

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS LESÕES DA BÔCA\*

## PARTE I — LESÕES BLASTOMATOSAS

ATALIBA MACIEIRA BELLIZZI\*\*

De tôdas as cavidades do nosso organismo, é a bucal a que melhor se presta ao exame direto e minucioso. Tal situação nos vale para permitir a identificação de lesões bucais com preseteza e até mesmo antes do aparecimento de sintomatologia subjetiva. É necessário, no entanto, que o exame seja feito com método, órgão por órgão e em ordem anatômica, para que se crie o hábito da seqüência. Êste, muito nos favorece e nos habituamos a proceder o exame, das porções superficiais para as profundas, a saber: lábios e comissuras, glândulas parótidas e sub-maxilares, gânglios faciais e cervicais, mandíbulas e articulações têmporo-mandibular, mucosas labial e geniana, dentes, gengivas e espaços retro-molares, língua (tôdas as porções), assoalho da bôca e glândulas sublinguais, pátalos mole e duro, amígdalas e pilares, oro-faringe.

As lesões bucais se evidenciam, via de regra, pelos transtornos que trazem às funções mecânicas dos ór-

gãos bucais. Por essa razão, podemos ter sintomatologia semelhante em lesões de diferentes naturezas, no mesmo local. Além da inspecção e da palpação, de valor imprescindível, temos ainda que atender para a história do paciente. O elemento de maior valor é o exame histopatológico, procedido após a biópsia a céu aberto ou por punção. Poderíamos lembrar que, para fins estatísticos, só costumam ser relacionados os casos comprovados, o que quer dizer, com o diagnóstico histopatológico. Mesmo para quem está habituado ao exame diário, é muito difícil e às vezes impraticável, o diagnóstico sem o exame histopatológico, pois que só êle nos permite distinguir determinados tipos de lesão. Como recurso diagnóstico, usamos ainda, a radiografia simples ou contrastada, que tem a máxima indicação nas lesões ósseas e dentárias. Os exames de análise clínica são usados para diferenciação das lesões inflamatórias, das associações infecciosas, das doenças sistêmicas, endócrinas e metabólicas e ainda para algumas maformações congênitas. A transiluminação é usada na evidenciação de algumas lesões das cavidades naturais e a electroforese, em algumas doenças sistêmicas. Reunimos como sintomatologia mais freqüente: erosão ou ulceração; infiltração; alte-

---

(\*) Trabalho apresentado no 1.º Congresso Médico da Zona da Mata, realizado em Cataguazes — 1955. Minas Gerais.

(\*\*) 1.º Assistente da Seção de Cirurgia da Cabeça e do Pescoço do Instituto do Câncer. Assistente da Cátedra de Anatomia da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

ração de coloração da mucosa bucal; tumor; dor; dificuldade à movimentação da língua, à fonação, à mastigação, à deglutição e à respiração; amolecimento e queda dentárias, parestesia; anestesia; paralisia; trismo; epistaxe; adenopatia; dispnéia; sialorréia; febre. Como se pode facilmente deduzir, êsses sintomas prendem-se principalmente à localização, visto que uma lesão neoplásica ou inflamatória, ou mesmo congênita da porção vertical da língua, por exemplo, acarretará distúrbios à movimentação da língua, à deglutição, à respiração, etc. No entanto, podemos dizer que sempre que

encontramos erosão ou ulceração, associada à infiltração, ao tumor e à cronicidade, devemos suspeitar de lesão maligna. "Tôda lesão que persistir por mais de 3 semanas na cavidade bucal, deve ser considerada cancerosa ou pré-cancerosa, até que se prove o contrário" — Bernard G. Sarnat e Isaac Schour (1). Pelas características anátomo-clínicas, tentamos classificar as lesões bucais em dois grandes grupos, blastomatosas e não blastomatosas. As primeiras são as que têm por característica freqüente a neoformação celular. São as que passamos a estudar.

LESÕES BLASTOMATOSAS

B E N I G N A S

1 — ORIGEM EPITELIAL

SÓLIDAS	Epitélio de revestimento	Névo
		Leucoplasia
Epitélio glandular		Adenoma
		Tumor misto de glândula salivar
Epitélio dentário — Enameloma		
CÍSTICAS	Partes moles	Cisto salivar
		Rânula
Tecido odonto-gênico (epitelial)	Cistos foliculares	simples
		múltiplo
		dentígero
Cistos adamantinos (adamantoblastomas)		peridentário
		odontoma cístico
		monocístico
		policístico
		melânico
Cisto radicular		hemangioadamantoblastoma
		adenoadamantoblastoma
		simples — unilocular
		múltiplo-multilocular

2 — ORIGEM CONJUNTIVA

Origem em partes moles		Épulis (tumor de células gigantes periférico)		
		Fibroma		
Origem em tecido odonto-gênico (conjuntivo)	Odontomas	Queloide		
		Mixoma		
		Lipoma		
		Hemangioma		
		Linfoangioma		
		Endotelioma		
		Hamartoma		
		Mioma		
		Neuroma		
		Neurofibroma		
		Não calcificado		simples — fibroma odontogênico
				misto { odontoma misto mole fibroadamantoblastoma
		Calcificado		dentinoma
cementoblastoma				
misto calcificado				
		simples		
		múltiplo		
		geminado		
		composto		
		complexo		
Origem em tecido ósseo	Sólidos	Fibroma		
		Fibroma calcificado		
		Fibroma ossificado		
		Ósteo-fibroma		
		Osteoma		
		Exotose		
		Condroma		
Císticos		Tumor de células gigantes		
		Cisto traumático		

LESÕES BLASTOMATOSAS

M A L I G N A S

ORIGEM EPITELIAL	PRIMÁRIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espino-celular</li> <li>Baso-celular</li> <li>Baso-espino-celular</li> <li>Adenocarcinoma</li> <li>Melanoma</li> <li>Disceratose senil</li> <li>Eritroplasia</li> </ul>	
	SECUNDÁRIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propagadas de regiões vizinhas</li> <li>Metástases de lesões na mandíbula</li> </ul>	
ORIGEM CONJUNTIVA	PRIMÁRIAS	Tecido Ósseo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osteogênico                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Osteolítico</li> <li>Esclerosante</li> <li>Fibrossarcoma                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Medular</li> <li>Perióstico</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Cartilaginoso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Condrossarcoma</li> <li>Mixossarcoma</li> </ul> </li> <li>Reticuloendoteliais                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Tumor maligno de células gigantes</li> <li>Angioendotelioma</li> <li>Reticulo-sarcoma                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>indiferenciado</li> <li>diferenciado</li> <li>retículo-endotélio-sarcoma</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Lipossarcoma</li> <li>Mieloma</li> </ul>
		Partes moles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fibrossarcoma</li> <li>Neurossarcoma</li> <li>Lipossarcoma</li> <li>Mixossarcoma</li> <li>Linfossarcoma</li> <li>Reticulossarcoma</li> </ul>
		Tecido odontogênico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fibrossarcoma odontogênico</li> <li>Adamantinossarcoma</li> </ul>
		SECUNDÁRIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propagadas de regiões vizinhas</li> <li>Metástases mandibulares</li> </ul>
		LESÕES BUCAIS DE DOENÇAS SISTÊMICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hodgkin</li> <li>Leucemia</li> <li>Mieloma múltiplo</li> </ul>



Inicialmente, convém diferenciar-mos as lesões benignas das malignas. Para tal organizamos, baseados no esquema de Bernard Sarnat e Isaac Schour (1), o seguinte quadro sinótico:

#### BENIGNAS

ASPECTO — Recobertas por pele normal, móveis, salvo complicações  
 DESENVOLVIMENTO — Por extensão  
 Encapsulada  
 MODO DE CRESCIMENTO — Raras figuras de mitose  
 TENDÊNCIA — Estabilizar ou retroceder  
 ESTRUTURA — Típica do tecido de origem  
 METÁSTASES — Não  
 PROGNÓSTICO — Bom. Perigo apenas extrínseco  
 por:  
 1 — Compressão de órgãos nobres  
 2 — Complicações acidentais  
 3 — Produção excessiva de secreção ou de hormônio

#### MALIGNAS

Infiltração rápida, tendendo a ulcerar precocemente  
 Por expansão, infiltração  
 Sem cápsula  
 Rápido  
 Predominam figuras de mitose  
 Raramente o crescimento cede espontaneamente  
 Atípico, indiferenciada  
 Sim  
 Variável com o caso. Perigo intrínseco e extrínseco: infiltração progressiva com metástases tendendo à morte quando não tratadas.

