

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CAROLINE KLABUNDE

CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO ASSOCIADO A FIBROMA OSSIFICANTE  
TRABECULAR JUVENIL: RELATO DE CASO

Porto Alegre

2018

CAROLINE KLABUNDE

CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO ASSOCIADO A FIBROMA OSSIFICANTE  
TRABECULAR JUVENIL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito básico para a formação do Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Burzlaff

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Klabunde, Caroline  
Cisto ósseo aneurismático associado a Fibroma  
ossificante trabecular juvenil: Relato de Caso /  
Caroline Klabunde. -- 2018.  
36 f.  
Orientador: João Batista Burzlaff.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,  
BR-RS, 2018.

1. Cisto aneurismático. 2. Fibroma ossificante  
trabecular juvenil. 3. Patologia. I. Burzlaff, João  
Batista, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, por toda a dedicação e paciência durante toda essa jornada. A saudade esteve presente diariamente, mas amenizada pelo apoio incondicional, incentivo e amor de vocês. Diversas foram as renúncias nos últimos anos, fazendo com que eu não estivesse presente o tanto que eu gostaria. Obrigada por mesmo assim acreditar nos meus sonhos, e fazer de tudo pra que eles se concretizassem.

Ao meu irmão, pela ajuda inestimável sempre que precisei e divertimento em todas as situações.

Ao meu namorado, pela compreensão e encorajamento em todos os momentos. Sem tua convicção o caminho se tornaria mais tortuoso.

As boas amizades realizadas durante a graduação. Colegas e amigos feitos durante monitorias/ iniciação científica, sem dúvida alguma essa trajetória não teria sido completa sem vocês. Agradeço os momentos compartilhados, os desafios enfrentados e as vitórias alcançadas ao lado de vocês. Jamais esquecerei!

Ao meu orientador, Prof. Dr. João Batista Burzlaff, pela confiança depositada em mim, paciência e aprendizado, que ultrapassou diversas vezes o conteúdo acadêmico.

## RESUMO

**Introdução:** o cisto ósseo aneurismático é um achado relativamente incomum nos ossos faciais, sendo que pode ser visto secundariamente associado a outras lesões como o fibroma ossificante trabecular juvenil. A associação das duas condições é um achado raro na literatura. **Objetivo:** relatar e discutir, através de um caso cirúrgico, o tratamento de um caso de cisto ósseo aneurismático associado a fibroma ossificante trabecular juvenil. **Relato de caso:** paciente do sexo feminino, 9 anos, encaminhada devido aumento de volume com sintomatologia dolorosa na região de corpo de mandíbula lado esquerdo. Sem histórico de trauma em face. Os exames de imagens evidenciaram lesão expansiva no corpo de mandíbula, apresentando múltiplas lojas, estendendo-se de canino decíduo (73) até distal do primeiro molar permanente do lado esquerdo (36). Além disso, foi possível observar ruptura da cortical vestibular e lingual e comprometimento da basilar. O tratamento proposto foi remoção cirúrgica conservadora da lesão por meio do debridamento do leito, através de acesso cirúrgico intraoral, tendo sido colocado placa de fixação, de forma a garantir a resistência do remanescente ósseo. No entanto, após 9 meses do procedimento cirúrgico, foi possível observar novo aumento de volume na mesma região, que através dos exames complementares, confirmaram a recidiva da lesão. Devido a isso, optou-se pela remoção cirúrgica radical da lesão, através de acesso extraoral, seguido novamente de fixação da placa de titânio. **Considerações finais:** o tratamento do cisto ósseo aneurismático é por si só controverso, porém há uma tendência à escolha da ressecção com margem de segurança, possibilitando um tratamento adequado, reduzindo a possibilidade de recidiva. Sendo assim, este parece ser o padrão de escolha para casos com lesões associadas como o fibroma ossificante trabecular juvenil.

**Palavras-chave:** Cisto aneurismático. Fibroma ossificante trabecular juvenil. Patologia.

## ABSTRACT

Introduction: aneurysmal bone cyst is a relatively uncommon finding in facial bones, and may be seen secondary to other lesions such as the trabecular juvenile ossifying fibroma. The association of the two conditions is a rare finding in the literature. Objective: report and discuss, through a surgical case, the treatment of a case of aneurysmal bone cyst associated with trabecular juvenile ossifying fibroma. Case reports: female patient, 9 years old, referred due to increased volume with painful symptomatology in the left side jaw body region. No history of trauma in the face. The imaging tests revealed expansive lesion in the jaw body, presenting multiple stores, extending from a deciduous canine (73) to distal to the first permanent left molar (36). In addition, it was possible to observe vestibular and lingual cortical rupture and basilar involvement. The proposed treatment was conservative surgical removal of the lesion by debridement of the bed through intraoral surgical access, and fixation plaque was placed in order to guarantee the resistance of the bone remnant. However, after 9 months of the surgical procedure, it was possible to observe a new volume increase in the same region, which through the complementary exams confirmed the recurrence of the lesion. Due to this, we opted for radical surgical removal of the lesion, through extra-oral access, followed again by fixation of the titanium plate. Final considerations: the treatment of aneurysmal bone cyst is controversial in itself, but there is a tendency to choose resection with safety margin, allowing an adequate treatment, reducing the possibility of recurrence. Therefore, this seems to be the pattern of choice for cases with associated lesions such as the juvenile trabecular ossifying fibroma.

Keywords: Aneurysmal cyst. Trabecular juvenile ossifying fibroma. Pathology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Imagens clínicas iniciais da paciente.....	11
Figura 2 - Imagens durante a punção aspirativa .....	12
Figura 3 - Radiografia panorâmica inicial.....	12
Figura 4 - Tomografia computadorizada de feixe cônico inicial.....	13
Figura 5 - Telerradiografia lateral e pósterio-anterior iniciais.....	14
Figura 6 - Imagem clínica após a realização de biopsia incisional.....	15
Figura 7 - Lâmina histológica .....	15
Figura 8 - Imagens clínicas iniciais do procedimento cirúrgico conservador.....	16
Figura 9 - Imagens clínicas trans-operatórias evidenciando as etapas do procedimento cirúrgico .....	17
Figura 10 - Imagens clínicas trans-operatórias evidenciando procedimento cirúrgico de reconstrução mandibular em mesmo tempo operatório .....	17
Figura 11 - Imagem da sutura .....	18
Figura 12 - Pós-operatório imediato.....	19
Figura 13 - Imagem radiográfica do pós-operatório imediato.....	19
Figura 14 - Radiografia panorâmica do controle pós-operatório de 60 dias.....	20
Figura 15 - Radiografia panorâmica realizada durante as consultas de acompanhamento.....	21
Figura 16 - Tomografia computadorizada de feixe cônico para avaliar os limites da recidiva ....	21
Figura 17 - Aspecto clínico antes da segunda intervenção cirúrgica.....	23
Figura 18 - Imagens clínicas iniciais da segunda intervenção cirúrgica.....	24
Figura 19 - Imagens clínicas trans-operatórias do segundo ato cirúrgico.....	24
Figura 20 - Bloco removido durante o procedimento cirúrgico .....	25
Figura 21 - Placa de fixação em posição .....	25
Figura 22 - Aspecto macroscópico do bloco removido.....	26
Figura 23 - Lâmina histológica .....	27
Figura 24 - Imagens clínicas da paciente após a segunda intervenção cirúrgica .....	27
Figura 25 - Radiografia panorâmica do pós-operatório imediato da segunda intervenção cirúrgica.....	28
Figura 26 - Imagens clínicas 45 dias após a segunda intervenção cirúrgica.....	28

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>07</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO DO RELATO DE CASO</b> .....	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>RELATO DO CASO</b> .....	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	<b>33</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>34</b>
	<b>ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>36</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O cisto ósseo aneurismático foi assim denominado, pela primeira vez, em 1942 por Jaffe e Lichtenstein (1942), que reconheceram e descreveram essa lesão como uma entidade clínico-patológica distinta. O primeiro caso que ocorreu nos maxilares foi relatado em 1958 (BERNIER; BHASKAR, 1958). Apesar disso, a lesão permanece um achado relativamente incomum nos ossos faciais, sendo que sua etiologia e a patogênese ainda precisam ser elucidadas (BIESECKER et al., 1970).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o cisto ósseo aneurismático como uma lesão intra-óssea benigna, caracterizada por espaços, de tamanhos variados, preenchidos com sangue. Além disso, possui um estroma fibroblástico, contendo células gigantes multinucleadas e trabéculas osteóides.

O cisto ósseo aneurismático afeta comumente pessoas jovens, com maior incidência na segunda década de vida. Pode ocorrer em qualquer segmento do esqueleto, sendo os sítios mais comumente acometidos, as hastas longas dos ossos longos ou a coluna vertebral. A presença desses tumores nos ossos da face é infrequente, com uma prevalência de 2-12% entre todos os cistos ósseos aneurismáticos do corpo (CAPOTE-MORENO et al., 2009). Nos maxilares, o cisto ósseo aneurismático é raro, sendo a mandíbula mais acometida que a maxila com preponderância para o corpo, ramo e ângulo da mandíbula (KIATTAVORNCHAROEN et al., 2003).

Clinicamente, é possível observar edema aumento de volume, levemente sensível ou não sensível por um período de uma semana a três anos, que aumenta progressivamente, expandindo e ocasionalmente perfurando a cortical óssea, deslocando os dentes, que, no entanto, permanecem vitais. Eventualmente, uma história de crescimento rápido é desencadeada, possivelmente como resultado do comprometimento da cortical (ZACHARIADES et al., 1986). A evolução da sintomatologia ocorre quando o crescimento da lesão causa compressão de estruturas nervosas, levando ao surgimento de sintomas, como dor local, parestias, paraplegia e mesmo ao surgimento de fraturas patológicas (CHAN, 2002).

As características radiográficas não são patognômicas uma vez que elas variam de uma radiolucência unilocular e uma radiolucidez multilocular com uma aparência de favos de mel ou bolhas de sabão (BEHAL, 2011).

O cisto ósseo aneurismático pode ser classificado como primário ou secundário, dependendo da ausência ou presença de outras lesões preexistentes, respectivamente (SUN, et al., 2010). Pode ser visto secundariamente associado a outras lesões como condroblastoma,

tumor de células gigantes, osteblastoma, granuloma de células gigantes, displasia fibrosa, mixofibroma, cisto ósseo solitário, e fibroma ossificante (BIESECKER et al., 1970).

O fibroma ossificantetrabecular juvenil é uma variante rara do fibroma ossificante, sendo caracterizado por um crescimento progressivo, agressivo e por vezes rápido (WILLIAMS; MANGHAM; SPEIGHT, 2000). O tumor expande o osso afetado, levando a assimetria facial (LEIMOLA-VIRTANEN; VÄHÄTALO; SYRJÄNEN, 2001). Apesar do seu crescimento rápido e comportamento agressivo, Sun et al. (2006) relataram que a lesão pode parecer assintomática. Em relação gênero, Slootweg (1990) mostrou uma predomínio feminina entre 15 casos analisados.

Radiograficamente, o fibroma ossificante trabecular juvenil é expansivo, bem definido e unilocular ou multilocular com afinamento e perfuração da cortical. (WILLIAMS; MANGHAM; SPEIGHT, 2000). Além disso, apresenta uma mistura de imagens radiolúcidas e radiopacas, dependente do número de tecidos mineralizados produzidos (JAIME; GOMEZ, 2003).

A excisão cirúrgica é o tratamento recomendado para o fibroma ossificante trabecular juvenil (SLOOTWEG; MULLER, 1990). No entanto, recorrências são vistas em 30 a 56% dos casos (EL-MOFTY, 2002). Diversos relatos demonstram que a intervenção cirúrgica conservadora proporciona resultados superiores em relação à terapia radical. Dentre esses, apontam-se três casos de fibroma ossificante juvenil em mandíbula descritos por Leimola-Virtanen, Vähätalo e Syrjänen (2001) e Saiz-Pardo-Pinos et al. (2004). Conforme esses autores, a remoção das lesões por curetagem e enucleação permitiu, apesar das recidivas verificadas, o desenvolvimento ósseo na área e o restabelecimento da função mastigatória.

Já o tratamento do cisto ósseo aneurismático, geralmente, consiste em curetagem cirúrgica (MOTAMEDI; YAZDI, 1994). No entanto, alguns pesquisadores defendem a excisão ou ressecção de bloco para casos recorrentes. O enxerto primário do defeito está indicado caso seja optado pela ressecção (ELDEEB; SEDANO; WAITE, 1980). Para Shear (1999), o tratamento do cisto ósseo aneurismático deve ser determinado pela natureza da lesão associada. A recorrência de lesões na mandíbula, apesar de incomum, tem sido relatada, aparentemente relacionada ao acesso cirúrgico inadequado à lesão e, portanto, a uma excisão incompleta (MOTAMEDI; YAZDI, 1994). Sander, Horch e Gossner (1990) relataram um caso de cisto ósseo aneurismático do osso mandibular, no qual foi instituída a curetagem e no pós-operatório houve recorrência da lesão duas vezes. Foi tratada, então, com sucesso através da ressecção cirúrgica e posterior reconstrução.

A associação de cisto ósseo aneurismático com fibroma ossificante juvenil trabecularé um achado raro, e devido a isso, a importância de examinar o tecido excisional para verificar a coexistência das duas lesões não pode ser subestimada.

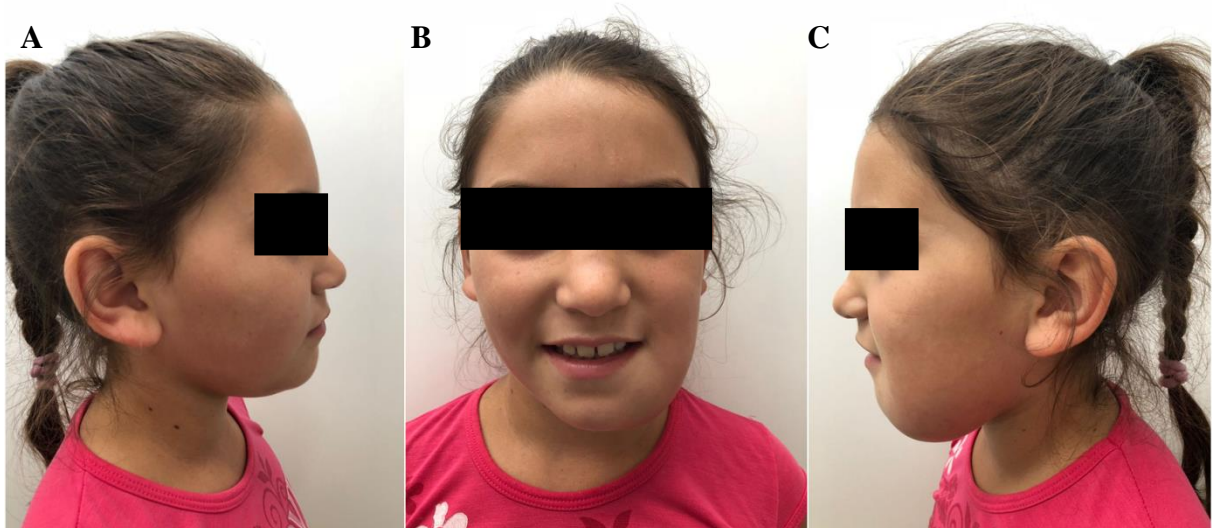
## **2 OBJETIVO DO RELATO DO CASO**

O presente trabalho tem como objetivo relatar o tratamento cirúrgico de um caso de cisto ósseo aneurismático na região de mandíbula associado a fibroma ossificante trabecular juvenil, visto que a associação das lesões é um achado raro e pouco discutido na literatura.

### 3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 9 anos, encaminhada para atendimento no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Bom Pastor de Igrejinha, Igrejinha – RS, queixando-se de um aumento de volume com sintomatologia dolorosa na mandíbula do lado esquerdo com histórico de semanas (sem recordar precisamente). Durante a anamnese, a paciente e o responsável não relataram trauma na região. Além disso, a história médica não revelou nenhum achado significativo. Ao exame físico extrabucal, foi possível observar vermelhidão e aumento de volume com sintomatologia dolorosa na região de corpo de mandíbula do lado esquerdo (Figura 1), juntamente com a presença de fístula extraoral na região (Figura 2A). Durante a manobra de palpação foi possível observar consistência firme da lesão, estando as demais regiões circunvizinhas com aspecto de normalidade. No exame intraoral, também foi possível observar aumento de volume na região de segundo molar inferior decíduo do lado esquerdo (75). O exame físico associado à anamnese e também a inexistência de exames de imagem na primeira consulta levou a suspeita clínica de abscesso. Sendo assim, nesse primeiro momento, realizou-se punção aspirativa com Seringa Luer de 20 ml (Figura 2B) obtendo líquido avermelhado compatível com sangue (Figura 2C). Após, foram solicitados exames de imagem da região em questão.

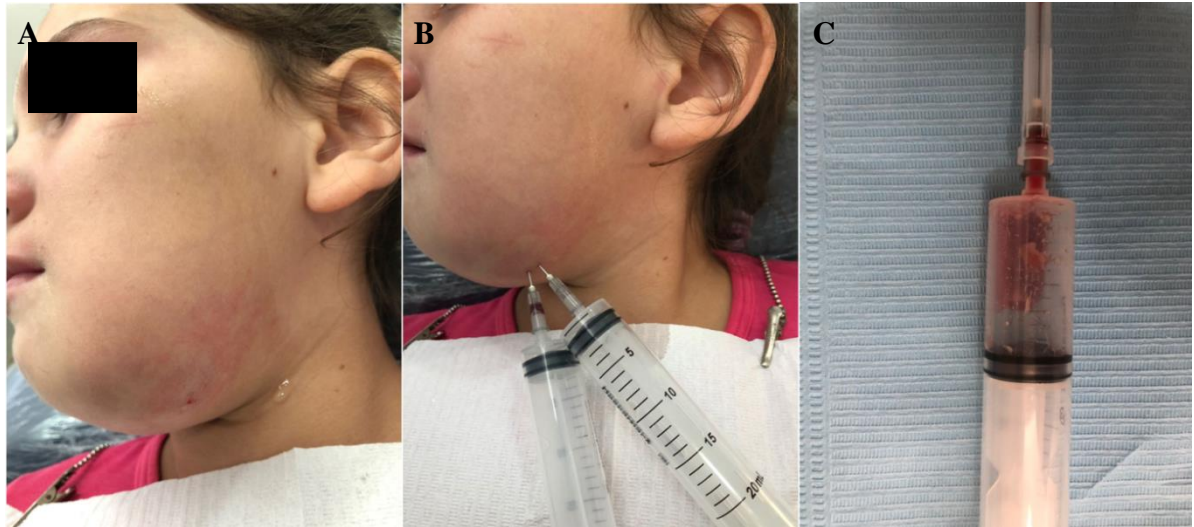
Figura 1 – Imagens clínicas iniciais da paciente



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Lado direito da paciente sem alterações. B) Fotografia frontal evidenciando assimetria facial no lado esquerdo. C) Lado esquerdo apresentando aumento de volume na região de corpo de mandíbula.

Figura 2 – Imagens durante a punção aspirativa



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Imagem clínica aonde é possível observar a fístula no lado esquerdo da face. B) Realização da punção aspirativa com o auxílio de duas Seringas Luer de 20ml. C) Conteúdo avermelhado obtido após a punção sendo compatível com sangue.

A imagem panorâmica juntamente com a imagem tomográfica, telerradiografia lateral e pósterio-anterior (Figura 3, 4 e 5), avaliadas na segunda consulta, evidenciaram lesão predominantemente radiolúcida expansiva no corpo de mandíbula, apresentando múltiplas lojas, estendendo-se de canino decíduo inferior (73) até a distal do primeiro molar permanente inferior (36) do lado esquerdo. Além disso, foi possível observar ruptura da cortical vestibular e lingual e comprometimento da basilar.

Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial

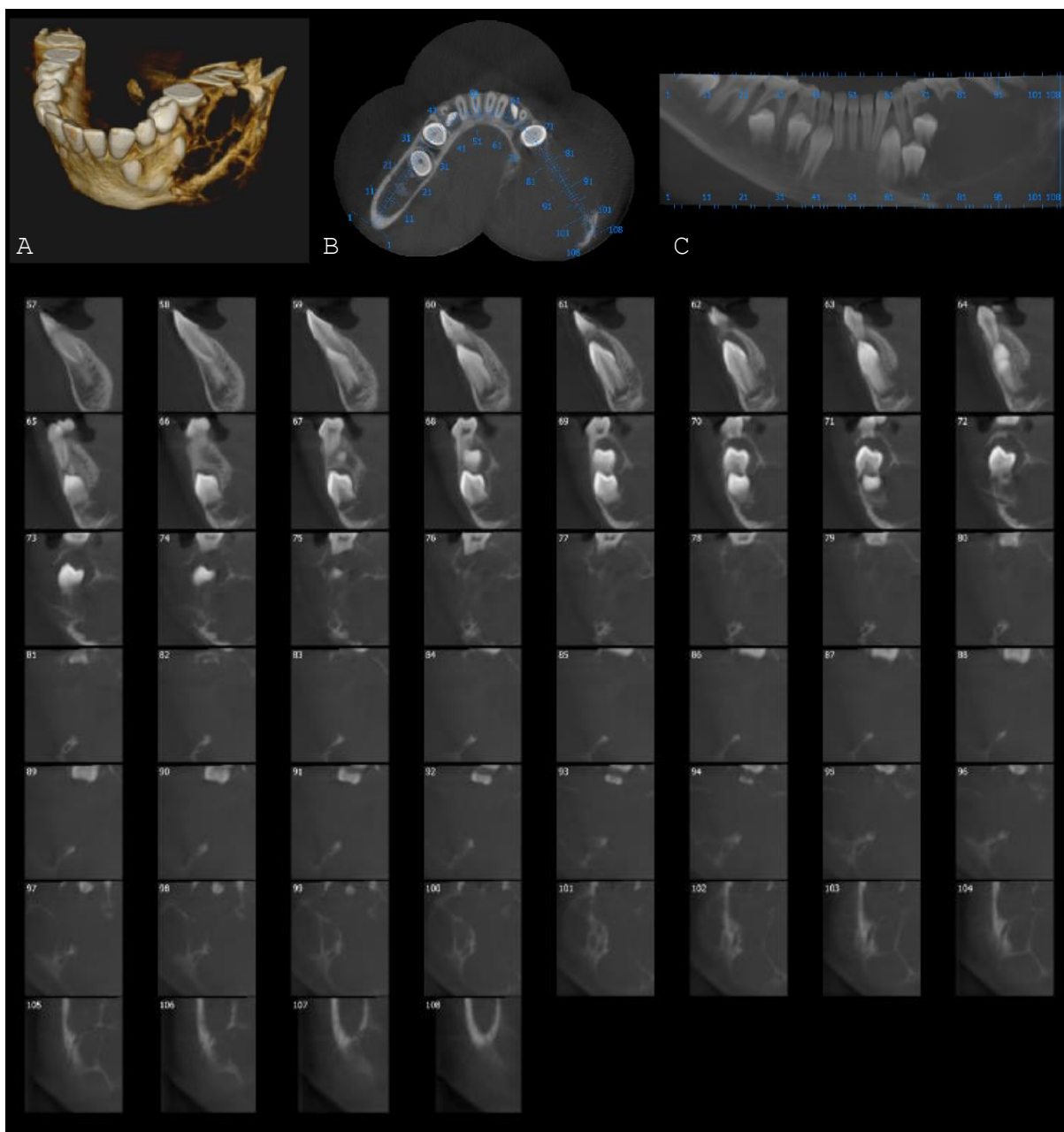


Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: É possível observar a presença de imagem radiolúcida em mandíbula do lado esquerdo com áreas radiopacas caracterizando imagem descrita como “favos de mel”, com extensão do canino decíduo (73)

até primeiro molar permanente (36).

Figura 4 – Tomografia computadorizada de feixe cônico inicial



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Reconstrução em 3D. B) Plano transversal. C) Plano coronal. D) Imagem tomográfica pré-operatória em corte sagital da região, evidenciando a extensão da lesão osteolítica de canino decíduo inferior (73) até a distal do primeiro molar permanente inferior (36). Além disso, nota-se a ruptura da cortical vestibular e lingual (cortes 61 – 108). Porção alveolar superior mantida.

Figura 5 – Telerradiografia lateral e radiografia pósterio-anterior iniciais



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) É possível observar no perfil aumento de volume em região cervical. B) Extensão da lesão em direções mesial e distal, perda da basilar e crescimento em direção cervical.

Nesse momento, houve suspeita de lesão maligna infiltrativa. Para estabelecer o diagnóstico optou-se, inicialmente, pela realização de biópsia parcial (Figura 6). O procedimento foi realizado com anestesia local com o bloqueio regional do nervo alveolar inferior e bloqueio terminal do nervo bucal, com 3,6ml de Cloridrato de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:200.000 (Neocaína 0,5%, Cristália Produtos Químicos Farmacêuticos LTDA., São Paulo Brasil) no lado esquerdo da paciente. Na região de segundo molar inferior decíduo (75) foi realizada incisão de cerca de 2 cm na crista do rebordo, com a remoção de fragmento juntamente com o elemento dentário. Na sequência, optou-se pela colocação de dreno para drenagem do exsudato e sutura reabsorvível (Vicryl®Ethicon, Johnson&Johnson do Brasil, São Paulo, Brasil) (Figura 6). O armazenamento do espécime ocorreu em um pote com solução de formalina tamponada 10% em uma proporção de 20 vezes o tamanho da peça. A remoção do dreno ocorreu 2 dias após a sua colocação.

A partir do exame anatomopatológico, se obteve uma primeira leitura de lâmina como lesão fibro-óssea maligna. No entanto, foi solicitada uma nova leitura, obtendo o diagnóstico definitivo de cisto ósseo aneurismático associado à lesão fibrosa (Figura 7).



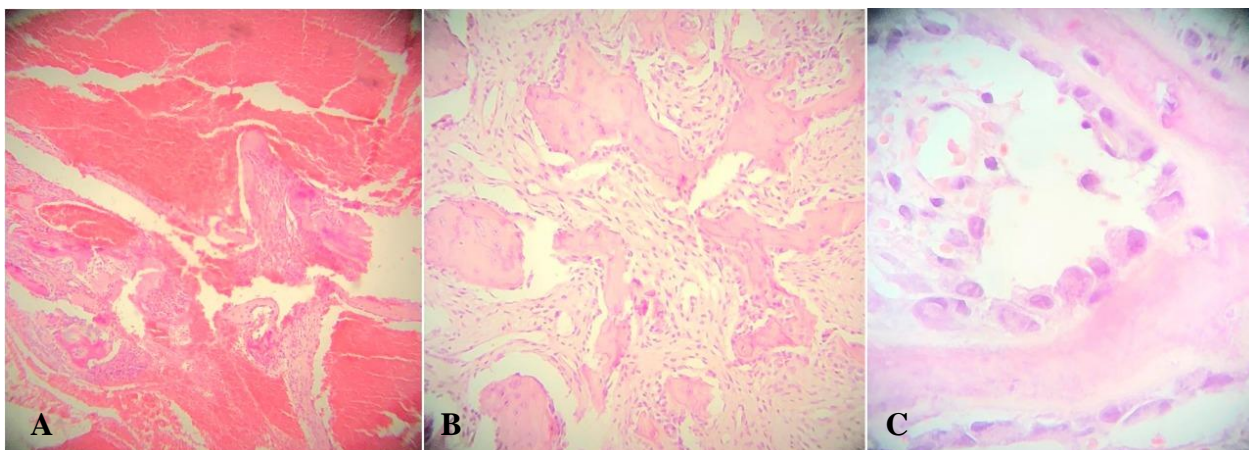
Figura 6 – Imagem clínica após a realização de biópsia incisional



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Imagem intra-oral correspondente a situação clínica após biópsia incisional. Observa-se aumento de volume na região do segundo molar inferior decíduo (75) local aonde foi realizada a biópsia incisional, com a remoção desse elemento. Nota-se ainda o dreno e a sutura em posição.

Figura 7 – Lâmina histológica



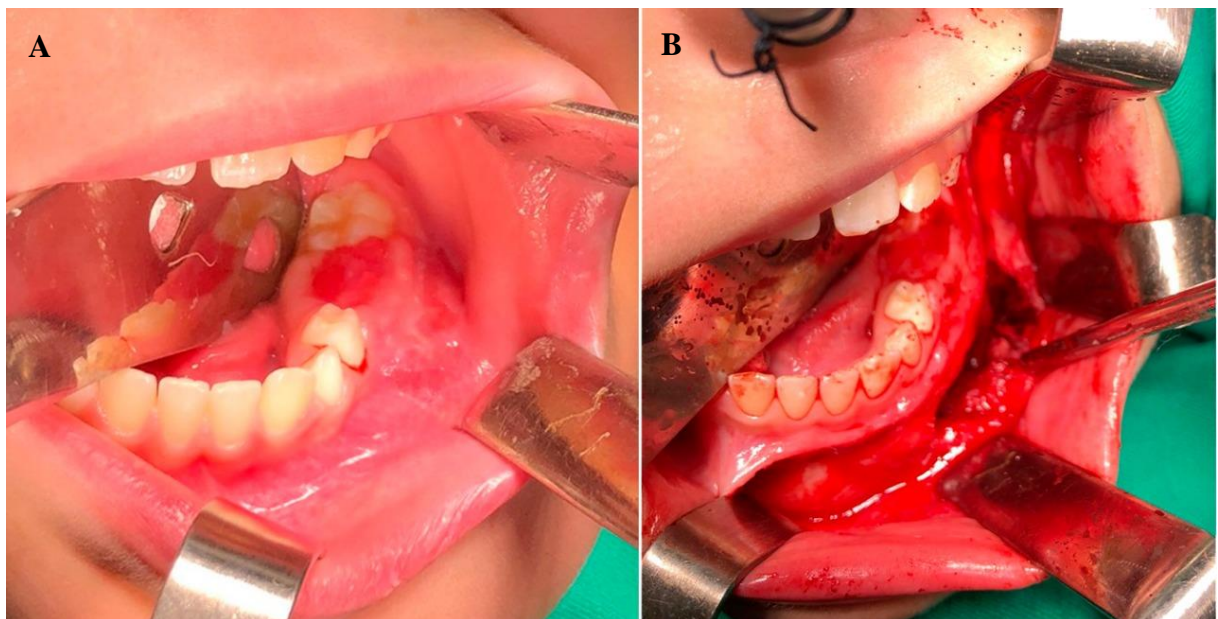
Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2018).

Nota: A) Percebe-se cavidades com degeneração hialina (HE-100X). B) Observa-se a presença de trabéculas ósseas e intensa atividade celular, tanto osteoblástica quanto de celular gigantes multinucleadas (HE-100X). C) Osteoblastos (HE-400X).

O tratamento proposto foi remoção cirúrgica conservadora da lesão, através de acesso cirúrgico intraoral, tendo sido colocado placa de titânio, de forma a devolver a resistência do remanescente ósseo.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia geral por meio de intubação nasotraqueal. Após a assepsia em face e intrabucal realizou-se infiltração local na região do ramo ascendente, com 3,6 ml de solução de Cloridrato de Bupivacaína 5% com Epinefrina 1:200.000 (Neocaína 0,5%, Cristália Produtos Químicos Farmacêuticos LTDA., São Paulo Brasil) no lado esquerdo da paciente. Ainda na região ascendente do ramo, foi realizada uma incisão de cerca de 10 cm por meio de bisturi elétrico até a lateral do lado oposto, na região de incisivo lateral (Figura 8). O deslocamento foi realizado com deslocadores de Molt ¼ para a porção inferior em direção a baseda lesão. Foi realizada remoção completa da lesão com ostectomia da loja óssea e debridamento de tecidos moles seguindo o plano da lesão. Após completamente removida a lesão (Figura 9-A e B), a mesma foi enviada novamente para exame anatomopatológico. Além disso, o mesmo tempo operatório, uma barra vestibular de titânio foi instalada de forma a garantir maior segurança, devolver resistência ao remanescente ósseo e para manter a estabilidade dos tecidos moles (Figura 10). O procedimento cirúrgico foi realizado de maneira conservadora, preservando os elementos dentários e com a manutenção do nervo alveolar inferior (Figura 9C).

Figura 8 – Imagens clínicas iniciais do procedimento cirúrgico conservador

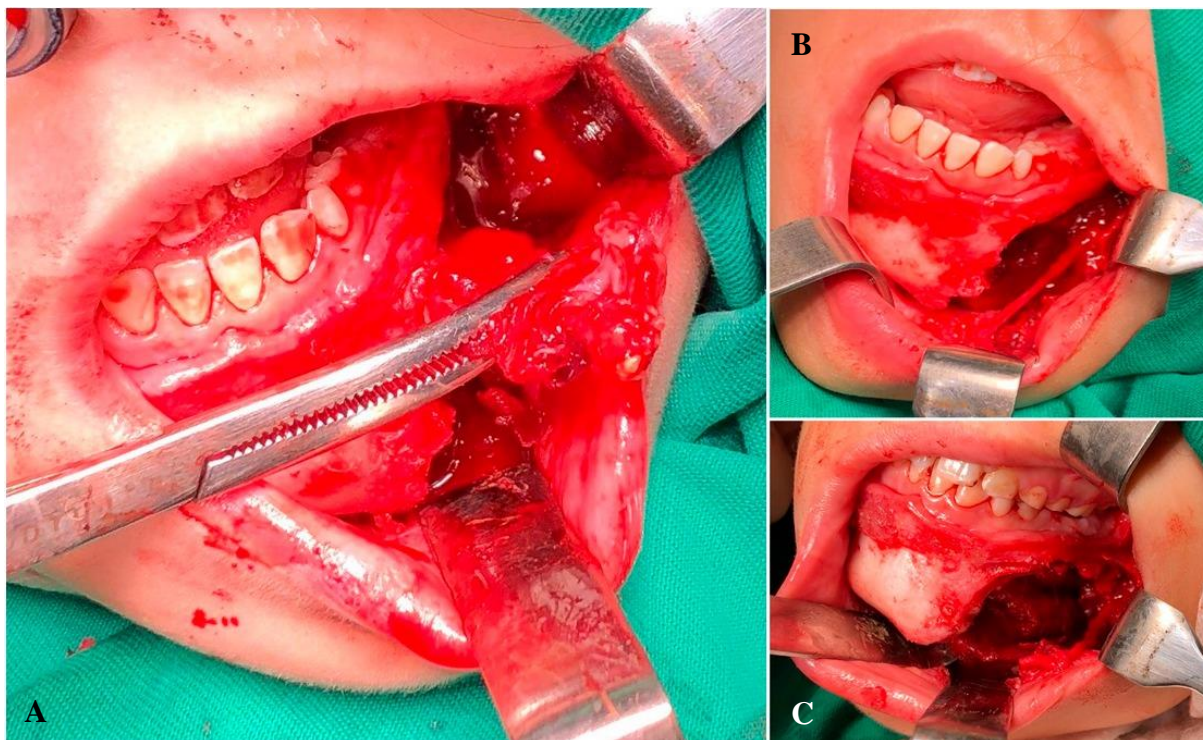


Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Aspecto inicial intra-oral, anterior ao início do procedimento cirúrgico, no qual é possível observar aumento de volume na região correspondente ao segundo molar decíduo. B) Incisão de cerca

de 10 cm na região de ramo ascendente até incisivo lateral do lado oposto, entre a gengiva livre e inserida, com relaxante em direção ao sulco vestibular.

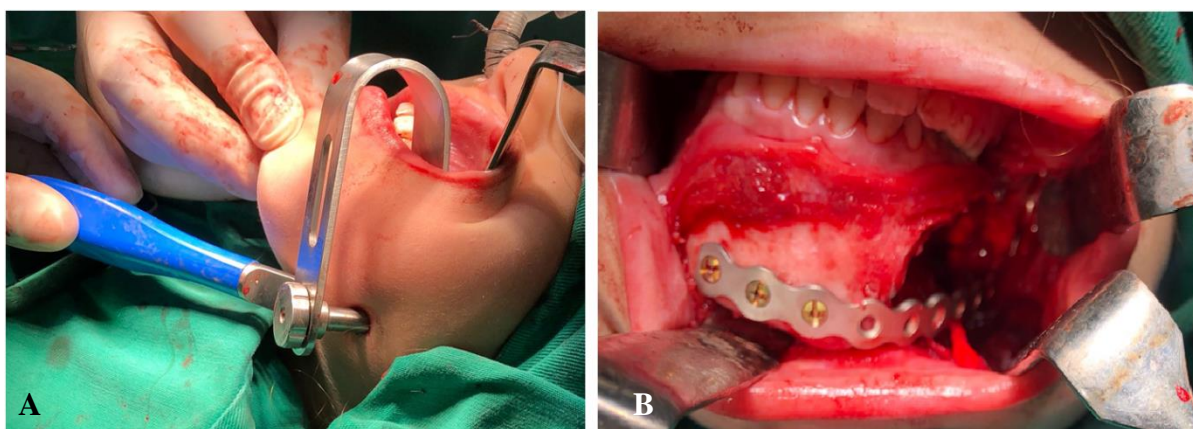
Figura 9 – Imagens clínicas trans-operatórias evidenciando as etapas do procedimento cirúrgico



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Início da remoção da lesão. B) Observa-se a loja ocupada pela lesão, a manutenção da porção alveolar, bem como a perda da basilar. C) Aspecto observado após a lesão ter sido completamente debridada, com a manutenção e proteção do nervo alveolar inferior.

Figura 10 – Imagens clínicas trans-operatórias evidenciando procedimento cirúrgico de reconstrução mandibular em mesmo tempo operatório

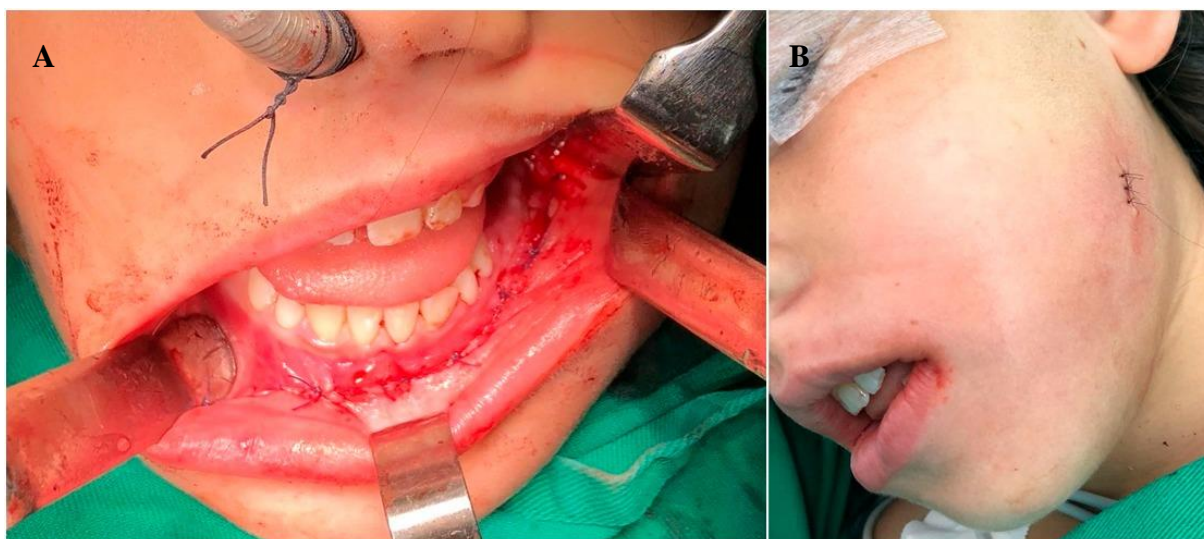


Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Fixação da placa com Trocater. B) Observa-se a cavidade e a placa de fixação já em posição.

Os cuidados com a ferida cirúrgica envolveram lavagem abundante da ferida com solução fisiológica e sutura intra e extra-oral com fio absorvível (Vicryl®Ethicon, Jhonson&Jhonson do Brasil, São Paulo, Brasil) (Figura 11). Os cuidados pós-operatórios envolveram o uso de antibioticoterapia, analgesia e uso de anti-inflamatórios. Inicialmente, durante a internação hospitalar por 48 horas, houve a administração medicamentosa por via endovenosa de Ampicilina sódica + Sulbactam sódico 100mg, a cada 6 horas, Dexametasona 8mg, a cada 12 horas, Dipirona 1000mg, a cada 6 horas, Cloridrato de Ondansetrona 8mg, a cada 8 horas e Morfina 2mg, a cada 4 horas no regime se necessário. Após, com a alta melhorada para casa, o controle medicamentoso se manteve com Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg, a cada 12 horas, por 21 dias, Dexametasona 4mg, a cada 12 horas e Toragesic 20mg/ml, 6 gotas, a cada 8 horas durante 3 dias.

Figura 11 – Imagem da sutura



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Sutura intraoral. B) Sutura extraoral.

No controle pós-operatório imediato clínico foi possível observar discreto edema e manutenção da estética da paciente (Figura 12). Além disso, no controle radiográfico notou-se adequado posicionamento e fixação da placa (Figura 13).

Figura 12 – Pós-operatório imediato



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).  
Nota: Observa-se a estética mantida.

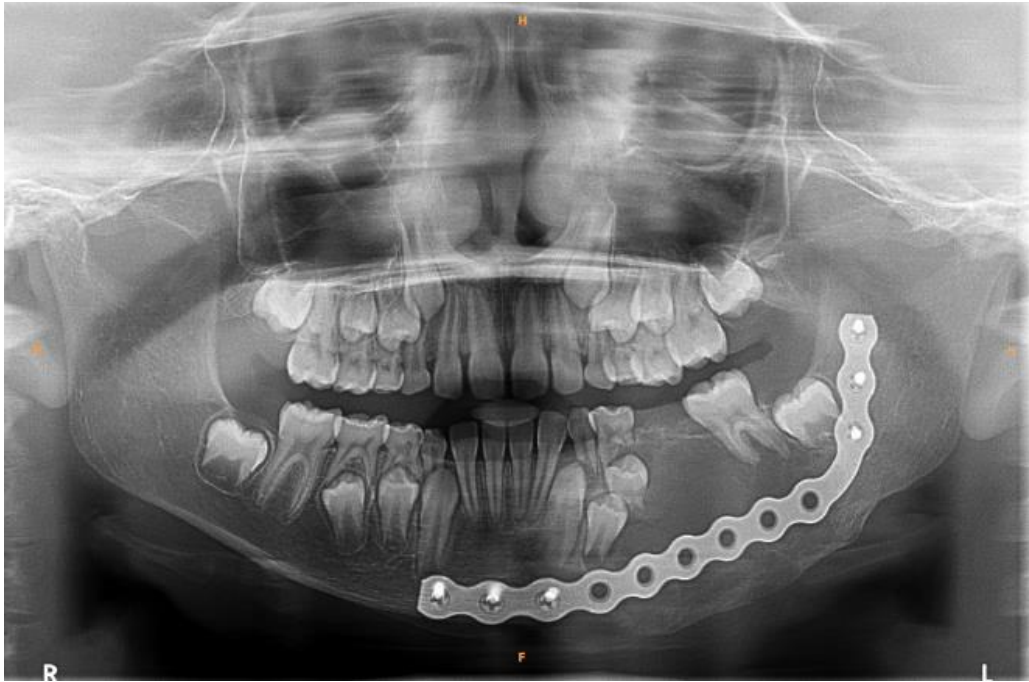
Figura 13 – Imagem radiográfica do pós-operatório imediato



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).  
Nota: Radiografia solicitada de forma a avaliar a fixação da placa obtida no ato cirúrgico.

O controle pós-operatório de 60 dias evidenciou osteoindução na placa de fixação, observando crescimento ósseo tanto em direção distal como mesial seguindo a direção da placa (Figura 14) sugerindo um início promissor. A paciente permaneceu sobre acompanhamento clínico e radiográfico freqüente.

Figura 14 – Radiografia panorâmica do controle pós-operatório de 60 dias



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Observa-se crescimento ósseo tanto em direção distal como mesial seguindo as direções da placa. Observa-se o poder indutor do titânio de forma centrípeta na cavidade.

Após 9 meses da cirurgia, durante as consultas de acompanhamento, foi possível observar novo aumento de volume extraoral na região. Ao observar a imagem panorâmica e tomográfica do local (Figura 15 e 16), observou-se recidiva na lesão, optando assim, pela realização do tratamento cirúrgico radical.

Figura 15 – Radiografia panorâmica realizada durante as consultas de acompanhamento



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Observa-se recidiva da lesão predominantemente radiolúcida na extensão da placa de fixação.

Figura 16 – Tomografia computadorizada de feixe cônico para avaliar os limites da recidiva

(continua)

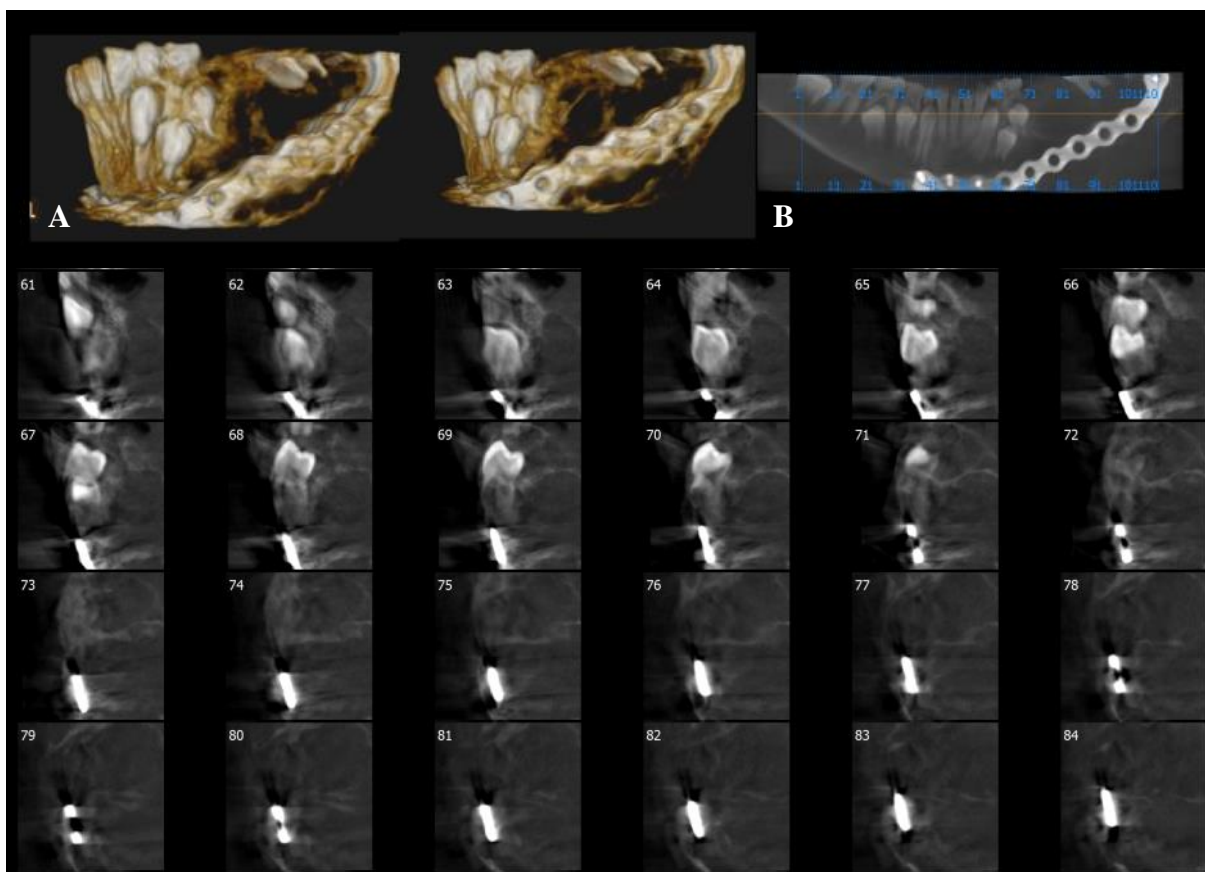
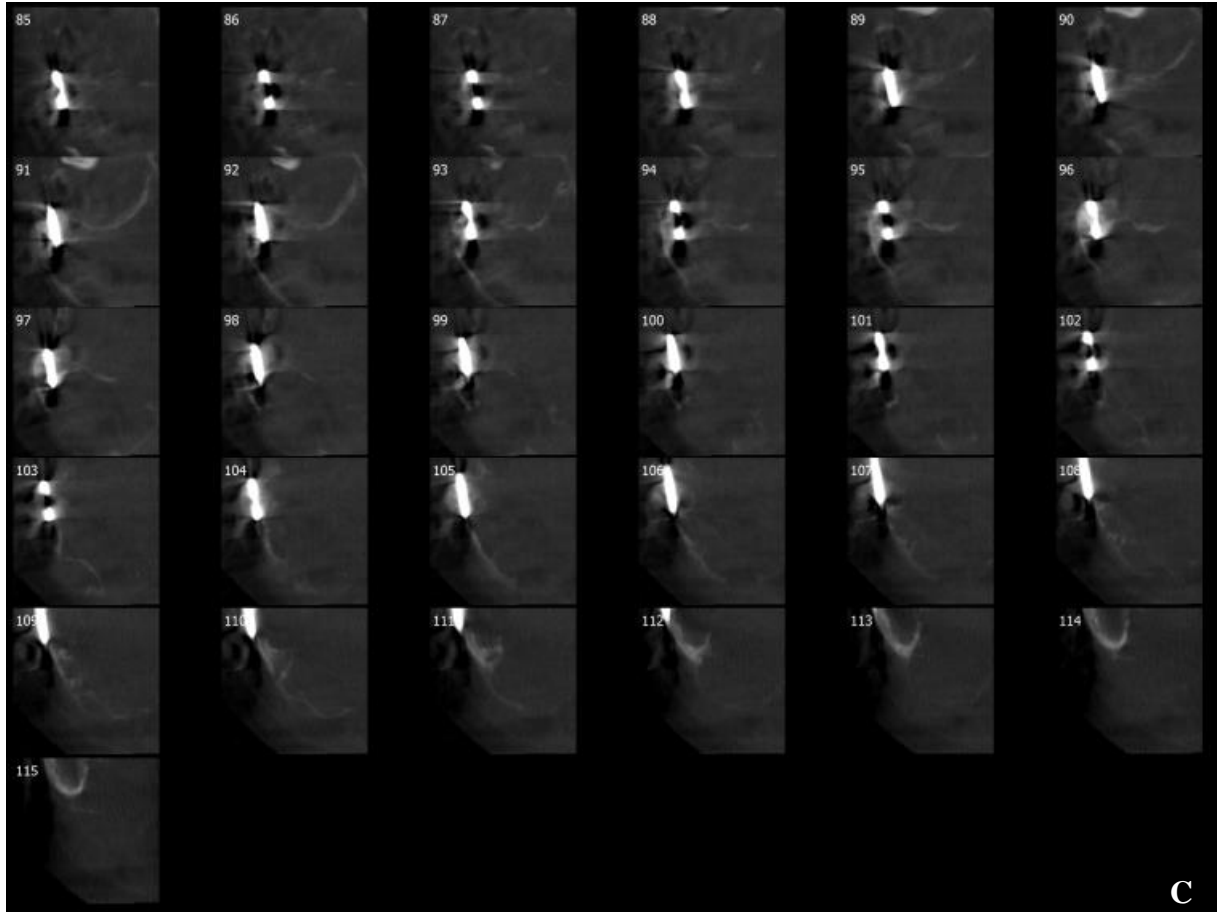


Figura 16 – Tomografia computadorizada de feixe cônico para avaliar os limites da recidiva

(conclusão)



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Reconstrução em 3D. B) Plano coronal. C) Imagem tomográfica em corte sagital da região, evidenciando a extensão da recidiva da lesão de canino decíduo (73) até a distal do primeiro molar permanente (36). Observa-se ainda, o envolvimento da placa pela lesão.

O procedimento cirúrgico se deu através de um acesso extraoral, tendo sido novamente colocado uma placa de fixação.

O procedimento foi realizado sob anestesia geral por meio de intubação nasotraqueal (Figura 17). Após a assepsia em face e intrabucal realizou-se infiltração na região do ramo ascendente do lado em questão, com 3,6 ml de Bupivacaina. Foi realizada uma incisão de cerca de 12 cm na altura da basilar na mandíbula, na região cervical, com relaxante na mesial, de forma a garantir visualização completa da área. Foram realizadas inserções por planos e rebatimento dos tecidos (Figura 18). Acesso a região da lesão de forma a permitir a separação dos tecidos moles e posterior ressecção do tecido ósseo (Figura 19).

Foi realizada remoção completa da lesão com ostectomia da loja óssea utilizando margem de segurança de 3 cm (Figura 20). Após, uma barra vestibular de titânio foi



novamente instalada de forma a garantir maior segurança, devolver resistência ao remanescente ósseo e a manutenção dos tecidos moles (Figura 21). O procedimento cirúrgico foi realizado de maneira radical, sendo que o bloco removido se estende de incisivo lateral permanente inferior do lado direito (42) até ramo ascendente do lado esquerdo. (Figura 20).

Os cuidados com a ferida cirúrgica envolveram lavagem abundante da ferida com solução fisiológica e sutura com fio reabsorvível (Vicryl®Ethicon, Jhonson&Jhonson do Brasil, São Paulo, Brasil). Os cuidados pós-operatórios envolveram o uso de antibioticoterapia, analgesia e uso de anti-inflamatórios. Inicialmente, durante a internação hospitalar por 48 horas, houve a administração medicamentosa por via endovenosa de Ampicilina sódica + Sulbactam sódico 100mg, a cada 6 horas, Dexametasona 8mg, a cada 12 horas, Dipirona 1000mg, a cada 6 horas, Cloridrato de Ondansetrona 8mg, a cada 8 horas e Morfina 2mg, a cada 4 horas no regime se necessário. Após, com a alta melhorada para casa, o controle medicamentoso se manteve com Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125mg, a cada 12 horas, por 21 dias, Dexametasona 4mg, a cada 12 horas e Toragesic 20mg/ml, 6 gotas, a cada 8 horas durante 3 dias.

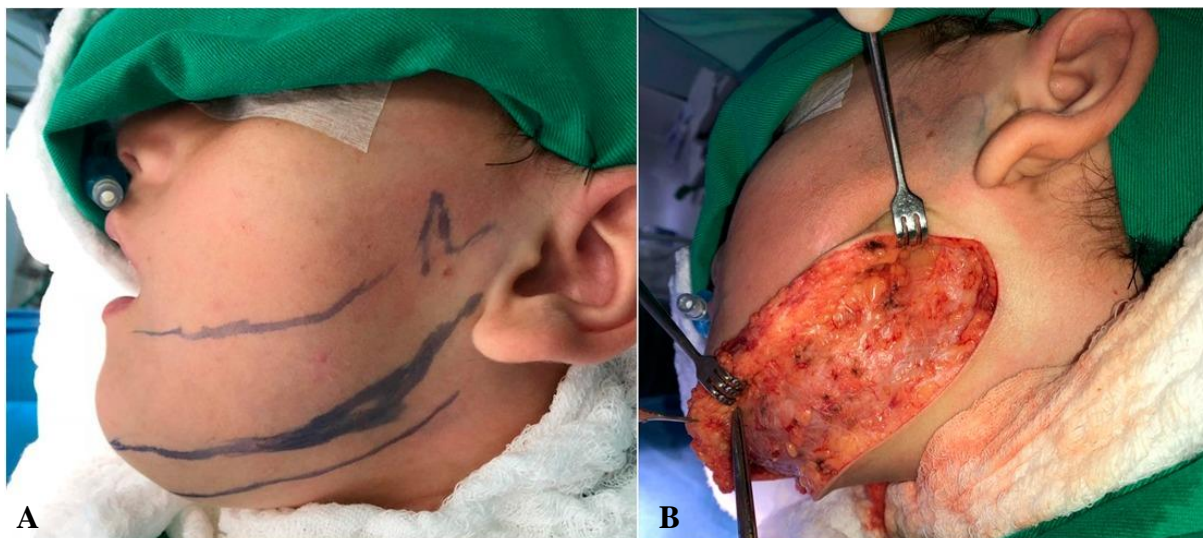
Figura 17 – Aspecto clínico antes da segunda intervenção cirúrgica



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Aspecto clínico inicial no qual é possível notar assimetria facial prévia a realização da segunda cirurgia. Procedimento realizado sob anestesia geral por meio de intubação nasotraqueal.

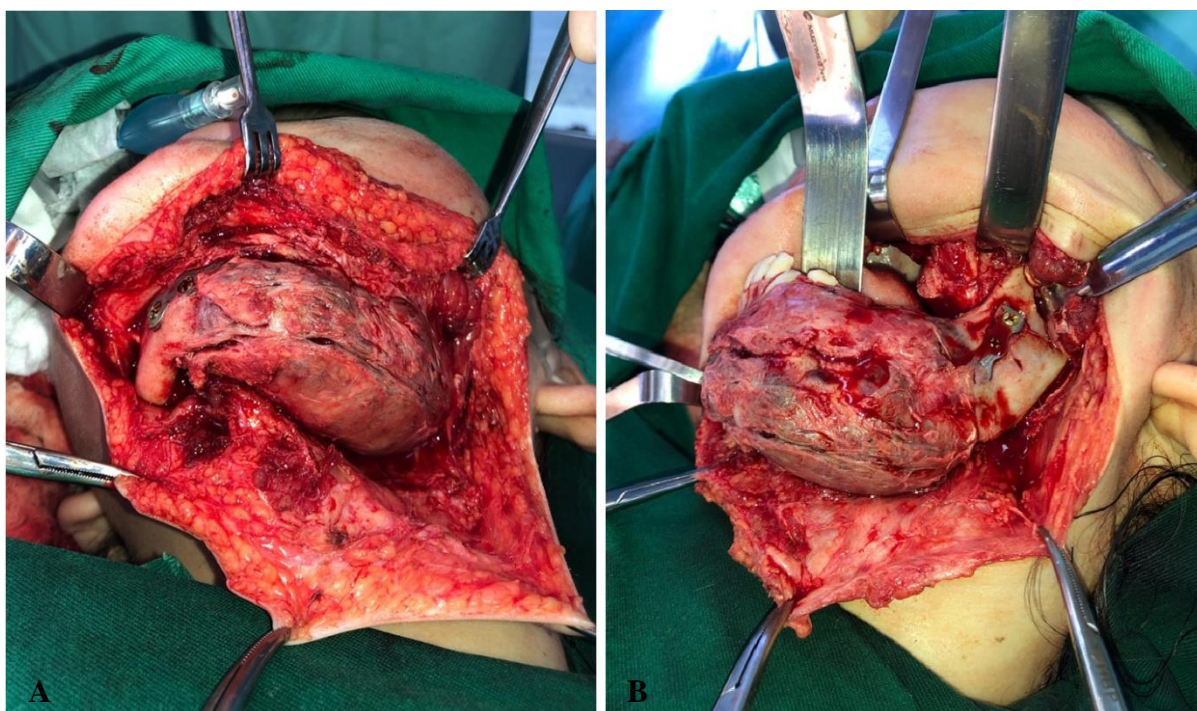
Figura 18 – Imagens clínicas iniciais da segunda intervenção cirúrgica



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Demarcação do eixo mandibular, apófise coronóide, basilar da mandíbula e da incisão submandibular. B) Incisão por planos da região do ramo ascendente do lado esquerdo até a lateral do lado oposto.

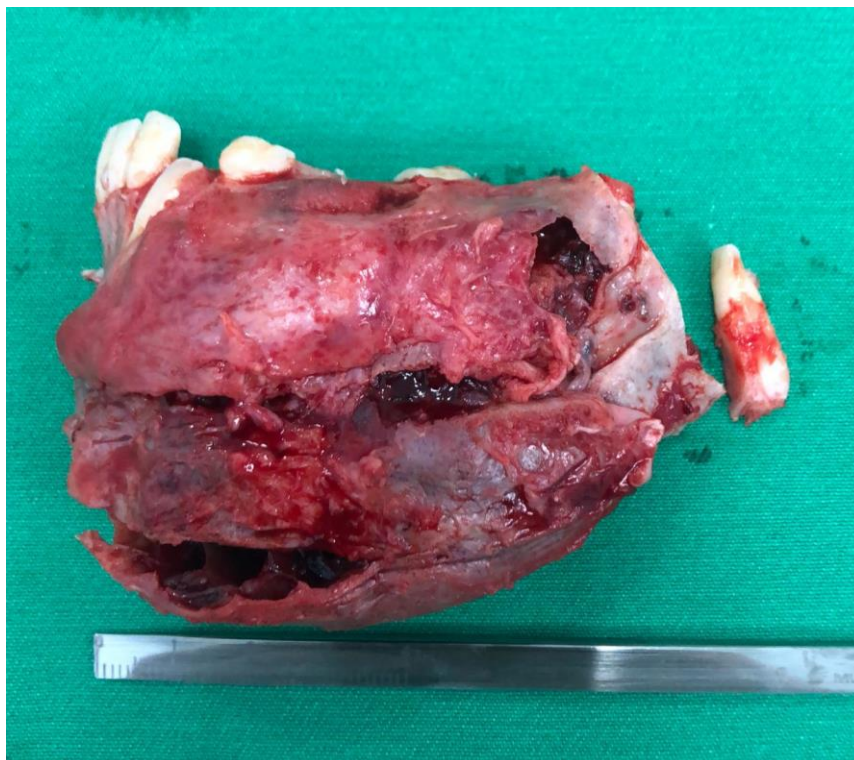
Figura 19 – Imagens clínicas trans-operatórias do segundo ato cirúrgico.



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Incisão por planos. B) Início da remoção da lesão.

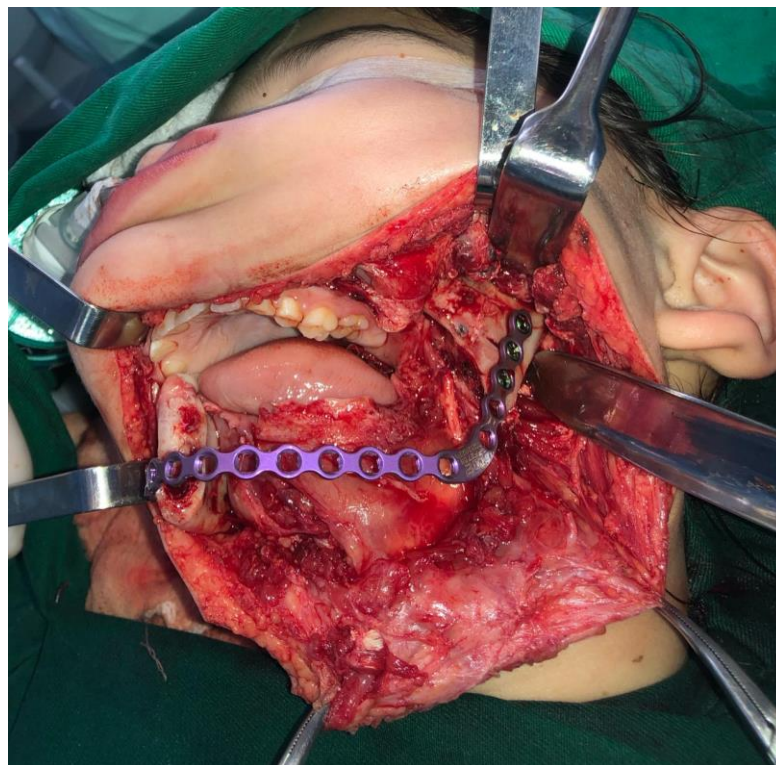
Figura 20 – Bloco removido durante o procedimento cirúrgico



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: É possível observar a extensão da lesão de incisivo lateral permanente inferior do lado direito até ramo ascendente do lado esquerdo. Placa de fixação comprometida já removida do fragmento.

Figura 21 – Nova placa de fixação em posição



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Após o procedimento cirúrgico, o bloco foi enviado novamente para análise histopatológica que atestou o diagnóstico de cisto ósseo aneurismático associado com fibroma ossificante trabecular juvenil.

Macroscopicamente foi possível observar diversas cavidades no fragmento removido, o que vai de encontro com as características do cisto ósseo aneurismático (Figura 22). Microscopicamente, observa-se diversas cavidades contendo sangue, trabéculas ósseas, estroma com marcada atividade fibroblástica e infiltrado linfoplasmocitário (Figura 23).

Após alguns dias do ato cirúrgico foi possível observar leve assimetria facial, no entanto houve a manutenção da estética da paciente considerando a extensão do fragmento removido (Figura 24). Um novo exame radiográfico panorâmico foi solicitado no pós-operatório imediato, a fim de verificar a fixação da nova placa instalada (Figura 25).

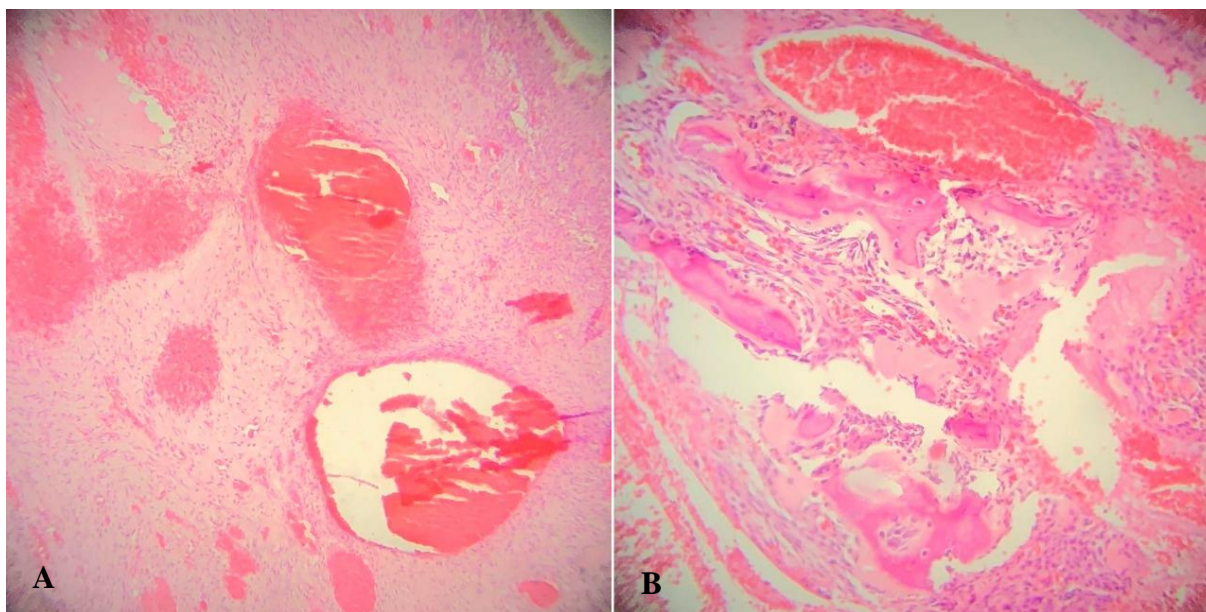
Figura 22 – Aspecto macroscópico do bloco removido



Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2018).

Nota: A) Extensão do fragmento removido. B) Em corte sagital da peça, é possível observar cavidades.

Figura 23 – Lâmina histológica



Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2018).

Nota: A) Observa-se a presença de cavidades com degeneração hialina, e intenso estroma fibroblástico (HE-100X). B) Presença de trabéculas osteóides, osteoblastos e células gigantes multinucleadas (HE-100X).

Figura 24 – Imagem clínica da paciente após a segunda intervenção cirúrgica



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Lado direito sem alterações. Observa-se ainda a extensão da incisão realizada e por conseqüência a sutura. B) Fotografia frontal evidenciando leve assimetria facial no lado esquerdo, que se deve a instalação da placa de fixação. C) Lado esquerdo, no qual se observa a região e extensão da incisão, bem como da sutura.

Figura 25 – Radiografia panorâmica do pós-operatório imediato da segunda intervenção cirúrgica



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: Radiografia panorâmica realizada a fim de observar a fixação da placa instalada no ato cirúrgico.

A paciente permanece em acompanhamento clínico e radiográfico regular, apresentando um bom grau de neoformação óssea (Figura 26).

Figura 26 – Imagens clínicas 45 dias após a segunda intervenção cirúrgica



Fonte: Faculdade Tecnológica Dental CEEO (2018).

Nota: A) Fotografia frontal com a paciente sorrindo. B) Observa-se o local da incisão com boa cicatrização. C) Fotografia intraoral mostrando boa cicatrização da mucosa.

## 4 DISCUSSÃO

O cisto ósseo aneurismático afeta comumente pessoas jovens, com maior incidência na segunda década de vida. Em relação ao gênero, a literatura não aponta diferença significativa entre os gêneros (URS et al., 2013) embora haja relatos de pequena predileção pelo feminino (CAMPIDELLI; DI TOMMASO; ZANETTI, 2003), característica que vai de encontro ao caso relatado. Pode ocorrer em qualquer segmento do esqueleto, sendo os sítios mais comumente acometidos as hastes longas dos ossos longos ou a coluna vertebral. A presença desses tumores nos ossos da face é infrequente, com uma prevalência de 2-12% entre todos os cistos ósseos aneurismáticos do corpo (CAPOTE-MORENO et al., 2009). Quando observado nos maxilares, é mais frequente na mandíbula do que na maxila (3:1), com preponderância para o corpo, ramo e ângulo da mandíbula (KIATTAVORNCHAROEN et al., 2003).

O cisto ósseo aneurismático é extremamente variável em sua apresentação clínica, podendo variar de uma pequena lesão assintomática a uma lesão de crescimento rápido, expansivo e destrutivo, sintomático e com inchaço (BEHAL, 2011). A evolução da sintomatologia ocorre quando o crescimento da lesão causa compressão de estruturas nervosas, levando ao surgimento de sintomas, com odor local, parestias, paraplegia e mesmo ao surgimento de fraturas patológicas (CHAN, 2002). Além disso, as características radiográficas não são patognômicas, uma vez que elas variam de uma radiolucência unilocular a uma radiolucidez multilocular com uma aparência de favos de mel ou bolhas de sabão (BEHAL, 2011). Tais condições podem levar a dúvidas e a diversas hipóteses diagnósticas.

No caso em questão, devido à apresentação clínica e à ausência de exames complementares na primeira consulta houve suspeita de que se tratava de um abscesso. A punção aspirativa realizada no mesmo momento, obtendo líquido avermelhado compatível com sangue descartou imediatamente essa hipótese, fazendo-se necessários exames complementares. Devido a isso, foram solicitados diferentes exames complementares como radiografia panorâmica, tomografia computadorizada de feixe cônico, telerradiografia de perfil e pósterio-anterior. Estes exames, por sua vez, evidenciaram uma área predominantemente radiolúcida expansiva no corpo de mandíbula, apresentando múltiplas lojas, localizada de canino decíduo se estendendo até a região de primeiro molar permanente inferior do esquerdo. Foi possível ainda observar ruptura da cortical vestibular e lingual e

comprometimento da basilar. A tomografia computadorizada foi de grande valor na determinação da extensão desse comprometimento.

O desenvolvimento de um diagnóstico diferencial de uma única radiolucência multilocular bem definida na mandíbula requer consideração de processos como cistos dos maxilares, tumores odontogênicos e não-odontogênicos (ZAK; SPINAZZE; OBEID, 1998). No entanto, os achados de imagem são muitas vezes inespecíficos para o tipo histológico da lesão, tornando o exame histopatológico fundamental para se chegar ao diagnóstico final do cisto ósseo aneurismático (ASAUMI et al., 2003).

Portanto, optou-se pela biópsia incisional de forma a alcançar um diagnóstico definitivo e definir a terapêutica mais adequada. Em posse do diagnóstico histopatológico, observou-se a associação de duas lesões, cisto ósseo aneurismático e lesão fibro-óssea benigna.

A patogênese do cisto ósseo aneurismático é uma fonte de considerável controvérsia. Lichtenstein (1950) postulou que os distúrbios circulatórios no osso podem levar a um leito vascular dilatado e congestionado. Sendo assim, levaria a um aumento da pressão venosa intraóssea com a expansão do leito vascular do tecido, levando à reabsorção óssea e resultando na aparência “cística” na radiografia (ZAK; SPINAZZE; OBEID, 1998). Outros sugeriram o trauma ou uma malformação arteriovenosa primária como a causa do cisto ósseo aneurismático (BIESECKER et al., 2003).

O fibroma ossificante juvenil foi separado como uma entidade distinta do fibroma ossificante central devido ao seu início precoce e comportamento agressivo. O mesmo possui duas variantes histopatológicas bem definidas, o psamomatóide e o trabecular. Essas duas entidades diferem em sua apresentação clínica. O fibroma ossificantetrabecular juvenil, é predominantemente uma lesão gnática com predileção pela maxila na faixa de 8,5 a 12 anos (EL-MOFTY, 2012), faixa etária que vai de encontro ao caso relatado.

Após estabelecer o diagnóstico de cisto ósseo aneurismático associado a fibroma ossificantetrabecular juvenil, o tratamento proposto foi de realizar remoção cirúrgica da lesão por meio de acesso cirúrgico intraoral, uma vez que esse acesso favorece a reabilitação funcional e estética da paciente. O tratamento planejado para o caso é controverso na literatura e varia desde a curetagem cirúrgica à ressecção radical (SANDER; HORCH; GOSSNER, 1990).

Tendo em vista a pouca idade da paciente e a necessidade de uma guia óssea para o crescimento mandibular, optou-se pela remoção conservadora da lesão, através do debridamento completo da mesma. No entanto, 9 meses após a realização do procedimento



cirúrgico, observou-se novo aumento de volume na região, que com o auxílio de exames complementares confirmaram a recidiva da lesão.

A recidiva do cisto ósseo aneurismático possui uma taxa variada de 8 a 60%, podendo ser relacionada à remoção incompleta de alguma lesão coexistente. Schulte et al. (2000), analisando a atividade biológica de diversos casos de cisto ósseo aneurismático, verificaram que, em todos os casos de recidiva, havia margens cirúrgicas impróprias, oriundas da operação preliminar. A recorrência aparece com uma média de 8 meses após o procedimento inicial (SCHULTE et al., 2000). Sendo assim, o acompanhamento prolongado é decisivo no resultado final do tratamento.

Quando se trata do fibroma ossificante juvenil, a taxa de recorrência da lesão é de 30 a 56%. Segundo Noffke (1998), a propensão dessa lesão em perfurar o osso cortical pode explicar sua alta taxa de recorrência após sua enucleação, já que o tumor tipicamente tem bordas infiltrativas. Portanto, uma modalidade de tratamento mais agressiva deve ser seguida em casos de cisto ósseo aneurismático associada a fibroma ossificante juvenil, uma vez que a recorrência pode estar relacionada ao tratamento inadequado de uma lesão primária, em vez do cisto ósseo aneurismático em si (PADWA; DENHART; KABAN, 1997).

Sander, Horch e Gossner (1990) relataram um caso de cisto ósseo aneurismático em mandíbula, no qual inicialmente foi insituída a curetagem e no pós-operatório a lesão retornou duas vezes. Sendo assim, na sequência tratada com sucesso através da ressecção cirúrgica e posterior reconstrução.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da associação do cisto ósseo aneurismático com fibroma ossificante trabecular juvenil nos ossos da face é infreqüente.

O cisto ósseo aneurismático é extremamente variável em sua apresentação clínica e juntamente com as características radiográficas que são inespecíficas a sua identificação final poder ser dificultada. Sendo assim, o diagnóstico do cisto ósseo aneurismático é fornecido através do estudo da peça cirúrgica ou de material oriundo da biópsia incisiva.

O laudo histopatológico é de fundamental importância para a definição do diagnóstico final.

O tratamento cirúrgico é controverso, sendo a ressecção cirúrgica o tratamento de escolha. A realização ou não de margens de segurança durante a ressecção cirúrgica tem sido objeto de muitos estudos parecendo reduzir a possibilidade de recidiva.

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O presente trabalho conta com a autorização do responsável da menor, mantendo a identidade da paciente preservada. Além disso, o caso está sendo acompanhado independente da publicação.

## REFERÊNCIAS

- ASAUMI, J. I. et al. MR features of aneurysmal bone cyst of the mandible and characteristics distinguishing it from other lesions. **European Journal of Radiology**, Stuttgart, v. 45, no. 2, p. 108-112, Feb. 2003.
- BEHAL, S. V. Evolution of an aneurysmal bone cyst: a case report. **Journal of Oral Science**, Tokyo, v. 53, no. 4, p. 529-532, Dec. 2011.
- BERNIER, J. L.; BHASKAR, S. N. Aneurysmal bone cysts of the mandible. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, St. Louis, v. 11, no. 9, p. 1018-1028, Sept. 1958.
- BIESECKER, J. L. et al. Aneurysmal bone cysts. A clinicopathologic study of 66 cases. **Cancer**, Philadelphia, v. 26, no. 3, p. 615-625, Sept. 1970.
- CAMPIDELLI, C.; DI TOMMASO, L.; ZANETTI, G. Aneurysmal bone cysts of the nasal cavity. Description of a case and review of the literature. **Pathologica**, Genova, v. 95, no. 2, p. 103-107, Apr. 2003.
- CHAN, M. S. et al. Spinal aneurysmal bone cyst causing acute cord compression without vertebral collapse: CT and MRI findings. **Pediatric Radiology**, Berlin, v. 32, no. 8, p. 601-604, Aug. 2002.
- CAPOTE-MORENO, A. et al. Giant aneurysmal bone cyst of the mandible with unusual presentation. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v. 14, no. 3, p. 137-140, Mar. 2009.
- ELDEEB, M.; SEDANO, H. O.; WAITE, D. E. Aneurysmal bone cyst of the jaws: Report of a case associated with fibrous dysplasia and review of the literature. **International Journal of Oral Surgery**, Copenhagen, v. 9, no. 4, p. 301-311, 1980.
- EL-MOFTY, S. Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma of the craniofacial skeleton: two distinct clinicopathologic entities. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, St. Louis, v. 93, no. 3, p. 296-304, Nov. 2002.
- FACULDADE TECNOLÓGICA DENTAL CEEO. [Arquivo de imagens da FATEC]. Igrejinha, 2018.
- JAFFE, H. L.; LICHTENSTEIN, L. Solitary unicameral bone cyst: with emphasis on the roentgen picture, the pathologic appearance and the pathogenesis. **Archives of Surgery**, Chicago, v. 44, no. 6, p. 1004-1025, June 1942.
- KIATTAVORNCHAROEN, S. et al. Aneurysmal bone cyst of the mandible: a case report. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Copenhagen, v. 32, no. 4, p. 419-422, 2003.
- PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. LABORATÓRIO FACULDADE DE ODONTOLOGIA. [Arquivo de imagens da FO-PUC]. Porto Alegre, 2018.

LEIMOLA-VIRTANEN, R.; VÄHÄTALO, K.; SYRJÄNEN, S. Juvenile active ossifying fibroma of the mandible: a report of 2 cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 59, no. 4, p. 439-444, Apr. 2001.

MOTAMEDI, M. H. K.; YAZDI, E. Aneurysmal bone cyst of the jaws: analysis of 11 cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 52, no. 5, p. 471-475, May, 1994.

NOFFKE, C. E. Juvenile ossifying fibroma of the mandible. An 8 year radiological follow-up. **Dentomaxillofacial Radiology**, Tokyo, v. 27, no. 6, p. 363-366. 1998.

PADWA, B. L.; DENHART, B. C.; KABAN, L. B. Aneurysmal bone cyst-“plus”: a report of three cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 55, no. 10, p. 1144-1152, 1997.

SANDER, A.; HORCH, H. H.; GÖSSNER, W. Diagnostic and therapeutic considerations in aneurysmal bone cysts of the jaws. **Deutsche Zeitschrift für Mund-, Kiefer-und Gesichtschirurgie**, München, v. 14, no. 6, p. 407-412, Nov. 1990.

SCHULTE, M. et al. Die Therapie der aneurysmatischen Knochenzyste. **Der Unfallchirurg**, Berlin, v. 103, no. 2, p. 115-121, Feb. 2000.

SHEAR, M. **Cistos da região bucomaxilofacial**. 3. ed. São Paulo: Liv. Santos, 1999.

SLOOTWEG, P. J.; MÜLLER, H. Juvenile ossifying fibroma: report of four cases. **Journal of Cranio-Maxillo-facial Surgery**, Stuttgart, v. 18, no. 3, p. 125-129, Apr. 1990.

SUN, G. et al. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Copenhagen, v. 36, no. 1, p. 82-85, Jan. 2006.

SUN, Z. J. et al. Aneurysmal bone cysts of the jaws: analysis of 17 cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 68, no. 9, p. 2122-2128, Sept. 2010.

URS, A. B. et al. Rare pediatric presentation of aneurysmal bone cyst with trabecular juvenile ossifying fibroma and ossifying fibroma. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, Amsterdam, v. 77, no. 4, p. 576-580, Apr. 2013.

WILLIAMS, H. K.; MANGHAM, C.; SPEIGHT, P. M. Juvenile ossifying fibroma. An analysis of eight cases and a comparison with other fibro-osseous lesions. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, Copenhagen, v. 29, no. 1, p. 13-18, Jan. 2000.

ZACHARIADES, N. et al. Aneurysmal bone cyst of the jaws: Review of the literature and report of 2 cases. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Copenhagen, v. 15, no. 5, p. 534-540, Oct. 1986.

ZAK, M. J.; SPINAZZE, D. J.; OBEID, G. Mildly symptomatic radiolucency of the mandible. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 56, no. 5, p. 656-661, May. 1998.

**ANEXO A -Termo de consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_, RG n. \_\_\_\_\_, residente à Av./Rua \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, complemento \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que o Dr. \_\_\_\_\_ tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens de mim, sobre o meu caso clínico. Consinto que estas imagens sejam utilizadas para finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos, etc... e também publicadas em livros, artigos, portais de internet, revistas científicas e similares, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que pode fazer com 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 à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que o Dr. \_\_\_\_\_ e a equipe de profissionais que me atende e atenderá durante todo o tratamento não terá qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem nas referidas publicações.

Igrejinha, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_