

UNIVERSIDADE DE UBERABA

**GIOVANNA CRISTINA CORRÊA RABELO
YASMIN CÔRTEZ FREITAS**

AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO: RELATO DE CASO

UBERABA – MG

2021

GIOVANNA CRISTINA CORRÊA RABELO
YASMIN CÔRTEZ FREITAS

AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Silva Servato

UBERABA – MG

2021

GIOVANNA CRISTINA CORRÊA RABELO
YASMIN CÔRTEZ FREITAS

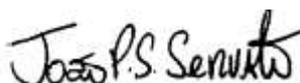
AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

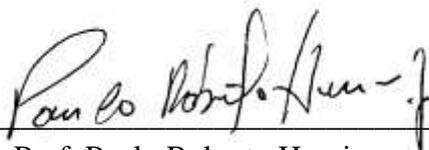
Orientador: Prof. Dr. João Paulo Silva Servato

Aprovado em: 04/12/2021

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. João Paulo Silva Servato - Orientador
Universidade de Uberaba



Prof. Paulo Roberto Henrique
Universidade de Uberaba

UBERABA - MG

2021

RESUMO

O Ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno de origem epitelial, que pode ser dividido em quatro subtipos: Ameloblastoma Sólido, Ameloblastoma Unicístico, Ameloblastoma Desmoplásico e o Ameloblastoma Periférico (AP). O AP é um tumor periférico raro, que ocorre fora do osso gnático, ou seja, que não acomete o tecido ósseo, mas, sim, os tecidos moles da gengiva e rebordo alveolar. Normalmente é indolor, de crescimento lento, não ulcerado, sésil ou pediculado, não apresentando assim características clínicas específicas. Dessa forma, o propósito desse estudo é apresentar um relato de caso clínico de uma paciente do gênero feminino, melanoderma, com 54 anos de idade, que procurou atendimento na Policlínica Getúlio Vargas da Universidade de Uberaba, com queixa de inchaço persistente e indolor, na gengiva dos dentes 33-34, com mais de seis meses de evolução. O tratamento realizado foi a biópsia excisional. O diagnóstico de AP foi confirmado pelo exame anatomopatológico. Não houve recidiva da lesão durante acompanhamento de 24 meses. A literatura descreve que o AP acomete mais a região de pré-molares mandibulares de homens, na sexta década de vida. No que se refere a predileção por raça, não é encontrado nenhum relato para o AP. Esta lesão tipicamente é descrita como uma tumoração, indolor de longa duração. O tratamento é a remoção cirúrgica conservadora, sendo as recidivas incomuns. O caso relatado afeta paciente do sexo feminino, dado que diverge da literatura, as demais características clínicas e de tratamento são similares as descritas acima. Concluímos então que o AP é um tumor odontogênico benigno raro, com características sócio-clínico-patológicas bem definidas. Relatos de casos como este, contribuem para o desenvolvimento de novas pesquisas e com a delimitação das predileções epidemiológicas dessa doença.

Palavras-chave: Ameloblastoma; patologia; diagnóstico; cirurgia.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor of epithelial origin, which can be divided into four subtypes: Solid Ameloblastoma, Unicystic Ameloblastoma, Desmoplastic Ameloblastoma and Peripheral Ameloblastoma (PA). PA is a rare peripheral tumor that occurs outside the gnathic bone, in other words, it does not affect the bone tissue, but the soft tissues of the gingiva and alveolar ridge. It is usually painless, slow-growing, non-ulcerated, sessile or pedicled, so it does not provide specific clinical characteristics. In this way, the purpose of this study is to present a clinical case report of a black-female patient, with 54 years old, who sought care at Policlínica Getúlio Vargas da Universidade de Uberaba, complaining of persistent and painless gum swelling, in the gingiva of teeth 33-34, with more than six months of evolution. The treatment was performed by excisional biopsy. The diagnosis of PA was confirmed by the anatomopathological examination. There was no recurrence of the lesion during the 24-month follow-up. The literature describes that PA affects more commonly the mandibular premolar region of men in the sixth decade of life. Regarding the predilection for race, there is no report for the PA. This lesion is typically described as a painless, long-lasting tumor. Treatment is conservative surgical removal and recurrences are uncommon. The case reported affects a female patient, as it differs from the literature. The other clinical and treatment characteristics are identical to the previous described. We therefore conclude that PA is a rare benign odontogenic tumor, with well-defined socio-clinical-pathological characteristics. Cases like this, contribute to the development of new research and to the delimitation of the epidemiological predilections of this disease.

Keywords: Ameloblastoma; pathology; diagnosis; surgery.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	JUSTIFICATIVAS E HIPÓTESES	3
3	OBJETIVOS	4
3.1	Objetivos Gerais	4
3.2	Objetivos Específicos	4
4	RELATO DE CASO	5
5	DISCUSSÃO	11
6	CONCLUSÃO	14
	REFERÊNCIAS	15
	ANEXO	17
	PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	17

1 INTRODUÇÃO

O Ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno de origem epitelial, que pode ser dividido em quatro subtipos: Ameloblastoma Sólido, Ameloblastoma Unicístico, Ameloblastoma Desmoplásico e o Ameloblastoma Periférico (AP). Possuem como característica comum, a proliferação de células de padrão ameloblástico, sem serem capazes de induzir a formação de esmalte. Os tumores periféricos são aqueles que ocorrem fora do osso gnático, acometendo tecidos moles próximos a este. Sendo assim, o AP é um tumor odontogênico benigno que não acomete o tecido ósseo, mas, sim, os tecidos moles da gengiva e do rebordo alveolar (ALMEIDA OP, 2016).

O AP é uma doença rara, representando de 1% a 5% de todos os casos de Ameloblastomas (MARTELLI-JÚNIOR; SOUZA; SANTOS; MELO-FILHO; PAULA, 2005). A predominância dos tumores odontogênicos é de 0,8% dentre doenças bucais. Já, a prevalência do ameloblastoma é de 30% entre os tumores odontogênicos. O AP acomete mais homens na proporção de 1,9:1, com faixa etária de 52,9 anos para homens e 50,6 para as mulheres. Além disso, é mais encontrado na mandíbula na proporção de 2,6:1, principalmente na área de pré-molares (BEENA; CHOUDHARY; HEERA; RAJEEV; SIVAKUMAR; VIDHYADHARAN, 2012).

Geralmente o AP é uma lesão indolor, de crescimento lento que acomete a mucosa gengival ou alveolar, de maneira não ulcerada, séssil ou pediculada. Muitas vezes a lesão é considerada, no ponto de vista clínico, como um fibroma ou granuloma piogênico. Dessa forma, o AP não tem características clínicas específicas (patognomonias) (NEVILLE, 2009). Seu tamanho varia de 0,2 a 4,5 cm de diâmetro. Radiograficamente o AP não apresenta envolvimento ósseo por ser um tumor que agride apenas tecidos moles. Em alguns casos, pode ser evidenciado uma depressão na cortical óssea devido à pressão causada pelo crescimento da lesão (LECORN; BHATTACHARYYA; VERTUCCI, 2006).

Histopatologicamente, esta lesão apresenta ilhas de epitélio ameloblástico, ocupando a lâmina própria sob o epitélio, de forma semelhante ao do ameloblastoma intraósseo convencional. Sendo os padrões plexiforme ou folicular, os mais comuns. Em 50% dos casos, nota-se conexão do tumor com a camada basal do epitélio de revestimento (NEVILLE, 2009).

Para o tratamento de Ameloblastoma podem ser apontados curetagem, cauterização, enucleação, ressecção marginal preservando a borda marginal, ou

resseção radical com 1-2 cm de margem de segurança (BRANCO, 2013). Para o AP, por ser inofensivo, a excisão cirúrgica local conservadora mostra resultados positivos na grande maioria dos casos (NEVILLE, 2009).

Sua recorrência é rara, mas de toda forma deve ser feito um acompanhamento a longo prazo (VERED, M; MULLER, S; HEIKINHEIMO, K., 2017). Cerca de 15% a 20% dos casos apresentam recidiva e assim é feito uma nova excisão local (BRANCO, 2013). Os casos de recidiva não são atribuídos ao comportamento do tumor, mas, sim, ao resultado da excisão incompleta (VEZHAVENDHAN; VIDYALAKSHMI; MUTHUKUMARAN; SANTHADEVY; SIVARAMAKRISHNAN; GAYATHRI, 2019).

O objetivo deste trabalho é descrever e analisar um caso diagnosticado retrospectivamente como AP, procedente do Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba – UNIUBE.

2 JUSTIFICATIVAS E HIPÓTESES

Esse trabalho será realizado com o intuito de relatar um caso clínico diagnosticado com AP, atendido na Policlínica Getúlio Vargas. O AP é um tumor benigno de origem epitelial, com crescimento lento, e prevalência rara. Sendo assim, estudos como este, contribuem com a caracterização do comportamento biológico e das características epidemiológicas dessa doença. Tais conhecimentos são de extrema importância para a saúde pública e desenvolvimento científico, favorecendo no planejamento de prevenção da população e observação do comportamento da doença.

Segundo APPOLINÁRIO, F. em 2012, pesquisas descritivas de levantamento (caso clínico), prescindem a necessidade de apresentar hipóteses.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Descrever e analisar um caso diagnosticado retrospectivamente como AP, procedente do Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba - UNIUBE.

3.2 Objetivos Específicos

Obter do prontuário informações clínicas e patológicas relevantes, a fim de caracterizar o presente caso clínico;

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

4 RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, melanoderma, com 54 anos de idade, procurou o Serviço Odontológico da Policlínica Getúlio Vargas, na Universidade de Uberaba, com queixa principal de inchaço persistente e indolor, na gengiva, com mais de seis meses de evolução. Em relação à história médica pregressa, a paciente relatou não ter nenhuma alteração digna de nota, sendo considerada saudável e podendo receber tratamento odontológico sem outras precauções.

Durante o exame clínico extra oral, observou-se que não havia aumento de volume e assimetria facial (Figura 1). Já no exame intra oral, foi observado um aumento de volume na gengiva na região mandibular do lado esquerdo, entre os dentes 33 e 34, de coloração semelhante à mucosa, sem ulcerações (Figura 2). No exame radiográfico panorâmico e periapical, constatou-se que a lesão não tinha acometido tecido ósseo evidente (Figuras 3 e 4). O diagnóstico clínico foi de lesão reativa/proliferativa não neoplásica. Dessa forma, o tratamento realizado foi a biópsia excisional da lesão, na qual se removeu toda a lesão após a anestesia local. A hemostasia foi realizada com sutura simples e compressão da área cirúrgica (Figuras 5 e 6). O material obtido foi encaminhado para o exame histopatológico.

Os cortes histológicos revelaram fragmentos de tumor odontogênico benigno periférico, onde se podia observar ilhas e cordões de células epiteliais proliferando em um estroma de tecido conjuntivo fibroso, com delicado componente vascular, sem quadro inflamatório (Figura 7). Além disso, algumas ilhas apresentaram padrão cístico e microcístico com material amorfo eosinofílico, com característica acantomatosa e escamosa em seu interior. Por vezes o lúmen cístico se mostrava vazio (Figura 7). Nas ilhas tumorais analisadas, as células da periferia apresentavam típico arranjo em paliçada e polarização reversa dos núcleos, nota-se também a presença de aspecto de retículo estrelado nas células centrais destas ilhas, as quais exibiam em alguns locais o padrão acantomatoso (Figura 8). Depois da remoção da lesão, foi feito acompanhamento da paciente por 24 meses e, nesse período, não houve recidiva (Figuras 9 e 10). Sendo assim, pode-se considerar um prognóstico favorável.



Figura 1: Imagem extraoral da paciente (Fonte: dados de pesquisa).



Figura 2: Imagem intraoral, mostrando o volume gengival na região mandibular (Fonte: dados de pesquisa).



Figura 3: Exame Radiográfico Panorâmico, demonstrando ausência de comprometimento ósseo
(Fonte: dados de pesquisa).



Figura 4: Exame Radiográfico Periapical, demonstrando ausência de comprometimento ósseo
(Fonte: dados de pesquisa).



Figura 5: Fragmento da biópsia excisional (Fonte: dados de pesquisa).



Figura 6: Pós-operatório imediato (Fonte: dados de pesquisa).

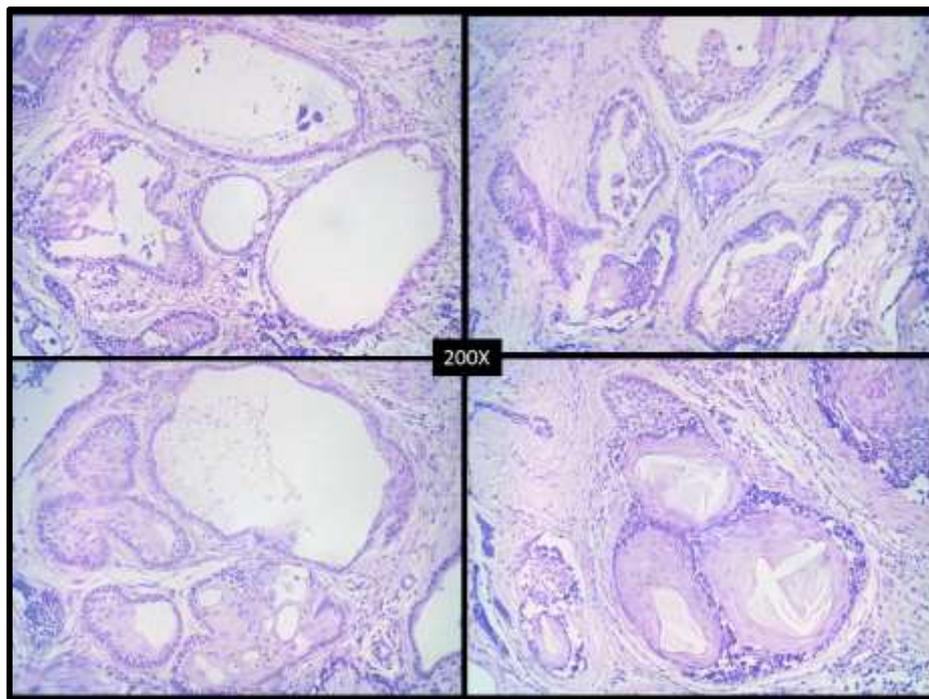


Figura 7: Ilhas e cordões de células epiteliais proliferando em um estroma de tecido conjuntivo fibroso com delicado componente vascular, com ausência de quadro inflamatório (Fonte: dados de pesquisa).

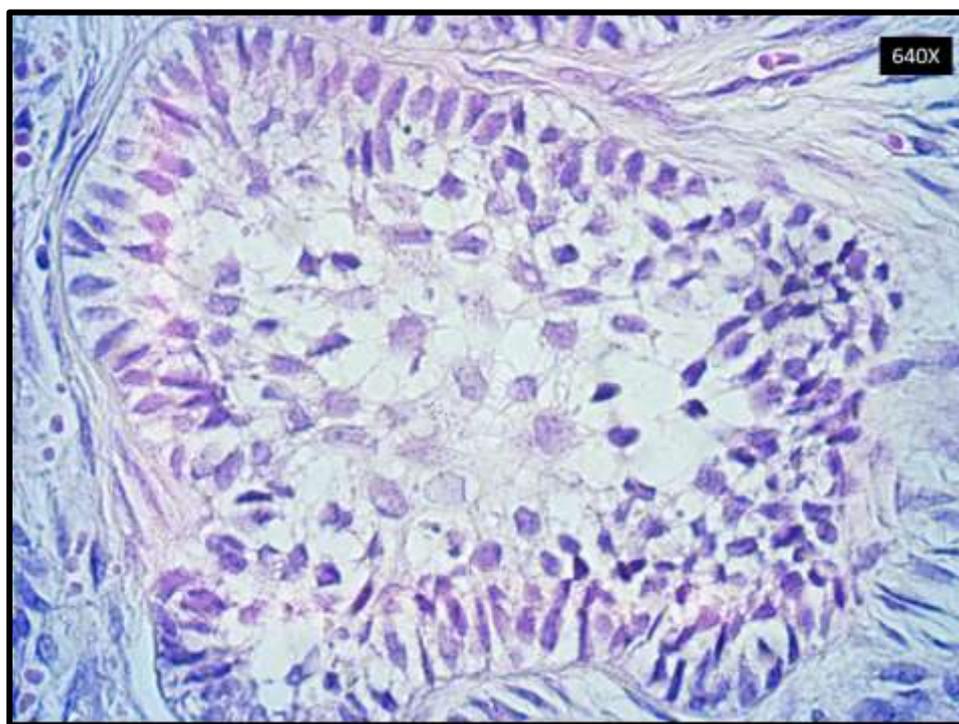


Figura 8: Ilhas apresentando polarização reversa dos núcleos das células basais periféricas e centralmente aspecto de retículo estrelado (Fonte: dados de pesquisa).



Figura 9: Pós-operatório de 24 meses (Fonte: dados de pesquisa).



Figura 10: Exame Radiográfico Periapical no Pós-operatório de 24 meses, demonstrando ausência de comprometimento ósseo (Fonte: dados de pesquisa).

5 DISCUSSÃO

O AP é um tumor odontogênico benigno, sem envolvimento ósseo, raro, que representa cerca de 1% a 10% dos casos de ameloblastoma (NEVILLE, 2009; ALMEIDA OP, 2016; VERED, M; MULLER, S; HEIKINHEIMO, K., 2017). O objetivo desse estudo foi relatar um caso de AP, acometendo uma mulher de 54 anos, que queixou de inchaço na gengiva na região dos elementos 33 e 34. Após biópsia excisional, o diagnóstico histológico confirmou o diagnóstico de AP, não se notando acometimento de tecido ósseo.

No decorrer dos anos, o AP recebeu diversas nomenclaturas em diferentes estudos. Em 1883, Eve introduziu pela primeira vez o conceito básico de AP na Grã-Bretanha. Colyer em 1910, incluiu o AP no capítulo do livro que publicou e conquistou seu espaço nas pesquisas a respeito do tema. Na literatura alemã foi adotado o termo "Basaliom" para todos os estes tipos de tumores (epúlides), independente da sua origem. Em 1904, na literatura americana, o AP foi de início reconhecido como "ameloblastoma de gengiva" ou "ameloblastoma da borda alveolar". Em seguida, foi denominado ameloblastoma superficial e epúlide de ameloblastoma em 1919. Por fim, Carnathan em 1943 adotou a terminologia utilizada até hoje (IDE; ITO; MIYAZAKI; NISHIMURA; KUSAMA; KIKUCHI, 2020).

A frequência do AP varia de 1% a 4% de todos os ameloblastomas, sendo então uma lesão que não é comum (NEVILLE, 2009). No geral, os tumores odontogênicos periféricos (TOPs), são raros, representando cerca de 0,05% de todas as biopsias orais. Buchner, *et al.*, 2006, demonstraram que o AP é o segundo TOP mais comum. Neste trabalho, o TOP mais comum foi o fibroma odontogênico periférico (51,1%, 23 casos), o segundo com 28,9% (13 casos) foi o AP, e o terceiro com 13,3% (seis casos) foi o tumor odontogênico cístico calcificante periférico. Sendo estes seguidos com 2,2% cada um (um caso cada) o tumor odontogênico epitelial periférico calcificante, fibroma ameloblástico periférico e carcinoma ameloblástico periférico (BUCHNER; MERRELL; CARPENTER, 2006). Portanto, este relato de caso contribui com a literatura com mais um caso de AP, colaborando com mais estudos sobre esse tumor odontogênico, melhorando assim sua caracterização e tratamento.

Embora na literatura ressalta que o AP tem uma predileção por homens na proporção de 1,9:1, no caso apresentado a lesão se encontra em uma paciente do sexo feminino (BERTOSSO; FAVERO; ALBANESE; DE-SANTIS; MARTANO;

PADOVANO-DI-LEVA; DE-FLORIO; NOCINI; LO-MUZIO, 2014). Vered M., *et al.*, 2017, descreve que a predileção por homens é de 1,4:1 (VERED, M; MULLER, S; HEIKINHEIMO, K., 2017). Dessa forma, podemos concluir que, embora os AP acometam mais homens, em uma menor porcentagem dos casos esta lesão pode acometer mulheres, conforme o caso clínico descrito.

Neville, *et al.*, 2009, em seu livro cita que a média de idade de diagnósticos dos AP é de 52 anos (NEVILLE, 2009), Vered M., *et al.*, 2017 abrange essa predileção por idade de 50 a 54 anos (VERED, M; MULLER, S; HEIKINHEIMO, K., 2017). É encontrado também na literatura que a predileção por idade é de 52,9 anos para homens e 50,6 anos para mulheres (BERTOSSO; FAVERO; ALBANESE; DE-SANTIS; MARTANO; PADOVANO-DI-LEVA; DE-FLORIO; NOCINI; LO-MUZIO, 2014). Similarmente ao esperado, no caso em questão a paciente apresenta 54 anos de idade. Sendo assim, analisando a literatura e o relato de caso, o AP acomete pacientes de meia idade.

Na literatura não é encontrado relatos de predileção do AP por raça, embora a paciente aqui diagnosticada seja melanoderma. Neville, *et al.*, 2009, em seu capítulo a respeito de tumores odontogênicos benignos, mostra que alguns estudos dizem que há uma predileção de raça por negros em relação aos ameloblastoma sólidos/multicístico, mas outros afirmam que esta predileção não é real (NEVILLE, 2009). Mais estudos são necessários para definir a real frequência racial em pacientes com estas doenças.

Os APs são mais comumente encontrados na mucosa alveolar e gengival posterior e são mais comuns na mandíbula do que na maxila (NEVILLE, 2009; VERED, M; MULLER, S; HEIKINHEIMO, K., 2017). Sendo mais frequentemente encontrado na região dos pré-molares inferiores, seguido pela região mandibular anterior e tubérculo maxilar (BERTOSSO; FAVERO; ALBANESE; DE-SANTIS; MARTANO; PADOVANO-DI-LEVA; DE-FLORIO; NOCINI; LO-MUZIO, 2014). O aumento de volume da lesão da paciente em questão localiza-se na região mandibular, do lado esquerdo, entre os dentes 33 e 34. Sendo este local, descrito na literatura como a localização mais comum para esta lesão.

Autores afirmam que o AP não apresenta envolvimento ósseo, sendo assim restrito aos tecidos moles. Entretanto, pode ser observado em alguns casos envolvimento na cortical óssea (reabsorção em taça) causado pela pressão do crescimento da lesão (LECORN; BHATTACHARYYA; VERTUCCI, 2006). A paciente foi submetida a radiografias panorâmicas e periapical da região da lesão e

constatou-se que não houve envolvimento ósseo, além da reabsorção em taça. Analisando a literatura e o caso, observa-se que o AP não acomete tecido ósseo e, quando acomete este é limitado, sendo originado pela pressão do crescimento da lesão.

Os APs têm como características histopatológicas ilhas de epitélio ameloblástico que estão na lâmina própria sob o epitélio superficial (NEVILLE, 2009). Nesse relato de caso, os cortes histológicos apresentaram ilhas, algumas com padrão cístico e microcístico com material amorfo eosinofílico e de característica acantomatosa e escamosa, e cordões de células epiteliais proliferando em um estroma de tecido conjuntivo fibroso. Com lúmen cístico vazio e ilhas tumorais com as células periféricas com arranjo em paliçada e polarização reversa dos núcleos, também a presença de aspecto de retículo estrelado nas células centrais destas ilhas, alguns locais mostravam padrão acantomatoso. Estes dados são similares aos esperados para o ameloblastoma convencional/intraósseo, assim como descrito por Vered M., *et al.*, 2017.

Tendo em vista que os carcinomas basocelular (CBC) e os AP possuem arquitetura tecidual e celular muito semelhantes, a literatura expõe o Ber-EP4, um anticorpo anti-epitelial, como um marcador importante na diferenciação dessas doenças por meio de imuno-histoquímica (IHQ). Os CBC apresentam imuno-expressão de Ber-EP4 positiva, enquanto os AP são negativos. UPADHYAYA, *et al.*, 2018, descreve as características clínico-patológicas de 18 casos de AP, diagnosticado em um período de 22 anos no serviço de patologia da Universidade da Flórida. Nesse estudo foi realizada IHQ, para avaliar a presença da proteína Ber-EP4 e, portanto, descartar a possibilidade de CBC. Os autores sugerem assim que todos os casos de AP provenientes de pequenas biópsias incisionais, ou que apresentam caráter visivelmente infiltrativo, superfície ulcerada, e/ou recorrências devem receber essa marcação, antes da conclusão do diagnóstico (UPADHYAYA; BHATTACHARYYA; FITZPATRICK; COHEN; ISLAM, 2018).

A literatura recomenda como um dos tratamentos primários do AP a excisão cirúrgica local conservadora, com margem de segurança de tecido normal (NEVILLE, 2009; VERED, M; MULLER, S; HEIKINHEIMO, K., 2017). O prognóstico é favorável, caso a remoção da lesão em sua totalidade. O acompanhamento por longo prazo é essencial (ANPALAGAN; TZORTZIS; TWIGG; WOTHERSPOON; CHENGOT; KANATAS, 2021). A recorrência da lesão é rara, quando esta ocorre uma nova excisão local conservadora resulta em cura na maioria dos casos. No caso apresentado, foi realizada a biópsia excisional, removendo toda lesão com margens

livres, e durante o acompanhamento até o final deste estudo (24 meses), não houve recidiva.

6 CONCLUSÃO

Após analisar dados encontrados na literatura e comparar com o caso descrito, é possível concluir que os dados aqui apresentados são semelhantes aos descritos em outros trabalhos científicos. O AP trata-se de um tumor odontogênico benigno extraósseo, de origem epitelial, raro, mais frequentemente encontrado na região de pré-molares inferiores, com predileção por homens na sexta década de vida. Seu tratamento para um prognóstico favorável deve ser a remoção total da lesão, com uma margem livre. Esse trabalho contribui para o avanço do conhecimentos sobre as características demográficas, clínicas, radiográficas e histológicas dos AP.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, OP. **Patologia Oral**. São Paulo: Artes Médicas, 2016. (Série Abeno: Odontologia Essencial - Parte Básica).

ANPALAGAN, A.; TZORTZIS, A.; TWIGG, J.; WOTHERSPOON, R.; CHENGOT, P.; KANATAS, A.. Current practice in the management of peripheral ameloblastoma: a structured review. **British Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [S.L.], v. 59, n. 1, p. 1-8, jan. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.08.084>.

BEENA, V. T.; CHOUDHARY, Kanaram; HEERA, R.; RAJEEV, R.; SIVAKUMAR, R.; VIDHYADHARAN, K.. Peripheral Ameloblastoma: a case report and review of literature. **Case Reports In Dentistry**, [S.L.], v. 2012, p. 1-3, 2012. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/571509>.

BERTOSSI, D.; FAVERO, V.; ALBANESE, M.; DE-SANTIS, D.; MARTANO, M.; PADOVANO-DI-LEVA, A.; DE-FLORIO, I.; NOCINI, Pf.; LO-MUZIO, L.. Peripheral ameloblastoma of the upper gingiva: report of a case and literature review. **Journal Of Clinical And Experimental Dentistry**, [S.L.], p. 180-4, 2014. Medicina Oral, S.L.. <http://dx.doi.org/10.4317/jced.51124>.

BRANCO, Daniela Barbabela de Castro Tavares. **RECORRÊNCIA DE AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO: relato de caso**. 2013. 25 f. Monografia (Especialização) - Curso de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

BUCHNER, Amos; MERRELL, Phillip W.; CARPENTER, William M.. Relative frequency of peripheral odontogenic tumors: a study of 45 new cases and comparison with studies from the literature. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, [s. l], p. 385-91, 2006.

IDE, Fumio; ITO, Yumi; MIYAZAKI, Yuji; NISHIMURA, Michiko; KUSAMA, Kaoru; KIKUCHI, Kentaro. A New Look at the History of Peripheral Ameloblastoma. **Head And Neck Pathology**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 1052-1057, 25 maio

2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-020-01168-6>.

LECORN, D; BHATTACHARYYA, I; VERTUCCI, F. Peripheral Ameloblastoma: a case report and review of the literature. **Journal Of Endodontics**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 152-154, fev. 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2005.10.028>.

MARTELLI-JÚNIOR, Herculio; SOUZA, Leandro N.; SANTOS, Luis Antonio Nogueira; MELO-FILHO, Mário R.; PAULA, Alfredo M.B. de. Peripheral ameloblastoma: a case report. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, Montes Claros, v. 99, n. 5, p. 31-33, maio 2005. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2004.11.016>.

NEVILLE, B.W.; ALLEN, C.M.; DAMM, D.D.; *et al.* **Patologia: Oral & Maxilofacial**. 3ª Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

UPADHYAYA, Jasbir D.; BHATTACHARYYA, Indraneel; FITZPATRICK, Sarah G.; COHEN, Donald M.; ISLAM, Mohammed N.. Peripheral Ameloblastoma: a study of 18 cases and usage of ber-ep4 immunohistochemistry to rule out a diagnosis of intraoral basal cell carcinoma. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [S.L.], v. 76, n. 5, p. 996-1004, maio 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2017.11.020>.

VERED, M; MULLER, S; HEIKINHEIMO, K. Ameloblastoma extraosseous/peripheral type. In: **World Health Organization. Classification of Tumors: Head and Neck Tumours**. Lyon: WHO; 2017. p.218.

VEZHAVENDHAN, Nagaraja; VIDYALAKSHMI, Santhanam; MUTHUKUMARAN, Rajakannu; SANTHADEVY, Arumugam; SIVARAMAKRISHNAN, Muthanandam; GAYATHRI, Chandrasekar. Peripheral ameloblastoma of the gingiva. **Autopsy And Case Reports**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 2-5, 2019. Editora Cubo. <http://dx.doi.org/10.4322/acr.2019.127>.

ANEXO**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIVERSIDADE DE UBERABA -
UNIUBE

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

Título da Pesquisa: AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO: RELATO DE CASO

Pesquisador: João Paulo Silva Servato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53403621.5.0000.5145

Instituição Proponente: SOCIEDADE EDUCACIONAL UBERABENSE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.118.868

Apresentação do Projeto:

Trata-se da primeira apresentação do projeto "AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO: RELATO DE CASO", apresentado pelo Prof. Dr. João Paulo Silva Servato.

Ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno de origem epitelial, sendo o subtipo Ameloblastoma Periférico um tumor periférico raro, que ocorre nos tecidos moles da gengiva e rebordo alveolar.

O projeto é um relato de caso de AP ocorrido na Policlínica Getúlio Vargas da Universidade de Uberaba

Objetivo da Pesquisa:

Retira-se da proposta: "Descrever e analisar um caso diagnosticado retrospectivamente como AP, procedente do Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba - UNIUBE."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Retira-se da proposta:

"Os riscos deste relato de caso estariam relacionados com a quebra de confidencialidade mediante a divulgação de dados e identificação não autorizada pelo paciente, o qual resultaria em danos psicológicos, morais e/ou materiais ao paciente ou à terceiros. Porém, todos os cuidados serão tomados para que a identidade do paciente não seja revelada e a autorização para uso de imagens será obtida expressamente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto aos Benefícios, retira-se da proposta:

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

Continuação do Parecer: 5.118.868

"Não existem Benefícios diretos aos participante de pesquisa. Embora, este estudo possa contribuir para aprimorar o diagnóstico e a abordagem terapêutica de pacientes com esta doença, garantindo uma melhor qualidade de vida aos futuros pacientes e à suas famílias."

O relator entende que os riscos estão adequadamente cobertos pelas medidas protetivas e destaca que para o paciente, houve o benefício do tratamento, embora previamente ao projeto, como ocorre nos relatos de caso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente e aborda um problema raro, segundo os autores, e que merece ser apresentado à comunidade científica, para ampliar o conhecimento sobre o tema. A participante da pesquisa tem seus direitos resguardados e respeitados, como expressa o corpo do projeto e também o TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos pertinentes são apresentados, a saber:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1851020.pdf

TCLE_MODELO_UNIUBE_ADEQUADO.pdf

FolhadeRosto.pdf

Projeto_completo.pdf

6_Carta_de_encaminhamento.pdf

4_Outros_Termos_de_responsabilidade.pdf

3_Declaracao_do_Pesquisador.pdf

2_Declaracao_de_Instituicao_e_de_Infraestrutura_parte02.pdf

1_Declaracao_de_Instituicao_e_de_Infraestrutura_parte01.pdf

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o relator é favorável à aprovação da proposta, salvo melhor juízo do CEP-UNIUBE

Considerações Finais a critério do CEP:

Em 22/11/2021 a plenária votou de acordo com o relator, pela aprovação da proposta. Ressalte-se, em tempo, que o pesquisador é o direto responsável pela pesquisa, devendo apresentar dados solicitados pelo CEP, ou pela CONEP, a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em

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

UNIVERSIDADE DE UBERABA -
UNIUBE



Continuação do Parecer: 5.118.868

arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade, por 5 (cinco) anos após a pesquisa; informar e justificar qualquer alteração na pesquisa, e apresentar o relatório final do projeto desenvolvido ao CEP, conforme Res. 466/2012, Capítulo XI, Artigo XXI.2 alíneas D e F.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1851020.pdf	17/11/2021 11:46:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODELO_UNIUBE_ADEQUADO.pdf	17/11/2021 11:45:56	João Paulo Silva Servato	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	08/11/2021 16:36:00	João Paulo Silva Servato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	29/10/2021 09:52:52	João Paulo Silva Servato	Aceito
Outros	6_Carta_de_encaminhamento.pdf	29/10/2021 09:50:39	João Paulo Silva Servato	Aceito
Outros	4_Outros_Termos_de_responsabilidade.pdf	29/10/2021 09:50:08	João Paulo Silva Servato	Aceito
Declaração de Pesquisadores	3_Declaracao_do_Pesquisador.pdf	29/10/2021 09:49:34	João Paulo Silva Servato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	2_Declaracao_de_Instituicao_e_de_Infraestrutura_parte02.pdf	29/10/2021 09:49:17	João Paulo Silva Servato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	1_Declaracao_de_Instituicao_e_de_Infraestrutura_parte01.pdf	29/10/2021 09:49:08	João Paulo Silva Servato	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

UNIVERSIDADE DE UBERABA -
UNIUBE



Continuação do Parecer: 5.118.868

UBERABA, 22 de Novembro de 2021

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