



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Yasmin Salazar

Cisto odontogênico botrioide: relato de caso e revisão sistemática da literatura

Florianópolis

2023

Yasmin Salazar

Cisto odontogênico botrioide: relato de caso e revisão sistemática da literatura

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de cirurgiã-dentista.

Orientador: Prof. Luiz Fernando Gil, Dr.

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Salazar, Yasmin

Cisto odontogênico botrioides : relato de caso e revisão sistemática da literatura / Yasmin Salazar ; orientador, Luiz Fernando Gil , 2023.

39 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Apresentar, sob forma de relato de caso clínico, a história de uma paciente diagnosticada com COB. Além disso, realizar uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, a fim de identificar variáveis presentes em paciente com diagnóstico do COB, como predileção por idade, sexo e localização; aspectos histológicos; patogênese; possíveis diagnósticos diferenciais; riscos de recorrência e tratamentos de escolha.. I. Gil , Luiz Fernando. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Odontologia. III. Título.

Yasmin Salazar

Cisto odontogênico botrioide: relato de caso e revisão sistemática da literatura

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Cirurgiã-Dentista e aprovado em sua forma final pelo curso de graduação em Odontologia.

Florianópolis, 30 de outubro de 2023.

Prof. Glaucia Zimmermann
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Luiz Fernando Gil, Dr.
Orientador

Prof. José Nazareno Gil, Dr
Universidade Federal de Santa Catarina
Avaliador

Felipe Daniel Búrigo dos Santos
Universidade do Extremo Sul Catarinense
Avaliador / Membro externo

Florianópolis, 2023

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a *DEUS*, que me capacitou e encorajou para a realização de meu sonho em ser cirurgiã-dentista. Ele que é meu refúgio e minha fortaleza em todos os momentos, sendo eles bons ou ruins, sempre esteve comigo. Além disso, me deu meu maior presente: minha vida e minha família.

Aos meus amados *pais* que são minha fonte de amor e segurança. Desde criança me inspiro em ser como vocês, pessoas de caráter. Minha *mãe Rose* que é a melhor mãe desse mundo, sempre deu tudo de si para que eu conseguisse chegar até aqui, obrigada por ter me apoiado e me incentivado a nunca desistir, seu cuidado e leveza foram essenciais. Meu *pai Marcelo* que fez questão de se abdicar de seus planos para realizar meu sonho, obrigada pai por ter criado em mim essa vontade em ser alguém melhor, por ter me incentivado a ser independente e lutar por aquilo que desejo. Os valores que carrego são frutos dos ensinamentos de meus pais. Todos os meus passos são pensados para retribuir todo amor e cuidado que recebo deles.

A minha *irmã Marcela*, que quando tinha apenas 4 aninhos pediu por uma irmãzinha. Agradeço a você, minha irmã, por todo seu apoio em minha trajetória. Ter você como irmã é o verdadeiro presente de Deus, és inspiração de bondade e lealdade. Você será sempre meu porto seguro.

Ao meu *noivo Gustavo*, que não largou a minha mão em nenhum momento. Que sempre esteve ao meu lado nos momentos bons e ruins. Obrigada por ter me encorajado e por acreditar em mim, até nos momentos em que eu mesma não acreditava. Sou privilegiada por ter você em minha vida.

A minha *melhor amiga Amanda*, que sempre esteve em meu lado, me apoiando e incentivando. Obrigada por estar sempre presente em minha vida, por cada conselho. Você é a melhor amiga que alguém poderia ter.

A minha dupla de faculdade *Morgana*, que viveu todas as emoções que a faculdade nos trouxe, obrigada por ter deixado os meus dias mais leves, por ser uma amiga incrível, por cada risada. Estou feliz e orgulhosa por nós termos chegado até aqui juntas.

Aos meus amigos, que sempre estiveram presentes ao longo deste processo. Obrigada por todo o apoio e por não me deixarem desanimar. Em especial, desejo agradecer às minhas amigas, Carol, Barbara, Andreza e Pietra.

Por fim, quero expressar minha profunda gratidão ao meu orientador, *Luiz Fernando Gil*, por sua orientação, apoio e dedicação ao longo deste trabalho. Obrigada por ter compartilhado seus conhecimentos comigo. Você é uma inspiração para mim.

RESUMO

O cisto odontogênico botrióide (COB) é considerado uma lesão rara, que se forma a partir de células de origem odontogênica. Possui características clínicas semelhantes a outros cistos e tumores de origem odontogênica, o que torna seu diagnóstico desafiador. O objetivo do presente trabalho foi relatar o caso clínico de uma paciente, 74 anos, encaminhada para avaliação e tratamento no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH da Universidade Federal de Santa Catarina. A lesão foi detectada através de um achado em radiografia panorâmica, não possuindo repercussões expressivas em exame físico. O tratamento consistiu em enucleação da mesma e encaminhamento para análise histopatológica, que confirmou o diagnóstico de COB. Além disso, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema em três bases de dados, resultando em 11 artigos após aplicação de critérios de elegibilidade, dos quais foram extraídas informações sobre: os estudos (autores e ano), as características dos pacientes (faixa etária e idade), as características clínicas da lesão (localização preferencial, achados clínicos e sinais radiográficos), origem, diagnósticos diferenciais, características histopatológicas, tratamento e taxa de recidiva. Os estudos revisados demonstram que o COB se apresenta como uma lesão diagnosticada geralmente acima dos 50 anos, sem predileção por sexo e que acomete a mandíbula, sobretudo na região de pré-molares e caninos. Apresenta uma taxa de recidiva acima de 15%, exigindo como tratamento a enucleação seguida de preservação a longo prazo.

Palavras-chaves: Cisto Periodontal; Cistos Odontogênicos; Patologia Bucal.

ABSTRACT

The botryoid odontogenic cyst (COB) is considered a rare lesion that originates from odontogenic cells. It has clinical characteristics similar to other odontogenic cysts and tumors, making its diagnosis challenging. The objective of this study was to report a clinical case of a 74-year-old patient referred for evaluation and treatment at the Professor Polydoro Ernani University Hospital of São Thiago - HU/UFSC/EBSERH of the Federal University of Santa Catarina. The lesion was detected through a finding on panoramic radiography, with no significant impact on the physical examination. The treatment consisted of enucleation and submission for histopathological analysis, confirming the diagnosis of COB. In addition, a literature review on the topic was conducted in three databases, resulting in 11 articles after the application of eligibility criteria. Information was extracted regarding the studies (authors and year), patient characteristics (age range and age), clinical characteristics of the lesion (preferential location, clinical findings, and radiographic signs), origin, differential diagnoses, histopathological characteristics, treatment, and recurrence rate. The reviewed studies demonstrate that COB is typically diagnosed in individuals above the age of 50, with no gender predilection, and it primarily affects the mandible, especially in the premolar and canine region. It has a recurrence rate of over 15%, requiring enucleation followed by long-term follow-up.

