo diagnóstico a doença responsável pela dor
- Determinar a possível etiologia da dor

4. DOR PRIMÁRIA x DOR SECUNDÁRIA

- **Primária:** Local onde sente a dor = local de origem da dor
- **Secundária:** Local onde sente a dor difere do local de origem da dor.

5. SINAIS DE ALERTA

- Dor que acorda o paciente no meio da noite
- Instalação abrupta de dor intensa
- Piora significativa da dor ou surgimento de “nova dor
- Dor resistente a tratamento convencional

3. CONCLUSÃO

As dores orofaciais:

- Ocorrem com frequência na clínica odontológica.
- Manifestam-se de maneira primária ou como dor referida, o que traz, por vezes, dificuldade no diagnóstico.
- Quando persistentes e não tratadas constituem-se problema de saúde pública.
- Podem ser manifestação de doença intracraniana degenerativa e maligna
- **Maior ocorrência é a dor odontogênica e, por isso, é a primeira a ser investigada.**
- Vários são os fatores etiológicos envolvidos nas doenças dolorosas da região orofacial, por isso, muitos são os testes diagnósticos e os procedimentos terapêuticos usados.
- Os melhores resultados de diagnóstico e terapêutico para dores orofaciais são obtidos por trabalho em equipe multidisciplinar.
- A dor aguda mal diagnosticada e tratada, dá origem à dor crônica.
- Dor crônica é aquela que merece maior atenção uma vez que traz grandes problemas emocionais e reduz significativamente a qualidade de vida do paciente
- Dor já é considerada como o 5º sinal vital no atendimento ambulatorial diário
- O clínico geral deve pelo menos suspeitar destas doenças e encaminhar para o especialista.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: GLÂNDULAS SALIVARES

OBJETIVOS: Ser capaz de realizar exame clínico, indicar exames complementares, identificar as doenças mais comuns que afetam as glândulas salivares, diagnosticar e tratar algumas dessas doenças. Participar e ser estimulado a desenvolver o espírito crítico sobre política pública de saúde.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Diagnosticar alterações das glândulas salivares.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000. 243p.
2. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
5. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
6. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.
7. SILVERMAN JÚNIOR, S.; EVERSOLE, L.R.; TRUELOVE, E.L. **Fundamentos de medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Identificar as alterações de glândulas salivares.
- Indicar exames complementares.
- Descrever os procedimentos para diagnóstico das alterações das glândulas salivares.
- Indicar o tratamento para algumas doenças das glândulas salivares.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. EXAME CLÍNICO
2. EXAMES LABORATORIAIS
3. SINTOMATOLOGIA
4. PROCESSOS INFLAMATÓRIOS E OBSTRUTIVOS
 - 4.1. SIALADENITE
 - 4.2. SIALOLITÍASE
 - 4.3. FENÔMENOS DE RETENÇÃO SALIVAR
 - 4.4. DOENÇA DE MIKULICZ
 - 4.5. SÍNDROME DE SJÖGREN
5. ANOMALIAS DE DESENVOLVIMENTO
 - 5.1. POSIÇÃO
 - 5.2. APLASIA
 - 5.3. FÍSTULAS
 - 5.4. SIALADENOSE – SIALOSE
 - 5.5. SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE
6. PROCESSOS NEOPLÁSICOS
 - 6.1. BENIGNOS
 - 6.2. MALIGNOS
7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AUMENTO VOLUMÉTRICO QUE MIMETIZA ALTERAÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR
8. COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO
 - 8.1. LESÃO DO NERVO FACIAL
 - 8.2. SÍNDROME DE FREY
 - 8.3. HEMATOMA
 - 8.4. FÍSTULA

c. Motivação

As doenças das glândulas salivares podem ter origens diferentes. Vários aspectos clínicos são importantes para que o profissional possa definir as hipóteses diagnósticas. Esses aspectos são fundamentais para orientar a solicitação de exames laboratoriais no sentido de obter o diagnóstico definitivo. Após a definição da doença é que o profissional instituirá o tratamento.

2. DESENVOLVIMENTO

Para o processo diagnóstico das doenças das glândulas salivares, é necessário que o acadêmico tenha domínio da semiotécnica utilizada. Na sequência, deverá se familiarizar com os exames laboratoriais e suas indicações. Após a abordagem da semiotécnica, o acadêmico terá a informação sobre os tipos mais comuns de doenças que afetam as glândulas salivares, bem como sobre o tratamento das mesmas.

1. EXAME CLÍNICO

A anatomia e métodos semiotécnicos principais (ordenha, palpação e inspeção) das glândulas salivares maiores é brevemente revista junto aos acadêmicos. Segue-se uma explanação sobre os exames complementares, quando serão abordadas as indicações para solicitação de radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Sobre biópsia de glândula salivar, é dada ênfase ao exame de PAAF para as glândulas maiores. Quanto aos exames de laboratório clínico, o mais importante é a cultura e o antibiograma, fundamental tanto para o diagnóstico quanto para a indicação terapêutica. Ao final, fazemos uma revisão da sintomatologia das alterações das glândulas salivares.

2. PROCESSOS INFLAMATÓRIOS E OBSTRUTIVOS

- Apresentamos as informações acerca da etiologia e características clínicas importantes sobre os fenômenos de retenção salivar, como as mucoceles e as rânulas, bem como seus tratamentos.
- Versamos sobre os cálculos salivares (sialolitíases), suas manifestações clínicas, as variações quanto ao número e tamanho dos cálculos, bem como sobre o tratamento cirúrgico.
- Passamos a explicar sobre as inflamações decorrentes das infecções bacterianas aguda e crônica, seus principais agentes, suas manifestações clínicas e seu tratamento.
- São mostradas as manifestações clínicas e o tratamento da sialadenite ou parotidite epidêmica bem como os cuidados para não transmiti-la.
- Sobre a doença de Mikulicz, de origem autoimune, abordamos sua manifestação clínica, os exames que devem ser requisitados e a conduta que o cirurgião-dentista deve tomar.
- Do mesmo modo, é abordada a síndrome de Sjögren, sua manifestação clínica, conduta e seu controle.

3. ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO

- Apesar de ser uma ocorrência rara, as anomalias de posição das glândulas salivares podem ocorrer e são descritas suas possibilidades bem como suas consequências.
- Do mesmo modo, a ausência das glândulas salivares, denominada de aplasia, é abordada.
- As fístulas e conduta para sua reparação são descritas.
- As sialadenoses (sialose) são abordadas analisando suas manifestações clínicas e seus tratamentos.
- Com o mesmo método de abordagem, é apresentada a condição denominada de sialometaplasia necrotizante, suas manifestações clínicas e sua terapêutica.

4. PROCESSOS NEOPLÁSICOS

- As neoplasias benignas mais comuns das glândulas salivares, suas manifestações clínicas e seus tratamentos serão apresentados. As lesões abordadas nesse tema serão adenoma pleomórfico, adenoma monomórfico, oncocitoma e cistadenoma papilar linfomatoso.
- As neoplasias malignas mais comuns que podem acometer as glândulas salivares, tanto maiores quanto menores também serão discutidas. As lesões abordadas serão adenoma pleomórfico maligno,

adenocarcinoma de células acinares, adenocarcinoma lobular, carcinoma adenocístico e carcinoma mucoepidermóide.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AUMENTO VOLUMÉTRICO QUE MIMETIZA ALTERAÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR

Nesse capítulo apresentamos alterações que simulam lesões de glândulas salivares, mas que não são, como exemplo hipertrofia do músculo masseter. É dada ênfase no exame físico e na indicação de exames de imagem para diferenciá-las.

6. COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

Nessa parte, abordamos as lesões do nervo facial, Síndrome de Frey (nervo auriculotemporal), hematoma e fístula bem como as condutas indicadas para cada caso.

3. CONCLUSÃO

- No final da aula o aluno deverá ser capaz de responder questões sobre semiotécnica das glândulas salivares, exames indicados para avaliação imagiológica, exames para diagnóstico, tipos de doenças, suas manifestações clínicas, tratamento das várias enfermidades, complicações e diagnóstico diferencial.

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: SEMIOLOGIA DAS LESÕES ÓSSEAS DOS MAXILARES

OBJETIVOS: Identificar no exame clínico as hipóteses diagnósticas e solicitar exames complementares visando o diagnóstico clínico das doenças ósseas que afetam o complexo maxilomandibular, bem como indicar o tratamento dessas doenças.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Diagnosticar as alterações ósseas dos maxilares e orientar ou realizar o planejamento do tratamento.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000. 243p.
2. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
5. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
6. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.
7. SILVERMAN JÚNIOR, S.; EVERSOLE, L.R.; TRUELOVE, E.L. **Fundamentos de medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Identificar clinicamente as alterações ósseas dos maxilares.
- Solicitar exames complementares.
- Descrever os procedimentos para diagnóstico das lesões ósseas.
- Indicar o tratamento para algumas doenças ósseas dos maxilares.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. **DISPLASIA FIBROSA**
 - 1.1. MONOSTÓTICA
 - 1.2. POLIOSTÓTICA
 - 1.3. SÍNDROME DE MCCUNE ALBRIGHT
2. **DISPLASIA ÓSSEA (CEMENTO-ÓSSEA)**
 - 2.1. FOCAL
 - 2.2. PERIAPICAL
 - 2.3. FLORIDA
3. **FIBROMA OSSIFICANTE**
 - 3.1. CONVENCIONAL
 - 3.2. JUVENIL
4. **QUERUBISMO**
5. **OSTEOGÊNESE IMPERFEITA**
6. **DOENÇA D PAGET DO OSSO**
7. **DISPLASIA CLEIDOCRANIANA**
8. **SÍNDROME DE GARDNER**
9. **SÍNDROME DE EAGLE**
10. **OSTEÓLISE MACIÇA**
11. **OSTEOPETROSE**
12. **OSTEOMIELITE CRÔNICA ESCLEROSANTE FOCAL OU OSTEÍTE CONDENSANTE OU ESTEOESCLEROSE IDIOPÁTICA**
13. **HISTIOCITOSE (X) DAS CÉLULAS DE LANGERHANS**

c. Motivação

As doenças dos tecidos duros da face podem ter origens diferentes ou fazerem parte de uma manifestação de doença sistêmica. Deste modo, é importante o aluno entender o desafio da semiótica para se chegar ao diagnóstico, bem como, a comunicação da doença ao paciente.

2. DESENVOLVIMENTO

1. DISPLASIA FIBROSA

É uma doença que afeta o osso tornando-o esponjoso com trabéculas finas e pequenas que podem ser removida pela raspagem com curetas cirúrgicas. O leito cirúrgico é pouco sangrante e não há delimitação entre o osso saudável com o displásico. O paciente apresenta para a consulta com queixa de aumento volumétrico indolor ou por achado radiográfico de rotina. Clinicamente, a lesão não ulcera por si e o epitélio está íntegro. A imagem radiográfica apresenta-se com aspecto de vidro despolido, na fase tardia, pois na fase inicial a imagem é cística, ou seja, área radiolúcida bem delimitada. A cortical não está visível nos casos onde o corpo da mandíbula está envolvido. O diagnóstico pode ser clínico e a remodelação cirúrgica deve ser indicada após o término do crescimento do paciente, caso realizada antes a recidiva é quase que certa. Quando da

realização da remodelação óssea a peça cirúrgica deve ser enviada para exame anatomopatológico. Ressalta-se que a biópsia não está descartada e deve ser realizada sempre que o profissional estiver em dúvida quanto ao diagnóstico, principalmente na fase inicial da doença. Essa alteração pode acometer apenas um osso (monostótica) ou vários ossos (poliostótica) e, portanto, deve ser avaliada para o fechamento do diagnóstico clínico e correto tratamento.

