



## **CURSO DE GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA**

Autorizada pelo MEC: Portaria nº 106 de 05 de abril de 2016.  
Publicada no Diário Oficial da União (DOU) 06 de abril de 2016. Pg. 25 Seção 1.

# **IV MOSTRA DE TUTORIA DE ODONTOLOGIA**

07 de junho de 2018

**MARIA DO SOCORRO GADELHA NÓBREGA**  
**Coordenadora do Evento**

**JOAO PESSOA/PB**  
**2018**

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

**ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR  
PRESIDENTE DA ENTIDADE MANTENEDORA DAS FACULDADES**

Prof.<sup>a</sup> Kátia Maria Santiago Silveira

**VICE-PRESIDENTE DA ENTIDADE MANTENEDORA DAS FACULDADES**

Adm. Eitel Santiago Silveira

**DIRETORA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE**

Prof.<sup>a</sup> Kátia Maria Santiago Silveira

**COORDENADORA DO EVENTO**

Prof.<sup>a</sup> Maria do Socorro Gadelha Nóbrega

**COMISSÃO ORGANIZADORA**

Juliana Machado Amorim

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega

Maria Leonília de Albuquerque Machado Amorim

Mônica Maria da Silva Falcão

**COMISSÃO CIENTÍFICA DO EVENTO**

Ana Carolina Loureiro Gama Mota

Carolina Uchôa Guerra Barbosa de Lima

Fernanda Clotilde Mariz Suassuna

Josélio Soares de Oliveira Filho

Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista

Maruska Belmont da Costa

Mônica Maria da Silva Falcão

Priscilla Kelly Batista da Silva Leite

Rafaella Bastos Leite Cavalcanti

Tânia Regina Ferreira Cavalcanti

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

Estamos trazendo a divulgação dos trabalhos apresentados na IV Mostra de Tutoria de Odontologia 2018.<sup>1</sup> Este evento constituiu-se um espaço privilegiado para a troca de informações e experiências na área Odontológica, em muito contribuindo para a formação acadêmica dos discentes.

O conteúdo dos resumos é exclusivamente de responsabilidade dos autores.

João Pessoa, 20 de Junho de 2018.

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **PÔSTER DIALOGADO**

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PARA A IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PALIATIVAS RELACIONADAS A SINDROME DE SJÖGREN**

*(Trabalho Premiado-P1)*

DAMIÃO MENDES SILVA<sup>1</sup>, FABRÍCIA LEONARA CORDEIRO SIMÕES RODRIGUES<sup>1</sup>, MARIA PAULA CARNEIRO BRITO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>, THAINÁ DA SILVA FERREIRA<sup>1</sup>, MÔNICA MARIA FALCÃO DANTAS<sup>2</sup>

A síndrome de Sjögren se caracteriza como uma doença autoimune, onde o sistema imunológico ataca as células e tecidos saudáveis do corpo por engano. A doença afeta principalmente as glândulas lacrimais e salivares (parótidas), porém, havendo a presença de inflamações, a doença pode se agravar sistematicamente. Apesar da dificuldade em diagnosticá-la, a doença pode apresentar sinais que podem ser notados pelo paciente, assim como nos exames de rotina. Sendo assim, a partir das contribuições científicas sobre esta síndrome, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um panorama acerca dessa doença, contendo meios de facilitar o tratamento, reduzir sintomas, e possíveis fatores de agravamentos da patologia, tendo em vista que ainda não há evidências científicas que comprovem a cura da doença. Trata-se de uma revisão bibliográfica confeccionada com base em dados de artigos científicos qualificados relacionados à síndrome de Sjögren associada a seu diagnóstico e as atividades paliativas realizadas. Podem existir outras causas para o ressecamento de mucosas, como dos olhos (xerofthalmia) e da boca (xerostomia), tais como doenças ou medicamentos, fato este que dificulta e confunde o diagnóstico. Para fundamentar o diagnóstico, o profissional deve levar em consideração a história do paciente associando a exames clínicos e laboratoriais. Essa síndrome pode ser diagnosticada como primária onde só é identificada a síndrome de sjögren ou secundária que se dá a partir da detecção de outra doença autoimune associada, como a artrite reumatoide. A doença acomete principalmente mulheres a partir dos 40 anos e a proporção é de nove mulheres para cada homem afetado. Estima-se uma prevalência mínima entre na população adulta de 3 a 4 %. Quando diagnosticado precocemente, as intervenções tendem a melhorar significativamente o prognóstico e então o tratamento se dá a fim de reduzir os sintomas e as complicações relacionadas à patologia. Diante disto, foi possível concluir que esta síndrome é uma doença crônica e sem previsão de cura permanente, a sintomatologia é apresentada diferentemente em cada paciente, com isto, o tratamento é formulado individualmente para tal a fim de melhorar a qualidade de vida de cada um.

**DESCRITORES:** Síndrome de Sjögren. Artrite reumatoide. Xerostomia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **PERIFÉRICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA** *(Trabalho Premiado-P2)*

GABRIELLE VELOSO CHAVES<sup>1</sup>; JOSÉ MATHEUS SILVA DE SOUZA<sup>1</sup>;  
MYRELLA MEIRELES GONÇALVES<sup>1</sup>; PEDRO HENRIQUE GUEDES PEREIRA<sup>1</sup>;  
JOSÉLIO SOARES DE OLIVEIRA FILHO<sup>2</sup>

O periférico (F.O.P.) se caracteriza como uma massa gengival, na qual são encontrados focos calcificados, supostamente formados por osso metaplásico, bem delimitado, com base sésil ou pediculada, tendo a mesma coloração da mucosa ou um pouco avermelhada, sendo que sua superfície pode estar intacta ou ulcerada, como também há uma predileção pelo sexo feminino, que ocorre predominantemente na segunda década de vida. O osso é encontrado em meio a uma proliferação não-encapsulada de fibroblastos benignos volumosos, e há uma tendência para a presença de células inflamatórias na periferia da lesão. A superfície, frequentemente se mostra ulcerada e raramente causa erosão do osso adjacente. Localiza-se, preferencialmente, na gengiva inserida ou excepcionalmente na gengiva marginal livre. Pode haver sangramento ao toque, ou mesmo espontaneamente, mas, principalmente quando é constantemente traumatizada e existe predileção pela porção anterior dos maxilares. Em 1872, Menzel fez a primeira descrição do fibroma ossificante, mas a terminologia foi proposta por Montgomery em 1927. O consenso na literatura sobre a incidência em crianças e adultos jovens demonstrou um pico de prevalência entre 10 e 19 anos. O tratamento de escolha deve ser a excisão local, incluindo a remoção do ligamento periodontal, se este estiver envolvido e qualquer agente etiológico identificável. É muito importante que o cirurgião-dentista conheça as características básicas do periférico em razão da sua semelhança com o granuloma piogênico, uma lesão bastante frequente na clínica odontológica, possibilitando, então, um correto diagnóstico e tratamento.

**DESCRITORES:** Diagnóstico. Fibroma. Lesão

## **SÍNDROME DE SJÖGREN: CUIDADOS ODONTOLÓGICOS** *(Trabalho Premiado-P3)*

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

CAYO HENRIQUE DE SANTANA MENEZES<sup>1</sup>; FRANCISCO OLIVEIRA SILVA SEGUNDO<sup>1</sup>; JEZREEL FERREIRA PAIVA<sup>1</sup>; RUAN DIEGO ANDRIOLA ALVES<sup>1</sup>; FERNANDA CLOTILDE MARIZ SUASSUNA<sup>2</sup>

A Síndrome de Sjögren, que também é conhecida como exocrinopatia autoimune é uma doença crônica autoimune, caracterizada pela infiltração de linfócitos nas glândulas exócrinas. Ela se caracteriza principalmente pela manifestação de secura ocular e na boca, associadas à presença de auto-anticorpos ou sinais de inflamação glandular. A característica principal da síndrome é a falta de lubrificação nas regiões dos olhos e boca, dificultando a mastigação, deglutição e fala, como também causando ardor, além de que favorece o aparecimento de lesões cariosas, e podendo também apresentar secura na pele, nariz, vagina, e em alguns casos a síndrome pode afetar determinados órgãos do corpo, como pulmões, fígado e pâncreas. Portadores da síndrome possuem um risco aumentado de desenvolvimento de linfomas. Ela subdivide-se em primária e secundária, sendo a primária quando ela ocorre de forma isolada, sem a presença de qualquer outra doença auto-imune. Já a secundária ocorre quando há a presença de alguma doença auto-imune, como por exemplo, o Lúpus Eritematoso Sistêmico. Ela é considerada uma das enfermidades raras mais frequentes de ocorrer na população. O diagnóstico é geralmente feito pelo cirurgião-dentista ou oftalmologista, principalmente devido à xerostomia e xeroftalmia pelo paciente, porém sendo um diagnóstico difícil, devido a outros fatores que podem ocasionar tais sintomas também. Até o momento a cura para a síndrome ainda não existe, como também o motivo exato pelo qual o sistema imune desencadeia essa resposta contra as glândulas exócrinas. Porém o tratamento, que é sintomático, é bem eficiente e depende dos sintomas apresentados. Para o caso de apenas secura na região ocular e intraoral, pode-se fazer uso de colírios e substitutos para salivas, que existe tanto em gel, como em Spray. Chicletes sem açúcares ajudam a estimular a produção de saliva, assim como medidas paliativas, como beber pequenos goles de água em intervalos curtos de tempo durante todo o dia podem ajudar. Além de que há recomendações, como evitar o consumo de açúcar, incluir frutas a sua dieta, entre outros. Tomar essas devidas proporções é a melhor maneira interventiva, visando o lado odontológico, que busca a melhoria das condições bucais, do bem-estar e satisfação de vida do portador.

**DESCRITORES:** Xerostomia. Cirurgião-Dentista. Autoimune

## **LINFANGIOMA: UMA MAL FORMAÇÃO LINFÁTICA**

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

BRÍGIDA CRISTINA RUFINO BARROS<sup>1</sup>; INEZ MARIA DA SILVA VIEIRA<sup>1</sup>;  
RENATA CATARINA FLORÊNCIO DE ARAÚJO<sup>1</sup>; RAFAELLA BASTOS LEITE<sup>2</sup>

**Introdução:** O sistema linfático é responsável pela drenagem do excesso de fluídos dos tecidos, através de uma rede complexa de vasos, que são destinados para o sistema venoso. Quando ocorre um acúmulo intensificado no interior destes vasos, é ocasionada uma dilatação da região comprometida, logo, o fluído que se encontra inerte naquela região, passa por um processo infeccioso e dá origem a um linfangioma. O linfangioma, também chamado de higroma cístico, se caracteriza como sendo uma malformação linfática, resultando assim, em um tumor benigno. Acomete preferencialmente a região do pescoço, por outro lado, pode se apresentar na região da axila, ou eventualmente estar distribuído pelo resto do corpo. É encontrado com mais frequência em pacientes infantis do gênero masculino. **Metodologia:** Consiste em uma pesquisa do projeto de tutoria, elaborada pelos alunos de odontologia das Faculdades Nova Esperança, a partir da análise dos resumos de artigos científicos das bases de dados Google Scholar, Scielo e BBO vinculadas à biblioteca virtual em saúde. **Resultado e Discussão:** Por se tratar de tumorações, umas das ferramentas auxiliares ao diagnóstico dessa patologia, é a realização de alguns exames, tais como: ecografia, tomografia e ressonância magnética, uma vez que, esses exames proporcionam uma precisão da extensão e da massa da lesão que se encontra presente. As formas de tratamento do linfangioma se dá de diversas maneiras, dentre elas a mais comum é a remoção cirúrgica. Além desse método, são utilizados como tratamento para essa alteração, terapia por radiação, crioterapia, embolização e injeção intralesional. **Considerações Finais:** Diante das análises observadas acerca do linfangioma, o prognóstico indica-se favorável para a maioria dos pacientes. Na maior parte dos casos, esses linfangiomas quando pequenos, não comprometem a capacidade física, estética e funcional do indivíduo. Contudo, as áreas lesionadas devem ser tratadas, dado a tendência de quadros evolutivos. Vale ressaltar também, que o diagnóstico e o tratamento precoce, reduzem as complicações decorrentes destas lesões.

**DESCRITORES:** Ameloblastoma. Neoplasias Mandibulares. Tumores Odontogênicos

## **SÍNDROME DE SJOGREN: A IMPORTÂNCIA DA PROSERVAÇÃO**

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



BRUNA APARECIDA SUCUPIRA<sup>1</sup>; GABRIELLA PIRES DE GUSMÃO<sup>1</sup>;  
FERNANDA ALBUQUERQUE VON S. DA PAIXÃO<sup>1</sup>; FERNANDA CLOTILDE  
MARIZ SUASSUNA<sup>2</sup>

Os riscos desenvolvidos pela falta de saliva em pacientes portadores da síndrome de Sjögren, apesar de sua baixa frequência de aparecimento, são considerados graves, devido à perda da proteção natural da saliva às mucosas orais e à susceptibilidade aumentada a infecções oportunistas. Assim, os pacientes tendem a desenvolver grave disfagia, visto que a escassez de saliva acarreta danos irreversíveis à saúde da mucosa, trazendo sintomas extremamente dolorosos, podendo ocasionar até impossibilidade de abertura bucal. Estes pacientes frequentemente necessitam de aporte odontológico para a manutenção de um tratamento suporte que evite a instalação de infecções secundárias e reduzam a sintomatologia causada pela xerostomia. A adequação dos pacientes ao uso de saliva artificial e sialogogos também pode ter necessidade de auxílio do cirurgião-dentista. Porém, o número de pessoas que apresentam problemas com a utilização dos mesmos é mínimo, visto que estes reduzem os sintomas e tornam o funcionamento do sistema estomatognático mais favorável. Dessa forma realizamos uma revisão bibliográfica para identificar as maneiras mais adequadas possíveis de se trazer uma boa qualidade de vida aos pacientes portadores desta síndrome.

**DESCRITORES:** Síndrome de Sjögren. Xerostomia. Distúrbios Salivares

## **ARTRITE REUMATÓIDE:**

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA

ANTONIO ALVES DA COSTA NETO<sup>1</sup>; LETYCIA ARAÚJO DA SILVA<sup>1</sup>;  
MICHELE MARCIA DE SANTANA BARBOSA<sup>1</sup>; VIRNNA DA SILVA CARMO<sup>1</sup>;  
TÂNIA REGINA FERREITA CAVALCANTI<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A artrite reumatoide é uma doença auto imune, de etiologia desconhecida, caracterizada pela inflamação, destruição ou deformação nas articulações, podendo também levar a degeneração de ossos, tecidos e órgãos. Os sintomas mais comuns são dores, edemas, calor e vermelhidão em qualquer articulação do corpo, principalmente mãos, punhos e pés. O comprometimento da coluna lombar e dorsal é raro, mas a coluna cervical é frequentemente envolvida, afetando bastante a qualidade de vida. **METODOLOGIA:** Foram realizadas pesquisas em acervos encontrados na biblioteca da Faculdade de Medicina Nova Esperança, em base de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico (Scholar). **OBJETIVO:** Evidenciar complicações e impactos na qualidade de vida das pessoas acometidas pela artrite reumatoide. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O número de mulheres afetadas por essa patologia é duas vezes maior que o de homens e sua incidência aumenta bastante com o passar dos anos. Para que haja confirmação do diagnóstico são realizados exames físicos, laboratoriais e radiografias de mãos e pés, visto que são os principais locais acometidos pela enfermidade. Após a confirmação, é recomendado que o paciente inicie o acompanhamento médico, no qual serão analisados o nível de dor, da capacidade funcional e do número de articulações danificadas. O início imediato do tratamento pode evitar maiores complicações, tais como incapacidade funcional ou lesão articular irreversível. Contudo, mesmo com todos os avanços científicos e tecnológicos, a cura dessa doença não foi descoberta. Por conta disso, são utilizados medicamentos anti-inflamatórios à base de corticoides e drogas antirreumáticas. A fisioterapia e terapia ocupacional são grandes aliadas dos portadores dessa enfermidade, já que auxiliam na busca da continuidade de atividades diárias. **CONCLUSÃO:** Portanto, é notório que trata-se de uma doença complexa, que traz consequências leves ou graves, dependendo do seu estágio. Logo, fica nítido que o acompanhamento médico regular é essencial, uma vez que aumentariam as chances de um diagnóstico precoce e evitaria futuras sequelas.

**DESCRITORES:** Transtornos da Articulação. Inflamação. Qualidade de Vida

## SINDROME DE SJÖGREN

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ANA CAROLINA EXNER FERNANDES BARROS<sup>1</sup>; CAMILA DE ANDRADE LIMA PEREIRA<sup>1</sup>; ITAINAR HENRIQUES CARVALHO<sup>1</sup>; MARA ILKA HOLANDA<sup>2</sup>

A Síndrome de Sjögren, é uma doença auto-imune que se caracteriza principalmente pela manifestação de ressecamento ocular, bucal associadas à presença de auto-anticorpos ou sinais de inflamação glandular. Algumas células brancas (chamadas de linfócitos) invadem vários órgãos e glândulas, principalmente as glândulas lacrimais e salivares, produzindo um processo inflamatório que acaba por prejudicá-los, impedindo suas funções normais. Pacientes que possuem síndrome de sjögren também podem apresentar secura na pele, nariz e vagina. Podem apresentar fadiga, artralguas e artrites Além disso, outros órgãos do corpo, como os rins, pulmões, vasos, fígado, pâncreas e cérebro também podem ser afetados. Esta doença é mais comum em mulheres de meia idade, mas também pode ocorrer em homens e em qualquer idade. Para a confirmação do diagnóstico, além de todos os sintomas já mencionados o paciente deverá apresentar alterações laboratoriais (exames de sangue), radiológicos e/ou anátomo-patológicos (biópsia das glândulas salivares menores feita no lábio) e/ou de medicina nuclear (cintilografia das glândulas parótidas). Existem duas manifestações da síndrome, sendo elas a primária e a secundária, a primária acontece quando a Síndrome de Sjögren, ocorre de forma isolada, sem a presença de outra doença auto-imune, Já a secundária ocorre quando os sintomas da síndrome são acompanhados de uma outra doença auto-imune como a Artrite Reumatóide, o Lúpus Eritematoso Sistêmico ou Esclerodermia. Ainda não existe uma cura definitiva para esta doença, mas o diagnóstico e intervenções precoces podem melhorar em muito o prognóstico. O tipo do tratamento vai depender dos sintomas (que podem ser bastante variados) e da sua gravidade. No caso do paciente somente apresentar secura nos olhos e boca, eventualmente, poderão ser utilizados como tratamento somente lágrimas artificiais e substitutos de saliva. Remédios anti-inflamatórios, corticóides e/ou imunossupressores poderão ser utilizados quando houver manifestação mais graves, objetivando melhora da inflamação e evitando sequelas.

