



Manual de Atendimento na Especialidade de Estomatologia pelo Cirurgião-Dentista Clínico

CAMPANHA

MAIO

VERMELHO

2023

MÊS DA PREVENÇÃO
AO **CÂNCER DE BOCA**

Diretoria

Conselheiro Presidente

Nelson Freitas Eguia, CRO/RS 9.659

Conselheiro Secretário

Everson Martins, CRO/RS 13.969

Conselheiro Tesoureiro

João Gilberto de Souza, CRO/RS 5.960

Conselheiro Efetivo

Evandro Silveira Balen, CRO/RS 5.350

Conselheiro Efetivo

Olmir Cadore, CRO/RS 5.052

Conselheiro Suplente

Daniel Vitor Silva, CRO/RS 8.957

Conselheiro Suplente

Charles da Cunha Pereira, CRO/RS 9.019

Conselheiro Suplente

Diego Augusto da Rosa Pretto, CRO/RS 12.189

Conselheira Suplente

Raquel Pereira Coelho, CRO/RS 15.866

Conselheiro Suplente

Ângelo Paulo Tomazini Ozelame, CRO/RS 19.624

Comissão de Estomatologia

Francisco de Assis Medella Júnior
CRO/RS-CD-22.285

Mariana Klein
CRO/RS-CD-21.708

Marina Curra,
CRO/RS-CD-22.296

Milene Castilhos de Oliveira
CRO/RS-CD-18.740

Natalia Batista Daroit
CRO/RS-CD-20.200

Paula Luce Bohrer,
CRO/RS-CD-12.056

Ricardo Losekann Paiva
CRO/RS-CD-12.629

Rúbia da Rocha Vieira
CRO/RS-CD-20.496

Gestão 2022 – 2023

1. Introdução

A demora do paciente em procurar ou ter acesso ao atendimento e a identificação tardia das patologias pelos cirurgiões-dentistas são os principais motivos do atraso no início do tratamento das lesões bucais.

Tal realidade torna-se ainda mais preocupante em casos de lesões cancerizáveis ou de neoplasias malignas, no qual o prognóstico é negativamente influenciado pelo diagnóstico e tratamento tardios.

Este manual não visa abranger todas as patologias bucais e nem detalhar sua etiopatogenia e tratamento. Para isso, incentivamos ao cirurgião-dentista o uso de livros texto da área e a busca de artigos científicos. Neste guia serão abordadas as lesões mais prevalentes do cotidiano do cirurgião-dentista e destacadas quais destas necessitam urgência na referência ao estomatologista. Orientações sobre condução de biópsias e quais os principais exames complementares que já podem ser solicitados pelo cirurgião-dentista previamente ao encaminhamento para a especialidade também serão abordados, visando a facilitar o atendimento clínico desses pacientes.

EXAME CLÍNICO

A condução de um exame clínico completo, composto por anamnese e exames físicos extra e intrabuciais, é imprescindível para o diagnóstico de lesões bucais.

A realização do exame físico de toda a cavidade bucal é inerente ao cirurgião-dentista e deve preceder qualquer atendimento odontológico, independente da especialidade em que se atua.

Tal exame deve ser realizado de maneira minuciosa, usando não só a inspeção visual como também a palpação das estruturas de cabeça e pescoço. Recomenda-se que o profissional siga sempre a mesma sistemática de exame, sem alterar a ordem dos sítios anatômicos, e assim dificilmente deixará de detectar alterações eventuais em localizações diversas.

2. Variações da normalidade

Para o diagnóstico de lesões, é necessário também conhecer o aspecto de normalidade da cavidade bucal. O exame físico da mucosa bucal pode revelar estruturas anatômicas, cuja aparência, muitas vezes, pode causar dúvidas ao cirurgião-dentista. Felizmente, as variações anatômicas não apresentam necessidade de tratamento, uma vez que não são consideradas patologias, exigindo somente a orientação do paciente.

Por outro lado, quando a identificação de alterações anatômicas causar dúvidas ao cirurgião- dentista clínico, recomendamos o encaminhamento do paciente para avaliação com o Estomatologista.

Diagnóstico precoce salva vidas!

Grânulos de Fordyce: são manchas ou placas de coloração amarelada, geralmente múltiplas e indolores, que acometem mucosa jugal e lábios. Correspondem a glândulas sebáceas ectópicas.

Linha Alba: é uma saliência linear esbranquiçada que pode estar presente na mucosa jugal, na sua porção mediana, no sentido anteroposterior. Deve estar posicionada no mesmo plano que a linha de oclusão dentária.

Língua geográfica: áreas despapiladas no dorso lingual que podem lembrar um mapa. Geralmente contornadas por halo esbranquiçado. Podem se apresentar de maneira sintomática, e paciente deve ser orientado a evitar alimentação condimentada e cítrica principalmente nos períodos de exacerbação.

Tórus e exostoses: nódulos ou projeções de coloração normal do tecido e consistência endurecida. Podem se apresentar na região interna da mandíbula (torus mandibular) de maneira uni ou bilateral e na região central do palato duro (torus palatino). Quando presentes em outras regiões anatômicas são denominadas exostoses ósseas.

Papilas foliáceas: pápulas ou nódulos róseos ou avermelhados localizados na borda posterior da língua, bilateralmente. Correspondem a tecido linfoide, e podem mimetizar lesões inflamatórias ou até mesmo malignas quando proeminentes.