MONOSTÓTICA

Acomete apenas um osso, apresenta-se na adolescência e seu tratamento é a remodelação cirúrgica.

POLIOSTÓTICA

Acomete mais de um osso, apresenta-se antes dos 10 anos de idade, está associada a hiperfunção endócrina e seu tratamento é médico endócrino.

SÍNDROME DE MCCUNE ALBRIGHT

Acomete mais de um osso e está associada a pigmentação cutânea com manchas de coloração café com leite em pescoço, tórax, dorso, e região pélvica. Nessa modalidade de doença também há o comprometimento endócrino podendo apresentar puberdade precoce, hipertireoidismo, adenoma hipofisário ou hiperplasia da glândula suprarrenal.

2. DISPLASIA ÓSSEA (CEMENTO-ÓSSEA)

A displasia óssea é a lesão fibro-óssea mais comum e caracteriza-se por um processo de etiologia idiopática que ocorre na região periapical de áreas dentadas, no qual ocorre a substituição do tecido ósseo por tecido fibroso e osso metaplásico. Esta lesão está confinada às regiões com estrutura periodontal e tem predileção por mulheres negras de meia-idade. A displasia óssea é dividida em três subtipos:

FOCAL

A displasia óssea focal é representada por uma lesão solitária na região posterior dos maxilares, geralmente na mandíbula e frequentemente na região de extração dentária prévia. Ocasionalmente, ocorre na região periapical dos molares. A DF focal também é assintomática e radiograficamente radiolúcida com variada radiopacidade.

PERIAPICAL

Apresenta estreita relação com os ápices dentários, geralmente na região anterior da mandíbula, com áreas radiopacas semelhantes ao cimento, geralmente circundado por halo radiolúcido, no estágio maduro ou final. O estágio osteolítico ou inicial o achado radiográfico corresponde a área radiolúcida semelhante a uma lesão cística, dependendo do seu tamanho. Neste caso, é fundamental a anamnese e o exame físico do dente envolvido para estabelecer o diagnóstico clínico. O estágio intermediário ou cementoblástico apresenta áreas mistas. Considera-se displasia cimento-óssea florida aquela que envolve um ou mais quadrantes dos maxilares. O diagnóstico geralmente é feito por radiografias de rotina e o tratamento só é empregado quando estas alterações são infectadas secundariamente.

FLORIDA

A displasia óssea florida usualmente afeta os dois lados da mandíbula e de maneira simétrica embora os 4 quadrantes também possam estar envolvidas na lesão. É caracterizada por pequenas lesões que parecem fundir-se em massas escleróticas lobuladas, quase sempre em áreas edêntulas dos maxilares. As lesões podem atingir grandes proporções e até irromper na cavidade bucal. Por conta do osso esclerótico apresentar menor celularidade, esta lesão apresenta maior propensão à infecção e é frequente a ocorrência de osteomielite crônica.

3. FIBROMA OSSIFICANTE

O fibroma ossificante (FO) é considerado um neoplasma verdadeiro que se origina dos tecidos ósseos. Antigamente, o FO era chamado de fibroma cimento-ossificante dada à presença de tecido cementoide e acreditava-se que tinha origem odontogênica. No entanto, lesões semelhantes foram observadas na órbita, osso frontal, etmoide, esfenóide e temporal e hoje assume-se que o material semelhante ao cimento seja uma variação de osso.

O fibroma ossificante é dividido em dois subtipos:

CONVENCIONAL

O fibroma ossificante convencional ocorre nas regiões onde de suporte dentário e apresenta ligeira predileção pela região posterior da mandíbula e por pacientes do sexo feminino com idade média de 35 anos. Radiograficamente, apresenta-se como uma lesão mista bem circunscrita com graus variáveis de calcificação. Dada a natureza bem circunscrita do FO convencional, o tratamento cirúrgico é indicado e a taxa de recidiva é baixa. Lesões maiores podem requerer intervenções mais invasivas.

JUVENIL

Já o fibroma ossificante juvenil inclui dois subtipos que apresentam um comportamento mais agressivo apresentando crescimento mais rápido, localmente infiltrativo e com tendência à recorrência (1). As características radiográficas dos FO juvenis são semelhantes às do FO convencional porém envolvimento de estruturas anatômicas adjacentes é relativamente comum. Dois tipos histológicos são observados: O fibroma ossificante trabecular é praticamente restrito à paciente abaixo dos 15 anos de idade e tem predileção pela maxila. Fibroma ossificante juvenil psamomatoide: Apesar do nome “juvenil”, 65% dos pacientes diagnosticados estão abaixo dos 15 anos de idade e lesões em pacientes mais velhos podem ser encontradas, embora com menor frequência. Acomete mais os seios paranasais embora possa ocorrer nos maxilares. O tratamento do FO juvenil ainda é controverso. Dada à natureza agressiva do tumor e do frequente envolvimento de estruturas anatômicas de mais difícil acesso, uma intervenção cirúrgica mais radical é geralmente indicada para evitar recidivas

4. QUERUBISMO

É uma alteração dos ossos da face de etiologia hereditária e que deixa o paciente com aspecto de “anjo Querubim”. O tratamento é idêntico ao da displasia óssea monostótica, porém deve ser bem avaliada, pois as alterações ósseas são significativas tornando a remodelação óssea possíveis de não atender as expectativas do doente além do risco de infecção.

5. OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

É uma doença congênita, idiopática que afeta os tecidos mesenquimais. Portanto, a osteogênese imperfeita está associada à dentinogênese imperfeita, porém o contrário não é verdadeiro. Sua característica clínica é a fragilidade do tecido ósseo levando-o a fraturas que causam, com o tempo, deformidades. Outro aspecto clínico são as escleróticas azuladas, existem quatro tipos. O cirurgião-dentista deve estar atento para a condição de fragilidade óssea para planejar qualquer tratamento odontológico, pois não há tratamento específico para essa doença.

6. DOENÇA DE PAGET DO OSSO

É uma condição sistêmica que pode afetar os ossos da face e crânio. A característica clínica, pela evolução lenta, é percebida pelo paciente pelo aumento volumétrico causado. A queixa pode ser devido a prótese que não está mais adaptada ao rebordo, principalmente na maxila, e pode haver sintoma doloroso, mas é incomum. O aspecto radiográfico é semelhante à displasia óssea e a imagem radiográfica do crânio evidencia pouca radiopacidade dos ossos. No exame de medicina laboratorial há aumento significativo da fosfatase alcalina e a hipercalcúria está presente. O tratamento é médico reumatológico e pode ser a base de calcitoninas ou bifosfonatos. Portanto, o cirurgião-dentista deve atentar para o tratamento a base de bifosfonato e a remodelação óssea deve ser avaliada e discutida com o paciente antes de executá-la, devido a possíveis complicações de necrose óssea decorrentes da medicação.

7. DISPLASIA CLEIDOCRANIANA

É uma doença genética conhecida por suas anomalias dentárias e claviculares. As alterações ósseas envolvem, geralmente, as clavículas e o crânio, tendo ausência dos primeiros. Os dentes geralmente estão inclusos e o tratamento odontológico deve ser feito levando-se em consideração a idade do paciente.

8. SÍNDROME DE GARDNER

É doença autossômica dominante correspondente ao braço longo do cromossomo 5, é caracterizada pela polipose intestinal, associada a outras alterações gastrointestinais, cistos epidermóides, tumores desmóides, retina, sistema esquelético e dentes. As alterações esqueléticas correspondem a osteomas em qualquer osso do corpo com predileção pelos ossos do crânio e face. O tratamento dos osteomas e cistos, corresponde a remoção cirúrgica, entretanto, a parte mais preocupante, corresponde aos pólipos intestinais, que podem evoluir para adenocarcinoma.

9. SÍNDROME DE EAGLE

Caracterizada pela calcificação ou fibrose do ligamento estilo hioideo. O achado radiográfico é o alongamento, visível do processo estiloide. Os sintomas presentes podem ser dor na região da cabeça e pescoço, o paciente queixa-se de dor durante a movimentação da cabeça, deglutição ou bocejo. O tratamento desnecessário, porém, dependendo dos sintomas a escolha é cirúrgica.

10. OSTEÓLISE MACIÇA

É uma condição caracterizada pela reabsorção espontânea do osso culminando em reabsorvê-lo por completo. Nesses casos não há nenhuma sintomatologia, além da reabsorção idiopática, como também não há tratamento específico. Essa enfermidade acomete mais jovens e geralmente apenas um osso é acometido.

11. OSTEOPETROSE (DOENÇA DO OSSO MARMÓREO, DOENÇA DE ALBERS-SCHÖNBERG)

É uma alteração óssea caracterizada pela densidade acentuada dos ossos. O diagnóstico é feito geralmente por radiografias odontológicas de rotina apresentando um aumento na radiopacidade das porções medulares dos ossos, podendo haver queixa de dor óssea na osteopetrose adulta.

Na osteopetrose infantil, os sinais iniciam com anemia normocítica, associada a hepatoesplenomegalia com deformidade facial e propensão a infecção óssea. O tratamento da forma adulta é desnecessário, entretanto, a forma infantil o tratamento é bastante complexo, envolvendo transplante de medula óssea, sendo que os que não conseguem podem ir a óbito na primeira década de vida. Quando o osso apresenta infectado o tratamento segue o protocolo da osteomielite.

12. OSTEOMIELITE CRÔNICA ESCLEROSANTE FOCAL OU OSTEÍTE CONDENSANTE OU ESTEOESCLEROSE IDIOPÁTICA

Consiste em área radiopaca em mandíbula, assintomática, sem abaulamento das corticais, provavelmente como resposta a um processo inflamatório crônico de baixa intensidade, identificado por radiografia de rotina, sendo que o diagnóstico é eminentemente clínico, não requer tratamento, apenas acompanhamento radiográfico.

13. HISTIOCITOSE (X) DAS CÉLULAS DE LANGERHANS

Antigamente denominada de Histiocitose X, recentemente pela identificação das células de Langerhans denomina-se Histiocitose das células de Langerhans. Além das lesões ósseas, os pacientes podem apresentar tosse não produtiva e dispneia ao esforço, nestes casos, o exame da função pulmonar demonstra padrão obstrutivo. O diabetes insipidus complica os casos em 10%. Clinicamente é classificada de três formas, dependendo do comprometimento dos órgãos:

Granuloma eosinofílico do osso – são lesões radiopacas únicas ou múltiplas envolvendo no máximo três ossos, sem comprometimento de outros órgãos;

Doença de Hand-Schüller-Christian (Histiocitose disseminada crônica) – corresponde à doença crônica, disseminada, que afeta, além dos ossos, pele e vísceras, sendo o pulmão uma das indicações para o diagnóstico;

Doença de Letterer-Siwe (Histiocitose disseminada aguda) - corresponde à doença aguda, disseminada, com rápida evolução, frequentemente fatal, envolve ossos, pele e vísceras.

