

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ALANA DINIZ MUSSI
LORENA LAUDEMIRA BERNARDES SOUSA**

**FREQUÊNCIA DO CISTO NASOLABIAL EM UMA POPULAÇÃO DO TRIÂNGULO
MINEIRO**

**UBERABA – MG
2020**

ALANA DINIZ MUSSI
LORENA LAUDEMIRA BERNARDES SOUSA

**FREQUÊNCIA DO CISTO NASOLABIAL EM UMA POPULAÇÃO DO TRIÂNGULO
MINEIRO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de Cirurgião
dentista do Curso de Odontologia da
Universidade de Uberaba.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Silva
Servato

UBERABA – MG
2020

ALANA DINIZ MUSSI
LORENA LAUDEMIRA BERNARDES SOUSA

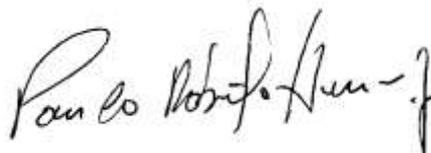
**FREQUÊNCIA DO CISTO NASOLABIAL EM UMA POPULAÇÃO DO TRIÂNGULO
MINEIRO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de Cirurgião
dentista do Curso de Odontologia da
Universidade de Uberaba.

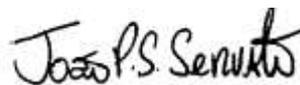
Orientador: Prof. Dr. João Paulo Silva Servato

Aprovada em 12/12/2020

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique



Prof. João Paulo Silva Servato

RESUMO

O cisto nasolabial é um cisto de desenvolvimento não odontogênico, raro, localizado em tecidos moles da região do sulco nasolabial e asa do nariz, podendo levar até assimetria facial. Seu diagnóstico é clínico, confirmado pelo exame anatomopatológico ou exame radiográfico. Seu tratamento cirúrgico possui um prognóstico excelente e uma recidiva pouco provável. O objetivo deste trabalho é descrever e analisar as características, o diagnóstico e o tratamento do cisto nasolabial, além de relatar os casos incidentes em uma população do triângulo mineiro. Para isso, foram coletados os registros clínicos de todos os pacientes com cisto nasolabial, diagnosticados e tratados, pelos serviços: 1. Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Uberlândia e 2. Laboratório de Patologia Oral da Universidade de Uberaba, entre 1978 e 2018 (CID10: K09). Esses dados foram coletados a partir de um questionário semiestruturado e contou como critério de inclusão de todos os pacientes diagnosticados retrospectivamente com a lesão (CID10: K09. 1; K09; K09.8). Já os casos com achados clínicos e histopatológicos inconsistentes, ausentes ou com prontuários com falha no preenchimento, entraram como critério de exclusão. Como resultado, os Cistos Nasolabial representaram 5.25% da amostra de cistos não odontogênicos e 0.51% de todos os cistos do complexo maxilo-mandibular. O sexo feminino foi o mais acometido, além de pacientes melanodermas (63.63%) e entre a quinta e sexta década de vida. Ao comparar com os demais tipos de cistos encontrados na região de cabeça e pescoço, o cisto nasolabial se torna relativamente raro. Acometendo principalmente mulheres, adultos e melanodermas. Geralmente a lesão é assintomática e ocorre em sua maioria, na asa do nariz.

Palavras-chave: Cistos. Cistos não-odontogênicos. Cistos dos maxilares. Nariz.

ABSTRACT

The nasolabial cyst is a rare non-odontogenic cyst, located in soft tissues of the nasolabial groove and nose wing, and may even lead to facial asymmetry. Its diagnosis is clinical, confirmed by anatomopathological examination or radiographic examination. Its surgical treatment has an excellent prognosis and an unlikely recurrence. The objective of this work is to describe and analyze the characteristics, diagnosis, and treatment of the nasolabial cyst, in addition to reporting the incident cases in a population in the "Triângulo Mineiro". For that, the clinical records of all patients with nasolabial cyst were diagnosed and treated by the services: 1. Oral Pathology Laboratory at the Federal University of Uberlândia and 2. Oral Pathology Laboratory at the University of Uberaba, between 1978 and 2018 (CID10: K09). These data were collected from a semi-structured questionnaire and counted as an inclusion criterion for all patients diagnosed retrospectively with the injury (CID10: K09. 1; K09; K09.8). Cases with inconsistent clinical and histopathological findings, absent or with medical records with failure to fill in, were considered as exclusion criteria. As a result, Nasolabial Cysts represented 5.25% of the sample of non-odontogenic cysts and 0.51% of all cysts of the maxillomandibular complex. The female sex was the most affected, in addition to melanoderma patients (63.63%) and between the fifth and sixth decade of life. When compared with the other types of cysts found in the head and neck region, the nasolabial cyst becomes relatively rare. Affecting mainly women, adults and melanoderms. The lesion is generally asymptomatic and occurs mostly in the wing of the nose.

Keywords: Cysts. Non-odontogenic cysts. Mandibular Cyst. Nose.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: FREQUÊNCIA DOS CISTOS DO DUCTO NASOLABIAL EM UMA POPULAÇÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO (UFU/UBERLÂNDIA - MG)

11

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivos Gerais	9
2.2 Objetivos Específicos	9
3 METODOLOGIA	10
4 RESULTADOS	11
5 DISCUSSÃO	12
6 CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16
ANEXO	19
Anexo A – Parecer consubstanciado pelo CEP (Conselho de ética e pesquisa)	19

1 INTRODUÇÃO

O Cisto Nasolabial possui incidência rara e etiopatogênese indefinida. Esta doença foi categorizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um cisto não odontogênico, correspondendo ao único desse conjunto que surge a partir de tecido mole. Representando assim, uma das maiores frequências entre todos os casos deste grupo de lesões (PEREIRA FILHO *et al.*, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2007).

A Universidade de Palermo na Itália, fez uma pesquisa envolvendo 1.310 cistos da região maxilofacial. O resultado dessa pesquisa mostra que 1273 casos eram cistos odontogênicos, e apenas 37 eram cistos não odontogênicos. (TORTORICI *et al.*, 2008).

Em outra pesquisa, feita na Turquia, foi revelado que dentre os 459 casos analisados, 452 correspondem a cistos odontogênicos e 7 a cistos não odontogênicos. Todos os cistos não odontogênicos desse estudo foram classificados como cistos do ducto nasopalatino (AÇIKGÖZ *et al.*, 2012).

Esta doença acomete mais pessoas do sexo feminino de ascendência negra e durante a quarta e quinta década de vida (PEREIRA FILHO *et al.*, 2002). Seu desenvolvimento ocorre na porção inferior da asa do nariz e pode atingir outras estruturas, conforme seu crescimento aumenta (OLIVEIRA *et al.*, 2007). Em uma menor proporção dos casos, essa lesão pode afetar recém-nascidos. Nesses casos, seu caráter clínico é inofensivo e pode muitas vezes desaparecer de forma espontânea (FANIBUNDA, 1970; ABOU EL *et al.*, 1999).

No exame clínico, sabe-se que a extensão da lesão varia de 1 a 5 cm e pode comprometer estruturas vizinhas. É possível observar inchaço e deformidades na região afetada, exceto na dentição, que continuará inalterada. Pacientes com cisto nasolabial podem ser assintomáticos ou sintomáticos. A presença de dor é esperada apenas quando há a presença de infecção secundária (ALLARD, 1982; KURILOFF, 1987; ADAMS & LOVELOCK, 1985). Contudo, dependendo do volume da lesão, pode ser notada alguma alteração facial, tal como, amplificação da asa do nariz, atenuação do sulco nasolabial e alar uni ou bilateral, e ou vedamento parcial ou total do vestíbulo nasal (KURILOFF, 1987).

Por meio de exame radiográfico, há dificuldades em visualizar a lesão. Isso se deve à sua origem, uma vez que é proveniente de remanescentes epiteliais da embriogênese dos tecidos moles. Entretanto, em alguns casos mais complexos,

podem ser observadas alterações radiográficas, que, devido à pressão do cisto, geram reabsorção superficial do osso subjacente (NEVILLE, 2011). Dessa forma, exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética podem auxiliar no diagnóstico, ajudando a delimitar a cápsula cística, o tamanho e a relação com estruturas adjacentes (Monteiro *et al.*, 2013 DGHOUGH, 2017).

Em sua análise histopatológica, é possível observar que o epitélio deste cisto é composto por células ciliadas, células mucosas e células calciformes, possuindo áreas de revestimentos estratificado não queratinizado e cuboidal simples. Já sua cápsula cística é composta por tecido conectivo denso e frouxo ou apenas um de cada e exibe uma mínima celularidade (KURILOFF, 1987). Inclusive, o estroma da parede do cisto nasolabial é caracterizado por ser um tecido fibrovascular hipocelular rico em colágeno (DGHOUGH, 2017). E em casos de infecções secundárias, o infiltrado inflamatório na cápsula cística pode ser evidenciado (NEVILLE, 2011).

Baseado no diagnóstico, o tratamento consiste basicamente na enucleação da lesão. Após a remoção, o cisto é enviado para a análise histopatológica, para que seja estabelecido um diagnóstico preciso, descartando outras doenças. As técnicas de marsupialização e excisão cirúrgica completa são as mais indicadas devido à baixa taxa de recidiva do cisto. Também existem outras técnicas que podem ser empregadas, como: drenagem em casos de infecção, injeção de agentes escleróticos, aspiração e cauterização. Cabe ao cirurgião-dentista considerar todos os fatores avaliados pertinentes à lesão e definir o melhor plano de tratamento (KURILOFF, 1987; NIXDORF *et al.*, 2003; YUEN, JULIAN & SAMUEL, 2007; DGHOUGH, 2017). Portanto, quando o caso é bem analisado e conduzido de forma qualificada, o prognóstico é bom e as recidivas não são esperadas (RAMOS *et al.*, 2007)

Diante do exposto, o objetivo primordial deste trabalho é descrever e analisar os casos diagnosticados retrospectivamente como cisto nasolabial procedentes dos Serviços: 1. do Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Uberlândia (1978-2019) e 2. do Laboratório de Patologia Oral da Universidade de Uberaba (1999-2019).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Descrever e analisar os casos diagnosticados retrospectivamente como cisto nasolabial procedentes dos Serviços: 1. Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Uberlândia (1978-2019) e 2. Laboratório de Patologia Oral da Universidade de Uberaba (1999-2019).

2.2 Objetivos Específicos

- A) Levantar os casos de cisto nasolabial dos presentes Serviços;
- B) Obter informações clínico-patológicas relevantes dos prontuários, a fim de caracterizar a presente amostra;

3 METODOLOGIA

População a ser estudada/ Local de realização da pesquisa: Os dados foram coletados dos registros clínicos de todos os pacientes com cisto nasolabial, diagnosticados e tratados, pelos serviços: 1. Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Uberlândia e 2. Laboratório de Patologia Oral da Universidade de Uberaba, entre 1978 e 2018 (CID10: K09).

Garantias éticas aos participantes da pesquisa: Todos os pesquisadores envolvidos tomaram medidas que garantem a liberdade de participação, a integridade do participante da pesquisa e a preservação dos dados que possam identificá-lo, garantindo, especialmente, a privacidade, sigilo e confidencialidade.

Método a ser utilizado: Os dados foram coletados por dois pesquisadores cegamente, sendo posteriormente confirmados por um supervisor. Informações sociodemográficas e clinicopatológicas dos pacientes participantes foram obtidas a partir de consulta aos prontuários médicos. Todos os dados foram coletados por meio de um instrumento de coleta qualificado (questionário semiestruturado). Os dados coletados incluíram idade, gênero, cor/etnia, sintomatologia, tipo histológico da lesão, tempo de evolução e se a lesão é primária ou recidiva/persistência, tratamento e acompanhamento.

Os dados experimentais foram descritos utilizando, quando pertinente, média \pm desvio padrão, mediana e percentual. A análise estatística descritiva foi realizada utilizando-se o software GraphPad Prism 6.0 (GraphPad Software, San Diego, CA, USA).

Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa:

(A) Critérios Inclusão: (a) Todos os pacientes diagnosticados retrospectivamente cisto nasolabial (CID10: K09. 1; K09; K09.8;). (B) Critérios Exclusão: (a) Casos demonstrando achados clínicos e histopatológicos inconsistentes, ausentes ou com prontuários mal preenchidos; (b) casos duplicados.

4 RESULTADOS

Na tabela 1 é possível observar os principais resultados obtidos com a pesquisa. Não foram encontrados casos na amostra pertencente à UNIUBE. Na presente casuística, os Cistos Nasolabial representaram 5.25% da amostra de cistos não odontogênicos e 0.51% de todos os cistos do complexo maxilo-mandibular.

Em relação ao sexo, todos os pacientes pertenciam ao sexo feminino. A idade dos pacientes se concentrou entre a quinta e sexta década de vida, apresentando média de 49.8 ± 11.0 anos. Além disso, a maioria dos pacientes eram melanodermas (63.63%), com uma relação entre leucodermas: não leucodermas de 1:1.75. Todos os casos apresentava-se como tumefações assintomáticas. A asa do nariz foi a única região acometida. Essas lesões não apresentavam aparência radiográfica e se limitavam apenas aos tecidos moles da região nasolabial.

TABELA 01: FREQUÊNCIA DOS CISTOS DO DUCTO NASOLABIAL EM UMA POPULAÇÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO (UFU/UBERLÂNDIA - MG)

CASOS	SEXO	IDADE	ETNIA	LOCALIZAÇÃO	SINTOMATOLOGIA
1	F	32	MELANODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO
2	F	58	LEUCODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO
3	F	62	LEUCODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO
4	F	70	MELANODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO
5	F	44	LEUCODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO
6	F	51	MELANODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO
7	F	49	MELANODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO
8	F	39	MELANODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO
9	F	58	MELANODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO
10	F	55	MELANODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO
11	F	43	LEUCODERMA	ASA DO NARIZ	ASSINTOMÁTICO

Fonte: dados de pesquisa.

5 DISCUSSÃO

Neste trabalho, nota-se que o cisto nasolabial representa 5.25% dos cistos não odontogênicos e abrange uma porcentagem de 0,51% de todos as lesões císticas envolvendo o complexo maxilo-mandibular. No estudo de MARTINI *et al.*, 2016, os cistos nasolabiais representaram 0,7% dos cistos que afetam a região maxilofacial. Para FILHO, 2002, os cistos nasolabiais representam cerca de 0,7% de todos os cistos maxilofaciais e 2,5% dos cistos não odontogênicos. De acordo com FELIX *et al.*, 2003, manifestações bilaterais podem ocorrer, mas são extremamente raras. De maneira geral, os cistos nasolabiais representam menos de 1% dos cistos de cabeça e pescoço e representam entre e 2% e 5% dos cistos não odontogênicos.

Os resultados aqui apresentados indicam que o cisto nasolabial tem maior preferência por pacientes do sexo feminino. Em contrapartida, os estudos realizados por AÇIKGÖZ *et al.*, 2012 e TORTORICI *et al.*, 2008 mostraram preferência por pacientes do sexo masculino. Os dados publicados por SILVA *et al.* 2017, demonstram que os cistos nasolabiais afetam apenas as mulheres. No estudo de FELIX *et al.*, 2003, a proporção de homens: mulheres com cistos bilaterais foi de 5,5: 1, e a proporção de homens: mulheres com cistos unilaterais foi de 3: 5. Tendo em vistas os dados apresentados, o cisto nasolabial aparentemente acometem mais mulheres que homens em estudos na população brasileira.

Neste trabalho, podemos comprovar que a maioria dos pacientes envolvidos pertenciam à quinta e sexta década de vida. Em estudo realizado por AÇIKGÖZ *et al.* 2012, esses cistos atingiram seu pico na terceira década de vida. No trabalho de SILVA *et al.* 2017, a idade média citada está entre 50 e 60 anos e segundo ENOKI *et al.*, 2012, a faixa etária envolvida está entre 40 e 50 anos.

Foi demonstrado em um centro de referência Brasileira (Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG) que a frequência dos cistos nasolabiais em crianças e adolescentes é pequena. Neste mesmo estudo, nenhum tipo de cisto não odontogênico foi descrito em crianças na primeira década de vida (SILVA *et al.*, 2017). Na maior parte dos estudos, é possível observar que os cistos nasolabiais são diagnosticados em pessoas de diferentes idades, apresentando um pico de frequência em pacientes adultos de meia idade, sendo muito raros em crianças/adolescentes.

Ressalta-se que na Tabela 01, houve uma maior frequência destes cistos em pacientes melanodermas (63,63%). Da mesma forma, outros estudos também demonstraram que essas lesões acometem negros de uma forma predominante (FELIX *et al.*, 2003; ENOKI *et al.*, 2012; MARTINI *et al.* 2016; ALMUTAIRI *et al.*, 2020).

Em relação à localização, o presente estudo demonstrou que ao observar a população do Triângulo Mineiro, a única área acometida foi à asa do nariz. De modo similar, todos os trabalhos descrevem esta localização como o único sítio de manifestação desta doença (FELIX *et al.*, 2002; ENOKI *et al.*, 2012; MARTINI *et al.*, 2016). Estes cistos apresentam-se como lesões assintomáticas, mas segundo vários autores podem ser sintomáticos em casos em que há a presença de infecção secundária (ALLARD, 1982; ADAMS & LOVELOCK, 1985; KURILOFF, 1987). Notou-se que todos os pacientes analisados neste levantamento eram assintomáticos e foram diagnosticados durante procedimentos odontológicos de rotina. Na literatura é possível encontrar artigos que ressaltam algumas modificações no rosto, tais como assimetria no terço médio da face devido a aumento de volume do lado direito do nariz o qual leva ao apagamento do sulco nasolabial, elevação da asa do nariz e assoalho nasal do mesmo lado (FILHO, 2002) e há casos em que pode ocorrer até mesmo o envolvimento da asa do nariz com obstrução nasal e aumento do lábio superior (MONTEIRO *et al.*, 2013).

A maioria dos casos não apresenta achados de imagem, pois estão confinadas aos tecidos moles da região nasolabial (TORTORICI *et al.*, 2008; AÇIKGÖZ *et al.*, 2012 e). De acordo com o descrito, nenhum dos casos incluídos neste estudo apresentou sinais radiográficos digno de nota. Ocasionalmente o cisto nasolabial é um achado radiográfico em imagens extraorais, ou notado durante um exame otorrinolaringológico. Além disso, alegam que a tomografia computadorizada e a ressonância magnética auxiliam no diagnóstico, demarcando a cápsula cística, sua extensão e sua relação com estruturas vizinhas (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Em um caso de FILHO, 2002, envolvendo o terço médio da face, a tomografia computadorizada dessa área mostrou uma imagem com densidade semelhante ao do tecido mole, indicando uma lesão circular, bem definida, com diâmetro de cerca de 2,5 cm localizada anterior à abertura piriforme do lado direito, e limitada ao tecido mole nesta área, resultando em deflexão do septo nasal e a maxila possuía erosão do mesmo lado, facilitando assim a identificação das margens cirúrgicas.

A marsupialização ou ressecção cirúrgica são considerados o método de tratamento mais eficaz para a retirada do cisto nasolabial, além disso, caso seja feita a ressecção cirúrgica e a lesão for grande, pode ser necessário suturar a área (FILHO em 2002). Em contrapartida, MONTEIRO *et al.*, 2013 relata que o tratamento correto é a remoção cirúrgica da lesão com acesso intraoral, apresentando assim um bom prognóstico, e recorrência incomum, devido ao fato de acometer apenas tecidos moles. Além do mais, alguns autores afirmam que a remoção deste cisto não responde muito bem a técnica de marsupialização. No caso de FELIX *et al.*, 2003, o cisto foi removido cirurgicamente e não por meio de marsupialização, afirmando que se deve suturar com fio absorvível para evitar o desenvolvimento de fístula oronasal, gerando como resultado menos recorrência e bom prognóstico.

5. CONCLUSÃO

Ao concluir, é importante observar que em relação a todos os cistos de cabeça e pescoço, o cisto nasolabial é relativamente raro. Este e outros estudos confirmam que o CNL acomete principalmente pacientes do sexo feminino, adultos e melanodermas. Normalmente, acomete a asa do nariz de maneira assintomática. Tais lesões não apresentam características radiográficas significativas, pois estão confinados aos tecidos moles.

REFERÊNCIAS

ABOU EL, Kamal El-Din A. et al. Nasolabial cyst: a report of eight cases and a review of the literature. **The Journal of Laryngology & Otology**, v. 113, n. 8, p. 747-749, 1999.

AÇIKGÖZ, Aydan et al. Prevalence and distribution of odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish population. **Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**, v. 17, n. 1, p. e108, 2012.

ADAMS, Agatha; LOVELOCK, D. J. Nasolabial cyst. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 60, n. 1, p. 118-119, 1985.

ALLARD, R. H. B. Nasolabial cyst: review of the literature and report of 7 cases. **International journal of oral surgery**, v. 11, n. 6, p. 351-359, 1982.

ALMUTAIRI, Abdulhakeem et al. Nasolabial cyst: case report and review of management options. **BMC surgery**, v. 20, n. 1, p. 1-6, 2020.

DGHOUGH, S. Bilateral nasolabial cyst. **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 118, n. 6, p. 385-388, 2017.

ENOKI, Alexandre Minoru et al. Cisto nasolabial bilateral como causa de obstrução nasal: relato de caso e revisão de literatura. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, v. 16, n. 1, p. 121-125, 2012.

FANIBUNDA, K. B. Bilateral nasolabial cysts: a case report. **The Dental practitioner and dental record**, v. 20, n. 7, p. 249-250, 1970.

FELIX, José A. de P. et al. Cisto nasolabial bilateral: relato de dois casos e revisão da literatura. **Revista Brasileira de otorrinolaringologia**, v. 69, n. 2, p. 279-282, 2003.

KURILOFF, Daniel B. The nasolabial cyst-nasal hamartoma. **Otolaryngology—Head and Neck Surgery**, v. 96, n. 3, p. 268-272, 1987.

MARTINI, Eveline Claudia et al. Nasolabial cyst associated with odontogenic infection. **Case reports in dentistry**, v. 2016, 2016.

MONTEIRO, Flavia Heloisa et al. Diagnóstico e tratamento do cisto nasolabial: relato de caso clínico. **Revista da Associação Paulista de Cirurgioes Dentistas**, v. 67, n. 1, p. 45-49, 2013.

NEVILLE, Brad. **Patologia oral e maxilofacial**. Elsevier Brasil, 2011.

NIXDORF, Donald R. et al. Clinical presentation and differential diagnosis of nasolabial cyst. **Journal-Canadian Dental Association**, v. 69, n. 3, p. 146-149, 2003.

OLIVEIRA, Rodrigo de et al. Cisto nasolabial bilateral: relato de dois casos. **Rev. imagem**, p. 115-119, 2007.

PEREIRA FILHO, Valfrido Antonio et al. Cisto nasolabial: relato de caso. **Brazilian Dental Journal**, v. 13, n. 3, p. 212-214, 2002.

RAMOS, Thaís Cristina Vasconcelos et al. Transnasal approach to marsupialization of the nasolabial cyst: report of 2 cases. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 65, n. 6, p. 1241-1243, 2007.

TORTORICI, Silvia et al. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. **Journal of oral science**, v. 50, n. 1, p. 15-18, 2008.

YUEN, Heng-Wai; JULIAN, Cheow-Yew Lee; SAMUEL, Chow-Lin Yeak. Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 45, n. 4, p. 293-297, 2007.

ANEXO:

ANEXO A – Parecer consubstanciado pelo C.E.P. (Conselho de ética e pesquisa)



UNIVERSIDADE DE UBERABA - UNIUBE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Aspectos epidemiológicos dos cistos odontogênicos e não odontogênicos em uma população do sudeste brasileiro.

Pesquisador: João Paulo Silva Servato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11373319.0.0000.5145

Instituição Proponente: SOCIEDADE EDUCACIONAL UBERABENSE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.430.284

Apresentação do Projeto:

Os cistos do complexo maxilo-mandibular são lesões relativamente comuns, as quais formam cavidades patológicas revestidas ou não por epitélio, contendo em seu lúmen material líquido ou semi-sólido, localizando-se no interior dos ossos gnáticos ou nos tecidos moles da face. Segundo a mais atual classificação da Organização Mundial de Saúde estes cistos são classificados em cistos odontogênicos (inflamatórios ou de desenvolvimento) e cistos não odontogênicos. O objetivo desta pesquisa será analisar uma série de casos diagnosticados como cistos odontogênicos e não odontogênicos provenientes do Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Uberlândia e do Laboratório de Patologia Oral da Universidade de Uberaba, entre 1978 e 2018, a fim de ilustrar a gama de apresentações clínicas, histopatológicas, bem como os tratamentos que foram empregados nestes pacientes. Os dados serão coletados dos registros clínicos de todos os pacientes com Cistos odontogênicos (CO) e Cisto não odontogênicos (CNO), diagnosticados e tratados, pelos serviços citados anteriormente. Serão excluídos os casos que mostrarem achados clínicos e histopatológicos inconsistentes, ausentes, com prontuários mal- preenchidos ou casos duplicados. Os dados serão

obtidos por dois pesquisadores cegamente, sendo posteriormente confirmados por um supervisor. Informações sociodemográficas e clinicopatológicas dos pacientes participantes serão obtidas a partir de consulta aos prontuários médicos. Todos os dados serão coletados por meio de um instrumento de coleta qualificado (questionário semiestruturado). Os dados coletados incluirão idade, gênero, cor/etnia,

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801 **Bairro:** Universitário **CEP:** 38.055-500 **UF:** MG
Município: UBERABA **Telefone:** (34)3319-8816 **Fax:** (34)3314-8910 **E-mail:** cep@uniube.br

Página 01 de

04



UNIVERSIDADE DE UBERABA - UNIUBE

Continuação do Parecer: 3.430.284

sintomatologia, tipo histológico da lesão, tempo de evolução e se a lesão é primária ou recidiva. Os dados experimentais serão descritos utilizando, quando pertinente, média \pm desvio padrão, mediana e percentual. A análise estatística será realizada utilizando-se o software GraphPad Prism 6.0 (GraphPad Software, San Diego, CA, USA). Para todos os grupos, a distribuição das amostras será caracterizada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e D'Agostino & Pearson (=5%).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Descrever e analisar os casos diagnosticados retrospectivamente como cistos odontogênicos e cistos não odontogênicos procedentes do Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Uberlândia e do Laboratório de Patologia Oral da Universidade de Uberaba.

Objetivo Secundário:

Levantar os casos de cistos odontogênicos e cistos não odontogênicos dos Serviços citados anteriormente. Obter dos prontuários informações clínico – patológicas relevantes, a fim de caracterizar a presente amostra;

Comparar os dados levantados anteriormente com uma revisão sistemática da literatura internacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos. Como se trata de um trabalho que tem por objetivo a coleta de dados de prontuários, o risco ficará restrito à perda da confidencialidade dos dados. Para minimizar esse risco, o pesquisador se compromete a substituir o nome dos participantes por letras e números. Não existem benefícios diretos para a população estudada, contudo os dados aqui levantados serão importantes para a sociedade e para a literatura, pois estes delimitarão quais sujeitos tem maiores risco de desenvolver estas lesões, bem como conhecer quais os tratamentos e prognósticos mais comumente utilizados/encontrados neste tipo de paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na reunião anterior o processo foi colocado “em pendência” pelo seguinte motivo: Verificar a data de seleção dos prontuários que consta no documento “AutorizacaoUNIUBE.pdf”, adequando-a com a data de seleção de prontuários que consta no documento “PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1306584.pdf” (1978 até 2018).

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801
Bairro: Universitário **CEP:** 38.055-500
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3319-8816 **Fax:** (34)3314-8910 **E-mail:** cep@uniube.br

Página 02 de 04



UNIVERSIDADE DE UBERABA - UNIUBE

Continuação do Parecer: 3.430.284

Na presente versão, o pesquisador atualizou a data de seleção dos prontuários no documento "Informações Básicas do Projeto"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Projeto de pesquisa
- Termo de compromisso para o uso de dados dos prontuários.
- Carta de autorização para a coleta de dados dos prontuários, assinada pelo Diretor do Curso de Odontologia da UNIUBE, Prof. Dr. Luis Henrique Borges.
- Carta de autorização para a coleta de dados dos prontuários, assinada pelo Prof. Dr. Adriano Mota Loyola, responsável pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Uberlândia.
- Folha de rosto assinada pelo pró-reitor de pesquisa, pós-graduação e extensão da Universidade de Uberaba, Prof. Dr. Andre Luis Teixeira Fernandes
- Justificativa para a dispensa de obtenção do TCLE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O relator vota pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em 01/07/2019 a plenária votou de acordo com o relator, pela aprovação da proposta. Lembra ao coordenador do projeto o seu compromisso com o que dita a Resolução 466/2012, especialmente no que diz respeito à entrega dos relatórios parciais e final do projeto, ao CEP-UNIUBE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1306584.pdf	13/06/2019 11:07:07		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_assinada.pdf	28/03/2019 11:01:58	João Paulo Silva Servato	Aceito
Declaração de	Termo_de_compromisso_para_uso_de_	28/03/2019	João Paulo	Aceito

Pesquisadores	dados_arquivo.pdf	11:01:43	Silva Servato	
TCLE / Termos de	Justificativa_para_dispensa_do_Term	22/03/2019	João Paulo Silva	Aceito

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801 **Bairro:** Universitário **CEP:** 38.055-500

UF: MG **Município:** UBERABA **Telefone:** (34)3319-8816 **Fax:** (34)3314-8910 **E-mail:** cep@uniube.br

Página 03 de

04



UNIVERSIDADE DE UBERABA - UNIUBE

Continuação do Parecer: 3.430.284

Assentimento / Justificativa de Ausência	o_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	17:15:21	Servato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoUFU.pdf	21/03/2019 18:08:17	João Paulo Silva Servato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoUNIUBE.pdf	21/03/2019 18:08:09	João Paulo Silva Servato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPUNIUBE.pdf	21/03/2019 18:04:25	João Paulo Silva Servato	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 02 de Julho de 2019

Assinado por:

Geraldo Thedei Junior (Coordenador(a))

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801

Bairro: Universitário **CEP:** 38.055-500

UF: MG **Município:** UBERABA

Telefone: (34)3319-8816 **Fax:** (34)3314-8910 **E-mail:** cep@uniube.br

