



SEMIOLOGIA APLICADA:

Sinais, sintomas e contextos de vida

Fabiana Schneider Pires
Isadora Luana Flores

Fabiana Schneider Pires
Isadora Luana Flores

SEMIOLOGIA APLICADA: sinais, sintomas e contextos de vida

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610, de 19.2.1998.
É proibida a reprodução total ou parcial, por quaisquer meios,
bem como a produção de apostilas, sem autorização prévia,
por escrito, das autoras.

Diagramação: Madalena Araújo | Madesigner

Arte da Capa: Aquarela de Clarissa Parolo, 2021

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)

P667 Pires, Fabiana Schneider
Semiologia aplicada : sinais, sintomas e contextos de vida /
Fabiana Schneider Pires, Isadora Luana Flores. – Porto Alegre:
UFRGS, 2022.
191 p. : il. Color. ; E-book

ISBN 978-65-5973-150-3

1. Semiologia em Odontologia. 2. Assistência Integral à
Saúde. I. Pires, Fabiana Schneider. II. Flores, Isadora Luana.
III. Título.

Bibliotecária responsável: Andressa Oliveira Ferreira – CRB 10/2258

CAPÍTULO 13

CASO 11

HISTÓRIA DO PACIENTE

Théo é um menino de 6 anos muito ativo. Adora andar de bicicleta, correr e brincar com seu irmão mais novo e com os primos no quintal da casa da avó, onde ele passa a tarde ao retornar da escola. Théo é o único filho de Michele; os dois mudaram-se para a casa dos pais dela quando se separou do marido Caio, pai de Théo. Michele trabalha como educadora em uma escola no bairro Serra Azul, perto da casa em que seus pais moram há muito tempo; onde ela cresceu, estudou, formou-se em pedagogia, casou e há um ano está de volta. Michele tem 29 anos e teve uma gravidez tranquila; Théo nasceu de parto normal e foi amamentado até os seis meses, quando ela precisou voltar ao trabalho. Nesta idade, o menino iniciou na creche, ficando no período das 08h às 18h na escola. Théo sempre teve boa alimentação, está crescendo bem, já está alfabetizado e os dois estão readaptando-se nesta nova situação de vida.

Claudete, avó de Théo, fica com ele à tarde e não deixa de comentar com as amigas e vizinhas que está muito feliz por cuidar do único neto, de vê-lo crescer e brincar.

Conversando com Nancy, a vizinha da frente, Claudete perguntou como era o atendimento na unidade de saúde, pois queria levar o neto para uma consulta com a dentista. Os dentinhos de leite começaram a cair, e sempre é bom dar uma olhada se está tudo indo bem, comentou com a vizinha. Nancy indicou para Claudete conversar com a agente comunitária Marlene para agendar a consulta do menino.

— É verdade, esqueci que a Marlene está sempre por aqui nas visitas domiciliares!

Claudete agendou a consulta de Théo, conversou com a filha e disse que ela poderia ficar tranquila, pois levaria o neto na consulta. No dia da consulta agendada, Théo estava com medo e inquieto. Chegando ao consultório da Dra. Catarina, a avó apresentou o neto:

— Boa tarde, este é o Théo! É o orgulho do vovô e da vovó!

AUTORIA:

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



– Pode sentar aqui, vamos conversar primeiro e eu vou olhar todos os seus dentinhos, sua língua, os lábios, a bochecha por dentro, o céu da boca... só preciso olhar para ver como você está se desenvolvendo!

No exame clínico, Dra Catarina observou uma lesão na mucosa do lábio inferior, com aparência bolhosa. A dentista perguntou para o menino:

– Théo, estou vendo uma “bolinha” aqui no seu lábio, na parte interna. Você já tinha percebido?

O menino respondeu que sim, e a avó completou:

– Ah Dra! É uma “bolha que vai e volta”. Nunca nos preocupamos em vir consultar, porque não achamos que seria alguma coisa grave.

Dra. Catarina perguntou:

– Théo costuma morder o lábio inferior?