Keywords: Periodontal Cyst; Odontogenic Cysts; Pathology Oral.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Aspecto extraoral da paciente	14
Figura 2 – Aspecto intraoral da área acometida	15
Figura 3- Radiografia panorâmica demonstrando lesão radiolúcida na região do elemento	44 15
Figura 4 - Cortes parassagitais mostrando a hipodensidade e os focos de hiperdensidade (seta)	16 16
Figura 5 - Ostectomia vestibular para acesso da lesão	16
Figura 6 - Defeito ósseo pós enucleação	17
Figura 7- Peça cirúrgica removida em procedimento de biópsia excisional	17
Figura 8- Características histológicas do cisto: A) lâmina histológica contendo todos os tecidos que compõem a lesão. B) nota-se um epitélio pavimentoso estratificado predominantemente delgado, mas com áreas de espessamentos nodulares. C) espessa cápsula cística, formada por tecido conjuntivo denso. D) luz cística estando presente fendas de cristais de colesterol e células epiteliais descamadas.....	18 18
Figura 9 – Múltiplos espaços císticos.....	19
Figura 10 - Múltiplos espessamentos em placas luminiais.....	19
Figura 11- Múltiplos espessamentos em placas murais.....	20
Figura 12 - Arranjos epiteliais vorticulares	20
Figura 13- Presença de células claras ricas em glicogênio (seta rosa)	21
Figura 14 - Controle radiográfico de 03 meses	21
Figura 15 - Controle radiográfico de 09 meses	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características dos pacientes acometidos pelo COB.....	9
Tabela 2 - Tratamento e taxa de recidiva do COB	12

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1 REVISÃO DA LITERATURA	7
1.1 METODOLOGIA	7
1.1.1 Critérios de elegibilidade dos artigos	7
1.1.2 Bases de dados e estratégias de busca.....	7
1.1.3 Processo de seleção dos artigos.....	8
1.1.4 Processo de coleta de dados	8
1.2 RESULTADOS	8
1.2.1 Seleção das publicações	8
1.2.2 Características dos estudos.....	8
1.2.3 Características dos pacientes.....	9
1.2.4 Características clínicas da lesão	10
1.2.5 Origem, diagnósticos diferenciais e características histopatológicas	10
1.2.6 Tratamento e taxa de recidiva	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	13
3 RELATO DE CASO CLÍNICO.....	14
4 DISCUSSÃO.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXO: ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	28
APÊNDICE: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA PESQUISAS EM SERES HUMANOS.....	29

1. INTRODUÇÃO

O cisto odontogênico botrioide (COB) é uma lesão incomum, que se origina das células epiteliais do órgão do esmalte. Apresenta-se como uma lesão intraóssea com múltiplos compartimentos císticos, características que contribuíram para sua terminologia, pois a palavra grega *Botrys* remete a sua semelhança aos cachos de uva (Weathers; Waldron, 1973). Esta lesão acomete mais comumente indivíduos adultos com idade entre 50 e 70 anos. A localização preferencial é no espaço periodontal da região anterior de mandíbula, especificamente em região dos caninos e pré-molares, seguido pela região anterior de maxila (Santos; *et al*, 2011). Ao realizar o exame físico intraoral pode-se notar uma tumefação no local da lesão, consistente e endurecida à palpação. Além disso, a lesão não causa a necrose dos elementos dentários adjacentes, descartando a origem inflamatória (Gonçalves; *et al*, 2015).

O COB é tipicamente assintomático e pode ser detectado como um achado radiográfico, apresentando-se como uma lesão radiolúcida multilocular, entretanto, é possível que algumas lesões se apresentem uniloculares. Estas características radiográficas, fazem este cisto se assemelhar à outras inúmeras lesões que acometem os ossos maxilares, sendo necessária uma análise histopatológica crítica que permita seu diagnóstico definitivo (Üçok, *et al*, 2005). Apesar dos exames imaginológicos não oferecerem um diagnóstico definitivo, se fazem necessários para determinar o tamanho da lesão e indispensável para a elaboração de um plano de tratamento (Gonçalves; *et al*, 2015).

Existem evidências de que o COB se origina a partir de células odontogênicas, entretanto, não se sabe ao certo qual epitélio odontogênico contribui para o surgimento desta lesão, podendo ser derivado do epitélio reduzido do órgão do esmalte, restos de células epiteliais de malassez ou remanescentes da lâmina dentária. Os estudos mais recentes relatam que a teoria mais provável é de que a origem deste cisto seja os remanescentes da lâmina dentária, pois as células claras com glicogênio presentes no revestimento cístico também são encontradas nestes remanescentes (Hethcox; *et al*, 2010).

A literatura mostra que o COB é uma evolução/variante rara do cisto periodontal lateral (CPL), se diferenciando apenas por apresentar uma conformação maior e um padrão de crescimento multilocular (Weathers; Waldron, 1973). Por ser maior e multilocular, o COB possui uma remoção dificultada quando comparado ao CPL, sendo este o principal motivo do COB apresentar um caráter mais recidivante (Hethcox; *et al*, 2010). Os COBs possuem frequência

de recidiva que varia entre 15 a 20% dos casos, sendo semelhante à do ceratocisto odontogênico (CO) (Üçok, *et al*, 2005).

A enucleação cística é o tratamento de eleição para o COB, consistindo na remoção total da lesão em apenas um ato cirúrgico, podendo ser complementado pela técnica de osteotomia periférica ou utilização da solução de Carnoy para eliminar qualquer remanescente da lesão (Gonçalves; *et al*, 2015). Entretanto, nos casos de cistos muito extensos, próximos a estruturas anatômicas nobres, pode-se utilizar uma técnica mais conservadora, iniciando com uma descompressão cística para induzir uma remissão da lesão, para em um segundo momento remover a lesão por completo (Frei; *et al*, 2014).

Por apresentar um comportamento de recidiva é necessário um acompanhamento pós cirúrgico. Existem relatos de recidiva após nove anos da remoção total da lesão, sendo assim, o monitoramento deve ser à longo prazo (Chbicheb; *et al*, 2008). Este comportamento recidivante está associado à dificuldade de remoção total da lesão e não devido ao seu comportamento biológico, sendo uma consequência da sua conformação multilocular com cápsula cística delgada (Gonçalves; *et al*, 2015).

Após a remoção da lesão, o tecido ósseo apresenta um processo de reparo normal, em que na maioria dos casos a integridade óssea da região é restabelecida sem afetar a vitalidade dos dentes adjacentes (Gonçalves; *et al*, 2015). Entretanto, existem casos na literatura que a remoção da lesão resultou em defeito ósseo extenso assim, nesses casos, podem ser utilizados os princípios de regeneração óssea guiada por substituto ósseo e membrana (Hethcox; *et al*, 2010).

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 METODOLOGIA

1.1.1 Critérios de elegibilidade dos artigos

Foram considerados elegíveis os estudos que buscaram identificar, avaliar, interpretar e sintetizar as evidências disponíveis em relação ao COB. Sendo assim, os critérios de inclusão foram estabelecidos da seguinte forma:

1. Relevância ao tópico: Os artigos deviam abordar especificamente o COB em sua pesquisa;
2. Indivíduos que foram diagnosticados com COB, sem restrições em relação à etnia, idade e sexo;
3. Estudos sem restrições quanto datas ou idiomas;
4. Disponibilidade de texto completo: os artigos selecionados devem conter o desfecho do caso clínico.

As exclusões dos artigos seguiram os seguintes critérios:

1. Os artigos que não abordam diretamente o tópico de pesquisa;
2. Texto não disponível na íntegra;
3. Cartas ao revisor e estudos publicados em anais de congresso.

1.1.2 Bases de dados e estratégias de busca

As bases de dados selecionadas para pesquisa foram as plataformas: National Library of Medicine e National Institutes of Health (PubMed), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Scientific Electronic Library Online (Scielo). As estratégias de busca incluíram os seguintes termos: Botryoid Odontogenic Cyst OR Lateral Periodontal Cyst.

1.1.3 Processo de seleção dos artigos

A seleção dos artigos para a revisão sistemática da literatura ocorreu em duas etapas. Primeiramente houve a leitura dos títulos e resumos de todos os artigos alcançados pelas bases de dados, sendo mantidos os que se referiram ao tema do presente trabalho. A segunda etapa constituiu-se na leitura dos textos completos, sendo eliminado os artigos que não apresentaram os critérios de elegibilidade pré-estabelecidos.

1.1.4 Processo de coleta de dados

Foram extraídos os seguintes dados dos artigos selecionados: características do estudo (autores e ano de publicação), características dos pacientes (faixa etária e sexo), características clínicas da lesão (localização preferencial, achados clínicos e sinais radiográficos), origem, diagnósticos diferenciais, características histopatológicas, tratamento e taxa de recidiva.

1.2 RESULTADOS

1.2.1 Seleção das publicações

A etapa de seleção iniciou-se em setembro de 2022 e finalizou em março de 2023. A busca resultou em 73 artigos potenciais: 10 na base de dados Pubmed, 60 artigos na Medline e 3 artigos no Scielo. Após a leitura dos títulos e resumos, 43 artigos foram excluídos. Assim, 30 artigos foram lidos na íntegra e, após aplicação dos critérios de elegibilidade, 11 foram selecionados e contemplados nessa revisão sistemática da literatura.

1.2.2 Características dos estudos

As informações sobre autores e ano de publicação estão presentes nas tabelas subsequentes.

1.2.3 Características dos pacientes

Os dados da faixa etária preferencial do COB estão presentes na Tabela 1. Dos onze artigos incluídos nesta pesquisa, oito apontaram que a lesão afetou pacientes em uma faixa etária entre 50-60 anos (Anuradha, 2014; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Vidakovic, 2016), um deles apresentou a idade preferencial iniciando aos 40 anos (Gonçalves; *et al*, 2015). Dois artigos não abordaram a faixa etária de predileção (Arora; *et al*, 2012; Uçok, 2005).

Analisando a Tabela 1 em relação ao sexo não há uma concordância clara quanto à predileção do COB. Seis artigos apontaram predileção pelo sexo feminino (Arora, 2012; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Mendez, 2007; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016) e quatro para o sexo masculino (Anuradha, 2014; Basile, 2020; Gonçalves, 2015; Santos, 2011). Somente um artigo não apontou predileção por sexo (Hethcox; *et al*, 2010).

Tabela 1- Características dos pacientes acometidos pelo COB

AUTOR E ANO	IDADE MÉDIA	PREDILEÇÃO POR SEXO
Anuradha; <i>et al</i> , 2014	53 anos	Masculino
Arora; <i>et al</i> , 2012	Indefinido	Feminino
Basile; <i>et al</i> , 2020	54 anos	Masculino
Chibicheb; <i>et al</i> , 2008	57 anos	Feminino
Frei; <i>et al</i> , 2014	50 - 60 Anos	Feminino
Gonçalves; <i>et al</i> , 2015)	Acima dos 40 anos	Masculino
Hethcox; <i>et al</i> , 2010	50 - 70 Anos	Sem predileção
Mendez; <i>et al</i> , 2007	53,8 anos	Feminino
Santos; <i>et al</i> , 2011	59,8 anos	Masculino
Uçok; <i>et al</i> , 2005	Indefinido	Feminino
Vidakovic; <i>et al</i> , 2016	Idade média de 50,2 anos	Feminino

Fonte: autoria própria

1.2.4 Características clínicas da lesão

Clinicamente, o COB, em seu estágio inicial, possui um comportamento silencioso, não possuindo manifestações e sintomatologia. Entretanto, com o seu desenvolvimento, pode-se notar uma expansão da cortical dos ossos maxilares envolvidos, com a presença de um aumento de volume localizado. Ao atingir conformações maiores, o paciente pode-se queixar de dores e parestesia local (Anuradha, 2014; Arora, 2012; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016).

Em relação à sua localização preferencial, há um consenso entre os artigos selecionados, apontando a mandíbula como o osso mais frequentemente afetado (Anuradha, 2014; Arora, 2012; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016).

O COB é uma lesão assintomática, que ocasionalmente é encontrado em exames radiográficos. Apresenta-se como um cisto intraósseo, em que o lúmen possui uma conformação redonda ou oval com margens escleróticas. Nota-se que essa lesão não interfere na vitalidade dentária, entretanto, ao atingir dimensões maiores, pode causar um deslocamento dos mesmos (Anuradha, 2014; Arora, 2012; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016).

Nas radiografias, o COB se caracteriza por uma lesão radiolúcida, geralmente multilocular, com as margens bem definidas. Este cisto pode atingir conformação bem extensa, prejudicando a integridade óssea. A análise radiográfica não pode ser o único critério para a definição do diagnóstico, pois o COB possui características radiográficas semelhantes a outras lesões que acometem os maxilares (Anuradha, 2014; Arora, 2012; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016).

1.2.5 Origem, diagnósticos diferenciais e características histopatológicas

Em relação à origem e desenvolvimento do COB, há um consenso de que ele se origina a partir do epitélio odontogênico (Anuradha, 2014; Arora, 2012; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016). No entanto, permanece incerta a natureza do epitélio que contribui para sua

origem. As hipóteses mais frequentes sugerem que este cisto se origina de restos da lâmina dentária (Anuradha, 2014; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Vidakovic, 2016) e/ou dos restos epiteliais de Malassez (Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Hethcox, 2010).

Outra consideração em relação à origem e desenvolvimento é que muitos estudos classificam o COB como uma variante rara e multilocular do CPL. Esses cistos compartilham muitas características em comum, como a origem de desenvolvimento e as manifestações clínicas. O principal critério de diferenciação é o padrão de conformação cístico, em que o COB apresenta uma maior extensão e estrutura multilocular, quando comparado ao CPL. Com isso, para o diagnóstico definitivo, se faz necessário a avaliação histopatológica (Anuradha, 2014; Arora, 2012; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016).

Ainda como diagnóstico diferencial se apontam outros cistos e tumores odontogênicos, pois possuem características semelhantes, tais como o cisto gengival do adulto (Basile, 2020, Hethcox, 2010), CO (Anuradha, 2014; Chibicheb, 2008; Santos, 2011) e o ameloblastoma (Anuradha, 2014; Chibicheb, 2008; Santos, 2011; Uçok, 2005). Entretanto, apesar das semelhanças, é possível apontar algumas diferenciações, tais como o CO e ameloblastoma, que possuem predileção pela região mais posterior de mandíbula, enquanto que o COB se aloja preferencialmente na região de caninos e pré-molares (Vidakovic; *et al*, 2016).

As descrições histológicas do COB encontradas na literatura revelam a presença de vários espaços císticos, margeados por uma camada delgada de tecido epitelial escamoso não queratinizado, separados por septos de tecido conjuntivo fibroso hialinizados. Nesta camada de revestimento epitelial, tem-se a presença de células claras ricas em glicogênio. Este tecido epitelial é revestido por um tecido conjuntivo fibroso, com ausência de células de origem inflamatória (Anuradha, 2014; Arora, 2012; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016).

