

Hélen Kaline Farias Bezerra
Danyel Elias da Cruz Perez
Elaine Judite de Amorim Carvalho
Jurema Freire Lisboa de Castro

ORGANIZAÇÃO



Série Livro-Texto



Atlas de histopatologia oral

Hélen Kaline Farias Bezerra
Danyel Elias da Cruz Perez
Elaine Judite de Amorim Carvalho
Jurema Freire Lisboa de Castro

ORGANIZAÇÃO

Atlas de histopatologia oral

Universidade Federal de Pernambuco

Reitor: Alfredo Macedo Gomes

Vice-Reitor: Moacyr Cunha de Araújo Filho

Pró-Reitoria de Graduação

Pró-Reitora: Magna do Carmo Silva

Diretora: Fernanda Maria Ribeiro de Alencar

Editora UFPE

Diretor: Junot Cornélio Matos

Vice-Diretor: Diogo Cesar Fernandes

Editor: Artur Almeida de Ataíde

Comitê de avaliação

Adriana Soares de Moura Carneiro, Ana Célia Oliveira dos Santos, Andressa Suely Saturnino de Oliveira, Arquimedes José de Araújo Paschoal, Assis Leão da Silva, Ayalla Camila Bezerra dos Santos, Chiara Natercia Franca Araujo, Deyvylan Araujo Reis, Djailton Cunha, Flavio Santiago, Hyana Kamila Ferreira de Oliveira, Isabel Cristina Pereira de Oliveira, Jaqueline Moura da Silva, Jorge Correia Neto, Keyla Brandão Costa, Luciana Pimentel Fernandes de Melo, Márcia Lopes Reis, Márcio Campos Oliveira, Márcio Vilar França Lima, Maria Aparecida Silva Furtado, Maria da Conceição Andrade, Michela Caroline Macêdo, Rodrigo Gayger Amaro, Rosa Maria Oliveira Teixeira de Vasconcelos, Shirleide Pereira da Silva Cruz, Tânia Valéria de Oliveira Custódio, Waldireny Caldas Rocha

Editoração

Revisão de texto: Mariana Machado da Paixão

Projeto gráfico: Ildembergue Leite

Diagramação: Lucas Xavier de Aguiar

Catálogo na fonte

Biblioteca Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

A881 Atlas de histopatologia oral [recurso eletrônico] / organização : Hélien Kaline Farias Bezerra... [et al.]. – Recife : Ed. UFPE, 2024. (Série Livro-Texto)

Vários autores.

Inclui referências.

ISBN 978-65-5962-219-1 (online)

1. Boca – Doenças – Histopatologia – Atlas. 2. Dentes – Doenças – Histopatologia – Atlas. I. Bezerra, Hélien Kaline Farias (Org.). II. Título da série.

617.63

CDD (23.ed.)

UFPE (BC2024-O24)

Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.



EDITORIA ASSOCIADA À



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

SÉRIE LIVRO-TEXTO

A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pautada pelos princípios da democracia, da transparência, da qualidade e do compromisso social, assume a Educação Superior como um bem público e um direito de todas e todos. Nesse sentido, estimula a melhoria das condições do trabalho docente, a inserção de metodologias de ensino inovadoras e a articulação dos conhecimentos teóricos e práticos nas diferentes áreas do saber como instrumentos de promoção de uma formação científica, humanística e artística que prepare nossos estudantes para a intervenção na realidade, segundo o compromisso com o desenvolvimento integral e sustentável, a equidade e a justiça social. Assim, a UFPE, por intermédio da Pró-Reitoria de Graduação e da Editora UFPE, oferta à comunidade acadêmica e à sociedade mais uma seleção da Série Livro-Texto, com o objetivo de contribuir para a formação da biblioteca básica do estudante de graduação e para a divulgação do conhecimento produzido pelos docentes desta Universidade. Em busca de uma melhor dinâmica para o recebimento de originais, este edital (Edital simplificado nº 22/2022 de incentivo à produção e publicação de livros digitais) estabeleceu janelas de submissão em momentos

distintos, oportunizando uma melhor organização por parte dos agentes envolvidos na elaboração e na edição desses materiais. Os livros selecionados, que contemplam diferentes áreas do saber, representam o esforço de discentes (de graduação e pós-graduação) e servidores (docentes e técnicos) e da gestão da Universidade em prol da produção, sistematização e divulgação do conhecimento, um de seus principais objetivos.

Alfredo Macedo Gomes

Reitor da UFPE

Moacyr Cunha Araújo Filho

Vice-Reitor da UFPE

Magna do Carmo Silva

Pró-Reitora de Graduação (Prograd)

Fernanda Maria Ribeiro de Alencar

Diretora da DIFI/Prograd

SUMÁRIO

Apresentação 10

PARTE 1 | Cistos não odontogênicos

1. Cisto nasolabial 12
2. Cisto linfoepitelial oral 15
3. Cisto dermoide 18

PARTE 2 | Processos proliferativos não neoplásticos

4. Granuloma piogênico 24
5. Fibroma ossificante periférico 28
6. Hiperplasia fibrosa 31
7. Hiperplasia fibrosa inflamatória 34

- 8. Lesão de células gigantes 37

PARTE 3 | Neoplasias benignas

- 9. Schwannoma 41
- 10. Papiloma escamoso oral 45
- 11. Lipoma 48
- 12. Malformação linfática oral 52
- 13. Osteoma 55

PARTE 4 | Patologias do complexo dentinopulpar

- 14. Cárie, pulpite e calcificações pulpare 58

PARTE 5 | Lesões periapicais inflamatórias

- 15. Granuloma periapical 63
- 16. Cisto radicular 66

PARTE 6 | Patologias das glândulas salivares

- 17. Fenômeno de extravasamento de muco (mucocele e rânula) 71
- 18. Cisto do ducto salivar 74
- 19. Sialólito 77
- 20. Adenoma pleomórfico 81
- 21. Carcinoma mucoepidermoide 84

- 22. Carcinoma adenoide cístico 89

PARTE 7 | Tumores odontogênicos

- 23. Ameloblastoma 93
- 24. Tumor odontogênico adenomatoide 96
- 25. Mixoma odontogênico 100
- 26. Odontoma complexo 103
- 27. Odontoma composto 107
- 28. Fibroma ameloblástico 111
- 29. Cementoblastoma 114

PARTE 8 | Cistos odontogênicos

- 30. Cisto dentígero 117
- 31. Queratocisto odontogênico 121
- 32. Cisto odontogênico calcificante 125
- 33. Cisto odontogênico glandular 127

PARTE 9 | Doenças imunologicamente mediadas

- 34. Pênfigo vulgar 131
- 35. Penfigoide das membranas mucosas 134
- 36. Líquen plano oral 136

PARTE 10 | Neoplasias malignas

37. Carcinoma epidermoide 141

Referências 145

Sobre as autoras e os autores 146

APRESENTAÇÃO

Este material foi elaborado no intuito de facilitar o compreensão da etiologia e patogênese das principais lesões que acometem a região oral e maxilofacial, com foco nas suas características histopatológicas.

Todas as imagens histológicas contidas neste material compõem o arquivo do laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco.

PARTE 1

Cistos não odontogênicos

Cavidades patológicas revestidas por epitélio originado dos tecidos orofaciais, sem envolvimento de tecidos odontogênicos, preenchidas por material líquido, semissólido ou gasoso.

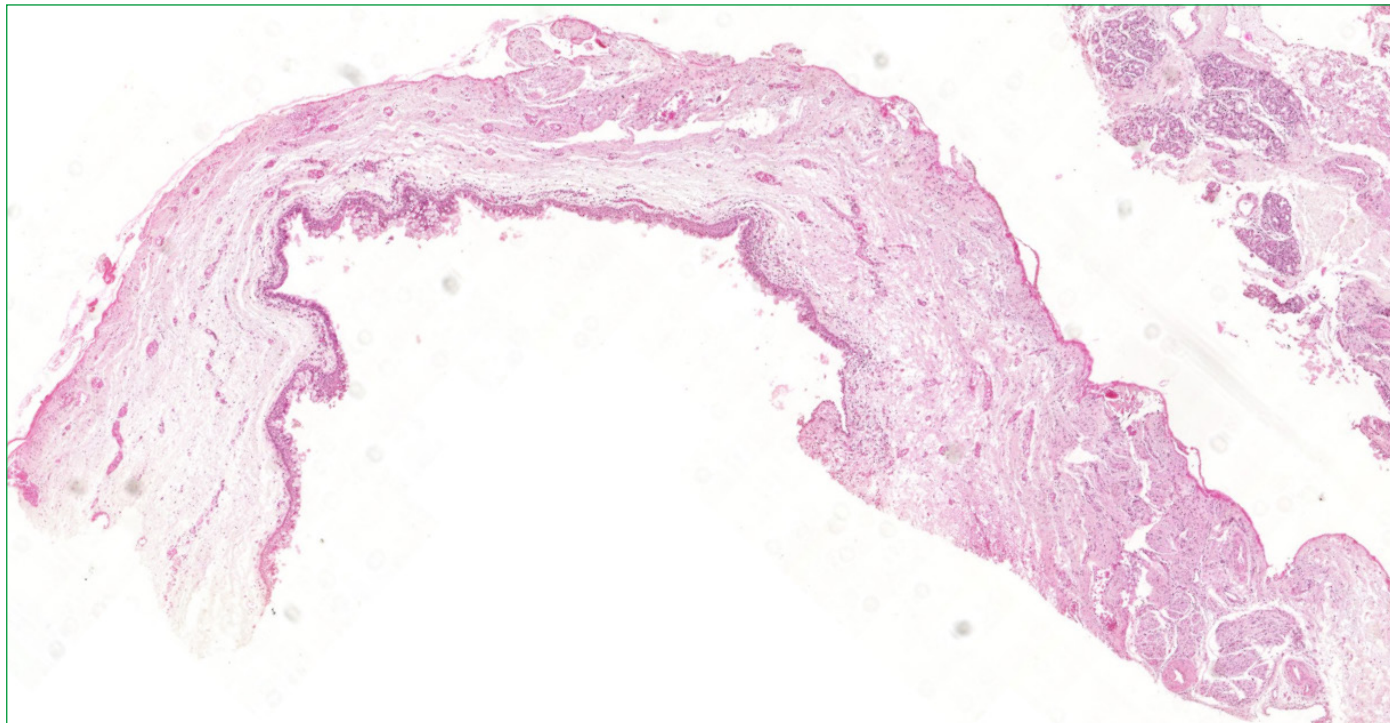
1.

Cisto nasolabial

Originado a partir de degeneração cística de remanescentes celulares epiteliais do cordão compacto, que dará origem ao ducto nasolacrimal ou do epitélio do ducto nasolacrimal já maduro.

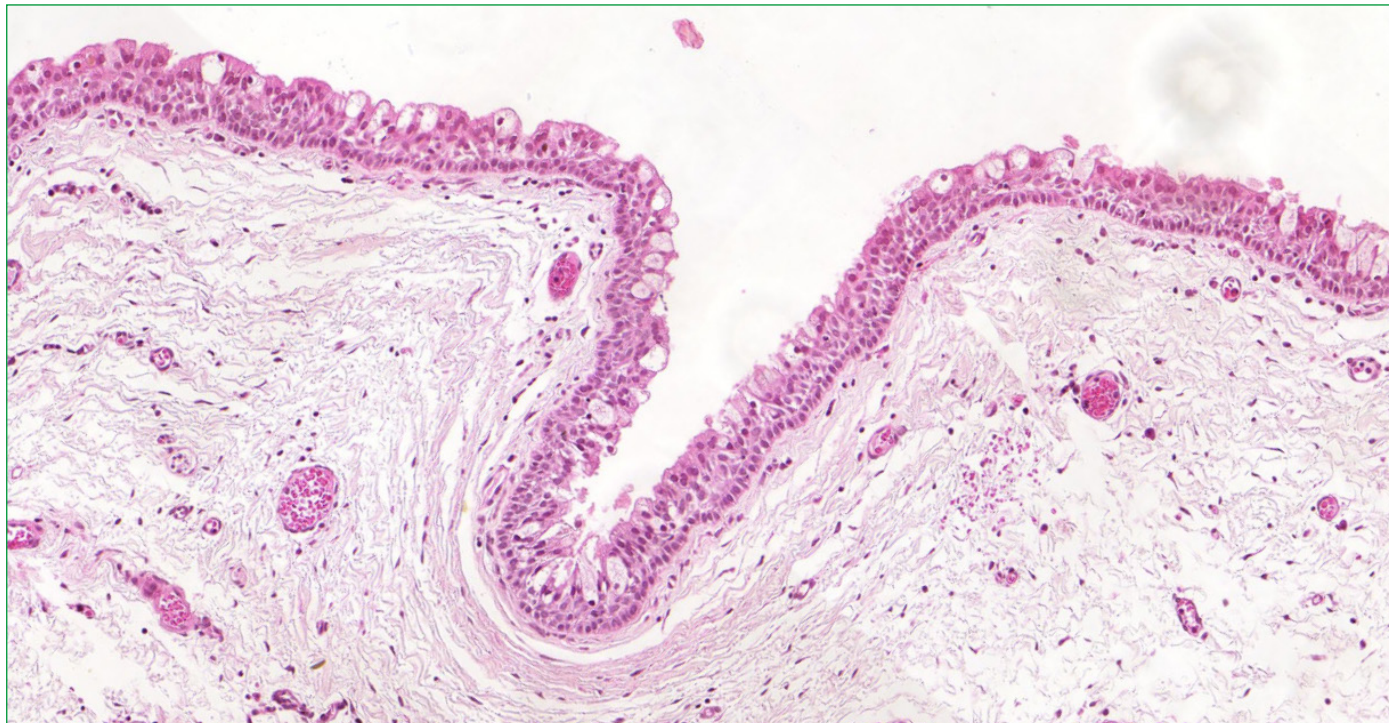
Geralmente se apresenta como um aumento de volume no lábio superior, lateral à média, causando elevação na asa do nariz e apagamento do sulco vestibular maxilar. Mais frequente em pacientes adultos, do sexo feminino.

FIGURA 1.1 | Cisto nasolabial



FONTE: autoria própria.

FIGURA 1.2 | Cisto nasolabial



FONTE: autoria própria.

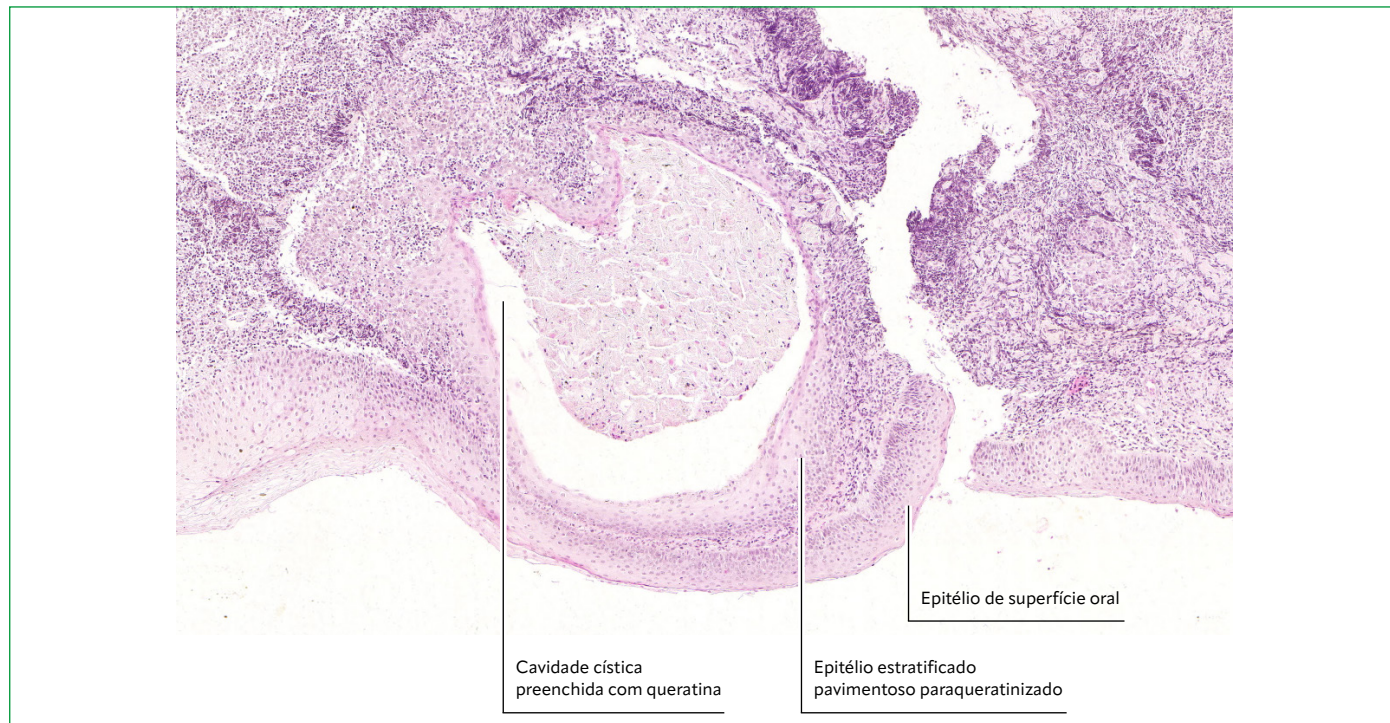
2.

Cisto linfoepitelial oral

Cisto que se desenvolve no tecido linfoide oral. Sua cápsula apresenta denso infiltrado linfocítico, podendo haver formação de centros germinativos.

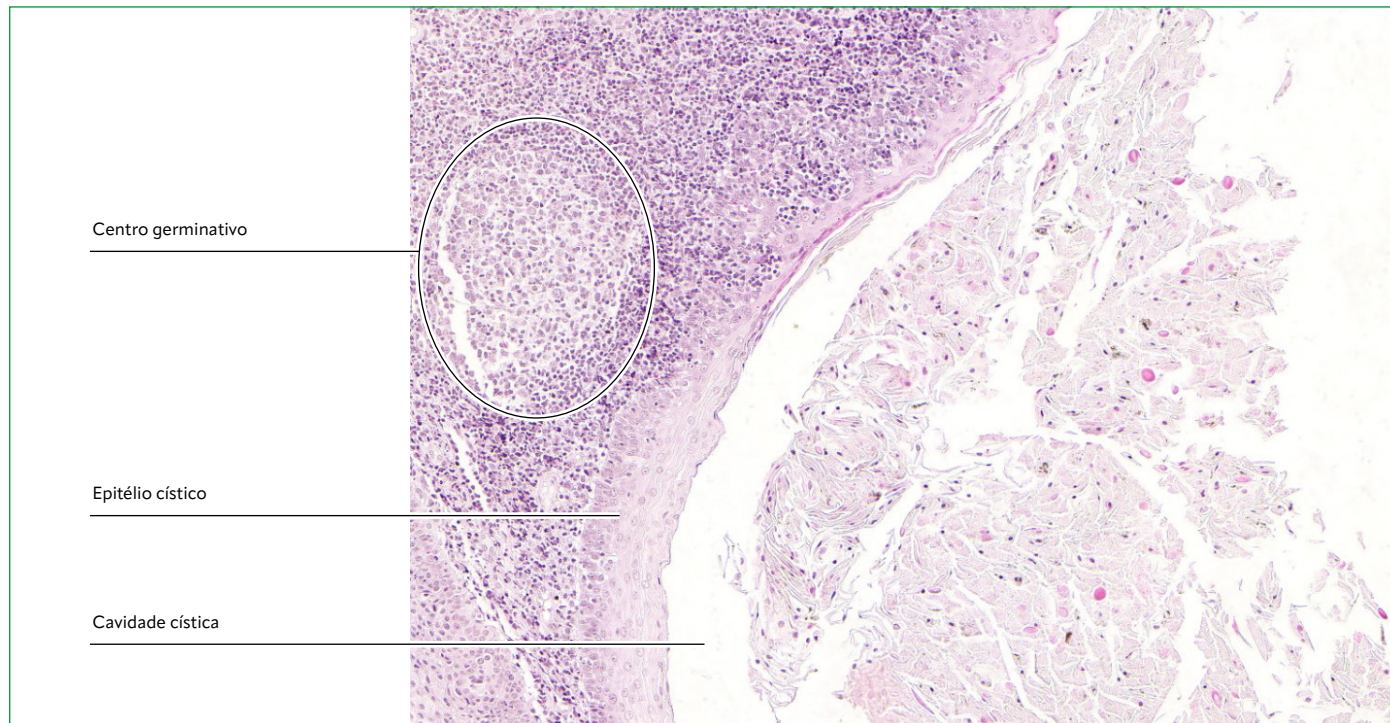
Provoca um aumento de volume pequeno, submucoso, de coloração branca ou amarelada. Acomete geralmente o assoalho bucal e língua de pacientes adultos jovens.

FIGURA 2.1 | Cisto linfoepitelial oral



FONTE: autoria própria.

FIGURA 2.2 | Cisto linfoepitelial oral



FONTE: autoria própria.

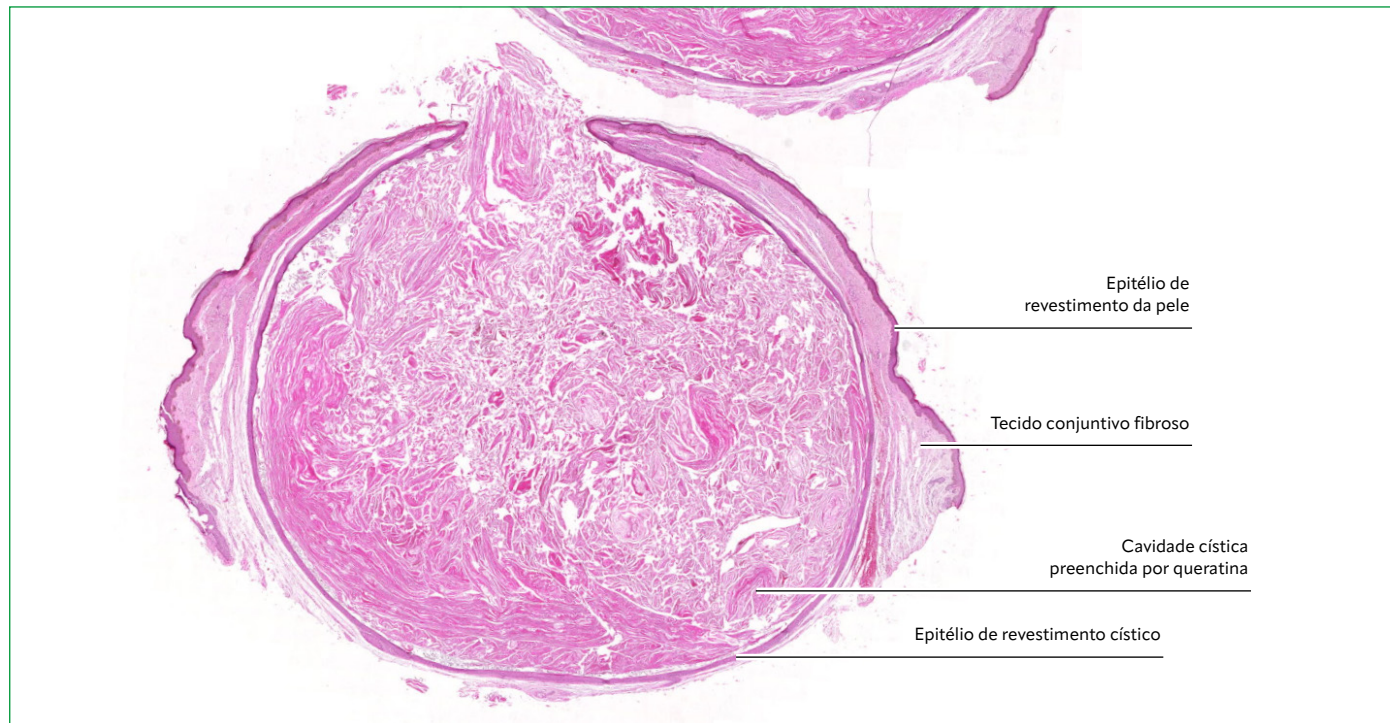
3.

Cisto dermoide

Cisto do desenvolvimento que se origina a partir do tecido ectodérmico. Sua localização na boca é mais comum na linha média do assoalho bucal, mas também pode ocorrer em outras regiões da mucosa oral.

