



CURSO DE ODONTOLOGIA

Bruna Alves Gomes Velez

**FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO:
RELATO DE CASO**

São Paulo

2023

Bruna Alves Gomes Velez

**FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do curso de odontologia, da Universidade São Judas Tadeu, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação da Profa. Dra. Tamires Szeremeske de Miranda.

São Paulo

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir realizar esse sonho, e por me direcionar e capacitar. Autor e consumidor da minha fé.

Agradeço ao meu marido Gustavo, que não mediu esforços em me apoiar e me ajudar de todas as formas possíveis. Obrigada por sonhar comigo. Você foi o meu maior incentivador e ajudador.

Agradeço aos meus pais e a minha irmã, por todo incentivo e confiança depositados em mim. O amor de vocês me ajudou a chegar até aqui. Obrigada por acreditarem em mim.

Aos meus preciosos amigos, em especial os que fiz ao longo da jornada. Vocês me ajudaram a acreditar em mim e a não desistir.

A minha orientadora Tamires Szeremeske de Miranda, por todo apoio, incentivo e paciência. Obrigada por compartilhar seus ensinamentos e amor pela periodontia. Você faz florescer esse amor em mim.

Aos meus professores queridos! Cada um de vocês me marcou de uma forma única. Muitos se tornaram, além de professores, amigos. Aqueles que estiveram aqui até o final e até mesmo aqueles que seguiram outros caminhos. Sou extremamente grata a cada um de vocês.

A cada funcionário da Universidade São Judas que mostrou sua empatia, sua ajuda e alegria, mesmo nos dias ruins. Vocês fizeram diferença na minha jornada.

Obrigada a cada paciente que confiou em mim e me permitiu dar o meu melhor para servi-los. Vocês foram extremamente importantes e especiais pra mim.

“Afeto e conhecimento são
duas coisas que se você guardar,
você perde.”

Mário Sérgio Cortella.

RESUMO

O Fibroma Ossificante Periférico (FOP), é classificado como um tumor não neoplásico de crescimento lento, que apresenta potencial aumento volumétrico assintomático, tendo causa indeterminada. Também pode ser encontrado na literatura como fibroma cementificante ou fibroma cementificante periférico. Sua principal característica, é o aspecto de superfície lisa ou ulcerada, fibrosa à palpação, e em geral, apresenta coloração semelhante à mucosa adjacente. Há uma predileção por pacientes do sexo feminino, brancas, predominantemente na segunda década de vida. Normalmente localiza-se na região anterior de maxila, mas também é possível que acometa a mandíbula. Em sua composição histopatológica tem origem fibro-óssea, tendo como principal característica uma grande chance de recidiva, mesmo após exérese. Esse trabalho tem como objetivo relatar um caso de Fibroma Ossificante Periférico em uma paciente de 17 anos, em maxila, que após exérese sofreu recidiva, havendo necessidade de nova cirurgia devido ao seu crescimento rápido e significativo em um curto período de tempo.

Palavras-chave: Fibroma Osificante Periférico, Fibroma Cementificante, Fibroma Cementificante Periférico.

ABSTRACT

Peripheral Ossifying Fibroma (POF) is classified as a slow-growing non-neoplastic tumor, which presents potential asymptomatic volumetric increase, with undetermined cause. It can also be found in the literature as cementifying fibroma or peripheral cementifying fibroma. Its main characteristic is the appearance of a smooth or ulcerated surface, fibrous on palpation, and in general, it presents colors similar to the adjacent mucosa. There is a predilection for white female patients, predominantly in the second decade of life. It is usually located in the anterior region of the maxilla, but it is also possible that it affects the mandible. In its histopathological composition, it has a fibro-osseous origin, and its main characteristic is a high chance of recurrence, even after exercise. This work aims to report a case of Peripheral Ossifying Fibroma in a 17-year-old patient, in the maxilla, who after excision suffered recurrence, requiring a new surgery due to its rapid and significant growth in a short period of time..

