



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

EDUARDO CÉSAR LOBATO VALE JÚNIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMELOBLASTOMA EM MANDÍBULA:

Relato de caso clínico.

São Luís

2021

EDUARDO CÉSAR LOBATO VALE JÚNIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMELOBLASTOMA EM MANDÍBULA:

Relato de caso clínico.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosana Costa Casanovas

Co-orientadora: Prof^ª Carolina Raiane Leite Dourado Maranhão
Diaz

São Luís

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFM

Lobato Vale Júnior, Eduardo César.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMELOBLASTOMA EM MANDÍBULA:

Relato de caso clínico / Eduardo César Lobato Vale Júnior.

- 2021.

38 p.

Coorientador(a): Carolina Raiane Leite Dourado Maranhão
Diaz.

Orientador(a): Rosana Costa Casanovas.

Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2021.

1. Ameloblastoma. 2. Cirurgia Bucal. 3.
Descompressão. 4. Estomatologia. I. Costa Casanovas,
Rosana. II. Leite Dourado Maranhão Diaz, Carolina Raiane.
III. Título.

ECL, VALE JÚNIOR. Tratamento cirúrgico de ameloblastoma em mandíbula: Relato de caso clínico. Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em: __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Rosana Costa Casanovas
(Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª Erika Martins Pereira
(Titular)

Prof. Dr. Paulo Maria Santos Rabelo Junior
(Titular)

Prof^ª. Dr^ª Vanessa Camila da Silva
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

Esses agradecimentos terão uma extensão razoável. Devo ser justo em agradecer cada um que fez parte dessa jornada chamada vida e desse capítulo chamado graduação. Cada um, mesmo que em breve passagem, teve uma contribuição com o que fui, sou e serei; isso não foi e nem será esquecido. Cada conhecimento obtido é valioso e usado das mais diversas formas – do agir ao escrever. Somos a coleção de experiências obtidas em nossa trajetória, a qual deve ser honrada a cada momento. Nada é fácil. E nem deve ser.

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me dado o dom da vida, por ser a fonte das minhas forças e por não permitir que eu desistisse. Sem Ele eu não teria a inteligência, a sabedoria e a persistência necessárias para chegar até aqui. Tudo a Ele, por Ele e para Ele.

Ao meu pai, Eduardo, por ser meu amigo e me apoiar em todo e qualquer projeto em que eu me engajasse. Por ser meu suporte. Por ser quem abre os caminhos para que minha trajetória seja menos árdua. Por ser meu exemplo de luta, persistência, determinação. Por me ensinar o que é um bom pai e como devo ser quando chegar minha vez.

À minha mãe, Rakell, por me ter sempre em suas orações. Por ter os joelhos machucados de tanto pedir a Deus por mim e meu irmão. Por sempre acreditar em mim e me encorajar. Por crer que, em algum momento, meu sucesso vai chegar e que ele não tardará. Por ser meu exemplo de ternura. Por ser uma mãe carinhosa e gentil.

Ao meu irmão, João Pedro, por ser meu amigo e por acreditar em mim. Por entender minha ausência. Por ser meu braço direito e topiar todas as enroladas em que a gente se mete. Por ter estado sempre ao meu lado em todas as batalhas que enfrentamos até aqui – e por termos a certeza de que também estaremos juntos nas que estão por vir.

À minha irmã, Anna Beatriz, por ser minha fonte diária de carinho. Por ser uma criança alegre, feliz e carinhosa, que me anima mesmo quando estou no fundo do poço mais profundo. Por me prover um pouco de companhia nos dias que a solidão me assola.

Ao meu avô, Raimundo Vale, que nos deixou deste plano enquanto eu escrevia esse trabalho. Seu encorajamento me trouxe até aqui e seus valores me acompanharam. Hoje carrego em mim seu legado, seus valores, seus ensinamentos. Obrigado por tanto. Estou cumprindo nossa promessa.

Aos meus avós, tios e primos por estarem sempre presentes.

À professora Rosana, por ter sido como uma mãe pra mim desde que decidi por entrar na Odontologia – UFMA. Por ter me dado sempre a atenção necessária e por ser meu socorro em vários momentos. Pelas conversas. Pelos desabafos. Pelas oportunidades. Por me orientar. Por acreditar em mim e ser minha amiga. Por saber que, cedo ou tarde, eu me encontraria, de fato, na odontologia. Sempre serei muito grato. Vou levar esse vínculo para a vida.

A Adriano, meu irmão de outra mãe, por estar sempre por perto em nossos 20 anos de amizade até aqui – e contando. Por ser meu amigo das boas e das más horas. Por também ficar comigo no fundo poço quando preciso, mesmo que para que eu veja que não estou só.

A Mariana, minha dupla, por nunca desistir de mim e por me ajudar a ser mais humano. Por ouvir minhas bobagens e por fazer parte delas. Por me ouvir quando estou triste e por me dar os melhores conselhos. Por ser meu freio. Por me aguentar, mesmo quando marrento e teimoso. Por ter me conquistado e ter sido alguém com quem posso ser eu mesmo sem me preocupar em estar sendo mal interpretado. Por ser você.

Às turmas 132 e 133 de Odontologia, por terem sido colegas e amigos nessa empreitada que tem sido a graduação. Especialmente, da turma 132, a Levi, Rafael Morais, Rafael Neres, Nicolau, Madson, Luís Gustavo, Phelipe, Laécio e Wanderson, por serem amigos para todas as horas boas e ruins; da 133, a Nicole, Letícia e Gabriela, por estarem sempre por perto animando meu dia e reclamando de tudo junto a mim; por serem companheiras e amigas de confiança. A Roberta, por ter estado presente durante parte dessa jornada, pela sua preocupação, companhia, apoio e torcida; sua presença nessa reta final fez toda a diferença. Obrigado por terem feito tudo ser mais fácil e por serem verdadeiros.

Honrosamente, à Liga Acadêmica de Diagnóstico Bucal, por ter me moldado de forma a ser o melhor profissional possível. Por ter sido fonte inexplicável de conhecimento desde 2018. Por me ter feito aumentar meu amor pela estomatopatologia e pela cirurgia, de forma a me manter mais certo ainda dos meus objetivos. Especialmente, a Gabriel e a Mayza, por estarmos juntos desde o início. Por termos crescido juntos e por termos dado nosso sangue pela liga. Por serem amigos fiéis. Por serem diversão. Por, nos momentos fáceis e nos difíceis, segurarem a liga nas costas junto a mim. Obrigado por tanto.

À professora Erika, por ser minha mentora e por ter papel imprescindível no meu encanto pela estomatopatologia. Por ter a paciência e o dom de ensinar. Por muitas vezes ser nosso suporte no curso. Por se doar tanto à liga. Por me ter feito ser o profissional que está a sair da graduação agora. Por não desistir de mim. Obrigado por ser minha amiga. Quero levar esse nosso vínculo para sempre.

À professora Raiane, por ter me recebido de braços abertos e por ser parte essencial nesse trabalho. Por ter me orientado no meu estágio extra no hospital, na área que quero. Essa vivência ampliou meus horizontes de uma maneira incrível; minha visão da odontologia já é outra extremamente melhor e encorajadora. Obrigado por, nesse curto tempo, ter me ensinado tanto e me orientar também nesse caso clínico. Foram experiências incríveis.

A todos os professores, técnicos e demais funcionários que direta ou indiretamente contribuíram com minha formação nesses longos anos de curso. Todos tiveram papel imprescindível nessa jornada.

A todos, meu profundo e verdadeiro agradecimento.

Por último, agradeço a mim mesmo. Talvez isso soe como pretensioso ou arrogante, quiçá ousado, mas sem ter a determinação necessária não seria possível ter chegado até aqui. A caminhada foi difícil, mas se fosse fácil não teria sido a mesma. Com muito suor deixado pelo caminho, pensei em desistir várias vezes, muito mais quando as atividades presenciais estavam suspensas. Porém, se eu desistisse, ou ao menos desse um passo para trás, nenhuma das promessas que eu fiz teriam sentido. Não volto atrás da minha palavra, é o meu jeito. O ciclo continua e as fases fluem em um infinito inexplicável. Assim, uma etapa se finda e outra se inicia.

É apenas o começo.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

RESUMO

O ameloblastoma é uma lesão de natureza particularmente agressiva e potencialmente destrutiva, necessitando de protocolo adequado e minucioso. Paciente do gênero feminino, 27 anos, sem comorbidades, compareceu ao Hospital do Câncer do Maranhão devido a lesão em mandíbula. A paciente relatava queixa de sintomatologia dolorosa em região anterior de mandíbula há 1 ano, com assimetria facial e desconforto estético e funcional. Ao exame clínico notou-se aumento de volume em região de sínfise mandibular, duro à palpação, não sangrante e de mucosa sem alteração de cor e forma. Solicitou-se exame radiográfico panorâmico e tomografia de face, observando-se lesão intraóssea multilocular de grandes extensões, com bordas delimitadas, estendendo-se da região do dente 41 até o 46, com reabsorção de raízes radiculares e expansão de cortical. Definiu-se como procedimento ideal para tratamento a enucleação da lesão e envio para análise histopatológica. Foi feita a cirurgia, com retirada de todo seu conteúdo, inclusive a cápsula. A paciente seguiu em enfermaria por 3 dias para antibioticoterapia e observação pós-operatória. Foi utilizado um dispositivo que permitiu o contato entre a cavidade obtida após a cirurgia e o meio bucal, possibilitando irrigação com clorexidina diariamente pela paciente e a cada 15 dias em centro cirúrgico. Continuou-se o acompanhamento com retornos periódicos, sem recidiva da lesão e com regeneração tecidual satisfatória de acordo com a intervenção escolhida. O tratamento de lesões como o ameloblastoma requer uma abordagem estratégica e personalizada, onde a expertise do cirurgião-dentista é fundamental na tomada de decisões que propicie o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Ameloblastoma, Descompressão, Cirurgia Bucal, Estomatologia.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a lesion of a particularly aggressive and potentially destructive nature, requiring adequate and thorough protocol. A 27-year-old female patient, without comorbidities, attended the Maranhão Cancer Hospital due to a mandibular lesion. The patient complained of painful symptoms in the anterior region of the mandible for 1 year, with facial asymmetry and aesthetic and functional discomfort. Clinical examination revealed a swelling in the region of the mandibular symphysis that was hard on palpation, non-bleeding and the mucosa did not change color or shape. A panoramic radiograph and tomography of the face were requested, and a large, multilocular intraosseous lesion was observed, with defined borders, extending from tooth 41 to 46, with resorption of the root roots and cortical expansion. The ideal treatment procedure was enucleation of the lesion and sending it for histopathological analysis. The surgery was performed and all its content was removed, including the capsule. The patient remained in the ward for 3 days for antibiotic therapy and postoperative observation. A device was used that allowed contact between the cavity obtained after the surgery and the oral environment, allowing irrigation with chlorhexidine daily by the patient and every 15 days in the surgical center. Follow-up continued with periodic returns, with no recurrence of the lesion and satisfactory tissue regeneration according to the chosen intervention. The treatment of lesions such as ameloblastoma requires a strategic and personalized approach, where the dental surgeon's expertise is essential in making decisions that will lead to treatment success.

Keywords: Ameloblastoma, Decompression, Oral Surgery, Stomatology.

SUMÁRIO

1. REFERENCIAL TEÓRICO	12
1.1. Tumores Odontogênicos	12
1.2. Ameloblastoma	13
1.2.1. Ameloblastoma (convencional)	14
1.2.2. Ameloblastoma unicístico	15
1.2.3. Ameloblastoma periférico ou extraósseo	16
1.2.4. Ameloblastoma maligno	16
1.3. Tratamento cirúrgico	17
2. ARTIGO	19
1. Introdução	21
2. Relato de caso	22
3. Discussão	26
4. Conclusão	27
5. Referências	27
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
4. REFERÊNCIAS	30
5. ANEXOS	33
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT .	33
Condições para submissão	33
Diretrizes para Autores	33
Declaração de Direito Autoral	35
Política de Privacidade	35
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	36

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Tumores Odontogênicos

Os tumores odontogênicos constituem um diverso grupo de lesões presentes nos ossos gnáticos que se originam dos tecidos embriológicos dentais, cujos diferentes graus de interação entre tecidos e os vários padrões de crescimento que caracterizam sua formação ainda tem sido tema de constantes estudos científicos contemporâneos (KEBEDE et al 2017; MASCITTI et al, 2019). A maioria dessas lesões representa neoplasias verdadeiras e algumas podem raramente exibir comportamento maligno, enquanto outras podem se manifestar como malformações similares a tumores, chamadas de hamartomas (NEVILLE et al, 2016; DE MEDEIROS, 2018).

Esse grupo de lesões possui características histopatológicas distintas e várias manifestações clínicas, sendo em sua maioria benignas, podendo exibir comportamento agressivo ou não. Os tumores são classificados, ainda, de acordo com o tecido embriológico dental do qual tiveram origem, podendo ser de origem epitelial, ectomensequimal ou misto, sendo este último quando são derivados de ambos os tecidos. A classificação mais recente é a de 2017, reformulação feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Clinicamente, os tumores odontogênicos, no geral, apresentam crescimento lento, ausência de sintomas e autolimitação; além disso, devido a essas características, são comumente diagnosticados em exames de rotina (DE MEDEIROS, 2018). Não obstante, nesse grupo há lesões que possuem manifestações mais agressivas, tornando-as sintomáticas, das quais se destacam o ameloblastoma, o queratocisto odontogênico e o mixoma odontogênico. Tal fato se dá principalmente pelo potencial de crescimento desses tumores, havendo expansão da cortical óssea, danos aos tecidos moles adjacentes e proliferação de infecções secundárias à lesão, desenvolvendo sintomatologia dolorosa e edema local; a presença desses sintomas é mais comum no ameloblastoma, o qual possui uma maior incidência e comportamento clínico mais agressivo e de crescimento exacerbado, o que o torna expressivo entre os demais de seu grupo (DE MEDEIROS, 2018). Apesar disso, evidências indicam que o crescimento inicial do ameloblastoma é lento, com posterior aceleração (MASCITTI et al, 2019).

Vários estudos ao redor do mundo mostraram diferenças relativas na prevalência desses tumores. Com isso, especula-se que as discrepâncias nesses valores podem ser atribuídas às variações

geográficas com ênfase nas variações genéticas e culturais de cada população (AVELAR et al, 2011; CHRYSOMALI et al, 2013; KEBEDE et al, 2017; MASCITTI et al, 2019).

No que tange as classificações dos tumores odontogênicos, a primeira foi publicada em 1971 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a segunda classificação atualizada sendo publicada em 1992. Com os avanços científicos nas últimas décadas, uma revisão da edição proposta em 1992 foi proposta e publicada por Philipsen e Reichart em 2005, sendo a mais utilizada por vários anos. No entanto, com o intuito de simplificar a classificação dos tumores odontogênicos e torna-la mais compreensível e coerente, houve uma atualização pela OMS no ano de 2017. Com isso, houve a retirada de algumas lesões, assim como a inclusão e simplificação de outras. Dentre as principais alterações, pode-se citar a mudança nos tipos de tumores, sendo classificados agora em de origem epitelial, ectomesenquimal ou mistos; a inclusão do cisto primordial; reclassificação do queratocisto odontogênico (anterior tumor odontogênico queratocístico) como cisto e exclusão/renomeação de algumas variantes do ameloblastoma. Desta última, ressalta-se a exclusão do ameloblastoma sólido (ou multicístico) pois esses termos não possuem significância biológica e a adição do ameloblastoma desmoplásico apenas como uma variante histológica do ameloblastoma convencional, pois apresenta comportamento clínico igual a este. Com isso, resumem-se os tipos clínicos dessa lesão em ameloblastoma convencional, ameloblastoma unicístico, ameloblastoma periférico (ou extraósseo) e ameloblastoma maligno (TOLENTINO, 2018, DE ASSIS, 2018).

1.2. Ameloblastoma

O ameloblastoma é o tumor odontogênico clinicamente significativo mais comum, cuja frequência relativa se iguala à soma das frequências de todos os tumores odontogênicos, exceto pelo odontoma (NEVILLE, 2016). Apesar disso, é considerada uma doença rara, com aproximadamente 0.5 casos relatados a cada 1.000.000 pessoas, onde as maiores incidências geográficas são constatadas na África, China e Índia, quando comparadas com o Ocidente (MCCLARY et al, 2016; KREPPEL; ZOLLER, 2017). Essa lesão também compõe cerca de 1% de todos os tumores de cabeça e pescoço (MILMAN et al, 2016)

Esse tumor, de natureza benigna, deriva do epitélio odontogênico, podendo 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 bucal (NEVILLE, 2016). Apesar de benigno, possui comportamento comumente agressivo devido à sua invasividade local e alta taxa de recidiva.

Ele foi primeiramente descrito por Malassez em 1890, sendo então chamado de Adamantinoma, posteriormente nomeado com a nomenclatura atual.

Clinicamente, os ameloblastomas geralmente se apresentam como lesões intraósseas de crescimento lento e assintomáticas. Sendo assim, normalmente são identificadas em exames radiográficos de rotina (CHAE et al, 2015); nesse quesito, ressalta-se as vantagens da tomografia computadorizada em comparação a radiografias panorâmicas na identificação desses tipos de lesão (APAJHLATI et al, 2015). Com isso, podem exibir crescimento acelerado, de maneira a promover expansão das corticais ósseas e dor ao paciente, sendo esta última devido a hemorragias nos tecidos moles adjacentes e instalação de infecções secundárias à lesão (MILMAN et al, 2016; KREPPEL, ZOLLER, 2017). Os ameloblastomas não possuem predileção por idade, mas são comumente encontrados entre a quarta e a sétima década de vida, com uma média de 36 anos (EFFIOM et al, 2017). O osso mais afetado é o da mandíbula em cerca de 80% dos casos, em especial a região posterior, que está associada a cerca de 66% dos quadros nesse osso, porém a maxila também pode ser afetada em uma proporção considerável (NEVILLE, 2016; KREPPEL, ZOLLER, 2017). Radiograficamente, apresenta-se como lesão osteolítica unilocular ou multilocular, com padrões comumente associados a “bolhas de sabão” ou “favos de mel”, que levam à expansão das corticais ósseas. Histologicamente apresenta vários padrões, manifestando-se de diferentes maneiras.

1.2.1. Ameloblastoma (convencional)

O ameloblastoma convencional é o tipo mais comum. É encontrado em pacientes com ampla variação etária, porém raro em crianças menores de 10 anos e relativamente incomum na segunda década de vida. Não possui predileção etária e a maioria dos casos ocorre na mandíbula. Apresentando-se como uma tumefação indolor que, se não tratada, pode evoluir lentamente até atingir proporções grandes. Apesar disso, dor e parestesia são incomuns (NEVILLE, 2016).

Radiograficamente, apresenta-se com padrão multilocular, como “bolhas de sabão” (quando as loculações são grandes) ou “favos de mel” (quando as loculações são pequenas).

Histologicamente apresenta vários subtipos, apesar de estes constituírem apenas padrões microscópicos, sem correlações com o comportamento do tumor. Com isso, há os subtipos folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulares, desmoplásico e de células basais, sendo os dois primeiros os mais comuns.

A variante folicular é a mais reconhecível, com presença de ilhas epiteliais – que lembram o epitélio do órgão do esmalte – que estão em meio a um estroma maduro de tecido conjuntivo fibroso. Há também ninhos epiteliais, os quais consistem em uma região central de células granulares

arranjadas frouxamente. Células colunares altas semelhantes a ameloblastos cercam essa região central, cujo núcleo encontra-se em polo oposto à membrana basal (polaridade reversa).

O padrão plexiforme consiste em epitélio odontogênico arranjado em forma de cordões ou lençóis. Estes são delimitados por células colunares ou cúbicas, semelhantes a ameloblastos, circundando células epiteliais arranjadas frouxamente, em meio a um estroma vascular também frouxo.

O padrão acantomatoso é dado como um ameloblastoma de padrão folicular onde houve metaplasia escamosa extensiva nas ilhas de epitélio, normalmente associado à formação de queratina. Essas alterações, apesar de não indicar nenhum comportamento mais agressivo à lesão, podem ser confundidos histologicamente com um carcinoma de células escamosas ou com um tumor odontogênico escamoso.

A variante de células granulares é comumente associada a lesões antigas, onde houve alterações degenerativas. Apesar disso, pode ser encontrada em pacientes jovens. Esse padrão consiste em transformações de células epiteliais em células granulares, as quais apresentam grânulos eosinofílicos que lembram lisossomos.

O ameloblastoma do tipo desmoplásico possui pequenas ilhas e cordões de epitélio odontogênico em um estroma de colágeno denso. Evidências imunoistoquímicas relevaram que há aumento de produção de uma citocina chamada de fator de crescimento transformador beta (TGF-beta), sugerindo que este seja o possível causador da desmoplasia.

O padrão de células basais é o tipo menos comum. É composto por ninhos de células basalóides uniformes, muito semelhantes histologicamente ao carcinoma basocelular da pele. Nos ninhos não há retículo estrelado na porção central e as células periféricas ao redor dos ninhos tendem a ser cúbicas em vez de colunares.

1.2.2. Ameloblastoma unicístico

O ameloblastoma unicístico foi definido como uma cavidade cística revestida por epitélio ameloblástico com três possíveis variantes: luminal, intraluminal e mural (AL SINEEDI et al, 2018). Clinicamente, são lesões comumente assintomáticas, apesar de grandes lesões promoverem expansão óssea na região afetada. Cerca de 50% desses tumores são diagnosticados durante a segunda década de vida, com uma média de idade de 23 anos, mais comumente na mandíbula (NEVILLE, 2016).

Radiograficamente, aparece tipicamente como uma imagem radiolúcida circunscrita, podendo envolver a coroa de um terceiro molar inferior não erupcionado. Com isso, pode facilmente ser confundido com um cisto dentígeno ou com um queratocisto odontogênico (NEVILLE, 2016; AL

SINEEDI et al, 2018). Seu aspecto cirúrgico também pode sugerir que é um cisto, onde somente com o estudo microscópico será dado o diagnóstico, sendo este exame o padrão ouro (AU et al, 2019).

Histologicamente, apresenta as variações luminal, intraluminal e mural. No primeiro, o tumor está confinado na superfície luminal do cisto. No intraluminal, um ou mais nódulos de ameloblastomas se projetam do revestimento cístico em direção ao seu lúmen. No tipo mural, a parede fibrosa do cisto está infiltrada por ameloblastoma típico folicular ou plexiforme. Vale ressaltar que a variação histológica da lesão, nesse caso, pode interferir no comportamento biológico da lesão, no tratamento e no prognóstico. Nesse aspecto, variantes luminais e intraluminais respondem de maneira positiva à enucleação com osteotomia periférica – tratamento conservador – enquanto que as lesões de variante mural, onde as células neoplásicas tendem a atravessar a barreira epitelial e promover invasão nos tecidos adjacentes, são tratadas com abordagens mais radicais com possibilidade de ressecções cirúrgicas, dado seu potencial agressivo maior (SILVA et al, 2020).

1.2.3. Ameloblastoma periférico ou extraósseo

O ameloblastoma periférico ou extraósseo é uma variante do ameloblastoma que afeta exclusivamente os tecidos moles gengivais e das áreas de rebordo alveolar edêntulo, porém apresentando as mesmas características histopatológicas dos ameloblastomas intraósseos (DE ASSIS, 2018).

Clinicamente, constitui uma lesão incomum, nodular, geralmente indolor, não ulcerada, sésil ou pediculada, localizada na mucosa gengival ou alveolar, com predileção à mandíbula (NEVILLE, 2016; DE ASSIS, 2018). Não possui predileção por idade, mas é comumente mais encontrado em pacientes de meia-idade, aproximadamente na sexta década de vida, afetando em sua maioria homens. Seus diagnósticos diferenciais costumam envolver lesões reativas hiperplásicas dos tecidos moles bucais, tais como granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico e lesão periférica de células gigantes; apesar disso, é mais provável que, em pacientes mais velhos, o diagnóstico seja de um ameloblastoma periférico. Por ser uma lesão exclusivamente de tecidos moles, não apresenta achados radiográficos (DE ASSIS, 2018).

Histologicamente, apresenta ilhas de epitélio odontogênico ameloblástico, podendo apresentar qualquer uma das características histopatológicas descritas para o ameloblastoma intraósseo, sendo os padrões folicular e plexiforme os mais comuns.

1.2.4. Ameloblastoma maligno

Um ameloblastoma raramente apresenta um comportamento maligno, de forma a promover metástases. Esse termo “maligno” é controverso, pois não representa uma lesão maligna em si. O ameloblastoma maligno consiste em um tumor com comportamento metastático, de forma que tanto

a lesão primária quanto seus depósitos metastáticos apresentam as mesmas características histopatológicas comuns a um ameloblastoma, sem comportamento microscópico maligno. Em paralelo, o carcinoma ameloblástico, uma neoplasia maligna, possui comportamento maligno tanto no tumor primário quanto em seus depósitos e em lesões recidivantes. (NEVILLE, 2016; MAGOLLÓN-REYES, 2018, AU et al, 2019).

1.3. Tratamento cirúrgico

Dadas as múltiplas manifestações que o ameloblastoma pode apresentar, deve-se aplicar o melhor tratamento, buscando atender às necessidades do paciente no que tange função, estética e prognóstico. Para isso, é imprescindível que o cirurgião-dentista responsável tenha pleno conhecimento das características clínicas, radiográficas e histopatológicas da lesão e de seus subtipos.

Para que seja decidida a melhor opção terapêutica, é preciso levar em conta vários fatores, como a idade do paciente, sua condição sistêmica, condição financeira, possibilidade de acompanhamentos periódicos a longo prazo, local da lesão e suas estruturas adjacentes, estética, preferência do paciente, problemas sociais e as características específicas da lesão (se é primária ou recidivante, por exemplo), dentre outros (AU et al, 2019).

Os tratamentos a serem seguidos em casos de neoplasias como o ameloblastoma são de natureza cirúrgica e podem seguir práticas conservadoras ou radicais. Das primeiras se destacam a enucleação, marsupialização e drenagem; da segunda, a ressecção da região do osso afetado referente à lesão, somado à margem de segurança comumente utilizada. Para determinar o melhor, os fatores citados anteriormente são essenciais.

As abordagens conservadoras buscam não trazer grandes prejuízos estéticos, funcionais e sociais ao paciente, de forma a manter o máximo possível de estrutura íntegra na região afetada. Para isso, é comum a associação de enucleação com marsupialização ou enucleação e drenagem, somados à osteotomia periférica e curetagem na loja cirúrgica. Apesar da drenagem ser utilizada em momento prévio à enucleação, há evidências de casos onde ela utilizada isoladamente promoveu a correta osteogênese cêntrica na lesão partindo-se de uma diminuição volumétrica, com cicatrização eficiente e preservação das estruturas anteriormente afetadas (PRASAD et al, 2013). Apesar de apresentar tais benefícios, a metodologia conservadora costuma ter recidivas em cerca de 55% dos casos (ALMEIDA, 2016).

Já as abordagens radicais buscam remover a lesão e quaisquer vestígios focais que esta pode promover nos tecidos próximos, mesmo que de maneira microscópica, de forma a evitar recidivas. Costuma ser a intervenção mais utilizada em casos de ameloblastomas unicísticos, por exemplo, dada a maior possibilidade de infiltração local nessa variante. Esse tratamento consiste em remoção cirúrgica da região óssea afetada, com uma margem de segurança de aproximadamente 1 cm; nesses casos, a recidiva ocorre entre 0 e 15% dos casos (KREPPEL, ZOLLER, 2017; AU et al, 2019). Apesar de eficiente, essa metodologia promove déficits estéticos, funcionais e sociais ao paciente, dada a retirada de grande volume de tecido na região facial, comprometendo funções como mastigação, fonação e deglutição, além da aparência. Aliado a isso, utilizam-se reconstruções com placas metálicas, próteses ou enxertos autógenos, na intenção de diminuir os prejuízos existentes. Com isso, a avaliação de cada situação deve ser feita minuciosamente de forma a promover a melhor conduta possível.

Tocante ao exposto, a conduta exercida no caso clínico descrito nesse trabalho visou tratar a paciente de maneira conservadora de forma a preservar sua condição física, sendo esta uma pessoa jovem e cuidadosa, onde uma terapia radical seria de grande impacto em sua qualidade de vida.

2. ARTIGO

Formatado conforme instruções da Revista Research, Society and Development - (ANEXO A).

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMELOBLASTOMA EM MANDÍBULA: Relato de caso clínico.

Eduardo César Lobato Vale Júnior¹, Rosana Costa Casanovas², Carolina Raiane Leite Dourado Maranhão Diaz³

¹ Aluno do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, Av. Prof. Dos Portugueses, 1966, Bacanga, 65080-805, São Luis, MA, Brasil. Email: eduardovale.jr@gmail.com

² Ms., Dra. Professora do Departamento de Odontologia I da Universidade Federal do Maranhão, Av. Dos Portugueses, 1966, Bacanga, 65080-805, São Luis, MA, Brasil. Email: rosana.casanovas@ufma.br

³ Cirurgiã Buco-maxilo-facial do Hospital do Câncer do Maranhão Tarquínio Lopes Filho, R. São Pantaleão, 1232-1296 - Lira, São Luís - MA, 65010-655. Email: rai.011@hotmail.com

Corresponding author:

Rosana Costa Casanovas.

Department of Dentistry I. Federal University of Maranhão (UFMA).

Av. dos Portugueses, 1966, Bacanga - São Luís - MA Zip Code 65080-805 Phone:(98) 982056969

Resumo

O ameloblastoma é uma lesão de natureza particularmente agressiva e potencialmente destrutiva, necessitando de protocolo adequado e minucioso. Paciente do gênero feminino, 27 anos, sem comorbidades, compareceu ao Hospital do Câncer do Maranhão devido a lesão em mandíbula. A paciente relatava queixa de sintomatologia dolorosa em região anterior de mandíbula há 1 ano, com assimetria facial e desconforto estético e funcional. Ao exame clínico notou-se aumento de volume em região de sínfise mandibular, duro à palpação, não sangrante e de mucosa sem alteração de cor e forma. Solicitou-se exame radiográfico panorâmico e tomografia de face, observando-se lesão intraóssea multilocular de grandes extensões, com bordas delimitadas, estendendo-se da região do dente 41 até o 46, com reabsorção de raízes radiculares e expansão de cortical. Definiu-se como procedimento ideal para tratamento a enucleação da lesão e envio para análise histopatológica. Foi feita a cirurgia, com retirada de todo seu conteúdo, inclusive a cápsula. A paciente seguiu em enfermaria por 3 dias para antibioticoterapia e observação pós-operatória. Foi utilizado um dispositivo que permitiu o contato entre a cavidade obtida após a cirurgia e o meio bucal, possibilitando irrigação com clorexidina diariamente pela paciente e a cada 15 dias em centro cirúrgico. Continuou-se o acompanhamento com retornos periódicos, sem recidiva da lesão e com regeneração tecidual satisfatória de acordo com a intervenção escolhida. O tratamento de lesões como o ameloblastoma requer uma abordagem estratégica e personalizada, onde a expertise do cirurgião-dentista é fundamental na tomada de decisões que propicie o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Ameloblastoma, Descompressão, Cirurgia Bucal, Estomatologia.

1. Introdução

Os tumores odontogênicos constituem um diverso grupo de lesões presentes nos ossos gnáticos que se originam dos tecidos embriológicos dentais, cujos diferentes graus de interação entre tecidos e os vários padrões de crescimento que caracterizam sua formação ainda tem sido tema de constantes estudos científicos contemporâneos (KEBEDE et al 2017; MASCITTI et al, 2019). A maioria dessas lesões representa neoplasias verdadeiras e algumas podem raramente exibir comportamento maligno, enquanto outras podem se manifestar como malformações similares a tumores, chamadas de hamartomas (NEVILLE et al, 2016; DE MEDEIROS, 2018).

Esse grupo de lesões possui características histopatológicas distintas e várias manifestações clínicas, sendo em sua maioria benignas, podendo exibir comportamento agressivo ou não. Os tumores são classificados, ainda, de acordo com o tecido embriológico dental do qual tiveram origem, podendo ser de origem epitelial, ectomensequimal ou misto, sendo este último quando são derivados de ambos os tecidos. A classificação mais recente é a de 2017, reformulação feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Vários estudos ao redor do mundo mostraram diferenças relativas na prevalência desses tumores. Com isso, especula-se que as discrepâncias nesses valores podem ser atribuídas às variações geográficas com ênfase nas variações genéticas e culturais de cada população (KEBEDE et al, 2017; DE MEDEIROS, 2018; MASCITTI et al, 2019).

Os ameloblastomas são os tumores odontogênicos mais comuns, compondo 39.6% de todos os TOs, seguido do odontoma (20,1%) e do queratocisto odontogênico (13,8%). O ameloblastoma é um tumor de origem odontogênica cuja frequência relativa se iguala à frequência combinada de quase todos os outros tumores odontogênicos. Esse tumor é dado como uma neoplasia dos maxilares advinda de tecido epitelial dental, podendo surgir dos restos da lâmina dentária, do órgão do esmalte e desenvolvimento, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico ou das células basais da mucosa oral (CHAE et al, 2015; NEVILLE et al, 2016).

Apesar de histologicamente ter natureza benigna, os ameloblastomas possuem comportamento clínico agressivo devido ao seu potencial de destruição dos tecidos circundantes, à sua invasividade local e à alta taxa de recidiva (AU et al, 2019; SILVA et al, 2019). Essa lesão apresenta crescimento lento e indolor, podendo ser sintomático quando em estágios mais avançados; nesses casos, muito provavelmente já há rompimento da cortical óssea e há a possibilidade da instalação de infecções secundárias à lesão, com drenagem de secreção purulenta. Além disso, não apresenta predileção etária; no entanto, é raro em crianças com menos de 10 anos e relativamente incomum na segunda década de vida, podendo ser comumente encontrados entre a quarta e a sétima décadas de vida (KREPEL; ZOLLER; 2017). Também não há predileção por gênero nem raça. Sua maior ocorrência é em mandíbula, cerca de 80 a 85% dos casos, com mais frequência a região de corpo e ramo (NEVILLE et al, 2016).

Já radiograficamente, essa neoplasia apresenta-se como lesões císticas osteolíticas uni ou multilocular que, a depender do formato e tamanho das loculações, pode ser chamado de multilocular em “bolhas de sabão” ou em “favos de mel”, e que leva a expansão do osso cortical envolvido (KREPEL; ZOLLER; 2017). Somado a isso, pode estar associado a dentes e provocar reabsorções radiculares nestes, a depender do grau de envolvimento e se houve movimentação dos elementos dentários.

Recentemente, em 2017, a OMS propôs uma nova nomenclatura para grande parte das lesões da cavidade bucal, dentre elas o ameloblastoma. Essa neoplasia, que antes apresentava vários subtipos, agora se divide apenas em ameloblastoma, ameloblastoma unicístico e ameloblastoma periférico ou extraósseo (TOLENTINO, 2018).

Dada a gravidade que o quadro de ameloblastoma pode apresentar, seu tratamento varia entre o conservador e o radical. O tratamento conservador consiste em enucleação e curetagem da lesão, removendo-a por completo e dando ênfase à remoção total da cápsula para que não haja recidiva, com posterior osteotomia periférica à loja cirúrgica para limpar os tecidos adjacentes. Ainda nesse pensamento conservador, pode-se utilizar a marsupialização e a descompressão da lesão para que esta diminua de tamanho antes de sofrer enucleação visando preservação dos tecidos circundantes e cicatrização mais eficaz. Já o tratamento radical consiste na ressecção do tumor, compreendendo margens de 1 a 1,5cm, visando eficácia maior contra recidivas da lesão; apesar disso, pode trazer grandes repercussões funcionais e/ou estéticas. Sendo assim, deve-se avaliar inúmeros fatores no momento de escolha da melhor intervenção, visando o melhor para o paciente (AU et al, 2019).

Sendo assim, tocante ao exposto, é válido afirmar que a lesão é deveras agressiva e seu tratamento deve ser definitivo. Uma alternativa – também a mais aceita por alta taxa de sucesso – é a enucleação do cisto, onde há a retirada total da lesão intraóssea com posterior curetagem e osteotomia periférica da loja cirúrgica visando retirar qualquer fator causal de recidiva. Pacientes submetidos a esse procedimento cirúrgico possuem recuperação rápida e prognóstico excelente (SILVA et al, 2019). Apesar disso, a descompressão tem mostrado igual sucesso, o que tem levado ao seu maior uso, não só como tratamento adjuvante mas também como definitivo (BERETTA et al, 2021).

2. Relato de caso

Paciente do gênero feminino, 27 anos, faioderma, sem condição sistêmica relevante, compareceu ao serviço de Cirurgia Buco-maxilo-facial do Hospital do Câncer do Maranhão Tarquínio Lopes Filho encaminhada devido a lesão em mandíbula. A paciente relatava queixa de sintomatologia dolorosa em região anterior de mandíbula já havia 1 ano, com assimetria facial e desconforto estético e funcional (figura 1).

Ao exame clínico notou-se aumento de volume em região de sínfise mandibular, duro à palpação, não sangrante e de mucosa sem alteração de cor e forma (figura 2). Solicitou-se exame radiográfico panorâmico e tomografia computadorizada de face (figura 3), onde neles observou-se uma lesão intraóssea multilocular de grandes extensões, com bordas bem delimitadas, estendendo-se aproximadamente da região do dente 41 até o 46, com absorção de raízes radiculares adjacentes e expansão de cortical.

Dado o conjunto de informações obtidas, traçaram-se as hipóteses diagnósticas de queratocisto odontogênico e de ameloblastoma. A maior probabilidade seria a de ameloblastoma, mediante os padrões clínicos e imaginológicos observados.

Partindo-se do exposto, definiu-se o procedimento ideal para tratamento como a enucleação da lesão, com envio posterior de fragmentos para análise histopatológica.

O procedimento foi feito sob anestesia geral com intubação nasotraqueal na narina esquerda. Fez-se a antisepsia da região com clorexidina degermante com posterior infiltração anestésica de lidocaína com vasoconstritor. De início foi feita punção aspirativa da lesão, com obtenção de líquido amarelo-citrino (figura 4). Realizou-se então acesso

circunvestibular em mandíbula com bisturi elétrico para exposição da lesão e posterior descolamento mucoperiosteal do tecido gengival adjacente para visualização da lesão. Fez-se osteotomia para acesso à região intraóssea e à cápsula cística. Foi feita a enucleação do tumor, com retirada de todo seu conteúdo, inclusive a cápsula (figura 5). Após, realizou-se curetagem no local e osteotomia periférica para retirar quaisquer focos e microfocos restantes da lesão. Posteriormente foi necessário fazer a osteoplastia da região para diminuir qualquer irregularidade óssea existente. Durante todo o procedimento foram utilizadas técnicas de hemostasia (cauterização com cauterizador elétrico aplicado em focos de sangramento, compressão com gaze) e irrigação abundante com soro fisiológico 0.9%. Após, suturou-se a região em síntese por planos (figura 5).

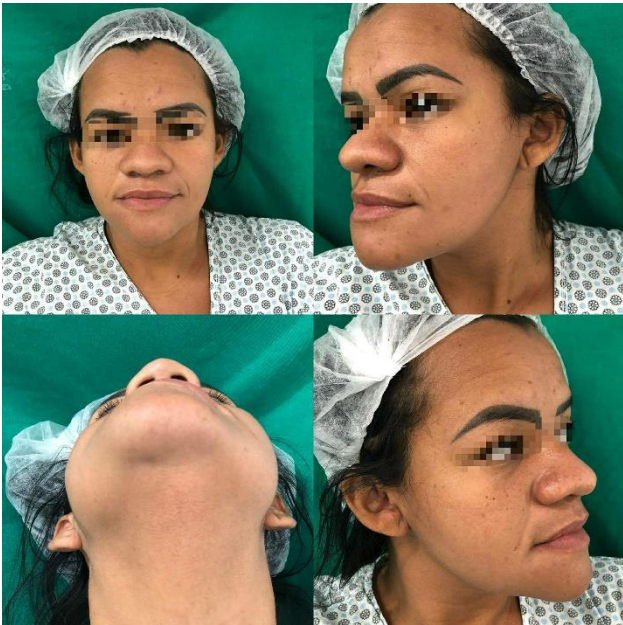


Figura 1: Aspecto extra-oral pré-operatório

Fonte: Elaboração própria

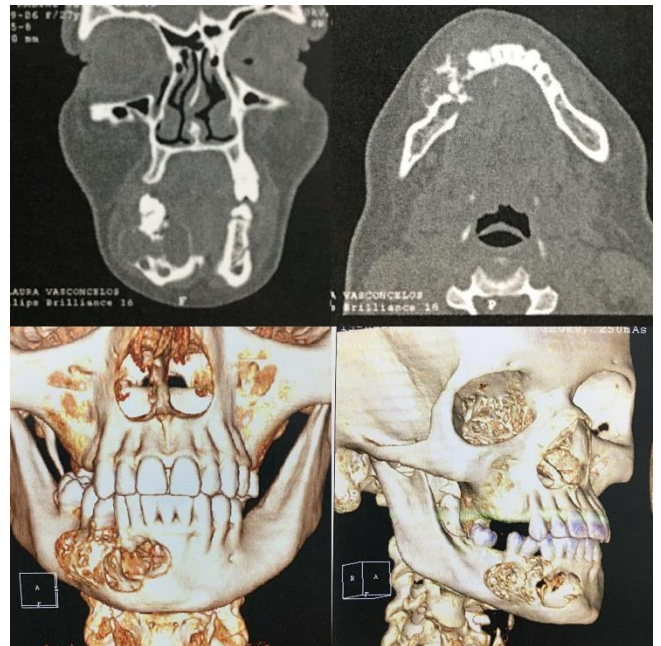


Figura 2: TC e reconstrução 3D

Fonte: Elaboração própria



Figura 3: Aspecto intra-oral pré-operatório

Fonte: Elaboração própria



Figura 4: Punção

Fonte: Elaboração própria

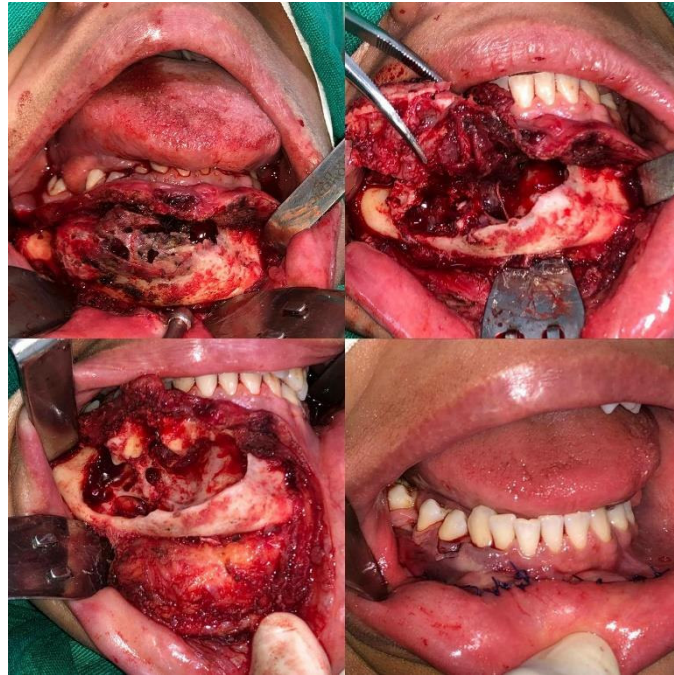


Figura 5: Aspecto transoperatório e pós-operatório imediato

Fonte: Elaboração própria

Após o procedimento, fixou-se fragmentos da lesão em formol a 10% para posterior envio para o laboratório visando análise histopatológica. Obteve-se, então, o diagnóstico definitivo de ameloblastoma, de padrão histológico do tipo plexiforme (figura 6).

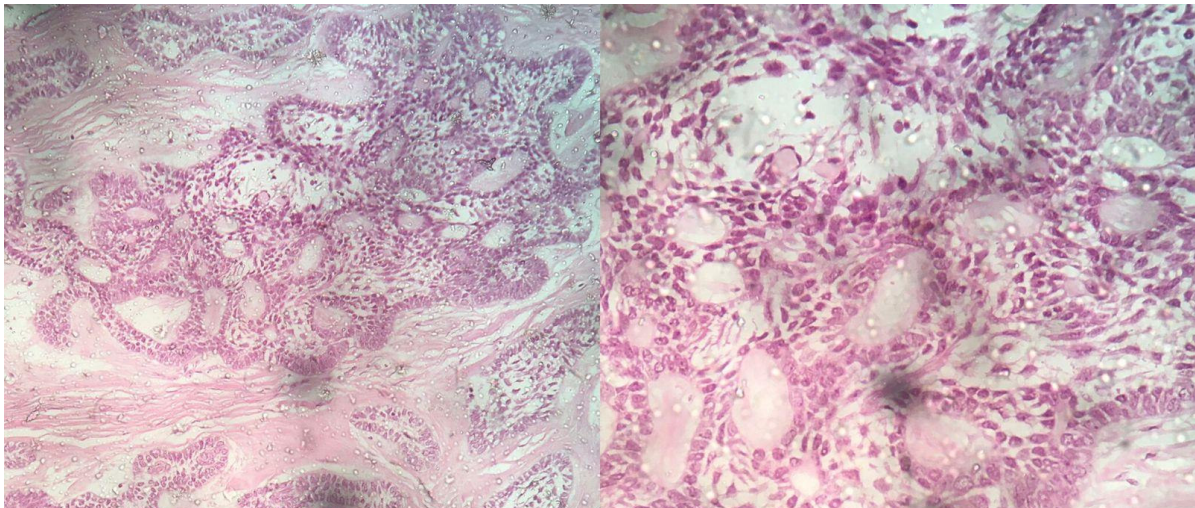


Figura 6: Exame histopatológico evidenciando padrão plexiforme da lesão. Imagem em aumento de 10x.

Fonte: Elaboração própria

Dado o tratamento cirúrgico, a paciente seguiu em enfermaria por 3 dias para antibioticoterapia venosa e observação pós-operatória. Com 1 mês pós-operatório, porém, percebeu-se que as condições de higiene da paciente eram precárias, de forma que houve infecção no local onde antes estava a lesão, apresentando inclusive secreção purulenta (figura 7). Com isso, foi utilizado dispositivo que permitiu o contato entre a cavidade obtida após a cirurgia e o meio bucal, de

maneira a tornar possível sua irrigação com clorexidina diariamente pela paciente e a cada 15 dias em centro cirúrgico. Tal estratégia visa manter limpa a cavidade enquanto cicatriza, evitando infecções. Assim, a paciente continuou em acompanhamento, com retornos periódicos programados após 15 dias, 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano para acompanhamento (fora as datas previamente estabelecidas para irrigação), checando se há recidiva da lesão.



Figura 7: Aspecto intra-oral: pós-operatório de 30 dias

Fonte: Elaboração própria

Com o pós-operatório de 1 ano, observou-se neoformação óssea satisfatória na região de acordo com o procedimento realizado, sem infecções, porém ainda é necessário que haja maior formação de osso no local (figuras 8 e 9).



Figura 7: Aspecto extra-oral: pós-operatório de 1 ano

Fonte: Elaboração própria

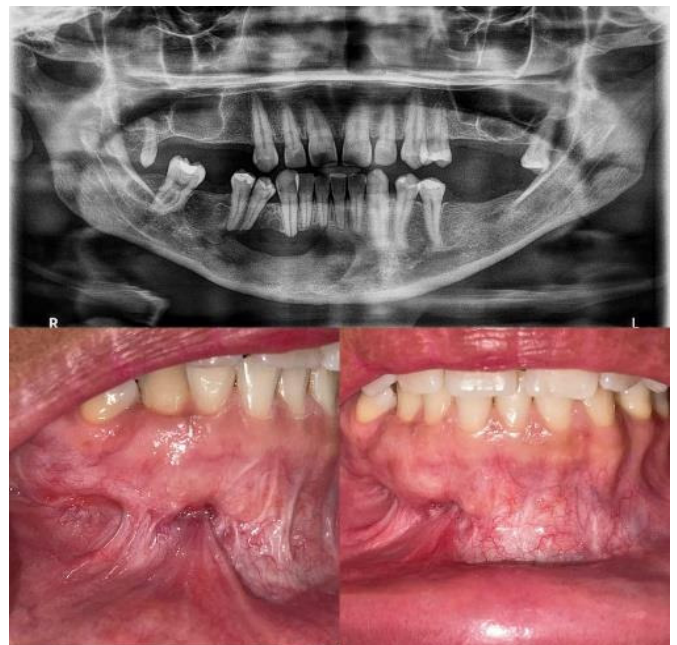


Figura 8: Radiografia e aspecto intra-oral: pós-operatório de 1 ano

Fonte: Elaboração própria

3. Discussão

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno que pode apresentar agressividade acentuada, podendo chegar a grandes dimensões. Dadas as múltiplas manifestações que essa lesão pode apresentar, deve-se aplicar o melhor tratamento, buscando atender às necessidades do paciente no que tange função, estética e prognóstico. Para isso, é imprescindível que o cirurgião-dentista responsável tenha pleno conhecimento das características clínicas, radiográficas e histopatológicas da lesão e de seus subtipos.

Para que seja decidida a melhor opção terapêutica, é preciso levar em conta vários fatores, como a idade do paciente, sua condição sistêmica, condição financeira, possibilidade de acompanhamentos periódicos a longo prazo, local da lesão e suas estruturas adjacentes, estética, preferência do paciente, problemas sociais e as características específicas da lesão (se é primária ou recidivante, por exemplo), dentre outros. A correta escolha e execução do tratamento tem como foco beneficiar o paciente, retornando-o a um estado de qualidade de vida no que tange a existência da lesão. Tocante ao ameloblastoma, isso se torna mais emergente no intuito de evitar recidivas, onde um novo momento cirúrgico seria necessário para novo tratamento. Somado a isso, tumores desse tipo que se encontram recorrentes e de longa duração podem evoluir para carcinomas ameloblásticos, o que muda o prognóstico do paciente de maneira radical, de forma que uma correta intervenção imediata prematura poderia evitar esse quadro (AU et al, 2019).

Os tratamentos a serem seguidos em casos de neoplasias como o ameloblastoma são de natureza cirúrgica e podem seguir práticas conservadoras ou radicais. Das primeiras se destacam a enucleação, marsupialização e drenagem; da segunda, a ressecção da região do osso afetado referente à lesão, somado à margem de segurança comumente utilizada. Para determinar o melhor, os fatores citados anteriormente são essenciais (MAIA, SANDRINI, 2017; SILVA et al, 2020).

As abordagens conservadoras buscam não trazer grandes prejuízos funcionais, estéticos e sociais ao paciente, de forma a manter o máximo possível de estrutura íntegra na região afetada. Para isso, é comum a associação de enucleação com marsupialização ou enucleação e drenagem, somados à osteotomia periférica e curetagem na loja cirúrgica. Apesar da drenagem ser utilizada em momento prévio à enucleação, há evidências de casos onde ela utilizada isoladamente promoveu a correta osteogênese centrípeta na lesão partindo-se de uma diminuição volumétrica, com cicatrização eficiente e preservação das estruturas anteriormente afetadas (MELO et al, 2016). Somado a isso, o uso de dispositivo de drenagem pós-enucleação também apresenta seus benefícios, viabilizando irrigações frequentes no local, tanto caseiras quanto em ambiente cirúrgico, no intuito de promover assepsia da região e evitar a possibilidade de recidivas, tornando o tratamento passível de maior sucesso, tal qual foi realizado no procedimento no caso descrito. Apesar de apresentar tais benefícios, a metodologia conservadora costuma ter recidivas em cerca de 55% dos casos (ALMEIDA, 2016).

Apesar do exposto, a ressecção ainda é uma das modalidades de tratamento comumente usadas por profissionais. Devido às características infiltrativas do ameloblastoma, retirar a porção óssea afetada com margens de segurança de 1 a 1,5cm diminui as possibilidades de recidiva de maneira a trazer sucesso no tratamento da lesão. Apesar disso, uma intervenção tão radical torna-se invasiva ao paciente, de forma que a remoção de grandes quantidades de tecido pode trazer perda de função no osso afetado, como dificuldades na mastigação, fonação e deglutição; além disso, deformidades faciais, assimetrias e outros prejuízos estéticos também são comuns após o uso dessa técnica. Embora haja procedimentos de correção, como reconstruções com placas do sistema 2.4, implantes e enxertos, estes nem sempre conduzem a resultados totalmente favoráveis ao paciente, podendo persistir ainda algum defeito estético. Além disso, submeter o

paciente a procedimentos mais longos ou de momentos cirúrgicos diferentes torna o tratamento mais estressante, podendo, por vezes, levar à evasão do indivíduo (BARROS et al, 2019; LIMA JÚNIOR et al, 2020; DE PAULA et al, 2020)

Com isso, a correta intervenção deve ser feita no intuito de prover a melhor reabilitação ao paciente sem que haja prejuízos funcionais e estéticos que possam ser evitados. Sabe-se que as técnicas conservadoras, tais quais a enucleação, marsupialização e descompressão, por exemplo, possuem alta taxa de sucesso, trazendo maior conforto ao paciente no fim do processo, de tal forma que procedimentos radicais como ressecções podem ser evitadas na maioria dos casos, onde haveria perda de estruturas nobres e vitais ao tecido afetado. Sendo assim, é necessário que o cirurgião-dentista responsável tenha correto conhecimento da lesão e das formas de tratamento, buscando a melhor estratégia para cada caso (DE BARROS et al, 2020).

4. Conclusão

O tratamento de lesões com potencial agressivo como o ameloblastoma requer uma abordagem cuidadosa e estratégica para cada caso, onde a *expertise* do cirurgião-dentista responsável exerce papel fundamental na tomada de decisões. Sendo assim, a correta intervenção deve sempre levar em consideração fatores como, por exemplo, tamanho e localização da lesão, as características do paciente e as suas expectativas perante os resultados, de maneira a aliar todos esses fatores e alinhá-los em uma estratégia coerente e que propicie, de fato, o sucesso do tratamento.

5. Referências

- Au, S. W., Li, K. Y., Choi, W. S., & Su, Y. X. (2019). Risk factors for recurrence of ameloblastoma: a long-term follow-up retrospective study. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 48(10), 1300–1306. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2019.04.008>
- Almeida, R. de A. C., Andrade, E. S. de S., Barbalho, J. C., Vajgel, A., & Vasconcelos, B. C. do E. (2016). Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 45(3), 359–367. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2015.12.016>
- Barros, A. V. M. de (n.d.). Tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso [Review of *Tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso*]. *Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - BrJOMS*, 20, p. 39–42.
- Barros, A. V. M. de (n.d.). Tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso [Review of *Tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso*]. *Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - BrJOMS*, 20, p. 39–42.
- Berretta, L. M., Melo, G., Mello, F. W., Lizio, G., & Rivero, E. R. C. (2021). Effectiveness of marsupialisation and decompression on the reduction of cystic jaw lesions: a systematic review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2021.03.004>
- Chae, M. P., Smoll, N. R., Hunter-Smith, D. J., & Rozen, W. M. (2015). Establishing the Natural History and Growth Rate of Ameloblastoma with Implications for Management: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(2), e0117241. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117241>
- Kebede, B., Tare, D., Bogale, B., & Alemseged, F. (2017). Odontogenic tumors in Ethiopia: eight years retrospective study. *BMC Oral Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-017-0347-8>
- Kreppel, M., & Zöllner, J. (2018). Ameloblastoma-Clinical, radiological, and therapeutic findings. *Oral Diseases*, 24(1-2), 63–66. <https://doi.org/10.1111/odi.12702>
- Lima Júnior, M. O. de, França, A. J. B. de, Soares, C. F., Silva, V. K. D. O., Neves, R. F. S. N., Genu, P. R., Lima, A. V. L. dos S., & Vasconcelos, R. J. de H. (2020). Tratamento cirúrgico conservador em paciente jovem com ameloblastoma unicístico: relato de caso. *Research, Society and Development*, 9(11), e8909119380. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9380>
- MAIA, E. C., & SANDRINI, F. A. L. (2017). Management techniques of ameloblastoma: a literature review. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 65(1), 62–69. <https://doi.org/10.1590/1981-863720170001000093070>

- Mascitti, M., Togni, L., Troiano, G., Caponio, V. C. A., Sabatucci, A., Balercia, A., Rubini, C., Lo Muzio, L., & Santarelli, A. (2019). Odontogenic tumours: a 25-year epidemiological study in the Marche region of Italy. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 277(2), 527–538. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05683-3>
- Medeiros, W. de, da Silva, L., Santos, P., Pinto, L., & de Souza, L. (2018). Clinicopathological analysis of odontogenic tumors over 22 years period: Experience of a single center in northeastern Brazil. *Medicina Oral Patologia Oral Y Cirugia Bucal*. <https://doi.org/10.4317/medoral.22618>
- Melo, R. B., Carneiro, N. C. M., Fonseca, W. L. M. da, Lima, J. F. de, Araújo, H. P. da S., & Pontes, H. A. R. (2016). Tratamento cirúrgico de ameloblastoma sólido convencional: relato de caso clínico. *Revista Da Faculdade de Odontologia - UPF*, 21(2). <https://doi.org/10.5335/rfo.v21i2.5714>
- Nevile, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Chi, A. C. (2016). *Patologia oral e maxilofacial* (4th ed.) [Review of *Patologia oral e maxilofacial*].
- Ohno, Y., Yamada, T., Kakuguchi, W., Kobayashi, I., Kitamura, T., & Tei, K. (2019). Modified “Dredging Method” for complicated solid/multicystic ameloblastoma in the mandible: Report of a case treated by fractionated enucleation. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*, 31(2), 121–125. <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2018.11.001>
- Paula, L. M. de, Brito, L. T., & Alves, F. A. G. (2021). BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO DE GRANDES PROPORÇÕES EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO. *Odontologia: Pesquisa E Práticas Contemporâneas - Volume 1*, 44–54. <https://doi.org/10.37885/210605152>
- Rikhotso, R. E., & Premviyasa, V. (2019). Conservative Treatment of Ameloblastoma in a Pediatric Patient: A Case Report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 77(8), 1643–1649. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2019.02.025>
- Silva, L. O. R., Dos Santos, E. A., Rodrigues, R. D., Barboza, A. D., Aguiar, J. F., & Maranhão, S. C. (2019). Extenso ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de caso. *Revista Da Faculdade de Odontologia - UPF*, 24(1), 82–88. <https://doi.org/10.5335/rfo.v24i1.8936>
- Silva, G. A., Henriques, J. C. G., Mitri, F. F., Costa, A. R. G. F., & Batista, J. D. (2020). Características Clínico-Patológicas e Tratamento do Ameloblastoma Unicístico: Relato de Caso. *Revista Naval de Odontologia*, 47(2), 35–42. <https://doi.org/10.29327/25149.47.2-4>
- Silva, G. A., Henriques, J. C. G., Mitri, F. F., Costa, A. R. G. F., & Batista, J. D. (2020). Características Clínico-Patológicas e Tratamento do Ameloblastoma Unicístico: Relato de Caso. *Revista Naval de Odontologia*, 47(2), 35–42. <https://doi.org/10.29327/25149.47.2-4>
- Zheng, C. Y., Cao, R., Hong, W. S., Sheng, M. C., & Hu, Y. J. (2019). Marsupialisation for the treatment of unicystic ameloblastoma of the mandible: a long-term follow up of 116 cases. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 57(7), 655–662. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2019.06.002>

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ameloblastoma, sendo uma lesão de natureza particularmente agressiva e potencialmente destrutiva, requer uma atenção adequada e minuciosa, partindo-se desde a anamnese até o plano de tratamento e a execução do procedimento. Além disso, é um tumor com variadas subclassificações, cada qual com sua particularidade, onde a intervenção adequada a ser feita pode variar, a depender do caso. Sendo assim, é necessário que haja uma abordagem cuidadosa, de acordo com a variante da lesão e as características próprias do paciente a ser tratado. Com isso, a expertise do cirurgião-dentista à frente do caso é imprescindível para o sucesso do tratamento empregado, de forma que este tenha o domínio das estratégias de intervenção a serem tomadas e do correto tratamento a ser empregado, visando o bem-estar do paciente a curto e longo prazo.

4. REFERÊNCIAS

MAIA, E. C.; SANDRINI, F. A. L. Management techniques of ameloblastoma: a literature review. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, n. 1, p. 62–69, mar. 2017.

SILVA, L. O. R. et al. Extenso ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 24, n. 1, p. 82–88, 7 maio 2019.

LI, Y. et al. Positional Changes of Mandibular Canal Before and After Decompression of Cystic Lesions in the Mandible. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 79, n. 4, p. 854–862, abr. 2021.

MORO, A. et al. Virtual Surgical Planning for Reconstruction of Giant Ameloblastoma of the Mandible. **Annals of Plastic Surgery**, v. 85, n. 1, p. 43–49, jul. 2020.

LAINO, L. et al. Surgical Strategies for Multicystic Ameloblastoma. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 31, n. 2, p. e116–e119, 2020.

ABRAMOWICZ, S. et al. A Protocol for Resection and Immediate Reconstruction of Pediatric Mandibles Using Microvascular Free Fibula Flaps. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 79, n. 2, p. 475–482, fev. 2021.

RIKHOTSO, R. E.; PREMVIYASA, V. Conservative Treatment of Ameloblastoma in a Pediatric Patient: A Case Report. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 77, n. 8, p. 1643–1649, ago. 2019.

SILVA, L. D. F. et al. Extenso ameloblastoma em mandíbula: relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 29, n. 3, p. 300, 26 jul. 2018.

OHIRO, Y. et al. Modified “Dredging Method” for complicated solid/multicystic ameloblastoma in the mandible: Report of a case treated by fractionated enucleation. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology**, v. 31, n. 2, p. 121–125, mar. 2019.

BERRETTA, L. M. et al. Effectiveness of marsupialisation and decompression on the reduction of cystic jaw lesions: a systematic review. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, mar. 2021.

PRASAD, K. et al. Unicystic ameloblastoma, a distinct clinical entity with favorable response to decompression: Our experience of 5 cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology**, v. 25, n. 4, p. 328–332, out. 2013.

ASSIS, E. M. et al. Recurrent peripheral ameloblastoma in an elderly patient: A case report. **Gerodontology**, v. 36, n. 1, p. 78–81, 19 fev. 2019.

KREPPEL, M.; ZÖLLER, J. Ameloblastoma-Clinical, radiological, and therapeutic findings. **Oral Diseases**, v. 24, n. 1-2, p. 63–66, 26 fev. 2018.

- ZHENG, C. Y. et al. Marsupialisation for the treatment of unicystic ameloblastoma of the mandible: a long-term follow up of 116 cases. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 57, n. 7, p. 655–662, set. 2019.
- TOLENTINO, E. D. S. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou? **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 1, 15 ago. 2018.
- AU, S. W. et al. Risk factors for recurrence of ameloblastoma: a long-term follow-up retrospective study. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 48, n. 10, p. 1300–1306, out. 2019.
- HENDRA, F. N. et al. Global incidence and profile of ameloblastoma: A systematic review and meta-analysis. **Oral Diseases**, v. 26, n. 1, p. 12–21, 25 jan. 2019.
- CHAE, M. P. et al. Establishing the Natural History and Growth Rate of Ameloblastoma with Implications for Management: Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS ONE**, v. 10, n. 2, p. e0117241, 23 fev. 2015.
- MOGOLLÓN-REYES, G. Malignant ameloblastoma: multiple local recurrence and metastasis in the scalp. Case report. **Case reports**, v. 5, n. 1, p. 36–45, 1 jan. 2019.
- AL SINEEDI, F. et al. Bilocular unicystic ameloblastoma of the mandible in a 9 yr old child – A diagnostic and management dilemma. **The Saudi Dental Journal**, v. 30, n. 3, p. 250–255, jul. 2018.
- MCCLARY, A. C. et al. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 273, n. 7, p. 1649–1661, 30 abr. 2015.
- SILVA, L. O. R. et al. Extenso ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 24, n. 1, p. 82–88, 7 maio 2019.
- KELPPE, J. et al. Ameloblastoma: a retrospective single institute study of 34 subjects. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 77, n. 1, p. 82–87, 7 nov. 2018.
- MELO, R. B. et al. Tratamento cirúrgico de ameloblastoma sólido convencional: relato de caso clínico. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 21, n. 2, 21 dez. 2016.
- CHRYSOMALI, E. et al. Odontogenic Tumors. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 24, n. 5, p. 1521–1525, set. 2013.
- AVELAR, R. L. et al. Worldwide Incidence of Odontogenic Tumors. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 22, n. 6, p. 2118–2123, nov. 2011.
- KEBEDE, B. et al. Odontogenic tumors in Ethiopia: eight years retrospective study. **BMC Oral Health**, v. 17, n. 1, 16 fev. 2017.
- MASCITTI, M. et al. Odontogenic tumours: a 25-year epidemiological study in the Marche region of Italy. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 277, n. 2, p. 527–538, 14 out. 2019.

DE MEDEIROS, W. et al. Clinicopathological analysis of odontogenic tumors over 22 years period: Experience of a single center in northeastern Brazil. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, 2018.

PAULA, L. M. DE; BRITO, L. T.; ALVES, F. A. G. BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO DE GRANDES PROPORÇÕES EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO. **Odontologia: pesquisa e práticas contemporâneas - Volume 1**, p. 44–54, 2021.

BARROS, M. A. N. et al. Tratamento cirúrgico conservador de ameloblastoma: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 8, n. 12, 29 jun. 2020.

LIMA JÚNIOR, M. O. DE et al. Tratamento cirúrgico conservador em paciente jovem com ameloblastoma unicístico: relato de caso. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e8909119380, 6 dez. 2020.

MILMAN, T. et al. Ameloblastoma: 25 Year Experience at a Single Institution. **Head and Neck Pathology**, v. 10, n. 4, p. 513–520, 7 jun. 2016.

EFFIOM, O. et al. Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. **Oral Diseases**, v. 24, n. 3, p. 307–316, 9 mar. 2017.

ALMEIDA, R. DE A. C. et al. Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 45, n. 3, p. 359–367, mar. 2016.

SILVA, G. A. et al. Características Clínico-Patológicas e Tratamento do Ameloblastoma Unicístico: Relato de Caso. **Revista Naval de Odontologia**, v. 47, n. 2, p. 35–42, 2020.

BARROS, A. V. M. DE et al. Tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe** v.20, n.1, p. 39-42, jan./mar. 2020 *Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - BrJOMS*, mar. 2020.

5. ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- O arquivo em Microsoft Word enviado no momento da submissão **não** possui os nomes dos autores; A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#).
- Custo de publicação (APC) | Para autores brasileiros a taxa de publicação é de R\$ 300,00 BRL (trezentos reais). Para demais autores, a taxa de publicação é de US\$ 100,00 USD (cem dólares americanos). A taxa de publicação é cobrada apenas para trabalhos aceitos. **Não existe taxa de submissão.**

Diretrizes para Autores

1) Estrutura do texto:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Os autores do artigo (devem ser colocados nesta sequência: nome, ORCID, instituição, e-mail). OBS.: O número do ORCID é individual para cada autor, e ele é necessário para o registro no DOI, e em caso de erro, não é possível realizar o registro no DOI).
- Resumo e Palavras-chave em português, inglês e espanhol (o resumo deve conter objetivo do artigo, metodologia, resultados e conclusão do estudo. Deve ter entre 150 a 250 palavras);
- Corpo do texto (deve conter as seções: 1. Introdução, na qual haja contextualização, problema estudado e objetivo do artigo; 2. Metodologia utilizada no estudo, bem como autores de suporte a metodologia; 3. Resultados (ou alternativamente, 3. Resultados e Discussão, renumerando os demais subitens); 4. Discussão e, 5. Considerações finais ou Conclusão);
- Referências: (Autores, o artigo deve ter no mínimo 20 referências as mais atuais possíveis. Tanto a citação no texto, quanto no item de Referências, utilizar o estilo de formatação da APA - American Psychological Association. As referências devem ser completas e atualizadas. Colocadas em ordem alfabética crescente, pelo sobrenome do primeiro autor da referência. Não devem ser numeradas. Devem ser colocadas em tamanho 8 e espaçamento 1,0, separadas uma das outras por um espaço em branco).

2) Layout:

- Formato Word (.doc);

- Escrito em espaço 1,5 cm, utilizando Times New Roman fonte 10, em formato A4 e as margens do texto deverão ser inferior, superior, direita e esquerda de 1,5 cm.;
- Recuos são feitos na régua do editor de texto (não pela tecla TAB);
- Os artigos científicos devem ter mais de 5 páginas.

3) Figuras:

O uso de imagens, tabelas e as ilustrações deve seguir o bom senso e, preferencialmente, a ética e axiologia da comunidade científica que discute os temas do manuscrito. Obs: o tamanho máximo do arquivo a ser submetido é de 10 MB (10 mega).

As figuras, tabelas, quadros etc. (devem ter sua chamada no texto antes de serem inseridas. Após a sua inserção, deve constar a fonte (de onde vem a figura ou tabela...) e um parágrafo de comentário no qual se diga o que o leitor deve observar de importante neste recurso. As figuras, tabelas e quadros... devem ser numeradas em ordem crescente. Os títulos das tabelas, figuras ou quadros devem ser colocados na parte superior e as fontes na parte inferior.

4) Autoria:

O arquivo em word enviado (anexado) no momento da submissão NÃO deve ter os nomes dos autores.

Todos os autores precisam ser incluídos apenas no sistema da revista e na versão final do artigo (após análise dos pareceristas da revista). Os autores devem ser registrados apenas nos metadados e na versão final do artigo (artigo final dentro do template) em ordem de importância e contribuição na construção do texto. OBS.: Autores escrevam o nome dos autores com a grafia correta e sem abreviaturas no início e final artigo e também no sistema da revista.

O artigo deve ter no máximo 15 autores. Para casos excepcionais é necessário consulta prévia à Equipe da Revista.

5) Vídeos tutoriais:

- Cadastro de novo usuário: <https://youtu.be/udVFytOmZ3M>
- Passo a passo da submissão do artigo no sistema da revista: <https://youtu.be/OKGdHs7b2Tc>

6) Exemplo de referências em APA:

- Artigo em periódico:

Gohn, M. G. & Hom, C. S. (2008). Abordagens Teóricas no Estudo dos Movimentos Sociais na América Latina. *Caderno CRH*, 21(54), 439-455.

- Livro:

Ganga, G. M. D.; Soma, T. S. & Hoh, G. D. (2012). *Trabalho de conclusão de curso (TCC) na engenharia de produção*. Atlas.

- Página da internet:

Amoroso, D. (2016). *O que é Web 2.0?* <http://www.tecmundo.com.br/web/183-o-que-e-web-2-0->

7) A revista publica artigos originais e inéditos que não estejam postulados simultaneamente em outras revistas ou órgãos editoriais.

8) Dúvidas: Quaisquer dúvidas envie um e-mail para rsd.articles@gmail.com ou dorlivete.rsd@gmail.com ou WhatsApp (55-11-98679-6000)

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1) Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

2) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

3) Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMELOBLASTOMA EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Pesquisador: ROSANA COSTA CASANOVAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45002021.3.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.720.820

Apresentação do Projeto:

O ameloblastoma é tumor benigno de epitélio odontogênico comumente encontrada na cavidade bucal e que possui capacidade de apresentar grandes dimensões. O seguinte trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de uma paciente fioderma, na 3ª década de vida, com lesão em mandíbula anterior com expansão cortical e assimetria facial que procurou atendimento no Hospital do Câncer do Maranhão Tarquínio Lopes Filho em São Luís - MA, pois a sua condição lhe causava dor e desconforto estético, funcional e social. Assim, após exames físico, de imagem e préoperatórios, executou-se o tratamento, que consistia na e nucleação do cisto. O prognóstico foi positivo. A paciente está sob avaliação pós-operatória constante e apresenta boa recuperação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relatar um caso de tratamento cirúrgico de ameloblastoma em região anterior de mandíbula realizado em um hospital de alta complexidade em São Luís, Maranhão.

Objetivo Secundário:

-Discutir acerca do tratamento de escolha do ameloblastoma;

-Divulgar à comunidade científica um caso clínico de ameloblastoma, do diagnóstico ao tratamento, em paciente jovem e saudável.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bacanga

CEP: 65.080-805

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepulma@ufma.br

Continuação do Parecer: 4.720.820

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos deste relato de caso estariam relacionados à quebra de confidencialidade mediante a divulgação de dados e identificação não autorizada pelo paciente, o que culminaria em avarias psicológicas, morais e/ou materiais a pacientes ou a terceiros. No entanto, todas as precauções serão conduzidas para que tal situação não ocorra. Aliado a isso, a autorização para uso de imagens será obtida expressamente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios:

Esse estudo contribuirá para enriquecer informações acerca do diagnóstico e da abordagem terapêutica de pacientes com essa patologia, propiciando uma melhor qualidade de vida ao paciente e à sua família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do 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_1691352.pdf	25/03/2021 16:52:11		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_ameloblastoma.pdf	25/03/2021 16:51:20	ROSANA COSTA CASANOVAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_ameloblastoma_com_orcamento.pdf	25/03/2021 16:38:08	ROSANA COSTA CASANOVAS	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 4.720.820

Orçamento	Termo_responsabilidade_financeira_e_orcamento.pdf	25/03/2021 16:36:29	ROSANA COSTA CASANOVAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_ameloblastoma.pdf	19/01/2021 12:47:21	Rosana Costa Casanovas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/01/2021 12:41:11	Rosana Costa Casanovas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/01/2021 12:30:52	Rosana Costa Casanovas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 19 de Maio de 2021

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br