

MÓDULO 4

Lesões ulceradas agudas



Estomatologia

INTRODUÇÃO

Lesões ulceradas na boca são muito comuns e representam um importante desafio diagnóstico devido a sua variada etiologia. As lesões ulceradas podem ter origem traumática, infecciosa, auto-imune ou até tumoral (Figura 1). O tumor maligno mais comum da cavidade oral, chamado carcinoma espinocelular, usualmente se apresenta como uma ulceração em cavidade bucal. Entretanto, outras lesões podem ter aspecto clínico muito semelhante, como é o caso de lesões infecciosas. Por esta razão, o clínico deve estar extremamente atento a estas lesões e buscar obter um diagnóstico definitivo o mais rápido possível. Durante o processo de diagnóstico diferencial, existe uma manobra chamada prova terapêutica, na qual o clínico estabelece um diagnóstico provisório e adota a conduta correspondente e acompanha o caso por um período para ver se a resposta se dá de forma coerente com o diagnóstico sugerido. Esta manobra pode ser utilizada para qualquer tipo de lesão e pode auxiliar no estabelecimento do diagnóstico final de lesões ulceradas. Um exemplo de prova terapêutica (não necessariamente ligado a uma lesão ulcerada seria a situação de o profissional desconfiar que trata-se de uma lesão provocada por trauma intencional (paciente que morde a própria bochecha “de propósito”) e orientar o paciente evitar qualquer trauma. Após um período de uma semana, se a hipótese estiver certa, deve haver resolução parcial ou total das lesões. É muito importante ressaltar que uma úlcera que não apresente melhora ou regressão em uma semana de tratamento (sendo este variável de acordo com a hipótese) deve ser biopsiada. Sabe-se que o prognóstico do carcinoma espinocelular de boca está diretamente relacionado com o estadiamento¹ da lesão no momento do diagnóstico. Por esta razão, não podemos, de maneira nenhuma, permanecer com alguma dúvida sobre a natureza de uma úlcera em cavidade bucal.



Neste módulo, seguiremos uma linha de raciocínio que irá lhe guiar e auxiliar durante o diagnóstico diferencial de lesões ulceradas na cavidade bucal.

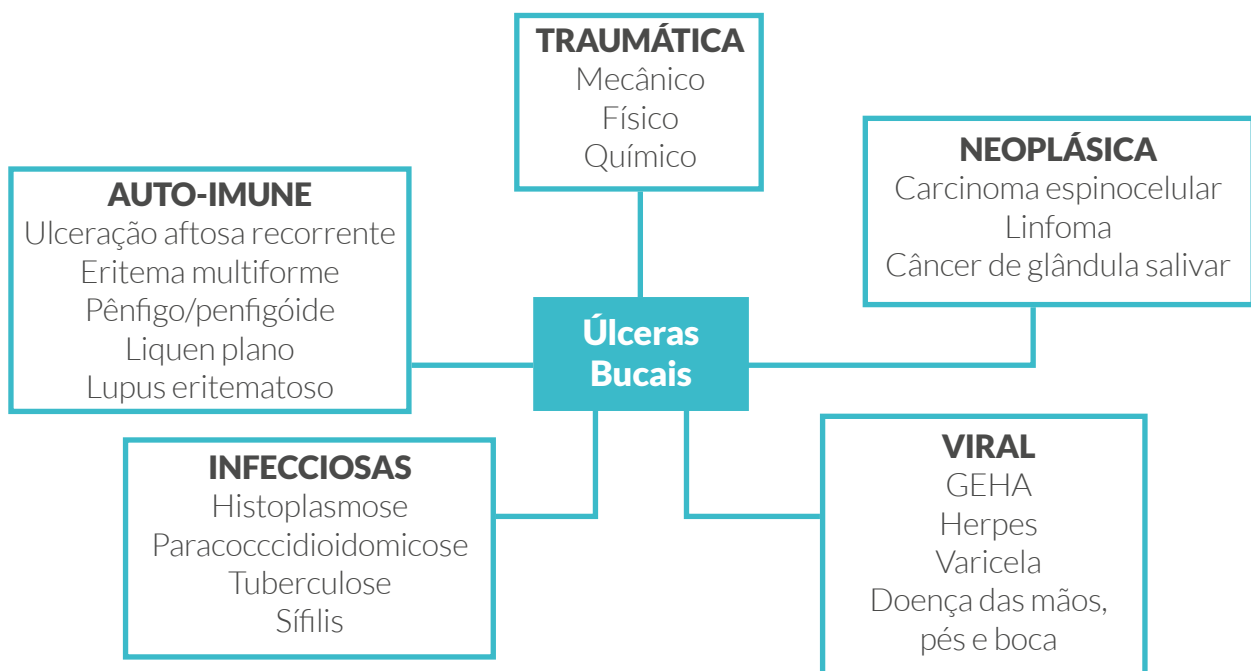


Figura 1. Diferentes naturezas das úlceras bucais e as situações mais frequentes

¹Processo para determinar a extensão do câncer. Para os casos de câncer de boca é definido a partir do Sisteman TNM, o qual leva em conta 3 fatores: T = tamanho do tumor; N = presença de metástase em linfonodo; M = presença de metástase à distância. A partir da soma dos 3 critérios, os tumores são classificados de estadiamentos que variam de I a IV. Graus maiores indicam estágios mas grave/disseminados e, consequentemente, pior prognóstico.