Keywords: Peripheral Ossifying Fibroma, Cementifying Fibroma, Peripheral Cementifying Fibroma.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Fibroma Ossificante Periférico	8
1.2 Diagnóstico e Tratamento.....	10
2. OBJETIVO	13
3. RELATO DE CASO	14
3.1 Avaliação Clínica e Plano de Tratamento	14
3.2 Excisão Cirúrgica Conservadora	15
4. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	16
4.1 Relato: Primeira Cirurgia	16
4.2 Relato: Segunda Cirurgia	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
7. ANEXOS	22

1. INTRODUÇÃO

1.1 Fibroma Ossificante Periférico

O fibroma ossificante periférico (FOP), é classificado como um tumor não neoplásico de crescimento lento, que apresenta potencial aumento volumétrico assintomático, destruição óssea e alta taxa de recidiva, tendo causa indeterminada.

[1] O FOP é classificado como um tumor não odontogênico benigno, podendo ser conhecido por diversas nomenclaturas como fibroma cementificante, fibroma cementificante periférico, granuloma fibroblástico calcificante ou epúlide fibroso ossificante. É caracterizado como um aumento gengival circunscrito (AGC), de base que pode ser séssil ou pediculada, com superfície lisa ou ulcerada, fibrosa à palpação, e em geral, apresenta coloração semelhante à mucosa adjacente, podendo ser rosa ou avermelhado como a maioria dos tumores gengivais e as condições que se assemelham a eles. Portanto a biópsia é fundamental para confirmação do diagnóstico de forma assertiva. AGC sejam eles macios ou firmes, podem apresentar alterações ósseas ou osso normal sob exame radiográfico, por essa razão, é de suma importância a realização de radiografias para a composição do diagnóstico.

O FOP tem origem indeterminada, porém foram identificadas translocações cromossômicas em alguns casos, mas ainda não há estudos genéticos suficientes para constatar essa afirmação. [2] O que a diferencia de outras lesões fibrosas, é a origem fibro-óssea existente em sua composição, isso porque essa lesão é composta por um tecido conjuntivo fibroso com fibroblastos fusiformes bem diferenciados. Caracterizada pela proliferação de células mesenquimais com capacidade de deposição de colágeno, matriz óssea e estruturas mineralizadas semelhantes ao cimento. [3] Na região periférica da lesão, há uma tendência para a existência de células inflamatórias. Mesmo com sua patogênese incerta, é frequentemente associada a componentes inflamatórios decorrentes de irritação local como o biofilme dental, cálculo, aparatos ortodônticos, próteses e restaurações mal adaptadas (como coroas ou próteses parciais fixas). [2]

A indução do aumento gengival também pode estar relacionada a fármacos em humanos, mas essa possibilidade não foi totalmente elucidada, pois a

gravidade da lesão pode ser afetada pela higiene oral do paciente. [4][2]

Além disso, estudos clínicos mais recentes mostram que mulheres usando anovulatórios hormonais têm maior incidência de inflamação gengival, quando comparadas a mulheres que não usam esses agentes, e as principais explicações para essas alterações, são os hormônios sexuais esteróides, que têm indicado as mudanças da microbiota no biofilme dental, função imune, propriedade vascular e função celular na gengiva.[2]

Há uma predileção por pacientes do sexo feminino, predominantemente na segunda década de vida e pela raça branca. Normalmente localiza-se na região anterior de maxila, havendo equivalência entre os maxilares, e em poucos casos, acomete a mandíbula. Algumas vezes, pode se estender acometendo tanto a gengiva vestibular quanto a gengiva lingual.

