

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL	6
Mudanças da nova versão	8
Protocolo 1 – Lesões em Região Bucomaxilofacial	9
Protocolo 2 – Lesões em Glândula Salivar	11
Protocolo 3 – Traumas/Cirurgias de Maior Complexidade em Região Bucomaxilofacial.....	12
Protocolo 4 – Disfunção de Articulação Temporomandibular (DTM)	13
Protocolo 5 – Condições Clínicas com Maior Risco de Complicações	14
REFERÊNCIAS.....	15
APÊNDICE – MATERIAIS COMPLEMENTARES	18
Projeto EstomatoNet.....	25

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Os Protocolos de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) foram publicados como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade de CTBMF. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contemplados nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do cirurgião-dentista ou médico assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita das seguintes condições clínicas devem ter preferência no encaminhamento para cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos:

- contraindicação à realização de procedimento cirúrgico em nível ambulatorial (pacientes imunossuprimidos ou com comprometimento sistêmico grave); ou
- sequela de trauma causando limitações funcionais; ou
- suspeita de neoplasia maligna bucal ou de glândula salivar, patologia intraóssea ou tumores odontogênicos extensos ou em local de difícil acesso; ou
- pacientes que necessitam de exodontias múltiplas e/ou adequação do meio bucal em curto espaço de tempo (como antes de realizar transplante, tratamento oncológico ou cirurgias cardíacas em pacientes com risco de endocardite infecciosa, pacientes em tratamento com imunossupressor ou em quimioterapia ou radioterapia na região de cabeça e pescoço), na impossibilidade de tratamento em Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

É oportuno mencionar que, a despeito da indicação e do encaminhamento para atendimento especializado, quando necessário, as atribuições do dentista no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) continuam sendo necessárias para a resolutividade e integralidade do atendimento ao usuário. É esperado que o profissional realize na APS, de maneira concomitante ao encaminhamento, procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal (instruções de higiene bucal, profilaxia, raspagem supra e subgingival, restaurações, tratamento endodôntico, exodontias, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais, como biópsias, e procedimentos associados à fase clínica da instalação de próteses dentárias). De modo geral, o usuário deverá ser encaminhado após a realização de procedimentos de adequação do meio bucal relacionados à presença de focos de infecção nos quais a

contaminação possa interferir durante a realização do procedimento cirúrgico especializado, com exceção dos casos que estão contemplados neste protocolo por limitações no atendimento ou na condição clínica do paciente.

Os CEO são serviços odontológicos especializados que realizam procedimentos de média complexidade. A oferta de CEO ou de outro serviço odontológico especializado, mas que não configure como CEO regional, pode variar conforme as pactuações regionais. Em caso de dúvida, orienta-se contatar a Coordenação de Saúde Bucal da sua região para identificar a existência destes serviços. Se não houver conhecimento da pactuação vigente, contatar a Coordenação Estadual de Saúde Bucal pelo *e-mail* saudebucal@saude.rs.gov.br ou telefone (51) 3288-5901.

O encaminhamento para o atendimento em bucomaxilofacial hospitalar é feito pelos Centros de Especialidades Odontológicas ou, em casos matriciados, pela Unidade de Saúde.

Situações de urgência envolvendo trauma dos ossos da face têm acesso a partir do serviço de urgência hospitalar. Nos municípios onde não há referência para CEO de bucomaxilofacial, os encaminhamentos ambulatoriais poderão ser realizados para a atenção hospitalar, conforme fluxo regional pactuado.

Os pacientes com critérios para encaminhamento para oncologia devem ser atendidos nas agendas oncológicas respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia, Resolução nº 265/20 – CIB/RS. O nome das agendas oncológicas por especialidades ou sistemas pode variar de acordo com as referências regionais estabelecidas nas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e nos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), estando apresentadas neste protocolo conforme a portaria Saes/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 21 de maio de 2018.

Última revisão em 8 de agosto de 2024.

Protocolo 1 – Lesões em Região Bucomaxilofacial

O TelessaúdeRS-UFRGS disponibiliza avaliação das lesões bucais por meio do projeto **EstomatoNet**, uma ferramenta de telediagnóstico pela plataforma <https://plataformatelessaude.ufrgs.br/>, disponível para dentistas e médicos da Atenção Primária à Saúde do SUS do Rio Grande do Sul. Os casos também podem ser discutidos pelo **canal 0800 644 6543**, serviço disponível para dentistas e médicos da Atenção Primária à Saúde do SUS de todo o Brasil.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (CTBMF) ou estomatologia:

- Lesão com crescimento rápido que necessite de biópsia para definição diagnóstica (na impossibilidade de tratamento na APS ou Centro de Especialidades Odontológicas), com todos os critérios abaixo:
 - Não associada a fatores irritativos, como trauma ou dentes necróticos.
 - Que não apresenta característica clínica altamente sugestiva de neoplasia maligna ([Quadro 1](#)).
 - Que não regride após 14 dias de acompanhamento.
- Lesão intraóssea não associada a dentes necróticos (lesões grandes ou de difícil acesso, encaminhar preferencialmente para CTBMF).
- Cistos ou outras lesões benignas dos tecidos moles da boca ([Quadro 2](#)), da face e/ou das articulações temporomandibulares (ATM), na impossibilidade de tratamento na APS ou Centro de Especialidades Odontológicas.
- Malformação vascular ou tumor vascular pequeno (menor ou igual a 10 mm), sem fatores complicadores¹, com impossibilidade de tratamento ou acompanhamento na APS ou em Centro de Especialidades Odontológicas.
- Malformação vascular ou tumor vascular extenso (maior que 10 mm) ou com fatores complicadores¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cirurgia cabeça e pescoço:

