



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA
CURSO EM ODONTOLOGIA

BLISS MUWATA ILANDA

CARCINOMA ODONTOGÊNICO DE CÉLULAS CLARAS EM PARASSÍNFISE
MANDIBULAR: RELATO DE CASO

FORTALEZA

2019

BLISS MUWATA ILANDA

CARCINOMA ODONTOGÊNICO DE CÉLULAS CLARAS EM PARASSÍNFISE
MANDIBULAR: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso de
Odontologia da Universidade Federal do Ceará
como parte dos requisitos parciais para
obtenção do grau de bacharel em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Fabricio Bitu Sousa

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

I29

Ilanda, Bliss.

CARCINOMA ODONTOGÊNICO DE CÉLULAS CLARAS EM PARASSÍNFISE MANDIBULAR:
RELATO DE CASO / Bliss Ilanda. – 2019.

34 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Odontologia, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Fabricio Bitu Sousa.

1. Carcinoma odontogênico de células claras. 2. Tumor odontogênico. 3. Células claras. 4.
Mandíbula. I. Título.

CDD 617.6

BLISS MUWATA ILANDA

CARCINOMA ODONTOGÊNICO DE CÉLULAS CLARAS EM PARASSÍNFISE
MANDIBULAR: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso de
Odontologia da Universidade Federal do Ceará
como parte dos requisitos parciais para
obtenção do grau de bacharel em Odontologia

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fabricio Bitu Sousa (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Me. Isabelly Vidal do Nascimento
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Me. Maria Elisa Quezado Lima Verde
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho primeiramente à Deus,
por ser essencial em minha vida.

Aos meus pais, Clarisse Bittini Palaya, Robert
Muwata Yangabul e Adlain Eyarmwen.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos Tony, Christian e David que entenderam minha ausência, por motivo de dedicação ao estudo superior, me lembrando que o futuro é feito a partir de constante dedicação no presente. Agradeço também as minhas sobrinhas Happiness e Roberta a que tanto amo.

À minha avó Jeanne Alangasa Tobe pelas suas orações e amor incondicional, jamais serei capaz de retribuir todo carinho, amor e incentivo que recebi de você.

Ao Prof. Dr. Fabricio Bitu Sousa, pela excelente orientação e aprendizado durante grande parte da minha formação acadêmica, e por todo incentivo, confiança e paciência dedicados à minha formação.

Às Cirurgiãs-Dentistas Isabelly Vidal do Nascimento e Maria Elisa Quezado Lima Verde participantes da banca examinadora pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Ao corpo docente do curso de odontologia da Universidade Federal do Ceará por toda contribuição para minha formação, por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. Carregarei com orgulho o nome desta instituição que tanto contribuiu com a minha formação e realização de um sonho.

Agradeço pelo privilégio e pela oportunidade de aprender e evoluir juntos com excelentes professores

Aos amigos Rudy, Lucas, Denise, Patrícia, Ariana, Silvânia, Evy Monalisa, Victoire e Manuel Geremias, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

Aos meus colegas da turma 2019.1 e do projeto de extensão NEPE, em especial Alessandra e Nayra pelo companheirismo e auxílio ao longo do curso.

RESUMO

Carcinoma odontogênico de células claras (COCC) é um raro tumor odontogênico, agressivo, de caráter maligno. Acomete com maior frequência mulheres na sexta década de vida e sua localização anatômica preferencial é a região anterior de mandíbula. Pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos. Suas características radiográficas se confundem com as de outros tumores odontogênicos malignos. O aspecto histológico do COCC comumente mostra um padrão tumoral bifásico. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica com ampla margem de segurança, podendo haver associação com esvaziamento cervical, radio e/ou quimioterapia. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de COCC desde o diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Trata-se de um paciente do sexo feminino de 26 anos de idade com queixa principal de assimetria facial na região do queixo. Ao exame físico intraoral, observou-se tumefação mandibular em região de pré-molares inferiores do lado direito. Na tomografia computadorizada evidenciou-se a presença de área hipodensa de contorno irregular, bem delimitada, com áreas hiperdensas com aspecto de “flocos de neve caindo”, associada ao dente 44 incluso. A paciente apresentava radiografia panorâmica realizada anteriormente que já evidenciava lesão pré-existente, sugerindo uma evolução de no mínimo dois anos e quatro meses. Foi realizada uma biópsia incisiva e o exame histopatológico evidenciou neoplasia odontogênica caracterizada por múltiplas ilhas e cordões de células epiteliais exibindo periferia células colunares e cúbicas, organizadas em paliçada, com polaridade invertida e citoplasma ora vacuolizado, ora eosinofílico, ora claro, além de centro composto por células poligonais e basalóides com citoplasma eosinofílico, por vezes claro. Posteriormente a paciente foi submetida a hemimandibulectomia e esvaziamento cervical ipsilateral. O Exame histopatológico das peças cirúrgicas confirmou o diagnóstico de COCC, sem evidência de disseminação metastática. Actualmente a paciente está em acompanhamento pós-operatório de um ano sem sinais de recidiva. Portanto o cirurgião-dentista é um importante profissional para o diagnóstico dessas lesões e, para tanto, ele precisa estar atento aos sinais clínicos, radiográficos, valendo-se de atualização constante da literatura disponível.

Palavras-chave: Carcinoma odontogênico de células claras. Tumor odontogênico. Células claras. Mandíbula

ABSTRACT

Clear cell odontogenic carcinoma (COCC) is a rare, aggressive, malignant odontogenic tumor. It most frequently affects women in the sixth decade of life and its preferential anatomical location is the anterior region of the mandible. You may have nonspecific signs and symptoms. Its radiographic characteristics are confused with those of other malignant odontogenic tumors. The histological appearance of COCC commonly shows a biphasic tumor pattern. The treatment consists of surgical resection with a large margin of safety, and may be associated with cervical emptying, radius and / or chemotherapy. The present study aims to report a clinical case of COCC from diagnosis, treatment and follow-up. This is a 26-year-old female patient with a major complaint of facial asymmetry in the chin region. At the intraoral physical exam, mandibular swelling was observed in the region of lower right premolars. Computed tomography revealed the presence of a hypodense area with an irregular outline, well delimited, with hyperdense areas with the appearance of "falling snowflakes", associated with the tooth 44 even. The patient presented panoramic radiography performed previously that already showed a pre-existing lesion, suggesting an evolution of at least two years and four months. An incisional biopsy was performed, and the histopathological examination showed odontogenic neoplasia characterized by multiple islands and cords of epithelial cells showing periphery columnar and cubic cells, organized in palisade, with inverted polarity and cytoplasm now vacuolized, sometimes eosinophilic, sometimes clear, in addition to center composed of polygonal and basaloid cells with eosinophilic cytoplasm, sometimes clear. Subsequently the patient underwent hemimandibulectomy and ipsilateral cervical emptying. The histopathological examination of the surgical specimens confirmed the diagnosis of COCC, without evidence of metastatic dissemination. At the moment the patient is in postoperative follow-up of one year without signs of relapse. Therefore, the dental surgeon is an important professional for the diagnosis of these lesions and, for this, he needs to be aware of the clinical and radiographic signs, using a constant update of the available literature.