Claudete afirmou que sim, disse que ele morde o lábio já faz tempo, mesmo que a família peça para ele evitar, já “virou uma mania”!

AUTORIA:

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



QUAL A SUA HIPÓTESE
DIAGNÓSTICA?

EXAME CLÍNICO

Durante a consulta com a Dra. Catarina, foi realizada uma completa anamnese, a fim de obter informações mais detalhadas. A avó de Théo relatou que o menino não faz uso de medicamentos contínuos e também nunca teve problemas graves de saúde; estavam ali apenas para uma consulta de rotina. Quanto aos seus hábitos, Théo não fuma e nem bebe bebida alcoólica. Por ser criança, a avó disse que gosta muito de chupar pirulito, e tomar refrigerante. Ele toma 1 copo de refrigerante todos os dias, no almoço. Quanto aos seus hábitos de higiene bucal, a avó disse que supervisiona todas as escovações de Théo, e que faz isso 2 vezes por dia, uma vez de manhã e uma vez de noite. Théo escova os dentes com uma escova de cerdas macias, e com dentífrico fluoretado infantil. Não faz uso de fio dental.

Ao exame físico extrabucal, não foram observadas alterações nas cadeias ganglionares, nem assimetria facial e nem pigmentações na pele da face.

Ao exame físico intrabucal, foi observada uma bolha bem delimitada, com coloração rósea semelhante à mucosa adjacente, de superfície lisa, de consistência flutuante à palpação e aparente conteúdo líquido de aspecto azulado translúcido medindo aproximadamente 5 mm no seu maior diâmetro, localizada no lado direito da mucosa interna do lábio inferior.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA QUEIXA PRINCIPAL

- Mucocele;
- Cisto de Retenção Salivar.

Com base no exame clínico e nas hipóteses diagnósticas, a Dra. Catarina realizou uma biópsia excisional e posterior encaminhamento do espécime para exame histopatológico no laboratório de Patologia Bucal de referência. Durante a realização da biópsia excisional, a Dra. Catarina observou a presença de glândulas salivares menores circundando a lesão, o que provavelmente explica a constante recidiva da mesma. Levando esse fato em consideração, optou-se pela remoção de tais glândulas da região, coincidindo, portanto, com o tratamento.

AUTORIA:

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



O espécime foi armazenado imediatamente após a remoção do fragmento tecidual em um recipiente contendo solução de formol tamponado a 10% devidamente identificado com o nome do paciente, do profissional, e do sítio biopsiado. A quantidade de solução de formol no recipiente foi 10 vezes o volume do material biopsiado. Além disso, fez-se o preenchimento da ficha de biópsia que foi encaminhada para o laboratório, ficando no aguardo do laudo histopatológico.

O laudo histopatológico mostrou acúmulo de mucina, circundada por um tecido de granulação. Também foi observada inflamação contendo histiócitos espumosos abundantes. Não foi possível observar revestimento epitelial.

Dra. Catarina ressaltou a importância dos hábitos de higiene bucal, com dentífrico fluoretado e escova de cerdas macias. Ademais, instruiu Théo a fazer a utilização de fio dental, e alertou a avó a respeito da quantidade de dentífrico fluoretado utilizado, evitando um volume maior que um grão de arroz, uma vez que isso pode levar a ocorrência de um quadro de fluorose dentária.

DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO FINAL

Mucocele.

QUESTIONÁRIO

1. Por que, neste caso, neoplasias de glândula salivar não foram consideradas como diagnóstico diferencial?
2. Considerando que mucocele e cisto de retenção salivar são clinicamente iguais, qual a característica histopatológica que confirma o diagnóstico de mucocele?
3. Quais outras lesões poderiam desenvolver se o paciente persistisse com o hábito parafuncional de mordiscar o lábio inferior?
4. A mucocele apresenta coloração azulada translúcida; o que explica isso?

AUTORIA:

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



HIPERLINKS

Queixa principal:

“Bolha que vai e volta”.

