

# PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO DIAGNÓSTICO BUCAL EM TECIDOS MOLES

Protocolo singularizado para o Município de  
Jundiaí –2020  
Versão I



Prefeitura  
de Jundiaí

**DIAGNÓSTICO BUCAL EM  
TECIDOS MOLES**  
**PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO PARA  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ**

**JUNDIAÍ/SP  
MARÇO 2020**

**PREFEITO DA CIDADE DE JUNDIAÍ**

Luiz Fernando Machado

**GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tiago Texera

**DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO DA SAÚDE**

Fabiana Barrete de Alcântara Fredo

**GERENTE DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

Camila de Arruda Barbirato Nutti Moreira

**ASSESSORIA TÉCNICA**

Evely Sartorti da Silva Morgan

Luciane Yurika Koga Usami

**ELABORAÇÃO**

Nathália Caroline de Souza Lima

Rogério da Silva Jorge

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Diagnóstico bucal em tecidos moles: protocolo de manejo clínico para profissionais da atenção primária em saúde / organização Município de Jundiaí; coordenação

Nathália Caroline de Souza Lima, Rogério da Silva Jorge. – São Paulo: DNA GRAFICA; Jundiaí, SP: Município Jundiaí, 2020. 40 páginas.

**Bibliografia**

ISBN 978-65-86365-00-9

1. Atenção básica à saúde 2. Boca - Doenças 3. Boca - Doenças - Diagnóstico e tratamento 4. Odontologia 5. Odontologia (Diagnostico bucal) I. Município de Jundiaí. II. Lima, Nathália Caroline de Souza. III. Jorge, Rogério da Silva.

20-35422

CDD-617.6  
NLM-WU 100

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Odontologia 617.6

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja utilizada em fins comerciais.

É vedada a utilização das ilustrações e fotos sem autorização prévia.

**UNIDADE DE GESTÃO DE  
PROMOÇÃO DA SAÚDE**  
**Assessoria Técnica de Saúde Bucal**

**DIAGNÓSTICO BUCAL EM  
TECIDOS MOLES**  
**PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO PARA  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM SAÚDE**

# PREFÁCIO

---

Estomatologia é parte essencial da formação profissional na Odontologia Pública.

A Odontologia tem longa história, precedendo em muito o termo que hoje a define. Com origens populares, os predecessores dos Cirurgiões Dentistas eram formados essencialmente pela observação de colegas mais experientes e pela repetição dos diversos métodos clínicos utilizados para pequenas cirurgias e reconstrução dentária. No Brasil a Odontologia foi oficializada como profissão na metade do século XIX e o conteúdo curricular razoavelmente uniformizado por volta de 1930. Considerando a confusão entre termos e atividades exercidas pelos que hoje chamamos de Cirurgiões Dentistas, não é de se admirar que a especialidade que mais a aproxima da Medicina tenha tido tantas denominações e tenha proposto tantas atividades clínicas diferentes em escopo e intenção. A Estomatologia já foi considerada especialidade médica, já foi quase exclusiva de ambulatórios hospitalares e ainda predomina, enquanto local de atuação dos especialistas, em Faculdades de Odontologia. Seu reconhecimento pelo CFO em 1992 foi passo essencial para sistematizar a formação profissional e disseminar o conhecimento sobre a especialidade. Nas duas últimas décadas a especialidade se tornou mais conhecida entre os demais profissionais da área de saúde, incluindo médicos. Ainda que de forma irregular, também ocorreu difusão do conhecimento sobre as principais doenças bucais para a população em geral. Temas como câncer bucal se tornaram comuns nas mídias de divulgação e, mais recentemente, nas mídias sociais digitais, essa última com precário controle da qualidade da informação. Atualmente os pacientes com suspeita de lesões bucais não hesitam em buscar atendimento de um Cirurgião Dentista para seu diagnóstico e tratamento. Considerando que a maior parte da população dependente da Saúde Pública para seu atendimento, Cirurgiões Dentistas do setor

público estão na linha de frente do diagnóstico e do tratamento das lesões bucais. Se o câncer bucal é doença relativamente frequente, e o tempo necessário para o diagnóstico influencia fortemente a chance de cura do paciente, é fundamental que os Cirurgiões Dentistas da rede de saúde pública tenham a informação e a formação necessárias para compreender, diagnosticar e, se necessário, encaminhar pacientes com lesões graves ao atendimento especializado no menor tempo possível. O presente manual se encaixa perfeitamente neste momento da profissão e demonstra a correta preocupação dos administradores com a qualificação dos profissionais de saúde. Fazemos nossa parte enquanto Cirurgiões Dentistas, utilizando o manual como catalisador da aquisição do conhecimento essencial para o exercício da Estomatologia e para o correto atendimento dos pacientes.