Keywords Clear: cell odontogenic carcinoma. Odontogenic tumors. Clear cell. Mandibule.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Exame clínico	18
Figura 2 – Imagens radiográficas.....	18
Figura 3 – Exame histopatológico.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCOC	Carcinoma odontogênico de células claras
OMS	Organização Mundial de Saúde
CK14	Citoqueratina 14

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO.....	15
3	RELATO DE CASO	16
4	DISCUSÃO	20
5	CONCLUSÃO	23
	REFERÊNCIAS	24
	ANEXO – REVISÃO DE LITERATURA DOS 94	
	CASOS.....	26
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO.....	30
	APÊNDICE B – LAUDO HISTOPATOLÓGICO DA BIOPSIA	
	INSICIONAL.....	31
	APÊNDICE C – LAUDO HISTOPATOLÓGICO DA BIOPSIA	
	EXCISIONAL.....	32

1 INTRODUÇÃO

O Carcinoma odontogênico de células claras (COCC) consiste em um raro tumor odontogênico dos ossos gnáticos e foi descrito pela primeira vez por Hansen em 1985. Antigamente, era conhecido como tumor odontogênico de células claras, um tumor benigno localmente agressivo na classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1992. No entanto, nos anos seguintes foram relatados casos de recorrências, metástases e mortes relacionados à lesão. Desde 2005, a OMS passou a adotar o termo COCC, classificando-o como um tumor odontogênico maligno, permanecendo (HADJ SAID *et al.*, 2017; LOYOLA *et al.*, 2015; ORDIONI *et al.*, 2017; PRAKASH; SAIRAM; REDDY, 2015; WALIA *et al.*, 2015). Um total de apenas 94 casos foram descritos na literatura científica na língua inglesa até o ano de 2017 ((HADJ SAID *et al.*, 2017).

As mulheres são mais comumente acometidas pelo COCC, em uma ampla faixa etária, no entanto observa-se um pico de incidência na sexta década de vida (faixa de 14 a 89 anos). Afeta a mandíbula com mais frequência que a maxila e cerca de 80% dos casos ocorre na região anterior de mandíbula (VOGELS *et al.*, 2018; WALIA *et al.*, 2015).

O COCC não possui sinais clínicos e radiográficos específicos, dificultando o diagnóstico. Os sintomas mais frequentes incluem dor ou desconforto, aumento da mandíbula, mobilidade ou deslocamento dos dentes e destruição cortical. O aspecto radiográfico do COCC é pouco elucidativo, confundindo-se com o de outros tumores odontogênicos malignos, apresentando radiolucência mal definida, variável, uni ou multilocular, associada a extensa destruição óssea e a reabsorção de raízes dentárias é usualmente observada (JAIN *et al.*, 2016; PARK *et al.*, 2019).

O aspecto histológico do COCC comumente mostra um padrão tumoral bifásico, evidenciando aglomerados de células claras e cordões irregulares de células basalóides com citoplasma eosinofílico escasso em meio a um estroma fibroso. Outros dois padrões, menos frequentes, são relatados: monofásico, no qual são observados apenas ninhos e cordões de células claras; e ameloblastomatoso, o mais raro, que se assemelha a um ameloblastoma com ocasionais células claras periféricas em paliçada (JAIN *et al.*, 2016; PARK *et al.*, 2019).

O COCC é usualmente tratado através de procedimento cirúrgico. Recomenda-se cirurgia radical com ampla margem de segurança de acordo com a literatura a enucleação e curetagem não parecem ser adequadas. A literatura cita o emprego de radioterapia e/ou quimioterapia em alguns casos (HADJ SAID *et al.*, 2017). Datar *et al.* (2017) sugerem a necessidade de realização de radioterapia adjuvante em casos em que se observa invasão

perivascular e perineural. Ordini *et al.* (2017) citam a necessidade de realização de tratamento radioterápico, associado ou não à quimioterapia, para casos em que se identifica comprometimento de linfonodos ou tecidos moles. Prakash, Sairam e Srinivas Reddy (2015) sugerem ainda a realização de esvaziamento cervical eletivo.

O COCC deve ser encarado como um tumor odontogênico maligno de alto grau e agressivo, sendo necessário um acompanhamento pós-tratamento (DATAR *et al.*, 2017; LOYOLA *et al.*, 2015). Hadj said *et al.* (2017) mostram a ocorrência de óbito, em decorrência da doença em 13,5% dos casos. Observa-se potencial para múltiplas recorrências, metástases e comprometimento de linfonodos (DATAR *et al.*, 2017; PARK *et al.*, 2019), justificando a necessidade de tratamento cirúrgico agressivo. O intervalo de tempo para recorrência da doença varia de 6 a 24 meses para os casos tratados com curetagem, e de 11 a 71 meses para ressecção cirúrgica como única modalidade de tratamento (FERREIRA *et al.*, 2018).

A dificuldade de se estabelecer o diagnóstico do COCC, devido a sua similaridade histológica com outras lesões, como o carcinoma hialinizante de células claras de glândulas salivares, o carcinoma renal de células claras metastático e o carcinoma urotelial metastático (GINAT; VILLAFLORES; CIPRIANI, 2016), pode interferir na conduta terapêutica. Além disso, a raridade da lesão dificulta o estabelecimento de protocolos de tratamento confiáveis.

Diante do exposto, faz-se necessário a documentação e exposição de casos clínicos à comunidade científica, afim de proporcionar informações que possam embasar decisões clínicas, assim como, contribuir com a produção de conhecimento a respeito da referida entidade patológica.

2 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico de COCC envolvendo o diagnóstico, conduta e acompanhamento.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 26 anos de idade, compareceu ao Serviço de Estomatologia com queixa principal de assimetria facial na região do queixo, sem sintomatologia dolorosa, com evolução de aproximadamente um ano. A paciente não relatou nenhum comprometimento sistêmico. Ao exame físico extraoral, observou-se aumento de volume em região de parassínfise mandibular lado direito, sem alterações em pele (FIGURA 1-A, B, C).

Ao exame físico intraoral, observou-se tumefação em região de pré-molares inferiores lado direito com abaulamento por lingual e vestibular. Clinicamente o dente 44 estava ausente, e o 45 estava distalizado e sem mobilidade e a mucosa sobrejacente apresentava coloração rosada de aspecto normal (FIGURA 1D).

A palpação evidenciou-se uma área de perda da continuidade da cortical óssea vestibular. A paciente não apresentava aumento de volume nos linfonodos a nível cervical. A punção aspirativa foi negativa, sugerindo uma lesão sólida. A tomografia computadorizada evidenciou-se uma presença de área hipodensa de contorno irregular, bem delimitada, com áreas hiperdensas em aspecto de “flocos de neve caindo”, se estendendo do dente 41 ao 45, sem reabsorção radicular, associada ao dente 44 incluso que se encontrava próximo da base de mandíbula (FIGURA 2-A).

A paciente também apresentou uma radiografia panorâmica, realizada anteriormente para planejamento de tratamento ortodôntico, evidenciava lesão pré-existente, sugerindo uma evolução de no mínimo dois anos e quatro meses (FIGURA 2B).

Tumor odontogênico ou lesão central de células gigantes foram considerados como hipóteses diagnósticas. A biópsia incisiva foi realizada, e ao exame histopatológico evidenciou-se uma neoplasia odontogênica caracterizada por múltiplas ilhas e cordões de células epiteliais exibindo periferia com células colunares e cúbicas, organizadas em paliçada, com polaridade inversa e citoplasma ora vacuolizado, ora eosinofílico, ora claro. Além disso, apresentou de centro composto por células poligonais e basalóides com citoplasma eosinofílico, por vezes claro. Os núcleos das células tumorais variavam de palidamente basofílicos a hiper cromáticos, com nucléolos inconspícuos e o estroma era densamente colagenizado. A neoplasia não apresentava cápsula periférica visível, produzia reabsorção de trabeculado ósseo periférico e invasão perivascular (figuras 3A, B).

A reação histoquímica por ácido periódico-Schiff demonstrou-se positiva no citoplasma das células tumorais, porém esta positividade foi perdida após digestão com

diástase (figuras 3C, D). A análise imunoistoquímica apresentou o seguinte perfil: anticorpo anti-CK14 positivo (figura 3E), intenso, no citoplasma das células tumorais; e anticorpo anti-Ki-67 positivos no núcleo das células tumorais (<1%) (figura 3-G). Assim, os dados histopatológicos associados ao perfil imunoistoquímico foram sugestivos de Carcinoma Odontogênico de Células Claras.

A paciente foi então encaminhada para o serviço de cirurgia de cabeça e pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, onde foi realizado o procedimento de remoção da lesão mediante ressecção em bloco de segmento mandibular associada com esvaziamento cervical.

A peça cirúrgica e o tecido resultante do esvaziamento foram novamente encaminhados para realização de exame anatomopatológico. No produto de biopsia excisional, foram evidenciadas características similares a biopsia incisional com a presença de neoplasia odontogênica maligna representada por células de morfologia cubóide, poligonal e colunar, com citoplasma ora claro, ora eosinofílico pálido e núcleos de cromatina frouxa com nucléolos inconspícuos, além de trechos de polaridade invertida (figura 3H).

A neoplasia causava destruição do osso periférico e invasão perivascular. Adicionalmente, foi visualizado remanescente de revestimento de mucosa oral representado por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado, estrias musculares esqueléticas, tecido adiposo unilocular, glândulas salivares seromucosas e tecidos dentários compatíveis com dentina, cemento e polpa. As margens do espécime, bem como os 16 linfonodos avaliados se apresentaram livres de tumor. Dentre esses linfonodos, dois apresentaram-se desorganizados e hiperplásicos, sendo submetidos a reação imunoistoquímica para anticorpo anti-citoqueratina 14 o qual demonstrou-se negativo.

Diante dos achados da biopsia excisional, o diagnóstico conclusivo foi de Carcinoma Odontogênico de Células Claras.



Fonte: Próprio autor.

Imagem frontal da paciente (A) e Imagem lado direito da paciente (B) e Imagem lado esquerdo da paciente (C).

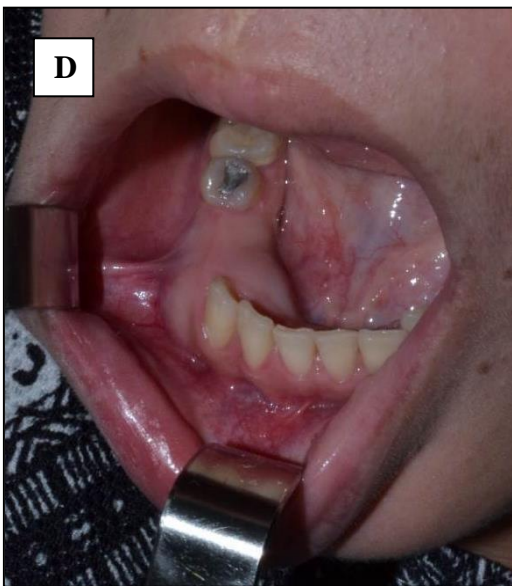
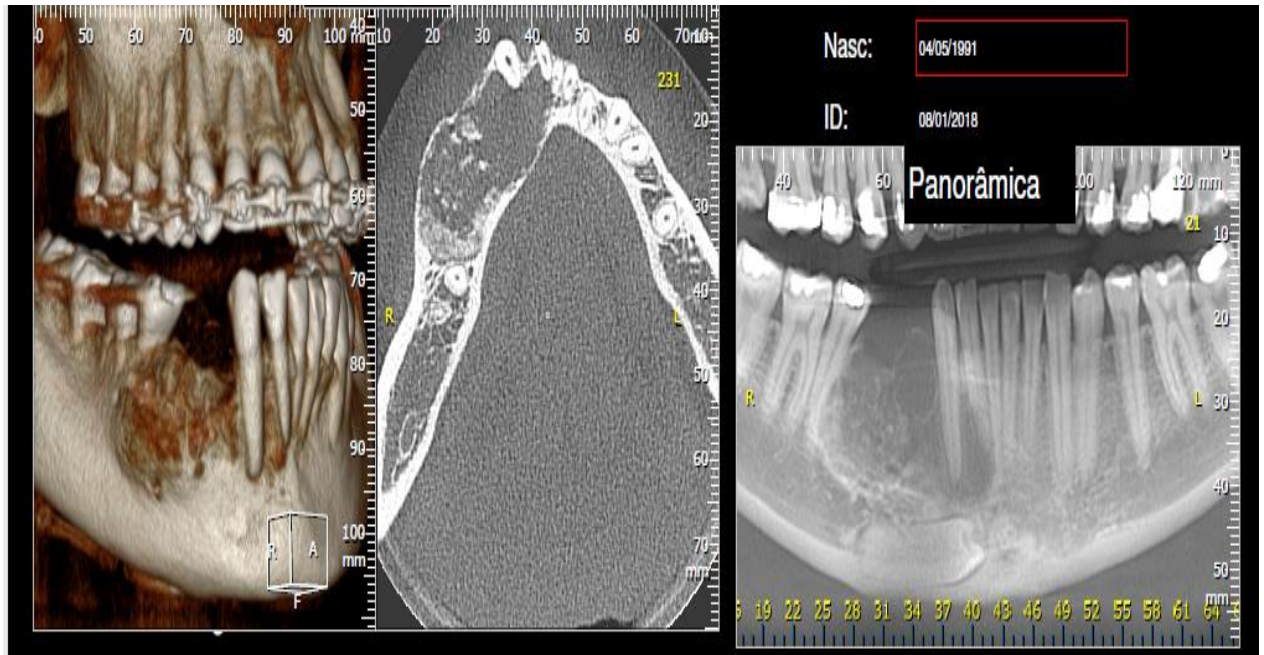


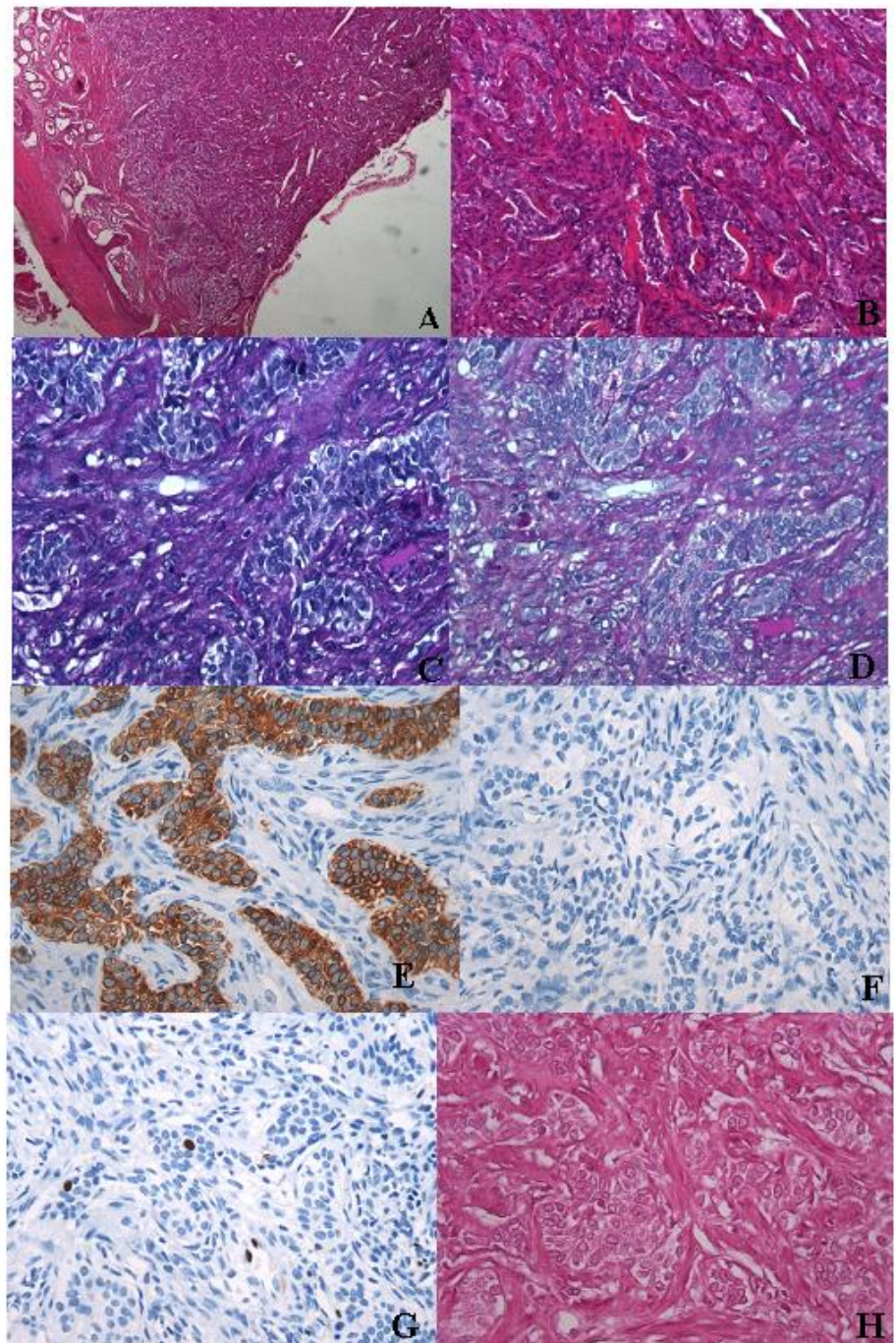
Imagem intraoral da paciente (D).

Fonte: Próprio autor.

Figura 2-Imagens radiográficas**B**

Fonte: Próprio autor.

Reconstrução 3D, corte axial e radiografia panorâmica (A) e radiografia panorâmica realizada anteriormente para planejamento de tratamento ortodôntico (B).

Figura 3 – Exame histopatológico

Fonte: Próprio autor.

Biópsia incisional menor aumento x 05 (A) e Biópsia incisional maior aumento x 20 (B) reação histoquímica por ácido periódico-Schiff sem diástase (C) e reação histoquímica por ácido periódico-Schiff com diástase (D) e coloração por CK14 positiva (E) e coloração negativa por EMA (F) e coloração positiva por Ki67 (G) e Biópsia excisional (H)

4. DISCUSSÃO

O CCOC é uma neoplasia agressiva, ocorre mais comumente em mulheres de meia-idade na região anterior da mandíbula. Esse caso específico ocorreu na região posterior (parasínfese) do osso mandibular, que, com base na literatura recente é considerada rara. O CCOC não possui padrão estabelecido de ocorrência, uma vez que até há alguns anos a área predominante era a região mandibular anterior, hoje encontra-se caso de COC na maxila (HADJ SAID *et al.*, 2017; LOYOLA *et al.*, 2015; ORDIONI *et al.*, 2017; PRAKASH; SAIRAM; REDDY, 2015; WALIA *et al.*, 2015).

O CCOC não possui sinais clínicos e radiográficas específicos, dificultando o diagnóstico. Os sintomas mais frequentes incluem dor ou desconforto, aumento de volume da mandíbula, edema, mobilidade ou deslocamento dos dentes e destruição cortical, e a imagem de raios X radiolúcida (HADJ SAID *et al.*, 2017; LOYOLA *et al.*, 2015; ORDIONI *et al.*, 2017; PRAKASH; SAIRAM; REDDY, 2015; WALIA *et al.*, 2015). Neste caso, o paciente não apresentou sintomas dolorosos, o que provavelmente contribuiu para a progressão da lesão e seu diagnóstico tardio. A análise radiográfica mostrou que a lesão era unilocular, foi evidenciado a presença de área predominante radiolúcida com pontos radiopacas, bem definida, associada com dente incluso.

Histopatologicamente, os CCOCs podem apresentar um ou mais dos três padrões arquiteturais: bifásico, monofásico e ameloblastomato. O padrão bifásico a condição mais recorrente, é constituído por ninhos de células com citoplasma claro misturado com células contendo citoplasma eosinofílico (JAIN *et al.*, 2016; PARK *et al.*, 2019). O presente caso trata-se de padrão bifásico caracterizada por múltiplas ilhas e cordões de células epiteliais exibindo periferia com células colunares e cúbicas, organizadas em paliçada, com polaridade invertida e citoplasma ora vacuolizado, ora eosinofílico, ora claro. Além disso, apresentou de centro composto por células poligonais e basalóides com citoplasma eosinofílico, por vezes claro.

As Células claras geralmente resultam de fatores como o acúmulo intracelular de compostos incolores, como glicogênio, lipídios e mucina. As células claras também podem ser o resultado de uma escassez de organelas celulares ou de um artefato induzido durante a fixação ou processamento de tecidos (JAIN *et al.*, 2016). A presença de células claras em uma neoplasia odontogênica pode estar associada à sua suposta origem de lâmina dental, que contém estas células (JAIN *et al.*, 2016).

No entanto, as células claras não são exclusivas do CCOC, elas podem ser observadas em numerosas neoplasias, como a variante de células claras observadas no tumor odontogênico epitelial calcificante, cistos odontogênicos, tumores de células claras das glândulas salivares e variações de carcinomas (carcinoma de células acinares, carcinoma de células escamosas e tumores sebáceos (JAIN *et al.*, 2016; GINAT *et al.*, 2016).

Alguns tumores de origem não odontogênico também são caracterizados histologicamente por células claras semelhantes às observadas no CCOC, e ocorrem em órgãos como pulmão, mama, rim, glândula tireóide e cólon (JAIN *et al.*, 2016; GINAT *et al.*, 2016; ORDIONI *et al.*, 2017). A preocupação com essas lesões e que as suas metástases podem ser diagnosticadas na mandíbula. Portanto quando um paciente é diagnosticado com CCOC, uma investigação completa é recomendada para a pesquisa de lesões metastáticas do carcinoma primário de células claras, particularmente de origem renal (DATAR *et al.*, 2017; KUJIRAOKA *et al.*, 2016).