História da doença atual:

Lesão bolhosa recorrente, assintomática. Tempo de evolução indeterminado, sem tratamento prévio. Paciente relata hábito de mordiscamento na região de lábio inferior.

Mucocele:

A mucocele é uma lesão exofítica comum, causada pelo acúmulo de saliva resultante de alterações patológicas nas glândulas salivares menores bucais. Clinicamente, manifesta-se como uma vesícula ou bolha, geralmente flutuante à palpação, superfície lisa, esférica, indolor, com coloração do azulado translúcido ao rosa. Seu tamanho varia de 1 mm a vários centímetros, e pode persistir de dias a anos. Essa lesão é mais prevalente em adultos jovens de 20-29 anos, seguido pelos adolescentes de 10-19 anos. Essa distribuição etária provavelmente está relacionada à alta prevalência de hábitos bucais parafuncionais durante esse período. O lábio inferior é a região de maior prevalência, seguido pela mucosa do lábio superior, mucosa jugal e ventre de língua. Devido ao lábio inferior ser o sítio bucal mais vulnerável aos hábitos parafuncionais, as taxas de recidiva nessa região, por traumas mecânicos, são mais comuns. O diagnóstico dessa lesão é realizado a partir da biópsia excisional, que coincide com o tratamento da lesão. Qualquer glândula salivar menor periférica deve ser excisada a fim de diminuir o risco de recorrência.

Cisto de Retenção Salivar:

Os cistos de retenção salivar ocorrem quando um ducto estreito não consegue acomodar adequadamente a saída da saliva, causando dilatação e edema ductais. Eles são menos frequentes que as mucoceles, e são relatados mais comumente em idosos, mostrando uma leve predileção por mulheres. Em geral, estão localizados no assoalho bucal, na mucosa jugal e na mucosa do

AUTORIA:

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



lábio inferior. Eles podem surgir nas glândulas salivares maiores e menores. Os cistos nas glândulas salivares menores são clinicamente iguais à mucocele, sendo necessária biópsia excisional para a confirmação do diagnóstico e consequente tratamento da lesão.

Biópsia excisional:

Exame complementar de consultório que consiste em procedimento cirúrgico para fins de diagnóstico por meio da remoção de tecido para exame macro e microscópico. A biópsia está indicada em todos os casos em que o diagnóstico clínico é inconclusivo e o alcance do diagnóstico final depende da observação dos aspectos morfológicos e/ou arquitetônicos característicos de cada condição. A biópsia excisional ou total consiste na remoção total da lesão nos seus limites sendo, conseqüentemente, o tratamento. Está indicada para lesões com hipóteses de benignidade e também lesões únicas com pequenas dimensões. Entretanto, esse tipo de biópsia não deve ser realizada diante de hipóteses de malignidade, independentemente do tamanho da lesão.

Ficha de biópsia:

É um documento necessário para casos em que a biópsia é indicada, seguida pelo posterior exame histopatológico. Nela, constam os dados do paciente (nome, idade, sexo, raça e profissão), características da amostra, tipo de biópsia (incisional ou excisional), fixador utilizado (formol, álcool ou outro), localização da lesão (óssea ou mucosa), lesão fundamental, tamanho, coloração, consistência, inserção (sésil ou pediculada), sintomatologia, tempo de evolução, aspecto radiográfico (quando aplicável), informações do histórico médico, medicamentos, dados do trans-operatório e outras informações complementares. Além disso, deve-se desenhar em uma figura, a correta localização, forma e tamanho aproximado da lesão, bem como as hipóteses diagnósticas devem ser estratificadas. Essa ficha deve ser preenchida abrangendo todas as informações citadas acima, a fim de facilitar que o patologista analise o espécime e dê o correto diagnóstico.

