



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
MESTRADO EM ODONTOLOGIA**

**VITOR NASCIMENTO GOES**

**ESTUDO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE TUMORES ODONTOGÊNICOS  
ADEQUANDO-SE À CLASSIFICAÇÃO DA OMS 2022**

**Recife  
2024**

**VITOR NASCIMENTO GOES**

**ESTUDO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE TUMORES ODONTOGÊNICOS  
ADEQUANDO-SE À CLASSIFICAÇÃO DA OMS 2022**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Clínica Integrada.

**Orientador (a):** Jurema Freire Lisboa de Castro

**Recife**

**2024**



**ESTUDO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE TUMORES ODONTOGÊNICOS  
ADEQUANDO-SE À CLASSIFICAÇÃO DA OMS 2022**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Clínica Integrada.

Aprovado em: 26/03/2024

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Isabelly Rodrigues Fernandes (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Judite de Amorim Carvalho (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Gustavo Sérgio de Godoy Magalhães (Presidente)  
Universidade Federal de Pernambuco

## RESUMO

A identificação correta dos tumores odontogênicos permite um planejamento adequado e uma abordagem ideal no seu tratamento. Os dados coletados e arquivados dessas lesões levam a estudos epidemiológicos que associam a prevalência e incidência delas com características da população. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo realizar uma breve revisão das principais mudanças que ocorreram ao longo das edições do documento publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca de tumores odontogênicos, e, em seguida, identificar essas lesões diagnosticadas no laboratório de patologia oral da Universidade Federal de Pernambuco, entre os anos de 2000 a 2023, através da análise dos prontuários e laudos, tendo como referência a mais recente classificação estabelecida pela OMS. Assim, tornando-se possível traçar o perfil epidemiológico dessas lesões e estabelecer análises comparativas com outros estudos da literatura. Tendo em vista a escassez desse tipo de estudos no Brasil. A coleta foi realizada pelo pesquisador, através da recuperação dos casos diagnosticados como tumores odontogênicos, para revisão e análise. Prontuários e laudos com diagnóstico de tumores odontogênicos foram incluídos na amostra, para que fosse possível fazer a análise comparativa com a edição mais recente. Tumores onde não foi possível localizar o prontuário ou laudo correspondente foram excluídos da pesquisa. Duzentos e cinquenta e quatro casos correspondentes a tumores odontogênicos foram identificados. Desse total, vinte e três (9,1%) foram excluídos da pesquisa pela ausência dos prontuários ou laudos, restando 231 casos (90,9%). Quarenta e três casos (17,3%) se tratavam do tumor odontogênico ceratocístico e 1 caso do tumor odontogênico cístico calcificante (0,30%), lesões que pertenceram à classificação dos tumores odontogênicos em versões anteriores e que na atual edição foram redesignados para a categoria de cistos odontogênicos de desenvolvimento. O ameloblastoma convencional foi a lesão encontrada com maior frequência, totalizando 79 casos da amostra, o ameloblastoma unicístico teve um total aproximadamente (86%) dos seus casos atribuídos ao sexo masculino e o tumor odontogênico adenomatoide teve (100%) dos seus casos atribuídos ao sexo feminino. Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, foi possível identificar lesões que anteriormente foram agrupadas em classificações que não

correspondem mais aos dados da atualidade; avaliar a relevância de pesquisas e análises epidemiológicas para traçar perfis sociais e demográficos associados a essas lesões e enfatizar a importância dessas novas edições, nas quais foi identificada simplificação de termos e nomenclaturas e divulgação de novos achados microscópicos e novas lesões.

**Palavras-chave:** organização mundial da saúde; neoplasias odontogênicas; patologia bucal; tumores odontogênicos.

## **ABSTRACT**

Correct identification of odontogenic tumors allows for proper planning and an optimal approach to their treatment. Data collected and archived from these lesions lead to epidemiological studies associating their prevalence and incidence with population characteristics. Therefore, this study aimed to conduct a brief review of the main changes that occurred throughout the editions of the document published by the World Health Organization (WHO) regarding odontogenic tumors, and then identify these lesions diagnosed in the oral pathology laboratory of the Federal University of Pernambuco, between the years 2000 to 2023, through the analysis of medical records and reports, with reference to the most recent classification established by the WHO. Thus, making it possible to trace the epidemiological profile of these lesions and establish comparative analyses with other studies in the literature, considering the scarcity of such studies in Brazil. Data collection was carried out by the researcher, through the retrieval of cases diagnosed as odontogenic tumors, for review and analysis. Medical records and reports with a diagnosis of odontogenic tumors were included in the sample to enable comparative analysis with the latest edition. Cases where it was not possible to locate the corresponding medical record or report were excluded from the research. Two hundred and fifty-four cases corresponding to odontogenic tumors were identified. Out of this total, twenty-three (9.1%) were excluded from the research due to the absence of medical records or reports, leaving 231 cases (90.9%). Forty-three cases (17.3%) were of the keratocystic odontogenic tumor and 1 case of the calcifying odontogenic cyst (0.30%), lesions that belonged to the classification of odontogenic tumors in previous versions and were redesignated to the category of developmental odontogenic cysts in the current edition. Conventional ameloblastoma was the most frequently encountered lesion, totaling 79 cases in the sample. The unicystic ameloblastoma had approximately (86%) of its cases attributed to males, and the adenomatoid odontogenic tumor had (100%) of its cases attributed to females. Based on the results obtained in this research, it was possible to identify lesions that were previously grouped in classifications that no longer correspond to current data;

evaluate the relevance of research and epidemiological analyses to trace social and demographic profiles associated with these lesions, and emphasize the importance of these new editions, in which simplification of terms and nomenclatures was identified, as well as the dissemination of new microscopic findings and new lesions.

**Keywords:** world health organization; odontogenic neoplasms; oral pathology; odontogenic tumors.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo dos principais acontecimentos .....	20
---	----

### GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico de todas as lesões encontradas na pesquisa .....	24
Gráfico 2 - Gráfico com base nas lesões da classificação de 2022 .....	24
Gráfico 3 - Divisão por sexo de todas as lesões encontradas na pesquisa .....	27
Gráfico 4 - Divisão por faixa de idade das lesões encontradas na pesquisa .....	28

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de lesões por grupos .....	22
Tabela 2 - Lesões não mais presentes na classificação de tumores odontogênicos de 2022.....	25
Tabela 3 - Distribuição de lesões por idade, por faixa etária .....	26
Tabela 4 - Distribuição das lesões por sexo .....	29

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>
	<b>ANEXO A — PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>44</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos são lesões neoplásicas relativamente raras, que acometem a região de cabeça e pescoço e são classificadas seguindo o seu comportamento biológico e origem histogenética, sendo sua divisão separada em duas categorias: tumores benignos e malignos. Dentre os tumores benignos, eles são divididos em: tipos epiteliais, mesenquimais e mistos. (MEDEIROS et al, 2018; SOLUK-TEKKESIN; WRIGHT, 2022)

A classificação dessas lesões em determinados grupos permite uma padronização das suas principais características e tenta definir um critério diagnóstico, permitindo a realização do tratamento correto. Essas classificações são constantemente ajustadas tendo por base os novos achados científicos. Periodicamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica atualizações quanto à classificação internacional para os tumores de cabeça e pescoço, sustentando-se na discussão de muitos especialistas em patologia ao redor do mundo (VERED; WRIGHT, 2022).

Essas edições foram respectivamente publicadas nos anos 1971, 1992, 2005, 2017 e mais recentemente em 2022. A publicação de 2017, quarta edição, trouxe mudanças bastante significativas como: alteração de classificação do tumor odontogênico ceratocístico e do tumor odontogênico cístico calcificante, os quais voltam a ser classificados como cistos odontogênicos; o tumor odontogênico primordial passa a fazer parte do grupo dos tumores mistos, o fibro-odontoma ameloblástico passou a ser uma variante do odontoma e o fibroma cemento-ossificante passou a fazer parte do grupo dos tumores mesenquimais (DE BARROS, 2019; BIANCO, 2019).

A edição de 2022, quinta edição, não é conceitualmente muito diferente da anterior. Temos uma alteração na ordem de apresentação dos tumores, na qual os tumores odontogênicos malignos são apresentados por último; a adição de uma nova entidade descoberta, o ameloblastoma adenoide, um tumor epitelial benigno; foram descobertas alterações moleculares sobre o tumor odontogênico adenomatóide e uma seção detalhada de diagnóstico diferencial e definições mais claras e simples sobre o tumor odontogênico epitelial calcificante, tumor

odontogênico adenomatóide, odontoma, ameloblastomas, cementoblastoma e mixoma odontogênico (SOLUK-TEKKEN; WRIGHT, 2022).

A atualização dos dados armazenados em clínicas e laboratórios de patologia oral possibilita a execução de estudos que determinem a associação dessas lesões com aspectos geográficos, regionais e com fatores individuais e demográficos da sociedade, como: sexo, idade, escolaridade, cor da pele, entre outros. A análise desses dados permite a divulgação de informações epidemiológicas que guiam tanto a execução de políticas públicas quanto a decisão de medidas preventivas e terapêuticas.

O presente estudo teve como objetivo realizar uma breve revisão das principais mudanças ocorridas ao longo das edições das classificações de tumores odontogênicos, publicado pela OMS. Assim, tornando-se possível traçar o perfil epidemiológico dessas lesões e estabelecer análises comparativas com outros estudos da literatura.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

O estudo dos tumores odontogênicos ao longo do tempo possui grande importância social, permitindo uma compreensão mais profunda quanto a essas lesões e o desenvolvimento de métodos diagnósticos e protocolos de tratamento adequados para cada caso. Ao longo dos anos muitos momentos marcantes se destacaram na história, na figura 1 uma linha do tempo destaca alguns desses momentos. A publicação da primeira edição do relatório da Organização Mundial da Saúde sobre os tumores odontogênicos em 1971 não apenas forneceu informações essenciais sobre essas lesões, mas estimulou muitos pesquisadores a publicarem e divulgarem seus achados, contribuindo assim para numerosas descobertas na área (BAUMHOUEER, 2018).

Historicamente, a primeira descrição de um tumor odontogênico foi realizada por Pierre Fauchard, um renomado médico francês, em 1746. Ele nomeou a lesão como “odontoma” e a partir desse período, diversos relatórios sobre tumores odontogênicos começaram a ser publicados. Em 1867, o médico francês Broca propôs uma classificação de tumores com origem nos tecidos dentários, utilizando o termo odontoma para descrever todos os tumores de origem dentária, modificando a classificação de acordo com o estágio de desenvolvimento (BROCA, 1867).

É importante destacar que ao longo do tempo outros estudiosos foram modificando a classificação. No entanto, a contribuição mais significativa foi feita por Bland-Sutton em 1888, que baseou sua classificação na natureza das células específicas do germe dentário de onde o tumor se desenvolveu. Suas ideias foram tão impactantes que o tornaram conhecido como um dos responsáveis pela base da taxonomia moderna dos tumores odontogênicos (PHILIPSEN; REICHERT, 2006)

Gradualmente, as classificações e terminologias foram sofrendo modificações, dando origem às categorias de ameloblastoma, fibroma e cementoma. Em 1958, o conselho executivo da OMS solicitou a criação de um centro de referência internacional em colaboração com vários laboratórios do mundo, com o objetivo de desenvolver definições e uma nomenclatura geral para os tumores. Essa iniciativa não apenas seria referência para os estudiosos do assunto, mas também facilitaria a comunicação entre os pesquisadores, promovendo uma compreensão mais consistente e universal. (FUMIO et al, 2023)

Após alguns anos de estudos, a primeira edição da classificação de tumores odontogênicos foi publicada pela OMS, com autoria de Pindborg e Kramer, em 1971. Ainda naquele ano, o Centro de Referência Internacional no Departamento de Patologia Oral, Copenhague, Dinamarca, em colaboração com a OMS, publicou o primeiro consenso sobre taxonomia de tumores odontogênicos, intitulado “Tipagem histológica de tumores odontogênicos, cistos de mandíbula e lesões afins” (*Histological Typing of Odontogenic Tumours, Jaw Cysts and Allied Lesions*). Tal publicação teve como base muitas das teorias defendidas por Pindborg e Clausen, que afirmavam que as características presentes nos tecidos mesenquimais e epiteliais durante o desenvolvimento normal do dente, até certo ponto, também operam no desenvolvimento da patogênese dos tumores odontogênicos (BHASKAR, 1969; KRAMER; PINDBORG; SHEAR, 1992).

A segunda edição da classificação de tumores odontogênicos foi publicada em 1992, 20 anos após a primeira edição. Comparando-a à edição anterior, a estrutura básica foi mantida com as mesmas três divisões: neoplasias e outros tumores relacionados ao aparelho odontogênico, neoplasias e lesões relacionadas ao osso e cistos epiteliais. No entanto, ocorreram algumas alterações e acréscimos dentro dessas categorias, o que refletiu avanços e aprimoramentos no entendimento das características e comportamentos dessas lesões ao longo do tempo. (SIRIWARDENA et al, 2019).

Essa publicação foi marcada por alterações significativas na seção sobre ameloblastomas, inclusão de tumores recentemente descobertos, lesões movidas para outras categorias e subgrupos. Essas mudanças espelharam as muitas descobertas que se acumularam durante esses 20 anos entre a revisão desse documento. Ao final da revisão da primeira edição, tivemos as seguintes lesões registradas e divulgadas: Ameloblastoma, Tumor odontogênico escamoso, Tumor odontogênico epitelial calcificado, Tumor odontogênico de células claras, Fibroma ameloblástico, Fibrodentinoma ameloblástico e Fibro-odontoma ameloblástico, Odontoma-ameloblástico, Tumor odontogênico adenomatóide, Cisto odontogênico calcificante, Odontoma composto e complexo, Fibroma odontogênico, Mixoma odontogênico, Cementoblastoma benigno, Carcinomas odontogênicos e Sarcomas odontogênicos (GUNDLACH, 2000).

Ainda na segunda edição, o tumor odontogênico escamoso foi descrito pela primeira vez como uma lesão distinta, deixando de ser considerado uma variante do ameloblastoma. Além disso, houve uma abordagem mais profunda das características, protocolos de tratamento e prognósticos dos diferentes tipos de ameloblastoma, com ênfase nos aspectos específicos do ameloblastoma unicístico, desmoplásico e querato ameloblastoma. Essas mudanças refletem uma evolução no entendimento dessas lesões e a necessidade de uma abordagem mais detalhada e específica para cada subtipo (KRAMER; PINDBORG; SHEAR, 1992).

O tumor odontogênico de células claras foi levantado como pauta de discussão, sendo descrito como uma neoplasia localmente invasiva, com possibilidade de ser mais agressivo do que o próprio ameloblastoma. Outra hipótese abordada foi a de que o fibroma ameloblástico poderia ser um tumor misto verdadeiro, com presença de tecido epitelial e mesenquimal. Essa mesma lesão gerava dúvidas quanto às suas variantes, como o fibrodentinoma ameloblástico e o fibro-odontoma ameloblástico, pois não estava claro se eram diferentes estágios de evolução da mesma lesão ou entidades distintas que deveriam ser classificadas separadamente (ORTEGA, 2003).

Por último, foi nesse período que se iniciou a discussão quanto a classificação do cisto odontogênico calcificante, ponderando se ele deveria ser considerado uma lesão cística ou tumoral. Essa discussão persistiu por muitos anos e foi levantada em edições futuras, gerando muitas discordâncias entre os pesquisadores (SHAH, 2018).

A terceira edição da classificação de tumores odontogênicos de cabeça e pescoço, lançada pela OMS em julho de 2005, trouxe alterações significativas em termos de terminologia, classificação como lesão benigna e maligna e atribuições a subgrupos. Uma mudança inicial notável foi a inversão quanto à apresentação, onde as lesões malignas foram apresentadas antes das benignas, diferentemente da edição de 1992 (WRIGHT, 2014)

Os dados desta edição revelaram que mais de 95% dos tumores odontogênicos relatados eram benignos, sendo aproximadamente 75% desses casos representados por odontomas, ameloblastomas e mixomas odontogênicos. Esses dados estatísticos são bastante válidos para auxiliar na compreensão quanto à prevalência e distribuição dessas lesões na população (IMRAN et al, 2016)

O ameloblastoma foi categorizado em quatro variantes básicas nesta edição: sólido/multicístico, extra ósseo/periférico, desmoplásico e unicístico. A diferenciação entre essas variantes se dá pela distribuição etária, localização, constituição do estroma da lesão e achados de imagem. Além disso, cada variante apresenta prognósticos distintos, implicando na utilização de diferentes protocolos de tratamento (REICHART; PHILIPSEN; SCIUBBA, 2006).

Após intensa discussão entre pesquisadores, o ceratocisto odontogênico foi considerado nesta nova edição como um tumor benigno, e teve sua nomenclatura alterada para tumor odontogênico ceratocístico. A justificativa se deu por achados moleculares e clínicos, e pela semelhança mais pronunciada dessa lesão com alterações neoplásicas. Contudo, é importante observar que essa modificação gerou muitos debates e discordâncias entre os estudiosos da área (POGREL, 2013; GONZÁLEZ-ALVA, 2008). A mudança de classificação dessa lesão causou uma significativa alteração na epidemiologia dos tumores odontogênicos, onde ela passou a ser a segunda lesão mais frequente, sendo superada apenas pelo ameloblastoma. Osterne (2011), realizou um estudo retrospectivo com 3406 casos de tumores odontogênicos, na cidade de Fortaleza, onde as lesões mais frequentes foram o ameloblastoma, seguido pelo tumor odontogênico ceratocisto e do odontoma.

O tumor odontogênico adenomatóide, anteriormente classificado no grupo dos tumores com epitélio odontogênico maduro com ectomesênquima (mistos), foi realocado para o grupo dos tumores com epitélio odontogênico maduro sem ectomesênquima (epitelial). E o tumor odontogênico cístico calcificante foi considerado sinônimo para os termos “cisto odontogênico queratinizante e calcificante”, “cisto de Gorlin” e “cisto odontogênico calcificante”. Essa associação busca integrar diferentes terminologias que se referem à mesma lesão. (JOHNSON, 2014)

Ainda na classificação de 2005, o fibroma odontogênico foi definido como um tumor raro e não invasivo, sendo dividido em duas variantes: o tipo pobre em epitélio e o tipo rico em epitélio, que anteriormente eram conhecidos como simples e complexo (OMS), respectivamente. Além disso, uma nova lesão foi descrita, o tumor dentinogênico de células fantasmas, que anteriormente era considerado uma variante sólida do cisto odontogênico calcificante (JUNDT; REICHART, 2008).

A quarta edição da classificação de tumores odontogênicos, publicada em 2017, ficou marcada como um período de rápidas descobertas e alterações genéticas e moleculares. Essas descobertas foram fundamentais para redefinir a antiga classificação, resultando em mudanças significativas para a nova edição. Entre as principais alterações, podemos destacar a reincorporação de cistos odontogênicos, a reclassificação de tumores odontogênicos e a introdução de novas entidades. O objetivo foi, mais uma vez, simplificar e facilitar a utilização dessas informações a nível global (WRIGHT, 2017).

Nesta edição, semelhante à anterior, os tumores odontogênicos foram novamente divididos entre benignos e malignos. No entanto, é válido destacar que na terceira edição, os tumores benignos eram categorizados como “epitélio odontogênico com estroma fibroso maduro sem ectomesênquima odontogênico”, “epitélio odontogênico com mesênquima odontogênico, com ou sem formação de tecidos duros” e “tumores mesenquimais com ou sem epitélio odontogênico”. Já nessa nova edição, houve uma simplificação dessas nomenclaturas, classificando as lesões apenas como epiteliais, mesenquimais e mistas. (SOLUK-TEKKESIN; WRIGHT, 2018)

Na edição de 2005, os carcinomas ameloblásticos eram subdivididos em três categorias distintas: tipo primário, tipo secundário intraósseo e tipo secundário periférico. Todas essas categorias foram agrupadas sob a denominação geral de “carcinomas ameloblásticos”. Contudo, na nova edição, essas subdivisões foram unificadas, e todos os carcinomas ameloblásticos foram reunidos sob uma única nomenclatura, eliminando a distinção anterior entre os tipos primário e secundário intraósseo (ALEXANDER, 2018).

O ameloblastoma que antes havia sido categorizado como sólido/multicístico, extraósseo/periférico, desmoplásico e unicístico, foi simplificado. Nessa nova classificação, ele foi reduzido a três categorias: ameloblastoma, ameloblastoma unicístico e tipos extraósseos/periféricos. Uma das mudanças mais significativas nessa edição foi o retorno do ceratocisto odontogênico, que em 2005 havia sido classificado como tumor odontogênico ceratocístico, mesmo com a discordância de muitos estudiosos da época. Ele foi reclassificado como cisto odontogênico de desenvolvimento, refletindo uma nova compreensão da natureza patológica dessa lesão (BARRIOS-GARAY et al, 2020).

O tumor odontogênico primordial foi uma nova entidade de tumor incluído nesta nova edição, sendo descrito como uma lesão bastante rara. Ranjbar (2023), realizou em sua pesquisa uma revisão com 19.380 casos de pacientes que apresentavam menos de 20 anos de idade e haviam sido atendidos no departamento de patologia da University of medical sciences, na qual desse total apenas 1 lesão foi reclassificada como o tumor odontogênico primordial. Além disso, o odontoameloblastoma, que havia sido adicionado à classificação de 2005, foi excluído da edição mais recente, em 2022. Da mesma forma, o tumor odontogênico cístico calcificante foi realocado para a categoria de cisto de desenvolvimento, sendo então chamado de cisto odontogênico calcificante (CHEN, 2022).

Ainda nessa edição, foi introduzido o termo "fibroma cemento-ossificante", tendo como objetivo diferenciar essa lesão do fibroma ossificante juvenil. Isso se deu pois no passado o uso exclusivo do termo fibroma ossificante pode ter causado dificuldades com identificações dessas lesões. Outra alteração significativa foi feita no fibroma odontogênico, que anteriormente era subdividido em rico e pobre em epitélio, sendo esses subtipos excluídos nessa nova edição (DESAI et al, 2020).

Quanto aos tumores mistos, o fibrodentinoma ameloblástico e o fibrodontoma ameloblástico foram excluídos da classificação de 2017. Essa exclusão se deu em virtude de evidências que indicavam que essas lesões estavam propensas a evoluir para odontomas (SOLUK-TEKKESIN; WRIGHT, 2018).

A quinta e mais recente edição da classificação de tumores odontogênicos foi lançada online em março de 2022, tendo passado apenas 5 anos da edição anterior, o que já se caracteriza como uma mudança bastante significativa, levando em consideração que entre a terceira e a quarta edição transcorreu um intervalo de mais de uma década. Tal velocidade de divulgação é decorrente dos avanços tecnológicos contemporâneos, que permitem a divulgação de novas informações com muito mais facilidade e velocidade. Os progressos tecnológicos também impactaram positivamente as pesquisas, nas quais se tornaram mais recorrentes as novas descobertas (VERED; WRIGHT, 2022).

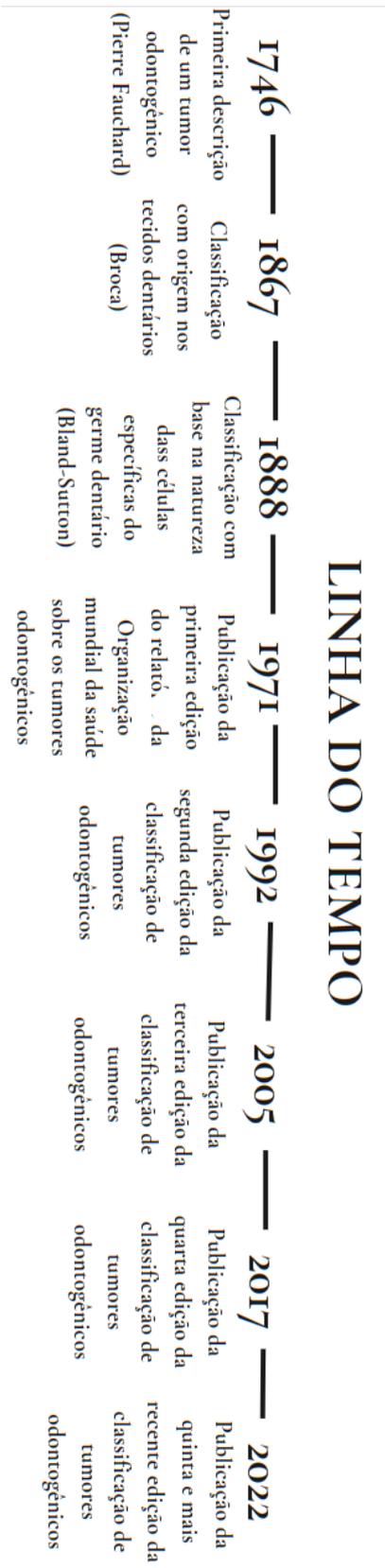
A mudança que ocorreu na edição passada, na qual o queratocisto odontogênico transitou da posição de tumor e voltou a ser considerado um cisto, foi mantida nesta nova edição. O tumor odontogênico epitelial calcificante foi subdividido em três subtipos histopatológicos: células claras, cístico/microcístico e

não calcificado/rico em células de Langerhans. Vale ressaltar que a classificação deste último tipo ainda é objeto de debate, pela possibilidade de enquadrá-lo como subtipo amilóide do fibroma odontogênico para uma classificação mais precisa. (XIE et al, 2023)

O termo “convencional”, anteriormente atribuído como termo descritor do ameloblastoma e ausente na edição de 2017, foi reintegrado nesta nova edição da classificação. Além disso, uma nova entidade foi incluída nessa nova edição, o ameloblastoma adenóide, classificado como um tumor odontogênico epitelial benigno (GHAI, 2022).

O odontoma segue sendo a segunda lesão odontogênica mais frequente, logo após ameloblastomas. Na edição de 2017, a variante do mixoma odontogênico com maior quantidade de colágeno era classificado como mixofibroma. Contudo, na nova classificação essa entidade foi redesignada como fibromixoma. (SOLUK-TEKKESIN; WHIGHT, 2022)

Figura 1 - Linha do tempo dos principais acontecimentos



Fonte: produzido pelo autor, 2024.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com base em dados secundários.

Após aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob número de CAAE 71312723.0.0000.5208, foram analisados os prontuários e laudos referentes aos tumores odontogênicos, armazenados no laboratório de patologia oral da Universidade Federal de Pernambuco, entre os anos de 2000 a 2023. Dados clínicos e demográficos foram registrados, tais como idade, sexo e hipótese diagnóstica das lesões.

No início da pesquisa, foi levantada a possibilidade de coletar outros dados dessas lesões, como: região acometida, cor de pele e dados radiográficos, no entanto, a ausência do registro dessas informações foi uma grande limitação encontrada pelos pesquisadores e os escassos registros desses dados não entraram na análise da pesquisa.

A análise desses documentos e a coleta dos dados foi feita pelo pesquisador, que devidamente calibrado conseguiu identificar as lesões que faziam parte da amostra da pesquisa. Foram incluídos na amostra os diagnósticos histopatológicos de tumores odontogênicos, levando em consideração as lesões consideradas como tumores pela OMS, no ano do seu diagnóstico. Sendo assim, lesões como o tumor odontogênico queratocístico entraram na amostra. Foram excluídos da pesquisa os tumores onde não foi possível localizar o prontuário ou laudo correspondente.

Os casos incluídos na pesquisa foram recuperados para revisão e análise, e foram armazenados na forma de banco de dados do programa de informática SPSS versão 20 (Statistical Package for Social Sciences - IBM) para Windows.

## 4 RESULTADOS

Foram levantados 254 casos correspondentes a tumores odontogênicos, durante o período entre 2000 e 2023, no laboratório de patologia oral da Universidade Federal de Pernambuco. Desse total, 23 (9,1%) foram excluídos da pesquisa pela ausência dos prontuários ou laudo. Foram incluídos no estudo um total de 231 casos (90,9%). Esses casos foram inicialmente agrupados de acordo com a mais recente versão de tumores odontogênicos de cabeça e pescoço da OMS, sendo divididos entre tumores epiteliais, mistos e mesenquimais, e os tumores que não pertenciam mais a essa nova classificação 43 casos (16,9%), os mesmos foram incluídos na pesquisa, mas tabelados separadamente (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição de lesões por grupos

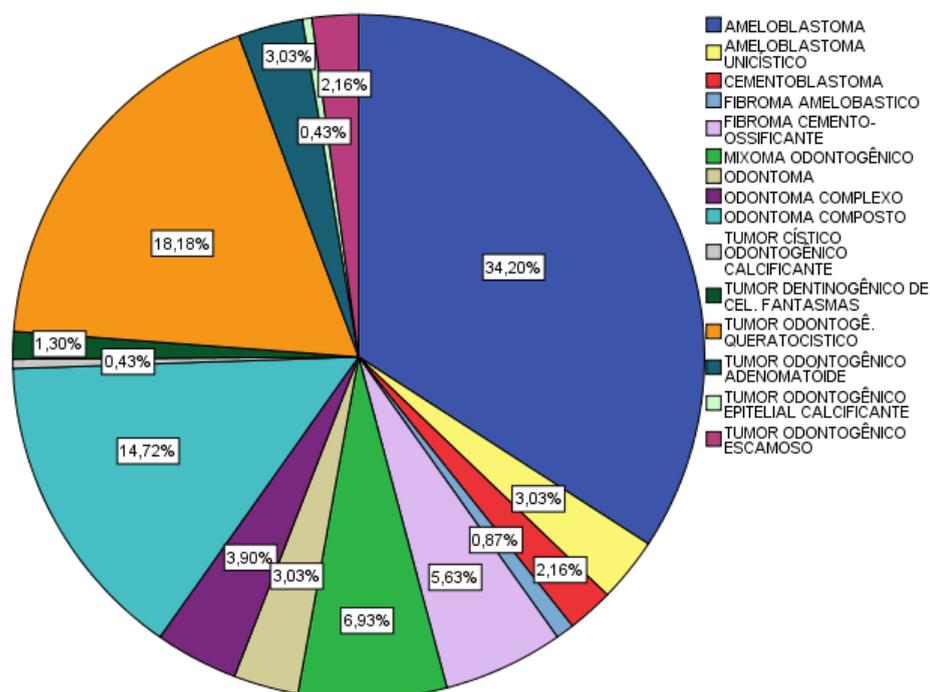
<b>Tumores odontogênicos</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
<b>Tumores epiteliais</b>	<b>99</b>	<b>52,66%</b>
Ameloblastoma	79	79,80%
Ameloblastoma adenóide	0	0,00%
Ameloblastoma extraósseo/ periférico	0	0,00%
Ameloblastoma unicístico	7	7,07%
Tumor odontogênico adenomatóide	7	7,07%
Tumor odontogênico epitelial calcificante	1	1,01%
Tumor odontogênico escamoso	5	5,05%
<b>Tumores mistos</b>	<b>55</b>	<b>29,26%</b>
Fibroma ameloblástico	2	3,64%
Odontoma (não identificado)	7	12,73%
Odontoma complexo	9	16,36%
Odontoma composto	34	61,82%
Tumor dentinogênico de células fantasmas	3	5,45%
Tumor odontogênico primordial	0	0,00%
<b>Tumores mesenquimais</b>	<b>34</b>	<b>18,09%</b>
Cementoblastoma	5	14,71%
Fibroma cimento-ossificante	13	38,24%
Fibroma odontogênico	0	0,00%

Mixoma odontogênico	16	47,06%
<b>Total de coletas</b>	<b>188</b>	<b>100,00%</b>
<b>Classificados nas edições anteriores</b>	<b>43</b>	
<b>Excluídos da pesquisa</b>	<b>23</b>	

Fonte: Laboratório de Patologia Oral/UFPE, 2024.

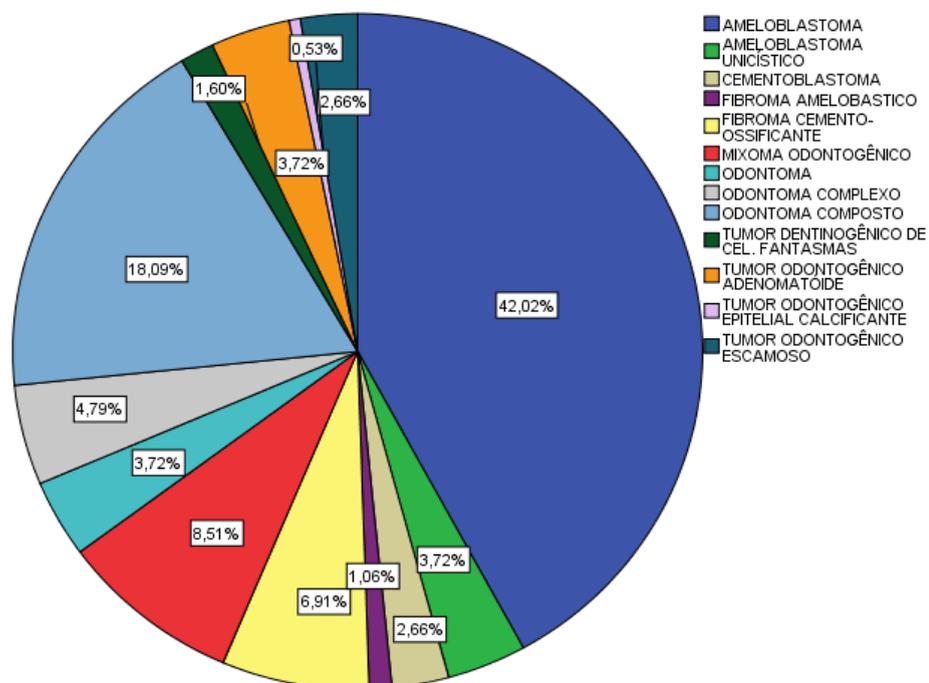
Notou-se que as lesões de origem epitelial foram as mais frequentes (52,66%), seguidas pelas mistas (29,26%) e por último as mesenquimais (18,09%). O ameloblastoma foi a lesão encontrada em maior quantidade, totalizando 79 casos (79,80%) da amostra de lesões epiteliais. No grupo das lesões mistas, o odontoma composto foi o mais encontrado, com um total de 34 casos (61,82%), esse número podendo ser ainda maior, pois alguns casos não especificavam se se tratavam de odontomas complexos ou compostos; 7 casos não tiveram seu tipo identificado (12,73%), sendo necessária uma reavaliação da lesão. Quanto aos tumores mesenquimais, duas lesões se destacaram com mais prevalência, primeiro o mixoma odontogênico com 16 casos (47%) seguido do fibroma cemento-ossificante com 13 casos (38,2%). Os gráficos 1 e 2 foram produzidos com o intuito de comparar o impacto da classificação do ceratocisto odontogênico e do cisto odontogênico calcificante e na categoria de tumor.

Gráfico 1 – Gráfico de todas as lesões encontradas na pesquisa



Fonte: Laboratório de Patologia Oral/UFPE, 2024.

Gráfico 2 – Gráfico com base nas lesões da classificação de 2022



Fonte: Laboratório de Patologia Oral/UFPE, 2024.

Na tabela 2 foi separada as lesões que fizeram parte das edições anteriores dos tumores odontogênicos de cabeça e pescoço, e que não estão mais presentes na edição atual. A lesão que mais se destaca nessa tabela é o atual queratocisto odontogênico (antigo tumor odontogênico queratocístico) com 42 casos (97, 67%). Sendo uma lesão que na classificação atual se encontra na categoria dos cistos de desenvolvimento. Também foi identificado 1 caso de ameloblastoma multicístico, uma classificação que deixou de existir, e um caso de tumor odontogênico cístico calcificante, que também não existe na classificação atual, cada um representando o valor de (2,27%) do total (tabela 2).

Tabela 2- Lesões classificadas em outras categorias

<b>Tumores odontogênicos que sofreram alterações durante as classificações da OMS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Tumor odontogênico cístico calcificante	1	2,33%
Tumor odontogênico queratocístico	42	97,67%
<b>Total de coletas</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Laboratório de Patologia Oral/UFPE, 2024.

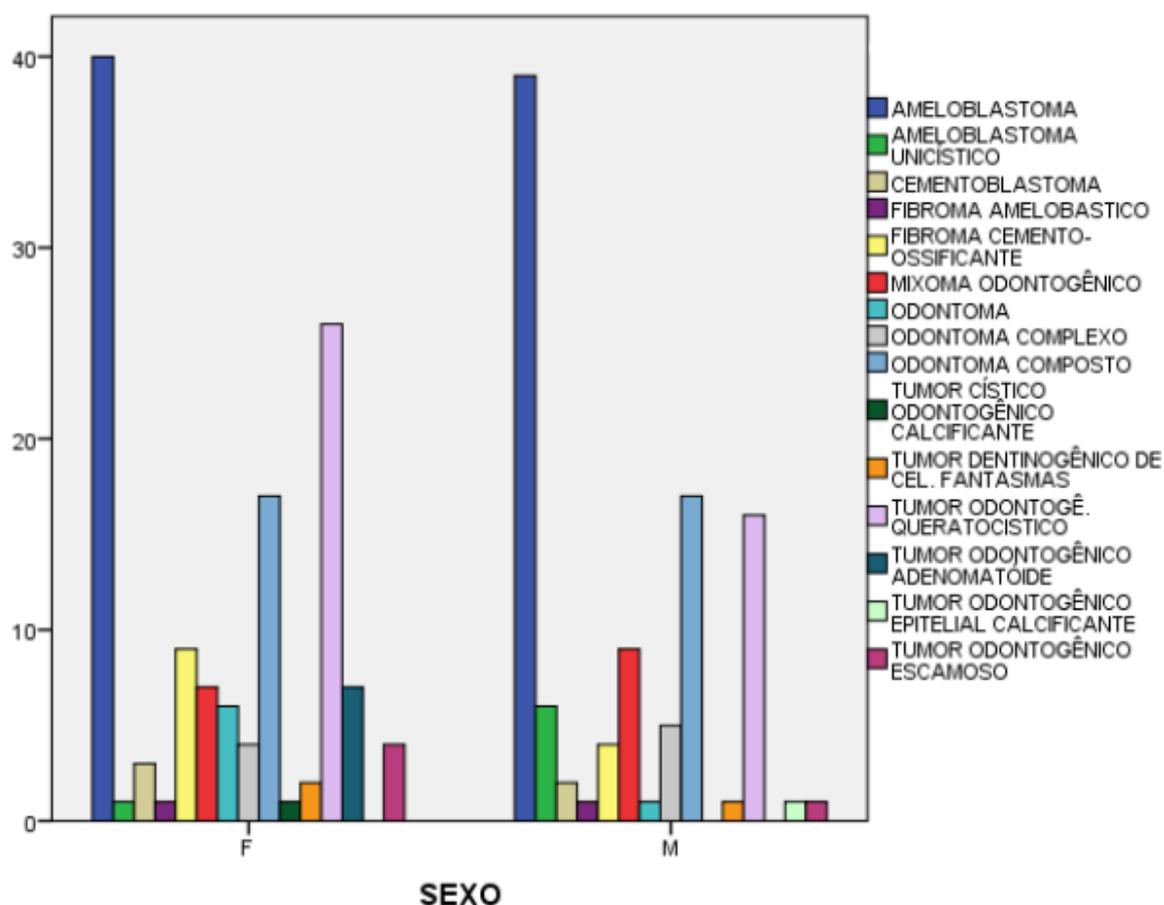
A tabela 3 corresponde a distribuição das lesões encontradas com o sexo dos pacientes. Com relação ao valor total da amostra, foi possível identificar um maior acometimento de pessoas do sexo feminino, correspondendo a aproximadamente (54%) dos casos. Quanto as lesões individuais, é válido destacar o tumor odontogênico adenomatoide, que teve um total de (100%) dos seus casos atribuídos ao sexo feminino, o ameloblastoma unicístico com aproximadamente (86%) dos seus casos atribuídos ao sexo masculino, o odontoma composto que apresentou uma divisão igual entre ambos os sexos (50%). O gráfico 3 representa a divisão por sexo das lesões da pesquisa.

Tabela 3- Distribuição das lesões por sexo

TUMORES	SEXO			
	M	M (%)	F	F (%)
<b>Total de tumores epiteliais (n=99)</b>	<b>46</b>	<b>46,46%</b>	<b>53</b>	<b>53,54%</b>
Ameloblastoma	38	48,10%	41	51,90%
Ameloblastoma adenóide	0	0,00%	0	0,00%
Ameloblastoma extraósseo/ periférico	0	0,00%	0	0,00%
Ameloblastoma unicístico	6	85,71%	1	14,29%
Tumor odontogênico adenomatóide	0	0,00%	7	100,00%
Tumor odontogênico epitelial calcificante	1	100,00%	0	0,00%
Tumor odontogênico escamoso	1	20,00%	4	80,00%
<b>Total de tumores mistos (n=55)</b>	<b>25</b>	<b>45,45%</b>	<b>30</b>	<b>54,55%</b>
Fibroma ameloblástico	1	50,00%	1	50,00%
Odontoma (não identificado)	1	14,29%	6	85,71%
Odontoma complexo	5	55,56%	4	44,44%
Odontoma composto	17	50,00%	17	50,00%
Tumor dentinogênico de células fantasmas	1	33,33%	2	66,67%
Tumor odontogênico primordial	0	0,00%	0	0,00%
<b>Total de tumores mesenquimais (n=34)</b>	<b>15</b>	<b>44,12%</b>	<b>19</b>	<b>55,88%</b>
Cementoblastoma	2	40,00%	3	60,00%
Fibroma cemento-ossificante	4	30,77%	9	69,23%
Fibroma odontogênico	0	0,00%	0	0,00%
Mixoma odontogênico	9	56,25%	7	43,75%
<b>TOTAL (%)</b>	<b>86</b>	<b>45,74%</b>	<b>102</b>	<b>54,26%</b>

Fonte: Laboratório de Patologia Oral/UFPE, 2024.

Gráfico 3 - Divisão por sexo de todas as lesões encontradas na pesquisa



Fonte: Laboratório de Patologia Oral/UFPE, 2024.

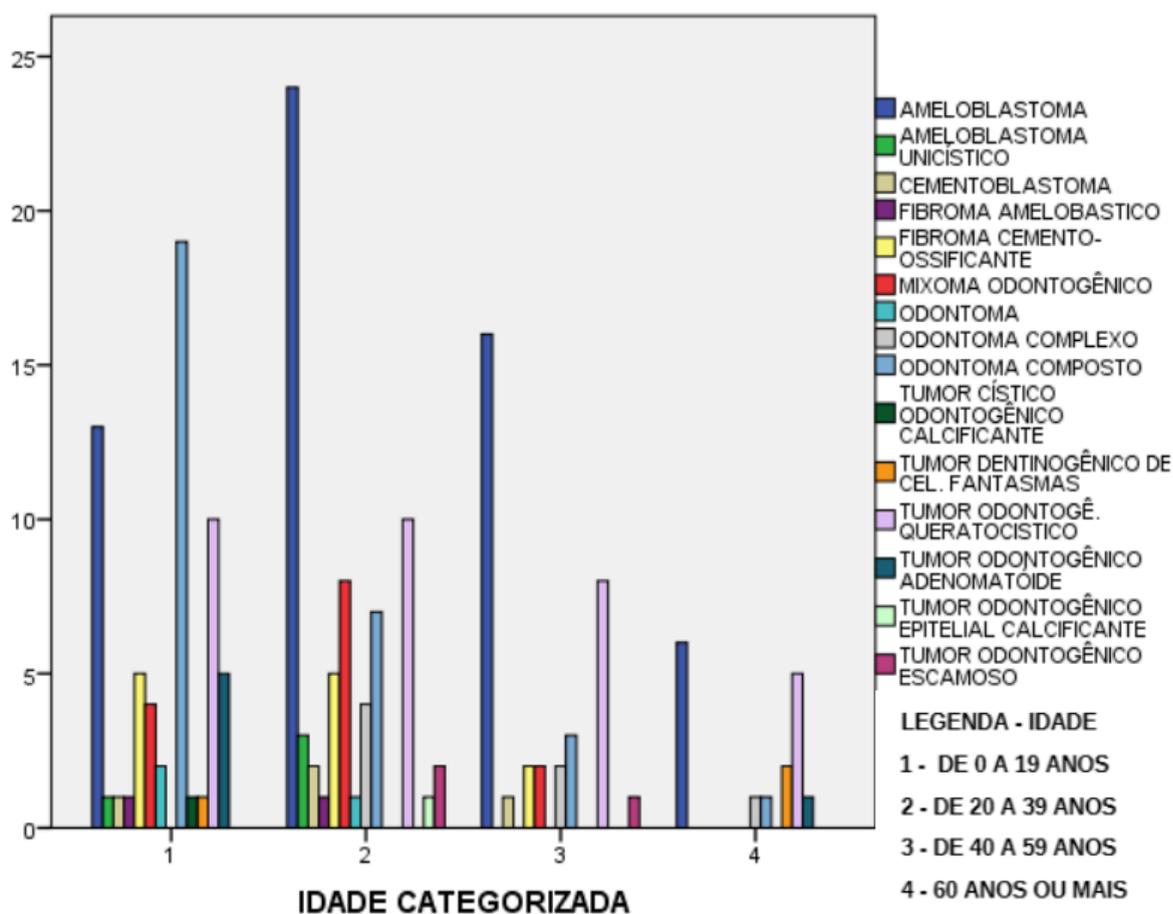
A tabela 4 apresentou as mesmas lesões da tabela anterior, porém, divididas de acordo com a faixa etária dos pacientes. Houve a delimitação da faixa etária mínima e máxima de cada lesão, sendo a variação total indo de 1 ano de idade até os 83 anos. Em seguida foi identificado a média de idade também correspondente a cada uma dessas lesões, apresentando um valor médio total de aproximadamente 21 anos de idade.

O intervalo entre 10 e 19 anos apresentou o maior número de casos identificados, correspondendo a (23,53%) da amostra, seguido pelo intervalo de 20 a 29 anos com (21,39%).

Trinta e nove casos da amostra não apresentaram a identificação da idade do paciente, sendo separados em uma coluna da tabela como os NI (não identificado), esse valor corresponde a aproximadamente (21%) do valor total da amostra.

O ameloblastoma convencional foi a lesão que apresentou a maior variação de idade dentre todas as outras. O paciente mais novo diagnosticado tinha 1 ano e o mais velho possuía 83 anos, sendo esse o paciente com a maior idade identificada em toda a pesquisa. Também é relevante destacar que lesões como: ameloblastoma unicístico, fibroma ameloblástico e os odontomas (não identificados) apresentaram variações muito baixas com relação à faixa etária, onde a maioria dos casos tinha valor médio em torno de 20 anos de idade ou menos. O gráfico 4 representa a divisão por faixas etárias das lesões da pesquisa, sendo divididas em quatro categorias.

Gráfico 4 - Divisão por faixa de idade das lesões encontradas na pesquisa



Fonte: Laboratório de Patologia Oral/UFPE, 2024.

Tabela 4- Distribuição de lesões por idade, por faixa etária

Tumores odontogênicos	Faixa etária	Média das idades	Idade dos grupos									NI	Total	
			0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80		n	%
<b>Total de tumores epiteliais (n=99)</b>														
Ameloblastoma	1-83	36	1	13	16	8	7	9	4	0	2	19	79	42,02%
Ameloblastoma adenóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Ameloblastoma extraósseo/ periférico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Ameloblastoma unicístico	8-26	20	1	0	3	0	0	0	0	0	0	3	7	3,72%
Tumor odontogênico adenomatóide	13-79	26	0	5	0	0	0	0	0	1	0	1	7	3,72%
Tumor odontogênico epitelial calcificante	27	27	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,53%
Tumor odontogênico escamoso	20-49	33	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	5	2,66%
<b>Total de tumores mistos (n=55)</b>														
Fibroma ameloblástico	12-22	17	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1,06%
Odontoma (não identificado)	12-29	17,6	0	2	1	0	0	0	0	0	0	4	7	3,72%
Odontoma complexo	20-65	36,2	0	0	3	1	2	0	1	0	0	2	9	4,79%
Odontoma composto	6-61	20,9	4	15	5	2	1	2	1	0	0	4	34	18,09%
Tumor dentinogênico de células fantasmas	14-67	47	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	3	1,60%
Tumor odontogênico primordial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
<b>Total de tumores mesenquimais (n=34)</b>														
Cementoblastoma	7-45	25,7	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	5	2,66%
Fibroma cimento-ossificante	10-53	27,4	0	5	2	3	1	1	0	0	0	1	13	6,91%
Fibroma odontogênico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Mixoma odontogênico	5-53	25,4	1	3	5	3	0	2	0	0	0	2	16	8,51%
<b>Total</b>	<b>1-83</b>	<b>21,04</b>	<b>8</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>39</b>	<b>188</b>	<b>100,00%</b>
<b>%</b>			<b>4,26%</b>	<b>23,94%</b>	<b>21,28%</b>	<b>9,57%</b>	<b>6,91%</b>	<b>7,45%</b>	<b>4,26%</b>	<b>0,53%</b>	<b>1,06%</b>	<b>20,74%</b>	<b>100,00%</b>	

Fonte: Laboratório de Patologia Oral/UFPE, 2024.

## 5 DISCUSSÃO

O crescente conhecimento sobre as lesões tumorais de origem odontogênica que podem acometer a população contribui muito no processo de diagnóstico e tratamento adequado dessas enfermidades, assim como os dados quanto a prevalência dessas lesões permitem o reconhecimento de padrões que podem ser utilizados em planejamentos de tratamento das mesmas (SOUZA, 2022; MELO et al, 2023).

A publicação científica de trabalhos que discutem e avaliam as principais mudanças divulgadas pelo documento da OMS, sobre os tumores de cabeça e pescoço, demonstra o quanto a comunidade acadêmica concorda ou não com essas alterações. Como é o caso de Souza (2018), que publicou uma revisão sobre as principais alterações da quarta edição desse documento, onde concluiu que tais mudanças simplificaram as versões anteriores e a redesignação do tumor odontogênico queratocístico novamente como um cisto e não mais como um tumor, era mais coerente. Já Siozopoulou e Vanhoenacker (2020), enfatizaram a importância da correta padronização da nomenclatura das lesões, permitindo um melhor entendimento mútuo entre os pesquisadores de diversas localizações. De Barros et al (2019), também abordaram em sua publicação a importância que essas mudanças têm no impacto dos dados epidemiológicos. Eles concluíram seu trabalho enfatizando que a padronização desses dados, de acordo com as mais recentes divulgações da OMS, é de suma importância para a ciência.

A 5ª edição desse documento trouxe mudanças muito pertinentes, tanto no aspecto genético, no qual o ritmo acelerado da tecnologia molecular proporcionou a descoberta de novas informações sobre algumas lesões, quanto no aspecto atual da sociedade, com a tecnologia se tornando cada vez mais rápida, com descobertas quase que diárias e divulgações de novas informações de maneira imediata. Seguindo essa tendência, a 5ª edição foi publicada integralmente no formato digital, sendo possível acessar o conteúdo a qualquer momento através de dispositivos eletrônicos, o que garante muito mais comodidade e facilidade (VERED; WHIGHT, 2022).

Nessa edição, também foi disponibilizado pelo menos uma imagem da composição histológica correspondente a cada lesão, possibilitando uma melhor

apreciação dos achados microscópicos. Além disso, houve a adição de critérios diagnósticos essenciais e desejáveis para cada uma dessas lesões, facilitando o processo diagnóstico por parte dos profissionais. (VERED; WHIGHT, 2022; ANBINSELVAM et al, 2024)

A única nova entidade adicionada foi o ameloblastoma adenóide, um tumor epitelial benigno. Por se tratar de uma nova entidade, nesse estudo não foi encontrado nenhum caso registrado dessa lesão, contudo, em estudos futuros das lâminas histológicas identificadas nessa pesquisa, poderá ser possível a identificação de casos que se enquadrem na descrição dessa nova lesão. (VERED; WHIGHT, 2022) Ela foi definida como uma neoplasia com arquétipo cribriforme e estrutura semelhante a ductos, com tecido dentinóide frequentemente presente. (JAYASOORIYA et al, 2022) Em uma revisão crítica publicada por Bastos et al (2023), eles apontaram a possibilidade de alguns casos anteriormente diagnosticados como tumor dentinogênico de células fantasmas ser reclassificado com mais precisão como ameloblastoma adenoide, devido a sobreposição de características microscópicas entre essas lesões.

Segundo JAYASOORIYA et al (2022), cerca de 40 casos já foram publicados sobre essa lesão, sua incidência foi na faixa etária de 25 a 52 anos, com leve predileção pelo sexo feminino e mais frequente em mandíbula, se manifestando como um inchaço indolor e ocasionalmente com dor e parestesia. Os achados histológicos se assemelham com o ameloblastoma, com estruturas espiraladas e arquitetura cribriforme com quantidades variadas de tecido dentinóide. A lesão também apresenta comportamento agressivo, com infiltração local e taxa de recorrência de 45% e 75%. (SOLUK-TEKKESIN; WHIGHT, 2022)

O tumor odontogênico adenomatóide foi publicado com uma seção detalhada de diagnósticos diferenciais, com o intuito de evitar diagnósticos errados devido à sobreposição histopatológica, enfatizando a importância do uso do exame radiográfico complementar para auxiliar na identificação dessas lesões. Na pesquisa, foram identificados 7 casos (7,14%) desses tumores, com uma prevalência de 100% para o sexo feminino e faixa etária predominando entre 10 e 19 anos. Analisando a literatura, foi possível encontrar dados que corroboram com os achados da pesquisa, como é o caso do estudo de série de casos realizado por Sam et al (2022), onde foi identificado uma predileção dessa lesão pelo sexo feminino (64,3%) e uma idade

média 20,6 anos, valor bem próximo do encontrado em nossa pesquisa. Em outro estudo realizado por Bansal et al (2022), em uma população indiana, foi notado novamente uma média de idade de 19,8 anos com uma predileção discreta para o sexo feminino.

Nos dados publicados, não houve nenhuma grande alteração quanto ao tumor odontogênico escamoso. Na pesquisa, foram encontrados 5 casos, com predominância do sexo feminino e com média de idade de 33 anos. Em sua revisão da literatura, Upadhyaya et al (2021) identificou que o valor médio da idade dos pacientes diagnosticadas com essa lesão era de 34,2 anos, valor bastante próximo do encontrado nessa pesquisa, entretanto, a distribuição por sexo foi por igual, diferindo nesse aspecto dos dados desse estudo.

Já o tumor odontogênico epitelial calcificante apresentou mudanças significativas, com três subtipos descritos: tumor odontogênico epitelial calcificante de células claras, cístico/microcístico e não calcificante/rico em células de Langerhans. Porém, SOLUK-TEKKESIN, 2022, enfatiza que não foi descrito nenhum critério diagnóstico diferencial para distinguir o tipo não calcificante/rico em células de Langerhans do subtipo rico em amilóide do fibroma odontogênicos, podendo tratar-se do mesmo tumor. Na pesquisa, apenas 1 caso dessa lesão foi encontrado, em um paciente do sexo masculino.

Na edição de 2017 o termo “convencional” foi omitido para descrever o ameloblastoma, sendo reintroduzido nessa nova edição. Além disso, na edição de 2017 foi discutida a possibilidade de mudança do ameloblastoma unicístico tipo mural, para o tipo convencional, tendo como embasamento teórico a necessidade de tratamentos cirúrgicos mais agressivos para ambas as lesões. Nessa nova classificação o ameloblastoma unicístico permaneceu com seus três subtipos: luminal, intraluminal e mural, e também foi descoberto que tanto o convencional quanto o unicístico abrigam mutações BRAF-V600E, uma variação do gene BRAF que parece estar biologicamente interligado com a imunologia do ambiente tumoral (LOO, et al, 2018). Sendo assim, elas podem ser submetidas a tratamentos direcionados ao BRAF, que tem potencial de reduzir o tamanho do tumor e possibilitando uma intervenção cirúrgica mais conservadora (VERED; WHIGHT, 2022; SUSTAITA-NUNEZ et al, 2023). Curiosamente, não foram encontradas mutações BRAF-V600E no ameloblastoma adenoide, e essa falta de reatividade faz

questionar sua relação com o ameloblastoma e se realmente a sua nomenclatura é coerente (VERED; WHIGHT, 2022). Em uma descrição clínico-patológica de 4 casos de ameloblastoma adenoide, KHALAJ et al (2023) afirmam que apesar das limitações do estudo, todos apresentaram mutação BRAF negativa, questionando assim a nomenclatura “ameloblastoma” atribuída a lesão e sugerindo uma mudança para o termo “ameloblástico”.

Na presente pesquisa foi possível identificar uma maior prevalência do ameloblastoma convencional com 78 casos (79,59%) e apenas 7 casos (7,14%) do tipo unicístico, mudanças na classificação dessas lesões poderiam gerar alterações em dados epidemiológicos de prevalência na clínica escola da UFPE. As lesões correspondentes aos tumores odontogênicos ceratocistos que foram coletadas na pesquisa corresponderam a 42 casos da amostra, valor mais alto do que o odontoma e mixoma odontogênico. A mudança de categoria dessa lesão causa um enorme impacto nos dados epidemiológicos dos tumores odontogênicos. Em um estudo retrospectivo desenvolvido por Da costa et al (2012), no qual foram avaliadas 15.748 biópsias, 288 casos foram diagnosticados como essa lesão, sendo o tumor odontogênico ceratocístico o que apresentou a maior frequência, ficando a frente do próprio ameloblastoma.

Uma mudança que aconteceu na edição de 2017 e que se manteve na mais recente é a classificação do ameloblastoma metastatizante como um tumor benigno, lesão que na edição de 2005 era considerada um tumor odontogênico maligno. Mover uma lesão metastatizante com taxa de mortalidade de 30% para categorias das lesões benignas é uma decisão bastante controversa e em edições futuras esse tópico deve ser melhor esclarecido (VERED; WHIGHT, 2022; SOLUK-TEKKESIN; WHIGHT, 2022).

O odontoma segue sendo a segunda lesão odontogênica mais comum, e nessa nova edição apresenta uma discussão quanto a teoria de que o ameloblastoma fibroodontoma e o fibrodentinoma ameloblástico eram na verdade odontomas em desenvolvimento. Contudo, a presença de mutações BRAF-V600E em algumas dessas lesões apoia a ideia de que algumas delas não se enquadram nessa teoria, pois os odontomas não apresentam essas mutações (LOYOLA, 2015). Na pesquisa realizada por Boffano et al (2023), 127 pacientes com odontomas tiveram seus dados coletados e analisados, como resultados foi identificada uma preferência pelo

sexo masculino, idade média de 22 anos. Nesta pesquisa, o odontoma foi a segunda lesão mais prevalente, tendo uma preferência pouco maior para o sexo feminino e predominância de idade entre 10 e 29 anos.

O fibroma cemento-ossificante que em 2017 já havia sido definido como um tumor odontogênico mesenquimal benigno, mas era discutido detalhadamente junto com os outros fibromas ossificantes na secção fibro-óssea, foi integralmente introduzido como mesenquimal benigno nessa classificação atual, sendo completamente separado dos tipos trabecular e juvenil não odontogênico (VERED; WHIGHT, 2022; SOLUK-TEKKESIN; WHIGHT, 2022). O termo “cimento-ossificante” foi mantido na edição de 2022 para descrever a variante dessa lesão que tem origem de tecidos odontogênicos, e o termo “juvenil” foi eliminado da classificação (TATER; DIAJIL, 2023). Nesta pesquisa, foram identificados 13 casos dessa lesão, com predomínio pelo sexo feminino e idade entre 10 e 39 anos. É válido ressaltar que o fibroma ossificante periférico não deve ser considerado como uma contraparte do cemento-ossificante, mas sim como uma hiperplasia gengival reativa com mineralização, tal informação auxiliou durante a coleta da seguinte pesquisa, sendo possível distinguir ambas as lesões (DE-SENA et al, 2019).

O mixoma odontogênico não apresentou uma grande variação entre o sexo feminino e masculino, mas as lesões foram mais prevalentes entre 10 e 39 anos. Quanto às suas atualizações nessa nova edição, a lesão com maior quantidade de colágeno, antes chamada de mixofibroma, passou a ser denominada fibromixoma. Além disso, foi identificada a presença de mutações ativadoras na via de sinalização MAPK/ERK, e a inibição dessa via pode reduzir o crescimento desses tumores (VERED; WHIGHT, 2022).

O cementoblastoma também apresentou atualizações quanto a achados moleculares, tendo sido identificada uma superexpressão de c-FOS, levantando o questionamento de se tratar de um tumor odontogênico único ou uma neoplasia óssea simples (VERED; WHIGHT, 2022). E a classificação do ceratocisto odontogênico que em 2017 foi uma das maiores mudanças da edição segue como a mesma entidade. Nesta pesquisa foram identificadas 42 lesões diagnosticadas como tumor odontogênico queratocístico, durante o período em que a lesão foi definida como um tumor odontogênico. Com base nos dados demográficos, observou-se um acometimento de pacientes mais jovens, assim como na pesquisa publicada por

Habibi et al (2007), na qual foi realizada uma análise retrospectiva de 83 casos desses tumores e ao final da análise dos dados demográficos, foi possível identificar uma tendência maior ao acometimento de pacientes mais jovens. No entanto, o próprio autor afirma em seu trabalho que esses dados foram diferentes dos encontrados na literatura, onde é mais comum a prevalência de dados sobre o acometimento dessas lesões em pacientes mais velhos.

Uma última fragilidade da pesquisa que merece ser destacada é o fato do laboratório receber apenas lesões tumores que são tratadas em ambiente hospitalar, que se resumem a biópsias incisionais. Sendo apenas uma pequena amostra da lesão que muitas vezes pode não representar a verdadeira natureza da lesão.

## 6 CONCLUSÃO

Baseando-se nos resultados obtidos nesta pesquisa, foi possível identificar lesões que anteriormente foram agrupadas em classificações que não correspondem mais aos dados da atualidade, destacando a importância de manter essas informações sempre alinhadas com as novas descobertas publicadas pela OMS em 2022. Além disso, os dados epidemiológicos encontrados estão em consonância com os divulgados na quinta edição de tumores odontogênicos, confirmando a relevância dessas pesquisas na definição de perfis sociais e demográficos associados a essas lesões. A literatura carece de estudos brasileiros sobre dados epidemiológicos, sendo a grande maioria dos artigos encontrados de estudos estrangeiros, o que demonstra o quanto essa área ainda é pouco explorada no Brasil. A análise das classificações anteriores permitiu concluir que a cada nova edição, termos e nomenclaturas são simplificados, novos achados microscópicos são descobertos, lesões antigas são renomeadas e novas são identificadas, como exemplificado pelo ameloblastoma adenoide, lesão recentemente reconhecida nessa nova edição.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDER, C.; MALEKI, Z. Ameloblastic carcinoma with metastasis to the parotid gland. **Diagn Cytopathol**, v. 46, n. 2, p. 162-164, 2018.

ANBINSELVAM, A. et al. Comparison of diagnostic methods for detection of BRAFV600E mutation in ameloblastoma. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 53, n. 1, p. 78-87, 2024.

BASTOS, V. C.; GOMES, C. C.; GOMEZ, R. S. Adenoid ameloblastoma versus dentinogenic ghost cell tumor. **Head and neck pathology**, v. 17, n. 1, p. 275-276, 2023.

BANSAL, S. P. et al. Analysis of 55 cases of adenomatoid odontogenic tumor in an Indian population and review of literature. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 27, n. 1, p. e85, 2022.

BARRIOS-GARAY, K. et al. Analyses of odontogenic tumours: the most recent classification proposed by the World Health Organization (2017). **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 25, n. 6, p. e732, 2020.

BAUMHOER, D. Odontogenic tumours and bone tumours of the jaw: Changes in the new WHO classification. **Der Pathologe**, v. 39, p. 35-41, 2018.

BHASKAR, S. N. Synopsis of Oral Pathology. **The C. V. Mosby co, St Louis**, p. 225-6, 1969.

BIANCO, B. C. F. et al. New WHO odontogenic tumor classification: impact on prevalence in a population. **Journal of Applied Oral Science**, v. 28, 2019.

BROCA, P. P. Recherches sur un nouveau groupe de tumeurs de 'signe'es sous le nom d'odontomes. Paris 1867.

BOFFANO, P. et al. The epidemiology and management of odontomas: a European multicenter study. **Oral and maxillofacial surgery**, v. 27, n. 3, p. 479-487, 2023.

CHEN, Y. et al. A hybrid odontogenic tumor of calcifying odontogenic cyst, ameloblastic fibroma, and complex odontoma. **Journal of Dental Sciences**, v. 17, n. 1, p. 595, 2022.

DA-COSTA, D. O. P. et al. Odontogenic tumors: a retrospective study of four Brazilian diagnostic pathology centers. **Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**, v. 17, n. 3, p. e389, 2012.

DESAI, R. S. et al. Cemento-ossifying fibroma and juvenile ossifying fibroma: Clarity in terminology. **Oral Oncology**, v. 113, p. 105050-105050, 2020.

DE BARROS, A. V. M. et al. Cistos e Tumores Odontogênicos em uma população brasileira: análise retrospectiva de 12 anos à luz da 4ª Edição da Classificação dos Tumores de Cabeça e Pescoço da OMS. **CEP**, v. 56, p. 200, 2019.

DE-SENA, L. et al. Peripheral odontogenic fibroma in the mandibular gingiva: case report. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 55, p. 192-201, 2019.

DE SOUZA, T. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou?. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 1, 2018.

FOMETE, B.; OSUNDE, O. D.; OGBEIFUN, J. O. A Thirteen-year Retrospective Analysis of 179 Odontogenic Tumours in a Nigerian Tertiary Healthcare Facility. **West Indian med. j. [online]**, v. 67, n. 3, p. 233-237, 2018.

FUMIO, M. et al. The True History of Cementoblastoma. **Head and Neck Pathology**, v. 17, n. 2, p. 528-533, 2023.

GHAH, S. Ameloblastoma: an updated narrative review of an enigmatic tumor. **Cureus**, v. 14, n. 8, 2022.

GONZÁLEZ-ALVA, P. et al. Keratocystic odontogenic tumor: a retrospective study of 183 cases. **Journal of oral science**, v. 50, n. 2, p. 205-212, 2008.

GUNDLACH, K. K. H. Odontogenic tumors. **Mund-, Kiefer-und Gesichtschirurgie**, v. 4, p. 187-195, 2000.

HABIBI, A. et al. Keratocystic odontogenic tumor: a 10-year retrospective study of 83 cases in an Iranian population. **Journal of oral science**, v. 49, n. 3, p. 229-235, 2007.

IMRAN, A. et al. Classification of odontogenic cysts and tumors—Antecedents. **Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP**, v. 20, n. 2, p. 269, 2016.

JAYASOORIYA, P. R. et al. Diagnostic enigma of adenoid ameloblastoma: literature review based evidence to consider it as a new sub type of ameloblastoma. **Head and neck pathology**, v. 16, n. 2, p. 344-352, 2022.

JOHNSON, N. R. et al. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. **Journal of investigative and clinical dentistry**, v. 5, n. 1, p. 9-14, 2014.

JUNDT, G.; REICHART, P. A. Benign odontogenic ectomesenchymal tumors. **Der Pathologe**, v. 29, p. 199-204, 2008.

KHALAJ, F. et al. Adenoid 'ameloblastoma': Clinicopathological description of 4 additional BRAF-negative cases. **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 124, n. 6, p. 101585, 2023.

KRAMER, I. R. H.; PINDBORG, J. J. SHEAR, M. The World Health Organization histological typing of odontogenic tumours. **European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology**, v. 29, n. 3, p. 169-171, 1993.

KRAMER, I. R. H.; PINDBORG, J. J.; SHEAR, M. The WHO Histological typing of odontogenic tumours. **Cancer**, v. 70, n. 12, p. 2988-2994, 1992.

LOYOLA, Adriano Mota et al. Adenoid ameloblastoma: clinicopathologic description of five cases and systematic review of the current knowledge. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology**, v. 120, n. 3, p. 368-377, 2015.

LOO, E. et al. BRAF V600E mutation across multiple tumor types: correlation between DNA-based sequencing and mutation-specific immunohistochemistry. **Applied Immunohistochemistry & Molecular Morphology**, v. 26, n. 10, p. 709-713, 2018.

MEDEIROS, W. K.; DA SILVA, L. P.; SANTOS, P. P.; PINTO, L. P.; DE SOUZA, L. B. Clinicopathological analysis of odontogenic tumors over 22 years period: Experience of a single center in northeastern Brazil. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 23, p. 664–71, 2018.

MELO, G. et al. Prevalence of oral and maxillofacial lesions in children and adolescents at a regional Brazilian oral pathology service: a retrospective study and the relevant literature review. **European Archives of Paediatric Dentistry**, p. 1-9, 2023.

ORTEGA, L. et al. Ameloblastic fibroma of the mandible. Report of two cases. **Medicina Oral: Organo Oficial de la Sociedad Espanola de Medicina Oral y de la Academia Iberoamericana de Patologia y Medicina Bucal**, v. 8, n. 2, p. 150-153, 2003.

OSTERNE, R. L. V. et al. Odontogenic tumors: a 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 111, n. 4, p. 474-481, 2011.

PHILIPSEN, H. P.; REICHART, P. A. Classification of odontogenic tumours. A historical review. **Journal of oral pathology & medicine**, v. 35, n. 9, p. 525-529, 2006.

PHILIPSEN, H. P.; REICHART, P. A. Revision of the 1992-edition of the WHO histological typing of odontogenic tumours. A suggestion. **Journal of oral pathology & medicine**, v. 31, n. 5, p. 253-258, 2002.

PINDBORG, J. J.; CLAUSEN, F. Classification of odontogenic tumors. A suggestion. **Acta Odont Scand**, v. 16, p. 293–301, 1958.

POGREL, M. A. The keratocystic odontogenic tumor. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, v. 25, n. 1, p. 21-30, 2013.

RANJBAR, M. et al. Primordial Odontogenic Tumor; Archival Review of 19380 Cases in a 55-Year Retrospective Study. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP**, v. 24, n. 8, p. 2845, 2023.

RAZEK, A. A. K. A. Odontogenic tumors: imaging-based review of the fourth edition of World Health Organization classification. **Journal of Computer Assisted Tomography**, v. 43, n. 5, p. 671-678, 2019.

REICHART, P. A.; PHILIPSEN, H. P.; SCIUBBA, J. J. Die neue WHO-Klassifikation der Tumoren des Kopfes und des Halses: Was hat sich geändert?. **Mund-, Kiefer-und Gesichtschirurgie**, v. 10, n. 1, p. 1-2, 2006.

SAMPAIO, L. G. S. et al. TUMOR ODONTOGÊNICO QUERATOCÍSTO E TÉCNICA CIRÚRGICA: REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 10, p. 311-318, 2022.

SAM, Sumita S. et al. Adenomatoid odontogenic tumor: a series of 28 cases from a biopsy service. **Quintessence International**, v. 53, n. 3, 2022.

SHAH, U. et al. Ameloblastomatous calcifying odontogenic cyst: A rare entity. **Annals of Maxillofacial Surgery**, v. 8, n. 1, p. 108-115, 2018.

SIOZOPOULOU, V.; VANHOENACKER, F. M. World Health Organization classification of odontogenic tumors and imaging approach of jaw lesions. **Seminars in musculoskeletal radiology**. p. 535-548, 2020.

SIRIWARDENA, B. S. M. S. et al. Odontogenic tumors and lesions treated in a single specialist oral and maxillofacial pathology unit in the United Kingdom in 1992–2016. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology**, v. 127, n. 2, p. 151-166, 2019.

SOLUK-TEKKESIN, M.; WRIGHT, J. M. The World Health Organization classification of odontogenic lesions: a summary of the changes of the 2017 (4th) edition. **Turk Patoloji Derg**, v. 34, n. 1, p. 1-18, 2018.

SOLUK-TEKKESIN, Merva; WRIGHT, John M. The World Health Organization classification of odontogenic lesions: a summary of the changes of the 2022 (5th) edition. **Turkish Journal of Pathology**, v. 38, n. 2, p. 168, 2022.

SOUZA, M. **Estudo retrospectivo de lesões labiais diagnosticadas em um laboratório de patologia oral e maxilofacial: experiência de 20 anos de uma única instituição**. 2022. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

SUSTAITA-NÚÑEZ, V. et al. Análisis inmunohistoquímico de MMP-1, MMP-2 y MMP-9 en ameloblastoma convencional. **Revista ADM Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana**, v. 80, n. 3, p. 133-138, 2023.

TATER, J.; DIAJIL, A. R. Immunohistochemical analysis of osteoclastic and osteoblastic activity in ossifying fibroma and juvenile ossifying fibroma: A comparative study. **Journal of Medicine and Life**, v. 16, n. 9, p. 1369, 2023.

VERED, M; WRIGHT, J. M. Update from the 5th Edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: odontogenic and maxillofacial bone tumours. **Head and neck pathology**, v. 16, n. 1, p. 63-75, 2022.

VERGARA-GÁRATE, V. et al. Tumor Odontogénico Adenomatoide Quístico, presentación inusual. Reporte de dos casos. **International journal of interdisciplinary dentistry**, v. 15, n. 1, p. 90-93, 2022.

UPADHYAYA, J. D. et al. Squamous odontogenic tumor: review of the literature and report of a new case. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 79, n. 1, p. 164-176, 2021.

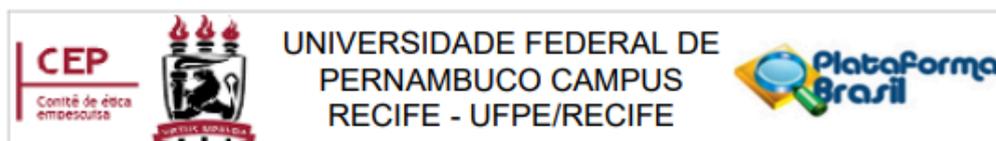
WHO Classification of Tumours Editorial Board. Head and neck tumours. **Lyon (France): International Agency for Research on Cancer**, 2022. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 9). Available in: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/52>.

WRIGHT, J. M. et al. Odontogenic tumors, WHO 2005: where do we go from here?. **Head and neck pathology**, v. 8, p. 373-382, 2014.

WRIGHT, J. M.; TEKKEŞİN, M. S. Odontogenic tumors: where are we in 2017?. **Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry**, v. 51, n. 3, p. 10-30, 2017.

XIE, N. et al. Non-Calcifying/Langerhans Cell-Rich Calcifying Epithelial Odontogenic Tumour: A Critical Review of the Rare and Distinctive Entity. **Head and Neck Pathology**, v. 17, n. 4, p. 1011-1020, 2023.

## ANEXO A — PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO HISTOPATOLÓGICO DE TUMORES ODONTOGÊNICOS ADEQUANDO-SE A CLASSIFICAÇÃO DA OMS 2023

**Pesquisador:** VITOR NASCIMENTO GOES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 71312723.0.0000.5208

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

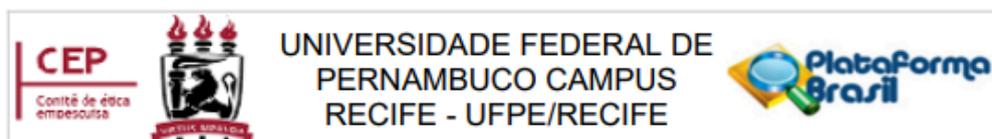
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.306.297

#### Apresentação do Projeto:

Os tumores odontogênicos são lesões neoplásicas incomuns e relativamente raras, que acometem a região de cabeça e pescoço e são classificadas seguindo o seu comportamento biológico, sendo sua divisão separada em duas categorias: tumores benignos e malignos. Os tumores são classificados de acordo com sua origem histogenética e se dividem entre; tipos epiteliais, mesenquimais e mistos. A classificação dessas lesões em determinados grupos permite uma padronização das suas principais características e tenta definir um critério diagnóstico, permitindo a realização do tratamento correto. Tendo em vista que essa classificação precisa ser constantemente renovada e/ou ajustada com base nos novos achados científicos, periodicamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica uma atualização quanto à classificação internacional para os tumores de cabeça e pescoço, baseada na discussão de muitos especialistas em patologia do mundo todo. Essas edições foram respectivamente publicadas nos anos 1971, 1992, 2005, 2017 e mais recentemente em 2022. A publicação de 2017, que foi a quarta edição, trouxe mudanças bastante significativas como: exclusão do tumor odontogênico ceratocístico e do tumor odontogênico cístico calcificante, que voltam a ser classificados como cistos odontogênicos, o tumor odontogênico primordial passa a fazer parte do grupo dos tumores mistos, o fibro-odontoma passou a ser uma variante do odontoma e o fibroma cimento-ossificante passou a fazer parte do grupo dos tumores mesenquimais. A edição de 2022, quinta edição, não é conceitualmente muito diferente da anterior. Temos uma alteração na ordem de apresentação dos

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.306.297

tumores, onde os tumores odontogênicos malignos são apresentados por último, a adição do ameloblastoma adenoide aos tumores epiteliais benignos, o tumor odontogênico adenomatoide tem atualizações moleculares e uma seção detalhada de diagnóstico diferencial e definições mais claras e simples de certos tumores e cistos odontogênicos. A atualização desses dados, que ficam armazenados em clínicas e laboratórios de patologia oral, pode permitir futuros estudos que determinem a associação dessas lesões com aspectos geográficos e regionais e com fatores individuais; sexo, idade e cor.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** O propósito do presente estudo é avaliar os prontuários e diagnósticos patológicos do laboratório de patologia oral da Universidade Federal de Pernambuco, entre os anos de 2000 a 2023, com o intuito de identificar e reclassificar os tumores odontogênicos, com base na mais recente classificação estabelecida pela Organização Mundial da Saúde. Sendo possível assim, traçar o perfil de incidência e apresentar as principais características clinicopatológicas dessas lesões.

**Objetivo Secundário:**

Identificar lesões que tenham sofrido alteração na sua classificação.

Reclassificar corretamente as lesões, com base nos seus achados histológicos.

Avaliar a prevalência dessas lesões.

Associação desses tumores com características individuais ou regionais.

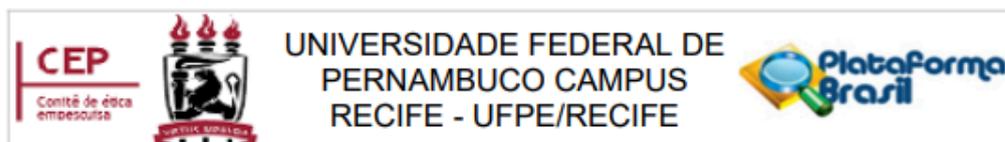
Entender as mudanças ocorridas na nova classificação dos tumores odontogênicos

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** O estudo apresenta riscos quanto a segurança dos prontuários, laudos e lâminas histológicas, divulgação de dados confidenciais, invasão de privacidade e estigmatização. Para evitar tais prejuízos, o pesquisador garante que os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para finalidade prevista no seu protocolo e conforme acordado no TCLE, assegura a confidencialidade e a privacidade, proteção da imagem e não estigmatização, garante não utilizar das informações em prejuízo das pessoas e garante a não violação e a manutenção da integridade dos documentos e das lâminas.

**Benefícios:** Os benefícios da seguinte pesquisa serão indiretos, contribuindo para a atualização e avanço da área estudada. Irá permitir a manutenção atualizada dos arquivos e de seus bancos de dados, tornando possível traçar um perfil de incidência e apresentar as principais características

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.306.297

clinicopatológicas dessas lesões. Esses achados podem corroborar na identificação de novos dados epidemiológicos.

Neste protocolo os Riscos estão adequadamente previstos e minimizados. Os Benefícios, Indiretos, estão em acordo com os Objetivos e Metodologia propostos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo histopatológico, transversal, de dados secundários; prontuários e lâminas histopatológicas com diagnóstico de tumores e cistos odontogênicos no período de 2000 a 2023, pertencentes ao acervo do Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco. A população amostral está estabelecida em 50 lâminas, onde serão avaliados igualmente os 50 laudos e prontuários dos pacientes, para identificar e coletar os dados necessários que contribuirão para futuras associações estatísticas. Esse material será avaliado segundo classificação estabelecida pela OMS em 2023. As lâminas serão avaliadas e classificadas com auxílio de um microscópio óptico, sendo possível manter sua classificação atual ou atualizá-la com base na nova classificação. Os dados coletados dos laudos e prontuários serão registrados em planilha Excel. Todos os dados coletados serão registrados na forma de banco de dados do programa de informática SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows. Na estatística analítica, os dados serão submetidos ao teste qui-quadrado de Pearson para verificação de possíveis associações entre as variáveis e expressos na forma de gráficos e tabelas. O nível de significância adotado será de 5%.

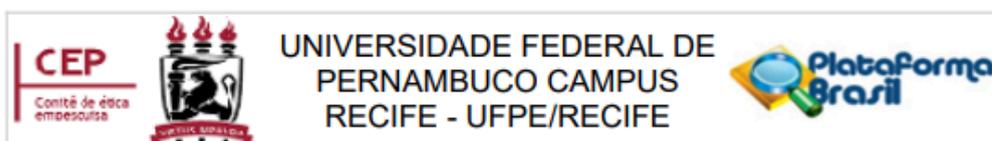
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Neste protocolo estão corretamente apresentados: Folha de Rosto, Carta de Autorização de Uso de Arquivos/Dados de Pesquisa do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Critérios de Inclusão e Exclusão para os instrumentos de coleta de dados, Comprovante de Vínculo com o Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Currículos da equipe de pesquisa, Declaração sobre guarda dos dados coletados após a conclusão da pesquisa, Cronograma e Orçamento Detalhado sob a responsabilidade do Pesquisador Principal, Termo de Compromisso e Confidencialidade do Pesquisador Principal e o Termo de Dispensa de TCLE.

**Recomendações:**

Não há.

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.306.297

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

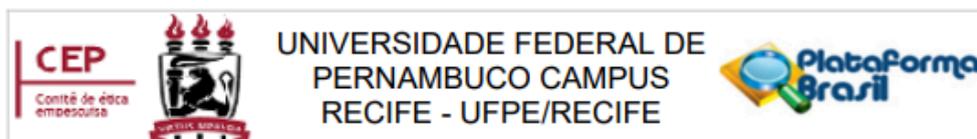
Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em [www.ufpe.br/cep](http://www.ufpe.br/cep) para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2166692.pdf	13/09/2023 15:48:18		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CARTADERESPONSA.pdf	13/09/2023 15:47:08	VITOR NASCIMENTO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TERMODECOMPROMISSO.pdf	13/09/2023 15:46:27	VITOR NASCIMENTO GOES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Mestrado.docx	13/09/2023 15:45:36	VITOR NASCIMENTO GOES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE.pdf	13/09/2023 15:43:56	VITOR NASCIMENTO GOES	Aceito

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)



Continuação do Parecer: 6.306.297

Outros	CurriculoVitor.pdf	15/07/2023 17:09:13	VITOR NASCIMENTO	Aceito
Outros	CurriculoJurema.pdf	15/07/2023 17:08:52	VITOR NASCIMENTO	Aceito
Outros	rg.pdf	22/06/2023 12:10:53	VITOR NASCIMENTO	Aceito
Outros	matricula.pdf	22/06/2023 12:10:11	VITOR NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	oficial.pdf	22/06/2023 12:04:25	VITOR NASCIMENTO GOES	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	22/06/2023 12:01:01	VITOR NASCIMENTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 18 de Setembro de 2023

Assinado por:  
GISELE CRISTINA SENA DA SILVA  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br