



**UNIVERSIDADE CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

CARLOS EDUARDO DA SILVA SOUSA

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO INTRAÓSSEA EM MANDÍBULA DE
PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO**

**FORTALEZA
2026**

CARLOS EDUARDO DA SILVA SOUSA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO INTRAÓSSEA EM MANDÍBULA DE
PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Odontologia
da Universidade Christus, como
requisito para a obtenção do título de
bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Ma. Juliana Mara
Oliveira Santos.

FORTALEZA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S725t Sousa, Carlos Eduardo da Silva.
 Tratamento cirúrgico de lesão intraóssea em mandíbula de
 paciente pediátrico: relato de caso / Carlos Eduardo da Silva Sousa. -
 2026.
 51 f. : il. color.

 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
 Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
 Fortaleza, 2026.
 Orientação: Profa. Ma. Juliana Mara Oliveira Santos.

 1. Ameloblastoma. 2. Criocirurgia. 3. paciente pediátrico. I.
 Título.

CDD 617.605

CARLOS EDUARDO DA SILVA SOUSA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO INTRAÓSSEA EM MANDÍBULA DE
PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Odontologia
da Universidade Christus, como
requisito para a obtenção do título de
bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Ma. Juliana Mara
Oliveira Santos.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ma. Juliana Mara Oliveira Santos (Orientadora)
Universidade Christus.

Prof. Dra. Raquel Bastos Vasconcelos (Examinadora)
Universidade Christus.

Prof. Me. Breno Sousa Benevides (Examinador)
Universidade Christus.

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, que sempre esteve presente em minha caminhada. A Ele, minha eterna gratidão por ter me concedido força, perseverança e fé para chegar até aqui. Sou profundamente grato por todas as oportunidades, e aprendizados que fizeram parte dessa trajetória.

Dedico também este trabalho aos meus pais, que foram minha base em todos os momentos. Nada disso seria possível sem vocês.

Este trabalho é fruto de muita fé, esforço e do amor que me acompanhou ao longo de toda essa jornada.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho de conclusão de curso representa não apenas o encerramento de uma etapa acadêmica, mas também a concretização de um sonho construído com persistência diária pelo aprendizado, dedicação aos meus pacientes, esforço contínuo por uma formação de qualidade, compromisso com o meu futuro apoio de muitas pessoas especiais, as quais serei eternamente grato.

Primeiramente, expresso minha profunda gratidão a Deus Todo-Poderoso, por me conceder a capacidade de lutar pelos meus objetivos com força, sabedoria e perseverança, mesmo diante de obstáculos e dificuldades expressivas. Ao longo de toda essa jornada, creio que o meu Deus me conduziu e me preparou, fortalecendo ainda mais a minha fé. Por isso e muito mais sou grato meu bom Deus, por me confiar um propósito tão glorioso e a oportunidade de vivenciar experiências e momentos tão enriquecedores, grandiosos e especiais.

Aos meus pais, enfatizo meu sincero agradecimento por todo amor, incentivo e apoio incondicional. À minha mãe Teresinha Maria e ao meu pai Antônio Fabiano serei para sempre grato por todo o esforço e dedicação durante essa etapa. Meu amor por vocês é avassalador e Deus em sua infinita sabedoria me deu a honra e o privilégio de ser seu filho, e a dádiva de crescer e amadurecer embasado em seus ensinamentos, conselhos e princípios. Obrigado por serem pais tão amorosos, cuidadosos e inspiradores. Em todas as etapas da minha vida vocês acreditaram nas minhas capacidades, elevaram as minhas expectativas, compartilharam dos meus sentimentos e apostaram todas as fichas nos meus sonhos e objetivos. A força de vocês é gigantesca e eu tenho em meu coração muita gratidão por tê-los comigo sempre. Essa conquista é nossa, vocês fazem parte de cada segundo dessa história. Vocês foram meu alicerce em todos os momentos, tornando possível a realização deste sonho.

Ao longo da minha vida, tive que aprender a recomeçar inúmeras vezes, e ao mudar-me para Fortaleza não foi diferente. Mesmo minha família vivendo a 500 km de distância, eu tive o privilégio de conhecer pessoas tão especiais que rapidamente preencheram o vazio da saudade e se tornaram uma extensão da minha do meu lar. Aos meus valorosos amigos, agradeço pela parceria, companheirismo e pelos momentos compartilhados, que tornaram essa caminhada mais leve e significativa.

Aos professores, minha eterna gratidão pelos ensinamentos, orientação e dedicação à minha formação profissional e pessoal. Vocês são fundamentais na construção do conhecimento que levo comigo.

Por fim, aos pacientes, minha sincera gratidão pela confiança depositada em meu trabalho. Cada atendimento contribuiu de forma essencial para o meu aprendizado e crescimento como futuro profissional.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigado.

RESUMO

Os ameloblastomas correspondem a neoplasias odontogênicas benignas de origem epitelial, caracterizadas por crescimento localmente invasivo e potencial expansivo, podendo atingir grandes dimensões e promover deformidades ósseas significativas. Apresentam predileção pela mandíbula e destacam-se pelo relevante impacto no manejo cirúrgico. O presente trabalho objetiva relatar o caso clínico cirúrgico de uma paciente pediátrica com lesão intraóssea em mandíbula. Paciente do sexo feminino, 13 anos de idade, feoderma, procurou atendimento odontológico relatando ausência de elemento dentário em boca. Após avaliação clínica e radiográfica inicial, foi encaminhada a um centro de referência. Ao exame intraoral observou-se ausência do elemento 37 e discreto abaulamento ósseo na região. Os exames de imagem evidenciaram dente 37 incluso associado a lesão envolvendo a região coronária, sugerindo como primeira hipótese diagnóstica cisto dentígero. No primeiro momento cirúrgico, foram realizados cuidados pré-operatórios, seguidos da anestesia local com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100 000, foi realizada uma punção aspirativa, a qual foi negativa, seguida de uma biópsia excisional da lesão associada à instalação de botão ortodôntico para tracionamento dentário do dente 37, o procedimento foi finalizado com uma marsupialização objetivando facilitar o tracionamento e a remodelação óssea. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de ameloblastoma unicístico do tipo mural. Diante do diagnóstico desta lesão com grande potencial expansivo e alto índice de recidiva, e tendo em vista a idade da paciente, optou-se por realizar uma segunda intervenção cirúrgica, partindo dos cuidados pré-operatórios, anestesia local com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100 000, seguida da exodontia do elemento 37, o qual se encontrava em processo de tracionamento ortodôntico, osteotomia periférica na região que, anteriormente, se encontrava a lesão e na região alveolar do elemento dentário. Ademias, foi realizada uma terapia complementar com 3 aplicações por 20 minutos de nitrogênio líquido em spray a -196°C em toda a loja cirúrgica com o objetivo de reduzir a chances de recidiva desta lesão. O procedimento deu-se fim com a sutura em pontos simples almejando a cicatrização por primeira intenção. O procedimento deu-se sem intercorrências e após 7 dias a paciente apresentou evolução pós-operatória satisfatória. Foi realizado acompanhamento clínico e radiográfico com 1 e 7 meses de pós-operatório e a mesma continuará sendo avaliada periodicamente. A paciente apresenta-se atualmente bem, do ponto de vista clínico, satisfeita com o tratamento e sem recorrências da lesão, o que demonstra sucesso no manejo do caso. A associação entre abordagem conservadora e a terapia adjuvante mostrou-se eficaz na redução do risco de recidiva e na preservação de estruturas adjacentes.

Palavras-chaves: Ameloblastoma; Criocirurgia; paciente pediátrico.

ABSTRACT

Ameloblastomas are benign odontogenic neoplasms of epithelial origin characterized by locally invasive growth and expansive potential, which may reach considerable dimensions and cause significant bone deformities. They exhibit a predilection for the mandible and are noteworthy due to their substantial impact on surgical management. This study aims to report the surgical clinical case of a pediatric patient presenting with an intraosseous mandibular lesion. A 13-year-old female patient, melanodermic, sought dental care reporting the absence of a tooth in the oral cavity. Following the initial clinical and radiographic evaluation, she was referred to a specialized center. Intraoral examination revealed the absence of tooth 37 and slight bone expansion in the affected region. Imaging examinations demonstrated an impacted tooth 37 associated with a lesion involving the crown, suggesting a dentigerous cyst as the primary diagnostic hypothesis. During the first surgical intervention, preoperative care was performed, followed by local anesthesia using 2% mepivacaine with 1:100,000 epinephrine. An aspiration puncture was carried out and yielded negative results. Subsequently, an excisional biopsy of the lesion was performed, along with the placement of an orthodontic button to facilitate traction of tooth 37. The procedure was completed with marsupialization aimed at promoting orthodontic traction and bone remodeling. Histopathological examination revealed a mural unicystic ameloblastoma. Given the diagnosis of a lesion with considerable expansive potential and a high recurrence rate, and considering the patient's age, a second surgical intervention was planned. Following preoperative care and local anesthesia with 2% mepivacaine and 1:100,000 epinephrine, extraction of tooth 37, which was undergoing orthodontic traction, was performed. Peripheral osteotomy was subsequently carried out in the region previously occupied by the lesion and in the alveolar area of the involved tooth. In addition, adjuvant therapy consisting of three 20-minute applications of liquid nitrogen spray at -196°C was administered throughout the surgical cavity with the aim of reducing the risk of recurrence. The procedure was completed with simple interrupted sutures to promote primary intention healing. No intraoperative complications occurred, and the patient demonstrated satisfactory postoperative recovery after 7 days. Clinical and radiographic follow-up examinations were performed at 1 and 7 months postoperatively, and the patient will continue to undergo periodic evaluation. At present, the patient remains clinically well, satisfied with the treatment outcome, and shows no evidence of lesion recurrence, demonstrating successful management of the case. The association of a conservative surgical approach with adjuvant therapy proved effective in reducing the risk of recurrence while preserving adjacent anatomical structures.

Keywords: Ameloblastoma; Cryosurgery; pediatric patient.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVOS.....	14
3.1	Objetivos específicos	14
4	METODOLOGIA.....	15
4.1	Aprovação pelo Comitê de Ética	16
5	REFERENCIAL TEÓRICO	17
5.1	Definição.....	17
5.2	Etiopatogenia	17
5.3	Classificação.....	17
5.4	Tratamento	19
5.5	Crioterapia.....	19
6	RELATO DE CASO	21
7	DISCUSSÃO.....	36
8	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS.....	40
	APÊNDICES	44
	ANEXOS	48

1 INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos constituem neoplasias originadas a partir de células envolvidas no processo de odontogênese. Estas neoplasias podem apresentar origem epitelial, ectomesenquimal ou exclusivamente mesenquimal. Embora exista vasta literatura científica abordando os tumores odontogênicos, ainda persistem controvérsias quanto à sua classificação e interpretação clínico-patológica. (Morales Navarro, 2009; Santana, Sila e Horiuchi, 2019)

Dentre os tumores odontogênicos, os ameloblastomas são neoplasias benignas de origem epitelial odontogênica, cuja relevância patológica decorre de seu potencial de crescimento expansivo, podendo atingir grandes dimensões e ocasionar significativa deformidade óssea. Com predileção marcante pela mandíbula, é reconhecida como uma das neoplasias odontogênicas com significativo impacto cirúrgico. (Morales Navarro, 2009; Adeel et al., 2018; Santana, Sila e Horiuchi, 2019)

O ameloblastoma possui ampla diversidade de apresentações clínicas, radiográficas e histopatológicas, o que demanda criteriosa avaliação diagnóstica. São atualmente mais exploradas quatro variantes distintas: ameloblastoma sólido/multicístico, ameloblastoma unicístico, ameloblastoma desmoplásico e ameloblastoma extraósseo/periférico. (Effiom et al., 2018; Morales Navarro, 2009)

O ameloblastoma unicístico apresenta três subtipos histopatológicos distintos, definidos de acordo com o padrão de proliferação epitelial: luminal, intraluminal e mural. O subtipo luminal limita-se ao revestimento epitelial da cavidade cística; o intraluminal caracteriza-se por projeções nodulares do epitélio neoplásico para o lúmen; e o mural apresenta infiltração do epitélio ameloblástico na parede fibrosa do cisto, conferindo comportamento mais agressivo e maior potencial de recidiva. (Panneerselvam et al., 2020; Ahmed et al., 2020; Rayamajhi et al., 2022)

O manejo cirúrgico é a principal modalidade terapêutica para o tratamento do ameloblastoma, sendo realizado por meio de técnicas conservadoras ou radicais. A definição da conduta mais adequada está relacionada a fatores como o subtipo histopatológico da lesão, sua extensão, localização anatômica e as condições individuais do paciente. Entre as abordagens conservadoras destacam-se a enucleação associada à

cauterização, curetagem, crioterapia, marsupialização e descompressão por fenestração. Tais técnicas objetivam preservar estruturas sadias, reduzir deformidades faciais e favorecer melhores resultados funcionais e estéticos, sendo especialmente indicadas para casos de ameloblastoma unicístico. Entretanto, as abordagens radicais consistem na remoção tumoral por meio de ressecções ósseas amplas com margens de segurança, frequentemente acompanhadas de reconstrução imediata ou tardia utilizando enxertos e posterior reabilitação protética. Esse tipo de tratamento é geralmente recomendado para ameloblastomas convencionais (sólidos ou multicísticos) e para lesões que apresentam recorrência. (Hendra et al., 2019; Piotrowska-Seweryn et al., 2022; Gasparro et al., 2024; Ouyang et al., 2025).

A crioterapia consiste na aplicação de baixas temperaturas com a finalidade de promover alterações no meio celular, podendo resultar em destruição tecidual localizada. Inicialmente, esta técnica foi empregada em tecidos com objetivos anestésicos, hemostáticos e no controle de edemas decorrentes de traumas. (Benaglia; Jardim; De Mendonça, 2014).

Entre as modalidades da crioterapia, destaca-se a criocirurgia, a qual utiliza temperaturas extremamente baixas para induzir isquemia regional, ocasionando dano tecidual progressivo e, conseqüentemente, morte celular. A ocorrência de necrose efetiva depende da submissão do tecido a um ciclo de congelamento rápido e intenso, seguido por um descongelamento lento, caracterizado pelo aquecimento espontâneo. Ademais, a repetição desse ciclo por, pelo menos, uma vez é fundamental para potencializar o efeito destrutivo sobre o tecido-alvo. (Benaglia; Jardim; De Mendonça, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

O ameloblastoma é uma neoplasia odontogênica benigna que, apesar de sua natureza histológica não maligna, apresenta comportamento localmente agressivo, elevado potencial de crescimento e significativa capacidade de destruição óssea. Entre suas variantes, o ameloblastoma unicístico representa uma forma menos frequente, acometendo predominantemente pacientes jovens e frequentemente associado a dentes inclusos, o que pode dificultar o diagnóstico clínico e radiográfico devido à semelhança com lesões císticas odontogênicas.

A relevância deste estudo fundamenta-se na necessidade de ampliar o conhecimento sobre o diagnóstico e o manejo terapêutico dessas lesões, especialmente em pacientes pediátricos, nos quais a escolha do tratamento deve equilibrar o controle da doença com a preservação do crescimento craniofacial, da função mastigatória e da estética facial. Nesse contexto, abordagens conservadoras associadas a terapias adjuvantes têm sido cada vez mais exploradas como alternativas capazes de reduzir a morbidade cirúrgica sem comprometer o prognóstico.

Além disso, a escassez de relatos clínicos envolvendo ameloblastoma unicístico do tipo mural em pacientes jovens reforça a importância da documentação e divulgação de casos clínicos bem acompanhados. Dessa forma, este trabalho contribui para a literatura científica ao apresentar uma estratégia terapêutica conservadora associada à criocirurgia, destacando seus resultados clínicos e radiográficos, bem como sua aplicabilidade no manejo de lesões com potencial de recidiva, favorecendo a tomada de decisão clínica baseada em evidências.

3 OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral relatar um caso clínico de uma paciente pediátrica com lesão intraóssea em mandíbula, ressaltando a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado desta patologia.

3.1 Objetivos específicos

Descrever os aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos de uma lesão intraóssea mandibular em paciente pediátrica.

Apresentar o processo de diagnóstico diferencial realizado diante da lesão associada a elemento dentário incluso.

Relatar o planejamento e a execução das intervenções cirúrgicas empregadas no tratamento da paciente.

Descrever a utilização da marsupialização, do tracionamento ortodôntico e da criocirurgia como recursos terapêuticos no manejo da lesão.

Avaliar a evolução clínica e radiográfica da paciente durante o período de acompanhamento pós-operatório.

Discutir a efetividade da abordagem conservadora associada à criocirurgia na prevenção da recidiva e na preservação das estruturas anatômicas adjacentes.

Correlacionar os achados clínicos do caso com as evidências disponíveis na literatura científica acerca do tratamento do ameloblastoma unicístico do tipo mural em pacientes jovens.

4 METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa, o projeto foi enviado para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/12).

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi selecionado o caso clínico no qual se constatou o histórico de lesão intraóssea em mandíbula de paciente pediátrico, bem como o manejo cirúrgico realizado para ressecção e exérese da lesão. Após a realização de anamnese detalhada, exame clínico extraoral e intraoral e análise dos exames complementares e do exame histopatológico da lesão, foi realizado o planejamento cirúrgico.

O paciente e/ou responsável, previamente ao procedimento cirúrgico, recebeu informações sobre os procedimentos que foram realizados dentro do protocolo cirúrgico diante do caso e, após a concordância do mesmo e/ou responsável legal em consentir o relato do caso, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), sendo informado que o paciente poderia revogar a assinatura a qualquer momento, caso desejasse, sem qualquer comprometimento em seu atendimento (APÊNDICE A) e (APÊNDICE B).

O procedimento executado previa a exodontia do elemento dentário 37 e a excisão cirúrgica completa da lesão associada de forma a contribuir com a integridade mandibular da paciente, bem como a remoção completa da neoplasia. Após a exérese da lesão foi aplicado nitrogênio líquido em spray na superfície da loja óssea cirúrgica 3 vezes por 20 minutos com a sutura finalizando o procedimento.

Vale salientar que a paciente está bem orientada e ciente dos riscos de recidiva da lesão e que a mesma é periodicamente acompanhada pela equipe cirúrgica para preservação evolução do caso.

4.1 Aprovação pelo Comitê de Ética

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado no dia 11/12/2025 pelo número de Parecer: **8.048.975** (ANEXO B).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Definição

A Organização Mundial da Saúde, em sua classificação de 2017 dos tumores odontogênicos, definiu o ameloblastoma como uma neoplasia odontogênica benigna de origem exclusivamente epitelial. Esta entidade patológica, juntamente com suas variantes, constitui um dos tumores odontogênicos mais frequentes, sendo considerada a segunda neoplasia mais comum deste grupo, além de apresentar elevada taxa de recidiva. Do ponto de vista clínico, o ameloblastoma caracteriza-se por crescimento lento e curso geralmente assintomático. Entretanto, apesar de sua natureza histologicamente benigna, esta neoplasia apresenta comportamento biológico localmente agressivo, com significativo potencial de destruição óssea e padrão de crescimento infiltrativo nas estruturas adjacentes.(SANTANA et al., 2019).

5.2 Etiopatogenia

Atualmente, a patogênese desta lesão ainda não está completamente elucidada. No entanto, alguns fatores têm sido sugeridos na literatura como possíveis elementos associados ao seu desenvolvimento, incluindo processos inflamatórios crônicos, traumatismos persistentes, deficiências vitamínicas e infecção pelo Papilomavírus humano (HPV). Estes fatores são considerados potenciais desencadeadores, embora os mecanismos envolvidos na gênese tumoral ainda não estejam totalmente estabelecidos.(BARBIERI et al., 2021) A literatura também cita que alterações nos alelos CGG8 e PTCH1 estão relacionadas com o risco de desenvolvimento dessa patologia.(SANTANA et al., 2019).

5.3 Classificação

O ameloblastoma pode ser classificado em três principais variantes: multicístico ou sólido, unicístico e periférico (ou extraósseo). Dentre estas formas, o ameloblastoma unicístico apresenta características histopatológicas específicas, podendo manifestar três padrões distintos de proliferação epitelial: luminal, intraluminal e mural. Estes diferentes subtipos histológicos exercem influência direta sobre o comportamento biológico da lesão, bem como sobre a escolha da abordagem terapêutica e o prognóstico do paciente. De modo geral, variantes que apresentam proliferação mural tendem a demonstrar

comportamento mais agressivo, podendo demandar estratégias terapêuticas mais amplas em comparação aos subtipos luminal e intraluminal, que frequentemente respondem de forma mais favorável a abordagens conservadoras. (NASCIMENTO et al., 2017).

O ameloblastoma multicístico apresenta origem central intraóssea e caracteriza-se por um padrão de crescimento infiltrativo, geralmente multidirecional, com invasão dos tecidos adjacentes e consequente destruição óssea significativa. Diferentemente de outras variantes, essas lesões não apresentam encapsulamento, o que contribui para sua maior agressividade local. (Effiom et al., 2018; Adeel et al., 2018)

O ameloblastoma unicístico constitui uma variante relativamente rara desta lesão, com maior prevalência em indivíduos jovens. Caracteriza-se por um crescimento lento, porém localmente invasivo e agressivo, com predileção pela região posterior da mandíbula, frequentemente associado a dentes inclusos ou impactados. Do ponto de vista radiográfico, manifesta-se predominantemente como uma lesão unilocular, circunscrita por margens bem definidas, o que pode dificultar sua distinção de outras lesões odontogênicas císticas. (Rayamajhi et al., 2022; Pathak et al., 2017; Morales Navarro, 2009)

O ameloblastoma desmoplásico apresenta comportamento mais agressivo, associado a maior índice de recorrência pós-operatória e maior propensão à transformação maligna, quando comparado às demais variantes. Acomete principalmente indivíduos na quarta e quinta décadas de vida, sem predileção por sexo. Esta variante representa aproximadamente 10% dos ameloblastomas. Clinicamente, manifesta-se preferencialmente nas regiões anteriores ou pré-molares da mandíbula e da maxila. (Effiom et al., 2018; Morales Navarro, 2009)

O ameloblastoma extraósseo, ou periférico, corresponde a aproximadamente 1,3–10% de todos os casos de ameloblastoma. Localiza-se predominantemente na gengiva e na mucosa alveolar, manifestando-se clinicamente como uma lesão nodular sésil, assintomática, de consistência firme, superfície lisa e coloração semelhante à da mucosa adjacente. (Effiom et al., 2018; Morales Navarro, 2009)

Dentre suas variantes, o ameloblastoma unicístico apresenta-se menos frequente e, conseqüentemente, é menos explorado na literatura, devido ao reduzido número de

casos documentados. Esta forma representa uma variante clínica e histopatológica do ameloblastoma convencional, caracterizada por menor agressividade biológica e por um padrão de crescimento frequentemente restrito à cavidade cística. (Rayamajhi et al., 2022; Pathak et al., 2017)

Sob o ponto de vista clínico e radiográfico, esta variante mimetiza lesões císticas odontogênicas, como o cisto dentígero, exibindo geralmente uma cavidade unilocular bem delimitada. No entanto, histologicamente, revela o epitélio ameloblastomatoso característico, revestindo parcial ou totalmente a parede cística, podendo apresentar projeções e proliferação tumoral de padrão intraluminal e/ou mural. A presença de proliferação mural confere maior potencial de recorrência. (Panneerselvam et al., 2020; Ahmed et al., 2020)

5.4 Tratamento

O tratamento do ameloblastoma pode ser conduzido por meio de abordagens conservadoras ou radicais. Entre os métodos conservadores, destacam-se a marsupialização, frequentemente empregada como etapa inicial do tratamento com o objetivo de promover a descompressão da lesão e redução do seu volume, e a enucleação associada à curetagem, procedimento que consiste na remoção completa da lesão do interior do osso, preservando a continuidade óssea e, conseqüentemente, minimizando o comprometimento estrutural da região afetada. Abordagens radicais incluem procedimentos de ressecção segmentar e ressecção marginal. A ressecção segmentar caracteriza-se pela remoção cirúrgica de um segmento ósseo acometido, sem preservação da continuidade do osso. Já a ressecção marginal consiste na remoção da lesão com margens de segurança, mantendo-se parte do osso sadio, de modo a preservar a continuidade óssea e garantir suporte estrutural ao remanescente ósseo. (NASCIMENTO et al., 2017).

5.5 Crioterapia

A criocirurgia, também denominada crioterapia, tem sido amplamente empregada em diversas áreas da saúde há mais de três décadas. Trata-se de uma técnica terapêutica que utiliza temperaturas extremamente baixas para promover a destruição tecidual controlada. Entre suas principais vantagens destacam-se a relativa simplicidade dos

métodos utilizados e o baixo custo dos equipamentos necessários para sua realização. Entretanto, apesar destas características favoráveis, a aplicação da criocirurgia na Odontologia ainda permanece relativamente limitada. A técnica apresenta uma ampla gama de indicações clínicas, sendo a mucosa bucal um local particularmente adequado para sua utilização. As características inerentes a este tecido, como a umidade e a suavidade, favorecem a aplicação do método, tornando a criocirurgia uma alternativa terapêutica eficaz que, em determinadas situações, pode substituir procedimentos cirúrgicos convencionais. Adicionalmente, lesões bucais com elevado potencial de recidiva, como ameloblastomas, queratocistos odontogênicos, mixomas odontogênicos, fibromas ossificantes e lesões centrais de células gigantes, podem ser manejadas por meio desta abordagem. Tradicionalmente, o tratamento dessas lesões envolve procedimentos cirúrgicos mais radicais, geralmente associados à ressecção com margens de segurança. Neste contexto, a criocirurgia surge como um método físico adjuvante capaz de promover controle local da lesão e ampliar a margem de segurança cirúrgica, contribuindo para a redução da taxa de recidiva, ao mesmo tempo em que minimiza possíveis deformidades estéticas e comprometimentos funcionais. (CARNASCIALI et al., 2010).

6 RELATO DE CASO

Paciente A.O.C., sexo feminino, feoderma, 13 anos, buscou atendimento odontológico em clínica privada relatando ausência de elemento dentário em boca, após análise clínica e radiográfica a paciente foi encaminhada para a clínica Escola da Universidade Federal do Ceara (UFC). Ao exame clínico extraoral, não haviam alterações dignas de nota, ao exame intraoral foi constatada ausência do elemento 37 no meio oral e discreto abaulamento ósseo na região (FIGURAS 1 E 2).

Figura 1: Avaliação extraoral da paciente



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 2: Avaliação intraoral da paciente.



Fonte: Arquivo pessoal.

Aos exames de imagem, foi possível observar o elemento 37 incluso com impatcação coronária associada a lesão radiolúcida, unilocular e bem delimitada (FIGURAS 3 E 4).

Figura 3: Radiografia panorâmica inicial.



Fonte: Arquivo pessoal.

Durante anamnese, a paciente e sua responsável legal negaram histórico pregresso na família, bem como negou ter sofrido traumas na região. Os achados clínicos e imaginológicos apontavam como principal hipótese diagnóstica, cisto dentígero. Esta é uma lesão odontogênica de desenvolvimento que se forma ao redor da coroa de um dente não erupcionado, impactado ou incluso, devido ao acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do esmalte e a superfície coronária do dente. O cisto dentígero, normalmente, não apresenta potencial expansivo de grande magnitude, seu crescimento é lento e bem delimitado, bem como possui baixo potencial de recidiva.

Figura 4: Reconstrução 3D da tomografia computadorizada inicial.



Fonte: Arquivo pessoal.

Neste interim, após análise minuciosa do caso e dos exames complementares foi realizada uma intervenção cirúrgica primária, tendo em vista o tratamento desta lesão. Os cuidados pré-operatórios incluíram a prescrição de dexametasona 8mg 1 hora antes do procedimento e aferição da pressão arterial (120 x 80mmHg) e protocolos de assepsia e antisepsia intra e extraoral com clorexidina 2% e 0,12%. Tendo em vista o tamanho da lesão, a localização e a colaboração da paciente, optou-se por realizar o procedimento a nível ambulatorial sob anestesia local. Deste modo, foi executada, anestesia local com

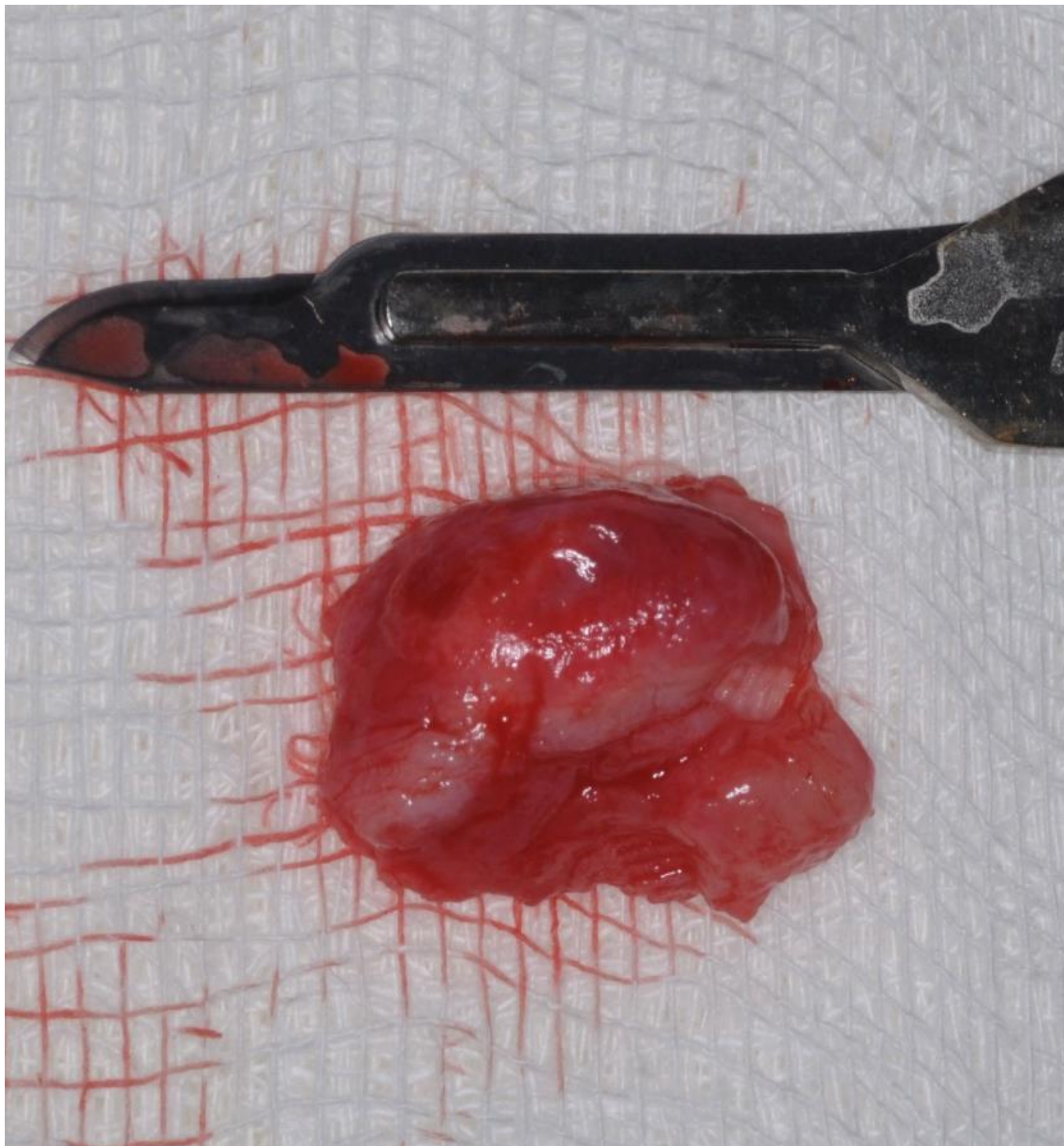
mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000. A princípio, realizou-se uma punção aspirativa, a qual foi negativa, seguida da biópsia excisional da lesão (FIGURAS 5 E 6).

Figura 5: Biópsia excisional da lesão.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 6: Lesão medindo cerca de 1,5 cm



Fonte: Arquivo pessoal.

Ademais, tendo em vista a primeira hipótese diagnóstica e o fato da paciente já estar sob tratamento ortodôntico, optou-se por realizar a instalação de um botão ortodôntico para tracionamento do elemento 37 incluso, ancorado no aparelho ortodôntico já em boca. (FIGURA 7).

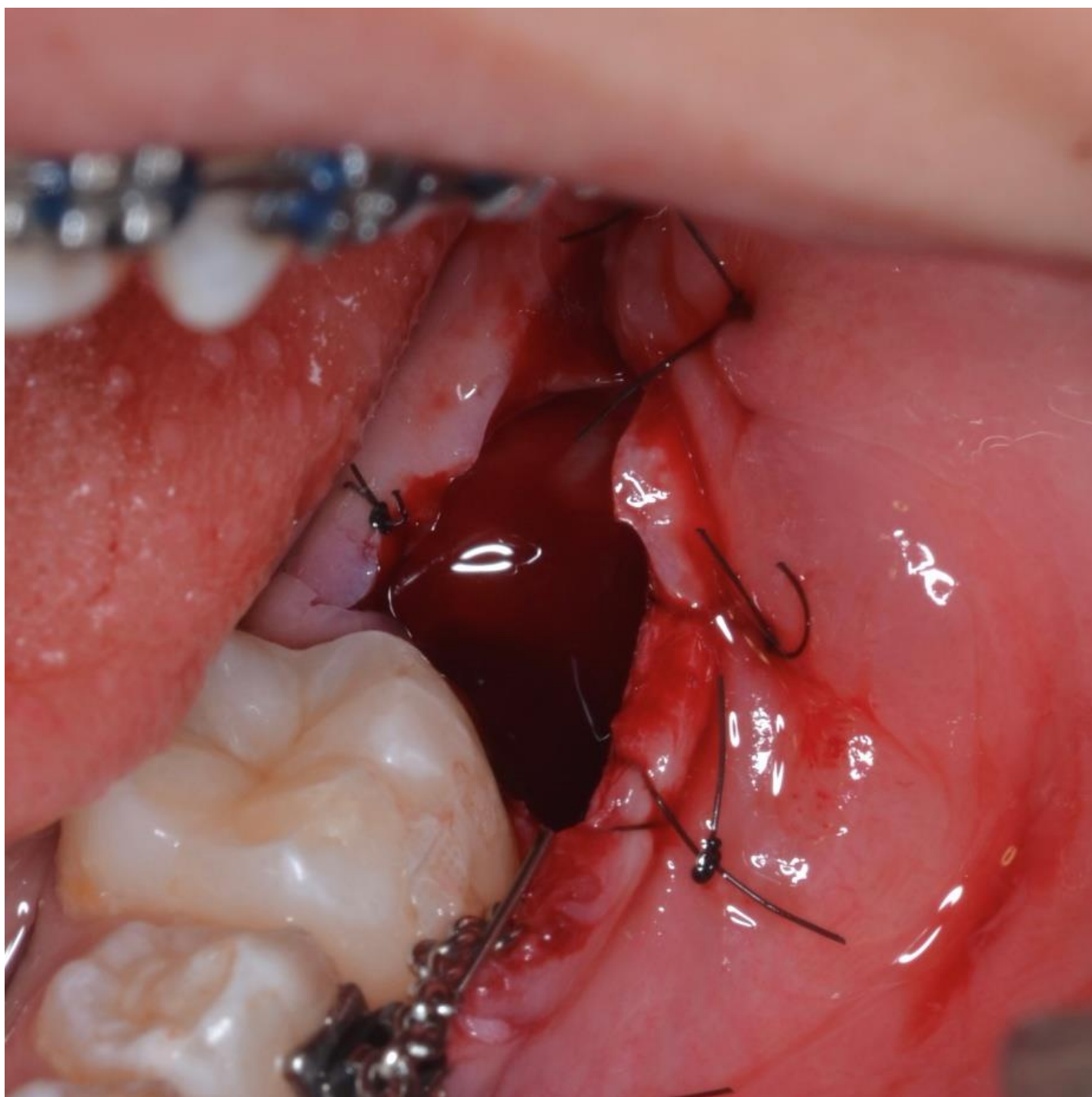
Figura 7: Botão ortodôntico ancorado no elemento 37 para tracionamento do mesmo.



Fonte: Arquivo pessoal.

Por fim, optou-se por realizar a marsupialização, objetivando a descompressão osmótica, bem como, facilitar o tracionamento ortodôntico (FIGURA 8). O pós operatório deu-se de forma esperada e paciente evoluiu sem queixas medicada com amoxicilina 500mg de 8/8 horas por 7 dias, nimesulida 100mg de 12/12 horas por 3 dias e dipirona 500mg de 6/6 horas por 3 dias e bem orientada.

Figura 8: Pós-operatório imediato onde realizou-se a marsupialização das bordas da ferida cirúrgica.



Fonte: Arquivo pessoal.

O anatomohistológico evidenciou uma cavidade cística revestida por epitélio ameloblástico, semelhante ao do órgão do esmalte e infiltração do epitélio tumoral na parede fibrosa da cápsula cística, concluindo que se tratava de um ameloblastoma unicístico do tipo mural (FIGURAS 9 E 10), o qual requer um tratamento mais amplo e intervencionista devido seu grau de agressividade e sua alta taxa de recidiva.

Figura 9: Laudo anatomopatológico da biópsia.

Diagnóstico Anatomopatológico

Macroscopia: Fragmento irregular, firme e elástico, de aspecto membranáceo, pardo-escurecido, medindo 1,8 x 1,7 x 1,1 cm. A superfície de corte apresentou cavidade, previamente, esvaziada de paredes pardacentas (2F/1C/SR).

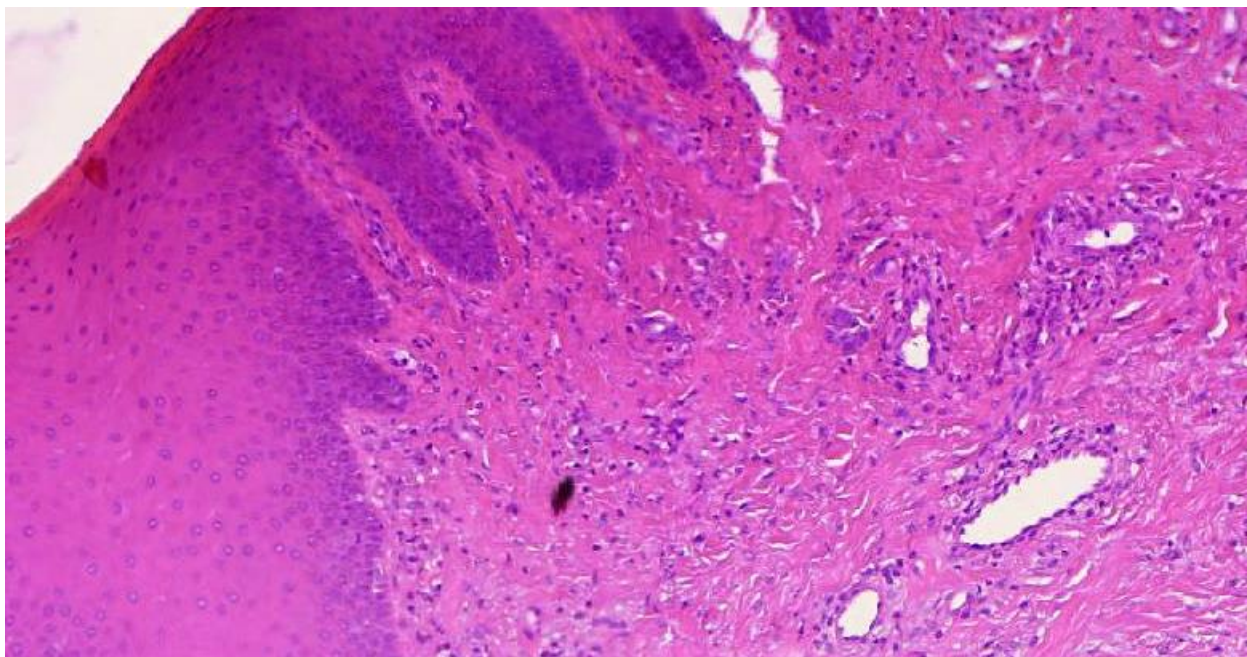
Microscopia: Neoplasia odontogênica epitelial representada por ampla cavidade revestida por epitélio ameloblastomatoso exibindo, na camada basal, células hipercromáticas dispostas em paliçada e com polaridade invertida e, mais superficialmente, células arrançadas frouxamente. A cápsula fibrosa mostra-se densamente colagenizada, com escasso infiltrado inflamatório mononuclear, além da presença de focos de infiltração mural de aspecto, predominantemente, folicular. Cordões de epitélio odontogênico, focos de calcificação e extravasamento hemorrágico completam o quadro examinado.

Conclusão: Ameloblastoma.

Nota: Observa-se invasão mural.

Fonte: Arquivo pessoal.

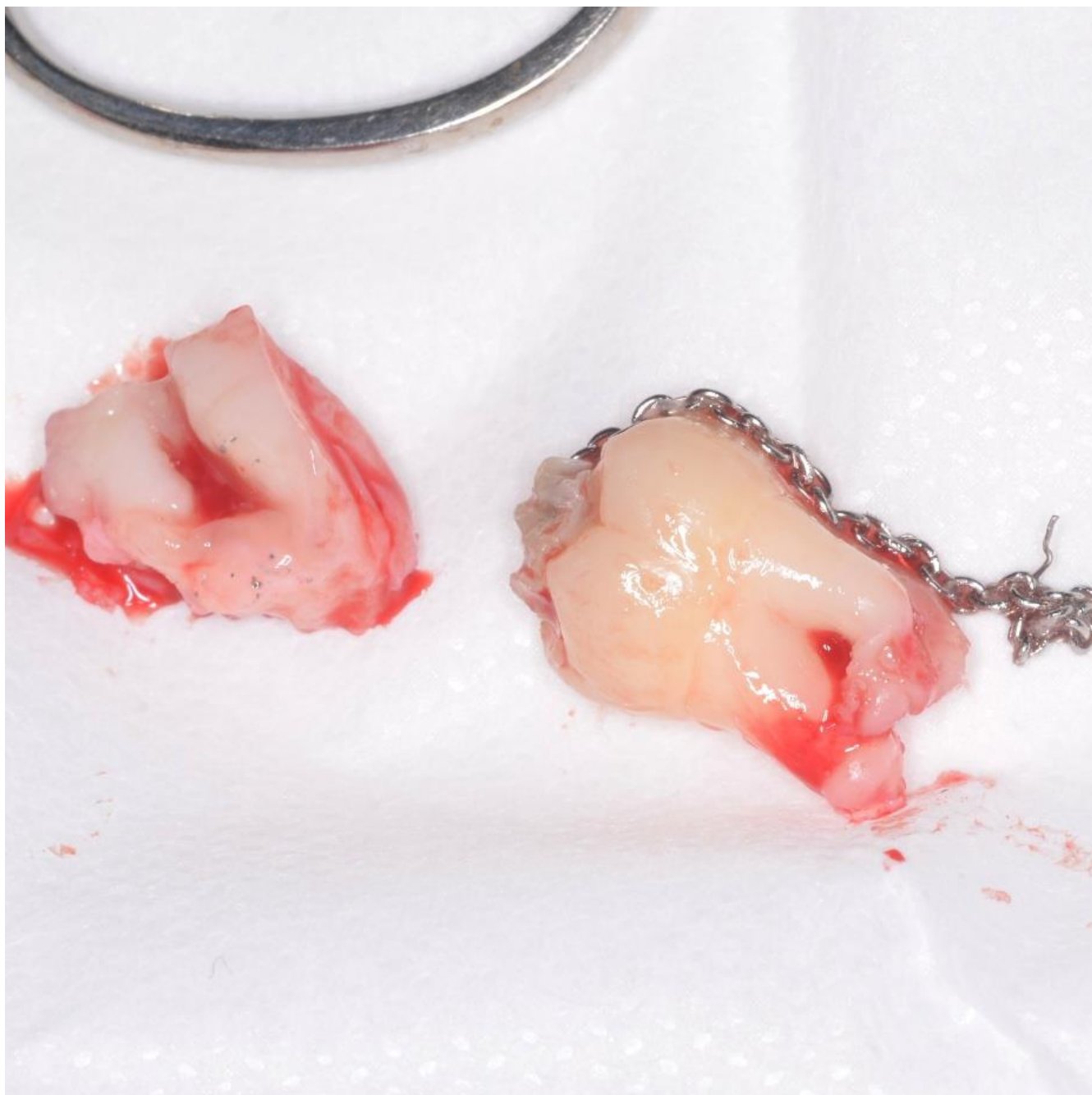
Figura 10: Análise microscópica com aumento de 20x do fragmento enviado evidenciando neoplasia odontogênica epitelial caracterizada por ilhas e cordões de epitélio odontogênico infiltrando um estroma fibroso maduro. As ilhas tumorais apresentam organização periférica em paliçada de células colunares ou cuboidais, com núcleos hipercromáticos polarizados afastados da membrana basal (polarização reversa), conferindo o aspecto típico de “padrão em paliçada” periférico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Tendo em vista os achados clínicos, imaginológicos e, em especial devido ao padrão mural observado na análise histopatológica, bem como a faixa etária da paciente, 2 meses após a primeira intervenção optou-se por uma abordagem cirúrgica mais efetiva e, ainda, conservadora a qual incluiu os mesmos cuidados pré-operatórios da primeira intervenção, iniciando com a exodontia do elemento 37 através da técnica III associada a osteotomia periférica em toda a loja cirúrgica. (FIGURAS 11 e 12).

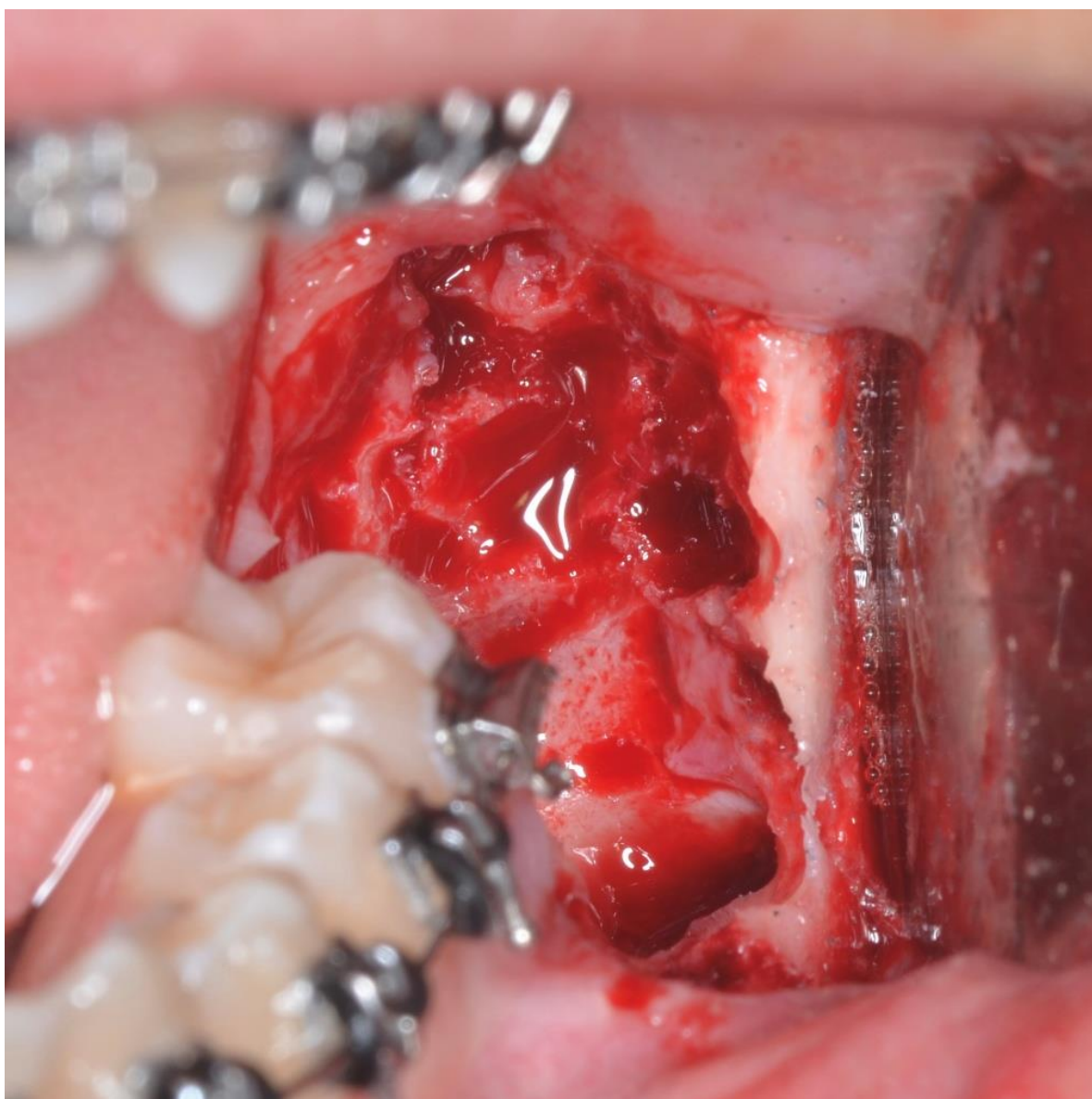
Figura 11: Elemento 37 com botão ortodôntico e fragmento tecidual associado.



Fonte: Arquivo pessoal.

Seguido do protocolo terapêutico de criocirurgia, em que foi realizado o jateamento com nitrogênio líquido em spray a -196°C em toda a região da loja cirúrgica (FIGURA 13). O protocolo se deu com a exposição cirúrgica da região a pós a exodontia do elemento 37 (FIGURA 12).

Figura 12: Loja cirúrgica exposta.



Fonte Arquivo pessoal.

Seguindo de 3 aplicações do spray de nitrogênio líquido com intervalo de 20 segundos, objetivando reduzir as células tumorais remanescentes após a exérese completa

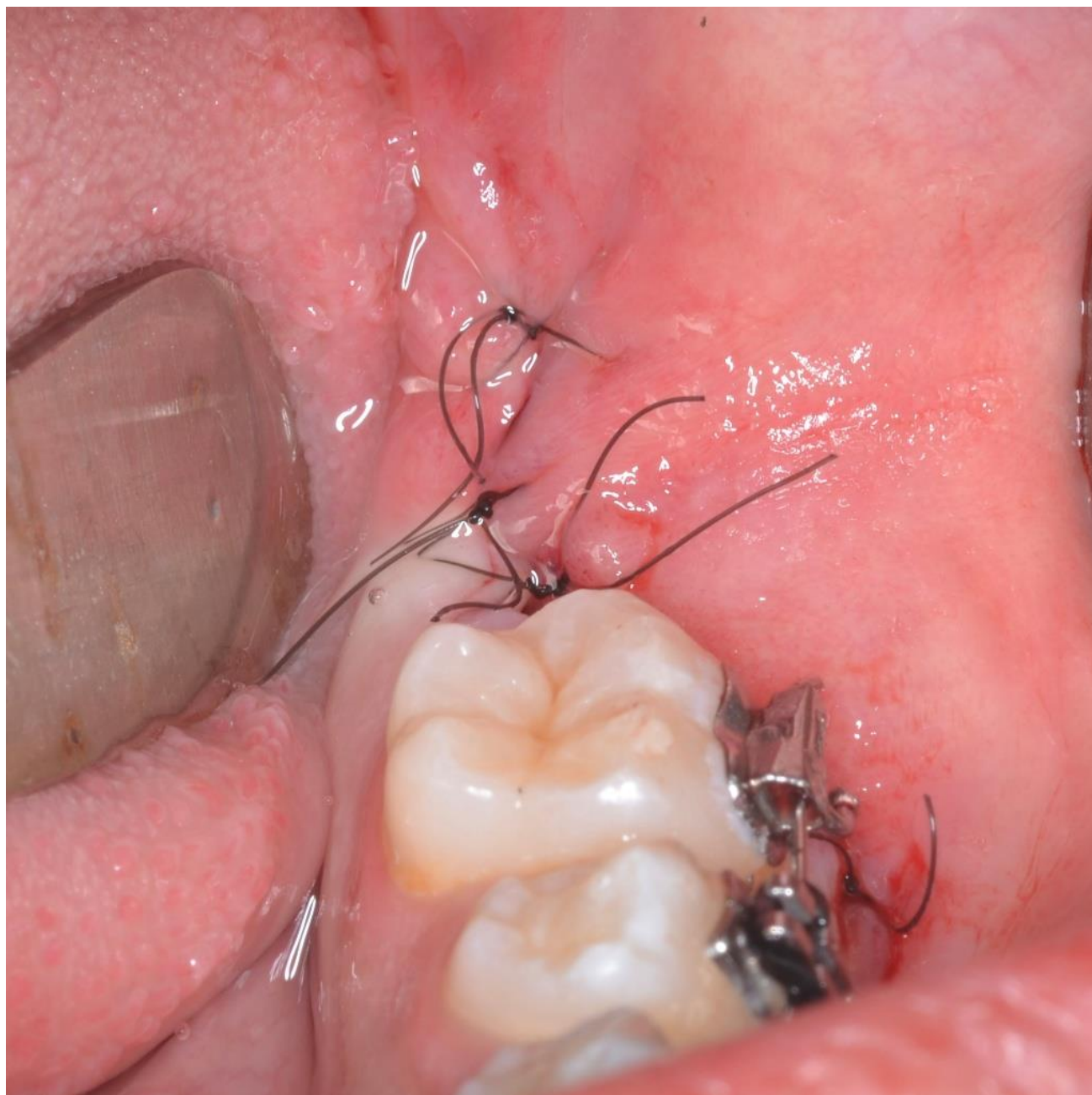
da lesão e, conseqüentemente, diminuir a potencial de recidiva da mesma, preservando a integridade óssea mandibular, tecidos saudáveis e sem a necessidade de um tratamento mutilador.

Figura 13: Aspecto clínico da loja cirúrgica com a aplicação do spray de nitrogênio líquido em toda a superfície da loja cirúrgica.



O procedimento deu-se fim com a síntese através de uma sutura contínua, foram prescritos nimesulida 100mg de 12/12 horas, dipirona 500mg de 6/6 horas por 3 dias e amoxicilina 500mg de 8/8 horas por 7 dias. Ademais foram feitas recomendações pós operatórias para a paciente.

Figura 14: Pós-operatório imediato.



Fonte: Arquivo pessoal.

7 dias depois a paciente foi novamente examinada e foi observada uma boa recuperação clínica, sem sinais de infecção e com inflamação mínima.

Figura 15: Radiografia panorâmica pós-operatória de 1 mês.



Fonte: Arquivo pessoal.

Atualmente, após 7 meses do procedimento a paciente encontra-se bem, do ponto de vista clínico (FIGURA 16), sem queixas, satisfeita com o tratamento proposto e sem sinal de recidiva da lesão.

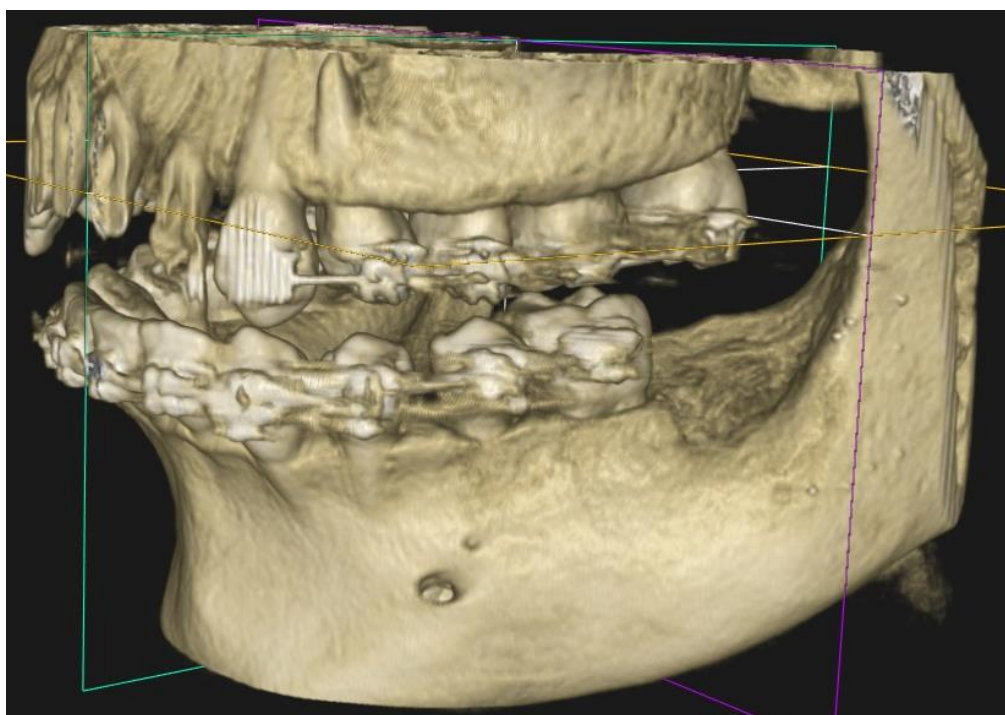
Figura 16: Aspecto clínico com 7 meses de pós operatório.



Fonte: Arquivo pessoal.

Os exames de imagem, não apontam sinais de recidiva da lesão e revelam remodelação óssea discreta na região do elemento 37. (FIGURA 17 A 20).

Figura 17: Reconstrução tomográfica 3D após 7 meses do procedimento.



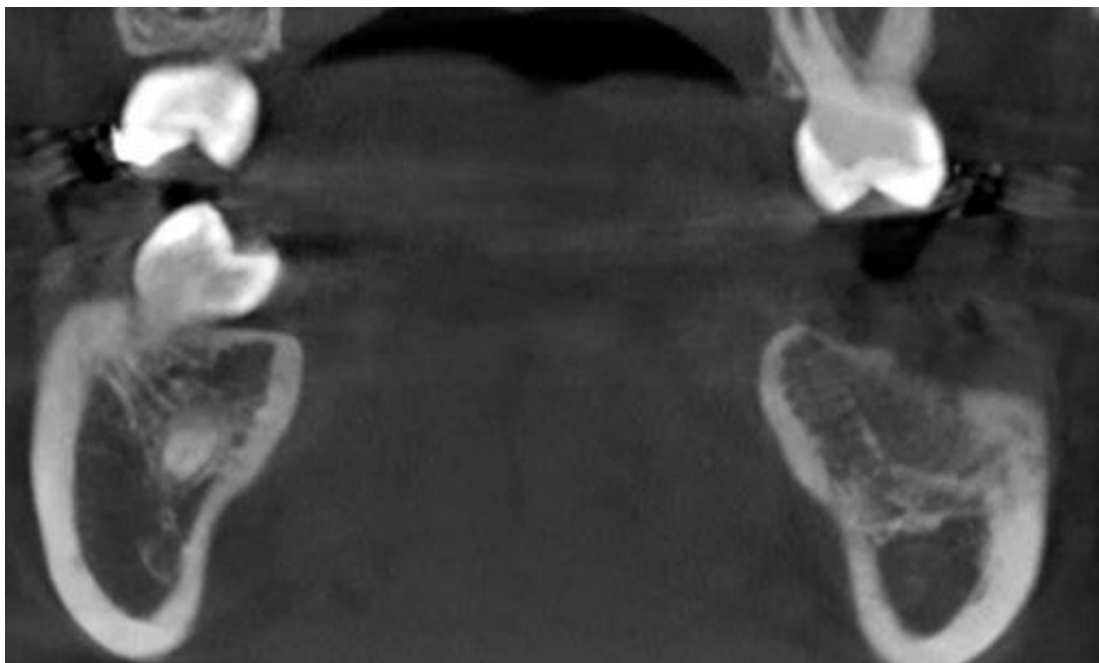
Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 18: Corte tomográfico no plano sagital após 7 meses do procedimento.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 19: Corte tomográfico no plano coronal após 7 meses do procedimento.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 20: Radiografia panorâmica após 7 meses do procedimento.



Fonte: Arquivo pessoal.

A paciente permanecerá comparecendo à Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), periodicamente a cada ano, para acompanhamento clínico e radiográfico e preservação do caso. O plano de tratamento a longo prazo prevê a reabilitação do elemento 37 através da instalação de um implante, associado ou não a enxertia óssea ou com prótese parcial removível.

7 DISCUSSÃO

O caso apresentado refere-se a uma paciente do sexo feminino, 13 anos, com lesão intraóssea mandibular diagnosticada como ameloblastoma unicístico do tipo mural em região posterior de mandíbula associada à impactação do elemento 37 incluso. Faqi Nurdiansyah Hendra et al. (2020) revelam que a média de idade ao diagnóstico do ameloblastoma é de 30 a 40 anos, com pico de incidência na terceira década de vida. O que distingue do caso relatado já que o diagnóstico ocorreu na segunda década de vida. Em estudos globais, a média de idade relatada é de 34 anos, sendo que em dualidade regional, pacientes na Europa e América do Norte tendem a ser diagnosticados em idades mais avançadas do que na África e América do Sul, tendo em vista o acesso dessas populações aos serviços de saúde.

Quanto ao dissídio de sexo, os dados dispostos na literatura vão de encontro ao relato de caso da paciente, tendo em vista que há uma discreta predominância masculina, com proporção variando de 1,2:1 até 1,4:1 em diferentes populações, embora outros estudos mostrem distribuição igualitária entre homens e mulheres, dessa forma não havendo predominância da patologia por sexo (Yoithaprabhunath Thuckanaickenpalayam Rangunathan et al., 2022; Marjolijn A. E. M. Oomens; Isaïc van der Waal, 2014; Chong Huat Siar; Shin Hin Lau; Kok Han Ng, 2012). Ademais, S. Bansal et al. (2015) mostra que em crianças e adolescentes, a proporção pode ser ainda mais acentuada para o sexo masculino.

Quanto à localização anatômica, em concordância com o relato de caso, a literatura científica revela que a mandíbula é acometida em 80-95% dos casos de ameloblastoma, enquanto a maxila representa apenas 5-20% dos casos, com uma proporção mandíbula:maxila de aproximadamente 8:1 a 10:1 (Faqi Nurdiansyah Hendra et al., 2020; Kittipong Dhanuthai et al., 2012; Chong Huat Siar; Shin Hin Lau; Kok Han Ng, 2012; Paolo Boffano et al., 2021; Jimoh Olubanwo Agbaje et al., 2018; Kuda Singappulige Niluka Darshani Gunawardhana et al., 2010), e quando se trata da distribuição dessa patologia dentro da mandíbula, a região posterior (corpo posterior, ângulo e ramo) é o local mais frequentemente afetado, representando 57-80% dos casos mandibulares (Akinola Ladipo Ladeinde et al., 2006; E. R. Fregnani et al., 2010; Jimoh Olubanwo Agbaje et al., 2018).

Como descrito no caso, a associação entre ameloblastoma e dentes impactados é significativa, a literatura científica mostra que 50-80% dos ameloblastomas unicísticos

estão relacionados a dentes impactados, especialmente o terceiro molar mandibular de acordo com a publicação de H. P. Philipsen e P. A. Reichart (1998). Em 80% dos casos, ameloblastomas localizam-se na região molar-ramo mandibular, frequentemente associados a dentes não erupcionados assim como no caso da paciente onde o dente 37 encontrava-se incluso (Sinem Gumgum; Basak Hosgoren, 2005). segundo Chané Smit et al. (2024), a impaction dentária é mais comum em crianças com ameloblastoma do que em adultos.

O diagnóstico diferencial do ameloblastoma unicístico é amplo e inclui diversas lesões císticas e neoplásicas de origem odontogênica que podem apresentar características clínicas e radiográficas semelhantes. No caso clínico, durante a etapa de diagnóstico, suspeitava-se que a lesão se tratava de um cisto dentígero, o qual torna-se o principal diagnóstico diferencial, sobretudo em lesões associadas a dentes impactados em pacientes jovens (Robert J. Scholl et al., 1999; Daniel P. Caruso; Cameron C. Lee; Zachary S. Peacock, 2022). Lesões como o ceratocisto odontogênico (tumor odontogênico ceratocístico), também apresentam sobreposição significativa com ameloblastoma unicístico em localização e faixa etária. Ambos podem aparecer como lesões radiolúcidas uniloculares bem delimitadas associadas a dentes impactados (Robert J. Scholl et al., 1999; Manabu Minami et al., 1996).

O ameloblastoma unicístico mural tem maior risco de recidiva quando comparado a outros subtipos devido à infiltração tumoral na parede fibrosa do cisto. A escolha do tratamento deve considerar aspectos clínico-patológicos, idade do paciente e qualidade de vida pós-operatória. No caso clínico, a paciente foi submetida a enucleação da lesão e do dente associado concomitante a terapia com nitrogênio líquido (criocirurgia). Uma abordagem conservadora tendo em vista minimizar os riscos de recidiva. Estudos como o de S. L. Lau e N. Samman (2006) e posteriormente analisado por Fadi Titinchi e Peter A. Brennan (2022) revelam que a nucleação com tratamentos adjuvantes: A enucleação simples demonstra taxa de recidiva de 30,5%, mas quando associada com tratamentos adjuvantes, os resultados melhoram significativamente.

As abordagens radicais envolvem grandes ressecções ósseas com margens de segurança, sendo tradicionalmente indicadas para o subtipo mural devido ao seu comportamento agressivo. Contudo, durante a escolha do tratamento para a paciente do caso foi levado em consideração sua idade, as características clínicas e radiográficas, bem como a evolução da lesão. A literatura aponta que ressecção seguitar apresenta a menor taxa de recidiva (3,6-8%) entre todas as modalidades terapêuticas (Faqi

Nurdiansyah Hendra et al., 2019; Cheryl Chen et al., 2024; S. L. Lau; N. Samman, 2006), porém, a qualidade de vida cai drasticamente. Ademais, tratando-se do caso em específico, ao comparar a porcentagem da taxa de recidiva entre o tratamento conservador e radical, não há uma diferença estatística que justificasse a abordagem radical como primeira escolha de tratamento.

A conduta acerca do tratamento do ameloblastoma deve ser conduzida de forma individualizada para cada caso. Paiva, Santos-Silva e Rocha (2026) publicou um estudo onde observou que ostectomia periférica, realizada por meio do desgaste das margens ósseas adjacentes à lesão, é frequentemente empregada como complemento à enucleação. Estudos com acompanhamento médio de oito anos demonstraram índices extremamente baixos de recidiva, com apenas um caso recorrente observado. No caso clínico relatado, a ostectomia periférica foi realizada em toda a loja cirúrgica a fim de aumentar a margem de segurança e inerentemente reduzir as chances de recidiva da lesão. Ainda segundo o mesmo estudo, a marsupialização tem se mostrado uma estratégia eficaz para a redução volumétrica do ameloblastoma unicístico, alcançando aproximadamente 89% de sucesso antes da intervenção definitiva. Além de diminuir a extensão da cirurgia necessária, essa técnica favorece a neoformação óssea gradual e reduz a morbidade do tratamento, sendo especialmente indicada para pacientes jovens que necessitam de acompanhamento prolongado.

A associação de terapias adjuvantes à exérese tumoral do ameloblastoma tem se mostrado bastante eficaz. A publicação de Titinchi e Brennan (2022) demonstrou que após a enucleação da lesão, a utilização da solução de Carnoy (cloreto férrico 1 g, clorofórmio 3 mL, ácido acético glacial 1 mL e álcool etílico a 96% 6 mL), associada à osteotomia periférica, apresentou as menores taxas de recidiva entre as terapias conservadoras, alcançando cerca de 9,1%, resultado semelhante ao observado com a ressecção. Dessa forma, essa técnica se destaca como uma alternativa menos invasiva, proporcionando baixos índices de recorrência e resultados clínicos satisfatórios. No caso clínico, a terapia de escolha foi a crioterapia, a qual também é eficaz como tratamento adjuvante definitivo após marsupialização, demonstrando sucesso no manejo de ameloblastomas unicísticos com baixa taxa de recorrência.

8 CONCLUSÃO

O presente relato de caso evidenciou a importância da correlação entre os achados clínicos, imaginológicos e, principalmente, histopatológicos para o estabelecimento do diagnóstico definitivo das lesões odontogênicas. Embora as características iniciais fossem sugestivas de cisto dentífero, o exame anatomopatológico revelou tratar-se de um ameloblastoma unicístico do tipo mural, variante reconhecida por seu comportamento biológico mais expansivo e agressivo e maior potencial de recidiva.

Diante da idade da paciente e da necessidade de preservar ao máximo a estrutura óssea mandibular, optou-se por uma abordagem terapêutica conservadora associada à osteotomia periférica e à criocirurgia com nitrogênio líquido, visando a eliminação de possíveis células tumorais remanescentes sem a necessidade de procedimentos mutiladores. A conduta adotada demonstrou resultados clínicos e radiográficos satisfatórios, com adequada cicatrização, preservação funcional e ausência de sinais de recidiva após sete meses de acompanhamento.

Dessa forma, conclui-se que a associação da exérese cirúrgica, osteotomia periférica e criocirurgia pode representar uma alternativa eficaz e conservadora para o tratamento do ameloblastoma unicístico mural em pacientes jovens, contribuindo para a redução do risco de recorrência do tumor e para a manutenção da qualidade de vida. Entretanto, devido ao potencial de recidiva tardia dessa neoplasia, o acompanhamento clínico e imaginológico a longo prazo permanece indispensável para a avaliação da estabilidade dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

AGBAJE, Jimoh O. *et al.* Biological profile of ameloblastoma and its location in the jaw in 1246 Nigerians. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, St. Louis, v. 126, n. 5, p. 424-431, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30126803/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BANSAL, Shweta *et al.* The occurrence and pattern of ameloblastoma in children and adolescents: an Indian institutional study of 41 years. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Amsterdam, v. 44, n. 6, p. 725-731, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25655766/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BARBIERI, Bruna *et al.* Ameloblastoma unicístico: qual a abordagem ideal? Uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 8, p. 79720-79733, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34307>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BOFFANO, Paolo *et al.* The epidemiology and management of ameloblastomas: a European multicenter study. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, Edinburgh, v. 49, n. 12, p. 1107-1112, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34583885/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

CARNASCIALI, Maria Carolina G. *et al.* A criocirurgia como tratamento das lesões bucais. **Perspectives in Oral Sciences**, Bauru, v. 2, n. 1, p. 55-58, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/45087841_Cryosurgery_as_treatment_modalit_y_for_oral_lesions. Acesso em: 20 jun. 2026.

CARUSO, Daniel P.; LEE, Cameron C.; PEACOCK, Zachary S. What factors differentiate dentigerous cysts from other pericoronal lesions? **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, St. Louis, v. 133, n. 1, p. 8-14, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34511358/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

CHEN, Cheryl *et al.* Surgical resection and reconstruction of ameloblastoma: a 13-year retrospective review. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Rosemont, v. 82, n. 7, p. 862-868, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38636548/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

DARSHANI GUNAWARDHANA, Kuda S. N. *et al.* A clinico-pathological comparison between mandibular and maxillary ameloblastomas in Sri Lanka. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Hoboken, v. 39, n. 3, p. 236-241, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20070485/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

DHANUTHAI, Kittipong *et al.* Ameloblastoma: a multicentric study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, St. Louis, v. 113, n. 6, p. 782-788, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212440312000521>. Acesso em: 20 jun. 2026.

FREGNANI, Eduardo R. *et al.* Clinicopathological study and treatment outcomes of 121 cases of ameloblastomas. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Amsterdam, v. 39, n. 2, p. 145-149, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20045283/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

GASPARRO, Roberta *et al.* The effect of conservative vs. radical treatment of ameloblastoma on recurrence rate and quality of life: an umbrella review. **Journal of Clinical Medicine**, Basel, v. 13, n. 17, p. 5339, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39274556/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

GUMGUM, Sinem; HOSGOREN, Basak. Clinical and radiologic behaviour of ameloblastoma in 4 cases. **Journal-Canadian Dental Association**, Ottawa, v. 71, n. 7, p. 481-484, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16026635/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

HENDRA, Faqi N. *et al.* Global incidence and profile of ameloblastoma: a systematic review and meta-analysis. **Oral Diseases**, Hoboken, v. 26, n. 1, p. 12-21, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30614154/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

HENDRA, Faqi N. *et al.* Radical vs conservative treatment of intraosseous ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. **Oral Diseases**, Hoboken, v. 25, n. 7, p. 1683-1696, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30548549/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

LADEINDE, Akinola L. *et al.* Ameloblastoma: analysis of 207 cases in a Nigerian teaching hospital. **Quintessence International**, Berlin, v. 37, n. 1, p. 69-74, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16429706/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

LAU, S. L.; SAMMAN, N. Recurrence related to treatment modalities of unicystic ameloblastoma: a systematic review. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Amsterdam, v. 35, n. 8, p. 681-690, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16782308/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

MINAMI, Manabu *et al.* Cystic lesions of the maxillomandibular region. **AJR American Journal of Roentgenology**, Leesburg, v. 166, n. 4, p. 943-949, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8610578/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

NASCIMENTO, Mateus A. *et al.* Ameloblastoma unicístico em criança: relato de caso. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v. 26, n. 77, p. 53-56, 2017. Disponível em: <https://robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1142/912> . Acesso em: 20 jun. 2026.

OOMENS, Marjolijn A.E.M.; VAN DER WAAL, Isaác. Epidemiology of ameloblastomas of the jaws: a report from the Netherlands. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, Valencia, v. 19, n. 6, p. e581-e583, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25350592/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

OUYANG, Shengqi *et al.* Risk factors and nomogram for predicting the recurrence of conventional ameloblastoma. **Oral Diseases**, Hoboken, v. 31, n. 11, p. 3103-3114, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40296385/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

PAIVA, Gustavo Luiz Alkmin; SANTOS-SILVA, Alan Roger; ROCHA, André Caroli. Conservative management of unicystic ameloblastoma: long-term outcomes from a 26-year retrospective study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, St. Louis, v. 141, n. 2, p. 142–150, 2026. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40975698/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

PEREIRA, Núbia B. *et al.* BRAFV600E mutation in the diagnosis of unicystic ameloblastoma. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Hoboken, v. 45, n. 10, p. 780-785, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27084044/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

PHILIPSEN, H. P.; REICHART, P. A. Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. **Oral Oncology**, Oxford, v. 34, n. 5, p. 317-325, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9861335/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

PIOTROWSKA-SEWERYN, Agnieszka *et al.* Fibular free flap and iliac crest free flap mandibular reconstruction in patients with mandibular ameloblastomas. **Journal of Craniofacial Surgery**, Hagerstown, v. 33, n. 7, p. 1962-1970, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35175985/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

RAGUNATHAN, Yoithaprabhunath T. *et al.* Prevalence and epidemiological profile of ameloblastoma in India: a systematic review and meta-analyses. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 23, n. 11, p. 3601-3610, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36444570/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SANTANA, Thayla C.A. *et al.* Ameloblastoma unicístico: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v. 24, n. 2, p. 284-291, 2019. Disponível em: <https://ojs.upf.br/index.php/rfo/article/view/10456> . Acesso em: 20 jun. 2026.

SCHOLL, Robert J. *et al.* Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. **Radiographics**, Oak Brook, v. 19, n. 5, p. 1107-1124, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10489168/> . Acesso em: 20 jun. 2026.

SIAR, Chong Huat; LAU, Shin Hin; NG, Kok Han. Ameloblastoma of the jaws: a retrospective analysis of 340 cases in a Malaysian population. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Rosemont, v. 70, n. 3, p. 608-615, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21723654/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SMIT, Chané *et al.* Clinicoradiologic features of ameloblastomas: a single-centre study of 155 cases. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Hoboken, v. 53, n. 2, p. 133-141, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38212674/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

TITINCHI, Fadi; BRENNAN, Peter A. Unicystic ameloblastoma: analysis of surgical management and recurrence risk factors. **British Journal of Oral and Maxillofacial**

Surgery, Edinburgh, v. 60, n. 3, p. 337-342, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34996630/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE)

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado: Tratamento Cirúrgico de Lesão Intraóssea em Mandíbula de Paciente Pediátrico: Relato de Caso. Os atendimentos ocorrerão nas dependências da Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Este estudo tem como objetivo descrever, detalhadamente, o seu caso clínico para fins acadêmicos e científicos, contribuindo para a formação dos profissionais da área de Odontologia e para o avanço do conhecimento científico.

Sua participação neste relato de caso é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a realização do relato de caso, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste estudo e o(a) Sr.(a) responsável e o paciente dependente não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Sua participação consiste na autorização para que as informações clínicas e, se necessário, imagens (radiografias, fotografias intraorais, extraorais e outros exames) sejam utilizadas de forma confidencial, sem identificação nominal, garantindo o sigilo e a privacidade. Todo material será utilizado exclusivamente para fins didáticos e científicos, podendo ser publicado em eventos e periódicos científicos, sempre assegurando o anonimato. A sua participação é voluntária.

Você pode recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o seu atendimento odontológico. Se você tiver dúvidas, poderá esclarecê-las com os profissionais responsáveis pelo atendimento.

É garantido ao paciente e responsável legal, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o relato de caso e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Ao assinar este termo, você declara ter compreendido as informações aqui contidas, concordando em participar do estudo como descrito.

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Nome do(a) participante: Alanah Oliveira Costa

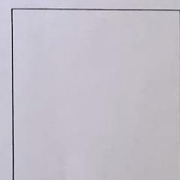
Assinatura do(a) participante: Alanah Oliveira Costa

Data: 07/10/25

Nome do(a) responsável (se menor de idade): Jonathas Silva

Assinatura do(a) responsável: Jonathas Silva da Costa

Data: 07/10/25



Impressão datiloscópica do participante

Documento assinado digitalmente
JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS
Data: 10/09/2025 08:23:55-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Data: ____/____/____

Contato do(a) pesquisador(a): (89) 99422-687

E-mail: cess.odonto@gmail.com

APÊNDICE II - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Alanah Oliveira Costa _____ você está sendo convidado (a), pelo pesquisador Carlos Eduardo da Solva Sousa, estudante de odontologia no Centro Universitário Christus, a participar de um estudo de um Relato de caso, Intitulado: " Tratamento Cirúrgico de Lesão Intraóssea em Mandíbula de Paciente Pediátrico: Relato de Caso"

O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre o estudo que estaremos realizando. A sua participação é importante, porém você não deve participar contra sua vontade e sem sua autorização. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar que teremos prazer em esclarecê-las.

1. TÍTULO DA PESQUISA:

Tratamento cirúrgico de lesão intraóssea em mandíbula de paciente pediátrico:
Relato de caso

2. PESQUISADOR:

Carlos Eduardo da Silva Sousa

3. OBJETIVOS DO ESTUDO:

O objetivo deste estudo é apresentar e discutir o tratamento cirúrgico de uma lesão intraóssea em região posterior de mandíbula, ressaltando os aspectos clínicos, radiográficos e cirúrgicos, bem como o prognóstico obtido. Além disso, busca contribuir para o diagnóstico precoce, para medidas preventivas adequadas e para a redução dos danos à qualidade de vida dos indivíduos afetados.

4. BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS AO TRATAMENTO:**BENEFÍCIOS****Remoção completa da lesão**

- Possibilita a eliminação total do tecido patológico, reduzindo o risco de recidiva (dependendo da natureza histopatológica da lesão).

Preservação de estruturas adjacentes

- Diferentemente de ressecções mais amplas, a enucleação permite maior conservação do osso mandibular e de dentes permanentes adjacentes.

Menor morbidade cirúrgica

- Procedimento menos invasivo quando comparado à ressecção segmentar ou marginal, com menor impacto funcional e estético.

Potencial de remodelação óssea

- Em pacientes jovens, a capacidade regenerativa do tecido ósseo é elevada, favorecendo a reparação espontânea após a remoção da lesão.

Impacto psicossocial reduzido

- Preserva o contorno facial e a função mastigatória, fundamentais para o desenvolvimento físico e social do adolescente.

RISCOS

Recorrência da lesão

- Determinadas lesões odontogênicas (ex.: ameloblastoma unicístico mural, queratocisto odontogênico) apresentam risco de recidiva significativa após enucleação simples.

Dano a estruturas anatômicas

- Possibilidade de lesão do **nervo alveolar inferior**, resultando em parestesia transitória ou permanente.
- Risco de envolvimento radicular de dentes permanentes em erupção ou já irrompidos.

Fragilidade mandibular

- Grandes cavidades ósseas podem comprometer a resistência mecânica da mandíbula, aumentando o risco de fraturas patológicas, sobretudo na região posterior.

Infecção pós-operatória

- Espaços remanescentes podem predispor a infecções locais se não houver adequado controle de biossegurança e acompanhamento.

Impacto no crescimento ósseo

- Em pacientes em desenvolvimento, a manipulação cirúrgica extensa pode interferir no crescimento mandibular e no processo eruptivo de dentes permanentes.

5. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

A sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir ou interromper a participação neste estudo no momento que desejar para isso você deve informar imediatamente sua decisão aos pesquisadores, sem necessidade de qualquer explicação e sem que isto venha interferir de forma alguma em seu atendimento médico-odontológico.

6. GARANTIA DE SIGILO:

Os pesquisadores se comprometem a resguardar todas as informações individuais, tratando-as com impessoalidade e não revelando a identidade do sujeito que as originou, durante e após o estudo. Além disso, as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa e a divulgação destas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. As imagens e os dados poderão ser publicados em revistas científicas, porém seu nome será preservado. Os pesquisadores garantem que as imagens e os dados serão utilizados somente para esta pesquisa.

7. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:

Eu, Alanah Oliveira Costa
portador(a) do RG 2016074624-2
Responsável legal por Jeanethes Salme de Costa
portador(a) do RG 2006010197478 declaro que li cuidadosamente todo este documento denominado TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e que, após, tive nova oportunidade de fazer perguntas sobre o corrido do mesmo e também sobre o estudo, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Acredito estar suficientemente informada, ficando claro para mim que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou plenamente de acordo com a realização do estudo e com a utilização das imagens para publicações em revistas ou artigos científicos. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso e

afirmo estar livre espontaneamente decidido (a) a autorizar a minha participação no estudo e declaro ainda estar recebendo uma via assinada deste termo.

Jeanethes Salme
Responsável legal

Documento assinado digitalmente
gov.br JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS
Data: 10/09/2025 08:26:56-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Pesquisador

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE ANUÊNCIA

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Andréa Galvão Marinho, responsável pela Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (CEP F Christus - Rua: João Adolfo Gurgel, 133, Papicu - CEP: 60190-060), declaro, para os devidos fins, que estou de acordo com a execução e colaboração do projeto de pesquisa intitulado: "Tratamento Cirúrgico de Lesão Intraóssea em Mandíbula de Paciente Pediátrico: Relato de Caso", de autoria de Carlos Eduardo da Silva Sousa, sob a coordenação da Prof. Dra. Juliana Mara Oliveira Santos, professora pesquisadora do Curso de Odontologia do Centro Universitário Christus, a ser realizado na Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus. O trabalho consiste em um relato de caso clínico com foco cirúrgico, que objetiva descrever e discutir a abordagem terapêutica de uma lesão intraóssea localizada em região posterior de mandíbula, enfatizando os aspectos clínicos, radiográficos, cirúrgicos e o acompanhamento pós-operatório. Para tanto, será necessário o acesso aos dados e registros do prontuário da paciente, exames de imagem e fotografias clínicas, respeitando-se integralmente as normas éticas vigentes. Concedo, ainda, autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final, bem como em publicações futuras, sob a forma de artigo científico, desde que os dados coletados nesta instituição sejam utilizados exclusivamente para a realização deste estudo e mantidos em sigilo absoluto, conforme determina o item III.2 "i" da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.



Documento assinado digitalmente
JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS
Data: 10/09/2025 08:25:48-0300
Verifique em <https://validar.itu.gov.br>

Assinatura e Carimbo do Professor Orientador



Documento assinado digitalmente
CARLOS EDUARDO DA SILVA SOUSA
Data: 27/08/2025 16:34:47-0300
Verifique em <https://validar.itu.gov.br>

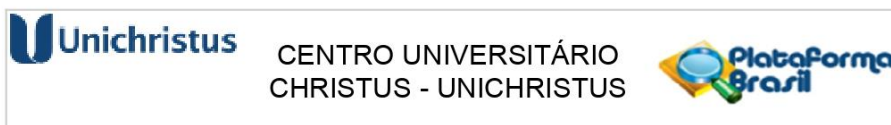
Assinatura do Aluno – Carlos Eduardo da Silva Sousa

Andréa Galvão
Clínica Escola
Mestre em Odontologia - UNIC
Mestre em Odontologia - UNIC

Responsável pela Clínica Escola: Andréa Galvão Marinho

Fortaleza, 15/10/25

ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tratamento cirúrgico de lesão intraóssea em mandíbula de paciente pediátrico: Relato de caso.

Pesquisador: JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93793125.7.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 8.048.975

Apresentação do Projeto:

As lesões císticas dos maxilares representam alterações patológicas de origem odontogênica ou não odontogênica, frequentemente assintomáticas e de diagnóstico incidental em exames radiográficos de rotina. Quando localizadas na mandíbula, podem provocar expansão óssea, deslocamento dentário e reabsorção radicular, exigindo diagnóstico diferencial com outras patologias maxilomandibulares. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de lesão cística mandibular que será submetida a tratamento cirúrgico, descrevendo as etapas diagnósticas, terapêuticas e evolutivas do paciente. Após avaliação clínica e radiográfica, será indicada intervenção cirúrgica sob anestesia local, com acesso intraoral, enucleação completa da lesão e envio do material para exame histopatológico. O acompanhamento pós-operatório será realizado. O relato reforça a importância do diagnóstico precoce e da abordagem cirúrgica adequada para o manejo de lesões císticas mandibulares, destacando o papel dos exames de imagem e da análise histopatológica na conduta terapêutica e no prognóstico favorável do paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico cirúrgico de uma lesão intraóssea

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 8.048.975

em mandíbula de paciente pediátrico, ressaltando a importância do diagnóstico e tratamento dessa patologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Entretanto, o tratamento também implicará em riscos que precisarão ser ponderados. A recorrência da lesão poderá ocorrer, sobretudo em casos de lesões odontogênicas como o ameloblastoma unicístico mural e o queratocisto odontogênico, que apresentarão maior propensão à recidiva após enucleação simples. Haverá também a possibilidade de danos a estruturas anatômicas, como o nervo alveolar inferior, cuja lesão poderá ocasionar parestesia transitória ou até mesmo permanente, além do risco de envolvimento radicular de dentes permanentes em erupção ou já irrompidos. Em situações em que se formarem grandes cavidades ósseas, a fragilidade mandibular poderá comprometer a resistência mecânica da mandíbula, aumentando a chance de fraturas patológicas, especialmente na região posterior. Outro risco será a infecção pós-operatória, que poderá se instalar nos espaços remanescentes caso não haja adequado controle de biossegurança e acompanhamento. Por fim, deverá ser considerado o impacto no crescimento ósseo, já que, em pacientes em desenvolvimento, a manipulação cirúrgica extensa poderá interferir no crescimento mandibular e no processo eruptivo de dentes permanentes.

Benefícios:

Como benefícios, será possível realizar a remoção completa da lesão, o que permitirá a eliminação total do tecido patológico e reduzirá as chances de recidiva, de acordo com a natureza histopatológica da alteração. A técnica também preservará as estruturas adjacentes, já que, diferentemente de ressecções mais amplas, conservará maior quantidade de osso mandibular e de dentes permanentes vizinhos. A morbidade cirúrgica será menor, uma vez que a enucleação se mostrará menos invasiva quando comparada a procedimentos de ressecção segmentar ou marginal, apresentando impacto funcional e estético reduzido. Outro benefício será o potencial de remodelação óssea, principalmente em pacientes jovens, que contarão com elevada capacidade regenerativa, favorecendo a reparação espontânea do defeito ósseo.

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br

Continuação do Parecer: 8.048.975

após a cirurgia. Além disso, o impacto psicossocial será reduzido, pois o contorno facial e a função mastigatória serão preservados, garantindo melhores condições para o desenvolvimento físico e social do adolescente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e retrospectivo, do tipo relato de caso clínico, que visa descrever o diagnóstico, planejamento e tratamento cirúrgico de uma lesão cística localizada na mandíbula, bem como a evolução clínica e radiográfica do paciente durante o acompanhamento pós-operatório.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os termos foram apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2682268.pdf	27/10/2025 17:31:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	27/10/2025 17:30:54	JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	27/10/2025 17:30:41	JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	27/10/2025 17:30:25	JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	27/10/2025 15:09:44	JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC.docx	27/10/2025 15:09:19	JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/10/2025 15:08:35	JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS	Aceito

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **Município:** FORTALEZA **CEP:** 60.190-060
UF: CE **E-mail:** cep@unichristus.edu.br
Telefone: (85)3265-8187

Página 03 de 04

Continuação do Parecer: 8.048.975

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/10/2025 15:08:26	JULIANA MARA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
------------	----------------	------------------------	------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 11 de Dezembro de 2025

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **Município:** FORTALEZA **CEP:** 60.190-060
UF: CE **E-mail:** cep@unichristus.edu.br
Telefone: (85)3265-8187

Página 04 de 04