



## Protocolo de Atenção à Saúde

# Estomatologia

### Área(s): Odontologia

Portaria SES-DF Nº 342 de 28 de junho de 2017, publicada no DODF Nº 124 de 30 de junho de 2017.

## 1- Metodologia de Busca da Literatura

### 1.1 Bases de dados consultadas

Medline/Pubmed, Scielo, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolos da SES/DF.

### 1.2 Palavra(s) chaves(s)

Câncer bucal, diagnóstico precoce, neoplasias bucais, carcinoma de células escamosas, prognóstico, consumo de álcool, tabagismo.

### 1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 2002 a 2015, totalizando 31 textos.

## 2- Introdução

A Estomatologia é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças da boca e estruturas anexas, manifestações bucais de doenças sistêmicas, bem como prevenção de doenças sistêmicas que possam interferir no tratamento odontológico. O Estomatologista é o profissional formado em Odontologia, especializado em Estomatologia<sup>30</sup>.

São diversas estruturas que compõem a boca e as doenças que podem acometê-las são inúmeras. Este profissional está capacitado para detectar o câncer de boca em estágio inicial, bem como acompanhar pacientes em tratamentos oncológicos minimizando os efeitos

adversos do tratamento radioterápico e quimioterápico. Além disso, o Estomatologista também diagnostica e trata doenças bucais de origens viral, bacteriana, fúngica, imunológica e, muitas vezes é capaz também de fazer o diagnóstico de doenças sistêmicas, doenças sexualmente transmissíveis e doenças dermatológicas que possuem manifestação bucal. Diferentemente do que se pensa, o Estomatologista, apesar de sua formação em Odontologia, não trata de dentes apenas<sup>30</sup>.

Um dos pilares da Estomatologia é o diagnóstico bucal e é através da anamnese que se inicia esse processo. O clínico geral normalmente não reconhece a importância da anamnese no exame clínico. Um profissional experiente sabe que um grande número de diagnósticos se faz ainda antes do exame físico, apenas com a coleta dos sintomas e outros dados<sup>29</sup>. Todo paciente admitido para avaliação estomatológica deve ser submetido à estratégia rigorosa de anamnese e exame clínico<sup>28</sup>. Um modelo sugerido de ficha clínica simplificada está presente no anexo III.

#### AGRAVOS:

As lesões fundamentais são alterações morfológicas, que ocorrem na mucosa bucal, e assumem características próprias, individualizadas e padronizadas, a partir das quais, juntamente com os outros dados clínicos, pode-se identificar uma patologia<sup>29</sup>. São elas:

- Mancha ou mácula – são alterações da coloração normal da mucosa bucal, sem que ocorra elevação ou depressão tecidual<sup>29</sup>.

- Placa – é uma ligeira elevação, mais extensa do que alta (espessa), bem delimitada, consistente à palpação, que pode apresentar superfície lisa, rugosa, papulosa, ondulada, de aspecto couráceo, ou uma combinação de todas principalmente quando secada com gaze ou jato de ar. Seu diagnóstico deve ser cuidadoso, pois em forma de placa podem apresentar-se patologias inócuas e lesões cancerizáveis<sup>29</sup>.

- Erosão – representa a perda (solução de continuidade) parcial do epitélio sem exposição do tecido conjuntivo subjacente<sup>29</sup>.

- Úlcera – representa perda (solução de continuidade) total do epitélio com exposição do conjuntivo subjacente<sup>29</sup>.

- Vesícula – são elevações circunscritas, contendo líquido no seu interior e não ultrapassando 3 mm no seu maior diâmetro<sup>29</sup>.

- Bolha – são elevações circunscritas, contendo líquido no seu interior com diâmetro maior que 3 mm<sup>29</sup>.

- Pápula – são elevações superficiais circunscritas, menores que 3 mm e de conteúdo sólido.

- Nódulo – são lesões sólidas, circunscritas, de localização superficial ou profunda, formadas por tecido epitelial, conjuntivo ou misto, maior que 3 mm, que em geral estão situadas profundamente e envolvem a submucosa<sup>29</sup>.

A incidência do câncer bucal no Brasil é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os 6 tipos de câncer mais comuns que acometem o sexo masculino e entre 8 mais comuns que atingem o sexo feminino. Pode ser considerado o câncer mais comum da região de cabeça e pescoço, excluindo-se o câncer de pele <sup>3,5,6</sup>.

Dentre os fatores de risco considerados importantes para o desenvolvimento do câncer de boca, cita-se: tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, agentes biológicos como HPV (Papiloma Vírus Humano), imunossupressão e pouca higiene oral<sup>3,8,9</sup>.

O câncer de cabeça e pescoço são, na sua maioria, neoplasias malignas que se iniciam no epitélio de revestimento da boca por multiplicação celular desordenada que acomete as vias aerodigestivas superiores. Os tipos mais comuns são o carcinoma espinocelular (CEC), carcinoma epidermóide e o carcinoma escamocelular que correspondem de 90% a 95% dos casos de câncer de boca<sup>3</sup>.

Sendo a boca uma área de fácil acesso para o paciente, médicos e cirurgiões-dentistas, considera-se que qualquer alteração nessa região possa ser de fácil percepção, o que deveria resultar em diagnóstico precoce de qualquer lesão em estágio inicial, por meio do auxílio de biópsias e exames histopatológicos, entretanto, o diagnóstico do câncer bucal ocorre de forma tardia quando a lesão já se encontra em estágios avançados<sup>4</sup>. Quanto ao diagnóstico precoce, é indispensável um exame clínico e físico como a palpação da cadeia ganglionar do paciente, uma vez que é por ela que se inicia disseminação de metástases, por via linfática, independentemente dos linfonodos estarem palpáveis ou não<sup>4</sup>.

Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, estabelece que todo Centro de Especialidade Odontológica deve realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal<sup>1</sup>.

A avaliação estomatológica nos Centros Especializados não deve invalidar os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas Unidades Básicas de Saúde<sup>1</sup>.

Diante do exposto, sugere-se que mais ações de promoção de saúde devam ser elaboradas no sentido de minimizar os fatores etiológicos, além de buscar melhorar as condições sociais e demográficas, garantindo assim maior qualidade de vida à população brasileira<sup>3</sup>.

### **3- Justificativa**

O objetivo deste protocolo é orientar e padronizar as ações dos profissionais de saúde, otimizando o atendimento nos centros de referência – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Hospitais Regionais da SES/DF para aqueles procedimentos não realizados e indicados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O presente protocolo justifica-se também devido a importância do diagnóstico precoce de lesões suspeitas uma vez que a grande maioria das lesões quando são diagnosticadas já se apresentam em estágio avançado<sup>3</sup>.