- Resultado de biópsia (anatomopatológico) com evidência de lesão neoplásica maligna.
- Alta suspeita clínica de lesão bucal maligna – carcinoma espinocelular, melanoma, linfoma ou neoplasias malignas de glândulas salivares ([Quadro 1](#)), sem disponibilidade de biópsia (anatomopatológico).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Cistos ou outras lesões benignas em topografia de orofaringe (em regiões de difícil acesso para as demais especialidades, como tonsilas palatinas, base de língua, paredes laterais e posteriores de faringe e valécua).

¹ São fatores complicadores em casos de malformação vascular ou tumor vascular: ter comprometimento de estruturas nobres, prejuízo funcional/psicológico importante, assimetria facial, hemorragia frequente, ou estar em áreas de maior susceptibilidade a trauma. As malformações vasculares ou tumor vascular são benignas, nos casos em que a queixa for exclusivamente para melhorar a aparência (estética), esta não está prevista pelo SUS, em virtude da observância às prioridades e necessidades patológicas. O manejo para esse grupo de lesões, a depender do tamanho, da localização e da idade do paciente, pode necessitar de abordagem de caráter multiprofissional, envolvendo equipes de cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço e cirurgia pediátrica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Descrição da lesão: tempo de evolução, lesão fundamental, cor, tamanho, superfície, consistência e resultado de teste de sensibilidade pulpar (e demais manobras semiotécnicas de pressão, percussão e digitação apical) para casos de suspeita de lesão intraóssea; ou, se mancha ou placa branca, informar se é removível à raspagem/fricção com gaze (sim ou não).
2. Sintomas: dor, parestesia na boca ou na região peribucal.
3. Fatores de risco (atual ou prévio): tabagismo, etilismo, profissão.
4. Anexar fotografias das lesões ou da região acometida pela queixa.
5. Tratamento realizado para lesão bucal (medicamentos utilizados com posologia e resposta ao tratamento).
6. Se realizado (não é item obrigatório), anexar laudo(s) de exame(s) de imagem (radiografia panorâmica, tomografia computadorizada, ecografia), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data.
7. Se realizado (não é item obrigatório), anexar laudo de biópsia (anatomopatológico), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data.
8. Se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS (não é item obrigatório), inserir o número da teleconsultoria ou anexar o laudo do telediagnóstico (EstomatoNet).

Protocolo 2 – Lesões em Glândula Salivar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial ou estomatologia:

- Processos infecciosos/obstrutivos de glândulas salivares (maiores ou menores) ([Quadro 3](#)) com sintomas persistentes ou recorrentes após o tratamento conservador por pelo menos 2 semanas ([Quadro 4](#)).
- Processos infecciosos/obstrutivos de glândulas salivares (maiores ou menores) ([Quadro 3](#)), na impossibilidade de tratamento efetivo na APS ou Centro de Especialidade Odontológicas.
- Cistos ou outras lesões benignas em glândulas salivares ([Quadro 3](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cirurgia cabeça e pescoço ou otorrinolaringologia:

- Suspeita de neoplasia maligna de glândulas salivares (maiores ou menores – [Quadro 1](#)).
- Adenoma pleomórfico quando localizado em glândula salivar maior ou com suspeita de malignidade¹ ([Quadro 1](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Cistos ou outras lesões benignas em glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais, sintomas e exame físico, incluindo a resposta observada à palpação e/ou ordenha da glândula salivar em questão.
2. Fatores de risco (atual e prévio): tabagismo e/ou etilismo.
3. Anexar fotografias das lesões ou da região acometida pela queixa.
4. Se processo infeccioso ou obstrutivo, descrever tratamentos já realizados (tempo de acompanhamento, medicamentos e procedimentos).
5. Se realizado (não é item obrigatório), anexar laudo(s) de exame(s) de imagem (ecografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data.
6. Se realizado (não é item obrigatório), anexar resultado de biópsia (anatomopatológico), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data.
7. Se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS (não é item obrigatório), inserir o número da teleconsultoria ou anexar o laudo do telediagnóstico (EstomatoNet).

¹ Embora seja um tumor benigno misto, uma complicação rara, porém significativa, é a transformação maligna, o que pode resultar em carcinoma ex-adenoma pleomórfico. O risco de transformação maligna parece aumentar com a duração do tumor. O adenoma pleomórfico pode ser observado em 50 a 77% dos tumores da parótida, 53 a 72% dos tumores das glândulas submandibulares e 33 a 41% dos tumores das glândulas salivares menores.

Protocolo 3 – Traumas/Cirurgias de Maior Complexidade em Região Bucomaxilofacial

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial:

- Sequela de trauma em região bucomaxilofacial que cause limitações funcionais ou intercorrências no trans ou pós-operatórias na impossibilidade de tratamento em Centro de Especialidades Odontológicas.
- Necessidade de enxerto ósseo na maxila ou na mandíbula.
- Necessidade de cirurgia ortognática ([Quadro 5](#)).
- Exodontias de dentes inclusos ou semi-inclusos na impossibilidade de tratamento em Centro de Especialidades Odontológicas.
- Exodontias complexas com fatores de retenção: anatomias radiculares curvas, localização desfavorável, com difícil acesso cirúrgico ou muito próximo de estruturas anatômicas importantes, na impossibilidade de tratamento em Centro de Especialidades Odontológicas.
- Remoção de tórus palatino ou mandibular quando necessário para adaptação de prótese ou na impossibilidade de tratamento em Centro de Especialidades Odontológicas.
- Frenectomia quando indisponibilidade de execução na APS e na impossibilidade de tratamento em Centro de Especialidades Odontológicas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Descrever história clínica: tempo de evolução, grau de limitação funcional, se tem indicação cirúrgica (se sim, informar qual – [Quadro 5](#)).
2. Sinais e sintomas: fistula, dor, parestesia na boca ou região peribucal.
3. Anexar fotografias da região acometida pela queixa (em casos de trauma).
4. Se realizado (não é item obrigatório), anexar laudo(s) de exame(s) de imagem (radiografia panorâmica, tomografia computadorizada, ecografia), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data.
5. Tratamento já realizado (tempo de acompanhamento, medicamentos e procedimentos), incluindo ortodontia (tempo de tratamento e anexar laudo de ortodontista quando disponível).
6. Se realizado (não é item obrigatório), anexar laudo de biópsia (anatomopatológico), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data.
7. Se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS (não é item obrigatório), inserir o número da teleconsultoria ou anexar o laudo do telediagnóstico (EstomatoNet).

Protocolo 4 – Disfunção de Articulação Temporomandibular (DTM)

Atenção: o tratamento inicial para DTM deve ser realizado na APS, conforme o [Quadro 7](#), ou em Centro de Especialidades Odontológicas. Os casos também podem ser discutidos pelo **canal 0800 644 6543**, serviço disponível para dentistas e médicos da Atenção Primária à Saúde do SUS de todo o Brasil para auxílio no tratamento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial:

- Tratamento cirúrgico de DTM ([Quadro 6](#)).
- Disfunção de ATM com sintomas graves (dor ou prejuízo funcional), refratários ao tratamento conservador por 6 meses ([Quadro 7](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Descrever história clínica: tempo de evolução, grau de limitação funcional, se tem indicação cirúrgica (se sim, informar qual – [Quadro 6](#)).
2. Sinais e sintomas: assimetria, dor, estalido, crepitação, limitação de abertura bucal (descrever se unilateral ou bilateral, medida de abertura).
3. Comorbidades que possam contribuir para processos degenerativos (por exemplo: reabsorção condilar idiopática, artrite reumatoide).
4. Se realizado (não é item obrigatório), anexar laudo(s) de exame(s) de imagem (radiografia panorâmica, tomografia computadorizada, ecografia), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data.
5. Tratamento já realizado (tempo de acompanhamento do tratamento conservador, medicamentos utilizados com posologia e resposta ao tratamento).
6. Se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS (não é item obrigatório), inserir o número da teleconsulta.

Protocolo 5 – Condições Clínicas com Maior Risco de Complicações

Atenção: dar preferência à especialidade de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial para aqueles pacientes que necessitam exclusivamente de procedimentos cirúrgicos, principalmente exodontias complexas (conforme o [Protocolo 3](#)). No caso de pacientes que necessitam de adequação do meio bucal envolvendo procedimento de múltiplas especialidades, como dentística (para restaurações), periodontia (para raspagem supra e/ou subgengival, gengivectomia) e exodontias, dar preferência para atendimento de pessoas com deficiência ou com necessidades especiais.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial ou atendimento de pessoas com deficiência ou com necessidades especiais:

- Condições clínicas com maior risco para complicações, em paciente com indicação de tratamentos bucais cirúrgicos:
 - paciente pré-transplante ou antes de tratamento oncológico (especialmente para adequação do meio bucal com a necessidade de múltiplas exodontias em curto espaço de tempo), na impossibilidade de tratamento em Centro de Especialidade Odontológica; ou
 - pessoa vivendo com HIV/aids que apresenta imunossupressão grave ou moderada e/ou CD4 menor que 350 células/mm³; ou
 - paciente em tratamento com imunossupressor, quimioterapia, ou histórico de radioterapia na região de cabeça e pescoço; ou
 - cardiopatia descompensada (especialmente para adequação do meio bucal com a necessidade de múltiplas exodontias em curto espaço de tempo);
 - doença renal crônica em estágio 4 ou 5 (TFG < 30 mL/min/1,73 m²); ou
 - trombocitopenia moderada a grave (plaquetas < 50.000 mm³); ou
 - pessoas em uso de anticoagulante ou de dois antiagregantes plaquetários que necessitam múltiplos procedimentos múltiplos ou invasivos; ou
 - suspeita de osteonecrose dos maxilares relacionada a medicamentos antirreabsortivos (por exemplo: bifosfonatos, denosumabe); ou
 - pessoa com alto risco para osteonecrose (em uso de medicamentos antirreabsortivos como bifosfonatos, denosumabe associado a fatores complicadores¹ sistêmicos ou locais) que necessitem de múltiplas exodontias.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Descrever história clínica: tempo de evolução, grau de limitação funcional, histórico de infecções, se tem indicação cirúrgica (se sim, informar qual), condição clínica com maior risco para complicações.
2. Sintomas: dor, parestesia na boca ou na região peribucal.
3. Fatores de risco (atual ou prévio): tabagismo e/ou etilismo.
4. Anexar fotografias das lesões ou da região acometida pela queixa.
5. Tratamento já realizado (medicamento utilizados com posologia e resposta ao tratamento).
6. Se realizado (não é item obrigatório), anexar laudo(s) de exame(s) de imagem (radiografia panorâmica, tomografia computadorizada, ecografia), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data.
7. Se realizado (não é item obrigatório), anexar laudo de biópsia (anatomopatológico), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data.
8. Se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS (não é item obrigatório), inserir o número da teleconsulta.

¹ Fatores complicadores: condições sistêmicas de risco como quimioterapia, diabetes, insuficiência renal com necessidade de diálise, ou condições locais, como necessidade de extrações dentárias, periodontite, má higiene bucal, trauma (principalmente por próteses mal adaptadas).

Apêndices – Materiais complementares

Quadro 1 – Lesões bucais com alta suspeita de malignidade

Suspeita clínica	Descrição da lesão
Carcinoma espinocelular	<u>Lesão ulcerada:</u> - com bordas elevadas e/ou endurecidas não associadas a fatores traumáticos; ou - com bordas elevadas e/ou endurecidas e que não cicatriza no período de 14 dias após remoção de possíveis fatores traumáticos (próteses fraturadas/desgastadas/desadaptadas, dentes fraturados, mordiscamento); - úlceras com mais de 1 cm de diâmetro, independente do tempo de duração. <u>Lesão nodular:</u> de superfície irregular ou lobulada, com ou sem ulceração, principalmente quando apresentar base endurecida à palpação, e/ou linfonodomegalia cervical.
Melanoma	Mancha acastanhada, azul-acinzentada ou negra, assimétrica, com bordos irregulares, cor heterogênea, com crescimento e mudança de cor.
Linfoma	<u>Lesão nodular ou tumefação difusa:</u> - de superfície lisa ou irregular, geralmente indolor, com ou sem ulceração e/ou linfonodomegalia, não associada a fatores traumáticos (próteses fraturadas/desadaptadas, dentes fraturados); - principais localizações: tonsilas (assimetria); palato e rebordo alveolar; - frequentemente associada à infecção por HIV ou outras causas de imunossupressão; - sintomas constitucionais: febre, sudorese noturna ou perda de peso; - outros sintomas como fadiga e prurido.
Neoplasias malignas de glândulas salivares	Lesão nodular ou tumefação presente em glândula salivar maior ou menor: - malignidades da parótida: tumefações pré-auriculares fixas ou móveis que podem estar associadas a metástases linfonodais cervicais; pode ocorrer paralisia do nervo facial; - malignidades submandibulares: tumefações cervicais assintomáticas, frequentemente firmes, lobuladas, podem estar fixadas à pele ou a tecidos mais profundos; pode ocorrer paralisia do nervo lingual, do nervo hipoglosso ou do ramo mandibular marginal do nervo facial; - malignidades das glândulas sublinguais: tumefações assintomáticas e não ulceradas no assoalho da boca, embora cerca de 50% dos casos possam apresentar dor e dormência; - malignidades de glândulas salivares menores: tumefações submucosas ao longo do trato aerodigestivo superior, assintomáticas; ulcerações são menos frequentes; pode ocorrer estreitamento ocasional das vias aéreas superiores; até 50% dos tumores são localizados no palato; - metástases linfonodais em glândulas salivares: podem se apresentar como tumefações; geralmente provenientes de carcinoma espinocelular (incluindo o cutâneo), melanoma e linfoma.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Neville *et al.* (2021), Dos Santos *et al.* (2022), Warnakulasuriya *et al.* (2022) e Young *et al.* (2023).

Quadro 2 – Lesões de natureza benigna

Processos proliferativos não neoplásicos Pápulas ou nódulos associados a fatores irritativos como trauma e biofilme bacteriano (placa bacteriana).	
Suspeita clínica	Descrição da lesão
Hiperplasia fibrosa inflamatória	Nódulo único ou múltiplo, de base séssil ou pediculada, consistência firme, mucosa de revestimento íntegra, erosada ou com eventuais áreas de úlcera junto à base, medindo frequentemente menos do que 2 cm na maioria dos casos. Está associada a trauma. Localizações preferenciais: fundo de sulco, rebordo alveolar (em região edêntula submetida a trauma crônico por próteses desadaptadas), mucosa labial e dorso de língua.
Hiperplasia papilar inflamatória	Múltiplas pápulas assintomáticas de coloração avermelhada ou rósea, localizadas no palato duro ou no rebordo alveolar sob próteses desadaptadas, mal higienizadas. A não remoção da prótese para dormir à noite é um fator causal comum.
Granuloma piogênico	Nódulo pediculado ou séssil, assintomático, de crescimento rápido, consistência fibrosa, comumente sangrante ao toque, coloração avermelhada, superfície íntegra, ulcerada ou lobulada, medindo de poucos milímetros a vários centímetros. Localizações preferenciais: gengiva, língua, lábio e mucosa jugal.
Fibroma ossificante periférico	Nódulo pediculado ou séssil, coloração avermelhada ou rósea, consistência firme, geralmente menor que 2 cm de diâmetro, exclusivamente no rebordo gengival ou alveolar, frequentemente iniciando a partir da papila interdental. Ao exame radiográfico, pode apresentar focos radiopacos.
Lesão periférica de células gigantes	Nódulo pediculado ou séssil, coloração avermelhada ou azulada, consistência firme, geralmente menor que 2 cm de diâmetro, exclusivamente no rebordo gengival ou alveolar. Ao exame radiográfico, a reabsorção óssea superficial em forma de taça pode ser notada.
Neoplasias benignas Pápulas e nódulos de natureza tumoral ou malformações que não podem ser associados a fatores irritativos como trauma.	
Fibroma	Pápula/nódulo pediculado ou séssil, indolor, único, consistência borracheide, formato arredondado ou ovalado, mucosa de superfície íntegra e de coloração igual à da mucosa normal adjacente, medindo até 1,5 cm. Localizações preferenciais: mucosa jugal, língua e mucosa labial.
Papiloma escamoso	Pápula/nódulo pediculado ou séssil, usualmente único, coloração rósea ou esbranquiçada, superfície papilomatosa ou verrucosa, consistência amolecida a firme. Não costuma ultrapassar 1,5 cm de diâmetro. Localizações preferenciais: palato, úvula, língua e lábios.
Lipoma	Nódulo circunscrito submucoso, móvel, de limites bem definidos e consistência macia. Pode medir de alguns milímetros até 10 cm, mas a maioria dos casos oscila em torno de 2 cm. Coloração igual à da mucosa adjacente ou amarelada. Localizações preferenciais: mucosa jugal e labial, assoalho bucal e língua.
Linfangioma	Múltiplas pápulas ou vesículas translúcidas, com aspecto de “ovos de rã” e coloração igual à da mucosa adjacente ou levemente avermelhada/arroxeadas. Lesões superficiais comumente apresentam sangramento e as profundas aparecem como nódulos ou massas difusas sem mudanças significativas na superfície, textura ou coloração. Tamanho varia de alguns milímetros a mais de 15 cm. Localizações preferenciais: língua, mucosa jugal e rebordo alveolar.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Neville *et al.* (2021).

Quadro 3 – Alterações em glândulas salivares

Processos infecciosos e obstrutivos de glândulas salivares (maiores ou menores)
• Sialolitíase (cálculo salivar). • Sialoadenite crônica (inflamação da glândula geralmente associada a tumefação e/ou perda progressiva da função). • Sialoadenose (condição não inflamatória envolvendo geralmente a parótida, associada a condições como desnutrição, transtornos alimentares, diabetes e cirrose alcoólica). • Mucocèle ou rânula (vesícula ou bolha decorrente do rompimento de um ducto salivar, levando ao extravasamento de mucina para dentro dos tecidos moles vizinhos).
Cistos ou outras lesões benignas em glândula salivar*
• Cisto do ducto salivar. • Adenoma pleomórfico*. • Sialometaplasia necrosante.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Neville *et al.* (2021).

* O adenoma pleomórfico pode ser observado em 50 a 77% dos tumores da parótida, 53 a 72% dos tumores das glândulas submandibulares e 33 a 41% dos tumores das glândulas salivares menores. Quando ocorre em glândula salivar menor, a região lateral e posterior do palato duro e palato representa mais da metade dos casos, e a segunda localização mais comum de glândula salivar menor é o lábio superior (19 a 27%), seguido da mucosa jugal (13 a 17% dos casos).

Quadro 4 – Manejo conservador para processos obstrutivos/infecciosos (sialolitíase, sialoadenite) das glândulas salivares

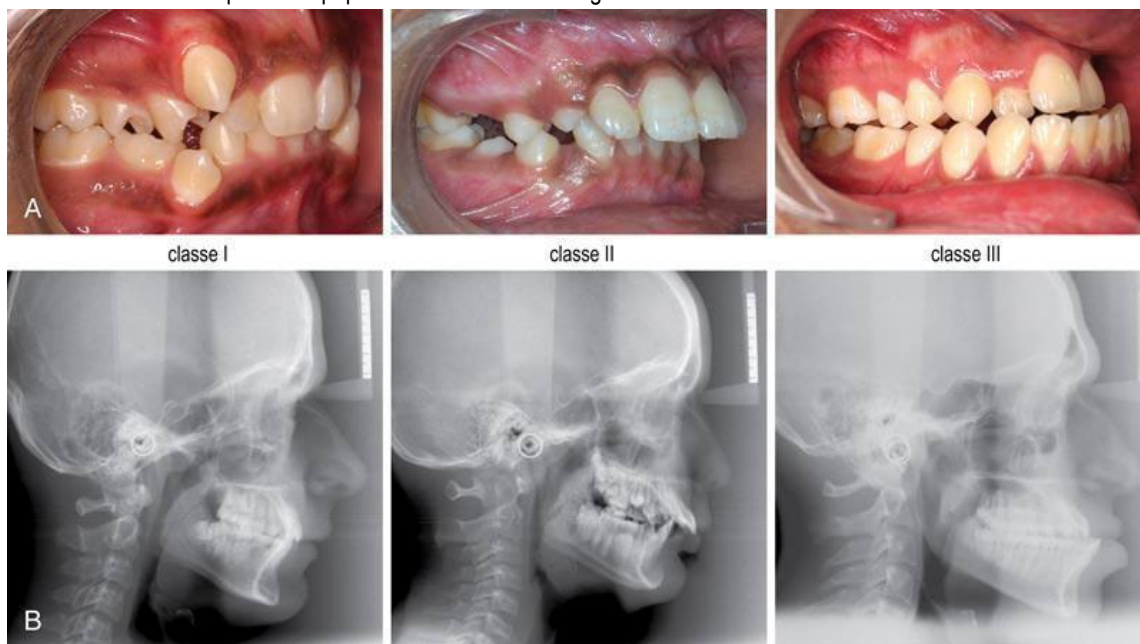
Medidas gerais
• Estimular hidratação adequada. • Otimizar higiene bucal. • Aplicar calor úmido ou compressa morna na região. • Agentes não farmacológicos que promovem o fluxo salivar podem ser usados ao longo do dia conforme tolerado (por exemplo: balas azedas e duras, gotas de limão). • <u>Controle da dor e inflamação</u>: uso de anti-inflamatório não esteroide como, por exemplo, ibuprofeno. Pacientes com dor mais intensa podem necessitar de opioides. ○ Ibuprofeno (comprimidos de 200, 300 e 600 mg ou solução oral gotas 50 e 100 mg/mL). Posologia para adultos: 400 a 800 mg, 6/6 h a 8/8 h. Dose máxima: 3,2 g/dia (em uso crônico, dose máxima de 2,4 mg/dia). • <u>Febre</u>: ○ Paracetamol (comprimidos de 500 e 750 mg ou solução oral gotas 200 mg/mL). Posologia para adultos: 1 g, 6/6 h a 8/8 h. Dose máxima: 4 g/dia (2 g/dia se doença hepática crônica). ○ Dipirona (comprimido 500 mg e 1g ou solução oral gotas 500 mg/mL). Posologia para adultos: 500 a 1.000 mg, 6/6 h ou 8/8 h. Dose máxima: 4 g/dia. • Fatores de risco como tabagismo, hipovolemia e uso de medicamentos anticolinérgicos (por exemplo: amitriptilina e difenidramina) devem ser identificados e, quando possível, descontinuados, com vistas à prevenção de novos episódios.
Medidas com base na etiologia específica (realizadas em conjunto com as medidas gerais)
• <u>Infecções bacterianas*</u>: quando se observar drenagem de pus frente à manobra da ordenha da glândula, recomenda-se antibioticoterapia. Além disso, deve-se intervir nos fatores predisponentes subjacentes (desidratação, sialolitíase, estenose ductal, doença autoimune, como, por exemplo, síndrome de Sjögren). ○ Cefalexina 500 mg, 6/6 h, por 7 a 10 dias. Na ausência de melhora da dor, febre ou drenagem purulenta em 5 a 7 dias, deve-se obter cultura da secreção do ducto, solicitar antibiograma e ampliar a cobertura antibiótica até que os resultados da cultura e do antibiograma estejam disponíveis. Nesse caso, a cobertura deve ser substituída por: - amoxicilina + clavulanato 500+125 mg, 8/8 h; ou 875+125 mg, 12/12 h; ou - clindamicina 300 mg, 6/6 h ou 450 mg, 8/8 h. • <u>Investigação complementar</u>: além de ampliar a cobertura antimicrobiana, deve-se obter imagens com ultrassom ou tomografia computadorizada com contraste se houver sinais sugestivos de abscesso, como flutuação associada a eritema sobrejacente e calor. Neste caso, orienta-se encaminhamento para emergência. • <u>Sialolitíase (cálculo salivar)</u>: realizar massagem da glândula; se houver suspeita de infecção secundária*, realizar antibioticoterapia (conforme acima). • <u>Infecção viral</u>: realizar tratamento de suporte/medidas gerais e, se necessário, manejo específico do vírus.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Fazio e Emerick (2022), Hoffman (2024) e Dynamed (2023).

* Caracterizadas pelo aumento de volume e dor súbitos sobre uma única glândula. Ao exame físico, nota-se tumefação firme e sensível. A drenagem de secreção purulenta pode ser expressa a partir do orifício do ducto afetado. Pode haver febre e calafrios.

Quadro 5 – Indicações de cirurgia ortognática

- Deformidades dentofaciais:
 - Mordida aberta anterior, refratária a tratamento ortodôntico.
 - Classe II ou III não corrigida com ortodontia (Figuras A e B).
 - Paciente com prognatismo (mandíbula grande e/ou maxila pequena) ou retrognatismo (mandíbula pequena), refratária a tratamento ortodôntico.
 - Atresia maxilar (maxila estreita): mordida cruzada posterior.
 - Assimetrias: maxilares tortos.
- Ronco e síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono grave.



A. Três tipos de maloclusão dentária: da esquerda para a direita, classes I, II e III. B. As cefalometrias correspondentes demonstram o padrão esquelético: da esquerda para a direita, classes I, II e III.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Hupp, Ellis e Tucker (2021), Prado e Salim (2018) e Klineberg (2017).

Quadro 6 – Indicações cirúrgicas em DTM

Anquilose de ATM (boca não abre).

Fratura do côndilo mandibular.

Cistos e hiperplasias da ATM.

Dor grave persistente ou prejuízo funcional grave em pacientes refratários ao tratamento conservador por pelo menos 6 meses, incluído tratamento reabilitador prévio com próteses fixas ou removíveis.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Okeson *et al.* (2021).

Quadro 7 – Manejo conservador para disfunção de articulação temporomandibular (DTM)

Medidas gerais Abordagem de primeira linha para todos os pacientes com DTM
- Educação e autocuidado: explicar sobre a história natural da condição e a lógica por trás das abordagens de tratamento, pois é fundamental que o paciente entenda a doença para o sucesso do tratamento. Orientar medidas de autocuidado, incluindo postura ideal da cabeça, exercícios de mandíbula, higiene adequada do sono, evitar gatilhos como onicofagia (roer unhas) ou mastigar caneta, se esses fatores contribuem para os sintomas. Reavaliar em 2 a 4 semanas após o início da terapia conservadora e manejar de acordo com os sintomas apresentados. - Programar, encaminhar ou reabilitar a oclusão dentária com próteses fixas ou removíveis.
Avaliar e tratar fatores contribuintes
- Fisioterapia: pessoas com DTM com componente musculoesquelético proeminente ou sintomas cervicais ou nos ombros. - Exercícios de mobilização e estabilidade da ATM. - Massagem (nos músculos da mandíbula, facial e/ou pescoço). - Avaliação e instrução postural. - Termoterapia (pode ser realizada com toalha quente e úmida, bolsa de gel ou garrafa de água quente enrolada em uma toalha úmida, para reduzir a dor, relaxar os músculos, melhorar as funções mandibulares e aumentar a abertura bucal) durante 10 a 15 minutos; não exceder 30 minutos. - Terapia de resfriamento (aplicar gelo diretamente sobre a área afetada com movimentos circulares, sem pressão nos tecidos), não exceder 5 a 7 minutos, para estimular o relaxamento dos músculos em espasmo, aliviando, assim, a dor associada. Após um período de aquecimento, uma segunda aplicação pode ser desejável, mas não exceder 30 minutos. - Placas oclusais para sintomas musculoesqueléticos proeminentes ou bruxismo. Para pacientes com DTM com sintomas musculoesqueléticos, placas oclusais (usadas à noite e/ou durante o dia) podem ser úteis quando associadas à fisioterapia. - Psicoterapia: no caso de pacientes com depressão, ansiedade e transtornos de estresse comórbidos, o manejo biocomportamental é usado como terapia adjuvante no tratamento de DTM. - Terapia farmacológica adjuvante: utilizada para pacientes com sintomas persistentes concomitantemente com outros tratamentos, incluindo educação e autocuidado.
Tratamento agudo: para pacientes com dor persistente em DTM, sugere-se uso de um anti-inflamatório não esteroide como terapia farmacológica de primeira linha. Exemplo: naproxeno 250 a 500 mg, 2x/dia, por 10 a 14 dias. Sugere-se tomar a menor dose efetiva pelo menor período de tempo.
Para pacientes com sensibilidade dos músculos da mastigação, sugere-se tratamento combinado de anti-inflamatório não esteroide e relaxante muscular: Exemplo: ciclobenzaprina 5 a 10 mg, 1x/dia ao deitar, por 10 a 14 dias.
Para a maioria dos pacientes, o relaxante muscular é prescrito por apenas 10 a 14 dias. Porém, alguns pacientes com dor muscular persistente podem se beneficiar de 1 semana adicional de tratamento. Devido às suas propriedades sedativas, a ciclobenzaprina deve ser tomada apenas ao deitar.
Antidepressivos tricíclicos: no caso de pacientes com sintomas persistentes que requerem farmacoterapia adjuvante contínua após 2 semanas de tratamento com anti-inflamatório não esteroide (ou 3 semanas para aqueles que tomam relaxantes musculares adicionais), sugere-se o seguinte:
- Nortriptilina 10 mg, 1x/dia, à noite. Aumentar a dose em intervalos semanais, com incrementos de até 10 mg, com base na resposta e tolerabilidade. Dose máxima: 25 a 50 mg/dia, 1x/dia, ao deitar. - Amitriptilina 25 mg, 1x/dia, à noite (1 ou 2 horas antes de dormir). Aumentar gradualmente a dose com base na resposta e tolerabilidade, com incrementos de 10 a 25 mg em intervalos maiores ou iguais a 1 semana. Dose máxima: 150 mg/dia, 1x/dia, à noite.
Para tratamento adequado, são necessárias de 6 a 12 semanas, incluindo 2 semanas na dose mais alta tolerada. Em pacientes cujos sintomas respondem adequadamente ao tratamento, a dose é reduzida lentamente usando os mesmos incrementos que foram usados para o aumento da dose, e continua com a menor dose eficaz por mais 4 meses. Se o controle da dor permanecer adequado, reduzir gradualmente em um período de 4 a 6 semanas. Se a dor voltar à medida que o antidepressivo tricíclico for diminuindo, a redução gradual da medicação é descontinuada e a menor dose efetiva é retomada. Em idosos, as doses iniciais de tricíclicos devem ser reduzidas pela metade e o aumento da dose deve ser feito mais lentamente.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Mehta e Keith (2024), Dynamed (2024), Okeson *et al.* (2021) e Furlan *et al.* (2015).

Quadro 8 – Principais estratégias de manejo comportamental conservadoras no atendimento odontológico de crianças e pessoas com deficiência ou com necessidades especiais

Ressalta-se que o atendimento desses grupos requer uma relação de confiança entre o profissional, os responsáveis e/ou cuidadores e o usuário. Recomenda-se o consentimento prévio informado para realização das técnicas.

Crianças	
Dizer-mostrar-fazer	O profissional faz comunicação verbal com a criança e o responsável sobre qual procedimento será realizado. Utilizar linguagem compatível com grau de compreensão da criança, apresentar os materiais, familiarizá-la com o ambiente.
Controle de voz	Mudança no tom de voz; utilizar diferentes entonações para repreender a criança diante de atitudes erradas e também para parabenizar diante do bom comportamento.
Reforço positivo	Gratificações após a consulta, elogios, reforçar as conquistas e os avanços no comportamento, mesmo que não seja conforme o esperado.
Pessoas com deficiência ou com necessidades especiais	
A partir de uma avaliação criteriosa, considerando o contexto e as necessidades do usuário e sua família, essas técnicas devem ser usadas quando o usuário apresentar um nível de cognição compatível com o entendimento sobre o processo.	
Verbal	Técnica do dizer-mostrar-fazer; modelagem (observar o tratamento odontológico de um modelo e, posteriormente, estimular a fazer a mesma ação); reforço positivo; controle de voz.
Não verbal	Toque, olhar, sorriso.
Restrição física	O objetivo é limitar movimentos corporais, evitando injúrias. Pode ser realizada em pacientes não colaboradores com as mãos de um auxiliar bem treinado e/ou cuidador ou responsável do usuário.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Brasil (2016, 2018, 2019).

Projeto EstomatoNet

O EstomatoNet, uma parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), é um serviço de telediagnóstico para lesões bucais criado em junho de 2015. O objetivo é dar suporte aos profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento de lesões bucais, evitar encaminhamentos desnecessários e diminuir o tempo de espera para atendimento presencial com especialistas em casos de alto risco para câncer e desordens bucais potencialmente malignas.

Pacientes com lesões bucais diversas podem ser avaliados pelo EstomatoNet por meio da Plataforma de Telessaúde, disponível em <https://plataformatelessaude.ufrgs.br/>. Recomenda-se não realizar o duplo encaminhamento para EstomatoNet e cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial presencial simultaneamente.

Quem pode solicitar

Todos os dentistas e médicos das unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde do SUS do Rio Grande do Sul.

Público-alvo

Paciente de qualquer idade que apresente lesão(ões) bucal(is).

Funcionamento

O dentista ou o médico da APS solicita o telediagnóstico para seu paciente via Plataforma de Telessaúde, no qual um formulário *on-line* deve ser preenchido com:

- cartão nacional do SUS (CNS), CPF, data de nascimento, sexo, histórico médico (comorbidades e medicamentos de uso contínuo), além de hábitos como consumo de álcool e cigarro;
- informações da(s) lesão(ões) bucal(is): descrição, queixa ou lesão que motivou a solicitação ao EstomatoNet, tempo de duração da condição, características clínicas, tratamentos prévios, eventuais exames complementares e hipótese diagnóstica;
- foto(s) das lesões observadas, que o profissional deve adicionar ao final do formulário.

O laudo é enviado pela Plataforma de Telessaúde para o profissional solicitante e para o paciente, junto com recomendações de conduta.

Após a primeira discussão de aconselhamento em relação a cada caso, o solicitante poderá realizar uma solicitação subsequente para rediscutir o mesmo caso clínico. Isso é valioso naqueles casos que foram submetidos à terapia medicamentosa ou que necessitaram de exames complementares. Outra situação refere-se aos casos em que um acompanhamento ou retorno é solicitado pelo teleconsultor para permitir a avaliação do curso clínico e confirmação do diagnóstico.

Para mais informações, consulte <https://www.ufrgs.br/telessauders/estomatonet/>.