

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

**IASMIM MOREIRA DE ALMEIDA  
LIRIAN MICHELE GONÇALVES DE FREITAS**

**AMELOBLASTOMA ADENOIDE:  
Revisão de literatura e relato de caso**

Sete Lagoas/MG  
2022

**IASMIM MOREIRA DE ALMEIDA  
LIRIAN MICHELE GONÇALVES DE FREITAS**

**AMELOBLASTOMA ADENOIDE:  
REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação em “Odontologia” da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.  
Orientador: Prof. Paulo Henrique Alvares Torres  
Coorientador: Luiz Otávio Fernandes Alves

Sete Lagoas/MG  
2022

# FACSETE

FACULDADE SETE LAGOAS

Iasmim Moreira de Almeida  
Lirian Michele Gonçalves de Freitas

Ameloblastoma Adenoide:  
Revisão de literatura e relato de caso

A banca examinadora abaixo-assinada aprova o presente trabalho de conclusão de curso como parte dos requisitos para conclusão do curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE.

Aprovada em 16 de novembro de 2022.

  
Prof. Paulo Henrique Alvares Torres  
Faculdade Sete Lagoas - FACSETE  
Orientador  
CRO/MG 19.950

  
Luiz Otávio Alves Fernandes  
Faculdade Sete Lagoas - FACSETE  
Coordenador

  
Prof. Bruno Bahia Lopes  
Faculdade Sete Lagoas - FACSETE  
CRO/MG 38764

Prof. Bruno Bahia Lopes  
Faculdade sete Lagoas - Fad&ETE  
Avaliador

Sete Lagoas, 16 de novembro de 2022.

Rua Itália Pontal, 43, 50 e 55 - Chácara do Palácio  
Sete Lagoas - MG - CEP 35700-170 - Tel. (31) 3773-3248  
facsete.edu.br

@facsete  
@facseteposgraduacao  
Facsete



Dedicamos esse trabalho à L.A.B, que foi a paciente deste caso clínico e que infelizmente veio a óbito devido à pandemia do Covid-19, dedicamos também à sua mãe que gentilmente aprovou a realização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por nos conduzir durante toda a jornada, por nossa vida e por nos permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho. Aos nossos pais e familiares, por todo apoio e amor dedicado a nós. Somos gratas ao nosso orientador, professor Paulo Torres, por todo apoio e por nunca ter medido esforços para nos ajudar e pela forma como nos conduziu, sem hesitar em compartilhar seus valiosos conhecimentos. Ao nosso coorientador, Luiz Otávio, por ceder um caso que foi tão importante para o nosso conhecimento. Ao professor Ricardo Gomes, agradecemos por disponibilizar seu tempo, para nos ajudar na revisão da lâmina histológica, que foi essencial para a conclusão do trabalho. Ao professor Bruno Lopes, por ajudar a conduzir o nosso caso, somos muito gratas a você. Ao professor, Fernando Felicioni, pela paciência e por nos passar seus conhecimentos para a confecção da parte escrita deste trabalho.

Agradecemos, enfim, a todos que de uma certa forma foram incentivadores e alicerces para que conseguíssemos realizar este sonho!



“Dificuldades preparam pessoas comuns para destinos extraordinários”

(C.S.Lewis)

## RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico com características clínicas e padrões histológicos variáveis e de origem no epitélio-odontogênico. Teoricamente, ele pode surgir dos restos da lâmina dentária, de um órgão do esmalte em desenvolvimento, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico, ou das células basais da mucosa oral. Existem quatro tipos diferentes de ameloblastomas: o sólido ou multicístico, o unicístico, o adenoide e o periférico que histologicamente é idêntico ao ameloblastoma intraósseo, mas pode surgir do epitélio superficial ou de remanescentes extra-ósseos da lâmina dentária. O tratamento do ameloblastoma é sempre cirúrgico, variando de conservador a radical. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de uma paciente que apresentou um ameloblastoma adenoide em que foi realizado o tratamento conservador.

Palavras-chave: Ameloblastoma; Odontogenic tumors; Jaw neoplasms; Adenoid ameloblastoma.



## **ABSTRACT**

Ameloblastoma is an odontogenic tumor with variable characteristics in both clinical and histopathologic, it originates from odontogenic epithelial. Theoretically, it may originate from the remains of the dental lamina, form an enamel organ in development, form an epithelial coating of an odontogenic cyst or form basal cells of the oral mucosa. There are 4 different types of ameloblastoma: solid or multicystic, unicystic, adenoid, and peripheral, which is histopathologically speaking identical to intraosseous ameloblastoma, but it can emerge from superficial epithelium or extra remains of the dental lamina inside the bone. Ameloblastoma treatment is always a surgical intervention, varying from conservative to radical. This study's objective is to relate a case of adenoidal ameloblastoma in a female patient that went under conservative treatment.

Key words: Ameloblastoma; Odontogenic tumors; Jaw neoplasms; Adenoid ameloblastoma.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Aspecto radiográfico em bolhas de sabão.....	08
Figura 2	- Aspecto radiográfico em favos de mel.....	08
Figura 3	- Ameloblastoma (padrão folicular).....	09
Figura 4	- Ameloblastoma (padrão plexiforme).....	09
Figura 5	- Ameloblastoma (variante de células granulares).....	10
Figura 6	- Ameloblastoma (variante de células basais).....	10
Figura 7	- Ameloblastoma (variante desmoplásica).....	11
Figura 8	- Ameloblastoma unicístico.....	12
Figura 9	- Ameloblastoma unicístico (tipo luminal).....	13
Figura 10	- Ameloblastoma unicístico (tipo intraluminal plexiforme).....	13
Figura 11	- Ameloblastoma unicístico (tipo mural).....	14
Figura 12	- Ameloblastoma periférico.....	15
Figura 13	- Ameloblastoma periférico (histopatológico).....	15
Figura 14	- Ameloblastoma adenoide (radiografia).....	17
Figura 15	- Ameloblastoma adenoide (histopatológico).....	17
Figura 16	- Imagem extraoral.....	21
Figura 17	- Imagem intraoral.....	21
Figura 18	- Radiografia inicial.....	22
Figura 19	- Tecido excisado.....	23
Figura 20	- Radiografia de controle.....	24
Figura 21	- Ameloblastoma adenoide (padrão cribiforme).....	25
Figura 22	- Ameloblastoma adenoide (células claras).....	25

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>6</b>
1.1.CLASSIFICAÇÃO DOS AMELOBLASTOMAS.....	7
<b>1.1.1. Ameloblastoma Multicístico (Sólido ou Convencional).....</b>	<b>7</b>
1.1.2. Ameloblastoma Unicístico.....	11
1.1.3. Ameloblastoma Periférico.....	14
1.1.4 Ameloblastoma Adenóide.....	16
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1. OBJETIVO GERAL.....	19
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>4. RELATO DO CASO.....</b>	<b>21</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICE A – CARTA DE ORIENTAÇÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICE F – FICHA DE DESCRIÇÃO DA ORIENTAÇÃO E DO DESEMPENHO DO ALUNO.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO I – LAUDO DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO – AMELOBLASTOMA.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO II – LAUDO DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO – AMELOBLASTOMA ADENOIDE.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>38</b>

## 1. INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O ameloblastoma é um tumor odontogênico com características clínicas e padrões histológicos variáveis. Geralmente ocorre nos ossos maxilares e com origem do epitélio de restos celulares do órgão do esmalte, epitélio de cistos odontogênicos, distúrbio do órgão do esmalte em desenvolvimento, de células basais do epitélio de superfície ou epitélio heterotrófico em outras partes do corpo (MUNIZ *et. al.* 2014).

Segundo Neville *et. al.* (2016), existem três subtipos de ameloblastomas. Dentre esses ameloblastomas, temos o tipo sólido convencional ou multicístico (cerca de 86% dos casos), unicístico (cerca de 13% de todos os casos) e periférico extra ósseo (cerca de 1% de todos os casos).

Além desses três subtipos, há também o ameloblastoma adenoide, que é um tumor odontogênico híbrido e apresenta características histopatológicas tanto do ameloblastoma quanto do tumor odontogênico adenomatoide. Com aproximadamente 40 casos relatados, essa nova classificação do tumor foi incluída na literatura em 2022 (JAYASOORIYA *et. al.* 2021).

O ameloblastoma unicístico apresenta no aspecto histopatológico três variantes: unicístico luminal, unicístico intraluminal plexiforme e mural (NEVILLE, 2016).

O subtipo periférico é o mais raro encontrado na cavidade bucal, acomete tecidos moles, sem envolvimento ósseo. Radiograficamente, não conseguimos observá-lo, devido ao seu não comprometimento ósseo (SAPP *et al.* 2012).

Para o subtipo multicístico, o método ideal de tratamento é o radical com 1 a 1,5cm de margem de segurança, pois é um subtipo que mostra uma maior tendência para se infiltrar nos tecidos circundantes, com maior chance de recidiva e mais agressivo. Porém, alguns cirurgiões dentistas optam por uma abordagem mais conservadora para o tratamento dessa variante (NEVILLE, 2016).

Para o subtipo unicístico, o tratamento conservador é o mais indicado pois está associado a um menor risco de recidiva e é o único subtipo suscetível à cirurgia conservadora, pois exibe um padrão de crescimento intraluminal e raramente se infiltra no tecido (NEVILLE, 2016).

Uma vez confirmado o diagnóstico de ameloblastoma unicístico, têm-se sugerido abordagens conservadoras para estas lesões, como o uso da enucleação (AZOUBEL *et al.*, 1997), marsupialização (NAKAMURA *et al.*, 1995 e NAKAMURA *et al.*, 2002) e a descompressão, que consiste no uso de dispositivos instalados adjacentes à lesão, para que se façam irrigações intra lesionais, evitando o crescimento da lesão e estimulando a sua diminuição devido à neoformação óssea (SHTEYER, 2002). PINSOLE (1995) também defende a abordagem conservadora pois, para ele, as abordagens mais agressivas deverão ser tomadas em casos de ameloblastomas com 1 a 2 cm de tamanho na lesão inicial. Entretanto, uma média de 10 a 20% de recorrências tem sido relatada após a enucleação e curetagem (NEVILLE *et al.*, 2016).

Desta forma, o tratamento do ameloblastoma poderá ser de forma conservadora ou radical, podendo variar desde a enucleação até a ressecção em bloco.

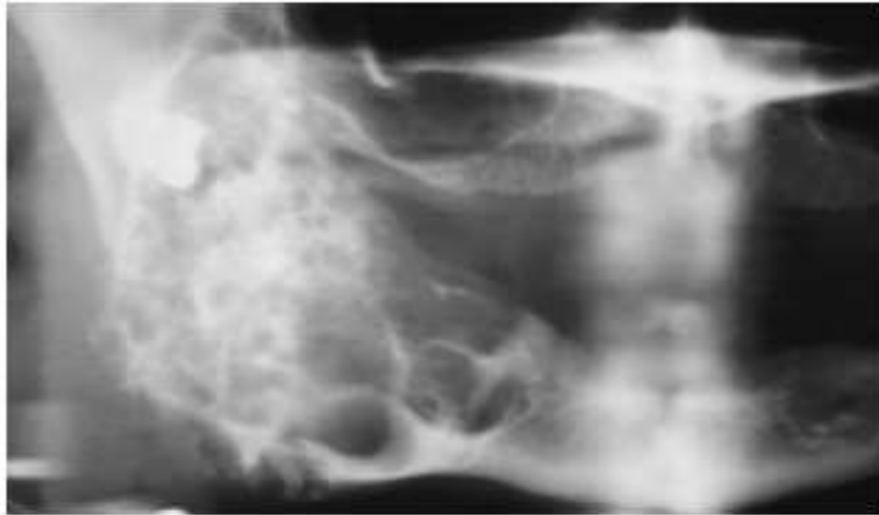
## 1.1. CLASSIFICAÇÃO DOS AMELOBLASTOMAS

### 1.1.1. Ameloblastoma Multicístico (Sólido ou Convencional)

De acordo com Neville *et al.* (2016), o ameloblastoma sólido é o mais comum entre os ameloblastomas, correspondendo a cerca de 86% dos casos. Essa variante de ameloblastoma é encontrada em grande variação de faixa etária, com prevalência dos 30 aos 70 anos, sem predileção por sexo e sem comprovações por preferência racial. Acomete principalmente, a região posterior da mandíbula com cerca de 80% dos casos na região do ramo e corpo mandibular. Trata-se de um tumor assintomático e de evolução lenta, que chega a atingir grandes proporções sem apresentar dor ou parestesia.

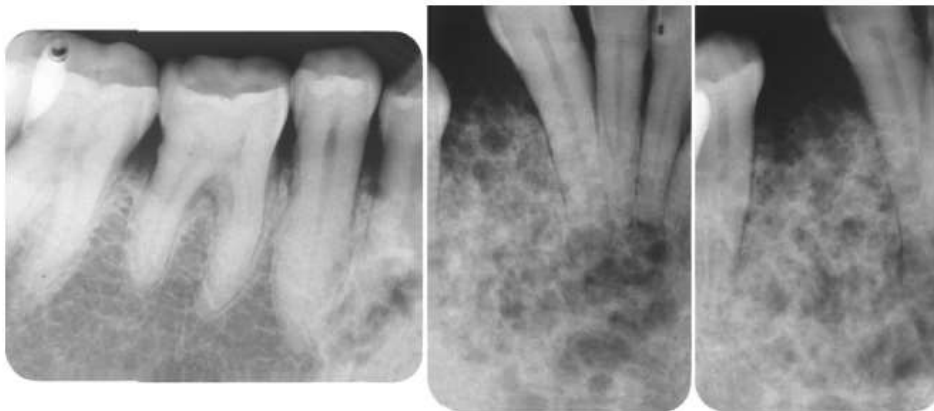
Radiograficamente, essa lesão apresenta, na maioria dos casos, uma radiolucidez multilocular com aspecto de “bolhas de sabão”, quando as loculações são em grandes proporções, conforme a figura 1 ou “favos de mel”, quando as loculações são em pequenas proporções, conforme a figura 2, de margens irregulares. Além disso, a reabsorção radicular em dentes adjacentes e expansão de cortical óssea são comumente observadas. Em alguns casos, é possível notar a lesão envolvendo um terceiro molar inferior incluso (RADAMÉS *et al.*, 2016).

Figura 1: Aspecto radiográfico do ameloblastoma multicístico em bolhas de sabão.



Fonte: Neville (2016).

Figura 2: Aspecto radiográfico mostrando o aspecto em “favos de mel”.

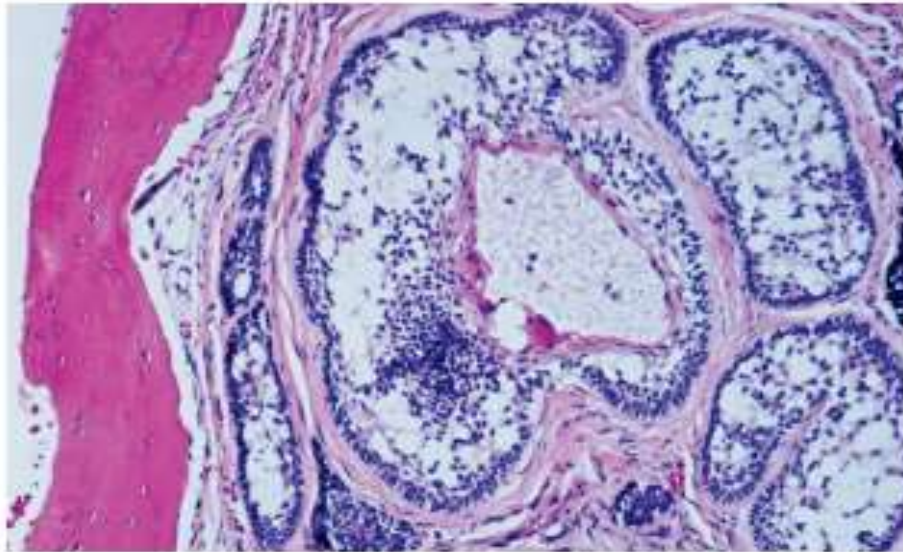


Fonte: Neville (2016).

Histologicamente, o ameloblastoma multicístico se subdivide em folicular, plexiforme, de células granulares, de células basais e desmoplásico. No folicular, observam-se ilhas de epitélio que se assemelham ao epitélio do órgão do esmalte em meio ao estroma maduro de tecido conjuntivo fibroso. Centralmente, são encontradas células colunares altas, lembrando ameloblastos e periféricamente células cuboides, semelhantes às células basais, conforme a figura 3. O plexiforme apresenta cordões ou lençóis de epitélio odontogênico, circundados por células colunares ou cúbicas parecidos com ameloblastos, com um estroma de suporte arranjado mais frouxamente

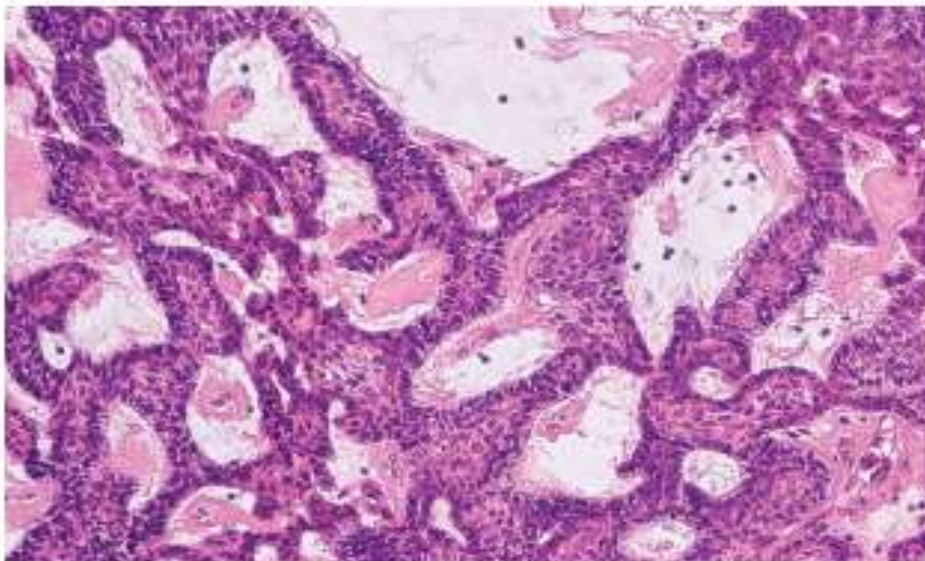
conforme a figura 4. Os de células granulares (figura 5), de células basais (figura 6) e desmoplásico (figura 7) são incomuns (NEVILLE *et al.*,2016).

Figura 3: Aspecto histológico do ameloblastoma (padrão folicular) com múltiplas ilhas de epitélio odontogênico exibindo diferenciação colunar periférica. As zonas centrais lembram o retículo estrelado do esmalte e exibem focos de degeneração cística.



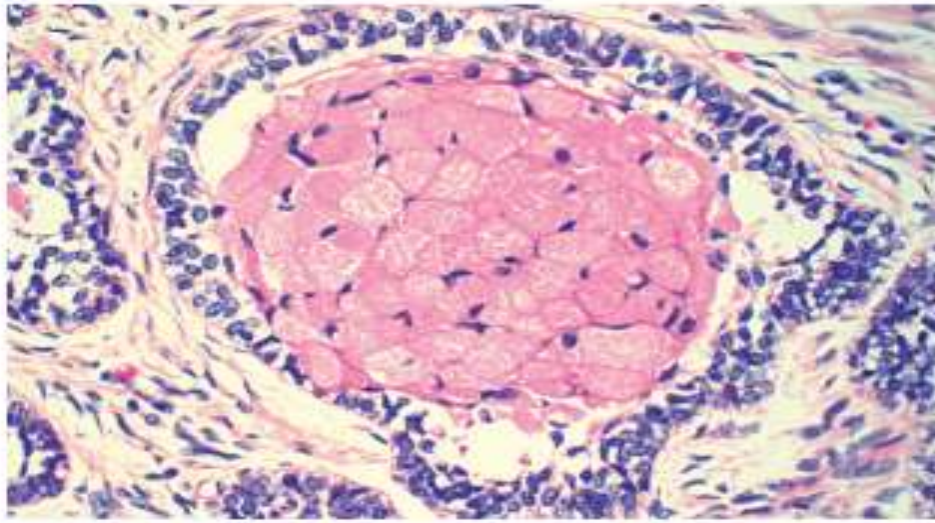
Fonte: Neville (2016).

Figura 4: Aspecto histológico do ameloblastoma (padrão plexiforme) com anastomose dos cordões de epitélio odontogênico.



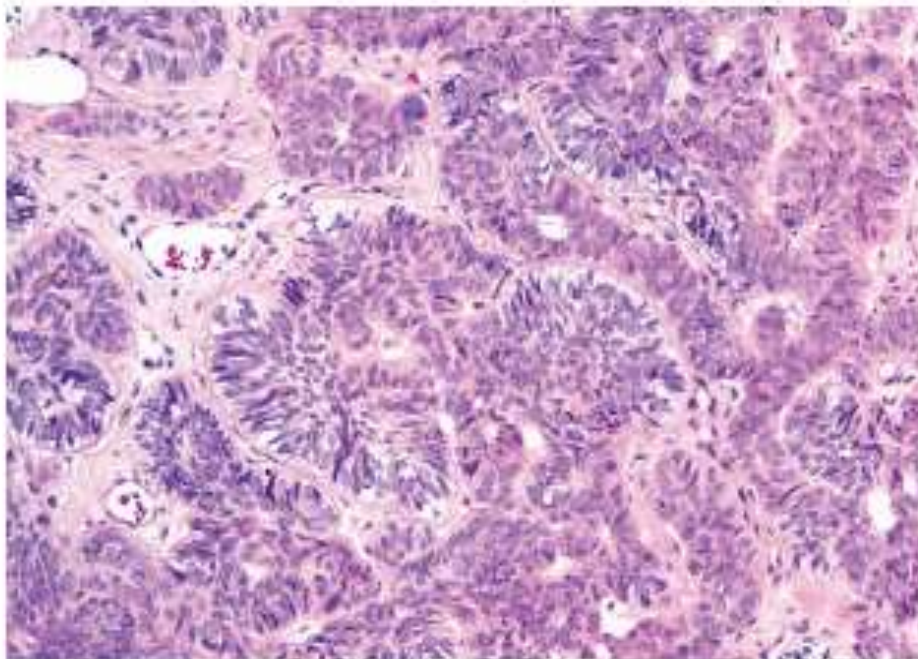
Fonte: Neville (2016).

Figura 5: Aspecto histológico do ameloblastoma (variante de células granulares) com ilha tumoral exibindo células com citoplasmas granulares proeminentes.



Fonte: Neville (2016).

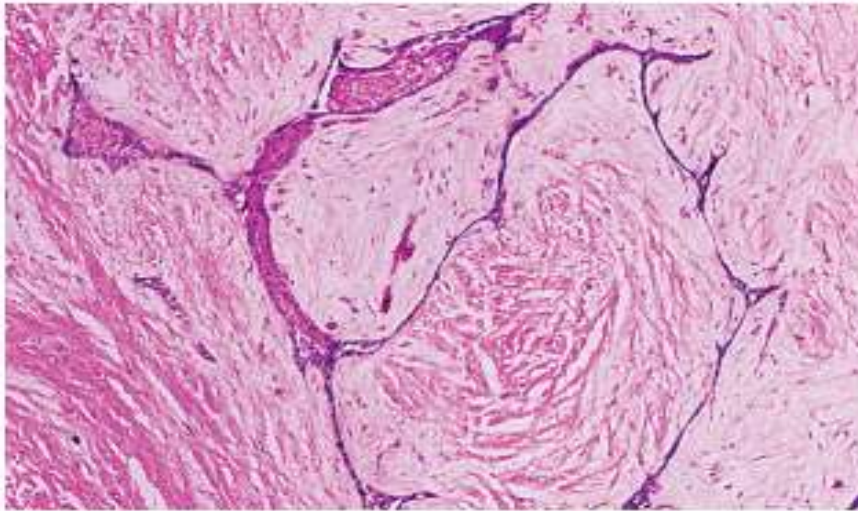
Figura 6: Aspecto histológico do ameloblastoma (variante de células basais) com ilhas de células basaloides hiper Cromáticas com paliçada periférica.



Fonte: Neville (2016)



Figura 7: Aspecto histológico do ameloblastoma (variante desmoplásica) com finos cordões de epitélio ameloblástico em meio a um estroma de tecido conjuntivo fibroso denso.



Fonte: Neville (2016).

Para Salles *et. al.* (2007) e Amorim (2006), o tratamento do ameloblastoma é considerado controverso, podendo ser realizado de maneira conservadora em lesões menores, através de enucleações, marsupialização, curetagem e crioterapia. Porém, a chance de recidiva é maior, pois as abordagens mais conservadoras geralmente deixam pequenas ilhas do tumor dentro da loja cirúrgica.

Em lesões mais extensas, o tratamento radical deve ser realizado através da ressecção em bloco com margem de segurança de 1 a 1,5cm além dos limites radiográficos do tumor, pois a lesão tende a se infiltrar entre as trabéculas do osso esponjoso, fazendo com que a margem verdadeira do tumor se estenda além da margem na aparência radiográfica ou clínica (NEVILLE *et. al.*, 2016).

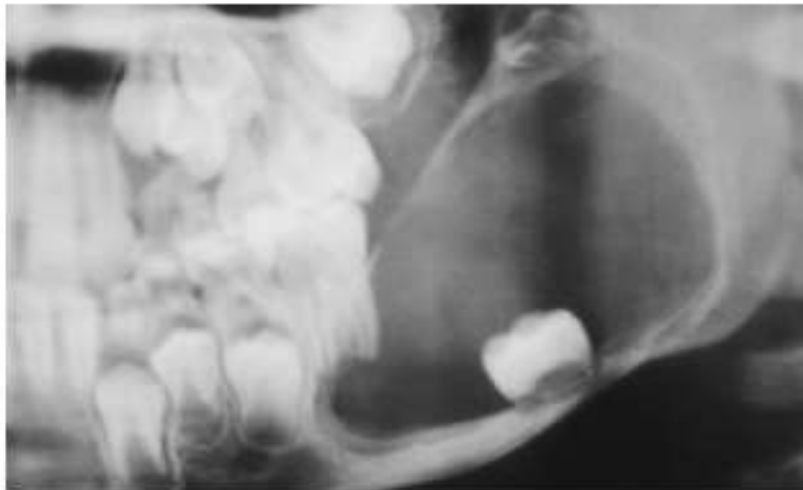
#### 1.1.2. Ameloblastoma Unicístico

O ameloblastoma unicístico foi descrito pela primeira vez em 1977, por Robinson e Martinez quando se pensava que era menos agressivo e o tratamento sugerido era enucleação simples. Acreditava-se que o ameloblastoma unicístico ocorresse em uma população mais jovem na terceira década de vida e a sua variante sólida na quarta década de vida associada a dentes impactados. Hoje sabe-se que esse subtipo de ameloblastoma acomete frequentemente pacientes mais jovens, entre 2ª e 3ª década de vida, sem predileção por sexo ou raça, acometendo a região

posterior da mandíbula em 90% dos casos. Sua origem é dada pela transformação ameloblástica do epitélio do esmalte associado a um dente em formação com posterior desenvolvimento de um cisto dentário, em especial o dentígero, ou ainda por degeneração cística das ilhas ameloblásticas de um ameloblastoma convencional (POGREL & MONTES, 2009).

De acordo com Lacerda *et al.* (2018), radiograficamente o ameloblastoma unicístico é caracterizado por uma área radiolúcida unilocular, bem demarcada e geralmente associada a dentes inclusos, principalmente a parte coronária de terceiros molares (figura 8).

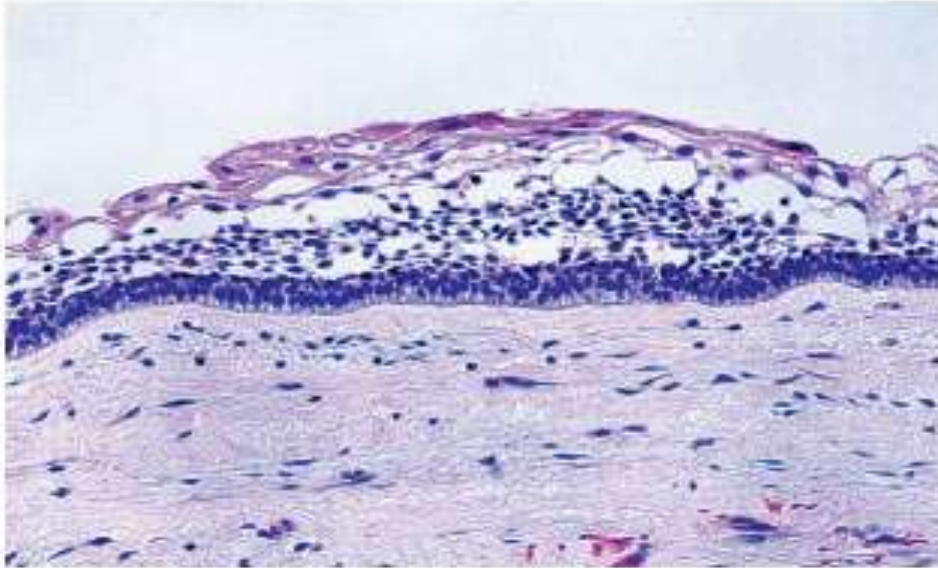
Figura 8: Aspecto radiográfico do ameloblastoma unicístico. Uma grande lesão radiolúcida com deslocamento de segundo molar em desenvolvimento para a margem inferior da mandíbula (Cortesia do Dr. Larry Chewning).



Fonte: Neville (2016).

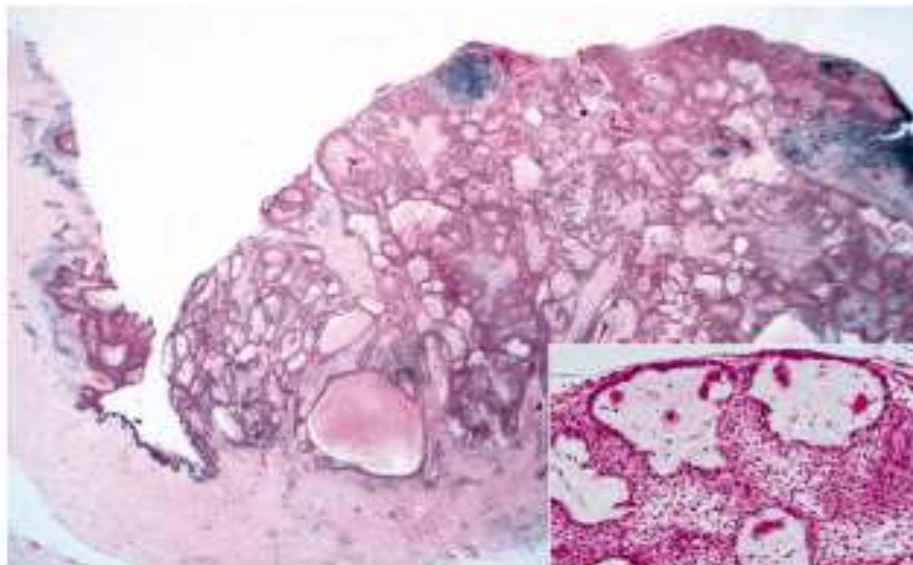
Segundo Pogrel *et al.* (2006), histologicamente, essa lesão apresenta três subtipos: ameloblastoma unicístico luminal, quando se apresenta com um revestimento cístico composto por epitélio odontogênico simples (figura 9), ameloblastoma unicístico intraluminal com um revestimento cístico mostrando proliferação plexiforme intraluminal do revestimento epitelial (figura 10) e ameloblastoma unicístico mural que se apresenta como uma lesão cística com invasão do tecido conjuntivo de suporte na forma folicular ou plexiforme (figura 11).

Figura 9: Aspecto histológico do ameloblastoma unicístico (tipo luminal). O cisto é revestido por epitélio ameloblástico que exibe uma camada basal hiper Cromática e polarizada. As células epiteliais subjacentes estão frouxamente conectadas e lembram o retículo estrelado.



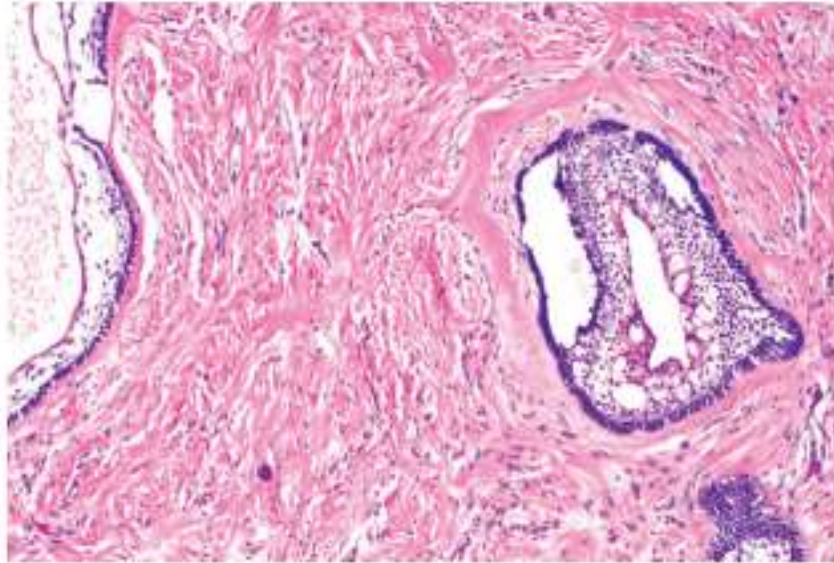
Fonte: Neville (2016).

Figura 10: Aspecto histológico do ameloblastoma unicístico (tipo intraluminal plexiforme). Fotomicrografia do aumento de volume intraluminal que surge a partir de sua parede cística.



Fonte: Neville (2016).

Figura 11: Aspecto histológico do ameloblastoma unicístico (tipo mural). O revestimento epitelial do componente cístico pode ser observado no canto esquerdo da fotomicrografia. As ilhas de ameloblastoma folicular infiltram a parede de tecido conjuntivo fibroso à direita.



Fonte: Neville (2016).

Esses tumores usualmente são tratados como cistos, através de enucleação, fazendo o acompanhamento do paciente por um longo período (NEVILLE *et. al.*, 2016). Porém, segundo Cawson *et. al.* (2013) para a variante mural, o tratamento radical é o mais indicado, devido ao seu comportamento se assemelhar ao da lesão mais agressiva, apesar de estar caracterizada como unicístico.

### 1.1.3. Ameloblastoma Periférico

Sapp *et al.* (2012) relataram que o ameloblastoma periférico (extra ósseo) é o tipo mais raro encontrado na cavidade oral (1 a 10%). Apresenta-se como uma lesão extra óssea de tecidos moles geralmente na gengiva, sem envolvimento ósseo. Muitas vezes, aparece como um crescimento séssil, indolor, firme e pode ter uma aparência verrucosa (figura 12). Essas características clínicas são semelhantes a outras lesões como fibroma odontogênico periférico ou granuloma piogênico, sendo a confirmação do diagnóstico feita através da análise histológica. Pode ocorrer em todas as faixas etárias, de 9 a 92 anos, com predileção pelo sexo masculino e 70% ocorrem na mandíbula (PROGREL *et. al.*, 2006).

Figura 12: Aspecto clínico do ameloblastoma periférico. Aumento de volume de base sésil na gengiva.

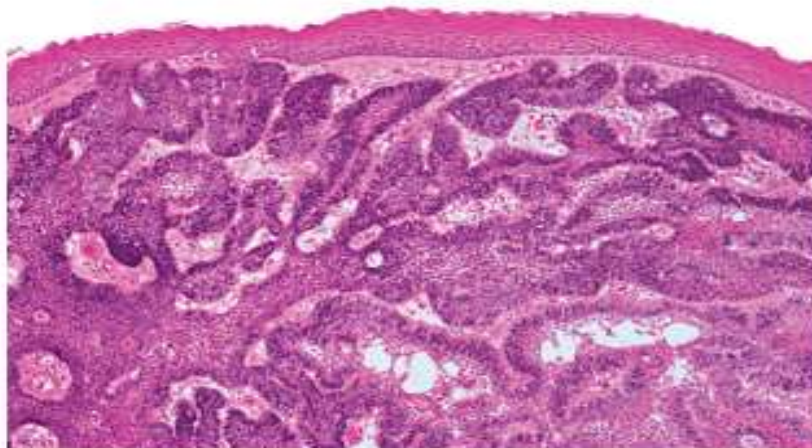


Fonte: Neville (2016).

Radiograficamente, essa lesão não é observada, pois ela se restringe à mucosa (NEVILLE *et. al.*, 2016).

Histologicamente, é idêntica ao ameloblastoma intraósseo, mas pode surgir do epitélio superficial ou de remanescentes extra ósseos da lâmina dentária conforme a figura 13, (POGREL *et. al.*, 2006).

Figura 13: Ameloblastoma periférico (histopatológico), cordões de epitélio ameloblástico que se interconectam ocupando a lâmina própria.



Fonte: Neville (2016).

Por ter características clínicas e comportamento inócuo, opta-se como tratamento a excisão cirúrgica local, pois traz prognóstico mais previsível. A porcentagem de recidiva é baixa e varia entre 15 e 20% e quando ocorre, uma nova cirurgia é realizada, levando normalmente a cura (NEVILLE *et al.*, 2016).

#### 1.1.4 Ameloblastoma Adenoide

Saxena *et al.* (2017) e Khalele *et al.*, (2016) relataram que o ameloblastoma adenoide é uma variante rara da categoria dos ameloblastomas e que pode gerar dúvidas no diagnóstico devido à presença de áreas que lembram tumor odontogênico adenomatoide e ocorrência de graus variados de formação de dentinoide. Deve-se ressaltar que até o momento, apenas 13 casos foram relatados de tumores que mostram histologicamente características de ameloblastoma adenoide e tumor odontogênico adenomatoide com formação de tecido duro. As recidivas ocorreram por subdiagnóstico da lesão seguida de tratamento conservador.

A ocorrência de dentinoide junto com o ameloblastoma adenoide foi relatada pela primeira vez por Slabbert *et al.*, (1992). Segundo Jayasooriya *et al.*, (2021), esse ameloblastoma geralmente ocorre em adultos com idade variando de 25 a 55 anos, com predileção pelo sexo feminino e a área de maior abrangência é a mandíbula. Entretanto, mesmo sendo comum a ocorrência desse ameloblastoma em pacientes do gênero feminino, Khalele *et al.*, (2016) e Soluk-Tekkesin *et al.*, (2022) relataram que houve um caso raro desse ameloblastoma em pacientes do gênero masculino. Além dessas características, é importante ressaltar que Soluk-Tekkesin *et al.*, (2022) ainda relataram que geralmente esse ameloblastoma se apresenta como um edema, sendo indolor.

Radiograficamente, segundo Jayasooriya *et al.*, (2021), 82,4% dos ameloblastomas adenoides apresentaram-se como lesões radiolúcidas, enquanto 47,1% ocorreram com margens mal definidas e com perfuração cortical (figura 14).

Histopatologicamente, 70,8% desses tumores apresentaram-se como ameloblastomas plexiformes, sendo que as estruturas ductiformes/estruturas glandulares foram as características mais comuns de suporte ao tumor odontogênico

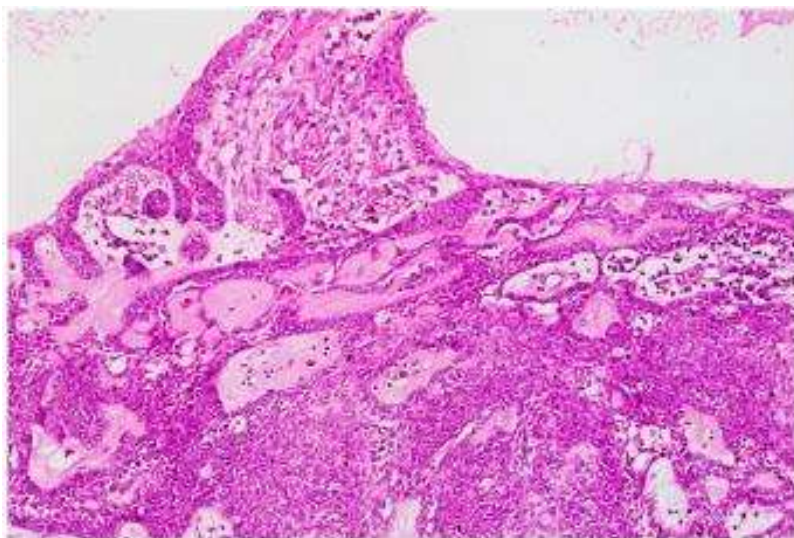
adenomatoide, conforme a figura 15 (JAYASOORIYA *et al.*, 2021), (KHALELE *et al.*, 2016) e Soluk-Tekkesin *et al.*, (2022). Além disso, Soluk-Tekkesin *et al.*, (2022), ainda relatam que o tumor odontogênico adenomatoide pode incluir a calcificação epitelial de áreas semelhantes a tumores odontogênicos e para que se evite diagnósticos errados, é necessário que haja uma avaliação clínica e radiográfica detalhadas.

Figura 14: Aspecto radiográfico do ameloblastoma adenoide, lesão apresentada como duas radiolucências multiloculares.



Fonte: Jayasooriya *et al.* (2021).

Figura 15: Aspecto histopatológico do ameloblastoma adenoide, um tumor composto de epitélio odontogênico disposto em fios interligados.



Fonte: Jayasooriya *et al.* (2021).

Diante das várias possibilidades de tratamento, é necessário que o cirurgião dentista tenha conhecimento acerca dos tipos e subtipos histopatológicos dos ameloblastomas e dos possíveis tratamentos para que se possa traçar a melhor conduta.



## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

Relatar um caso de uma paciente que apresentou ameloblastoma adenoide e foi realizado tratamento cirúrgico conservador.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar as diferenças entre o tratamento cirúrgico conservador e cirúrgico radical.
- Esclarecer que o tratamento cirúrgico conservador pode trazer resultados satisfatórios quando bem indicado.
- Analisar o caso apresentado, para discutir sobre as condutas e sobre os procedimentos adotados.

### **3. METODOLOGIA**

No presente trabalho, houve um relato de caso, em que foi realizado o tratamento cirúrgico conservador do ameloblastoma adenoide. Foi realizada a busca de artigos científicos com as palavras-chave Ameloblastoma, Odontogenic Tumors, Jaw Neoplasms e Adenoid Ameloblastoma pela plataforma PubMed. Os artigos selecionados foram do ano de 2011 a 2022 em língua inglesa. Como critérios de inclusão, foram selecionados os artigos que mencionam o tratamento conservador do ameloblastoma, análises de variantes histológicas, diferença entre tratamento conservador e radical do ameloblastoma intraósseo. Também foram selecionadas representações clínicas de ameloblastomas de mandíbula, conceitos etiopatológicos, revisão de literatura acerca do ameloblastoma, ameloblastoma adenoide com dentinoide e Enigma Diagnóstico do Ameloblastoma Adenóide: Revisão da Literatura, evidências baseadas para considerá-lo como um novo subtipo de ameloblastoma. Como critérios de exclusão, os artigos que mencionavam tratamento conservador do ameloblastoma em crianças, abordagem conservadora para o ameloblastoma periférico, ameloblastoma recorrente e ameloblastoma na gravidez.

#### 4. RELATO DE CASO

Paciente, L.A.B, sexo feminino, 27 anos, foi encaminhada ao Centro de Especialidades Odontológicas do município de Sete Lagoas-MG pela cirurgiã-dentista da atenção básica do município de Abaeté-MG já com uma radiografia panorâmica. Ao exame clínico extraoral, observamos aumento de volume da face provocando uma assimetria facial (figura 16). No exame intraoral, encontramos uma região edemaciada e com expansão da cortical vestibular (figura 17).

Figura 16: Aumento de volume extra oral na região da mandíbula do lado direito.



Fonte: Autor.

Figura 17: Expansão da cortical vestibular.



Fonte: Autor.

Radiograficamente observamos uma lesão radiolúcida em mandíbula, bem delimitada, em região de molares direitos, medindo aproximadamente 4 cm, unilocular, com aumento de volume nas corticais adjacentes, envolvendo a região dos elementos dentários 46 e 47, com reabsorção das raízes desses elementos (figura 18).

Figura 18: Lesão radiolúcida, bem delimitada, em região de molares direitos, unilocular, com aumento de volume nas corticais adjacentes.



Fonte: Autor.

Como hipóteses diagnósticas temos ceratocisto e ameloblastoma. Foi realizada uma punção aspirativa negativa, em seguida foi feita a biópsia excisional, e após foi realizado o tratamento.

O tratamento de escolha foi o cirúrgico conservador. Após a anestesia local, foi realizada a incisão cirúrgica no fundo de saco vestibulo mandibular, que se estendeu do ramo da mandíbula até a região de pré-molares inferiores direitos. O tecido excisado foi encaminhado para o exame anatomopatológico (figura 19).

Figura 19: Tecido excisado.



Fonte: Autor.

No primeiro controle pós-operatório, três meses após a cirurgia, a paciente retornou com o resultado do exame anatomopatológico com o diagnóstico de ameloblastoma, porém sem mencionar o subtipo (anexo I). Os aspectos histopatológicos descritos foram de fragmento de lesão oral apresentando neoplasia caracterizada pela proliferação de células basalóides, com atipias nucleares, formando nódulos e cordões sólidos, com células dispostas em paliçadas na periferia, entremeadas por estroma fibroso vascular exuberante com moderado infiltrado inflamatório fibrino-leucocitário em torno da lesão e margens cirúrgicas comprometidas.

Após oito meses, no segundo controle pós-operatório, foi realizado exame radiográfico, em que foi observada a neoformação óssea (figura 20). Nesse controle clínico, a paciente relatou estar sem queixas e sem sinais de recidiva.

Figura 20: Neoformação óssea na região da mandíbula no lado direito.

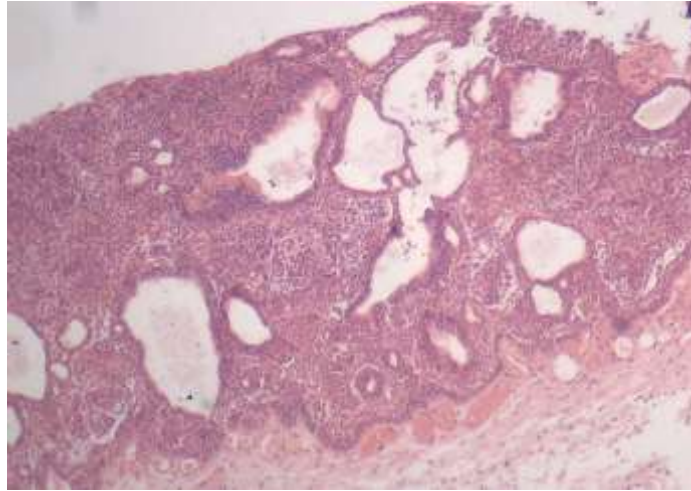


Fonte: Autor.

No final do ano de 2020, a paciente foi chamada para um novo controle clínico e radiográfico, porém isso não foi realizado, já que a paciente veio a óbito devido ao SARS-CoV-2.

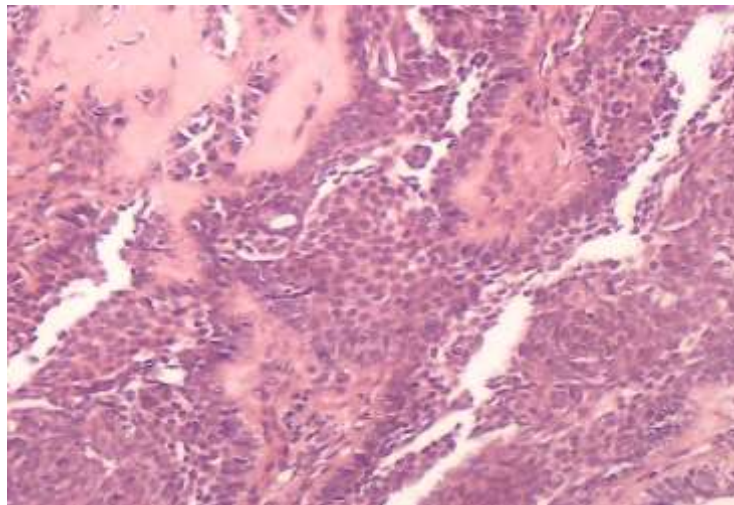
No ano de 2022, foi realizada uma revisão das lâminas do exame anatomopatológico. Os cortes mostraram neoplasia epitelial odontogênica benigna disposta em padrão cribiforme, contendo células semelhantes a ameloblastos na periferia, com formação de numerosas estruturas semelhantes a ductos (figura 21) e presença de células claras associadas com formação de material dentinoide (figura 22). Observaram-se escassas estruturas epiteliais formando redemoinhos, sendo o estroma fibroso celularizado. Com base nessa nova análise das lâminas, o diagnóstico foi de ameloblastoma adenoide (anexo II).

Figura 21: Padrão cribiforme com numerosas estruturas semelhantes a ductos.



Fonte: Autor

Figura 22: Presença de células claras associadas com a formação de matriz dentinoide.



Fonte: Autor

Ainda no ano de 2022, o presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética, sendo aprovado no mês de abril com a numeração 5.360.418 (anexo III).

## 5. DISCUSSÃO

Jayasooriya *et al.*, (2021) cita que 76,5% do ameloblastoma adenoide ocorreu em adultos com idade variando de 25 a 55 anos, aproximadamente 64,7% ocorreu na mandíbula com ligeira predileção pelo sexo feminino. Podemos observar que esses fatores apresentados estão de acordo com o relato de caso discutido, já que a paciente apresentava 27 anos de idade, era do gênero feminino e estava com a lesão localizada na região posterior da mandíbula.

Jayasooriya *et al.*, (2021), Khalele *et al.*, (2016) e Soluk-Tekkesin *et al.*, (2022) relatam que histopatologicamente, 70,8% desse tumor apresentam-se como ameloblastomas plexiformes, sendo que as estruturas ductiformes/estruturas glandulares foram as características mais comuns de suporte ao tumor odontogênico adenomatoide. Além disso, a maioria desses tumores apresentam alteração indutiva na forma de dentinoide, o que está de acordo com o histopatológico de nosso caso apresentado, em que conseguimos observar numerosas estruturas semelhantes a ductos e a presença de células claras associadas com a formação de matriz dentinoide.

Radiograficamente Jayasooriya *et al.*, (2021) relata que 82,4% dos ameloblastomas adenoides apresentaram-se como lesões radiolúcidas e 47,1% ocorreram com margens mal definidas e perfuração cortical, o que está em desacordo com nosso caso apresentado, no qual podemos observar uma imagem radiográfica bem delimitada da lesão, sem perfuração da cortical. Já em relação à radiolucidez e a reabsorção radicular, foi de acordo com a maioria dos casos relatados por Jayasooriya *et al* (2021), pois apresentou reabsorção das raízes dos elementos 46 e 47, no entanto não houve perda desses dentes.

O tratamento do ameloblastoma adenoide estabelecido pela literatura é o cirúrgico radical. Saxena *et al.* (2017) relata que existem recidivas desse tipo de ameloblastoma, quando há o subdiagnóstico e quando é instituído o tratamento conservador para essa lesão. Além disso, Soluk-Tekkesin *et al.* (2022) deixa claro que, para se evitar subdiagnósticos, é necessário que haja uma avaliação clínica e radiográfica detalhadas. No caso clínico relatado, podemos observar que o tratamento de escolha foi o cirúrgico conservador e sem um diagnóstico prévio do tipo



histopatológico do ameloblastoma. Essa conduta, apesar de não ser a mais indicada, mostrou-se satisfatória após oito meses de acompanhamento, pois a paciente apresentou completa neoformação óssea e apresentava-se completamente assintomática. Devido ao falecimento da paciente, não foi possível um acompanhamento a longo prazo, para saber se haveria uma recidiva da lesão ou se o tratamento de escolhido obteria um resultado satisfatório.

É importante ressaltar que encontramos algumas dificuldades na condução do caso clínico apresentado, devido ao fato da paciente não residir na cidade em que foi realizado o seu tratamento, o que dificultou o retorno às consultas. Além disso, a paciente dependia do transporte que é fornecido pelo SUS e muitas vezes não conseguiu comparecer às consultas, pelo fato da carência de vagas no transporte. Isso comprometeu e atrasou o diagnóstico, visto que a paciente retornou com o resultado do exame anatomopatológico três meses após a realização da biópsia excisional.

Encontramos dificuldades também no diagnóstico final, já que foi realizada uma biópsia excisional com o resultado do exame anamotopatológico de ameloblastoma sem o tipo histológico definido, conforme o anexo I. Para a conclusão do relato de caso apresentado, foi necessário realizar uma revisão da lâmina histológica para o diagnóstico do tipo de ameloblastoma, com resultado de ameloblastoma adenoide, conforme o anexo II. Vale salientar que, nesse caso, o correto seria a execução da biópsia incisinal com exame histopatológico com o tipo do ameloblastoma para se obter o diagnóstico completo e optar pela melhor conduta, que seria o tratamento cirúrgico radical.

Além dos fatores mencionados, vale ressaltar que o ameloblastoma adenoide é uma variante rara e nova do ameloblastoma. Por esse motivo, ainda há poucas publicações para que o cirurgião dentista se informe acerca desse assunto.

## **6. CONCLUSÃO**

Ficou clara a necessidade de um diagnóstico completo do tipo e subtipo dos ameloblastomas, para que o melhor tratamento fosse instituído, pois a literatura sugere que para o ameloblastoma adenoide, o tratamento de escolha seja o cirúrgico radical. Dificuldades encontradas, durante o atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde, não podem se sobrepor e deixar de executar a conduta mais correta para cada caso. Outra questão que devemos enfatizar é sobre a importância do controle pós-operatório, a longo prazo, dos pacientes acometidos por tumores odontogênicos devido ao risco de recidivas que podem ocorrer.

## REFERÊNCIAS

BORRELLO, R. *et al.* A conservative approach to a peripheral ameloblastoma. **Case Rep Dent**, University of Padova, Padova, v. 2016, n. 5 p. ID 8254571, oct/2016, DOI 10.1155/2016/8254571. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/8254571>. Acesso em: fev. 2022.

HENDRA, F. N. *et al.* Radical vs conservative treatment of intraosseous ameloblastoma: Systematic review and meta-analysis. **Oral Dis**, University of Lagos, Lagos, v. 25, n. 7, p. 1683–1696, Dec/2019, DOI 10.1111. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/odi.13014>. Acesso em: fev. 2022.

HERTOG, D. *et al.* Histopathology of ameloblastoma of the jaws; some critical observations based on a 40 years single institution experience. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Amsterdam, v. 17, n. 1, p. e76-82, Jan/2012, DOI 10.4317. Disponível em: <http://dx.doi.org/doi:10.4317/medoral.18006>. Acesso em: fev. 2022.

JAIN, K. *et al.* Unicystic ameloblastoma of mandible with an unusual diverse histopathology: A rare case report. **JCDR**, v. 11, n. 4, p. ZD04–ZD05, Apr/2017, DOI 10.7860. Disponível em: <https://www.jcdr.net/>. Acesso em: fev. 2022.

JAYASOORIYA, P. R. *et al.* Diagnostic enigma of adenoid ameloblastoma: Literature review based evidence to consider it as a new sub type of ameloblastoma. **Head Neck Pathol**, Peradeniya, July/2021 DOI 10.1007 Sri Lanka july/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12105-021-01358-w>. Acesso em: jun. 2022.

KIM, J.; NAM, E.; YOON, S. Conservative management (marsupialization) of unicystic ameloblastoma: literature review and a case report. **Maxillofac Plast Reconstr Surg**, Hallym University Kangnam Sacred Heart Hospital, Seoul, v. 39, n.

1, p. 38, dec/2017, DOI 10.1186. Disponível em:  
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. Acesso em: fev. 2022.

KHALELE, B. Ameloblastoma adenoide com atipia dentinoide e celular: relato de caso e revisão de literatura. Department of Molecular Patholog, Italian, **Italian Journal of Medicine**, v. 10, febr/2016, DOI 10.4081. Acesso em: set. 2022.

MUNIZ, V. R. V. M. *et al.* Características Clínicas, Radiográficas e Diagnóstico do Ameloblastoma: Relato de Caso. **Rev. Cir. Traumatol.**, Camaragibe, v. 14, n. 4, p. 27–32, Dec/2014, ISSN 1808-5210. Acesso em: fev. 2022.

NAKAMMURA, N. *et al.* Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma,” **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, vol. 93, no. 1, DOI: 10.1067/moe.2002.119517, pp. 13–20, 2002. Acesso em: set. 2022.

NAKAMURA, N. *et al.* Marsupialization of cystic ameloblastoma: a clinical and histopathologic study of the growth characteristics before and after marsupialization. **J Oral Maxillofac Surg** 53: 748–754. DOI: 10.1016/0278-2391(95)90323-2. Acesso em: set. 2022.

NEVILLE, BW. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2016. p 654. Acesso em: set. 2022.

PINSOLLE, J. *et al.* Treatment of ameloblastoma of the jaws. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 1995; 121: 994–996, DOI: 10.1001/archotol.1995.01890090036007  
Acesso em: set. 2022.

POGREL, M. A.; M. D. M. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma. **Int J Oral Maxillofac Surg**, University of California, San Francisco v. 38, n. 8, p. 807–812, Aug/2009, DOI 10.1016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com>. Acesso em: fev. 2022.

QIAO, X. *et al.* Pathogenesis and characteristics of large ameloblastoma of the jaw: a report of two rare cases. **J. Int. Med. Res.**, v. 49, n. 5, p. 3000605211014803, apr/2021, DOI 10.1177. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/03000605211014803>. Acesso em: fev. 2022.

RAHMAN, S. B. *et al.* Analysis of histological variants of ameloblastomas of jaws in relation to their clinical presentations. **J. Bangladesh Col. Física Surg.**, Bangladesh, v. 35, n. 2, p. 61–67, July/2017, DOI 10.3329. Disponível em: <https://doi.org/10.3329/jbcps.v35i2.33365>. Acesso em: fev. 2022.

SAPP, P.; EVERSOLE, L.R.; WY SOCKY, G.P. **Patologia Bucomaxilofacial Contemporânea**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo. Editora Santos, 2012. Acesso em: set. 2022.

SOLUK-TEKKESIN, M.; WRIGHT, J.M. A classificação da Organização Mundial da Saúde de Lesões Odontogênicas: Um resumo das mudanças da edição de 2022 (5°). **Turk Patoloji Dergisi.**, 38 (2), 168-184. DOI 10.5146. Disponível em: <https://doi.org/10.5146/tjpath.2022.01573>. Acesso em: set. 2022.

SAXENA, K. et al. Adenoid ameloblastoma with dentinoid. **JOMFP.**, Mangalore, v. 16, n. 2, p. 272–276, 2012, Aug/2012, DOI 10.4103/0973-029X.99088. Disponível em: [www.jomfp.in](http://www.jomfp.in). Acesso em: jun. 2022.

SLABBERT, H. et al. Ameloblastoma com indução dentinoide: dentinoameloblastoma. **J Oral Pathol Med** 1992; 21:46-8, DOI: 10.1111/j.1600-0714.1992.tb00969.x. Acesso em: set 2022.

## APÊNDICE A – CARTA DE ORIENTAÇÃO



### APÊNDICE A - CARTA DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

Eu, professor Paulo Henrique Alvares Torres, assumo o compromisso de orientar as alunas Lirian Michele Gonçalves de Freitas e Iasmim Moreira de Almeida na preparação, execução e defesa de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em conformidade com o Regulamento do TCC da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE. Entendo que este trabalho é pré-requisito para conclusão do curso de graduação em odontologia da FACSETE.

Sete Lagoas, 01 de junho de 2022

Lirian Michele Gonçalves de Freitas

Iasmim Moreira de Almeida

Alunas serem orientadas

Paulo Henrique Alvares Torres

Professor Orientador

## APÊNDICE F – FICHA DE DESCRIÇÃO E DO DESEMPENHO DO ALUNO



### APÊNDICE F – FICHA DE DESCRIÇÃO DA ORIENTAÇÃO E DO DESEMPENHO DO ALUNO

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Orientador: Paulo Henrique Alvares Torres
Coorientador: Luiz Otávio Fernandes
Alunas: IASMIM MOREIRA DE ALMEIDA e LIRIAN MICHELE GONÇALVES DE FREITAS
Disciplina na qual o aluno se encontra matriculado: (x) TCC I ( ) TCC II
Título do projeto de TCC: TRATAMENTO CONSERVADOR DO AMELOBLASTOMA: relato de caso

#### 2. DATAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES DE DELINEAMENTO DO PROJETO DE TCC

ACOMPANHAMENTO DE TCC I	DATA	ASSINATURA DO ORIENTADOR
1. Definição do tema	FEV 2022	
2. Definição da modalidade do TCC (pesquisa, relato de caso ou revisão de literatura)	FEV 2022	
3. Determinação dos Objetivos Geral e Específicos	MAR 2022	
4. Orientações sobre Introdução e Revisão da Literatura	MAR 2022	
5. Orientações sobre o método pertinente	ABR 2022	
6. Revisão do volume final do Projeto de TCC em conformidade com as normas para projetos acadêmicos estabelecidas pela ABNT	MAI 2022	
ACOMPANHAMENTO DE TCC II	DATA	ASSINATURA DO ORIENTADOR
1. Atualização da Introdução e Revisão da Literatura		
2. Acompanhamento da execução do TCC		
3. Discussão dos resultados com o aluno		
4. Revisão do volume final do TCC em conformidade com as normas exigidas pela modalidade de trabalho definida		

#### 3. DATAÇÃO DOS ENCONTROS SÍNCRONOS DE ORIENTAÇÃO

Mês	Dias de orientação*				Assinatura do Orientador
FEV	24				
MAR	17	31			
ABR	14	28			
MAI	12	26			

\*O Regulamento do TCC prevê que os encontros síncronos com os alunos devem ocorrer, no mínimo, quinzenalmente.

#### 4. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Orientador(a), utilize o espaço abaixo para registrar comentários não previstos anteriormente. Alunas aplicadas na execução das atividades, responderam com rapidez a todas orientações, cumpriram os prazos determinados e altamente envolvidas no trabalho.



### 5. INDICADORES DE DESEMPENHO DO ALUNO

Assinale o quão estão desenvolvidas as competências de seu aluno e, posteriormente, dê a ele um feedback construtivo sobre como aprimorá-las.

<b>Produção textual</b>				
Insuficiente	Baixo	Adequado	Alto	Excelência
<b>Oratória</b>				
Insuficiente	Baixo	Adequado	Alto	Excelência
<b>Iniciativa e proatividade</b>				
Insuficiente	Baixo	Adequado	Alto	Excelência
<b>Pontualidade</b>				
Insuficiente	Baixo	Adequado	Alto	Excelência
<b>Criatividade</b>				
Insuficiente	Baixo	Adequado	Alto	Excelência
<b>Crítica</b>				
Insuficiente	Baixo	Adequado	Alto	Excelência
<b>Abertura para o aprendizado</b>				
Insuficiente	Baixo	Adequado	Alto	Excelência

### 6. REGISTRO DO ENCONTRO SÍNCRONO

Cole abaixo o print de um encontro virtual ou foto de encontro presencial no qual estejam visíveis o orientador e seu(s) aluno(s) orientado(s).

*Alunas*  
 Alunas

*Paulo Henrique*  
 Paulo Henrique Alvares Torres  
 Professor Orientador  
 Prof. Paulo Torres  
 CRO/IMG 19.060  
 Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

Sete Lagoas, 27 de maio de 2022.

*Luiz Otávio*  
 Luiz Otávio Fernandes  
 Professor Coordenador

*Luiz Otávio F. Alvares*  
 Luiz Otávio F. Alvares  
 CRO 34952

## ANEXO I – RESULTADO AMELOBLASTOMA

 <p><b>LABORATÓRIO TAFURI DE PATOLOGIA®</b> Inscrito sob CRM nº 855-MG.</p> <p>MATRIZ: Rua São Paulo, 893, 10º andar, Ed. Borges da Costa - Centro - Belo Horizonte - MG (31)3273-2503 UNID.HOSP: Rua Domingos Vieira, 319 / 1007 - Sta. Efigênia - Belo Horizonte - MG (31)3241-6869 UNID.SL: Rua Zoroastro Passos, 170 / 405 - Centro - Sete Lagoas - MG (31)3775-4022</p> <p>www.laboratoriotafari.com.br - tafuri@laboratoriotafari.com.br</p> <p>CITOLOGIA - ANATOMIA PATOLÓGICA - IMUNO-HISTOQUÍMICA</p>	<p>DR. CELSO PEDRO TAFURI CRM-MG 2273 - FUNDADOR</p> <p>DR. ALEXANDRE TAFURI CRM-MG 26104 - RT   RQE 27327</p> <p>DR. ANTÔNIO ALEXANDRE L. LADEIA CRM-MG 50947   RQE 32786</p> <p>DR. CARLOS ALBERTO DA S. RAMOS CRM-MG 23499   RQE 35083</p> <p>DRA. CRISTIANE MAZZUTTI CRM-MG 57489</p>
---	---

<p>Nome.....: [REDACTED]</p> <p>Idade.....: 27 a 6 m 2 s 3 d</p> <p>Médico.....: LUIZ OTAVIO FERNANDES ALVES</p> <p>Procedência...: CONSULTORIO</p> <p>Convênio.....: SUS</p> <p>Material.....: BIOPSIA ORAL</p>	<p>Atendimento....: 490164</p> <p>Exame.....: 500987</p> <p>Data coleta....: 10/10/2019</p> <p>Data entrada...: 07/11/2019</p> <p>Data liberação.: 18/11/2019</p>
--	---

**Informes Clínicos:** Aumento de volume em mandíbula mais ou menos 4 meses de evolução. RX: imagem radiolúcida com reabsorção óssea. HD: Ameloblastoma??

## LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO

**Macroscopia:**

Fragmento membranáceo pardo-acastanhado medindo 6,0 X 3,0 X 0,3 cm. Superfície de corte em parte firme e em parte macia.


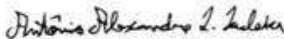

4B/T - v/w

**Microscopia:**

Fragmento de lesão oral apresentando neoplasia caracterizada pela proliferação de células basalóides, com atipias nucleares, formando nódulos e cordões sólidos, com células dispostas em paliçada na periferia, entremeadas por estroma fibroso vascular exuberante. Moderada infiltrado inflamatório fibrino-leucocitário em torno da lesão. Margens cirúrgicas comprometidas.

**Conclusão:** O quadro histológico é compatível com o diagnóstico de ameloblastoma.

*Nota: é indispensável o estudo imuno-histoquímico para a classificação definitiva do tumor.*

<p>Assinado eletronicamente por:</p>  <p>-681008b5128107a282930ec2bce857133982474881d16f6db6da6179 ALEXANDRE TAFURI - CRM - 26.164</p>	<p>Assinado em conjunto com:</p>  <p>-674c7e71e99c04dc9a41a62b3a8889d862e30b7542a75b0f35d0512 ANTÔNIO ALEXANDRE L. LADEIA - CRM - 50.047</p>	<p>Assinado em conjunto com:</p>  <p>59e9765c3c995a35ca41dc18d22676676c78c8c771b927ba336e996 CARLOS ALBERTO DA S. RAMOS - CRM - 23.499</p>
<p>Atenção: este laudo é uma análise subjetiva cuja colaboração é baseada em informações clínicas, laboratoriais e morfológicas, podendo o diagnóstico variar, na dependência dos dados obtidos, das técnicas empregadas, da evolução científica e do médico patologista. Tendo em vista que a sensibilidade e a especificidade da metodologia não são absolutas, discordâncias diagnósticas deverão ser imediatamente comunicadas, postergando-se as medidas terapêuticas até que o caso seja efetivamente elucidado.</p>		

## ANEXO II – RESULTADO DE AMELOBLASTOMA ADENOIDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
 LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL  
 Av. Antônio Carlos, 6627, Sala 3202 - Pampulha  
 Belo Horizonte-MG 31270-901  
 Fone: (31) 3409-2479 E-mail: odonto-patobucal@ufmg.br

## RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO

CÓDIGO: 41519

Paciente: [REDACTED]

Data de nascimento: Idade: 27 anos

Endereço:

Fone:

Profissional:

Tipo de Material:

Tipo de Lesão:

Localização: Região posterior de mandíbula lado direito

Diagnóstico Clínico:

MACROSCOPIA:

Bloco para consulta

MICROSCOPIA:

Os cortes histológicos mostram neoplasia epitelial odontogênica benigna disposta em padrão cribiforme, contendo células semelhantes a ameloblastos na periferia, com formação de numerosas estruturas semelhantes a ductos e presença de células claras associadas com formação de material dentinoide. Observa-se ainda escassas estruturas epiteliais formando redemoinhos. O estroma é fibroso celularizado.

DIAGNÓSTICO: Ameloblastoma adenoide

Belo Horizonte, 06 de junho de 2022

\_\_\_\_\_  
 Dra. Maria Cássia Ferreira de Aguiar  
 CRO-MG 13.052

\_\_\_\_\_  
 Dr. Ricardo Santiago Gomez  
 CRO-MG 15.331

\_\_\_\_\_  
 Dra. Tarcília Aparecida da Silva  
 CRO-MG 20.690

\_\_\_\_\_  
 Dr. Ricardo Alves de Mesquita  
 CRO-MG 21.189

\_\_\_\_\_  
 Dra. Patrícia Carlos Caldeira  
 CRO-MG 35.414

\_\_\_\_\_  
 Dra. Sílvia Ferreira de Sousa  
 CRO-MG 36.519

\_\_\_\_\_  
 Dr. Felipe Paiva Fonseca  
 CRO-MG 48.333

## ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
SETE LAGOAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA: relato de caso

**Pesquisador:** PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56676821.9.0000.8164

**Instituição Proponente:** EDUCACIONAL MARTINS ANDRADE LTDA

**Patrocinador Principal:** EDUCACIONAL MARTINS ANDRADE LTDA

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.360.418

#### Apresentação do Projeto:

**Título do Projeto:** TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA: relato de caso

Projeto de pesquisa visa um relato de caso clínico de um ameloblastoma em mandíbula unicístico tratado de maneira conservadora, onde será realizado o acompanhamento do paciente até a esperada cura.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Relatar um caso de paciente com ameloblastoma, cujo tratamento realizado é o conservador.

**Objetivo Secundário:**

Expor as diferenças entre tratamento conservador e cirúrgico para cada tipo de ameloblastoma.

Informar que o tratamento conservador pode trazer bons resultados quando bem indicado.

Esclarecer que o cirurgião dentista deve se manter sempre atualizado sobre as várias formas de tratamento, optando sempre pela que irá trazer mais benefícios aos pacientes.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em expor a sua identidade, o tratamento não obter o resultado esperado, risco de você não retornar para o acompanhamento clínico e radiográfico e chance de recidiva da lesão. A pesquisa contribuirá diretamente para você, pois será realizado uma intervenção cirúrgica conservadora proporcionando uma recuperação mais rápida, com menos risco de complicações e sequelas, além do risco de contaminação pelo vírus do covid 19. Com

**Endereço:** AV. Marechal Castelo Branco, 2765

**Bairro:** SANTO ANTONIO

**CEP:** 35.701-240

**UF:** MG

**Município:** SETE LAGOAS

**Telefone:** (31)2106-2102

**E-mail:** cep@unifemm.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
SETE LAGOAS**



Continuação do Parecer: 5.360.418

relação aos risco de contágio da COVID-19 a FACSETE está autorizada pela vigilância sanitária do município de Sete Lagoas a funcionar e prestar atendimento à população de Sete Lagoas seguindo todas as normas de biossegurança estabelecidas pelo referido órgão municipal.

Foram estabelecidos protocolos para minimizar os riscos de contágio que foram aprovados e periodicamente são fiscalizados pela vigilância sanitária.

Com a pesquisa teremos alguns benefícios para você, pois será realizado uma intervenção cirúrgica proporcionando a cura da lesão e uma boa recuperação, com menos risco de complicações e sequelas, além disso realizaremos controles clínicos pós-operatórios até sua completa recuperação e cura.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa busca ressaltar a importância do tratamento conservador e os benefícios para os pacientes, dentre eles a recuperação mais rápida, de acordo os proponentes do estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão em conformidade com as normativas, incluindo o termo de uso de imagens.

**Recomendações:**

Recomenda-se atualizar, no relatório a ser encaminhado, o cronograma de aprovação no CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências para o projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante da análise do projeto proposto solicita-se alterações na descrição da metodologia porque não ficou claro para o CEP se o procedimento clínico foi realizado e os dados serão obtidos do prontuário ou se ainda serão coletados os dados. Recomenda-se atualizar, no relatório a ser encaminhado, o cronograma de aprovação no CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1875721.pdf	10/03/2022 19:05:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_uso_de_imagem.pdf	10/03/2022 19:05:13	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito

**Endereço:** AV. Marechal Castelo Branco, 2765

**Bairro:** SANTO ANTONIO

**CEP:** 35.701-240

**UF:** MG

**Município:** SETE LAGOAS

**Telefone:** (31)2106-2102

**E-mail:** cep@unifemm.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
SETE LAGOAS**



Continuação do Parecer: 5.360.418

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/03/2022 13:57:19	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/03/2022 13:57:00	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_TCUD.pdf	09/03/2022 13:55:49	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/03/2022 13:55:14	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	22/12/2021 11:04:45	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores.pdf	22/12/2021 10:57:36	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/12/2021 10:42:26	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SETE LAGOAS, 20 de Abril de 2022

Assinado por:

**Gracielle Teodora da Costa Pinto Coelho  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** AV. Marechal Castelo Branco, 2765

**Bairro:** SANTO ANTONIO

**CEP:** 35.701-240

**UF:** MG

**Município:** SETE LAGOAS

**Telefone:** (31)2106-2102

**E-mail:** cep@unifemm.edu.br