Lesões únicas são tratadas pela exérese, no casos de lesões com comprometimento sistêmico ou aquelas com mais de três ossos afetados os tratamentos sistêmicos não se mostram eficazes, em alguns casos a doença pode apresentar remissão espontânea.

3. CONCLUSÃO

- Semiotécnica das alterações dos tecidos duros do complexo maxilomandibular, exames indicados para avaliação imagiológica, tipos de doenças, suas manifestações clínicas e diagnóstico diferencial.
- Indicações terapêuticas.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: CISTOS DOS MAXILARES

OBJETIVOS: Saber identificar os cistos dos maxilares, suas características clínicas e imaginológicas além de instituir seu tratamento.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Identificação e manejo dos cistos dos maxilares que podem acometer a mucosa bucal.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000. 243p.
2. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
5. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
6. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.
7. SILVERMAN JÚNIOR, S.; EVERSOLE, L.R.; TRUELOVE, E.L. **Fundamentos de medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Identificar as características clínicas e imagiológicas dos cistos dos maxilares
- Demonstrar a importância da identificação destes cistos.
- Realizar o correto manejo dos cistos dos maxilares.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. CISTOS EPITELIAIS

1.1. DO DESENVOLVIMENTO

1.1.1. Odontogênicos

- 1.1.1.1. Cisto dentífero
- 1.1.1.2. Cisto de erupção
- 1.1.1.3. Cisto gengival do recém-nascido
- 1.1.1.4. Cisto gengival do adulto
- 1.1.1.5. Cisto periodontal lateral (cisto odontogênico botrioide).
- 1.1.1.6. Cisto odontogênico glandular

1.1.2. Não-odontogênicos

- 1.1.2.1. Cisto nasolabial
- 1.1.2.2. Cisto do ducto nasopalatino

1.2. INFLAMATÓRIO

- 1.2.1. Cisto radicular
- 1.2.2. Cisto radicular residual
- 1.2.3. Cisto paradentário

2. CISTOS NÃO-EPITELIAIS

- 2.1. CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO, SIMPLES OU TRAUMÁTICO
- 2.2. CISTO ANEURISMÁTICO
- 2.3. CISTOS DOS TECIDOS MOLES DA CABEÇA E PESCOÇO
- 2.4. CISTO EPIDERMOIDE

c. Motivação

Os cistos dos maxilares podem ter origens diferentes ou fazerem parte de uma manifestação de doença sistêmica. Deste modo, é importante o aluno entender o desafio da semiótica para se chegar ao diagnóstico, bem como, a comunicação da doença ao paciente e o tratamento do mesmo.

2. DESENVOLVIMENTO

1. CISTOS EPITELIAIS

CISTOS DO DESENVOLVIMENTO

CISTOS ODONTOGÊNICOS

CISTO DENTÍGERO

O cisto dentífero desenvolve-se pelo acúmulo de líquido entre a coroa de um dente não-irrompido e seu folículo pericoronário. É o cisto odontogênico de desenvolvimento mais comum da cavidade bucal,

correspondendo a cerca de 20% de todos os cistos epiteliais dos maxilares.

O cisto dentífero é encontrado com maior frequência em pacientes com idade entre 10 e 30 anos e há uma ligeira predileção pelo sexo masculino e raça branca. Os dentes mais comumente envolvidos são o 3º molar inferior e o canino superior.

O termo **cisto folicular** é utilizado por alguns autores para designar cistos dentíferos em dentes permanentes não-irrompidos infectados pelos dentes decíduos com doença periapical.

Os cistos dentíferos pequenos são assintomáticos e usualmente descobertos em exames de rotina ou para verificar a ausência do dente associado à lesão. Quando assumem grandes dimensões, costumam causar expansão indolor dos ossos afetados. O cisto dentífero pode sofrer infecção secundária quando associado a um dente parcialmente irrompido ou quando está adjacente a um dente com lesão periodontal ou periapical. Quando isso ocorre, pode causar dor e confundir o diagnóstico.

Radiograficamente, o cisto dentífero tipicamente apresenta-se como uma lesão radiolúcida unilocular, com um halo radiopaco bem definido, circundando a coroa de um dente não irrompido. Em lesões em desenvolvimento inicial, é possível observar a persistência de algumas trabéculas ósseas e isso pode gerar uma aparência de multilocularidade, dificultando o diagnóstico. Quando o cisto é infectado, pode haver perda do halo radiopaco. Não é raro encontrar cistos dentíferos envolvendo dentes supranumerários.

Há três variantes radiográficas do cisto dentífero. Na **variante central**, a coroa do dente é envolvido simetricamente pela lesão. Nestes casos, a pressão do cisto sobre o dente o desvia da sua trajetória de erupção para a direção contrária. Assim, terceiros molares inferiores podem ser deslocados para a borda da mandíbula ou para o ramo ascendente e um canino superior pode ir parar no seio maxilar e até no soalho da órbita. Da mesma forma, um incisivo superior pode ser deslocado até o soalho nasal. A **variante lateral** do cisto dentífero resulta da dilatação do folículo pericoronário em somente uma face do dente, geralmente a mesial de um terceiro molar inferior méso-angulado e impactado. E a **variante circunferencial** ocorre quando todo o dente parece estar envolvido pela lesão. Embora não seja possível observar, o folículo pericoronário permanece aderido à junção amelocementária do dente porém expande-se inferiormente resultando na impressão do mesmo estar envolvendo o dente por completo. A variante circunferencial é a mais difícil de ser diagnosticada pois é difícil de observar a típica relação do halo radiopaco do cisto com o dente.

Cistos radiculares em dentes decíduos podem ser confundidos com cistos dentíferos nos dentes permanentes não-irrompidos. Os cistos dentíferos parecem ter uma tendência maior a reabsorver as raízes dos dentes adjacentes, talvez porque o folículo pericoronário possua esta habilidade de causar reabsorção dos dentes decíduos predecessores.

O uso da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) tem auxiliado no planejamento cirúrgico de lesões císticas, especialmente ao permitir a delimitação exata da lesão e das suas relações com as estruturas anatômicas adjacentes. No caso do cisto dentífero, a complicação cirúrgica mais comum é a lesão do nervo alveolar inferior quando da remoção do dente envolvido na lesão. O cisto dentífero costuma deslocar o trajeto do canal alveolar inferiormente. Outra complicação relativamente comum é o deslocamento de caninos ou molares superiores para o seio maxilar ou até para a fosse infratemporal em lesões que atingem grandes proporções. A TCFC é útil no planejamento cirúrgico adequado para evitar esta complicação.

A distinção entre um folículo pericoronário dilatado e um cisto dentífero pequeno pode se constituir em um desafio. A maioria dos autores estabelecem que o espaço radiotransparente entre a coroa e o halo radiolúcido deve ter, no mínimo de 3 a 4mm para que seja aventada a possibilidade de tratar-se de uma lesão cística incipiente.

O tratamento de escolha do cisto dentífero é guiado pelo seu tamanho, idade do paciente e fase de desenvolvimento do dente. Geralmente, é realizada sua enucleação e remoção do dente associado. Quando há

possibilidade de o dente ser mantido, isto também pode ser feito, inclusive com o auxílio de tração ortodôntica. Caso a lesão tenha adquirido grandes dimensões, a marsupialização (seguida ou não de enucleação) é o tratamento de escolha. O prognóstico é excelente, com baixa de recidiva.

CISTO DE ERUPÇÃO

O cisto de erupção é o análogo do cisto dentígero nos tecidos moles. Acredita-se que este cisto se desenvolva da separação do folículo pericoronário da coroa do seu dente correspondente.

Clinicamente, observa-se uma tumefação amolecida, muitas vezes translúcida, recobrimdo a coroa de um dente em erupção. O trauma pode levar à hemorragia, quando a lesão assume um aspecto arroxeado. A maior parte dos casos ocorre em crianças de até 10 anos de idade, embora possa ocorrer em qualquer idade. É mais comum em primeiros molares permanentes e incisivos superiores.

Embora alguns cistos assumam dimensões nas quais seja possível a projeção de uma imagem radiográfica, geralmente não há envolvimento ósseo do cisto de erupção. O que é possível de observar é a cripta óssea aberta.

Geralmente, não é necessário tratamento, pois o cisto se rompe espontaneamente. Quando isso não ocorre, basta uma simples excisão para permitir a erupção do dente abaixo.

CISTO GENGIVAL DO RECÉM-NASCIDO

O cisto gengival do recém-nascido são pequenos nódulos amarelados e superficiais que se desenvolvem no rebordo alveolar de recém-nascidos. Estes pequenos cistos se originam de remanescentes da lâmina dentária que permaneceram no tecido conjuntivo após a sua fragmentação e, ocasionalmente, adquirem capacidade proliferativa por um tempo limitado e suficiente para a degeneração cística no seu interior. O conteúdo do cisto gengival do recém-nascido é, geralmente, queratina, proveniente das células descamadas.

Clinicamente, os cistos gengivais do recém-nascido apresentam-se como pequenas pápulas (2-3mm) esbranquiçadas ou amareladas distribuídas pelo processo alveolar. Não é raro observá-las em grupos de 6 ou 7 e são mais comuns na maxila do que na mandíbula. Cerca de 50% dos recém-nascidos apresentam o cisto gengival do recém-nascido.

O cisto gengival do recém-nascido é autolimitante e raramente é observado algumas semanas após o nascimento pois, acredita-se, degeneram-se ou rompem-se na superfície da mucosa. Assim, não é necessário tratamento.

Embora não sejam de origem odontogênica, outros dois cistos são frequentemente utilizados como sinônimo do cisto gengival do recém-nascido e merecem ser mencionados. Eles apresentam características clínicas e comportamento quase idênticos ao do cisto gengival do recém-nascido variando somente na sua localização. Acredita-se, entretanto, que os três cistos tenham origens distintas. O primeiro deles são as pérolas de Epstein, localizadas ao longo da rafe palatina e derivam-se de restos epiteliais aprisionados entre os processos palatinos e o segundo deles são os nódulos de Bohn localizam-se nas faces vestibular e lingual do rebordo alveolar e são derivados de tecidos glandulares. Atualmente, no entanto, os termos pérolas de Epstein e nódulos de Bohn são incluídos sob a terminologia de **cistos palatais do recém-nascido**.

CISTO GENGIVAL DO ADULTO, CISTO PERIODONTAL LATERAL e CISTO ODONTOGÊNICO BOTRIOIDE

O cisto gengival do adulto e o cisto periodontal lateral representam, respectivamente, as contrapartes extra- e intraóssea da mesma lesão. Ambas são raras e representam menos de 2% de todos os

cistos epiteliais dos maxilares.

Ambos cistos se originam dos restos epiteliais de Serres, que são remanescentes epiteliais da lâmina dentária.