Diagnóstico diferencial

Ao nos depararmos com uma úlcera na cavidade bucal deveremos seguir uma linha de raciocínio para identificar a natureza desta lesão, a fim de definir o melhor tratamento. É muito importante que seja realizada uma anamnese, exame físico extra e intra-bucal detalhados. Em alguns casos, será necessário lançar mão de exames complementares, como exames sorológicos ou a biópsia. A ulceração representa uma exposição do tecido conjuntivo, e por isso, na maioria dos casos, ela está associada a dor, que pode variar de leve/moderada até intensa/severa. A presença, ou não, de sintomatologia dolorosa representa uma característica importante que pode auxiliar no diagnóstico diferencial. Contudo, recomendamos que a primeira informação a ser pesquisada seja a sua duração, ou seja, o tempo transcorrido desde o seu aparecimento. Isso permitirá que se defina o curso da lesão, como ela se “comporta”. Esta pergunta irá guiar o início do nosso raciocínio e também será utilizada para classificar as lesões ulceradas de forma didática neste capítulo. As lesões serão divididas em lesões de curso AGUDO ou lesões de curso CRÔNICO E/OU RECIDIVANTE.

Sabe-se que as ulcerações da cavidade bucal podem apresentar um início abrupto, denominado de AGUDO, ou um desenvolvimento mais progressivo, denominado de CRÔNICO. Esta primeira informação será essencial para guiar os próximos passos do diagnóstico diferencial. As ulcerações agudas representam lesões que têm um a dois dias de duração. O curso² destas lesões, assim como seu aparecimento, é rápido, e ela costuma cicatrizar em até uma semana. Já o segundo grupo de lesões, compreende tanto lesões que apresentam curso crônico, ou seja, estão presentes em boca por mais tempo, quanto lesões que apresentam caráter recidivante, ou seja o paciente relata já ter apresentado quadro semelhante em outros momentos (a lesão aparece e desaparece, com padrão em ciclos).

Úlceras Agudas

| Natureza | Diagnóstico |
|---------------------|--|
| > Benigna | Úlcera Traumática Mucosite Varicela Doença das mãos-pés-e-boca Eritema multiforme Herpangina Gengivoestomatite herpética aguda Sífilis primária |

Tabela 1. Úlceras agudas da cavidade bucal

²Tempo que a lesão persiste.

O raciocínio diagnóstico que vamos seguir durante a primeira parte deste módulo está esquematizado e resumido na Figura 2.

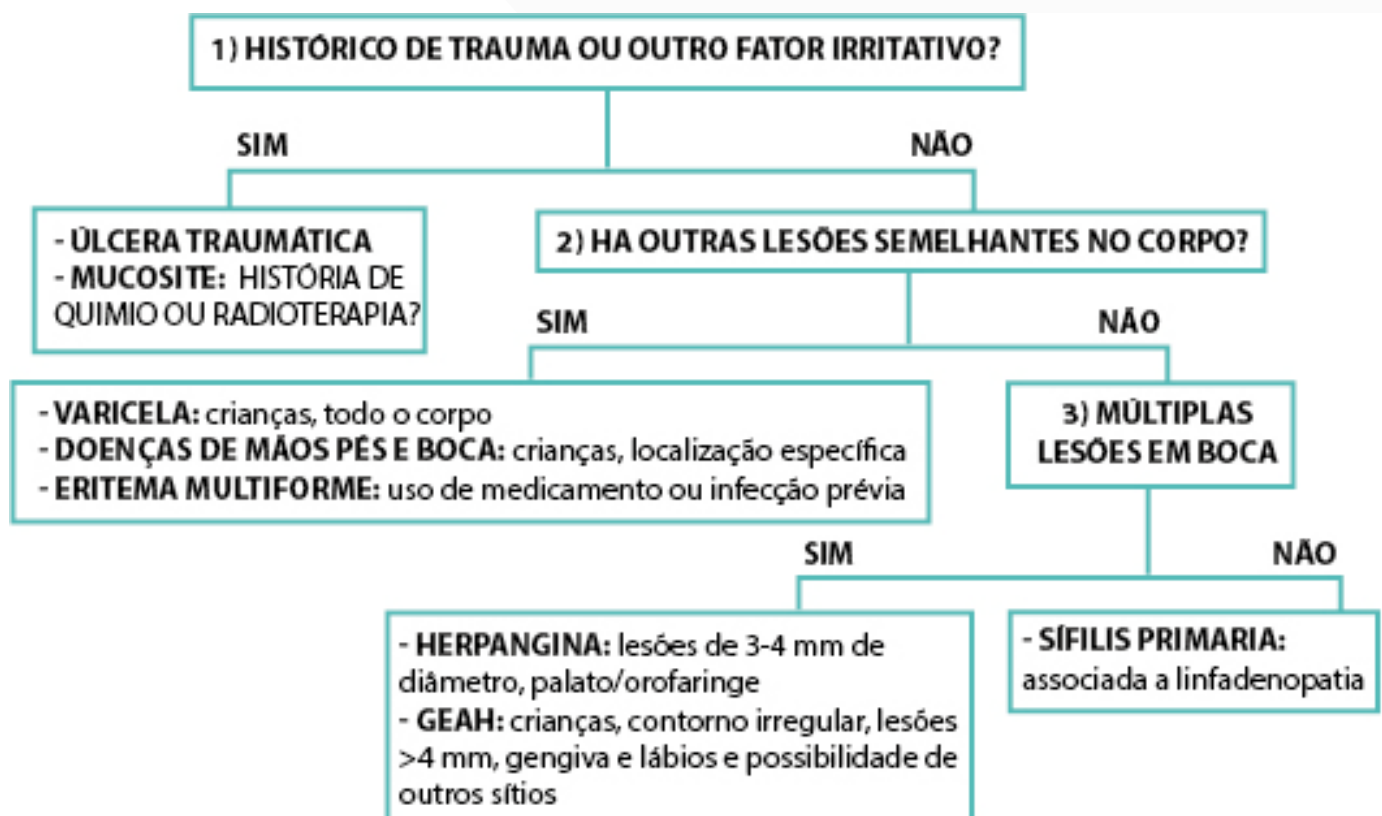


Figura 2. Fluxograma de raciocínio diagnóstico.

Há trauma ou fator irritativo associado?

Frente a uma ulceração aguda em boca, a primeira informação importante a ser investigada é a presença de trauma ou outro fator irritativo. A úlcera traumática (figuras 3, 4 e 5) representa a forma mais comum de ulceração em boca. Muitas vezes, a causa da lesão é evidente ou pode ser determinada durante a anamnese ou exame clínico. Esta causa pode ser mecânica, física ou química. As causas mecânicas são as mais comuns e incluem mordedura, próteses desadaptadas, arestas cortantes de dentes, cavidades de cárie, trauma durante a escovação. Queimaduras térmicas (alimentos quentes) ou por agentes químicos também podem produzir ulcerações em boca. Não é incomum pacientes aplicarem medicamentos diretamente sobre lesões de cárie ou na sua periferia por acreditarem que isto levará ao alívio da dor. Por exemplo, a aplicação de ácido acetilsalicílico (AAS) diretamente sobre os dentes provoca uma ulceração traumática de origem química na mucosa bucal adjacente. O mesmo se aplica a agentes químicos utilizados para clareamento dental.

Os aspectos clínicos das úlceras traumáticas podem ser os mais variados, assim como a sua localização, que estará diretamente relacionada com a causa da lesão. Um aspecto importante a ser considerado é número de lesões. Úlceras traumáticas usualmente são solitárias e costumam ter o contorno irregular. Quando houver múltiplas lesões ulceradas em boca o clínico deve desconfiar de outras lesões, as quais também serão abordadas neste módulo. Frente à hipótese de uma úlcera traumática a principal conduta deve ser a identificação e remoção do agente agressor (por exemplo, polimento de uma borda de dente cortante ou ajuste da prótese desadaptada). Em casos de traumas como mordida ou durante a escovação, situações isoladas e não intencionais, não há fator a ser removido. Dessa forma, o clínico deverá acompanhar o desaparecimento gradual da lesão, sendo este determinante para confirmar o diagnóstico. Úlceras que não regridem ou não cicatrizam completamente em até 10 dias devem ser reavaliadas e uma novas hipóteses devem ser consideradas.

Caso o paciente relate muita dor ou desconforto, há tratamentos que podem acelerar o processo de cicatrização. Os medicamentos mais empregados são os corticoesteróides tópicos como o Omcilon-a em orabase e a dexametasona Elixir. Apesar de pouco provável, o uso destes medicamentos, mesmo de forma tópica, pode teoricamente levar a efeitos adversos. Sendo assim, recomenda-se a alternativas igualmente eficazes e mais seguras. O Ad-muc é uma pomada fitoterápica a base de camomila com eficácia e segurança em úlceras bucais comprovadas a partir de vários estudos .

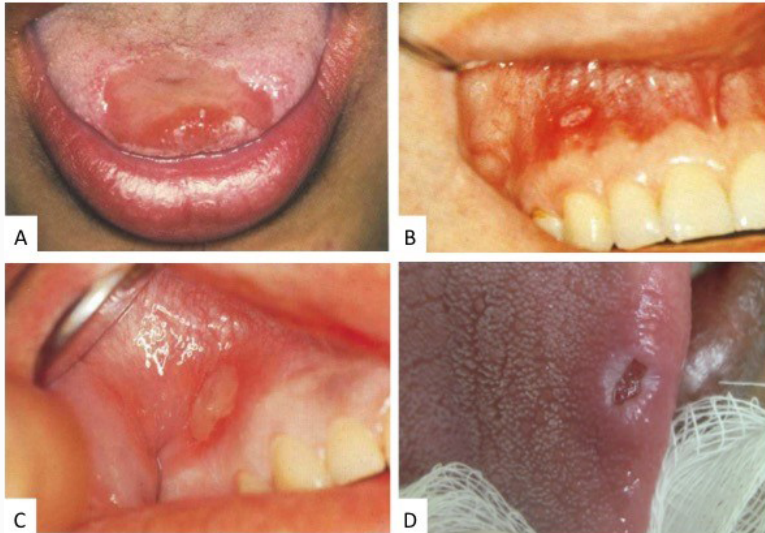


FIGURA 3. Diferentes apresentações clínicas de úlcera traumática. (A) Ulceração rasa e extensa em ápice lingual causada por automutilação. (B e C) Úlceras rasas em fundo de sulco causadas por trauma mecânico por escova dental. (D) Úlcera mais profunda com bordas esbranquiçadas em ventre de língua.

Fonte: Laskaris (2004) (A, B e C) e FO- UFRGS (D).

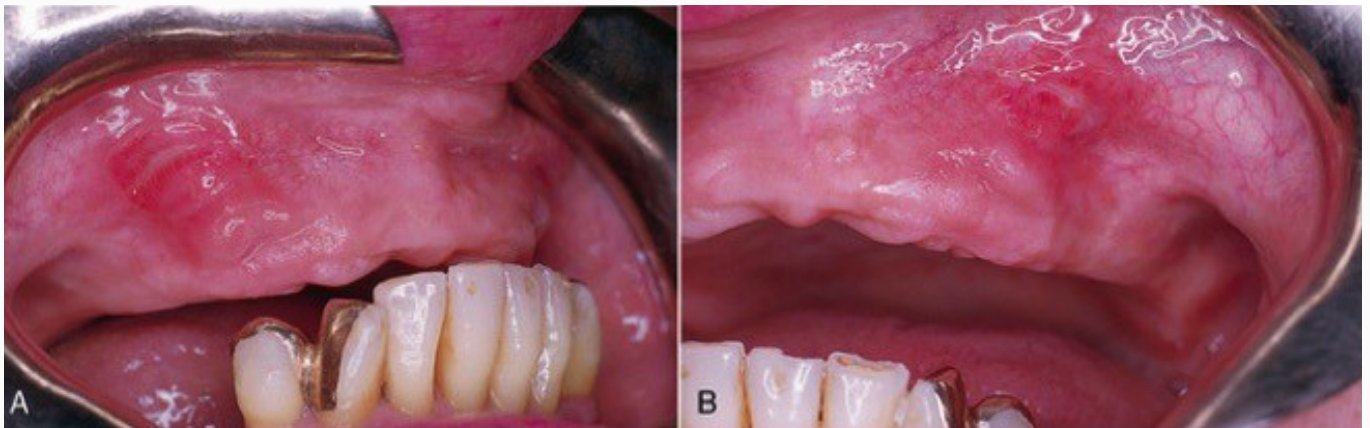


FIGURA 4. Ulcerações rasas em fundo de sulco causada por trauma da prótese total superior. Note que, neste caso, o fator irritativo levou a formação de múltiplas lesões. Entretanto, o diagnóstico de úlcera traumática pode ser estabelecido pela associação do fator irritativo com as lesões induzidas por ele.

Fonte: Regezi, Sciubba, Jordan (2013).

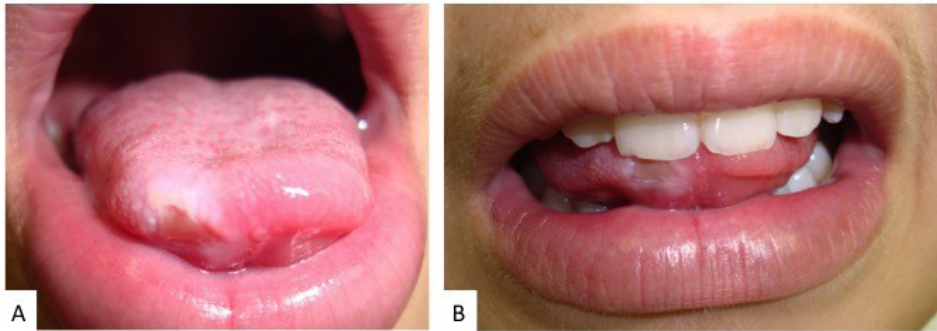


FIGURA 5. (A) Úlcera em ápice lingual causada por mordida do paciente. (B) Note como é possível estabelecer a relação da lesão com seu agente causador (localização e tamanho correspondem ao incisivo central superior).

Fonte: HCPA.

A **mucosite** (figura 6) representa outro tipo de ulceração aguda induzida por um agente irritativo, neste caso representado pela radiação ionizante ou por agentes quimioterápicos. A mucosite é um efeito adverso muito importante e relevante do tratamento antineoplásico³. Após a administração do agente quimioterápico ou após a exposição à radiação ionizante na região de cabeça e pescoço, o surgimento dessas lesões é considerado um dos principais efeitos adversos. Estima-se que 40% dos pacientes tenham algum grau de mucosite durante seu tratamento. A lesão inicia como uma área eritematosa⁴ que evolui para placas brancas descamativas. Com a progressão da lesão, há formação de ulcerações que são extremamente dolorosas. As principais complicações da mucosite estão associadas com a dor severa que resulta em importantes restrições na dieta, além de representar uma porta de entrada para agentes infecciosos. Em pacientes submetidos à quimioterapia, as lesões podem ocorrer em qualquer localização do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus. Nos casos de radioterapia, as lesões são restritas ao local de irradiação. O diagnóstico de mucosite usualmente não é desafiador, uma vez que sua manifestação muitas vezes já é esperada em pacientes que estão sendo submetidos à tratamento oncológico. Atualmente, há protocolos terapêuticos que visam prevenir e tratar a mucosite. Entre estes podemos citar o uso do laser de baixa potência⁵, que apresenta ótimos resultados na prevenção e tratamento da mucosite.

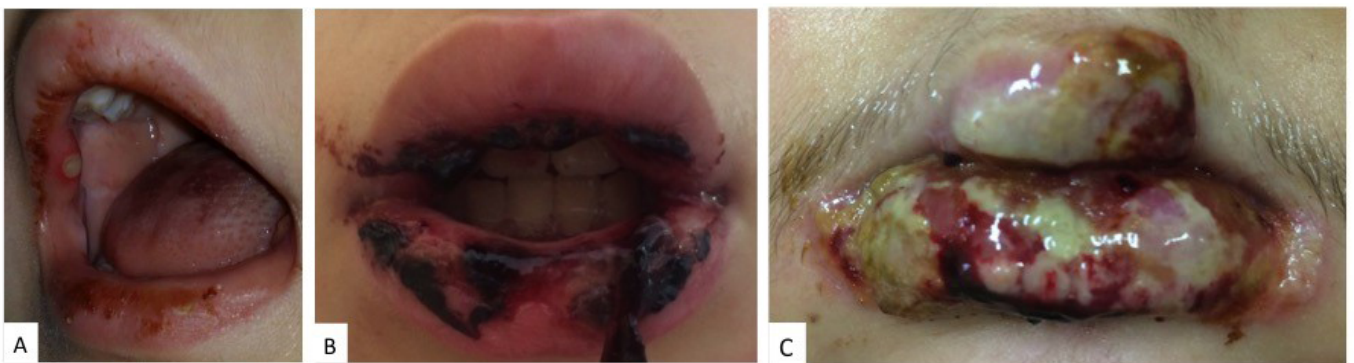


FIGURA 6. Diferentes apresentações clínicas e graus da mucosite bucal em pacientes pediátricos recebendo tratamento quimioterápico.

Fonte: HCPA.

³Tratamento que tem como alvo neoplasias/tumores. A quimioterapia convencional e a radioterapia são exemplos de tratamentos antineoplásicos.

⁴Avermelhada.

⁵Também conhecida como laserterapia ou fototerapia laser. Tem como princípio a incidência de uma luz de baixa intensidade que produz efeitos biológicos importantes nos tecidos induzindo cicatrização/reparo.



Há outras lesões semelhantes a da boca em outras localizações do corpo?

Caso o paciente relate que não há trauma ou fator irritativo associado à próxima pergunta que irá nos auxiliar a estabelecer o diagnóstico é: há outras lesões semelhantes as observadas na boca em outras regiões do corpo? Se a resposta for afirmativa, podemos pensar em varicela, doença das mãos-pés-e-boca (ambas mais comuns em crianças) ou eritema multiforme. A seguir abordamos cada uma destas lesões individualmente, destacando suas principais características.

A **varicela** (figura 7), popularmente conhecida como catapora, representa uma infecção causada pelo vírus varicela-zoster. É uma doença popularmente conhecida por suas lesões em pele. Contudo, lesões em boca podem estar presentes e, em alguns casos, podem preceder as lesões em pele. Assim, é importante que o cirurgião dentista esteja ciente disso principalmente no manejo de pacientes pediátricos, uma vez que a varicela usualmente ocorre até os 9 anos de idade. Após a infecção pelo vírus e o período de incubação⁶, tem início o período prodrômico⁷, com presença de febre, mal-estar, náusea, vômito. As lesões usualmente iniciam em face e tronco, seguindo depois para as extremidades e se caracterizam por intenso prurido⁸. Cada lesão progride rapidamente de um eritema, passando por vesícula, pústula⁹ e crosta endurecida. As lesões bucais, como mencionado anteriormente, são comuns e podem preceder as lesões em pele ou surgir de forma concomitante. Elas iniciam como vesículas branco-opacas que evoluem para ulcerações com até 3 mm de diâmetro. O palato e a mucosa jugal são os sítios mais acometidos e as lesões intrabucais costumam ser indolores. Usualmente, o/a responsável pela criança consegue identificar se houve contato com outro indivíduo com varicela. Deve-se fazer o encaminhamento da criança para o médico-pediatra que realizará o tratamento adequado.

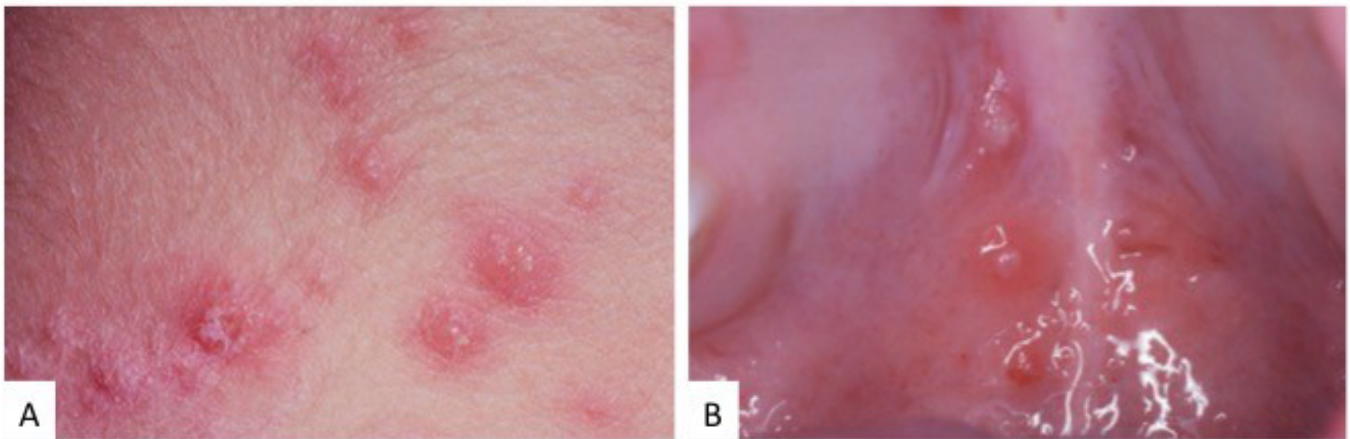


FIGURA 7. (A) Lesões em fase de crosta indicando o diagnóstico de varicela em pele. (B) Lesões em boca ainda no estágio de vesículas. Depois de romper, as vesículas formam úlceras pequenas que evoluem para a fase crostosa.

Fonte: Neville et al. (2009).

⁶Representa o período entre a penetração do agente etiológico, neste caso o vírus varicela-zoster, e o aparecimento dos primeiros sintomas clínicos mais evidentes.

⁷Período prodrômico ou sintomas prodrômicos representa/tam o período de tempo entre os primeiros sintomas inespecíficos da doença (febre, mal-estar) e o início dos sinais ou sintomas com os quais o diagnóstico pode ser estabelecido.

⁸Coceira

⁹Elevação da pele com pus no seu interior.

A **doença das mãos-pés-e-boca** (figura 8) é causada por um enterovírus e ocorre predominantemente em crianças. Sintomas sistêmicos, como dor de garganta, disfagia, febre acompanham o aparecimento das lesões. O nome da doença indica a localização das lesões. As lesões bucais usualmente são as primeiras a se desenvolverem, e precedem, até mesmo, as manifestações sistêmicas (febre, mal-estar). A mucosa jugal, labial e a língua são os locais mais comumente afetados, mas pode haver lesões em qualquer localização, podendo variar de poucas lesões até 30. As lesões iniciam como vesículas que se rompem rapidamente formando pequenas ulcerações, de 2 a 7 mm de diâmetro com sintomatologia dolorosa. As lesões em pele ocorrem principalmente nas bordas das palmas das mãos e plantas dos pés, bem como na superfície ventral e lateral dos dedos das mãos e dos pés. Na maioria dos casos, a infecção é auto-limitante e o tratamento visa apenas o alívio dos sintomas.

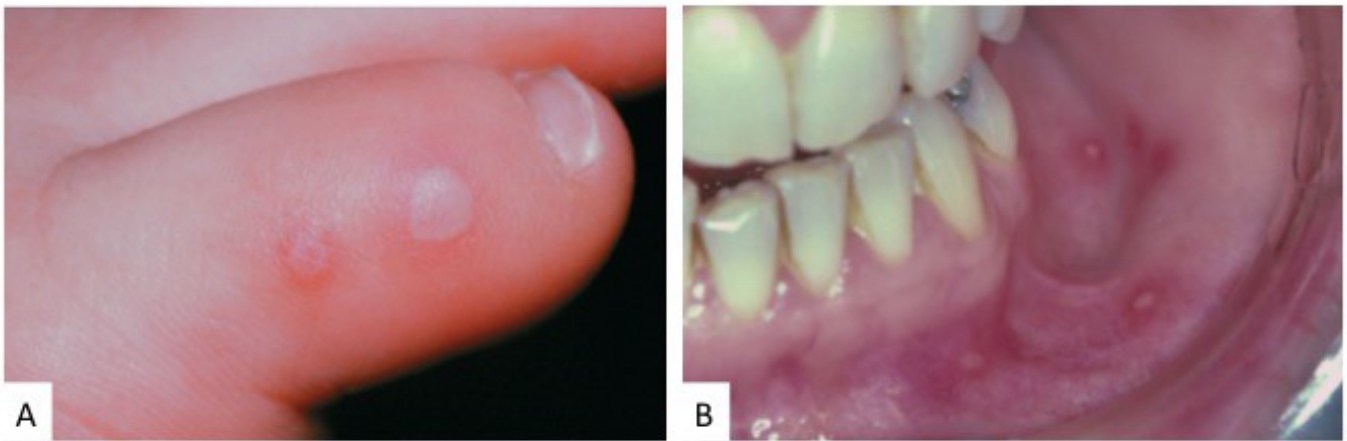


FIGURA 11. Doença das mãos-pés-e-boca (A) Lesão bolhosa no dedo do pé. (B) Lesões ulceradas pequenas dispersas em mucosa bucal. Estas úlceras são precedidas por vesículas.

Fonte: Neville et al. (2009).

Úlceras agudas em boca associadas com lesões em pele podem representar um quadro de **eritema multiforme** (figuras 9 e 10). Esta doença apresenta início agudo e tem origem incerta. Contudo, na grande maioria dos casos, é possível identificar uma infecção precedente (como o herpes simples) ou a exposição a drogas, como analgésicos ou antibióticos. Assim, é importante questionar o paciente sobre estes aspectos durante a anamnese. Essas situações desencadeiam uma reação imunológica que produz a doença. Além disso, o eritema multiforme acomete mais pacientes adultos, contrastando com as doenças virais previamente estudadas e podendo ajudar no diagnóstico diferencial. Sintomas prodrômicos como febre, mal-estar, cefaléia¹⁰, tosse e dor de garganta, usualmente estão presentes. As lesões bucais são múltiplas placas eritematosas que evoluem para grandes erosões ou ulcerações rasas com bordas irregulares associadas com dor. Estas lesões apresentam distribuição difusa, estando presente em todas as localizações da boca, porém com menos frequência em gengiva e palato duro. Crostas hemorrágicas na região do vermelhão do lábio são comuns. As lesões eritematosas em pele aparecem inicialmente nas extremidades como mãos e pés. As lesões são planas, redondas e usualmente apresentam um padrão concêntrico, sendo chamadas de “lesões em alvo”. Em alguns casos a lesão pode evoluir para uma bolha com centro necrótico¹¹. Uma forma mais agressiva do eritema multiforme, chamada de Síndrome de Stevens-Johnson, ocorre quando a mucosa ocular ou genital é acometida além das lesões em pele e boca. O tratamento destas lesões é feito através do uso de corticoesteróides sistêmicos. Além disso, caso alguma droga suspeita de ser a causadora da doença seja identificada, o uso desta deve ser interrompido imediatamente. Anestésicos tópicos podem auxiliar no alívio da dor e desconforto das lesões bucais.

¹⁰Dor de cabeça

¹¹Que apresenta necrose, ou seja, que está morto.

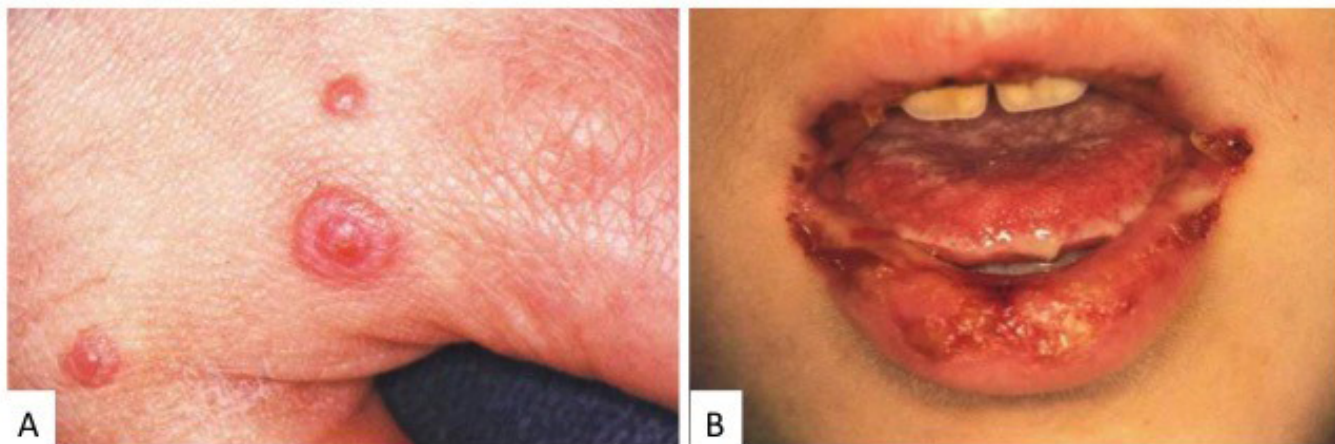


FIGURA 9. Eritema multiforme. (A) Lesões em pele em formato de “alvo” na pele do dorso da mão. (B) Ulcerações em língua e lábio associadas com áreas de crostas hemorrágicas no vermelhão do lábio.

Fonte: Laskaris (2004)



FIGURA 10. Eritema multiforme. (A) Áreas de ulceração e crostas hemorrágicas em vermelhão de lábio. (B) Ulcerações se estendem para mucosa labial e palato duro.

Fonte: HCPA



Há múltiplas lesões em boca?

Quando a úlcera ou ulcerações agudas forem limitadas à cavidade bucal, a próxima investigação a ser feita diz respeito ao número de lesões. Se, durante o exame clínico intra-bucal, foram constatadas múltiplas lesões, podemos pensar em herpangina ou gengivoestomatite herpética aguda. A **gengivoestomatite herpética aguda - GEHA** (figura 11) representa a manifestação primária da infecção pelo vírus herpes simples. Usualmente a infecção primária é assintomática¹², mas aproximadamente 12% dos casos apresentam quadros de GEHA. Como ela representa a manifestação após o primeiro contato do indivíduo com o vírus, ela ocorre usualmente

em pacientes com até 5 anos de idade, sendo menos frequente em pacientes mais velhos. Todos os sítios da boca podem ser acometidos. Além disso, lesões satélites¹³ podem ser observadas na região peribucal¹⁴. As lesões iniciam como vesículas puntiformes, que rapidamente se rompem e formam inúmeras lesões erosivas que quando progridem formam áreas de ulceração central. As úlceras podem coalescer¹⁵ e formar lesões rasas e mais extensas. A gengiva usualmente apresenta áreas erosivas e amplas. As lesões usualmente estão restritas a cavidade bucal. Entretanto, lesões nos dedos e nos olhos podem ocorrer como resultado de auto-inoculação pela criança. Além disso, outros sinais sistêmicos podem estar presentes como febre, cefaleia, linfadenopatia¹⁶, dor de garganta. O tratamento é sintomático, envolvendo a prescrição de analgésicos e antipiréticos (se houver febre). Além disso, medidas de higiene local com gaze embebida em soro, hidratação, dieta líquida e repouso devem ser recomendados. O paciente ou o seu responsável devem ser orientados sobre a natureza contagiosa da lesão e sobre a importância de evitar a auto-inoculação¹⁷.



FIGURA 11. GEHA. Lesão em transição de lábio/pele e áreas eritematosas em gengiva.

Fonte: FO/UFRGS

A **herpangina**, assim como a doença das mãos-pés-e-boca, é causada por um enterovírus e acomete crianças na maioria dos casos. Acredita-se que estas doenças estejam intimamente relacionadas e possam representar manifestações clínicas distintas da mesma infecção. A herpangina inicia com uma fase aguda de dor de garganta, disfagia¹⁸ e febre. Um pequeno número de lesões bucais, geralmente de duas a seis, se desenvolvem na região posterior da boca, principalmente palato mole e pilares amigdalinos. As lesões iniciam como áreas eritematosas que evoluem para vesículas que rapidamente se rompem e ulceram. Com frequência, as lesões são dolorosas. Assim como a doença das mãos-pés-e-boca, a herpangina é usualmente auto-limitante e o tratamento visa apenas aliviar os sintomas.



FIGURA 12. Herpangina. Note a presença de múltiplas úlceras rasas em região de palato mole e pilares amigdalinos.

Fonte: Neville et al. (2009)

¹²Se refere a alguma condição que não apresenta sintomas

¹³Lesões localizadas em uma região mais afastada.

¹⁴Pele em torno da boca.

¹⁵Unir-se a medida em que há crescimento.

¹⁶Condição em que os nódulos linfáticos ficam com tamanho, consistência ou número anormais.

¹⁷Disseminar a lesão para outras regiões do próprio corpo.

¹⁸Dificuldade para deglutir.



E se a lesão for solitária e única?

Úlceras agudas e solitárias devem levantar a suspeita de **sífilis primária**. Esta lesão se enquadra nas lesões ulceradas agudas por apresentar um aparecimento abrupto, entretanto é importante ressaltar que, diferente de outras ulcerações agudas, a úlcera decorrente da sífilis primária pode, em alguns casos, ter um curso mais longo demorando até 8 semanas para sua cicatrização. A sífilis é uma infecção bacteriana sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum*. Esta doença apresenta três estágios, sendo os dois primeiros aqueles em que o paciente é altamente contaminante. O diagnóstico desta lesão é mais comum em adultos jovens e de meia idade. A lesão decorrente da sífilis primária é chamada de cancro sifilítico, sendo observada no local da inoculação¹⁹ do microrganismo. Depois da região genital, a boca representa a localização mais comum do cancro primário, sendo o lábio o local mais acometido seguido pelo palato, gengiva e amígdalas. A lesão bucal surge como uma úlcera solitária indolor usualmente acompanhada de linfadenopatia bilateral. Quando não tratada, a lesão cicatriza entre 3 a 8 semanas e a doença progride para os estágios seguintes através da disseminação²⁰ do microrganismo pelos vasos linfáticos. A biópsia desta lesão não trará resultados conclusivos, mas poderá auxiliar a descartar outras lesões tumorais ou auto-imunes. O diagnóstico usualmente é confirmado através de exames sorológicos, que incluem testes menos sensíveis como o VDRL e o PRP e teste mais sensíveis como o FTA-ABS e o MHA-TP. O tratamento da sífilis se baseia na penicilina. Quando não tratada neste momento, a doença evolui para estágios mais avançados, podendo causar complicações graves no sistema vascular e nervoso e até levar o paciente a óbito. Frente ao diagnóstico de sífilis, é importante solicitar ao paciente um exame para o vírus do HIV, uma vez que estas doenças são transmitidas da mesma forma.



FIGURA 13. Sífilis primária. Câncer sifilítico caracterizado como uma úlcera solitária na região de inoculação do *Treponema pallidum*.

Fonte: FO/UFRGS.

¹⁹Onde o microrganismo penetrou no tecido.

²⁰Espalhamento; dispersão.

É importante ressaltar que apenas as lesões mais frequentes foram abordadas neste material. Caso haja dúvidas em relação ao diagnóstico e à conduta, o paciente deverá ser encaminhado para o estomatologista.

| Diagnóstico | Número | Localização | Sintomatologia | Características clínicas | Informações importantes |
|----------------------------|-----------|---|---|---|--|
| Úlcera traumática | Solitária | Variada | Dor | Variada Histórico de trauma | Deve regredir com a remoção do agente agressor |
| Mucosite | Múltiplas | Variada | Dor | Úlceras rasas e difusas em mucosa bucal | Associada com tratamento antineoplásico ²¹ (quimio ou radioterapia) |
| Varicela | Múltiplas | Palato e mucosa jugal | Sinais prodrômicos e prurido nas lesões em pele | Vesículas bucais precedem Lesões em pele em diferentes estágios Comum em crianças | Contato com crianças que apresentaram quadro de varicela recentemente |
| Doença das mãos-pés-e-boca | Múltiplas | Mucosa jugal e língua | Sinais prodrômicos Dor | Vesículas precedem | Crianças Lesões em pés e mãos |
| Eritema multiforme | Múltiplas | Palato Gengiva | Sintomas prodrômicos Dor | Placas eritematosas que evoluem para úlceras | Lesões em alvo na pele Infecção ou uso de medicamento precede |
| Herpangina | Múltiplas | Palato, tonsilas | Sinais prodrômicos Dor | Vesículas precedem | Crianças Limitada à cavidade bucal |
| GEAH | Múltiplas | Difuso (gengiva) | Dor + sinais prodrômicos | Vesículas precedem Mais comum em crianças | Terapia inclui uso de anti-virais Atenção para auto-inoculação |
| Sífilis primária | Solitária | Lábio > ²² Palato > Gengiva > Amígdalas | Lesão em boca indolor Linfadenopatia bilateral | Lesão pode levar até 8 semanas para cicatrizar | Diagnóstico: teste sorológico Se não tratada pode levar o paciente a óbito |

Tabela 2. Comparação das principais características das úlceras bucais agudas

²¹O mesmo que tratamento contra o câncer, tratamento antineoplásico

²²O sinal ">" indica que a lesão é mais comum no sítio anatômico referido. No caso, Lábio é mais acometido do que palato e assim sucessivamente.