Jacks Jorge,

Professor do Departamento de Diagnóstico Oral da  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Universidade Estadual de Campinas

LESÕES FUNDAMENTAIS.....	9
Mancha.....	9
Placa .....	10
Pápula .....	10
Nódulo.....	11
Vesícula.....	11
Bolha .....	12
Erosão .....	12
Úlcera .....	13
VARIAÇÕES DA NORMALIDADE.....	15
Língua fissurada .....	15
Língua geográfica.....	16
Amígdala lingual hiperplásica .....	16
Varicosidades .....	17
Linha alba .....	17
Leucoedema.....	18
Grânulos de Fordyce.....	18
Pigmentação melânica fisiológica.....	19
Tórus e exostoses ósseas.....	19
LESÕES COMUNS NA ROTINA CLÍNICA .....	21
Hiperplasia Fibrosa Inflamatória .....	21
Mucosa Mordiscada.....	22
Ceratose Friccional .....	22
Queilite Angular .....	23
Mucosite Por Prótese.....	23

Glossite Romboidal Mediana .....	24
Papiloma Escamoso .....	24
Verruga Vulgar .....	25
Mucocele .....	25
Rânula .....	26
Granuloma Piogênico .....	26
Líquen Plano Oral .....	27
LESÕES CANCERIZÁVEIS MAIS COMUNS NA ROTINA CLÍNICA .....	29
Leucoplasia .....	29
Queilite Actínica .....	30
Câncer Bucal .....	31
IMPORTÂNCIA DA PADRONIZAÇÃO DO EXAME INTRABUCAL DE TECIDOS	
MOLES.....	33
REFERÊNCIAS .....	37

## LESÕES FUNDAMENTAIS

As alterações morfológicas que ocorrem em pele ou mucosa podem ser descritas por lesões fundamentais. A descrição adequada de um achado clínico, associado à história da doença, direciona o diagnóstico e o plano de tratamento.

As lesões fundamentais podem ser classificadas como:

**MANCHA**

Alteração na coloração normal da mucosa sem variação na altura do tecido.

(Por exemplo: tatuagem por amálgama)

Tecido epitelial

Tecido conjuntivo



## PLACA

Alteração na altura da mucosa, consistente à palpação e superfície variável – rugosa, verrucosa, lisa.

(Por exemplo: leucoplasia)



## NÓDULO

Lesão sólida, pediculado (diâmetro maior que a base de implantação) ou sésil (diâmetro menor que a base de implantação),  $\geq 5$ mm de diâmetro.

(Por exemplo: granuloma piogênico)



## PÁPULA

Lesão sólida, circunscrita,  $\leq 5$  mm de diâmetro.

(Por exemplo: grânulo de Fordyce)



## VESÍCULA

Lesão contendo líquido no seu interior,  $\leq 3$ mm.

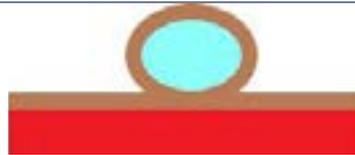
(Por exemplo: herpes simples)



## BOLHA

Lesão contendo líquido no seu interior,  $\geq 3\text{mm}$ .

(Por exemplo: variz)



■ Tecido epitelial  
■ Tecido conjuntivo



## ÚLCERA

Perda do epitélio com exposição do tecido conjuntivo subjacente.

(Por exemplo: câncer de boca - carcinoma espinocelular)



■ Tecido epitelial  
■ Tecido conjuntivo



## EROSÃO

Perda parcial do epitélio sem exposição do tecido conjuntivo subjacente.

(Por exemplo: língua geográfica)



■ Tecido epitelial  
■ Tecido conjuntivo



## VARIAÇÕES DA NORMALIDADE

---

São as variações dos aspectos normais da cavidade bucal. Representam alterações de formação e/ou crescimento durante a formação do órgão. Não representam processos patológicos.

### LÍNGUA FISSURADA

Apresenta-se como sulcos ou fissuras no dorso da língua. O paciente pode relatar sensibilidade aumentada a alimentos ácidos. Etiologia desconhecida. Não exige tratamento.



## LÍNGUA GEOGRÁFICA

Apresenta-se como áreas bem delimitadas de erosão no dorso da língua. Surgem rapidamente e variam de lugar em pouco tempo. O paciente pode relatar sensibilidade a alimentos quentes, ácidos e apimentados. Não exige tratamento, mas pode-se recomendar o consumo moderado de alimentos ou bebidas irritantes.



## VARICOSIDADES

Apresentam-se como veias dilatadas e tortuosas. Representam degeneração relacionada à idade. Podem ser vistas, principalmente, na margem lateral e ventre de língua. Os pacientes, frequentemente, apresentam varizes em outras regiões. Não exigem tratamento.



## AMÍGDALA LINGUAL HIPERPLÁSICA

Apresenta-se como aumento de volume, bilateral e simétrico, na borda posterior da língua. A coloração pode variar de rosa escuro a amarelo alaranjado. Representa proliferação de células linfóides (de defesa). Não exige tratamento.



## LINHA ALBA

Apresenta-se como linha branca horizontal na mucosa, bilateralmente, ao longo do plano oclusal. Está associada à pressão ou irritação friccional. Não exige tratamento, mas o paciente deve ser orientado quanto a hábitos para-funcionais.



## LEUCOEDEMA

Apresenta-se como opalescência discreta ou aparência branco-acinzentada difusa em mucosa jugal bilateralmente. A superfície pode ser lisa ou áspera e pregueada. O aspecto esbranquiçado reduz quando a mucosa é evertida ou esticada. Não exige tratamento.



## PIGMENTAÇÃO MELÂNICA FISIOLÓGICA

Apresenta-se como manchas escuras, principalmente em gengiva, palato e mucosa labial. Representa variações na pigmentação melânica. Ocorre comumente em melanodermas. Não exige tratamento.



## GRÂNULOS DE FORDYCE

Apresentam-se como pápulas amareladas, bilaterais e simétricas. Assintomático. Representam glândulas sebáceas ectópicas na mucosa bucal. Não exige tratamento.



## TÓRUS E EXOSTOSES ÓSSEAS

Apresentam-se como formações ósseas, nodulares, indolores e bem delimitadas. Acometem palato e mandíbula. A etiologia é desconhecida, mas pode estar relacionada à oclusão. Não exigem tratamento, mas pode ser necessária a remoção prévia à instalação de próteses.



# LESÕES COMUNS NA ROTINA CLÍNICA

## HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA

Apresenta-se como um crescimento tecidual reativo a algum evento traumático contínuo. Caso seja associado a uma prótese mal adaptada, sugere-se o ajuste da prótese e/ou confecção de nova prótese. É esperado que o ajuste da prótese reduza ou regreda a hiperplasia. Caso somente o ajuste não seja suficiente para a completa remissão, indica-se a remoção cirúrgica da lesão.



## MUCOSA MORDISCADA

Apresenta-se como áreas brancas espessadas de superfície irregular ao longo do plano oclusal. O paciente relata hábito de morder a bochecha. Assintomático. O paciente deve ser orientado a cessar o hábito e sugere-se o tratamento de possível estresse psicológico.



## QUEILITE ANGULAR

Apresenta-se como áreas de eritema, fissura e descamação envolvendo comissuras labiais. Comum em pessoas com dimensão vertical reduzida. O acúmulo de saliva na comissura favorece a proliferação de fungos e bactérias. O tratamento consiste na readequação da dimensão vertical e manutenção da área sem umidade.



## CERATOSE FRICCIONAL

Apresenta-se como área branca áspera relacionada à irritação mecânica crônica. O tratamento consiste na remoção do agente traumático, como restauração/polimento de dentes fraturados, e a confecção de prótese.



