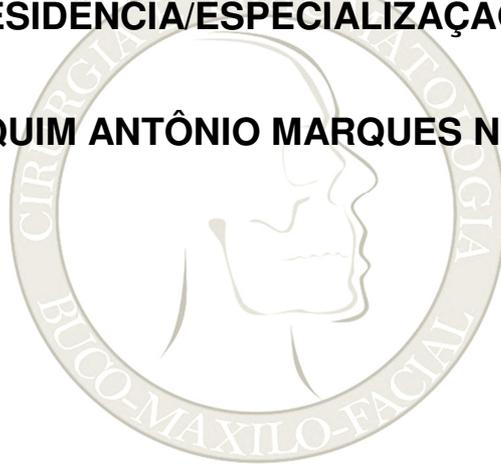




BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA E
TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL
RESIDÊNCIA/ESPECIALIZAÇÃO**

JOAQUIM ANTÔNIO MARQUES NETO



**RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR APÓS RESSECÇÃO DE
AMELOBLASTOMA: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

**MANDIBULAR RECONSTRUCTION AFTER RESECTION OF
AMELOBLASTOMA: REPORT OF TWO CLINICAL CASES**

**SALVADOR
2013**

JOAQUIM ANTÔNIO MARQUES NETO

**RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR APÓS RESSECÇÃO
DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE DOIS CASOS
CLÍNICOS**

**MANDIBULAR RECONSTRUCTION AFTER RESECTION
OF AMELOBLASTOMA: REPORT OF TWO CLINICAL
CASES**

Artigo apresentado ao Programa de Pós-graduação em Cirurgia Bucomaxilo-facial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Adriano Perez

Co-Orientador: Prof. Dr. Márcio Marchionni

**SALVADOR
2013**

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	
ABSTRACT	
1 INTRODUÇÃO.....	6
2 DESCRIÇÃO DOS CASOS.....	8
3 DISCUSSÃO.....	14
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

RESUMO

Objetivo: o presente trabalho tem por objetivo apresentar dois casos de reconstrução mandibular após a ressecção de extensos ameloblastomas, bem como discutir os aspectos clínicos, imaginológicos e terapêuticos desses tumores. Descrição dos casos: apresentamos dois pacientes com acometimento mandibular por ameloblastoma, ambos tratados por ressecção mandibular e reconstrução com placas e parafusos de titânio, além da utilização de uma prótese de côndilo em um dos casos. Conclusão: os dois casos relatados foram tratados com técnicas semelhantes, bem descritas na literatura e largamente utilizadas. Os resultados obtidos são satisfatórios. Entretanto, as reconstruções dos defeitos mandibulares continuam sendo um grande desafio aos cirurgiões bucomaxilofaciais.

Descritores: mandíbula, tumor, ameloblastoma, reconstrução.

ABSTRACT

Objective: The study presents two cases of mandibular reconstruction after resection of extensive ameloblastomas and discusses their clinical, imaging and treatment aspects. **Case description:** two patients presented with mandibular ameloblastoma, both treated by resection and reconstruction with titanium plates and screws, and the use of a prosthetic condyle in one case. **Conclusions:** two case were treated by similar techniques, thoroughly described in the literature and largely used worldwide. The results achieved in both cases are satisfactory. Nevertheless, the reconstruction of mandibular defects still is a major challenge to maxillofacial surgeons.

Key words: mandible, tumor, ameloblastoma, reconstruction.

1-INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico de origem epitelial, e representa aproximadamente 1% de todos os cistos e tumores maxilofaciais (1, 2, 3, 4, 5), bem como cerca de 10% de todos os tumores odontogênicos mandibulares (2). Embora as características celulares o categorizem como benigno, pode ser localmente agressivo e causar deformidades faciais e funcionais graves (1). Transformações malignas ou metástases são extremamente raras, mas devido ao crescimento localmente invasivo e a sua elevada tendência para a recorrência (5% a 75%), o tratamento torna-se muitas vezes difícil (2).

A reconstrução dos defeitos do complexo bucomaxilofacial após ressecção de tumores é uma tarefa desafiadora, em que o cirurgião dispõe de uma ampla gama de procedimentos reconstrutivos (6, 7), tais como placas de titânio para fixação óssea, enxertos ósseos, com ou sem as bandejas de transporte para realização de distração osteogênica, e enxertos microvascularizados (6, 8, 9). O tratamento adequado exige a ressecção cirúrgica completa do tumor com margem de segurança, bem como a reconstrução funcional e esteticamente aceitável (1, 3, 4, 9, 10, 11).

O objetivo da reconstrução óssea é a restauração da estrutura esquelética, o que permite a função normal e o restabelecimento da forma anatômica. Além disso, a reabilitação bucal com implantes osseointegráveis

pode ser realizada, e proporcionar ao paciente o retorno às funções mastigatórias normais (4).

Atualmente, o enxerto de osso autógeno representa o padrão ouro para a reconstrução de perdas ósseas. Os enxertos autógenos fornecem osso suficiente, são os mais biocompatíveis e tecnicamente fáceis de utilizar, além de integrarem rapidamente com os segmentos mandibulares residuais, sendo, assim, considerados a melhor forma para a reconstrução de pequenos defeitos mandibulares, menores que 5 cm (1, 4). De maneira geral, os enxertos não vascularizados fornecem bom contorno e estética, embora sejam mais indicados para pacientes que não sofreram radioterapia, em áreas com adequado tecido mole periférico, e em defeitos ósseos pequenos (9, 10).

Devido a maior disponibilidade e ao aprimoramento de técnicas microcirúrgicas, a partir dos anos 1990, a reconstrução de grandes defeitos mandibulares com enxertos osteomiocutâneos tem se tornado uma opção frequente, por apresentarem menor taxa de reabsorção e, portanto, maior previsibilidade, sendo descrito o uso de enxerto de fíbula, escápula, crista ilíaca, rádio e parietal (6). Estes enxertos ósseos microvascularizados mostram taxas mais elevadas de sucesso em defeitos maiores que 5 cm (1, 4), quando comparado a outros tipos de enxerto. Alguns autores, porém, consideram que os enxertos ósseos convencionais podem ser utilizados de forma confiável em pacientes que não tenham sofrido radioterapia e apresentem adequado tecido mole periférico ao defeito, que deve ser menor que 9 cm (8, 9), e localizados em regiões de corpo ou ramo (10). Assis *et al.* (14) relataram um caso de reconstrução mandibular de um defeito ósseo mandibular de 8 cm com enxerto

autógeno, após ressecção de tumor benigno, com resultado estético e funcional satisfatórios após período de três anos de acompanhamento.

O acompanhamento pós-operatório com exames de imagem é essencial, uma vez que a recidiva dos tumores pode ocorrer. Particularmente, o ameloblastoma exibe elevada taxa de recorrência, sendo que mais de 50% das mesmas ocorrem dentro dos primeiros cinco anos pós-operatórios (4). Essas taxas justificam um acompanhamento pós-operatório por um período mínimo de 5 anos.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar dois casos de reconstrução mandibular após a ressecção de extensos ameloblastomas, bem como discutir os aspectos clínicos, imaginológicos e terapêuticos desses tumores.

2-DESCRIÇÃO DOS CASOS

2.1 Caso 1

Paciente do gênero feminino, 66 anos, melanodérmica, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) queixando-se de disfagia devido à presença de uma massa intraoral, indolor com crescimento há 7 anos. No exame físico observou-se um aumento de volume em terço médio e inferior da face do lado direito e a presença de uma extensa massa nodular intraoral do mesmo lado (Figura 1). Foram realizadas radiografia panorâmica e tomografia

computadorizada (TC) da face. Tais exames revelaram, respectivamente, extensa área radiolúcida correspondente à destruição óssea em regiões de corpo, ângulo e ramo mandibular do lado direito, e imagem hipodensa com aspecto multilocular associada à expansão e fenestrações ósseas das corticais medial e lateral da mandíbula do mesmo lado (Figura 1). A suspeita clínica de ameloblastoma foi confirmada pelo exame anatomopatológico de espécime obtido por biópsia incisional.

A paciente foi submetida à exérese de lesão por ressecção parcial, seguida de reconstrução com placa de reconstrução (de titânio de 2.4 mm). Optou-se pelo acesso submandibular e intrabucal, a fim de expor todo o segmento ósseo afetado, seguindo-se a ressecção do corpo, ângulo e ramo mandibulares, incluindo-se 1 cm de tecido ósseo clinicamente saudável nos cotos proximal e distal, como margem de segurança, e preservou-se a porção superior do ramo mandibular, contendo o côndilo. A reconstrução do defeito ósseo mandibular medindo cerca de 9,5 cm, foi realizada com 1 placa de reconstrução de 2.4 mm, fixada com parafusos bicorticais nos segmentos proximal e distal (Figura 2).

A peça foi encaminhada ao Serviço de Patologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) para exame anatomopatológico, o qual confirmou o diagnóstico inicial de ameloblastoma.

A paciente encontra-se em acompanhamento há 12 meses, sem sinais clínicos de recidiva (Figura 3).

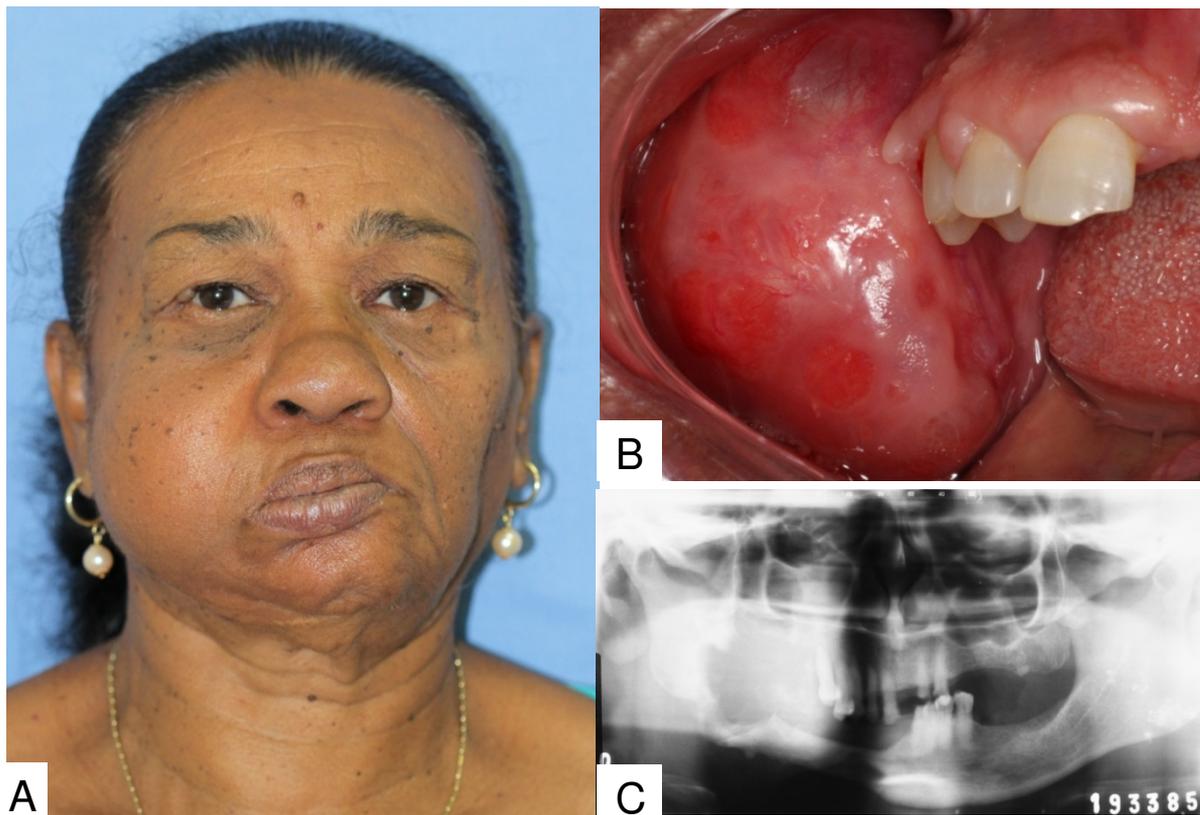


Figura 1 - Aspectos pré-operatórios. A: Extraoral. B: Intraoral. C: Radiografia panorâmica.

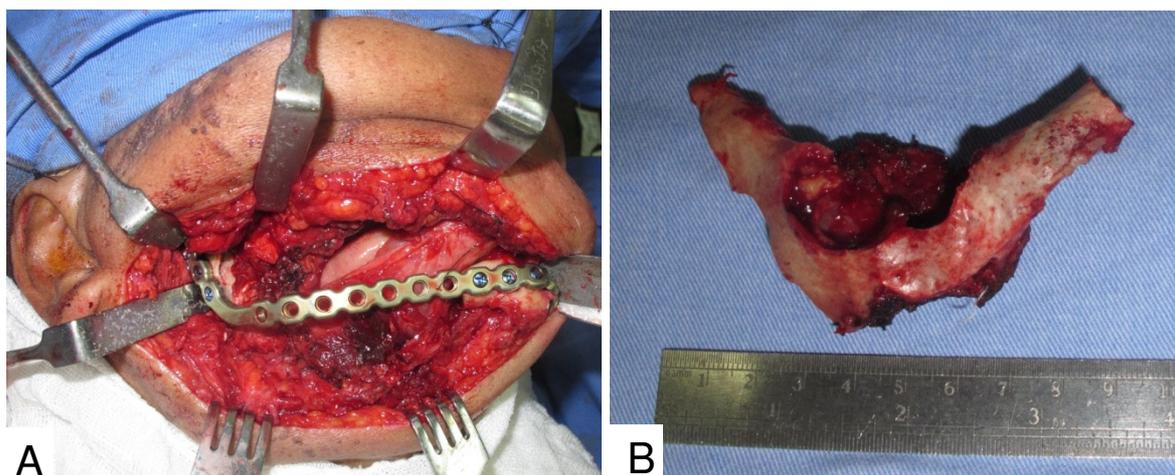


Figura 2 - Aspectos transoperatórios. A: Placa de titânio fixada após ressecção. B: Peça cirúrgica.

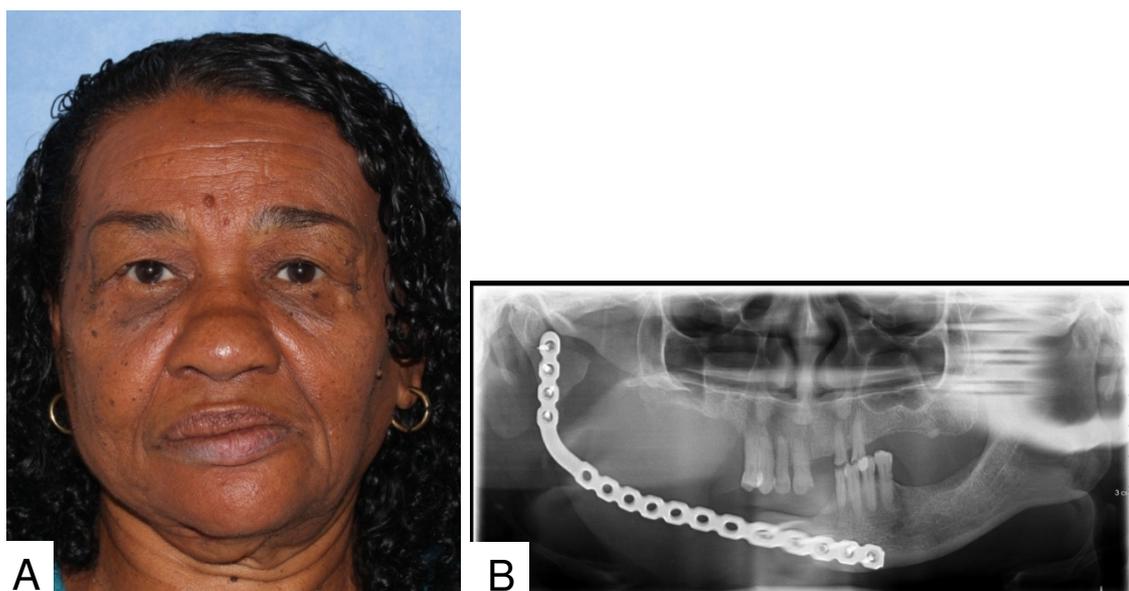


Figura 3 - Aspectos pós-operatórios. A: Extraoral de 12 meses. B: Radiografia panorâmica de 8 meses.

2.2 Caso 2

Paciente do gênero feminino, 37 anos, leucodérmica, referiu ter sido submetida a tratamento de tumor em mandíbula por meio de marsupialização há cerca de 16 anos, mas sem a realização de exame anatomopatológico. Após 14 anos e seis meses do tratamento notou aumento de volume acentuado em região pósterio-inferior de mandíbula do lado direito associado à parestesia em lábio inferior e mento, do mesmo lado, e insensibilidade das unidades dentárias 4.4, 4.3, 4.2, 4.1. A paciente havia sido submetida à biópsia prévia em outra instituição, cujo exame histopatológico foi conclusivo para ameloblastoma. Observou-se importante assimetria facial, com aumento de volume no terço inferior da face, à direita, expansão das corticais lateral, medial

e inferior, além de perda da profundidade de vestíbulo na mesma região. Foram realizadas radiografia panorâmica e TC da face, que revelaram imagem radiolúcida/hipodensa multilocular em corpo, ângulo, ramo, apófise coronóide e côndilo mandibulares. Ainda, a TC mostrou expansão das corticais lateral, medial e inferior da hemimandíbula direita, com áreas de fenestração lateral e medial (Figura 4).

Nova biópsia e exame histopatológico foram realizados, sendo confirmado o diagnóstico de ameloblastoma. A paciente foi então submetida à hemimandibulectomia direita, seguida de reconstrução com placa de reconstrução de titânio de 2,4 mm com a prótese de côndilo acoplada.

Foi realizado acesso submandibular expondo-se toda a lesão e em seguida a ressecção da hemimandíbula direita incluindo as unidade dentária 4.4 e 4.3, estendendo-se cerca de 2 cm de margem de segurança, criando-se um defeito ósseo de aproximadamente 11,5 cm de comprimento. A reconstrução mandibular foi feita com 1 placa de reconstrução de 2,4 mm com côndilo acoplado, fixada na região anterior da mandíbula com parafusos bicorticais, e adaptado o côndilo protético à fossa articular (Figura 5).

A peça foi encaminhada ao Serviço de Patologia da EBMS, que estabeleceu o diagnóstico de ameloblastoma.

A paciente encontra-se em acompanhamento há 12 meses, sem sinais de recidiva (Figura 6).

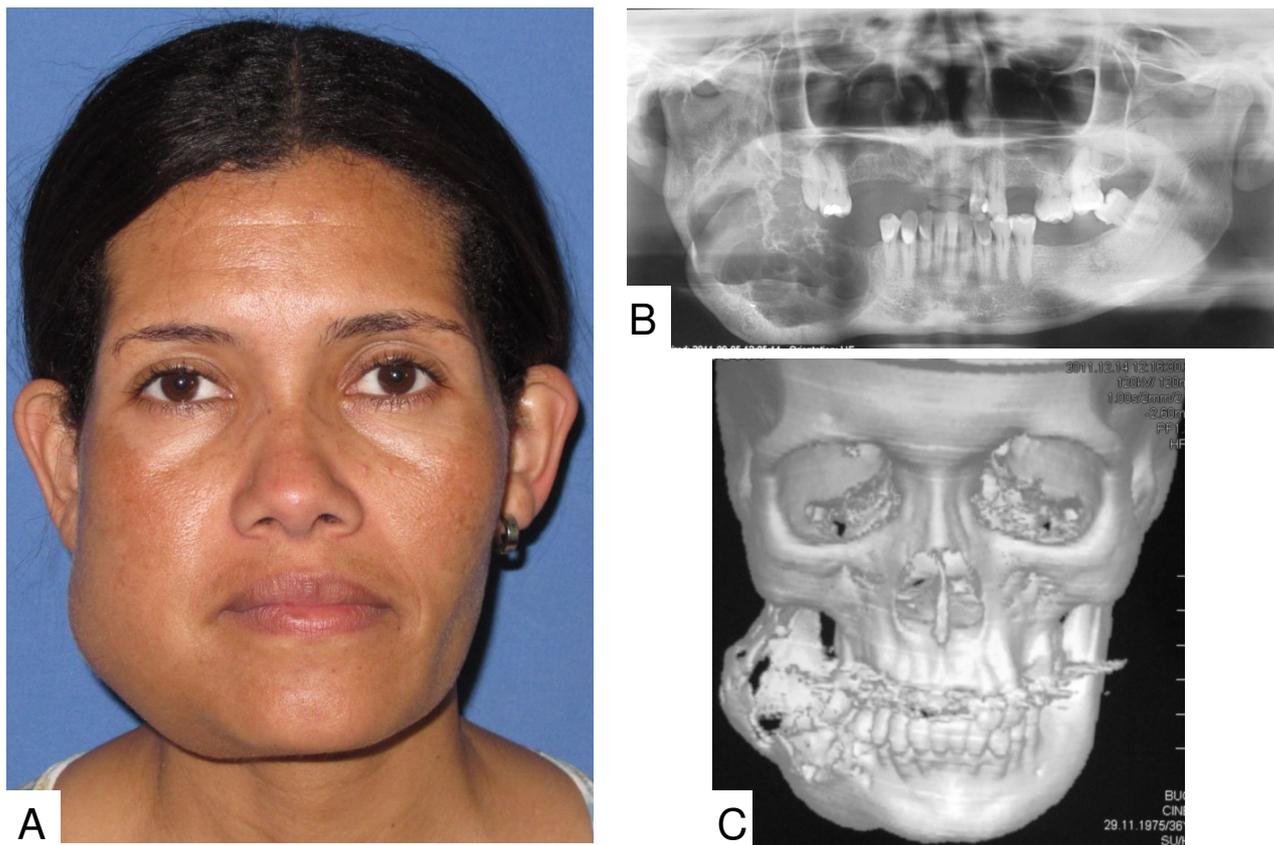


Figura 4 - Aspectos pré-operatórios. A: Extraoral. B: Radiografia panorâmica. C: Tomografia computadorizada.

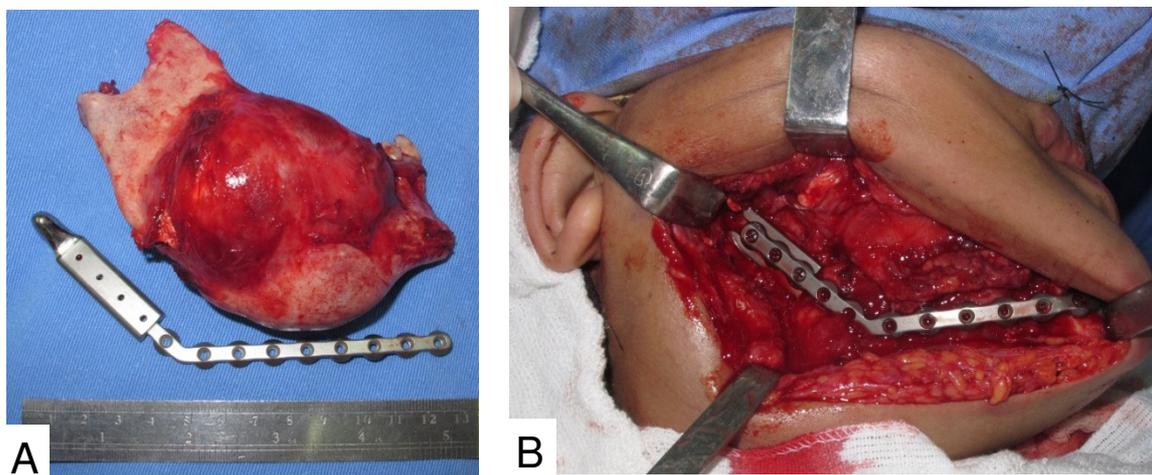


Figura 5 - Aspectos transoperatórios. A: Relação entre a peça cirúrgica e a placa de titânio com prótese de côndilo acoplada. B: Reconstrução realizada.



Figura 6 - Aspectos pós-operatório de 12 meses. A: Extraoral. B: Radiografia panorâmica.

3-DISSCUSSÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico de origem epitelial, com maior prevalência da 3^a à 5^a décadas de vida (2, 4, 11), sendo que alguns autores consideram a 4^a década como a mais prevalente (12). Não há predileção significativa por nenhum gênero (4, 5, 12) e sua incidência é mais comum na mandíbula do que na maxila (4, 5, 11), podendo chegar a uma relação de até 4:1, respectivamente (4). Nos casos 1 e 2 apresentados, os pacientes são do gênero feminino, com idades de 66 e 37 anos, respectivamente, e ambas apresentavam acometimento da mandíbula.

Radiograficamente o ameloblastoma apresenta-se como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular (4, 11, 13), de bordas definidas e, na maioria dos casos, associada a dentes inclusos (4). Frequentemente está presente uma

expansão cortical medial e lateral (11, 13), com fenestração das mesmas (13) e é comum a reabsorção das raízes dos dentes adjacentes ao tumor (11). As imagens no caso 1 revelaram extensa área radiolúcida com aspecto multilocular associada à expansão e fenestrações das corticais ósseas medial e lateral. No caso 2 também se observou extensa área radiolúcida multilocular, apresentando expansão das corticais medial, lateral e inferior da mandíbula, com rompimento das corticais medial e lateral. Em nenhum dos dois casos houve reabsorção das raízes dos dentes adjacentes ao tumor.

O tratamento do ameloblastoma varia de simples enucleação e curetagem a amplas ressecções (4, 5), com ou sem reconstrução (4). A literatura também descreve o uso de criocirurgia (4, 12), eletrocauterização e aplicação de agentes químicos esclerosantes como procedimentos adjuvantes de abordagem terapêutica (4). Porém, a maioria dos autores afirma que o tratamento adequado exige a ressecção cirúrgica completa do tumor (1, 2, 4, 10, 11, 13), com margens de segurança que podem ser de 1 a 2 cm (4, 10, 11). Em um estudo realizado por Eckardt *et al* (2), uma taxa de recorrência significativamente maior (cerca de 60%) foi observada após o tratamento conservador, em comparação ao tratamento cirúrgico radical (19,75%). Nos casos 1 e 2 optou-se pelo tratamento radical do tumor por ressecção parcial da mandíbula, com margens de segurança, com o propósito de reduzir o risco de recorrência. Observou-se que o tratamento conservador inicial adotado no caso 2 não obteve resultado terapêutico satisfatório, pois após 14 anos e seis meses a paciente cursou com recidiva da lesão. Tal fato reforçou a opção por um tratamento radical.

Muitas opções estão disponíveis para a reconstrução mandibular, tais como placas de reconstrução isoladamente ou associadas a enxertos ósseos, enxertos microvascularizados, ou mesmo dispositivos de distração osteogênica incorporados ao sistema de fixação (placas) que utilizam osso sadio remanescente na reconstrução (1). Um recurso atualmente muito utilizado como auxiliar no tratamento de reconstruções ósseas, é a fabricação de biomodelos de prototipagem rápida (PR). Os biomodelos de PR são protótipos biomédicos obtidos a partir de imagens de TC ou ressonância magnética, podendo ser utilizados na fabricação de implantes protéticos personalizados e no planejamento cirúrgico de deformidades. Isto permite uma maior previsibilidade de resultados, redução do tempo transoperatório, do risco de infecção, e conseqüente redução do custo global do tratamento (3, 6, 7, 13, 14). Os casos 1 e 2 apresentados, por se tratarem de defeitos extensos com 9,5 cm e 11,5 cm, respectivamente, possivelmente seriam melhor tratados com enxertos ósseos microvascularizados, conforme recomenda a literatura. Também o uso de biomodelo no planejamento propiciaria o uso de prótese customizada, com resultado mais previsível, entretanto não havia disponibilidade técnica e de material para realização de tais procedimentos. Por esse motivo a reconstrução de ambos os casos foi então realizada com placa de titânio e sem auxílio da prototipagem. Ainda assim, após 12 meses de pós-operatório notou-se uma satisfatória restauração do contorno facial dos pacientes. Nossos resultados foram semelhantes ao do estudo realizado por Zunbing *et al.* (15) que comparou grupos de pacientes submetidos à reconstruções mandibulares com diversos tipos de enxertos ósseos imediatos

e unicamente com placa de titânio. Medeiros *et al.* (11) também relatou um caso de tratamento de ameloblastoma por hemimandibulectomia e desarticulação do côndilo mandibular do mesmo lado, com reconstrução imediata apenas com placa de reconstrução e côndilo acoplado, sem sinais de recidiva após 4 anos de acompanhamento. Segundo Li Z *et al.* (15) placas de titânio isoladas podem ser utilizadas como método alternativo para reconstrução mandibular em pacientes mais velhos ou com estado de saúde precário, pois prescindem de área doadora, e conseqüentemente menor morbidade, além de reduzirem os tempos cirúrgico e de internação. Apesar desse não ter sido o motivo pela escolha do tipo de reconstrução do caso 1, a paciente, por ser idosa, se beneficiou da não necessidade de obtenção de uma área doadora.

Os pacientes do presente estudo estão em acompanhamento clínico e radiográfico, com consultas de revisão semestrais, e nenhuma recidiva foi observada.

Embora muitas formas de tratamento tenham sido desenvolvidas para a reconstrução de defeitos mandibulares, essas ainda constituem um grande desafio aos cirurgiões bucomaxilofaciais, pois nenhuma se apresenta ideal. Os dois casos relatados foram tratados com técnicas semelhantes, bem descritas na literatura e largamente utilizadas. Apesar de não terem sido utilizadas técnicas de reconstrução com enxertos ósseos e de confecção de biomodelos, os resultados obtidos através da reconstrução apenas com placas de titânio (no caso 2, com prótese de côndilo acoplada) foram bastante satisfatórios dos pontos de vista estético e funcional. Atribui-se a isso, também, a seleção

apropriada da forma de tratamento para cada paciente, à sua realização com rigor técnico e cuidados pós-operatórios adequados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro FH, Magaz VR, Chatakun P, Martínez RG. Mandibular reconstruction with tissue engineering in multiple recurrent ameloblastoma. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2012;32:e82–e86.
2. Eckardt AM, Kokemuller H, Flemming P, Schultzei A. Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction -- A review of twenty years. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2009;37,36-41.
3. Sannomya EK, Jorge JVL, Brito AA, Saez DM, Angelieri F, Dalben GS, DDS. Surgical planning for resection of an ameloblastoma and reconstruction of the mandible using a selective laser sintering 3D biomodel. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;106:e36-e40.
4. Montoro JRMS, Tavares MG, Melo DH, Franco RL, Filho FVM, Xavier SP et al. Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008;74(1):155-7.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot. *Patologia Oral & Maxilofacial*. Segunda edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
6. Neelam NA, Reshamwala SMS, Subburaj K. Mandibular reconstruction through transport distraction using intraoral appliance. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69:2260-2269.
7. Balasundaram I, Al-Hadad I, Parmar S. Recent advances in reconstructive oral and maxillofacial surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2011;10.1016.
8. Cohen A, Laviv A, Berman P, Nashef R, Abu-Tair J. Mandibular reconstruction using stereolithographic 3-dimensional printing modeling technology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;108:661-666.
9. Júnior OR, Gouveia MM, Alves CAF, Júnior JG. Princípios da reconstrução mandibular com enxerto ósseo vascularizado. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe* 2008 jan/mar 1;8:15-22.

10. Lunardi DVE, Fava AS, Martins RH, Homem MGN, Rapoport A, Carvalho MB. Tratamento cirúrgico do ameloblastoma com reconstrução de mandíbula com enxerto de crista ilíaca não vascularizada – Estudo de sete casos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 2000;28:1-9.

11. Medeiros M, Porto GG, Filho JRL, Portela L, Vasconcellos RH. Ameloblastoma em mandíbula. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 2008 mai/jun 3;74:478

12. Zemann W, Feichtinger M, Kowatsch E, Kärcher H. Extensive ameloblastoma of the jaws: surgical management and immediate reconstruction using microvascular flaps. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;103:190-6.

13. Santos DP, Loiola TRB, Oliveira HCC, Freitas SAP, Cravinhos JCP, Moura WL. Ressecção de ameloblastoma utilizando prototipagem - relato de caso. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço 2011 jan/mar 1;40:40-42.

14. Assis GM, Silva RSP, Moraes PH, Amaral JIQ, Sandro J, Silva P, Germano AR. Auxílio da Prototipagem na Reconstrução Mandibular: caso clínico. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe 2010 jul/set 3;10:13-18.

15. Li Z, Zhao Y, DDS, Yao S, Zhao J, DDS, Yu S, Zhang W. Immediate reconstruction of mandibular defects: a retrospective report of 242 Cases. J Oral Maxillofac Surg 2007;65:883-890.

ANEXOS



BAHIANA

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Por este instrumento particular, declaro para efeitos éticos e legais, que eu
Antônia de Jesus Santana
brasileira (nacionalidade), Apresentada (profissão),
portador (a) do RG 00.841.015-12, CPF 900.250.405-53, residente e
domiciliado(a) à R. A. Almeida 42B - Taquedoneres.

1. Esclareço que recebi todas as informações sobre a minha participação neste tratamento, possuindo plena liberdade para me abster em participar do referido tratamento a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalização;
2. Esclareço também, que fui amplamente informado(a) por um estagiário, residente, interno ou profissional da Equipe, que pode ou não estar envolvido no presente tratamento, sobre os benefícios e possíveis riscos que estou me submetendo durante o mesmo. Tomo conhecimento, também que o meu consentimento não exime a responsabilidade da Equipe e/ou profissional que está fazendo e/ou executando o tratamento;
3. Tratando-se de uma instituição de ensino, estou ciente e autorizo a utilização de fotos, filmagens, modelos, exames complementares, radiografias e dados obtidos nos prontuários como materiais didáticos para serem utilizados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações, desde que seja preservada a minha identidade e que estes resultados sejam obrigatoriamente divulgados publicamente;
4. Comprometo-me a retornar periodicamente, após o término do tratamento e alta do ambulatório, para manutenção a cada 6 meses, conforme determinação da equipe, podendo inclusive ser designado um outro profissional apto para realizar as manutenções.
6. Todas estas normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a Resolução CFO 179/93;

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da EBMS. Endereço- Av D. João VI, 274- Brotas- Salvador- Bahia, CEP: 40290-000.

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino abaixo o mesmo.

Salvador, 10 de Novembro de 2011

Antônia de Jesus Santana

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura da testemunha

PÓS
GRADUAÇÃO
Pesquisa e Extensão
BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA SAUDE PUBLICA

Secretaria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

pos.bahiana.edu.br - extensao@bahiana.edu.br



CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA

Esta é minha autorização para a EQUIPE DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL DA BAHIANA, que atua no Hospital Hospital Roberto Santos e/ou qualquer cirurgião BucoMaxiloFacial que esteja trabalhando nesta equipe a realizar a CIRURGIA de Remoção do tumor em mandíbula, como me foi previamente explicado, ou outros procedimentos que sejam necessários ou aconselháveis para concluir a cirurgia planejada. Eu concordo também em me submeter a anestesia local e/ou geral, sedação e analgesia, confiando no julgamento do cirurgião BucoMaxiloFacial e do anestesista envolvido no meu caso, com exceção de ao qual eu disse ser alérgico.

Eu fui informado e entendi que ocasionalmente há complicações provenientes da cirurgia, de drogas e da anestesia incluindo:

- Dor, infecção, edema, sangramento prolongado;
- Descoloração, insensibilidade e formigamento do lábio, língua, queixo, gengiva, bochecha e dentes que podem ser temporários ou permanentes;
- Dor, insensibilidade e flebite (inflamação de uma veia) provenientes de injeção intravenosa ou intramuscular; lesão e enrijecimento dos músculos do pescoço e face;
- A possibilidade que os músculos adjacentes da face não funcionem imediatamente após o procedimento cirúrgico por um período indefinido de tempo, que pode variar de 1 a 3 semanas;
- Restrição da abertura de boca por vários dias ou semanas;
- Mudança na oclusão e dificuldade na articulação têmporo-mandibular;
- Injúria aos dentes adjacentes, próteses e restaurações;
- Lesão a tecidos moles adjacentes e/ou dor referente a ouvido, pescoço e cabeça;
- Outras complicações podem incluir náusea, vômitos, reação alérgica, fratura ósseas, escoriações, cicatrização retardada, problemas de seio maxilar, comunicações buco-sinusais, mudanças na aparência facial;
- Mudança no nariz; há possibilidade de procedimentos cirúrgicos secundários;
- Perda de osso e dentes;
- Deformidades ósseas e/ou dos tecidos moles da face;
- A não cicatrização de segmentos ósseos;
- Desvitalização de dentes (lesão a polpa dental que pode necessitar tratamento de canal);
- Reabsorção condilar idiopática;
- Lesão da inervação motora da face em casos de acesso cirúrgico realizado externamente a cavidade oral;
- Tromboembolia;
- Recidiva.

Fui informado que após a cirurgia de maxila há a possibilidade de alterações na forma do nariz que pode haver a necessidade de cirurgias corretivas no futuro. Além de que com o uso de fixação interna rígida, algumas vezes, há a necessidade de retornar à cirurgia após o procedimento inicial para reposicionar os parafusos ou placas, após avaliação radiográfica pós-operatória.

Concordo em não utilizar bebidas alcoólicas e drogas não prescritas. Fui avisado para evitar atividade de contato com pessoas que apresentem doenças conhecidas, como as transmissíveis, e esportes aquáticos por dez (10) semanas.

Concordo e entendo que não devo comer ou beber nada por 7 horas antes da cirurgia.

Os medicamentos, drogas, anestésicos e as manipulações feitas podem causar sonolência, falta de atenção e coordenação que podem aumentar pelo uso de álcool e outras drogas; sendo assim, fui aconselhado a não dirigir qualquer veículo e manipular qualquer aparelho que promova algum risco, ou trabalhar enquanto estiver tomando estes medicamentos e/ou drogas; ou até estar completamente recuperado dos efeitos dos mesmos.

Entendo e concordo em não dirigir ou manipular qualquer aparelho que promova algum risco por pelo menos 24 (vinte e quatro) horas após minha saída da cirurgia; ou até a recuperação posterior dos efeitos da medicação anestésica e drogas que podem ter sido dadas a mim no consultório ou hospital para meu cuidado. Concordo em não ir dirigindo para casa, após a cirurgia, e que terei um adulto responsável que me leve ou acompanhe para casa após ter alta hospitalar.

Concordo em colaborar com as recomendações desta equipe enquanto estiver sob seus cuidados. Havendo qualquer falta desta colaboração pode levar a um resultado não satisfatório.

Tive a oportunidade de discutir com Dr(a) Adrye e Man Chelvi minha história médica e de saúde incluindo qualquer problema sério e/ou lesões.

Entendo que existem certos riscos provindos da anestesia geral que podem envolver lesões corporais sérias e que estes riscos são inerentes a qualquer procedimento que requer este tipo de anestesia.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.



Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Concordo que o meu tratamento possa ser utilizado como material didático e/ou pesquisa sem a ocorrência de danos pessoais e sem revelar a minha identidade.

CERTIFICO QUE TIVE A OPORTUNIDADE DE LER E ENTENDER COMPLETAMENTE OS TERMOS E PALAVRAS NA AUTORIZAÇÃO ACIMA PARA A CIRURGIA E A EXPLICAÇÃO REALIZADA E QUE TODOS OS ESPAÇOS EM BRANCO OU AFIRMAÇÕES QUE REQUERIAM A INSERÇÃO OU COMPLEMENTAÇÕES FORAM PREENCHIDOS E OS PARÁGRAFOS QUE NÃO SE APLICAVAM AO MEU CASO, SE HOUVER ALGUM, FORAM RISCADOS ANTES QUE EU ASSINASSE. EU TAMBÉM AFIRMO QUE SEI LER E ESCREVER EM PORTUGUÊS.

TESTEMUNHA

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Preceptor:

DATA: 10/11/2011

Dr. Márcio Marchionni
Cirurgião Bucodentário
CROBA-5122

PÓS
GRADUAÇÃO
Pesquisa e Extensão
BAHIANA

Secretaria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
pos.bahiana.edu.br - extensao@bahiana.edu.br



Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Por este instrumento particular, declaro para efeitos éticos e legais, que eu

EDILEUSA DOS SANTOS
BRASILEIRA (nacionalidade), MANICURE E PDL (profissão),
portador (a) do RG 09 844899 79, CPF 039 788455 48, residente e
domiciliado(a) à JEUQUE - BA

1. Esclareço que recebi todas as informações sobre a minha participação neste tratamento, possuindo plena liberdade para me abster em participar do referido tratamento a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalização;

2. Esclareço também, que fui amplamente informado(a) por um estagiário, residente, interno ou profissional da Equipe, que pode ou não estar envolvido no presente tratamento, sobre os benefícios e possíveis riscos que estou me submetendo durante o mesmo. Tomo conhecimento, também que o meu consentimento não exime a responsabilidade da Equipe e/ou profissional que está fazendo e/ou executando o tratamento;

3. Tratando-se de uma instituição de ensino, estou ciente e autorizo a utilização de fotos, filmagens, modelos, exames complementares, radiografias e dados obtidos nos prontuários como materiais didáticos para serem utilizados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações, desde que seja preservada a minha identidade e que estes resultados sejam obrigatoriamente divulgados publicamente;

4. Comprometo-me a retornar periodicamente, após o término do tratamento e alta do ambulatório, para manutenção a cada 6 meses, conforme determinação da equipe, podendo inclusive ser designado um outro profissional apto para realizar as manutenções.

6. Todas estas normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução CFO 179/93;

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSP. Endereço- Av D. João VI, 274- Brotas- Salvador- Bahia, CEP: 40290-000.

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino abaixo o mesmo.

Salvador, 06 de fevereiro de 2013

Assinatura do paciente ou responsável

Edileusa dos Santos

Assinatura da testemunha

PÓS
GRADUAÇÃO
Pesquisa e Extensão
BAHIANA

Secretaria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

pos.bahiana.edu.br - extensao@bahiana.edu.br



BAHIANA

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA

Esta é minha autorização para a EQUIPE DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL DA BAHIANA, que atua no Hospital GERAL ROBERTO SANTOS e/ou qualquer cirurgião BucoMaxiloFacial que esteja trabalhando nesta equipe a realizar a CIRURGIA de RESECÇÃO DE TUMOR EM MANDÍBULA, como me foi previamente explicado, ou outros procedimentos que sejam necessários ou aconselháveis para concluir a cirurgia planejada. Eu concordo também em me submeter a anestesia local e/ou geral, sedação e analgesia, confiando no julgamento do cirurgião BucoMaxiloFacial e do anestesista envolvido no meu caso, com exceção de _____ ao qual eu disse ser alérgico.

Eu fui informado e entendi que ocasionalmente há complicações provenientes da cirurgia, de drogas e da anestesia incluindo:

- Dor, infecção, edema, sangramento prolongado;
- Descoloração, insensibilidade e formigamento do lábio, língua, queixo, gengiva, bochecha e dentes que podem ser temporários ou permanentes;
- Dor, insensibilidade e flebite (inflamação de uma veia) provenientes de injeção intravenosa ou intramuscular; lesão e enrijecimento dos músculos do pescoço e face;
- A possibilidade que os músculos adjacentes da face não funcionem imediatamente após o procedimento cirúrgico por um período indefinido de tempo, que pode variar de 1 a 3 semanas;
- Restrição da abertura de boca por vários dias ou semanas;
- Mudança na oclusão e dificuldade na articulação têmporo-mandibular;
- Injúria aos dentes adjacentes, próteses e restaurações;
- Lesão a tecidos moles adjacentes e/ou dor referente a ouvido, pescoço e cabeça;
- Outras complicações podem incluir náusea, vômitos, reação alérgica, fratura ósseas, escoriações, cicatrização retardada, problemas de seio maxilar, comunicações buco-sinusais, mudanças na aparência facial;
- Mudança no nariz; há possibilidade de procedimentos cirúrgicos secundários;
- Perda de osso e dentes;
- Deformidades ósseas e/ou dos tecidos moles da face;
- A não cicatrização de segmentos ósseos;
- Desvitalização de dentes (lesão a polpa dental que pode necessitar tratamento de canal);
- Reabsorção condilar idiopática;
- Lesão da inervação motora da face em casos de acesso cirúrgico realizado externamente a cavidade oral;
- Tromboembolia;
- Recidiva.

Fui informado que após a cirurgia de maxila há a possibilidade de alterações na forma do nariz que pode haver a necessidade de cirurgias corretivas no futuro. Além de que com o uso de fixação interna rígida, algumas vezes, há a necessidade de retornar à cirurgia após o procedimento inicial para reposicionar os parafusos ou placas, após avaliação radiográfica pós-operatória.

Concordo em não utilizar bebidas alcoólicas e drogas não prescritas. Fui avisado para evitar atividade de contato com pessoas que apresentem doenças conhecidas, como as transmissíveis, e esportes aquáticos por dez (10) semanas.

Concordo e entendo que não devo comer ou beber nada por 7 horas antes da cirurgia.

Os medicamentos, drogas, anestésicos e as manipulações feitas podem causar sonolência, falta de atenção e coordenação que podem aumentar pelo uso de álcool e outras drogas; sendo assim, fui aconselhado a não dirigir qualquer veículo e manipular qualquer aparelho que promova algum risco, ou trabalhar enquanto estiver tomando estes medicamentos e/ou drogas; ou até estar completamente recuperado dos efeitos dos mesmos.

Entendo e concordo em não dirigir ou manipular qualquer aparelho que promova algum risco por pelo menos 24 (vinte e quatro) horas após minha saída da cirurgia; ou até a recuperação posterior dos efeitos da medicação anestésica e drogas que podem ter sido dadas a mim no consultório ou hospital para meu cuidado. Concordo em não ir dirigindo para casa, após a cirurgia, e que terei um adulto responsável que me leve ou acompanhe para casa após ter alta hospitalar.

Concordo em colaborar com as recomendações desta equipe enquanto estiver sob seus cuidados. Havendo qualquer falta desta colaboração pode levar a um resultado não satisfatório.

Tive a oportunidade de discutir com Dr(a) ARIANO PEREZ minha história médica e de saúde incluindo qualquer problema sério e/ou lesões.

Entendo que existem certos riscos provindos da anestesia geral que podem envolver lesões corporais sérias e que estes riscos são inerentes a qualquer procedimento que requer este tipo de anestesia.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

PÓS
GRADUAÇÃO
Pesquisa e Extensão
BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

Secretaria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
pos.bahiana.edu.br – extensao@bahiana.edu.br



Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Concordo que o meu tratamento possa ser utilizado como material didático e/ou pesquisa sem a ocorrência de danos pessoais e sem revelar a minha identidade.

CERTIFICO QUE TIVE A OPORTUNIDADE DE LER E ENTENDER COMPLETAMENTE OS TERMOS E PALAVRAS NA AUTORIZAÇÃO ACIMA PARA A CIRURGIA E A EXPLICAÇÃO REALIZADA E QUE TODOS OS ESPAÇOS EM BRANCO OU AFIRMAÇÕES QUE REQUERIAM A INSERÇÃO OU COMPLEMENTAÇÕES FORAM PREENCHIDOS E OS PARÁGRAFOS QUE NÃO SE APLICAVAM AO MEU CASO, SE HOUVER ALGUM, FORAM RISCADOS ANTES QUE EU ASSINASSE. EU TAMBÉM AFIRMO QUE SEI LER E ESCREVER EM PORTUGUÊS.

Neivaldo Leite Moraes
TESTEMUNHA

Odete dos Santos
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Preceptor: _____

DATA: 06/02/2013

PÓS
GRADUAÇÃO
Pesquisa e Extensão
BAHIANA

Secretaria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
pos.bahiana.edu.br - extensao@bahiana.edu.br