Ambos cistos apresentam predileção pela região de canino e pré-molares inferiores (60-75% dos casos), ocorrem com maior frequência entre a 5ª e 6ª décadas de vida e são quase sempre encontrados na face vestibular da mucosa alveolar ou gengiva. O cisto gengival apresenta predileção pelo sexo feminino, já o cisto periodontal lateral tem distribuição semelhante entre os sexos.

Clinicamente, o cisto gengival do adulto desenvolve-se como uma tumefação geralmente menor do que 1cm, sempre na face vestibular da mucosa alveolar ou gengiva. O nódulo apresenta coloração azulada ou semelhante à da mucosa. É assintomática e de crescimento lento. O cisto gengival do adulto não apresenta sinais radiográficos, entretanto em alguns casos é possível observar, durante a cirurgia, uma depressão óssea em forma de taça por conta da reabsorção causada pela pressão da lesão.

Já o cisto periodontal lateral geralmente é detectado em exame radiográfico por outras razões, já que é assintomático e seu crescimento intraósseo lento dificilmente atinge a superfície. Radiograficamente, apresenta-se como uma área radiotransparente bem circunscrita, localizada lateralmente à raiz de um dente vital. A maioria dos cistos têm menos do que 1cm de diâmetro e raramente causam reabsorção radicular do dente vizinho. O diagnóstico radiográfico do cisto periodontal lateral é difícil uma vez que o cisto radicular lateral e o tumor odontogênico queratocístico incipiente podem apresentar os mesmos aspectos imagiológicos e são mais comuns. A presença de um dente com necrose pulpar pode indicar o diagnóstico de cisto radicular lateral.

O tratamento do cisto gengival do adulto é a sua remoção cirúrgica simples e enucleação para o cisto periodontal lateral. O prognóstico é excelente e recorrência é rara.

O cisto odontogênico botrioide é uma variante do cisto periodontal lateral com características clínicas semelhantes mas com algumas diferenças quanto aos aspectos radiográficos e microscópicos. Ainda há uma discussão se este cisto deve ser considerado um tipo a parte ou uma variante do cisto periodontal lateral mas o pensamento atual é de que seu comportamento clínico justifique sua manutenção como um tipo de cisto.

O cisto odontogênico botrioide também ocorre na região lateral do ápice de, predominantemente, caninos e pré-molares inferiores de pacientes entre a 5ª e 7ª décadas de vida. Apresenta-se como pequenas tumefações assintomáticas na face vestibular da mucosa alveolar ou gengiva. Entretanto, ao contrário do cisto periodontal lateral, o cisto botrioide é uma lesão multilocular, característica que originou o seu nome por assemelhar-se a um cacho de uvas. Radiograficamente, pode apresentar características semelhantes à do cisto periodontal lateral, sendo possível a visualização das suas multiloculações somente durante o ato cirúrgico. A maioria das lesões, no entanto, apresentam-se como áreas radiolúcidas multiloculares. Estas multiloculações são, com frequências de arredondadas a ovaladas, dando o aspecto botrioide.

A enucleação conservadora da lesão não é suficiente para evitar a sua recidiva. Recomenda-se excisão cuidadosa da lesão e acompanhamento do paciente por longo período de tempo.

CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR

O cisto odontogênico glandular foi descrito recentemente e pela primeira vez em 1987 por Padayachee e Van Wyk e incluído como uma entidade à parte a partir da segunda edição da classificação dos tumores odontogênicos pela OMS. Esta lesão tem chamado atenção pelo seu possível comportamento agressivo, apresentação radiográfica multilocular e suas características microscópicas distintas e controversas.

O cisto odontogênico glandular é uma lesão rara, corresponde a cerca de 0,2% de todos os cistos dos maxilares. Há um pico de incidência na 6ª década de vida e ligeira predileção pelo sexo masculino. Apresenta maior ocorrência na região anterior da mandíbula (mandíbula, 85-90%).

Clinicamente, o cisto odontogênico glandular apresenta-se como uma tumefação indolor na maioria dos casos. Radiograficamente, a grande maioria se apresenta como lesões radiolúcidas bem delimitadas exibindo expansão vestibular. Há uma alta frequência de reabsorção radicular dos dentes vizinhos (43%) porém associação com dentes não-irrompidos é baixa (11%), talvez porque acometa mais a região anterior de pacientes mais velhos. Um fato interessante é que cerca de metade dos casos de cisto odontogênico glandular exhibe perfuração da cortical óssea, o que pode ser somente observado por radiografias oclusais ou tomografia computadorizada.

A taxa de recorrência deste cisto é relativamente, de 17.5-30%. Quando a lesão é unilocular, enucleação é o tratamento de escolha. Quando é multi, pode-se optar pela osteotomia periférica ou ressecção em bloco dependendo do caso.

CISTOS NÃO-ODONTOGÊNICOS

CISTO NASOLABIAL

O cisto nasolabial é um cisto que se desenvolve no sulco nasolabial sem envolvimento ósseo. Há consenso de que se trate de um cisto do desenvolvimento, porém pouco se sabe sobre a sua patogênese. É um cisto de ocorrência rara. Ocorre mais nas 4ª e 5ª décadas de vida, há uma predileção pelo sexo feminino (F:M = 3:1) e 10% dos casos é bilateral.

O cisto nasolabial apresenta crescimento lento. A apresentação clínica mais frequente é tumefação indolor com suavização do sulco nasolabial e elevação da asa do nariz. À inspeção intrabucal é possível observar apagamento do sulco labial. À palpação, o cisto apresenta-se flutuante. Quando infectado, o cisto pode drenar para a cavidade nasal. Alguns pacientes relatam dor (geralmente associada à infecção do cisto), dificuldade de respirar pelo nariz e de encaixar a dentadura.

Dependendo do tamanho da lesão, pode ocorrer aumento da radiolucência do processo alveolar na região acima do ápice dos incisivos superiores devido à reabsorção óssea causada pela compressão do cisto. Outra característica típica do cisto nasolabial pode ser observada através da radiografia oclusal total de maxila. Nela é possível observar inversão do limite lateral e anterior da fossa nasal. O seu tratamento é a excisão cirúrgica e a recorrência é rara.

CISTO DO DUCTO NASOPALATINO

O cisto do ducto nasopalatino é o cisto não-odontogênico da cavidade bucal mais comum. Ele se origina de remanescentes epiteliais localizados no ducto nasopalatino (conduto que comunica a cavidade nasal com a cavidade bucal).

Estima-se que cerca de 1-1,5% da população desenvolva esta lesão. Pode ocorrer da 3ª – 6ª décadas de vida e apresenta predileção pelo sexo masculino (M:F = 3:1).

O canal incisivo se inicia como duas aberturas, uma de cada lado do septo nasal, dirige-se em sentido ântero-inferior, e desemboca como um único canal no osso palatino, posteriormente aos dois incisivos centrais superiores. O canal incisivo contém ramos arteriais e nervosos além do ducto nasopalatino. Na maioria das pessoas, o ducto é regredido, porém em outras, pode originar o cisto do ducto nasopalatino.

A característica clínica do cisto do ducto nasopalatino dependerá da sua localização ao longo do canal incisivo. O sinal mais comum é a tumefação na região anterior e mediana do palato. A face vestibular também pode apresentar abaulamento em alguns casos. Quando localizado em região mais superior, também pode expandir o soalho da fossa nasal. Alguns pacientes podem apresentar sintomas como dor ao comprimir a lesão e drenagem. Alguns indivíduos relatam drenagem como único sintoma em lesões intra-ósseas que ainda não produziram tumefação. Os dentes adjacentes à lesão apresentam-se vitais.

Radiograficamente, os cistos do ducto nasopalatino se revelam como uma área radiotransparente bem delimitada, próximo ou na linha média entre os ápices dos incisivos superiores. A lesão é redonda ou oval e frequentemente circundada por uma borda esclerótica. Alguns cistos podem adquirir uma forma de “pêra invertida”, provavelmente por conta da resistência dos dentes adjacentes. A sobreposição da espinha nasal anterior ou do septo nasal com a lesão pode conferir a forma de coração à lesão. Em lesões localizadas próximas à região apical dos incisivos, pode ocorrer divergência das duas raízes. Reabsorção radicular raramente é observada. O exame de tomografia computadorizada é útil para definição da altura do cisto e planejamento cirúrgico adequado.

Algumas vezes, pode ser difícil diferenciar um cisto do ducto nasopalatino de um canal incisivo proeminente. De maneira geral, assume-se 10mm de fossa incisiva seja considerado anatômico.

Quando a lesão se encontra em posição extraóssea, é possível observar uma tumefação localizada na região da papila incisiva e geralmente apresenta coloração azulada. Neste caso, a lesão recebe o nome de **cisto da papila incisiva**. O cisto nasopalatino é tratado por enucleação e a recorrência é rara.

CISTOS INFLAMATÓRIOS

CISTO RADICULAR APICAL, LATERAL E CISTO RESIDUAL

O cisto radicular é o cisto inflamatório mais comum e se origina de remanescentes epiteliais do periodonto (restos epiteliais de Malassez) como resultado de uma periodontite periapical após necrose pulpar de um dente. A resposta inflamatória aumenta a produção de fatores de crescimento que estimulam a proliferação dos remanescentes epiteliais de Malassez, culminando com a formação do cisto. O cisto radicular é mais frequentemente encontrado no ápice do dente envolvido, mas também pode se desenvolver na face lateral, pela presença dos canais colaterais, quando é chamado de **cisto radicular lateral**. Não é raro um dente comprometido ser extraído, a loja cirúrgica não ser curetada e o cisto radicular ser acidentalmente deixado para trás. Neste caso, o cisto é referido como **cisto residual**.

É, de longe, o cisto odontogênico mais comum, compreendendo a mais de 50% dos casos. Há um pico de incidência entre a 3ª e 6ª décadas de vida. Ocorre predominantemente na região anterior da maxila, seguido pela maxila posterior, mandíbula posterior e mandíbula anterior.

Os cistos periapicais geralmente são assintomáticos e frequentemente descobertos em exames de rotina, a não ser que exista exacerbação inflamatória aguda. Eles provocam reabsorção óssea mas não é comum causarem expansão, a não ser quando atingem grandes proporções. Nestes casos, a tumefação apresenta-se endurecida no início, porém conforme o cisto aumenta, o revestimento ósseo torna-se fino e “crepitante como casca de ovo” ao toque. Quando o osso é completamente erodido, o cisto passa a ter consistência flutuante. Um dente não vital (ou extraído) é essencial para o diagnóstico de cisto periapical (ou residual).

Radiograficamente, o cisto periapical apresenta-se como uma área radiolúcida arredondada circundando o ápice do dente envolvido. Um halo radiopaco que apresenta continuação com a lâmina dura do dente é frequentemente observado. É comum observar reabsorção radicular. O tamanho do cisto radicular

pode variar de alguns milímetros até tomar um quadrante completo, o tamanho médio é de 1.5cm. Um cisto periapical pequeno não pode ser radiograficamente distinguido do granuloma periapical. As dimensões da lesão não devem ser utilizadas para este fim tampouco o emprego da TCFC se mostrou efetiva para este fim. Já o cisto periapical lateral apresenta-se como uma radiotransparência discreta ao longo da porção lateral da raiz. O cisto periapical residual apresenta-se como uma radiolucidez circular ou oval no interior do processo alveolar, no qual foi previamente submetido à exodontia. Em lesões mais antigas pode haver degeneração dos constituintes celulares do lúmen, ocorrendo calcificação distrófica e, conseqüentemente, radiopacidade luminal central.