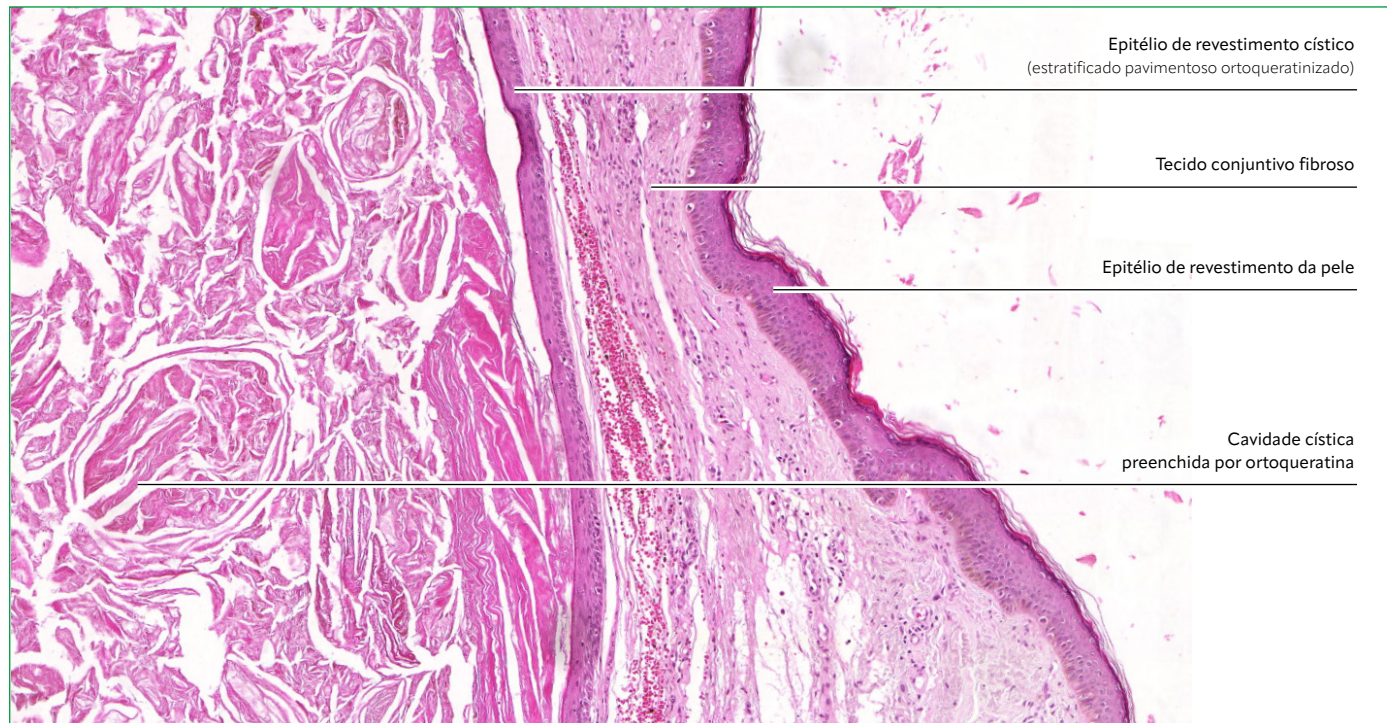
Ocorrem principalmente na linha média do assoalho bucal de crianças ou adultos jovens, como um aumento de volume de consistência borrachoide.

FIGURA 3.1 | Cisto dermoide



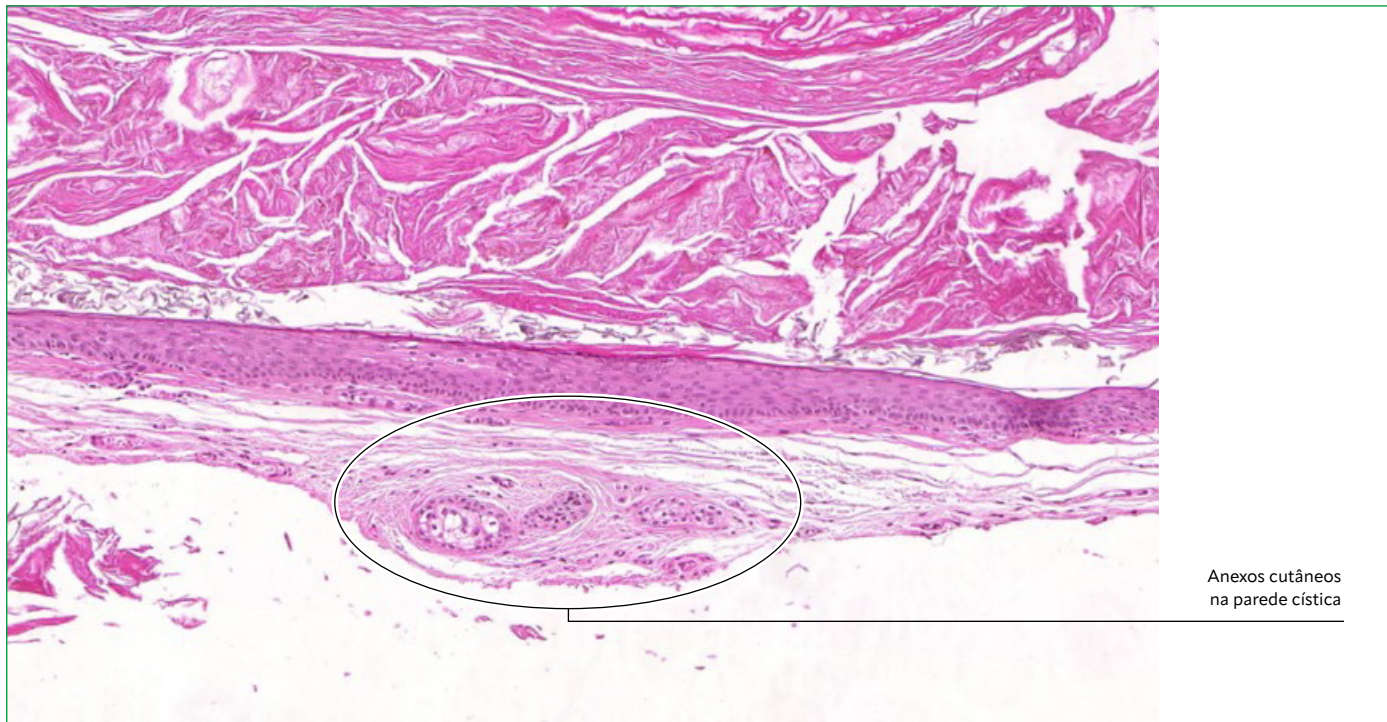
FONTE: autoria própria.

FIGURA 3.2 | Cisto dermoide



FONTE: autoria própria.

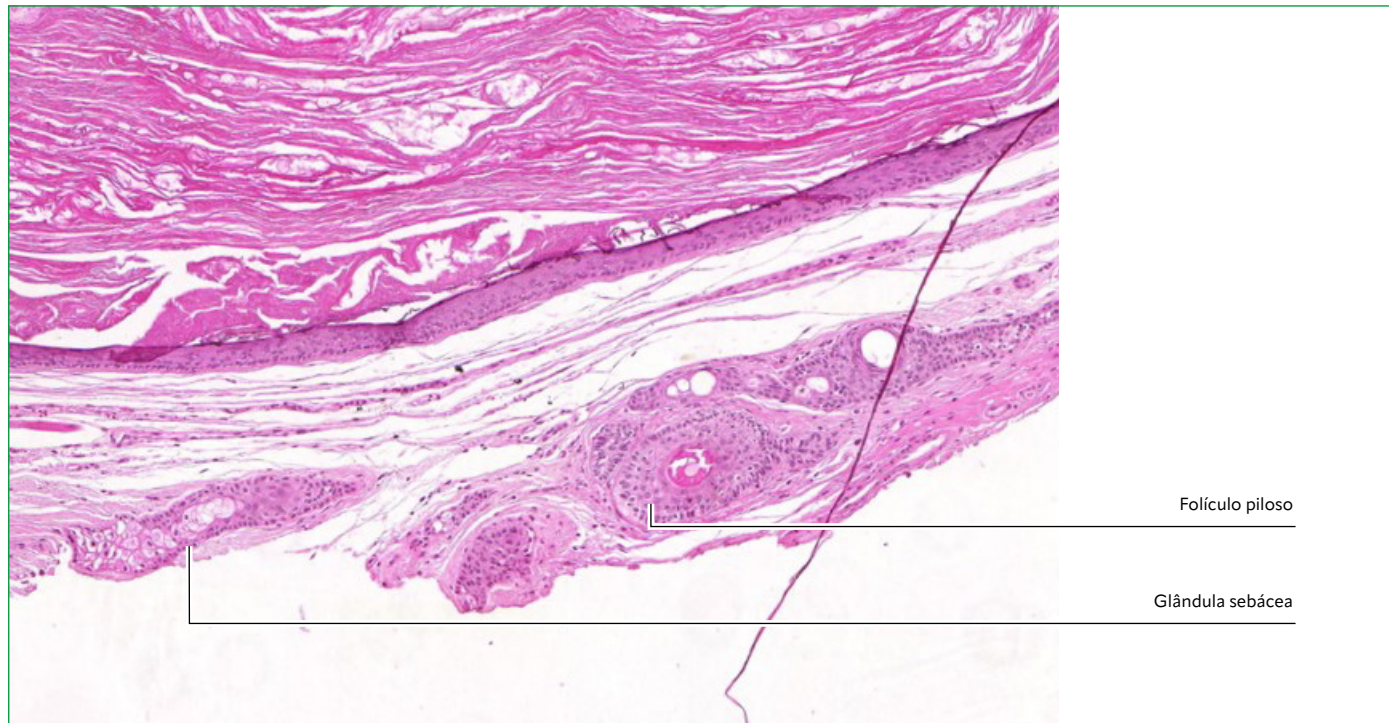
FIGURA 3.3 | Cisto epidermoide



A presença de anexos cutâneos na cápsula cística, como folículos pilosos, glândulas sebáceas e/ou sudoríparas é uma característica do cisto dermoide.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 3.4 | Cisto epidermoide



Anexos cutâneos na parede cística.

FONTE: autoria própria.

PARTE 2

Processos proliferativos não neoplásicos

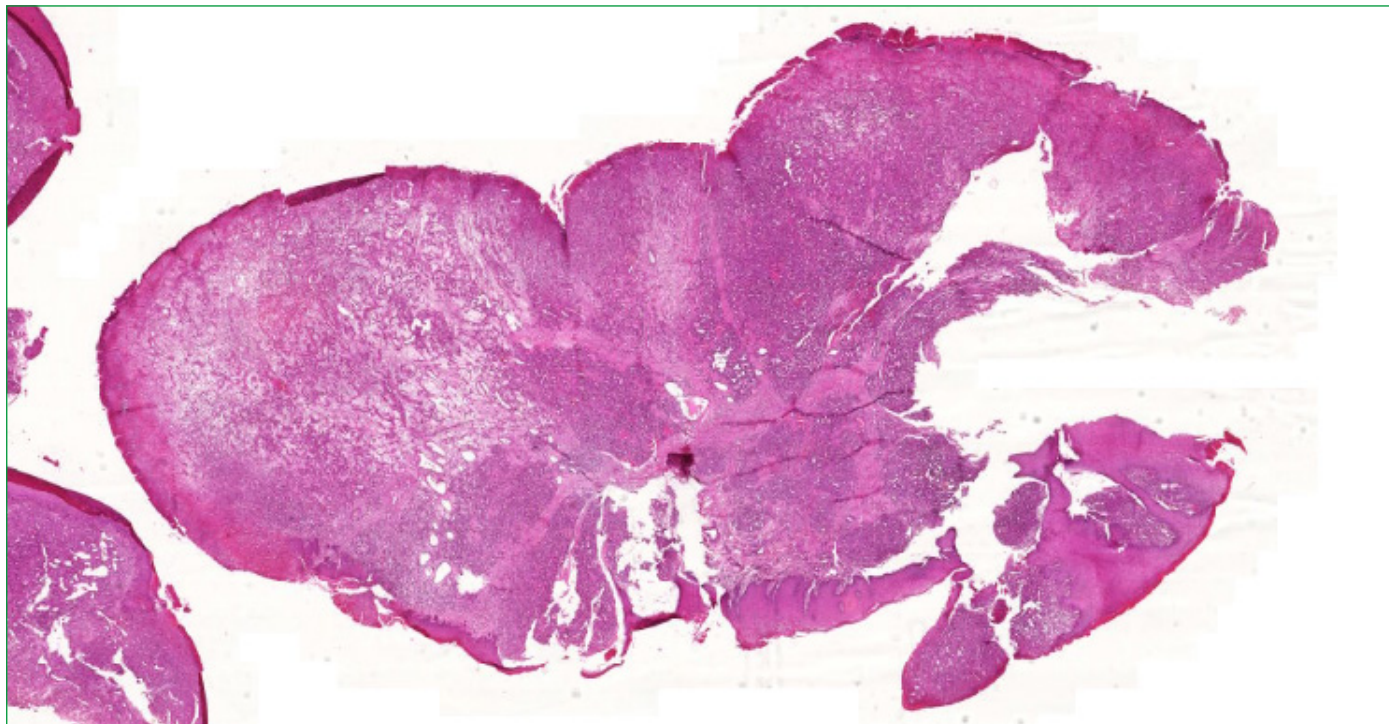
São lesões reativas a agentes traumáticos, provocando aumento de volume não neoplásico tecidual.

4.

Granuloma piogênico

Lesão reativa que geralmente acomete crianças e jovens com higiene bucal deficiente. A gengiva é o local mais comum. O acúmulo de biofilme é um fator irritante de grande importância.

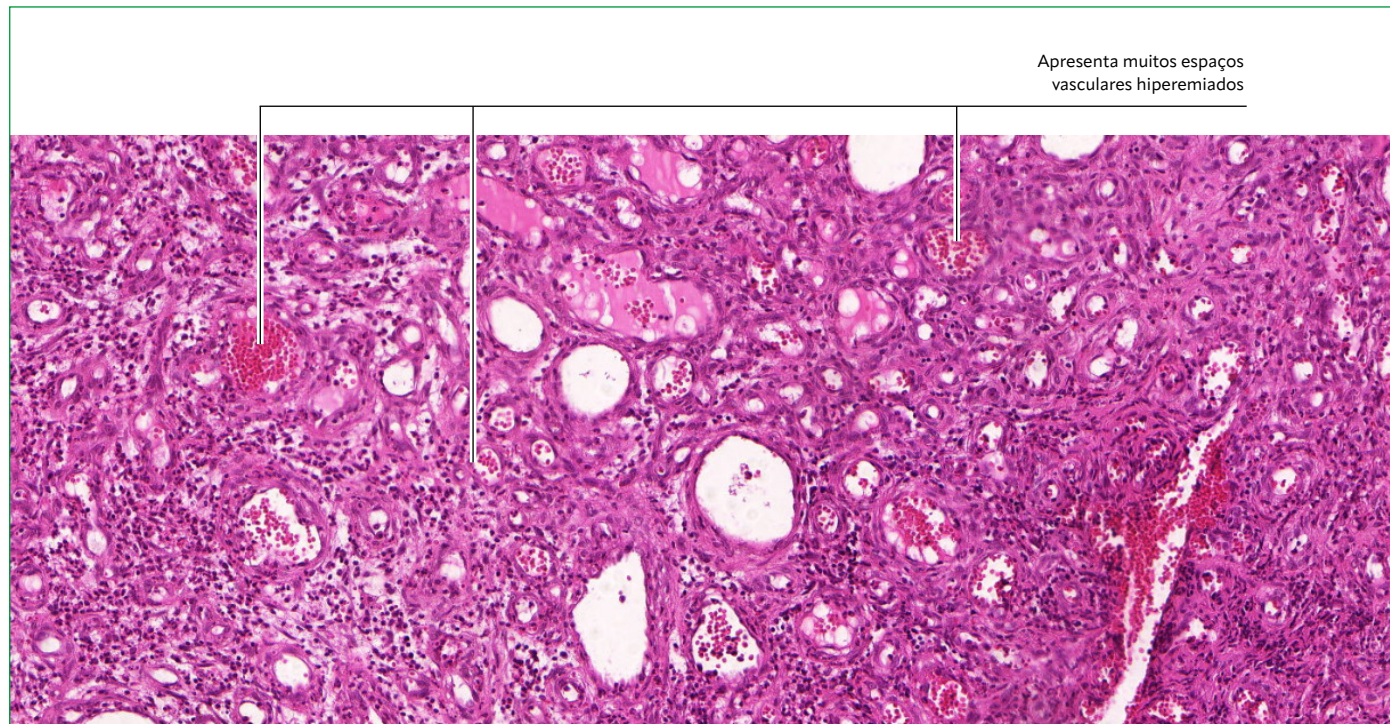
FIGURA 4.1 | Granuloma piogênico



Tecido de granulação com infiltrado inflamatório e amplos espaços vasculares, frequentemente congestionados. Muitas vezes, ocorre ulceração de sua superfície e formação de membrana de fibrina.

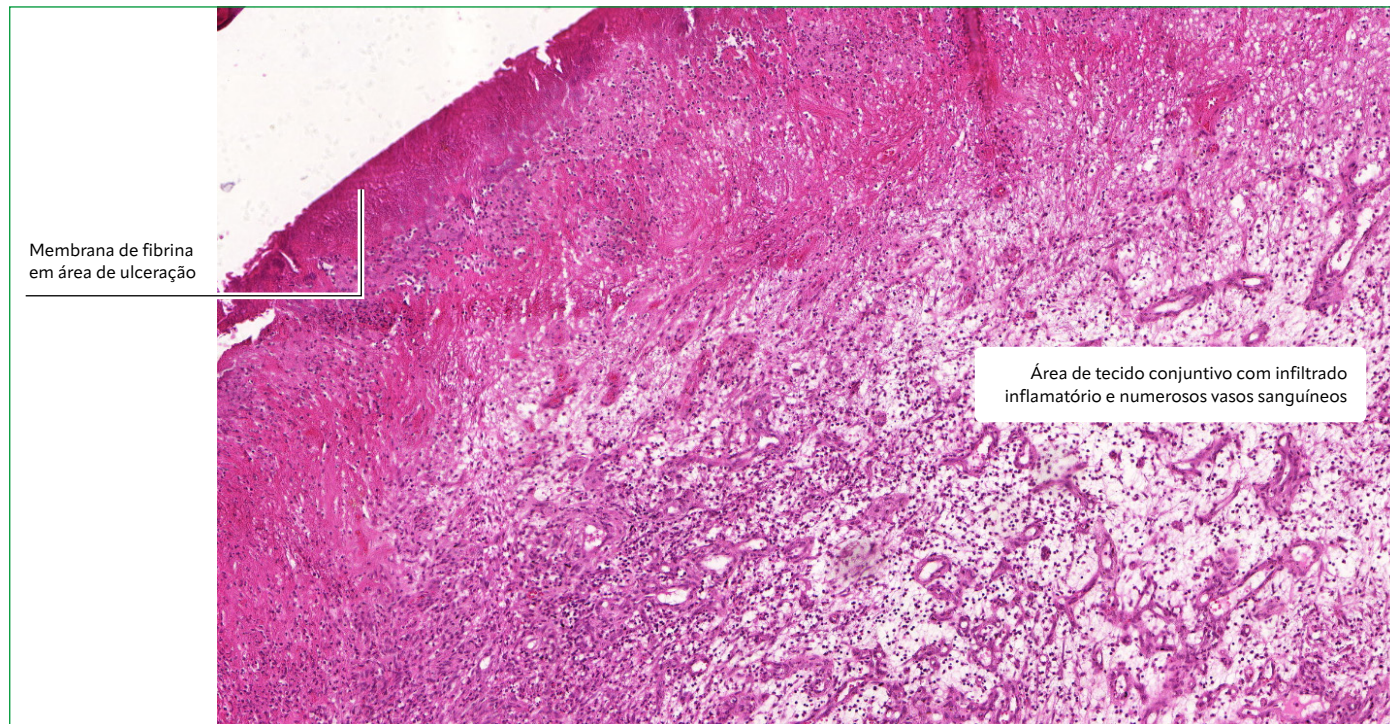
FONTE: autoria própria.

FIGURA 4.2 | Granuloma piogênico



FONTE: autoria própria.

FIGURA 4.3 | Granuloma piogênico



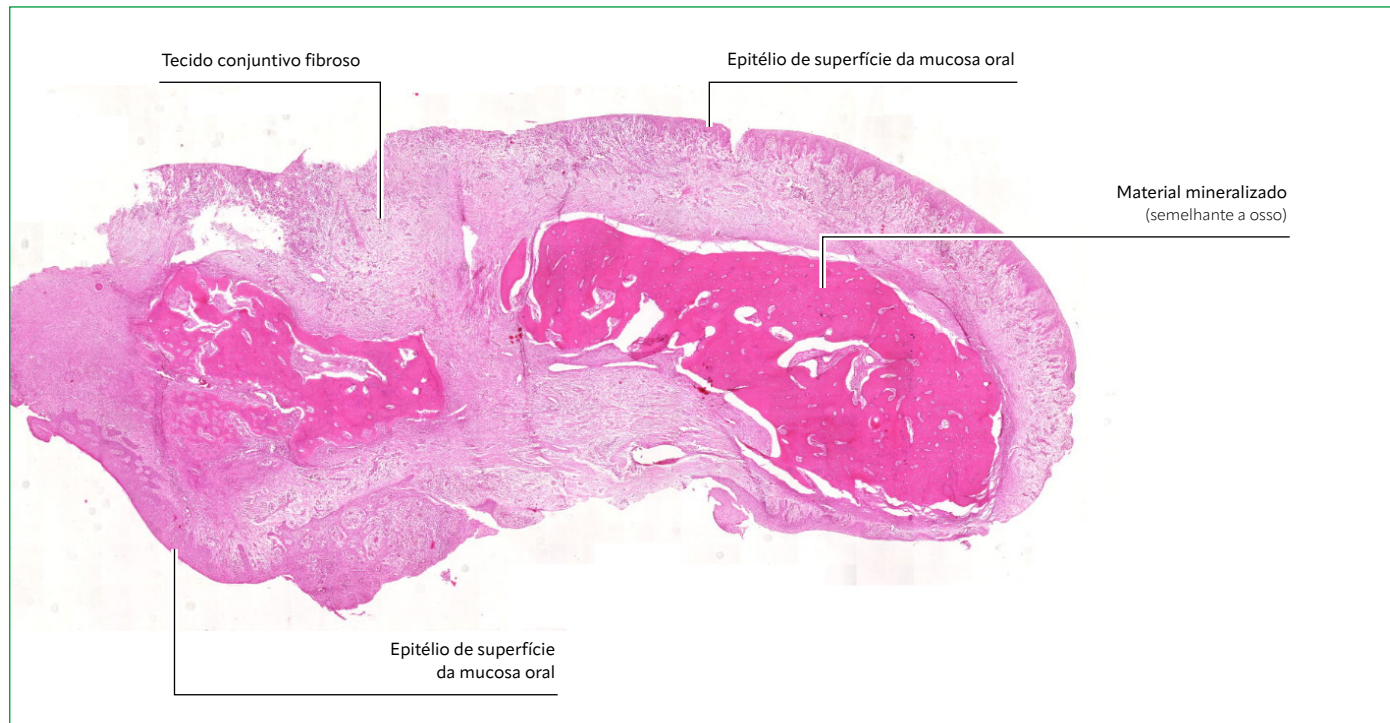
FONTE: autoria própria.

5.

Fibroma ossificante periférico

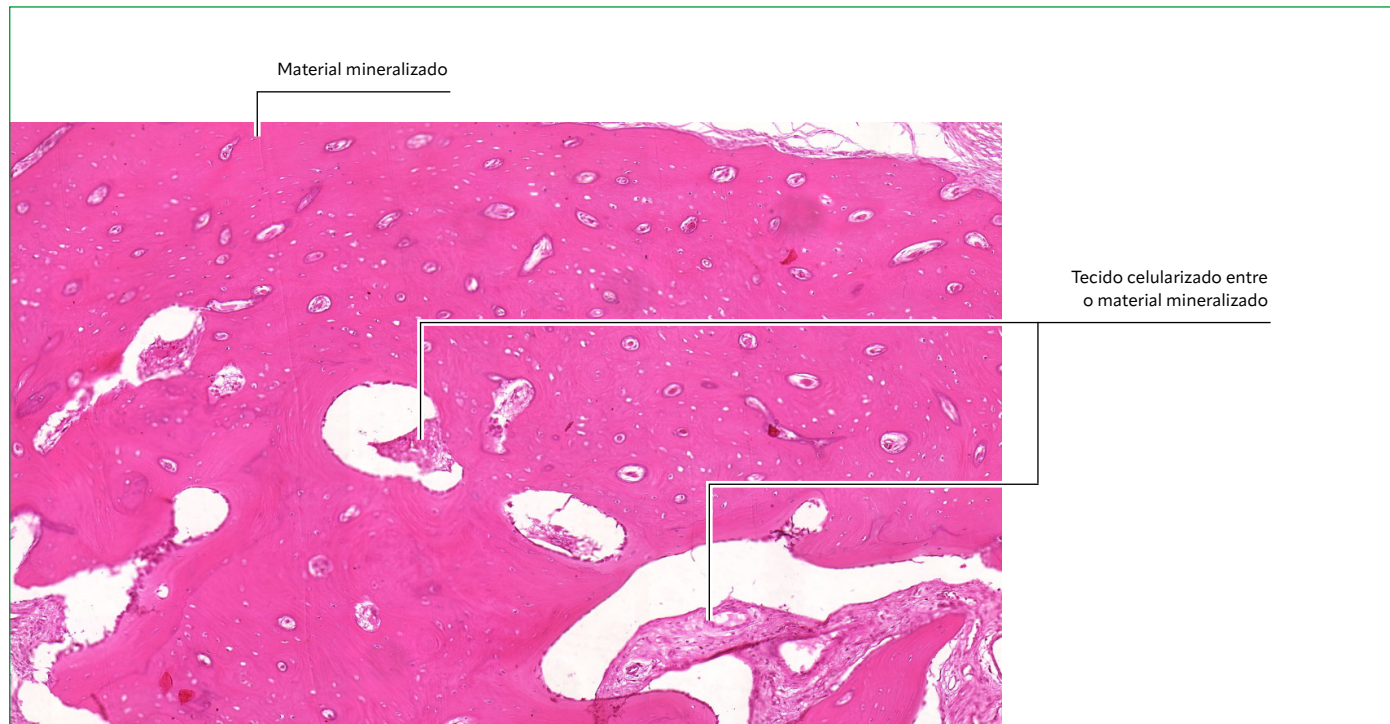
Lesão reativa a um trauma ou irritação local. Proliferação de células “fibroblasto-like” permeadas a um material mineralizado que pode ser osso imaturo ou maduro, material cementoide ou calcificações distróficas. Ocorre exclusivamente na gengiva ou rebordo alveolar edêntulo.