Papila parotídea: Localizadas bilateralmente na mucosa jugal, na altura do primeiro molar superior. Podem ser proeminentes e gerar dúvidas ao profissional.

Varicosidades linguais: nódulos ou manchas arroxeadas localizadas no ventre e borda lingual, geralmente múltiplos. São decorrentes da ectasia vascular.

3. Lesões fundamentais

Conhecer as lesões fundamentais é essencial para que o cirurgião-dentista possa descrever as alterações encontradas na mucosa bucal durante seu exame. Essa descrição é essencial para registro em prontuário, acompanhamento das lesões, comunicação com outros profissionais, formulação de hipóteses de diagnóstico e busca adequada em material de literatura.

Mácula: alteração de coloração sem elevação ou depressão do tecido.

Pápula: elevação sólida de até 5 mm de diâmetro, superficiais e circunscritas.

Nódulo: elevação sólida com mais de 5 mm de diâmetro, pode ser superficial ou profundo.

Vesícula: elevação circunscrita com conteúdo líquido em seu interior, de até 5 mm de diâmetro.

Bolha: elevação circunscrita com conteúdo líquido em seu interior com mais de 5 mm de diâmetro.

Pústula: vesícula ou bolha com conteúdo purulento.

Erosão: perda superficial da camada epitelial sem atingir o tecido conjuntivo.

Úlcera: perda da camada epitelial com exposição do tecido conjuntivo.

Diagrama 1: Lesões fundamentais e suas características clínicas.

4. Biópsia

É a remoção cirúrgica de tecido de um organismo vivo para avaliação histopatológica. Todo material coletado deve SEMPRE ser enviado para análise histopatológica. Mesmo em situações nas quais a suspeita de diagnóstico seja de lesão benigna ou reacional, a confirmação microscópica é mandatória.

Na ausência de familiaridade com o procedimento cirúrgico ou na falta de laboratório de patologia disponível na sua região, o paciente deve ser encaminhado a um profissional especialista que possa conduzir o caso. Além disso, devemos atentar que a realização do exame só deve ser realizada quando o cirurgião-dentista tiver conhecimento para interpretar o resultado anatomopatológico. A biópsia trata-se de um exame complementar. Deve ser realizado sempre quando houver indicação em lesões com hipótese de diagnóstico.

Biópsia incisional: É a remoção de um ou mais fragmentos representativos da lesão. Está indicada para lesões com suspeita de malignidade. Deve-se atentar à região escolhida para coleta do exame, que deve ser representativa em relação às características da lesão. Deverão ser evitadas as áreas ulceradas para que se obtenha uma adequada amostra ao exame anatomopatológico.

Biópsia excisional: Compreende a remoção cirúrgica total da lesão (exérese). Deverá ser realizada em lesões cuja a hipótese de diagnóstico clínico seja de benignidade e que seu tamanho possibilite a remoção completa.

SÃO CONTRAINDICAÇÕES DE BIÓPSIAS:

- Lesões cujo diagnóstico é clínico (não é necessária investigação adicional)
- Lesões de origem vascular
- Falta de condições de biossegurança, laboratório de patologia ou inaptidão do profissional

CUIDADOS COM O MATERIAL COLETADO

- Identificação do material: Deve-se realizar a identificação adequada do material coletado, rotulando o frasco e enviado ao laboratório com ficha contendo os dados do paciente, do profissional que realizou o procedimento, sítio anatômico de onde foi removido, características clínicas da lesão e hipótese diagnóstica.
- Armazenamento da peça: cada peça deverá ser submergida totalmente em solução de formol 10%.

5. Lesões de tecido mole

Nesta primeira parte, será revista a diferenciação entre lesões inflamatórias e neoplasias malignas. Este conhecimento irá auxiliar o raciocínio para o diagnóstico e a determinação da brevidade ou não do encaminhamento do paciente ao estomatologista. As lesões neoplásicas benignas, mais especificamente as de tecido mole, não serão incluídas nesta discussão, já que apresentam comportamento clínico bem definido: crescimento lento, limites bem definidos, indolores. (Figura1)

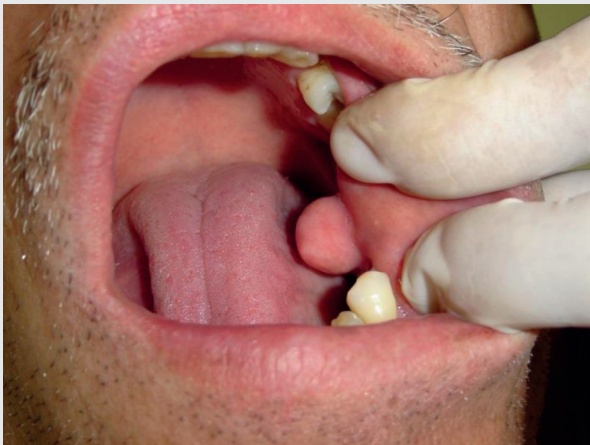


Figura 1: Fibroma em mucosa jugal lado esquerdo. Lesão indolor, de crescimento lento e bem delimitada.

Vamos adotar como exemplo uma úlcera traumática (lesão inflamatória) (Figura 2) e um carcinoma espinocelulares (neoplasia maligna) (Figura 3). Duas lesões clinicamente semelhantes, porém de etiologia e tratamento bem distintos.