#### **4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

- B41- Paracoccidioidomicose,
- B.37 – Candidíase,
- B97.7 Papilomavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos,
- C43.0 – Melanoma maligno do lábio,
- C43.0 – Melanoma maligno de outras partes e partes não especificadas da face,
- D00.0 – Carcinoma in situ dos lábios, cavidade oral e faringe,
- D03.0 – Melanoma in situ do lábio,
- D03.3 – Melanoma in situ de outras partes, e de partes não especificadas da face,
- D04.0 – Carcinoma in situ da pele do lábio,
- D05.7 – Outros carcinomas in situ,
- D09.7 – Carcinoma in situ de outras localizações especificadas,
- D18 – Hemangioma e linfangioma de qualquer localização,
- D22.0 – Nevo melanocítico do lábio,
- D22.9 - Nevo melanocítico não especificado,
- K09.0 – Cistos odontogênicos de desenvolvimento,
- K09.2 – Outros cistos da mandíbula,
- K09.9 – Cistos da região oral, sem outras especificações
- K11.5 - Sialolitíase,
- K11.6 – Mucocele de glândula salivar,
- K12.0 – Aftas bucais recidivantes,
- K13.0 - Doenças dos lábios,
- K13.1 – Mordedura da mucosa das bochechas e dos lábios,
- K13.2 - Leucoplasia e outras afecções do epitélio oral, inclusive da língua,
- K13.3 – Leucoplasia pilosa,
- K13.4 – Lesões granulomatosas e granulomatóides da mucosa oral,
- K13.5 – Fibrose oral submucosa,
- K13.6 – Hiperplasia irritativa da mucosa oral,
- K13.7 – Outras lesões e as não especificadas da mucosa oral,
- L10 – Pênfigo,
- L12 – Penfigóide,
- L43 – Líquen plano,

- L43.0 – Líquen plano hipertrófico,
- L43.1 – Líquen plano bolhoso,
- L43.3 – Líquen plano subagudo (ativo),
- L43.8 – Outras formas de Líquen plano,
- L49.9 – Líquen plano, não especificado,
- L57.0 – Ceratose actínica,
- L98.0 Granuloma piogênico,
- M87.1 – Osteonecrose devido a drogas,
- M87.8 – Outras osteonecroses.

## 5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico é realizado pelo cirurgião dentista e é eminentemente clínico por meio de exame físico intra e extra-oral. Quando existe a necessidade de exame radiográfico, o usuário deve comparecer as unidades radiológicas da rede portando ficha solicitação de exame (anexo I) para marcação de consulta e exame.

<b>Lesões Potencialmente Malignas</b>
Leucoplasia
Líquen Plano
Ceratose actínica
Estomatite Nicotínica
Melanoma
Nevo
Eritroplasia
Eritroleucoplasia

- Leucoplasia – aspecto clínico pode variar de homogêneo a mosqueado em forma de placas ou manchas esbranquiçadas irremovíveis por raspagem, indolor. Locais de maior acometimento são: bordas e face ventral da língua, assoalho da boca e mucosa jugal. A leucoplasia mosqueada pode apresentar ainda erosões em sua superfície e tem potencial de malignização<sup>11</sup>.

- Líquen Plano – as lesões bucais manifestam-se de maneira bilateral ou múltiplas, estriadas, com placas esbranquiçadas, ocasionalmente erosadas. Aspecto “rendilhado” (estrias de Wickham) podendo ser dolorosas ou não. Baixo poder de malignização<sup>11</sup>. Outras formas de líquen plano podem ser vistas no quadro abaixo:

<b>Tipo de lesão oral (Líquen plano)</b>	<b>Aspecto clínico</b>	<b>Localização</b>
Reticular	Rendilhado fino, com formação de estrias brancas (Wickham). Indolor	Mucosa jugal, língua, gengiva e lábios
Em placa	Lesão branca (tipo leucoplasia). Indolor.	Dorso de língua
Atrófica	Gengivite descamativa. Pode estar associada à forma reticular ou erosiva	Gengiva
Erosiva	Eritematosa ou ulcerada, limites precisos e bordas irregulares, cercada por periferia queratótica. Dolorosa	Mucosa jugal, gengiva e dorso de língua
Bolhosa	Forma rara, lesões de tamanhos variáveis. As bolhas rompem-se e deixam leito ulcerado, doloroso. Associa-se com a forma erosiva	Semelhante à forma erosiva

Fonte: Medicinanet

• Candidíase – apresenta diversas formas. A do tipo pseudomesmbranosa, mais comum, apresenta-se como áreas brancas espessadas que, quando removidas, permitem a exposição da mucosa subjacente, hiperemiada. Fatores predisponentes locais como higiene oral precária, prótese dentária, e sistêmicos como diabetes, gravidez, neoplasia disseminada, corticoterapia, radioterapia, quimioterapia, imunodepressão (incluindo HIV), antibioticoterapia, podem levar à quebra da barreira epitelial. Normalmente, atinge os extremos da faixa etária (crianças e idosos)<sup>12</sup>. As outras formas estão descritas no quadro abaixo:

<b>Tipo de lesão</b>	<b>Aspectos clínicos</b>	<b>Fatores associados</b>
Pseudomembranosa	Placas brancas e aderentes sobre a mucosa, destacáveis, deixando leito sangrante. Ocorrem principalmente em mucosa jugal, orofaringe e porção lateral do dorso da língua. Raramente dolorosa	Todos os citados
Atrófica aguda	Eritema local ou difuso, doloroso. Áreas de despilação e desqueratinização em dorso da língua, deixando-a dolorosa, edemaciada e eritematosa	Antibioticoterapia
Atrófica crônica	Eritema difuso com superfície aveludada, associada à forma pseudomembranosa ou como queilite angular	Acomete 65% da população geriátrica com prótese dentária
Hiperplásica	Infecção crônica, aspecto leucoplásico, não destacável em mucosa jugal, palato e língua	Não apresenta fatores associados

Fonte: Medicinanet

• Ceratose actínica – apresenta-se como placas esbranquiçadas que envolvem o vermelhão do lábio inferior principalmente de indivíduos de pele clara. Elevado potencial de malignização.

- Estomatite Nicotínica – relacionada ao cigarro e com o calor dos produtos do fumo. A mucosa palatina torna-se difusamente cinza ou branca com pápulas levemente elevadas com centro eritematoso umbilicadas em palato duro que se referem à inflamação de glândulas salivares menores. São benignas e acometem mais homens de meia idade, fumantes crônicos<sup>14</sup>.