Fluorose dentária:

A fluorose dentária é um distúrbio de desenvolvimento do esmalte dentário, causado por exposições sucessivas a altas concentrações de flúor durante o desenvolvimento dos dentes, resultando em um esmalte com menor conteúdo

AUTORIA:

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



mineral e maior porosidade. A gravidade da fluorose dentária depende de quando e por quanto tempo ocorre a superexposição ao flúor, a resposta individual, peso, grau de atividade física, fatores nutricionais e crescimento ósseo, sugerindo que doses semelhantes de flúor podem levar a diferentes níveis de fluorose dentária. Outros fatores que podem aumentar a susceptibilidade individual à fluorose dentária são altitude, desnutrição e insuficiência renal. O nível recomendado para ingestão diária de flúor é de 0,05-0,07 mg F/Kg/dia, o que é considerado de grande auxílio na prevenção da cárie dentária, atuando na remineralização. Clinicamente, as lesões de fluorose são geralmente simétricas bilateralmente e tendem a mostrar um padrão estriado horizontal através do dente. Os pré-molares e os segundos molares são os mais frequentemente afetados, seguidos dos incisivos superiores. Os incisivos inferiores são os dentes menos afetados.

AUTORIA:

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

GABARITO

As neoplasias de glândula salivar são, em geral, incomuns. Representam cerca de 3% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço, sendo o adenoma pleomórfico o tumor mais comum com predileção pelo palato duro e mole quando intraoralmente. Apresentam maior incidência no sexo feminino, e em relação à idade, o pico de incidência de tumores concentra-se na sexta década de vida, acometendo raramente crianças e adolescentes. Além disso, as neoplasias glandulares são raras na mucosa do lábio inferior sendo o sítio de predileção para as mucocelos. Cabe salientar que as mucocelos são raras na mucosa labial superior em relação às neoplasias que se apresentam como primeira hipótese diante de lesões com aspecto clínico semelhante.

A característica histopatológica que confirma o diagnóstico de mucocelo é a falta de revestimento epitelial, uma vez que o cisto de retenção salivar, por ter esse revestimento, é considerado um cisto verdadeiro.

As lesões reativas também se desenvolvem em resposta a um estímulo crônico, tal como mordiscar o lábio. Entre essas, as que representam as lesões bucais mais comuns na mucosa labial inferior são a hiperplasia fibrosa, a hiperplasia fibrosa inflamatória, a ceratose friccional e o granuloma piogênico.

As lesões de mucocelo geralmente apresentam coloração azulada translúcida devido à ruptura do ducto da glândula salivar e conseqüente derramamento de mucina para a lâmina própria subjacente ao tecido epitelial da superfície o que confere tal aspecto clínico à mucosa.

AUTORIA:

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

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, J. et al. Dental fluorosis: exposure, prevention and management. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, Valencia, vol. 14, no. 2, p. e103-107, Feb. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: MS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília: MS, 2008.
- CAUBI, A. F. et al. Biópsia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, Tabatinga, v. 4, n. 1, p. 39-46, Mar. 2004.
- CHOI, Y. J. et al. Identification of predictive variables for the recurrence of oral mucocele. *Medicina Oral, Patologia Oral Cirugia Bucal*, vol. 24, no. 2, p. e231-235, Feb. 2019.
- DELLI, K., SPIJKERVET, F. K. L., VISSINK, A. Salivary gland diseases: Infections, sialolithiasis and mucoceles. *Monographs in Oral Science*, no. 24, p. 135-148, May. 2014.
- DUTRA, K. L. et al. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, São Paulo, vol. 85, no. 4, p. 399-407, July/Aug. 2019.
- LIMA, N. K. V. de. et al. Estudo retrospectivo de tumores de glândulas salivares. *Odontol Clín-Cient.*, Recife, vol. 14, no. 3, p. 699-705. July-Sept. 2015.
- SILVA, L. F. et al. Adenoma pleomórfico em lábio inferior: relato de caso. *Revista Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe, vol. 15, no. 3, p. 21-24, July/Sept. 2015.
- VALÉRIO, R. A. et al. Mucocele and fibroma: treatment and clinical features for differential diagnosis. *Brazilian Dental Journal*, Ribeirão Preto, vol. 24, no. 5, p. 537-541, Sept./Oct. 2013.