

GABRIEL NARESI ROMANO

**ENUCLEAÇÃO DE FIBRO-ODONTOMA-AMELOBLÁSTICO:
*REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO***

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2018**

Gabriel Naresi Romano

**ENUCLEAÇÃO DE FIBRO-ODONTOMA-AMELOBLÁSTICO:
*REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO***

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial com Práticas Hospitalares Avançadas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Drumond Naves

Belo Horizonte
2018

Dedico este trabalho aos meus pais que, apesar da distância, caminharam comigo lado a lado do início ao fim desta jornada. E em memória de meu avô, Luiz Naresi Neto, como primeiro neto a concluir o ensino superior e uma pós-graduação.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida, pelas oportunidades concedidas e por tornar esse sonho possível.

Realizar este sonho não seria possível sem o apoio familiar infalível em especial de meus pais, Paulo Romano e Catarina Aparecida Naresi Romano e meu irmão, Lucas Naresi Romano, que com muito esforço, dedicação e carinho venceram todas as barreiras e me permitiram chegar até aqui.

Gratidão aos meus sogros, Fernando de Pinho Pires e Celina Eugênia Gontijo Pires que me acolheram durante esta trajetória.

Agradeço à equipe de especialização da FO-UFMG pelo trabalho, dedicação e missão em ensinar. Ao Professor Dr. Evandro Guimarães de Aguiar e também ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo Drumond Naves, por todos os ensinamentos e pela paciência. Estendo aqui, o agradecimento aos demais integrantes da equipe de docentes que compõem esse curso de especialização.

Aos meus colegas de curso que resistiram bravamente a todas as tribulações, sempre juntos.

Em especial à equipe do HMOB, hospital escola, em destaque a preceptora Dra. Maria Tercília Zuccheratte que me acolheu em meu primeiro plantão na manhã de domingo. Deste dia em diante, construímos uma relação de amizade e cumplicidade, muito além dos limites do hospital.

Por fim, não menos importante, palavras são insuficientes para agradecer à minha noiva, Andreza Gontijo Pires, que através de seu amor, noites

em claro e dedicação, motivou-me a continuar perseguindo meus sonhos e nunca desistir.

“Deitar-me faz em verdes pastos, guia-me mansamente a águas tranquilas”.

Salmo 23

RESUMO

O presente estudo trata de uma condição clínica denominada *Fibro-Odontoma-Ameloblástico*. A referida condição, em concordância com a **OMS** (Organização Mundial da Saúde) caracteriza-se como um tumor odontogênico misto de baixa prevalência, ou seja, raro. Para tanto, serão evidenciados, por meio de revisão bibliográfica os aspectos radiográficos e clínicos deste tumor com o intuito de introduzir o tema e, de acordo com os autores citados, estabelecer diretrizes e planos de tratamento.

Palavras chave: Tumores mandibulares. Tumores odontogênicos. Fibro-odontoma-ameloblástico. Fibroma-ameloblástico.

ABSTRACT

Enucleation of an Ameloblastic-Fibro-Odontoma: literature review and case report.

The present study refers to a certain clinical condition called Ameloblastic-Fibro-Odontoma. This condition, according to the WHO (World Health Organization), is characterized as a mixed odontogenic tumor of low prevalence, meaning, rare. Therefore, the radiographic and clinical aspects of this condition will be endorsed through a bibliographical review in order to introduce the theme and, in agreement with the mentioned authors, establish guidelines and treatment plans for this condition.

Key Words: Jaw tumors. Odontogenic tumors. Ameloblastic-fibro-odontoma. Ameloblastic-fibroma.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Radiografia panorâmica de face _____	17
Figura 2 -	Radiografia periapical _____	17
Figura 3 -	Clorexdina 2% degermante _____	19
Figura 4 -	PVPI _____	20
Figura 5 -	Incisão cirúrgica _____	21
Figura 6 -	Delimitação da lesão a _____	21
Figura 7 -	Delimitação da lesão b _____	22
Figura 8 -	Delimitação da lesão c _____	23
Figura 9 -	Delimitação da lesão d _____	23
Figura 10 -	Osteotomia da lesão _____	24
Figura 11 -	Remoção dos dentes no interior da lesão _____	25
Figura 12 -	Enucleação do tumor a _____	25
Figura 13 -	Enucleação do tumor b _____	26
Figura 14 -	Síntese _____	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Primeira classificação de tumores odontogênicos OMS _	12
Tabela 2-	Quarta classificação de tumores odontogênicos OMS __	13

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EV Endovenosa

FOA Fibro-odontoma-ameloblástico

FO-UFMG Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais

HMOB Hospital Metropolitano Odilon Behrens

QP Queixa principal

WHO World Health Organization

OMS Organização mundial de saúde

PVPI Polivinil polirridona idodo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1.	Objetivo	14
2	MATERIAIS E MÉTODOS	14
3	DISCUSSÃO	14
4	RELATO DE CASO	16
4.1.	História médica pregressa	16
4.2.	Exame físico	16
4.3.	Exame específico	16
4.4.	Exame complementar	16
4.5.	Biópsia	18
4.6.	Conduta cirúrgica	18
4.6.1.	Contexto	18
4.6.2.	Preparo pré-operatório	19
4.6.3.	Técnica cirúrgica	20
4.6.4.	Alta hospitalar	27
4.6.5.	Retorno ambulatorial	28
5	CONCLUSÃO	28
6	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	29
7	ANEXO	31

1 INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos sempre foram objeto de estudo frequente na literatura científica. Porém, em virtude principalmente da falta de classificação destes, as diretrizes e por conseguinte o tratamento eram dificultados.

Para tanto, a OMS (Organização Mundial da Saúde) em 1952 frente a essa necessidade, decidiu criar um método de classificação para os tumores odontogênicos. Desta forma, após comum acordo internacional, em 1971, foi lançada a primeira tabela a respeito desta classificação (Tabela 1).

Table 1 Classification of odontogenic cysts

Odontogenic cysts of inflammatory origin
Radicular cyst
Inflammatory collateral cysts
Odontogenic and non-odontogenic developmental cysts
Dentigerous cyst
Odontogenic keratocyst
Lateral periodontal and botryoid odontogenic cyst
Gingival cyst
Glandular odontogenic cyst
Calcifying odontogenic cyst
Orthokeratinised odontogenic cyst
Nasopalatine duct cyst

Tabela 1: Primeira classificação de tumores odontogênicos OMS

Fonte: SPEIGHT, Paul M.; TAKATA, Takashi. **Virchows Archiv**, v. 472, n. 3, 2018, p. 332.

Com o passar dos anos, após adventos tecnológicos quanto a pesquisa científica e seus resultados novas descobertas foram feitas e tiveram impacto direto na classificação de 1971.

Sendo assim, mudanças foram propostas quanto aos métodos previamente utilizados para a classificação até a mais atual, publicada em 2017 na quarta edição da revista (Tabela 2).

Tumores odontogênicos malignos	Carcinoma ameloblástico Carcinoma intraósseo primário Carcinoma odontogênico esclerosante Carcinoma odontogênico de células claras Carcinoma odontogênico de células fantasmas Carcinosarcoma odontogênico Sarcomas odontogênicos
Tumores odontogênicos benignos	Epiteliais Ameloblastoma Ameloblastoma unicístico Ameloblastoma extraósseo/periférico Tumor odontogênico escamoso Tumor odontogênico epitelial calcificante Tumor odontogênico adenomatoide Fibroma ameloblástico Mistos Tumor odontogênico primordial Odontoma composto Odontoma complexo Tumor dentinogênico de células fantasmas Mesenquimais/Ectomesenquimais Fibroma odontogênico Mixoma odontogênico/Mixofibroma Cementoblastoma Fibroma cimento-ossificante
Cistos odontogênicos de desenvolvimento	Cisto dentífero Queratocisto odontogênico Cisto periodontal lateral e cisto odontogênico botrioide Cisto gengival Cisto odontogênico glandular Cisto odontogênico ortoqueratinizado

Tabela 2: Quarta classificação de tumores odontogênicos OMS

Fonte: DE SOUZA TOLENTINO, Elen. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 1, 2018, p.120.

Dentre as principais mudanças, observam-se a adição de subdivisões, remoção de determinadas entidades, além da implementação de novas nominais, mantendo os critérios sempre fáceis e passíveis de aplicação em toda a comunidade científica.

1.1 Objetivo

O objetivo deste presente estudo consiste em relatar o tratamento de um tumor odontogênico benigno denominado Fibro-odontoma-ameloblástico acometendo hemimaxila à esquerda em um paciente do gênero masculino de 8 anos de idade.

A partir de revisões bibliográficas na mais expressiva plataforma de pesquisas científicas, *PubMed*, foram consultados artigos referentes ao tema, de modo a estabelecer diretrizes para a abordagem destas condições.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O referido trabalho consiste em um relato de caso que por sua vez narra o procedimento cirúrgico para enucleação de um tumor odontogênico benigno denominado Fibro-Odontoma-Ameloblástico.

Para tanto, de modo a viabilizar este estudo realizou-se uma revisão da literatura no portal *PubMed*.

Nesta plataforma foram consultados 30 artigos em língua estrangeira (Inglês), por meio das seguintes palavras chave: Fibro-odontoma-ameloblástico, Fibroma ameloblástico, *Jaw tumors*, *Odontogenic tumors* e *Benign jaw tumors*.

Sendo assim, por meio desta revisão foi possível compreender o comportamento deste tumor e como conduzir o tratamento de um paciente acometido com determinada condição clínica.

3 DISCUSSÃO

O FOA é caracterizado de acordo com a última classificação de tumores odontogênicos da revista da OMS publicada em 2017 como: lesões dotadas de

epitélio e ectomesênquima odontogênicos, associados ou não a formação de tecidos duros.

O FOA, foi primeiramente descrito por Hooker (1967), como um tumor odontogênico benigno misto e de baixa prevalência, ou seja, raro.

Em consonância, Banihashem (2014), Sassi (2011) e Cavalvante (2009), atestam que os tumores odontogênicos representam 7% de todas as lesões orais encontradas em crianças e adolescentes. Especificamente o FOA, representa de 1-3% de todos os tumores odontogênicos.

No que diz respeito a prevalência por gênero, observa-se discreta heterogeneidade de opiniões. Segundo Neville (2016) e Takeda (2005), existe um discreto aumento do número de homens acometidos com o objeto de estudo desse trabalho.

Em contrapartida, evidências científicas descritas por Reis (2007), Schafer (1983) e Hooker (1967), mostram que não há diferença quanto a incidência entre homens e mulheres.

Em se tratando da faixa etária mais acometida por este determinado tipo de tumor, em concordância com a literatura segundo Philipsen et al. (1997), Kramer (1992) e Hutt (1982), a idade com maior propensão ao desenvolvimento do tumor esta entre os 10-20 anos.

Outro aspecto avaliado e pesquisado pelos autores citados na bibliografia deste trabalho, relaciona-se ao local de acometimento do tumor, sendo unânime entre eles a prevalência por regiões posteriores dos ossos maxilares e mandibulares, assim como afirma Buchner (2013).

Radiograficamente, segundo Piette (1990) e Miller (1976), os tumores caracterizam-se por seus limites bem definidos contendo em seu interior diferentes quantidades de material radiopaco.

Por fim, no que diz respeito a conduta do caso, principalmente relacionado a terapia cirúrgica, e, assim como em outros tópicos, existe uma homogeneidade entre as opiniões dos autores. Furst (1999) e Schafer (1983), por exemplo, preconizam a enucleação da lesão, após realizada biópsia incisional, devido a seus baixos índices de reincidência ao se comparar com outros tumores similares como por exemplo o fibroma ameloblástico, cujas as taxas de reincidência são de até 35% de acordo com Neville (2016).

4 CASO CLÍNICO

4.1. História médica pregressa

Paciente DBCR, leucoderma, gênero masculino, 8 anos de idade, compareceu junto a responsável (mãe) primeiramente a FO-UFMG, com a seguinte QP: “os dentes do meu filho ainda não nasceram”.

Em concordância com a HP, a mãe do referido paciente negou quaisquer comorbidades, uso de medicamentos, alergias ou traumas locais. No momento em que foi questionada quanto ao tempo de evolução, não soube relatar ou estimar o período transcorrido.

4.2. Exame físico

Ao exame físico geral, constataram-se os seguintes sinais: não foram observados sinais sindrômicos, marcha sem alterações, capacidade de fala e interpretação compatíveis a faixa etária e ausência de demais sinais dignos de nota.

4.3. Exame específico

A oroscopia revelou discreto aumento de volume em fundo de saco de vestibulo associado ao quadrante superior esquerdo, acometendo desde o incisivo lateral decíduo até o primeiro molar superior ipsilateral.

4.4. Exame complementar

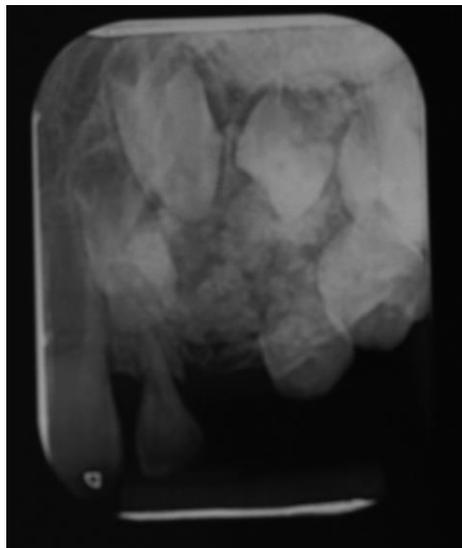
De modo a complementar os exames físico e específico pertinente a especialidade, foram solicitados os seguintes exames de imagem: radiografia panorâmica de face e radiografia periapical da região (Figuras 1 e 2).

Figura 1 - Radiografia panorâmica de face



Fonte: FO-UFMG/HMOB

Figura 2 – Radiografia periapical



Fonte: FO-UFMG/HMOB

Após avaliação das imagens e correlacionando-as com o aspecto clínico observou-se uma lesão mista dotada de componentes radiolúcidos e radiopacos, com provável hipótese diagnóstica de odontoma complexo.

4.5. Biópsia

Com isso, o paciente foi orientado a comparecer ao Hospital Metropolitano Odilon Behrens, onde seria submetido a biópsia incisional da lesão em âmbito ambulatorial sob anestesia local e subsequente envio do material coletado para análise histopatológica no laboratório de patologia oral da FO-UFMG.

Passados aproximadamente 15 dias, tempo estimado para as entregas dos laudos (Anexo 1), o paciente e responsável retornam ao HMOB para discussão do caso.

Ao contrário da hipótese diagnóstica previamente citada, o laudo da biópsia revelou outra condição clínica denominada *Fibro-Odontoma-Ameloblástico*.

4.6. Conduta cirúrgica

4.6.1. Contexto

Assim como mencionado anteriormente, e em concordância com os autores como por exemplo Schafer (1983), o tratamento de eleição foi a enucleação do tumor.

Para tanto, de modo a delimitar as extensões da referida lesão de maneira precisa, o paciente foi submetido a um exame tomográfico (tomografia computadorizada *multislice*) no setor de radiologia do HMOB.

Após a realização do exame e estudo dos cortes coronais, axiais, sagitais, bem como da reconstrução 3D, tornou-se viável a correta delimitação do FOA e por conseguinte, determinação dos próximos passos da conduta cirúrgica.

De acordo com as imagens obtidas observou-se que o referido tumor estava contido no interior do seio maxilar esquerdo, com crescimento nos sentidos crânio-caudal e latero-lateral, acometendo respectivamente o assoalho orbitário e rebordo alveolar. Vale salientar que não se observaram manifestações

oculares de nenhuma natureza. Em contrapartida, na região alveolar observou-se agenesia do incisivo lateral superior esquerdo permanente e manutenção do decíduo.

Sendo assim, optou-se por submeter o paciente a exérese do tumor sob anestesia geral em bloco cirúrgico de caráter eletivo no HMOB.

4.6.2. Preparo pré-operatório

Em se tratando de preparo pré-operatório, o paciente e sua responsável foram instruídos quanto ao jejum de no mínimo 8h no dia anterior à cirurgia, de modo a reduzir os riscos de aspiração durante a anestesia.

O procedimento cirúrgico propriamente dito foi realizado na sala 06 do bloco cirúrgico do segundo andar do HMOB, sob a supervisão do Prof. Dr. Julio Tanos de Lacerda, especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Estomatoloiga.

Após a indução anestésica, intubação orotraqueal e tamponamento orofaríngeo, procedeu-se com a antissepsia intra e extra-oral do paciente respectivamente com Clorexidina 2% e PVPI (polivinil polirridona iodo) (Figuras 3 e 4), e então colocação dos campos estéreis.

Figura 3 – Clorexidina 2% degermante



Fonte: <https://goo.gl/LfbDyx> acesso em 29/10/2018.

Figura 4 – PVPI



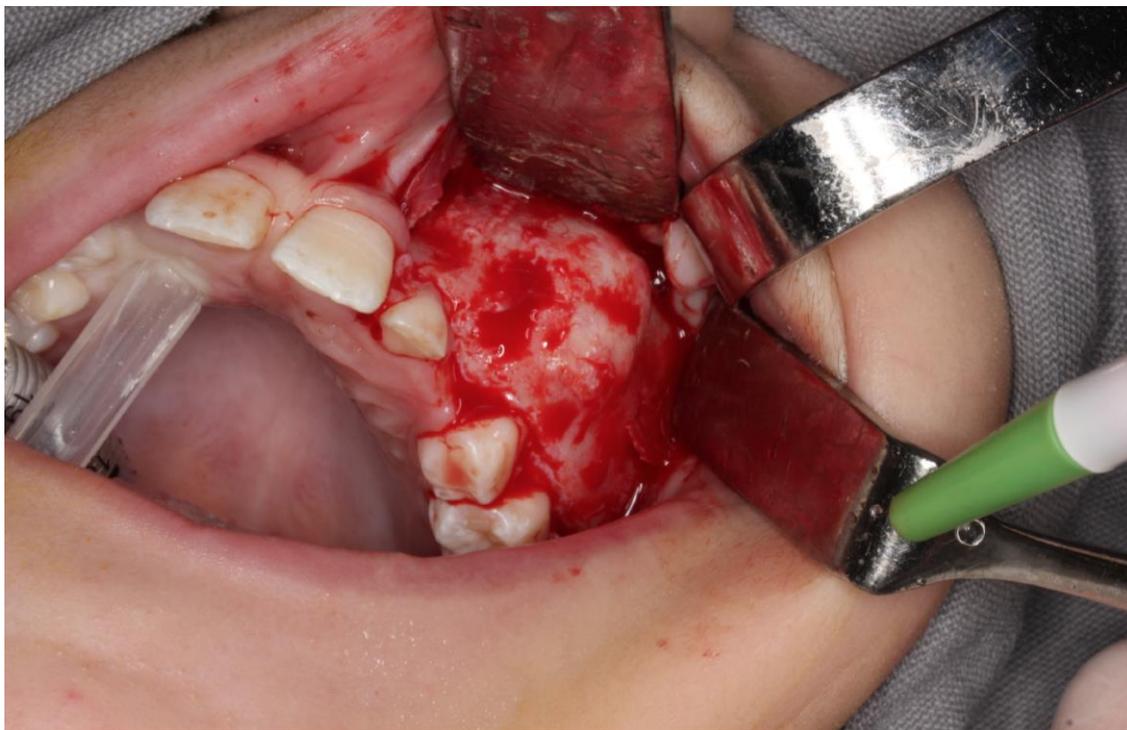
Fonte: <https://goo.gl/FMFQWt> acesso em 29/10/2018.

4.6.3. Técnica cirúrgica

Afastamento do campo operatório com o auxílio dos retratores de Langenbeck e infiltração anestésica de lidocaína com epinefrina 1:100:000 para obtenção de vasoconstricção em hemimaxila à esquerda.

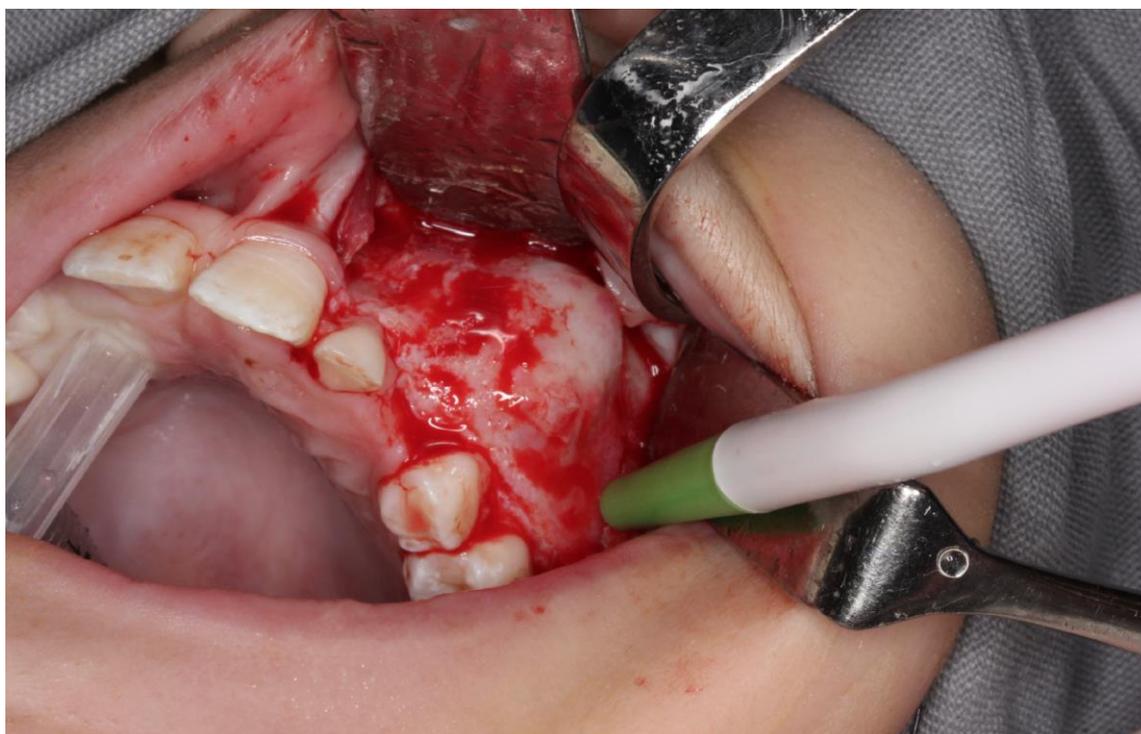
Posteriormente, optou-se pela incisão de *Neumann* modificada, onde as relaxantes localizaram-se na face distal do 21 e 26, expondo o campo operatório de maneira satisfatória (Figura 5 e 6).

Figura 5 – Incisão cirúrgica



Fonte: FO-UFMG/HMOB

Figura 6 – Delimitação da lesão a



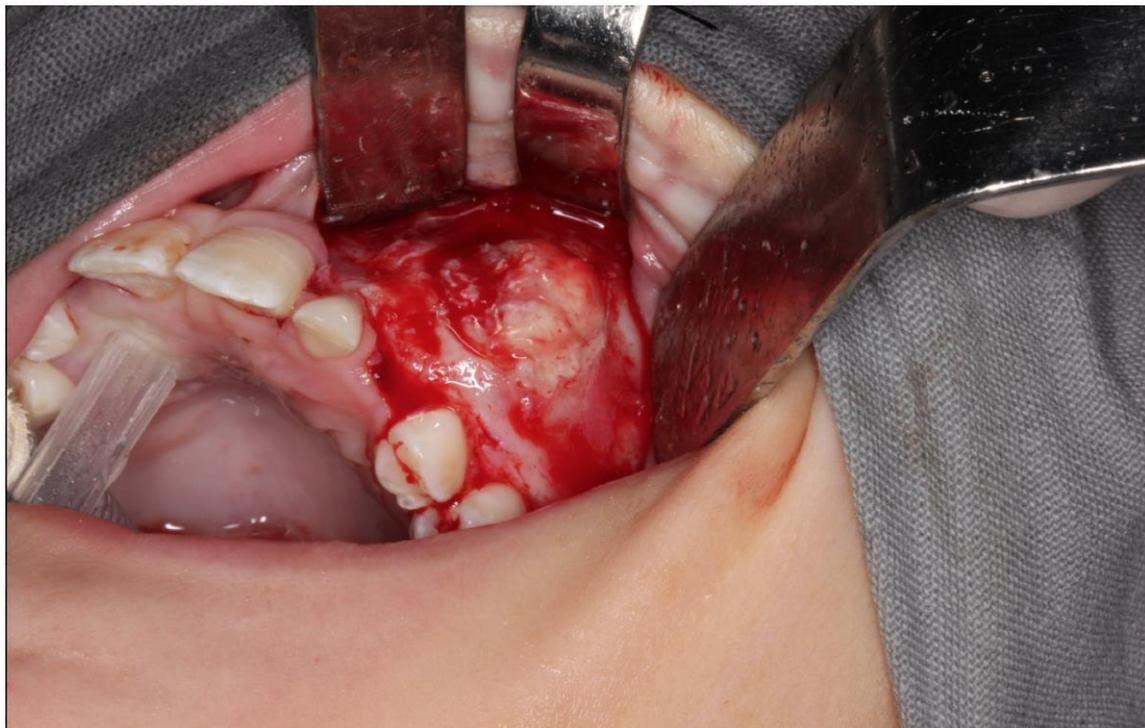
Fonte: FO-UFMG/HMOB

Em seguida, descolamento mucoperiosteal da região até a identificação do nervo alveolar superior anterior e rebordo infraorbitário, sendo este o limite superior da referida lesão.

Como dito anteriormente, o aumento de volume na região de fundo de saco de vestibulo representa a comunicação do tumor do interior do seio maxilar por meio do adelgaçamento da parede anterior desse antro.

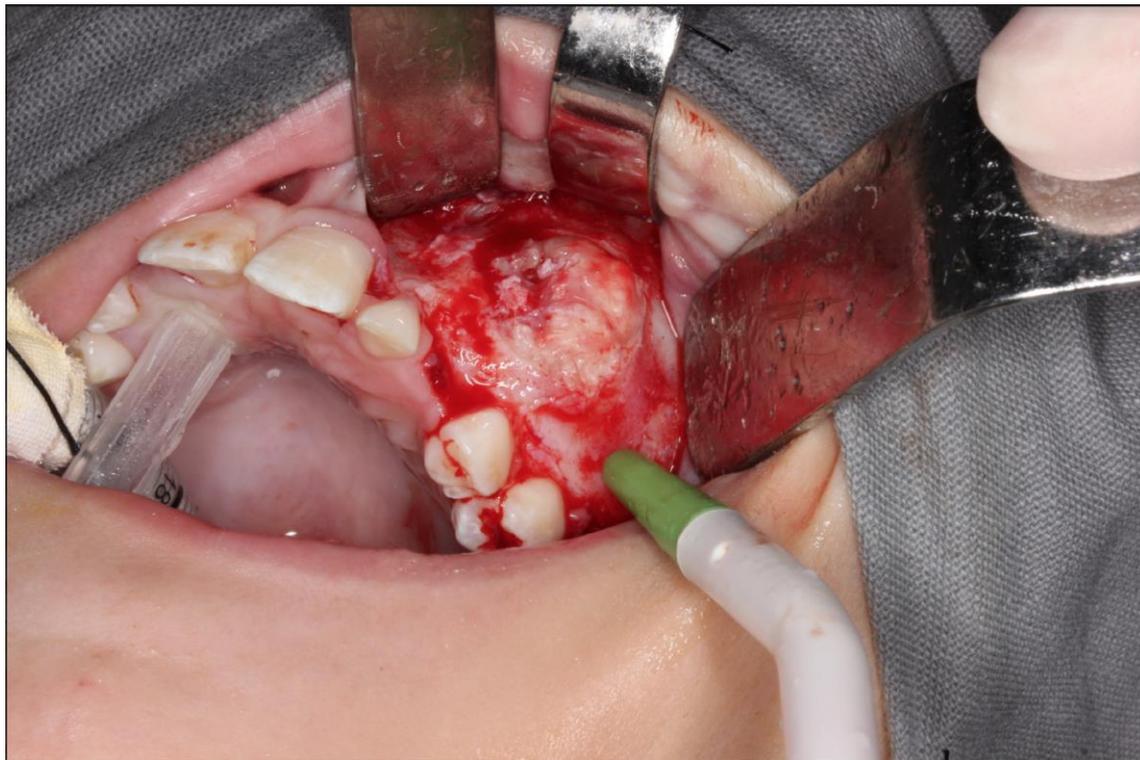
Sendo assim, por meio da utilização de fresas esféricas nº 2, sob constante irrigação a base de soro fisiológico 0,9%, o tumor foi delimitado a partir do desgaste ósseo circunjacente a lesão de modo a remover a fina camada óssea remanescente da parede anterior do seio maxilar e proporcionar acesso para o descolamento deste com a utilização da cureta de Lucas (Figuras 7,8 e 9).

Figura 7 – Delimitação da lesão b



Fonte: FO-UFMG/HMOB

Figura 8 – Delimitação da lesão c



Fonte: FO-UFMG/HMOB

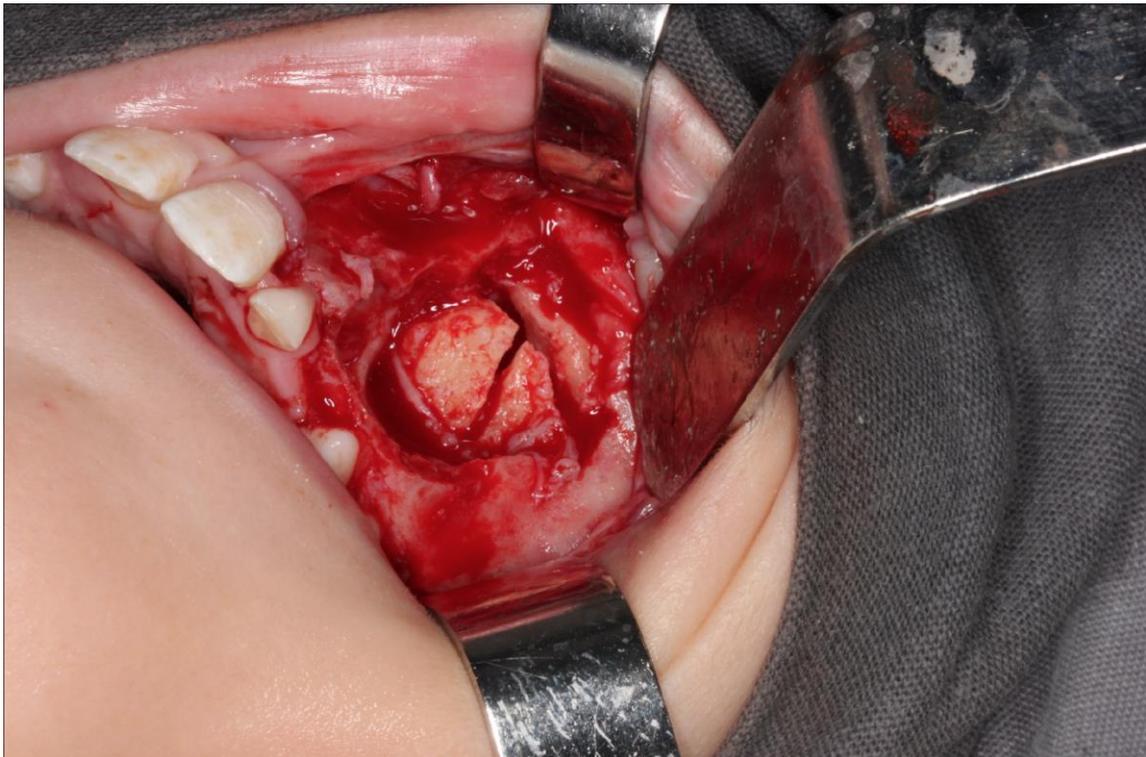
Figura 9 – Delimitação da lesão d



Fonte: FO-UFMG/HMOB

Após o descolamento, foi possível remover toda a porção fibrosa do tumor com o auxílio de pinças e descoladores. Uma vez removida a parte fibrosa do tumor, visualizou-se o remanescente composto por tecido duro, sendo este removido com o auxílio de fresas tronco-cônicas e irrigação constante (Figura 10).

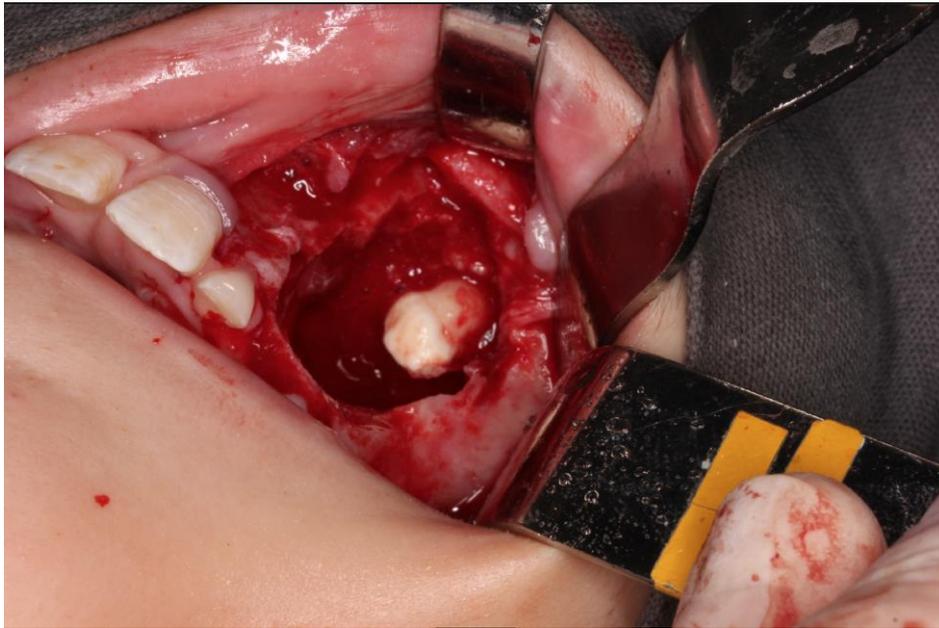
Figura 10 – Osteotomia da lesão



Fonte: FO-UFMG/HMOB

Concomitante a osteotomia acima descrita, observou-se um aglomerado de estruturas semelhantes aos dentes, e todas essas foram removidas cuidadosamente haja vista sua íntima relação com o rebordo infraorbitário (Figura 11).

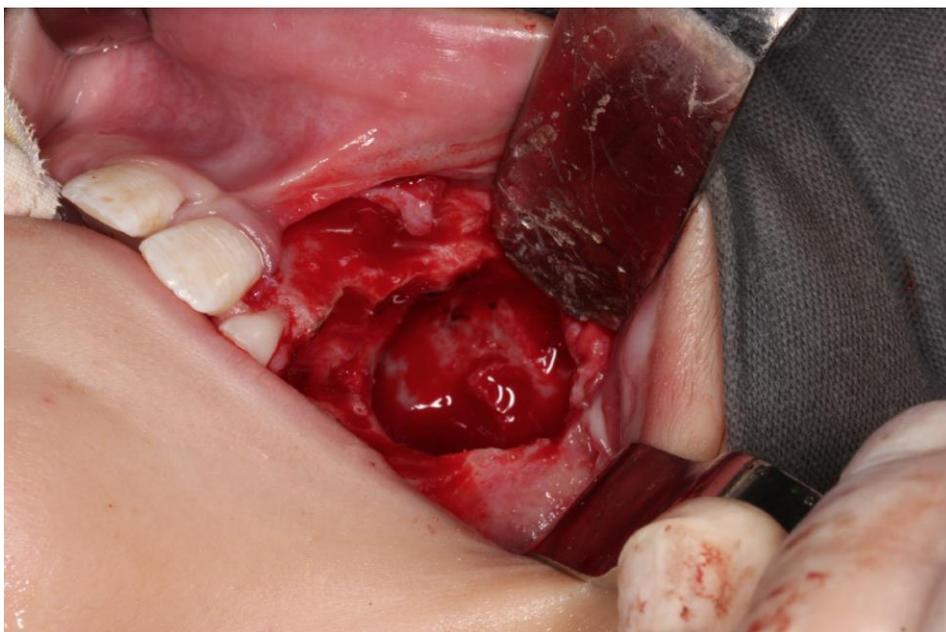
Figura 11 – Delimitação da lesão d



Fonte: FO-UFMG/HMOB

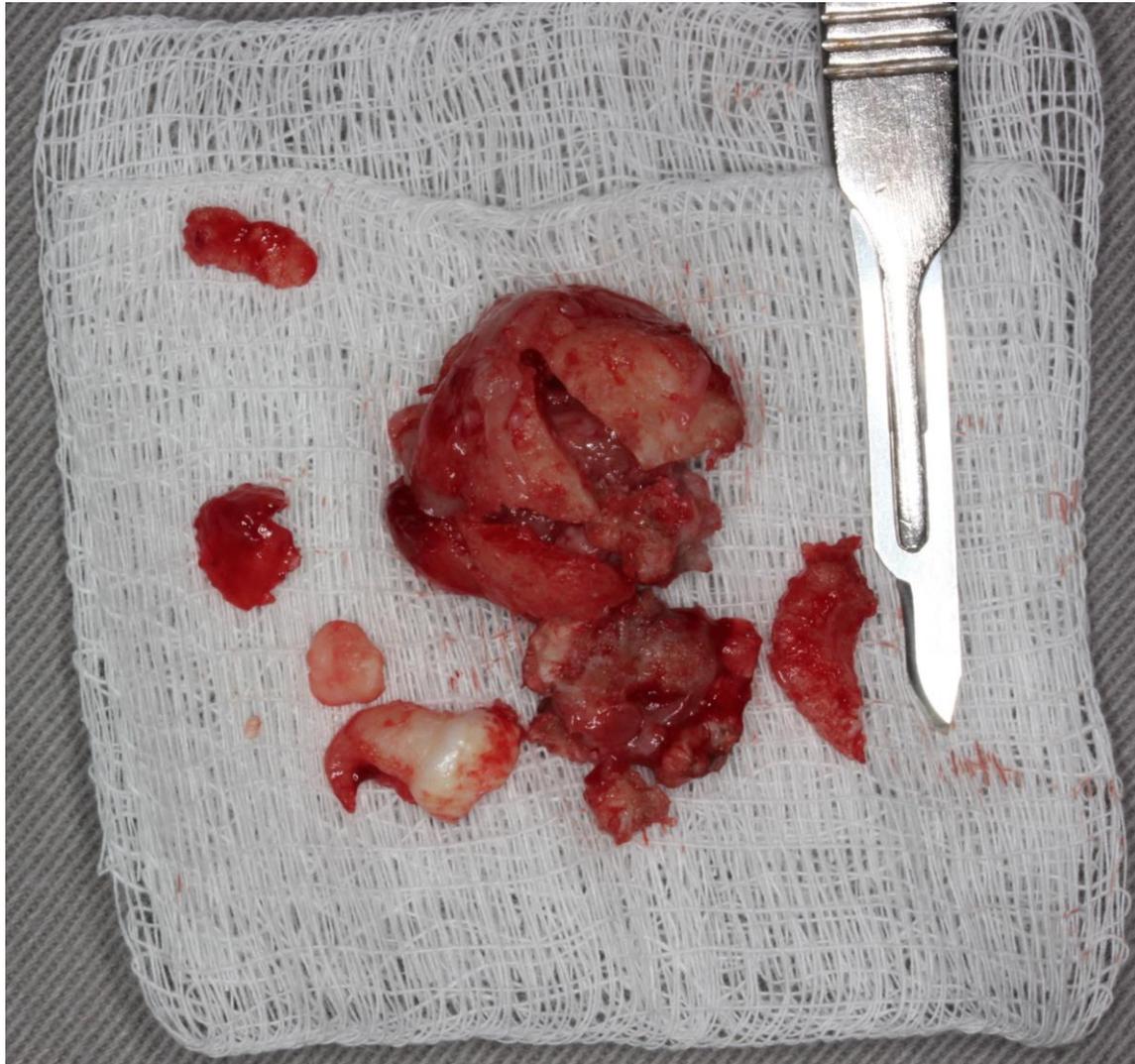
Por fim, após a enucleação do tumor em sua totalidade (Figuras 12 e 13), um sangramento discreto fez-se presente e de modo a obter hemostasia utilizou-se cera para osso e SURGICEL®.

Figura 12 – Enucleação do tumor a



Fonte: FO-UFMG/HMOB

Figura 13 – Enucleação do tumor b



Fonte: FO-UFMG/HMOB

Para finalizar, foi realizada a síntese em primeira intenção com fios reabsorvíveis VICRYL® 5.0, reposicionando anatomicamente as bordas da ferida sem tracionamento dos tecidos seguido do toailete cirúrgico e remoção do tampão orotraqueal (Figura 14).

Figura 14 – Síntese



Fonte: FO-UFMG/HMOB

O retorno pós anestésico transcorreu sem intercorrências e o paciente permaneceu no bloco cirúrgico até sua transferência para pediatria, equipe essa responsável pela prescrição do plano terapêutico proposto, após discussão multidisciplinar, a base de analgesia opiácea via oral (Tramal®), antibiótico (Clavulin®), anti-inflamatório esteroidal (Hidrocortisona®) e dieta via oral líquida completa.

4.6.4. Alta hospitalar

Recebeu alta no dia seguinte em comum acordo com as equipes responsáveis pelo seu cuidado após avaliação do quadro de saúde geral em que constatou-se: trismo moderado, ausência de sangramentos ativos ou sinais de infecção, tolerância a dieta via oral e edema compatível ao ato cirúrgico.

4.6.5. Retorno ambulatorial

O paciente retornou ao HMOB em consulta ambulatorial 15 dias após a cirurgia, onde foi submetido a novo exame tomográfico. Comprovou-se após análise das imagens tomográficas, total enucleação do tumor e ausência de queixas sensitivas ou visuais, haja vista a íntima relação do tumor com o rebordo infraorbitário. Propõe-se acompanhamento semestral de modo a planejar futuramente opções para reabilitação.

5 CONCLUSÃO

O FOA é um tumor odontogênico misto e benigno composto por epitélio e ectomesênquima odontogênico capaz ou não de desenvolver tecidos duros.

Caracteriza-se por seu comportamento assintomático, sem predileção por região de acometimento e discreta prevalência pelo gênero masculino entre a primeira e segunda décadas de vida.

Em suma, seu tratamento se resume a enucleação ou curetagem de acordo com a extensão da lesão, devido aos seus baixos índices de reincidência, tratamento este realizado no caso relatado neste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALY, Noura; AMER, Hatem; EL KHATIB, Omar. Ameloblastic fibro-odontoma with chondroid tissue formation. **Contemporary Oncology**, v. 22, n. 1, p. 50, 2018.

BERTONI, Franco et al. Ameloblastic Fibrosarcoma of the mandible evolving from a prior Ameloblastic Fibroma after two years: an unusual finding. **International journal of surgical pathology**, v. 24, n. 7, p. 656-659, 2016.

BOXBERGER, N. R.; BRANNON, R. B.; FOWLER, C. B. Ameloblastic fibro-odontoma: a clinicopathologic study of 12 cases. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 35, n. 4, p. 397-404, 2011.

BUCHNER, Amos; KAFFE, Israel; VERED, Marilena. Clinical and radiological profile of ameloblastic fibro-odontoma: an update on an uncommon odontogenic tumor based on a critical analysis of 114 cases. **Head and neck pathology**, v. 7, n. 1, p. 54-63, 2013.

CARVALHO, Yasmin-Rodarte. Ameloblastic fibro-odontoma: a case report. **cal**, v. 14, n. 12, p. e650-3, 2009.

CHANG, Hyunho; SHIMIZU, Michael S.; PRECIOUS, David S. Ameloblastic fibro-odontoma: a case report. **Journal-Canadian Dental Association**, v. 68, n. 4, p. 243-246, 2002.

DE SOUZA TOLENTINO, Elen. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou?. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 1, 2018.

DE RIU, Giacomo et al. Ameloblastic fibro-odontoma. Case report and review of the literature. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 38, n. 2, p. 141-144, 2010.

DOLANMAZ, D. et al. An unusual size of ameloblastic fibro-odontoma. **Dentomaxillofacial Radiology**, v. 37, n. 3, p. 179-182, 2008.

HOOKE, S. P. Ameloblastic odontoma: an analysis of twenty-six cases. **Oral Surg.**, v. 24, p. 375-376, 1967.

HUTT, Philip H. Ameloblastic fibro-odontoma: report of a case with documented four-year follow-up. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 40, n. 1, p. 45-48, 1982.

KOBAYASHI, Kazuo et al. Malignant transformation of ameloblastic fibroma to ameloblastic fibrosarcoma: case report and review of the literature. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 33, n. 5, p. 352-355, 2005.

KRAMER, I. R. H. International histological classification of tumours. **Histological typing of odontogenic tumours**, 1992.

KRAMER IR, PINDIBORG JJ, SHEAR M. **Histological typing of odontogenic tumours**. Springer Science & Business Media 1992.

KUFTA, Kenneth et al. Ameloblastic Fibro-Odontoma of the Maxilla in a Pierre-Robin Sequence Patient. **Fetal and pediatric pathology**, v. 36, n. 5, p. 416-422, 2017.

MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Marisol et al. Pigmented ameloblastic fibro-odontoma: clinical, histological, and immunohistochemical profile. **International journal of surgical pathology**, v. 23, n. 1, p. 52-60, 2015.

MASHHADIABBA, Fatemeh et al. Ameloblastic Fibro-Odontoma in a 7-Month-Old Infant: A Case Report. **Journal of Dentistry**, v. 18, n. 3, p. 234, 2017.

MILLER, Arthur S. et al. Ameloblastic fibro-odontoma: report of seven cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 41, n. 3, p. 354-365, 1976.

MORTAZAVI, Hamed; BAHARVAND, Maryam. Jaw lesions associated with impacted tooth: A radiographic diagnostic guide. **Imaging science in dentistry**, v. 46, n. 3, p. 147-157, 2016.

NELSON, Brenda L.; THOMPSON, Lester DR. Ameloblastic Fibro–Odontoma. **Head and neck pathology**, v. 8, n. 2, p. 168-170, 2014.

NEVILLE BW, Damm DD, ALLEN CM, Chi AC. **Oral and Maxillofacial Pathology**, 4th edition. St. Louis, MO: Elsevier; 669-673, 2016.

PETERS, Scott M. et al. Ameloblastic Fibro-Odontoma in an Adolescent: A Case Report and Review of Literature. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, 2018.

PHILIPSEN, H. P. et al. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. **Oral oncology**, v. 33, n. 2, p. 86-99, 1997.

PHILIPSEN, Hans Peter et al. Odontogenic lesions in opercula of permanent molars delayed in eruption. **Journal of oral pathology & medicine**, v. 21, n. 1, p. 38-41, 1992.

PITAK-ARNNOP, Poramate et al. Extensive ameloblastic fibroma in an adolescent patient: a case report with a follow-up of 4 years. **European journal of dentistry**, v. 3, n. 3, p. 224, 2009

PONTES, Helder Antonio Rebelo et al. Report of four cases of ameloblastic fibro-odontoma in mandible and discussion of the literature about the treatment. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 40, n. 2, p. e59-e63, 2012.

RAD, Seyed Ali Banihashem et al. A large ameloblastic fibro-odontoma of the maxillary sinus. **Iranian journal of otorhinolaryngology**, v. 26, n. 75, p. 111, 2014.

SASSI, Laurindo Moacir et al. Large ameloblastic fibro-odontoma in a 3 year-old child: case report. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 8, n. 1, p. 114-116, 2011.

SLOOTWEG, P. J. An analysis of the interrelationship of the mixed odontogenic tumors—ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma, and the odontomas. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 51, n. 3, p. 266-276, 1981.

SPEIGHT, Paul M.; TAKATA, Takashi. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. **Virchows Archiv**, v. 472, n. 3, p. 331-339, 2018.

ZOUHARY, Kenneth J.; SAID-AL-NAIEF, Nasser; WAITE, Peter D. Ameloblastic fibro-odontoma: expansile mixed radiolucent lesion in the posterior maxilla: a case report. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 106, n. 4, p. e15-e21, 2008.

ANEXO A – Laudo da Biópsia



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL
 Av. Antônio Carlos, 6627, Sala 3202 - Pampulha
 Belo Horizonte-MG 31270-901
 Fone: (31) 3409-2479 E-mail: odonto-patobucal@ufmg.br

RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO

CÓDIGO: 37370

Paciente: David Bianco Creme Rocha

Data de nascimento: 12/12/2009

Idade: 08 anos

Endereço: Justinópolis - MG

Fone:

Profissional: SUS-BH/Ambulatório Odontológico/Hospital Municipal Odilon Behrens: Renata Gonçalves Resend

Tipo de Material:

Tipo de Lesão: Tumor

Localização: vestibulo + seio maxilar esquerdo estendedno-se até o rebordo intra-

Diagnóstico Clínico: odontoma + coc

MACROSCOPIA:

O material recebido para exame consta de 02 fragmentos de tecido mole, formato irregular, superfície lisa, coloração branca, consistência fibrosa, medindo reunidos 14x12x05mm. 02 fragmentos foram enviados para inclusão.

MICROSCOPIA:

Os cortes histológicos mostram fragmento de tecido conjuntivo frouxo, celularizado, pouco vascularizado e entremeado por tecido epitelial odontogênico com disposição em cordões e ninhos. Em áreas focais, verificação de indução epitélio-mesenquima e formação de material calcificado, eosinofílico e semelhante à dentina.

DIAGNÓSTICO: Tecido epitelial e mesenquimal odontogênico. Nota: o quadro histopatológico é compatível com o diagnóstico de fibro-odontoma ameloblástico ou odontoma em formação. Dados clínicos são necessários para diagnóstico.

Belo Horizonte, 10 de julho de 2018

 Dra. Maria Cássia Ferreira de Aguiar
 CRO-MG 13.052

 Dr. Ricardo Santiago Gomez
 CRO-MG 15.331

 Dra. Tarcília Aparecida da Silva
 CRO-MG 20.690

 Dr. Ricardo Alves de Mesquita
 CRO-MG 21.189

 Dra. Patricia Carlos Caldeira
 CRO-MG 35.414

 Dr. Felipe Paiva Fonseca
 CRO-MG 48.333