Lesões pequenas devem ser tratadas com tratamento endodôntico ou extração do dente envolvido seguido de curetagem. Lesões extensas requerem tratamento endodôntico acompanhado de marsupialização, descompressão ou fenestração. Outras opções incluem cirurgia periapical. Cistos de origem inflamatória não recorrem após tratamento adequado. Algumas vezes, no entanto, deixam cicatrizes fibrosas, especialmente em lesões que envolvimento rompimento das duas corticais ósseas. Assim, o diagnóstico microscópico é essencial para descartar outras lesões.

CISTO PARADENTÁRIO

O cisto paradental se desenvolve próximo da margem cervical da face mesial da raiz dentária como consequência de um processo inflamatório periodontal. Alguns autores acreditavam que o cisto paradental, cisto colateral inflamatório e cisto mandibular bucal infectado eram entidades clínicas distintas, o que não é verdade. Esta sinonímia é usada para descrever o cisto paradental em outros locais. Portanto, quando utilizados, estes termos representam uma descrição clínica e não um diagnóstico. Atualmente, entretanto, há uma tendência a incluir todos estes cistos sob a nomenclatura de cisto paradental.

O cisto paradental representa cerca de 3% de todos os cistos odontogênicos e apresenta características distintas de acordo com o dente envolvido. Cerca de 61% dos cistos paradentais ocorre nos terceiros molares inferiores parcialmente irrompidos. Em cistos nessa localização, cerca de 60% dos pacientes relatam pelo menos um episódio prévio de pericoronarite e é comum observar comunicação da parede cística com a bolsa periodontal. Acredita-se que a inflamação causada pela pericoronarite desencadeie a formação do cisto. Há uma predileção pelo sexo masculino e pico de incidência na 3ª década de vida. Radiograficamente, é possível observar uma radiotransparência unilocular na superfície distal ou disto-vestibular do dente envolvido. A lesão apresenta-se com forma semilunar e frequentemente superposta à raiz do 3º molar, simulando lesão periodontal, entretanto, o espaço do ligamento periodontal permanece intacto. Quando o cisto paradental atinge o 1º ou 2º molar inferior, geralmente não apresenta sintomas porém alguns pacientes relatam dor e supuração. Pode haver vestibularização do dente. Radiograficamente, é observada uma radiolucência bem definida também superposta à raiz do dente envolvido. O exame radiográfico oclusal é a radiografia convencional mais indicada para verificação da extensão vestibular da lesão. Atualmente, entretanto, o exame de TCFC permite a avaliação exata das dimensões e limites císticos.

Os aspectos microscópicos do cisto paradental não são específicos. Eles mostram um epitélio escamoso estratificado não-queratinizado com áreas hiperplásicas como revestimento. Infiltrado inflamatório crônico está frequentemente presente na cápsula fibrosa.

O cisto paradental é tratado por enucleação simples. Não é necessária remoção do dente, a menos que haja indicação.

2. CISTOS NÃO-EPITELIAIS

CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO, SIMPLES OU TRAUMÁTICO

Sinonímia: Cisto ósseo traumático, cisto ósseo solitário, cisto ósseo hemorrágico, cisto ósseo de extravasamento, cisto ósseo unicameral.

O cisto ósseo simples é uma cavidade benigna vazia ou com conteúdo líquido no seu interior e desprovida de revestimento epitelial. A patogênese deste cisto é incerta. A teoria mais defendida, a teoria trauma-hemorragia sugere que um trauma ósseo leve resulte em um hematoma intraósseo. Caso o mesmo não sofra organização e reparo, ele poderá liquefazer-se, resultando num defeito cístico. Entretanto, esta teoria não explica o desenvolvimento de cistos ósseos simples em pacientes sem história prévia de trauma.

O cisto ósseo simples pode ocorrer tanto em ossos longos como nos maxilares. Nestes últimos, geralmente acomete pacientes entre 10 e 20 anos de idade, há uma ligeira predileção pelo sexo masculino e a grande maioria ocorre na região posterior da mandíbula.

O cisto ósseo simples não apresenta sintomas e geralmente são descobertos em exames de rotina. Cerca de 20% dos pacientes apresenta tumefação indolor. Radiograficamente, a maioria das lesões apresentam-se como uma área radiolúcida bem delineada. As margens ora são e ora não são definidas. Quando há vários dentes envolvidos na lesão, a mesma apresenta projeções entre as suas raízes, característica típica do cisto ósseo simples (mas também do tumor odontogênico queratocístico). A lesão geralmente não reabsorve as raízes nem interferem na vitalidade dos dentes envolvidos. Quando multilocular, o cisto ósseo simples geralmente está associado à expansão cortical e exame tomográfico revela uma fina camada de osso cortical envolvendo a lesão. Os cistos simples podem estar associados com outras lesões, especialmente as lesões fibro-ósseas.

Embora as características radiográficas e epidemiológicas do cisto ósseo simples possam sugerir o diagnóstico, não são definitivas. A exploração cirúrgica é necessária para o estabelecimento da mesma. Inclusive, o procedimento cirúrgico é, geralmente, suficiente para resolução da lesão. Curetagem do material intra-cístico é indicada, tomando cuidado com os dentes vizinhos e com o feixe neurovascular mandibular. Recorrência não é comum, embora tenha sido reportada.

CISTO ANEURISMÁTICO

O cisto ósseo aneurismático é corresponde de 1-6% dos tumores ósseos de todo o corpo, porém destes somente de 1-2% ocorre nos maxilares. Existem dois tipos de cisto ósseo aneurismático, os justacorticais (associados a trauma prévio) e os subperiostais que advém de lesões presentes). Nos maxilares, ocorrem somente a variante subperiostal. A maioria dos casos ocorre em crianças e adultos jovens, com média de idade de 20 anos e a região posterior da mandíbula é a mais acometida. Não há predileção por sexo.

A maioria dos casos se apresenta como uma tumefação indolor embora cerca de 37% dos pacientes relatem dor. Comumente, o paciente relata crescimento rápido da lesão e alteração da oclusão. Os dentes envolvidos na lesão permanecem vitais. Quando a lesão perfura a cortical óssea e é coberto somente pelo periosteio ou por uma fina camada óssea, pode-se ter a sensação crepitante como casca de ovo à palpação. Além disso, embora seja frequentemente citada esta relação, poucos casos de cisto ósseo aneurismático são associados a trauma.

Radiograficamente, a grande maioria das lesões se apresenta como uma área radiolúcida multilocular. As bordas podem ou não ser definidas. Frequentemente é descrita uma distensão balonzante ou aspecto de “sopro para fora” do contorno do osso afetado. O exame de TCFC geralmente revela que uma cortical óssea fina e intacta. A história do paciente é útil no diagnóstico diferencial com outras lesões, pois o cisto ósseo aneurismático apresenta características imagiológicas semelhantes a outras lesões como o ameloblastoma sólido e lesão central de células gigantes.

Estudos recentes mostram que pacientes portadores deste cisto compartilham mutações genéticas em cromossomos específicos, indicando um possível componente genético da lesão.

O cisto ósseo aneurismático é tratado por enucleação ou curetagem. A remoção do volume da lesão geralmente é suficiente para controlar a hemorragia uma vez que a vascularização da mesma é baixa. A taxa de recidiva varia de 8-60% e recorrência está relacionada, geralmente, à remoção inadequada da lesão ou associação da mesma com outras entidades.

CISTO EPIDERMOIDE

O cisto epidermoide é um cisto do desenvolvimento que constitui a expressão mais simples do espectro do teratoma. Apresenta muitas semelhanças com o cisto dermoide e difere-se deste por não apresentar anexos cutâneos.

Podem ocorrer em qualquer idade com um pico de incidência na 5ª década de vida e há uma predileção pelo sexo masculino.

Os cistos epidermoides bucais ocorrem tipicamente na linha média do soalho da boca e seus sinais variam de acordo com sua localização. Quando se desenvolvem superiormente ao músculo geniioideo, a língua é deslocada para cima e o paciente tem dificuldade de alimentação, fonação e respiração. Quando o cisto epidermoide, por outro lado, se ocorre inferiormente ao músculo geniioideo, a tumefação resulta em um aspecto de “queixo duplo”.

O tratamento se dá por remoção cirúrgica da lesão.

3. CONCLUSÃO

- Semiotécnica das alterações cistos dos maxilares, exames indicados para avaliação imagiológica, tipos de doenças, suas manifestações clínicas e diagnóstico diferencial.
- Indicações terapêuticas.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: NEOPLASIAS ODONTOGÊNICAS BENIGNAS DO OSSO

OBJETIVOS: Apresentar aos alunos as características clínicas e imagiológicas dos tumores odontogênicos, bem como a conduta frente a cada uma dessas alterações.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber diferenciá-las e conduzir o processo diagnóstico e sua indicação terapêutica.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000. 243p.
2. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. **Patologia oral e maxilofacial**. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
3. PRABHU, S.R. **Medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 260p.
4. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Patologia oral: correlações clínico-patológicas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512p.
5. SCULLY, C.; FLINT, S.R.; PORTER, S.R. **Atlas colorido de doenças da boca : diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 371p.
6. SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 408p.
7. SILVERMAN JÚNIOR, S.; EVERSOLE, L.R.; TRUELOVE, E.L. **Fundamentos de medicina oral**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384p.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nosso objetivo é:

- Demonstrar as características clínicas e imagiológicas dos tumores odontogênicos, seu processo diagnóstico e sua conduta terapêutica.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. CLASSIFICAÇÃO
2. DO EPITÉLIO ODONTOGÊNICO COM ESTROMA MADURO E FIBROSO E SEM ECTOMESÊNQUIMA
 - 2.1. AMELOBLASTOMA
 - 2.2. TUMOR ODONTOGÊNICO QUERATOCÍSTICO
3. DO EPITÉLIO ODONTOGÊNICO COM ECTOMESÊNQUIMA COM OU SEM FORMAÇÃO DE TECIDO DURO
 - 3.1. ODONTOMA
4. DO MESÊNQUIMA E/OU MESÊNQUIMA ODONTOGÊNICO COM OU SEM EPITÉLIO ODONTOGÊNICO
 - 4.1. MIXOMA ODONTOGÊNICO
 - 4.2. FIBROMA ODONTOGÊNICO

c. Motivação

As doenças dos tecidos duros da face podem ter origens diferentes ou fazerem parte de uma manifestação de doença sistêmica. Deste modo, é importante o aluno entender o desafio da semiótica para se chegar ao diagnóstico, bem como, a comunicação da doença ao paciente.

2. DESENVOLVIMENTO

Para a introdução do aluno no diagnóstico dos tumores odontogênicos, é necessário o conhecimento de suas manifestações clínicas. Dessa maneira, o profissional deverá identificar a manifestação física com os dados obtidos na anamnese e chegar ao diagnóstico. A importância dessa identificação é que a partir dela será indicada a terapêutica e, portanto, se o diagnóstico não for correto o tratamento será ineficaz.