Devido às suas semelhanças clínicas e histopatológicas, os pesquisadores acreditam que alguns fibromas ossificantes periféricos desenvolvem-se inicialmente como granulomas piogênicos que sofrem maturação fibrosa e subsequente calcificação.[5] Entretanto, nem todos os fibromas ossificantes periféricos podem se desenvolver dessa maneira. O produto mineralizado provavelmente se origina de células do periósteo ou do ligamento periodontal.[4]

1.2 Diagnóstico e tratamento

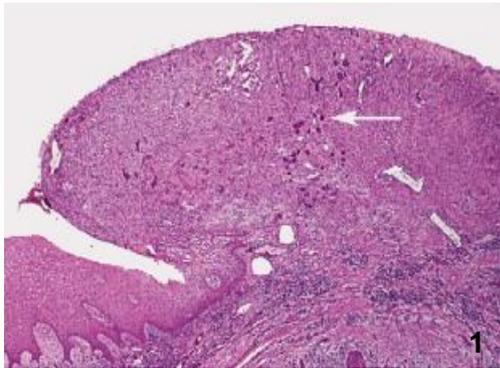
Para correto diagnóstico do FOP há uma sequência que deve incluir história médica e odontológica cuidadosamente detalhadas do paciente, bem como avaliação clínica da lesão. O AGC rosa ou avermelhado compreende a maioria dos tumores gengivais e das condições que se assemelham a tumores.[2] As características clínicas têm pouca utilidade para a diferenciação entre essas lesões; portanto, a biópsia é obrigatória para confirmar o diagnóstico. O diagnóstico clínico, no entanto, deve ter como foco a textura e a consistência do AGC. Lesões duras com consistência osteóide devem ser avaliadas também por radiografia.[5] Os fibromas ossificantes periféricos apresentam radiograficamente imagens radiopacas; presença de focos radiopacos dentro dos tumores com aspecto de dentes fraturados, o que pode ajudar no diagnóstico. Áreas radiotransparentes

frequentemente aparecem em pacientes com granulomas centrais de células gigantes, tumores malignos centrais com invasão periférica e cistos.^[2] Todas essas características precisam estar muito definidas, pois elas nortearão um diagnóstico assertivo e elaboração de um correto plano de tratamento. Como mencionado anteriormente, quase dois terços de todos os casos ocorrem em mulheres, além de haver uma predileção pelo arco maxilar, sendo que mais de 50% dos casos em sua totalidade, ocorrem na região de incisivos e caninos.^[4]

O tratamento consiste na excisão cirúrgica conservadora, acompanhada da remoção dos possíveis fatores irritativos locais, principalmente por meio de raspagem dos dentes adjacentes.^[3] Lesões vermelhas ulceradas geralmente são confundidas com os granulomas piogênicos, enquanto as rosas, não ulceradas, são clinicamente semelhantes aos fibromas de irritação. Muitas lesões medem menos de 2 cm, embora ocasionalmente possam ocorrer grandes lesões. As lesões geralmente estão presentes por muitas semanas ou meses antes do diagnóstico ser feito. Após a excisão da lesão, é fundamental que o espécime seja encaminhado para análise histopatológica para que se tenha a confirmação da hipótese diagnóstica. Microscopicamente é possível identificar no fibroma ossificante periférico uma proliferação de fibroblastos associada a formação de material mineralizado (Fig. 1 e 2). Caso haja ulceração no epitélio, a superfície é coberta por uma membrana fibrinopurulenta junto a uma zona de tecido de granulação subjacente. Nas áreas de mineralização é possível verificarmos componentes fibroblásticos. A proliferação fibroblástica e a mineralização associada, podem representar um pequeno componente mineralizado causando grande aumento volumétrico, se assemelhando ao fibroma ou ao granuloma piogênico. Esse componente mineralizado é variado, podendo causar calcificações distróficas, osso ou material cementóide, ou até mesmo a combinação desses materiais. Normalmente o osso formado é imaturo, mas ainda assim, pode apresentar trabéculas de osteóide não mineralizado em sua composição. Em uma menor frequência podemos visualizar gotas ovóides de material cementóide basofílico. As calcificações distróficas se caracterizam por grânulos múltiplos, glóbulos pequenos, ou grandes aumentos volumétricos e irregulares de material basofílico mineralizado. Essas calcificações são características comuns em lesões em estágio inicial que apresentem ulcerações, sendo que lesões mais antigas, não-