1.2.6 Tratamento e taxa de recidiva

É importante destacar que o tratamento específico pode variar dependendo do tamanho, localização e gravidade do COB, bem como das condições clínicas individuais do paciente. Entretanto, no que diz respeito ao tratamento de eleição nos casos de COB, há um consenso

entre os onze artigos incluídos nesta revisão da literatura de que a abordagem mais recomendada é a enucleação cística (Tabela 2). Procedimentos cirúrgicos conservadores não são indicados, uma vez que esta lesão apresenta uma alta taxa de recorrência (Anuradha, 2014; Arora, 2012; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016).

A recorrência dessa lesão é relativamente alta, ocorrendo em mais de 15% dos casos, podendo atingir os 40%, o que se atribui a sua dificuldade de remoção pela conformação multilocular (Tabela 2). Além disso, acredita-se que essa taxa poderia ser ainda mais elevada, pois muitos casos não são acompanhados a longo prazo, não documentando possíveis recidivas. Sendo assim, o acompanhamento a longo prazo é essencial, sendo obtido pela associação de exame físico e de imagem (Anuradha, 2014; Arora, 2012; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016).

Tabela 2 - Tratamento e taxa de recidiva do COB

AUTOR E ANO	TRATAMENTO	TAXA DE RECIDIVA
Anuradha; <i>et al</i> , 2014	Enucleação	34%
Arora; <i>et al</i> , 2012	Enucleação	32%
Basile; <i>et al</i> , 2020	Enucleação	18 a 30%
Chibicheb; <i>et al</i> , 2008	Enucleação	15 a 20%
Frei; <i>et al</i> , 2014	Enucleação	15 a 33%
Gonçalves; <i>et al</i> , 2015)	Enucleação	15 a 30%
Hethcox; <i>et al</i> , 2010	Enucleação	32,4%
Mendez; <i>et al</i> , 2007	Enucleação cística e curetagem	15 a 33%
Santos; <i>et al</i> , 2011	Enucleação	40%
Uçok; <i>et al</i> , 2005	Biópsia incisional, seguida de enucleação	Varia entre 15 a 20%
Vidakovic; <i>et al</i> , 2016	Enucleação	30,1%

Fonte: autoria própria

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apresentar, sob forma de relato de caso clínico, a história de uma paciente diagnosticada e tratada para o COB.

2.2 Objetivo específico

Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre o tema.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

O projeto de relato de caso clínico foi submetido previamente e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 69288523.3.0000.0121 (Anexo 1).

Paciente do sexo feminino, branca, 74 anos de idade, foi encaminhada pela unidade básica de saúde para o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH, em março de 2022, devido a um achado em radiografia panorâmica solicitada para confecção de prótese dentária. Na história médica, revelou ter depressão e síndrome de Parkinson. Quanto aos hábitos deletérios, a paciente relatou ser tabagista, fazendo uso de 20 cigarros ao dia. Fazia uso contínuo dos seguintes medicamentos: bromazepam, cloridrato de biperideno e olanzapina.

Ao exame físico extrabucal, não foi possível observar aumento de volume na região da lesão, localizada em corpo de mandíbula, lado direito (Figura 1). Durante a palpação da face, a paciente não referiu qualquer sintomatologia.

Figura 1- Aspecto extraoral da paciente



Fonte: equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

Ao exame físico intraoral, observou-se edentulismo total superior e parcial inferior, estando preservados os dentes anteriores inferiores. Além disto, não apresentava alterações dentárias, nem na mucosa, que se encontrava íntegra e normocorada (Figura 2). Durante a palpação intraoral notou-se um discreto defeito ósseo na tábua óssea vestibular, na distal do elemento 43. Este dente se encontrava vitalidade pulpar e sondagem normal.

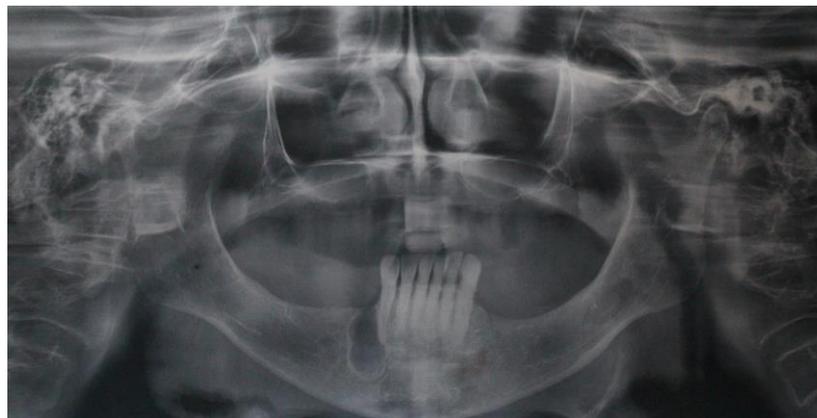
Figura 2 – Aspecto intraoral da área acometida



Fonte: equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

Ao exame de radiografia panorâmica observou-se uma lesão intraóssea, radiolúcida, localizada na área presumida do elemento 44. Apresentava uma conformação oval, margens escleróticas, aparentando duas lojas ósseas, sem causar deslocamento do dente adjacente (Figura 3).

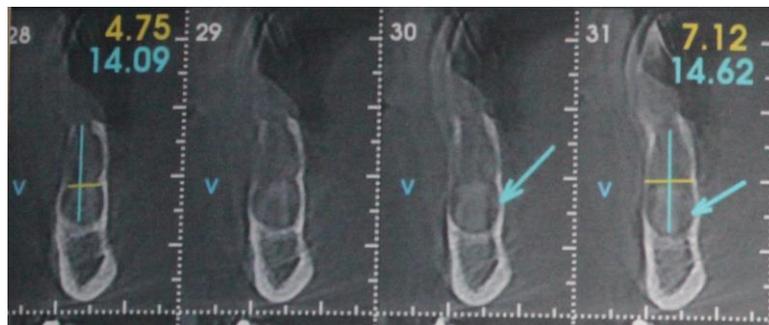
Figura 3- Radiografia panorâmica demonstrando lesão radiolúcida na região do elemento 44



Fonte: prontuário da paciente, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

A tomografia computadorizada demonstrou uma lesão hipodensa em sua maior parte, mas com focos de hiperdensidade. No corte parassagital 31 (Figura 4) nota-se que a lesão apresenta 14,62 x 7,12 mm em sua maior extensão.

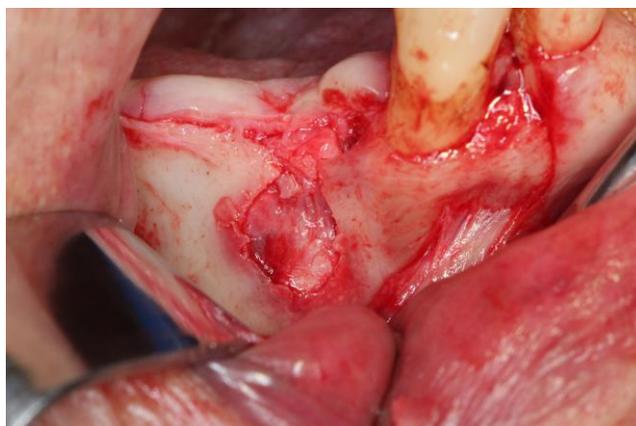
Figura 4 - Cortes parassagitais mostrando a hipodensidade e os focos de hiperdensidade (seta)



Fonte: prontuário da paciente, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

Com os parâmetros clínicos e imaginológicos indicativos de lesão benigna e com diagnóstico clínico mais provável de cisto de origem odontogênica, como CO ou cisto residual, optou-se como conduta clínica a realização do procedimento de enucleação cística. O procedimento cirúrgico foi realizado em caráter ambulatorial, sob anestesia local. Optou-se por um retalho sobre a crista do rebordo, com incisão relaxante anterior ao dente 43. Em seguida foi realizada ostectomia vestibular para acesso à lesão (Figura 5).

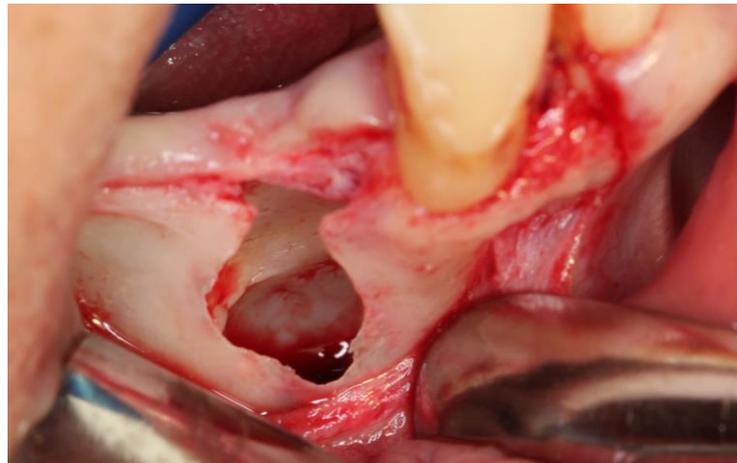
Figura 5 - Ostectomia vestibular para acesso da lesão



Fonte: equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

Na sequência, deu-se início à enucleação, que foi concluída com a remoção completa da lesão, sem quaisquer complicações durante o procedimento (Figura 6). Na Figura 7, pode-se observar que a cápsula cística não apresentou rupturas, o que é um indicativo positivo para o prognóstico da paciente, uma vez que denota a completa remoção da lesão, reduzindo as chances de recidiva.

Figura 6 - Defeito ósseo pós enucleação



Fonte: equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

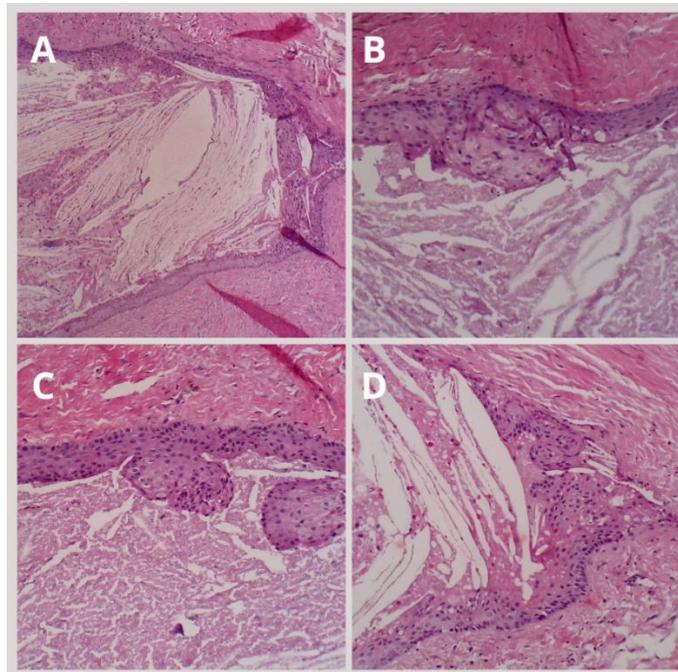
Figura 7- Peça cirúrgica removida em procedimento de biópsia excisional



Fonte: equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

A peça cirúrgica, fixada com formol 10%, foi enviada para análise histopatológica no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina. O exame confirmou a presença de duas estruturas císticas distintas, sendo ambas revestidas por epitélio escamoso não queratinizado, unidas entre si por um septo de tecido conjuntivo fibroso. Este epitélio estava envolto por uma espessa cápsula de tecido conjuntivo denso, sem sinais inflamatórios. Na luz cística observou-se fendas de cristais de colesterol e células epiteliais descamadas. (Figura 8).

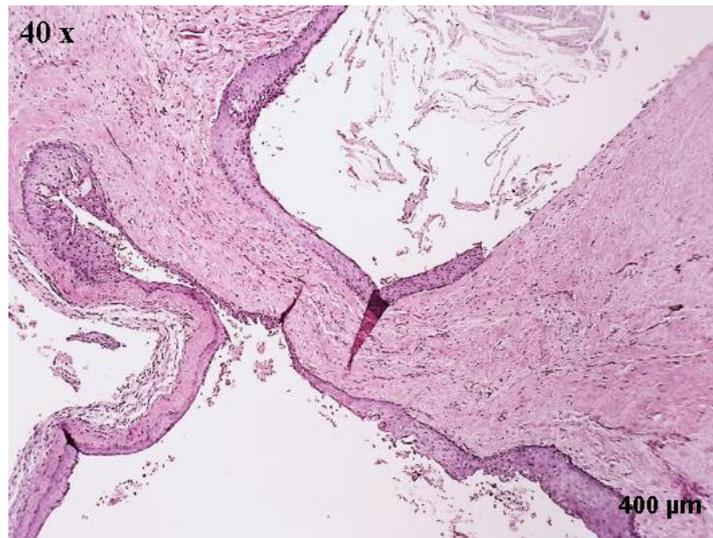
Figura 8- Características histológicas do cisto: A) lâmina histológica contendo todos os tecidos que compõem a lesão. B) nota-se um epitélio pavimentoso estratificado predominantemente delgado, mas com áreas de espessamentos nodulares. C) espessa cápsula cística, formada por tecido conjuntivo denso. D) luz cística estando presente fendas de cristais de colesterol e células epiteliais descamadas.



Fonte: Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC/EBSERH.

Além disto, as lâminas histológicas apresentavam os três critérios essenciais para o diagnóstico definitivo de COB. O primeiro critério é ter a presença de múltiplos espaços císticos, unidos entre si por uma cápsula de tecido conjuntivo denso (Figura 9)

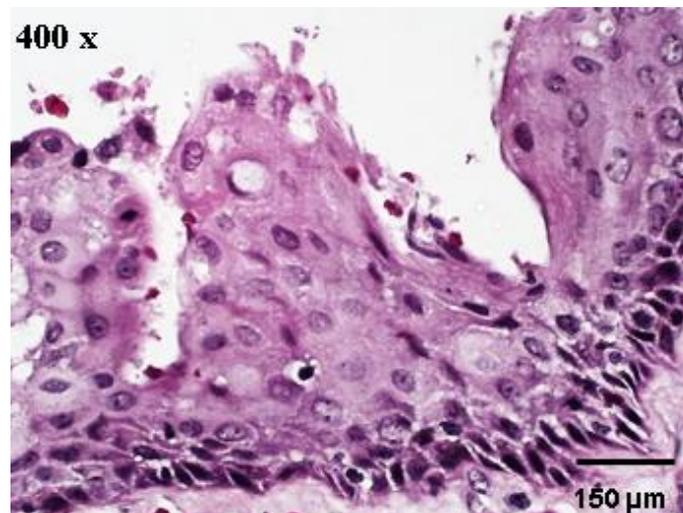
Figura 9 – Múltiplos espaços císticos



Fonte: Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC/EBSERH.

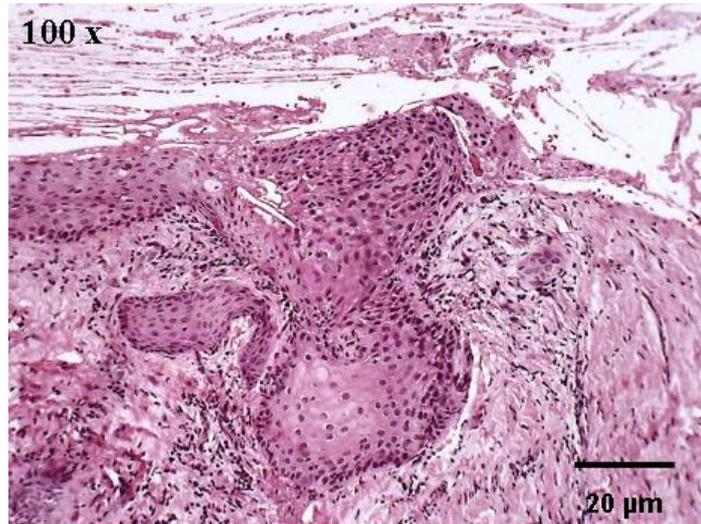
O segundo critério é a presença de múltiplos espessamentos em placas. Estes espessamentos são projeções do epitélio que pode estar voltado para luz cística, sendo classificado como luminal (Figura 10) ou voltado para cápsula cística, sendo classificado como mural (Figura 11).

Figura 10 - Múltiplos espessamentos em placas luminiais



Fonte: Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC/EBSERH.

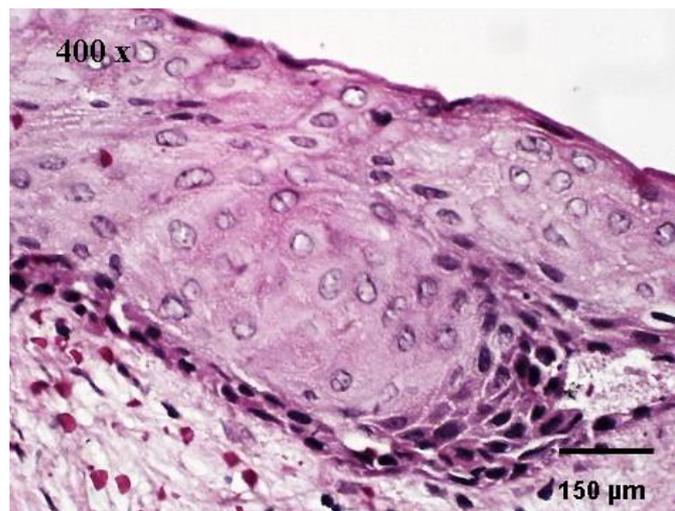
Figura 11- Múltiplos espessamentos em placas murais



Fonte: Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC/EBSERH.

O terceiro e último critério essencial é a presença de arranjos vorticilares na camada epitelial. Sendo possível notar que as células epiteliais se organizam em forma de redemoinhos (Figura 12).

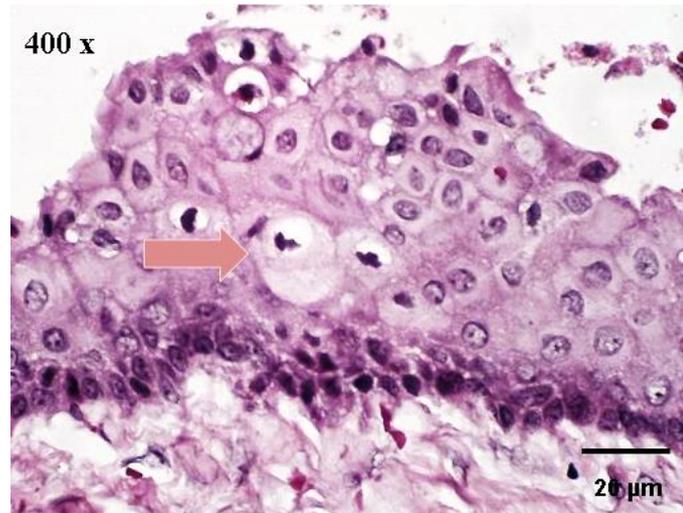
Figura 12 - Arranjos epiteliais vorticilares



Fonte: Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC/EBSERH.

Ainda durante a análise histopatológica, pode-se notar a presença de células claras ricas em glicogênios, estando presentes no tecido epitelial que forma as cavidades císticas. A presença dessa célula não é decisiva para determinar o diagnóstico definitivo de COB, mas é um critério desejável para isto (Figura 13).

Figura 13- Presença de células claras ricas em glicogênio (seta rosa)



Fonte: Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC/EBSERH.

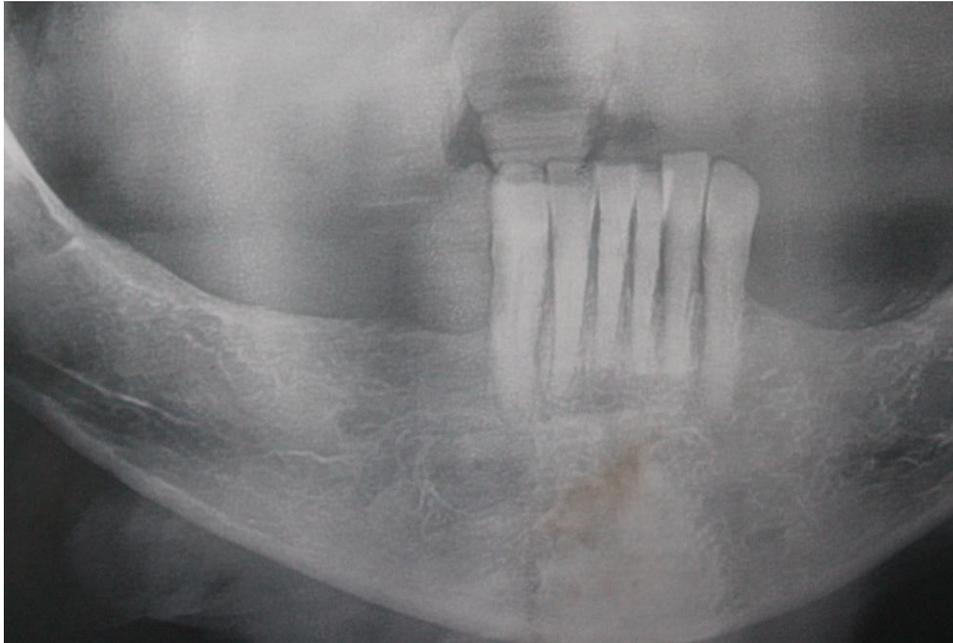
Após notar a presença das características essenciais, chegou-se no diagnóstico definitivo de COB. A paciente foi orientada a retornar para consulta pós-operatória com 09 dias, em que se observou um bom reparo da área, compatível com a cirurgia realizada e o tempo transcorrido. No pós-operatório de 03 meses realizou-se um controle clínico/radiográfico, sendo possível notar o início de uma imagem compatível com reparo ósseo (Figura 14), mais evidente no controle pós-operatório de 09 meses (Figura 15). A paciente continua em acompanhamento periódico, sem sinais clínicos de recidiva.

Figura 14 - Controle radiográfico de 03 meses



Fonte: prontuário da paciente, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

Figura 15 - Controle radiográfico de 09 meses



Fonte: prontuário da paciente, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

4 DISCUSSÃO

Dentre os aspectos clínicos do COB, ressalta-se a sua predileção pelo osso mandíbula, com afinidade pela região dentária de canino e pré-molares (Anuradha, 2014; Arora, 2012; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Gonçalves, 2015; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016). Em relação a idade dos pacientes diagnosticados com este cisto, pode-se considerar uma maior incidência em indivíduos acima dos 50 anos de idade (Anuradha, 2014; Basile, 2020; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Hethcox, 2010; Mendez, 2007; Santos, 2011; Vidakovic, 2016) e com uma leve predileção pelo sexo feminino (Arora, 2012; Chibicheb, 2008; Frei, 2014; Mendez, 2007; Uçok, 2005; Vidakovic, 2016). Todas essas características são compatíveis com a do caso clínico apresentado.

O COB se origina das células epiteliais odontogênicas de desenvolvimento, sendo formado por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso envolvendo múltiplos espaços císticos revestidos por um epitélio escamoso, não queratinizado (Basile; *et al*, 2020).

O COB é uma lesão assintomática, que ocasionalmente é identificada em exames radiográficos de rotina. Apresenta-se como uma lesão radiolúcida, frequentemente multilocular, com margens bem definidas. Este cisto pode se desenvolver de maneira considerável, afetando a integridade do osso mandibular. (Vidakovic; *et al*, 2016). A história clínica e os sinais radiográficos da paciente do caso apresentado são compatíveis com essa descrição.

Apesar dos sinais clínicos e imaginológicos serem característicos do COB, dificilmente será considerado como hipótese de diagnóstico clínico, pois apresenta-se como uma lesão rara e incomum. Sendo assim, com base nestes parâmetros clínicos e radiográficos deve-se estabelecer alguns diagnósticos diferenciais, como CPL, CO e ameloblastoma multicísticos (Anuradha, 2014).

Através da análise histopatológica da lesão, tem-se a presença de três características essenciais para o diagnóstico de COB: múltiplas cavidades císticas, espessamentos epiteliais em placa e arranjos vorticulares. Os espessamentos epiteliais em placas são projeções voltadas para a luz cística (luminal) ou voltada para cápsula cística (mural) (Soluk-Tekkesin; Wright, 2022). Todas estas características estavam presentes nas lâminas histológicas do caso relato, sendo assim, foi possível alcançar um diagnóstico conclusivo de COB.

A taxa de recidiva dessa lesão é relativamente alta, variando entre 15 a 30% dos casos. Este fato pode estar relacionado ao padrão de crescimento multilocular, que dificulta sua total remoção, causando muitas das vezes o insucesso dos tratamentos (Chibicheb; *et al*, 2008).

Para o sucesso terapêutico do COB, deve-se levar em consideração sua alta taxa de recidiva, sendo assim, seu tratamento de eleição é a enucleação cística (Chibicheb; *et al*, 2008). Este procedimento foi o tratamento de escolha no caso apresentado em que, durante o procedimento cirúrgico, a cápsula cística foi removida por completo, sem rupturas. Ainda assim, considerando a possibilidade de recorrência do COB, deve-se fazer um acompanhamento clínico e radiográfico há longo prazo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O COB é considerado uma lesão rara, e que acomete indivíduos com faixa etária geralmente acima dos 50 anos, sem predileção por sexo. Derivado de células de origem odontogênica, acomete principalmente a mandíbula, na região de caninos e pré-molares.

Estes aspectos podem auxiliar no seu diagnóstico diferencial, uma vez que suas demais características clínicas, como a evolução e imagem radiográfica, se assemelham a de outros cistos e tumores de origem odontogênica, o que torna seu diagnóstico desafiador.

É uma lesão com potencial de recidiva acima de 15%, sendo assim, exige tratamento através de enucleação, seguido por acompanhamentos clínico e radiográfico a longo prazo, afim de se descartar um possível retorno da patologia.

REFERÊNCIAS

A, Anuradha. Botryoid Odontogenic Cyst: a diagnostic chaos. **Journal Of Clinical And Diagnostic Research**, [S.L.], v. 12, n. 8, p. 1-4, 2014. JCDR Research and Publications. <http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2014/10136.5284>.

B, Neville. **Patologia Oral e Maxilofacial**: tradução da 3ª edição. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., p. 989, 2009.

B, Vidakovic. BOTRYOID CYST, A RARE TYPE OF ODONTOGENIC CYST. **Acta Clinica Croatica**, [S.L.], p. 510-514, 2016. Sestre Milosrdnice University Hospital Center (KBC Sestre milosrdnice). <http://dx.doi.org/10.20471/acc.2016.55.03.24>.

D, Weathers. Unusual multilocular cysts of the jaws (botryoid odontogenic cysts). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1973 Aug;36(2):235-41. doi: 10.1016/0030-4220(73)90244-2. PMID: 4515756.

J, Basile. Immunohistochemical profile of the anti-apoptosis, apoptosis and proliferation markers Bcl-2, caspase-3, p53, and Ki-67 in botryoid odontogenic cysts compared to lateral periodontal cysts and gingival cysts of the adult. **Biotechnic & Histochemistry**, [S.L.], v. 96, n. 4, p. 263-268, 9 jul. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/10520295.2020.1790660>.

J, Hethcox. Case Report: diagnosis and treatment of a botryoid odontogenic cyst found in the maxillary anterior region. **Journal Of Endodontics**, [S.L.], v. 36, n. 4, p. 751-754, abr. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2010.01.013>.

M, Frei. Diagnosis and interdisciplinary treatment of a botryoid odontogenic cyst in the posterior mandible: report of a case. *Quintessence Int.* 2014 Mar;45(3):233-7. doi: 10.3290/j.qi.a31211. PMID: 24570990.

M, Soluk-Tekkesin. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. *Turk Patoloji Derg.* 2022;38(2):168-184. doi: 10.5146/tjpath.2022.01573. PMID: 35578902; PMCID: PMC9999699.

O, Uçok. Botryoid odontogenic cyst: report of a case with extensive epithelial proliferation. **International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [S.L.], v. 34, n. 6, p. 693-695, set. 2005. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2005.01.005>.

P, Arora. Botryoid odontogenic cyst developing from lateral periodontal cyst: a rare case and review on pathogenesis. **Contemporary Clinical Dentistry**, [S.L.], v. 3, n. 3, p. 326, 2012. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/0976-237x.103629>.

P, Méndez. Botryoid odontogenic cyst: clinical and pathological analysis in relation to recurrence. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007 Dec 1;12(8):E594-8. PMID: 18059246.

P, Santos. Botryoid odontogenic cyst: a clinicopathologic study of 10 cases. **Annals Of Diagnostic Pathology**, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 221-224, ago. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2010.03.008>.

R, Gonçalves. Botryoid odontogenic cyst: case report with etiopathogenic, diagnostic and therapeutic considerations. **Rgo - Revista Gaúcha de Odontologia**, [S.L.], v. 63, n. 3, p. 343-346, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-86372015000300015618>.

S, Chbicheb. Kyste odontogène botryoïde. **Revue de Stomatologie Et de Chirurgie Maxillo-Faciale**, [S.L.], v. 109, n. 2, p. 114-116, abr. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.stomax.2007.12.004>.

ANEXO: ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 30 dias do mês de outubro de 2023, às 09:00 horas, em sessão pública no (a) :
Auditório do CCB - Cônego Grande desta Universidade, na presença da Banca
Examinadora presidida pelo Prof. Dr. Luiz Fernando Gil
e pelos examinadores:

1. José Nazareno Gil
2. Felipe Daniel Búrigo dos Santos

Suplente: Carolina Amália Barcellos Silva,

e aluna Yasmin Salazar, apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado: Cisto odontogênico botriolde: relato de caso e revisão de literatura, como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela aprovação do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.

Presidente da Banca Examinadora

Examinador 1

Examinador 2

Aluno

APÊNDICE: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA PESQUISAS EM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cisto Odontogênico Botrióide: projeto de relato de caso e revisão da literatura

Pesquisador: Luiz Fernando Gil

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69288523.3.0000.0121

Instituição Proponente: Hospital Universitario Polydoro Ernani Sanchiogo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.146.734

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2103203.pdf, de 14/06/2023, preenchido pelos pesquisadores.

Trata-se de um projeto de relato de caso.

Segundo os pesquisadores:

RESUMO

"O Cisto Odontogênico Botrióide apresenta-se como uma lesão rara, possuindo apenas com casos relatados após 43 anos do primeiro caso publicado. Este cisto é considerado uma variante do Cisto Periodontal Lateral, se diferenciando pelo seu aspecto morfológico multilocular. O Cisto odontogênico Botrióide possui um comportamento silencioso, sendo uma lesão assintomática, que ocasionalmente é encontrado em exames radiográficos de rotina. Este cisto se aloja preferencialmente na região anterior de mandíbula, próximo aos elementos dentários. Além disso, possui predileção pelos indivíduos do sexo feminino, com idades em média de 58 anos. O presente projeto de relato de caso possui, após a aprovação do CEP/SH/UFSC, o objetivo de relatar um caso de um paciente portador do Cisto Odontogênico Botrióide, que procurou os serviços de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 202, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.146.734

Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago- EBSEH-UFSC. Além disso, pretende-se realizar uma revisão sistemática da literatura acerca dos Cistos Odontogênicos Botrioides no que se refere aos seus aspectos demográficos, clínicos, de tratamento e recidiva. Esta revisão estará de acordo com as diretrizes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA)."

METODOLOGIA

"Neste projeto foi inserido uma proposta metodológica de relato de caso e revisão da literatura. O presente projeto de relato de caso só se efetivará após aprovação do CEPISH/UFSC. O relato de caso será realizado a respeito de um indivíduo portador do COB que está sob os cuidados da equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago-EBSEH-UFSC. O paciente foi submetido à biópsia excisional, com confirmação histopatológica. Também será realizada uma revisão da literatura com os objetivos de identificar, avaliar, interpretar e sintetizar as evidências disponíveis em relação ao COB. Esta revisão estará de acordo com as diretrizes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA)."

Objetivo da Pesquisa:

Apresentar um caso de um paciente portador do COB que procurou os serviços de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago EBSEH-UFSC para avaliação e tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

RISCOS

"Os riscos deste relato de caso estariam envolvidos com a divulgação e identificação não autorizada pelo paciente. Esses riscos serão minimizados pela obtenção de autorização para uso de imagens por meio de TCLE. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados clínicos e tomarão todas as providências para manter o sigilo. Assim, não serão revelados nome, codinome, iniciais, registros individuais, informações postais, número telefone, endereços físicos ou eletrônicos e fotografias ou figuras de maneira que identifiquem o paciente. Além disso, a realização desse trabalho poderá implicar em desconfortos, tais como aborrecimentos e fadiga com a leitura e assinatura de documentos, com retornos em consultas além dos previstos e por responder a eventuais questionamentos para a escrita do trabalho, bem como constrangimento,

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 232, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9394 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.166.734

desconforto e fadiga na tomada de fotografias.”

BENEFÍCIOS

“A divulgação deste relato de caso poderá proporcionar a disseminação de conhecimento na área em que se insere à comunidade científica e clínica. Não trará nenhum benefício direto ao paciente.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

Trabalho de conclusão de curso de Yasmin Salazar, no Curso de Graduação em Odontologia, orientada por Luiz Fernando Gil.

Projeto de relato de caso.

Financiamento próprio, no valor de R\$ 358,00.

País de origem: Brasil

Número de participantes no Brasil: 01 (um).

Previsão de início do estudo: 28/07/2023

Previsão de término do estudo: 29/09/2023

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- A folha de rosto vem assinada pelo pesquisador responsável e pela Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia.
- Consta declaração de anuência da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU/UFSC.
- Consta o projeto de pesquisa.
- Constam cronograma e orçamento.
- Consta TCLE.

Recomendações:

Este CEP aceita documentos assinados escaneados e documentos com assinatura digital sem

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6394 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.146.734

questionar ou verificar a sua autenticidade. Isso pressupõe que o pesquisador responsável (ou seu delegado), que carregou o documento na Plataforma Brasil ao fazer o acesso com nome de usuário e senha, responsabiliza -se pela sua autenticidade e por eventuais consequências decorrentes dessa situação. Recomendamos aos pesquisadores que, para fins de eventual verificação, guardem em seus arquivos todos os documentos originais assinados manual ou digitalmente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No que se refere às pendências apontadas em parecer anterior:

- (1) Foi incluída a declaração da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU/UFSC/EBSERH.
- (2 e 3) A análise de riscos e benefícios foi unificada nos documentos apresentados.
- (4) Foi esclarecido em carta-reposta que não serão realizados vídeos, e o TCLE foi adequado.
- (5) Foi ajustado o TCLE, estando apenas o pesquisador principal responsável por todas as etapas da pesquisa (removida a discente).
- (6) O cronograma foi ajustado.

Considerando que todas as pendências foram resolvidas, o parecer é pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o CEP/SH/UFSC deverá receber, por meio de notificação, os relatórios parciais sobre o andamento da pesquisa e o relatório completo ao final do estudo.

Qualquer alteração nos documentos apresentados deve ser encaminhada para avaliação do CEP/SH. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e as suas justificativas. Informamos, ainda, que a versão do TCLE a ser utilizada deverá obrigatoriamente corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_2103203.pdf	14/06/2023 12:47:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	YASMIN_PROJETO_2.pdf	14/06/2023 12:43:55	Luiz Fernando Gil	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 6.146.734

Investigador	YASMIN_PROJETO_2.pdf	14/06/2023 12:43:55	Luiz Fernando Gil	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	14/06/2023 12:43:12	Luiz Fernando Gil	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	14/06/2023 12:42:42	Luiz Fernando Gil	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HU.pdf	13/06/2023 10:49:14	Luiz Fernando Gil	Aceito
Folha de Rosto	folharostoyasmin.pdf	27/04/2023 17:37:02	Luiz Fernando Gil	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 28 de Junho de 2023

**Assinado por:
Luciana C Antunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 202, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cnp.propesq@contato.ufsc.br