Devido à raridade da lesão, a abordagem ideal de tratamento ainda não foi conclusivamente determinada. A ressecção mandibular é indicada dependendo do tempo de recorrência, bem como de sua agressividade e destrutividade. No entanto a disponibilidade de dados limitados dificulta a formulação de fatores de risco para recidiva e metástase tumoral. Além disso, o grau de pleomorfismo nuclear e hiperchromatismo é extremamente variável e parece estar associado ao potencial metastático do tumor. Outra consideração importante na avaliação de recorrência é a presença ou ausência de margens de segurança cirúrgica (DATAR *et al.*, 2017; LOYALA *et al.*, 2015; HADJ *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2018; WALIA *et al.*, 2015; PRAKASH *et al.*, 2015; PARK *et al.*, 2019). Estudos anteriores sugeriram que a ressecção com margens livres está associada a uma menor taxa de recorrência. Portanto, a curetagem ou enucleação parecem inadequadas. Além disso, o acompanhamento a longo prazo é necessário para esses pacientes. A taxa geral de recorrência tem sido relatada com 41,8% e 86,7% entre os pacientes tratados com curetagem, e 29,8% entre os tratados com ressecção.

(DATAR *et al.*, 2017; LOYALA *et al.*, 2015; HADJ *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2018; WALIA *et al.*, 2015; PRAKASH *et al.*, 2015; PARK *et al.*, 2019).

Em alguns casos de CCOC, além da ressecção, a remoção bilateral dos gânglios cervicais tem sido indicada em lesões mandibulares, mesmo na ausência de linfadenopatias no exame clínico inicial. A mesma observação tem sido feita na literatura em relação à indicação de radioterapia. Infelizmente, o número de paciente que receberam radioterapia tem sido insuficiente para avaliar os benefícios dessas modalidades de tratamento (DATAR *et al.*,

2017; LOYALA *et al.*, 2015; HADJ *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2018; WALIA *et al.*, 2015; PRAKASH *et al.*, 2015; PARK *et al.*, 2019).

Uma apresentação inicial de nódulos linfáticos metastáticos é rara, alguns autores indicam a terapia de remoção do gânglio adjuvante e / ou radioterapia, quando há evidência de invasão extensiva de partes moles, invasão perineural ou linfonodos positivos, ou quando a remoção do tumor com margens livres não é variável. (LOYALA *et al.*, 2015; HADJ *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2018). Neste caso, foi realizado o procedimento de remoção da lesão mediante ressecção em bloco de segmento mandibular associada com esvaziamento cervical. A peça cirúrgica e o tecido resultante do esvaziamento foram novamente encaminhados para realização de exame anatomopatológico. Radioterapia e quimioterapia também não foram indicadas. A paciente está em acompanhamento pós-operatório há um ano sem sinais de recidiva ou lesões metastáticas. Com intuito de auxiliar a ocorrência mais prevalente dos locais de acometimento, sobrevida e metástases de CCOC relatados na literatura existente, Hadj said *et al.* (2017) fizeram uma pesquisa bibliográfica nos quais 94 casos foram relatados. Seus resultados constam no anexo .

No total de 95 casos (94 casos da literatura mais o presente caso), O local mais comum de apresentação foi a mandíbula (67,4 % na mandíbula e 21,8% na maxila). Houve metástases à distância em 8 pacientes (7,6%), a maioria localizada nos pulmões e ossos, incluindo quadril, púbis e vértebra. Lesões cerebrais, hepáticas e mediastinais também foram descritas. O acompanhamento foi especificado em 75 pacientes, 11 pacientes haviam morrido da doença (10,4%), dos quais 5 apresentavam metástases à distância (50%); 35 (33,2%) pacientes vivos sem evidência de doença; 4 (3,8%) vivos com doença. Recorrência e metástase foram relatadas até 20 anos após a primeira intervenção.

5 CONCLUSÃO

Portanto, o presente relato de caso condiz com o que a literatura nos apresenta de prevalência de localização, padrão histológico e tratamento. Além disso, este é o primeiro caso de CCOC relatado associado ao dente incluso e sem sintomatologia dolorosa. O CCOC se destaca por dois motivos: primeiro por seu diagnóstico ser difícil, pois de fato essa lesão tem o comportamento clínico e biológico incomuns e segundo é a sua raridade. Desse modo, o cirurgião-dentista é um importante profissional no diagnóstico dessas lesões e para tanto ele precisa estar atento aos sinais clínicos, radiográficos, valendo-se de atualização constante da literatura disponível.

REFERÊNCIAS

- DATAR, U. V.; KAMAT, M. S.; KANITKAR, S. S.; BYAKODI, S. S. Clear cell odontogenic carcinoma: A rare case report with emphasis on differential diagnosis. **J. Can. Res. Ther.**, v. 13, 2017.
- FERREIRA, S.; FAVERANI, L. P.; SANTOS, G. M.; MARTINS, E. P.; GARCIA JÚNIOR, I. R. Clear cell odontogenic carcinoma of the mandible: a treatment strategy. **J. Appl. Oral Sci.**, v. 26, 2018.
- GINAT, D. T.; VILLAFLORES, V.; CIPRIANI, N. A. Oral cavity clear cell odontogenic carcinoma. **Head Neck Pathol.**, v. 10, 2016.
- HADJ SAID, M.; ORDIONI, U.; BENAT, G.; GOMEZ-BROUCHET, A.; CHOSSEGROS, C.; CATHERINE, J. –H. Clear cell odontogenic carcinoma. A review. **J. Stomatol. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 83, 2017.
- JAIN, A.; SHETTY, D. C.; JUNEJA, S.; NARWAL, N. Molecular characterization of clear cell lesions of head and neck. **J. Clin. Diagn. Res.**, v. 10, n. 5, 2016.
- KUJIRAOKA, S.; TSUNEMATSU, T.; SATO, Y.; YOSHIDA, M.; ISHIKAWA, A.; THOYAMA, R.; TANAKA, M.; KOBAYASHI, Y.; KONDO, T.; USHIO, A.; OTSUKA, K.; KUROSAWA, M.; SAITO, M.; YAMADA, A.; ARAKAKI, R.; NAGAI, H.; NIKAI, H.; TAKEUCHI, K.; NAGAO, T.; MIYAMOTO, Y.; ISHIMARU, N.; KUDO, Y. Establishment and characterization of a clear cell odontogenic carcinoma cell line with *EWSR1-ATF1* fusion gene. **Oral Oncol.**, v. 69, 2017.
- KWON, I. J.; KIM, S. M.; AMPONSAH, E. K.; MYOUNG, H.; LEE, J. H.; LEE, S. K. Mandibular clear cell odontogenic carcinoma. **World J. Surg. Oncol.**, v. 13, n. 284, 2015.
- LOYOLA, A. M.; CARDOSO, S. V.; DE FARIA, P. R.; SERVATO, J. P. S.; DE PAULO, L. F. B.; EISENBERG, A. L. A.; DIAS, F. L.; GOMES, C. C.; GOMES, R. S. Clear cell odontogenic carcinoma: report of 7 new cases and systematic review of the current knowledge. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.**, 2015.
- ORDIONI, U.; BENAT, G.; HADJ SAID, M.; GOMEZ-BROUCHET, A.; CHOSSEGROS, C.; CATHERINE, J. –H. Clear cell odontogenic carcinoma, diagnostic difficulties. A case report. **J. Stomatol. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 44, 2017.
- PARK, J. C.; KIM, S. W.; BAEK, Y. J.; LEE, H. G.; RYU, M. H.; HWANG, D. S.; KIM, U. K.; Misdiagnosis of ameloblastoma in a patient with clear cell odontogenic carcinoma: a case report. **J. Korean Assoc. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 45, 2019.
- PRAKASH, A. R.; SAIRAM, V.; REDDY, P. S. Clear cell odontogenic carcinoma – a rare case report. **J. Maxillofac. Oral Surg.**, v. 14, 2015.
- VOGELS, R.; BAUMHOER, D.; VAN GORP, J.; EIJKELENBOOM, A.; VERDIJK, M.; VAN CLEEF, P.; BLOEMENA, E.; SLOOTWEG, P. J.; LOHMAN, B.; DEBIEC-RYCHTER, M.; FLUCKE, U. Clear cell odontogenic carcinoma: occurrence of *EWSR1-CREB1* as

alternative fusion gene to *EWSR1-ATF1*. **Head Neck Pathol.**, v. 13, n. 2, 2019.

WALIA, C.; CHATTERJEE, R. P.; KUNDU, S.; ROY, S. Clinical enigma: A rare case of clear cell odontogenic carcinoma. **Contemp. Clin. Dent.**, v. 6, 2015.

ANEXO – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

	Autor	Idade	Sexo	Local de acometimento	Tratamento	Metástase	Acompanha mento (meses)	Recorr ência	Resultado
1	<i>Hansen et al., 1985</i>	64	F	Mandíbula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais	–	–	–	Vivo sem evidência de doença
2	<i>Hansen et al., 1985</i>	74	F	Maxila	Ressecção	–	17	Sim	Vivo sem evidência de doença
3	<i>Hansen et al., 1985</i>	60	F	Maxila	Ressecção	–	72	–	Vivo sem evidência de doença
4	<i>Waldron et al., 1985</i>	60	M	Mandíbula	Curetagem	–	78	–	Vivo sem evidência de doença
5	<i>Waldron et al., 1985</i>	66	F	Maxila	Ressecção	Linfonodos	174	–	Morreu de doença
6	<i>Muller et al., 1986</i>	14	M	Mandíbula	Excisão local	–	180	–	Vivo sem doença
7	<i>7 Bang et al., 1989 67</i>	67	M	Mandíbula	Ressecção	–	6	–	Vivo sem doença
8	<i>Bang et al., 1989</i>	74	F	Mandíbula	Enucleação	Linfonodos e pulmões	144	Sim	Morreu de doença
9	<i>Bang et al., 1989</i>	50	F	Mandíbula	Ressecção	Linfonodos	N	–	–
10	<i>10 Ng et al., 1990</i>	48	M	Mandíbula	Excisão local	–	60	–	Vivo sem doença
11	<i>Guilbert et al., 1991 66</i>	66	M	Mandíbula	Excisão local, remoção dos gânglios cervicais	Linfonodos	–	–	–
12	<i>Fan et al., 1992</i>	79	F	Mandíbula	Quimioterapia	Linfonodos	24	–	Vivo com doença
13	<i>Odukoya et al., 1992</i>	15	M	Mandíbula	Ressecção	–	60	–	Vivo sem evidência de doença
14	<i>Milles et al., 1993</i>	65	F	Maxila	Radioterapia, ressecção	–	6	–	Vivo sem evidência de doença
15	<i>Nikal et al., 1993</i>	56	F	Mandíbula	Ressecção	–	5	–	–
16	<i>Piattelli et al., 1994</i>	74	M	Mandíbula	Excisão local	Linfonodos, pulmões	60	–	Morreu da doença
17	<i>Eversole et al., 1995 41</i>	41	F	Mandíbula	Curetagem	Linfonodos, pulmões	180	Sim	Morreu da doença
18	<i>Eversole et al., 1995</i>	48	F	Mandíbula	Excisão local	–	18	–	Vivo sem evidência de doença
19	<i>Eversole et al., 1995</i>	44	F	Mandíbula	Excisão local, radioterapia	–	18	–	Vivo sem evidência de doença
20	<i>Eversole et al., 1995</i>	43	M	Mandíbula	–	–	–	–	–
21	<i>Eversole et al., 1995 53</i>	53	F	Mandíbula	–	–	–	–	–
22	<i>Mari et al., 1995</i>	71	M	Maxila	Ressecção	–	36	Sim	Morreu da doença
23	<i>Sadeghi et al., 1995</i>	89	F	Mandíbula	Ressecção	–	12	Sim	Vivo com doença
24	<i>De Aguiar et al., 1996</i>	30	F	Mandíbula	Curetagem	–	156	SIM	–
25	<i>Muramatsu et al.</i>	69	M	Mandíbula	Ressecção	–	6	–	Vivo sem evidência de doença
26	<i>Kumamoto et al., 1998</i>	61	M	Mandíbula	Ressecção	–	6	–	Vivo sem evidência de doença
27	<i>Miyauchi et al., 1998</i>	56	F	Mandíbula	Ressecção	–	–	–	–
28	<i>Yamamoto et al., 1998</i>	67	M	Mandíbula	Enucleação	–	36	–	Vivo sem evidência de doença
29	<i>Behro et al., 1999</i>	66	M	Mandíbula	Ressecção	–	–	–	–
30	<i>Behro et al., 1999</i>	53	M	Maxila	Ressecção	–	–	–	–
31	<i>Kumamoto et al.,</i>	35	M	Mandíbula	Ressecção	–	–	Sim	–

2000-35									
32	<i>Nair et al., 2000</i>	41	M	Mandibula	Ressecção, radioterapia	-	10	-	Vivo sem evidência de doença
33	<i>Benton et al., 2001</i>	85	F	Mandibula	Abstenção	-	3	-	Morreu da doença
34	<i>Brinck et al., 2001</i>	39	F	Mandibula	Excisão local	Pulmões	36	Sim	-
35	<i>Li et al., 2001</i>	31	F	Mandibula	Excisão local	Linfonodos	48	-	Morreu da doença
36	<i>Li et al., 2001</i>	42	F	Mandibula	Enucleação	-	84	-	Vivo sem evidencia da doença
37	<i>Li et al., 2001</i>	58	F	Mandibula	Enucleação	-	36	-	Vivo sem evidencia da doença
38	<i>Li et al., 2001</i>	32	M	Maxila	Ressecção	-	24	-	Vivo sem evidencia da doença
39	<i>Li et al., 2001</i>	49	F	Maxila	Ressecção	-	24	-	Vivo sem evidencia da doença
40	<i>Maiorano et al., 2001</i>	81	F	Mandibula	Ressecção	-	60	-	Vivo sem evidencia da doença
41	<i>Maiorano et al., 2001</i>	84	F	Mandibula	Ressecção	-	36	-	Vivo sem evidencia da doença
42	<i>Adamo et al., 2002</i>	49	M	Mandibula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais	-	40	-	Vivo sem evidencia da doença
43	<i>Ariyoshi et al., 2002</i>	60	F	Mandibula	Ressecção,	-	40	-	Vivo sem evidencia da doença
44	<i>Brandwein et al., 2002</i> 81 F Mandible – Local excision 54 Yes NED	81	F	Mandibula	Excisão local	-	36	Sim	Vivo sem evidencia da doença
45	<i>Dahiya et al., 2002</i>	26	M	Maxila	Ressecção, Radioterapia	-	72	Sim	-
46	<i>Iezzi et al., 2002</i>	62	F	Maxila	Ressecção,	-	48	Sim	Vivo sem evidencia da doença
47	<i>Mosqueda-Taylor et al., 2002</i>	55	F	Mandibula	Ressecção, remoção dos ganglios cervicais	-	6	Sim	Vivo sem evidencia da doença
48	<i>August et al., 2003</i>	72	F	Mandibula	Ressecção,	-	60	Sim	Vivo com a doença
49	<i>August et al., 2003</i>	73	F	Mandibula	Ressecção,	-	24	-	-
50	<i>August et al., 2003</i>	77	F	Maxila	Ressecção, radioterapia	-	24	-	-
51	<i>August et al.,</i>	40	F	Mandibula	-	-	6	-	Vivo sem evidencia da doença
52	<i>Braunshstein et al., 2003</i>	72	F	Mandibula	Excisão local	-	24	-	Vivo sem evidência da doença
53	<i>Carinci et al., 2003</i>	62	F	Maxila	Ressecção,	-	48	-	Vivo sem evidencia da doença
54	<i>Kumar et al., 2003</i>	43	F	Mandibula	Ressecção, remoção dos ganglios cervicais, radioterapia	Vertebra L5, quadril,	3	Sim	Vivo coma doença
55	<i>Elbeshir et al., 2004</i>	56	M	Maxila	Ressecção	-	84	Sim	Vivo sem evidencia da doença
56	<i>Siriwardena et al., 2004</i>	52	F	Mandibula	Ressecção, radioterapia	-	24	Sim	Vivo sem evidencia da doença
57	<i>Adeblyi et al., 2005</i>	45	F	-	-	-	-	-	-
58	<i>Ebert et al., 2005</i>	42	M	Mandibula	Ressecção	-	48	-	Vivo sem evidencia da doença
59	<i>Ebert et al., 2005</i>	34	F	Mandibula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais	-	96	-	Vivo sem evidencia da doença

60	<i>Avninder et al., 2006</i>	45	F	Mandíbula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais	-	8	-	-
61	<i>Chera et al., 2008</i>	52	M	Maxila	Ressecção, Radioterapia	Pulmões	96	-	-
62	<i>Xavier et al., 2008</i>	39	M	Mandíbula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais	-	-	-	-
63	<i>Chaine et al., 2009 45 F Maxilla - Resection - - -</i>	45	F	Maxila	Ressecção,	-	-	-	-
64	<i>Werle et al., 2009</i>	58	M	Mandíbula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais, radioterapia	Lífonodos, pulmões, ossos	48	-	Morreu da doença
65	<i>Werle et al., 2009</i>	56	F	Mandíbula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais	-	24	-	-
66	<i>Yazici et al., 2011</i>	62	F	Maxila	Ressecção	-	24	-	-
67	<i>Zhang et al., 2011</i>	25	F	Mandíbula	Ressecção	-	12	-	-
68	<i>Zhang et al., 2011</i>	42	M	Mandíbula	Ressecção, radioterapia	-	12	-	-
69	<i>Zhang et al., 2011</i>	66	M	Mandíbula	Ressecção	-	-	-	-
70	<i>Zhang et al., 2011</i>	50	F	Mandíbula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais	Linfonodos	36	-	-
71	<i>Zhang et al., 2011</i>	53	M	Mandíbula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais	-	24	-	-
72	<i>Zhang et al., 2011</i>	81	M	Mandíbula	-	-	-	-	-
73	<i>Swain et al., 2013</i>	55	F	Maxila	Excisão local	-	12	-	-
74	<i>Ganvir et al., 2014</i>	64	M	Mandíbula	Ressecção	-	72	Sim	Morreu da doença
75	<i>Kalsi et al., 2014</i>	36	M	Maxila	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais, radioterapia	-	30	-	-
76	<i>Kim et al., 2014</i>	66	F	Maxila	Ressecção, radioterapia	-	30	-	-
77	<i>Krishnarmoorthy et al., 2014</i>	59	F	Mandíbula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais, radioterapia	Linfonodos	2	-	-
78	<i>Krishnarmoorthy et al., 2014</i>	68	F	Maxila	Ressecção, radioterapia	-	-	Sim	-
79	<i>Krishnarmoorthy et al., 2014</i>	50	F	Mandíbula	Ressecção, radioterapia	Linfonodos	24	-	-
80	<i>Yancoskie et al., 2014</i>	59	F	Mandíbula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais, radioterapia	-	-	-	-
81	<i>Harbhajanka et al., 2015</i>	55	F	Mandíbula	Ressecção	-	48	Sim	-
82	<i>Kwon et al., 2015</i>	70	F	Mandíbula	Ressecção, remoção dos gânglios cervicais,	-	18	-	-

					radioterapia				
83	<i>Loyola et al., 2015</i>	57	M	Maxila	Ressecção	-	48	Sim	
84	<i>Loyola et al., 2015</i>	56	M	Mandíbula	Ressecção	-	-	Sim	Morreu da doença
85	<i>Loyola et al., 2015</i>	29	M	Maxila	Ressecção, radioterapia, quimioterapia	Pulmões, fígado, cérebro	72	Sim	Morreu da doença
86	<i>Loyola et al., 2015</i>	26	F	Mandíbula	-	-	6	Sim	-
87	<i>Loyola et al., 2015</i>	64	M	Mandíbula	Ressecção	-	264	-	-
88	<i>Loyola et al., 2015</i>	20	F	Mandíbula	Abstenção	-	6		-
89	<i>Loyola et al., 2015</i>	42	F	Mandíbula	Ressecção	-	24	Sim	-
90	<i>Prakash et al., 2015</i>	42	M	Mandíbula	Ressecção	-	-	-	-
91	<i>Walia et al., 2015</i>	46	M	Mandíbula	-	-	36	-	-
92	<i>Ginat et al., 2016</i>	65	F	Mandíbula	Ressecção, quimioterapia, remoção dos gânglios cervicais	-	-	-	-
93	<i>Narula et al., 2016</i>	28	F	Maxila	Ressecção	-	6	-	-
94	<i>Hadj Sav'ad et al., 2016</i>	64	M	Mandíbula	Ressecção, radioterapia, quimioterapia	-	8	-	Vivo sem evidência da doença

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS**

Eu, JANAÍNA GOMES,
 RG nº 2008217098-8, nascido(a) em 04/05/1991,
 natural de CAMOCIM - CE,
 por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que o Dr.
Dr. Erasmo Bernardo Marinho CRM/CE 6153 fotografe, faça vídeos e
 outros tipos de imagem de minha ~~face~~ sobre meu caso clínico. Consinto que as imagens sejam
 utilizadas, desde que observadas as previsões do Código de Ética Odontológica e
 legislação pertinente, para fins:

- 1- Didáticos e científicos, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos, e também publicadas em livros, artigos, portais de internet, revistas científicas e similares;
- 2- Informativos a outros pacientes;
- 3- Publicitários com finalidade acadêmica.

Tenho conhecimento de que é assegurado o meu anonimato, garantindo o respeito a minha integridade física e moral. No entanto, apenas se o aspecto da face for considerado importante para o registro de minha condição clínica, permito que meu rosto seja mostrado, o que pode fazer com o que eu seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame no microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam utilizadas e divulgadas.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo a minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

Fui esclarecido(a) de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das imagens.

CAUCAIA, 29 de JANEIRO de 2018.

Assinatura: 5 Janaina Gomes

APÊNCIDE B – LAUDO HISTOPATOLÓGICO DA BIÓPSIA INCISIONAL



Universidade Federal do Ceará – UFC
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE
Curso de Odontologia
(85) 3386 8421

Setor: Biópsia

Data: 21/03/2018

Registro: PB 09/18

Nome: Janaína Gomes

Idade: 26 anos

Requisitante – Dr. Erasmo Bernardo Marinho

Natureza e sede do material: Tumefação lisa, dura, localizada entre os dentes 43 e 45, coloração semelhante à mucosa, indolor e com um ano de evolução. Verificou-se abaulamento ósseo em paredes vestibular, lingual e em rebordo. O aspecto imagiológico evidenciou área hipodensa com áreas hiperdensas, com dente incluso associado à lesão. Observou-se punção aspirativa negativa e houve intenso sangramento ao trans-cirúrgico.

Biópsia incisional.

(Diagnóstico clínico: Lesão central de células gigantes / Diagnóstico diferencial: Tumor odontogênico)

Diagnóstico Anatomopatológico

Macroscopia: Fragmento firme e elástico, pardacento, formato irregular, superfície lisa, medindo 0,9x0,8x0,6 cm. A superfície de corte é compacta, homogênea e brancacenta. (2F/IC/SR)

Microscopia: Neoplasia odontogênica caracterizada por múltiplas ilhas e cordões de células epiteliais exibindo periferia com células colunares e cúbicas, organizadas em paliçada, com polaridade inversa e citoplasma ora vacuolizado, ora eosinofílico, ora claro, além de centro composto por células poligonais e basaloides com citoplasma eosinofílico, por vezes claro. Os núcleos das células tumorais variam de palidamente basofílicos a hiper cromáticos, com nucléolos inconspícuos, e o estroma é densamente colagenizado. A neoplasia não apresenta cápsula periférica visível, produz reabsorção de trabeculado ósseo periférico e invasão perivascular. A reação histoquímica por ácido periódico-Schiff demonstrou-se positiva no citoplasma das células tumorais, porém, esta positividade foi perdida após digestão com diastase.

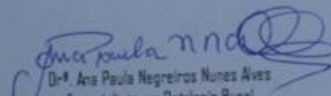
A análise imunohistoquímica da amostra apresenta o seguinte perfil:

Anticorpo anti-CK14: positivo, intenso, no citoplasma das células tumorais.

Anticorpo anti-Ki-67: positivo no núcleo das células tumorais (<1%).

Conclusão: Os dados histopatológicos associados ao perfil imunohistoquímico são sugestivos de **Carcinoma Odontogênico de Células Claras**.

Nota: O diagnóstico definitivo só pode ser realizado após análise da peça cirúrgica.



Dr.^a Ana Paula Nogueiras Nunes Aves
Especialista em Patologia Bucal
CRD-CE: 1858 CPF: 192426623-72

Dr. Fabrício Bitu Sousa
Especialista em Patologia Bucal
CRD-CE: 3289 CPF: 44079173-53


Dr. Mécio Rogério Lima Mota
PhD em Patologia Bucal
CRD-CE: 4561 CPF: 831678893-49

APÊNCIDE C – LAUDO HISTOPATOLÓGICO DA BIÓPSIA EXCISIONAL

Universidade Federal do Ceará – UFC
 Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFDE
 Curso de Odontologia
 (85) 3366 8421


LPB
 Laboratório de Patologia Bucal

Setor: Biópsia Data: 07/06/2018 Registro: PB 123/16

Nome: Janaina Gomes
 Idade: 27 anos

Requisitante – Dr. Erasmo Bernardo Marinho

Natureza e sede do material: Lesão intraóssea, apresentando tumefação em mandíbula de coloração semelhante à mucosa, na região dos dentes 31 a 46. Previamente, fora realizada biópsia incisiva com diagnóstico histopatológico sugestivo de carcinoma odontogênico de células claras (PB 09/18).

Biópsia excisional.
 (Diagnóstico clínico: Carcinoma odontogênico de células claras)

Diagnóstico Anatomopatológico

Macroscopia:

- Produto de hemimandibulectomia representada por secção de osso mandibular onde se vêem três dentes incisivos, um canino e um pré-molar distalizado, ao lado de alvéolo secundário à exodontia, medindo 5,5x4,5x2,8 cm. Na face vestibular, observa-se tecido amolecido aderido, abaixo do dente canino, o qual após retirado apresentou 2,4x1,8 cm em seu maior eixo. Acompanham dente molar sem alterações morfológicas com tecido mole aderido ao colo, o qual após dissecação mediu, em conjunto, 1,7x1,1x0,3 cm; raiz dentária seccionada em três fragmentos (em conjunto 1,0x0,7x0,4 cm) e secção de tecido mole, firme e elástico, pardacento apresentando em uma das extremidades fragmento pétreo, com 1,0x0,9x0,3 cm. Após descalcificação e cortes dos dentes e da peça cirúrgica, nesta última, viu-se lesão intraóssea compacta e homogênea, distando da margem inferior 0,8 cm. (17F/9C/CR).
- Produto de esvaziamento cervical onde foram isolados dezesseis linfonodos (16F/5C/SR), além de tecidos muscular e adiposo, e glândula salivar (18F/9C/SR).

Microscopia: Neoplasia odontogênica maligna representada por múltiplas ilhas, cordões e lençóis de células tumorais apresentando morfologia cuboide, poligonal e colunar, com citoplasma ora claro ora eosinofílico pálido e núcleos de cromatina frouxa com nucléolos inconspícuos. Observam-se pequenos trechos de polaridade inversa nas células neoplásicas, estroma fibroso denso celularizado, áreas de invasão vascular, além de zonas com envolvimento e destruição do trabeculado ósseo adjacente. Remanescente de mucosa oral revestida por epitélio pavimentoso estratificado paracaterinizado, tecido muscular estriado esquelético e adiposo unilocular, glândulas salivares seromucosa, tecidos dentários representados por dentina, cimento e polpa, também, são visualizados. As margens do espécime encontram-se livres de neoplasia, bem como os dezesseis linfonodos avaliados. Dois destes linfonodos apresentaram-se desorganizados e hiperplásicos, sendo submetidos à reação imunoistoquímica com anticorpo anti-citoqueratina 14, a qual mostrou-se negativa.



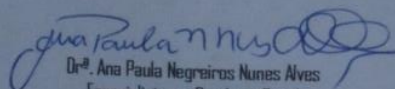
LPB
Laboratório de Patologia Bucal

Universidade Federal do Ceará - UFC
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - FFOE
Curso de Odontologia
(85) 3366 8421

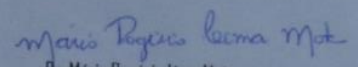
Conclusão: **Carcinoma odontogênico de células claras.**

Nota 1: Margens livres de neoplasia.

Nota 2: Associa-se hiperplasia linfóide reativa em alguns linfonodos.


Dr^ª. Ana Paula Negreiros Nunes Alves
Especialista em Patologia Bucal
CRD-CE: 1858 CPF: 192426623-72

Dr. Fabrício Bitu Sousa
Especialista em Patologia Bucal
CRD-CE: 3289 CPF: 440791173-53


Dr. Mário Rogério Lima Mota
PhD em Patologia bucal
CRD-CE: 4561 CPF: 831678893-45