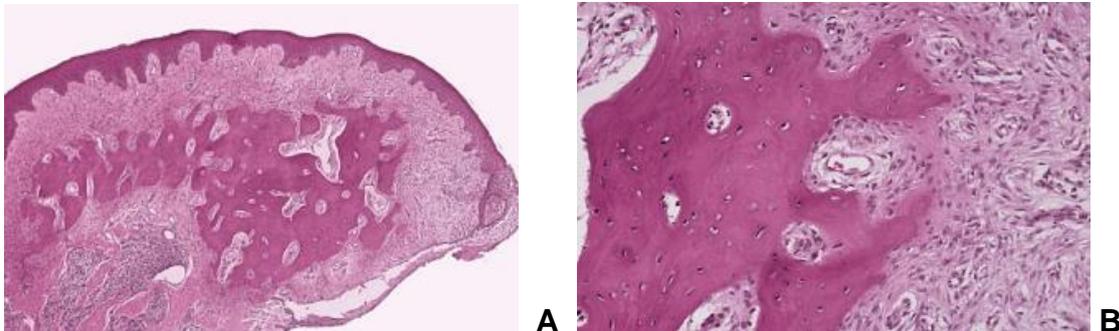
ulceradas, apresentam osso bem formado ou cemento. Há casos em que células gigantes multinucleadas também podem ser encontradas associadas com o material mineralizado.^[4]

Fig.1 - Fibroma ossificante periférico. Aumento de volume gengival ulcerado mostrando focos de mineralização inicial (seta).



Fonte: Neville et al. (2016, 523 p.)

Fig. 2 - Fibroma ossificante periférico. **A**, Aumento de volume fibroso não-ulcerado de gengiva, exibindo formação de osso em sua porção central. **B**, Visão em maior aumento exibindo trabéculas ósseas adjacentes ao tecido conjuntivo fibroso.



Fonte: Neville et al. (2016, 523 p.)

2. OBJETIVO

Descrever, através de um relato de caso, o diagnóstico e plano de tratamento de um fibroma ossificante periférico.

3. RELATO DE CASO

3.1 Avaliação Clínica e Plano de Tratamento

Paciente C.N.S., 17 anos, sexo feminino. A mãe procurou a clínica da Universidade São Judas Tadeu orientada pelo cirurgião-dentista (CD), para exame detalhado acerca de uma lesão de progressão lenta que teve aumento volumétrico no decorrer do ano de 2022. A mãe informou que no ano de 2021, perceberam o aparecimento da pequena lesão e levou a paciente até o CD, que realizou uma cauterização para remoção da mesma, contudo a lesão voltou a crescer logo em seguida. O CD realizou nova cauterização e direcionou a paciente ao periodontista para acompanhamento do caso, durante esse período a lesão aumentou lentamente, mas não foi excisada.

Na consulta inicial foi realizada uma anamnese detalhada constatando que a paciente faz uso de aparelho ortodôntico há cerca de quatro anos, e iniciou recentemente o acompanhamento médico com endocrinologista pois apresenta hipotireoidismo. Atualmente faz uso de Puran T4 (75mg) e iniciou também o uso de injeção anticoncepcional mensal Mesigyna (Enantato de Noretisterona e Valerato de Estradiol), há pouco menos de um ano. A mãe informou também que não estava levando a paciente nas consultas de manutenção ortodôntica na frequência correta devido a pandemia na COVID-19 que teve início em março de 2020.

No exame clínico foi observado um AGC de consistência fibrosa, sésil, de forma globosa com cerca de 2 cm (Fig. 3), na região anterior da maxila cobrindo a região dos dentes 22, 23 e 24, com coloração semelhante à da mucosa adjacente. Radiograficamente, não foi constatada nenhuma alteração.

Foi iniciado o plano de tratamento com remoção do cálculo supragengival com ultrassom e instrução de higiene oral, com o intuito de uma diminuição do biofilme dental na cavidade oral como um todo, principalmente na região da lesão. Como a paciente se encontrava com aparatos ortodônticos na boca, foi solicitada a remoção dos mesmos. O ortodontista removeu os fios, porém se recusou a fazer

a remoção de todos os braquetes do aparelho ortodôntico. Após a remoção do fio, foi realizada raspagem supragengival e nova orientação em higiene bucal da paciente. Para auxílio no controle químico local do biofilme supragengival, foi prescrito bochecho de Gluconato de Clorexidina 0,12%, 1 vez ao dia durante 7 dias.

