

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**CAMILA MONTEIRO DE ALMEIDA**

**TRATAMENTO DE ODONTOMA COMPLEXO E ODONTECTOMIA PARCIAL  
INTENCIONAL EM DENTE ASSOCIADO.**

**PATOS – PB**

**2019**

**CAMILA MONTEIRO DE ALMEIDA**

**TRATAMENTO DE ODONTOMA COMPLEXO E ODONTECTOMIA PARCIAL  
INTENCIONAL EM DENTE ASSOCIADO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

**Orientador:** Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha.

**PATOS - PB**

**2019**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

A447t Almeida, Camila Monteiro de

Tratamento de odontoma complexo e odontectomia parcial intencional em dente associado / Camila Monteiro de Almeida. – Patos, 2019.  
35f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2019.

“Orientação: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha”.

Referências.

1. Odontoma. 2. Tumores odontogênicos. 3. Dente não erupcionado. 4. Cirurgia bucal. I. Título.

CDU 616.314-089

**CAMILA MONTEIRO DE ALMEIDA**

**TRATAMENTO DE ODONTOMA COMPLEXO E ODONTECTOMIA PARCIAL  
INTENCIONAL EM DENTE ASSOCIADO**

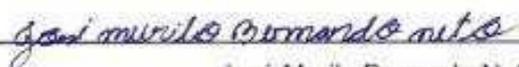
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao Curso de Odontologia  
da Universidade Federal de Campina  
Grande - UFCG, como parte dos  
requisitos para a obtenção do título de  
Bacharel em Odontologia.  
Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira  
Rocha.

Aprovado em 11/10/2019

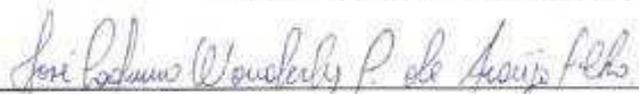
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha – Orientador  
Universidade Federal De Campina Grande - UFCG



José Murilo Bernardo Neto – 1º Membro  
Universidade Federal Da Paraíba - UFPB



Prof. Me. José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo Filho – 2º Membro  
Universidade Federal De Campina Grande - UFCG

## AGRADECIMENTOS

Ouço uma voz no meu coração: De maneira alguma te deixarei, nunca jamais te abandonarei. É o meu **Deus** falando. E todos os dias essa fala é confirmada, pois te sinto do meu ladinho, pai! Meu socorro, fortaleza e segurança. Em nenhum lugar eu chego sem ti. Em nenhum lugar quero ir sem ti. Obrigada por não me deixar só, por me moldar em cada dificuldade, por cada dia me apresentar mais do seu amor.

Sou grata a ti também pela vida de cada pessoa que passou por mim e deixou sua marca, especialmente pelas pessoas que aqui vou expressar meus agradecimentos. Sei que a presença de cada uma delas na minha história faz parte dos seus planos.

**Sedite Monteiro**, a mulher mais linda que já conheci. “Ninguém te ama mais do que eu” é a frase que eu mais ouço da sua voz. E, realmente, mainha, sinto que ninguém no mundo me ama mais que a senhora! Quero ser forte, dar valor ao que é importante, ser uma boa filha, ver sempre o lado bom das coisas, ter um sorriso grande no rosto e cuidar da minha família como a senhora! Minha grande inspiração. Te amo com todas as minhas forças.

**Anchieta Monteiro**, pra sempre serei sua caçula, seu “buchinho”, sua admiradora e fã número 1. O senhor tem o costume de dizer que eu e Karla somos seus “passalinhos”, sempre amei esse carinho, mas hoje isso faz todo sentido pra mim. Por qualquer lugar que eu vá, papai, onde quer que eu esteja, o nosso ninho, no seu abraço, sempre será nosso cantinho mais confortável e seguro. Obrigada por nunca me deixar faltar nada, mas de tudo o mais importante foi nunca ter deixado faltar seu amor.

**Kakah (Karla Monteiro)**, meu espelho desde que me entendo por gente e pra sempre. Meu sonho é ser cada dia mais parecida com você. Na força, nas decisões, no jeito de sonhar com os pés no chão, na forma de olhar pra o próximo. Obrigada por nunca soltar minha mão.

**Kaian Hudson**, te agradeço por ter feito da nossa família a sua e sempre cuidar tão bem de nós. Você é um irmão pra mim e nunca vou esquecer de todas as vezes que me aconselhou e me ajudou a seguir por caminhos felizes.

Vocês, **FAMÍLIA**, são os grandes amores da minha vida... o amor maior e mais puro que meu coração já conheceu, nenhum outro abraço me dará segurança e proteção como o de vocês. Essa formatura foi sonhada e realizada por nós.

A vovó **Maria José Gomes** (em memória) e vovô **Sebastião Monteiro** (que hoje está lutando pra viver), como eu queria compartilhar com vocês essa conquista. Me lembro de todas as vezes que quando eu perguntava se estavam bem, vocês diziam que não iam ter muito tempo... a minha resposta sempre era a mesma, que vocês ainda iam ver eu me formar e veriam os filhos de Karla e Kaian. Sei que sempre vão estar do lado de Deus olhando por nós. Agradeço a meus velhinhos pelo amor e zelo que sempre tiveram por mim.

**Paula Monteiro**, minha irmã de alma, poucas pessoas me conhecem como você. Sou grata por tantas as vezes que enxugou minhas lágrimas e pelas vezes que seu coração vibrou com minhas conquistas. Obrigada por ser pra mim instrumento do amor de Deus. Meus sonhos são seus, os seus são meus também. Te amo pra sempre.

**Paulo Filipe Queiroga**, somos abrigo um para o outro, você sabe de cada detalhe dessa caminhada e me acompanhou em cada momento me ouvindo, me apoiando, me incentivando. Você é um presente lindo que Deus me deu a mais de 11 anos e que tenho certeza que permanecerá comigo durante toda minha vida.

**Israel Lira**, minha surpresa mais linda! Te agradeço por ser meu companheiro, amigo e confidente. Você me faz querer ser melhor. Compartilhar a vida com você traz muita alegria pro meu coração.

**Sarhanna Dantas e Mirla Lays**, minhas duas princesinhas, cada uma do seu jeito, vocês são parte da minha família. Agradeço por todos os momentos que passamos juntas, pelo companheirismo, cuidado, amizade, pelas risadas e conselhos que oferecemos umas as outras; agradeço também pelas vezes que vocês aguentaram sem reclamar do meu despertador tocando a noite toda e eu apertando o "soneca" enrolando pra não estudar (KKK). Com vocês vivi momentos que nunca esquecerei. Torço pela felicidade de vocês como se fosse (e é) minha também.

**Jayanne Dantas**, minha florzinha e pequena grande amiga, te agradeço por cuidar tanto de mim e ser sempre uma mão estendida. Nossa amizade é como um lar seguro pro meu coração.

**Gabriela Lacerda e Firmino Araújo**, meus compadres, agradeço por nossa amizade verdadeira e pela confiança depositada em mim em ser madrinha de Pedro. Sei que em todos os momentos em que eu precisar, terei vocês. Vocês são muito preciosos pra mim.

**Estéfany Louise**, minha duplinha desde o primeiro momento, eu te amo muito! Te agradeço por tanto que me faltam palavras... Caminhamos juntas esses 5 anos e acho nossa história muito linda. Sou grata a Deus por ter me presenteado com uma pessoa que visse o curso com os mesmos olhos apaixonados que os meus, que me fizesse sentir confortável e me passasse segurança, me ensinasse e permitisse aprender um pouco comigo também. Dividimos sonhos e conquistas durante esse tempo e se Deus quiser seremos sempre assim. Vibro e celebro suas conquistas como se fossem minhas... e todas as minhas alegrias são suas também.

**Felipe Franklin**, não canso de dizer o quanto te admiro e te acho tão lindo. Você é um menino simples e que tem o coração gigante. Sou grata a Deus por ter cruzado seu caminho com o meu e ter me permitido aprender contigo. Obrigada por sua amizade fiél e sincera.

**José Wanderson**, obrigada por sua amizade, por seu zelo comigo e por me abraçar sempre que precisei. Você mora no meu coração.

**Mikaelly Fernanda e Natália Alves**, minhas meninas, a vida se torna mais leve quando se tem pessoas como vocês pra dividir os dias. Obrigada por todas as risadas, conselhos, ajuda, apoio e atenção. Amo vocês de coração.

**Camila Oliveira e Dinorah**, meus exemplos mais lindos de coragem. Pude dividir com vocês diariamente metade dessa caminhada, mas no restante da mesma, vocês sempre estiveram presentes de outras formas. Obrigada por todos os momentos que compartilhamos juntas, vocês são muito especiais pra mim.

Sempre fui uma grande admiradora dos meus professores, desde os que me acompanharam na escola até a graduação. Mas durante essa caminhada tive duas pessoas que exerceram, cada um, um papel muito singular.

**Renata Andrea**, você foi a professora que primeiro me acolheu na universidade, fez dos meus planos os seus, acreditou em mim, me ajudou a sonhar mais alto, me apresentou a um grande amor: a odontopediatria. Hoje tento ser mais organizada por admirar tanto a sua organização. Obrigada por me abraçar como uma filha e por todas as oportunidades que já me presenteou. Vou sentir tanto sua falta... pra sempre morará no meu coração.

**Julierme Ferreira**, você acreditou em mim quando eu não acreditava. Me permitiu viver um sonho que eu nunca se quer ousei sonhar, pois não achava que merecia ou conseguiria. Seu jeito de tratar os pacientes, a atenção e zelo que oferece a eles me inspiram. Quero ser como você quando crescer! Te agradeço de coração por tanto. Ainda tenho muito o que aprender e conquistar, mas sem você seria bem mais difícil.

Agradeço a **Murilo Bernardo** por ter me ajudado com esse trabalho e ter sido um segundo orientador pra mim. Que Deus te abençoe e te ajude a realizar seus maiores sonhos.

A todos os funcionários da UFCG que me acolheram durante esses anos e a todos que um dia me estenderam a mão, muito obrigada.

Meu sonho continua.

## RESUMO

O odontoma, considerado uma lesão odontogênica hamartomatosa, pode ser dividido em composto ou complexo, de acordo com o grau de diferenciação dos tecidos e com a semelhança com os dentes normais. Em sua maioria são assintomáticos e descobertos, geralmente, em exames radiográficos de rotina. O presente trabalho tem o objetivo de relatar o caso de um odontoma complexo associado a terceiro molar em oclusão profunda. Paciente do gênero masculino, 23 anos, foi encaminhado ao Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa, Paraíba, para avaliação e conduta em relação a achado radiográfico. A Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico mostrou massa radiopaca circunscrita por um halo esclerótico fino, associada ao dente 48 incluso, sugestivo de odontoma complexo. A estratégia de tratamento proposta foi enucleação cirúrgica da lesão e odontectomia parcial intencional em dente relacionado, sob anestesia geral. O procedimento ocorreu sem intercorrências. No pós operatório de 03 meses, o paciente evolui sem queixas clínicas. O planejamento cirúrgico das patologias do complexo maxilo-mandibular deve ser feito baseado no comportamento das lesões. A permanência dos dentes associados ao odontoma complexo não parece ser um risco ao tratamento, entretanto, estudos clínicos são necessários para confirmar essa hipótese.

**Descritores:** Odontoma, Tumores Odontogênicos, Dente não Erupcionado, Cirurgia Bucal

## ABSTRACT

An odontoma, considered to be an hamatomatous odontogenic lesion, is divided into compound and complex, according to the tissues degree of differentiation, and to the resemblance with the normal teeth. The majority of the cases is asymptomatic and found, usually, through routine radiographic exams. The main objective of this study is to report a case of a complex odontoma associated with an impacted third molar. The patient of the masculine sex, age of 23, and led to the Lauro Wanderley University Hospital, in João Pessoa, Paraíba, to evaluate alteration observed in the radiographic exam. During the Cone Beam Computed Tomography analysis, it was detected a radiopaque mass limited by a thin sclerotic halo, associated to the 48 impacted tooth, which suggests a complex odontoma. The proposed treatment strategy was a surgical enucleation of the lesion and an intentional partial odontognomy in an associated tooth accomplished in hospital environment, under general anesthesia. In the three month postoperative period the procedure was performed without complications. The surgical planning of maxilomandibular complex pathologies should be based on the behavior of the lesions. The permanence of teeth associated with complex odontoma does not appear to be a risk to treatment; however, clinical studies are needed to confirm this hypothesis

**Keywords:** Odontoma, Odontogenic Tumors, Impacted Tooth, Oral Surgery.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1** – Figura 2 – Aspecto clínico oral do paciente nos ângulos frontal (A) e lateral esquerdo (B) apresentando características de normalidade. Cortes de Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico evidencia dente 48 associado a massa radiopaca em oclusão profunda, próximo a base da mandíbula em corte coronal (C) e a relação com o canal da mandíbula em corte transversal (D). p. 22

**Figura 3** – Aspecto trans-operatório mostrando a fragmentação da lesão(A), após a remoção da lesão, sendo possível visualizar o dente 48 (B), após remoção da coroa do dente 48(C).p.24

**Figura 3** – Figura 3 –Espécime cirúrgico da massa do odontoma complexo(A), Fragmentação do dente(B). Radiografia panorâmica pós operatório de 03 meses (C). Fotomicrografia do odontoma complexo (aumento de 100x) mostra uma massa desorganizada de dentina misturada com pequenos grupamentos de matriz de esmalte(D). p.25

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	13
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	16
<b>3. ARTIGO CIÊNTÍFICO</b> .....	17
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>ANEXOS</b> .....	31
ANEXO A - NORMAS DA REVISTA .....	31
ANEXO B - TERMO DE CONSCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	35

## 1. INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos são formados por lesões de variados tipos histopatológicos e comportamentos clínicos. Alguns são lesões verdadeiras, raramente com aspecto de malignidade; outros podem representar malformações (hamartomas) (NEVILLE et al., 2016, p.653).

O termo odontoma, descrito por Paul Brocain em 1867, se referia a qualquer tumor formado pelo crescimento excessivo, transitório ou total dos tecidos dentais (PHILIPSEN; REICHART, 2006). Hoje, é sabido que o odontoma é considerado uma lesão odontogênica hamartomatosa formada por componentes epiteliais e ectomesenquimais e que possui células morfologicamente normais com organização estrutural defeituosa (PATRICIA et al., 2011).

Sua etiologia é incerta, mas traumatismos, processos inflamatórios, dentes impactados e infecções locais constituem os prováveis fatores que podem desencadear os odontomas (FERREIRA et al., 2015).

Classificados como composto ou complexo, são mais comuns em crianças e adultos jovens. (CUSTÓDIA et al., 2018). O odontoma composto possui os tecidos dentários dispostos de maneira ordenada a simular um dente; já o odontoma complexo, é formado por esses tecidos, mas em um arranjo desordenado (TEJASVI; BABU, 2011).

No aspecto radiográfico, esses hamartomas apresentam radiopacidade bem definida, com densidade maior que a do tecido ósseo adjacente e semelhante à dentária (PIRES et al., 2013, p.139).

Apesar de ser uma entidade benigna, os profissionais de odontologia devem estar atentos a sua apresentação clínica e radiográfica, para que, assim, possam adotar a melhor conduta diante do caso.

Perante o que foi exposto, desenvolveu-se este trabalho, com o objetivo de relatar o caso de um odontoma complexo associado a terceiro molar incluso (estando este localizado próximo a base da mandíbula e em relação com o canal mandibular) e a conduta frente ao tratamento proposto.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O odontoma é o tumor odontogênico mais comum (SUN; SUN; MA, 2015), apresentando um crescimento lento e não agressivo (VENGAL et al., 2007). É uma lesão formada pelo supercrescimento de células epiteliais e mesenquimais (BAGEWADI et al., 2015), sendo essas células morfológicamente normais, tendo, porém, sua organização estrutural defeituosa (PATRICIA et al., 2011).

De acordo com o grau de diferenciação do tecido e com a semelhança com os dentes normais, os odontomas são subdivididos em complexos e compostos (AN; AN; CHOI, 2012). O odontoma complexo é formado por uma calcificação amorfa, com dentina displásica envolta por esmalte; o composto, por sua vez, possui em sua estrutura múltiplos dentículos irregulares (SUN; SUN; MA, 2015; FERREIRA et al., 2015).

Em relação ao seu tamanho, os odontomas geralmente não ultrapassam 03 cm de diâmetro (SPINI et al., 2012). Em alguns raros casos, grandes odontomas podem ser chamados de “Odontomas Gigantes” (PERUMAL et al., 2013). Somente 11 casos de “odontomas gigantes” foram relatados desde 2010 e, em nenhum deles, foram descritos critérios adequados para avaliar seus tamanhos. (PARK et al., 2018).

Clinicamente, são reconhecidas na literatura científica, três apresentações do odontoma: intra-ósseo, extra-ósseo e irrompido. Destes, o intra-ósseo é o mais frequente. (JUNQUERA et al., 2005).

Em sua maioria são assintomáticos e, por isso, são descobertos geralmente em exames radiográficos de rotina; porém, são relatados alguns casos em que há a presença de edema, erupção tardia, infecção ou linfadenopatia (HIDALGO-SANCHEZ; LECO-BERROCAL; MARTINEZ-GONZALEZ, 2008; AL-SAHHAR; PUTRUS, 1985). Apesar de haver poucos pacientes descritos, odontomas podem causar distúrbios na erupção dos dentes, como impactação, erupção retardada ou retenção de dentes decíduos ou permanentes (CUESTA *et al.*, 2003). Os caninos, seguidos por incisivos centrais superiores e terceiros molares são os mais acometidos (CHOUDHARY et al., 2014)

Nos casos em que o odontoma erupciona na cavidade bucal espontaneamente, é comum que cause dor, inflamação dos tecidos moles adjacentes e infecção com exsudato purulento (SERRA-SERRA; BERINI-AYTÉS; GAY-ESCODA, 2009).

Radiograficamente, os odontomas complexos, mais encontrados na região posterior de mandíbula, podem ser observados como massas radiopacas, sólidas e rodeadas por uma fina área radiolúcida. São lesões únicas e separadas do osso por uma cortical bem definida (SERRA-SERRA; BERINI-AYTÉS; GAY-ESCODA, 2009).

Por outro lado, os odontomas compostos geralmente estão localizados na região anterior da maxila, sobre as coroas de dentes não erupcionados ou entre as raízes dos dentes que entraram em erupção. No exame radiográfico, são vistos como lesões uniloculares com múltiplas estruturas radiopacas semelhantes a dentes (AGRAWAL et al., 2012).

A radiografia panorâmica convencional deve ser a primeira escolha para avaliação preliminar, visualização da dentição, dos ossos e das relações anatômicas. Porém, a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico tem sido utilizada como método auxiliar em alguns casos, quando se faz necessária uma visualização mais detalhada e precisa. (KATHERIA et al., 2010)

Como diagnóstico diferencial, nas lesões instaladas entre raízes dentárias, tem-se a osteíte focal residual, cementoma, tumor odontogênico epitelial calcificante, tumor odontogênico adenomatoide, dentes supranumerários, fibroma cementificante ou osteoblastoma benigno. Caso se localize a na região pericoronária, o diagnóstico diferencial inclui tumor odontogênico adenomatoide, tumor odontogênico epitelial calcificante, fibrodentinoma ameloblástico ou odontoameloblastoma. Além disso, há os tumores ósseos que podem apresentar características radiográficas semelhantes ao odontoma complexo como o osteoma osteoide, osteoblastoma, cementoblastoma e fibroma cimento-ossificante (CHRCANOVIC; JAEGER; FREIRE-MAYA, 2010).

Quanto ao tratamento, é preconizado tanto para o odontoma composto, quanto para o complexo, a remoção cirúrgica seguindo os princípios de exodontia de dentes inclusos. Esses hamartomas são, geralmente, removidos facilmente, pelo fato de serem separados do osso por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso

(FREIRE-MAYA; JAEGER; CHRCANOVIC, 2010). Essa opção terapêutica se mostra favorável, apresentando baixa incidência de reicidiva (IATROU et al., 2011).

## REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, B. et al. Infected complex odontoma: An unusual presentation. **BMJ Case Rep**, 2012.
- AL-SAHHAR, W.; PUTRUS, S. Erupted odontoma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 59, p. 225-226, 1985.
- AN, S. Y.; AN, C. H.; CHOI, K.S. Odontoma: a retrospective study of 73 cases. **Imaging Sci Dent**, v. 42, p. 77-81, 2012.
- BAGEWADI, S. B. et al. Unusually large erupted complex odontoma: a rare case report. **Imaging Sci Dent**, v. 45, p. 49-54, 2015.
- CHOUDHARY, P. J. et al. Compound odontoma associated with impacted teeth: a case report. **IJSS Case Rep Rev**, v. 1, p. 12-15, 2014.
- CHRCANOVIC, R. B.; JAEGER, F.; FREIRE-MAYA, B. Two-stage surgical removal of large complex odontoma. **Oral Maxillofac Surg**, v.14, p. 247-252, 2010.
- CUESTA, A. S. et al. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. **MedOral**, v.8, p. 366–373, 2003
- CUSTODIA, M. et al. Gingival complex odontoma: a rare case report with review of literature. **Autops Case Rep [Internet]**, v. 8, n. 1, 2018.
- FERREIRA, P. H. et al. Compound odontoma in a pediatric patient with aspects similar to complex odontoma. **J Craniofac Surg**, v. 26, p. 1429-1431, 2015.
- HIDALGO-SANCHEZ, O.; LECO-BERROCAL, M. I.; MARTINEZ-GONZALEZ, J. M. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 13, n. 11, 2008.
- IATROU, I. et al. A retrospective analysis of the characteristics, treatment and follow-up of 26 odontomas in greek children. **J Oral Sci**, v. 52, n.3, p. 439-447, 2011.
- JUNQUERA, L. et al. Intraosseous odontoma erupted into the oral cavity: An unusual pathology. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 10, p. 248-251, 2005.
- Katheria, B. C. et al. Effectiveness of impacted and supernumerary tooth diagnosis from traditional radiography versus cone beam computed tomography. **Pediatr Dent**, v. 32, p. 304- 309, 2010.
- NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Trad.4a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- PARK, J. C. et al. Giant complex odontoma in the posterior mandible: A case report and literature review. **Imaging Science in Dentistry**, v. 48, p. 289-293, 2018.
- PATRICIA, G. A. et al. Podoplanin expression in odontomas: clinicopathological study and immunohistochemical analysis of 86 cases. **J Oral Sci**, v. 53, n. 1, p. 67–75, 2011.
- PERUMAL, C. J. et al. Sequestering giant complex odontoma: a case report and review of the literature. **J Oral Maxillofac Surg**, v.12, p. 480-484, 2013.
- PHILIPSEN, H. P.; REICHART P. A. Classification of odontogenic tumours. A historical review. **J Oral Pathol Med**, v. 35, n. 9, p. 525-529, 2006.
- PIRES, W. R. et al. Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: relato de caso. **Rev Odontol UNESP**, v. 42, n. 2, p.138-143, 2013.
- SERRA-SERRA, G.; BERINI-AYTÉS, L.; GAY-ESCODA, C.. Erupted odontomas: A report of three cases and review of the literature. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.14, 2009.
- SPINI, P. H. et al. Giant complex odontoma of the anterior mandible: report of case with long follow up. **Braz Dent J**, v. 23, p. 597-600, 2012.
- SUN, L.; SUN, Z.; MA, X. Multiple complex odontoma of the maxilla and the Mandible. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v.120, 2015.
- TEJASVI, M. L. A.; BABU, B. B. Erupted compound odontomas: A case report. **J Dent Res Dent Clin Dent Prospects**, v. 5, p. 33-36, 2011.
- VENGAL, M. et al. Large erupting complex odontoma: A case report. **J Can Dent Assoc**, v. 63, p. 169-173, 2007.

### 3. ARTIGO CIÊNTÍFICO

#### TRATAMENTO DE ODONTOMA COMPLEXO E CORONECTOMIA: CASO CLÍNICO

#### TREATMENT OF COMPLEX ODONTOMA AND CORONECTOMY: CLINICAL CASE

##### **AUTORES:**

Camila Monteiro de ALMEIDA

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil.

camilamont05@gmail.com

Julierme Ferreira ROCHA

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil.

juliermerocha@hotmail.com

José Murilo Bernardo NETO

Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais, UFPB Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

j.muriloneto@gmail.com

Cassiano Francisco Weege NONAKA

Departamento de odontologia, UEPB Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

cfwnonaka@gmail.com

José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo FILHO

Departamento de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil.

cadmoaraujo@hotmail.com

Estéfany Louise PEREIRA

Departamento de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande,  
Patos, PB, Brasil.

estefanylouise01@gmail.com

José Wilson Noletto Ramos JÚNIOR

Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais, UFPB Universidade  
Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

wilsonnoletto@ig.com.br

**Endereço para correspondência:**

Julierme Ferreira Rocha - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de  
Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários,  
S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil.

Email: juliermerocho@hotmail.com

## RESUMO

O odontoma, considerado uma lesão odontogênica hamartomatosa, pode ser dividido em composto ou complexo, de acordo com o grau de diferenciação dos tecidos e com a semelhança com os dentes normais. Em sua maioria são assintomáticos e descobertos, geralmente, em exames radiográficos de rotina. O presente trabalho tem o objetivo de relatar o caso de um odontoma complexo associado a terceiro molar em oclusão profunda. Paciente do gênero masculino, 23 anos, foi encaminhado ao Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa, Paraíba, para avaliação e conduta em relação a achado radiográfico. A Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico mostrou massa radiopaca circunscrita por um halo esclerótico fino, associada ao dente 48 incluso, sugestivo de odontoma complexo. A estratégia de tratamento proposta foi enucleação cirúrgica da lesão e odontectomia parcial intencional em dente relacionado, sob anestesia geral. O procedimento ocorreu sem intercorrências. No pós operatório de 03 meses, o paciente evolui sem queixas clínicas. O planejamento cirúrgico das patologias do complexo maxilo-mandibular deve ser feito baseado no comportamento das lesões. A permanência dos dentes associados ao odontoma complexo não parece ser um risco ao tratamento, entretanto, estudos clínicos são necessários para confirmar essa hipótese.

**Descritores:** Odontoma, Tumores Odontogênicos, Dente não Erupcionado, Cirurgia Bucal

## ABSTRACT

An odontoma, considered to be an hamatomatous odontogenic lesion, is divided into compound and complex, according to the tissues degree of differentiation, and to the resemblance with the normal teeth. The majority of the cases is asymptomatic and found, usually, through routine radiographic exams. The main objective of this study is to report a case of a complex odontoma associated with an impacted third molar. The patient of the masculine sex, age of 23, and led to the Lauro Wanderley University Hospital, in João Pessoa, Paraíba, to evaluate alteration observed in the radiographic exam. During the Cone Beam Computed Tomography analysis, it was detected a radiopaque mass limited by a thin sclerotic halo, associated to the 48 impacted tooth, which suggests a complex odontoma. The proposed treatment strategy was a surgical enucleation of the lesion and an intentional partial odontogony in an associated tooth accomplished in hospital environment, under general anesthesia. In the three month postoperative period the procedure was performed without complications. The surgical planning of maxilomandibular complex pathologies should be based on the behavior of the lesions. The permanence of teeth associated with complex odontoma does not appear to be a risk to treatment; however, clinical studies are needed to confirm this hypothesis

**Keywords:** Odontoma, Odontogenic Tumors, Impacted Tooth, Oral Surgery.

## INTRODUÇÃO

O odontoma é o tumor odontogênico mais comum apresentando um crescimento lento e não agressivo e, por ser em sua maioria assintomático, geralmente é descoberto em exames de rotina.<sup>1,2</sup> De acordo com o grau de diferenciação do tecido e com a semelhança com os dentes normais, os odontomas são subdivididos em complexos e compostos. O odontoma complexo é formado por uma calcificação amorfa, com dentina displásica envolta por esmalte; o composto, por sua vez, possui em sua estrutura múltiplos dentículos irregulares.<sup>1</sup>

Apesar de haver poucos pacientes descritos, odontomas podem causar distúrbios na erupção dos dentes, como impactação, erupção retardada ou retenção de dentes decíduos ou permanentes.<sup>2</sup> Os caninos, seguidos por incisivos centrais superiores e terceiros molares são os mais acometidos<sup>3</sup>.

Nos casos em que os odontomas estão associados a dentes inclusos, o tratamento envolve a remoção da lesão com ou sem a remoção do dente associado. Quando se opta por não realizar a exodontia do dente relacionado, a erupção do mesmo pode acontecer espontaneamente ou, muito frequentemente, por intervenção ortodôntica.<sup>4</sup>

Por vezes, para intervenção aos dentes inclusos, opta-se por lançar mão de um procedimento alternativo, a coronectomia ou odontectomia parcial intencional (OPI). Essa técnica tem sido designada para dentes que apresentem risco de lesão ao NAI, bem como risco de fratura da mandíbula<sup>5</sup>. Apesar das indicações citadas, existem fatores que fazem com que a odontectomia parcial intencional seja contraindicada, como a existência de lesão ou infecção ativa relacionada ao dente, impactação horizontal ao longo do canal mandibular e mobilidade do dente ou raízes.<sup>6</sup>

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um odontoma complexo associado a terceiro molar em oclusão profunda.

## RELATO DE CASO

Paciente leucoderma, 23 anos de idade, sexo masculino foi encaminhado ao Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa, Paraíba, para avaliação de alteração observada em exame radiográfico. Durante a anamnese, o paciente não relatou sintomatologia dolorosa e, após exame físico, não foi possível observar nenhuma alteração (Figura 1 – A, B).

Ao analisar a tomografia computadorizada de feixe cônico detectou-se massa radiopaca circunscrita por um halo esclerótico fino, sugestivo de odontoma complexo, associada ao dente 48 incluso com relação com o canal mandibular e próximo a base da mandíbula. O referido dente apresentava-se envolto por osso, assintomático e sem processo infeccioso relacionado (Figura 1- C,D). Devido a essas características, a estratégia de tratamento proposta foi enucleação cirúrgica da lesão e odontectomia parcial intencional do dente associado, sob anestesia geral.

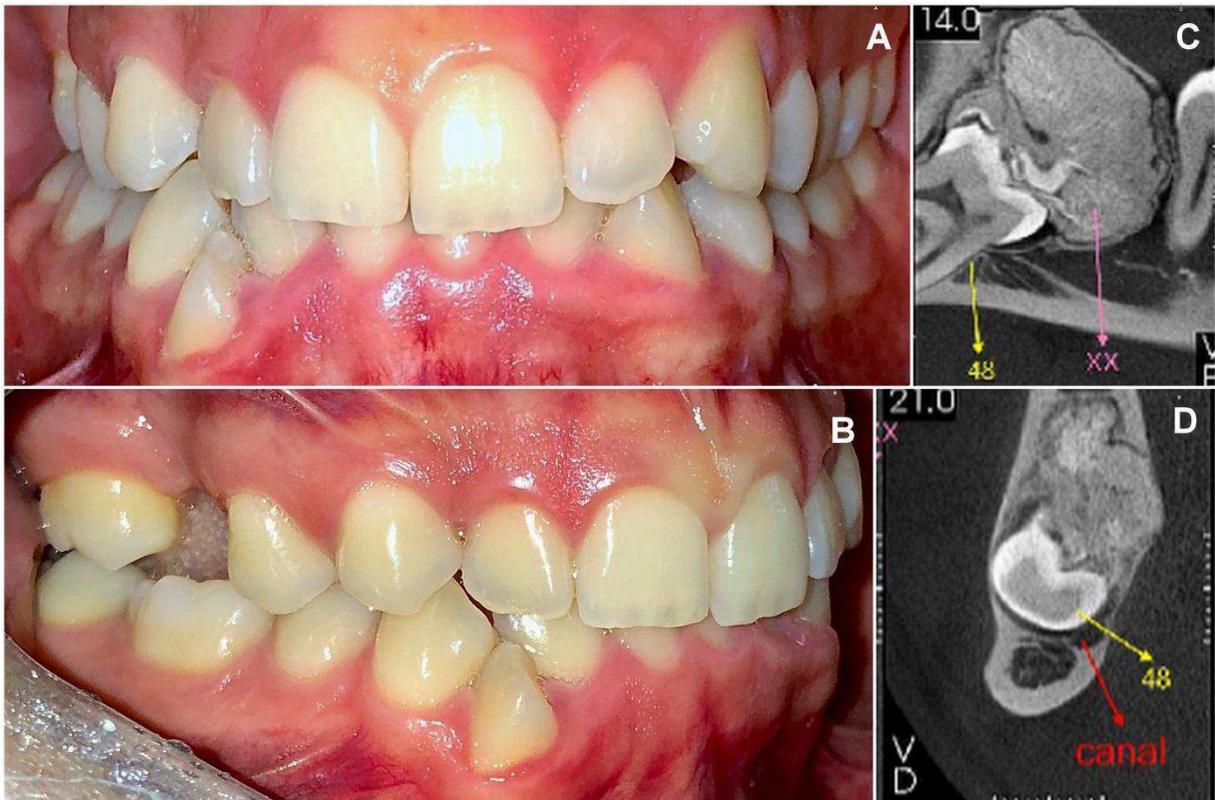


Figura 4 – Aspecto clínico oral do paciente nos ângulos frontal (A) e lateral esquerdo (B) apresentando características de normalidade. Cortes de Tomografia

Computadorizada de Feixe Cônico evidencia dente 48 associado a massa radiopaca em oclusão profunda, próximo a base da mandíbula em corte coronal (C) e a relação com o canal da mandíbula em corte transversal (D).

Após anestesia geral, uma incisão de Avellanal foi realizada com lâmina de bisturi número 15, obtendo uma relaxante vestibular na região retromolar do lado direito e outra relaxante na papila distal da face vestibular do primeiro molar direito. Logo depois, com descolador de Molt (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) foi feito o descolamento mucoperiosteal.

Após o acesso da região de ramo mandibular, foi realizada osteotomia para exposição da lesão e criação da loja cirúrgica com broca esférica cirúrgica número oito (KG SORENSEN®, Cotia, São Paulo, Brasil) em peça de mão reta associada a um micromotor elétrico. Logo depois, fez-se a fragmentação da lesão com o mesmo instrumento rotatório, associado à broca cirúrgica 702 (KG SORENSEN®, Cotia, São Paulo, Brasil) (Figura 2- A), com alavanca reta completou-se a secção e a pinça hemostática (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) foi utilizada pra remover os fragmentos (Figura 3 – A).

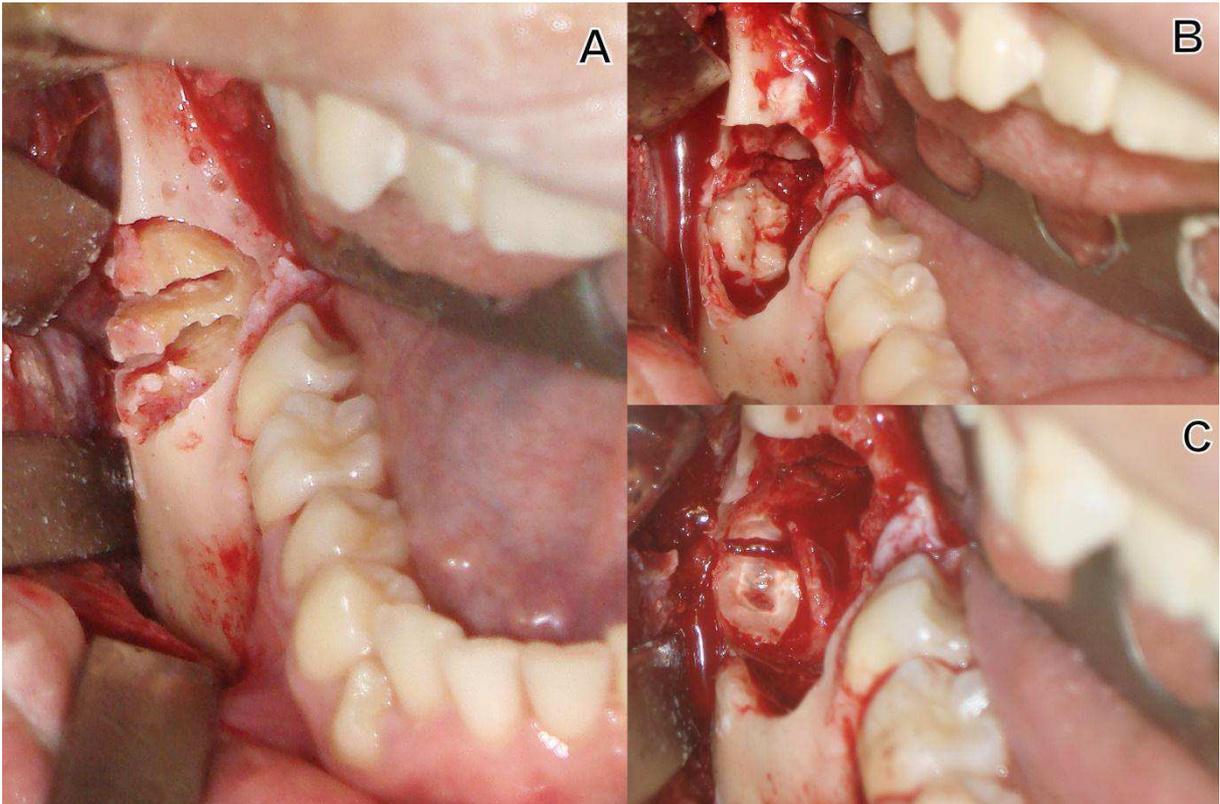


Figura 5 – Aspecto trans-operatório mostrando a fragmentação da lesão(A), após a remoção da lesão, sendo possível visualizar o dente 48 (B), após remoção da coroa do dente 48(C).

Retirada a lesão, foi possível visualizar a coroa do elemento 48(Figura 2- B). A mesma foi removida após ser seccionada em três fragmentos com motor de alta rotação e broca cirúrgica tronco-cônica número 702 (Figura 3 – B)

Posteriormente, executou-se a regularização da loja óssea com lima para osso (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil), lavagem abundante da região com soro fisiológico 0,9% e, em seguida, a síntese da ferida cirúrgica com o fio de vicryl 4-0 poliglactina 910.

O paciente foi orientado verbalmente e por escrito sobre os cuidados no período pós-operatório. Foi prescrito analgésico (Dipirona 500mg de 06/06 horas durante três dias), anti-inflamatório não esteroideal (Nimesulida 100mg de 12/12 horas durante três dias), antibiótico (Amoxicilina 500mg de 08/08 horas durante 07 dias), além de solução antisséptica oral (Digluconato de Clorexina 0,12% sem álcool, bochechar 10ml por um minuto de 08/08 horas durante cinco dias).

A peça foi enviada para exame histopatológico no laboratório de patologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil, onde foram

analisados os fragmentos da lesão compostos por massas de matriz de dentina nas quais podiam ser observados espaços contendo remanescentes de matriz de esmalte, tecido conjuntivo compatível com polpa dentária e quantidades variáveis de cimento, confirmando o diagnóstico de clínico e radiográfico (Figura 3 – D).

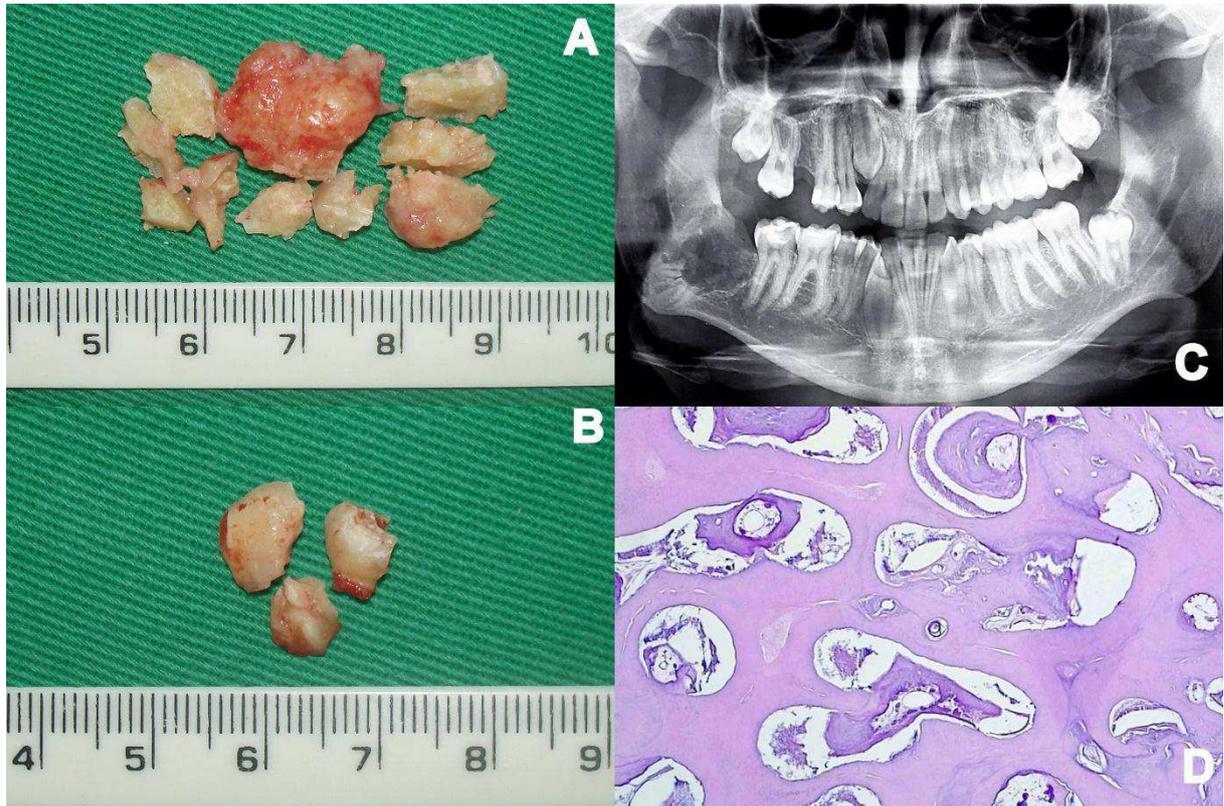


Figura 3 –Espécime cirúrgico da massa do odontoma complexo(A), Fragmentação do dente(B). Radiografia panorâmica pós operatório de 03 meses (C). Fotomicrografia do odontoma complexo (aumento de 100x) mostra uma massa desorganizada de dentina misturada com pequenos grupamentos de matriz de esmalte(D).

## DISCUSSÃO:

O odontoma é uma alteração que cresce e amadurece enquanto os dentes permanentes são formados e seu desenvolvimento cessa quando estes estão completamente maduros.<sup>7</sup> Então, devido seu crescimento limitado, raramente vão ultrapassar 03 cm de diâmetro.<sup>7</sup> O caso descrito, com extensão média de 2,3 centímetros, pode ser considerado como uma lesão de tamanho médio.

Essa má formação odontogênica pode ser diagnosticada em diversas faixas etárias, sendo a segunda década de vida o período em que há o maior pico de relatos.<sup>8</sup> Em relação a sua apresentação clínica, a intra-óssea é a mais comum e, no caso dos odontomas complexos, acometem principalmente a região posterior de mandíbula. O caso de odontoma complexo - em paciente de 23 anos de idade e localizado em região posterior de mandíbula - neste trabalho relatado, corrobora com a literatura descrita quanto a localização, apresentação e faixa etária.

No referido caso houve a remoção da lesão bem como intervenção no dente(48) incluso e impactado relacionado a mesma. Optou-se por tal conduta porque o dente estava localizado muito inferiormente, próximo ao ângulo e base da mandíbula, causando fragilidade óssea nessa região. Além disso, a erupção espontânea dificilmente ocorreria, visto que o ápice estava formado e o dente possuía eixo de erupção desfavorável; ademais, o tracionamento ortodôntico seria inviável no caso, visto que o dente não desempenharia função em oclusão.

Quanto ao acesso, quatro possibilidades de abordagens cirúrgicas para remoção de grandes tumores benignos no ângulo mandibular podem ser consideradas. Destas, três são por acessos intra-orais e uma extra-oral, pelo acesso submandibular.

O acesso extra-oral submandibular, por ser considerado mais agressivo - com possibilidade de formação de cicatriz não estética e possível lesão do nervo facial - é menos utilizado para o tratamento de uma lesão benigna como o odontoma, porém, é indicada quando se deseja ter acesso a grandes lesões, com risco de fratura mandibular, pois permite melhor acesso e devolução imediata das funções mastigatórias com fixação primária por placas e parafusos de titânio.<sup>9</sup>

As alternativas intra-orais relatadas na literatura são a remoção da lesão através da cortical vestibular, nos casos em que os remanescentes ósseos são suficientes para que não ocorram fraturas indesejadas; porém, por vezes essa técnica é inviável, devido remanescente ósseo escasso da cortical lingual, em muitos casos erodido pela lesão. Através da cortical lingual, que por ser delgada proporciona uma menor perda óssea, além de preservar a cortical vestibular; entretanto, há o risco de lesão ao nervo alveolar inferior e nervo lingual, além de acesso difícil. E, por último, a osteotomia sagital mandibular (OSM), quando se deseja evitar complicações durante a remoção de lesões de maiores proporções no ângulo mandibular preservando a cortical lingual e vestibular.<sup>9</sup>

Concordando com os autores que defendem que o tratamento para odontomas pequenos ou de tamanho médio consiste em enucleação da lesão de maneira conservadora<sup>9</sup>, a abordagem intra-oral foi a escolhida para o caso relatado, em que a remoção da lesão se deu através da cortical vestibular e lingual, desgastando a quantidade de osso necessária para visualização e acesso a lesão.

Com grande frequência os dentes inclusos estão associados a diversas alterações patológicas, entre elas estão: cistos, reabsorções dentárias, cárie, doença periodontal, processos infecciosos ou tumores, como no caso do dente 48 apresentado. Tais condições justificariam sua remoção.<sup>6</sup>

A presença de lesão associada ao dente em questão, é um fato que contraindica a odontectomia parcial intencional. Entretanto, no presente exposto, tal lesão tratava-se de uma entidade benigna, que é uma malformação (hamartoma) formada por células morfolologicamente normais. Portanto, ao analisar a natureza da alteração, o risco de fratura da base da mandíbula e de lesão ao nervo alveolar inferior, a coronectomia foi a intervenção eleita.

Em relação a odontectomia parcial intencional, ainda que algumas vezes tenha necessidade de re-intervenção cirúrgica devido à migração das raízes, acredita-se que este fato não deve ser considerado como um insucesso da técnica visto que, a migração da raiz dentária diminui a proximidade com o nervo alveolar inferior, reduzindo em um segundo ato operatório as chances de lesão nervosa.<sup>10</sup>

No pós operatório de 01 semana não houve parestesia e, com 03 meses após o procedimento, não foi observado migração das raízes (Figura 3 – C) ou outra queixa relatada pelo paciente. Mas, apesar disso, faz-se necessário o acompanhamento periódico do paciente para avaliar a necessidade de uma futura intervenção cirúrgica caso a migração radicular venha ocorrer.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do caso exposto, percebe-se a importância do estudo e planejamento cirúrgico, observando localização e aspectos individuais das lesões e estruturas associadas, a fim de realizar uma intervenção adequada e eficaz.

**REFERÊNCIAS:**

1. Sun L, Sun Z, Ma X. Multiple complex odontoma of the maxilla and the Mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015 Jul;120(1):e11-6.
2. Isola G, Cicciu M, Fiorillo L, Matarese G. Association Between Odontoma and Impacted Teeth. *J Craniofac Surg.* 2017;28: 755–758.
3. Choudhary PJ, Gharote HP, Hegde K, Gangwa P. Compound odontoma associated with impacted teeth: a case report. *IJSS Case Rep Rev.* 2014 august; 1:12-15.
4. Nascimento MM et al. Odontoma associated with impacted mandibular canine: surgically guided eruptio. *Rev.Gaúch Odontol.* 2016;64(2):198-202
5. Samani M, Henien M, Sproat C. Coronectomy of mandibular teeth other than third molars: a case series. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016;54:791–5.
6. Dias-Ribeiro E, Rocha JF, Sanchez MPR, Aranega AM, Sonoda CK. Coronectomía de terceros molares inferiores: Revisión de literatura. *Acta Odontológica Venezolana.* 2014;52(.4).
7. Park JC, Yang JH, Jo SY, Kim BC, Lee J, Lee W. Giant complex odontoma in the posterior mandible: A case report and literature review. *Imaging Science in Dentistry.* 2018;48:289-293.
8. Nascimento MM et al. Odontoma associated with impacted mandibular canine: surgically guided eruptio. *Rev.Gaúch Odontol.* 2016;64(2):198-202
9. Blinder D, Peleg M, Taicher S. Surgical considerations in cases of large mandibular odontomas located in the mandibular angle. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg. Munksgaard.* 1993;22:163-165.
10. Rocha JF, de Oliveira JCS, RAMOS JWN, Júnior IRG, Hochuli-Vieira E. Suggested Modification of the technique Coronectomy for lower third molar. *The Journal of Craniofacial Surgery.* 2014;25(6):2264-2266

## ANEXOS

## ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

## Orientações para publicação

## 3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

3. 1. Carta de Encaminhamento: Na carta de encaminhamento, deverá ser mencionado: a) a seção a qual se destina o artigo apresentado; b) que o artigo não foi publicado antes; c) que não foi encaminhado para outra Revista. A carta deverá ser assinada pelo autor e por todos os co-autores.
3. 2. Apresentação Geral: Os trabalhos deverão ser apresentados em três vias, sendo 1 original com o nome dos autores e 2 cópias sem identificação, digitados no processador de texto *Microsoft Word*, em caracteres da fonte *Times New Roman*, tamanho 12, em papel branco, tamanho A4 (21,2x29,7 cm) com margens mínimas de 2,5 cm. A numeração das páginas deverá ser consecutiva, começando da página título e ser localizada no canto superior direito. A gravação deverá ser realizada em CD com arquivo *Word* para textos e arquivos *Excel* para gráficos, ficando 1 em posse do autor. Na etiqueta, deverá constar nomes dos arquivos, respectivos programas e nome do autor principal. **Poderá também ser enviado via e-mail como arquivo em anexo de no máximo 1 Mb e até 5 figuras ao e-mail [brjoms.artigos@gmail.com](mailto:brjoms.artigos@gmail.com)**
3. 3. Estilo: Os artigos deverão ser redigidos de modo conciso, claro e correto, em linguagem formal, sem expressões coloquiais. A versão em inglês deverá ser a mais fiel possível à escrita em português. Na preparação dos originais, solicita-se a leitura e a observância completa das Normas de Publicação.
3. 4. Número de Páginas: Os artigos enviados para publicação deverão ter, no máximo, 15 páginas de texto, número este que inclui a página título ou página rosto, a página Resumo e as Referências Bibliográficas. Tabelas, Quadros e Legendas de Figuras (ilustrações: fotos, mapas, gráficos, desenhos etc.) deverão vir em páginas separadas e numeradas no final do texto, em algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. Os autores deverão certificar-se de que todas as tabelas, quadros e figuras estão citados no texto e na seqüência correta.
3. 5. Página Título: Esta página deverá conter somente: a) título do artigo nas línguas portuguesa e inglesa, o qual deverá ser o mais informativo possível e ser composto por, no máximo, oito palavras; b) nome completo sem abreviaturas dos autores, com o mais alto grau acadêmico de cada um; c) nome do Departamento, Instituto ou Instituição de vínculo dos autores; d) nome da Instituição onde foi realizado o trabalho; e) endereço completo do primeiro autor para correspondência com os editores; f) endereço completo do autor principal para correspondência com os leitores; g) nome ou sigla das agências financiadoras, se houver; h) E-mail, de preferência do primeiro autor.

3.6. As ilustrações (gráficos, desenhos etc. ) deverão ser limitadas até **5 figuras**, construída preferencialmente, em programas apropriados como Excel, Harvard Graphics ou outro, fornecidas em formato digital apresentados no texto, e em arquivo conjuntamente em folhas separadas (papel) e numeradas, consecutivamente em algarismos arábicos. As fotografias deverão ser fornecidas na forma digital de alta resolução (**JPEG**). As respectivas legendas deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo das ilustrações ou das fotos e procedidas danumeração correspondente. Deverão ser indicados os locais aproximados no texto no qual as imagens serão intercaladas como figuras. As tabelas e os quadros deverão ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda será colocada na parte superior dos mesmos. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos.

3.7. Resumo: O Resumo com Descritores e o Abstract com Descriptors deverão vir na 2ª página de suas respectivas versões, e o restante do texto, a partir da 3ª. página. Nos casos de artigos em espanhol, é obrigatório o resumo em português e inglês.

3.8. O artigo deverá obedecer à seguinte ordem:

- a) Título e seu correspondente em inglês;
- b) Nome do autor e dos colaboradores, por extenso, com as respectivas chamadas ao pé da página, contendo as credenciais (qualificação, títulos);
- c) Resumo (com até 200 palavras), descritores (até 5 palavras-chave para identificação do conteúdo do trabalho, **retiradas do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, disponível no site da BIREME**, em <http://www.bireme.br>, link *terminologia em saúde*) e Abstract, em inglês, com unitermos (descritores) em inglês;
- d) Texto: o texto propriamente dito deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais). O exemplo, a seguir, serve como estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa:

- Introdução: exposição geral do tema, devendo conter os objetivos e a revisão da literatura;

- Desenvolvimento: núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão;

- Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto do estudo;

## 2) RELATO DE CASO

Título (Português/Inglês)

Resumo/Descritores

Abstract/Descriptors

Introdução (Intro. + proposição)

Relato de Caso

Discussão

Considerações Finais

Referência Bibliográfica (10 referências máximo - ordem de citação no texto)

**NOTA: Máximo 3 figuras**

3.9. As citações e referências bibliográficas devem seguir as normas de Vancouver. Exemplo: O tratamento das fraturas dependem também do grau de deslocamento dos **segmentos**.<sup>4</sup>

3.9.1 As citações deverão seguir o sistema de numeração progressiva no corpo do texto.

**3.92. Referência igual a PubMed.**

**Autor (res). J Oral Maxillofac Surg. 2009 Dec;67(12):2599-604.**

## Declaração de Responsabilidade

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

A assinatura da declaração de responsabilidade é obrigatória. Sugerimos o texto abaixo:

Certifico(amos) que o artigo enviado à Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE) é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico.

Datar e assinar

Observações: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE).

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA  
RELATO DE CASO

O (A) Sr (a). Bruce Brendon Amaral de Aguiar está sendo convidado a participar de um estudo do tipo Relato de Caso. Para isso pedimos sua autorização para utilização de dados clínicos, laboratoriais e/ou lâminas histológicas de seu caso clínico/cirúrgico e documentação radiológica e fotográfica que se encontram em seu prontuário, para apresentação do mesmo em encontro científico e publicação do caso em revista científica ou livro como "Relato de Caso". Nosso objetivo é discutir o diagnóstico, planejamento e tratamento relativo ao seu caso.

As imagens do seu caso serão divulgadas, porém não permitirão sua identificação em hipótese alguma.

Ao autorizar a divulgação deste Relato de Caso o Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A sua autorização é voluntária, e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

O Relato de Caso estará à sua disposição quando finalizado. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr(a).

*Bruce Brendon Amaral de Aguiar*

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo de caso, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido. João Pessoa, 30 de abril de 2019.

*Bruce Brendon*

\_\_\_\_\_  
Nome Assinatura participante

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Nome do Pesquisador Responsável: José Murilo Bernardo Neto

Fone: 83 9685-6667 Email: j.muriloneto@gmail.com