FIGURA 5.1 | Fibroma ossificante periférico



FONTE: autoria própria.

FIGURA 5.2 | Fibroma ossificante periférico



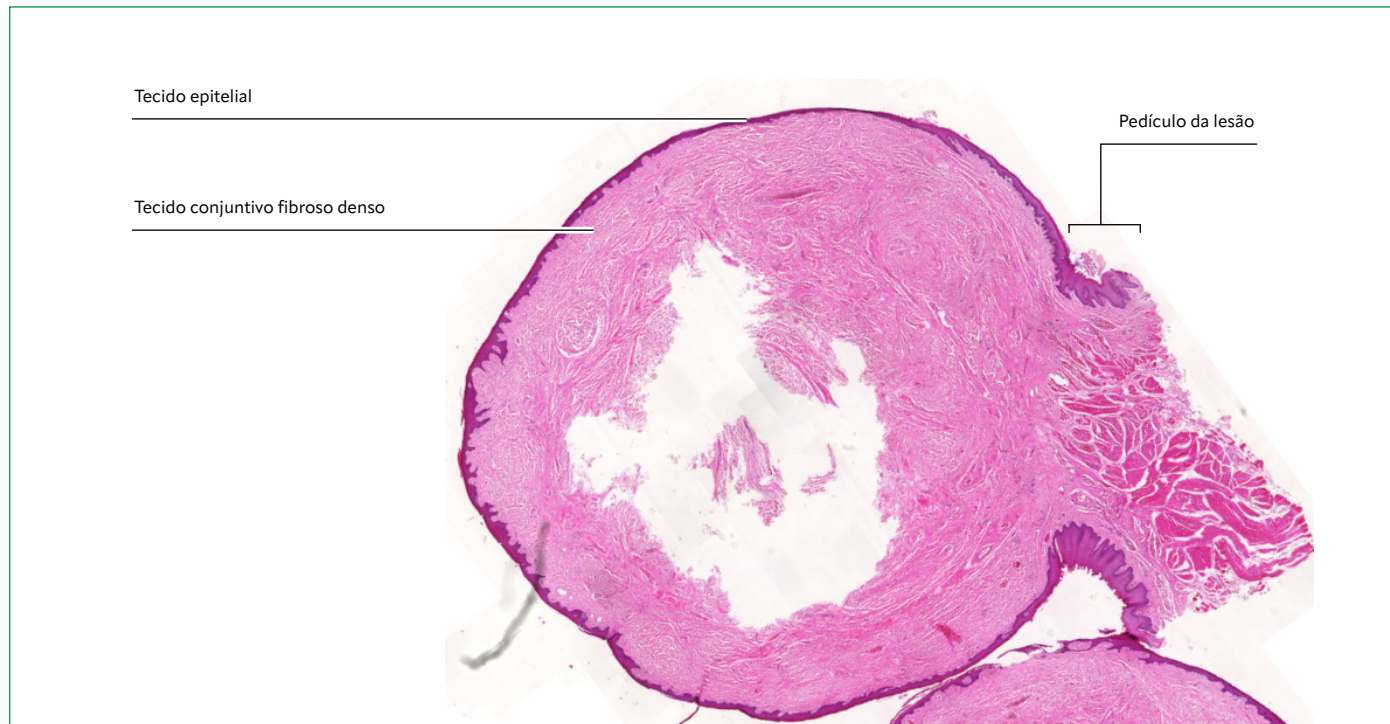
FONTE: autoria própria.

6.

Hiperplasia fibrosa

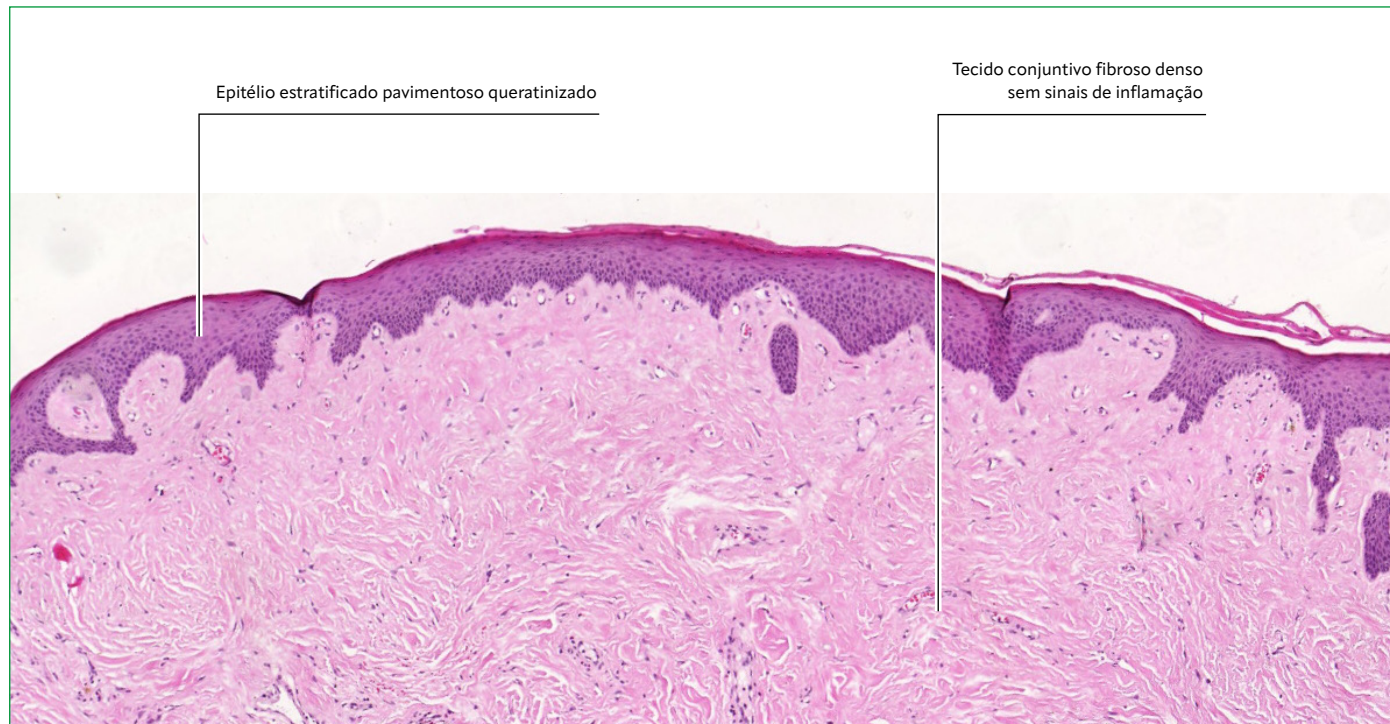
Lesão reativa que apresenta proliferação de tecido conjuntivo fibroso em resposta a um trauma local. Acomete com mais frequência a mucosa jugal, na linha de oclusão, mas também é frequente nos lábios e língua.

FIGURA 6.1 | Hiperplasia fibrosa



FONTE: autoria própria.

FIGURA 6.2 | Hiperplasia fibrosa



FONTE: autoria própria.

7.

Hiperplasia fibrosa inflamatória

Lesão reativa que apresenta proliferação de tecido conjuntivo fibroso em resposta a um trauma local. Geralmente associada ao uso de próteses removíveis mal-adaptadas, conferindo aumentos de volume em forma de pregas no rebordo alveolar.

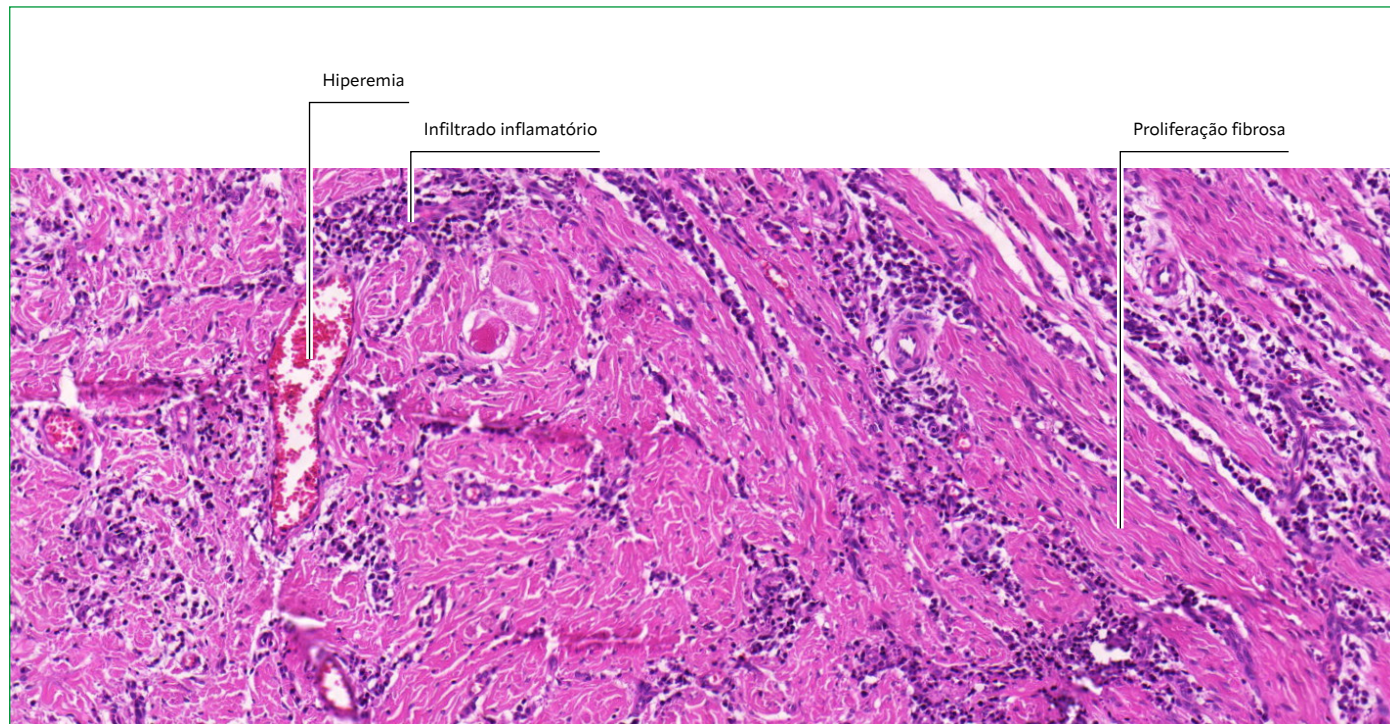
FIGURA 7.1 | Hiperplasia fibrosa inflamatória



Tecido conjuntivo fibroso denso com infiltrado inflamatório crônico.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 7.2 | Hiperplasia fibrosa inflamatória



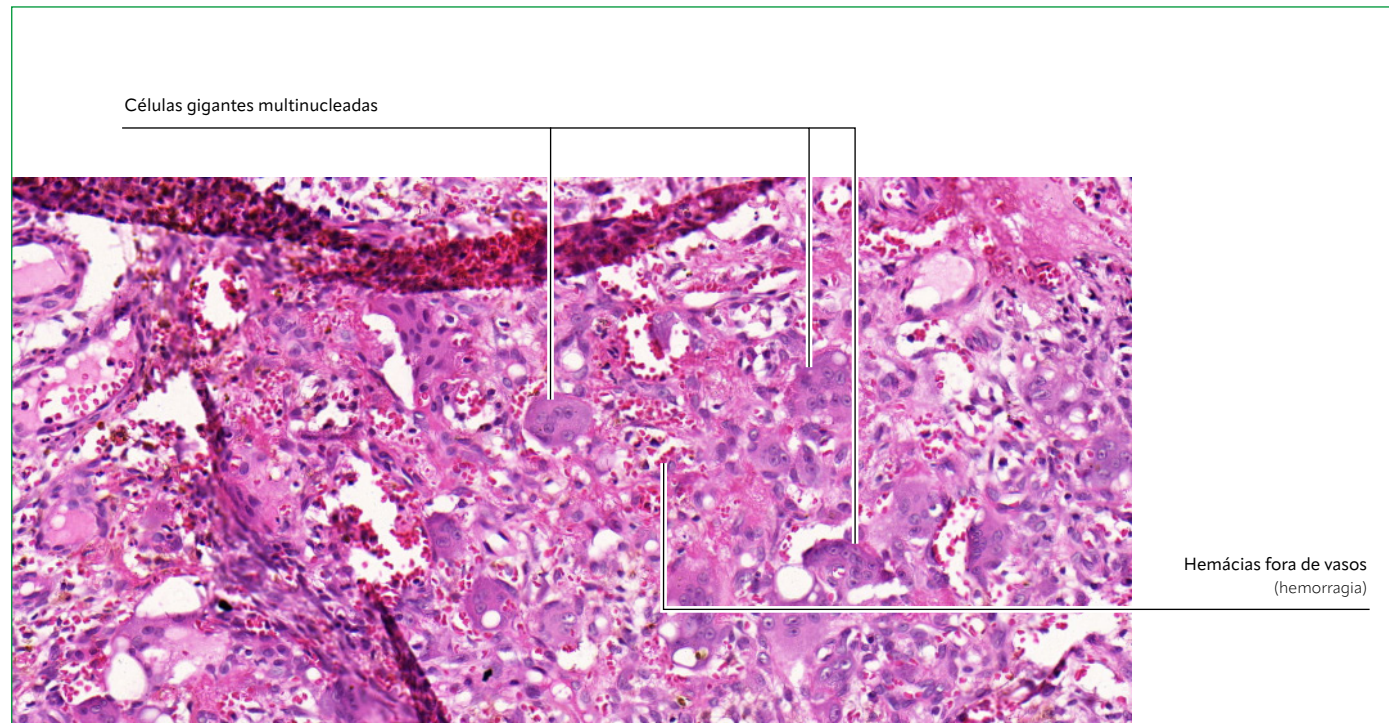
FONTE: autoria própria.

8.

Lesão de células gigantes

Lesão reativa a uma irritação ou trauma local. Quando em tecido mole (gengiva ou rebordo alveolar edêntulo) chama-se lesão periférica de células gigantes, já a sua contraparte intraóssea é chamada de lesão central de células gigantes.

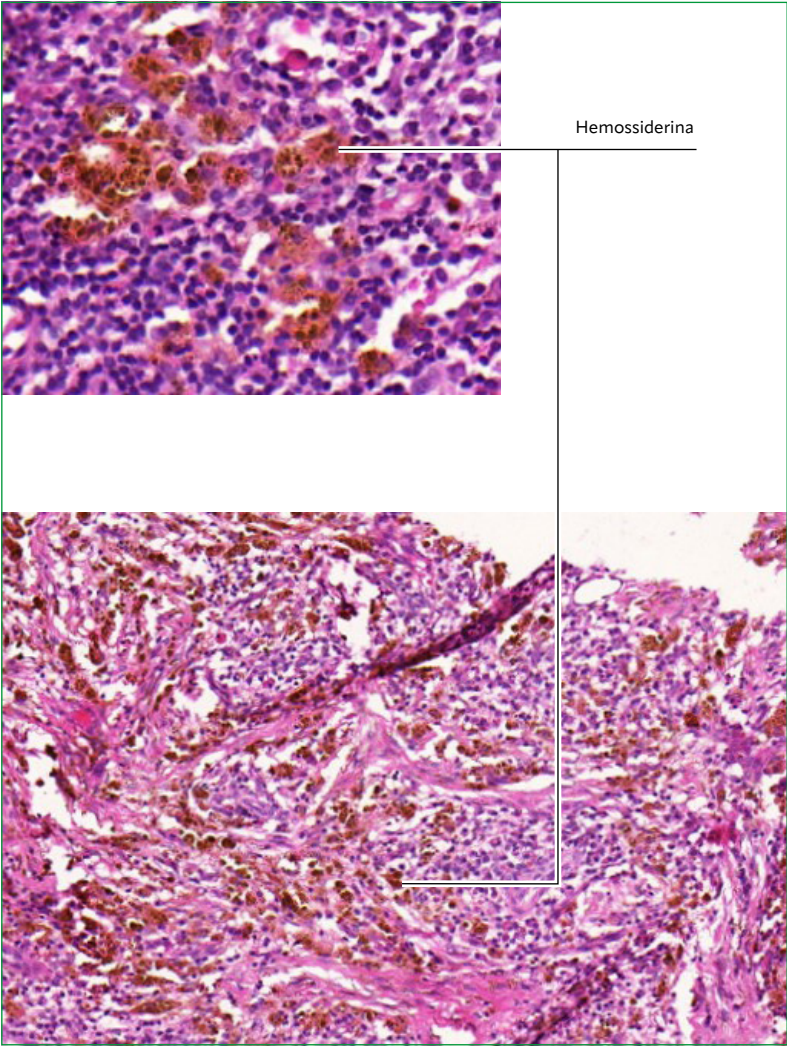
FIGURA 8.1 | Lesão de células gigantes



Caracteristicamente, apresenta várias células gigantes multinucleadas em um fundo de células mononucleadas ovais ou fusiformes. Além disso, áreas de hemorragia e deposição de hemossiderina.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 8.2 | Lesão de células gigantes



A hemossiderina é um pigmento resultante da degradação de hemácias.
FONTE: autoria própria.

PARTE 3

Neoplasias benignas

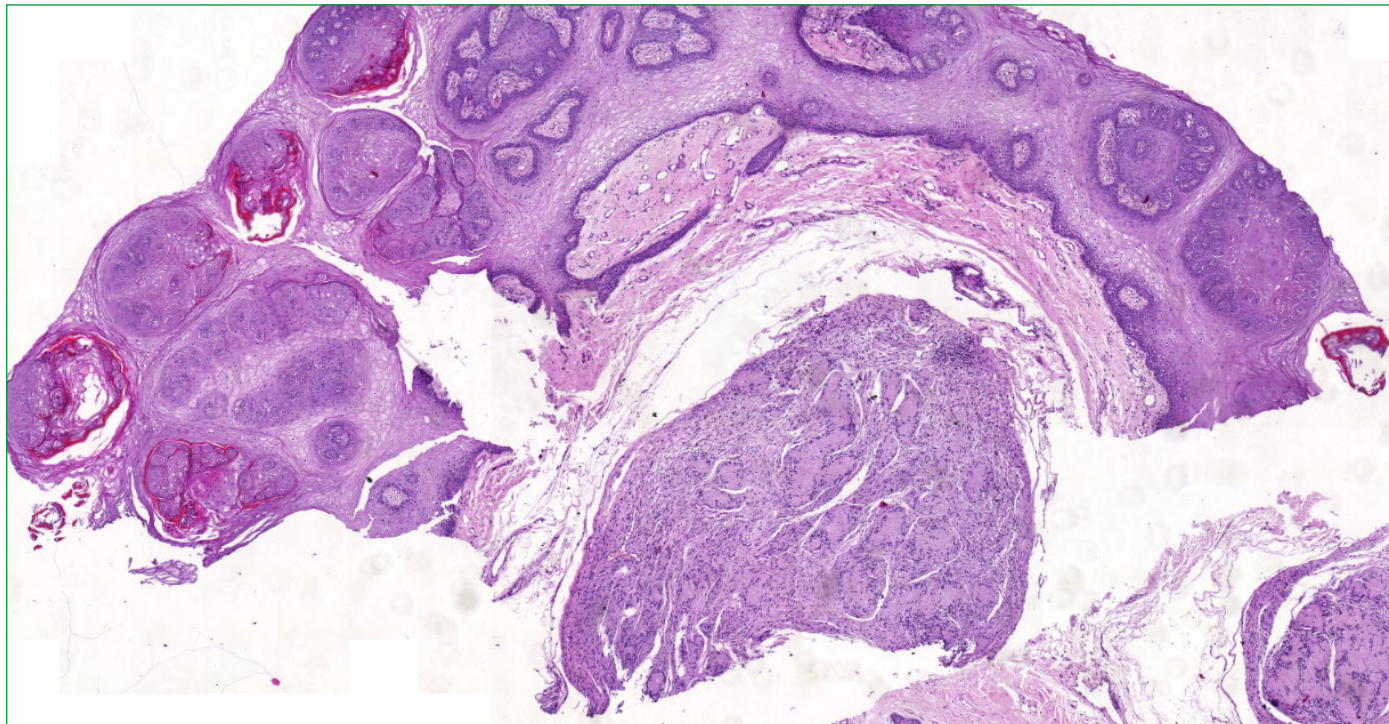
Proliferação neoplásica benigna de tecidos orais. Geralmente são encapsuladas, bem diferenciadas e de crescimento lento.

9.

Schwannoma

Proliferação neoplásica benigna de origem nas células de Schwann. Geralmente se apresenta como um nódulo submucoso na língua de pacientes adultos jovens e de meia-idade.

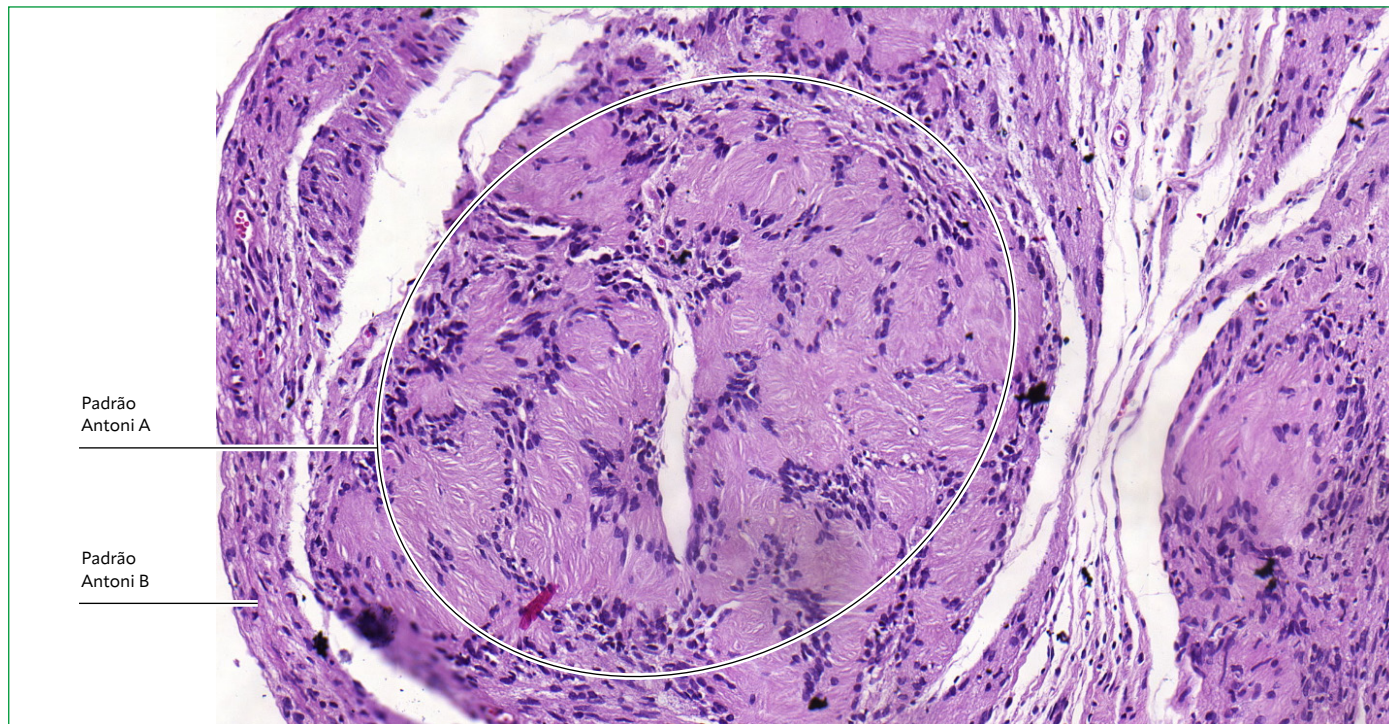
FIGURA 9.1 | Schwannoma



Geralmente, lesão encapsulada que apresenta dois padrões histopatológicos dispostos em quantidades variáveis: o padrão Antoni A e o padrão Antoni B.

FONTE: autoria própria.

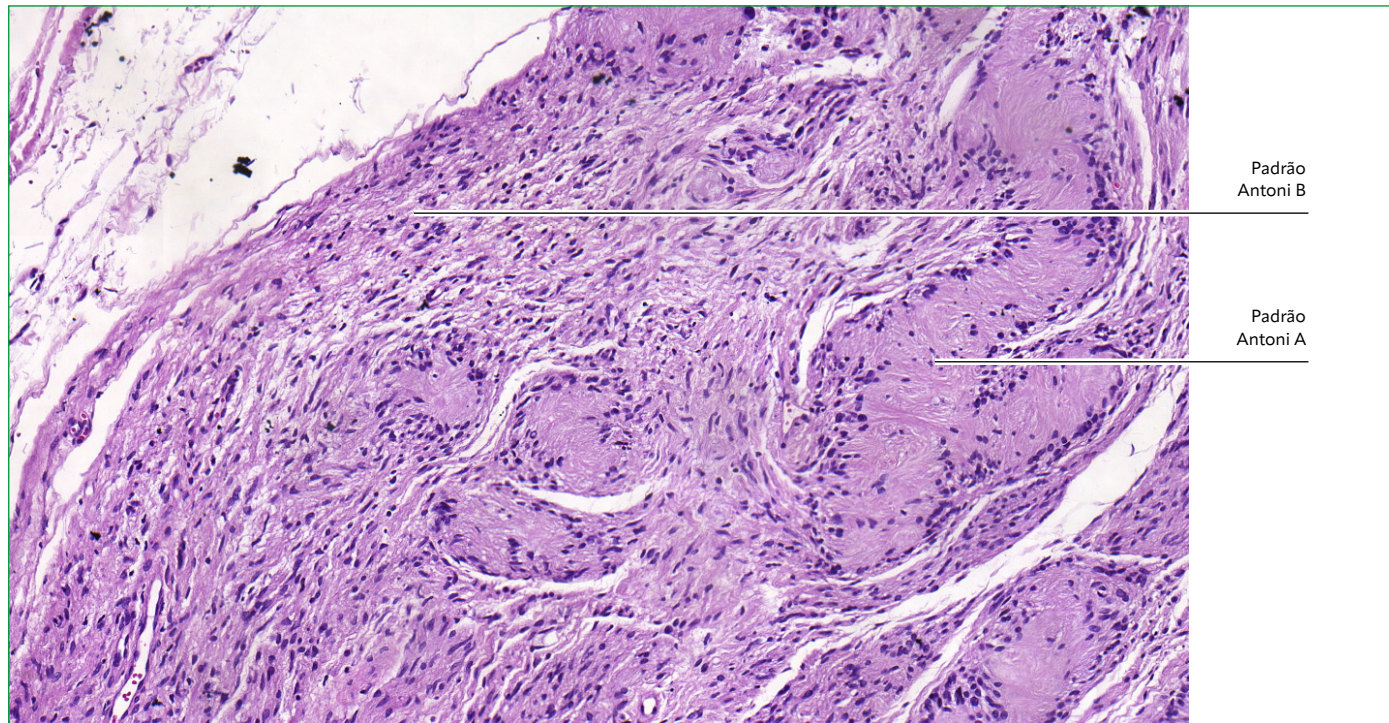
FIGURA 9.2 | Schwannoma



No padrão Antoni A, essas células de Schwann dispõem-se de forma organizada, paralelas umas às outras – em paliçada – formando trilhos ao redor de um espaço acelular central chamado de Corpos de Verocay. Esses Corpos de Verocay constituem-se de membrana basal duplicada e processos citoplasmáticos.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 9.3 | Schwannoma



Já no padrão Antoni B, essas células de Schwann dispõem-se de forma aleatória. Esse padrão é menos celular e mais desorganizado em um estroma frouxo e mixomatoso.

FONTE: autoria própria.

10.

Papiloma escamoso oral

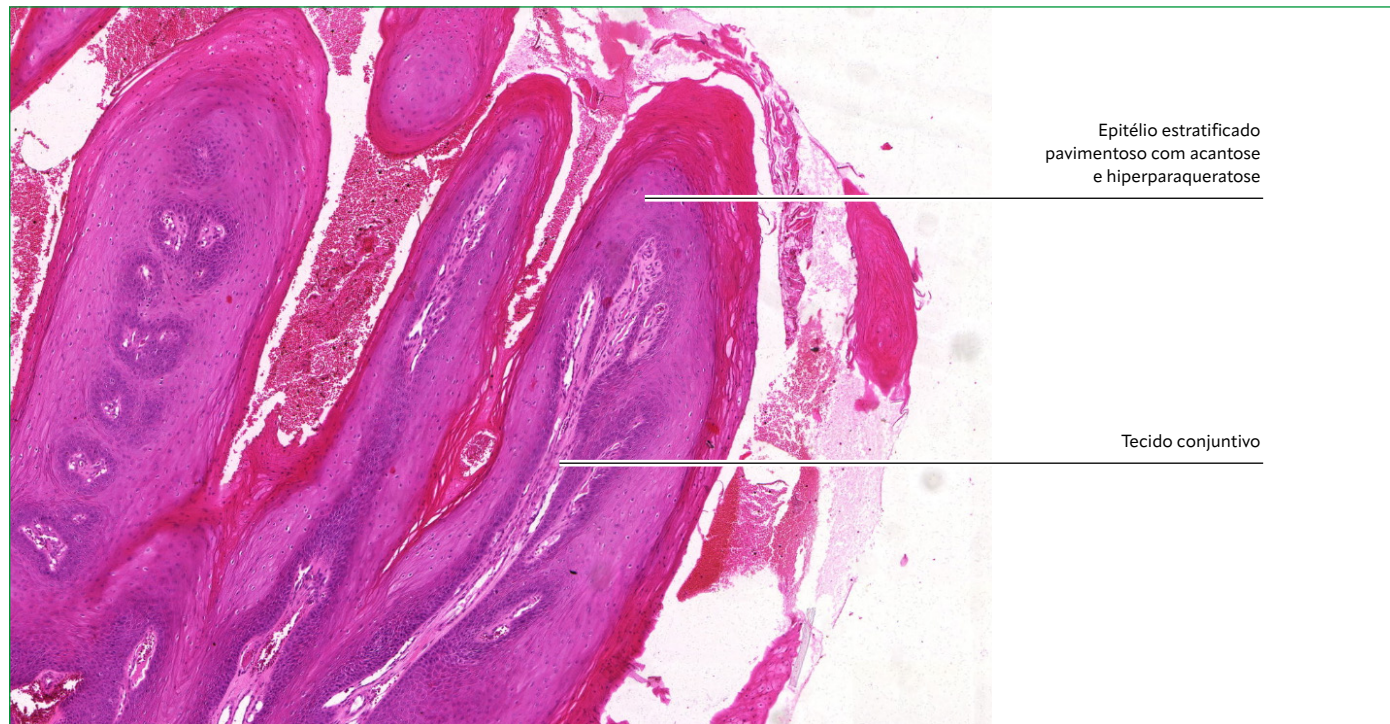
Proliferação neoplásica benigna de tecido epitelial. Geralmente se apresenta como um aumento de volume pequeno de superfície verrucosa, digitiforme ou embotada, com coloração rosada ou esbranquiçada. Os sítios mais frequentes são língua, lábios e palato mole.

FIGURA 10.1 | Papiloma escamoso oral



FONTE: autoria própria.

FIGURA 10.2 | Papiloma escamoso oral



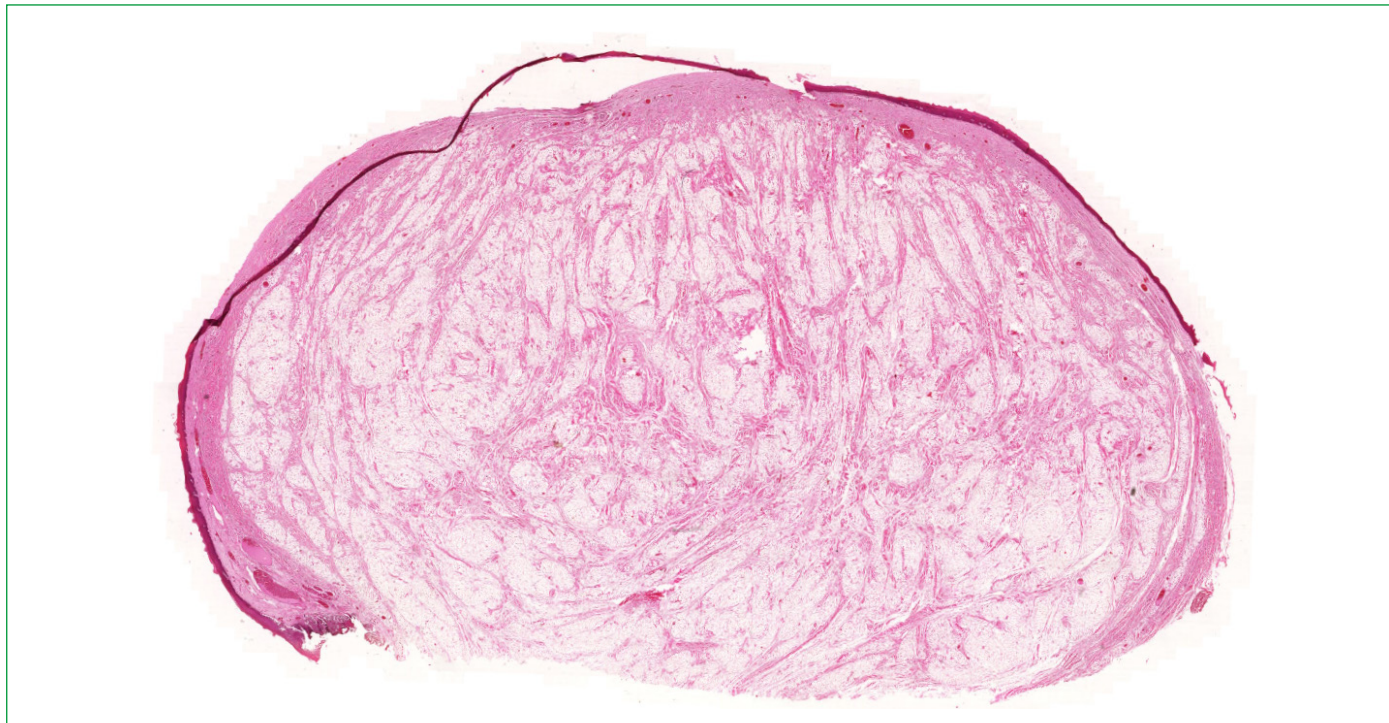
FONTE: autoria própria.

11.

Lipoma

Proliferação neoplásica de adipócitos, bem circunscrita, a qual apresenta adipócitos maduros bem diferenciados. Se apresenta como um aumento de volume de coloração amarelada ou rosada, geralmente na mucosa jugal ou vestibulo bucal.

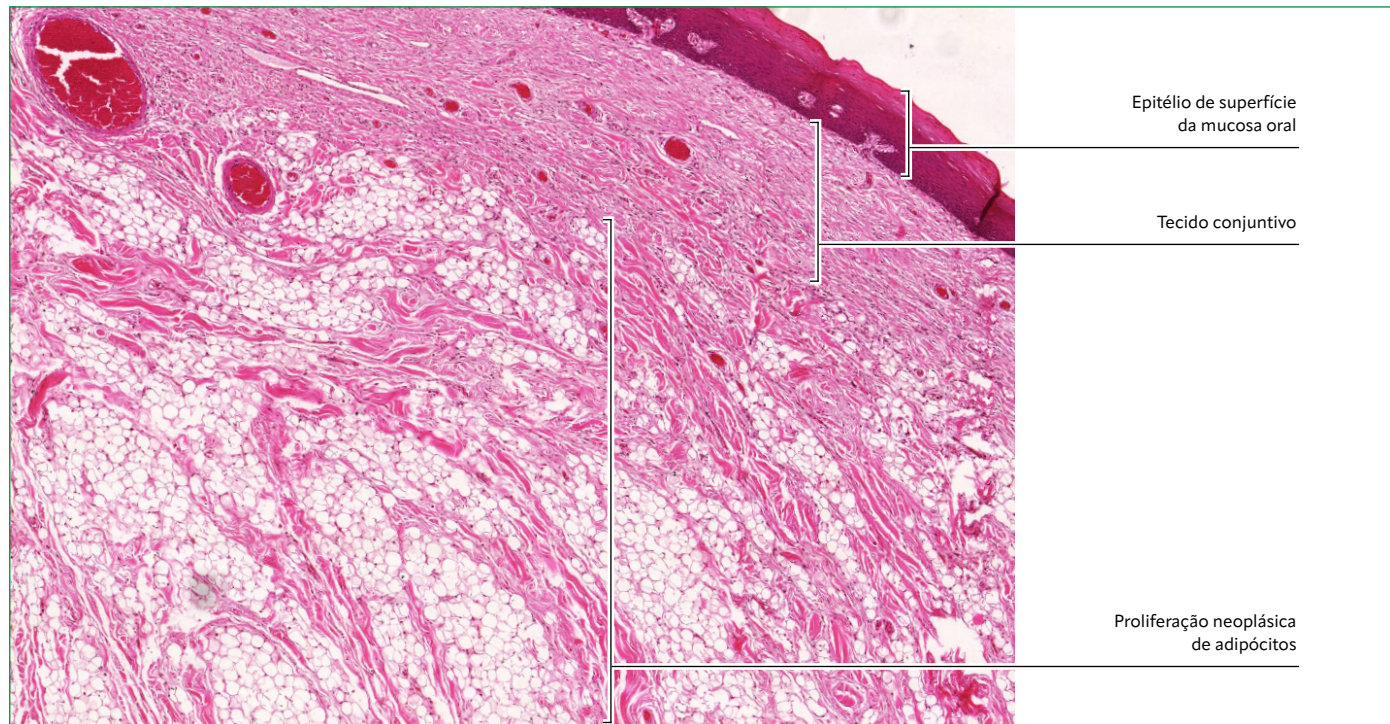
FIGURA 11.1 | Lipoma



Proliferação neoplásica de adipócitos bem circunscrita e encapsulada.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 11.2 | Lipoma



FONTE: autoria própria.

FIGURA 11.3 | Lipoma



FONTE: autoria própria.

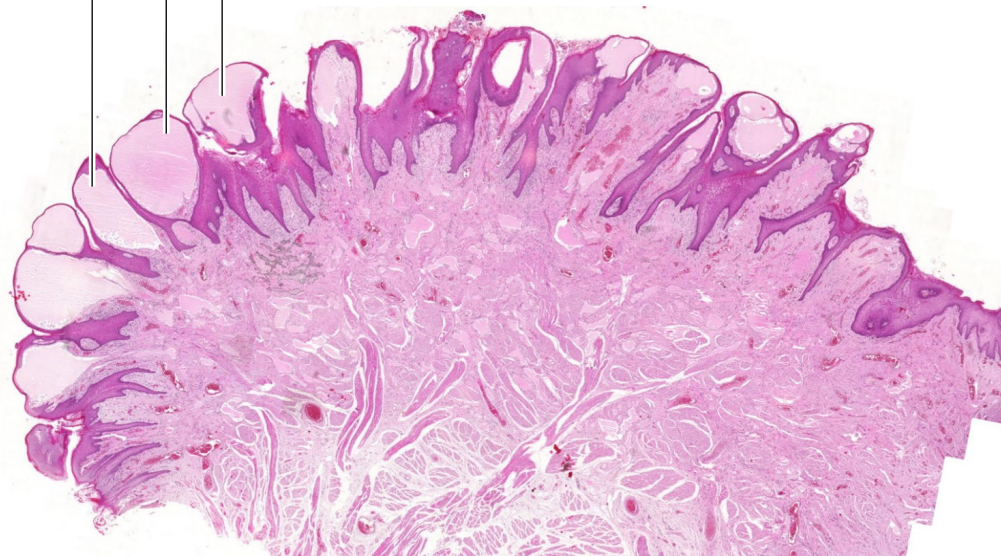
12.

Malformação linfática oral

Também conhecida como linfangioma. Atualmente, não é mais considerada uma neoplasia, e sim uma malformação vascular de vasos linfáticos. Estes apresentam-se de maneira superficial, dilatados e substituindo as papilas do tecido conjuntivo, conferindo um aspecto clínico de vesículas translúcidas, frequentemente na língua de pacientes jovens.

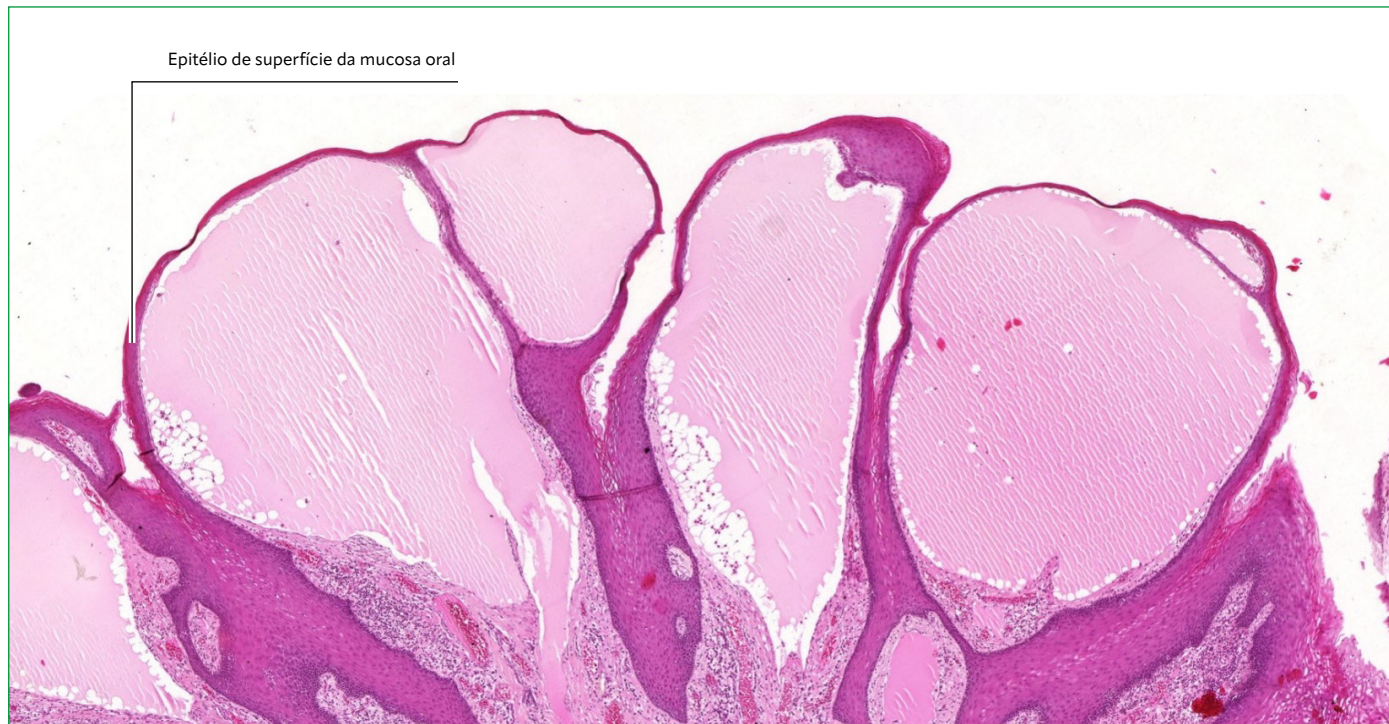
FIGURA 12.1 | Malformação linfática oral

Vasos linfáticos dilatados contendo fluido linfático em seu interior
(também pode conter hemácias e células inflamatórias)



FONTE: autoria própria.

FIGURA 12.2 | Malformação linfática oral



Imediatamente adjacente a ele, nota-se vasos linfáticos dilatados. Esse aspecto confere uma aparência clínica de vesículas translúcidas.

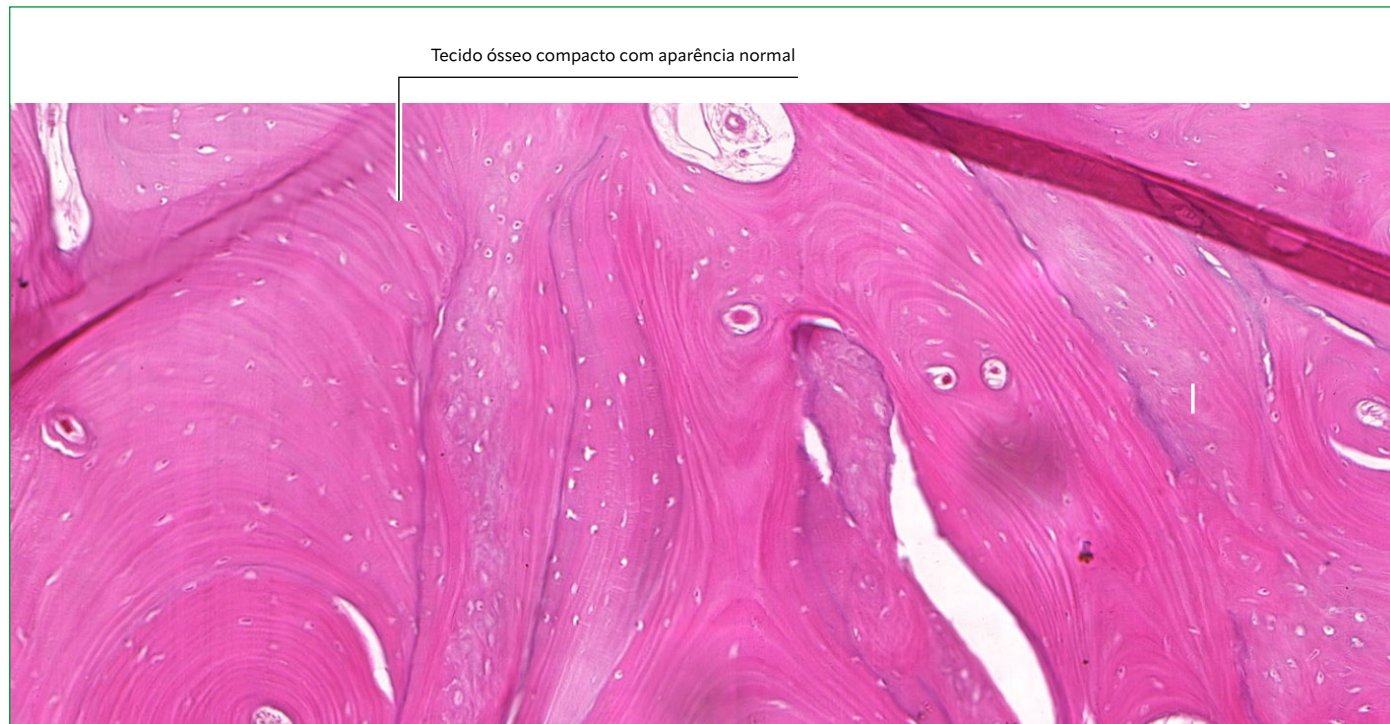
FONTE: autoria própria.

13.

Osteoma

Neoplasia de tecido ósseo compacto ou esponjoso. Histopatologicamente, apresenta tecido ósseo de aparência normal. Clinicamente, se apresenta como um aumento de volume incomum na maxila ou mandíbula. Radiograficamente se apresenta como uma massa radiopaca bem delimitada.

FIGURA 13.1 | Osteoma



Pacientes com múltiplos osteomas devem ser investigados quanto à Síndrome de Gardner.

FONTE: autoria própria.

PARTE 4

Patologias do complexo dentinopulpar

O complexo dentinopulpar pode ser acometido por lesões oriundas de diversos agentes, produzindo alterações destrutivas, degenerativas e inflamatórias.

14.

Cárie, pulpite e calcificações pulpaes

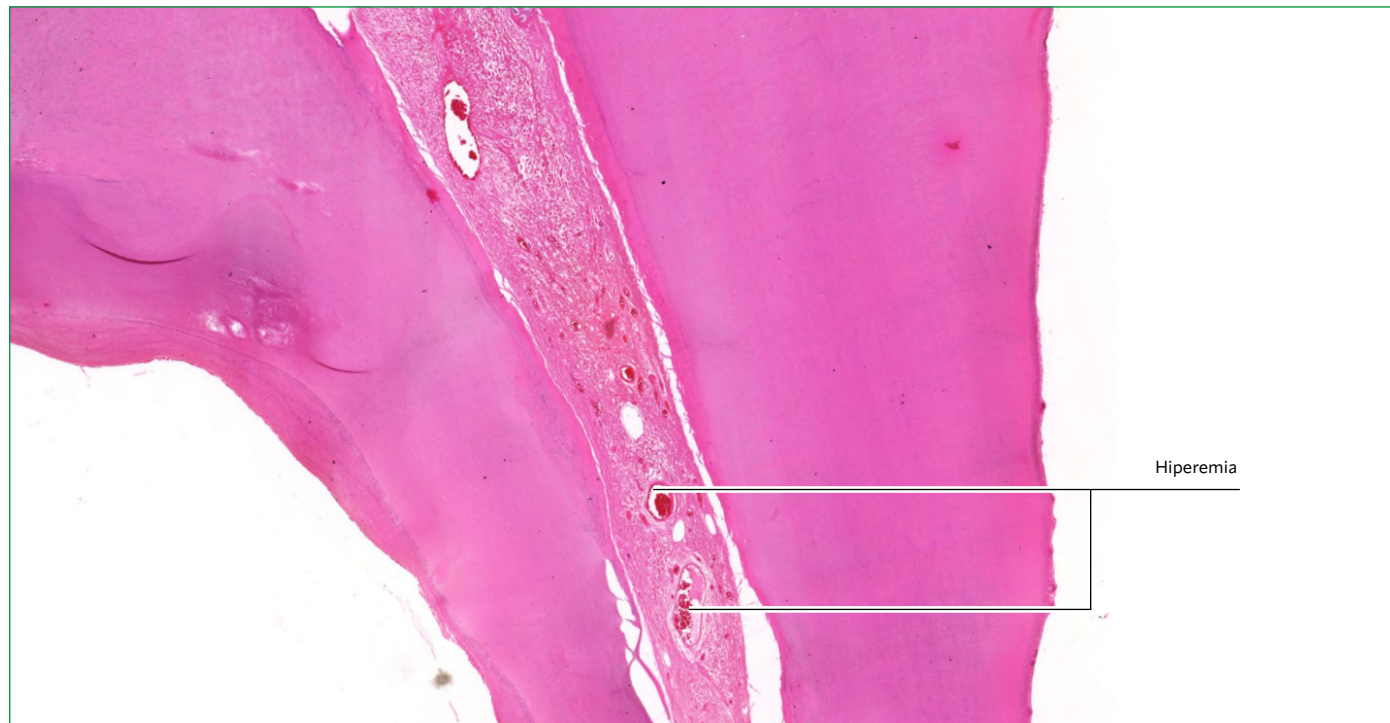
Dente acometido por agente agressor que, nesse caso, é a cárie, a qual provoca destruição coronária e alterações pulpaes produtivas (como formação de dentina terciária), degenerativas (calcificações pulpaes) e inflamatórias (p. ex: hiperemia) na polpa.

FIGURA 14.1 | Cárie, pulpite e calcificações pulpaes



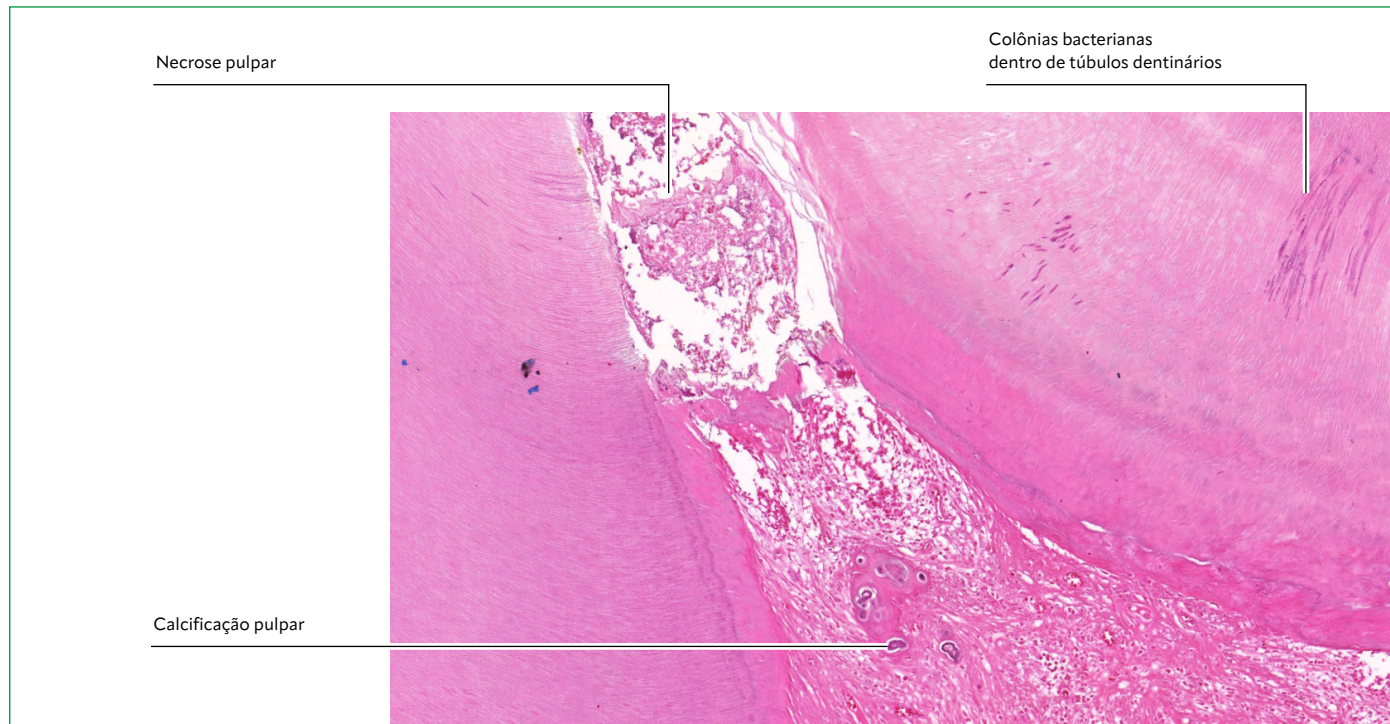
FONTE: autoria própria.

FIGURA 14.2 | Cárie, pulpite e calcificações pulpaes



FONTE: autoria própria.

FIGURA 14.3 | Cárie, pulpite e calcificações pulpaes



FONTE: autoria própria.

PARTE 5

Lesões periapicais inflamatórias

A progressão da cárie não tratada pode culminar na necrose pulpar, que é um fator essencial para o desenvolvimento de periapicopatias inflamatórias agudas ou crônicas.

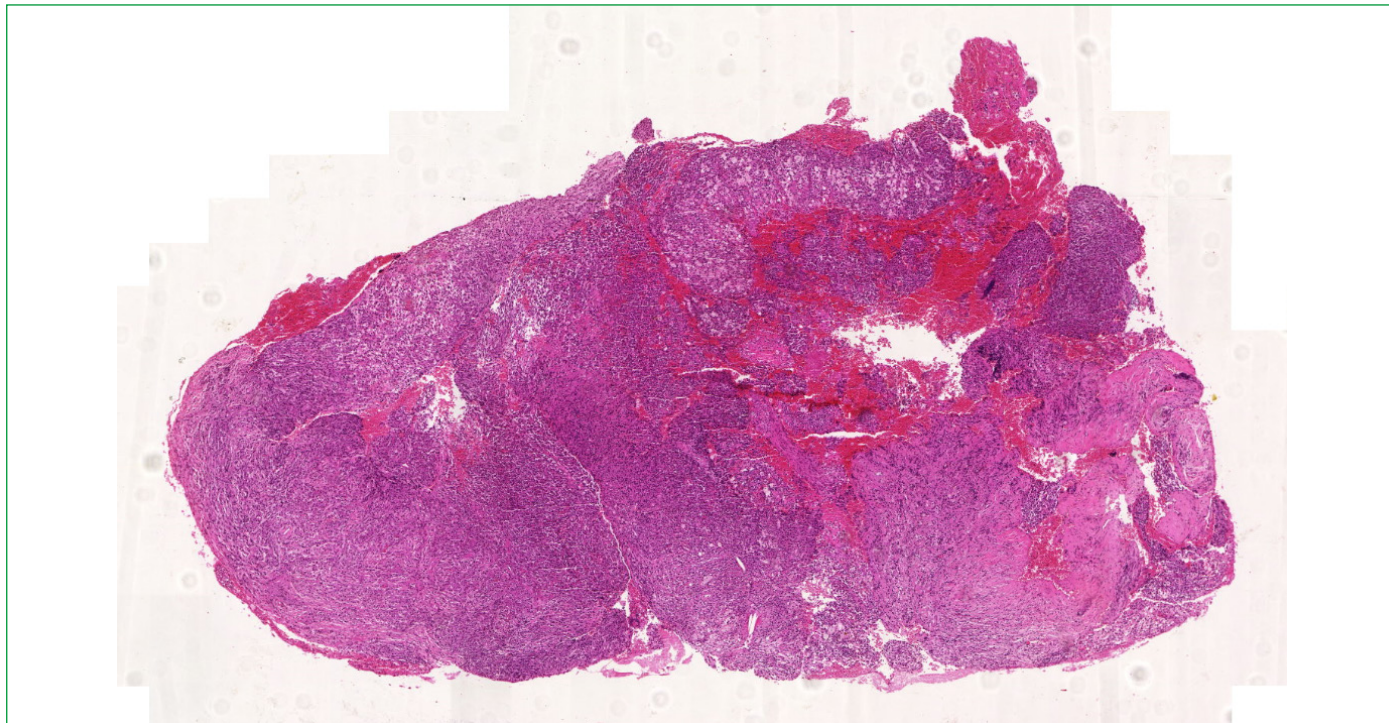
15.

Granuloma periapical

Para o seu desenvolvimento, é primordial que ocorra necrose pulpar. Apresenta tecido de granulação com células inflamatórias crônicas em um tecido conjuntivo fibroso. Citocinas pró-inflamatórias ativam osteoclastos e consequente reabsorção óssea.

É clinicamente assintomático no geral e se apresenta radiograficamente uma imagem radiolúcida na região periapical de um dente desvitalizado.

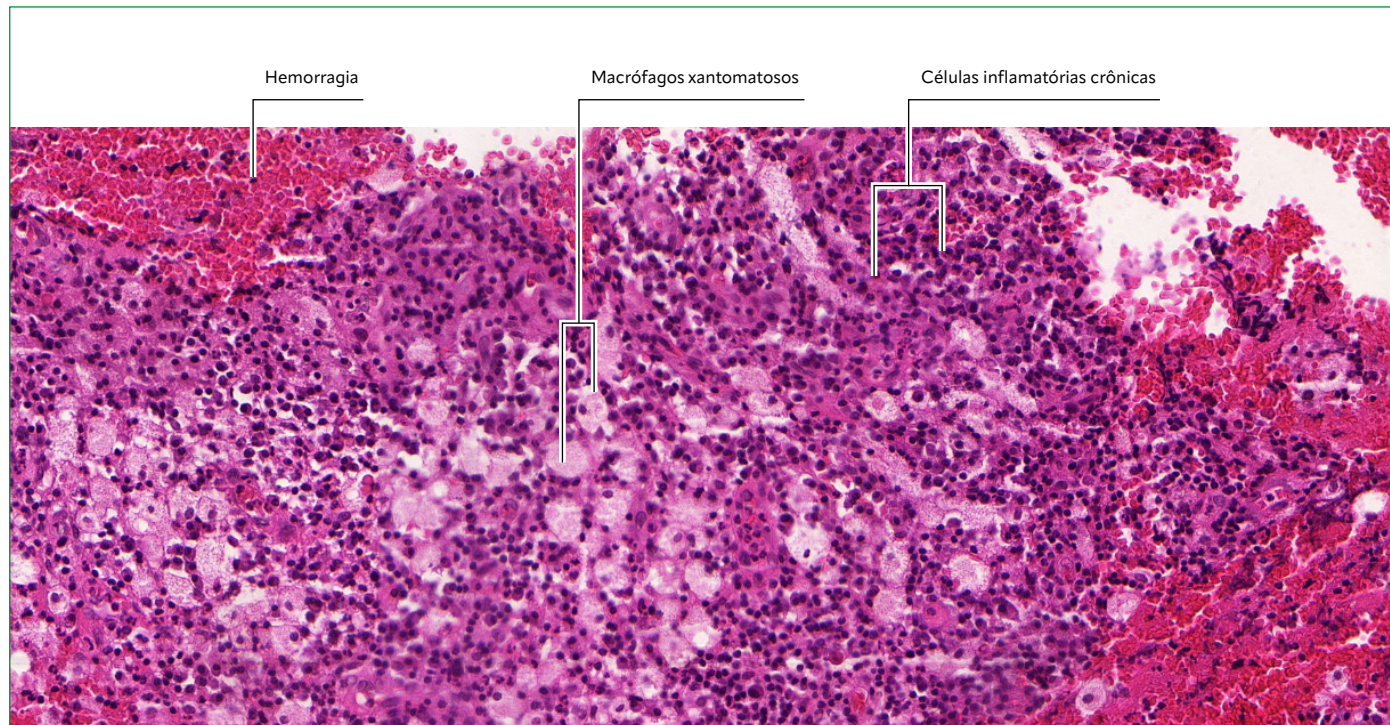
FIGURA 15.1 | Granuloma periapical



Apresenta tecido de granulação com células inflamatórias crônicas em perneo a um tecido conjuntivo fibroso.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 15.2 | Granuloma periapical



FONTE: autoria própria.

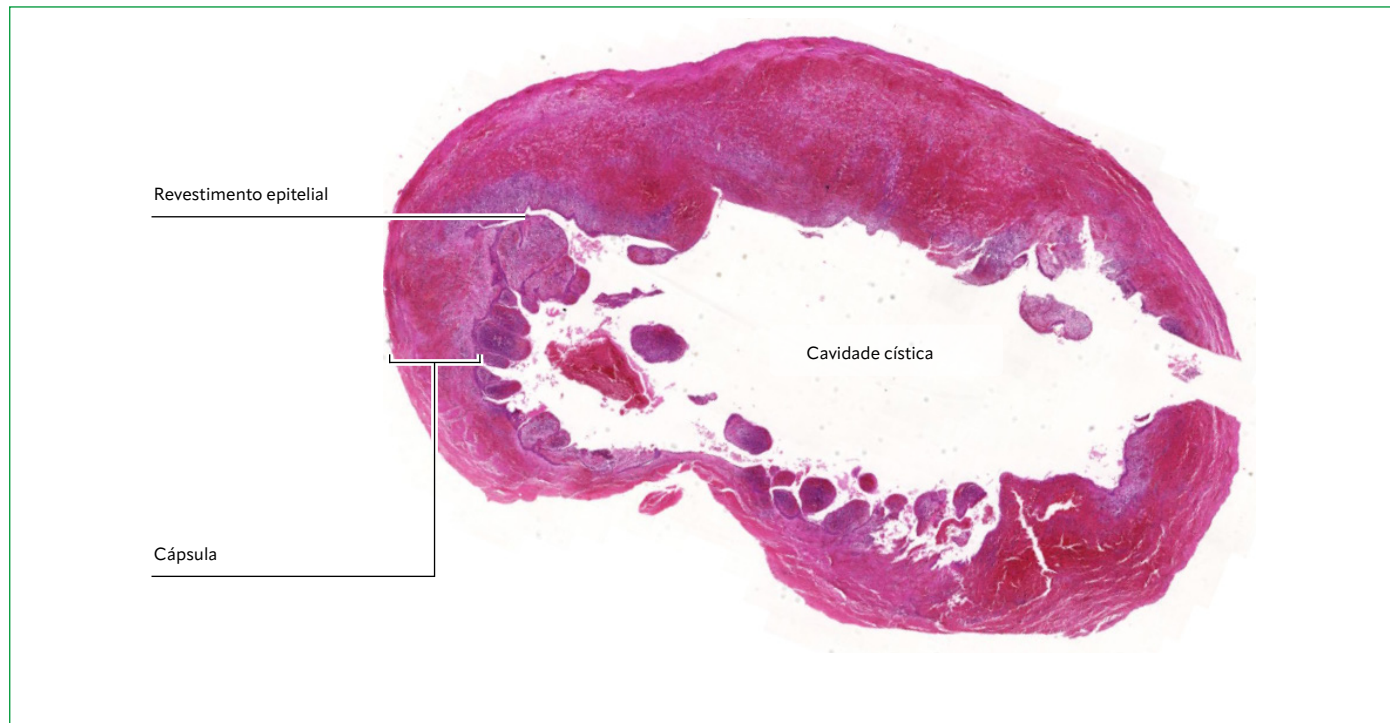
16.

Cisto radicular

Lesão periapical a qual a condição essencial para o seu desenvolvimento é a necrose pulpar. Se desenvolve a partir da proliferação dos Restos Epiteliais de Malassez, estimulada por processos inflamatórios.

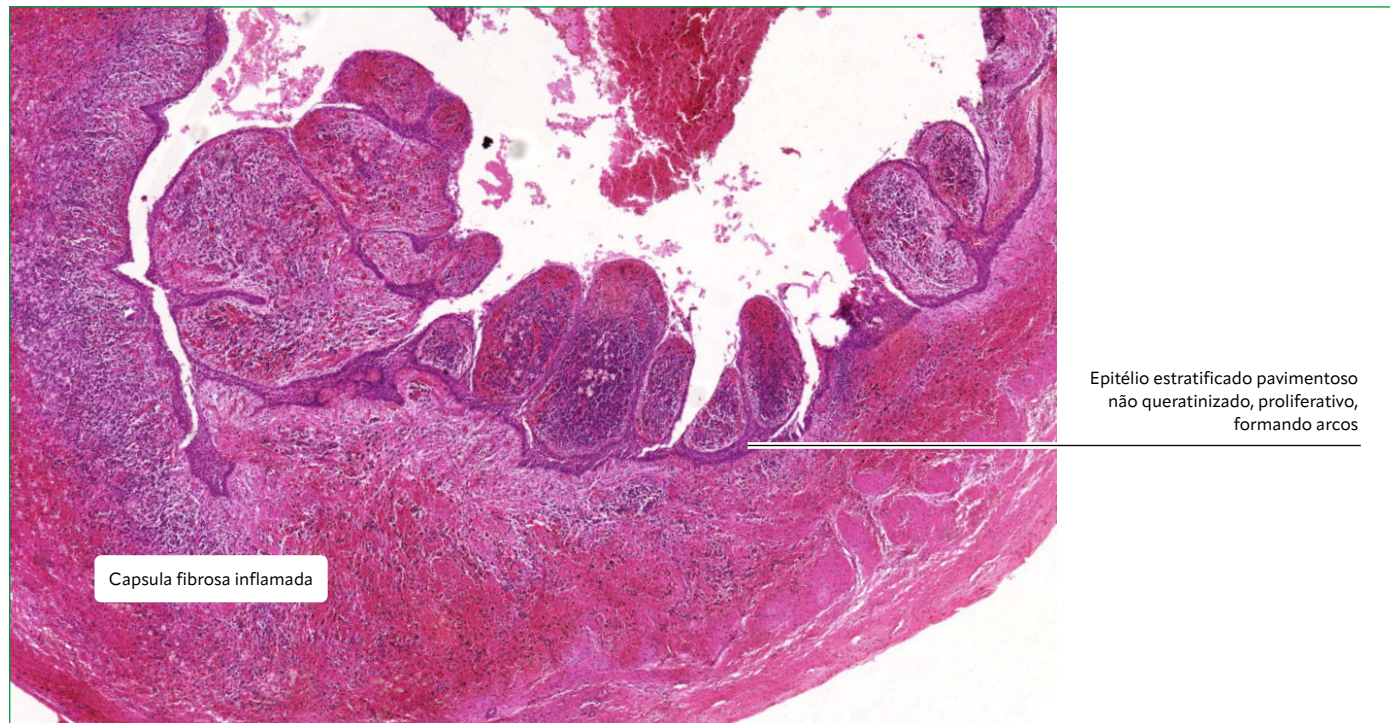
É clinicamente assintomático no geral e se apresenta radiograficamente uma imagem radiolúcida na região periapical de um dente desvitalizado.

FIGURA 16.1 | Cisto radicular



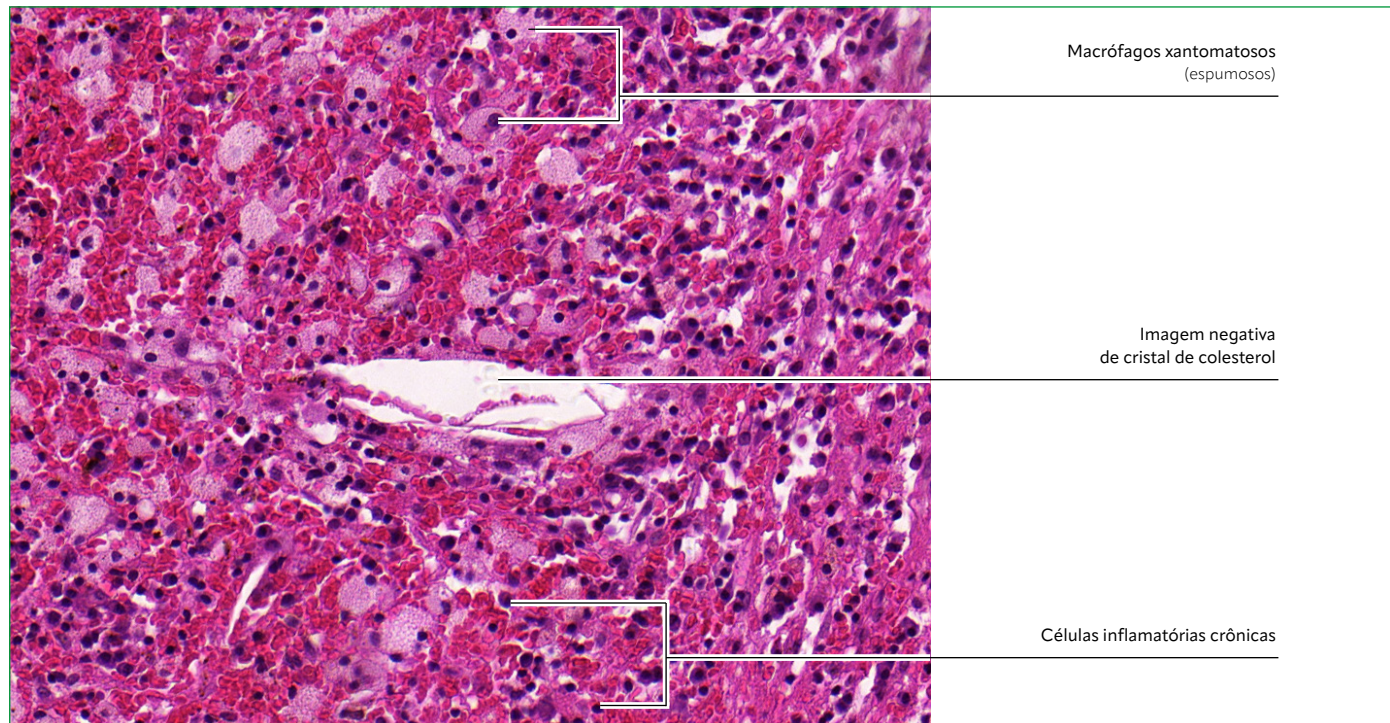
FONTE: autoria própria.

FIGURA 16.2 | Cisto radicular



FONTE: autoria própria.

FIGURA 16.3 | Cisto radicular



FONTE: autoria própria.

PARTE 6

Patologias das glândulas salivares

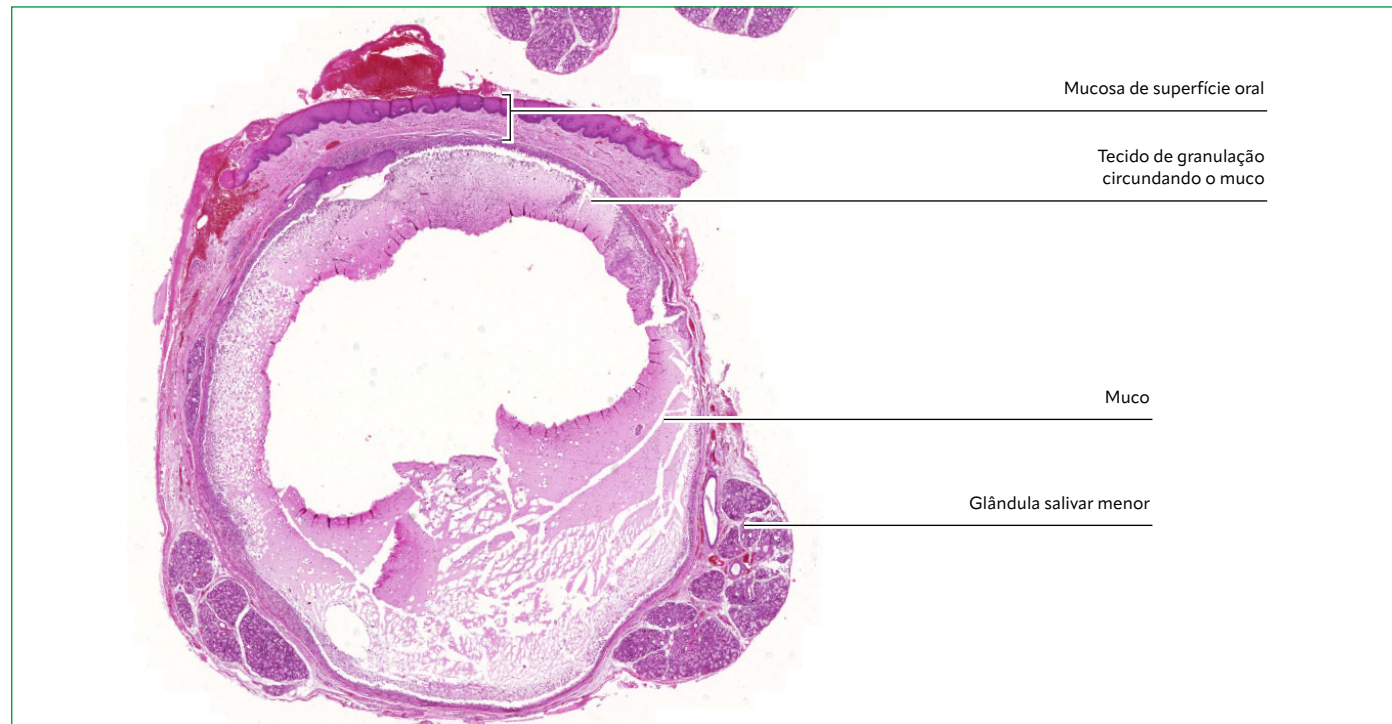
Serão abordadas neste capítulo as lesões de origem reativa, inflamatória e neoplásicas benignas.

17.

Fenômeno de extravasamento de muco (mucocèle e rânula)

Acúmulo de saliva no tecido devido ao rompimento de um ducto salivar, geralmente devido a traumas. Quando essa lesão ocorre no assoalho bucal, chama-se rânula, e mucocèle nos demais locais da boca (principalmente no lábio inferior). Muito comum em pacientes jovens.

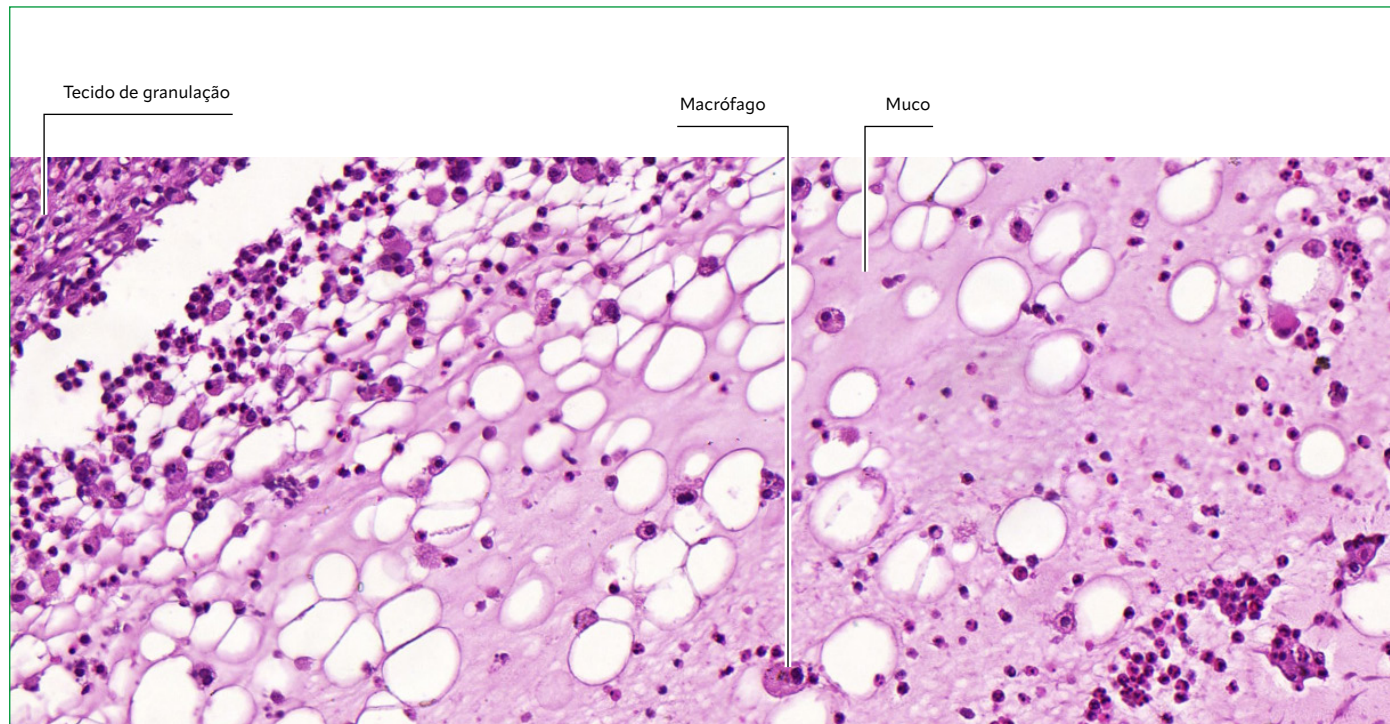
FIGURA 17.1 | Fenômeno de extravasamento de muco



O muco, extravasado em resposta a um trauma no ducto de uma glândula salivar, se acumula no tecido. Sua presença provoca uma reação com formação de tecido de granulação ao seu redor. Observa-se macrófagos espumosos tentando fagocitar o muco.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 17.2 | Fenômeno de extravasamento de muco



FONTE: autoria própria.

18.

Cisto do ducto salivar

Cisto originado do tecido de uma glândula salivar que pode ocorrer por acúmulo de saliva no lúmen ductal.

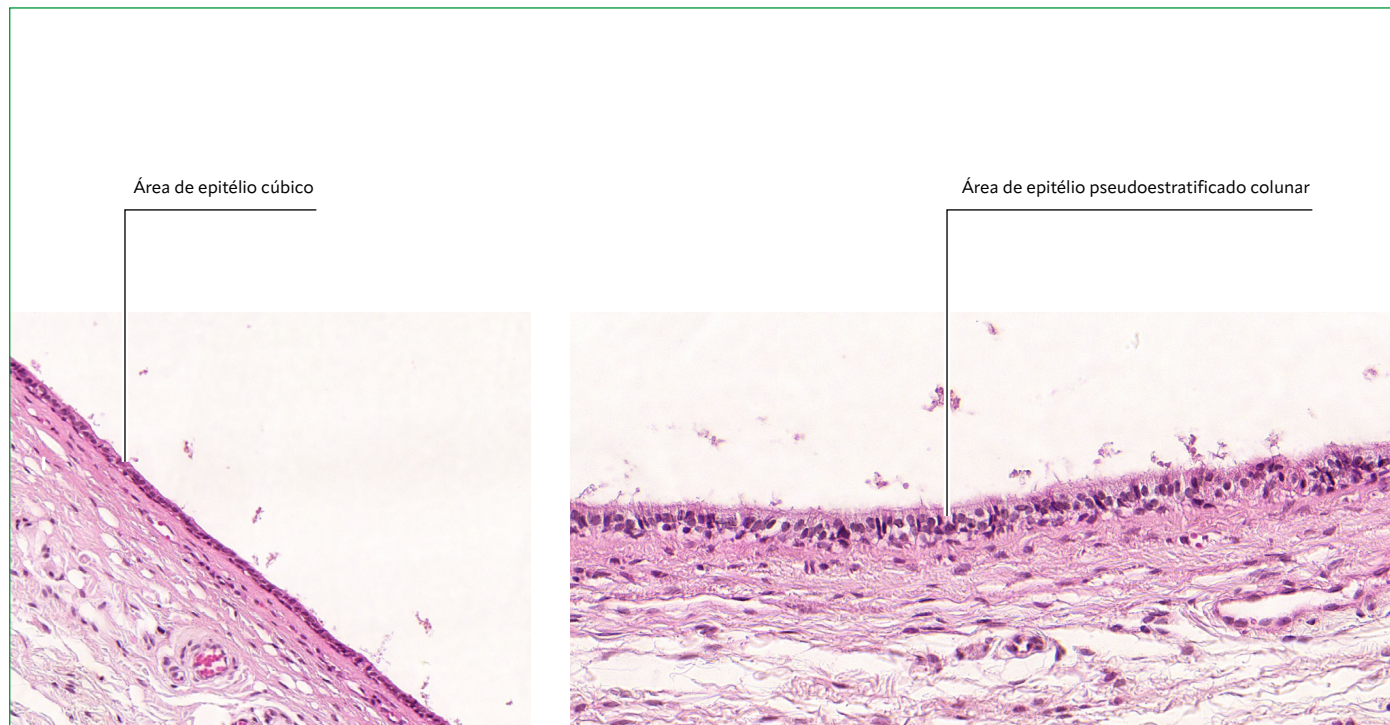
É frequente na mucosa jugal, assoalho bucal e lábios de pacientes adultos. Clinicamente, costuma ser um aumento de volume amolecida de cor azulada, rósea ou âmbar.

FIGURA 18.1 | Cisto do ducto salivar



FONTE: autoria própria.

FIGURA 18.2 | Cisto do ducto salivar



O epitélio de revestimento do cisto pode se apresentar cúbico, colunar ou escamoso atrófico.

FONTE: autoria própria.

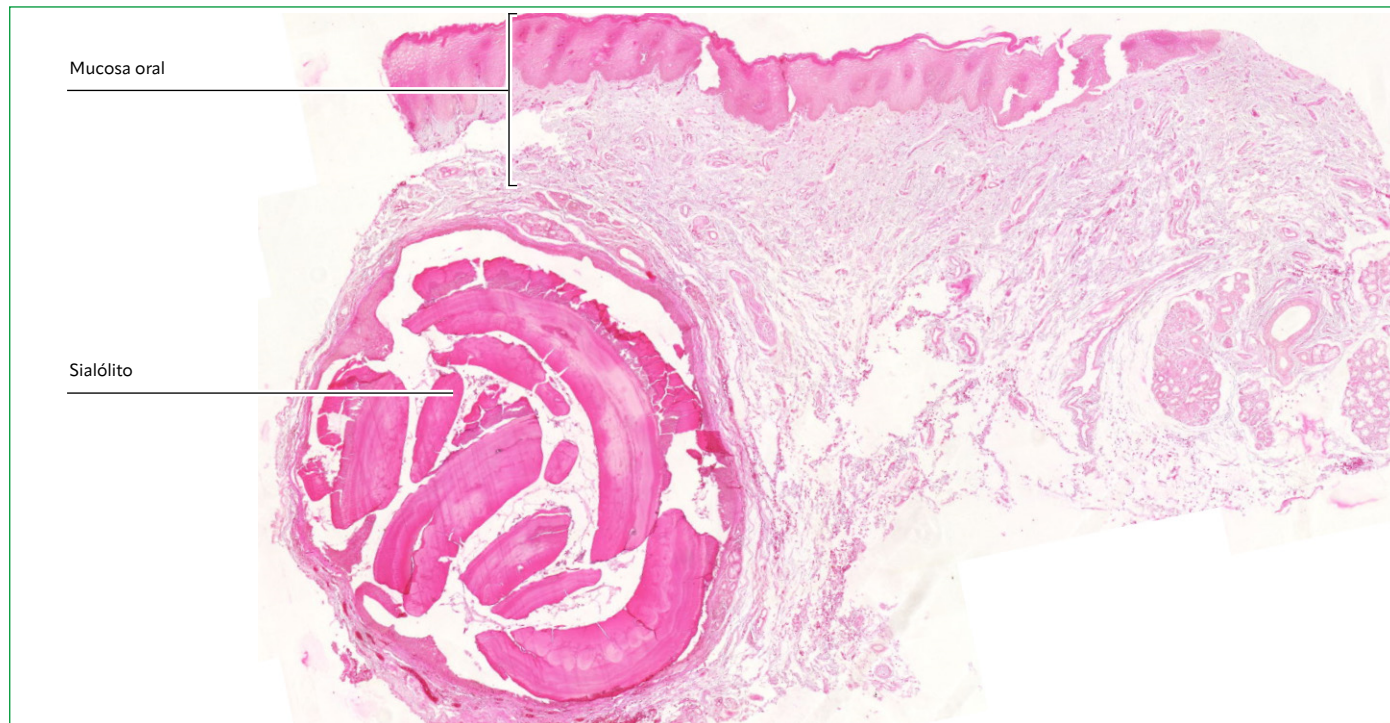
19.

Sialólito

Debris, bactérias, muco espesso e outros fatores, acumulados na luz do ducto de uma glândula salivar, promovem uma deposição de sais de cálcio que sofrem mineralização e podem causar obstrução desse ducto.

É mais frequente no ducto da glândula submandibular, por sua anatomia ascendente e tortuosa.

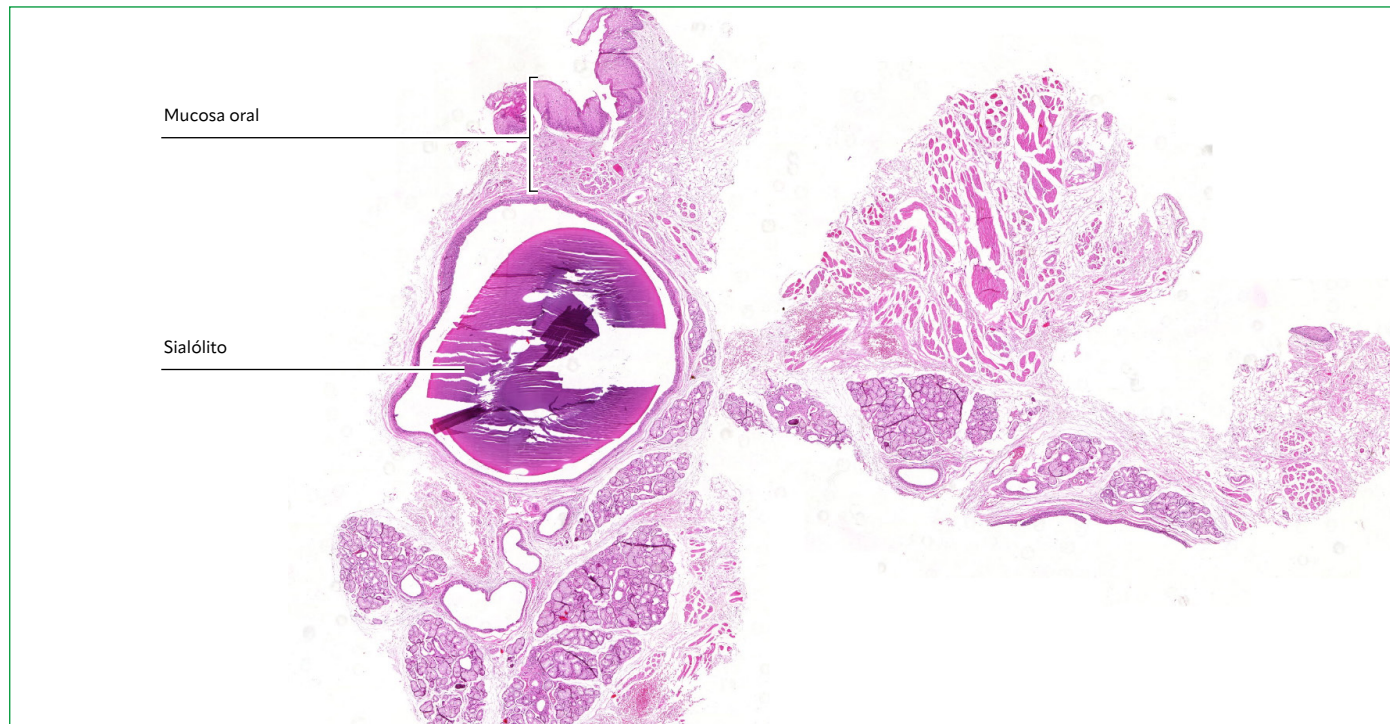
FIGURA 19.1 | Sialólito



Deposições concêntricas de minerais formando o cálculo salivar, ou sialólito.

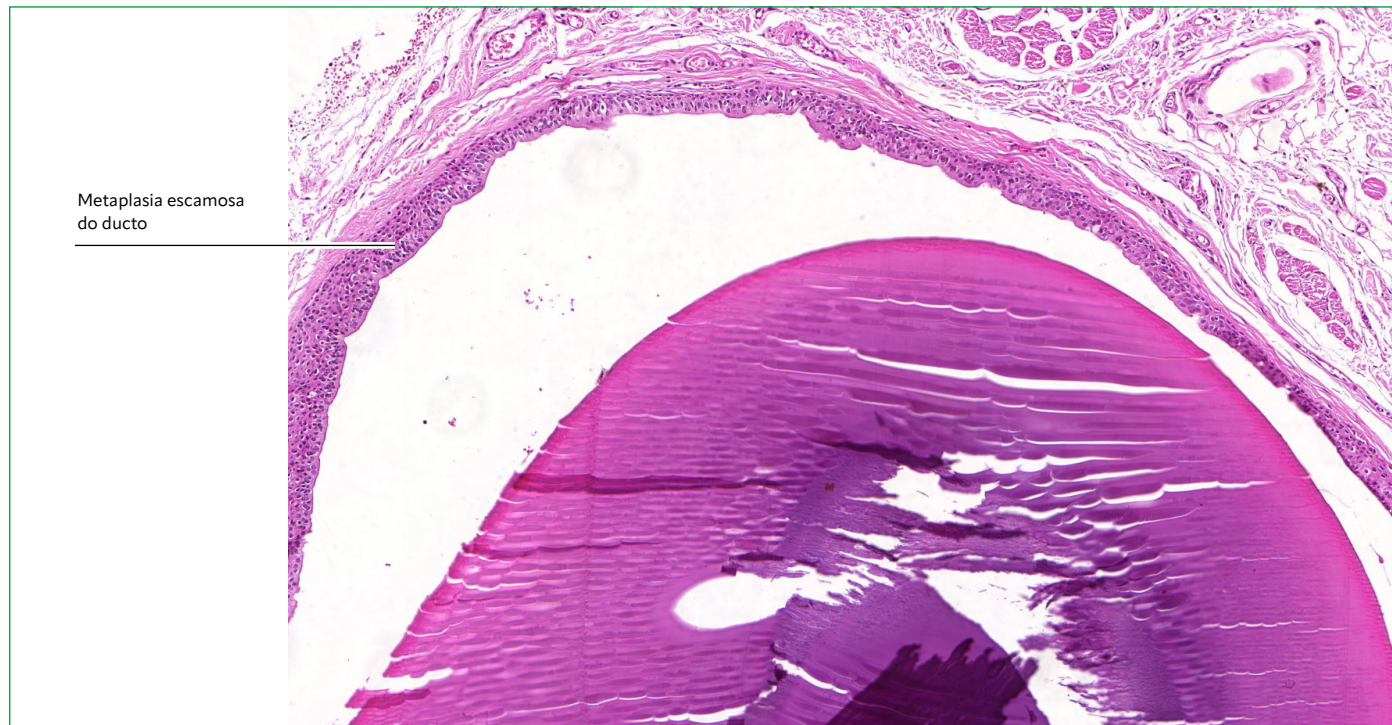
FONTE: autoria própria.

FIGURA 19.2 | Sialólito



FONTE: autoria própria.

FIGURA 19.3 | Sialólito



FONTE: autoria própria.

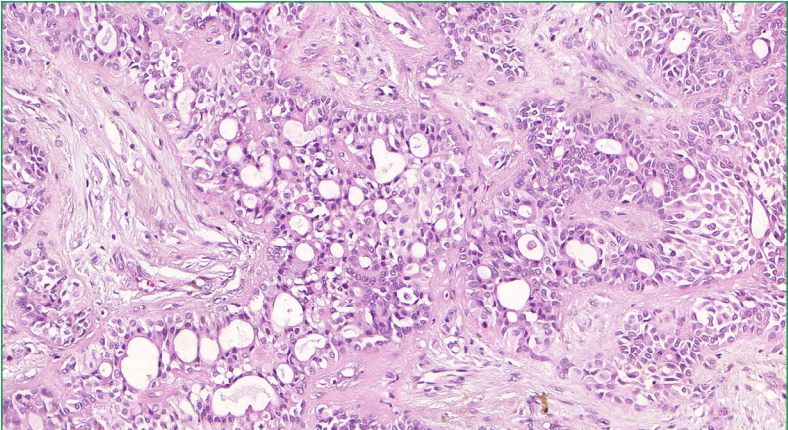
20.

Adenoma pleomórfico

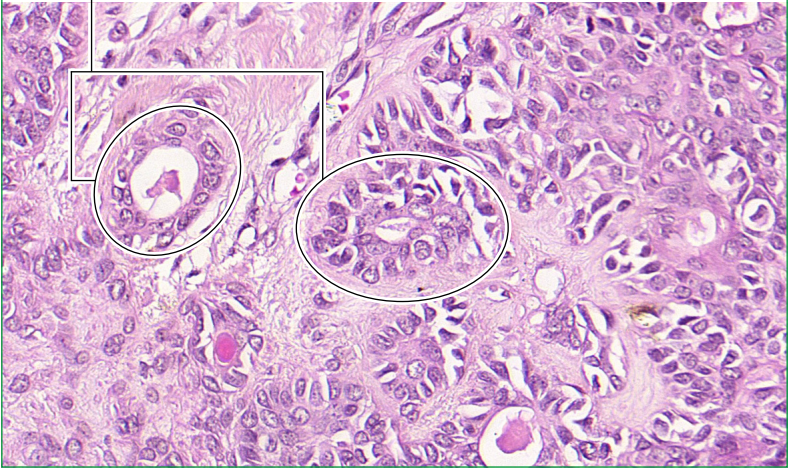
É a neoplasia de glândula salivar mais comum. Consiste na proliferação neoplásica de células ductais e mioepiteliais. Possui uma apresentação histológica diversa em diferentes áreas do mesmo tumor.

Na cavidade oral é mais comum na região lateral posterior do palato, como um aumento de volume firme e indolor.

FIGURA 20.1 | Adenoma pleomórfico

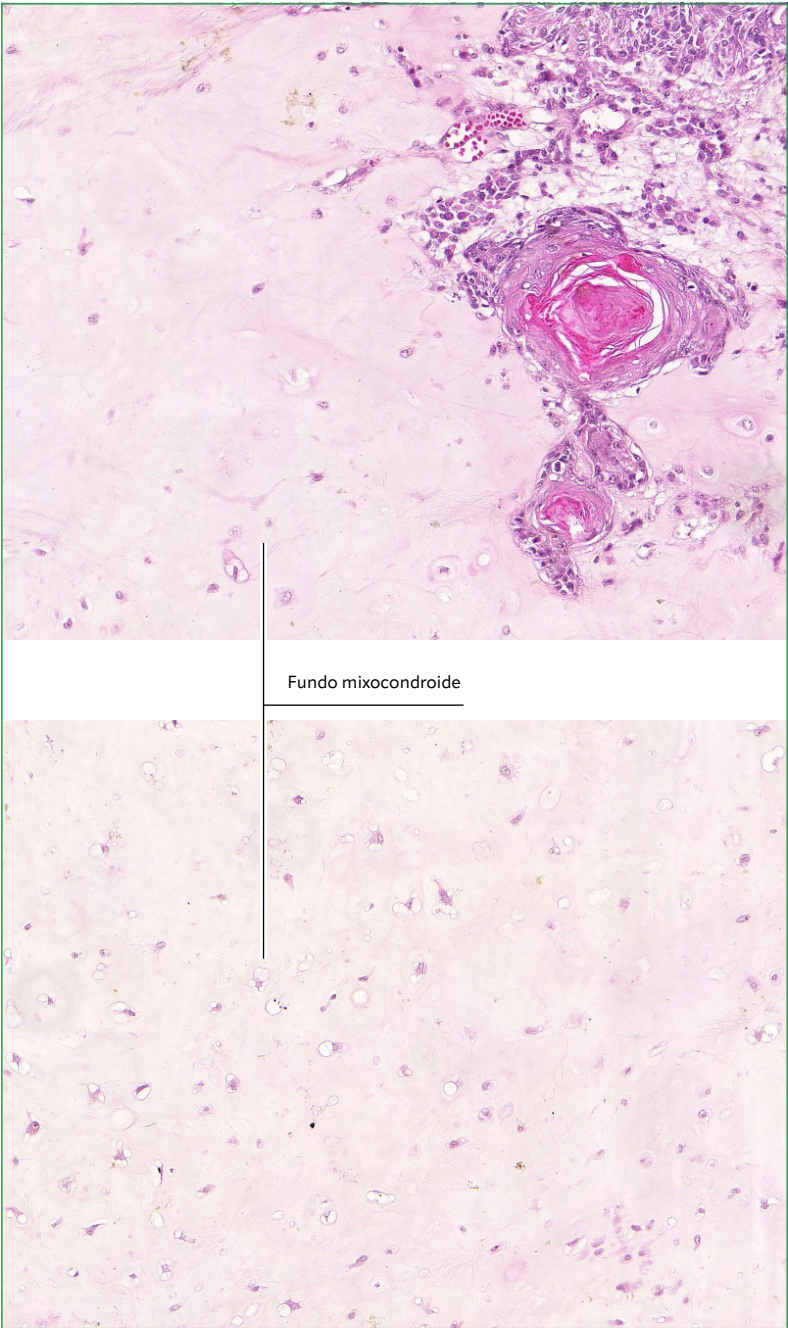


Proliferação de células ductais e mioepiteliais, formando ductos com duas camadas de células, além de ninhos e cordões de células neoplásicas



FONTE: autoria própria.

FIGURA 20.2 | Adenoma pleomórfico



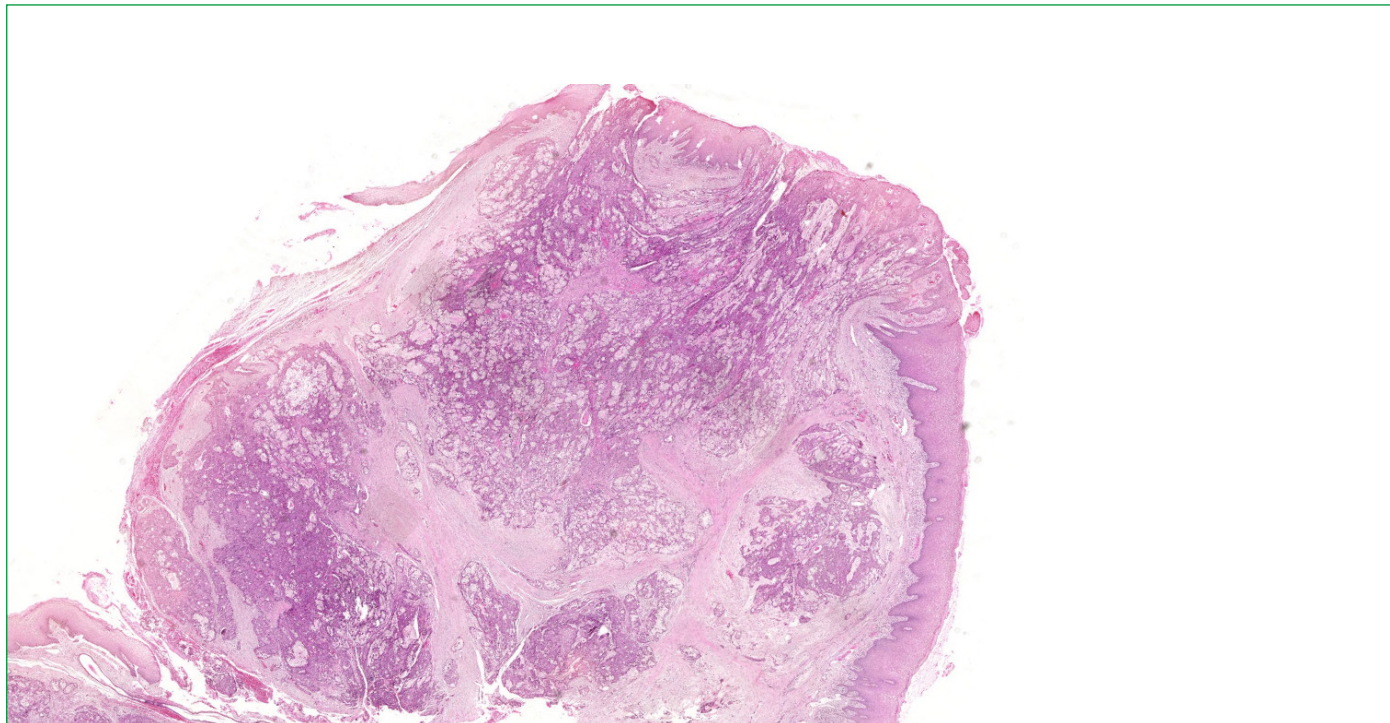
FONTE: autoria própria.

21.

Carcinoma mucoepidermoide

É a neoplasia maligna mais comum das glândulas salivares. Composta por uma proliferação de células mucosas, intermediárias e epidermoides. Na cavidade oral, é comum na região lateral posterior do palato, podendo ter uma coloração azulada.

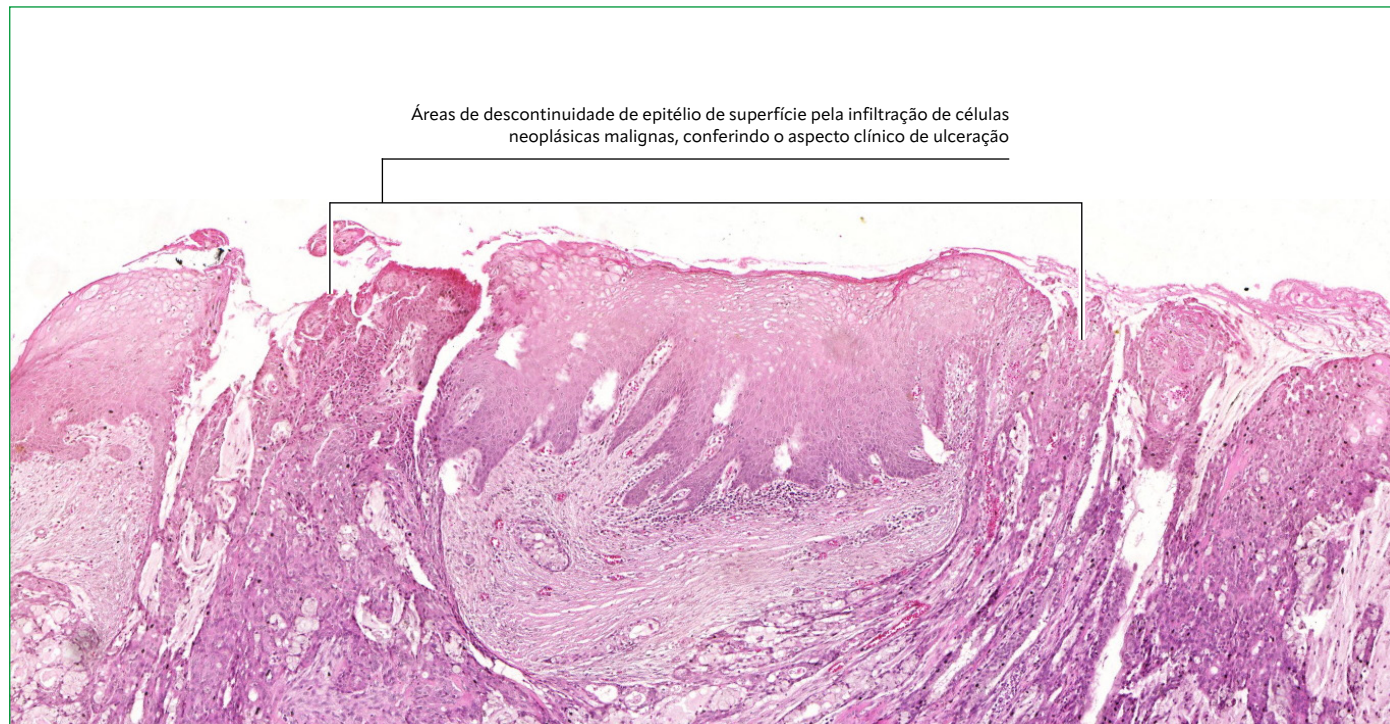
FIGURA 21.1 | Carcinoma mucoepidermoide



Crescimento neoplásico sem cápsula definida.

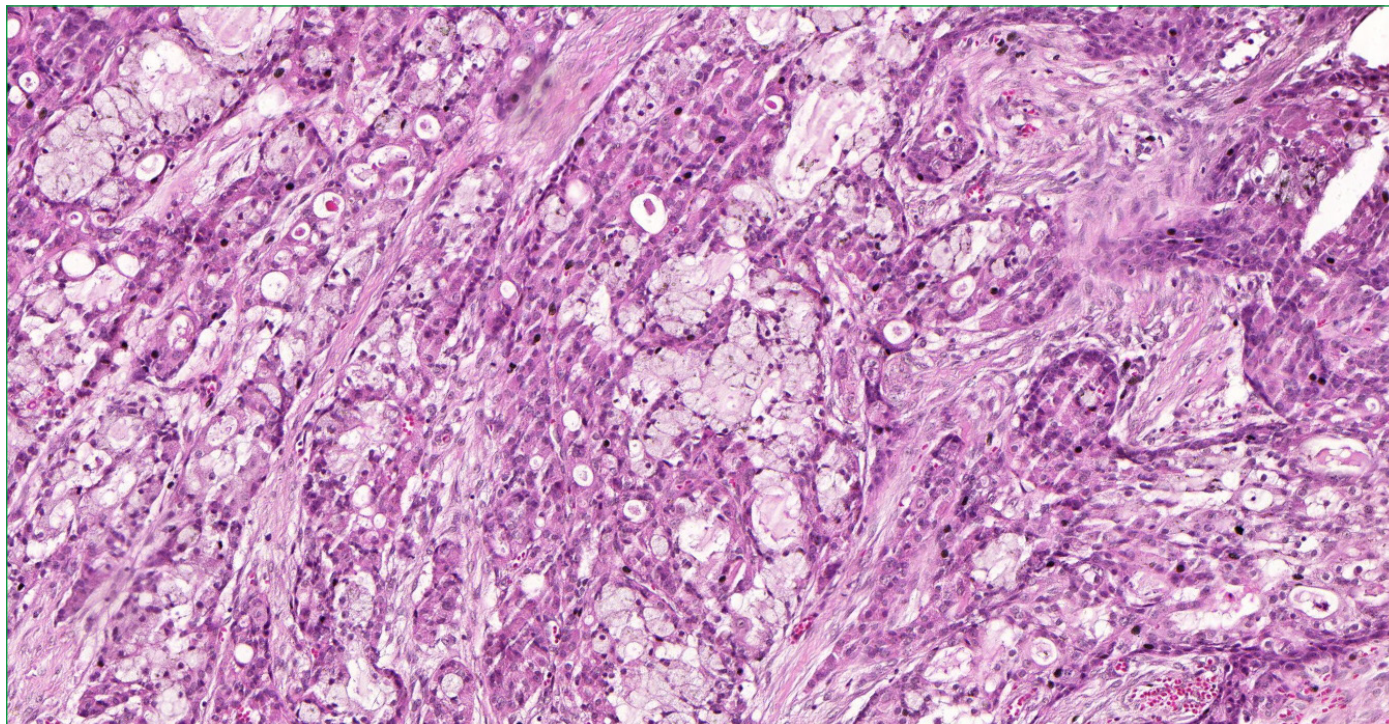
FONTE: autoria própria.

FIGURA 21.2 | Carcinoma mucoepidermoide



FONTE: autoria própria.

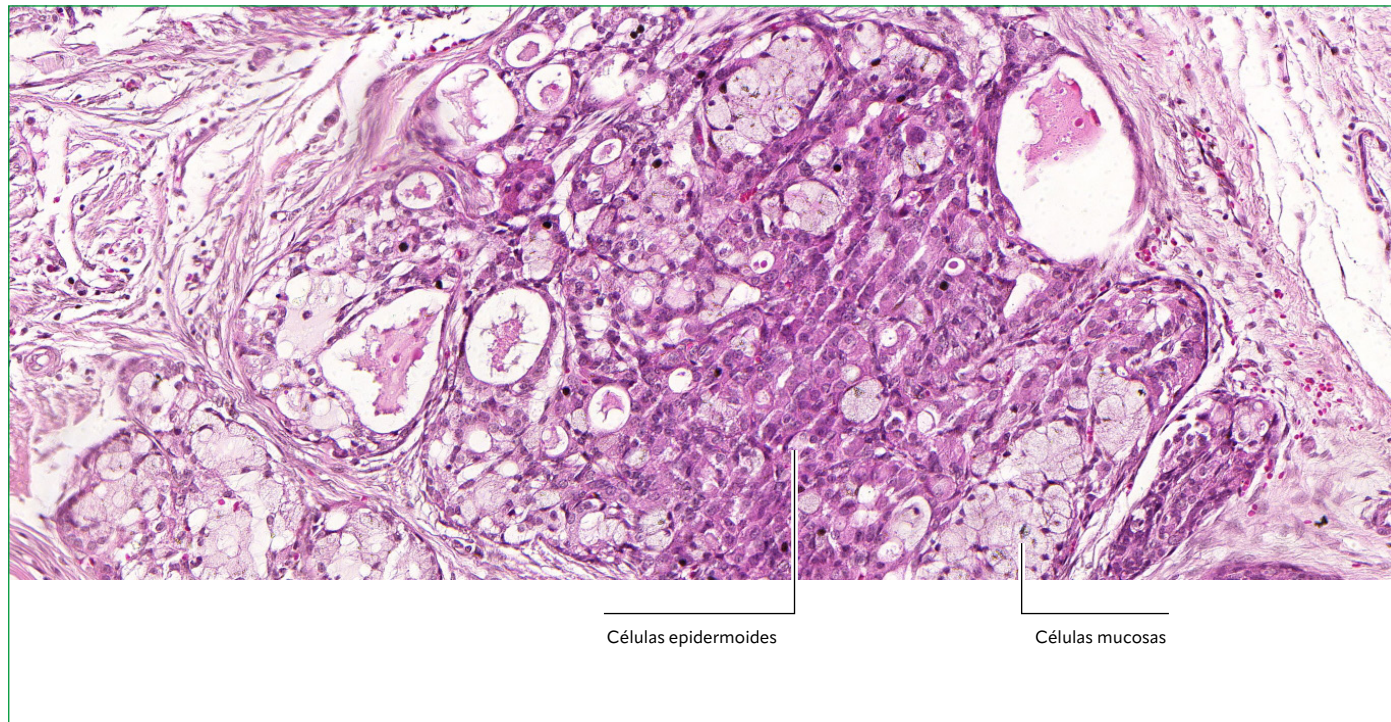
FIGURA 21.3 | Carcinoma mucoepidermoide



Células neoplásicas que se arranjam formando espaços ductais maiores e espaços microcísticos, ou em cordões e ilhotas, em permeio ao estroma.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 21.4 | Carcinoma mucoepidermoide



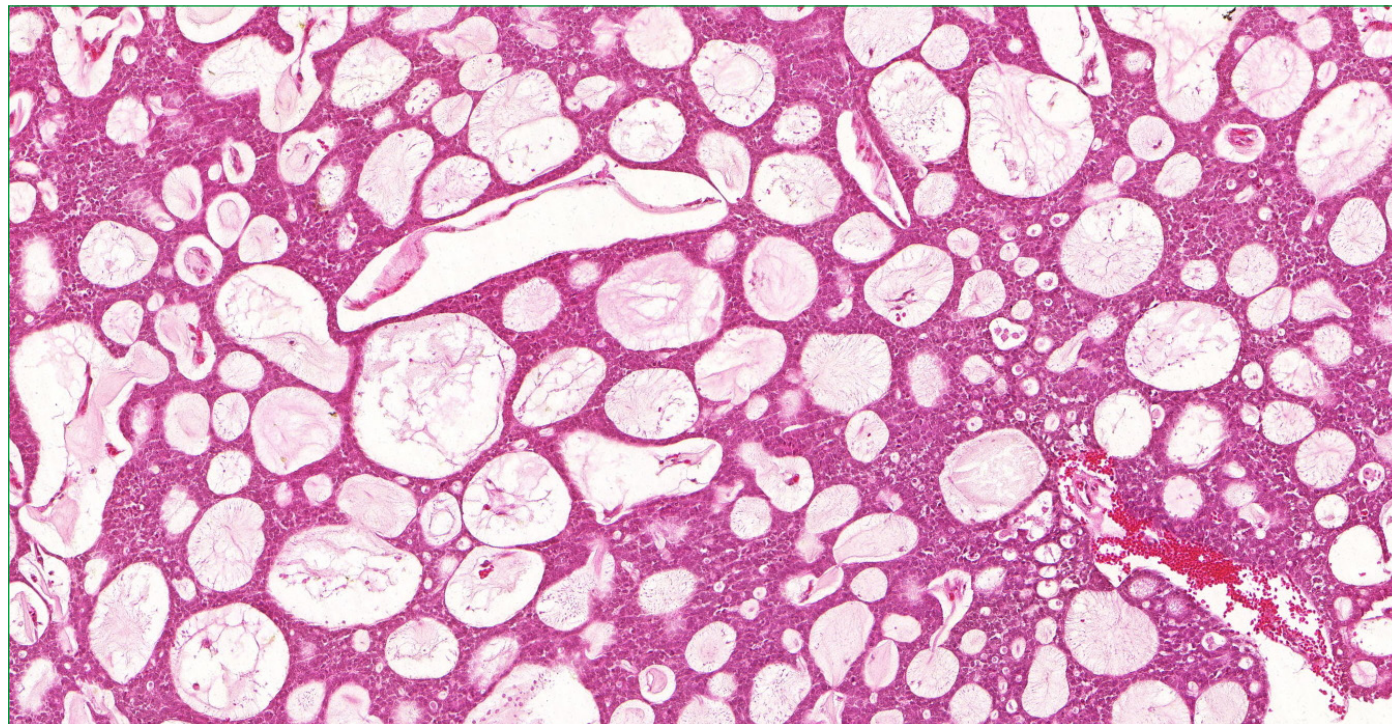
FONTE: autoria própria.

22.

Carcinoma adenoide cístico

Proliferação neoplásica de células ductais e mioepiteliais que se arranjam em três padrões: cribriforme, tubular e sólido. Considerando as glândulas salivares menores, é mais comum no palato, principalmente em adultos de meia-idade.

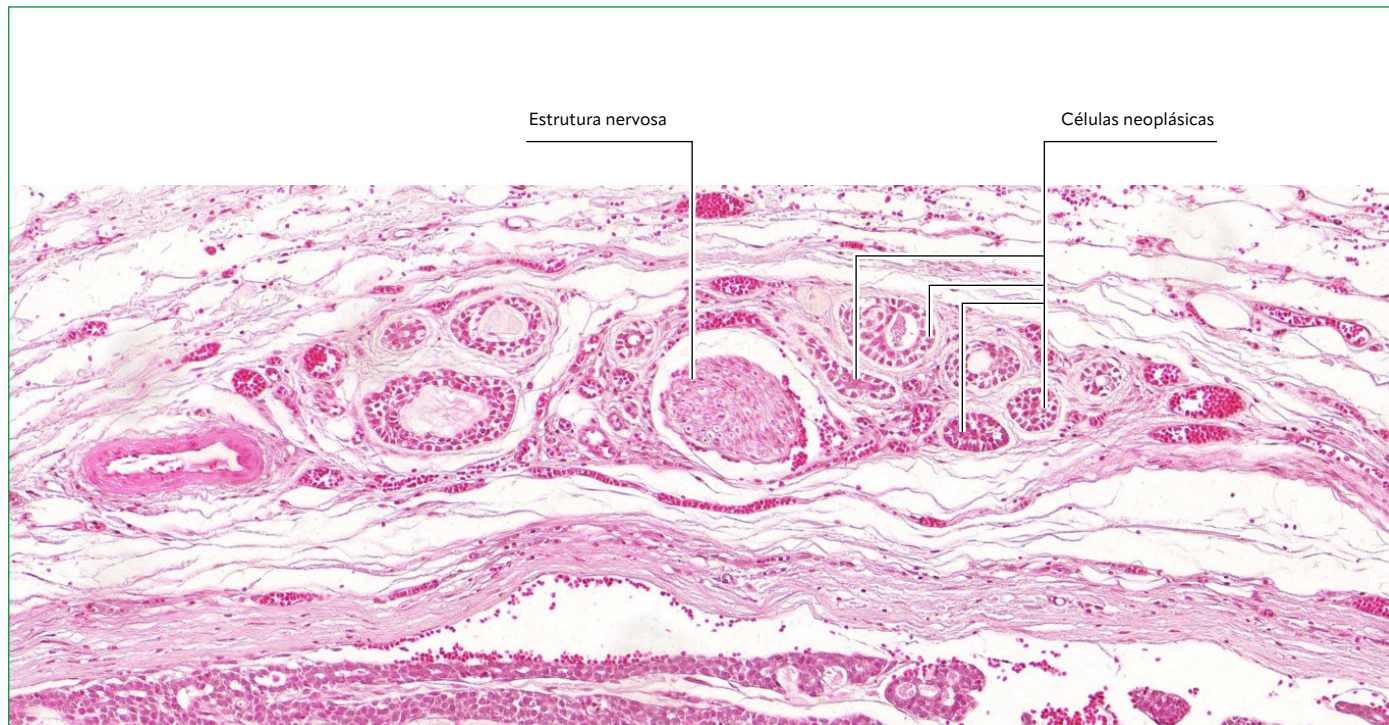
FIGURA 22.1 | Carcinoma adenoide cístico



Ilhas de células neoplásicas formando múltiplos espaços cilíndricos semelhantes a espaços císticos, conferindo o aspecto de queijo suíço. (Padrão cribriforme, mais comum.)

FONTE: autoria própria.

FIGURA 22.2 | Carcinoma adenoide cístico



Área de invasão perineural: ilhas de células neoplásicas circundando uma estrutura nervosa. A dor é uma característica comum nos pacientes com carcinoma adenoide cístico, frequentemente em consequência à invasão perineural.

FONTE: autoria própria.

PARTE 7

Tumores odontogênicos

São lesões originadas a partir de tecidos odontogênicos e classificados de acordo com sua origem em epitelial, ectomesenquimal ou mista.

23.

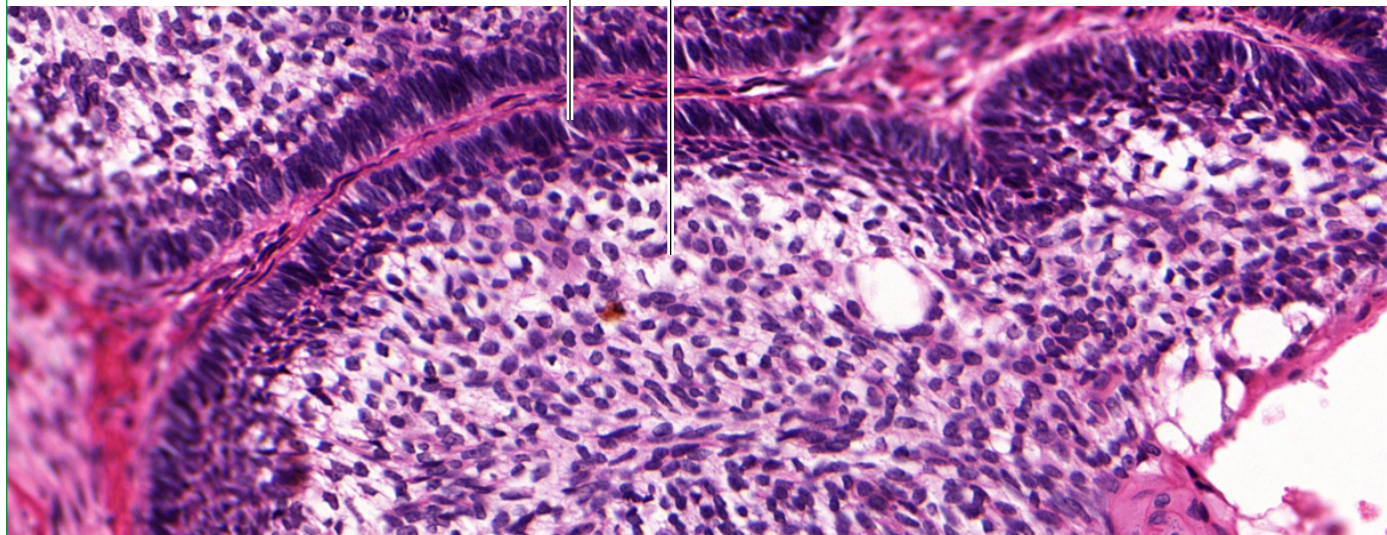
Ameloblastoma

Tumor odontogênico de origem epitelial que, apesar de benigno, é localmente invasivo e de caráter recidivante. Existem três subtipos: ameloblastoma (“convencional”), ameloblastoma unicístico e ameloblastoma periférico. O ameloblastoma geralmente se apresenta como uma imagem radiolúcida multilocular (com aspecto de bolhas de sabão ou favos de mel), na região posterior da mandíbula de pacientes adultos. O ameloblastoma unicístico se apresenta como uma imagem radiolúcida unilocular, geralmente na região posterior de mandíbula de pacientes jovens. O ameloblastoma periférico é uma lesão incomum.

FIGURA 23.1 | Ameloblastoma

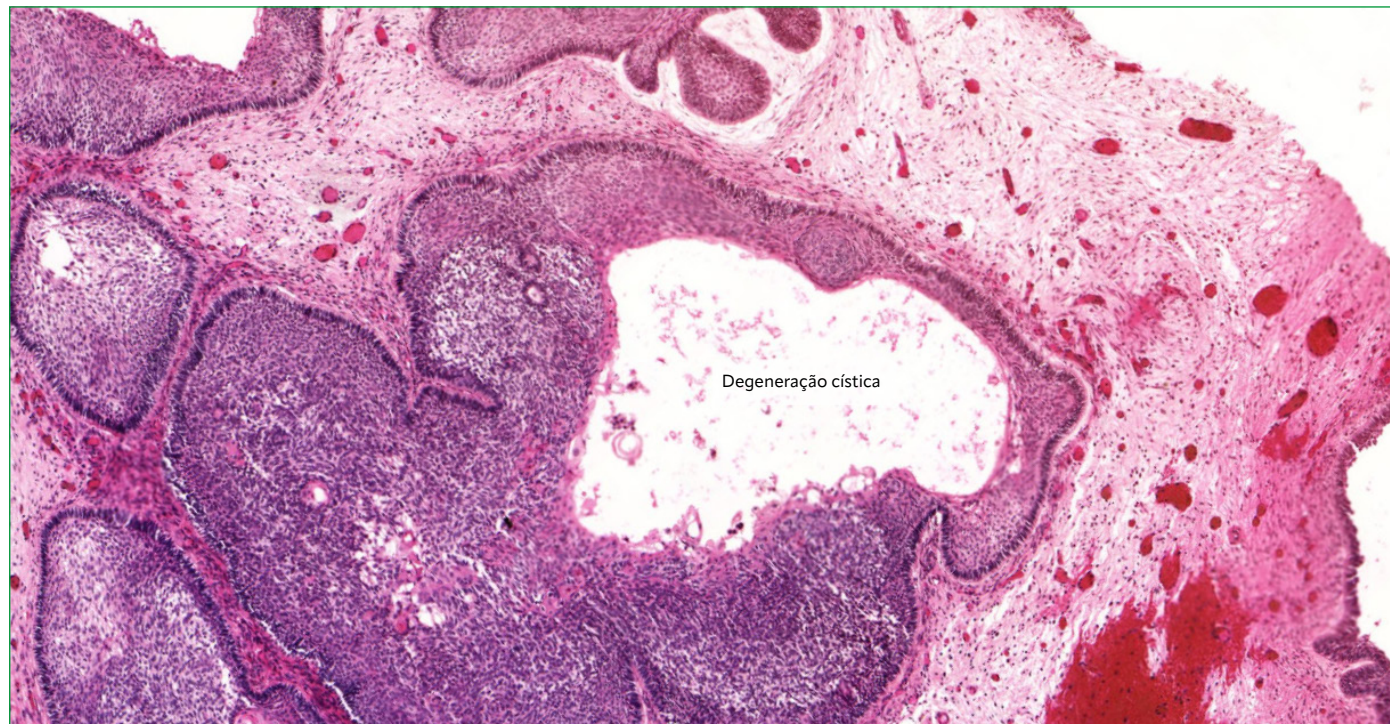
Células colunares, dispostas em paliçada
e com seus núcleos em polarização invertida
(semelhantes a ameloblastos)

Células arranjadas frouxamente
(semelhante ao retículo estrelado do órgão do esmalte)



FONTE: autoria própria.

FIGURA 23.2 | Ameloblastoma



FONTE: autoria própria.