**DESCRITORES:** Síndrome. Auto-imune. Inflamação

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## LIPOMA

ALVES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; DAILSON DUTRA MARCOLINO<sup>1</sup>; GEISIELY MENDES DOS SANTOS<sup>1</sup>; MARIA CLARA ALVES BARBOSA<sup>1</sup>; RAIANE CARVALHO DE ANDRADE<sup>1</sup>; CAROLINA UCHÔA BARBODA DE LIMA<sup>2</sup>

O lipoma é a neoplasia benigna de origem mesenquimal mais comum do corpo humano a lesão caracteriza-se pela proliferação de adipócitos, com maior acúmulo de gordura, e é normalmente de forma encapsulada. Patologia dos lipomas são incertas, no entanto são mais comuns em pessoas obesas. Entretanto o metabolismo dos lipomas apresenta uma completa independência da gordura corpórea normal, nesse caso se a ingestão de calorias for reduzida, embora a gordura corpórea possa ser perdida, os lipomas não diminuirão de tamanho, alguns casos bucais podem não apresentar tumores verdadeiros, mas, sim, uma herniação do coxim gorduroso bucal. Clinicamente, os lipomas bucais apresentam-se como nódulos flutuante de consistência borrachoide e com superfície plana e lisa, que podem ser sésseis ou pedunculadas a coloração pode variar de levemente amarelada a rósea, dependendo da profundidade da lesão. Apesar disso, alguns lipomas podem doer, o lipoma ocorre frequentemente em geral não precisa de tratamento na maioria dos casos, a não ser que ele seja esteticamente incômodo ou provoque dor, lipomas pequenos podem desaparecer espontaneamente, porém é muito comum um lipoma permanecer “quieto” e inalterado durante anos, nos raros casos em que o lipoma cresce demais a cirurgia para remoção é uma opção. O procedimento costuma ser simples e rápido, podendo ser feito apenas com anestesia local, embora o crescimento de lipomas orais pode atingir grandes dimensões, o que interfere com a fala e a mastigação no qual é necessário à cirurgia de excisão. Acometem, usualmente, adultos de 40 a 60 anos e não há predileção ao sexo quando se trata da cavidade bucal, tendo em vista que é 2 vezes mais comum no sexo feminino quando são diagnosticados em outras partes do corpo, acredita-se que há envolvimento genético, traumático, causas endócrinas, hormonais e inflamatórias. O lipoma é tratado com excisão cirúrgica total e conservadora, e o cirurgião dentista apto para o tratamento é o especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.

**DESCRITORES:** Adipócitos. Lipoma. Neoplasia Benigna

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES

JAMYLLÉ KELLY FARIAS DOS SANTOS<sup>1</sup>; JAMYLLÉ KELLY FARIAS DOS SANTOS<sup>1</sup>; THAÍS MEDEIROS DE AMORIM<sup>1</sup>; JOSÉLIO SOARES DE OLIVEIRA FILHO<sup>2</sup>

**Introdução.** O granuloma central de células gigantes (GCCG) é uma entidade não neoplásica que pode causar destruição óssea considerável. Com base em suas características clínicas e radiográficas faz-se o diagnóstico como lesão agressiva ou não agressiva, o qual por sua vez é fator determinante e direcionador do tipo de tratamento instituído. **Objetivo.** O objetivo do presente trabalho é poder apresentar uma breve revisão literária sobre o tema, a fim de informar aos alunos e profissionais da área a identificar as possíveis causas e tipos de tratamento para este tipo de tumor. **Discussão.** O GCCG é uma lesão não neoplásica incomum, que apresenta maior ocorrência em indivíduos do gênero feminino, com idade inferior a 30 anos. Uma vez que a mandíbula é frequentemente mais afetada que a maxila, e tais lesões geralmente cruzam a linha média. A maioria das LCCG são assintomáticos, sendo detectados no exame radiográfico de rotina ou devido a uma expansão indolor do osso afetado. Com base em suas características clínicas e radiográficas, têm sido descritos dois tipos de lesão: 1) não agressivas – possuem crescimento lento, não causam reabsorção radicular aos dentes adjacentes, não perfuram a cortical óssea e não tendem a reincidir após remoção cirúrgica; 2) agressivas – apresentam crescimento rápido, tendem a causar reabsorção radicular dos dentes adjacentes e/ou perfuração cortical e mostram predisposição a recidivar após o tratamento. O tratamento para LCCG pode variar desde injeções intralesionais de corticosteroides até ressecção óssea nos casos mais severos. Nas condições deste trabalho, a injeção intralesional do corticoide triancinolona não foi eficiente para regressão da lesão, e foi então realizada a curetagem agressiva, a fim de evitar possíveis recorrências. **Conclusão** Diante do exposto, conclui-se que o GCCG lesão óssea de comportamento variável. De acordo com o seu comportamento biológico e com suas características radiográficas, deve se optar pelo tratamento mais adequado para o caso. O acompanhamento clínico e radiográfico é fundamental, pois há grandes perspectivas de sucesso em tratamento conservador. Portanto, deve-se ter em mente o potencial recidivante dessa lesão.

**DESCRITORES:** Granuloma Central de Células Gigantes. Granuloma. Neoplasia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **SITUAÇÃO BUCAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN**

ALINE NUNES DA COSTA<sup>1</sup>; ELLEN JONALY GOMES ARANHA<sup>1</sup>; MARCELLE GUEDES FIGUEIREDO DE ALENCAR<sup>1</sup>; FERNANDA CLOTILDE MARIZ SUASSUNA<sup>2</sup>

A síndrome de Sjogren é uma doença autoimune que ataca as glândulas e células do corpo, ou seja, a síndrome faz com que o sistema imunológico ataque células e tecidos do próprio corpo e também é uma patologia que acomete mais mulheres do que homens. Sendo assim a síndrome de sjogren ataca especificadamente as glândulas lacrimais e salivares fazendo com que a pessoa passe a ter xerofthalmia e xerostomia, entretanto a doença pode atacar outras partes do corpo, como rins, pulmão, articulações, nervos e etc. Como outras doenças autoimune não se sabe ao certo o por quê o sistema imunológico passa a atacar as células e tecidos do corpo, mas pode haver um envolvimento genético pois as pessoas acometidas com a síndrome apresentam alguns genes em comum, não descartando algum envolvimento com certos tipos de vírus ou bactéria. Como a síndrome de Sjogren tem como um dos sintomas os olhos secos ela reduz a produção de lágrima dos olhos fazendo assim com que ele fique mal lubrificado e avermelhado, ardência, coceira e visão borrada e na região da boca há a inflamação das glândulas salivares fazendo assim com que a produção de saliva diminua tendo como consequência a boca e garganta seca, dificuldade para engolir, alteração no paladar, rouquidão, aumento na aparição de cáries entre outros sintomas. Havendo o acometimento das vias aéreas pode ocorrer da pessoa ter tosse seca, sinusite e rinite e podendo também haver o risco de ser acometido com infecções pulmonares. Por ser difícil de se diagnosticar, pois os sintomas variam de pessoa para pessoa e se assemelha com outras doenças é necessário fazer exames laboratoriais como pesquisas de autoanticorpos como o FAN(ANA), o fator reumatoide, anti-SSA/Ro e anti-SSB/La que podem auxiliar no diagnóstico como também fazer uma biópsia das glândulas salivares entre outros exames como a Sialometria. Atualmente não a há uma cura para a Síndrome de Sjögren, mas há tratamentos que podem reduzir os sintomas e prevenir complicações futuras da doença.

**DESCRITORES:** Síndrome. Doença Autoimune. Síndrome de Sjögren

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## CANDIDIASE PSEUDOMENBRANOSA

DEBORAH CECÍLIA DA SILVA FERNANDES<sup>1</sup>; IRIS THAELEN NOBREGA DIONÍSIO<sup>1</sup>; JOANNA KAROLINE DOS SANTOS<sup>1</sup>; RAFAEL DAVID DA SILVA<sup>1</sup>; RITA DE KÁSSIA DANTAS DA SILVEIRA<sup>1</sup>; ANA CAROLINA LOUREIRO GAMA MOTA<sup>2</sup>

A candidíase pseudomembranosa é o tipo mais comum de Candidíase e é aquela conhecida popularmente como “sapinho”. Ela é caracterizada pela presença de manchas brancas como de coalhada na boca, geralmente extensas, que pode estar na superfície dos lábios, mucosa interna da boca, palato (“céu-da-boca”), língua, tecido periodontal e orofaringe. Essas placas brancas são compostas por hifas emaranhadas, leveduras, células epiteliais descamadas e fragmentos de tecido necrótico. Que podem ser facilmente removidas, deixando uma base vermelha subjacente, geralmente sem dor, em contraste com a candidíase leucoplásica, que não pode ser facilmente eliminada é mais comum em recém-nascidos. Pode ser desencadeada, pela exposição do paciente a antibióticos de amplo espectro, por baixas no sistema imunológico do paciente desencadeadas ou não por distúrbios sistêmicos como diabetes, leucemia e infecção por HIV. Os sintomas usualmente são leves, e consistem em sensação de queimação da mucosa bucal ou gosto desagradável na boca. O tratamento é medicamentoso, dentre as principais drogas e agentes antifúngicos prescritos estão a Nistatina (100,000 unidades/mL) 10 mL por via oral (bochechar e reter pelo máximo de tempo possível antes da deglutição) quatro vezes ao dia e o fluconazol (200mg, 1 vez/dia no 1º dia seguido de 100mg/dia nos dias seguintes por 10-14 dias). É de responsabilidade do cirurgião-dentista realizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com quadro de candidíase pseudomembranosa bucal.