## MUCOSITE POR PRÓTESE

Apresenta-se como eritema, algumas vezes acompanhado de petéquias, localizado em áreas de contato com prótese removível. Raramente é sintomática. O tratamento inclui a orientação de que o paciente deve higienizar melhor, evitar o uso noturno da prótese e providenciar a confecção de nova prótese.



## GLOSSITE ROMBOIDAL MEDIANA

Apresenta-se como área eritematosa bem definida na linha média da região dorsal posterior da língua. A superfície varia de plana a lobulada. O tratamento pode exigir o uso de antifúngicos.



## VERRUGA VULGAR

Apresenta-se como pápula ou nódulo assintomático de superfície áspera ou verrucosa. A lesão é induzida pela infecção por HPV. O tratamento consiste em remoção cirúrgica ou cauterização, para evitar a infecção de outras áreas.



## PAPILOMA ESCAMOSO

Apresenta-se como um nódulo macio, assintomático e com numerosas projeções superficiais de aparência verrucosa. Infecção induzido por HPV. O tratamento consiste na remoção cirúrgica conservadora incluindo a base da lesão.



## MUCOCELE

Apresenta-se como aumento de volume mucoso flutuante, principalmente em crianças e adultos jovens. Resulta de trauma local em glândula salivar menor. A resolução espontânea é comum. O tratamento é indicado para as lesões persistentes – remoção cirúrgica.



## RÂNULA

É o termo utilizado para mucocelos que ocorrem no assoalho bucal. Localiza-se lateralmente à linha média, como aumento de volume flutuante e azulado. O tratamento consiste na marsupialização (descompressão) ou remoção da glândula



## GRANULOMA PIOGÊNICO

Apresenta-se como aumento de volume com superfície ulcerada, geralmente pediculado. Predileção por gengiva, mas pode ser encontrado em lábio, língua e mucosa jugal. Está associado à má higiene oral e trauma local. O tratamento consiste na excisão cirúrgica e remoção de agentes irritantes (raspagem de cálculo dentário, por exemplo).



## LÍQUEN PLANO ORAL

Doença dermatológica crônica e autoimune, relativamente comum. Pode apresentar-se em um padrão reticular (normalmente assintomático, envolvendo mucosa jugal bilateralmente, na forma de estrias brancas entrelaçadas), ou erosivo (normalmente sintomático, na forma de áreas eritematosas e atróficas, contendo ulcerações). O diagnóstico clínico deve ser confirmado por avaliação histopatológica (após biópsia). O tratamento é indicado para os casos sintomáticos: corticoterapia. Para os casos assintomáticos, orienta-se para cuidados com a alimentação (evitar o consumo de alimentos ácidos), cuidados com a higiene (uso de cremes dentais pouco abrasivos, escovas macias e enxaguante sem álcool), e cuidados com a saúde física e mental (realização de atividades físicas e atividades sociais relaxantes).



# LESÕES CANCERIZÁVEIS MAIS COMUNS NA ROTINA CLÍNICA

## LEUCOPLASIA

A leucoplasia oral é definida pela Organização Mundial de Saúde como “uma placa ou mancha branca que não pode ser raspada nem caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença”.

É considerada uma lesão com potencial de transformação maligna. E a prevalência aumenta com a idade, especialmente em homens.

A etiologia está associada, principalmente, com o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas.

Todas as leucoplasias devem ser submetidas à análise histopatológica e ao acompanhamento odontológico.



## QUEILITE ACTÍNICA

É considerada uma lesão com potencial de transformação maligna.

A lesão desenvolve-se lentamente no vermelhão do lábio inferior de pessoas de pele clara, expostas à radiação solar excessiva e crônica.

Apresenta-se como atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior, apagamento da margem entre zona do vermelhão e porção cutânea, descamações, leucoplasia e ulceração crônica focal.

O tratamento consiste no uso de protetor solar labial, uso de bonés/chapéus, uso de guarda-sol e em evitar a exposição solar. As lesões leucoplásicas e endurecidas devem ser submetidas à análise histopatológica.

Os casos clinicamente graves, mas sem transformação maligna, podem ser indicados para a vermelhnectomia (remoção da mucosa do vermelhão do lábio).



## CÂNCER BUCAL

Tumores malignos na região de cabeça e pescoço afetam uma variedade de subsítios anatômicos, como pele, cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, laringe, seios paranasais e glândulas salivares. As lesões de origem epitelial, chamadas carcinomas de células escamosas, são mais comuns que as lesões de origem mesenquimal ou neural.

Os tumores malignos (câncer) de boca incluem as lesões de lábio e de cavidade oral.

O câncer de lábio apresenta fisiologia semelhante às lesões de câncer de pele expostas à radiação solar. É tipicamente encontrado em pessoas de pele clara com história de exposição prolongada ao sol. A maioria das lesões é localizada em lábio inferior e precedida por queilite actínica.

Clinicamente observa-se ulceração endurecida, indolor, crostosa e exsudativa. A taxa de crescimento é lenta, e a metástase é rara.

O principal fator de risco para o câncer de lábio é a exposição à radiação solar.

O câncer de cavidade oral compreende as lesões em língua, soalho bucal, palato mole, gengiva, mucosa jugal, mucosa labial e palato duro.

O sítio mais acometido pelo carcinoma de células escamosas em cavidade oral é a superfície lateral da língua. Clinicamente apresenta-se como aumento de volume ou úlceras endurecidas, indolores. As lesões de soalho bucal são as mais comumente associadas a uma lesão cancerizável preexistentes.

O carcinoma de células escamosas de cavidade oral pode apresentar-se como aumento de volume vegetante, ulcerações, manchas brancas e/ou manchas vermelhas. A taxa de crescimento é rápida, comparada à taxa de crescimento do câncer de lábio, e a metástase é comum.

A metástase ocorre, principalmente, através dos vasos linfáticos para os linfonodos cervicais ipsilaterais (do mesmo lado da lesão). O linfonodo metastático apresenta-se aumentado, indolor e de consistência dura à palpação. Os sítios mais comuns de metástase à distância são os pulmões, fígado e ossos.

Os fatores de risco para câncer de cavidade oral incluem, principalmente, consumo abusivo de álcool e tabaco.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), são estimados 11.200 novos casos de câncer de cavidade oral em homens e 3.500 novos casos em mulheres para o ano de 2018 em todo o Brasil.

Em 2015 foram registradas 4.672 mortes em homens devido ao câncer de cavidade oral, ocupando a oitava posição no *ranking* das neoplasias que mais mataram homens naquele ano.



## IMPORTÂNCIA DA PADRONIZAÇÃO DO EXAME INTRABUCAL DE TECIDOS MOLES

O cirurgião dentista tem papel decisivo no diagnóstico precoce do câncer de boca.

Ele é responsável por conscientizar os pacientes da importância das consultas para avaliação da saúde bucal, de realizar avaliação clínica adequada, encorajar a realização do autoexame bucal, orientar sobre a necessidade de encerrar hábitos nocivos (tabagismo e etilismo) e orientar sobre o uso de protetores labiais e bonés/chapéus/guarda-sol.

O exame clínico adequado exige uma excelente anamnese e exame físico completo.

O exame físico deve ser realizado de maneira ordenada e sistemática.

Recomenda-se que o exame seja iniciado pela avaliação da face e lábios e, posteriormente, da mucosa bucal.

A avaliação intrabucal inclui mucosa labial, mucosa jugal, fundo de vestibulo, área retromolar, soalho bucal, ventre de língua, dorso de língua e orofaringe.

A avaliação pode ser auxiliada por espátulas de madeira para afastar a mucosa e deve ser realizada uma busca ativa por qualquer alteração da normalidade.





## REFERÊNCIAS

COHEN, N.; FEDEWA, S.; CHEN, A. Y. *Epidemiology and Demographics of the Head and Neck Cancer Population*. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. 3-. 2018. pp.381-395.

INCA. *Estimativa 2018*. Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <[www1.inca.gov.br/estimativa/2018](http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018)>

MARCUCCI, G.; SILVA, S. S. *Fundamentos de Odontologia – Estomatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia Oral e Maxilo-facial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier / Medicina Nacional, 2009.

FOTOS

Arquivo pessoal do Dr. Rogério da Silva Jorge.





# Prefeitura de Jundiaí

ISBN: 978-65-86365-00-9

