

PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ALEXANDRE CARVALHO DE ARAUJO

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

MANAUS

2022



ALEXANDRE CARVALHO DE ARAUJO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO
CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à banca avaliadora, da
Faculdade de Odontologia, da
Universidade Federal do Amazonas,
como requisito para obtenção do grau de
bacharel em odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andrezza Lauria
de Moura

MANAUS

2022

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

A663t Araujo, Alexandre Carvalho de
Tratamento cirúrgico de ameloblastoma: relato de caso clínico /
Alexandre Carvalho de Araujo . 2022
46 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Andrezza Lauria de Moura
TCC de Graduação (Odontologia) - Universidade Federal do
Amazonas.

1. Ameloblastoma . 2. Tumor. 3. Tratamento . 4. Ressecção . I.
Moura, Andrezza Lauria de. II. Universidade Federal do Amazonas
III. Título

ALEXANDRE CARVALHO DE ARAUJO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à banca avaliadora, da
Faculdade de Odontologia, da
Universidade Federal do Amazonas,
como requisito para obtenção de nota na
referida disciplina.

Aprovado em: 16 / 11 / 2022

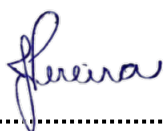
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a.Dr.^a. Andrezza Lauria de Moura

Orientadora

UFAM



Prof.^a.Dr.^a. Juliana Vianna Pereira

Membro

UFAM



Prof. Dr. Matheus Völz Cardoso

Membro

UFAM

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por ter me proporcionado todas as conquistas que obtive na graduação e na vida, como um todo. Todo esforço, dedicação, aprendizado, experiências devo a ele, pois foi o que me deu forças e saúde para trilhar meu caminho.

Agradecer também ao meu pai Irailton, que também sem sua ajuda não conseguiria chegar até aqui, sempre me dando forças e querendo o melhor para mim, mesmo com todas as dificuldades que aparecem na vida, sempre esteve ali, nunca esquecerei do que fez por mim.

Aos meus amigos Victor, Luccas, Alessandra, Igor e Luane que também estiveram comigo nesses 6 anos de faculdade, sempre passando por poucas e boas nesse período, e sempre um ajudando ao outro, foi gratificante estar ao lado de vocês durante toda essa jornada.

Por último e não menos importante, agradecer a minha orientadora Andrezza Lauria que sempre me ajudou demais durante todos esses anos, sempre muito solícita e contribuiu muito para o futuro profissional que serei, obrigado.

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, possui crescimento lento, porém agressivo. É um dos tumores mais comumente encontrados, sendo agressivo e com altas taxas de recidiva se não tratado da maneira correta. O tratamento consiste em ser conservador ou radical, onde o conservador preconiza a curetagem e marsupialização da lesão e o radical consiste na ressecção parcial ou total da mandíbula. O presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico de um ameloblastoma em mandíbula através de cirurgia de ressecção marginal. Paciente melanoderma, 33 anos de idade, sexo feminino, relatou leve dor na região esquerda da mandíbula e queixa de “sensação de que o local estava grande” com evolução de aproximadamente 6 meses. Anteriormente à busca pelo atendimento no Hospital Universitário Getúlio Vargas, a mesma passou por procedimento de biópsia incisional e descompressão. Ao exame radiográfico, observou-se extenso comprometimento da região de corpo e processo coronóide esquerdo, com imagem radiolúcida e envolvimento de molar incluso. O tratamento proposto foi de cirurgia de ressecção marginal da mandíbula do lado esquerdo, sob anestesia geral, instalação de placa de reconstrução e aplicação de solução de Carnoy. A mesma recebeu alta um dia após a cirurgia e após sete dias retornou ao ambulatório de cirurgia bucomaxilofacial, devido a um processo infeccioso, sendo necessária nova internação para antibioticoterapia endovenosa. Após resolução do quadro, a paciente continuou em acompanhamento pós-operatório e atualmente, cinco anos após o procedimento cirúrgico, a mesma se encontra sem sinais clínicos e radiográficos de recidiva da lesão. Diante do exposto, concluiu-se que o ameloblastoma pode ser tratado de forma efetiva com o tratamento de ressecção com margem de segurança, instalação de placa de reconstrução e aplicação de solução de Carnoy.

Palavras-Chave: Ameloblastoma; Tumor; Tratamento.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor, it has a slow but aggressive growth. It is one of the most commonly found tumors, being aggressive and with high rates of recurrence if not treated correctly. Treatment consists of being conservative or radical, where conservatives advocate curettage and marsupialization of the lesion, and the radical consists of partial or total resection of the mandible. The present study aimed to report a clinical case of surgical treatment of an ameloblastoma in the mandible through marginal resection surgery. 33 years old, female, patient, months later, and complaint of “feeling old, big patient”, with evolution in the region of approximately 6 months and complaint of “feeling of great age”, with evolution of approximately 6 months. Prior to seeking care at the Hospital Universitario Getúlio Vargas, she underwent an incisional biopsy and decompression procedure. Radiographic examination revealed extensive involvement of the body region and the left coronoid process, with a radiolucent image and impacted molar involvement. The proposed treatment consisted of marginal resection of the mandible on the left side, installation of a reconstruction plate under general anesthesia and application of charcoal solution. The same patient was discharged one day after surgery and seven days later, she returned to the oral and maxfacial surgery outpatient clinic, due to a receipt of a case, requiring a new admission to intravenous antibiotic therapy. After the resolution of the condition, a patient continued in postoperative follow-up and currently five years after the surgery, the same is without clinical signs and the same recurrence of the radiographic lesion. Effectiveness of the above, it was concluded that the treatment of ameloblastoma can be done with the treatment of resection with a safety margin, installation of reconstruction plate and application of Carnoy's solution.

Key-Words: Ameloblastoma; Tumor; Treatment

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

FIGURA 1 –	Foto frontal em que não se observam alterações ou assimetria facial. Foto ínfero-superior evidenciando contorno mandibular preservado.....	16
FIGURA 2 –	No aspecto intraoral, se observa boa higiene oral, ausências dentárias em mandíbula, tecidos orais sem alterações de aspecto e/ou coloração e ausência de aumento de volume na região mandibular esquerda.....	17
FIGURA 3 –	Exame de Tomografia Computadorizada, o qual pode-se observar uma extensa lesão no lado esquerdo da mandíbula com envolvimento de terceiro molar incluso...	17
FIGURA 4 –	Protótipo em 3D da mandíbula da paciente para melhor planejamento cirúrgico, confeccionado no Instituto de Tecnologia da Informação Renato Archer – CTI.....	18
FIGURA 5 –	Incisão com bisturi frio nº 22 a 2cm abaixo da base mandibular esquerda.....	19
FIGURA 6 –	Exposição do músculo Platisma após incisão com bisturi elétrico.....	19
FIGURA 7 –	Divisão e dissecação dos planos, com ligadura da artéria e veia facial.....	20
FIGURA 8 –	Exposição da base mandibular e da lesão tumoral.....	20
FIGURA 9 –	Fixação da placa e parafusos após osteotomia e secção óssea.....	21
FIGURA 10 –	Aplicação de solução de carnoy com proteção dos tecidos subjacentes.....	21
FIGURA 11 –	Fragmentos da lesão e da mandíbula com o processo coronóide.....	22
FIGURA 12 –	Sutura externa da região e instalação do dreno.....	23
FIGURA 13 –	Aspecto extraoral no pós-operatório imediato.....	23
FIGURA 14 –	Aspecto após a remoção do dreno.....	24
FIGURA 15 –	Tomografia Computadorizada do pós-operatório imediato, com placa de reconstrução em posição, base mandibular preservada e sem lesão aparente.....	24
FIGURA 16 –	Estado da paciente após uma semana do procedimento cirúrgico apresentando grande infecção.....	25
FIGURA 17 –	Aspecto da radiografia panorâmica realizada em 2018 um sem sinais de recidiva da lesão.....	26
FIGURA 18 –	Aspecto da radiografia panorâmica realizada no início de 2022 sem sinais de recidiva da lesão.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CTBMF – Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

HUGV – Hospital Universitário Getúlio Vargas

TC – Tomografia Computadorizada

RM – Ressonância magnética

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	11
	2.1 Objetivo geral	11
	2.2 Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
4	RELATO DE CASO	16
	4.1 Conduta terapêutica	16
	4.2 Considerações éticas	27
5	DISCUSSÃO	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICE A	35
	APÊNDICE B	37
	ANEXO A	39
	ANEXO B	40
	ANEXO C	42

1 INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é uma das neoplasias mais frequentes, sendo considerado um tumor odontogênico benigno de origem epitelial. Seu surgimento pode ocorrer a partir da lâmina dentária, do órgão de esmalte em desenvolvimento, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico, ou das células da mucosa oral. Possui um crescimento lento, agressivo e com potencial de recidiva e sua localização mais comum é a mandíbula, resultando em expansão óssea significativa (VERLINGUE et al., 2021; WRIGHT JM, SOLUK TEKKESIN M, 2017).

A proporção de casos entre homens e mulheres é equivalente, com leve predileção para os homens, tendo proporção de 1,2:1, respectivamente. A média de idade para os casos de ameloblastomas são de 30-60 anos, contendo um pico por volta da quinta década (KREPPEL M, ZÖLLER, 2018). A nova classificação de 2022 de cistos e tumores da OMS definiu o ameloblastoma de tais formas: Ameloblastoma convencional, extraósseo/periférico, unicístico, metastático e o ameloblastoma adenoide, esse último reconhecido como um novo tumor odontogênico (VERED M, WRIGHT JM, 2022)

A variante convencional costuma possuir uma expansão lenta e indolor, e a região de molares na mandíbula é o local mais acometido. As queixas apresentadas são diversas, sendo comum a deformidade facial, sensação de inchaço e má oclusão (WRIGHT JK, SOLUK TEKKESIN, 2017). Não há predileção por sexo, e radiograficamente caracteriza-se por uma imagem uni ou multilocular, bem definida e com margem radiopaca, podendo ser observado, também, uma reabsorção radicular, associação com dente impactado e aspecto de “bolhas de sabão” (ALMEIDA et al., 2016).

A variante unicística do ameloblastoma tende a se apresentar cerca de uma década antes do ameloblastoma convencional, e radiograficamente apresenta uma imagem radiolúcida unilocular, bem definida e associada à coroa de um dente não irrompido. Esse tipo de ameloblastoma é mais comum em pacientes jovens, com média de idade de 18,5 anos, e possui uma relação de casos maior para o sexo masculino do que para o feminino, com proporção de 4;1, respectivamente. A queixa relatada por esses pacientes foi de um edema indolor na região da mandíbula, com expansão óssea (WRIGHT JK, SOLUK TEKKESIN, 2017; NOWAIR IM, EID MK, 2020)

O ameloblastoma extraósseo/periférico é tido como um convencional mais raro que ocorre exclusivamente em regiões de tecido mole na gengiva, e clinicamente não é distinguível de outras lesões nodulares da mucosa. A localização mais comum na mandíbula é na região de

pré-molares e na maxila na região da tuberosidade. A extensão gengival de um ameloblastoma intraósseo deve ser descartada radiograficamente (WRIGHT JK, SOLUK TEKKESIN, 2017; DIAZ, DD et al., 2014).

O ameloblastoma adenoide apresenta sinais e sintomas de crescimento lento e assintomático. A faixa etária mais envolvida é a quarta década de vida, e tem predileção maior pela mandíbula. Dor e parestesia também foram relatados, e em alguns casos foi observado o envolvimento paranasal. Radiograficamente, se apresenta como uma imagem radiolúcida, com limites mal definidos em alguns casos, e com presença de focos de maior radiopacidade (VERED, WRIGHT JM, 2022).

Os exames de imagem auxiliam no diagnóstico e no planejamento para a escolha do melhor tratamento proposto. Os exames mais conhecidos e solicitados são a Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) e radiografia simples. A TC é considerada o padrão ouro dentre esses exames para o diagnóstico de ameloblastoma, pois é possível definir com precisão os padrões locais. A TC também pode ser associada com a tecnologia CAD/CAM para um possível planejamento customizado (EFFIOM et al., 2018; KAROLA et al., 2021).

A RM favorece a observação e avaliação de dados valiosos do tumor e dos tecidos moles, tendo importância para delimitar a extensão das lesões que ocorrem na mandíbula, maxila (seios maxilares), órbitas e crânio. O Raio X comum é muito utilizado para fins de diagnóstico inicial, porém possui limitação ao não evidenciar a extensão do ameloblastoma (EFFIOM et al., 2018).

A biópsia incisional é indispensável para uma análise histopatológica, visto que os exames de imagem são limitados no momento do diagnóstico definitivo e padrão do ameloblastoma. Sendo assim, a biópsia é importante para a identificação do tipo de ameloblastoma e escolha do tratamento ideal (EFFIOM et al., 2018).

O tratamento do ameloblastoma segue critérios que indicam a melhor abordagem terapêutica, como: O reconhecimento e identificação do tipo de ameloblastoma, a sua localização e a distinção entre as apresentações clínicas, radiográficas e histológicas do tumor (GOMES, A.C.A et al., 2002).

O tratamento da neoplasia pode ser classificado em radical ou conservador. O tratamento radical para ameloblastoma convencional e unicístico indicado para casos mais

agressivos, onde a possibilidade de recidiva é alta. O tratamento consiste na ressecção mandibular marginal, deixando margens de 1-1,5 centímetros, pois estudos evidenciam que as células do tumor podem ser encontradas em até 8 milímetros de distância da imagem radiografia e clínica. Na maxila, o tratamento consiste na maxilectomia parcial ou total, dependendo da apresentação da lesão e placas de reconstrução são instaladas após a ressecção (KAROLA et al., 2021; NEAGU et al., 2019; LAINO et al., 2020; ALMEIDA et al., 2016).

O tratamento conservador consiste enucleação, curetagem, excisão cirúrgica com osteotomia periférica e uso de terapia adjuvante como crioterapia ou solução de Carnoy. Essa abordagem possui um comprometimento estético e funcional menos grave, porém as chances de recidiva são altas se não realizado da maneira correta. A abordagem mais conservadora possui uma porcentagem de recidiva de 55-90%, enquanto a abordagem mais radical possui cerca de 15-25%. Ele tipo de tratamento é escolhido para lesões mais brandas, como na maioria dos casos do ameloblastoma unicístico (ALMEIDA et al., 2016; NOWAIR IM, EID MK, 2020; LIMA JUNIOR et al., 2020).

Os tratamentos não cirúrgicos são escolhidos de acordo com a agressividade do tumor, podendo ser selecionados como forma de tratamento conservador, visto que existem casos que obtiveram sucesso com sessões de radioterapia, sobretudo em pacientes instáveis para cirurgia. Estão incluídas na forma de tratamento radioterápico algumas modalidades como: tomoterapia helicoidal, radioterapia guiada por imagem, radioterapia de intensidade modulada e terapia de feixe de prótons. O uso concomitante da radioterapia com a quimioterapia é defendido para o tratamento de ameloblastoma recorrente, após diversas recorrências pós-cirúrgicas (EFFIOM et al., 2018).

Pelo fato do ameloblastoma ser uma lesão que pode gerar grandes defeitos estéticos e funcionais a depender de seu tamanho, tempo de evolução e localização nos ossos maxilofaciais, o tratamento deve ser eficiente de forma que esses pilares possam ser restabelecidos. O adequado planejamento cirúrgico é de suma importância para buscar a opção que seja menos agressiva possível, mas igualmente eficiente, no intuito de reestabelecer sua qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico de ameloblastoma em mandíbula através de ressecção marginal, uso de solução de Carnoy e instalação de placa de reconstrução, com acompanhamento pós-operatório.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Relatar aspectos clínicos e imaginológicos da lesão;
- b) Relatar planejamento e tratamento cirúrgico de escolha;
- c) Relatar acompanhamento pós-operatório de cinco anos.
- d) Apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso e futura publicação científica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno a partir do epitélio odontogênico, e é envolto por um estroma fibroso desprovido de ectomesênquima odontogênico (EFFIOM et al., 2018). É um tumor de caráter invasivo que pode ocasionar a destruição do osso cortical, e ocorre entre a terceira e quinta década de vida, possui uma frequência de casos igual em homens e mulheres, e sua localização encontra-se em sua maior parte na mandíbula (80%), enquanto na maxila o número é menor (20%). Tem origem a partir de restos embrionários de cistos odontogênicos, da lâmina dentária ou do órgão do esmalte. Possui um crescimento lento e casos metastáticos são raros (NEAGU et al., 2019; YANG YC et al., 2021).

De acordo com a nova classificação de cistos e tumores da OMS de 2022, o ameloblastoma pode ser descrito das seguintes formas: Ameloblastoma convencional (antigo multicístico) que possui aspecto radiográfico de “bolhas de sabão”, ameloblastoma unicístico, ameloblastoma extraósseo/periférico, metástase (maligno) ameloblastoma e ameloblastoma adenoide, este último reconhecido na classificação atual (SHI HA et al., 2021; SANTANA, K.; SILVA, R.; HORIUCHI, N. C. F. N., 2019; VERED M, WRIGHT JM, 2022).

O ameloblastoma, de modo geral, possui um crescimento lento, invasivo, assintomático e que pode causar uma expansão óssea, envolvendo a região de molares até o ramo mandibular e apresenta uma leve predileção pelo sexo masculino, com proporção de 1,2:1. Em estágios avançados, sintomas como dor ou inchaço são comuns e sua recorrência é comum. (HAO F et al., 2018; KREPPEL M, ZOLLER, 2018; SANTANA, K.; SILVA, R.; HORIUCHI, N. C. F. N., 2019).

A variante unicística do ameloblastoma possui uma leve predileção pela faixa etária mais jovem e cerca de 50-80% dos casos estão relacionados a um dente impactado ou não erupcionado. Radiograficamente, ele se apresenta como uma imagem unilocular expansiva, radiolúcida e de margens definidas. Os aspectos clínicos e radiográficos podem ser indistinguíveis com os cistos dentígeros em muitos casos (LIMA JUNIOR et al., 2020; KAROLA et al., 2021).

O ameloblastoma convencional é a forma mais comum, compreendendo cerca de 91% dos subtipos e se apresenta de forma um pouco mais agressiva e invasiva, causando reabsorções dentárias, resposta negativa à descompressão, aumento da região intraóssea, assimetria facial e com alta taxa de recidiva. Sua localização mais comum é na região de molares – ramo

ascendente da mandíbula e radiograficamente, sua característica mais conhecida é a de “bolhas de sabão” ou favos de mel (KAROLA et al., 2021).

O ameloblastoma adenoide se apresenta como um tumor de crescimento lento e assintomático, com maior frequência de casos na quarta década de vida e localização mais comum na mandíbula. Dor e parestesia foram observados, assim como em alguns casos, o envolvimento paranasal. Radiograficamente, possui características de uma imagem radiolúcida, com limites mal definidos e presença de focos radiopacos (VERED M, WRIGHT JM, 2022).

O ameloblastoma periférico é considerado mais raro, cerca de apenas 1% dos casos. Sua localização mais comum é na gengiva e podem parecer com um fibroma. Apresenta um prognóstico favorável, visto que raramente envolve a região intraóssea (DIAZ, DD et al., 2014).

De acordo com o padrão histológico, o ameloblastoma multicístico apresenta seis padrões, sendo os mais comuns o padrão folicular, que apresenta uma proliferação de epitélio em forma de ilhas, e o plexiforme, que apresenta cordões anastomosados de células epiteliais. Os padrões acantomatoso, de células granulares, desmoplásicos e de células basais são os menos frequentes. Já os padrões histológicos do ameloblastoma unicístico mais frequentes são o mural e luminal. O padrão luminal apresenta um padrão cístico revestido por epitélio ameloblastomatoso que segue para o lúmen como proliferações plexiformes que se assemelham ao tipo intramural. O padrão mural possui um arranjo folicular ou plexiforme de células epiteliais ameloblastomatosas internamente na parede cística. Também é possível observar as duas variantes em uma mesma lesão (EFFIOM et al., 2018; KAROLA et al., 2021).

Algumas modalidades de exames de imagem auxiliam no diagnóstico e no planejamento da forma de tratamento. Os tipos de exames mais conhecidos e solicitados são a Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância magnética (RM) e radiografia simples (panorâmica). Desses, a TC convencional é o padrão ouro para fins de diagnóstico do ameloblastoma, definindo com precisão os detalhes dos padrões locais. (EFFIOM et al., 2018). A associação da TC com a tecnologia CAD/CAM também torna possível um planejamento customizado para a reabilitação, sendo possível a criação de um protótipo mandibular para realização da pré-modelagem da placa de reconstrução, com o objetivo de diminuir o tempo cirúrgico e melhorar a adaptação da placa (KAROLA et al., 2021).

Já a RM fornece detalhes valiosos das margens do tumor e dos tecidos moles, sendo de suma importância para delimitar a extensão do ameloblastoma em casos que ocorram na maxila dentro dos seios maxilares, órbitas e crânio. O uso da radiografia panorâmica é bom para

diagnóstico inicial, porém é um exame limitado pois não evidencia a extensão estrutural do ameloblastoma (EFFIOM et al., 2018).

Como os exames de imagem são limitados para indicar o diagnóstico definitivo e padrão histológico do ameloblastoma, a realização de uma biopsia incisional é indispensável para análise histopatológica e subtipagem (EFFIOM et al., 2018).

O tratamento cirúrgico mais indicado do ameloblastoma é aquele que minimiza os riscos e que restaura a função estética de casos mais complexos. A abordagem cirúrgica pode ser dividida em conservadora ou radical (EFFIOM et al., 2018).

O tratamento conservador consiste em curetagem, enucleação, cauterização, marsupialização e terapia adjuvante como crioterapia ou solução de Carnoy. A ideia é preservar os tecidos gengivais e diminuir as chances de uma desconfiguração facial, promovendo uma melhor qualidade de vida. porém as chances de recorrência são altas. (ALMEIDA et al., 2016; EFFIOM., 2018; NEAGU et al., 2019; KAROLA et al., 2021).

A solução de Carnoy, composta por álcool absoluto (6ml), clorofórmio (3ml), ácido acético (1ml) e cloreto Férrico (1g), é utilizada em tratamentos conservadores e radicais de cistos e tumores mais agressivos dos ossos maxilares e mandibulares. Apresenta uma diminuição na recorrência da lesão quando utilizada como tratamento adjuvante. É preconizado o cuidado ao efetuar a aplicação da solução, visto que ao entrar em contato direto com tecidos nervosos pode ocasionar parestesia, sensação de queimação ou perda de sensibilidade (ALMEIDA et al., 2019; RAJESHKUMAR BP et al., 2012; CAVALCANTI et al., 2021).

Estudos demonstram que a solução de Carnoy penetra no osso esponjoso, desvitalizando as células tumorais restantes e a aplicação da solução deve ser realizada por cerca de 3 a 5 minutos diretamente na região óssea cirúrgica. A utilização desse método adjuvante apresenta uma diminuição na recorrência da lesão quando utilizada como tratamento adjuvante (ALMEIDA et al., 2019; RAJESHKUMAR BP et al., 2012; CAVALCANTI et al., 2021).

Os autores EFFIOM et al., 2018 também relataram uma forma de tratamento não cirúrgica, a radioterapia. Tratamentos não cirúrgicos têm obtido sucesso por meio de sessões de radioterapia, principalmente em pacientes instáveis para cirurgia. A tomoterapia helicoidal, radioterapia guiada por imagem, radioterapia de intensidade modulada e terapia de feixe de prótons estão incluídas nas formas de tratamento radioterápico. O uso da radioterapia

concomitante com a quimioterapia é defendido para o tratamento de carcinoma ameloblástico e ameloblastoma recorrente, este último após várias recorrências pós-cirúrgicas.

Pelo ameloblastoma ser considerado uma doença com potencial agressivo e destrutivo, o tratamento de escolha deve levar em consideração fatores como risco de recidiva, grau de agressividade, tamanho e localização. O tratamento mais radical é proposto quando a lesão é mais agressiva, impossibilitando manobras mais conservadoras. O tratamento mais indicado para lesões mais invasivas envolve a ressecção mandibular com auxílio de placas de reconstrução, utilizando margens de segurança de 1-1,5 centímetro, já que estudos evidenciam que as células da lesão podem ser encontradas em até 8 mm de distância da imagem clínica e radiológica do tumor (KAROLA et al., 2021; NEAGU et al., 2019; LAINO et al., 2020; VERLINGUE et al., 2021).

A técnica cirúrgica mais escolhida para o tratamento do ameloblastoma é a ressecção marginal quando identificado na fase inicial, onde a perda óssea ainda não é muito extensa, podendo assim, preservar a continuidade óssea. Essa técnica preserva a borda inferior da mandíbula, previne a necessidade de reconstrução óssea complexa, restabelece uma boa função oral e melhor qualidade de vida (KAROLA et al., 2021; NEAGU et al., 2019; LAINO et al., 2020; VERLINGUE et al., 2021).

Quando há uma extensa perda óssea envolvida no tratamento radical, é de suma importância um planejamento tanto para tratar a doença quanto para reabilitar o paciente. Dependendo do caso, o uso de enxertos livres ou micro vascularizados, próteses customizadas assim como outros materiais, como a resina acrílica pode se fazer necessário (KAROLA et al., 2021). O índice de recidiva está diretamente relacionado ao tipo de tratamento utilizado, o tratamento radical possui uma taxa de recidiva de 8% a 12%, enquanto o conservador possui uma taxa de cerca 60% a 90% de chances de recidiva (ALMEIDA et al., 2016; KAROLA et al., 2021).

4 RELATO DE CASO

4.1 Conduta terapêutica

Paciente melanoderma, 33 anos de idade, sexo feminino, normotensa, sem doenças sistêmicas. A paciente procurou o ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial (CTBMF) no mês de outubro de 2017 queixando-se de uma leve dor na região esquerda da mandíbula e “sentia o local grande”, com evolução de aproximadamente 6 meses. A mesma relatou que foi submetida ao procedimento de biópsia incisional, com diagnóstico de ameloblastoma, onde o profissional executante também realizou a descompressão da lesão. Ao exame clínico extraoral (Figura 1), não foi observada assimetria facial e na avaliação intrabucal (Figura 2) não foi notado nenhum tipo de abaulamento na região posterior de mandíbula, apenas ausências dentárias.

Figura 1 – Foto frontal, em que não se observam alterações ou assimetria facial. Foto ínfero-superior evidenciando contorno mandibular preservado.



Fonte: Acervo pessoal – Prof^a Dr^a Andrezza Lauria

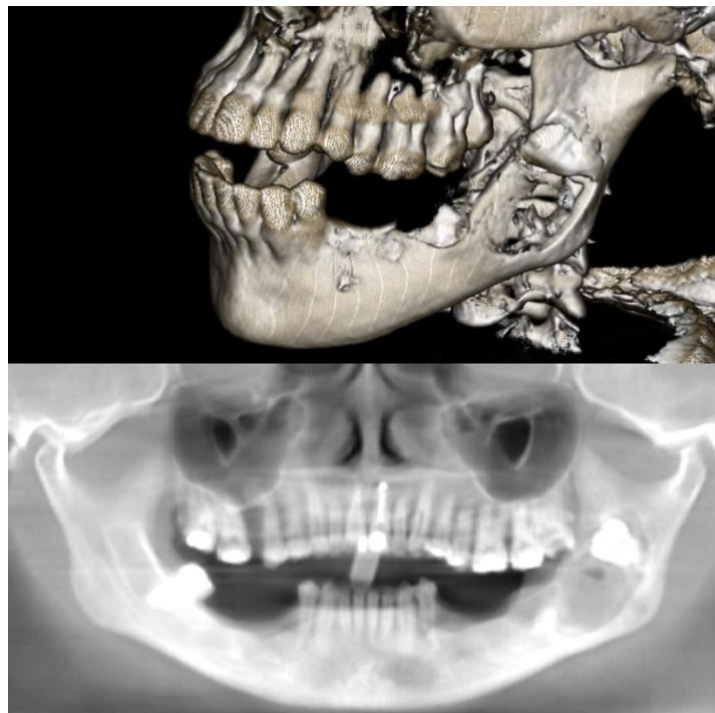
Figura 2 – No aspecto intraoral, se observa boa higiene oral, ausências dentárias em mandíbula, tecidos orais sem alterações de aspecto e/ou coloração e ausência de aumento de volume na região mandibular esquerda.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

No exame de tomografia computadorizada (Figura 3) se observou lesão multiloculada em região mandibular esquerda, envolvendo a região de corpo até ramo mandibular, com presença do elemento dentário 38 incluso. A Tomografia Computadorizada permitiu a confecção de um protótipo da mandíbula pelo Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer - CTI (Figura 4) para auxiliar no planejamento cirúrgico e permitir a pré-modelagem da placa de reconstrução.

Figura 3 – Exame de Tomografia Computadorizada, o qual pode se observar uma extensa lesão no lado esquerdo da mandíbula com envolvimento de terceiro molar incluso.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

Figura 4 – Protótipo em 3D da mandíbula da paciente para melhor planejamento cirúrgico, confeccionado no Instituto de Tecnologia da Informação Renato Archer - CTI.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

Planejou-se para o caso a ressecção marginal, envolvendo região de corpo até ramo mandibular (incluindo processo coronóide), com manutenção da base da mandíbula para preservação do contorno ósseo, e aplicação de solução de Carnoy. A placa de reconstrução do sistema 2.4mm foi pré-modelada antes do procedimento com o auxílio do protótipo confeccionado. O procedimento cirúrgico foi realizado no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) no mês de outubro de 2017 sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. Foi realizada antisepsia extraoral com PVPI tópico 10% Rioquímica (Rioquímica., São José do Rio Preto, SP., Brasil) e adicionado um tampão em orofaringe confeccionado com gazes. A pele foi demarcada com Azul de Metileno Renylab (Renylab., Barbacena, MG., Brasil) e posteriormente realizou-se infiltração local com lidocaína 2% contendo vasoconstritor adrenérgico 1:100.000 DFL (DFL., Taquara, RJ., Brasil) no tecido subcutâneo da região submandibular para fins de hemostasia.

O acesso de escolha foi o submandibular, também conhecido como acesso de Risdon, que consiste em uma incisão na pele em bisturi frio com lâmina nº 22 Medix (Medix., Cascavel, PR., Brasil) (Figura 5) à dois centímetros abaixo da base mandibular. Após, foi realizada incisão e dissecação através dos tecidos subcutâneos com auxílio de bisturi elétrico Rhosse (Rhosse., Ribeirão Preto, SP., Brasil) até o músculo platísmo (Figura 6).

Figura 5 - Incisão com bisturi frio nº 22 a 2cm abaixo da base mandibular esquerda.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

Figura 6 – Exposição do músculo Platisma após incisão com bisturi elétrico.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

Após a liberação do músculo platisma sob a camada branca superficial da fáscia cervical, foi feita a dissecação com bisturi e divulsão da camada superficial da fáscia cervical profunda com tesoura Metzenbaum Rhosse (Rhosse, Ribeirão Preto, SP, Brasil) até a cinta muscular pterigomassetérica. Nesse plano anatômico a veia e artéria facial foram visualizadas e ligadas com auxílio de fio de algodão 2-0 Shalon (Shalon., São Luís de Montes Belos, GO., Brasil) (Figura 7).

Figura 7 – Divulsão e dissecação dos planos, com ligadura da artéria e veia facial.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

A dissecação continuou até a exposição do periósteo permitindo assim, maior exposição da borda inferior e de toda a região tumoral (Figura 8).

Figura 8 – Exposição da base mandibular e da lesão tumoral.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

Após exposição do corpo mandibular, foi realizada osteotomia com micromotor elétrico e microserra recíprocante Dentscler (Dentscler, Ribeirão Preto, SP, Brasil) para ressecção marginal planejada, respeitando a margem de segurança de 1,5cm. Após, foi realizada instalação da placa de reconstrução e parafusos do sistema 2.4mm (Engimplan., Rio Claro, SP.,

Brasil), já pré modelada com o auxílio do protótipo mandibular (Figura 9). Em seguida, para diminuir a possibilidade de recidiva, foi aplicada a solução de Carnoy (Figura 10) de forma cuidadosa no osso remanescente mandibular, protegendo as estruturas subjacentes com compressas Dental Cremer (Dental Cremer., Blumenau, SC., Brasil) por cerca de 5 minutos.

Figura 9 – Fixação da placa e parafusos após osteotomia e secção óssea.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

Figura 10 – Aplicação de solução de Carnoy com proteção dos tecidos subjacentes.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

O conteúdo do tumor e a peça cirúrgica (Figura 11) foram enviados para análise histopatológica no serviço de patologia oral da Faculdade de Medicina-UFAM (Universidade Federal do Amazonas), onde foi confirmado o diagnóstico de ameloblastoma com padrão histológico do tipo plexiforme (ANEXO A).

Figura 11 – Fragmentos da lesão e da mandíbula com o processo coronóide.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

Após os cinco minutos da aplicação, foi removida a gaze utilizada para proteção dos tecidos adjacentes durante a aplicação da solução de Carnoy, e então foi realizada irrigação copiosa com soro fisiológico estéril 0,9% e se iniciou a etapa de sutura. As camadas dos músculos pterigoideo medial, masseter e platisma foram suturadas com suturas de forma interrompida, com fio absorvível poliglatina 910 - vicril 4-0 Shalon (Shalon., São Luís de Montes Belos, GO., Brasil). A sutura das camadas subcutânea e pele foi realizada com fio de nylon 3-0 Shalon (Shalon., São Luís de Montes Belos, GO., Brasil) não absorvível. Antes do fechamento, foi instalado um dreno rígido Cirúrgica Brasil (Cirúrgica Brasil., São Paulo, SP., Brasil) para evitar o espaço morto, formação de hematomas e assim diminuir o aparecimento de possíveis infecções (Figura 12).

Figura 12 – Sutura externa da região e instalação do dreno.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

Após, foi realizada remoção de tampão orofaríngeo, a paciente foi extubada e encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica. Um dia após a cirurgia (Figura 13), a paciente não apresentava qualquer queixa, estava sem dor ou alterações, alimentando-se bem, deambulando, com edema compatível com o procedimento, ferida limpa e sem sinais de inflamação e/ou infecção local. Foi retirado o dreno e realizado curativo com compressa de gaze estéril (Dental Cremer., Blumenau, SC., Brasil) e então a mesma recebeu alta (Figura 14).

Figura 13 – Aspecto extraoral no pós-operatório imediato



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

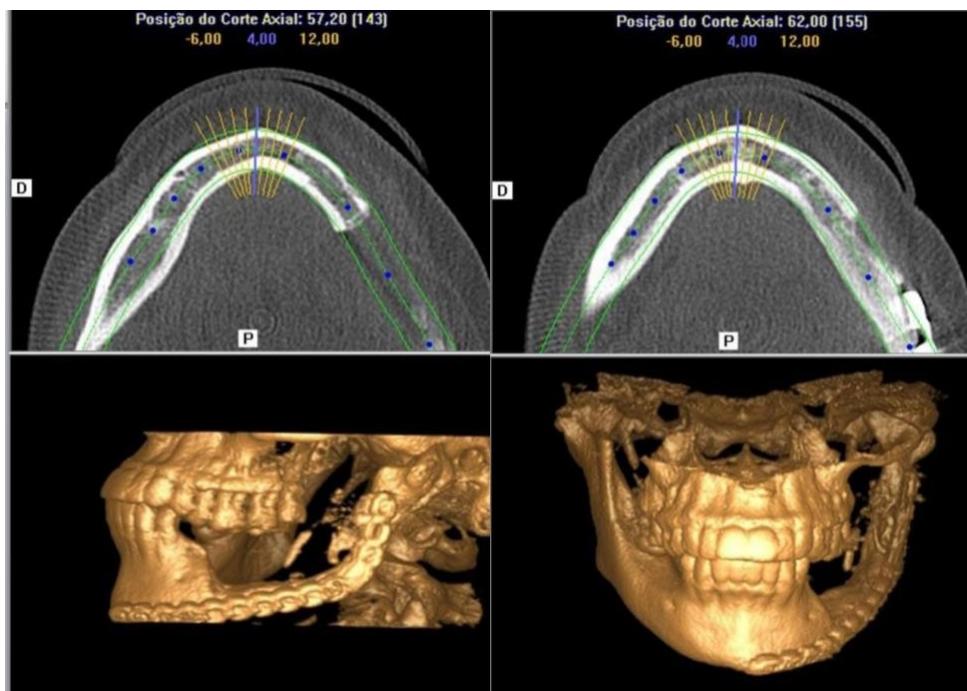
Figura 14 – Aspecto após a remoção do dreno.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

A paciente realizou exame de TC nos pós-operatório para verificar as condições da estrutura óssea associada com a placa de reconstrução e observou-se que a placa estava em posição, aparentemente sem lesão na estrutura remanescente e base mandibular preservada (Figura 15).

Figura 15 – Tomografia Computadorizada do pós-operatório imediato, com placa de reconstrução em posição, base mandibular preservada e sem lesão aparente.



Fonte: Acervo pessoal – Profª Drª Andrezza Lauria

Após uma semana, a paciente retornou ao ambulatório devido a um processo infeccioso (Figura 16). A mesma foi internada novamente para acompanhamento e houve prescrição de antibioticoterapia com clindamicina 600 mg por via endovenosa (EV) de 8/8h por sete dias.

Figura 16 – Estado da paciente após uma semana do procedimento cirúrgico apresentando grande infecção.



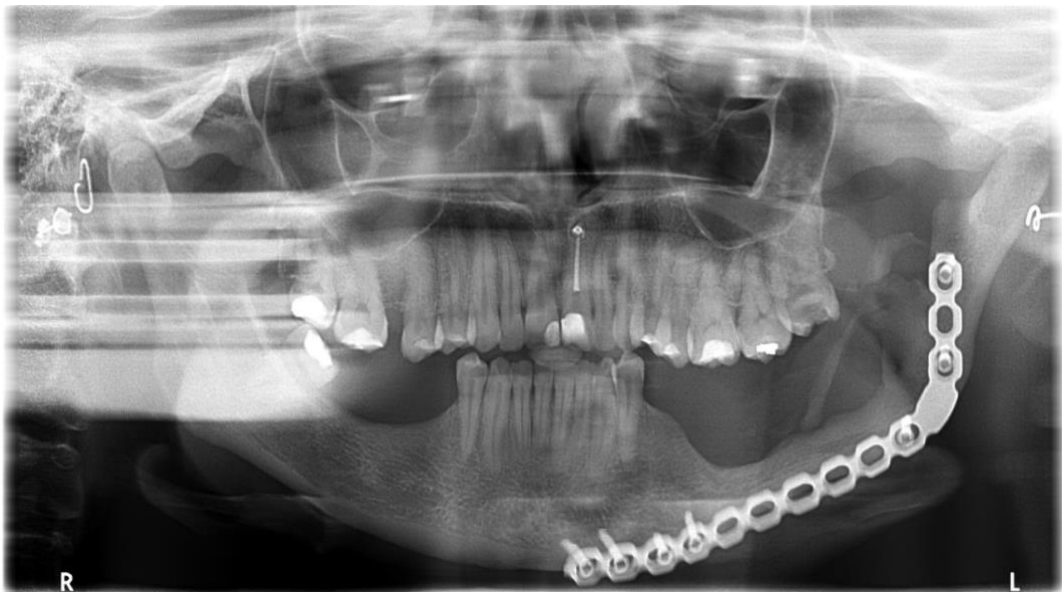
Fonte: Acervo pessoal – Dr^aProf^a Andrezza Lauria

Após resolução do quadro, a paciente continuou em acompanhamento pós-operatório e retornou após um ano do procedimento cirúrgico para reavaliação. Clinicamente, paciente se encontrava sem alterações tanto intra quanto extraoral e não apresentava queixas. Ao exame de imagem (radiografia panorâmica dos maxilares), observou-se que a placa de reconstrução estava em posição e sem sinais de recidiva da lesão (Figura 17). Devido a pandemia da COVID-19, paciente não pôde realizar acompanhamento em 2019, 2020 e 2021, retornando apenas em 2022. A mesma apresentou boa abertura bucal, sem complicações associadas ao procedimento como processos infecciosos, déficits motores e sem sinais clínicos e/ou radiográficos de recidiva da lesão, como se observou no exame de imagem realizado no início de 2022 (Figura 18).

Figura 17 – Aspecto de radiografia panorâmica realizada em 2018 sem sinais de recidiva da lesão.



Fonte: Acervo pessoal – Prof^a Dr^a Andrezza Lauria



Fonte: Acervo pessoal – Prof^a Dr^a Andrezza Lauria

4.2 Considerações éticas

Foram consideradas as observâncias éticas contempladas na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Em virtude do tipo da pesquisa, foi necessária aprovação da paciente para participação na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Todos os dados foram analisados sem identificação da participante da pesquisa e os resultados foram divulgados de modo que não haja a identificação da mesma.

Os benefícios foram indiretos para a paciente. Porém, o estudo contribuirá para o aumento do conhecimento acerca deste assunto, podendo assim, beneficiar futuros pacientes. A descrição do relato de caso envolve o risco de quebra de confidencialidade. Para minimizar esse risco, nenhum dado que possa identificar a paciente como nome, codinome, iniciais, registros individuais, informações postais, números de telefones, endereços eletrônicos, fotografias, características morfológicas, entre outros foram utilizadas sem a autorização da mesma. Fotos, figuras ou caracterizas morfológicas que venham a ser utilizadas foram devidamente camufladas para não identificar a paciente.

Ainda, foi assinado o termo de confidencialidade pelos pesquisadores para a salvaguarda dos direitos da participante da pesquisa e para o sigilo dos dados da mesma (APÊNDICE B). A participante tem total autonomia para desistir da pesquisa sem acarretar qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelos pesquisadores. O termo de anuência do Hospital Universitário Getúlio Vargas já foi aprovado para o relato (ANEXO B), então este seguiu para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM e obteve aprovação sob parecer nº5.695.400 e CAAE nº63621722.0.0000.5020 (ANEXO C).

5 DISCUSSÃO

O ameloblastoma convencional, antigo multicístico, é um tumor odontogênico benigno de origem epitelial, sendo localmente invasivo e com altas taxas de recidiva, se não tratado com a conduta correta. Esse tipo de ameloblastoma costuma se apresentar de forma indolor e crescimento lento, sendo uma das principais queixas a sensação de inchaço. Reabsorções dentárias, aumento da região intraóssea e assimetria facial podem ser observados em pacientes com ameloblastoma (ALMEIDA et al., 2016; HENDRA et al., 2019; KAROLA et al., 2021). No caso em questão, a paciente buscou atendimento pois sentia “o local grande”, e em contrapartida ao que se encontra na literatura, a mesma relatou uma leve dor na região e, também, não apresentava assimetria facial.

Esse tipo de tumor não apresenta predileção por sexo segundo Neville et al (2016), porém um estudo de revisão sistemática e meta-análise realizado por Hendra et al (2019) observou uma leve predileção pelo sexo masculino (53%), e apresentou um pico de incidência na terceira década de vida. O local mais acometido é a mandíbula, cerca de 80% dos casos ocorrem nesse osso sendo a região posterior a mais comumente afetada, envolvendo região de molares e ramo ascendente e, também, associado com dente incluso (ALMEIDA et al., 2016; VERED M, WHIGHT M, 2022; HENDRA et al., 2019; NEAGU et al., 2019; NEVILLE et al., 2016). A paciente presente neste relato diverge com o estudo apresentado em relação ao sexo e a idade, visto que é do sexo feminino e se apresenta na quarta década de vida. Pode-se observar neste estudo por meio de Tomografia Computadorizada a associação do tumor com elemento dentário incluso em região posterior de mandíbula, informação essa também encontrada pelos autores citados.

A manifestação do ameloblastoma se dá de diversas formas, podendo se apresentar de forma intraóssea como o convencional e unicístico e extraóssea como o periférico. O ameloblastoma periférico é considerado mais raro e ocorre mais comumente na gengiva, sem envolvimento ósseo. Já a variante intraóssea, como o convencional, é o tipo mais comum e ocorre principalmente na região posterior de mandíbula sendo, também agressivo e invasivo (VERED M, WRIGHT JM, 2022; KAROLA et al., 2021; NEAGU et al., 2019). Como no caso em questão onde a paciente relatou evolução de apenas 6 meses, com sensação de inchaço e a lesão já se apresentava extensa com envolvimento de processo coronóide.

O padrão histológico mais comum do ameloblastoma pode ser dividido em folicular e plexiforme, e os menos frequentes sendo os tipos granulares, de células acantomatosas, desmoplásicos e de células basais. Entre estes, o tipo plexiforme é o menos agressivo e com menor taxa de recorrência (EFFIOM et al., 2018; BASAL, 2015; ANCHILIA et al., 2016). Este

caso relatado apresenta um ameloblastoma multicístico com padrão histológico do tipo plexiforme, onde, após o tratamento de ressecção marginal da mandíbula esquerda segue com cinco anos de acompanhamento e sem sinais de recidiva.

A utilização de tomografias computadorizadas é de suma importância no planejamento cirúrgico, visto que pode ser associada com a tecnologia CAD/CAM e tornar a reabilitação com planejamento mais customizado, onde pode-se obter um protótipo em 3D da estrutura óssea, auxiliando na pré-modelagem da placa de reconstrução, melhorando assim, na diminuição do tempo cirúrgico e melhor adaptação da placa (KAROLA et al., 2021). Como ocorreu no caso desta paciente presente neste relato, onde o protótipo da mandíbula auxiliou no planejamento cirúrgico da mesma.

O fato do ameloblastoma ocasionar grandes defeitos ósseos, estéticos e funcionais, faz com que o tratamento deva levar em consideração alguns fatores como risco de recidiva, agressividade, tamanho e localização, sempre avaliando o melhor custo-benefício, de forma que a estética e função sejam restabelecidas (KAROLA et al., 2021; MAIA E SANDRINI, 2017; NEAGU et al., 2019; LAINO et al., 2020; VERLINGUE et al., 2021). No caso em questão, como o tumor apresentava aproximadamente seis meses de evolução segundo as queixas da paciente, foi possível prevenir maiores defeitos estéticos e funcionais ao ser realizada a ressecção marginal. Uma placa de reconstrução foi instalada para auxiliar na manutenção óssea, preservando o contorno mandibular.

Por se tratar de um ameloblastoma convencional, o tratamento de escolha para o presente caso foi a ressecção marginal da mandíbula com envolvimento do ramo mandibular e processo coronóide, respeitando a margem de segurança de 1,5cm e instalação de placa de reconstrução do sistema 2.4mm para estabilização óssea. A instalação da placa ocorreu com o auxílio de um protótipo em 3D em acrílico da mandíbula, para ajudar na modelagem da placa e assim diminuir o tempo cirúrgico. A escolha desse método se deu devido ao fato do ameloblastoma convencional apresentar altas taxas de recidiva quando utilizado um método mais conservador, então optou-se por um tratamento que traria de volta à paciente sua saúde, função e estética. (KAROLA et al., 2021; NEAGU et al., 2019).

Considerado como tratamento coadjuvante para cistos e tumores que acometem tanto a maxila quanto a mandíbula, a solução de Carnoy diminui as chances de recidiva após seu uso. A sua aplicação deve ser realizada de forma cuidadosa, pois pode lesionar estruturas importantes adjacentes, como vasos e nervos, ocasionando assim possíveis parestesias ou perda de sensibilidade. A solução de Carnoy atua de forma a penetrar o osso trabecular, eliminando assim as células tumorais residuais, e deve ser aplicada por no máximo cinco minutos

(ALMEIDA et al., 2019; RAJESHKUMAR et al., 2012; LAL et al., 2021). Neste presente relato, a solução de Carnoy foi aplicada durante cinco minutos na região cirúrgica após a ressecção tumoral, com proteção dos tecidos adjacentes. Até o momento, cinco anos após o procedimento, a paciente não apresenta qualquer sinal de recidiva, o que corrobora com os resultados encontrados na literatura.

Segundo Almeida et al. (2016), o índice de recidiva está relacionado diretamente ao tipo de tratamento utilizado, onde por meio de sua revisão sistemática e meta-análise concluiu que o tratamento conservador tem cerca de 40% de chances de recidiva, enquanto o radical possui 12% de chance para casos de ameloblastoma convencional, ou seja, uma porcentagem significativa. Já Hendra et al. (2019) encontraram uma taxa de recorrência de 41% para ameloblastomas convencionais tratados de forma conservadora, enquanto os que foram tratados com métodos radicais tiveram uma porcentagem de 8% de recidiva, o que se confirma com o caso em questão, o qual, após cinco anos do tratamento radical não há sinais clínicos e imaginológicos de recidiva.

A forma de tratamento deve ser avaliada pelo cirurgião responsável, considerando pontos importantes como resolubilidade, menor morbidade e maior previsibilidade. No presente relato de caso clínico, optou-se por remover a lesão preservando o contorno mandibular para evitar dano estético-funcional em uma paciente jovem. A solução de Carnoy foi utilizada como coadjuvante no intuito de diminuir as chances de recidiva e após cinco anos de acompanhamento clínico e imaginológico, observa-se que a conduta foi adequada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo do ameloblastoma ainda é desafiador, mesmo sendo um dos tumores odontogênicos mais comuns, devido ao seu alto grau de agressividade e recidiva. As características individuais de cada paciente devem ser levadas em consideração para se obter um bom planejamento cirúrgico. A utilização de placa de reconstrução pré-modelada com auxílio de protótipo em acrílico foi uma boa alternativa para a estabilização óssea e diminuição do tempo cirúrgico.

Com base no exposto, conclui-se que o tratamento radical do ameloblastoma convencional como a ressecção marginal, respeitando a margem de segurança, utilização de placa de titânio e aplicação de solução de Carnoy pôde ser considerado eficaz para este caso.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA RDE A, Andrade ES, Barbalho JC, Vajgel A, Vasconcelos BC. Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. **Int J Oral Maxillofac Surg.** 2016 Mar;45(3):359-67. doi: 10.1016/j.ijom.2015.12.016. Epub 2016 Jan 11. PMID: 26792147.
- ALMEIDA, V. F. F. Estudo da eficácia do tratamento coadjuvante de Ameloblastoma com Solução de Carnoy (2019). **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, 29(2), 23-31.
- ANCHLIA S., BAHL S., VYAS S., RAJU G.S.S. Unicystic plexiform ameloblastoma with mural proliferation: a full-blown lesion. **BMJ Case Rep**, v. 2016, bcr2015212778, 2016.
- BASAL C. Ameloblastoma: A Rare Histological Variant of an Uncommon Tumor. **Niger J Surg**, v. 21, n. 1, p. 66-69, 2015.
- BASAL C. Ameloblastoma: A Rare Histological Variant of an Uncommon Tumor. **Niger J Surg**, v. 21, n. 1, p. 66-69, 2015.
- CAVALCANTI, Thames Bruno Barbosa et al. Additional treatment with Carnoy solution in surgical therapy of ameloblastomas: Case report. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e15610615235-e15610615235, 2021.
- DIAZ, Dayana Diaz *et al.* Ameloblastoma. Revisión de la literatura. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, Havana, v. 13, n. 6, p. 862-872, jan. 2014.
- DOS SANTOS VICENTE, Karola Mayra et al. Tratamento cirúrgico de ameloblastoma multicístico: relato de caso. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 51193-51205, 2021.
- EFFIOM, Oa; OGUNDANA, Om; AKINSHIPO, Ao; AKINTOYE, So. Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. **Oral Diseases**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 307-316, 9 mar. 2017. Wiley.
- GOMES, A.C.A; DIAS, E.; GOMES, D.O; PARAÍSO, D.P; NASCIMENTO, G.J.F; CABRAL, R.A.A - Ameloblasma: Tratamento cirúrgico conservador ou radical? **Rev. Cir. Traumat. Buco - Maxilo-Facial**, v.2, n.2, p. 17-24, jul/dez - 2002
- HAO, Fengyu *et al.* Expression of E-cadherin, vimentin and β -catenin in ameloblastoma and association with clinicopathological characteristics of ameloblastoma. **Int J Clin Exp Pathol**, [s. l], v. 11, n. 1, p. 199-207, jan. 2018
- HENDRA F.N., KALLA D.S.N., CANN E.M.V., DE VET H.C.W., HELDER M.N., FOROUZANFAR T. Radical vs conservative treatment of intraosseus ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. **Oral Dis**, v. 25, n.7, p.1683-1696, 2019.
- KREPPEL M, Zöller J. Ameloblastoma-Clinical, radiological, and therapeutic findings. **Oral Dis.** 2018 Mar;24(1-2):63-66. doi: 10.1111/odi.12702. PMID: 29480593.
- LAINO, Luigi et al. Surgical Strategies for Multicystic Ameloblastoma. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 31, n. 2, p. e116-e119, 2020.

LAL, B. et al. Role of Carnoy's solution as treatment adjunct in jaw lesions other than odontogenic keratocyst: a systematic review. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 59, n. 7, p. 729-741, 2021.

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.; VASCONCELLOS, R. J. de H.. Conservative surgical treatment in young patient with unicystic ameloblastoma: case report. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e8909119380, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.9380. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9380>. Acesso em: 15 may. 2022.

MAIA E.C., SANDRINI F.A.L. Management techniques of ameloblastoma: a literature review. **Rev Gaúch Odontol**, v. 65, n. 1, p. 62-69, 2017.

NEAGU D, Escuder-de la Torre O, Vázquez-Mahía I, Carral-Roura N, Rubín-Roger G, Penedo-Vázquez Á, Luaces-Rey R, López-Cedrún JL. Surgical management of ameloblastoma. Review of literature. **J Clin Exp Dent**. 2019 Jan 1;11(1): e70-e75. doi: 10.4317/jced.55452. PMID: 30697397; PMCID: PMC6343988.

NEVILLE B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 4o edição. Editora Elsevier, Rio de Janeiro, 2016.

NOWAIR IM, Eid MK. A modified surgical approach for the treatment of mandibular unicystic ameloblastoma in young patients. **J Craniomaxillofac Surg**. 2020 Feb;48(2):148-155. doi: 10.1016/j.jcms.2019.12.013. Epub 2019 Dec 23. PMID: 31917063.

RAJESHKUMAR BP, Rai KK, Geetha NT, Shivakumar HR, Upasi AP. Carnoy's in Aggressive Lesions: Our Experience. **J Maxillofac Oral Surg**. 2013 Mar;12(1):42-7. doi: 10.1007/s12663-012-0371-9. Epub 2012 Apr 4. PMID: 24431812; PMCID: PMC3589493.

SANTANA, K.; SILVA, R.; HORIUCHI, N. C. F. N. Ameloblastoma e suas características clínicas e radiográficas: relato de caso clínico. **Rev. Odontol. Araçatuba**, v. 40, n. 2, p. 48-53, 2019.

Shi HA, Ng CWB, Kwa CT, Sim QXC. Ameloblastoma: A succinct review of the classification, genetic understanding and novel molecular targeted therapies. **Surgeon**. 2021 Aug;19(4):238-243. doi: 10.1016/j.surge.2020.06.009. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32712102.

VERED M, Wright JM. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. **Head Neck Pathol**. 2022 Mar;16(1):63-75. doi: 10.1007/s12105-021-01404-7. Epub 2022 Mar 21. PMID: 35312978; PMCID: PMC9019005.

VERLINGUE, Ariane Fernanda Moreira et al. Tratamento cirúrgico de ameloblastoma unicístico através de enucleação e aplicação de solução de Carnoy: relato de caso. **Archives of health investigation**, v. 10, n. 1, p. 123-128, 2021.

WRIGHT JM, Soluk Tekkesin M. Odontogenic tumors: where are we in 2017? **J Istanbul Univ Fac Dent**. 2017 Dec 2;51(3 Suppl 1): S10-S30. doi: 10.17096/jiufd.52886. PMID: 29354306; PMCID: PMC5750825.

YANG YC, Wang JJ, Huang Y, Cai WX, Tao Q. Development and Validation of a Prognostic Nomogram for Postoperative Recurrence-Free Survival of Ameloblastoma. **Cancer Manag Res.** 2021 Jun 1; 13:4403-4416. doi: 10.2147/CMAR.S307517. PMID: 34103995; PMCID: PMC8179736.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

1/2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado Tratamento cirúrgico de ameloblastoma: Relato de caso, cuja pesquisadora responsável é Dra. Andrezza Lauria de Moura e colaborador Alexandre Carvalho de Araujo. Os objetivos do projeto são de relatar seu caso cirúrgico e acompanhamento de cinco anos, além de relatar os aspectos da lesão, qual planejamento cirúrgico foi utilizado, apresentar um Trabalho de Conclusão de Curso e publicar futuramente em uma revista científica. A divulgação desse caso no meio científico poderá ampliar o conhecimento acerca desse assunto. A Sra. tem plena liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, sem qualquer penalidade na forma em que é atendida pelos pesquisadores.

Caso aceite participar, sua participação consiste em a Sra. autorizar a utilização de dados clínicos e laboratoriais através da análise de seu prontuário no Hospital Universitário Getúlio Vargas, fotografias da lesão e lâminas histopatológicas de seu caso. Os dados como fotografias e nome serão coletados respeitando o sigilo de identidade e confidencialidade. A Sra. também pode obter informações sobre esta pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa, os riscos para a Sra. são: Risco de quebra de confidencialidade. Para minimizar esse risco, nenhum dado que possa identificar a Sra. como nome, codinome, iniciais, registros individuais, informações postais, números de telefones e endereços eletrônicos serão utilizados. Fotos, figuras ou características morfológicas que venham a ser utilizadas estarão devidamente camufladas para não identificar a Sra. Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: Os benefícios serão indiretos para a Sra. Porém, o estudo contribuirá para o aumento do conhecimento acerca deste assunto, podendo assim, beneficiar futuros pacientes. Se julgar necessário, a Sra. dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Rubricas

_____ (Participante)
_____ (Pesquisador)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

2/2

Garantimos à Sra. e seu acompanhante, quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente, como compensação material, para despesas de transporte e alimentação. Também estão assegurados à Sra o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Asseguramos à Sra. o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário. Garantimos à Sra. a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

A Sra. pode entrar em contato com a pesquisadora responsável Andrezza Lauria de Moura a qualquer tempo para informação adicional no endereço Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Estado do Amazonas (Rua Ayrão, 1539 – Praça 14 de janeiro, Manaus-AM, 69025-50), pelo telefone (92) 3305-4924, ou pelo número (92) 98402-0027 da responsável pela pesquisa, Dra. Andrezza Lauria de Moura, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM telefone (92) 3305-5130.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pela Sra, ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus, ____/____/____

Assinatura da participante

Dr^a Andrezza Lauria de Moura
Pesquisadora Responsável

Alexandre Carvalho de Araújo
Colaborador

Rubricas

_____ (Participante)

_____ (Pesquisador)

APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DE INFORMAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DE INFORMAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas

No presente Termo, os pesquisadores envolvidos no projeto "Tratamento cirúrgico de ameloblastoma: Relato de Caso", com protocolo de pesquisa em anexo, se comprometem em manter sigilo em relação às informações consideradas confidenciais a que poderão ter acesso.

São partes do compromisso:

- 1 Zelar pela privacidade do conteúdo acessado, preservando os indivíduos;
- 2 Utilizar os dados disponíveis exclusivamente para as finalidades constantes no projeto;
- 3 Não permitir, por nenhum motivo, que pessoas ou instituições não autorizadas tenham acesso aos dados ou indivíduos;
- 4 Vetar a divulgação – por qualquer meio de comunicação – de dados ou informações que identifiquem os sujeitos de pesquisa, e
- 5 Não praticar e não permitir qualquer ação que comprometa a integridade dos indivíduos.

Os pesquisadores, aqui representados pela responsável Andrezza Lauria de Moura, assumem total responsabilidade pelas consequências legais advindas da utilização inadequada dos dados obtidos e pelo desvirtuamento da finalidade prevista no seu Protocolo de Pesquisa, conforme disposto nos documentos internacionais e na Resolução nº 466 de 12/12/2012, do Ministério da Saúde.

Manaus, 18 de julho de 2022.

Andrezza Lauria de Moura
Pesquisadora responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

Alexandre Carvalho de Araujo

Alexandre Caralho De Araujo
Aluno de Odontologia

ANEXOS

ANEXO A – LAUDO HISTOPATOLÓGICO DO LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS FACULDADE DE MEDICINA LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA		
Exame nº		Data: 12/06/2018
Nome:		Cor: PARDA
Idade: 34 ANOS	Sexo: FEM	Est. Civil: Xxx
Material: BIÓPSIA EXCISIONAL (CORPO E RAMO DA MANDÍBULA)		
Serviço: Xxx		
Diag. Clínico: AMELOBLASTOMA		

LAUDO

MACROSCOPIA: Recebido em formol peça operatória referida como mandíbula esquerda (ângulo e corpo), pesando 12 gramas, medindo 7,0x3,5x2,5 cm, exibindo lesão vegetante, que destroi osso formando uma cratera medindo 4,0x2,0cm, comprometendo as regiões de ângulo, ramo, base e superfície oclusal. Acompanha a peça vários fragmentos de tecido mole e ósseos, de coloração pardacenta, medindo em conjunto 3,0x2,5 cm, e elemento dentário (3º molar) com raiz seccionada e coroa recoberta por tecido mole.

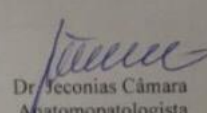
Amostragem:
 A – tecidos moles – 5F 1K7 TM
 B – tumor – 6F 2K7 TM
 C – margem anterior – 1F 1K7
 D – margem posterior – 1F 1K7
 E – margem superior e inferior – 2F 1K7
 F – tecido envolvendo a coroa do 3º molar – 2F 1K7 CR

MICROSCOPIA: Os cortes histológicos corados pelo HE nos quais se observam fragmentos de tecidos exibindo lesão neoplásica de origem odontogênica caracterizada pela proliferação de células semelhantes a ameloblastos formando estruturas apresentando células periféricas altas e polarizadas; na região central lembrando o retículo estrelado do órgão do esmalte. Em algumas dessas estruturas observa-se disposição em um padrão plexiforme exibindo estruturas ductiformes contendo material eosinofílico em seu interior. Em outros campos há ampla cavidade cística revestida por epitélio com dupla camada de células lembrando o epitélio do cisto dentígero.

DIAGNÓSTICO: Ameloblastoma.

NOTA 1: Nos cortes analisados não foi possível identificar infiltração de células neoplásicas nos extremos da lesão.

NOTA 2: A classificação da lesão está sujeita a revisão.


Dr. Teconias Câmara
Anatomopatologista
CRO/AM 551

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS

SEI/SEDE - 24220543 - Carta - SEI

18/09/2022 11:33



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS
Rua Tomas de Vila Nova, nº 300 - Bairro Centro
Manaus-AM, CEP 69020-545
- <http://hugv-ufam.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 62/2022/SGPITS/GEP/HUGV-UFAM-EBSEH

Manaus, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins e efeitos legais, e como representante do Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV, que estou de acordo com a realização do projeto de pesquisa: "TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO CLÍNICO", sob responsabilidade da Pesquisadora Principal ANDREZZA LAURIA.

Declaro que esta instituição tem condições de execução deste projeto, a qual após consulta ao Setor de Contratalização e Regulação do HUGV manifesta parecer favorável, conforme despacho da Unidade de Regulação Assistencial e Gestão da Informação Assistencial, Processo SEI nº 23531.006967/2022-16

Assumo o compromisso de apoiar o desenvolvimento deste projeto de pesquisa, sendo que esta instituição é coparticipante nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

Atenciosamente,

(assinado eletronicamente)

Camila Maria Paiva Franca Telles

Gerente Substituta de Ensino e Pesquisa do HUGV-Ufam-EBSEH
Portaria-SEI nº 26, de 24 de janeiro de 2022



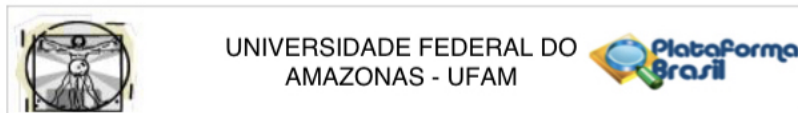
Documento assinado eletronicamente por **Camila Maria Paiva Franca Telles, Gerente, Substituto(a)**, em 14/09/2022, às 15:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do **Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015**.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **24220543** e o código CRC **C929F67F**.

Referência: Processo nº 23531.006967/2022-16 SEI nº 24220543

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIAL DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Andrezza Lauria de Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63621722.0.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.695.400

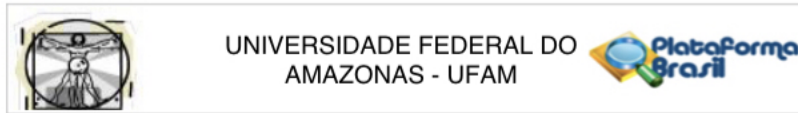
Apresentação do Projeto:

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico de um ameloblastoma em mandíbula através de cirurgia de ressecção marginal. Paciente melanoderma, 33 anos de idade, sexo feminino, relatou leve dor na região esquerda da mandíbula e queixa de "sensação de que o local estava grande", com evolução de aproximadamente 6 meses. Anteriormente à busca pelo atendimento no Hospital Universitário Getúlio Vargas, a mesma passou por procedimento de biópsia incisional. A mesma foi submetida a tratamento cirúrgico sob anestesia geral de ressecção mandibular esquerda e instalação de placa de reconstrução de titânio do sistema 2.4mm após aplicação da solução de carnoy. Com a anuência do Hospital Universitário Getúlio Vargas para o relato de caso e após aprovação pelo CEP-UFAM, a paciente será convidada a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para posterior acesso aos dados de prontuário da paciente e descrição do relato de caso para apresentação do mesmo como Trabalho de Conclusão de Curso e publicação em revista científica.

Metodologia Proposta:

Paciente melanoderma, 33 anos de idade, sexo feminino, normotensa, sem doenças sistêmicas. A paciente procurou o ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial (CTBMF) no mês de outubro de 2017 queixando-se de uma leve dor na região esquerda da mandíbula e "sentia o local grande", com evolução de aproximadamente 6 meses. A mesma relatou que foi submetida ao

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.695.400

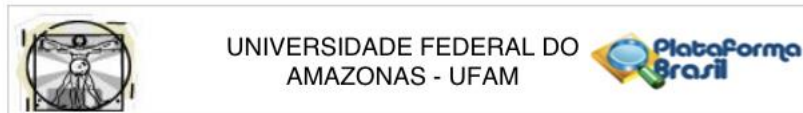
procedimento de biópsia incisional, com diagnóstico de ameloblastoma, onde o profissional executante também realizou a descompressão da lesão. A paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico de ressecção marginal de mandíbula esquerda, sob anestesia geral, com a realização de uma incisão submandibular, divisão da camada subcutânea, músculo platísmo, fâscias cervicais e exposição da cinta perigomandibular. A borda inferior da mandíbula e região tumoral foram expostas e com auxílio de micromotor elétrico e microsera recíprocante, a ressecção mandibular foi realizada. Após, foi colocada solução de Carnoy e uma placa de reconstrução do sistema 2.4mm foi instalada. A paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte e foi acompanhada por cerca de 05 anos. Exames de imagem como tomografia computadorizada e radiografia panorâmica dos maxilares foram realizadas ao longo do tempo para fins de controle pós-operatório. Para o relato do caso clínico e futura publicação científica, foi solicitada e confirmada a anuência do Hospital Universitário Getúlio Vargas (ANEXO A). O projeto foi então enviado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP-UFAM) e após avaliação e aprovação, a paciente será convidada a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Após assinatura, os dados do prontuário da paciente serão acessados para descrição do relato de caso clínico para um Trabalho de Conclusão e Curso (TCC) e publicação científica. Serão consideradas as observâncias éticas contempladas na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Em virtude do tipo da pesquisa, será necessária aprovação do paciente para participação na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os dados serão analisados sem identificação da participante da pesquisa e os resultados serão divulgados de modo que

não haja a identificação da mesma.

Os benefícios serão indiretos para a paciente. Porém, o estudo contribuirá para o aumento do conhecimento acerca deste assunto, podendo assim, beneficiar futuros pacientes.

A descrição do relato de caso envolve o risco de quebra de confidencialidade. Para minimizar esse risco, nenhum dado que possa identificar a paciente como nome, codinome, iniciais, registros individuais, informações postais, números de telefones, endereços eletrônicos, fotografias, características morfológicas, entre outros serão utilizadas sem a autorização da mesma. Fotos, figuras ou características morfológicas que venham a ser utilizadas estarão devidamente camufladas para não identificar a paciente. Ainda, foi assinado o termo de confidencialidade pelos pesquisadores para a salvaguarda dos direitos da participante da pesquisa e para o sigilo dos dados da mesma (APÊNDICE B). A participante tem total autonomia para desistir da pesquisa sem

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.695.400

acarretar qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelos pesquisadores. O termo de anuência do Hospital Universitário Getúlio Vargas já foi aprovado para o projeto, então este seguirá para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relatar caso clínico de tratamento cirúrgico de ameloblastoma em mandíbula através de ressecção marginal, uso de solução de Carnoy e instalação de placa de reconstrução, com acompanhamento pós-operatório.

Objetivo Secundário:

- a) Relatar aspectos clínicos e imaginológicos da lesão;
- b) Relatar planejamento e tratamento cirúrgico de escolha;
- c) Relatar acompanhamento pós-operatório de cinco anos.
- d) Apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso e futura publicação científica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A descrição do relato de caso envolve o risco de quebra de confidencialidade. Para minimizar esse risco, nenhum dado que possa identificar a paciente como nome, codinome, iniciais, registros individuais, informações postais, números de telefones, endereços eletrônicos, fotografias, características morfológicas, entre outros serão utilizadas sem a autorização da mesma. Fotos, figuras ou caracterizações morfológicas que venham a ser utilizadas estarão devidamente camufladas para não identificar a paciente.

Benefícios:

Os benefícios serão indiretos para a paciente. Porém, o estudo contribuirá para o aumento do conhecimento acerca deste assunto, podendo assim, beneficiar futuros pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

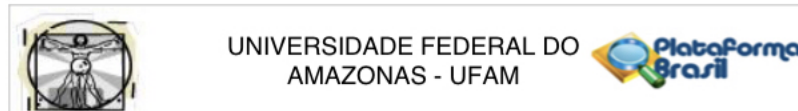
Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim

Detalhamento:

Uso do prontuário da paciente para descrição do caso. (Lei Geral de Proteção de Dados (Redação dada pela Lei nº 13.853, de 2019).

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.695.400

Estudo observacional do tipo descritivo. Relato de caso.

Primeira submissão. Andrezza Lauria de Moura, pesquisadora responsável. Equipe: Alexandre Carvalho de Araújo.

Trata-se de um TCC.

A pesquisadora submete o protocolo na modalidade "projeto de relato de caso" (carta circular n.166, de 2018, CONEP/SECNS/MS)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: documento "folhaderosto.pdf", anexado em 20/09/2022 14:57:04. Assinado pelo diretor da Faculdade de Odontologia /UFAM, José Eduardo Gomes Domingues.

Termo de anuência: Assinado por Camila Maria Paiva Franca Telles, Gerente Substituta de Ensino e Pesquisa do HUGV-Ufam-EBSERH. Documento "anuencia_hugv.pdf" anexado em 18/09/2022 15:31:56

TCLE: documento "TCLE_Alexandre.docx" anexado em 06/10/2022 14:08:53, ADEQUADO

Recomendações:

VER CAMPO "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

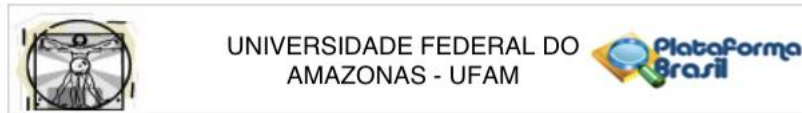
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de uma resposta ao parecer consubstanciado CEP n.º 5.678.510 datado em 02/10/2022. A pesquisadora apresenta carta-resposta "carta_resposta_Alexandre.docx" e respondeu a todas as pendências.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

A pesquisadora deve enviar por Notificação os relatórios parciais e final. (item XI.d. da Res 466/2012-CNS), por meio da Plataforma Brasil e manter seu cronograma atualizado, solicitando por Emenda eventuais alterações antes da finalização do prazo inicialmente previsto.

Endereço: Rua Teresina, 4950
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3305-1181 E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.695.400

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_2019661.pdf	06/10/2022 14:09:34		Aceito
Recurso Anexo do Pesquisador	carta_resposta_Alexandre.docx	06/10/2022 14:09:08	Andreza Lauria de Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Alexandre.docx	06/10/2022 14:08:53	Andreza Lauria de Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_CEP_Alexandre.docx	06/10/2022 14:08:43	Andreza Lauria de Moura	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/09/2022 14:57:04	Andreza Lauria de Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquisador.pdf	18/09/2022 15:34:05	Andreza Lauria de Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_hugv.pdf	18/09/2022 15:31:56	Andreza Lauria de Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 10 de Outubro de 2022

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181 CEP: 69.057-070
E-mail: cep.ufam@gmail.com