Foram levantadas três hipóteses diagnósticas: granuloma piogênico, granuloma de células gigantes e fibroma ossificante periférico. De acordo com a literatura, para o fechamento do diagnóstico e tratamento adequado, há necessidade de excisão cirúrgica conservadora, acompanhada da remoção dos possíveis fatores irritativos locais, principalmente por meio da raspagem dos dentes adjacentes, iniciamos então o planejamento cirúrgico considerando a principal hipótese diagnóstica o granuloma piogênico, pois aumentos gengivais como manifestação oral, podem ser associadas a alterações hormonais, e a paciente já seguia um protocolo associado a esses fatores com o uso da medicação e principalmente da injeção anticoncepcional. ^[3]^[2]

Fig. 3- Fotografia inicial da paciente.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

3.2 Excisão Cirúrgica Conservadora

Em casos de AGC, como orientada pelas evidências científicas, o tratamento consiste na excisão cirúrgica conservadora, acompanhada da remoção dos possíveis fatores irritativos locais, principalmente por meio da raspagem dos dentes adjacentes. ^[3] A biópsia é, na maioria das vezes um exame complementar, subsidiário, que auxilia o clínico em suas observações, auxiliando

no diagnóstico e conseqüentemente na elaboração do melhor plano de tratamento, servindo igualmente para o diagnóstico de lesões que não puderam ser identificadas por outros métodos ou se estes, de alguma forma, forneceram resultados parciais, falhos ou imprecisos. [6]

4. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

4.1 Primeiro Procedimento Cirúrgico

A primeira cirurgia foi realizada no dia 26/04/2022. Após assepsia extra e intra oral com Gluconato de Clorexidina 2% e 0,12%, respectivamente. Foi realizado anestesia local dos nervos alveolar superior anterior, nervo nasopalatino e técnica infiltrativa em mucosa adjacente à lesão, com tubetes de Mepivacaína com Epinefrina (1:100.000). Com lâmina de bisturi Nº15 e cabo de bisturi Nº3, foram realizadas incisões em torno da lesão com a finalidade de realizar uma biópsia excisional. Durante a excisão da lesão, houve grande dificuldade devido a presença dos aparatos ortodônticos e o que parecia um tecido ósseo abaixo da lesão. A técnica cirúrgica (3ª técnica - osteotomia, cinzéis, motor e broca). Para a síntese foi utilizado o fio de Nylon 5-0 para sutura com ponto simples, com orientação de retorno em 10 dias para remoção das mesmas. A prescrição medicamentosa pós-operatória foi de Dipirona 500mg de 6 em 6 horas em caso de dor, e higienização com bochecho de Gluconato de Clorexidina 0,12% após a escovação por 7 dias. Não houve intercorrências no trans-operatório e nem no pós-operatório.

O espécime foi enviado para análise histopatológica e a paciente retornou após 10 dias para remoção das suturas e acompanhamento do pós-operatório (Fig. 4). Cerca de um mês após a realização da cirurgia, foi possível observar um novo aumento da lesão (Fig. 5), juntamente com o resultado da biópsia (Anexo 1), constatando que se tratava de um FOP. A paciente retornou em agosto de 2022, para reavaliação e elaboração de um novo planejamento cirúrgico para a remoção da lesão (Fig. 6).

Fig. 4 - Fotografia de 10 dias de pós-operatório.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Fig. 5 - Fotografia realizada após 25 dias da realização da excisão cirúrgica.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Fig. 6 - Fotografia realizada após 5 meses da excisão cirúrgica.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

4.2 Segundo Procedimento Cirúrgico

A segunda cirurgia foi realizada no dia 31/08/2022. Após assepsia extra e intra oral com Gluconato de Clorexidina 2% e 0,12%, respectivamente. O anestésico utilizado foi Mepivacaína com Epinefrina com técnica infiltrativa do nervo alveolar superior anterior, infiltrativa em nervo nasopalatino e técnica infiltrativa em mucosa adjacente à lesão. Para a abertura do retalho, complementamos com anestesia infiltrativa na nos ramos alveolares anterior e médio. A incisão foi intra-oral com lâmina de bisturi Nº15 e cabo de bisturi Nº3. Foi realizada incisão intra-sulcular com uma relaxante para possibilitar acesso e abertura de um retalho de espessura total até a região dos pré-molares. A nova cirurgia foi realizada com objetivo da remoção de toda a lesão em tecidos moles e osso, para a diminuição da chance de recidiva. Durante a excisão da lesão, houve necessidade de desgaste ósseo, já que parte dela apresenta acometimento do mesmo. Na técnica cirúrgica (3ª técnica - osteotomia, cinzéis, motor e broca), foi realizado desgaste ósseo com motor e broca até que o osso sadio fosse localizado. Para a síntese foi utilizado o fio de Nylon 5-0 para sutura das relaxantes e das papilas incisadas utilizando pontos simples. Não houve a possibilidade de preservar o tecido que recobria a região da lesão, sendo assim, a ferida cirúrgica ficou aberta para cicatrização por segunda intenção (Fig. 7 e 8). Foi agendado retorno semanal para acompanhamento do pós-operatório e remoção das suturas após 15 dias. A prescrição medicamentosa utilizada foi Dexametasona 4mg, 1 vez ao dia, por 3 dias, associado ao Dipirona 500mg de 6 em 6 horas em caso de dor. Não houve intercorrências no transoperatório. Para o pós-operatório, foi orientado bochecho com Gluconato de Clorexidina 0,12% por 7 dias e reforço de orientação para melhor higiene bucal.

O espécime foi enviado para análise histopatológica (Anexo 2), e a paciente retornou semanalmente para acompanhamento do pós-operatório. A remoção das suturas foi realizada após 12 dias devido a boa reparação tecidual observada (Fig. 9 e 10). Depois de 30 dias de pós-operatório (Fig. 11), a região apresentava bastante edema e houve necessidade de reforçar a higienização e a orientação em higiene bucal novamente. Após 4 meses da realização da cirurgia é possível observar uma reparação tecidual completa (Fig. 12), sendo que a

paciente permanece em acompanhamento para avaliar a possibilidade de uma plastia gengival.

Fig. 7 e 8 - Fotografia realizada ao término do procedimento cirúrgico. Pós-operatório imediato.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Fig. 9 - Consulta de retorno após 12 dias - antes da remoção das suturas.

Fig. 10 - Consulta de retorno após 12 dias - após a remoção das suturas



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Fig. 11 - Consulta de retorno após 30 dias do procedimento cirúrgico.

Fig. 12 - Reparação tecidual completa após 4 meses em que a cirurgia foi realizada.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

FOP é classificado como um tumor não neoplásico de crescimento lento e caracterizado como um AGC, dessa forma para seu correto diagnóstico há uma sequência que deve incluir história médica e odontológica cuidadosamente detalhadas do paciente, bem como avaliação clínica da lesão. Ainda que sua origem ainda não seja clara, aumentos gengivais como manifestação oral, podem ser associadas a medicamentos, alterações hormonais, componentes inflamatórios decorrentes de irritação local como o biofilme dental, cálculo, aparatos ortodônticos, próteses e restaurações mal adaptadas.^[2]

No caso clínico relatado acima foi possível observar de forma clara a necessidade de uma atuação assertiva por parte do cirurgião-dentista, além de um trabalho em conjunto com o paciente, que inicialmente era pouco colaborativo, mas passou a entender essa necessidade para que pudesse ter um resultado satisfatório em relação ao caso. No quadro inicial temos uma rápida progressão do FOP em um momento que haviam aparatos ortodônticos, associados a uma grande quantidade de biofilme, alterações hormonais e a associação de anovulatórios (intramuscular), o que fez com que a sua progressão aumentasse significativamente em um curto espaço de tempo. Em um segundo momento, temos a redução dos aparatos ortodônticos, a colaboração do paciente em relação a melhora da higiene bucal, controle endocrinológico e mesmo com o uso de anovulatório, foi possível ver uma melhora significativa do quadro clínico e um resultado satisfatório pós-tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. **Patologia bucal** – correlações clinicopatológicas. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
2. LANG, N. P.; LINDHE, J. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**, 6ª edição, 2018.
3. ALMEIDA, O. P. ABENO 5 - **Patologia Oral**. São Paulo: Artes MÉDicas, 2016, p.70-71.
4. NEVILLE, B. W. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, p. 523.
5. HARPENAU, L. A. KAO, R. T. LUNDERGAN, W. P. SANZ, M. **Periodontia e Implantodontia - Algoritmos de Hall para Prática Clínica**, 5ª edição. 2016, p. 62-63.
6. BORAKS, S. **Medicina Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2001, p.108-110.

7. ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, IVETE Almeida de Souza, paciente (ou responsável legal do(a) menor CLARA de Souza Nogueira), portador(a) do RG nº 55.967.209-3 CPF nº 478.836.908-76, residente a R. Pedro Lamy Quey, 125, (cidade) POA, SP, CEP 08568-520, celular (11)93087.0705, declaro que escolhi a Clínica Odontológica do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade São Judas Tadeu para realizar o tratamento odontológico com planejamento e custos descritos em meu prontuário.

1. A ficha de anamnese foi por mim preenchida e assinada, apresentando informações que correspondem à verdade dos fatos, especialmente no que diz respeito às minhas condições da saúde geral e bucal, não tendo omitido ou suprimido qualquer dado quanto a doenças pré-existentes e que sejam de meu conhecimento, tão pouco quanto ao uso de medicamentos controlados ou não, ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde geral e bucal e sobre o uso de medicamentos pode interferir negativamente no planejamento e andamento de tratamento, na resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, podendo ocasionar danos irreversíveis à minha saúde bucal e geral, inclusive quando do uso de substâncias medicamentosas utilizadas durante o procedimento odontológico ou prescritas no transcorrer do tratamento.
2. Considerando minha queixa principal e, após avaliação clínica e de eventuais exames complementares, fui esclarecido sobre o diagnóstico e planejamento de tratamento, com alternativas e informações claras sobre os objetivos e riscos do planejamento terapêutico escolhido, bem como sobre minha responsabilidade de colaborar e contribuir para o tratamento que será executado;
3. É de meu conhecimento de que o tratamento proposto será realizado por estudantes do curso de Odontologia, supervisionados por um cirurgião dentista. Dessa forma, não serei atendido no período de férias dos estudantes ou durante o período das avaliações acadêmicas. Entendo que o resultado do tratamento depende da complexidade do caso, da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, da minha assiduidade às consultas e seguimento das orientações recebidas;
4. Declaro, ainda, que estou ciente que após **uma** ausência injustificada às consultas, perco o direito ao atendimento no Serviço Odontológico da Universidade São Judas.



5. Entendo que o não atendimento das orientações profissionais prejudicarão o resultado pretendido, uma vez que a Odontologia não se trata de uma ciência exata, sofrendo limitações;
6. Declaro que estou ciente de que deverei comparecer pontualmente, nas sessões, previamente agendadas, devendo seguir, rigorosamente, as prescrições, encaminhamentos da área odontológica ou de profissionais da área de saúde e demais orientações fornecidas, sob pena de ser declarado interrompido o meu tratamento;
7. É de meu conhecimento que devo informar qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, insatisfações ou dúvidas sobre o tratamento em execução; mantendo meus dados cadastrais sempre atualizados e informando eventuais mudanças de endereço, telefone etc;
8. Declaro, ainda, que tenho conhecimento de que ao término do tratamento deverei retornar para consultas de acompanhamento de acordo com os critérios estabelecidos, visando resguardar e manter o tratamento realizado, sendo certo que não é possível garantir o tempo de durabilidade dos procedimentos odontológicos, pois referida avaliação deverá observar as condições de minha saúde e eventuais alterações bucais, hábitos em geral, adequada higienização oral, além de outros fatores internos ou externos que podem danificar o serviço prestado.
9. Abaixo manifesto se permito a utilização do meu prontuário e fotos para uso em publicações científicas ou com finalidade acadêmica, permitindo a exibição de imagens e exames com finalidade didático-acadêmicas ou científicas, preservando minha identidade.

São Paulo, 19 de Abril de 2022

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Anexo 3 – Resultado primeira da análise histopatológica.

		UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	
		Faculdade de Odontologia - Anatomia Patológica	
Num. R.G.:	559672093	Num. Lab.:	22102944AP
Nome:	Clara de Souza Nogueira	Idade:	16
Diag.:	Granuloma piolítico	Sexo:	F
Região:	Margem gengival vestibular dos elementos 22, 23 e	Raça:	Branca
Recebido de:	Elaine Escobar	Data:	01/06/2022
Procedência:	USJT	Data Saída:	06/06/2022 15:56:00

Macroscopia:

O material recebido para exame consta de 1 fragmento(s) de tecido mole, forma globosa, consistência fibrosa, superfície lisa e coloração branco-acastanhada, medindo 20x17x3 mm.

Microscopia:

Os cortes histológicos revelam fragmento de mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado, exibindo áreas hiperplásicas e atróficas. A lâmina própria é constituída por tecido conjuntivo denso com intensa proliferação de fibroblastos associada à focos de formação de material mineralizado. Vasos sanguíneos com lâminas de tamanhos variados, por vezes congestionadas completam o quadro histopatológico analisado.

Diagnóstico:

Gengiva: Fibroma ossificante periférico.



Dr. Fabio Douglas Nunes - CRO 26.088-SP
RUA SACACÁ, 107 - JARDIM N. 1

O presente laudo é uma análise interpretativa com aspectos subjetivos, sendo consequência da correlação dos dados clínicos, laboratoriais e morfológicos. Os diagnósticos podem variar na dependência do patologista examinador, das informações contidas na requisição do exame, do emprego de técnicas especiais e da evolução dos conhecimentos científicos. Qualquer discordância frente ao laudo deverá imediatamente ser comunicada ao laboratório, postergando-se medidas terapêuticas até que o caso seja reavaliado. O laboratório está à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida.

Anexo 4 – Resultado segunda da análise histopatológica.

		UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Faculdade de Odontologia - Anatomia Patológica	
Num. R.G.:	559672093	Num. Lab.:	22103601AP
Nome:	Clara de Souza Nogueira	Idade:	18
Diag.:	Fibroma ossificante periférico	Sexo:	F
Região:	Mucosa vestibular na região de elementos 12 e 13	Raça:	Branca
Recebido de:	Bruna Alves G. Velaz	Data:	15/09/2022
Procedência:	USJT	Data Saída:	20/09/2022 15:50:00

Macroscopia:

O material recebido para exame consta de 1 fragmento(s) de tecido mole, forma quadrangular, consistência fibrosa, superfície lisa e coloração branca acastanhada, medindo 21x15x5mm

Microscopia:

Os cortes mostram fragmentos de mucosa parcialmente por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado. Na lâmina própria observa-se proliferação de células fusiformes e ovaladas em meio a deposição de tecido mineralizado na forma de trabéculas, muitas coalescidas e algumas mineralizações nodulares. O tecido conjuntivo é fibroso, com áreas mais frouxas.

Diagnóstico:

Gengiva: Fibroma ossificante periférico.


Dra. Suzana O. de Souza, CRÓ 21.454-SP
Assinado eletronicamente

O presente laudo é uma análise interpretativa com aspectos subjetivos, sendo consequência da correlação dos dados clínicos, laboratoriais e morfológicos. Os diagnósticos podem variar na dependência do patologista examinador, das informações contidas na requisição do exame, do emprego de técnicas especiais e da evolução dos conhecimentos científicos. Qualquer discordância frente ao laudo deverá imediatamente ser comunicada ao laboratório, postergando-se medidas terapêuticas até que o caso seja reavaliado. O laboratório está à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida.