



**I ENCONTRO BRASILEIRO DE PATOLOGISTAS BUCAIS**  
**III ENCONTRO DE PÓS-GRADUANDOS E PÓS-GRADUADOS**  
**EM PATOLOGIA BUCAL DA FOB-USP**  
21 a 23 de novembro de 2002 - BAURU – SP

***Comissão Organizadora:***

Prof. Dr. Alberto Consolaro  
Profa. Dra. Denise Tostes Oliveira  
Prof. Dr. Luís Antônio de Assis Taveira  
Profa. Dra. Vanessa Soares Lara

***Colaboradores:***

Valdir João Afonso  
Maria Cristina Carrara Fellipe

Fátima Aparecida Silveira  
João Adolfo Hanemann  
Tânia Regina Grão Velloso  
Andrea Reis-Costa  
Maria Renata Sales Nogueira Costa  
Valdomiro Rebellato Júnior  
Rosário de Arruda Moura Zedebski  
Jussara Peixoto Ennes  
João Paulo Papa

## RESUMO 1 - QUEILITE GRANULOMATOSA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

**Autores:** Karen Zavaro Balassiano, Simone de Queiroz Chaves Lourenço, Ellen Brilhante, Marília Santos

Mestrado em Patologia Buco-Dental- Universidade Federal Fluminense; OCEX- Rio de Janeiro-RJ; Faculdade de Odontologia- Universidade Estadual do Rio de Janeiro/ RJ.

Paciente G.A.R.J., 15 anos, gênero masculino, raça negra, compareceu à Clínica de Diagnóstico Bucal da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) com queixa principal de lábios inchados e sensação de boca seca. Na anamnese, relatou alergia à dipirona e mercúrio e que há dois anos percebeu um pequeno aumento de volume próximo a comissura labial esquerda, com evolução gradual até atingir totalmente o lábio superior. Após um ano, o lábio inferior também foi envolvido. Procurou um alergista que receitou antialérgicos, porém sem melhora. Ao exame físico percebeu-se aumento volumétrico dos lábios com fissuras superficiais e coloração normais, consistência endurecida e indolor à palpação. As hipóteses diagnósticas clínicas foram de queilite granulomatosa, doença de Crohn e sarcoidose. Realizou-se uma biópsia incisional e a peça foi encaminhada ao Laboratório de Anatomopatológica da Faculdade de Odontologia da UERJ. O diagnóstico microscópico foi de lesão granulomatosa, sugerindo pesquisa através de exames complementares para sarcoidose, queilite granulomatosa e doença de Crohn para obtenção do diagnóstico definitivo. O paciente foi encaminhado para o ambulatório de Pneumologia onde foram realizados exames radiográficos do tórax com resultado negativo para sarcoidose. A Doença de Crohn também foi descartada, pois o paciente não apresentava nenhum sintoma gastrointestinal. O diagnóstico final foi de queilite granulomatosa. Foi prescrito corticosteroide sistêmico com melhora do lábio superior e discreta diminuição do inferior após seis meses de uso e atualmente o paciente encontra-se fazendo corticoterapia infiltrativa com grande melhora do quadro. Algumas doenças granulomatosas podem apresentar quadros clínicos semelhantes, sendo necessário a realização de exames complementares para obter diagnóstico definitivo e adotar terapia específica.

## RESUMO 2 - ADENOMA CANALICULAR

**Autores:** Alessandro Antônio Costa Pereira, Cléverson de Oliveira e Silva, João Adolfo Costa Hanemann.

Disciplinas de Semiologia e Patologia- Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas – Centro Universitário Federal.

Paciente I.C., 53 anos de idade, gênero feminino, leucoderma, professora, procedente de Alfenas/MG, apresentou-se à Clínica Integrada da EFOA para a realização de tratamento odontológico restaurador. Durante a anamnese, não relatou alterações sistêmicas significativas. Segundo relato da paciente, a lesão apresentava aproximadamente 1 ano de evolução e era assintomática. Ao exame físico extra-bucal, não se observou alteração na região do lábio superior. No exame físico intra-bucal foi notada a presença de uma lesão nodular, submucosa, de consistência flácida, de coloração ligeiramente arroxeadas, recoberta por mucosa íntegra, medindo aproximadamente 1,5 cm no seu maior diâmetro, localizada na mucosa labial superior do lado esquerdo, próxima à linha média. Sugeriram-se como hipóteses diagnósticas: lesão benigna de glândula salivar, mucocele e adenoma pleomórfico. Foi realizada uma biópsia excisional e o material enviado para o Laboratório de Anatomia Patológica da EFOA. Na macroscopia observou-se um fragmento de tecido mole, consistência firme, superfície irregular e lobulada, coloração castanho-claro, formato ovalado, medindo 1,2 x 1,1 x 0,6 cm. No exame microscópico das lâminas coradas em Hematoxilina e Eosina, notou-se tecido conjuntivo fibroso entremeado por várias estruturas ductiformes delimitadas por células epiteliais colunares, bem como distribuição destas células em pequenas ilhotas. O lume dos ductos apresentava-se vazio ou com material eosinofílico. O diagnóstico microscópico foi de Adenoma Canalicular. A paciente não apresentou sinais de recidiva após 6 meses de acompanhamento. O adenoma canalicular é uma patologia benigna de glândulas salivares menores, mais freqüente no lábio superior e a partir da 6ª década de vida. Seu diagnóstico diferencial deve-se considerar o adenoma de células basais e o carcinoma adenóide cístico.

## RESUMO 3 - CISTO DO DUCTO NASOPALATINO

**Autores:** Cássio Roberto Rocha dos Santos, Wagner

de Fátima Pereira, Mireile São Geraldo dos Santos Souza, Nádia Lages Lima.

Clínica de Estomatologia – Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina / MG.

O cisto do ducto nasopalatino representa o cisto não odontogênico mais freqüente nos maxilares. A sua presença na cavidade bucal provoca alterações estéticas e funcionais na região anterior da maxila e da cavidade nasal. A origem desse cisto está relacionada com o ducto nasopalatino, na sua forma patente total ou parcial, ou na forma de cordões ou ilhotas epiteliais localizadas no interior do canal incisivo. A denominação de cisto do ducto nasopalatino deve ser preferível à de cisto do canal incisivo, cisto da papila incisiva, cisto palatino mediano e mesmo cisto nasopalatino, por estes indicarem apenas os locais anatômicos onde se localizam os cistos. O paciente J.A.S.F, 33 anos de idade, feoderma, natural da cidade de Serro/MG, procurou a Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina/MG queixando-se da presença de um “caroço no céu da boca” com 1 mês de evolução e indolor. O paciente relatou que sofreu acidente automobilístico há aproximadamente 1 ano com perda de elemento dentário. Ao exame clínico, foi constatada a presença de tumefação na linha mediana do palato duro, de consistência borrachóide, sem fístula. O teste de vitalidade pulpar dos dentes da região foi positivo. O exame radiográfico oclusal mostrou uma lesão radiolúcida de contorno definido localizada na linha mediana do palato duro. O paciente foi submetido a uma biópsia excisional da lesão. O exame histopatológico revelou uma cavidade revestida parcialmente por epitélio pavimentoso estratificado com duas a três camadas de células. Além da presença de infiltrado inflamatório mononuclear discreto, nervos e vasos no tecido conjuntivo adjacente. O diagnóstico histopatológico de cisto do ducto nasopalatino confirmou a suspeita clínica inicial.

#### RESUMO 4 - AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO

**Autores:** Marize Raquel Diniz da Rosa, Cláudia Roberta Leite Vieira de Figueiredo, Maria Germana Galvão Correia, Carlos Antônio Veloso Galvão Filho, Jurema Lisboa de Castro.

Disciplina de Patologia Bucal- Curso de Odontologia- Universidade Federal da Paraíba. Geirosa@uol.com.br

Paciente do gênero masculino, 13 anos apresentou aumento de volume assintomático envolvendo região 43 a 48, recoberto por uma mucosa normal, com história de mais ou menos 2 meses de evolução. A avaliação radiográfica foi realizada através de radiografia panorâmica, onde observou-se uma área radiolúcida envolvendo os dentes 43, 44, 45, 46, 47 e presença do gême do 48. Os dentes 43, 44, 45, 46, 47 apresentavam reabsorção de suas raízes. O diagnóstico cirúrgico foi de ceratocisto. Realizou-se biópsia excisional e o material, fixado em formolaldeído a 10%, foi encaminhado ao laboratório de Patologia Bucal da UFPB. Os cortes histológicos examinados, corados em H/E, revelaram cápsula de tecido conjuntivo fibroso denso apresentando múltiplas cavidades císticas revestidas por epitélio odontogênico cuboidal baixo, constituído por uma a três camadas de células. Em áreas isoladas desse revestimento, o epitélio torna-se mais espesso, assumindo morfologia colunar alta, com núcleos hiper cromáticos e polarizados, emitindo projeções ora luminais ora murais, sendo notado que as células das camadas intermediárias desses espessamentos estão arranjadas frouxamente. A cápsula é ricamente vascularizada e sedia, focalmente, reação de granulação exuberante. Ainda compondo o espécime, observa-se fragmentos de osso lamelar compatível com cortical óssea. Áreas extensas de extravasamento hemorrágico e satelitose linfoplasmocitária completam o quadro histológico. O diagnóstico histopatológico foi de ameloblastoma unicístico.