**DESCRITORES:** Placas Brancas. Candidíase Pseudomembranosa. Leucoplasia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **USO DO LASER PARA TRATAMENTO DA CANDIDOSE**

GABRIELLE LUCENA RODRIGUES<sup>1</sup>; JODSON TAYNAN BENÍCIO DOS SANTOS<sup>1</sup>; LARISSA EVELYN LUCENA DA SILVA<sup>1</sup>; LUCAS PEREIRA DIAS<sup>1</sup>; ANA CAROLINA LOUREIRO GAMA MOTA<sup>2</sup>

Microrganismos do gênero *Candida* estão presentes na cavidade oral e geralmente são comensais. Entretanto, sob certas circunstâncias estes microrganismos podem agir como agentes infecciosos, causando o surgimento da candidíase. *Candida albicans* é a espécie fúngica mais comum na cavidade bucal sendo responsável por vários casos de infecção por fungos. Além de *C. albicans*, outras espécies menos comuns como *C. krusei* e *C. tropicalis*, são reconhecidas como patógenos capazes de competir com a microbiota bucal e se tornarem patogênicos. O uso indiscriminado de agentes antifúngicos proporciona o desenvolvimento de espécies resistentes, levando à necessidade do uso de novas terapêuticas, dentre as quais podemos citar a laserterapia. Os lasers de alta potência (utilizados em cirurgias, por apresentarem potencial de corte) emitem grandes intensidades luminosas, causando transformações estruturais nos tecidos. Os lasers de baixa potência, associados a corantes, podem levar à morte ou redução do número de microrganismos sem causar danos aos tecidos, processo conhecido como terapia fotodinâmica. A eliminação de microrganismos da cavidade oral é fundamental para prevenir o risco de infecções locais e sistêmicas, para isso, muitas substâncias têm mostrado certa eficiência, mas a resistência de alguns microrganismos a determinados medicamentos, ilustra a necessidade de métodos alternativos. O tratamento de infecções fúngicas através da terapia fotodinâmica é bastante eficaz por ser capaz de eliminar agentes infecciosos com algumas sessões, tal procedimento participa e age nas ações anti-inflamatórias, analgésicas e capazes de cicatrizar e regenerar o tecido. Ressalto que o tratamento é de baixa dor e, quando indicado, proporciona melhora logo após a primeira sessão. No caso da cândida, o laser pode ser aplicado em qualquer fase, seja para aumentar a imunidade, eliminar os fungos existentes ou acelerar a cicatrização. Assim sendo o uso da laserterapia na odontologia é um método que vem sendo muito utilizado para diversos tratamentos pelo seu alto índice de benefícios.

**DESCRITORES:** Infecção Fúngica. Cavidade Oral. Terapia Fotodinâmica

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## SÍNDROME DE SJOGREN

ANDRIELLY REBECA FONSECA DO NASCIMENTO<sup>1</sup>; ATANIL FERREIRA DOS SANTOS JUNIOR<sup>1</sup>; CARINE DE FARIAS FLORENTINO<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA DE ARAUJO CRUZ<sup>1</sup>; VICTORIA RODRIGUES PEREIRA NASCIMENTO<sup>1</sup>; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO<sup>2</sup>

A síndrome de Sjogren é uma doença sistêmica inflamatória crônica, de provável etiologia autoimune, tendo como principais órgãos afetados as glândulas lacrimais e salivares pela infiltração linfo-plasmocitária, originando disfunções como xerofthalmia que consiste em olhos secos e xerostomia, boca seca. Além disso, outras glândulas exócrinas também podem ser acometidas como o pâncreas, glândulas sudoríparas, glândulas mucosas dos tratos respiratórios, gastrointestinal e uro-genital. A síndrome, pode ser classificada em primária quando ocorre de forma isolada, sem a presença de outra doença autoimune, ou secundária quando apresenta sintomas acompanhadas de doenças no tecido conjuntivo, como por exemplo: artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica progressiva, esclerodermia, doença de Graves, dentre outras. Apesar de todas as idades poderem ser afetadas com a síndrome, a doença tem maior preponderância entre indivíduos na quarta e quinta década de vida, sendo as mulheres mais acometidas do que o homem. A síndrome, também não possui um diagnóstico fácil, visto que os seus sintomas podem se assemelhar ao de diversas outras doenças. Por causa da diversidade de sintomas, o paciente pode ser ainda, encaminhado para diversos especialistas, porém é necessário salientar que nem todo ressecamento pode resultar na síndrome de Sjogren. Devido a divergência de critérios diagnósticos entre diferentes entidades e sociedades, a comparação entre os estudos clínicos, relacionados principalmente aos dados epidemiológicos e tratamento, torna-se quase impossível. Por isso nenhum sinal, achado clínico ou imuno-marcador descrito é aceito isoladamente para fechamento de diagnóstico SS. Por isso, tende-se a necessidade do paciente ser avaliado por uma equipe multidisciplinar. O diagnóstico da SS é muito importante para o tratamento precoce, porém, não existe uma cura definitiva da doença, mas o objetivo maior do tratamento é uma suavização de sinais e sintomas, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida do paciente. A fim de que as sequelas possam ser evitadas ou reduzidas, são utilizados: tratamentos substitutivos e de retenção, servindo para manutenção de uma umidade relativa que vise a minimização dos sintomas de secura; estimulação da produção de saliva e lágrima; redução da inflamação local através do uso, por exemplo, de corticosteroides tópicos que melhoram os sinais e sintomas oculares estabilizando a superfície ocular e ainda, a modulação da resposta imune, através de agente imuno - moduladores que diminuem a intensidade da resposta imune, reduzindo o excesso de resposta inflamatória e a produção de anticorpos autoreativos.

**DESCRITORES:** Síndrome de Sjogren. Inflamação Crônica. Síndrome Secundária

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# SÍNDROME DE SJÖGREN: A HISTOPATOLOGIA DA DOENÇA

AMANDA FERNANDES PEREIRA<sup>1</sup>, HELIZA GOMES SILVA<sup>1</sup>, JONILDO SUÉLITON SANTOS DE MELO<sup>1</sup>, NIETIENE JOSÉ DE LIMA<sup>1</sup>, TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A síndrome de Sjögren é uma doença autoimune sistêmica, a qual acomete com infiltração plasmocitária as glândulas exócrinas, com destaque nas lacrimais e salivares. Essa infiltração desencadeia a substituição do tecido glandular por células mononucleadas e causa obstrução ductal do glândula e consequente deficiência na atividade excretora. Esse quadro leva a xerofthalmia (olhos secos) e a xerostomia (boca seca), pode também ocasionar outros problemas, especialmente na cavidade oral, como mal odor, proliferação de bactérias e lesões cáries nos dentes. **METODOLOGIA:** Baseia-se em uma pesquisa realizada à base de artigos científicos qualificados relacionados à síndrome de Sjögren e sua histopatologia no desenvolvimento da doença. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A resposta histopatológica para o desencadeamento de resposta autoimune das glândulas exócrinas é um insulto inicial (infeccioso ou não), tendo como marca os Triggers autoimunes, que são fatores genéticos e ambientais. Logo após há uma falha na destruição das células TCD4+, aumentando a produção de citosinas e migração de linfócitos autorreativos. Só então ocorre uma falha do antígeno de histocompatibilidade maior com molde de adesão (HLA-DR+). Se dá então a produção de auto-anticorpos, destacando-se a produção tanto do Fator Reumatóide (responsável pela Artrite Reumatóide), como também do FAM, característico da doença de Lúpus. Tal fator pode dificultar o diagnóstico, todavia na análise é frisado a presença de auto-anticorpos específicos da Síndrome de Sjögren, que são o Anti-RO e o Anti-LA. A liberação de citosinas pró inflamatórias nas glândulas provoca a destruição acinar e a deservação glandular crônica, reduzindo a produção de secreções exócrinas na região das glândulas, sendo fator do quadro seco. Outras características histopatológicas podem ser encontradas nos cortes histológicos de glândulas salivares menores dos pacientes com Síndrome de Sjögren como ectasia e proliferação ductal, substituição dos ácinos por fibrose, edema, proliferação vascular e progressiva substituição do parênquima por tecido adiposo. Histiócitos, mastócitos e monócitos podem estar presentes nas glândulas de alguns pacientes, com rara presença de células natural killer. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir do estudo realizado, observa-se que a doença por ser autoimune não tem como evitá-la, e algumas pesquisas dizem que pode estar relacionada a um fator genético, porém não é afirmativo. Em suma, no tratamento, faz-se o uso de anti-inflamatório e imuno-modeladores, além de uma higiene bucal adequada, visto que, em alguns casos há indicações de reposição de saliva e lágrimas artificiais.

**DESCRITORES:** Síndrome de Sjögren. Ceratoconjuntivite. Xerostomia.

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **GENGIVITE ESTOMATITE HERPÉTICA: IMPLICAÇÕES E TRATAMENTOS NA CAVIDADE ORAL**

ANDRÉA TAVARES CONDE<sup>1</sup>; ANIELE DOS SANTOS<sup>1</sup>; BEATRIZ DE CARVALHO ALEXANDRE<sup>1</sup>; DÉRIKA DE LIMA RODRIGUES<sup>1</sup>; RAFAELA DE OLIVEIRA VIEIRA<sup>1</sup>; MÔNICA MARIA FALCÃO DANTAS<sup>2</sup>

**Introdução:** Estomatite é a doença inflamatória que acomete a mucosa bucal e possui etiologia variável. Em infantes entre seis meses e 5 anos, a mais comum é a infecção pelo herpesvírus humano simples do tipo 1 (HSV-1). A patologia conhecida como gengivoestomatite herpética, em geral, se manifesta quando o organismo entra pela primeira vez em contato com esse vírus, o que pode acontecer também com as crianças mais velhas, os adolescentes e até com adultos sem exposição prévia ao HSV-1. **Objetivo:** Revisar as literaturas científicas disponíveis sobre as implicações da Gengivite Estomatite Herpética na saúde em geral. **Metodologia:** Foi realizada uma busca dos seguintes bancos de dados: PubMed/Medline, CENTRAL (The Cochrane Library), EMBASE e Web of Science (Última busca em maio de 2018). **Resultados:** Baseado em estudos anteriores, foi visto que raramente surgem complicações e tem a recidiva frequente por estar em fase de latência, visto que a patologia pode voltar em casos de exposição à luz solar, frio, ansiedade, entre outras causas, e pode ocorrer na cavidade oral (estomatite recorrente) ou nos lábios (herpes labial). Além disso, o tratamento é feito com antiviral, o aciclovir, e deve ser feita a ingestão de líquidos para evitar a desidratação. **Conclusão:** Concluímos que as questões levantadas facilitam a compreensão dos processos patológicos da doença Gengiva Estomatite Herpética. Dessa forma, foi vista a importância de uma boa orientação e procedimentos que auxiliem uma solução e reabilitação do paciente, já que pode haver reativação do vírus. O estudo considera-se importante para formação acadêmica de futuros profissionais e para o contato direto com o paciente, visto que são situações que podem ocorrer diariamente em um consultório odontológico.

**DESCRITORES:** Gengiva Estomatite Herpética. HSV-1. Herpesvírus Humano

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# SÍFILIS CONGÊNITA NA GESTAÇÃO/ RECÉM NASCIDOS E CRIANÇAS

CAMILA OLIVEIRA FALCÃO<sup>1</sup>; JOÃO VICTOR MARINHO CHAVES<sup>1</sup>; LETÍCIA RODRIGUES SOARES<sup>1</sup>; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO<sup>2</sup>.

**INTRODUÇÃO:** A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente nas gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. Esta ocorre pela contaminação vertical (mãe/feto), há infecção materna nos últimos meses de gestação dependendo da carga de treponema recebida e de sua virulência, poderá determinar uma evolução fulminante, se o diagnóstico não for feito rapidamente. O risco de acometimento fetal varia de 70% a 100%, dependendo da fase da infecção na gestante e as semanas gestacionais. **METODOLOGIA:** Por meio de resumos das bases de dados do CISPRES, Manual MSD, Mãe-me-quer e vinculados à biblioteca virtual BIREME com as palavras de título: “Sífilis Congênita”, “Sífilis Vertical”, “Tratamento” e “Características”, foram selecionados resumos, publicados entre os anos 2014-2017, escritos na língua portuguesa, pesquisa científica ou revisão da literatura, referente às características da sífilis congênita na gestação/recém nascidos e crianças. **RESULTADOS:** A sífilis congênita pode manifestar-se logo após o nascimento, durante ou após os primeiros dois anos de vida da criança. Na maioria dos casos, os sinais e sintomas estão presentes já nos primeiros meses de vida. Ao nascer, a criança pode ter pneumonia, feridas no corpo, cegueira, problemas ósseos, surdez ou deficiência mental. Em alguns casos, a sífilis pode ser fatal. Durante a infância a criança apresenta ceratite intersticial, dentes de Hutchinson, nariz de sela, periostite e outras anomalias. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O diagnóstico é realizado por meio de exame ao sangue e deve ser pedido no primeiro trimestre da gravidez. O recomendado é refazer o teste no terceiro trimestre da gestação e repeti-lo logo antes do parto, já na maternidade. As mulheres que não fizeram o pré-natal, devem realizar o teste antes do parto. O grande problema da sífilis é que, na maioria das vezes, as mulheres não têm sintomas e só se descobre a doença após o exame. Quando a sífilis é detectada, o tratamento deve ser indicado por um profissional de saúde e iniciado o mais rapidamente possível. Os parceiros também precisam fazer o teste e ser tratados, para evitar uma nova infecção da mulher. No caso das gestantes, é muito importante que o tratamento seja feito com a penicilina, pois é o único medicamento capaz de tratar a mãe e o bebê. Se o recém-nascido tiver sífilis congênita, terá que ficar internado para tratamento durante 10 dias após o parto. E na sífilis tardia o tratamento promove remissão dos sintomas, mas não das sequelas.

**DESCRITORES:** Sífilis Congênita. Contaminação Vertical da sífilis. Epidemiologia.

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

**LIPOMA:  
TUMOR BENIGNO DE OCORRÊNCIA RARA NA REGIÃO  
INTRABUCAL, MAS QUE POSSUI VARIANTE MALIGNA  
GERANDO NEOPLASIAS CANCERÍGENAS**

ISABELLA CABRAL DOS SANTOS<sup>1</sup>; MAX SOUZA LIMA<sup>1</sup>; MELQUISEDEQUE  
DA COSTA ARAUJO<sup>1</sup>; MONALIZA EVELLIN VIEIRA GONÇALVES<sup>1</sup>; MÔNICA  
MARIA FALCÃO DANTAS<sup>2</sup>

Introdução: O lipoma encontrado na cavidade bucal é uma patologia rara e, em sua grande maioria, benigna, pois é ocasionada, geralmente, por atritos mecânicos o qual o próprio paciente se submete, como o uso de aparatos dentários que podem promover, ao longo da vida, ações traumáticas no usuário. Nesse sentido, o tumor benigno se caracteriza por ser, em essência, uma patologia pertinente ao desenvolvimento de células adiposas com o aparecimento de lóbulos fibrosos, com frequência de 1% a 5% das patologias orais e, além disso, acometem mais homens com mais de 70 anos. Trazendo outra perspectiva, o lipoma possui uma variante maligna conhecida, na área da saúde, como lipossarcoma que apresenta um pleomorfismo celular, na qual desenvolve-se em câncer gerando ao paciente uma doença maligna. Metodologia: Este trabalho é baseado em revistas científicas e casos clínicos apresentados e discutidos em tutoria, além disso, trata-se de uma revisão literária. Resultados e Discussão: É raro a chegada de pacientes em centros de saúde com queixas voltadas ao diagnóstico para lipoma, haja vista que a patologia entra no ramo de doenças raras. Porém, é importante relatar que os problemas ligados a essa temática são oriundos de pacientes que se localizam no interior dos grandes centros urbanos e que detêm de uma má qualidade de vida e higiene oral, inclusive o alcoolismo e a hereditariedade são fatores que abrangem esta afecção. Além disso, o lipoma é mais frequentemente encontrado em regiões da cavidade oral, como mucosa jugal, dorso da língua e assoalho da boca. Porém, a grande problematização é a realidade da variante maligna – Lipossarcoma – que são caracterizados por terem maior quantidade de células fusiformes e apresentar uma diferenciação nuclear em que, possivelmente, venha à gerar desentendimento, sobretudo por profissionais da área da saúde, como Médicos e Odontólogos, obsoletos acerca da neoplasia maligna e benigna na hora do diagnóstico. Conclusão: Portanto, é válido ressaltar o diagnóstico preciso acerca do Lipoma e diferenciar, também ao paciente, sua variante maligna. Nesse prisma de abordagem, é importante informar que os tumores na cavidade oral podem interferir nos mecanismos de ventilação, deglutição e fala quando são demasiadamente grandes, mas que são de fácil tratamento desde que sejam benignas. O tratamento recomendado é a retirada por excisão cirúrgica, sob anestesia e com mínimas possibilidades de recidivas sendo as complicações muito raras.

**DESCRITORES:** Lipoma Benigno. Região Intrabucal. Lipossarcoma

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## CANDIDÍASE PSEUDOMEMBRANOSA PELO USO DE MEDICAMENTOS

ACSSA DÉBORAH CORREIA DE MELO SILVA<sup>1</sup>; GEOVANA DE BRITO COSTA<sup>1</sup>; GREICE KELLY BERNARDO MOIZINHO<sup>1</sup>; LILISSANEARIADYNE OLIVEIRA DA SILVA<sup>1</sup>; MARCELA DE SOUSA CORDEIRO<sup>1</sup>; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO<sup>2</sup>

A Candidíase ou Candidose é uma infecção fúngica oportunista causada por hifas do gênero *Candida* (*C. Albicans*, *C. Tropicalis*, *C. Krusei*) e principalmente pela *Candida albicans*, microrganismo presente em grande parte das pessoas consideradas saudáveis. Suas manifestações podem ser agudas ou crônicas e sua transformação para um agente patológico se deve a fatores locais e sistêmicos. A candidíase pseudomembranosa é o tipo de proliferação mais comum da infecção fúngica da cândida/candidose que pode acometer o palato, mucosa jugal e dorso da língua, de consistência mole à gelatinosa e mucosa subjacente eritematosa. É caracterizada pela presença de placas brancas ligeiramente elevadas, removíveis a raspagem, através de compressas de gaze ou cotonete, assemelhando-se ao aspecto de “leite coalhado” ou “queijo Cottage” e é popularmente conhecida como “sapinho”. A infecção prolifera-se em qualquer idade, podendo ser iniciadas através da deficiência imunológica, lactantes que se encontram debilitadas ou até mesmo portadores de doença crônica. A utilização de medicamentos de amplo espectro, como é o caso dos antibióticos, principalmente em tempo prolongado, pode modificar a microbiota normal da cavidade oral, assim, alguns microrganismos que não são afetados pelo uso desses medicamentos podem se proliferar e se sobrepor a outros, favorecendo então, o desenvolvimento da candidíase. A hipossalivação e imunossupressão também estão diretamente ligadas a essa infecção fúngica. Na maioria dos casos, essas lesões são assintomáticas, a não ser em casos mais graves onde o paciente queixa-se de sensibilidade, ardência ou queimação e dificuldade de deglutir. O diagnóstico da infecção é dado através dos sinais e sintomas, porém, seu diagnóstico diferencial é feito por meio da raspagem, se a lesão for removível revelando uma base eritematosa, é confirmado que o paciente esteja com Candidíase pseudomembranosa. Para ser feito o tratamento, é indispensável primeiramente observar condições clínicas e sistêmicas predisponentes e intervir. Em casos focais, é indicado o uso de antifúngicos, a Nistatina 100.000 UI (suspensão) é a mais utilizada, sendo necessário fazer bochechos e permanecer o máximo de tempo na boca antes de deglutir, quatro vezes ao dia, durante 14 dias. Como esse antifúngico possui quantidade considerável de sacarose, devem-se escovar os dentes cerca de 30 minutos após o uso para evitar a proliferação da cárie dentária.

**DESCRITORES:** Candidíase Pseudomembranosa. Infecção

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## SÍNDROME DE SJÖGRE

ALLAM DE ALMEIDA MACEDO<sup>1</sup>; BRENO ALVES DE LACERDA<sup>1</sup>; RICARDO ADRIANO TEIXEIRA NUNES<sup>1</sup>; RÔMULO PIRES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; PRISCILA LEITE<sup>2</sup>

Objetivo: A síndrome de Sjögren é uma doença de origem autoimune, ou seja, é uma doença na qual o sistema imunológico equivocadamente passa a atacar células e tecidos do nosso próprio corpo, como se estes fossem agentes invasores perigosos para a nossa saúde. Assim como em quase todas as doenças de origem autoimune, não sabemos exatamente por que o sistema imunológico destes pacientes subitamente passa a agir de forma equivocada, atacando tecidos e órgãos do próprio organismo. O sistema imune produz autoanticorpos e estimula células de defesas, como os linfócitos, a atacar e destruir partes do nosso próprio organismo. Relato do caso: paciente do sexo feminino, 63 anos de idade, compareceu da universidade queixando-se de um “queimor na boca e sangramento gengival” durante a anamnese o paciente falou que tinha artrite reumatoide, diagnosticada há oito anos, acompanhadas por sintomas de secura e ardor bucal dificuldade de mastigar, falar e deglutição de alimentos, sensação áspera nos olhos e secura vaginal. Diante das características apresentadas a doutora chegou ao diagnóstico de síndrome de Sjögren. No caso específico da síndrome os alvos principais são as glândulas lacrimais e salivares, provocando sintomas como olhos e boca seca. Todavia, a doença pode não se restringir a essas glândulas, sendo possível também o acometimento de outros órgãos, como articulações, rins, pulmão, nervos, pele, fígado, pâncreas, etc. Os dois principais sintomas da Síndrome são Olhos secos e Boca seca. dependendo do caso o paciente diagnosticado com a síndrome de Sjögren também pode apresentar Dor, inchaço e rigidez nas articulações Inchaço das glândulas salivares e Secura vaginal. Um dos fatores de risco importantes para a síndrome de Sjögren são o sexo feminino, já que mais de 90% dos casos ocorrem em mulheres, e a idade, pois, apesar da doença poder surgir em qualquer faixa etária, ela é mais comum em pessoas acima dos 40 anos. O tratamento para a Síndrome de Sjögren pode, muitas vezes, ser feito em casa, por meio da ingestão abundante de água e do uso de medicamentos vendidos sem necessidade de prescrição médica. No entanto, alguns casos podem exigir alguns remédios prescritos ou até mesmo cirurgia Para aliviar a secura nos olhos, o paciente pode ter de passar por um pequeno procedimento cirúrgico para selar os canais lacrimais que drenam as lágrimas de seus olhos.

**DESCRITORES:** Boca seca. Glândula lacrimais. Artrite reumatoide

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **CANDIDÍASE ORAL EM PACIENTES PORTADORES DO HIV**

ANA LUIZA DE ARAÚJO RODRIGUES<sup>1</sup>; JHENIFFER JHULYA BEZERRA DE LIMA<sup>1</sup>; LIVIAN ISABEL DE MEDEIROS CARVALHO<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA MACIEL DE ALMEIDA SALES<sup>1</sup>; RAMON SANTANA DE LIRA<sup>1</sup>; MARA ILKA HOLANDA DE MEDEIROS BATISTA<sup>2</sup>

A AIDS/SIDA é uma doença causada por um retrovírus imunodeficiência humana (HIV), é caracterizado por uma imunossupressão levando a infecções oportunistas, neoplasias secundárias e manifestações neurológicas. Diante disso, a candidose bucal no paciente portador do vírus HIV (Human Immunodeficiency Virus) é comum, podendo atingir até 94% dos casos. A Candidose/Candidíase é uma doença fúngica causada por microrganismos dimórficos do gênero *Candida* (*C. Albicans*, *C. Tropicalis*, *C. Krusei*, são os agentes principais). Patologias associadas ou agravadas pela má higienização oral, língua saburrosa (placa bacteriana esbranquiçada) e queilite angular (fissura angular) também foram diagnosticadas. O tratamento para Candidíase Oral, não se dá a partir de um único conceito, portanto a junção da utilização de fármacos e comportamentos do próprio cotidiano. É necessário que haja uma limpeza oral adequada, incluindo os cuidados com a higienização da prótese. Ademais, em contanto íntimo, sempre fazer a utilização de preservativos, para evitar danos futuros, o tratamento também se torna mais eficaz com a ingestão de bastante líquido e se precaver de bebidas alcoólicas, açúcar e alimentos gordurosos. Um dos fármacos mais utilizados no tratamento da Candidíase Oral, é o Fluconazol, um medicamento antifúngico, que quando usado em forma de comprimido basta tomar um por dia durante o período indicado pelo médico. Outro fármaco bastante utilizado e conhecido é a Nistatina, a utilização deve ser bochechada e mantida por vários minutos (o maior tempo possível) na cavidade oral antes de ser engolida, repetindo o processo quatro vezes ao dia.

**DESCRITORES:** HIV. CANDIDIASE. TERAPÊUTICA

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



# SÍNDROME DE SJÖGRE

MAINGRIDY GALDINO BARROS<sup>1</sup>; VIRNA CAVALCANTI LIMA NOBRE<sup>1</sup>;  
MARA ILKA HOLANDA DE MEDEIROS BATISTA<sup>2</sup>

A síndrome de Sjögren é apontada como uma desordem autoimune crônica sistêmica, que abrange especialmente as glândulas salivares e lacrimais, ocasionando xerostomia e xerofthalmia. Nota-se decréscimo ou perda total da função das glândulas salivares, evidenciada pela diminuição na sua secreção, que resulta na modificação da qualidade e composição da saliva que é espessa e espumosa. Além disso, está associada à dificuldade de deglutição, fonação, língua despilada, fissurada e eritematosa e aumento do número de cáries. Estima-se que 80% a 90% dos casos ocorram em pessoas do sexo feminino. Em relação ao diagnóstico específico da síndrome de Sjögren é necessário eliminar o uso de medicamentos ansiolíticos, anti-hipertensivos, anti-depressivos e anti-histamínicos, tabagismo e respiração bucal. Também deve-se confirmar a presença de hipossalivação através do teste de sialometria que mensurará a quantidade de saliva produzida pelo paciente. Essa síndrome pode causar problemas em outras partes do organismo, como as articulações, músculos, pulmões, rins, tireoide, fígado, pâncreas, estômago, nervos e cérebro, provocando sinais e sintomas diversos. É manifestada de duas formas: Primária e Secundária. Na primária, ela manifesta-se isoladamente e na secundária, o paciente apresenta a síndrome e outra desordem associada. Essa síndrome é uma condição que atinge a vida social e profissional do paciente. Portanto, o cirurgião-dentista tem a função de avaliar os sinais e os sintomas da xerostomia e reduzir as prováveis implicações associadas. A utilização regular de substâncias com grande quantidade de flúor na higiene bucal é essencial para o controle da cárie e doença periodontal. Além de saliva artificial que pode ser usada também como forma de tratamento.

**DESCRITORES:** Síndrome. Síndrome de Sjögren. Doença autoimune

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# SÍFILIS CONGÊNITA: AUSÊNCIA DE RESPONSABILIDADE OU DÉFICIT DE INFORMAÇÃO? UM DESAFIO DO SÉCULO XXI

HERMANO NÓBREGA MACEDO NETO<sup>1</sup>; JOALISSON BARBOSA DA SILVA<sup>1</sup>; JOÃO VITOR DO NASCIMENTO SANTOS<sup>1</sup>; MARCOS ANDRE BATISTA DA SILVA<sup>1</sup>; WITÓRYA MIKELLEN GOMES DA CONCEIÇÃO<sup>1</sup>; MARUSKA BELMONT DA COSTA<sup>2</sup>

**Introdução:** A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST), causada por uma bactéria chamada *treponema pallidum*. É curável e de fácil tratamento. Subdividida em fases: primária, secundária, latente e terciária. As possibilidades de transmissão são maiores na fase primária e secundária da infecção. Transmitida por meio de relação sexual sem o uso de preservativo com uma pessoa infectada. Há ainda a transmissão de mãe para feto, por via transplacentária, onde o contágio pode ocorrer em qualquer período da gestação e depende da quantidade de treponemas circulantes no sangue. Quando presente na corrente sanguínea da gestante, o *T. pallidum* atravessa a barreira placentária e penetra na circulação fetal. Esta denominada sífilis congênita. Quanto mais recente a infecção, maior o comprometimento fetal. A doença pode atingir o sistema nervoso central do feto, podendo causar a microcefalia. **Metodologia:** Este trabalho é baseado em artigos científicos, e casos clínicos apresentados e discutidos em tutoria, além disso, trata-se de uma revisão literária. **Resultados e Discussão:** O diagnóstico é obtido a partir do exame não-treponêmico como o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL), que de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde (MS), deve ser realizado no primeiro trimestre, no início do terceiro trimestre da gestação e durante o parto, se houver chance da gestante ter sido reinfetada quando o seu parceiro não realiza o tratamento adequado. O grupo de risco é na maioria das vezes jovens com menos de 17 anos, com baixa escolaridade e de menor poder aquisitivo. Há ausência de acompanhamento pré-natal após a fase primária da gestação. De acordo com o MS, a taxa de transmissão vertical da doença em mulheres não tratadas é superior a 70%. No Brasil, a região com o maior índice de infecção é o Sudeste. O tratamento da sífilis em geral se faz com a penicilina benzatina e no caso da sífilis congênita varia de acordo com a situação de tratamento da mãe. **Conclusão:** É de extrema importância, a educação sexual, o acompanhamento pré-natal, o planejamento familiar para jovens, a capacitação precoce das futuras mães, pelas três esferas de governo. O tratamento em caso de infecção confirmada pelo exame VDRL deve ser realizado tanto pela gestante, quanto pelo seu parceiro para não haver a possibilidade de reinfecção.

**DESCRITORES:** *Treponema Pallidum*. Sífilis Congênita. Doença Sexualmente Transmissível

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES EM INDIVÍDUOS LEUCODERMA**

ACSA MACIEL DE SOUZA<sup>1</sup>; JEFERSON ALVES DA SILVA<sup>1</sup>; JULIANA DANTAS DOS SANTOS<sup>1</sup>; THATIANE MARIA SILVA BARBOSA MONTEIRO<sup>1</sup>; JOSÉLIO SOARES DE OLIVEIRA FILHO<sup>2</sup>

O presente estudo tem como objetivo discutir sobre o Granuloma Central de Células Gigantes, que é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma lesão óssea não-neoplásica que atinge tanto a mandíbula quanto a maxila e vem ocorrendo de maneira mais corriqueira nos últimos anos. O Granuloma Central de Células Gigantes é um tumor benigno e que acometem em sua grande maioria as mulheres e indivíduos entre 20 e 40 anos de idade, as principais queixas dos pacientes são: formigamento, dor e aumento de volume local (edema). Variações étnicas e raciais têm sido observadas nas taxas globais de incidências geopolíticas da doença, revelando no Brasil uma maior prevalência de câncer bucal em indivíduos leucodermas (83,20%). O GCCG pode ser classificado quanto as suas características clínicas e radiológicas em agressivas e não agressivas. O não agressivo é caracterizado por crescimento lento e assintomático crescimento, que não perfura a cortical óssea e não induz a reabsorção radicular, além disso, tem uma baixa tendência a recidiva. O agressivo é caracterizado por dor, rápido crescimento, expansão e / ou perfuração da cortical óssea, reabsorção radicular, e uma tendência alta de recidiva. O tratamento pode ser realizado de várias maneiras, sendo as mais comuns a curetagem cirúrgica, osteotomia periférica, remoção completa, utilização de corticosteroides, calcitonina, interferon e Imatinib. Os aspectos radiográficos dos GCCG não são patognomônicos, levando o profissional a propor uma série de hipóteses diagnosticas como mucocele, alergias alimentares e infecções bucais. Geralmente apresentam-se como imagens radiotransparentes uni ou multiloculares, bem delineadas e com margens descorticadas. Em fases mais precoces pode aparentar uma imagem sugestiva de um cisto, e nas mais adiantadas pode apresentar-se como uma lesão extensa com presença de septos, devido ao crescimento expansivo com ocupação das áreas ósseas adjacentes, criando uma aparência multilocular. Histologicamente os GCCG são caracterizados por células gigantes distribuídas pelo tecido conjuntivo frouxo, com tamanho e número de núcleos variáveis, não necessariamente abundantes. O diagnóstico precoce é um importante fator no tratamento da lesão de células gigantes central, prevenindo a expansão da lesão e a consequente maior destruição óssea. Para o diagnóstico, o cirurgião-dentista deve se municiar de todos os exames complementares disponíveis, como radiografias intra e extrabucais, tomografia, dosagens hormonais, níveis séricos de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina bem como de exame anatomopatológico.

**DESCRITORES:** Granuloma. Patologia Óssea. Odontologia

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA

EMILIANA SOUSA FELISMINO<sup>1</sup>; GABRIEL VITOR DA SILVA SALES<sup>1</sup>; PAULO RICARDO NASCIMENTO DE LIMA<sup>1</sup>; SAYONARA SANTIAGO DOS ANJOS<sup>1</sup>; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO<sup>2</sup>

A gengivoestomatite herpética aguda primária ocorre mais comumente à partir da infecção herpética primária sintomática, sendo na maioria das vezes relacionada à infecção pelo vírus herpes simples (HSV) do tipo 1a maioria dos casos atinge crianças entre os seis meses e cinco anos de idade, mas pode ocorrer em crianças mais velhas e adolescentes. O HSV1 dissemina-se predominantemente através de lesões infectadas ou de lesões periorais ativas. O HSV1 adapta-se melhor e atua de forma mais eficiente nas regiões oral, facial e ocular. As infecções pelo HSV1 apresentam-se em duas fases: infecção primária e secundária ou recorrente. Na infecção primária pelo HSV1 por via oral, o gânglio trigêmeo é colonizado e o vírus permanece neste local em estado de latência. A gengivoestomatite herpética é precedida ou acompanhada por sensação de queimadura ou parestesia no local de inoculação, linfadenopatia submandibular, febre, mal-estar, mialgia, disfagia, perda de apetite e cefaleia. A principal característica é o aparecimento de um elevado número de vesículas transeuntes que rapidamente rompem originando ulcerações superficiais e dolorosas na cavidade oral e no tecido perioral. As superfícies queratinizadas e não queratinizadas podem estar envolvidas, estando as lesões usualmente localizadas na mucosa gengival e jugal. As infecções primárias em adultos são menos propensas ao desenvolvimento de gengivoestomatite, mas podem produzir faringite semelhante à síndrome de mononucleose. A gengivoestomatite herpética aguda é o padrão mais comum da infecção primária. A infecção secundária ocorre com a reativação do vírus. A transmissão pode ocorrer facilmente durante esse período. A localização mais comum de recorrência é a borda do vermelhão e a pele adjacente dos lábios. Desenvolvem-se múltiplas pápulas pequenas e eritematosas que formam vesículas, estas se rompem e formam crostas e usualmente cicatrizam entre 7 e 10 dias. O quadro local começa por inflamação gengival, inchaço, vermelhidão, e dor. Seguido pela formação de bolhas que surgem na gengiva e se estendem para língua, céu da boca, bochecha, garganta, lábios e região ao redor da boca. As bolhas se rompem rapidamente e deixam úlceras rasas, com borda avermelhada e fundo amarelo-acinzentado. Sinais e sintomas associados podem incluir mau hálito, recusa de beber, perda de apetite, febre, dor nas articulações, cefaleia e adenomegalias submandibulares ou cervicais. As lesões leves geralmente curam sem cicatrizes em cerca de uma semana. A recusa de beber água pode resultar em desidratação, que é a complicação mais frequente. O odontopediatra deve conhecer seus sintomas, manifestações clínicas, diagnóstico diferencial, complicações, tratamento e possíveis orientações. O presente estudo busca, através de uma revisão bibliográfica, discutir os avanços no diagnóstico e no tratamento dessa patologia dando embasamento científico e suporte teórico ao profissional de odontologia para a adoção de estratégias clínicas adequada e proteção.

**DESCRITORES:** Gengivoestomatite Herpética. Herpes. Infecção

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **SÍNDROME DE SJÖGREN: IMPACTOS NA CAVIDADE ORAL E SUA REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES.**

AMANDA MATIAS RIBEIRO DE ALMEIDA<sup>1</sup>; ANDREINA DA SILVA MIRANDA<sup>1</sup>; BÁRBARA LARISSA FERREIRA DE SOUZA<sup>1</sup>; MARIA PATRICIA DE SOUSA CRUZ<sup>1</sup>; RAQUEL SOARES DE LIMA<sup>1</sup>; MARUSKA BELMONT DA COSTA<sup>2</sup>

A síndrome de Sjögren (SS), trata-se de uma patologia autoimune de causa desconhecida, que afeta as glândulas lacrimais e salivares, caracterizando-se clinicamente pela manifestação de secura ocular (xerofthalmia) e bucal (xerostomia), estes sintomas são associados à presença de anticorpos ou sinais de inflamação glandular acompanhado da sensação de areia nos olhos e dificuldade na alimentação. Acometem, principalmente mulheres na 4ª ou 5ª década de vida, sendo a proporção de 9 mulheres para cada homem afetado. Podem manifestar-se como SS primária, quando a síndrome ocorre de forma isolada sem a presença de outras enfermidades, ou secundária, a qual ocorre simultaneamente à outras doenças reumatológicas, como artrite reumatoide ou lúpus eritematoso sistêmico. O desenvolvimento desse estudo foi realizado através de artigos e análise do caso clínico referente ao projeto de Tutoria da Faculdade, sob a orientação da tutora. Os artigos estudados ampliaram os conhecimentos adquiridos e possibilitaram uma maior percepção acerca dos sintomas da SS, visto que, por apresentarem diversas manifestações músculo-esqueléticas, pulmonares, cardíacas, hematológicas, neurológicas, cutâneas, psiquiátricas, do aparelho genito-urinário, digestivo e, ainda sintomas constitucionais, comprometendo a qualidade de vida do paciente. Assim, o tratamento de patologias autoimunes corresponde ao controle dos sintomas, sendo de carácter paliativo. Destarte, em casos de pacientes somente apresentar secura nos olhos e boca, eventualmente, poderão ser utilizados lágrimas artificiais e substitutos de saliva. Em manifestações mais graves, objetivando melhoria da inflamação e evitando sequelas dos pacientes afetados, também podem fazer uso de medicações como anti-inflamatórios, corticoides e/ou imunossupressores. De acordo com os resultados decorrentes da pesquisa realizada, concluímos que embora esta doença possua uma etiologia desconhecida e apresentar difícil diagnóstico, devido à multidisciplinaridade nos sintomas, esse campo de pesquisa tem avançado para que estes pacientes, sejam precocemente diagnosticados e, que os tratamentos existentes lhes restituam de maneira plena a sua saúde e qualidade de vida.

**DESCRITORES:** Síndrome de Sjögren. Doenças Reumatológicas. Qualidade de Vida

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **LINFANGIOMA DE CAVIDADE BUCAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS.**

MARIA ALANA DE SOUZA<sup>1</sup>; THALYTA SANTOS ALVES CHAVES<sup>1</sup>; TAYZE ANGÉLICA RODRIGUES DE SOUZA<sup>1</sup>; RANIELY BEATRIZ QUERINO DA SILVA<sup>1</sup>; RAFAELLA BASTOS LEITE<sup>2</sup>

**Introdução:** Os linfangiomas são tumores benignos de vasos linfáticos que afetam geralmente a cabeça e o pescoço. Esses podem ter origem congênita ou constituir lesões que se desenvolvem ao longo da vida, acometendo sobretudo crianças. Podem ser tratados cirurgicamente, por substâncias esclerosantes ou por meio de radioterapia, no entanto, sua recidiva acontece entre 10% e 40% dos casos. O endotélio que delimita é típico, apresentando vasos linfáticos dilatados de vários tamanhos, revestidos por endotélio sem a presença de cápsula. Geralmente, uma pequena parte de todas as lesões é observada ao nascimento e a maioria se desenvolvem por volta dos dois anos de idade. A ocorrência em adultos é pouco frequente e não possuem predileção por raça ou sexo. **Objetivo:** Revisar a literatura pertinente enfocando os aspectos clínicos e possibilidades terapêuticas do linfangioma. **Resultados e Discussão:** Dentre todas as falhas vasculares linfáticas bucais, as mais comuns são as localizadas na língua, resultando geralmente em macroglossia. No interior da boca, na mucosa oral, essas proliferações encontram-se, de preferência no dorso da língua de pacientes jovens. Os linfangiomas apresentam-se como tumefações indolores e nodulares comumente localizados superficialmente, mostrando uma superfície pedregosa que se assemelha a um grupo de vesículas translúcidas ou como uma massa submucosa, quando localizados mais profundamente. A cor é de uma tonalidade mais clara (leitosa-translúcida) que o tecido circunjacente. **Considerações Finais:** Embora existam diversas modalidades de tratamento não-cirúrgicas, a excisão cirúrgica continua a ser parte integrante no manejo destas lesões, em muitos casos

**DESCRITORES:** Linfangioma. Má-formação Congênita. Macroglossia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PARA A IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PALIATIVAS RELACIONADAS A SINDROME DE SJOGREN.**

DAMIÃO MENDES SILVA<sup>1</sup>; FABRÍCIA LEONARA CORDEIRO SIMÕES RODRIGUES<sup>1</sup>; MARIA PAULA CARNEIRO BRITO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; THAINÁ DA SILVA FERREIRA<sup>1</sup>; MÔNICA MARIA FALCÃO DANTAS<sup>2</sup>

A síndrome de Sjögren se caracteriza como uma doença autoimune, onde o sistema imunológico ataca as células e tecidos saudáveis do corpo por engano. A doença afeta principalmente as glândulas lacrimais e salivares (parótidas), porém, havendo a presença de inflamações, a doença pode se agravar sistematicamente. Apesar da dificuldade em diagnosticá-la, a doença pode apresentar sinais que podem ser notados pelo paciente, assim como nos exames de rotina. Sendo assim, a partir das contribuições científicas sobre esta síndrome, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um panorama acerca dessa doença, contendo meios de facilitar o tratamento, reduzir sintomas, e possíveis fatores de agravamentos da patologia, tendo em vista que ainda não há evidências científicas que comprovem a cura da doença. Trata-se de uma revisão bibliográfica confeccionada com base em dados de artigos científicos qualificados relacionados à síndrome de Sjögren associada a seu diagnóstico e as atividades paliativas realizadas. Podem existir outras causas para o ressecamento de mucosas, como dos olhos (xerofthalmia) e da boca (xerostomia), tais como doenças ou medicamentos, fato este que dificulta e confunde o diagnóstico. Para fundamentar o diagnóstico, o profissional deve levar em consideração a história do paciente associando a exames clínicos e laboratoriais. Essa síndrome pode ser diagnosticada como primária onde só é identificada a síndrome de sjögren ou secundária que se dá a partir da detecção de outra doença autoimune associada, como a artrite reumatoide. A doença acomete principalmente mulheres a partir dos 40 anos e a proporção é de nove mulheres para cada homem afetado. Estima-se uma prevalência mínima entre na população adulta de 3 a 4 %. Quando diagnosticado precocemente, as intervenções tendem a melhorar significativamente o prognóstico e então o tratamento se dá a fim de reduzir os sintomas e as complicações relacionadas à patologia. Diante disto, foi possível concluir que esta síndrome é uma doença crônica e sem previsão de cura permanente, a sintomatologia é apresentada diferentemente em cada paciente, com isto, o tratamento é formulado individualmente para tal a fim de melhorar a qualidade de vida de cada um.

**DESCRITORES:** Síndrome de Sjögren. Artrite reumatoide. Xerostomia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## **CANDIDÍASE PSEUDOMEMBRANOSA: LESÃO BRANCA REMOVÍVEL À RASPAGEM**

EMILLY BRAGA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; MARIANA GUEDES DE FIGUEIREDO<sup>1</sup>; MARIANA SANTOS DE LUCENA<sup>1</sup>; RAFAEL GERMANO LUNA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; REBECCA MOHANA ALVARENGA DE SANTANA OTON<sup>1</sup>; PRISCILLA KELLY BATISTA DA SILVA LEITE <sup>2</sup>

A candidíase oral é uma infecção causada pelo gênero *Candida*; a *Cândida Albicans* é uma espécie do gênero *cândida* que ocorre com mais frequência. Pode-se classificar em diversos tipos, sendo a Candidíase Pseudomembranosa uma delas. Caracterizando-se como uma formação de placas, com coloração branco-amareladas, que são removíveis à raspagem. Para desenvolvimento deste estudo, fizemos uso de fontes bibliográficas, como artigos de caráter científico, disponibilizados em meio eletrônico. A candidíase pseudomembranosa aguda, também conhecida como “sapinho”, pode acometer pessoas de todas as idades, apresentando maiores relatos em pessoas que utilizam frequentemente antibióticos ou apresentam déficit no sistema imunológico. Além disso, pacientes portadores de HIV apresentam maior predisposição ao surgimento da candidíase. A candidíase pseudomembranosa apresenta-se na cavidade oral com placas branco-amareladas de consistência mole à gelatinosa, que tem crescimento centrífugo e confluem. A um primeiro olhar clínico pode ser confundida com a candidíase hiperplásica, ou até mesmo com uma leucoplasia, pois estas também apresentam a formação de placas brancas na cavidade oral. Entretanto, uma característica marcante que as diferem da candidíase pseudomembranosa, é que em ambas não é possível realizar a remoção das placas por raspagem. Portanto, a candidíase pseudomembranosa oral é uma patologia de fácil diagnóstico, pois é uma lesão branca removível à raspagem. E para confirmação do quadro clínico, são realizados exames laboratoriais. O tratamento para lesões provocadas pela *cândida* é feito através do uso de antifúngicos, como a nistatina, que pode ser aplicado de forma tópica no local lesionado. E no caso da candidíase pseudomembranosa, também é realizada a raspagem com auxílio de uma compressa de gaze.

**DESCRITORES:** Candidíase Pseudomembranosa. Lesão branca removível. *Cândida Albicans*

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



# ADENOMA PLEOMÓRFICO E SUA DIFERENCIAÇÃO MALIGNA

EMILLY BRAGA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; MARIANA GUEDES DE FIGUEIREDO<sup>1</sup>;  
MARIANA SANTOS DE LUCENA<sup>1</sup>; MATHEUS ARIEL EVANGELISTA ALVES<sup>1</sup>;  
RAFAEL GERMANO LUNA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; MÔNICA MARIA DA SILVA  
FALCÃO<sup>2</sup>

O Adenoma Pleomórfico (PA), é a neoplasia de glândula salivar mais comum, representando cerca de 53% a 77% dos tumores de parótida, 44% a 68% dos tumores da glândula submandibular e 33% a 43% dos tumores de glândula salivar menor. Independentemente do sítio de origem, o adenoma pleomórfico tipicamente apresenta-se como um aumento de volume firme, indolor e de crescimento lento. O PA é um tumor geralmente encapsulado, composto de uma mistura de epitélio glandular e células mioepiteliais permeados por um fundo semelhante ao mesênquima. Geralmente o epitélio forma ductos e estruturas císticas, ou pode ocorrer na forma de ilhas ou cordões celulares. O carcinoma ex adenoma pleomórfico (CAexPA) é caracterizado pela transformação maligna do componente epitelial de um adenoma pleomórfico benigno prévio podendo constituir uma grande porção ou somente uma pequena porção da lesão. O componente maligno geralmente apresenta um padrão de crescimento agressivo, com invasão da cápsula e infiltração dos tecidos circunjacentes. Mais de 80% dos casos de CAexPA têm sido relatados nas glândulas salivares maiores, principalmente na glândula parótida. Demonstrar a caracterização e diferenciação do adenoma pleomórfico para o carcinoma ex adenoma pleomórfico é o objetivo deste trabalho. Assim, o componente do PA caracteriza-se como escasso e disperso, enquanto seu componente maligno caracteriza-se pelo pleomorfismo nuclear, células com atípica mitose frequente, hemorragia e necrose. Comprometem as células epiteliais e mioepiteliais, cuja possibilidade de transformação para CAexPA aumenta com a duração pré operatória do adenoma pleomórfico. A carcinogênese é uma sequência de eventos em que ocorre a perda progressiva da heterozigosidade (do inglês: LOH) dos braços cromossômicos 8q, 12q e 17p, respectivamente. Análises em DNA mostram que os derivados benignos de PAs e CAexPAs mostram mais LOH no braço cromossômico 8q. Já os componentes malignos de CAexPAs mostram significativo aumento de LOH nos braços cromossômicos 12q e 17p, sendo esta característica o potencial para transformação maligna. Os adenomas pleomórficos são mais bem tratados pela excisão cirúrgica, no entanto, a enucleação conservadora dos tumores da parótida resulta na sua recorrência, tendo como complicação potencial a transformação maligna, resultando em um carcinoma ex adenoma pleomórfico. O risco de transformação maligna é pequeno, mas ocorre em aproximadamente 5% de todos os casos. Quando identificada a extensão da invasão do carcinoma, a parotidectomia deve ser devidamente agressiva, pois a gravidade do carcinoma causa potencialidade de metástase, além do comprometimento da glândula parótida e muitas vezes também do nervo facial.

**DESCRITORES:** Adenoma Pleomórfico. Carcinoma Exadenoma Pleomórfico. Carcinogênese

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança