

Novas tecnologias e  
propriedades clínicas em  
**ODONTOLOGIA**

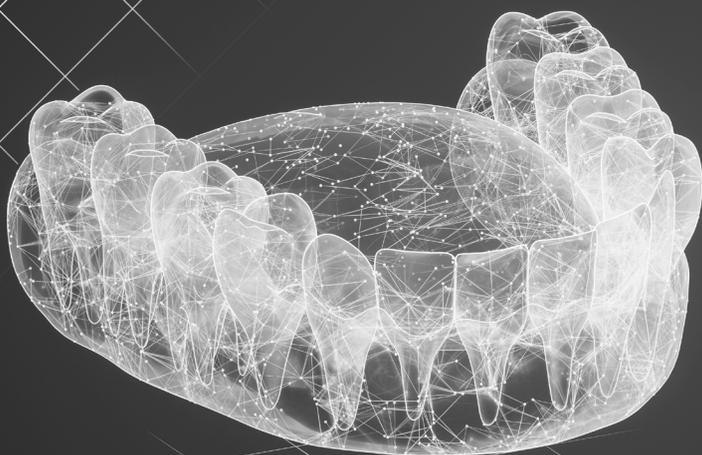
2



Emanuela Carla dos Santos  
(Organizadora)

Novas tecnologias e  
propriedades clínicas em  
**ODONTOLOGIA**

2



**Emanuela Carla dos Santos**  
(Organizadora)

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial**

**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
 Prof. Dr. Maurílio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## Novas tecnologias e propriedades clínicas em odontologia 2

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadora:** Emanuela Carla dos Santos

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)</b>	
N936	Novas tecnologias e propriedades clínicas em odontologia 2 / Organizadora Emanuela Carla dos Santos. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0725-6 DOI: <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.256221111">https://doi.org/10.22533/at.ed.256221111</a>  1. Odontologia. 2. Saúde bucal. I. Santos, Emanuela Carla dos (Organizadora). II. Título.  CDD 617.6
<b>Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166</b>	

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Com todos os avanços presenciados até hoje, muitas são as ferramentas disponíveis que podem ser utilizadas em prol do desenvolvimento e melhorias na ciência odontológica. Estas auxiliam tanto no atendimento ao paciente, quanto no bem-estar do próprio profissional ao exercer suas atividades.

Seguindo na linha da aplicação das novas tecnologias em Odontologia, que promove melhora significativa nos fluxos de trabalho e propriedades clínicas, a Atena Editora dá sequência às publicações com este compilado de novos artigos.

Espero que a leitura deste material o ajude a aumentar seu conhecimento.  
Ótima leitura!

Emanuela C. dos Santos

**CAPÍTULO 1 ..... 1**

ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO DUPLO CEGO SOBRE *ARNICA MONTANA 6CH* NAS ALTERAÇÕES TÉRMICAS MUSCULARES POR ESTRESSE ISOMÉTRICO EM PACIENTES COM DTM PÓS PROCEDIMENTOS ENDODÔNTICOS

Rosy de Oliveira Nardy  
 Cristina Garani Schneider Guimarães  
 Adriana Marques Nunes  
 Leonardo dos Santos Barroso  
 Dionísia de Matos Cataldo  
 Vicente Canuto Motta  
 Elisa Mara Nogueira  
 Leila Cristina dos Santos Mourão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2562211111>

**CAPÍTULO 2 ..... 10**

DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO E A INFLUÊNCIA QUE O SEXO TEM EM RELAÇÃO AOS ÓBITOS

Gabriella Rocha Leite  
 Geovana Faria Vilela  
 Esthefany Xavier Lima Braz  
 Bruno Catugy Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2562211112>

**CAPÍTULO 3 ..... 12**

OS BIOMATERIAIS NO REPARO ÓSSEO EM ODONTOLOGIA

Cleisla Caroline Maria Reis  
 Jonathas Luiz Alves Zica  
 Juliana Barbosa de Faria  
 Taíssa Cássia de Souza Furtado  
 Carlos Paulino dos Santos Júnior  
 Rodrigo César Rosa  
 Sanívia Aparecida de Lima Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2562211113>

**CAPÍTULO 4 ..... 27**

REABILITAÇÃO CIRÚRGICA DE MAXILARES ATRÓFICOS ATRAVÉS DA TÉCNICA *ALL-ON-FOUR*: UM CONCEITO DE TRATAMENTO

Karine Angar  
 Giuliano Henrique Mão Luchi  
 Ricardo Guilherme da Silva Krause

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2562211114>

**CAPÍTULO 5 ..... 45**

A LASERTERAPIA COMO TRATAMENTO COADJUVANTE NA OSSEOINTEGRAÇÃO DE IMPLANTES DENTÁRIOS

João Gabriel Carvalho Rodrigues

Luana de Sousa Franco  
 Ingrid Fátima Damaceno Pessoa Silva  
 Ilanny Tátilla Rodrigues de Carvalho  
 Werika Lourena de Sousa Ribeiro  
 Gilliana Rodrigues Pessoa Mendes  
 Yves Viana Ramalho Oliveira  
 Ayrton Geroncio Silva  
 Camila Lopes Urgal  
 Gabriel Franco da Silva  
 Thiago Matheus Sousa Costa  
 Sérgio Salomão de Oliveira Moura  
 Carolina Pereira Tavares  
 Kercia Vitória de Moura Rêgo Melo  
 Michelle Diana Leal Pinheiro Matos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2562211115>

**CAPÍTULO 6 .....55**

**CISTO INFLAMATÓRIO ASSOCIADO A TERCEIRO MOLAR MAXILAR EM POSIÇÃO ECTÓPICA: RELATO DE CASO**

Guilherme Rizental Koubik  
 Yann Lucas Barboza  
 Luciana Dorochenko Martins  
 Jessica Daniela Andreis  
 Gilson Cesar Nobre Franco  
 Dayane Jaqueline Gross

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2562211116>

**CAPÍTULO 7 .....60**

**HEMANGIOMA LABIAL COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA INCOMUM EM PACIENTE PEDIÁTRICO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Pedro Henrique Chaves Isaias  
 Filipe Nobre Chaves  
 Assis Filipe Medeiros Albuquerque  
 Farah Essgui Orellana Martinez  
 Raul Anderson Domingues Alves da Silva  
 Karuza Maria Alves Pereira  
 Ana Paula Negreiros Nunes Alves  
 Mário Rogério Lima Mota  
 Thâmara Manoela Marinho Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2562211117>

**CAPÍTULO 8 .....69**

**ADENOMA PLEOMÓRFICO: RELATO DE CASOS CLÍNICOS**

Rochelly Alves Barbosa  
 Luana de Sousa Franco  
 Lara Eunice Cândido Soares

Márcia Socorro da Costa Borba  
 Aline Alves Coelho  
 Patrícia Sthefânia Mulatinho Paiva  
 Paulo Rogério Corrêa Couto  
 Luylla Ferreira Ramalho  
 Jânia Andreza Leite Braga  
 Sophia Clementino Coutinho  
 Laura Santa Rosa Gomes Netto  
 Taylon Barbosa Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2562211118>

**CAPÍTULO 9 .....84**

**A UTILIZAÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A (TBA) NO TRATAMENTO DO BRUXISMO NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Ana Cássia da Silva Machado  
 Thais Teixeira Barpp  
 Adriana Maria Alexandre Henriques  
 Zenaide Paulo Silveira  
 Maicon Daniel Chassot  
 Telma da Silva Machado  
 Simone Thais Vizini  
 Fabiane Bregalda Costa  
 Letícia Toss  
 Claudia Carina Conceição dos Santos  
 Elizete Maria de Souza Bueno

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2562211119>

**CAPÍTULO 10..... 91**

**FACTORS ASSOCIATED WITH CHILDHOOD BRUXISM – LITERATURE REVIEW**

Rayandra do Nascimento  
 Suanne da Silva  
 Fernanda do Carmo  
 Michele Di Benedetto  
 Lucas Mendonça  
 Gabriela Meira  
 Nayhane de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2562211110>

**SOBRE A ORGANIZADORA .....101**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 102**

# ADENOMA PLEOMÓRFICO: RELATO DE CASOS CLÍNICOS

---

*Data de aceite: 01/11/2022*

### **Rochelly Alves Barbosa**

Graduada em Odontologia -UNIFACID  
WYDEN  
Teresina, Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/1512492613622941>

### **Luana de Sousa Franco**

Discente pesquisadora em Odontologia-  
UNINASSAU Redenção  
Teresina- Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/6101927185334754>

### **Lara Eunice Cândido Soares**

Doutorado em Clínicas Odontológicas.  
Centro de Pesquisas Odontológicas São  
Leopoldo Mandic, SLMANDIC, Brasil.  
Teresina -Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9428677786710895>

### **Márcia Socorro da Costa Borba**

Doutorado em Clínica Odontologica.  
Universidade Estadual de Campinas,  
UNICAMP, Brasil.  
Teresina -Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9772238417681120>

### **Aline Alves Coelho**

Graduada em odontologia - Faculdade de  
Ciências do Tocantins FACIT  
Araguaína- Tocantins

### **Patrícia Sthefânia Mulatinho Paiva**

Graduanda em odontologia no centro  
universitário FACOL, Vitória de Santo  
Antão- PE  
Chã Grande-Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/3086676886662611>

### **Paulo Rogério Corrêa Couto**

Graduado em Odontologia pelo Centro  
Universitário Tabosa de Almeida (Asces-  
Unita)  
Caruaru - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/1747419869262602>

### **Luylla Ferreira Ramalho**

Centro Universitário de João Pessoa  
(UNIPÊ)  
João Pessoa/PB  
<http://lattes.cnpq.br/0784302444749947>

### **Jânia Andreza Leite Braga**

Graduanda em Odontologia pela UFRN-  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte.  
Natal/Rio Grande do Norte.  
<http://lattes.cnpq.br/0599739541340106>

### **Sophia Clementino Coutinho**

Graduanda em odontologia- Unifacisa.  
Campina Grande - Paraíba  
<http://lattes.cnpq.br/5216759780157933>

**Laura Santa Rosa Gomes Netto**  
Universidade Potiguar - UNP  
Natal-Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/0221593454162697>

**Taylon Barbosa Ribeiro**  
Cirurgião Dentista especialista em implantodontia ABO-PI  
Teresina -Piauí  
0000-0002-7374-1008

**RESUMO:** O adenoma pleomórfico é um tumor misto, benigno com ocorrência mais comum nas glândulas salivares, principalmente na parótida e submandibular, sendo menos frequentes na região intraoral, quando o mesmo ocorre possui preferência pela região do palato, lábio e mucosa jugal. O objetivo desse trabalho é apresentar dois casos clínicos de Adenoma Pleomórfico com localizações diferentes e atípicas, e eleger a melhor forma de tratamento para cada caso específico, assim como descrever as etapas clínicas do manejo com o paciente desde a cirurgia ao pós-operatório. A presente pesquisa ocorreu em uma IES com dois pacientes diagnosticados com adenoma pleomórfico, sendo um em palato duro e outro em lábio superior. O diagnóstico foi feito através de biópsia e exame histopatológico. Diante do exposto podemos observar que o Adenoma Pleomórfico é uma patologia que merece destaque, haja vista que possui características particulares, sendo de extrema importância o conhecimento do Cirurgião Dentista sobre tal patologia, para assim realizar um diagnóstico precoce. Essas características peculiares irão ajudar na conduta mais específica para cada região, tendo sempre a finalidade de reduzir as chances de malignidade e de recidiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adenoma pleomórfico. Patologia. Cirurgia. Palato. Lábio superior.

**ABSTRACT:** Pleomorphic adenoma is a mixed, benign tumor with more common occurrence in the salivary glands, mainly in the parotid and submandibular glands, being less frequent in the intraoral region, when it occurs, it has a preference for the region of the palate, lip and buccal mucosa. The objective of this work is to present two clinical cases of Pleomorphic Adenoma with different and atypical locations, and to choose the best form of treatment for each specific case, as well as to describe the clinical stages of management with the patient from surgery to the postoperative period. The present research took place in an HEI with two patients diagnosed with pleomorphic adenoma, one in the hard palate and the other in the upper lip. The diagnosis was made through biopsy and histopathological examination. In view of the above, we can observe that the Pleomorphic Adenoma is a pathology that deserves to be highlighted, given that it has particular characteristics, and the knowledge of the Dental Surgeon about such pathology is extremely important, in order to carry out an early diagnosis. These peculiar characteristics will help in the most specific conduct for each region, always aiming to reduce the chances of malignancy and recurrence.

**KEYWORDS:** Pleomorphic adenoma. Pathology. Surgery. Palate. Upper lip.

## 1 | INTRODUÇÃO

Segundo Neville *et al.* (2016), o Adenoma Pleomórfico (AP), também conhecido como tumor misto benigno, é a neoplasia de glândula salivar mais comum e ocorre principalmente nas glândulas parótidas e submandibulares. Os adenomas são derivados da mistura de elementos ductuais e mioepiteliais, podendo existir grande diversidade microscópica de uma neoplasia para outra, bem como em diferentes áreas de um mesmo tumor.

Em sua grande maioria apresenta-se de forma assintomática, possuindo consistência firme e crescimento lento. É comum ter a conformação ovoide e margens bem delimitadas, podendo apresentar mobilidade, exceto em palato, no qual são encontrados na região póstero-lateral na junção do palato duro e mole e o tamanho varia de milímetros à centímetros. Frequentemente acomete o gênero feminino e na faixa etária de 30 e 60 anos. (BIGUELINE *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2008; SINGH *et al.*, 2019)

O tratamento, é crucial devido ao potencial de lesões de longa data sofrerem transformação maligna. A conduta em sua grande maioria, é cirúrgica, e a exérese completa da lesão é indispensável para evitar possível recorrência. Devem-se observar detalhadamente todos os aspectos e comparar as características da presente lesão com os dados já existente, desse modo à conduta será específica para cada região, seja ele em lábio superior ou em palato duro (MAIR; AGUIRRE, 2016; SILVA *et al.*, 2008). Com a remoção cirúrgica adequada, o prognóstico é excelente, com uma taxa de cura de mais de 95%, e o risco de recorrência caracteriza-se menor para os adenomas pleomórficos em glândulas salivares menores (NEVILLE *et al.*, 2016).

O objetivo do presente trabalho é apresentar dois casos clínicos de Adenoma Pleomórfico com localizações diferentes e atípicas, e eleger a melhor forma de tratamento para cada caso específico. Se fazendo de grande importância na literatura, haja vista que por serem em regiões atípicas há poucos casos registrados, além dos pacientes possuírem particularidades incomuns às registradas na literatura.

## 2 | REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Estêvão *et al.* (2015) as glândulas salivares são um conjunto de glândulas com características serosas, mucosas ou sero mucosas. Podendo apresentar patologias benignas, com diversas formas de tratamentos. Entre as patologias mais frequentes destacamos a sialolitíase e os tumores benignos das glândulas salivares, dentre eles destaca-se o adenoma pleomórfico.

Para Neville *et al.* (2016) o adenoma pleomórfico, ou tumor misto benigno, é a neoplasia mais comum em glândulas salivares. Essa lesão representa cerca de 50% a 77% das neoplasias na parótida, 53% a 72% dos tumores da glândula submandibular, e 33% a 41% dos de glândula salivar menor e são derivados de uma mistura de elementos ductais e mioepiteliais. Apresentam, microscopicamente, diversidade celular, sejam entre áreas do mesmo tumor, quanto em neoplasias diferentes. O adenoma possui variações histopatológicas, fazendo com que suas características não sigam um parâmetro dos

tumores benignos vistos na literatura. Embora o padrão celular seja variável, raramente as células individuais possuem variações de forma, mas mesmo assim recebe o nome de tumor misto.

De acordo com Das Neves *et al.* (2007) as neoplasias de glândulas salivares são raras e a sua patogênese é incerta assim como a predileção para a oncogênese. Já de acordo com Israel *et al.* (2016) isso se dá por sua complexidade também atribuída à heterogeneidade das células de origem destes lesões. O diagnóstico patológico é a chave para o adequado manejo dessas lesões uma vez que o grau de agressividade depende de seus tipos histológicos.

Para Oliveira *et al.* (2016) e Bigueline *et al.* (2015) as lesões da patologia, quando intraorais, ocorrem preferencialmente no palato seguido pelo lábio e mucosa jugal, assim como relatado no presente trabalho. Podendo acometer indivíduos em qualquer faixa etária, principalmente na terceira e sexta década de vida, no entanto esse trabalho difere quanto a idade comum encontrada. Concordando com a predominância pelo gênero feminino (aproximadamente 60%), porém sem justificativa para tal predileção.

Uma região bem comum é o palato, que se destaca na literatura com um percentual de aproximadamente 50% a 65% dos exemplos intraorais. Esta localização é seguida pelo lábio superior (19% a 27%) e pela mucosa jugal (13% a 17%), em relação ao palato as neoplasias apresentam um aumento de volume em formato arredondado e tendo superfície lisa, a mucosa do palato duro é fortemente aderida ao adenoma, e, por isso, as neoplasias desta localização não são móveis, sendo em sua maioria envoltos por uma cápsula circunscrita, diferentemente da mucosa labial ou da mucosa jugal, que apresentam mobilidade.

Em relação a incidência em lábio, podemos perceber uma incidência maior em lábio superior, por ser uma região com maior índice de anomalias, quando encontrada alguma variação são sugeridas diversas patologias, mas a 2ª patologia mais comum no lábio superior é o Adenoma Pleomórfico, mesmo sendo raro nessa localização a melhor forma de classificar é fazendo o exame clínico, através da palpação de inchaços submucoso, para diferenciar de cistos e tumores, acompanhado do estudo histopatológico para e obter um diagnóstico mais preciso e definitivo (SINGH *et al.*, 2019).

Segundo Neville *et al.* (2016) e Queiroz *et al.* (2014) as características clínicas apresentam-se como lesões nodulares com superfície lisa e um aumento de volume firme, indolor e de crescimento lento que não prendem ao tecido adjacente (lesão móvel exceto em palato duro).

Histologicamente o Adenoma Pleomórfico é uma lesão normalmente encapsulada e bem circunscrita (FIGURA 1), podendo apresentar, também, cápsula incompleta e exibir infiltração por células neoplásicas. As células mioepiteliais geralmente integram uma grande porcentagem das células neoplásicas e exibem morfologia variável, por vezes podendo se apresentar como células anguladas ou fusiformes. Algumas células mioepiteliais são arredondadas e possuem núcleo excêntrico e citoplasma eosinofílico hialinizado, lembrando plasmócitos (FIGURA 2). Essas células mioepiteliais plasmocitoides

características estão mais proeminentes nas neoplasias oriundas de glândulas salivares menores. Microscopicamente também pode ser observadas algumas células de gordura ou material osteóide (NEVILLE *et al.*, 2016).

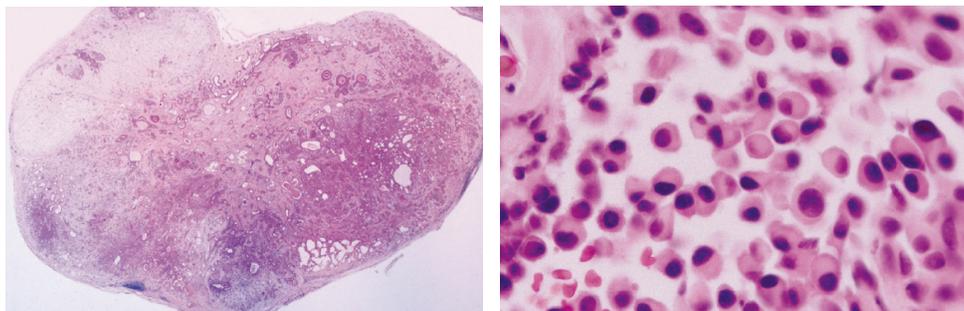


FIGURA 1: Cápsula que envolve o Adenoma Pleomórfico podendo ser vista mesmo no menor aumento.  
FIGURA 2: Células mioepiteliais.

Fonte: NEVILLE *et al.* (2016)

O diagnóstico, de modo geral é realizado com base na história clínica detalhada e com o auxílio de exames. Os exames de imagem embora não sejam essenciais tem demonstrado um papel de destaque no estabelecimento da origem, localização e limites da lesão, principalmente tomografias computadorizadas.

Quanto à biópsia da lesão, sempre deve ser considerada, tanto para excluir outras possíveis lesões malignas, como para avaliar se a lesão possui chances de se transformar em maligna. O aconselhado é a execução de um procedimento cirúrgico, de modo que a excisão cirúrgica é a melhor forma de ter acesso a lesão, ela deve ser ampla com margens livres, na intenção de diminuir ainda mais o índice de recidivas, além de também evitar transformações malignas. A possibilidade de recidiva ocorre quando o nódulo não é totalmente removido, vale lembrar ainda, que mesmo com a remoção total do nódulo a vigilância clínica é essencial para diagnóstico precoce em casos de recidiva ou malignização, sendo essencial o acompanhamento após a cirurgia (MELO *et al.*, 2016; ROCHA *et al.*, 2015).

Com a remoção cirúrgica adequada, a taxa de cura é de 95% e apresenta um prognóstico excelente. O risco de recorrência apresenta-se menor para adenomas pleomórficos de glândula salivar menor. A escolha da técnica cirúrgica deve estar relacionada ao fato da localização, tamanho total do nódulo e melhor conforto ao paciente.

É importante lembrar também que após a cirurgia de remoção deve ser feito o acompanhamento a cada ano, para observar possíveis mudanças e manter o controle da não recidiva (CARVALHO *et al.*, 2017; SENGUL; SENGUL, 2011).

O provável risco de transformação maligna é pequeno, mas pode ocorrer em aproximadamente 3% a 4% de todos os casos. O risco aumenta com o tempo de evolução da neoplasia (DAS NEVES *et al.*, 2007; NEVILLE *et al.*, 2016; SENGUL; SENGUL, 2011).

O potencial de transformação maligna do Adenoma Pleomórfico vem sendo observado, principalmente, nos casos de excisão cirúrgica incompleta.

O risco de recidiva local do Adenoma Pleomórfico após a primeira cirurgia está associado com a presença de variáveis clínico-patológicas que incluem: idade inferior a 30 anos desde o diagnóstico, presença de neoplasia extra-capsular sob a forma de nódulos satélites, variante rica em estroma e excisão cirúrgica incompleta; o tempo de evolução da neoplasia desde o diagnóstico, provavelmente, resulta da acumulação de alterações genéticas.

### 3 | METODOLOGIA

O presente trabalho respeitou a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP do Centro Universitário Integral Diferencial (UNIFACID) via Plataforma Brasil. À coleta de dados foi iniciada, somente, após aprovação do Projeto pelo CEP- (Apêndice A).

A pesquisa caracteriza-se como um estudo de natureza aplicada, de abordagem qualitativa, com objetivos exploratórios e do tipo estudo de caso.

Teve como cenário uma Instituição de Ensino Superior (IES) da cidade de Teresina-PI, em uma clínica escola de Odontologia.

Participaram do estudo dois pacientes, diagnosticados com Adenoma Pleomórfico em lábio superior e o outro em palato duro.

Dos critérios de Inclusão: foi incluído na amostra os pacientes que possuem um Adenoma Pleomórfico em lábio superior e outro em palato duro confirmado através do exame histopatológico.

O estudo dos casos consiste em relatar as etapas clínicas e o manejo do Cirurgião-Dentista com o paciente com adenoma pleomórfico, sendo desde a primeira consulta até o encaminhamento e resultado do exame histopatológico, assim também como o pós-operatório e o acompanhamento a longo prazo, visto que em casos que venham a ter recidiva o diagnóstico será mais precoce.

Sobre os riscos: os participantes desse estudo estavam expostos à riscos provenientes da intervenção cirúrgica, acidentes/complicações/consequências que podem decorrer da biopsia tais como: hemorragia, dor pós-operatória e infecção, que foram minimizados através da melhor técnica cirúrgica para o caso, preservando a cadeia asséptica e sendo feita a prescrição medicamentosa adequada. Em seus benefícios: os pacientes além de terem recebido o benefício do diagnóstico da patologia (biópsia + exame histopatológico), além de todo acompanhamento odontológico após o fim da pesquisa. Tendo ainda um benefício indireto, onde os resultados desta pesquisa, caracterizam casos com uma incidência baixa, isso contribuirá para ajudar a literatura a elucidar melhor as características dessa lesão que ainda possui patogênese indefinida.

### 3.1 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi iniciada após o recebimento da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. O presente estudo selecionou dois pacientes diagnosticados com Adenoma Pleomórfico. O diagnóstico foi realizado através da biópsia e exame histopatológico. O acompanhamento pós-operatório foi feito até a cura da ferida cirúrgica e seis meses após a cirurgia, dando continuidade ao acompanhamento conforme avanço da idade do paciente. Todas as etapas foram registradas e devidamente documentadas.

### 3.2 Organização e Análise dos Dados

Os dados foram analisados pelas fichas clínicas, através de perguntas e fotografias, foram confeccionadas lâminas histológicas para análise e verificado seus laudos. As etapas clínicas foram descritas, desde a primeira consulta até o resultado da biópsia e o procedimento de remoção total do tumor benigno.

## 4 | RELATO DOS CASOS CLÍNICOS

### 4.1 Caso clínico

#### *Adenoma Pleomórfico em Lábio Superior*

Paciente C.C.S., gênero feminino, 24 anos, raça negra, compareceu a clínica da faculdade de Odontologia, UniFacid, localizada na cidade de Teresina, Piauí. Ao exame clínico (FIGURA 3) foi observado um nódulo na região de fundo de vestibulo e lábio superior do lado direito, possuindo coloração normal, sem sintomatologia dolorosa, medindo mais ou menos 10mm. A paciente não possui histórico de reações alérgicas à anestesia, e relatou que o nódulo evoluiu nos últimos 3 anos.



FIGURA 3: Exame clínico inicial, destacando a região superior da mucosa, na qual pode-se observar um abaulamento sob a região do incisivo lateral e do canino do hemi-arco direito

Fonte: BORBA; SOARES (2020)

Não foi solicitado nenhum exame radiográfico, haja vista que se encontrava em tecido mole. A conduta de escolha foi a solicitação do exame anatomo-patológico através da biopsia excisional. O espécime foi fixado em formol tamponado à 10% e encaminhado para análise com as hipóteses diagnósticas de Tumor de Glândula ou Adenoma Pleomórfico.

A cirurgia foi realizada seguindo todos os preceitos da cadeia asséptica, buscando o melhor conforto para o paciente e para o cirurgião. A biopsia excisional, foi a escolha final devido a região acometida causar um desconforto ao paciente, além da lesão possuir diâmetros pequenos.

A incisão foi realizada em fundo de sulco, estendendo-se do incisivo lateral ao segundo pré-molar superior do hemi-arco direito (FIGURA 4). A remoção do espécime precisou do auxílio de uma pinça de dissecação e do afastador de Minissota (FIGURAS 5). Foi feita preservação das glândulas salivares menores (FIGURA 6) e logo após checagem minuciosa o retalho foi fechado com pontos simples (FIGURA 7). O espécime foi enviado ao centro de biópsia (FIGURA 8) e após 15 dias obtivemos o laudo final.



FIGURA 4: Incisão em fundo de sulco, extensão do incisivo lateral a primeiro pré-molar superior do hemi-arco direito. FIGURA 5: Remoção do espécime com o auxílio de uma pinça de dissecação e do afastador de Minissota

Fonte: BORBA; SOARES (2020)



FIGURA 6: Tecido mucoso pinçado com a pinça de Addison pode-se observar as glândulas salivares menores preservadas. FIGURA 7: Fechamento do retalho com pontos simples

Fonte: BORBA; SOARES (2020)

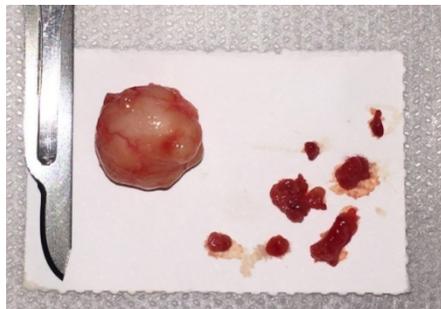


FIGURA 8: Lesão após remoção completa, contendo alguns fragmentos para margens de segurança.

Fonte: BORBA; SOARES (2020)

Dado análise do laudo confirmou-se a suspeita de Adenoma Pleomórfico e detalhou o fragmento com características macroscópicas e microscópicas.

Macroscopicamente foi possível observar um fragmento com formato globuloso, superfície irregular, consistência fibrosa e coloração esbranquiçada, medindo, 13mm x 11mm x 10mm.

Em seus cortes histológicos, microscopicamente, o fragmento da neoplasia caracteriza-se por proliferação de células epiteliais e mioepiteliais organizadas em padrão, predominando regiões ductiformes, camada interna composta por células eosinófilas e camada externa construídas células neoplásicas. Possuem morfologia arredondada, fusiforme, epitelióide e plasmocitóide, existindo também região com tecido conjuntivo denso hialinizado circundando a lesão, caracterizando a neoplasia de origem glandular.

A paciente foi informada sobre o resultado e após 6 meses foi feito uma consulta pra controle e observação do local da lesão (FIGURA 9), dada características clínicas observou-se que não possuía sinal de recidiva e a mucosa estava cicatrizada e em perfeito estado.



FIGURA 9: Pós operatório da região após 6 meses.

Fonte: BORBA; SOARES (2020)

## 4.2 Caso clínico

### *Adenoma Pleomórfico em Palato Duro*

Paciente V. N. S., gênero feminino, 16 anos, raça parda, portadora de Artrite Reumatóide, porém sem manifestações disfuncionais, tratava-se de uma paciente nova e saudável. Compareceu na clínica escola de odontologia de uma IES, localizada na cidade de Teresina, Piauí, em busca de tratamento odontológico relatando a presença de um nódulo no “céu da boca”. Ao exame clínico foi possível observar a presença do nódulo na região pósterio-lateral do palato duro, perto dos dentes posteriores do lado esquerdo (FIGURA 10), sem sintomatologia dolorosa, com coloração normal, possuindo aproximadamente 30 mm, sem histórico alérgico à anestesia. A mesma relatou que desde o aparecimento para o tamanho atual já havia passado mais ou menos dois anos.



FIGURA 10: Exame clínico evidenciando a presença do nódulo na região pósterio-lateral do palato duro, perto dos dentes posteriores do lado esquerdo.

Fonte: BORBA; SOARES (2020)

Por ser uma região de maxila e está em tecido mole não foi necessário nenhum exame complementar, haja vista que por existirem diversas estruturas na maxila, no exame poderia haver sobreposição, não sendo eficaz para visualização total do nódulo. A conduta de escolha foi à solicitação do exame anatômo-patológico através do procedimento cirúrgico de remoção total do nódulo, biopsia excisional. O espécime foi fixado em formol tamponado à 10% e encaminhado para análise com a hipótese diagnóstica de Adenoma Pleomórfico.

A cirurgia foi realizada seguindo todos os preceitos da cadeia asséptica, buscando o melhor conforto para o paciente e para o cirurgião. A biopsia excisional, foi a escolha final devido a região acometida causar um desconforto ao paciente.

A incisão foi realizada pelo palato, delimitando o local do nódulo, compreendendo a região de pré molares e molares do hemi-arco esquerdo, abaixo do perióstio e mucosa proeminente (FIGURA 11). Foi necessário divulsionar bem os tecidos para ter acesso ao

nódulo e obter a remoção do espécime, para isso foram utilizados o descolador de Molt e a cureta de Lucas (FIGURA 12).



FIGURA 11: Incisão na região do periosteio e mucosa, região de pré-molares e molares. FIGURA 12: Divulsão com descolador de Molt e a cureta de Lucas.

Fonte: BORBA; SOARES (2020)

A remoção foi feita com a pinça Allis, removido a lesão completamente (FIGURA 13), restando apenas a cápsula. Após remoção total do fragmento foi removido a cápsula, com o descolador de Molt, que envolvia o mesmo (FIGURA 14), e posteriormente para controle do sangue a região foi pinçada por uma pinça hemostática.



FIGURA 13: Nódulo pinçado com pinça Allis, removendo a lesão completamente. FIGURA 14: Remoção da cápsula, com o descolador de Molt

Fonte: BORBA; SOARES (2020)

Removido totalmente a cápsula foi feito a inspeção para saber se existia mais algum fragmento, realizando, também, a curetagem de possíveis fragmentos ainda existentes (FIGURA 15). Após checagem minuciosa, foi utilizada a gaze para conter o sangramento, com o sangramento estável, o retalho pode ser fechado. A sutura foi realizada com pontos simples (FIGURA 16) e o espécime foi enviado ao centro de biopsia, após um mês obtivemos o laudo final.



FIGURA 15: Inspeção e curetagem de algum fragmento não removido. FIGURA 16: Sutura com pontos simples.

Fonte: BORBA; SOARES (2020)

Dado recebimento do laudo, o resultado foi positivo para Adenoma Pleomórfico em palato duro. Em suas especificações macroscópicas observou-se a presença de um fragmento nodular medindo cerca de 15mm x 10mm x 07mm, com superfície lisa, consistência borrachóide e coloração esbranquiçada.

Já as características dos cortes histológicos revelam fragmentos de neoplasia epitelial de origem glandular. Tendo dois tipos de células, as células luminais e células mioepiteliais, predominando mais as mioepiteliais. Dispondo-se com o formato de blocos, trabéculas e lençol, exibindo morfologia predominantemente plamocitóide.

A paciente foi informada do resultado e feito a remoção da sutura. Após 6 meses foi realizado uma consulta para controle e observação do local da lesão (FIGURA 17), dada características clínicas observou-se que não possuía sinal de recidiva e a mucosa estava cicatrizada e em perfeito estado.



FIGURA 17: Pós operatório da região após 6 meses.

Fonte: BORBA; SOARES (2020)

## 5 | DISCUSSÃO

O Adenoma Pleomórfico é a neoplasia mais comum das glândulas salivares, o termo pleomórfico resulta da diversidade histopatológica do tumor, sendo apresentadas variabilidade de características de uma neoplasia para outra ou em uma mesma neoplasia. Os componentes essenciais são as cápsulas, com células epiteliais e mioepiteliais, apresentando também elementos mesenquimais, o mesmo epitélio pode ainda formar ductos e estruturas císticas, além de células eosinófilas e citoplasmas hialinizados (ERDEM *et al.*, 2011; NEVILLE *et al.*, 2016; QUEIROZ *et al.*, 2014; TAIWO *et al.*, 2018).

Os dois casos relatados neste presente estudo corroboram com todas as características citas acima, dado observação que pode ser visto a presença de cápsulas em casos que não possuem a presença de células neoplásicas na estrutura, haja vista que Neville *et al.* (2016) observaram em seus estudos que em lesões que possuíam células neoplásicas a cápsula era encontrada incompleta devido tais células infiltrarem na cápsula produzida. Quando acompanhamos as células presentes no exame histopatológico dos dois casos abordados no estudo observamos que a neoplasia localizada em lábio superior apresenta células neoplásicas e cápsula incompleta. Já à neoplasia encontrada em palato duro a cápsula está presente, levando a constatar que em região de palato duro é mais comum o nódulo ser encapsulado, como também destacam estudos feitos por Oliveira *et al.* (2016) e Rahnama *et al.* (2013).

Em relação a prevalência de idade e gênero a literatura registra a maior incidência no gênero feminino, sendo confirmada em ambos os relatos de casos. Já em relação a idade é interessante salientar que ambos os pacientes do estudo não reforçam as estatísticas encontradas por Neville *et al.* (2016); Oliveira *et al.* (2016); Singh *et al.* (2019); Taiwo *et al.* (2018), por exemplo, que apresentam casos mais comuns na faixa etária de 30 a 60 anos. Entretanto nos estudos de Carvalho *et al.* (2017) e Queiroz *et al.* (2014) os autores registram casos onde o paciente exposto também possui idade inferior à comum, como é vista neste estudo, mostrando a importância do diagnóstico precoce, do conhecimento do Cirurgião-Dentista generalista e o corretor encaminhamento para o Dentista especialista. Caso não for feita correta remoção das células existentes no adenoma, determinadas células poderão se proliferar novamente ao longo do tempo, podendo aumentar a chance de recidiva.

O tratamento de escolha para os adenomas pleomórficos expostos no presente trabalho foram a excisão cirúrgica do nódulo, que é definida pela literatura como a conduta mais eficaz, tendo um bom prognóstico, autores como Carvalho *et al.* (2016); Estevão *et al.* (2015); Mair; Aguirre (2016) e Silva *et al.* (2008) realizaram conduta semelhante.

Com remoção cirúrgica adequada o prognóstico é excelente, com taxa de cura de mais de 95%, sendo raros os registros de recorrência em tumores menores da glandular salivar, porém a possibilidade ainda existe, sendo de suma importância o diagnóstico por um profissional capacitado e o acompanhamento à longo prazo (NEVILLE *et al.*, 2016; SINGH *et al.*, 2019; TAIWO *et al.*, 2017). No estudo descrito o acompanhamento inicial foi feito após seis meses da realização da cirurgia e ao longo do tempo o paciente fará

acompanhamento com seu dentista para observação e controle das regiões.

## 6 | CONCLUSÃO

Com base nos relatos de casos e na análise da literatura podemos concluir que:

- As características clínicas, histológicas e sua evolução são semelhantes as encontradas na literatura;
- A remoção total das lesões, por excisão cirúrgica, foi a melhor conduta;
- O desconforto do paciente foi reduzido através de uma incisão conservadora, contenção do sangramento e sutura firme. Fazendo necessário o acompanhamento após o tratamento finalizado.

## REFERÊNCIAS

BIGUELINI, Grazielli Splendor et al. Adenoma pleomórfico: características clínicas e protocolo diagnóstico. **Salusvita**, Bauru, v. 34, n.2, p. 327-339, 2015.

CARVALHO, Cynthia et al. Extenso adenoma pleomorfo em região de palato: relato de caso. **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica- JOAC**, Quixadá, v. 2, n. 2, 2017.

DAS NEVES, Jerlucia Cavalcanti et al. Estudo clinicopatológico de 106 adenomas pleomórficos de glândula salivar maior. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Guararapes, v. 43, n. 5, p. 347-354, outubro 2007.

ERDEM, Mehmet Ali et al. Pleomorphic adenoma of the palate. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 22, n. 3, p. 1131-1134, may 2011.

ESTÊVÃO, Roberto et al. Patologia Benigna Das Glândulas Salivares-Avaliação de 50 cirurgias. **Acta Otorrinolaringológica Gallega**, Guimarães, Portugal, n. 8, p. 70-78, 2015.

ISRAEL, Yair et al. Benign and malignant salivary gland tumors—clinical and demographic characteristics. **Anticancer research**, v. 36, n. 8, p. 4151-4154, june 2016.

MAIR, Yasmin; AGUIRRE, Alfredo. Upper lip swelling. **The Journal of the American Dental Association**, v. 147, n. 11, p. 898-901, 2016.

MELO, Maysa Nogueira de Barros et al. Adenoma pleomórfico em lábio superior: Relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 16, n. 2, p. 40-43, abr./jun. 2016.

NEVILLE, Brad et al. **Patologia oral e maxilofacial**. Tradução Renata Tucci, Mônica Israel. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2016.il.

OLIVEIRA, Leandro Junqueira et al. Tratamento de adenoma pleomórfico em palato: relato de 2 casos e revisão de literatura. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, Elsevier Espanha, v. 57, n. 1, p. 55-61, fevereiro 2016.

QUEIROZ, Christiano Sampaio et al. **An unusual pleomorphic adenoma**. RGO, Rev. Gaúch. Odontol. [online]. Porto Alegre, out./dez., 2014, vol.62, n.3, pp.319-324. ISSN 0103-6971

RAHNAMA, Mansur et al. Adenoma pleomórfico do palato: relato de caso e revisão da literatura. **Oncologia contemporânea**, Lublin, v. 17, n. 1, p. 103, out 2013.

ROCHA, Vanessa Brito Campoy et al. Adenoma pleomórfico de palato mole. **Ver Bras Cir Pescoço**, Campinas, v. 44, n. 2, p. 116-118, abril/ maio/ junho 2015.

SENGUL, Ilker; SENGUL, Demet. Pleomorphic adenoma of the lower lip: A review. **North American journal of medical sciences**, v. 3, n. 12, p. 536-539, december 2011.

SILVA, Paulo José Moraes et al. Adenoma pleomórfico no palato duro: relato de caso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, Maceió, setembro 2008.

SINGH, Akhilesh Kumar et al. Pleomorphic adenoma involving minor salivary glands of upper lip: a rare phenomenon. **Journal of cancer research and therapeutics**, v. 11, n. 4, p. 1025, april 2019.

TAIWO, Abdulrazaq Olanrewaju et al. Pleomorphic adenoma of the upper lip: a case report. **Saudi journal of medicine & medical sciences**, Sokoto, Nigéria, v. 6, n. 1, p. 32, january-april 2018.

**A**

Adenoma pleomórfico 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83

Arcada edêntula 27

**B**

Bruxismo 29, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92

**C**

Cavidade oral 18, 21, 61, 62, 63

Cirurgia 12, 13, 14, 16, 17, 25, 29, 31, 34, 36, 46, 47, 51, 52, 55, 57, 58, 70, 73, 74, 75, 76, 78, 81, 82, 90

Cisto dentífero 55, 56, 57, 58, 59

Cisto inflamatório 55, 56, 57

Cistos odontogênicos 55, 58, 59

**D**

Diagnóstico bucal 55

**E**

Endodontia 1, 2, 4, 9, 13, 14

**H**

Hemangioma 60, 61, 62, 63, 64, 67, 68

Histopatologia 61

Homeopatia 1, 2, 9

**I**

Implantação dentária 13, 27

Implante dentário 46, 50, 51

Implantes dentários 16, 27, 28, 31, 45, 46, 48, 50, 51

Isometria 1, 2, 3, 4

**L**

Lábio 61, 62, 63, 64, 66, 70, 71, 72, 74, 75, 81, 82, 90

Lábio superior 61, 62, 63, 64, 66, 70, 71, 72, 74, 75, 81, 82, 90

**M**

Materiais biocompatíveis 13

**O**

Oclusão dental 92

Odontopediatria 61, 92

Osseointegração 16, 22, 36, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53

**P**

Palato 62, 63, 66, 70, 71, 72, 74, 78, 80, 81, 82, 83

Patologia 12, 59, 70, 72, 74, 82

Periodontia 1, 13, 14, 17, 18, 25

**R**

Regeneração óssea 13, 15

**T**

Terapia a laser 46, 50, 64

Termografia 1, 2, 3, 4, 7

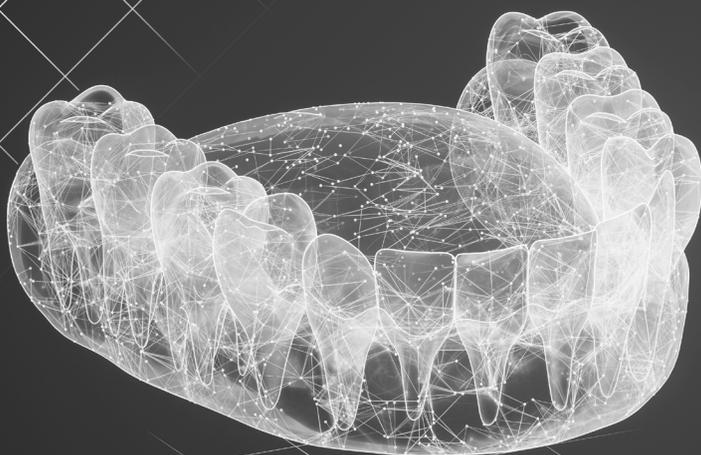
Toxina botulínica tipo A 84, 86, 90

Transtornos do sono 86, 88, 90

Tratamento do bruxismo 84, 85, 88, 89, 90

Novas tecnologias e  
propriedades clínicas em  
**ODONTOLOGIA**

2



Novas tecnologias e  
propriedades clínicas em  
**ODONTOLOGIA**

2