Figura 2: Úlcera traumática em borda de língua lado esquerdo



Figura 3: Carcinoma espinocelular em borda de língua lado direito.

Lesão Inflamatória/ Úlcera traumática

Etiologia aparente. Ex: dente fraturado

Bordas regulares. Pode apresentar halo esbranquiçado / ceratótico.

Após remoção da causa, tende a cicatrizar

Dor mesmo em úlceras de tamanho reduzido

Lesão neoplásica maligna / Carcinoma espinocelular

Sem etiologia aparente.

Bordas irregulares, elevadas, endurecidas.

Crescimento constante

Indolor em fase incipiente

Diagrama 2: Principais diferenças entre lesões reacionais e lesões malignas.

O quadro acima, associado a uma adequada anamnese, irão direcionar a conduta a ser adotada. No caso da suspeita de úlcera traumática, o manejo preconizado é a remoção da possível causa e reavaliação em 15 dias. Na hipótese de carcinoma espinocelular, devemos preconizar a realização de biópsia parcial ou encaminhamento com brevidade ao colega estomatologista.

Após esta breve revisão da diferenciação das lesões inflamatórias e neoplásicas malignas, nesta segunda parte do manual, as lesões mais prevalentes serão apresentadas segundo seu aspecto clínico mais característico.

5.1. Lesões papulares, nodulares, tumorais ou placas

São lesões sólidas que diferem entre si basicamente pelo seu tamanho. As pápulas medem até 0,5 cm, os nódulos de 0,5 cm a 3 cm e, por fim, os tumores a partir de 3 cm. Na quase totalidade destas patologias terá que ser realizada a biópsia excisional em lesões benignas e inflamatórias e a incisional na suspeita de malignidade. Na sua grande maioria, são neoplasias benignas ou inflamatórias de crescimento lento e recobertas por mucosa íntegra, com exceção nas situações de trauma secundário. Já as neoplasias malignas têm um crescimento rápido que resulta em necrose do tecido e ulceração. Nas biópsias incisionais destas patologias de comportamento agressivo são evitadas as áreas ulceradas para que se obtenha uma adequada amostra ao exame anatomopatológico.

Já as placas são lesões com uma altura pequena em relação a sua extensão e a superfície pode ser lisa, rugosa ou uma combinação destes dois aspectos

Seguem exemplos das lesões papulares, nodulares, tumorais e em placa mais prevalentes do cotidiano do cirurgião-dentista.

5.1.1. Hiperplasia Inflamatória/Fibroma

O fibroma é uma neoplasia benigna e a hiperplasia inflamatória é relacionada a um trauma. Apresentam aspectos clínicos (Figura 4) e tratamento idênticos – a biópsia excisional. Nos casos de hiperplasia inflamatória, deve-se eliminar o trauma para evitar a reincidência da lesão.



Figura 4: Hiperplasia Inflamatória associada a trauma por prótese total. Área marcada demonstrando forma elíptica da biópsia excisional.

5.1.2. Papiloma Escamoso

Outra neoplasia bastante frequente associada à infecção pelo HPV vírus, o que resulta na proliferação do epitélio de revestimento (Figura 5). São geralmente papulares ou nodulares.



Figura 5: Papiloma Escamoso em palato duro. Biópsia excisional (área marcada)

5.1.3. Granuloma Piogênico

Lesão proliferativa de aspecto nodular e, em alguns casos, tumoral, relacionada a um fator irritativo (biofilme). Frequentemente, a lesão é ulcerada e sangrante (Figura 6). Outras patologias semelhantes ao granuloma Piogênico são o fibroma ossificante periférico e a lesão periférica de células gigantes. Todas estas lesões são tratadas com a biópsia excisional.



*Figura 6: Granuloma piogênico.
Lesão nodular, sangrante, ulcerada
associada a um mau controle do biofilme.
Após a biópsia excisional, deve-se atentar
para uma boa higiene bucal, a fim de
reduzir probabilidade de reincidência.*

As patologias acima mencionadas, salvo em situações de dor ou dificuldade de mastigação, não necessitam brevidade de encaminhamento ao estomatologista.

Já as lesões a seguir, devido ao seu comportamento agressivo (rápido crescimento, não associadas a um fator causal aparente e ulceradas), exigem agilidade no início do seu tratamento.



*Figura 7: Carcinoma Espinocelular: Lesão nodular,
crescimento rápido, em dorso de língua lado
esquerdo. Conduta: biópsia incisional, evitando área
ulcerada. Obs: apresenta aspecto semelhante a um
granuloma Piogênico, mas a sua base **endurecida** à
palpação indica o seu comportamento infiltrativo.*



Figura 8: Sarcoma de Kaposi: Lesão tumoral, crescimento rápido, em palato duro/mole lado esquerdo, ulcerada, sangrante. Conduta: biópsia incisional, evitando área ulcerada.



Figura 9: Linfoma: Lesão tumoral, crescimento rápido, em palato duro/mole, mucosa jugal lado esquerdo, ulcerada, sangrante, ocasionando assimetria facial. Conduta: biópsia incisional, evitando área ulcerada.

5.1.4. Candidíase Pseudomembranosa

Apresenta-se clinicamente como uma placa esbranquiçada que, após removida à raspagem, deixa uma área eritematosa. Relacionada a indivíduos imunodeprimidos ou em uso crônico de antibióticos ou corticosteróides. (Figura 10) O diagnóstico é clínico e o tratamento com antifúngicos. Quando indicado e havendo a disponibilidade, solicitar exames complementares (hemograma completo, glicemia. Hemoglobina glicosilada, anti HIV, VDRL) em apresentações clínicas mais agressivas sem causa identificável.



Figura 10: Candidíase pseudomembranosa em palato duro. Placa associada à área eritematosa pós raspagem com gaze (seta).

5.1.5. Leucoplasia

Placa esbranquiçada não removida à raspagem e não diagnosticada como outra patologia. Quando associada a áreas eritroplásicas, denomina-se de eritroleucoplasia. A biópsia é mandatória. O tipo – incisional ou excisional, irá depender do tamanho e aspecto clínico. (Figuras 11, 12 e 13)



Figura 11: Leucoplasia em palato mole lado direito. Biópsia excisional.



Figura 12: Extensa leucoplasia em mucosa jugal lado esquerdo. Devido ao tamanho da lesão, optou-se por duas biópsias incisionais nas áreas de superfícies mais espessas.

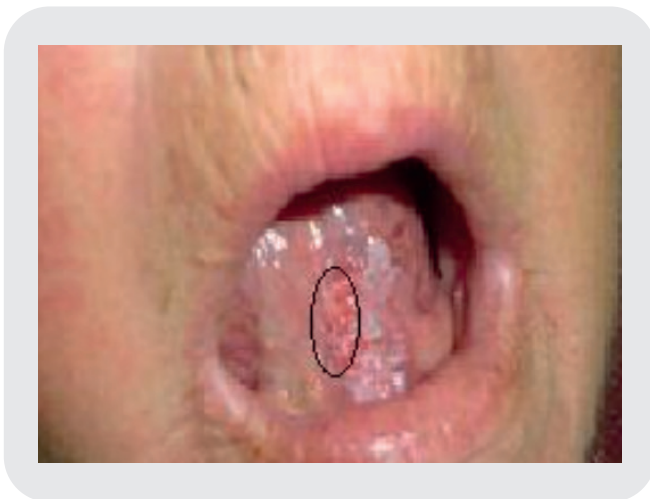


Figura 13: Eritroleucoplasia em ventre de língua. Biópsia incisional na área eritoplásica.

5.1.6. Líquen Plano

Lesão mucocutânea, autoimune, que pode se manifestar na cavidade bucal com aspecto reticular, em placa ou erosivo/ulcerado. (Figura 14 e 15) Diagnóstico clínico e, dentre os tratamentos existentes, os corticosteróides são os mais prescritos. A biópsia é indicada quando o aspecto clínico não é suficiente para o diagnóstico.



Figura 14: Líquen plano em mucosa jugal lado esquerdo de aspecto de placa e erosivo/ulcerado. Biópsia incisional



Figura 15: Líquen plano em mucosa jugal lado esquerdo de aspecto reticular pós tratamento com bochecho de propionato de clobetasol 0,05%.

5.1.7. Sífilis

Lesão em placa na sua fase secundária, de coloração perolada. Geralmente, as lesões são múltiplas. Diagnóstico clínico, confirmado por exame laboratorial: VDRL e/ou FTA-ABS. (Figura 16)

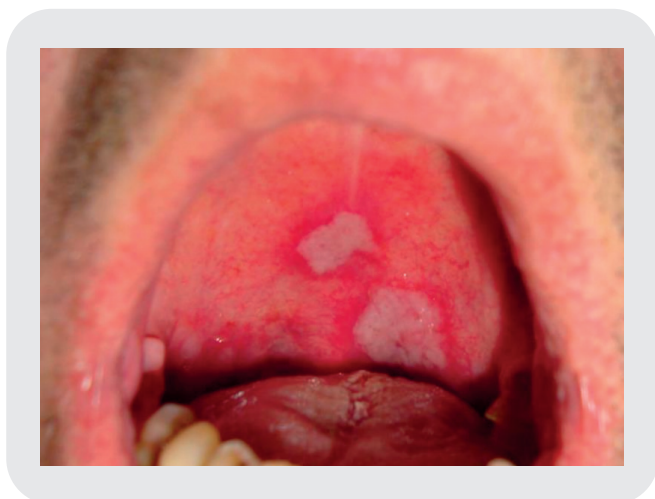


Figura 16: Placas mucosas de coloração perolada e halo eritematoso em palato duro/mole. Diagnóstico clínico e laboratorial.

5.2. Lesões vesiculares ou bolhosas

Tanto as vesículas quanto as bolhas são elevações do epitélio com líquido no seu interior. No entanto, as vesículas medem até 0.3 cm e as bolhas são lesões únicas com mais do que 0.3 cm.

5.2.1. Infecção pelo vírus Herpes Simples

São lesões vesiculares que acometem a mucosa ceratinizada e podem romper-se, originando pequenas ulcerações. (Figura 17) O paciente refere grande desconforto. O tratamento é o de suporte, com exceção em pacientes imunodeprimidos nos quais são indicados os fármacos antivirais.



Figura 17: Pequenas ulcerações em palato duro que inicialmente eram vesículas. Paciente relata grande desconforto à mastigação.

Os casos brandos envolvem em 5 a 7 dias. Ou seja, caso seja encaminhado ao estomatologista, possivelmente o paciente não apresentará mais as lesões no momento da consulta.

5.2.2. Mucoccele

Lesão bolhosa que caracteriza-se por uma cavidade contendo muco de etiologia traumática. Geralmente acomete a mucosa interna do lábio inferior. (Figura 18) As opções de tratamento são a biópsia excisional ou a marsupialização.



Figura 18: Mucoccele que surgiu após morder o lábio inferior. Apresenta consistência amolecida. Conduta: Biópsia excisional

5.2.3. Hemangioma

São lesões bolhosas de coloração arroxeadada (Figura 19) caracterizadas pela proliferação de vasos sanguíneos. O diagnóstico clínico é auxiliado pela diascopia – isquemia pela compressão com uma lâmina de vidro. O tratamento é a remoção cirúrgica ou escleroterapia. (Figura 20)

O tratamento cirúrgico dessas lesões geralmente é contra-indicado, devido ao risco de sangramento importante. Uma alternativa de tratamento pode ser a escleroterapia (injeção intra-lesional de um agente esclerosante), estando indicada em pacientes com queixa estética ou risco de sangramento em lesões sujeitas ao trauma local recorrente.



Figura 19 e 20: Hemangioma. Lesão bolhosa em dorso de língua de coloração arroxeadada. Resolução após escleroterapia.

5.3. Máculas ou manchas

Alteração de cor sem que haja elevação ou depressão tecidual. A mácula mede até 0.5 cm e a mancha apresenta mais de 0.5 cm.

5.3.1. Candidíase Eritematosa

Mancha avermelhada ocasionada pela *Candida albicans*, geralmente na área chapeável da prótese total superior (Figura 21). Pode ocasionar sensação de ardência. O diagnóstico é clínico e o tratamento com fármacos antifúngicos.



*Figura 21: Candidíase eritematosa.
Mancha avermelhada em palato duro.
Sem necessidade de biópsia.*

5.3.2. Tatuagem por amálgama

Na maioria das vezes, apresenta-se como mácula azulada em rebordo alveolar ou em ápice de dentes que foram submetidos à apicectomia. Diagnóstico é concluído através de exame radiográfico no qual observam-se pontos radiopacos compatíveis com a deposição de amálgama.



Figura 22. Tatuagem de amálgama em rebordo alveolar inferior de coloração azulada.(seta)

5.4. Lesões ulceradas

Caracteriza-se pela perda da continuidade do epitélio com exposição do tecido conjuntivo.

5.4.1. Úlceras Traumáticas

Já foram previamente descritas como exemplo na diferenciação entre lesão inflamatória e neoplásica maligna.

5.4.2. Carcinoma Espinocelular

Já foram previamente descritas como exemplo na diferenciação entre lesão inflamatória e neoplásica maligna. Conduta: sempre biópsia incisional, evitando a área ulcerada do centro da lesão. No entanto, pela importância do seu diagnóstico precoce, seguem mais fotos clínicas.



*Figura 23: Carcinomas espinocelulares.
Lesões ulceradas de em lábio inferior,
região retromolar lado esquerdo e palato
mole lado direito*



5.5. Nodulares submucosas

Para finalizarmos esta parte de lesões de tecido mole, seguem casos de patologias nodulares submucosas que aparecem com frequência no cotidiano do cirurgião-dentista. A ultrassonografia é um exame complementar de baixo custo que não utiliza radiação ionizante que pode ser solicitado nestas patologias. (Figura 24 e 25) A imagem por ressonância magnética (IRM) é um exame de alta sensibilidade para tecidos moles, porém de alto custo.

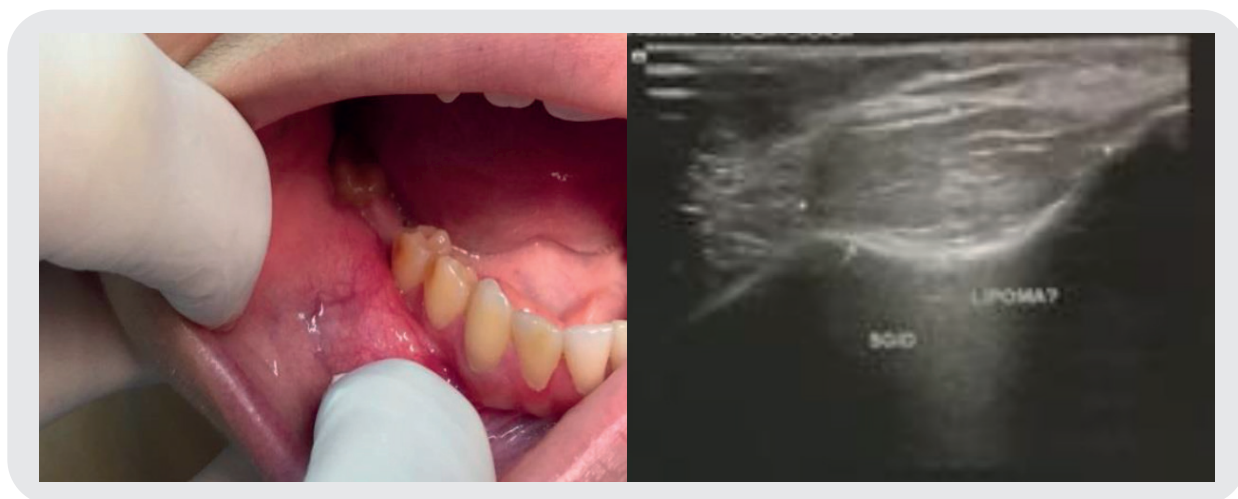


Figura 24: Nódulo submucoso em fundo de sulco lado direito. Ultrassonografia sugeriu lipoma. E o diagnóstico imaginológico foi confirmado com o anatomopatológico.

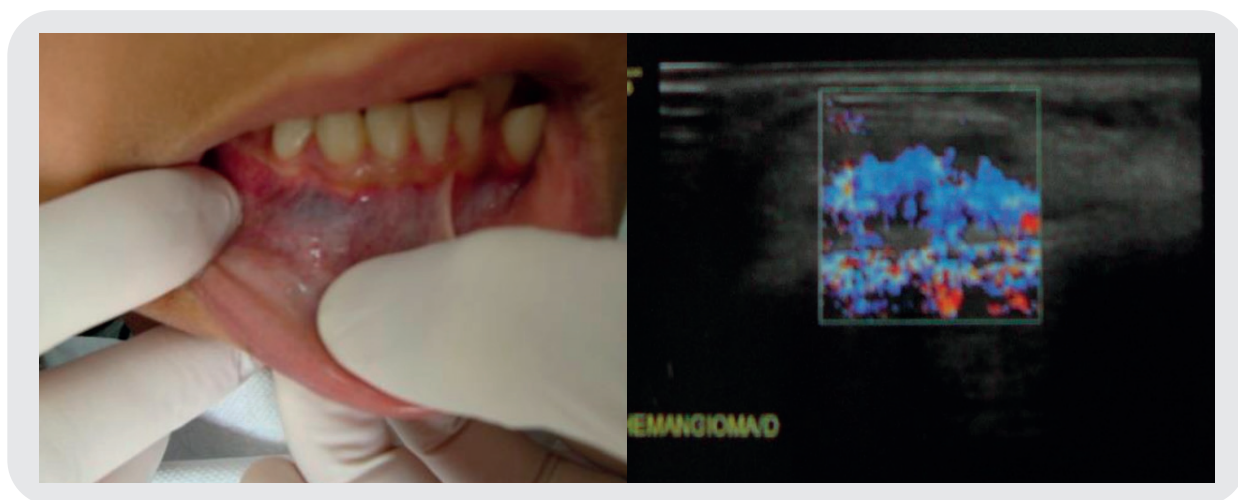


Figura 25: Nódulo submucoso em fundo de sulco lado direito. Ultrassonografia sugeriu lipoma. E o diagnóstico imaginológico foi confirmado com o anatomopatológico.

Aos cirurgiões-dentistas que não se consideram, até o momento, aptos a diagnosticar e/ou tratar as lesões bucais, seguem algumas condutas que podem ser adotadas prévias ao encaminhamento ao estomatologista, a fim de agilizar o processo de diagnóstico e tratamento.

Na suspeita de:

Hiperplasia Inflamatória:

- Eliminar possível agente traumático.
- Ajustar ou não usar a prótese removível
- Restaurar dentes ou restaurações fraturados.

Grauloma piogênico

- Profilaxia, raspagem sub e/ou supragengival
- Prescrição de digluconato de clorexidina a 0,12%, quando estiverem associados a acúmulo de biofilme.
- Poderá ser feita a irrigação direta da lesão com soluções antissépticas.

Leucoplasia/eritroleucoplasia

- Eliminar possível infecção por *Candida albicans* concomitante à lesão.
- Nistatina 100.000UI/ml, suspensão oral. Bochechar, 10 ml, 3-4x ao dia, por 15 dias.

Úlcera traumática

- Remoção da possível causa e controle em 15 dias.
- Controle farmacológico da sintomatologia

Lesões Nodulares Submucosas

- Solicitação de ultrassonografia com doppler ou IRM ponderação T2.

Diagrama 3: Principais condutas frente à lesões nodulares submucosas

Em todos os casos, considerando a possibilidade de realização de biópsia excisional ou incisional, aferir pressão arterial e solicitar exames laboratoriais pré-operatórios:

- Hemograma completo com contagem de plaquetas
- Glicemia/Hemoglobina glicosilada
- Tempo de Protombina
- Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada

Se o paciente apresentar outras alterações sistêmicas, já solicitar avaliação do médico responsável para a realização de biópsia em cavidade bucal em âmbito ambulatorial sob anestesia local.

6. Lesões intraósseas

São lesões menos comuns que as de tecido mole e dentre as intraósseas há o predomínio das lesões císticas em relação às tumorais benignas ou malignas. No aspecto radiográfico, prevalecem as radiolúcidas uniloculares. Muitas lesões são assintomáticas e, portanto, diagnosticadas nos exames imaginológicos de rotina. Para o diagnóstico, a maioria das lesões intraósseas de origem não inflamatória irão necessitar de biópsia. Logo, ao encaminhar o paciente já solicitar os exames pré-operatórios e exames de imagem. Atualmente, tem se optado pela tomografia computadorizada de feixe cônico.

Assim como nas patologias de tecido mole, não pretendemos abranger todas as lesões intraósseas. Descreveremos as patologias mais frequentes do cotidiano do cirurgião-dentista, bem como os exames complementares - laboratoriais e imaginológicos, que podem ser solicitados no momento do encaminhamento ao colega especialista.

Porém, antes de iniciarmos as lesões intraósseas mais prevalentes, segue uma breve distinção das características imaginológicas entre as lesões intraósseas benignas e malignas. Isto irá nortear a urgência ou não do encaminhamento ao colega especialista.

Para exemplificar, seguem duas imagens: à esquerda de uma lesão benigna (Figura 26) e à direita de uma neoplasia maligna. (Figura 27)



Figura 26. Exame tomográfico de lesão unilocular, radiolúcida, bem delimitada, assintomática. Diagnóstico: ceratocisto odontogênico.



Figura 27. Exame radiográfico de lesão unilocular, radiolúcida, mal definida (aspecto de "roído de traça"), ocasionando parestesia do dentário inferior. . Diagnóstico: Envolvimento ósseo de um

Sendo assim, lesões com as características apresentadas da neoplasia acima e à direita necessitam de urgência no seu diagnóstico e tratamento.

6.1. Cisto Inflamatório/Abscesso Crônico

São as patologias intraósseas mais comuns e estão relacionadas com dente não vital. O tratamento consiste em tratamento endodôntico e/ou enucleação cirúrgica. Geralmente, não são motivos de encaminhamento ao especialista.

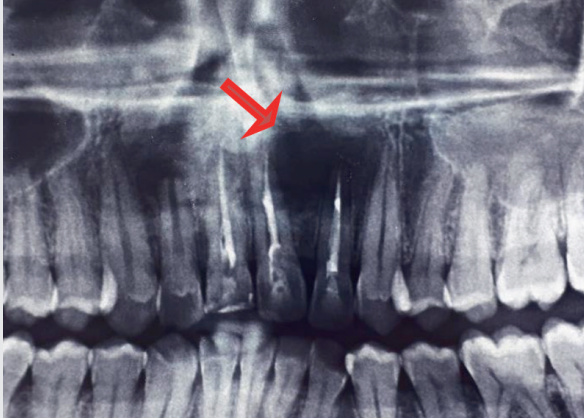


Figura 28. Cisto periapical inflamatório, unilocular, radiolúcido, relacionado aos dentes 21 e 22 que persistiu mesmo após tratamento endodôntico. Paciente com histórico de trauma.

6.2. Cisto Dentígero

Relacionado à coroa de um dente incluído geralmente o terceiro molar inferior e canino superior. Pode ser sintomático se infectado secundariamente. O tratamento consiste na exodontia e/ou enucleação da lesão.

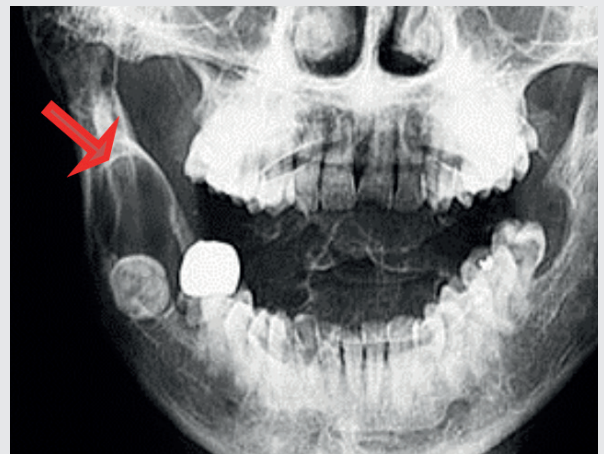
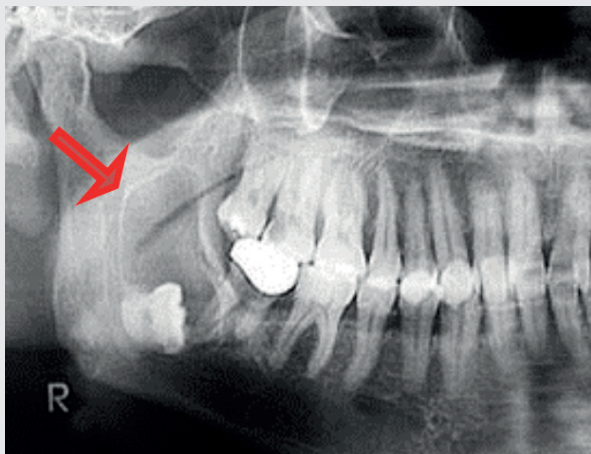


*Figura 29. Exame radiográfico de lesão unilocular, radiolúcida, associada ao terceiro molar inferior.
Diagnóstico: Cisto dentígero*

6.3. Ceratocisto Odontogênico

Geralmente diagnosticado em exame de rotina ou quando infectado secundariamente, já que não ocasiona expansão da cortical vestibular e lingual/palatina. É um cisto recidivante, se não tratado de forma adequada. Ocorre na maioria dos casos em corpo e ramo ascendente de mandíbula. Radiolúcido, podendo ser uni ou multilocular.

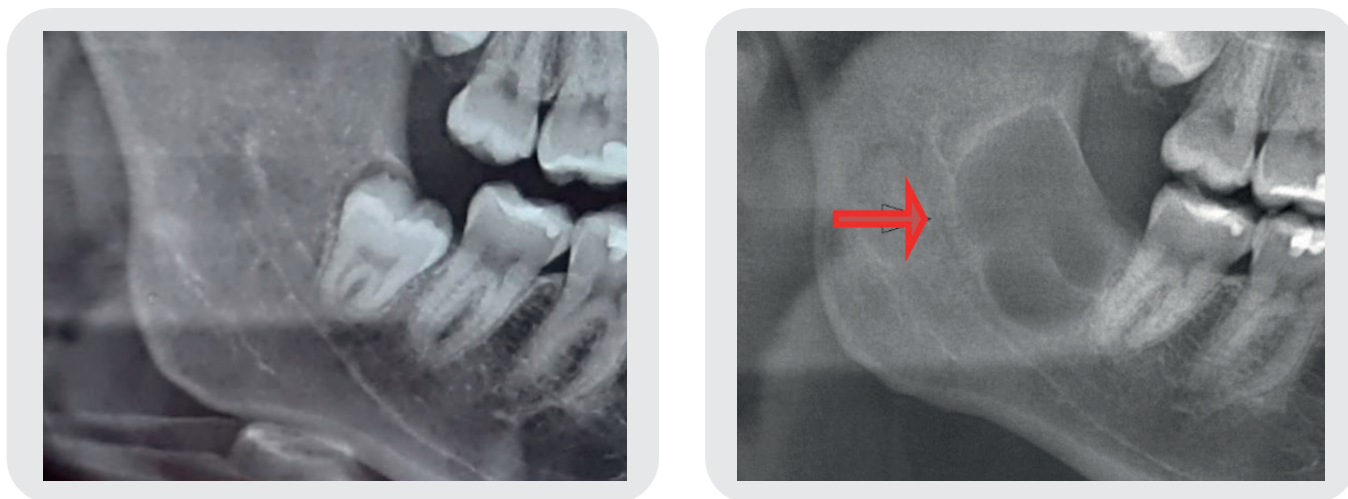


Figura 30. Exame radiográfico pré operatório (à esquerda) e dois anos pós exodontia do 48 (à direita). Paciente retornou com dor e drenando supuração na região do terceiro molar inferior. Extensa lesão unilocular, radiolúcida, em ramo ascendente de mandíbula. Diagnóstico definitivo: Ceratocisto odontogênico.

6.4. Odontoma

É o tumor mais comum de aspecto misto (radiolúcido e radiopaco), associado a um aumento de volume e/ou não erupção dentária. Uma das únicas lesões intraósseas o qual o aspecto radiográfico é suficiente para o diagnóstico definitivo. (Figura 31) O tratamento consiste na remoção cirúrgica.

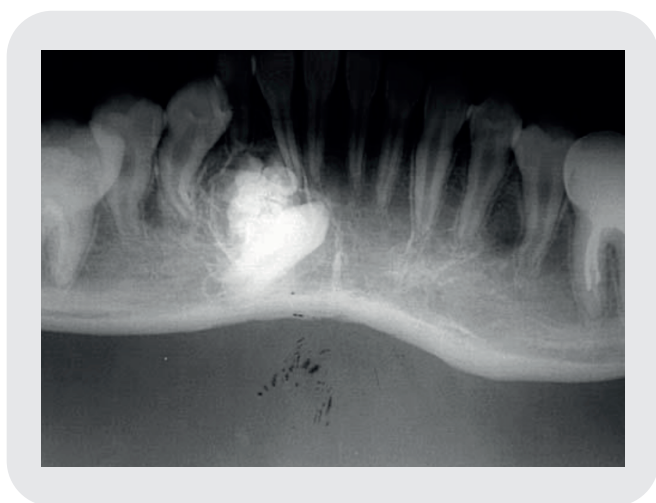


Figura 31 . Lesão mista, impedindo a erupção do canino inferior direito compatível com odontoma.

Por fim, ao encaminhar um paciente com patologia óssea, solicitar:

Exames Laboratoriais pré-operatórios

Hemograma completo com contagem de plaquetas

Glicemia/Hemoglobina glicosilada

Tempo de Protombina - TP

Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada - TTPA

Exames de imagem

Radiografias: a incidência irá depender da localização e tamanho da lesão. A mais solicitada é a panorâmica.

Tomografia Computadorizada (TC)/ TC de feixe cônico

Caso o paciente apresentar outras alterações sistêmicas, já solicitar avaliação do médico responsável para a realização do procedimento cirúrgico.

Diagrama 4: Exames complementares que auxiliam no diagnóstico das patologias ósseas.

7. Considerações Finais

A identificação das patologias que necessitem o encaminhamento urgente ao especialista faz-se necessário principalmente no sistema público, considerando a grande demanda de pacientes direcionados ao estomatologista para o baixo número de profissionais para o atendimento;

Este manual objetivou expor condutas que podem ser adotadas pelo C.D antes do encaminhamento ao estomatologista. No entanto, estimulamos o aperfeiçoamento dos colegas C.D para a resolatividade dos casos de lesões bucais, direcionando ao colega especialista somente as patologias de difícil diagnóstico e/ou tratamento.

O CÂNCER DE BOCA
É UMA DOENÇA SILENCIOSA
PREVINA-SE

CAMPANHA

MAIO
2023
VERMELHO

MÊS DA PREVENÇÃO
AO CÂNCER DE BOCA