- Gengivoestomatite Herpética - mais comumente observada em crianças na faixa de 1 a 5 anos de idade, tem sido observado também em adolescentes e adultos jovens. Clinicamente, as lesões orais da fase aguda iniciam-se como numerosas vesículas com 1 a 2 mm, que rapidamente se rompem formando pequenas ulcerações. Tais ulcerações aumentam de tamanho e podem coalescer formando grandes úlceras rasas, extremamente dolorosas, recobertas por uma membrana amarelada de fibrina e que curam espontaneamente entre 7 e 14 dias, sem deixar cicatriz. Todas as mucosas podem ser atingidas, assim como lábio e região perioral, sendo o número de lesões bem variado. O envolvimento gengival é marcante em todos os casos. A gengiva torna-se edemaciada, dolorosa e eritematosa, podendo apresentar zonas erosivas puntiformes ao longo da margem gengival<sup>12</sup>.

- Melanoma – apesar de ser uma neoplasia muito rara na boca, o melanoma é considerado de grande importância pela sua alta malignidade e mortalidade. Apresenta-se como mancha isolada, acastanhada, azul-acinzentada ou negra, localizada nos rebordos alveolares, palato ou gengiva<sup>13</sup>.

- Nevo – aparecem como lesões planas ou elevadas, pigmentadas (de cor marrom, cinza, azul ou preto) ou não, e que apresentam potencial de malignização. Quando encontrados na boca, os locais de preferência são a orofaringe, o palato e a mucosa jugal<sup>11</sup>.

- Papiloma – é uma lesão única, de pequenas dimensões, pediculada, em alguns casos sésseis, de superfície com aspecto papilífero e coloração esbranquiçada, situando-se principalmente na língua, palato duro e mole<sup>14</sup>.

- Fibroma – é uma lesão bastante frequente na mucosa bucal, sendo raros os casos considerados como verdadeira neoplasia benigna do tecido conjuntivo, pois a grande maioria dos autores as considera de origem traumática (fibroma de irritação). Apresentam-se como lesões papulares ou nodulares, de superfície lisa, recoberta por mucosa de coloração normal ou esbranquiçada, tem consistência fibrosa à palpação e assintomática ao toque. Situam-se principalmente nas mucosas jugal, labial e palato<sup>14</sup>.

- Granuloma Periférico de Células Gigantes – É uma lesão reacional a um trauma, gengiva, de coloração vermelho-escura, de base sésseis ou pediculada. Pode apresentar diferentes dimensões e causar o deslocamento dos dentes adjacentes. Radiografias periapicais podem mostrar discreta reabsorção da crista alveolar em forma de taça, especialmente em áreas desdentadas. Sua localização é variada, com maior predileção pela mandíbula<sup>14</sup>.

- Hemangioma Bucal - é uma neoplasia benigna de vasos sanguíneos. Geralmente apresentam aumento de volume e podem ocorrer em variadas dimensões e localizando-se em diversas regiões da mucosa bucal, preferencialmente na língua, lábios e mucosa jugal. A coloração varia do vermelho vivo ao azulado e a consistência é mole à palpação, sendo assintomáticos ao toque. O diagnóstico é clínico utilizando-se a manobra de vitropressão.

- Pênfigo - O pênfigo vulgar é uma doença auto-imune, vesículo-bolhosa, crônica e grave, que acomete pele e mucosa. Tais lesões podem afetar virtualmente qualquer local da boca, embora o palato, a mucosa labial, o ventre lingual e a gengiva sejam envolvidos com maior frequência.

- Pênfigóide - é uma doença muco-cutânea inflamatória auto-imune rara. Afeta a mucosa oral em 90% dos casos, com o desenvolvimento de bolhas e vesículas que se rompem, produzindo áreas ulceradas<sup>16</sup>.

- Paracoccidiodomicose – Manifesta-se como lesão ulcerada rasa, de bordos planos, apresentando um fundo granuloso, entremeado por pontos distintos hemorrágicos e podendo atingir em fase avançada, muitas partes da mucosa bucal. Apresenta, concomitantemente às lesões bucais, lesões pulmonares<sup>11</sup>.

- Queilite angular – é um processo inflamatório localizado no ângulo da boca uni ou bilateral, caracterizado por discreto edema, descamação, erosão e fissuras, que podem ulcerar, mas sem tendência para sangrar, embora possa formar-se uma crosta exsudativa superficial. Há relatos de secura e sensação de ardência nos cantos da boca<sup>17</sup>.

- Ulceração aftosa recorrente (UAR) – é uma condição caracterizada pelo desenvolvimento periódico de úlceras solitárias ou múltiplas e dolorosas na mucosa oral, de etiologia ainda não muito bem esclarecida e bastante incômoda para o paciente<sup>18</sup>.

- Mucocele - É uma bolha cristalina, transparente e seu conteúdo é salivar, que acomete a mucosa labial geralmente devido a traumas locais, como por exemplo morder os lábios<sup>14</sup>. O lábio inferior é o local de maior acometimento de mucocele.

- Rânula – uma obstrução do ducto de saída da glândula salivar sub-mandíbula no caso da rânula, geralmente pela ocorrência de um trauma ou presença de um sialolito, dando origem a um acúmulo de secreção salivar grossa e viscosa nos tecidos. Clinicamente aparece bolha no assoalho bucal, cheia de um muco claro ou cinza-azulado, podendo romper-se<sup>14</sup>.

- Granuloma Piogênico – é um aumento de tecido em resposta a uma reação inflamatória local. Ocorre principalmente na gengiva, mas pode ocorrer em qualquer localização na boca, geralmente é único e aparece como um nódulo avermelhado ou róseo, sua superfície pode ser lisa ou apresentar-se ulcerada<sup>14</sup>.

- Hiperplasia Inflamatória por Prótese - uma lesão benigna causada sobretudo por próteses mal ajustadas. É mais encontrada no sulco gengivolabial e bucal e pode ulcerar, tornando-se muito dolorosa e desconfortável para o paciente<sup>11</sup>.



- Manchamento por Amálgama – também conhecida por tatuagem de amálgama, é um tipo de pigmentação exógena, facilmente reconhecida pelo dentista, geralmente localizada próxima a áreas onde foram realizadas restaurações em amálgama<sup>19</sup>.

- Tumor Odontogênico Ceratocístico (ceratocisto) - alta taxa de recorrência e mecanismo de crescimento diferenciado. Clinicamente essa lesão tem um caráter benigno, geralmente assintomática e apresenta sintomatologia dolorosa, quando atinge grandes extensões e tendência a envolver a região posterior e ramo ascendente da mandíbula, geralmente associado a um dente incluso<sup>20</sup>.