Procedida essa diferenciação, passaremos a estudar os dois grupos em separado:

#### LESÕES BENIGNAS SÓLIDAS, FORMADAS À CUSTA DO EPITÉLIO DE REVESTIMENTO:

a) *Nevo* — Lesão congênita ou surgida pouco após o nascimento, correspondendo a

modificação do aspecto cutâneo (raramente da mucosa), circunscrita, pigmentada, pilosa ou não, plana, saliente ou profunda. Pode degenerar em lesão maligna. Raramente involue e desaparece espontaneamente. Segundo Blanco e Mazzini (2), pode ser vascular, verrucosa, glandular ou sistematizada.

b) *Leucoplasia* — Placa mucosa esbranquiçada, leitosa ou ligeiramente amarelada, ligeiramente saliente, como se percebe na foto número 1; causada pela grande deposição de eleidina no citoplasma das células da mucosa bucal e da língua. É confundida clinicamente com o liquem plano, dêle sendo distinta apenas pelo exame histopatológico. É comum nos tabagistas, nos etilistas, nos indivíduos que têm o hábito de ingerir alimentos demasiado quentes, nos casos de avitaminose do complexo B e muito comumente na sífilis. Para Boyd (3) constitui uma das lesões que mais freqüentemente degeneram. A área leucoplástica fica endurecida e sem elasticidade, se fissurando com relativa facilidade, formando no fundo de uma dessas rá-gádias, uma lesão ulcerada que pode se cancerizar.

c) *Liquem Plano* — Apresenta as mesmas características clínicas da leucoplasia, como já foi dito acima, dela se distinguindo apenas pelo exame histopatológico. A sua superfície apresenta certa tendência a se tornar verrucosa e às vezes atinge grandes áreas como se observa na foto número 2.

d) *Papiloma* — Pequena eminência cutânea, circunscrita, dura, esbranquiçada, pediculada ou não, indolor ou dolorosa apenas na base. Sua superfície lembra, por vezes, um cogumelo ou vegetação, como se pode notar na foto número 3.

e) *Hipertrofia Gengival* — Apresenta-se como um aumento circunscrito da gengiva, que se torna avermelhada. Superfície irregular e freqüentemente bosselada e dolorosa. Pode ser causada por aparelhos protéticos, fibromatose reacional, impregnação medicamentosa ou por distúrbios metabólicos.

#### LESÕES BENIGNAS SÓLIDAS FORMADAS À CUSTA DO EPITÉLIO GLANDULAR:

a) *Adenoma* — Tumor miliar ou lenticular, que surge na infância ou na puberdade. Superfície lobulada e às vezes verrucosa, ocupando as camadas profundas da pele, sem

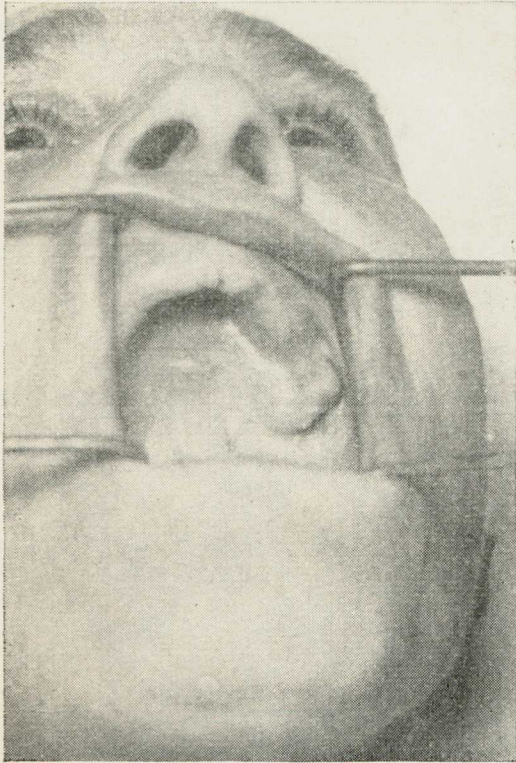


Foto 1

aderir aos planos profundos. Pode ser simétrico ou não e ser formado à custa das glândulas sudoríparas ou sebáceas dos lábios (porção cutânea), ou à custa das glândulas salivares (ambas as porções).

b) *Tumores mistos de glândula salivar* — São tumores que ocupam frequentemente as glândulas pluricelulares, formados pela conglomeração de inúmeros nódulos duros e indolores. De crescimento lento, encapsulados, móveis (principalmente os da submaxilar). Os tumores pequenos da parótida são pouco móveis dado à cápsula fibrosa que envolve a glândula. Podem provocar dor quando comprimem algum nervo. São lesões histologicamente malignas, mas clinicamente portam-se como lesões benignas, apenas recidivam com muita frequência. Sua evolução é lenta e excepcionalmente degeneram em lesão clinicamente maligna. Nesse caso, infiltram-se rapidamente aos tecidos próximos e principalmente ao perióstio e ao tegumento. Determinam precocemente adenopatias cervicais. Podem ser formados até por sete tecidos diferentes, desde o mixomatoso

até o cartilaginoso e ósseo. São mais frequentes na parótida na proporção de 12 para 1 em relação às demais localizações. Podem ser formados na sub-maxilar, nas glândulas unicelulares e raramente na sub-lingual. Segundo Desaire (4), existiam, até 1946, dezoito casos publicados nessas localizações. Alberto Coutinho (5) publicou em 1949 mais quatro casos em 45 tumores de glândula salivar registrados no Serviço Nacional de Câncer até essa data. Não devemos prescindir para o seu diagnóstico do toque combinado (endo e ectobucal). Além deste, a expressão do tumor pode nos fornecer dados valiosos pela saída ou não de líquido purulento ou mucoso pelo canal excretor da glândula. Seu diagnóstico deve ser feito, preferencialmente, pela biópsia por congelamento ou pela punção. Temos na foto número 4, o aspecto característico do tumor misto da parótida.

#### LESÕES BLASTOMATOSAS BENIGNAS DERIVADAS DO EPITÉLIO DENTÁRIO

a) *Enameloma* — Lesão rara que se apresenta como deposição de esmalte, na raiz do dente, sob a forma de pequenas gotas bem



Foto 2



Foto 3

delineadas, sésseis ou pediculadas. Sua identificação deve ser feita radiologicamente.

#### LESÕES BENIGNAS CÍSTICAS DERIVADAS DE PARTES MOLES

a) *Cisto salivar* — Nódulo de consistência uniforme, contornos nítidos, aderente à face profunda da mucosa, com flutuação discreta, freqüentemente associado a processo inflamatório local e encontrado quase sempre nas áreas em que temos glândulas salivares unicelulares, principalmente lábios e mucosa geniana. E' o aspecto que nos lembra a foto número 5.

b) *Rânula* — Dilatação dos ácinos salivares por obstrução do canal excretor de glândula pluricelular. A causa mais freqüente é a sialo-litíase, seguida da estenose cicatricial e das compressões extrínsecas. A punção do cisto nos permite aspirar líquido esbranquiçado, viscoso, de composição idên-

tica à saliva. A rânula, além de se caracterizar pela localização, apresenta as características físicas do cisto e pode ser diagnosticada pela palpação do cálculo, pela observação da imperfuração do canal excretor (rânula congênita), pelo cateterismo, afim de encontrar obstáculo no canal ou ainda, pelas radiografias simples e contrastada (sialograma). Raramente encontramos cistos salivares nas glândulas pluricelulares.

#### LESÕES BENIGNAS CÍSTICAS DERIVADAS DO TECIDO ODONTOGÊNICO EPITELIAL:

a) *Cisto folicular* — Resultante da degeneração cística do germe dentário — odontoma cístico — odontoma encerrado em cisto. E' um cisto de parede espessa, originado do órgão do esmalte, contornos nítidos, bem delimitado, tendo no seu interior, líquido rico em colesterolina. Quando em sua cavidade encontramos uma coroa dentária, chamamo-lo cisto dentífero. O cisto dentífero origina-se no tecido do esmalte que sofre alterações regressivas em sua camada média, transformando-se em cavidade que é distendida pelo



Foto 4

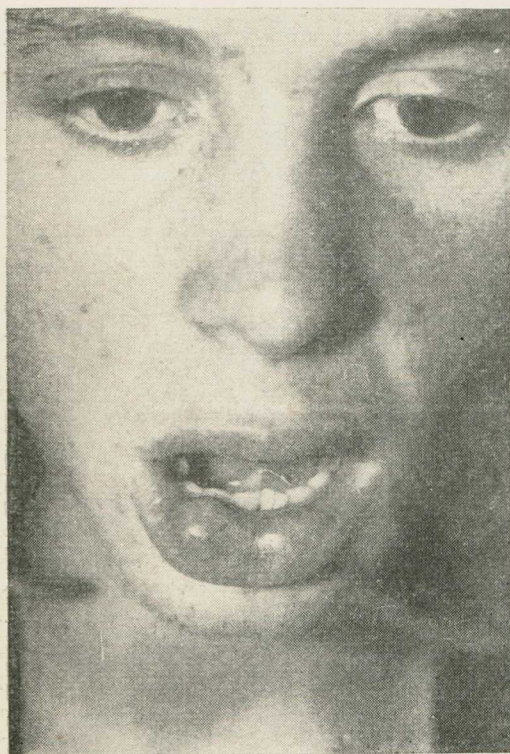


Foto 5

seu conteúdo líquido. Se esta regressão suceder antes da formação do dente, surgirá o cisto folicular; se depois, teremos o cisto dentígero. Algumas vezes, do seu revestimento epitelial, surge tecido de neoformação que se aprofunda no tecido conjuntivo da parede, dando origem aos adamantinomas. Sendo eles de uma origem comum, podemos compreender porque, algumas vezes, essas formações císticas podem se transformar em adamantinomas. Vemos na foto número 6 o macroscópico de um cisto folicular, assinalando-se discreto processo inflamatório da mucosa bucal que o reveste, como habitualmente sucede.

b) *Cisto adamantino* — Também chamado adamantinoma cístico — com as características histológicas acima assinaladas; localizado nas bordas radiculares dos dentes. Também conhecido por adamantoblastoma, por ser originado, não no órgão adamantino, mas, pelos elementos que o constituem. O adamantinoma é estudado por alguns autores em duas formas clássicas — cística e sólida. No entanto, se o examinarmos bem, vamos

sempre encontrar uma cavidade cística, muitas vezes de dimensões reduzidas, pelo que, considerando também o seu mecanismo formador, admitimos o adamantinoma como lesão cística. Robinson (6) fez revisão em uma série de casos, encontrando cavidade cística em todos eles. Thoma (7) agrupa-os em mono e policístico, segundo o aspecto que se apresenta. Parece, no entanto, que a lesão é inicialmente monocística, tendendo com o evolver a se tornar policística. Citam formas raras, como a melânica, caracterizada pela presença do pigmento na lesão; o hemangioadamantoblastoma como forma associada a lesão vascular sanguínea e o adenoadamantoblastoma, em que temos associação do adamantinoma ao adenoma. Tem desenvolvimento lento e insidioso, tendendo a lesões policísticas que nos dão uma superfície bosselada, com deformidade facial intensa, amolecimento e queda dentárias, tendendo à fratura óssea. É mais freqüente na mandíbula e pode excepcionalmente dar metástases. Sua maior incidência é observada nos jovens e nos melanodermas. Segundo Mario

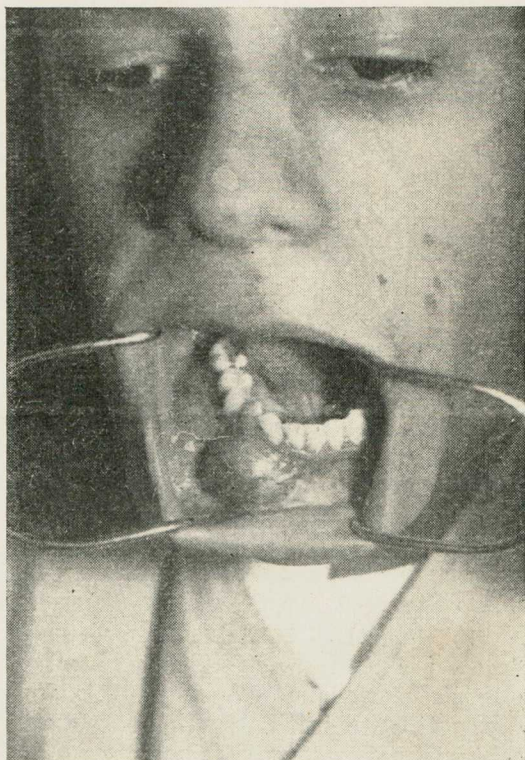


Foto 6



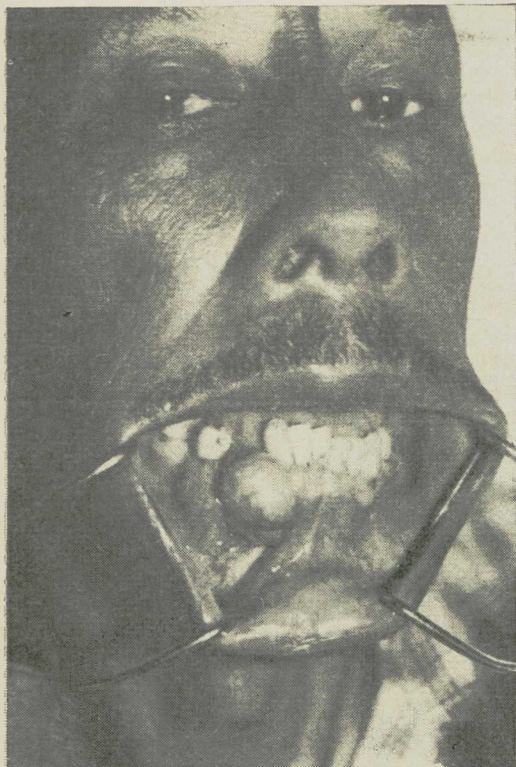


Foto 7

Kroeff e Alberto Coutinho (8), constituem 12% de tôdas as lesões blastomatosas dos maxilares, sendo 2/3 observado no sexo feminino. Na foto número 7, vemos um adamantinoma monocístico desenvolvendo-se dorsalmente na borda radicular do canino direito. Com o desenvolvimento da lesão, surge grande deformidade da face, distendendo as partes moles e indo nos trazer o aspecto do doente visto na foto número 8.

Essas lesões apresentam sintomatologia semelhante à dos tumores benignos ósseos: nódulo doloroso na espessura óssea, de crescimento insidioso e lento, assimetria facial, amolecimento dentário e às vêzes, fratura óssea. O diagnóstico deve ser feito pela história do paciente, pela radiografia e pelos exame histopatológico. Seu aspecto microscópico é muito variável, o que se justifica pela sua origem, visto ser o órgão do esmalte formado por condensação do epitélio que re-

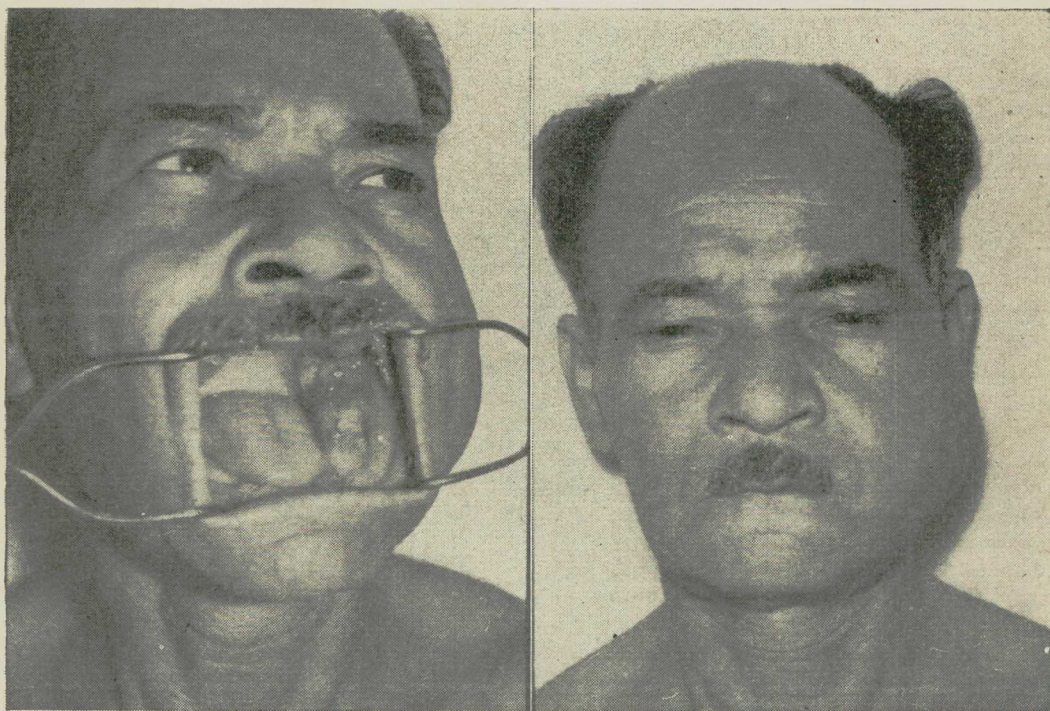


Foto 8

veste os brotos maxilares, que é pluripotente.

Lesões blastomatosas benignas de origem conjuntiva e formada em partes moles.

a) *Fibroma* — Pequeno nódulo cutâneo, mucoso ou subtegumentar, bem delimitado, de superfície achatada e lisa, de cor esbranquiçada e brilhante, indolor, duro, formando discreto relêvo e aderindo precocemente aos planos profundos. É pouco freqüente em sua forma simples, sendo mais encontrado associado a outras neoformações. Muito freqüentemente o encontramos em reação cicatricial produtiva. Na foto número 9, vemos um pequeno fibroma mucoso do lábio inferior.

b) *Queloides* — Não é propriamente tumor, mas sim, desenvolvimento acentuado de tecido cicatricial, que forma plana saliente, brilhante, irregular, dura, assumindo o tegumento, aspecto apergaminhado e liso. Desenvolve-se como placa alongada, com projeções laterais, lembrando uma garra, o que lhe valeu o nome sugerido por Alibert. É mais comum nos melanodermas e nos indivíduos muito claros. Tem grande tendência à recidiva e às vezes é doloroso. É raro em mucosa.

c) *Mixoma* — Nódulo bem circunscrito, formado por tecido mixomatoso encapsulado, de consistência mole (lembrando geléia), avermelhado ou róseo, às vezes lobulado, de crescimento lento e muito raro na boca em sua forma pura. É freqüentemente formado pela degeneração mucóide de tumores conjuntivos. O aparecimento de tecido mixomatoso em um tumor conjuntivo, deve ser considerado como suspeita de transformação maligna desse tumor. É o que sucede muitas vezes nos tumores mistos de glândula salivar.

d) *Lipoma* — Desenvolvido à custa do tecido adiposo. Tumor lobulado, subtegumentar, móvel, indolor, de consistência uniforme e amolecida; encapsulado e bem circunscrito, de forma arredondada ou ovalada, respeitando os planos circunvizinhos. Às vezes simula flutuação ou confunde-se com as lesões císticas de partes moles. É mais freqüente nas regiões geniana e labial, onde normalmente encontramos certa quantidade de tecido gorduroso e associado a neoformação fibrosa ocasionando o fibrolipoma.

e) *Hemangioma* — Lesão plana ou ligeiramente saliente, às vezes rugosa, de consistência amolecida e que se caracteriza pela coloração avermelhada-vinhosa ou púrpura, desaparecendo à vitro-pressão e ressurgindo imediatamente ao cessar esta manobra. Progride em extensão, respeitando a profundidade. É lesão congênita, derivanda de neoformação vascular sanguínea e o seu ferimento acarreta hemorragia abundante. Distingue-se em capilar e cavernoso, conforme seja formado por um segmento vascular ou por todos

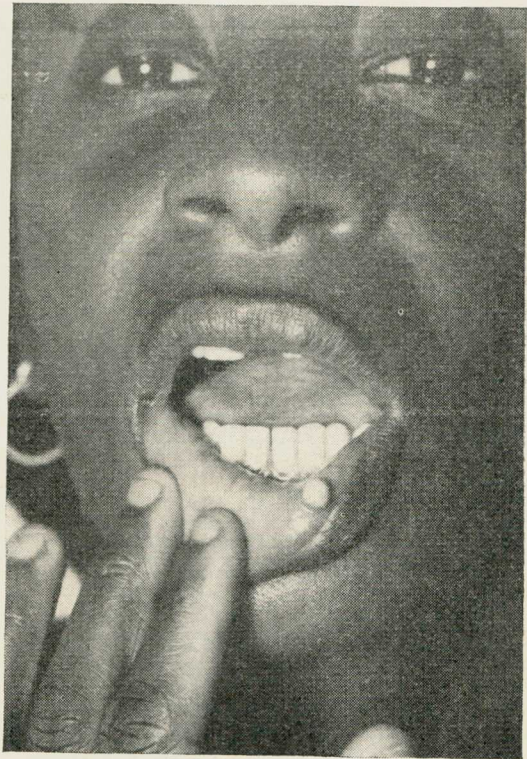


Foto 9

os vasos de uma região. Na foto número 10, vemos uma paciente portadora de hemangioma cavernoso da face e lábio superior, assim como diversas áreas ploriferantes de hamartoblastoma. Não deve ser confundida com a teleangiectasia. Algumas vezes, o hemangioma estende-se por toda a língua, acarretando a macroglossia que se vê na paciente da foto número 11.

f) *Linfoangioma* — Formado à custa dos vasos linfáticos, apresentando-se como pequenas vesículas tensas, de 1 a 5mm de diâ-



Foto 10

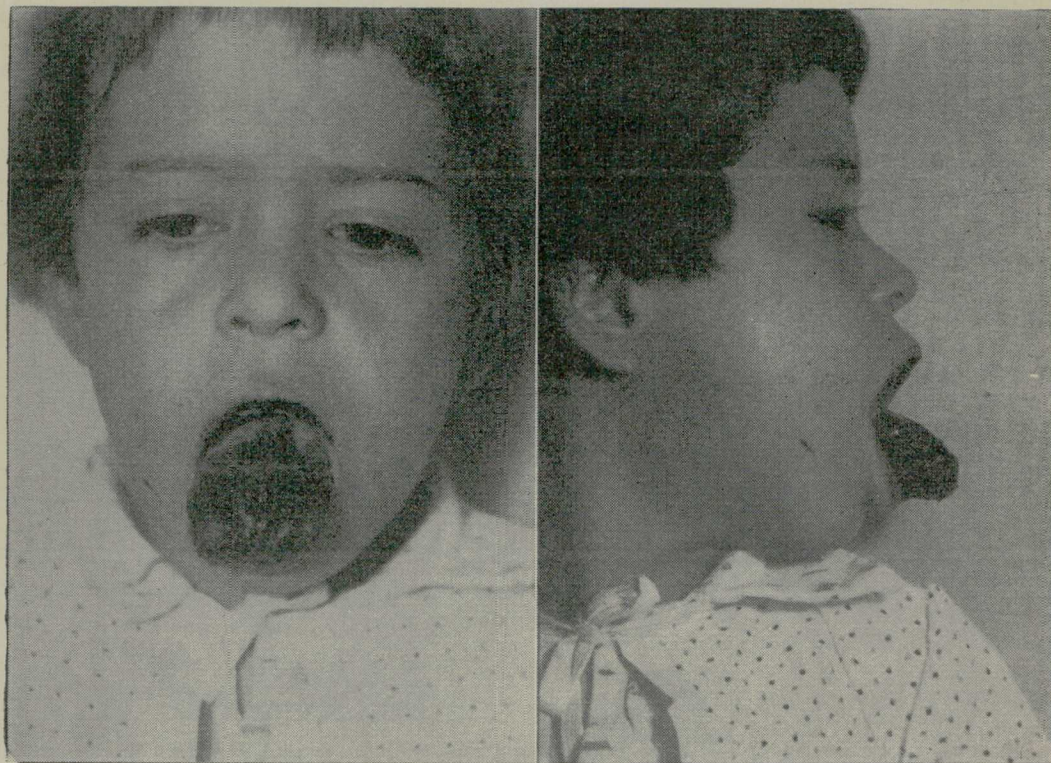


Foto 11

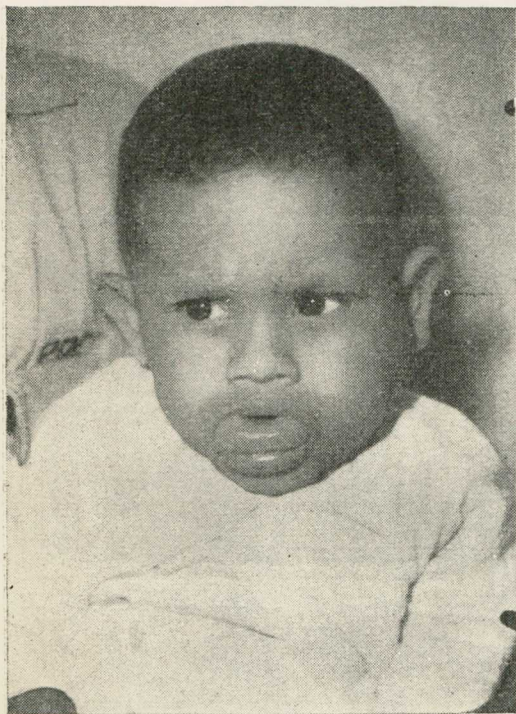


Foto 12

metro, conglomeradas, translúcidas, de coloração rósea ou avermelhada, de conteúdo linfático. Algumas vezes, pela sua grande difusão, estende-se a todo o órgão, como sucede mais freqüentemente na língua, determinando uma hipertrofia, como se pode observar na foto número 12. Quando se estende ao tegumento, êste apresenta-se com o aspecto finamento granuloso.

g) *Endotelioma* — Desenvolvimento excessivo do endotélio vascular, que tende a ocluí-lo, formando massas endurecidas, circunscritas e alongadas. E' estudado por Boyd (3) uma forma benigna, que muitos autores, entre os quais Francisco Fialho (9), negam, admitindo-o apenas como correspondente maligno dos angiomas.

h) *Hamartoma* — Não se trata própria-mente de tumor, mas sim de anomalia no desenvolvimento de qualquer órgão. E' mais ou menos raro na bôca, sendo encontrado mais comumente, desenvolvendo-se à custa dos vasos, como nódulos desordenados e esparsos, duros e indolores, subtegumentar, formando relêvo sob o epitélio, com certa tendência a se ulcerar. Mais apropriada nos parece a

denominação de hamartoblastoma para essas maformações em excesso. Está nítido o seu aspecto proliferante na reborda gengival na paciente da foto número 10.

i) *Mioma* — Nódulo circunscrito, encontrado na espessura ou nas adjascências dos músculos, representado por elevação rósea, dolorosa, de consistência uniforme e endurecida, passível de se contrair a uma excitação periférica. Pode ser derivado de tecido muscular estriado — rabiomioma ou liso — leiomioma. Não deve ser confundido com a hérnia muscular que surge súbitamente após esforço ou trauma.

j) *Neuroma* — Nódulo bem delineado, subcutâneo ou profundo, muito sensível, encontrado nos pontos da passagem dos nervos. Acarreta sintomatologia essencialmente nervosa, sendo raro na bôca.

l) *Neuro-fibroma* — Derivado da bainha conjuntiva de um nervo, mostrando-se também como nódulo muito sensível, bem delineado, lembrando a sintomatologia do neuroma dêle sendo distinto pelo exame histopatológico. Pode ser epitelial, sub-epitelial ou visceral, segundo a situação topográfica em que se desenvolve e simples ou múltiplo, se-

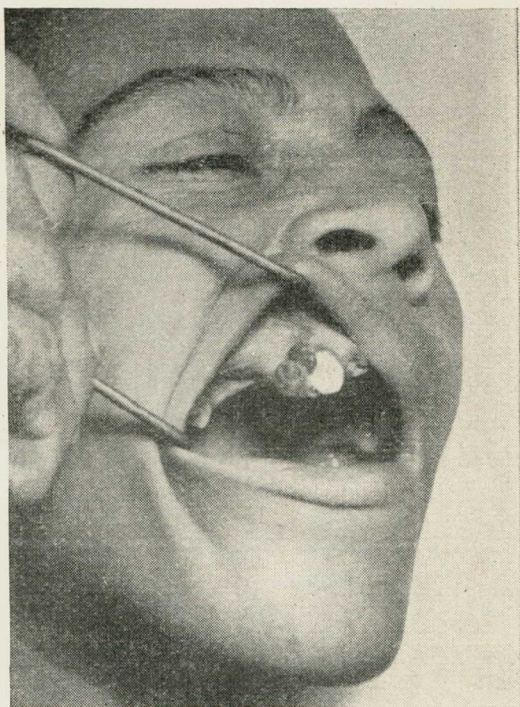


Foto 13

gundo o número de lesões. Temos na Doença de Recklinghausen cutânea, exemplo de neuro-fibromatose múltipla (que se estende a todo o organismo).

m) *Épulis* — Também chamado epúlide e tumor de células gigantes periférico, por encontrarmos em sua estrutura as mesmas características do tumor de células gigantes ósseo, apenas, com modificação própria de partes moles. É muito freqüente, sendo formado à custa do revestimento fibroso gengivo-palatino, representado por elevação circunscrita, muitas vezes pediculada, de superfície lisa e brilhante, sendo encontrado nas proximidades dos alvéolos dentários ou no palato duro. É indolor e grandemente vascularizado. É o que nos procura lembrar o aspecto da foto número 13. Pode se apresentar sob duas formas: fibrosa e épulis de células gigantes, segundo predomine em sua estrutura este ou aquele tipo de células.

Dessas lesões, as mais freqüentes na boca são: o hemangioma, o épulis e o linfangioma. O diagnóstico diferencial deve ser confirmado pelo exame histopatológico. O hemangioma, algumas vezes, por apresentar características muito típicas nos permite o diagnóstico pelo exame clínico.

a) *Odontoma não Calcificado, Mole ou Puro* — Lesão nodular, que se desenvolve na reborda alveolar, derivado da porção conjuntiva do germe dentário. Dependendo em sua formação do germe dentário, só pode surgir durante a odontogênese, cessando o seu desenvolvimento com o término dessa fase. O germe dentário que lhe dá formação entra em fase regressiva, não se encontrando, portanto, o dente no local em que se formou o odontoma. O mais encontrado dos odontomas simples, é o fibroma odontogênico, caracterizado por nódulo de crescimento moroso, de consistência endurecida e uniforme, não calcificado, formado histologicamente por fibroblastos e fibras colágenas. São facilmente confundidos com os fibromas ósseos, pois apresentam as mesmas características físicas e histológicas. Só podem ser distintos pelo exame histopatológico e assim mesmo só em algumas condições. O fibroma ósseo é muito mais freqüente.

Quando além do tecido mesenquimatoso concorrem para a formação da lesão, porções do germe dentário de origem epitelial, temos o odontoma misto. Este apresenta-se com as mesmas características clínicas do odontoma simples, apenas diferenciado pelo exame histopatológico. Duas variedades são estudadas para os odontomas mistos — o mole e o fibroadamantoblastoma, de diferenciação histopatológica.

b) *Odontoma Calcificado* — Nódulo eburneo, desenvolvendo-se na reborda alveolar, formado por calcificação irregular organizada em um conglomerado de esmalte, dentina, cimento ou restos epiteliais e substituindo o dente. Dos odontomas calcificados temos 3 variedades: o dentinoma, quando o tecido de neoformação é representado pela dentina; o cementoblastoma quando temos o cimento e o misto calcificado, quando temos mais de um tecido na formação do odontoma. O cementoblastoma pode ser formado por um só núcleo ou por vários, indo caracterizar o odontoma simples e o múltiplo, respectivamente. O odontoma misto calcificado também encerra 2 variedades histológicas — o geminado, o composto e o complexo.

#### LESÕES BLASTOMATOSAS BENIGNAS DE ORIGEM CONJUNTIVA, EM TECIDO ÓSSEO — SÓLIDAS

a) *Fibroma* — Estudado sob diferentes formas, mas que na realidade é uma só neoplasia em diferentes graus de diferenciação. Apresenta-se como lesão nodular ou globosa de desenvolvimento central ou periférico em relação ao osso, de superfície bosselada, bem delineado, duro, esbranquiçado, distendendo grandemente o tegumento que o recobre, mas que é respeitado, só se ulcerando por distensão; do mesmo modo só acarreta osteólise por compressão. Trata-se de lesão benigna, com grande capacidade evolutiva e certa tendência a recidiva. São rádio-transparentes, o que nos dificulta o diagnóstico por esse meio. É o que podemos notar na paciente da foto número 14, em que há grande deformidade, com distensão cutânea acentuada, sem no entanto haver qualquer comprometimento de pele.

b) *Fibroma Calcificado* — Que corresponde a um processo de deposição de sais de cálcio mais ou menos acentuada, no fibroma. Nesses casos o mesmo se torna es-

branquiçado, tendo em sua superfície pequenos nódulos irregulares como grãos de areia, que radiologicamente vão mostrar imagem pontilhada irregular entre os pontos de maior rádio-transparência.

c) *Fibroma Ossificado* — Lesão neoplásica com características assinaladas, com maiores ou menores áreas ossificadas, geralmente em nódulos. Pelo crescimento desses nódulos, a tendência é de ossificar todo o fibroma, indo formar o

d) *Osteo* — Fibroma — Que se apresenta como um grau mais evoluído dos precedentes, em que encontramos extensa ossificação, emprestando à lesão, a consistência pétrea, coloração esbranquiçada característica, bem como a rádio-opacidade, que nos permite o diagnóstico radiológico.

e) *Osteoma* — Tumor globoso, de superfície lisa, bem delimitado, eburneo, branco-marfim, formado pelos osteoblastos. Pode ser esponjoso e compacto ou eburneo. E' por alguns autores considerado apenas como uma excrescência da superfície óssea. A forma osteoide é raríssima, só havendo um caso publicado de localização na mandíbula, por Francisco Fialho (9).

f) *Exostose* — Formada geralmente como reação a processo traumático crônico. Os osteomas são raros e, via de regra apresentam-se globosos e as exostoses, que são freqüentes, como calosidades em pontos de apoio ou irritação de aparelhos protéticos mal ajustados, assim como no hiperparatiroidismo.

g) *Condroma* — Raro na boca sob a forma pura. Desenvolve-se à custa da cartilagem epifisária, da de substituição no processo de ossificação normal ou da lâmina interarticular das sincondroses. E' também encontrado como um dos tecidos que constituem os tumores mistos de glândula salivar e, neste ponto são mais ou menos freqüentes, sendo formado por metaplasia. Freqüentemente tem a sua área central, por dificuldade circulatória, degenerada em cavidade cística (o que traz confusão com o aspecto radiológico do tumor de células gigantes), dando formação ao tecido mixomatoso. Apresenta-se como tumor duro, superfície lisa, indolor, podendo ter desenvolvimento periférico ou central. Raramente degenera em condrossarcoma.

## LESÕES BLASTOMATOSAS BENIGNAS DE ORIGEM CONJUNTIVA — CÍSTICAS

a) *Tumor de Células Gigantes* — Também chamado sarcoma de mieloplaxas, mieloplaxoma, osteoclastoma, retículo histiocitoma gigante-celulas, etc. Essa variedade de nomes, deve-se ao pouco conhecimento da lesão quando êsses foram empregados, acreditando-se fossem tumores diferentes, dando seu



Foto 14

modo de comportameneto clínico variável. Eram considerados malignos até que Nélaton, em 1867 os estudou e concluiu pela sua benignidade. No entanto, algumas vezes podem evoluir como malignos sem que apresentem características histológicas de tal, inclusive fornecendo metástases. São mais freqüentes na mandíbula, preferindo as epífises, iniciando-se como cavidades de contornos nítidos na medula óssea, crescendo por expansão lenta e insidiosa, acarretando inicialmente dor, mais ou menos acentuada, seguida de amolecimento dentário. Ao progredir, inva-

dem a cortical, distendendo os contornos normais do osso, indo causar, com o crescimento do tumor, assimetria facial. Destruí progressivamente a táboa óssea, distendendo-a e lembrando radiologicamente o aspecto de "osso soprado"; freqüentemente com formação de cavidades irregulares. Não há, salvo excessões, proliferação do perióstio ou formação de ossificação reacional. Tende a romper-se e a invadir assim, as partes moles contíguas e quando isso se dá, freqüentemente o tumor degenera em lesão maligna. A cavidade resultante, apresenta-se de paredes lisas ou irregulares, preenchidas por tecido mucóide acastanhado e líquido hemático. Histologicamente caracteriza-se pela presença dos gigantocitos polinucleares e elementos fusiformes — Jaffe, Lichtenstein e Portis (10), propuseram dividir esses tumores em 3 grupos: os de grau I, com seus caracteres histológicos típicos; os de grau II, com hiperplasia e hiperchromatismo nuclear e os de grau III, com características de malignidade nítidas.

#### LESÕES BENIGNAS DERIVADAS DO TECIDO CONJUNTIVO, ORIGINADAS EM TECIDO ÓSSEO E DE NATUREZA CÍSTICA

*Cisto Traumático* — Formação cística escavada na espessura óssea, muitas vezes sem sintomatologia subjetiva. Causada por traumatismo cirúrgico ou não, sobre um segmento ósseo, com fratura incompleta, circunscrivendo pequeno segmento ósseo que mortifica e se reabsorve.

Pode-se orientar o diagnóstico dessas lesões, baseando-se na história do paciente, no exame direto e na radiografia, mas devemos sempre confirmá-lo pela biópsia, que é o único meio que nos dá um resultado preciso e definitivo.

#### LESÕES BLASTOMATOSAS MALIGNAS DE ORIGEM EPITELIAL — PRIMÁRIAS

a) *Espino-Celular* — É a lesão epitelial maligna mais freqüente, na bôca. Segundo John Conley (11), constitui 90% dos cân-

ceres da bôca. Também chamado carcinoma de células espinhosas, por se originar nessa camada do epitélio de revestimento. Freqüentemente inicia-se sobre cicatriz, leucoplasia ou verrucosidade, sujeita a irritação constante. É muito mais comum nos tabagistas. Inicialmente apresenta-se como nódulo acinzentado, verrucoso, com base infiltrada e endurecida, indolor, com tendência a se ulcerar precocemente. Outras vezes já surge sobre área erosada ou ulcerada. Tende a um aspecto crateriforme, irregular, de bordas evertidas de área granulosa, friável, grandemente sangrante, recoberta por abundante tecido mortificado, fétido, vegetante e precocemente dá adenopatias que progridem rapidamente, tendendo a aderir à pele e a ulcerar. A área vegetante é pouco sensível à secção. Com a ulceração, se infecta com muita facilidade. É de grande malignidade e se apresenta com maior freqüência, na língua (bordas e dorso), lábios (borda livre e comissuras), mucosa geniana e reborda gengival. Na foto 15, vemos o aspecto típico do espino-celular do lábio inferior com destruição total do mesmo e na foto 16, outro exemplo dessa lesão em sua localização na borda da língua.

6) *Baso-Celular* — Muito raro na cavidade bucal, sendo freqüente na pele do lábio superior, principalmente nas circunvizinhanças do sulco lábio-geniano. Apresenta-se inicialmente como pequena vesícula de conteúdo citrino, que ao romper-se, deixa lesão erosada, de bordas avermelhadas e pouco precisas, algumas vezes com discreto halo inflamatório. Área granulosa, com pequena quantidade de secreção citrina, evolução lenta, crescimento em superfície. Só excepcionalmente acarreta metástases, sendo de baixa malignidade. É mais freqüente nos indivíduos idosos, (depois dos 40 anos). Apresenta-se sob diversas formas clínicas, o que, na verdade, são comportamentos especiais da mesma lesão, merecendo menção, as formas: pigmentada, terebrante e a plano-cicatricial, para nosso estudo. Deriva da camada basal do epitélio de revestimento.

c) *Baso-espino-celular* — Também chamado, intermediário, metatípico e misto, porque encontramos concorrendo para sua formação, elementos de ambas as camadas epidér-

micas assinaladas. Seus caracteres lembram os do baso-celular, quanto ao aspecto e localização, porém têm crescimento bem mais rápido, fornecem metástases e invadem a profundidade em grau de malignidade intermediário, em relação aos dois precedentes.

*Adenocarcinoma* — Deriva do epitélio glandular bucal. É pouco freqüente, sendo na maioria das vezes, conseqüente à degeneração maligna de um adenoma de glândula salivar. Tem por localização mais comum, o pálato. Apresenta-se como nódulo gengival

#### LESÕES BLASTOMATOSAS MALIGNAS DE ORIGEM EPITELIAL — SEGUN-DÁRIAS

São conseqüentes à propagação por continuidade de regiões vizinhas ou mesmo lesões metastáticas. Os locais de maior freqüência como séde de metástases, são os maxilares e dêste, a mandíbula. As lesões primitivas à distância, que fornecem essas metás-

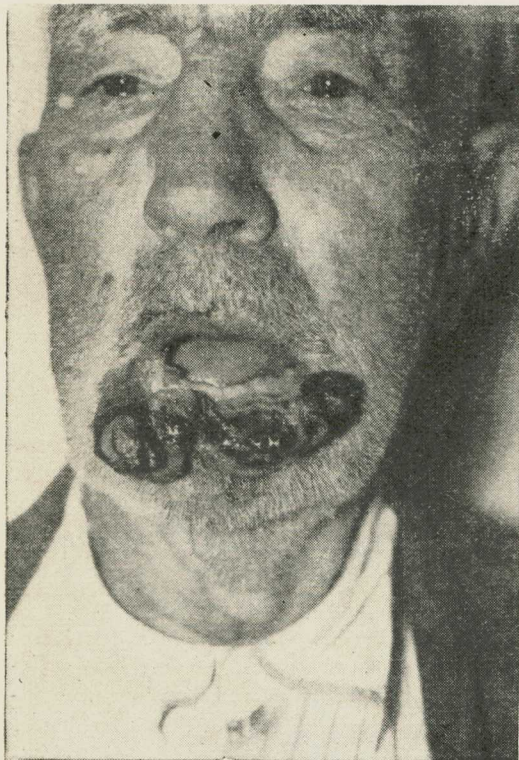


Foto 15

saliente, duro, indolor, precocemente fixo aos planos profundos e que tende a se ulcerar. Superfície irregular, bocelada, tendendo a destruir os tecidos subjacentes, inclusive o ósseo. É o que sucede no caso da foto 17, em que notamos adenocarcinoma do pálato duro, à direita, o qual destruiu o plano ósseo subjacente em toda a área de seu crescimento.

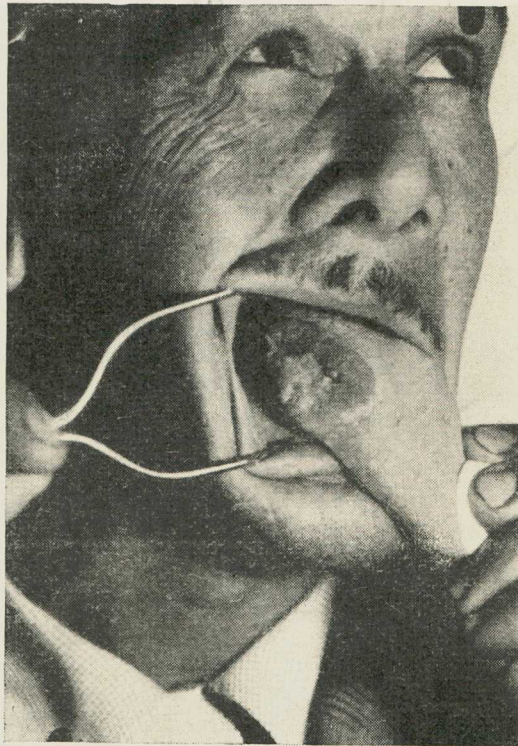


Foto 16

tases com mais freqüência são as da mama, tireóide, próstata, rim, pulmão e testículo. Não se pode prescindir da história da doença atual para o diagnóstico dessas lesões e que nos fornece dados do início da moléstia ou, pelo menos, onde devemos procurar a séde primitiva. Algumas vezes, no entanto, só se pode determinar a séde inicial.



pelos exames histopatológico, radiológico e endoscópico.

**LESÕES BLASTOMATOSAS MALIGNAS DE ORIGEM CONJUNTIVA — PRIMÁRIAS — DERIVADAS DE TECIDO ÓSSEO**

Dada à diversidade de tecidos que constituem o osso, são muito variadas as classificações. Seguimos a citada no Registro de Sarcomas Ósseos do Colégio Anatômico de Cirurgiões e modificada por Francisco Fialho (9).

a) *Sarcoma osteogênico* — Assim chamado por ser formador de tecido ósseo. Lesão freqüente, de grande malignidade e proliferando com grande rapidez. Precocemente fornece metástases viscerais, não dando para outros ossos. Apresenta-se sob 3 formas:

1 *osteolítico* — Surge como um tumor grandemente vascularizado, com sensação de temperatura local, ocasionando formações císticas de conteúdo séro-hemático que ao serem eliminadas ou reabsorvidas formam cavidades que associadas à necrose, aumentam rapidamente a destruição do tecido ósseo, invadindo o perióstio antes mesmo que se esboce reação tendendo à fratura e à propagação aos planos circunvizinhos.

2 *esclerosante* — que se caracteriza por apresentar grande destruição óssea ao lado de abundante neoprodução de tecido ósseo denso, excepcionalmente facilitando a fratura. Essa proliferação apresenta-se como espículas radiadas lembrando a disposição paralela dos raios solares que facilitam o diagnóstico radiológico. Envolve com menor rapidez que o precedente.

3 *fibrossarcoma* — destrói o osso, substituindo-o por tecido compacto esbranquiado-leitoso e fibroso. Conforme se inicie na porção medular ou perióstica é designado de uma ou outra variedade. Embora de evoluir rápido, é menos proliferante que as duas precedentes.

b) *Condrossarcoma* — geralmente desenvolve-se na sínfise ou no côndilo, onde podemos encontrar normalmente tecido cartilaginoso. Ocasionalmente podemos encontrar em outros pontos, onde a cartilagem do es-

queleto branquial não sofreu seu processo de ossificação normal ou mesmo pela neoformação perióstica. É mais comum nos jovens, sendo de grande malignidade e rápida progressão, fornecendo metástases viscerais. Pode ser de formação imediata ou primária e mediata ou secundária. Nesse caso, deriva da degeneração do osteocondroma. Lesão radiotransparente, globosa com área de osteólise central preenchida por tecido mixomatoso, cuja função não está bem determina-



Foto 17

da, acreditando-se que esse tecido seja pré-cartilaginoso. Há também a possibilidade, como já assinalamos no estudo dos mixomas, que por questão de vascularização (difícil no condroma) o tecido cartilaginoso de neoformação tende a involuir e degenerar em tecido mixomatoso.

c) *Sarcomas de origem retículo-endothelial*. São estudados sob quatro formas anátomo-clínicas:

1 — tumor maligno de células gigantes; forma de malignidade do tumor benigno, já estudado.

2 — angioendotelioma, que corresponde a cancerização do endotélio vascular dos angiomas. Será hemangioendotelioma ou linfoendotelioma conforme derive do endotélio vascular sanguíneo ou linfático e hemolinfoendotelioma, quando derive de ambos.

3 — Reticulossarcoma, também chamado sarcoma de Ewing ou endotelioma difuso ósseo, que subentende 3 variedades histopatológicas: diferenciado, indiferenciado e reticulo-endotelioma. O reticulo-sarcoma foi individualizado por Ewing (12), em 1924, que publicou detalhadamente suas características em 1940. Oberling (14) muito contribuiu para esse estudo, sendo a classificação atualmente adotada, proposta por esse autor. Desenvolve-se na metáfise óssea, mais comumente nos jovens, raramente no esqueleto bucal, iniciando-se por tumor de crescimento lento, podendo, em determinadas circunstâncias, regredir espontaneamente e mesmo desaparecer por algum tempo e ficar em estado latente, para depois ressurgir com evolução rápida. Acompanha-se de calor local, febre e dor localizada que se acentua à noite. Por seu crescimento moroso, permite a reação perióstica sempre encontrada e tem como característica própria em relação aos demais tumores ósseos, o fato de fornecer metástases, não só viscerais, como também ganglionares e ósseas.

4 — Mieloma, é na realidade, doença sistêmica, hiperplástica, da medula óssea, tendo os caracteres de malignidade. Geralmente apresenta-se como lesão múltipla, embora haja citação de casos solitários. Há tendência em se admitir que a lesão solitária é forma inicial. Evidencia-se pela sua ação destruidora da medula óssea, que predomina sobre as demais, de modo que a enfermidade é descoberta ao se fraturar facilmente o osso destruído. Raramente dá metástases. A destruição na medula óssea, é observada radiologicamente por cavidades bem delimitadas, irregulares e boceladas. Pela destruição da medula óssea, além de outros fatores, vamos encontrar acentuada anemia, além de alterações no quadro hematológico. Tem por principais meios de diagnóstico, a radiografia, os exames de análises clínicas, o mielograma procedido com material obtido por punção da medula óssea. É em torno deste último dado que podemos firmar o diagnóstico e orientar o tratamento. O exame de análises clínicas indicado (além do hemo-

grama) em especial para os mielomas, é a pesquisa da albumose de Bence Jones, na urina. A presença dessa albumose não é sinal patognomônico dos mielomas, mas só raramente ela é encontrada em outras doenças, como na leucemia e em alguns tumores ósseos.

d) *Lipossarcoma* — Correspondente maligno do lipoma, muito raro no esqueleto da cavidade bucal.

As lesões malignas ósseas apresentam sintomatologia clínica muito próxima, podendo ser distinguidas, com certeza, entre si, somente pelos exames complementares gerais citados no início do trabalho, sendo necessários, algumas vezes, os dados que conseguimos com os exames especiais mencionados. O sinal clínico precoce, mais frequentemente, é a dor localizada ou irradiada, de exacerbação noturna. Algum tempo após, surge sensação de temperatura local, aumento circunscrito do volume ósseo, amolecimento seguido de queda dentária; deformidade facial; perturbações sensitivas; dificuldade à mastigação e à deglutição e às vezes fratura. O aspecto típico desses tumores pode ser visto na doente da foto número 18, portadora de sarcoma osteogênico do maxilar superior direito. Os exames para o diagnóstico, devem ser orientados pelo exame clínico, sendo necessária a radiografia e a biópsia obtida a céu aberto ou pela punção, como no caso especial do mieloma.

#### LESÕES BLASTOMATOSAS MALIGNAS DE ORIGEM CONJUNTIVA — PRIMÁRIAS — FORMADAS À CUSTA DE PARTES MOLES

a) *Fibrossarcoma* — Correspondente maligno do fibroma, evidenciado por nódulo irregular, bem delimitado, duro e móvel, indolor, de malignidade local. Raramente for-

nece metástases e recidiva com grande freqüência.

b) *Neurossarcoma* — Também chamado sarcoma neurogênico; correspondente maligno do neurofibroma, originado na bainha fibrosa do nervo. É muito raro na boca, apresentando-se como nódulo globoso, móvel, doloroso, encontrado no trajeto de um nervo. Reproduz-se com freqüência e rapidamente dá metástases viscerais.

c) *Lipossarcoma* — Correspondente maligno do lipoma. A princípio é encapsulado, com as mesmas características do tumor benigno, para mais tarde romper a cápsula, infiltrando-se intensamente, nos tecidos circunvizinhos.



Foto 18

d) *Mixossarcoma* — Que na realidade não parece tratar-se de grupo especial, mas sim de degeneração mixomatosa de um tumor conjuntivo, como já foi estudado.

e) *Linfossarcoma* — Lesão de grande malignidade, derivada do tecido linfóide bucal, sendo o local de início mais freqüente o

da amígdala lingual ou palatina e mais comumente o da última. A princípio é encontrado em uma só dessas formações, representado pelo aumento do volume de uma das amígdalas; de superfície irregular, bocelada, ligeiramente endurecida, friável e grandemente sangrante. Pela localização, precocemente acarreta dificuldade à mastigação, à deglutição e à fonação, seguida de trismo. Precocemente dá metástases ganglionares que tendem a crescer rapidamente, assumindo grandes proporções com muita rapidez e tendendo a se ulcerar, como se observa no doente da foto número 19, portador de linfossarcoma da amígdala palatina esquerda, com volumosa adenopatia cervical ulcerada. Também pode se iniciar em um gânglio linfático. A disseminação é contínua e em série, posteriormente abrangendo todo o sistema linfohemopoético e fornecendo metástases ganglionares. Algumas vezes essas lesões são evidenciadas pela adenopatia que tem crescimento rápido e precoce. É lesão muito radiosensível, de modo que, quando, algumas vezes, a biópsia é difícil, o tratamento radioterápico de prova, irá colaborar com os nossos recursos para o diagnóstico. É lesão de grande malignidade, sendo pouco freqüente. O diagnóstico deve ser sempre baseado no exame histopatológico.

f) *Reticulossarcoma* — Lesão de grande malignidade, derivada de células do sistema retículo endotelial, encontrado nos diversos órgãos da cavidade bucal. No referente a partes moles, seu local de início mais freqüente é observado nas amígdalas palatinas. Apresenta sintomatologia clínica semelhante a do linfossarcoma, dêle sendo distinto apenas pelo exame histo-patológico. É menos freqüente que o precedente.

#### LESÕES BLASTOMATOSAS MALIGNAS DE ORIGEM CONJUNTIVA — PRIMÁRIAS — DERIVADAS DE TECIDO ODONTOGÊNICO

a) *Fibrossarcoma Odontogênico* — Correspondente maligno do fibroma odontogênico. Apresenta características clínicas idênticas à do fibrossarcoma ósseo, dêle só podendo ser distinto pelo exame histopatológico e em determinadas condições. É pouco comum e de grande malignidade.

*Adamantinossarcoma* — Resultante da cancerização do adamantinoma já por nós estudado. O tumor tende a romper sua cápsula, invadindo com rapidez o tecido contíguo e fornecendo metástases rapidamente.

#### LESÕES BLASTOMATOSAS MALIGNAS — SECUNDÁRIAS — DERIVADAS DO TECIDO CONJUNTIVO

Devemos assinalar as propagadas de regiões vizinhas e as metástases mandibulares de lesões à distância. A história da doença nesses casos, é de capital importância para o esclarecimento do diagnóstico que deve ser confirmado pela pesquisa da lesão inicial.

Além dessas, convém lembrarmos que algumas doenças sistêmicas malignas, acarretam alterações bucais, que devem ser diagnosticadas com a doença, por intermédio da história, da hematologia, da pesquisa de albumose de Bence Jones e a radiografia.

a) *Doença de Hodgkin* — ou linfogranulomatose maligna ou granuloma de Hodgkin, que acarreta precocemente adenopatias, queda do estado geral, sendo muitas vezes, evidenciada pelas adenopatias cervicais. Pode ser também observado um aumento difuso das glândulas salivares pluricelulares.

b) *Leucemia* — Em que encontramos no setor cervico-facial, linfadenopatias mais ou menos volumosas, vermelhidão difusa da mucosa bucal, que perde sua elasticidade, se resseca, formando fissuras por onde sucederão hemorragias. Há ainda intensa dor e dificuldade à deglutição. Por vezes simula o quadro da púrpura.

c) *Mieloma Múltiplo* — Que corresponde à sistematização do mieloma, forma geralmente encontrada da doença e cujas características já foram assinaladas.

Devemos lembrar que essas doenças sistêmicas malignas são susceptíveis de sofrer mutações, variando com o período clínico, de uma para outra

forma e, com relativa freqüência essa mutação se processa no sentido das leucemias. Tendo em vista as considerações sobre essas doenças, traçadas por Emmanuel Rabello, Francisco Fialho e Ozolando Machado (14) no trabalho "Hiperplasias e neoplasias dos órgãos linfopoéticos", é oportuno lembrar que não existe sinal patognomôni-

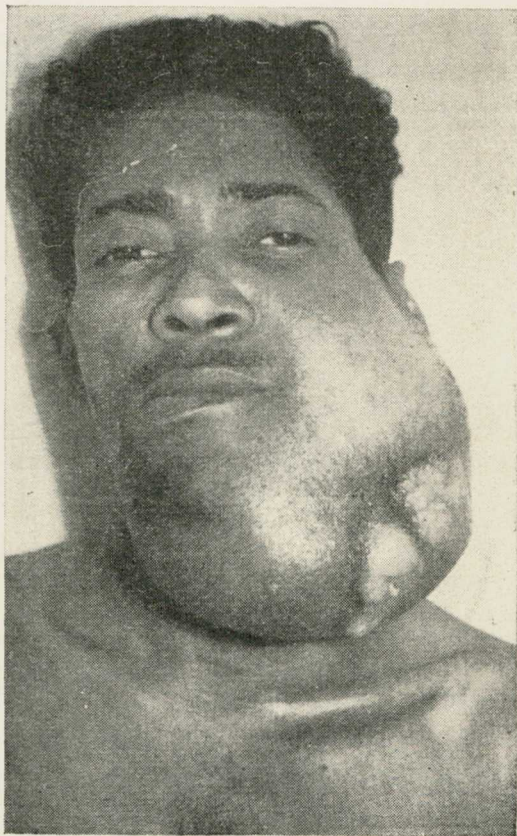


Foto 19

co para nenhuma delas e a sintomatologia varia com os órgãos atingidos. Considerando o seu rápido evolver, à leve suspeita clínica de se tratar de doença sistêmica maligna, deve-se retirar material para exame histopatológico e solicitar os exames hematológicos indicados. Merece menção especial o mie-

lograma, que nos fornece dados não só da forma clínica da enfermidade como do seu prognóstico e do tratamento a ser instituído.

Além da história clínica, do exame histopatológico e dos exames hematológicos habituais, podemos lançar mão do radiodiagnóstico e de alguns exames especiais. O adenograma e o esplenograma podem ser feitos para confirmar ou auxiliar os dados do mielograma, diferenciar as formas clínicas entre si e estas das lesões metastáticas.

A electroforese pode ser usada, não como meio diagnóstico, mas sim, para indicar a repercussão das doenças no organismo, baseada no estudo das proteínas e suas frações normais e anormais. Merece o traçado eletroforético menção especial no trabalho supra-citado, que na opinião de seus autores, inclusive dispensa os testes de função hepática para a instituição da terapêutica.

A identificação histoquímica, a análise espectrográfica e a observação da ultra-estrutura celular, são exames que podemos lançar mão, em último recurso, para auxiliar o diagnóstico, mas que, dado à dispendiosidade e à necessidade de material técnico próprio, ainda não foram introduzidos no uso corrente.

Acredito que com êsses recursos, podemos chegar a um diagnóstico preciso das lesões bucais e, baseado nele, instituímos a terapêutica adequada.

#### RESUMO

O autor apresenta inicialmente a sintomatologia geral, assim como os recursos usuais para o diagnóstico das lesões bucais, acentuando a necessidade do exame direto, minucioso e sis-

temático, tendo em vista a finalidade, principalmente profilática a que o mesmo se presta. De todas as cavidades do nosso organismo, é a bucal a que melhor se presta ao exame direto e minucioso. Lembra, ainda, a base que o exame direto constitui para a orientação dos exames complementares a serem procedidos. Procura sistematizar as lesões bucais em dois grandes grupos (blastomatosas e não blastomatosas), estudando nesse trabalho o primeiro grupo. Exclui a designação de lesão pré-cancerosa, uma vez que, freqüentemente, as lesões assim consideradas não se cancerizam assim como, as não enquadradas nesse grupo, algumas vêzes degeneram. Baseia-se para a classificação, em dados histopatológicos, clínicos e embriológicos, como a intenção do autor é de traçar orientação clínica para o diagnóstico as características radiológicas anátomopatológicas e laboratoriais são vistas superficialmente procurando esquematizar clinicamente cada grupo e estudando os caracteres particulares das lesões mais freqüentes.

#### RIASSUNTO

L'autore presenta inizialmente la sintomatologie generale, così come i recursi usuali per il diagnostico delle lesioni boccali, accentuata la necessità dell'esame diretto, minuzioso e sistematico, avuto in vista la finalità, principalmente profilatica a che lo stesso si appresta. De tutti le cavi del nostro organismo, è la boccale quella che si appresta meglio allo esame diretto i minuzioso. Ricorda ancora il fondamento che l'esame diretto costituisce per l'orientazione degli esami complementari a essere preceduti. Cerca di sistemare le lesione boccali in due gran-

de gruppi (blastomatose e no blastomatose), studiando in codesto lavoro il primo gruppo. Esclude la designazione di lesione pre-cancerosa, una volta che, frequentemente, le lesioni cos considerate non si incancerano, così come le no enquadrate in codesto gruppo, qualche volte degenerano. Si appoggia per la classificazione, in dati isto-patologici, clinichi e embriologici.

Come l'intenzione di l'autore è di tracciare orientazione clinica per il diagnostico, le caratteristiche radiologiche, isto-patologiche e di laboratorio, sono vedute superficialmente, cercando di schematizzare clinicamente ogni gruppo e studiando i caratteri particolari delle lesione più frequente.

#### SUMMARY

In the presente paper the author studies in the first place, the general symptoms as well as the usual resources for diagnosis of oral lesions, emphasizing the necessity of an accurate and routine direct examination, regarding mainly its prophylactical advantage. The oral cavity due to its great accessibility allows an easier and more direct visualization of its lesions than any other cavity of the body. This direct examination therefore should be the basis for further examinations. The oral lesions are divided in neoplastic (Blastomatous) and non neoplastic (no blastomatous) lesions. In this article only the former are studied. The word precancerous is not used due to the fact that such lesions may or may not lead to cancerous formation. Classification of the lesions is based on pathological, clinical and embryological findings. As

the author's intention was more towards building up the clinical diagnosis of each case, radiology and histopathology were not extensively considered. Each tumor group was studied in general way, special consideration being given to the most frequent lesions.

#### RESUME

Dans son ouvrage, l'auteur présente tout d'abord la symptomatologie générale, ainsi que les moyens habituels employés pour le diagnostic des lésions buccales insistant sur la nécessité de l'examen direct, minutieux et systématique, ayant en vue le but principalement prophylactique auquel répond cet examen. De toutes celles de notre organisme, la cavité buccale est celle qui se prête le mieux à l'examen direct. L'auteur rappelle encore la base que ce même examen constitue pour l'orientation des examens complémentaires à suivre. Il essaie de classifier les lésions buccales en deux grands groupes (blastomatoses et non blastomatoses), étudiant, dans cette ouvrage, le premier de ces groupes. La dénomination de lésion pré-cancéreuse a été exclue, puisque les lésions ainsi considérées, souvent ne se cancérisent pas de la même manière que celles non encadrées dans ce groupe, souffrant, fréquemment, de dégénérescence maligne. Sa classification est basée sur des faits histopathologiques, cliniques et embryologiques. Comme l'intention de l'auteur est de fournir une orientation clinique au diagnostic, les caractéristiques radiologiques, anatomopathologiques et de laboratoire sont vues superficiellement cherchant à systématiser cliniquement

chaque groupe et étudiant les caractères particuliers des lésions les plus fréquentes.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser beschreibt erstens die allgemeine Symptomatologie sowie auch die gebräuchlichsten Massnahmen zur Diagnose der Mundverletzungen; dann betont er die Notwendigkeit einer direkten, genauer, systematischen Untersuchung, hauptsächlich wegen der prophylatischen Finalität, wobei auch gleich die anatomische Lokalisierung der Erkrankung die genauen Angaben ermöglicht. Er erinnert noch die Wichtigkeit derselben, für die weiteren Untersuchungen. Der Verfasser teilt die Mundverletzungen in zwei Gruppen: (krebsartige und nicht krebsartige Erscheinungen) von denen er die erste Gruppe studiert. Das Namenverzeichnis prä-cancerös schliesst er aus, da es oftmals vorkommt, dass gewisse Erkrankungen trotz allen Anscheins nicht krebsartig sind und wiederum andere sich hin und wieder in Krebs verwandeln; somit hat man keine anatomische-pathologische oder klinische Basis wonach man sich richten kann. Da der Verfasser die Absicht hat eine klinische Orientierung für die Diagnose darzustellen, behandelt er die radiologischen, anatomische-pathologische und laboratorische Charakteristik nur oberflächlich; versucht aber jede Gruppe klinisch zu schematisieren und betrachtet die charakteristischen Einheiten der meist erscheinenden Erkrankungen.

#### CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

1. SARNAT, BERNARD E SCHOUR, ISAAC — Oral and Facial Cancer. The Year Book Publishers — Cicago — 1950.
2. BLANCO, MILIO FERNANDEZ E MAZZINI, MIGUEL ANGEL — Clínica Dermatológica e Sifilográfica. 1.º ed. em português. Ed. Guanabara. Rio. 1946.
3. BOYD, WILLIAM — Compêndio de Patologia Geral e de Anatomia Patológica. 1.º ed. em português. Ed. Guanabara. Rio. 1946.
4. DESAIRE, P. — Les tumeurs de la glande sous-linguale. Rev. Belge. Sc. Med. — 14. 178. 1942. Apud. Surg. Pyneec. and Obst. 83. 118. 1946.
5. COUTINHO, ALBERTO — Tumores das glândulas salivares. Rev. Bras. Cancer. Vol. 2 n.º 4. 5-20. 12. 1949.
6. ROBINSON, H. B. G. — Ameloblastoma; Survey of 379 cases from literature. Arch. Path. 23. 831. 1937.
7. THOMA, KURT H. — Oral Pathology. 2.º ed. The C. V. Mosby Col. St. Louis. 1944.
8. KRÖEFF, MARIO E COUTINHO, ALBERTO — Tumores da mandíbula. Rev. Bras. Cancer. Vol. 1 n.º 2. 1-66. 12. 1947.
9. FIALHO, FRANCISCO — Neoplasias ósseas da mandíbula. Jornal do Comércio. Rio. 1950.
10. JAFFRE, H. L. 5 LICHTENSTEIN, L. E PORTIS, R. B. — Giant cell tumor of bone. Arch. Path. 30. 933. 1940.
11. CONLEY, JHON J. — Câncer da cabeça e do pescoço. Rev. Bras. Cancer. Vol. 3 n.º 6.61-73. 12. 1950.
12. EWING, J. — Neoplastic diseases. 4.º ed. W. B. Saunders Co. N. York. 1940.
13. OBERLING, C. E RAINLEAU, C. — Nouvelles recherches sur les reticulos arcomes de la moelle osseuse. Bull. Assoc. Franc. p. l'étude du Cancer. 21. 333-347. 1932.
14. REBELLO, EMMANUEL E FIALHO, FRANCISCO E MACHADO, OZOLANDO J. — Hiperplasias e neoplasias dos órgãos linfopoiéticos. Rev. Bras. Cancer. Vol. 7 n.º 10. 5-129. 6. 1953.