



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

LESÕES ODONTOGÊNICAS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO SERVIÇO  
DE PATOLOGIA DA UFAM

Bolsista: Brendo Vinícius Rodrigues Louredo, FAPEAM

MANAUS

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL  
PIB-S/0020/2014

LESÕES ODONTOGÊNICAS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO SERVIÇO  
DE PATOLOGIA DA UFAM

**Bolsista: Brendo Vinícius Rodrigues Louredo, FAPEAM**  
**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Nayara Libório Kimura**  
**Co-orientador: Prof.<sup>o</sup> Msc. Jeconias Câmara**  
**Colaboradora: Isabela dos Santos Macedo**

MANAUS

2015

## RESUMO

As lesões odontogênicas representam algumas das principais causas de destruição dos Maxilares, sendo caracterizadas por alterações complexas e exclusivas da região oral e maxilofacial, podendo ser encontradas na forma de Cistos ou Tumores. Essas lesões apresentam uma ampla variação na localização anatômica, etiologia e patogênese, acometendo tecidos moles e ósseos com manifestações clínicas variáveis, constituindo, portanto, grupos heterogênicos de lesões de grande relevância no campo da Patologia Bucal. Diante do exposto, o objetivo deste projeto foi analisar e estabelecer o perfil epidemiológico das lesões odontogênicas diagnosticadas no Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), na cidade de Manaus, num período de 15 anos, entre janeiro de 1999 e março de 2014. Os 148 prontuários avaliados no estudo, revelaram que 57.45% (n=85) dos pacientes foram diagnosticados com cistos odontogênicos e 42.55% (n=63) com tumores odontogênicos. Os cistos foram mais prevalentes em pacientes do sexo masculino, com leve predileção pela mandíbula e com maior incidência na segunda década de vida, sendo o periapical, o tipo histológico mais comum contando com 47.10% (n=40) dos casos. Em relação aos tumores, os mesmos também acometeram mais pacientes do sexo masculino, com maior com maior predileção pela mandíbula e maior prevalência na segunda e terceira décadas de vida, sendo o ameloblastoma o tipo mais incidente contando com 33.30% (n=21) dos casos. É de fundamental importância que perfis epidemiológicos sejam estabelecidos para se obter maiores informações a respeito dessas lesões e alertar os profissionais para o rastreamento precoce e medidas adequadas de tratamento.

**Palavras-Chave:** Lesões Odontogênicas; Patologia Bucal; Amazonas; Epidemiologia.

## 1. INTRODUÇÃO

A cavidade oral e o complexo maxilofacial constituem-se de estruturas que são alvos de uma ampla variedade de lesões odontogênicas que variam em localização, etiologia e histogênese e acometem tecidos moles e osso, apresentando manifestações clínicas variáveis (NIRANJAN; SHAIKH, 2014).

As Lesões císticas e tumorais derivadas dos tecidos odontogênicos constituem grupos heterogêneos de lesões de grande relevância no campo da Patologia Oral e Maxilofacial. Cistos intraósseos revestidos por epitélio são encontrados apenas nos ossos gnáticos, com raríssimas exceções no restante do corpo. O epitélio é derivado, na maioria das vezes, de epitélio odontogênico, sendo encontrados de forma relativamente comum na prática odontológica (AVELAR *et al.*, 2008; NEVILLE *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2001).

Os tumores odontogênicos, em contraste, são lesões incomuns, compreendendo um grupo complexo de lesões com características histopatológicas e manifestações clínicas diversas, tendo sua origem do epitélio odontogênico (Ameloblastoma, por exemplo), do ectomesênquima (entre eles o Mixoma odontogênico) ou de ambos (como o Fibroma Ameloblástico) (AVELAR *et al.*, 2008; RAMOS *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2001; NEVILLE *et al.*, 2009).

A incidência desses tumores varia de acordo com a região anatômica, faixa etária, gênero, raça e localização geográfica. No Brasil, estudos relatam que a incidência destas lesões varia entre 2,4 e 6,8% de todas as lesões orais diagnosticadas. Os resultados de outras partes da América Latina como México, Guatemala e Chile são semelhantes. Estudos sobre a prevalência de cistos odontogênicos, como o Dentígero, o de Gorlin e o Periodontal Lateral, também foram realizados em vários países, incluindo o Brasil. No entanto, as informações nacionais são escassas (AVELAR *et al.*, 2009; RAMOS *et al.*, 2014).

Vários estudos retrospectivos realizados na Ásia, África, Europa e América revelam que existem diferenças na frequência relativa de vários tipos histológicos de tumores. Perfis demográficos de cistos odontogênicos também têm sido relatados em vários grupos etários em diversos países do globo, incluindo a Espanha (2), Brasil (3-7), Israel (8), México (9,10), Reino Unido (11-13), França (14), Canadá (15), Itália (16), Chile (17), Grécia (18), Nigéria (19), Lituânia (20) e Tailândia (21). Esses estudos mostram variações na distribuição e frequência dos tipos de cisto, indicando a diversidade epidemiológica entre os diferentes grupos populacionais (AÇIKGÖZ *et al.*, 2012; SIRIWARDENA; TENNAKOON; TILAKARATNE, 2012).

Com base no exposto, o presente projeto visa estabelecer o perfil epidemiológico das lesões odontogênicas diagnosticadas no Serviço de Patologia da Universidade Federal do Amazonas por um período de 10 anos.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As lesões odontogênicas constituem um importante campo de estudo das doenças da boca. A incidência dessas lesões, que podem ser císticas e/ou tumorais, varia bastante na literatura, sendo os tipos tumorais geralmente menos frequentes.

Os Cistos odontogênicos são lesões ósseas destrutivas comuns que afetam os maxilares, podendo originar-se do epitélio do órgão do esmalte, epitélio reduzido do esmalte, remanescentes da bainha de Hertwig, restos de Malassez, restos de Serres entre outros (NEVILLE *et al.*, 2009; SHAFER *et al.*, 1979). De acordo com sua origem e sua patogênese, os cistos odontogênicos podem ser classificados em cistos de Desenvolvimento ou Inflamatórios (NEVILLE *et al.*, 2009).

Apesar de algum viés de amostragem, os serviços de diagnóstico de patologia bucal atualmente representam a fonte mais confiável de informações sobre a frequência relativa e características clínicas-patológicas desses cistos. Além disso, relatos de carcinomas decorrentes da parede epitelial cística destacam a necessidade de biópsias dessas lesões, principalmente nos casos diagnosticados de Cisto Periapical, o mais prevalente em diversos estudos pelo mundo e segundo NEVILLE *et al.*, (2009) é o tipo mais comumente associado à transformação carcinomatosa, seguido pelo Cisto Dentígero onde muito já foi descrito da possibilidade de transformação neoplásica para Ameloblastoma (MOHAMMAD; KHALILI, 2011; NÚÑEZ-URRUTIA *et al.*, 2010).

Ainda assim, pouco se sabe acerca da frequência e das características demográficas dos cistos odontogênicos. Enquanto alguns estudos têm investigado o assunto, a escassez de informações ainda é grande. Tal informação pode não só ser considerado como uma linha de base para mais investigações epidemiológicas, mas também pode ser utilizado para fins de diagnóstico e fins educacionais. Apesar do grande número de estudos sobre cistos odontogênicos na literatura, as informações sobre o perfil demográfico destas lesões em diferentes populações é escasso, especialmente no caso da população da América Latina (RAMOS *et al.*, 2014; SHARIFIAN; KHALILI, 2011; SOUZA *et al.*, 2010).

Os Tumores Odontogênicos (TOs), por sua vez, compreendem um grupo complexo de lesões incomuns e exclusivas dos ossos gnáticos que apresentam tipos histopatológicos e comportamentos clínicos variados. Segundo AVELAR *et al.*, (2008) o comportamento biológico destas lesões inclui proliferação hamartomatosa, tumores benignos não-agressivos, agressivos e tumores malignos. Esses TOs têm sido tema de considerável interesse para os patologistas bucais, que os vêm estudando e catalogando durante décadas, e apontam que essas lesões compreendem 2,5% de todas as lesões diagnosticadas histopatologicamente nos consultórios odontológicos (LAWAL *et al.*, 2013; NEVILLE *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2001). Segundo a mais nova classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) os TOs estão divididos de acordo com a sua origem em 3 categorias: epiteliais, ectomesenquimais e mistos (NEVILLE *et al.*, 2009; SAGHRAVANI *et al.*, 2010).

Apesar de diversos estudos retrospectivos realizados na África, Ásia, Europa, e na América do Norte, ainda há dúvidas com relação à frequência relativa e à incidência de alguns tumores odontogênicos. Essas lesões têm mostrado variações geográficas na sua distribuição. Diversos estudos em diferentes regiões do mundo mostram diferenças na prevalência relativa destes tumores. Na literatura inglesa, poucos relatos têm sido publicados sobre a incidência dos tumores odontogênicos na América Latina, principalmente em relação ao Brasil (AVELAR *et al.*, 2008; NIRANJAN; SHAIKH, 2014).

Em pesquisas realizadas nas principais bibliotecas e revistas da área médica no mundo, foram encontrados alguns estudos epidemiológicos de Lesões Odontogênicas realizados no Brasil. Contudo, são estudos isolados de algumas instituições espalhadas pelo país como em Santa Catarina realizado por RAMOS *et al.* (2014) e na Universidade Federal do Rio Grande do Norte por SOUZA *et al.*, (2010), ambos encontrados no Banco de Dados da PubMed, mostrando que ainda há escassez de informações a cerca do tema, como foi afirmado por AVELAR *et al.* (2008) e AVELAR *et al.* (2009) que diz que poucos relatos têm sido publicados sobre a prevalência das lesões odontogênicas no Brasil e no restante da América Latina. Mais escasso ainda são os estudos epidemiológicos dessas lesões na região Amazônica.

Existem alguns estudos no Brasil que visam estabelecer um perfil epidemiológico, determinar a frequência e os tipos mais prevalentes de lesões odontogênicas, contudo poucos contemplam a região norte. Assim, a realização deste estudo proporciona dados que podem

auxiliar na formulação de medidas preventivas e de detecção precoce considerando um perfil local.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

- Estabelecer o perfil epidemiológico das lesões odontogênicas císticas e tumorais diagnosticadas no Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Amazonas (DPML/UFAM) em um período de 15 anos;

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

1. Analisar e descrever a incidência de cistos odontogênicos frente aos tumores odontogênicos do Serviço de Patologia da UFAM;
2. Estabelecer os tipos histológicos mais prevalentes de Cistos Odontogênicos do DPML/UFAM, de acordo com a atual classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS);
3. Estabelecer os tipos histológicos mais prevalentes de Tumores Odontogênicos do DPML/UFAM, de acordo com a atual classificação da OMS;
4. Estabelecer correlação entre os dados clínicos dos pacientes selecionados e as lesões diagnosticadas;
5. Correlacionar os resultados epidemiológicos obtidos no levantamento e a epidemiologia da literatura nacional e mundial;

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 Dados da pesquisa

Este estudo teve caráter retrospectivo, onde foram resgatadas todas as fichas de requisições de exames e/ou prontuários clínicos com casos diagnosticados histopatologicamente de lesões odontogênicas císticas ou tumorais, no período de 15 anos – de Janeiro de 1999 à Março de 2014 – registradas no Departamento de Patologia e Medicina legal da Universidade Federal do Amazonas (DPML/UFAM).

Os diagnósticos foram enquadrados histopatologicamente de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde de 2005 para cistos e tumores odontogênicos (Quadros 1 e 2, respectivamente) quando necessário.

Foram ainda compilados das fichas de requisição de exames e/ou prontuários, dados referentes ao paciente, como faixa etária, sexo e raça, além daqueles referentes à lesão propriamente dita, como localização e região anatômica, características clínicas como a sintomatologia e o diagnóstico histopatológico da lesão, tudo conforme a ficha de preenchimento (ANEXO A). Os prontuários compilados estão dispostos nos anexos B (Cistos odontogênicos) e C (Tumores Odontogênicos).

**Quadro 1.** Classificação da Organização Mundial da Saúde de Cistos Odontogênicos (2005)\*.

<b>CISTOS ODONTOGÊNICOS</b>	
<b>CISTOS DE DESENVOLVIMENTO</b>	<b>CISTOS INFLAMATÓRIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cisto Dentígero (Cisto Paradental**)</li> <li>• Cisto de Erupção</li> <li>• Cisto Odontogênico Ortoceratinizado</li> <li>• Cisto Gengival do Recém-nascido</li> <li>• Cisto Gengival do Adulto</li> <li>• Cisto Periodontal Lateral</li> <li>• Cisto Odontogênico Glandular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cisto Periapical (Radicular)</li> <li>• Cisto Periapical (Radicular) Residual</li> <li>• Cisto da Bifurcação Vestibular (Cisto Paradental**)</li> </ul>

\*Adaptado por NEVILLE *et al.*, 2009. \*\*O cisto paradental tem sido usado como sinônimo para o cisto da bifurcação vestibular. A distinção entre os cistos paradentais e os cistos dentígeros inflamados secundariamente é difícil, se não impossível em alguns casos.

**Quadro 2.** Classificação da Organização Mundial da Saúde de Tumores Odontogênicos (2005)\*.

<b>TUMORES ODONTOGÊNICOS</b>
<b>1) Tumores de epitélio odontogênico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ameloblastoma</li> <li>b) Ameloblastoma maligno</li> <li>c) Carcinoma Ameloblástico</li> <li>d) Carcinoma odontogênico de células claras</li> <li>e) Tumor odontogênico Adenomatoide</li> <li>f) Tumor odontogênico epitelial calcificante</li> <li>g) Tumor odontogênico escamoso</li> <li>h) Tumor odontogênico ceratocístico</li> </ul>
<b>2) Tumores odontogênicos mistos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fibroma Ameloblástico</li> <li>b) Fibro-odontoma Ameloblástico</li> <li>c) Odontoameloblastoma</li> <li>d) Odontoma composto</li> <li>e) Odontoma complexo</li> <li>f) Tumor odontogênico cístico calcificante (Cisto de Gorlin)</li> </ul>
<b>3) Tumores de ectomesênquima odontogênico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fibroma odontogênico</li> <li>b) Tumor odontogênico de células granulares</li> <li>c) Mixoma odontogênico</li> <li>d) Cementoblastoma</li> </ul>

\* Adaptado por NEVILLE *et al.*, 2009. \*\* O Tumor odontogênico ceratocístico não foi enquadrado conforme adaptação de Neville *et al.*, 2009. e foi mantido nesta tabela como tumor odontogênico, seguindo a classificação original da OMS.

## 4.2 Análise Estatística

Todos os dados obtidos foram inseridos e tabulados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2013, do Pacote Office 2013 da Microsoft. Este também foi utilizado para a criação dos gráficos e tabelas dos resultados obtidos no estudo.

### 4.3 Comitê de Ética em Pesquisa

O presente projeto foi validado pelo **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal do Amazonas através da **Plataforma Brasil**, no dia 14/05/2014 e sob o protocolo CAAE nº 30934314.9.0000.5020 (ANEXO D).

### 4.4 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão adotados foram os casos diagnosticados com qualquer tipo de lesão odontogênica cística ou tumoral dentro do período estabelecido entre Janeiro de 1999 e Março de 2014 com fichas clínicas ou prontuários. Foram incluídos pacientes do sexo feminino e masculino, de qualquer faixa etária, sem distinção de raça ou etnia e pacientes portadores ou não da Síndrome do Carcinoma Nevoide Basocelular (Síndrome de Gorlin).

## 5. RESULTADOS

Foram analisadas 1370 biópsias realizadas no Serviço de Patologia da UFAM entre os anos de 1999 e 2014. Deste total, foram recuperados 148 casos com diagnósticos de lesões odontogênicas. Feita a análise dos dados foi constatado que 85 casos (57.45%) foram de cistos e outros 63 casos (42.55%) de tumores odontogênicos (Gráfico 01). Dentre os cistos os mais frequentes foram a variante Periapical seguida pela variante dentífero (Gráfico 02). Dos 85 casos de COs a distribuição dos gêneros mostrou que 44 casos (51.75%) foram de pacientes do sexo masculino e 41 (48.25%) do sexo feminino. A Tabela 1 apresenta a frequência e a distribuição dos tipos de cistos de acordo com o gênero.

A média de idade (Tabela 2) da população estudada consistiu em 31.40 anos, acometendo pacientes no intervalo da faixa etária de 6 a 71 anos, com pico de incidência na segunda e terceira décadas de vida, correspondendo a 31.25% e 28.75%, respectivamente. Quanto à distribuição por raça (Tabela 3), a maior prevalência foi de pardos com 36 casos (65.45%) registrados, seguido por brancos com 10 casos (18.18%).

Na tabela 5, observa-se a distribuição dos 85 casos de acordo com a localização e região anatômicas. Dentre eles, 37 casos (48.05%) ocorreram em maxila e 40 (51.95%) em mandíbula. A área de maior acometimento foi a posterior de mandíbula e anterior de maxila, com 35 casos (50.72%) e 20 casos (28.98%) de todos os cistos encontrados, respectivamente.

Feita a análise dos 63 casos com diagnósticos de TOs, constatou-se que 39 (61.90%) destes possuem origem no epitélio odontogênico, 22 (34.92%) são de origem mista e outros 2 (3.18%) casos tiveram origem no ectomesênquima. O tipo histológico mais frequente foi o Ameloblastoma seguido pelo Tumor Odontogênico Ceratocístico e Odontoma Composto (Tabela 6). Na distribuição quanto ao gênero, 36 casos (57.10%) foram de pacientes do sexo masculino e os outros 27 (42.90%) do sexo feminino (Tabela 1). A idade dos pacientes variou de 6 a 68 anos, com uma média de 28.02 anos, sendo o pico de prevalência na segunda e terceira décadas de vida, com 37.93% e 32.75%, respectivamente.

Quanto à distribuição por raça (Tabela 3), a maior prevalência foi de pacientes pardos com 34 casos (65.38%), seguido por brancos com 15 casos (28.84%). A localização anatômica de todos os casos está representada na Tabela 5. No geral, a mandíbula foi o sítio anatômico mais frequentemente acometido, correspondendo a 69.36% dos casos, enquanto a maxila foi acometida em 30.64%.

Dentre os prontuários com diagnósticos de Tumor Odontogênico Queratocístico, foi encontrado 1 paciente apenas que apresentou a Síndrome do Carcinoma Nevoide Basocelular (Síndrome de Gorlin) diagnosticado com 4 dessas lesões. Houve ainda 2 casos de tumores que recidivaram, um foi da variante Ameloblastoma e o outro da variante Tumor Odontogênico Queratocístico.

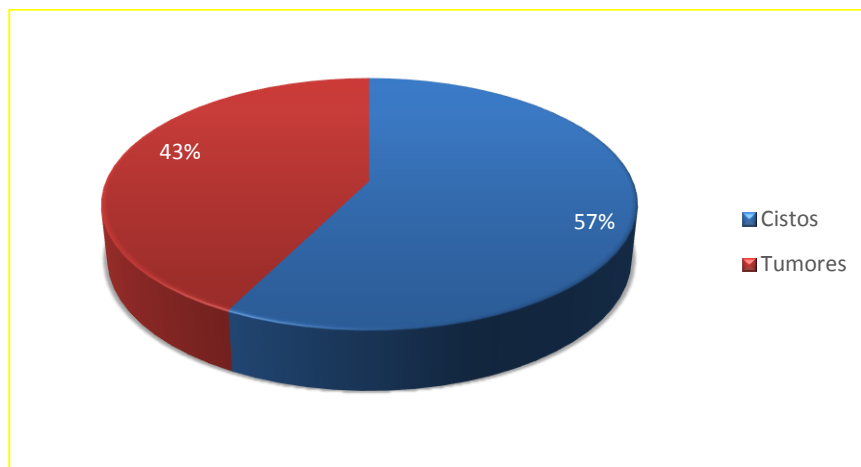


Gráfico 1 – Demonstração da incidência de cistos frente a tumores odontogênicos

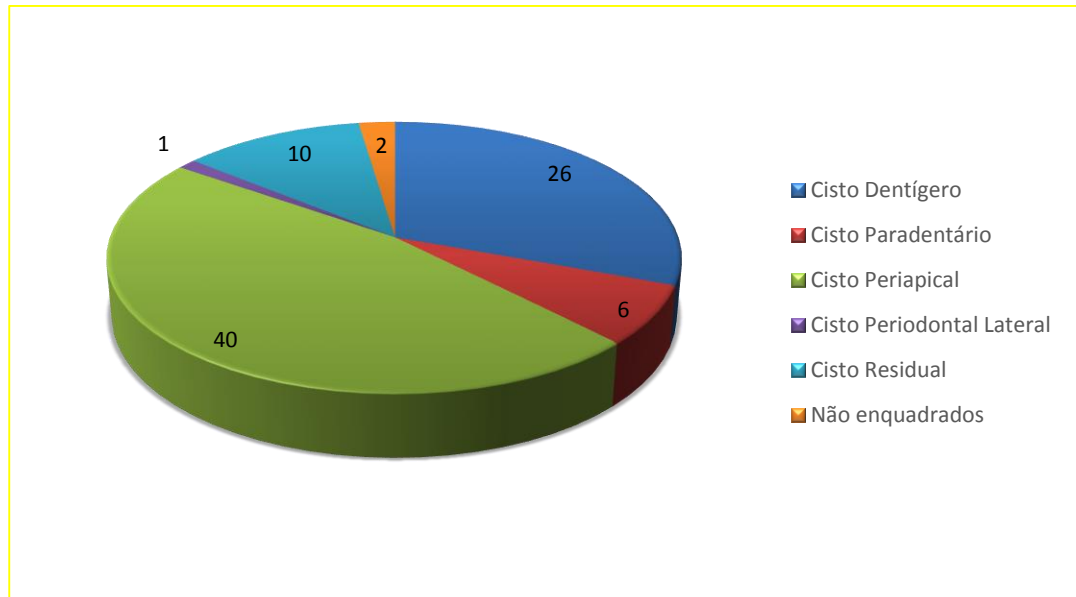


Gráfico 2 – Demonstração da distribuição dos tipos de cistos encontrados

Tipo histológico	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Cisto Periapical	19	47.50	21	52.50
Cisto Dentífero	15	57.70	11	42.30
Cisto Residual	6	60.00	4	40.00
Cisto Paradentário	2	33.33	4	66.67
Cisto Odontogênico	1	50.00	1	50.00
Cisto Periodontal Lateral	1	100.0	-	-
<b>Total</b>	44	51.75	41	48.25
Ameloblastoma	10	47.60	11	52.40
Tumor Odontogênico Ceratocisto	12	85.70	2	14.30
Odontoma Composto	4	50.00	4	50.00
Odontoma sem Classificação	4	50.00	4	50.00
Odontoma Complexo	1	33.30	2	66.70
Tumor Odontogênico Adenomatóide	3	75.00	1	25.00
Tumor Odontogênico Cístico Calcificante	-	-	3	100.00
Fibroma Odontogênico	1	100.00	-	-
Mixoma Odontogênico	1	100.00	-	-
<b>Total</b>	36	57.10	27	42.90

Tabela 1. Distribuição das frequências pelo sexo dos 148 pacientes diagnosticados com cistos e tumores de origem odontogênica.

Tipo histológico	Intervalo de idade	Média de idade	Grupos de idades						
			00-10	11-20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	>60
Cisto Periapical	12 – 71	41.5	-	10	15	4	4	3	2
Cisto Dentígero	06 – 64	35	2	11	3	4	-	1	3
Cisto Residual	28 – 64	46	-	-	1	3	1	2	3
Cisto Paradentário	18 – 26	22	-	3	3	-	-	-	-
Não enquadrados	28	28	-	-	1	-	-	-	-
Cisto Periodontal Lateral	16	16	-	1	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>06 – 71</b>	<b>31.4*</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
Ameloblastoma	10 – 68	39	1	5	7	3	1	-	1
Tumor Odontogênico Ceratocisto	06 – 47	26.5	1	3	5	2	2	-	-
Odontoma Composto	10 – 54	32	1	2	3	-	-	1	-
Odontoma sem Classificação	09 – 47	28	1	5	-	1	1	-	-
Odontoma Complexo	12 – 24	18	-	1	2	-	-	-	-
Tumor Odontogênico Adenomatoide	13 – 16	14.5	-	4	-	-	-	-	-
Tumor Odontogênico C. Calcificante	18 – 27	22.5	-	1	2	-	-	-	-
Fibroma Odontogênico	53	53	-	-	-	-	-	1	-
Mixoma Odontogênico	20	20	-	1	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>06 – 68</b>	<b>28.2*</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Obs.: 5 Prontuários de pacientes com TOs e outros 5 de COs não apresentam as idades dos pacientes. \*Média das médias de idade dos pacientes.

Tabela 2. Distribuição das frequências pelas idades dos 148 pacientes diagnosticados com cistos e tumores de origem odontogênica.

Tipo histológico	Raças			
	Branca	Negra	Parda	Indígena
Cisto Periapical	3	5	19	1
Cisto Dentígero	4	2	6	-
Cisto Residual	3	-	5	-
Cisto Paradentário	-	-	4	-
Não enquadrados	-	1	1	-
Cisto Periodontal Lateral	-	-	1	-
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>36</b>	<b>1</b>
Ameloblastoma	4	2	9	-
Tumor Odontogênico Ceratocisto	2	-	11	-
Odontoma Composto	3	-	4	-
Odontoma sem Classificação	1	1	3	-
Odontoma Complexo	1	-	2	-
Tumor Odontogênico Adenomatoide	2	-	2	-
Tumor Odontogênico Cístico Calcificante	-	-	3	-
Fibroma Odontogênico	1	-	-	-
Mixoma Odontogênico	1	-	-	-
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>-</b>

Obs.: 30 prontuários de pacientes com COs e 11 com TOs não apresentam a raça desses pacientes.

Tabela 03. Distribuição das frequências pela raça dos 148 pacientes diagnosticados com cistos e tumores de origem odontogênica.

Lesão cística	Maxila			Mandíbula		
	Anterior	Posterior	Total	Anterior	Posterior	Total
Cisto Periapical*	10	10	20	3	8	11
Cisto Dentígero	5	2	7	-	19	19
Cisto Residual	5	2	7	-	1	1
Cisto Paradentário	-	-	-	-	6	6
Não enquadrados	-	-	-	1	1	2
Cisto Periodontal Lateral	-	1	1	-	-	-
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>37**</b>	<b>4</b>	<b>35</b>	<b>40***</b>

\* 8 prontuários não constam a localização anatômica (maxila ou mandíbula).

\*\*2 prontuários não apresentam a região anatômica da maxila.

\*\*\*1 prontuário não consta a região da mandíbula.

Tabela 04. Distribuição das frequências das 85 lesões císticas de origem odontogênica de acordo com o sítio anatômico acometido.

Lesão tumoral	Maxila			Mandíbula		
	Anterior	Posterior	Total	Anterior	Posterior	Total
Ameloblastoma	-	-	-	3	12	15
Tumor Odontogênico Ceratocisto	-	2	2	1	11	12
Odontoma Composto	6	-	6	1	1	2
Odontoma sem Classificação	3	1	4	-	3	3
Odontoma Complexo	-	-	-	-	3	3
Tumor Odontogênico Adenomatóide	3	-	3	-	1	1
Tumor Odontogênico C. Calcificante	-	1	1	1	-	1
Fibroma Odontogênico	-	-	-	1	-	1
Mixoma Odontogênico	1	-	1	-	-	-
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>19*</b>	<b>7</b>	<b>31</b>	<b>43**</b>

1 prontuário não apresenta a localização anatômica.

\*2 prontuários não apresentam a região da maxila

\*\*5 casos de ameloblastoma não constam a região da mandíbula.

Tabela 05. Distribuição das frequências das 63 lesões tumorais de origem odontogênica de acordo com o sítio anatômico acometido.

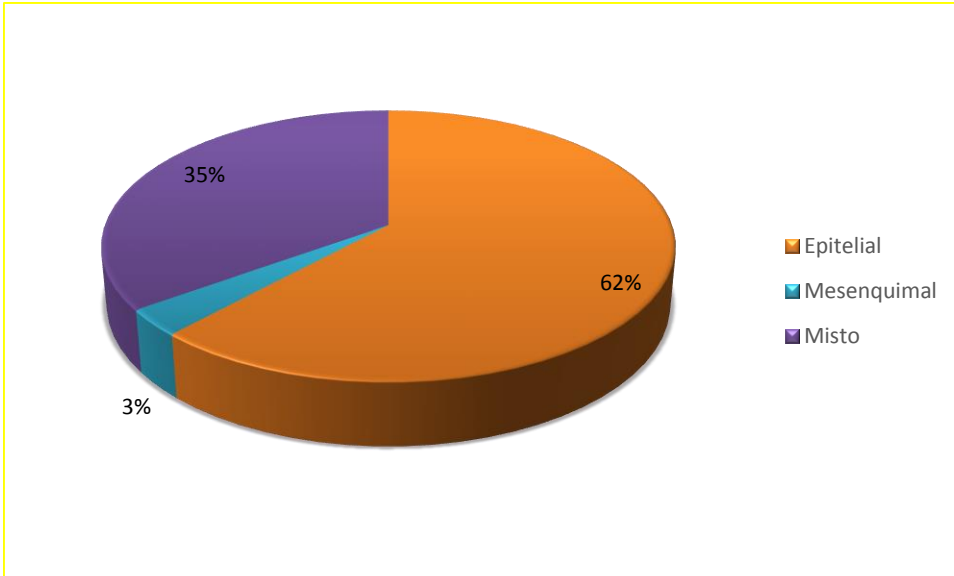


Gráfico 03. Distribuição das frequências relativas das 63 lesões tumorais de origem odontogênica de acordo com a origem tecidual.

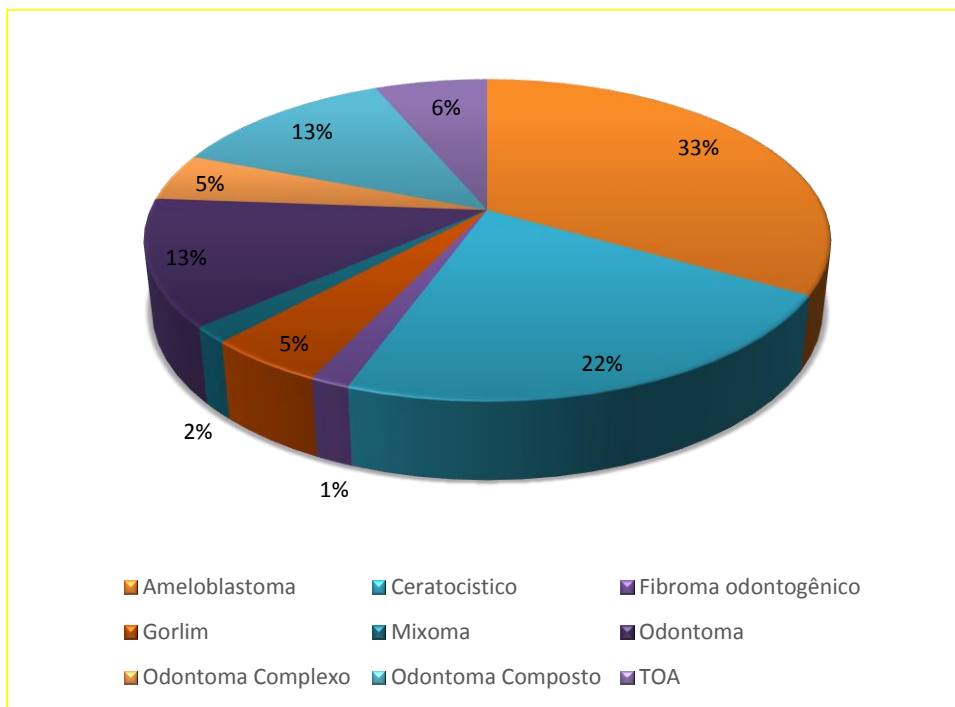


Gráfico 04. Demonstração da distribuição dos tumores de acordo com os tipos histológicos encontrados

## 6. Discussão

Constatou-se neste estudo que as lesões odontogênicas representaram 10.79% de todas as biópsias da região oral e maxilo-facial realizadas no Serviço de patologia da UFAM entre 1999 e 2014, o que é consistente com os resultados relatados em um estudo anterior envolvendo uma população da Índia, onde a frequência dessas lesões foi de 13.43% (NIRANJAN; SHAIKH, 2014). Mas não coincide com outros estudos como os de Pereira *et al.* 2010 e Borges *et al.* 2012, ambos realizados no Brasil.

No presente estudo, COs ocorreram com maior frequência que TOs, estando, portanto, em concordância com outros reportados na literatura (NIRANJAN; SHAIKH, 2014; NEVILLE *et al.* 2009; PEREIRA, 2010; BORGES *et al.* 2012). Os COs representaram 6.20% de todas as biópsias analisadas, estando em acordo com as variações que outros estudos apresentaram (NIRANJAN; SHAIKH, 2014; AVELAR *et al.* 2009; NUÑEZ-URRUTIA, 2010; SOUZA *et al.* 2010; PROCKT *et al.* 2008; PEREIRA *et al.* 2010; BORGES *et al.* 2012). Isso, segundo Niranjan *et al.* 2014, ocorre devido ao fato de que os tumores odontogênicos por permanecerem indolores durante todo o curso do processo de doença, só serem notados, em muitos casos, quando atingem tamanhos grotescos.

Os resultados mostraram ainda que 67.46% do total dos COs correspondem a cistos inflamatórios que se encontram de acordo com a faixa entre 58.2% e 74.3% de prevalência, como observado em outros estudos envolvendo diferentes populações (OCHSENIUS *et al.* 2007). Estima-se que as condições socioeconômicas da população podem influenciar na frequência relativa de cistos (inflamatórios e desenvolvimento) (SOUZA *et al.* 2010). No estudo mexicano (MOSQUEDA-TAYLOR *et al.* 2002) observou-se uma maior frequência de cistos de desenvolvimento em pacientes atendidos em uma clínica privada e uma maior proporção de cistos inflamatórios em pacientes atendidos no sistema público de saúde, sugerindo que, entre dentistas particulares há maior frequência de aplicação de métodos de diagnóstico radiográfico quando um ou mais dentes não conseguem erupcionar.

Neste estudo, 63 casos de TOs foram diagnosticados no mesmo período de 15 anos no Serviço de Patologia da UFAM constituindo 4.59% de todos os casos analisados, em concordância com alguns estudos também realizados no Brasil (AVELAR *et al.* 2008; SERVATO *et al.* 2013) e outro no Sri Lanka (SIRIWARDENA *et al.* 2010) e em contraste com os realizados no Chile (OCHSENIUS *et al.* 2007) e em outras regiões do Brasil (COSTA

*et al.* 2012;PEREIRA *et al.* 2010), onde a incidência foi de 1.29%, 0.60% e 1.30%, respectivamente, além de outros estudos pelo mundo (NIRANJAN; SHAIKH, 2014; SAGHRAVANI *et al.* 2010).

Neste estudo, o Ameloblastoma foi o tumor odontogênico mais comum (33.30%), seguido pelo odontoma (30.80%) e tumor odontogênico queratocístico (22.20%), em concordância com os resultados de Niranjan *et al.* 2014, Borges *et al.* 2012, Saghravani *et al.* 2010 e Lawal *et al.*, 2013, onde o Ameloblastoma também foi o tumor mais frequente.

## **7. Conclusão**

Como exposto, cistos e tumores odontogênicos apresentam diferenças marcantes quanto a sua incidência, seja em uma análise individual de cada uma das lesões ou em conjunto. No presente estudo, os cistos odontogênicos foram mais incidentes que os tumores. Os cistos foram mais prevalentes em pacientes do sexo masculino, com leve predileção pela mandíbula e com maior incidência na segunda década de vida, sendo o periapical, o tipo histológico mais comum. Quanto aos tumores, também acometeram mais pacientes do sexo masculino, com maior com maior predileção pela mandíbula e maior prevalência na segunda e terceira décadas de vida, sendo o ameloblastoma o tipo mais incidente. É de fundamental importância que perfis epidemiológicos sejam estabelecidos para se obter maiores informações que possam aperfeiçoar o diagnóstico e o tratamento dessas lesões.



## 9. REFERÊNCIAS

1. AÇIKGÖZ, A.; UZUN-BULUT, E.; ÖZDEN, B.; GÜNDÜZ, K.. Prevalence and distribution of odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish Population. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. Jan 2012; 17(1): e108–e115.
2. AMARAL, S. M.; MIRANDA, A. M. M. A.; NETTO, J. S.; PIRES, F. R. Prevalence of oral and maxillofacial diseases diagnosed in an Oral Medicine service during a 7-year period. **J. Oral Diag**. 2012; 1,(2): p.41-46.
3. AVELAR, Rafael Linard *et al.* Tumores odontogênicos: estudo clínico-patológico de 238 casos. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. 2008, vol.74, n.5, p. 668-673. ISSN 0034-7299.
4. AVELAR, R. L.; ANTUNES, A. A.; CARVALHO, R. W. F.; BEZERRA, P. G. C. F.; NETO, P. J. O.; ANDRADE, E. S. S. Odontogenic cysts: a clinicopathological study of 507 cases. **Journal Oral Sci**. 2009; 51: p.581–586.
5. COSTA, Daniela Otero Pereira da *et al.* Estudo retrospectivo dos casos diagnosticados como ameloblastoma no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Antônio Pedro entre 1997 e 2007. **Jornal Bras. Patol. Med. Lab**. [online]. 2008, vol.44, n.6, pp. 441-447. ISSN 1676-2444.
6. Costa, D. P.; Maurício, A. S.; Faria, P. S.; Silva, L. E.; Mosqueda-Taylor, A.; Lourenço, S. Q. C. Odontogenic tumors: A retrospective study of four Brazilian diagnostic pathology centers. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2012 May.
7. LAWAL, A. O.; ADISA, A. O.; OLUSANYA, A. A.; Odontogenic tumours: A review of 266 cases. **J Clin Exp Dent**. 2013; 5; p. 13-17.
8. MOSQUEDA A, IRIGOYEN ME, DÍAZ MA, TORRES MA. Quistes odontogênicos. Análisis de 856 casos. **Medicina Oral**. 2002; 7: p.89-96.
9. NIRANJAN, K. C.; SHAIKH, Z. Clinicopathological correlation of odontogenic cysts and tumours in a South Indian population over a 20-year period. **International Journal of Dental Research**, North America, 2, mar. 2014.

10. NUÑEZ-URRUTIA, S.; FIGUEIREDO, R.; GAY-ESCODA, C.. Retrospective Clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2010 Sep 1;15 (5):p.767-73.
11. OCHSENIUS, G.; ESCOBAR, E.; GODOY, L.; PENAFIEL, C.. Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile. **Med. oral patol. oral cir.bucal (Internet)** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 85-91. ISSN 1698-6946.
12. Prockt AP, Schebela CR, Maito FDM, Sant'Ana Filho M, Rados PV. Odontogenic Cysts: Analysis of 680 Cases in Brazil. **Head and Neck Pathol**. 2008; 2: 150-6.
13. RAMOS, Grasieli de Oliveira et al. Odontogenic tumors: a 14-year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. **Braz. oral res.** [online]. 2014, vol.28, n.1, pp. 33-38. Epub 09-Nov-2013. ISSN 1806-8324.
14. SAGHRAVANIAN, N.; JAFARZADEH, H.; BASHARDOOST, N.; PAHLAVAN, N.; SHIRINBAK, I. Odontogenic tumors in an Iranian population: a 30-year evaluation. **J Oral Sci**. 2010; 52: p.391-396.
15. SANTOS, Jean Nunes; PEREIRA PINTO, Leão; FIGUEREDO, Cláudia Roberta; SOUZA, Lélia Batista de. Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. **Pesqui. Odontol. Bras.** 2001, vol.15, n.4, p. 308-313. ISSN 1517-7491.
16. SHARIFIAN, M. J.; KHALILI, M. Odontogenic cysts: a retrospective study of 1227 cases in an Iranian population from 1987 to 2007. **Journal of Oral Science**, 2011; Vol. 53; Nº 3; p.361-367.
17. SERRA, V. G.; CONDE, D. M.; MARQUES, R. V. F.; DE FREITAS, C. V. S.; LOPES, F. F.; DA CRUZ, M. C. F. N. Odontogenic cysts in children and adolescents: a 21-year retrospective study. **Braz J Oral Sci**. 2012 , V.11; 2, p.81-83.
18. SERVATO, J.P.; P.; PRIETO-OLIVEIRA, P.R.; De FARIA, A.M.; LOYOLA, S.V. : Odontogenic tumours: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**. 2013; 42: 288–293.

19. SIRIWARDENA, B.S.M.S.; TENNAKOON, T.M.P.B.; TILAKARATNE, W.M. Relative frequency of odontogenic tumors in Sri Lanka: Analysis of 1677 cases. *Pathology - Research and Practice*, vol. 208, issue 4 April 15, 2012. p. 225-230.
20. SOUZA, L. B.; GORDÓN-NÚÑEZ, M. A.; NONAKA, C. W.; MEDEIROS, M. C.; TORRES, T. F.; EMILIANO, G. B. G. Odontogenic cysts: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15; p. 583-590
21. WALDRON, C. A. Cistos e Tumores odontogênicos. In: NEVILLE, B. W; DAMM, D. D; ALLEN, C. M; BOUQUOT, J. E. **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009,p. 679-741.

## **10.ANEXOS**

### **ANEXO A – Ficha de Coleta dos Prontuários**



## LESÕES ODONTOGÊNICAS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO SERVIÇO DE PATOLOGIA DA UFAM

### 1. Identificação e características do paciente

Número do registro no DPML: \_\_\_\_\_

Número do registro no estudo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Data de entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Número da Peça Cirúrgica: \_\_\_\_\_

Doença genética diagnosticada: \_\_\_\_\_

### 2. Características da Lesão

I. Localização anatômica da lesão:      Maxila       Mandíbula

II. Região anatômica da lesão:      Anterior       Posterior

### 3. Identificação da lesão

I. Cisto

a. De desenvolvimento

b. Inflamatório

Diagnóstico (Tipo histopatológico): \_\_\_\_\_

II. Tumor

a. Epitelial

b. Mesenquimal

c. Misto

Diagnóstico (Tipo histopatológico): \_\_\_\_\_

## ANEXO B – Planilha dos prontuários com diagnósticos de Cistos Odontogênicos

Nº no estudo	Nº PC	Nome	Sexo	Idade	Raça	Localização	Região anatômica	Diagnóstico histopatológico	Enquadramento OMS (Adaptado por Neville, 2009)
1	3223/14	T.O.G.	M	19		Mandíbula	Posterior	Cisto Periapical	Cisto Inflamatório
2	3097/14	P.F.M.	M	71		Mandíbula	Anterior	Cisto Periapical	Cisto Inflamatório
3	138/14	J.S.R.	M	20		Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
4	133/14	M.R.S.	F	20		Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
5	132/14	V.M.C.	F	15		Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
6	1459/14	L.S.O.	F	21	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto Paradentario	Cisto inflamatório/Cisto de desenvolvimento
7	1127/14	F.M.S.	M	22		Mandíbula	Posterior	Cisto Apical	Cisto inflamatório
8	997/14	L.M.B.	M	64	Branca	Maxila	Anterior	Cisto residual	Cisto inflamatório
9	131/14	J.O.C.	M	18		Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
10	121/14	E.S.C.	F			Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
11	120/14	P.V.C.V.	M	15		Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
12	089/14	D.C.S.	M	15	Branca	Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
13	601/14	L.S.J.	F	26	Parda	Maxila	Anterior	Cisto Radicular	Cisto inflamatório
14	527/14	R.M.B.	M	64	Negra	Maxila	Anterior	Cisto Periodontal Apical	Cisto Inflamatório
15	444/14	J.R.S.F.	M	46	Parda	Maxila	Anterior	Cisto residual	Cisto inflamatório
16	2801/13	Y.M.M.	F	26		Mandíbula	Posterior	cisto paradentario	Cisto inflamatório/Cisto de desenvolvimento
17	1287/13	J.S.	M	50	Negra	Maxila	Anterior	cisto Periapical	Cisto inflamatório
18	351/13	M.E.C.	M	26	Negra	Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
19	1965/12	B.D.L.	F			Maxila	Anterior	cisto Periapical	Cisto inflamatório
20	1964/12	N.C.N.	M			Maxila	Posterior	cisto Periapical	Cisto inflamatório
21	1467/12	K.S.C.	M	34		Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
22	1031/12	R.E.S.	F	27	Branca	Maxila	Posterior	Cisto Periapical	cisto inflamatório
23	0014/12	M.P.S.	F	63	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
24	2022/11	A.R.S.S.	F	16	Indigena	Maxila	Anterior	cisto periodontal inflamatorio	Cisto inflamatório
25	1950/11	T.O.G.	M	28	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
26	1637/11	M.S.	M	38	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto Periodontal Apical	Cisto Inflamatório
27	999/11	N.P.L	M	11	Parda	Maxila	Anterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
28	863/11	D.N.R.	M	12	Parda	Maxila	Posterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório

29	545/11	M.S.P.	M	31		Mandíbula	Posterior	Cisto Periapical	Cisto Inflamatório
30	1777/10	D.J.M.	F	31		Maxila	Posterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório
31	1758/10	G.O.C.	F			Maxila	Posterior	Cisto dentífero	Cisto de desenvolvimento
32	1678/10	D.V.S.	M	64	Branca	Maxila	Posterior	Cisto dentífero	Cisto de desenvolvimento
33	1262/10	V.R.B.B.S.	M	11		Mandíbula	Posterior	Cisto dentífero	Cisto de desenvolvimento
34	0395/10	G.D.L.S.	M	7	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto dentífero	Cisto de desenvolvimento
35	0378/10	M.R.	F	35		Mandíbula	Posterior	Cisto dentífero	Cisto de desenvolvimento
36	0508/10	R.M.	F	56	Branca	Maxila	Posterior	cisto residual	Cisto inflamatório
37	0227/10	L.G.F.	M	64	Parda	Maxila	Anterior	Cisto dentífero	Cisto de desenvolvimento
38	1560/09	N.S.	M	28	Negra	Mandíbula	Posterior	Cisto Odontogênico	Cisto
39	761/09	C.J.T.	F	49			Posterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório
40	772/09	A.L.V.S.	F	6		Maxila	Anterior	Cisto dentífero	Cisto de desenvolvimento
41	457/09	J.L.M.M.	M	19	Parda	Mandíbula	posterior	Cisto Paradentario	Cisto inflamatório/Cisto de desenvolvimento
42	170/09	D.P.S.	F	13	Parda	Maxila	Anterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório
43	033/09	R.S.	M	26	Parda	Maxila	Anterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório
44	1697/08	J.P.	F	24	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto Paradentario	Cisto inflamatório
45	1839/08	A.R.	M	34	Branca	Maxila	Anterior	Cisto dentífero	Cisto de desenvolvimento
46	1008/08	A.G.	F	20		Mandíbula	Posterior	Cisto Paradentario	Cisto inflamatório/Cisto de desenvolvimento
47	517/08	D.G.M.	F	22		Mandíbula	Posterior	Cisto dentífero	Cisto de desenvolvimento
48	547/08	P.C.C.	M	53	Parda	Maxila		cisto residual	Cisto inflamatório
49	1385/08	D.B.M.	M	16	Parda	Maxila	Posterior	Cisto Periodontal Lateral	Cisto de desenvolvimento
50	1131/07	M.J.C.V.	F	38	Parda	Maxila	Anterior	cisto residual	Cisto inflamatório
51	981/07	G.	M	18	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto Paradentario	Cisto inflamatório
52	897/07	S.	F	23	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório
53	794/07	A.C.S.	F	20	Parda	Maxila	Posterior	Cisto Periapical	Cisto Inflamatório
54	791/07	E.S.	M	22	Parda	Maxila	Posterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório
55	372/07	E.A.A.	M	65		Mandíbula	Posterior	cisto residual	Cisto inflamatório
56	367/07	M.S.H.	F	16	Negra	Maxila	Anterior	Cisto dentífero	Cisto de desenvolvimento
57	1053/06	J.L.B.	M	44	Parda	Maxila	Anterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório
58	1054/06	Z.S.	F	51	Parda	Mandíbula	Anterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório

59	1052/06	I.M.V.	F	18	Parda	Mandíbula	Anterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório
60	826/06	J.N.S.	M	23	Parda	Maxila	Anterior	Cisto Apical	Cisto inflamatório
61	712/06	I.N.S.S.	M	25	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto Periapical	Cisto Inflamatório
62	195/06	J.N.O.	M	38		Maxila	Anterior	Cisto Residual	Cisto inflamatório
63	436/06	W.C.C.	M	28	Parda	Maxila	Posterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório
64	432/06	F.	M	66	Branca	Maxila	Anterior	Cisto Residual	Cisto inflamatório
65	1662/05	F.F.S.	F	35	Parda	Maxila	Posterior	Cisto Residual	Cisto inflamatório
66	1139/05	G.R.	F	21				Cisto Periodontal Apical	Cisto Inflmatório
67	002/05	I.B.N.	F	28	Parda	Maxila		Cisto Residual	Cisto inflamatório
68	267/05	L.C.	M	13	Branca	Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
69	775/04	F.S.	F	34		Mandíbula	Posterior	Cisto Periodontal Apical	Cisto Inflamatório
70	713/04	M.J.A.P.	F	26	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto Periapical	Cisto inflamatório
71	330/04	F.A.	F	25		Maxila	Posterior	Cisto Periodontal Apical	Cisto Inflmatório
72	678/04	J.C.	M	13		Mandíbula	Posterior	Cisto dentígero	Cisto de desenvolvimento
73	1420/03	M.H.	F	52	Parda	Mandibula		Cisto Periapical	Cisto inflamatorio
74	007/04	M.A.N.	F		Parda	Mandíbula	Anterior	Cisto Odontogênico	Cisto
75	738/03	C.F.	F	15	Branca	Maxila	Posterior	Cisto Apical	Cisto Inflamatório
76	013/03	G.G.	F	54		Mandíbula	Posterior	Cisto Dentígero	Cisto de desenvolvimento
77	1968/02	R.N.	F	35	Parda	Mandíbula	Posterior	Cisto Dentígero	Cisto de desenvolvimento
78	1054/00	J.O.P	M	27	Parda			Cisto Apical	Cisto Inflamatório
79	369/00	B.V.M.S.	M	13	Negro	Maxila	Posterior	Cisto Apical	Cisto inflamatório
80	783/00	R.N.S.F.	M	27	Negro			Cisto Apical	Cisto inflamatório
81	789/00	D.C.	F	56	Negro			Cisto Apical	Cisto Inflamatório
82	1575/99	A.L.S.	F	13				Cisto Apical	Cisto Inflamatório
83	1222/99	C.F.T.C.	M	27	Parda			Cisto Apical	Cisto Inflamatório
84	1221/99	Z.C.	F	43	Branca			Cisto Apical	Cisto Inflamatório
85	1036/99	I.N.C.	F	18	Parda	Maxila	Anterior	Cisto Apical	Cisto Inflamatório

## ANEXO C – Planilha dos prontuários com diagnósticos de Tumores Odontogênicos

Nº no estudo	Nº do PC	Nome	Sexo	Idade	Raça	Localização	Região anatômica	Diagnóstico histopatológico	Enquadramento OMS (Adaptado por Neville, 2009)
1	0460/14	A.M.G.B.	F	10		Maxila	Anterior	Odontoma Composto	Tumor Misto
2	0233/13	E.F.	F		Parda	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
3	1599/13	D.S.	F	27	Parda	Maxila	Posterior	Cisto Odontogênico Calcificante	Tumor Misto
4	1520/13	G.B.	M	53	Branca	Mandíbula	Anterior	Fibroma Odontogênico Calcificante	Tumor Mesenquimal
5	1111/13	M.A.L.	F	37	Branca	Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma Recidivante	Tumor Epitelial
6	1142/12	H.R.F.	M			Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma	Tumor Epitelial
7	1188/12	F.G.R.	M	25	Parda	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
8	0343/12	M.V.	M	12	Branca	Maxila	Anterior	Odontoma Composto	Tumor Misto
9	1190/11	C.N.S.	F	40		Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma Unicístico	Tumor Epitelial
10	0558/11	E.S.N.	F		Parda	Mandíbula	Posterior	Odontoma Complexo	Tumor Misto
11	0341/11	L.M.A.	F	30	Parda	Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma Desmoplásico	Tumor Epitelial
12	1966/12	R.H.S.	F		Parda	Maxila	Anterior	Odontoma Composto	Tumor Misto
13	1586/10	G.V.L.	F	22	Parda	Mandíbula	Posterior	Odontoma	Tumor Misto
14	1533/10	A.V.M.	M	29	Parda	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
15	1390/10	J.S.G.	M	68	Parda	Mandíbula	Anterior	Ameloblastoma	Tumor Epitelial
16	1294/10	E.S.N.	F	24	Branca	Mandíbula	Posterior	Odontoma Complexo	Tumor Misto
17	1263/10	G.C.L.	F	19		Mandíbula	Posterior	Odontoma Cístico Inflamado	Tumor Misto
18	1105/10	A.C.S.	F	30		Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma	Tumor Epitelial
19	0774/10	L.M.	M	16	Branca	Maxila	Anterior	Tumor Odontogênico Adenomatóide	Tumor Epitelial
20	0537/10	G.N.S.	F	9	Branca	Maxila	Anterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Misto
21	0061/10	J.M.	M	39	Parda	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
22	1777/09	L.S.M.	M	16	Parda	Maxila	Anterior	Tumor Odontogênico Adenomatóide	Tumor Epitelial

23	1738/09	N.A.S.S.	F	18	Parda	Mandíbula	Anterior	Cisto Odontogênico Calcificante	Tumor Epitelial
24	1610/09	K.C.V.	M	15	Parda	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
	1609/09	K.C.V.	M	15	Parda	Maxila	Anterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
	1608/09	K.C.V.	M	15	Parda	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
	1607/09	K.C.V.	M	15	Parda	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
25	317/09	E.J.	M	12	Parda	Mandíbula	Posterior	Odontoma Complexo	Tumor Misto
26	210/09	G.C.S.	F	23	Parda	Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma	Tumor Epitelial
27	1908/08	J.M.A.N.	M	24	Parda	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
28	1241/08	M.A.L.S.	F	32	Parda	Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma	Tumor Epitelial
29	1328/08	L.M.A.N.	M	24	Parda	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
30	1710/07	T.S.C.	M	6	Parda	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
31	1733/07	R.M.	M	26	Parda	Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma Plexiforme	Tumor Epitelial
32	024/08	E.A.S.	M	25	Parda	Mandíbula	Anterior	Ameloblastoma Acantomatoso	Tumor Epitelial
33	1041/08	M.S.A.P.	F	21	Parda	Maxila		Cisto Odontogênico Calcificante	Tumor Misto
34	988/08	S.D.O.	F	47	Parda	Mandíbula	Posterior	Odontoma	Tumor Misto
35	1416/07	P.H.O.	M	11	Parda	Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma Unicístico Residual	Tumor Epitelial
36	1052/07	R.R.S.M.	M	15	Parda	Mandíbula	Posterior	Odontoma	Tumor Misto
37	1006/07	V.P.S.	M	47	Parda	Maxila	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
38	979/07	E.P.	M	14	Parda	Maxila	Anterior	Odontoma Composto	Tumor Misto
39	614/07	A.S.F.	M	26	Branca	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
40	154/07	F.A.S.	M	35	Negro	Maxila	Posterior	Odontoma	Tumor Misto
41	1422/06	E.C.O.V.	M	13	Parda	Maxila	Anterior	Tumor Odontogênico Adenomatoide	Tumor Epitelial
42	1149/06	P.H.	M	10	Branca	Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma	Tumor Epitelial

43	1085/06	P.H.S.C.	M	21	Branca	Maxila	Anterior	Odontoma Composto	Tumor Misto
44	869/06	M.A.F.	M	39	Branca	Mandíbula	Posterior	Cisto Odontogênico Paraceratinizado	Tumor Cisto
45	1677/05	M.A.F.	M	40	Branca	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
46	15??/05	F.M.S.M.	M	21	Parda	Maxila	Anterior	Odontoma Composto	Tumor Misto
47	1136/05	R.M.	M	20	Branca	Maxila	Anterior	Mixoma Odontogênico	Tumor Mesenquimal
48	841/05	J.	M	14		Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma Plexiforme	Tumor Epitelial
49	090/05	M.A.R.	M	23	Branca	Mandíbula	Anterior	Ameloblastoma Plexiforme	Tumor Epitelial
50	638/04	A.T.	F	54	Branca	Mandíbula	Anterior	Odontoma Composto	Tumor Misto
51	799/04	F.S.V.M	M	41	Parda	Maxila	Posterior	Tumor Odontogênico Ceratocisto	Tumor Epitelial
52	1225/03	G.C.	F	15	Branca	Mandíbula	Posterior	Tumor Odontogênico Adenomatoide	Tumor Epitelial
53	1230/02	J.M.A.	M	18		Maxila		Odontoma	Tumor Misto
54	339/02	E.F.M.	M	17		Maxila	Anterior	Odontoma	Tumor Misto
55	075/02	R.O.	M	17	Negro	Mandíbula		Ameloblastoma	Tumor Epitelial
56	995/01	F.B.S.	F	33	Parda	Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma	Tumor Epitelial
57	1177/01	G.S.	F	14	Branca	Mandíbula		Ameloblastoma	Tumor Epitelial
58	075/02	R.O.	M	17	Negro	Mandíbula		Ameloblastoma	Tumor Epitelial
59	737/01	A.L.L.	F			Mandíbula		Ameloblastoma	Tumor Epitelial
60	1287/00	C.N.S.	F	29	Branca	Mandíbula	Posterior	Ameloblastoma	Tumor Epitelial
61	137/00	G.S.	F	44	Parda			Ameloblastoma	Tumor Epitelial
62	1346/99	N.B.P.	F	12	Parda	Maxila	Anterior	Odontoma	Tumor Misto
63	1026/99	M.C.A.	F	18	Parda	Mandíbula	Anterior	Tumor Odontogênico Ceratocístico	Tumor Epitelial

## ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Lesões Odontogênicas: Estudo Epidemiológico no Serviço de Patologia da UFAM

**Pesquisador:** Tatiana Nayara Libório dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 30934314.9.0000.5020

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina - UFAM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 649.472

**Data da Relatoria:** 14/05/2014

#### Apresentação do Projeto:

A cavidade oral e o complexo maxilofacial constituem-se de estruturas que são alvos de uma ampla variedade de lesões odontogênicas que variam em localização, etiologia e histogênese e acometem tecidos moles e osso, apresentando manifestações clínicas variáveis. As lesões císticas e tumorais derivadas dos tecidos odontogênicos constituem grupos heterogêneos de lesões de grande relevância no campo da Patologia Oral e Maxilofacial. A incidência dessas lesões varia bastante na literatura, sendo os tipos tumorais geralmente menos frequentes. Em pesquisas realizadas nas principais bibliotecas e revistas da área médica no mundo, foram encontrados poucos estudos epidemiológicos de Lesões Odontogênicas realizados no Brasil. Sendo assim, o presente projeto tem por objetivo determinar a frequência e os tipos mais prevalentes de lesões odontogênicas diagnosticadas histopatologicamente no Serviço de Patologia da Universidade Federal do Amazonas num período de 10 anos, e ainda estabelecer um perfil epidemiológico dessas lesões através de seus dados clínico-patológicos. Dados referentes ao paciente, como faixa etária, sexo e raça, além daqueles referentes à lesão propriamente dita, como localização e região anatômica, características clínicas como a sintomatologia e o diagnóstico histopatológico da lesão, serão compilados das fichas de requisição de exames e/ou prontuários.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Teresina, 4950  
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070  
 UF: AM Município: MANAUS  
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



Continuação do Parecer: 649.472

retrospectivo e que utilizará solicitações de biópsias e laudos histopatológicos, o mesmo possui relevância científica e não possui restrições éticas de acordo com a Resolução 466/96.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

#### Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 15 de Maio de 2014

Assinado por:  
 Eliana Maria Pereira da Fonseca  
 (Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950  
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070  
 UF: AM Município: MANAUS  
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br