- Cisto Dentígero – é o segundo cisto odontogênico mais frequente nos maxilares. Os terceiros molares inferiores e os caninos superiores são os dentes mais acometidos, sendo também alta a ocorrência desta lesão em dentes supranumerários e associados a odontomas. O cisto dentígero ocorre principalmente nas três primeiras décadas de vida, tendo um crescimento lento e assintomático; pode atingir dimensões consideráveis, causando deformidade facial, impactação e deslocamento de dentes e/ou estruturas adjacentes<sup>21</sup>.

- Sialolitíase (cálculo salivar) - alteração que acomete as glândulas salivares, representada pela obstrução da glândula ou de seu ducto excretor devido à formação de um sialolito, resultando na diminuição do fluxo salivar. A glândula submandibular é a mais acometida, seguida da glândula parótida e sublingual<sup>22</sup>.

- Síndrome da Ardência Bucal – é a sensação de ardência na boca e na língua sem a ocorrência de lesão que a justifique. A queixa é de queimação ou ardência em terço anterior da língua, lábios, porção anterior dos rebordos e ou palato anterior, com distribuição simétrica, dificuldade em se delimitar com precisão a área afetada. Pode apresentar vários meses de duração sem grande variação na intensidade da sintomatologia<sup>14</sup>.

- Síndrome de Sjogren - é uma doença autoimune que afeta as glândulas produtoras de lágrimas e saliva, causando olho e boca seca. No meio ambiente oral, ela provoca uma série de alterações dentre as quais se sobressai a xerostomia.

- Odontoma – são tumores odontogênicos, mais frequentes na infância e adolescência, com predileção pela maxila e que apresentam esmalte e a dentina na sua composição. São detectados durante o exame radiográfico de rotina e, na grande maioria das vezes, não causam dor ou parestesia.

- Glossite Migratória Benigna – também conhecida por língua geográfica. Clinicamente, é assintomática ou associada à dor em queimação quando em contato com comidas quentes e apimentadas. As lesões aparecem e desaparecem em regiões diferentes da língua e caracterizam-se por uma lesão atrófica com eritema central. As papilas estão ausentes nessas áreas, resultando em uma lesão lisa e não ulcerada. As bordas das lesões são mais elevadas<sup>14</sup>.

- Glossite Romboide Mediana – lesão atrófica, eritematosa, bem definida na linha mediana da parte posterior do dorso da língua. Perda das papilas linguais é uma característica importante da lesão<sup>14</sup>.

- Osteonecrose por bisfosfonato (BF) – os bfs alteram o mecanismo de reabsorção e remodelação óssea. O diagnóstico é primeiramente baseado na história e no exame clínico do paciente. Na maioria das vezes os pacientes apresentam exposição óssea necrótica<sup>27</sup>, com sintomatologia.

- Mácula Melanótica – é uma lesão que envolve lábios, gengiva, mucosa vestibular, palato duro e palato mole. É uma lesão plana, de coloração marrom, produzida pelo aumento local de deposição de melanina<sup>19</sup>.

- Eritroplasia – é o termo clínico usado para designar as placas de cor vermelho escuro, circunscritas, brilhantes, geralmente homogêneas, que não fazem parte do quadro clínico de alguma doença já diagnosticada no indivíduo. As placas eritroplásicas surgem em qualquer local da boca, mas são encontradas principalmente no soalho, no palato e nas bordas da língua e, são assintomáticas. Apresentam alto potencial de cancerização<sup>13</sup>.

- Eritroleucoplasia – eritroplasia associada a leucoplasia.

- Ameloblastoma – é um tumor benigno que apresenta um comportamento localmente agressivo, afetando comumente a mandíbula (maioria no ramo e corpo posterior da mandíbula) e menos frequentemente o osso maxilar. Pode atingir proporções variadas, de acordo com o tempo de evolução. O aspecto radiológico varia de lesões radiolúcidas uniloculares bem definidas que podem estar associadas a um dente incluso a lesões multiloculares, com septos internos e padrão em "favos de mel" ou "bolhas de sabão"<sup>14</sup>.

- Carcinoma Espinocelular (CEC) – mais de 90% dos cânceres de boca e garganta são carcinomas de células escamosas, também chamados de carcinomas espinocelulares ou ainda carcinomas epidermóides. Alguns só provocam sintomas quando atingem um estágio avançado ou então causam sintomas que parecem ser de outro problema, como dor de dente, por exemplo, e ferida na boca que não cicatriza (sintoma mais comum)<sup>25</sup>. Os locais anatômicos mais acometidos são assoalho de boca, a língua, lábio e área retromolar<sup>24</sup>.

- Lesão central de células gigantes - uma lesão acomete mais as mulheres, preferencialmente a mandíbula, de crescimento lento, de assintomático à agressiva, com dor, podendo causar perfuração cortical e reabsorção óssea, conduzindo, por vezes, a alterações assimétricas na face e deslocamentos dentários<sup>31</sup>.

- Lesões por HPV<sup>26</sup> :

- o *Papiloma Escamoso* – lesão firme, indolor e normalmente exofítica pediculada, com numerosas projeções semelhantes a “dedos” na superfície, que lhe dão uma aparência de “couve-flor” ou “verruga”. Os locais de predileção incluem a língua

(principalmente borda lateral) e o palato duro e mole, mas qualquer superfície de mucosa oral pode ser afetada.

o *Condiloma Acuminado* – é considerada uma doença sexualmente transmissível (DST). Inicia-se como uma formação de numerosas pápulas agrupadas, de coloração rósea, que crescem e coalescem. O resultado é um crescimento papilar (ou nodular) exofítico, com base larga, que pode ser ceratinizado ou não ceratinizado, firme, bem edemaciada e sésil de coloração rósea, com superfície verrucosa, indolor, podendo ser única ou múltipla. As lesões orais ocorrem geralmente, na mucosa labial, palato mole e freio da língua, mas podem ocorrer em quaisquer um dos tecidos moles da cavidade bucal.

o *Verruga Vulgar* - a infecção viral afeta inicialmente as mãos e os dedos de crianças e adultos jovens. As verrugas das regiões bucal e peribucal desenvolvem-se tipicamente na borda do vermelhão dos lábios, no palato e no terço anterior da língua. O envolvimento bucal geralmente resulta do contato direto com lesões nas mãos ou com as mãos servindo como vetor de lesões em outras partes do corpo.

o *Hiperplasia Epitelial Focal (Doença de Heck)* - é uma proliferação localizada e induzida por vírus no epitélio escamoso oral sendo produzida por subtipos do HPV. Os locais de maior envolvimento incluem as mucosas labial, jugal e lingual, mas lesões gengivais e tonsilares. Apresenta-se com pápulas e placas achatadas, com coloração igual mucosa normal, mas também podem ser pálidas ou raramente brancas. Ocasionalmente, as lesões mostram uma leve mudança na superfície papilar. As lesões individuais são pequenas (0,3 a 1 cm), discretas e bem demarcadas, mas frequentemente se encontram tão aglutinadas que toda a área fica com uma aparência pavimentada ou fissurada. As lesões são assintomáticas e sua secagem revela uma superfície finamente granular.

## **6- Critérios de Inclusão**

- As necessidades de avaliação estomatológica deverão ser encaminhadas com formulários específicos de referência e contra referência (Guia de Consulta nº 6600 – Anexo I), onde conste o motivo de encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou da lesão.

- Possuir cartão SUS.

- Encaminhar pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado ou seja desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais<sup>1</sup>.

- Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou enfartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade<sup>1</sup>, o que não exclui as outras faixas etárias de apresentarem lesões suspeitas.

- Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou mandíbula<sup>1</sup>.
- Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e enfartamento ganglionar<sup>1</sup>.
- Lesões ulceradas que não cicatrizam em até 21 dias sem fator causal.

*OBS 1: Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a presença de possíveis agentes causais locais, removendo-os quando possível e acompanhando a evolução antes do encaminhamento<sup>1</sup>.*

*OBS 2: O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização, ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) nos Centros de Especialidades Odontológicas não deve inviabilizar a realização destes procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde.*

## **7- Critérios de Exclusão**

- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento.

## **8- Conduta**

O tratamento do câncer bucal é guiado pelo estadiamento clínico da doença. As terapias de escolha consistem usualmente na excisão cirúrgica (com margem de segurança) e na radioterapia, sendo as mesmas utilizadas de forma isolada ou combinada. A indicação da quimioterapia para esse tipo de lesão costuma ser uma escolha paliativa, não objetivando a cura do paciente. Ela fica restrita a lesões extensas ou a casos em que o paciente não apresenta condições físicas para ser submetido a outro procedimento terapêutico<sup>10</sup>.

- Leucoplasia – remoção cirúrgica, porém estudos em andamento têm demonstrado que o emprego sistêmico ou local dos antioxidantes no tratamento da leucoplasia são promissores. O beta-caroteno, só ou em combinação com outros antioxidantes, como as vitaminas C e E, poderá reverter a leucoplasia, sem toxicidade, em períodos curtos de aplicação<sup>13</sup>.

- Líquen Plano – como não há tratamento curativo, o portador do líquen plano deve ser acompanhado por toda a sua vida<sup>13</sup>.
- Candidíase – a primeira escolha são os antifúngicos tópicos (bochechos com nistatina, por exemplo). Para lesões múltiplas ou amplas, como a candidíase atrófica crônica, torna-se mais cômodo para o paciente a aplicação na forma de bochecho. A terapia antifúngica sistêmica pode ser considerada para os pacientes imunossuprimidos e para os que não responderam ao tratamento tópico.
- Melanoma – em função da malignidade da lesão, deve-se encaminhar para atenção terciária - Hospital de Base do DF ( cirurgia cabeça-pescoço).
- Nevo – o tratamento é a remoção cirúrgica, com margem de segurança para evitar que uma lesão com tendência a malignização fique exposta aos traumas agudos e crônicos inerentes a mucosa da cavidade bucal<sup>14</sup>.
  - Papiloma – exérese cirúrgica da lesão.
  - Fibroma – exérese cirúrgica da lesão e eliminação dos fatores irritantes<sup>14</sup>.
  - Hemangioma - uso de monoetanolamina injetado na lesão e remoção cirúrgica.
- Pênfigo – o tratamento do pênfigo vulgar oral envolve ações locais e sistêmicas. A associação do corticóide tópico ao sistêmico demonstrou ser conduta terapêutica efetiva para o controle do pênfigo vulgar oral<sup>15</sup>.
  - Penfigóide - bochechos com betametazona, três vezes por dia, durante três meses<sup>16</sup>. Associar corticóide tópico ao sistêmico.
  - Granuloma Periférico de Células Gigantes – exérese da lesão com margem de segurança.
  - Paracoccidioidomicose – terapêutica antifúngica específica e acompanhamento periódico do paciente até apresentarem os sinais de cura.
  - Gengivoestomatite Herpética – o tratamento da gengivoestomatite herpética aguda baseia-se inicialmente em evitar infecções secundárias e hidratação do paciente. Colutórios bucais anestésicos podem ser úteis por diminuírem a dor do paciente durante as refeições. O aciclovir também tem sido utilizado<sup>12</sup>. Outra opção é a fototerapia com laser de baixa intensidade que atua acelerando o ciclo de evolução da lesão. Quando aplicada no início da fase podrômica, pode evitar o aparecimento de lesões ou ainda, se a fase podrômica já estiver no fim, acelera a erupção das vesículas<sup>32</sup>.
  - Ulceração Aftosa Recorrente - os agentes tópicos são o primeiro tratamento de escolha para a UAR, pois eles são efetivos e seguros. Os corticosteróides tópicos que têm demonstrado eficácia para UARs são a triancinolona, a fluocinonida e o clobetasol.

- Ceratose Actínica – Proteger do sol. Com a remoção do hábito, em torno de duas semanas, mucosa volta a sua normalidade. A biópsia é indicada dependendo da apresentação clínica da lesão.
- Queilite angular – correção dos fatores desencadeantes, manter a higiene e desinfecção adequadas de próteses dentárias, fontes potenciais de contaminação, com isso evitando-se também as recidivas<sup>17</sup>.
- Ulceração aftosa recorrente – tratamento com corticosteróides tópicos, analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais. Casos severos podem necessitar de corticosteróides sistêmicos<sup>14</sup>.
- Estomatite Nicotínica – afastar do agente causal (cigarro).
- Mucocele - remoção através de cirurgia. Devem ser removidas inclusive as glândulas salivares menores que circundam a mucocele, pois é frequente ocorrer recidiva<sup>14</sup>.
- Rânula – tratamento mais indicado é a marsupialização<sup>14</sup>.
- Granuloma Piogênico – remoção cirúrgica e afastamento dos agentes irritantes
- Hiperplasia Inflamatória por Prótese - as lesões pequenas podem regredir, quando a prótese é ajustada já as lesões maiores requerem, além do ajustamento da prótese, a ressecção cirúrgica<sup>11</sup>.
- Tatuagem por Amálgama – não há necessidade de tratamento, entretanto, se houver dúvida quanto ao diagnóstico, uma biópsia pode ser indicada<sup>19</sup>.
- Tumor Odontogênico Ceratocístico (ceratocisto) – enucleação seguida de curetagem cirúrgica<sup>20</sup>.
- Cisto Dentígero – a marsupialização e a enucleação são as técnicas clássicas para o tratamento do cisto dentígero. A modalidade de tratamento a ser escolhida irá depender das características clínico-radiográficas em questão<sup>21</sup>.
- Sialolitíase – o tratamento vai depender do tamanho e da localização do sialolito, podendo variar de estimulação da saliva até a remoção cirúrgica do sialolito com sua glândula envolvida<sup>22</sup>. O processo de inflamação deve ser tratado com medicação adequada (antibióticos e antiinflamatórios).
- Síndrome da Ardência Bucal – não existe tratamento específico que é individualizado, sintomático e de suporte com o uso de antidepressivos e ansiolíticos, apoio psicoterápico, acupuntura, homeopatia<sup>13</sup>.
- Síndrome de Sjogren - higiene oral rigorosa é importante para prevenir infecções bucais. Para alívio da xerostomia, a saliva artificial pode ser útil no alívio dos sintomas.
- Odontoma – excisão cirúrgica.

- Glossite Migratória Benigna (Língua geográfica) – necessidade de redução do estresse. Evitar comidas quentes e apimentadas nas áreas sensíveis.
- Glossite Romboidal Mediana – não há necessidade de tratamento. Nos casos com associação fúngica, fazer uso de nistatina tópica.
- Osteonecrose por bisfosfonato (BF) – minimizar a necessidade de procedimentos cirúrgicos. Os pacientes, nesses casos, devem ser muito bem orientados quanto aos cuidados necessários à manutenção da saúde bucal e quanto aos métodos de higienização, e devem ser avaliados clínica e radiograficamente, de preferência antes do início da terapêutica farmacológica. O tratamento odontológico que inclui restaurações, tratamento endodôntico ou procedimentos cirúrgicos deve ser realizado previamente ao início da terapia com BFs<sup>27</sup>.
- Mácula Melanótica – fazer a proervação. A remoção cirúrgica apenas se houve considerações estéticas.
- Eritroplasia – excisão cirúrgica.
- Eritroleucoplasia – excisão cirúrgica.
- Ameloblastoma – em relação ao tipo de tratamento, há correntes divergentes, embora alguns autores indiquem intervenção menos agressiva, como a curetagem e a enucleação. Outros estudos indicam a cirurgia radical, ressecção marginal, ressecção segmentar e a desarticulação, no caso de ameloblastomas mandibulares<sup>23</sup>.
- Carcinoma Espinocelular – cirurgia e radioterapia, sozinhas ou combinadas entre si ou com quimioterapia, dependendo do estágio do tumor<sup>25</sup>.
- Lesão central de células gigantes - o tratamento mais utilizado é a curetagem e, em pacientes com a forma mais agressiva, a remoção cirúrgica é realizada com margem de segurança, podendo acarretar na perda de dentes adjacentes e distúrbios na função do nervo alveolar inferior<sup>31</sup>.
- Lesões por HPV :
  - o *Papiloma Escamoso* – remoção cirúrgica com pequena margem de segurança.
  - o *Condiloma Acuminado* – normalmente tratados por excisão cirúrgica conservadora.
  - o *Verruga Vulgar* – indicada a excisão cirúrgica conservadora, porém podem ser removidas por crioterapia, eletrocirurgia ou mesmo ablação a laser.
  - o *Hiperplasia epitelial Focal (Doença de Heck)* - a regressão espontânea da hiperplasia epitelial focal tem sido noticiada após meses ou anos, sendo confirmada pela raridade da doença em adultos. A excisão cirúrgica conservadora pode ser feita para fins diagnósticos ou por razões estéticas<sup>26</sup>.

## **8.1 Conduta Preventiva**

Ações de saúde pública onde ensinem e estimulem os usuários a realizar o autoexame bucal (anexo II) para perceber qualquer alteração precoce na boca, por exemplo. Outras ações como antitabagismo, sobre a exposição solar prolongada e nociva, alimentação desregrada também são bem-vindas.

## **8.2 Tratamento Não Farmacológico**

O tratamento das lesões orais é individualizado e pode incluir tratamento tópico ou sistêmico, ou apenas controle dos fatores que fizeram aparecer as lesões<sup>14</sup>.

## **8.3 Tratamento Farmacológico**

### **8.3.1 Fármaco(s)**

- Aciclovir 200 mg (comprimidos) – nº DCB 00082
- Nistatina 100.000 UI/ml - suspensão oral – nº DCB 06410
- Etanolamina (oleato) – solução injetável, 50 mg – ampola 2 ml - nº DCB 06585

### **8.3.2 Esquema de Administração**

- Aciclovir 200 mg (comprimidos) - ministrado cinco vezes ao dia por 5 a 7 dias
- Nistatina 100.000 UI/ml - suspensão oral - bochechar 4 a 6 ml durante 1 minuto, 4 vezes ao dia, durante 2 semanas.
- Etanolamina (oleato) – solução injetável, 50 mg – ampola 2 ml – injetar nos casos de lesões bucais de hemangioma. Quantidade usada dependerá do tamanho da lesão.

OBS: Algumas doses e posologia do fármaco indicado podem variar de acordo com o caso clínico.

### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados em média 3 a 5 dias, já os antibióticos podem ser administrados em média de 07 a 10 dias ou até a remoção dos sinais e sintomas.

Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em reação à medicação prescrita, o paciente deve suspender seu uso e procurar a unidade de saúde de referência para consulta com o profissional.



## **9- Benefícios Esperados**

Dentre os benefícios deste protocolo objetiva-se o diagnóstico precoce das lesões com malignidade propiciando uma sobrevida maior principalmente àquelas descobertas em estágio mais avançado. Diminuir o número de atendimentos emergenciais e consequentemente as internações hospitalares de origem odontológica e também aumentar o número de ações preventivas para câncer bucal.

## **10- Monitorização**

O número de atendimentos é individual e depende do estado clínico bucal que o paciente apresenta no momento de iniciar o tratamento, e será definido pelo cirurgião-dentista que o assiste. Em média, o intervalo entre consultas varia de 1 semana.

## **11- Acompanhamento Pós-tratamento**

O acompanhamento ou retorno programado caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal após término do tratamento odontológico e será estipulado de acordo com a gravidade do caso apresentado. Para os casos de menor gravidade poderão ser monitorados pelas UBS. Quando o usuário conclui seu tratamento, ele já sai da UBS com o retorno programado agendado para 6 meses após.

O acompanhamento será realizado na UBS de referência ou no domicílio – atenção domiciliar - de acordo com risco individual de cárie e/ou doença periodontal a ser definido pelo cirurgião dentista.

No caso de crianças que concluíram seus tratamentos clínicos ou que vêm se mantendo saudáveis, recomenda-se o agendamento anual para acompanhamento periódico e reforço do autocuidado<sup>1</sup> na UBS de referência.

## **12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado que apresento uma alteração bucal, de caráter patológico, que necessita de intervenção cirúrgica para remoção parcial ou total da lesão (biópsia) com a finalidade de se obter um diagnóstico definitivo da doença. Caso a biópsia não permita a remoção total da lesão, será necessário posterior tratamento cirúrgico. De acordo com as características da patologia que for diagnosticada através da sua biópsia, o tratamento indicado poderá ocasionar alguma perda funcional ou da sua estética bucal, entretanto, tudo isso, além dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico ou tratamento que será indicado, serão devidamente informados pelos profissionais que o(a) acompanharão. Após a liberação

do diagnóstico da sua lesão, o(a) Sr.(a) receberei uma cópia do laudo anatomopatológico e será esclarecido(a) sobre: as características da sua lesão; as possíveis formas de tratamento/acompanhamento/controle, incluindo seus riscos e benefícios, além do prognóstico para o seu caso.

Estou ciente que durante o tratamento poderão ocorrer outras situações não diagnosticadas neste momento ou imprevistas, sendo necessárias alterações no plano de tratamento. E, ainda, que durante o tratamento poderá ser indicado o emprego de anestésico local, que apresenta os seguintes riscos: desmaio, respiração ofegante (hiperventilação), perda de sensibilidade (parestesia) e reação alérgica. Além disso, poderá ocorrer desconforto, inchaço, equimose, infecção e dormência prolongada. Admito os riscos supracitados e permito voluntariamente que seja(m) realizado(s) o(s) procedimento(s) necessário(s) para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais que possam vir a ocorrer.

Brasília, DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

(Assinatura do (a) paciente/responsável)

### **13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

A regulação, o controle e a avaliação das atividades através deste protocolo se refletirá em dados que serão coletados em cada unidade de saúde da SES-DF e analisados de forma mensal através do trackcare. Nas unidades sem trackcare será avaliado a produtividade mensal através das fichas de boletim de produção ambulatorial (BPA).

### **14- Referências Bibliográficas**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.92 p.  
(Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17), ISBN 85-334-1228.
2. Política de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – 2015.
3. Mosele J.C., Stangler L.P, Trentin M.S, Silva S.O, Carli J.P. Levantamento epidemiológico dos casos de carcinoma epidermóide da cavidade bucal registrados no serviço de diagnóstico histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo/RS. Rev Odonto 2008 jul-dez;16(32):18-24.
4. Domingos, P.A.S, Passalacqua M.L.C, Oliveira, A.L.B.M. Câncer Bucal: Um problema de Saúde Pública. Rev Odonto Univ. Cid. São Paulo 2014; 26(1):46-52, Jan-Abr.

5. Dedivitis R.A., França C.M, Mafra A.C.B., Guimarães F.T., Guimarães A.V. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. Rev Bras Otorrinolaringol 2004 jan;70(1):35-40.
6. Oliveira LR, Ribeiro-Silva A, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. J Bras Patol Med Lab 2006 out;42(5):385-92.
7. Santos I, Alves T, Falcão M, Freitas V. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. Odontol Clín Cient 2011 10(3):207-10.
8. Perussi MR, Denardin OVP, Fava AS, Rapoport A. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. Rev Assoc Med Bras 2002 dez;48(4):341-4.
9. Rezende CP, Ramos MB, Daguila CH, Dedivitis RA, Rapoport A. Oral health changes in with oral and oropharyngeal cancer. Braz J Otorhinolaryngol 2008 Jul-Aug;74(4):596-600.
10. Francio FF, Salum FG, Cherubini K, Soares LY, Figueredo MAZ. Perfil epidemiológico de portadores de carcinoma bucal do Serviço de Estomatologia HSL-PUCRS. ROBRAC 2012 maio;20(55)
11. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Manual de Detecção de lesões suspeitas – Câncer de Boca. 1996-2001 [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21\\_01\\_2010\\_10.14.36.6a2ee5beed1e1f969b8c666fc9469879.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21_01_2010_10.14.36.6a2ee5beed1e1f969b8c666fc9469879.pdf)
12. Lawall, M. A., Almeida, J., F. A., Bosco, J., M., D., Bosco, A. Gengivoestomatite herpética primária em adulto: Relato de caso clínico.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA, Falando Sobre Câncer da Boca. – Rio de Janeiro: INCA, 2002 52p. ISBN 85-7318-060-9
14. Site : Lesões Bucais - [www.lesoesbucais.com.br](http://www.lesoesbucais.com.br)
15. Bernabé, G.G., Moraes, N.P., Correia, C.M., Furuse, C.F., Crivelini, M., M. Tratamento do pênfigo vulgar oral com corticosteróides tópico e sistêmico associados a dapsona e pentoxifilina. Revista de Odontologia da UNESP. 2005; 34(1): 49-55.
16. Ferreira, L.,L., Soares, G.,R., Valente, V.B., Veronese, L.,A., Bernabé, D.,G., Miyahara, G.,I. Rev Odontol UNESP. 2014; 43(N Especial):148. ISSN 1807-2577.
17. Almeida VGV, Melo GMA, Lima GA. Queilite angular: sinais, sintomas e tratamento. Internacional Journal of Dentistry, Recife, 6(2): 55-57 ABR / JUN 2007.
18. Pereira KMA, Rocha D.,A.,P., Galvão H.,C., Freitas R.,A. Ulceração aftosa recorrente: revisão dos conceitos atuais. Rev Odontol UNESP. 2006; 35(1): 61-7. - ISSN 1807-2577.
19. Egg, N.,S.,O., Castro, C.I.,S., Rodrigues, F.,N., Cury, V., F. Melanose raciale outras lesões pigmentadas da cavidade bucal – Revisão de Literatura. Rev Periodontia – Set 2009, 19(3):49-55.

20. Peixoto,R.,F., Menezes, D., P., M., Pereira, J.,S., Pereira, K.,M.,A., Costa, A.,L.,L. Tumor odontogênico ceratocístico: revisão dos achados atuais. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.9, n.3, p. 21-28, jul./set. 2009.
21. Cisto Dentífero: modalidades de tratamento. Caliento, R., Mannarino, F.,S., Hochuli-Vieira, E. Rev Odontol UNESP. 2013; 42(6): 458-462.
22. Nery de Lima, A. N., Milani, B., A., Massaine, L., F., Souza, A., M., Jorge, W., A. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.13, n.1, p. 23-28 , jan./mar. 2013.
23. Raldi, F.,V., Guimarães-Filho,R., Moraes, M.,B., Neves, A.,C.,C. Tratamento de ameloblastoma. RGO, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 123-126, jan./mar. 2010.
24. Teixeira, AKM, et al. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(3): 229-236.
25. AC Camargo Câncer Center - <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/boca-e-garganta/1/>
26. HPV Info Brasil - <http://hpvinfo.com.br/hpv-livro-12-hpv-bucal/>
27. Brozoski et al. Osteonecrose maxilar associada ao uso de bisfosfonatos. Rev Bras Reumatol 2012;52(2):260-270.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 128 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_especialidades\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf)
29. Kignel, Sergio. Estomatologia: bases do diagnóstico para o clínico geral. 2 ed. São Paulo: Santos, 2013. 500 p.
30. Site: Portal da Educação <https://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/55899/o-que-faz-um-estomatologista>
31. Matos, F.,R., Benevenuto, T.,G., Medeiros, AMC, Silveira, E.,J.,D., Freitas, R.,A. Lesão central de células gigantes agressiva: relato de caso e revisão dos aspectos atuais. Rev Odontol UNESP, Araraquara, v. 38, n. 5, p. 324-27, set./out. 2009.
32. Eduardo, Carlos de Paula, Crivello-Junior, Oswaldo. Lasers em odontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 232 p.



## ANEXO II

### Auto-exame



#### 1 Examine os lábios

Observe se há mudanças de cor e apalpe com os dedos para procurar áreas mais endurecidas. Vire os lábios, e examine a parte interna.



#### 2 Examine a bochecha

Verifique em ambos os lados se há alguma ferida ou saliência diferente na parte interna das bochechas.



#### 3 Apalpe a língua

Apalpe a superfície, procurando alterações. Lembre-se de que uma camada branca pode se acumular sobre a língua se esta não for higienizada.



#### 4 Língua para um lado

Coloque a língua para fora e vire para um lado e depois para o outro. Observe bem e passe o dedo.



#### 5 Embaixo da língua

Incline a cabeça para frente e observe embaixo da língua. Não se esqueça de passar o dedo para sentir se há caroços.



#### 6 Observe o céu da boca

Incline a cabeça para trás e olhe. Um pequeno espelho pode ajudar.



#### 7 Agora a garganta

Examine bem sua garganta enquanto diga "AAA" em frente ao espelho.



#### 8 Examine o pescoço

Apalpe-o e embaixo da mandíbula verifique se há presença de caroços.

Fonte: Google imagens

## ANEXOS

## Anexo A – Ficha Clínica para os pacientes de Estomatologia do CEO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_

NOME DA UBS: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

1) Queixa principal  
 Estomatológica     Outra    marcar com X

Descrever: \_\_\_\_\_

2) Duração/ Evolução  
 Dias     Meses     Anos    marcar com o número absoluto

3) Tratamento prévio:  
 Nenhum     Prescrição Médica     Prescrição Odontológica  
 Automedicação    marcar com X  
 Outro/Especificar: \_\_\_\_\_

4) Sofre de alguma doença?  
 Sim     Não    marcar com X

5) Qual(is)? \_\_\_\_\_

6) Faz uso de algum medicamento?  
 Sim     Não    marcar com X

7) Qual?  
 Anti-hipertensivo     Hipoglicemiante     Analgésico     Corticóides  
 Anti-inflamatório     Antibiótico     Antidepressivo  
 Imunosupressores     Hormonais     Anticoncepcional     Reposição Hormonal    marcar com X

Fonte: Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde

8) Descrever Medicamentos e dosagens: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9) Já se submeteu a alguma cirurgia?

( ) Sim ( ) Não marcar com X

Especificar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10) Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11) Tabagismo

( ) Nunca ( ) Prévio Parou há ( ) Anos. Fumou durante ( ) Anos ( ) Média cigarros/dia  
( ) Atual Duração ( ) Anos ( ) Média cigarros/dia

Tipo de Tabagismo:

( ) Cigarro industrializado ( ) Cigarro de palha ( ) Cachimbo ( ) Charuto  
( ) Maconha ( ) Outros

Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12) Etilismo:

( ) Nunca ( ) Prévio Parou há ( ) Anos. Bebêu durante ( ) Anos ( ) Média doses / semana  
( ) Atual Duração ( ) Anos ( ) Média doses/semana

Tipo de Etilismo:

( ) Bebida destilada ( ) Bebida Fermentada

Obs.: \_\_\_\_\_

13) Exposição Solar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fonte: Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde



( ) Nunca ( ) Prévio Pacou há ( ) Anos Expôs-se durante ( ) Anos

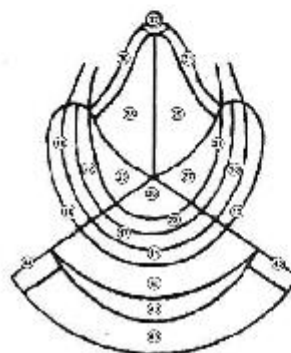
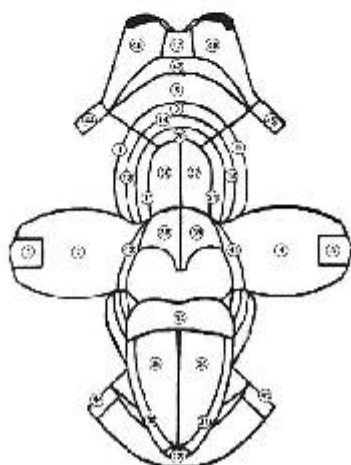
Motivo:

( ) Atual Duração ( ) Anos

Motivo:

Use alguma proteção:

( ) Nenhuma ( ) Filtro creme ( ) Filtro Bastão ( ) Chapéu ( ) Boné



Códigos topográficos criados por: Reed-Petersen e Renstrup (1969) modificados por Axéll (1976) e por Selonen et al. (1990)

EXAME FÍSICO INTRA E EXTRABUCAL (desenhar a lesão na ilustração acima)

Localização: \_\_\_\_\_

Tamanho: \_\_\_\_\_

Coloração: \_\_\_\_\_

Forma: \_\_\_\_\_

Inserção: \_\_\_\_\_

Consistência: \_\_\_\_\_

Mobilidade: \_\_\_\_\_

Sinais secundários: \_\_\_\_\_

Fator etiológico: \_\_\_\_\_

Linfonodos associados: \_\_\_\_\_

Outras lesões: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_

Fonte: Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde

## FLUXOGRAMA