#### RESUMO 5 -OSTEOSSARCOMA DE MANDÍBULA

**Autores:** Liliana A. Pimenta de Barros; Ivette Beccalli; Ricardo L.C. Gottardi; José Roberto de Podestá; Vanessa Soares Lara; Alberto Consolaro

Projeto de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer de Boca/UFES/Hospital de Câncer Santa Rita/ SESA. Serviço de Anatomia Patológica/FOB/USP

Paciente pardo, 18 anos de idade, compareceu ao Projeto com acentuada assimetria facial na região mandibular, cinco anos de crescimento, dois procedimentos para remoção, recorrência da lesão e, nos últimos 8 meses, aumento acelerado. Ao exame intrabucal, observou-se lesão nodular, estendendo do 2º pré-molar inferior esquerdo para a área retromolar com expansão para vestibular e

lingual, medindo aproximadamente 7 x 5cm, recoberta por mucosa bucal normal com áreas ulceradas. Na radiografia panorâmica, evidenciou área radiopaca difusa periférica. Foi realizada uma biópsia incisional e o quadro microscópico revelou extensa área mixomatosa de permeio a células fusiformes ora dispostas ao acaso, ora acompanhando feixes de fibras colágenas compatível com fibromixoma odontogênico. Planejou-se a remoção cirúrgica da lesão e a peça foi enviada para novo exame microscópico. Esse mostrou um tecido conjuntivo fibroso densamente celularizado, com células poliédricas e fusiformes, com bizarismo, pleomorfismo e mitoses atípicas, produção de um material mineralizado, bem como material osteóide e áreas de padrão condróide e mixomatoso compatível com sarcoma com diferenciação moderada e potencial osteogênico e condrogênico. O paciente foi encaminhado para ressecção hemi-mandibular. Radiograficamente, observou remodelação óssea na região. Confirmado no transcirúrgico, mudou-se o planejamento cirúrgico, optou-se pela manutenção da mandíbula e foi retirada uma amostra do osso e gânglios linfáticos da região. A análise dos fragmentos ósseos mostrou tecido ósseo trabecular com padrão sarcoma-like, presença de mineralização e deposição de tecido ósseo irregulares, com padrão cartilaginoso e áreas de displasia-like. Os gânglios linfáticos apresentavam discreto infiltrado inflamatório. O paciente encontra-se em proervação sem apresentar alteração clínica e radiográfica da região.

#### **RESUMO 6 -FIBROMATOSE JUVENIL AGRESSIVA INTRAORAL**

**Autores :** Rosana Mara Giordano de Barros;  
Valério Parizotto; Eduardo Giordano de Barros.  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS)

As fibromatoses representam um grupo de proliferações fibrosas de entidades distintas, diferenciando-se nos comportamentos biológicos mas sendo histologicamente similares e conseqüentemente, apresentam dificuldades consideráveis nos diagnósticos patológicos. Essas lesões não apresentam cápsulas e são de causas desconhecidas. Podem ser originadas das fascias, aponeurosses musculares ou periosteos. Apresentam-se agressivas e com tendência a recidiva no local. Não dão metástases mas são infiltrativas e

podem invadir estruturas adjacentes. Muitos pesquisadores consideram as fibromatoses como sendo um fibrossarcoma de grau I. São reconhecidas diferentes formas de fibromatoses, as quais são descritas como fibromatoses ou desmóide abdominais, intra-abdominais e extra-abdominais e as lesões similares dentro dos ossos têm sido chamadas de fibromas desmoplásicos. As fibromatoses que ocorrem na cabeça e no pescoço, incluindo as que envolvem estruturas orais e paraorais são consideradas extra-abdominais e ocorrem preferencialmente em crianças e adultos jovens. Esses tumores extra-abdominais, dependendo da idade do paciente e do comportamento biológico do tumor, podem ser chamados de fibromatose juvenil agressiva. Caso clínico: paciente A.V.B.S., gênero feminino, leucoderma, 06 anos, foi encaminhada para a clínica de Estomatologia da UFMS, apresentando uma lesão nodular de superfície endurecida e indolor na região de molares (36-37) de crescimento rápido, medindo cerca de 02 cm no seu maior diâmetro. Radiograficamente não apresentou invasão de tecidos ósseos. A hipótese do diagnóstico clínico foi de uma lesão reacional (granuloma piogênico). Realizada a biópsia, o diagnóstico foi de fibromatose juvenil agressiva. No exame microscópico observamos inúmeras células fusiformes associadas com abundantes fibras colágenas resultando em organizações em feixes ou fascículos. Suprajacente observou-se angiogênese e mucosa bucal constituída de tecido epitelial pavimentoso estratificado paraqueratinizado com extensa área ulcerada revestida com exsudato serofibrinoso. Solicitamos a aplicação de um painel de imuno-histoquímico e o resultado confirmou o diagnóstico. Devido à natureza localmente agressiva da lesão, o tratamento foi realizado pelo cirurgião buco-maxilo-facial com ampla margem de segurança.

#### **RESUMO 7 -TUMOR ODONTOGÊNICO EPITELIAL CALCIFICANTE**

**Autores:** Jurema Freire Lisboa Castro; Elaine Judite de Amorim Carvalho; Andrea Reis-Costa; Gleicy Medeiros; Marize Raquel Diniz da Rosa.  
Disciplina de Patologia Oral- Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva- Universidade Federal de Pernambuco.

Os tumores Odontogênicos epiteliais calcificantes (TOEC) são raros, e formados por áreas radiotransparentes multiloculadas, com variável grau de calcificações e expansões ósseas. Podem apa-

recer em ambos os maxilares, sendo mais comum na mandíbula, estando ou não associados a dentes. O TOEC apresenta um alto grau de variabilidade histopatológica, o que muitas vezes pode simular malignidade. A forma clássica do tumor consiste de ilhotas epiteliais poliédricas, eosinófilas, apresentando pontes intercelulares proeminentes, mostrando extensa variabilidade nuclear. Podem surgir calcificações que são esferoidais e podem mostrar laminação concêntrica (anéis de Liesegang). Os TOEC são localmente infiltrativos, com quase o mesmo potencial de crescimento dos ameloblastomas. O caso a ser apresentado é de um paciente de 22 anos de idade, apresentando lesão radiotransparente na mandíbula a nível dos pré-molares, medindo aproximadamente 2 cm, com tempo de evolução de mais ou menos 1 ano. O diagnóstico cirúrgico foi de Cisto primordial. O exame histopatológico revelou através das técnicas de coloração pela Hematoxilina e Eosina e Vermelho Congo, tratar-se do Tumor Odontogênico Epitelial Calcificante.

#### **RESUMO 8 -LINFADENOMA SEBÁCEO EM REGIÃO RETROMOLAR**

**Autores:** Álica Carolina Torres-Rendón, Tânia Regina Grão Velloso, Alberto Consolaro  
Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo

Paciente feminina de 33 anos procurou uma clínica particular com queixa de aumento de volume em região retromolar esquerda e surtos periódicos de dor. Ao exame clínico observou-se uma massa nodular avermelhada, com área branca na região vestibular superior posterior esquerda da maxila, sem linfadenopatia regional. Foi realizada biópsia excisional e o espécime cirúrgico enviado para análise anátomo-patológica. Microscopicamente, no tecido conjuntivo submucoso observou-se intensa proliferação de células mononucleares constituídas principalmente por plasmócitos e linfócitos distribuídos difusamente ou formando centros germinativos. De permeio, notaram-se agregados acinóides de células sebáceas bem diferenciadas, de diferentes tamanhos, subepiteliais ou localizadas mais profundamente. Vários ductos glandulares estavam presentes com epitélio pseudoestratificado cilíndrico ciliado, alguns com retenção de muco. Alguns ductos tinham epitélio ductal bilaminar formado por células

cúbicas e cilíndricas com metaplasia oncócica. Notavam-se também glândulas salivares acessórias. Uma pequena área de ulceração da mucosa justificaria as dores recorrentes relatadas. O Linfadenoma Sebáceo em glândulas salivares menores é raro e apenas dois casos foram descritos na literatura. As características morfológicas observadas em H&E permitiram o diagnóstico de Linfadenoma Sebáceo sem colorações especiais e marcações imunohistoquímicas pois o quadro apresentado era típico.

#### **RESUMO 9 -CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE: DILEMAS DE DIAGNÓSTICO**

**Autores:** Maria Renata Sales Nogueira Costa, Alica Carolina Torres Rendon, Denise Tostes Oliveira, Alberto Consolaro.

Disciplina de Patologia Bucal – Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo  
rncosta@yahoo.com

O diagnóstico diferencial entre lesões inflamatórias benignas como a mucocela ou a sialometaplasia necrosante e tumores de glândulas salivares como o carcinoma mucoepidermóide, pode apresentar dilemas relativos às similaridades morfológicas observadas em algumas de suas características clínicas e microscópicas. O Serviço de Anatomia Patológica da Disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia de Bauru recebeu três casos para análise microscópica, relatando lesões caracterizadas por aumentos volumétricos nodulares de crescimento relativamente lento e assintomáticas. Nos casos A e B as lesões encontravam-se no palato e no caso C, no lábio inferior. Microscopicamente, as lesões revelaram cavidades císticas virtuais com revestimento epitelial parcial composto por células cuboidais e áreas de células sugerindo produção de muco, bem como proliferações celulares focais no epitélio de revestimento e a presença de mucina extravasada do conjuntivo subjacente. Tais aspectos levaram à inclusão de carcinoma mucoepidermóide de baixo grau de malignidade entre as hipóteses de diagnóstico microscópico. Os três casos estudados foram encaminhados para consultorias em outros serviços de Anatomia Patológica. Após análise microscópica em coloração de rotina e imunohistoquímica, as sugestões de diagnóstico foram de

carcinoma mucoepidermóide e sialometaplasia necrosante no caso A e de mucocele nos casos B e C. A reavaliação dos casos levou aos diagnósticos de sialometaplasia necrosante, no caso A e carcinoma mucoepidermóide de baixo grau de malignidade, nos casos B e C, com ressalvas para a possibilidade de realmente tratar-se de mucocelos. O diagnóstico conclusivo em casos como os relatados acima se faz por meio da correlação entre os dados clínicos e a valorização de aspectos microscópicos sutis durante o processo de diagnóstico.

### RESUMO 10 - MIÍASE

**Autores:** Rosário de Arruda Moura Zedebski; Andrea Reis-Costa; Luís Antônio de Assis Taveira; Alberto Consolaro

Disciplina de Patologia Bucal – Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo

Miíase é uma infecção parasitária descrita inicialmente por Hope em 1840. Raramente acomete o homem, na boca há 18 casos descritos na literatura. Normalmente acomete os animais por depósitos de ovos e desenvolvimento de larvas de moscas, *Cochliomyia americana*, *Wohlfartia magnífica* e *Chrysomya bezziana*. Os larvais são depositados nas áreas expostas de ferimentos infectados e em cavidades naturais, o ciclo de vida se completa em duas semanas. A nutrição das larvas é feita a partir de tecidos necróticos de áreas lesadas e, migrando para os tecidos vizinhos, podem promover a separação do periósteo. A respiração bucal durante o sono, alcoolismo, hemiplegia, inconsciência e retardo mental são fatores predisponentes, que associados à falta de cuidados com a higiene bucal, podem favorecer o desenvolvimento da miíase. O alvéolo dentário e as bolsas periodontais são ambientes adequados para nutrição larval. A miíase bucal pode ser secundária à infecção nasal. Os danos causados podem ser extensos e até fatais. Através da erosão do osso, as larvas podem penetrar o ouvido médio, seio nasal e até o cérebro. Se os feixes nervosos forem atingidos o paciente apresentará dor intensa e distúrbios como convulsão e alterações visuais. Foi enviado à Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Bauru, peça cirúr-

gica removida de paciente que foi submetido a exodontias e, meses após, não apresentava reparo alveolar. O exame anátomo-patológico do tecido mole contido nos alvéolos dentários revelou presença de larva *migrans*, denotando miíase bucal. O tratamento constituiu-se de remoção física da larva e higienização local.

### RESUMO 11 - TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO

**Autores:** Andrea Reis-Costa, Maria Fernanda Martins\_Ortiz, Tânia Regina Grão Velloso, Alberto Consolaro

Disciplina de Patologia Bucal – Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo

Paciente do gênero feminino, branca, procurou atendimento na Clínica Odontológica da Associação Brasileira de Odontologia – seção Paraná, com queixa de aumento de volume indolor localizado na bochecha esquerda. Ao exame clínico, observou-se lesão pediculada, de consistência firme, localizada em mucosa jugal esquerda medindo aproximadamente 5cm de comprimento, 3cm de espessura e 2cm de diâmetro. A lesão foi removida por biópsia excisional e encaminhada ao Serviço de Anatomia Patológica da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. Ao exame macroscópico a lesão apresentava consistência elástica, forma e superfície irregular, coloração acastanhada com “interior” amarelado, medindo 2,7cm de comprimento, 2cm de altura e 1,3cm de espessura. Na análise microscópica evidenciou-se uma proliferação de células fusiformes e a presença de fibras colágenas densas dispostas aleatoriamente, em feixes ou em arranjo hemangiopericítico. De permeio, pode-se observar ocasionais feixes de tecido muscular, áreas hipercelulares alternadas com áreas hipocelulares, além de cápsula fibrosa periférica. O bloco foi encaminhado para análise imunohistoquímica no Serviço de consultoria em Patologia e Imunohistoquímica, onde os resultados individuais dos anticorpos nas células tumorais mostraram positividade para CD34 e colágeno tipo IV. Os aspectos morfológicos e a análise imunohistoquímica favoreceram o diagnóstico final de Tumor Fibroso Solitário.

## RESUMO 12 - MENINGIOMA FIBROSO DA MANDÍBULA

**Autores:** Andrea Reis-Costa, Tânia Regina Grão Velloso, Francisco Alberto Faleiros, Denise Tostes Oliveira, Alberto Consolaro

Disciplina de Patologia Bucal – Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo

Paciente proveniente de clínica particular apresentou lesão radiolúcida no corpo da mandíbula. Radiograficamente, a lesão apresentava aspecto cístico, envolvendo o canal mandibular medindo aproximadamente 3,0x2,0cm. Foram encaminhados ao Serviço de Anatomia Patológica da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo fragmentos da lesão retirados por biópsia incisional. Ao exame microscópico suspeitou-se inicialmente de neurofibroma ou neurilemoma. O bloco contendo a lesão e uma lâmina corada por HE foram enviados ao Serviço de Consultoria em Patologia e Imuno-histoquímica. O painel imuno-histoquímico revelou negatividade para marcadores epiteliais, musculares e neural. A análise microscópica-radiográfica, a raridade da lesão, o painel imuno-histoquímico negando a origem neural e a presença de cementículos-like levou-nos ao diagnóstico inicial de fibroma odontogênico cementoossificante. Posteriormente foi realizada biópsia excisional com relato de fácil deslocamento da loja óssea e também do nervo mentoniano. Na segunda análise microscópica, a maior abundância de material e o aspecto morfológico clássico permitiram um diagnóstico diferente e preciso da lesão - Meningioma Fibroso.

## RESUMO 13 - LESÃO FIBROMIXÓIDE EM LÁBIO INFERIOR: RELATO DE CASO

**Autores:** Valdomiro Rebellato Júnior, Alica Carolina Torres Rendón, Tânia Regina Grão Velloso, Luíz Fernando Caldart, Alberto Consolaro

Disciplina de Patologia Bucal – Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo

Paciente masculino, 45 anos, procurou atendimento no Serviço de Odontologia da Academia de Agulhas Negras, com queixa de aumento de volume do lábio inferior com evolução de mais ou menos um ano, indolor. Ao exame clínico observou-se nódulo de mais ou menos 2,5cm em seu maior diâmetro, firme a palpação sem história de trauma local. Foi realizada biópsia excisional e o espécime cirúrgico foi enviado para análise patológica. Microscopicamente os cortes revelaram proliferação de células fusiformes e estreladas, formando fascículos ora densos, ora difusos, com escassas figuras mitóticas e sem características de malignidade. De permeio, observaram-se áreas mixóides em toda a lesão. Perifericamente, as fibras colágenas apresentavam distribuição capsular. O aspecto morfológico da lesão não permitiu um diagnóstico específico, embora em nossa consultoria foi aventada a hipótese de se tratar de um angiomixoma superficial. Em nosso caso o resultado foi negativo para desmina descartando a possibilidade de ser um angiomixoma. Outra hipótese diagnóstica foi o neurilemoma porém a imunohistoquímica foi negativa para Cam 5.2, EMA e Colágeno tipo IV. Diante desses resultados fechamos o diagnóstico em lesão fibromixóide benigna e sugerimos o acompanhamento do caso.