1. CLASSIFICAÇÃO

Segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde, as lesões são subdivididas em:

DO EPITÉLIO ODONTOGÊNICO COM ESTROMA MADURO E FIBROSO E SEM ECTOMESÊNQUIMA

- Ameloblastoma
- Tumor odontogênico queratocístico (queratocisto odontogênico)
- Tumor odontogênico adenomatoide
- Tumor odontogênico epitelial calcificante (tumor de Pindborg)
- Tumor odontogênico escamoso

DO EPITÉLIO ODONTOGÊNICO COM ECTOMESÊNQUIMA COM OU SEM FORMAÇÃO DE TECIDO DURO

- Odontoma
- Fibroma ameloblástico

- Fibroodontoma ameloblástico
- Fibrodentinoma ameloblástico
- Odontoameloblastoma
- Tumor odontogênico cístico calcificante (tumor de Gorlin)
- Tumor dentinogênico de células fantasmas

DO MESÊNQUIMA E/OU MESÊNQUIMA ODONTOGÊNICO COM OU SEM EPITÉLIO ODONTOGÊNICO

- Mixoma odontogênico / mixofibroma
- Cementoblastoma
- Fibroma odontogênico

2. TUMORES DO EPITÉLIO ODONTOGÊNICO COM ESTROMA MADURO E FIBROSO E SEM ECTOMESÊNQUIMA

AMELOBLASTOMA

O ameloblastoma é um tumor que, embora seja benigno, é localmente invasivo, destrutivo e apresenta alto índice de recidiva. O ameloblastoma é o segundo tumor odontogênico mais comum, compreendendo de 13 a 58% de todas as neoplasias de origem odontogênica. Esta alta incidência associada ao seu comportamento clínico peculiar faz do ameloblastoma o tumor odontogênico mais significativo para o conhecimento dos cirurgiões-dentistas.

Clinicamente, o ameloblastoma é classificado em: sólido/multicístico, unicístico e periférico. Cada variante apresenta características epidemiológicas, clínicas e radiográficas distintas e já bem estabelecidas na literatura.

O ameloblastoma sólido é o mais frequente, correspondendo a cerca de 93% dos ameloblastomas. É caracterizado por evolução lenta, porém com padrão de crescimento infiltrativo e localmente invasivo. Tumores pequenos frequentemente são assintomáticos. As queixas mais comuns associadas ao ameloblastoma são a tumefação (80,4%), dor (67,8%) e ausência de erupção (42,8%), mobilidade (24,5%) ou deslocamento (20,5%) dentário. Ocorre principalmente na região posterior da mandíbula (80-85%) de jovens adultos (25-36 anos). Radiograficamente apresenta-se como lesão osteolítica multilocular, assemelhando-se a "bolhas de sabão" ou "favos de mel". Imagens tomográficas mostram que as lesões aparentemente multiloculares em filmes convencionais na maioria das vezes representam reabsorções ósseas de aspecto festonado e não lojas verdadeiramente compartimentalizadas. Dentes podem estar associados à lesão sendo o terceiro molar inferior o mais comumente envolvido. Reabsorção radicular é comum. Radiolucências uniloculares também podem ser vistas, embora com menos frequência.

O tratamento do ameloblastoma multicístico ainda é controverso. A OMS recomenda excisão cirúrgica com margem de segurança. A taxa de recorrência varia de 35 a 80%, dependendo da forma de tratamento, sendo recomendado, portanto, o acompanhamento do paciente.

O ameloblastoma unicístico apresenta um comportamento clínico menos agressivo do que a sua contraparte multicística. Mais de 90% dos casos envolvem a mandíbula, geralmente a região posterior. A queixa mais comum apresentada pelo paciente é a tumefação. O termo ameloblastoma unicístico é derivado da aparência macro e microscópica desta neoplasia. A lesão é, essencialmente, uma única cavidade bem delimitada, preenchida por líquido e revestida por um epitélio ameloblastomatoso.

O diagnóstico do ameloblastoma unicístico é fechado com a obtenção das informações clínicas, radiográficas e microscópicas, pois ameloblastomas sólidos podem apresentar áreas de degeneração cística e gerar diagnósticos equivocados. O ameloblastoma unicístico normalmente é tratado de forma mais conservadora através de enucleação, curetagem e criocirurgia, apresentando melhor prognóstico em relação à sua variante sólida ou multicística.

TUMOR ODONTOGÊNICO QUERATOCÍSTICO

O tumor odontogênico queratocístico (TOQ) é uma lesão extensivamente estudada e cuja

nomenclatura tem sofrido alterações continuamente. O TOQ era considerado um cisto odontogênico porém na última classificação da OMS, em 2005, passou ao status de tumor odontogênico epitelial benigno.

O TOQ apresenta um pico de incidência na 2ª e 3ª décadas de vida, predileção pelo sexo masculino e maior incidência (65-83%) na região posterior da mandíbula. Cerca de metade dos casos de TOQ se desenvolve no ângulo da mandíbula e estende-se anterior e posteriormente, sem causar expansão óssea evidente.

Múltiplos TOQs são indicativos da síndrome do carcinoma nevoide de células basais (SCNCB ou síndrome de Gorlin), que ocorre em 65-75% dos pacientes. Esta síndrome é abordada em aula específica, porém entre suas características principais estão: carcinomas basocelulares, múltiplos TOQs, Cistos dérmicos, depressões palmares/plantares, foice cerebral calcificada, circunferência da cabeça aumentada, hipertelorismo, prognatismo mandibular.

Radiograficamente, o TOQ constitui-se em uma lesão de difícil diagnóstico, pois pode assumir o aspecto de qualquer cisto ou tumor odontogênico. Entretanto, uma característica típica do TOQ é que ele expande mais em determinadas áreas, resultando numa superfície crenada (*scalloping*), que envolve os dentes porém dificilmente causa a sua reabsorção. As bordas da lesão são frequentemente bem delimitadas por corticais finas. Lesões maiores são comumente multiloculadas. De 25-40% das lesões apresentam o envolvimento de um dente incluso, e podem ser confundidos com cisto dentífero.

Durante a cirurgia, é possível observar com certa frequência a presença de pequenos cistos satélites aderidos à parede do tumor, no lúmen cístico. Além disso, uma vez que o TOQ apresenta uma grande quantidade de queratina, o seu conteúdo cístico apresenta-se branco-amarelado, auxiliando no diagnóstico da lesão.

Estudos recentes têm demonstrado que mutações no gene PTCH (também chamado de gene SCNCB) é responsável pelo desenvolvimento do TOQ.

O TOQ é uma lesão potencialmente agressiva. Dada a presença de cistos satélites e tendência à multiplicidade, os pacientes devem ser acompanhados e o plano de tratamento, bem elaborado. As lesões podem ser tratadas por enucleação associada ou não à crioterapia ou marsupialização.

3. TUMORES DO EPITÉLIO ODONTOGÊNICO COM ECTOMESÊNQUIMA COM OU SEM FORMAÇÃO DE TECIDO DURO

ODONTOMA

O odontoma é o tumor odontogênico mais comum. Ele é considerado mais uma má-formação *tumor-like* (hamartoma) do que um tumor propriamente dito. O odontoma pode ser subdividido em dois grupos: **composto**, quando formam estruturas mineralizadas bastante semelhante a dentículos ou **complexo**, quando formam massas amórficas de tecido duro.

O odontoma ocorre predominantemente em crianças, adolescentes e adultos jovens, sem predileção por sexo. O tipo complexo ocorre mais comumente na região posterior da mandíbula enquanto o composto é mais frequente na região anterior da maxila.

O odontoma apresentam-se como crescimentos lentos e assintomáticos. Quando completamente maduros, param de crescer. O tamanho varia de 1-2cm embora lesões maiores possam ser encontradas. Radiograficamente, o diagnóstico do odontoma composto não costuma ser difícil. Geralmente é possível observar uma coleção de dentículos circundada por uma área radiolúcida. Já o odontoma complexo apresenta-se como uma massa ovoide ou esférica radiopaca também circundada por uma zona radiolúcida. O grau de radiopacidade da massa é proporcional ao grau de maturação da lesão. Os dentes vizinhos podem ser deslocados pela lesão porém jamais reabsorvidos. Os odontomas são tratados por excisão local simples e o prognóstico é excelente.

4. TUMORES DO MESÊNQUIMA E/OU MESÊNQUIMA ODONTOGÊNICO COM OU SEM EPITÉLIO ODONTOGÊNICO

MIXOMA ODONTOGÊNICO

O mixoma odontogênico (MO) é um neoplasma odontogênico caracterizado por células estreladas e fusiformes incluídas em uma matriz abundantemente mixoide ou mucoide.

A frequência do MO varia de 3-20%. Na maioria dos estudos, o MO é o 3º tumor odontogênico mais comum. Ocorre mais no intervalo da 2ª – 4ª décadas de vida, apresenta ligeira predileção pelo sexo feminino e pela região posterior da maxila.

Clinicamente, o MO manifesta-se como uma tumefação indolor. Ao atingir grandes proporções, o MO pode causar perfuração da cortical óssea, visível na TCFC. Também é comum observar septos ósseos finos, arranjados em ângulo reto uns com os outros. Pode ser uni ou multilocular com aparência de bolhas de sabão ou favos de mel e as bordas são usualmente bem definidas. Deslocamento dos dentes vizinhos e reabsorção radicular podem ocorrer. As lesões que ocorrem na maxila tendem a obliterar o seio maxilar precocemente, simulando polipose nasal. À cirurgia, o âmago da lesão é frequentemente gelatinoso, um grande indicativo do diagnóstico de MO.

O MO apresenta tendência a penetrar os espaços medulares e, portanto, a enucleação e curetagem não são tratamentos efetivos. Em gerla, opta-se pela excisão completa com margem de segurança. O índice de recorrência é de 25% e, geralmente, em lesões que não foram completamente removidas.

FIBROMA ODONTOGÊNICO

O fibroma odontogênico (FO) é um neoplasma raro com quantidade variável de epitélio odontogênico aparentemente inativo em um estroma fibroso maduro. Há dois tipos histológicos de FO: o **pobre em epitélio** (previamente chamado de simples), provavelmente derivado do folículo dentário e o **rico em epitélio** (previamente conhecido como tipo OMS), provavelmente derivado do ligamento periodontal.

Por ser um tumor raro e por inconsistências nas definições utilizadas pelos autores na maioria dos trabalhos, pouco se sabe sobre a sua epidemiologia. Entretanto, para o tipo rico em epitélio, há uma média de 40 anos de idade para sua ocorrência, predominância feminina (F:M = 2.8:1) e predileção pela região posterior da mandíbula, para o FO intraósseo.

Clinicamente, o fibroma odontogênico apresenta-se como uma massa de crescimento lento, progressivo e indolor, frequentemente causando expansão da cortical óssea. O FO pode apresentar comportamento localmente agressivo porém é facilmente separada do osso que a envolve. Uma característica interessante dos FOs anteriores aos primeiros molares superiores é a presença de uma depressão ou fissura palatal, simulando um defeito. Em metade dos casos, o tumor se manifesta como uma área radiolúcida bem circunscrita por um halo radiopaco. Em casos isolados, material calcificado pode ser observado (cerca de 8% dos casos), especialmente em exames de TCFC. Lesões mais extensas podem causar deslocamento dos dentes adjacentes e exibir bordas crenadas.

O FO é tratado por enucleação. Taxa de recorrência do FO central é de cerca de 20%.

3. CONCLUSÃO

- Familiarizar-se com os termos técnicos e aspectos clínicos e imagiológicos dos tumores odontogênicos. Saber indicar qual método de exame físico será melhor para ser empregado como agente facilitador para o diagnóstico e propor a conduta correta para cada situação. Discussão dos casos apresentados.
- Avaliação.

CURSO: Odontologia

PERÍODO: Integral e Noturno

FASE: Graduação

MATÉRIA: CÂNCER DE BOCA

OBJETIVOS: Proporcionar ao aluno o primeiro contato com o tema oncologia, apresentando superficialmente como desenvolve o câncer, o conceito de lesões e condições cancerizáveis, epidemiologia, fatores de risco, tipos de neoplasias malignas que podem acometer a boca, classificação dos tumores de boca, estadiamento clínico dos tumores de boca, fatores prognósticos, tratamento do câncer de boca, complicações do tratamento, bifosfonato, reabilitação bucomaxilofacial, importância do diagnóstico precoce e do exame físico. Despertar o interesse pelo tema e alertar para a Disciplina de Oncologia oferecida optativamente no último ano do curso, para aqueles que querem aprofundar-se no tema. Participar e ser estimulado a desenvolver o espírito crítico sobre o quais motivos atualmente ainda os pacientes chegam para tratamento em estágio avançado.

TAREFA: Complementação com estudo nos livros adotados no Plano de Ensino da Disciplina de Estomatologia, bem como artigos sobre o tema e internet.

PADRÃO MÍNIMO: Saber os passos do tratamento oncológico de cabeça e pescoço.

LOCAL DA INSTRUÇÃO: Central de salas de aula do Campus da Rod. Marechal Rondon – FOA-UNESP.

TÉCNICA(S) DE INSTRUÇÃO: Palestra, interrogatório e estímulo para participação de debates.

MEIOS AUXILIARES: Computador, data show e estudo de casos.

PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA

FONTES DE CONSULTA:

1. BARBOSA, M.M. **Diagnóstico e tratamento dos tumores de cabeça e pescoço**. São Paulo: Atheneu, 2001. 237 p.
2. GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D., ed. **Cecil tratado de medicina interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2 v.
3. Artigos em jornais e revista sobre o assunto câncer.

ASSINATURA:

VISTO:

REPRESENTANTE ALUNO

PROFESSOR RESPONSÁVEL

1. INTRODUÇÃO

a. Apresentação dos objetivos

Nossos objetivos são:

- Apresentar esquematicamente o desenvolvimento do câncer
- Comentar sobre lesões e condições cancerizáveis
- Epidemiologia do câncer de boca
- Fatores de risco do câncer de boca
- Tipos de neoplasias malignas que podem acometer a boca
 - Classificação dos carcinomas espinocelulares de boca
 - Estadiamento clínico dos carcinomas de boca
- Fatores prognóstico
- Tratamento cirúrgico
- Tratamento radioterápico
- Complicações do tratamento
- Bifosfonato
- Reabilitação bucomaxilofacial
- Importância do diagnóstico precoce e do exame físico
- Discutir sobre os efeitos das “terapêuticas” milagrosas para o câncer.

b. Apresentação do sumário

Para que possamos atingir este objetivo seguiremos o seguinte sumário:

1. **ESQUEMA DO DESENVOLVIMENTO CELULAR DE UM CARCINOMA ESPINOCELULAR**
2. **AS LESÕES CANCERIZÁVEIS OU PRÉ-CANCERÍGENAS ATRAVÉS DOS TEMPOS**
3. **EPIDEMIOLOGIA DO CARCINOMA DE MUCOSA BUCAL**
 - 3.1. IDADE
 - 3.2. SEXO
 - 3.3. RAÇA/COR
 - 3.4. ANTECEDENTES FAMILIARES
 - 3.5. VÍCIOS
 - 3.6. ASPECTO CLÍNICO DAS LESÕES
4. **FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE BOCA**
 - 4.1. DIETA
 - 4.2. TABAGISMO
 - 4.3. ETILISMO
 - 4.4. ESTRESSE
 - 4.5. RADIAÇÃO SOLAR
5. **TIPOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS QUE PODEM ACOMETER A BOCA**
 - 5.1. TUMORES NÃO SÓLIDOS
 - 5.1.1. Linfomas
 - 5.1.2. Leucemias
 - 5.2. TUMORES SÓLIDOS
 - 5.2.1. Mesenquimais
 - 5.2.2. Fibrosarcoma
 - 5.2.3. Sarcoma Osteogênico
 - 5.2.4. Rabdomiosarcoma
 - 5.2.5. Leiomiosarcoma
 - 5.2.6. Mieloma Múltiplo
 - 5.3. EPITELIAIS
 - 5.3.1. Adenocarcinoma
 - 5.3.2. Carcinoma Adenoide Cístico
 - 5.3.3. Carcinoma Indiferenciado
 - 5.3.4. Carcinoma Verrucoso
 - 5.3.5. Carcinoma Mucoepidermóide

- 5.3.6. Adenoma Pleomórfico Maligno
- 5.3.7. Carcinoma Basaloide
- 5.3.8. Melanoma Maligno
- 6. CLASSIFICAÇÃO TNM
 - 6.1. CLASSIFICAÇÃO T
 - 6.2. CLASSIFICAÇÃO N
 - 6.3. CLASSIFICAÇÃO M
- 7. ESTADIAMENTO CLÍNICO
 - 7.1. ESTÁDIO CLÍNICO 0
 - 7.2. ESTÁDIO CLÍNICO I
 - 7.3. ESTÁDIO CLÍNICO II
 - 7.4. ESTÁDIO CLÍNICO III
 - 7.5. ESTÁDIO CLÍNICO IVA
 - 7.6. ESTÁDIO CLÍNICO IVB
 - 7.7. ESTÁDIO CLÍNICO IVC
- 8. FATORES PROGNÓSTICOS
 - 8.1. IDADE
 - 8.2. SEXO
 - 8.3. ASPECTO CLÍNICO DO TUMOR
 - 8.4. ESTADIAMENTO CLÍNICO
 - 8.5. LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA
 - 8.6. LINFONODOS CERVICAIS
 - 8.6.1. Nível do comprometimento cervical
 - 8.6.2. Infiltração capsular
 - 8.6.3. Estravasamento capsular
 - 8.7. INFILTRAÇÃO VASCULAR
 - 8.8. BIOLOGIA MOLECULAR
- 9. TRATAMENTO
 - 9.1. CIRURGIA
 - 9.2. RADIOTERAPIA
- 10. COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO RADIOTERÁPICO
 - 10.1. RADIODERMITE
 - 10.2. TRISMO
 - 10.3. MUCOSITE ORAL
 - 10.4. NECROSE DE TECIDO MOLE
 - 10.5. XEROSTOMIA
 - 10.6. CÁRIE DE RADIAÇÃO
 - 10.7. OSTEORRADIONECROSE
- 11. OSTEONECROSE POR BIFOSFONATO

c. Motivação

O câncer bucal é uma doença de etiologia multifatorial. Seu tratamento e prognóstico são guiados pelo estadiamento clínico. Atualmente, observa-se o aumento da incidência desses tumores na população brasileira, criando a possibilidade do futuro profissional atender um paciente submetido a tratamento oncológico específico ou para avaliá-lo antes do tratamento.

2. DESENVOLVIMENTO

Para o diagnóstico, preparo do paciente antes do tratamento, tratamento específico e tratamento das sequelas do câncer de boca, é necessário que o aluno tenha informação sobre sua problemática. Ainda que se ele não se torne especialista, é imperativo que tenha condições de prevenir complicações que poderão advir de uma indicação ou procedimento incorreto.

1. ESQUEMA DO DESENVOLVIMENTO CELULAR DE UM CARCINOMA ESPINOCELULAR

É apresentado um esquema sobre o desenvolvimento de uma célula tumoral, mostrando as fases intraepitelial, microinvasivo e invasivo.

2. AS LESÕES CANCERIZÁVEIS OU PRÉ-CANCERÍGENAS ATRAVÉS DOS TEMPOS

Mostra-se algumas doenças que os autores consideravam e consideram como sendo as precursoras do carcinoma de boca.

Atualmente e segundo a última classificação da OMS (2005), as lesões cancerizáveis são chamadas de lesões precursoras e são distintas das condições cancerizáveis. As lesões precursoras são a leucoplasia, a eritroplasia e a queilite actínica. Entre as condições cancerizáveis estão incluídas a leucoplasia verrucosa proliferativa, deficiência por ferro, líquen plano bucal, fibrose submucosa oral, sífilis, lúpus eritematoso, xeroderma pigmentoso e epidermólise bolhosa distrófica (tipo Hallopeau-Siemens).

3. EPIDEMIOLOGIA DO CARCINOMA DE MUCOSA BUCAL

IDADE

Tumores malignos epiteliais são mais comuns nos adultos acima dos 50 anos.

SEXO

Quanto ao câncer de boca, os pacientes do sexo masculino são mais afetados do que os do sexo feminino na proporção de 4:1.

RAÇA/COR

No Brasil, a raça branca é mais acometida.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Verificar se há casos de câncer na família. Estudos apontam que se houver casos na família, seus descendentes apresentam maior possibilidade de desenvolver um tumor em alguma época da vida.

VÍCIOS

Tabagismo

O uso do tabaco tanto na forma de tragadas quanto na mascada é um forte fator de risco para o desenvolvimento do câncer, pois está presente na maioria dos pacientes com carcinoma de boca e outras partes do corpo.

Etilismo

O uso do álcool também constitui-se um forte fator de risco para o câncer de boca isoladamente e agrava-se quando associado ao tabagismo.

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR

Tumores de lábio possuem evolução clínica diferente dos carcinomas de boca, que por sua vez também diferem dos tumores de orofaringe, mesmo todos sendo carcinomas.

ASPECTO CLÍNICO DO TUMOR

As lesões ulceroinfiltrativas possuem evolução mais agressiva que aqueles ulcerovegetantes.

ESTADIAMENTO CLÍNICO

O estadiamento clínico é o responsável pela determinação tanto da indicação terapêutica quanto do prognóstico.

4. FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE BOCA

DIETA

Alimentação rica em carboidratos, gorduras e pobres em fibras favorecem não só o desenvolvimento do câncer bucal, mas também de outras áreas como estômago e intestino.

TABAGISMO

O uso do tabaco tanto na forma de tragadas quanto na mascada é um forte fator de risco para o desenvolvimento do câncer, pois está presente na maioria dos pacientes com carcinoma de boca e outras partes do corpo.

ETILISMO

O uso do álcool também constitui-se um forte fator de risco para o câncer de boca isoladamente e agrava-se quando associado ao tabagismo.

ESTRESSE

Trabalhos desenvolvidos estão encontrando alterações de mediadores bioquímicos relacionados ao estresse, como as interleucinas.

RADIAÇÃO SOLAR

A radiação solar é formada pelos raios ultravioletas, que afetam a semimucosa labial. Atualmente, as pessoas que ficam expostas ao sol por recreação possuem a mesma probabilidade de desenvolver carcinoma de lábio quanto os trabalhadores rurais.

5. TIPOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS QUE PODEM ACOMETER A BOCA

Será apresentado apenas a nomenclatura dos possíveis tumores que podem ocorrer na boca.

6. CLASSIFICAÇÃO TNM

A classificação dos carcinomas espinocelulares de boca obedecem a seguinte regra:

PARA O TUMOR PRIMÁRIO (T):

T_x: Tumor primário não pode ser avaliado

T₀: Sem evidência de tumor primário

T_{is}: Carcinoma in situ

T1: Até 2 cm

T2: De 2 a 4 cm

T3: Acima de 4 cm

T4a: Lábio - infiltrando estruturas adjacentes

T4a: Boca – cortical óssea, músculos profundos da língua, seios maxilares ou pele da face.

T4b: Invade espaço mastigador. Lâminas pterigoideas, base do crânio ou carótida interna.

PARA A METÁSTASE REGIONAL (N):

No: Sem evidência de metástase regional

N1: Linfonodo ipsilateral até 3 cm

N2a Linfonodo ipsilateral entre 3 e 6 cm

N2b: Linfonodos ipsilaterais < 6 cm

N2c: Linfonodo contralateral ou bilateral

Nx: Linfonodos regionais não podem ser avaliados

N3: Linfonodo acima de 6 cm

PARA A METÁSTASE À DISTÂNCIA (M):

Mx: Metástase à distância não pode ser avaliada

Mo: Sem evidência de metástase à distância

M1: Presença de metástase à distância

7. ESTADIAMENTO CLÍNICO

O estadiamento clínico é o resultado da classificação clínica (Tabela 4).

TABELA 4 – Estadiamento clínico do câncer de boca baseado na classificação TNM.

ESTADIAMENTO	T	N	M
Estadiamento 0	Tis	N ₀	M ₀
Estadiamento I	T1	N ₀	M ₀
Estadiamento II	T2	N ₀	M ₀
Estadiamento III	T3	N ₀	M ₀
	T1, T2 ou T3	N ₁	M ₀
Estadiamento IV A	T1, T2 ou T3	N ₂	M ₀
	T4a	No, N ₁ ou N ₂	M ₀
Estadiamento IV B	Qualquer T	N ₃	M ₀
	T4b	Qualquer N	M ₀
Estadiamento IV C	Qualquer T	Qualquer N	M ₁

8. FATORES QUE INFLUENCIAM NO PROGNÓSTICO

Alguns fatores podem influenciar melhorando ou piorando prognóstico, alterando a evolução do tumor. Entre eles temos:

IDADE

Tumores epiteliais possuem melhor prognóstico quando acometem pessoas adultas. Por outro lado, os tumores mesenquimais evoluem mais agressivamente nos pacientes adultos. O contrário ocorre nos pacientes jovens e crianças.

SEXO

Pessoas do sexo feminino possuem melhor prognóstico que as do sexo masculino, independentemente do estadiamento clínico.

ASPECTO CLÍNICO DO TUMOR

As lesões infiltrativas possuem pior prognóstico que as vegetantes, pois a evolução do tumor tende a ser mais rápido.

ESTADIAMENTO CLÍNICO

Quanto maior for o estadiamento clínico, pior será o prognóstico.

LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA

A evolução do tumor depende da região anatômica que ele está, pois interferirá na drenagem linfática e na metástase à distância.

LINFONODOS CERVICAIS

O acometimento dos linfonodos cervicais pelo câncer (metástase linfonodal cervical) tem influência direta no prognóstico da doença:

Nível do comprometimento cervical

Quanto menor o número e o nível do comprometimento cervical, melhor será o prognóstico. Portanto, comprometimento do nível I é melhor que aqueles do nível II, por exemplo.

Infiltração capsular

Quando o patologista informa este dado, significa que o tumor foi bloqueado pela sistema linfático, desenvolveu dentro do linfonodo e cresceu a ponto de já invadir sua cápsula.

Extravasamento capsular

Nesse caso, o tumor além de infiltrar a cápsula do linfonodo, ele já ultrapassou-a e pode estar comprometendo os tecidos adjacentes à cápsula do linfonodo.

INFILTRAÇÃO VASCULAR

É quando o patologista observa a presença de células tumorais invadindo a luz do vaso sanguíneo, fato que propicia a metástase à distância.

BIOLOGIA MOLECULAR

Estudos avaliam o aumento ou diminuição da expressão de genes supressores de tumor e oncogenes que, se presentes, alteram a sobrevida dos pacientes.

9. TRATAMENTO

Embora os estudos de biologia molecular estejam bem adiantados, a indicação terapêutica ainda é baseada no estadiamento clínico do tumor e no estado físico do paciente.

CIRURGIA

Nas lesões iniciais, a ressecção com margem de segurança é o tratamento indicado. Caso as margens estejam comprometidas por células tumorais, torna-se necessário o replanejamento do caso. O princípio da cirurgia oncológica é a remoção centrípeta da lesão, ou seja, inicia-se a ressecção do tumor pelo pescoço – esvaziamento cervical – quando este estiver indicação. As cirurgias envolvendo o pescoço, quando para ressecção de tumores do andar inferior da boca, devem ser em monobloco. Aquelas do andar superior são removidas em dibloco.

RADIOTERAPIA

Para os carcinomas de boca, a dose de radiação utilizada fica entre 50 e 70 cGy. A administração pode ser por teleterapia ou por braquiterapia. A teleterapia é quando a fonte de radiação fica distante do tumor e a braquiterapia é quando a fonte radioativa fica em contato com o tumor.

10. COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

O tratamento radioterápico produz algumas sequelas permanentes ou não. Entre as que mais acometem a região do terço médio e inferior da boca são:

RADIODERMITE

Alteração na pele onde a radiação penetrou, podendo causar queimaduras. Atualmente, esta alteração não é frequente devido a evolução tecnológica dos aparelhos.

MUCOSITE ORAL

Alteração da mucosa bucal expondo a parte do conjuntivo. Pode causar dor e alguns autores a classifica por graus. Seu tratamento é variável e inclui laserterapia, antifúngico tópico, corticosteroide tópico ou na forma de bochechos ou aplicação de anestésico tópico.

TRISMO

É a abertura limitada da boca e o paciente recebe orientação do fisioterapeuta antes e durante o tratamento radioterápico para diminuir esta ocorrência.

DIMINUIÇÃO DO FLUXO SALIVAR/XEROSTOMIA

As glândulas salivares ficam, geralmente, dentro do campo de radiação e recebem dose que causa sua castração, reduzindo drasticamente o fluxo salivar. O tratamento é muito variável, mas nenhum método produz o efeito necessário para melhorar o fluxo salivar. Entre os tratamentos estão goma de mascar, HcT10, acupuntura, amifostina, laser, pilocarpina, saliva artificial, água com glicerina e leite com manteiga.

PIGMENTAÇÃO DENTAL

Alguns casos podem apresentar pigmentação dos dentes.

CÁRIE DE RADIAÇÃO

Com a redução drástica do fluxo salivar, os pacientes que mantêm seus dentes podem desenvolver cáries rampantes. Assim, é realizada uma avaliação no sentido de manter ou remover os dentes antes do tratamento radioterápico. Na consulta pré-radioterapia, são analisados fatores como motivação do paciente em manter seus dentes, sua idade, higiene bucal, nível cultural e econômico, número de dentes e o estágio clínico do tumor. A análise desses fatores é que determinarão na manutenção ou remoção dos dentes. Quando se preserva os dentes é aplicado, um protocolo de preservação que corresponde a aplicação tópica de flúor e profilaxia dental.

NECROSE DE TECIDO MOLE

Após receber dose curativa, o tumor necrosa e deve ser removido por debridamento.

OSTEORRADIONEKROSE

O osso concentra e absorve mais radiação que o tumor, devido ao seu peso molecular e, principalmente, a mandíbula pode sofrer com esse efeito. O maior problema desta condição se dá pelo fato de que o tecido necrótico exposto ao meio bucal se torna infectado. A esse fato denomina-se osteorradioneckrose. Assim, fatores que podem expor o tecido ósseo após a radioterapia devem ser evitados, como exodontias, próteses mal adaptadas, dentes com cáries e problemas gengivais. Outros fatores interferem e estão relacionados com a ocorrência da osteorradioneckrose como a localização do tumor e a dose de radiação. Seu tratamento é difícil e não há um consenso entre os profissionais. São utilizadas irrigações com substâncias antimicrobianas, sequestrectomia, cirurgia e oxigenioterapia hiperbárica.

11. OSTEONEKROSE POR BIFOSFONATO

Os bisfosfonatos são medicamentos que estão sendo utilizados para tratamento principal ou adjuvante para doenças que acometem o tecido ósseo, como osteoporose, mieloma múltiplo, hipercalemia, metástases ósseas e doença de Paget do osso. Por diminuir o *turnover* ósseo, pode levar à necrose tecidual. Seu tratamento ainda não possui um consenso.

12. REABILITAÇÃO BUCOMAXILOFACIAL – PRÓTESE

Uma das modalidades de reabilitação do paciente após ressecções amplas é a prótese bucomaxilofacial. Será apresentado alguns casos onde esta modalidade de tratamento está indicada. Em alguns casos, ela é preferível à reconstrução cirúrgica, pois facilita o controle clínico do paciente visualizando lesões recidivadas ou segundo tumores primários.

3. CONCLUSÃO

- Apresentar a gravidade e importância da oncologia e a participação do cirurgião-dentista na equipe oncológica, demonstrando que é fundamental o conhecimento da oncologia para participar de tal equipe. O efeito psicológico da doença e os inescrupulosos que aproveitam da fragilidade que essa doença causa no paciente e seus familiares também serão discutidos.
- Orientar os alunos que se interessaram pelo tema oncologia para se matricularem na disciplina específica, que será oferecida como optativa, no último ano do curso.
- No final da aula o aluno deverá ser capaz de responder questões sobre tipos de tumores, lesões e condições cancerizáveis, classificação dos carcinomas espinocelulares, estadiamento clínico do carcinoma espinocelular de boca, fatores prognósticos, tratamento e complicações do tratamento.

Este livro foi elaborado pelos professores da Disciplina de Estomatologia da Fac. de Odontologia do Campus de Araçatuba da Univ. Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Unesp, para auxiliar os alunos de graduação em Odontologia que estão cursando a Disciplina a receberem todo material antes das aulas teóricas. Anteriormente, os Roteiros de Aulas eram distribuídos no início de cada aula correspondente. Apesar do cronograma das aulas ser entregue no primeiro dia letivo da Disciplina, julgamos ser interessante disponibilizar aos alunos de graduação os roteiros de aulas antes do dia de sua apresentação, facilitando ao aluno conhecer o panorama dos assuntos a serem tratados na Disciplina.