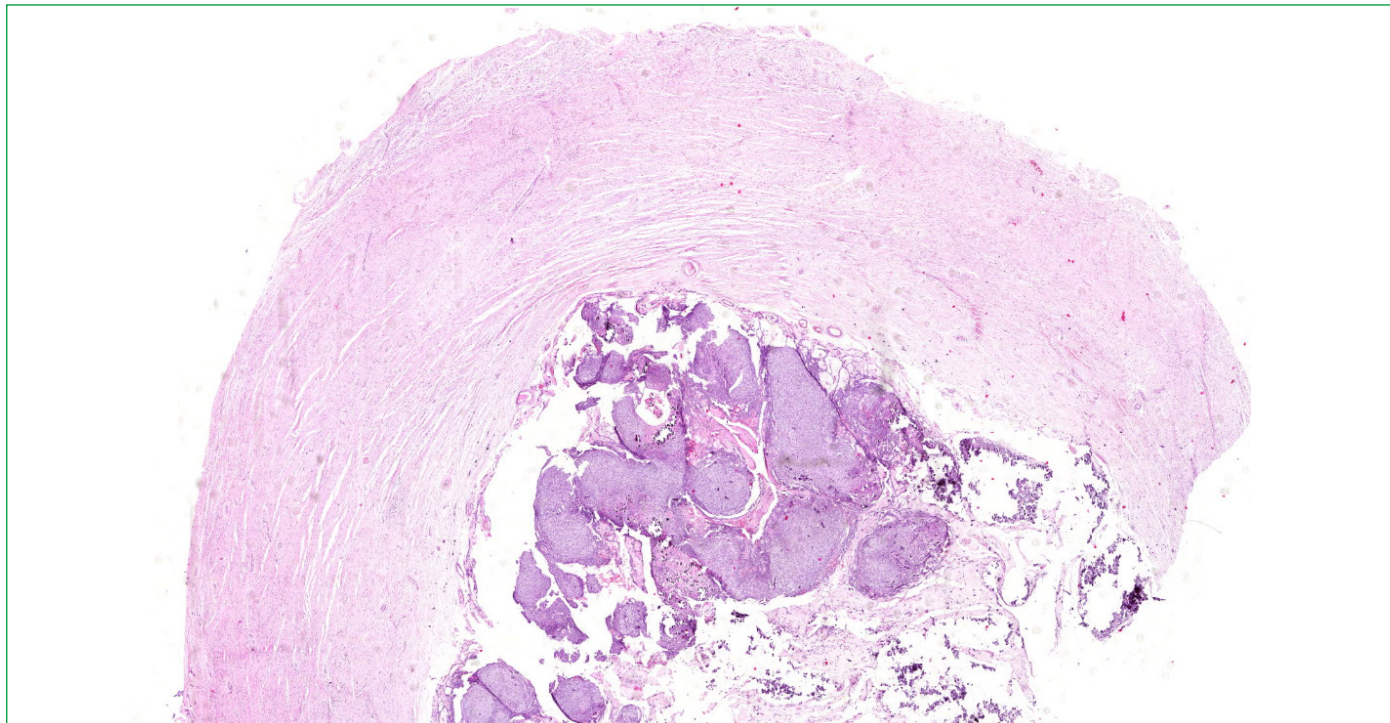
24.

Tumor odontogênico adenomatoide

Tumor odontogênico de origem epitelial que apresenta cápsula fibrosa espessa. Proliferação de células epiteliais (formando estruturas semelhantes a rosetas) em um estroma escasso. Seu aspecto característico é a formação de estruturas tubulares semelhantes a ductos, por isso seu nome.

Acomete principalmente pacientes jovens, na região anterior da maxila. Radiograficamente, consiste em uma imagem radiolúcida unilocular, bem delimitada, podendo ser folicular (associado à coroa de um dente impactado, geralmente ultrapassando o limite amelocementário) ou extrafolicular (entre raízes de dentes erupcionados).

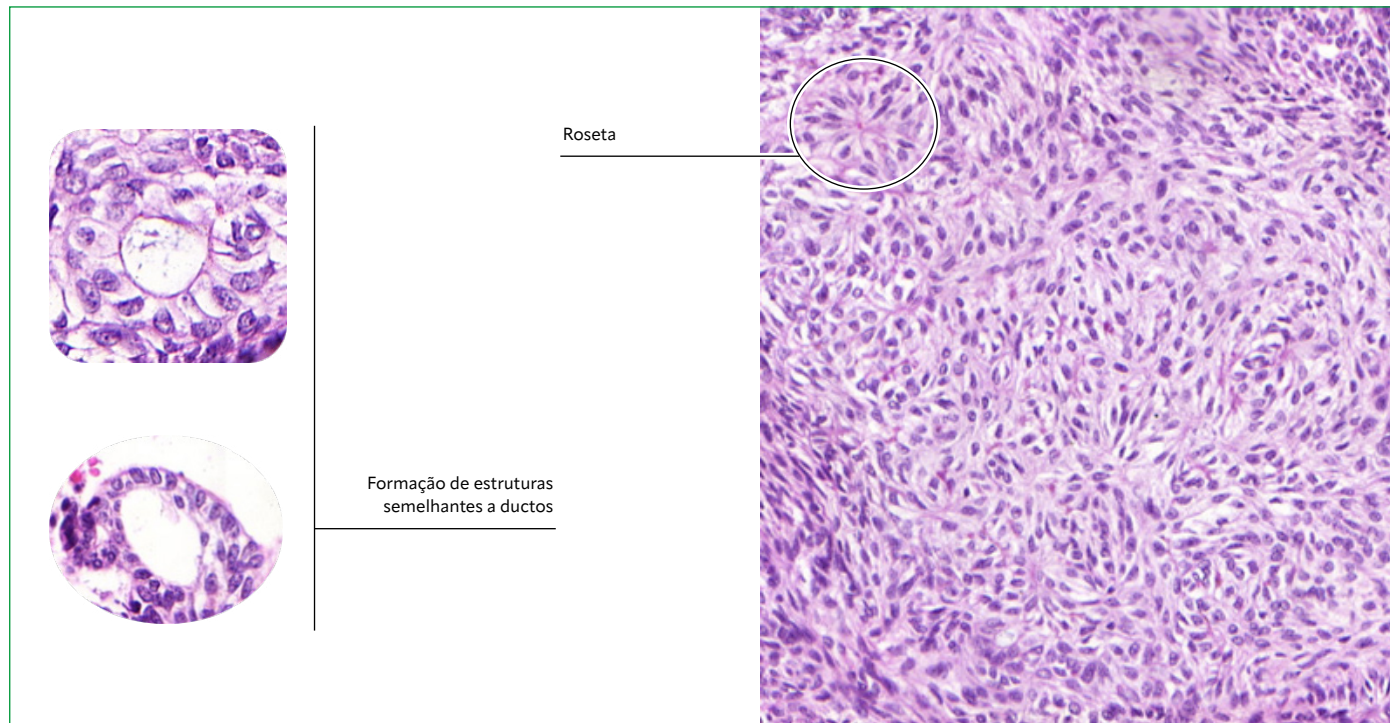
FIGURA 24.1 | Tumor odontogênico adenomatoide



Ilhas de células neoplásicas circundadas por uma cápsula fibrosa espessa.

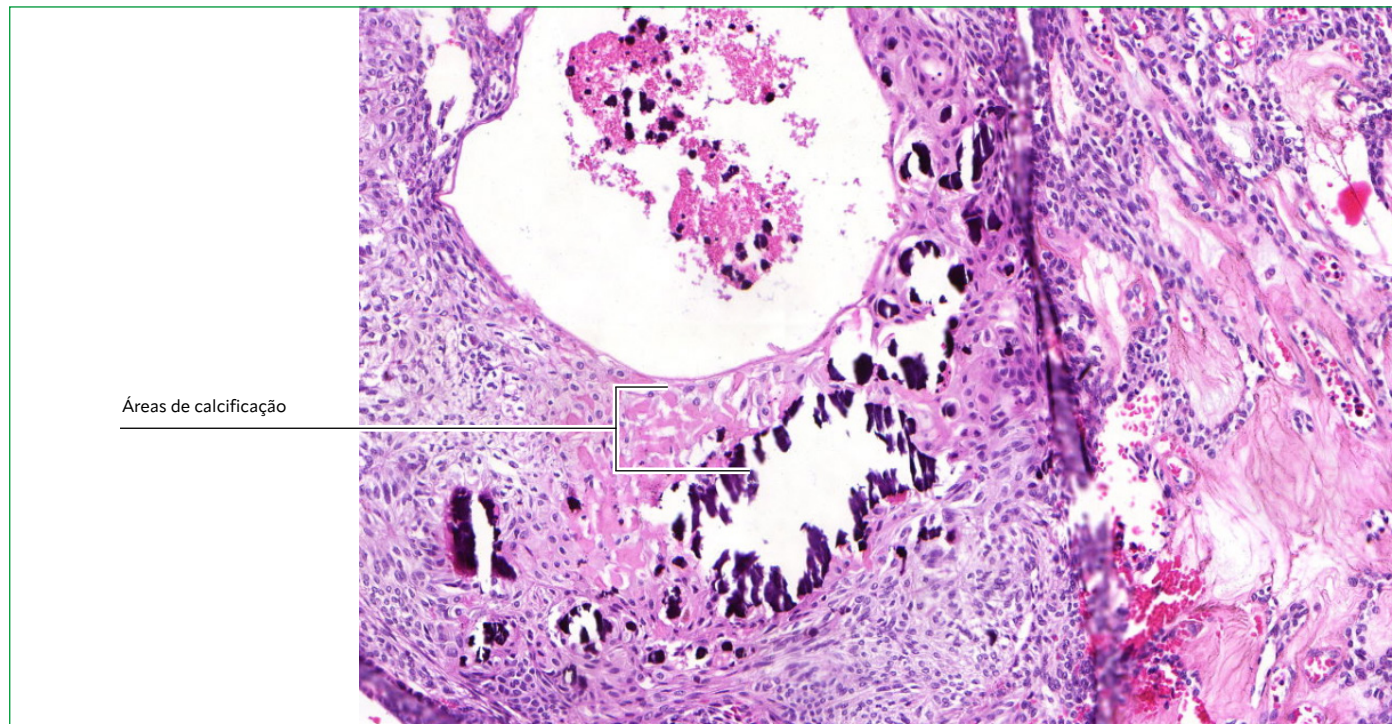
FONTE: autoria própria.

FIGURA 24.2 | Tumor odontogênico adenomatoide



FONTE: autoria própria.

FIGURA 24.3 | Tumor odontogênico adenomatoide



FONTE: autoria própria.

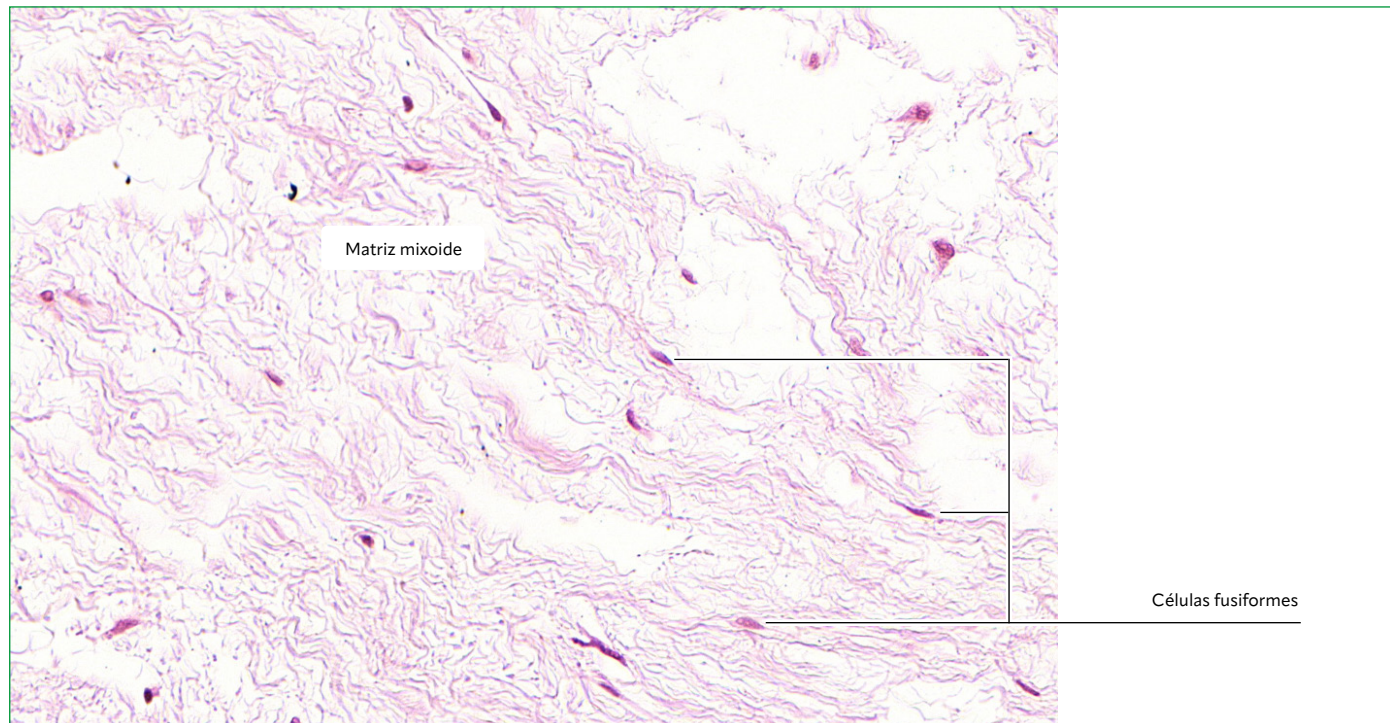
25.

Mixoma odontogênico

Tumor odontogênico de origem ectomesenquimal que apresenta células de formato estrelado, fusiforme ou arredondado dispersas em um estroma frouxo e mixoide.

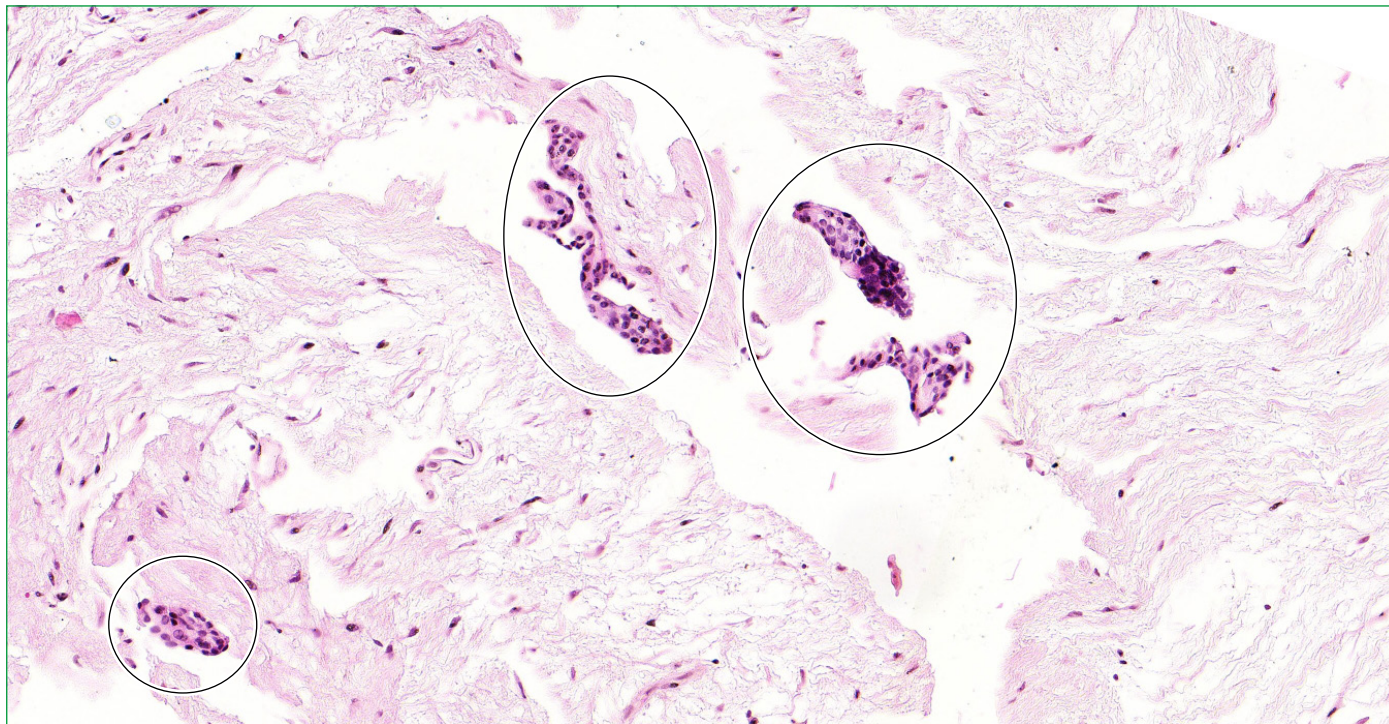
Radiograficamente, tende a formar uma imagem radiolúcida, multilocular (com traves ósseas em ângulos retos), na região posterior de mandíbula de pacientes adultos jovens.

FIGURA 25.1 | Mixoma odontogênico



FONTE: autoria própria.

FIGURA 25.2 | Mixoma odontogênico



Remanescentes de epitélio odontogênico inativo.

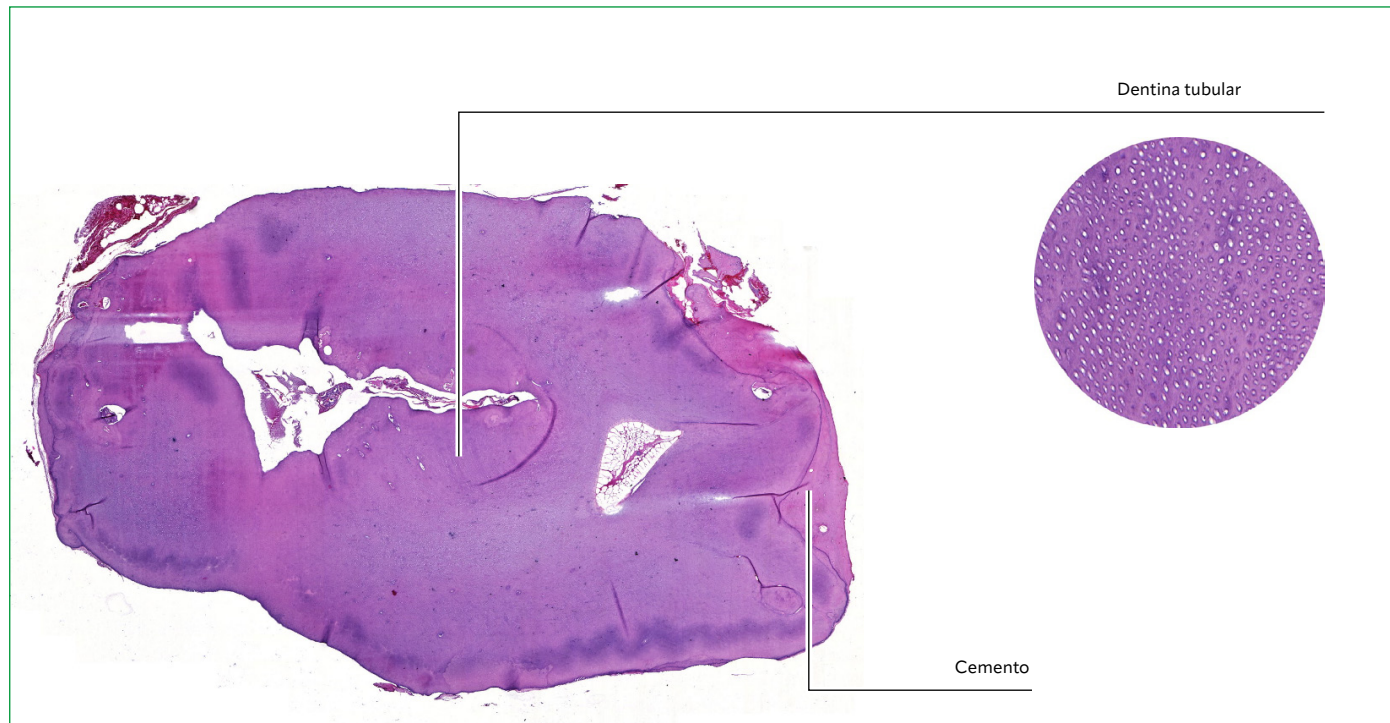
FONTE: autoria própria.

26.

Odontoma complexo

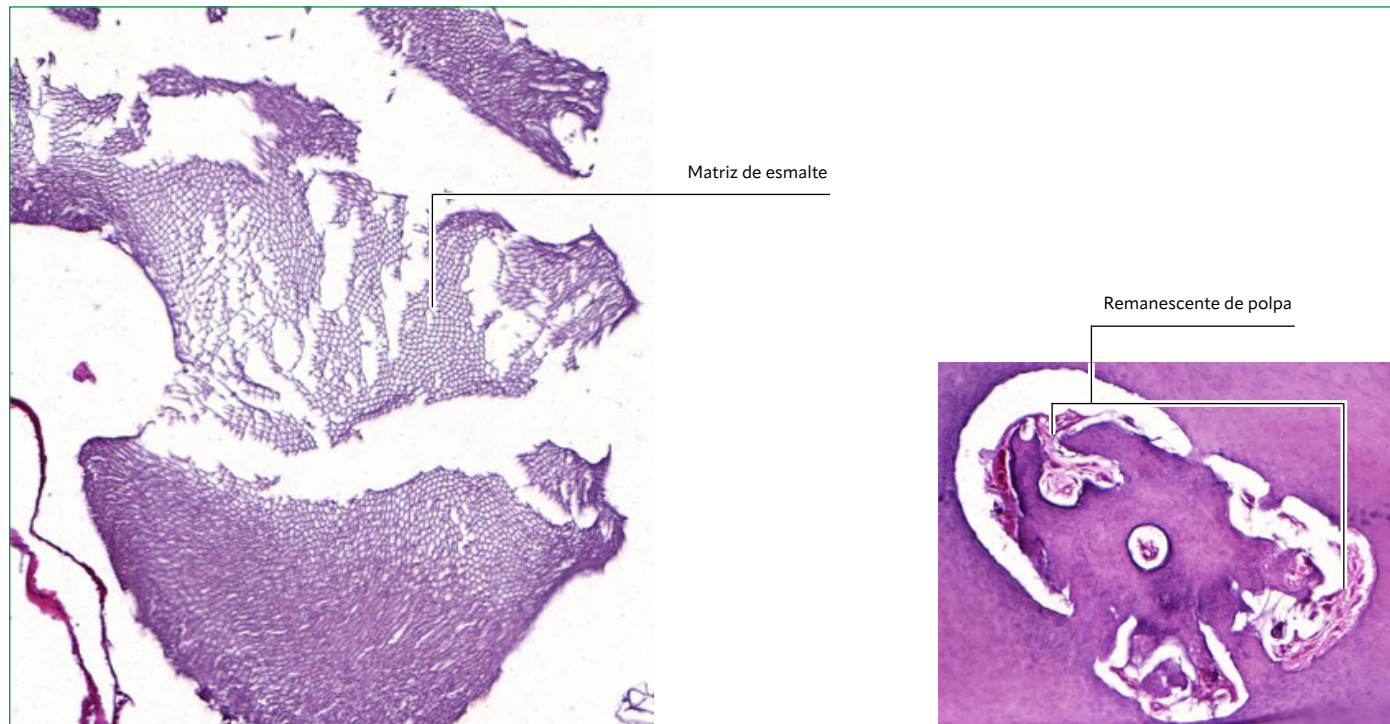
Tumor odontogênico benigno de origem mista. Forma tecidos dentários bem diferenciados, porém arranjados desorganizadamente. Acomete geralmente a região posterior dos ossos gnáticos, em pacientes jovens, formando uma imagem radiográfica radiopaca circundada por um halo radiolúcido.

FIGURA 26.1 | Odontoma complexo



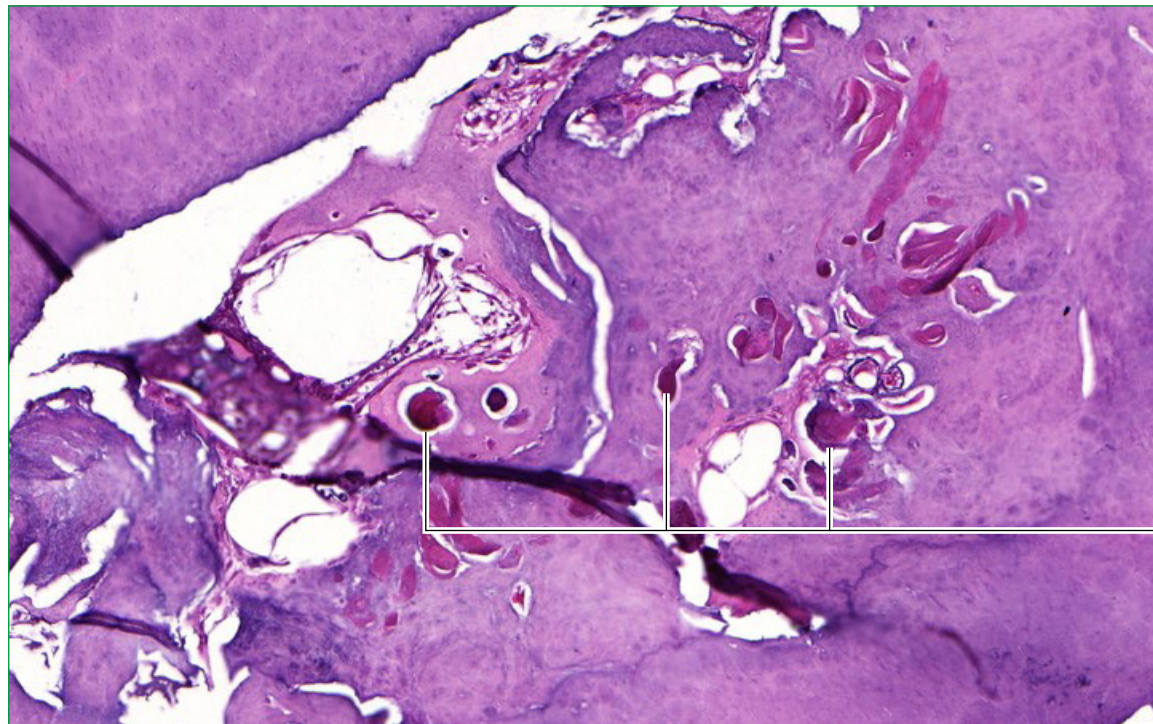
FONTE: autoria própria.

FIGURA 26.2 | Odontoma complexo



FONTE: autoria própria.

FIGURA 26.3 | Odontoma complexo



Células
fantasmas

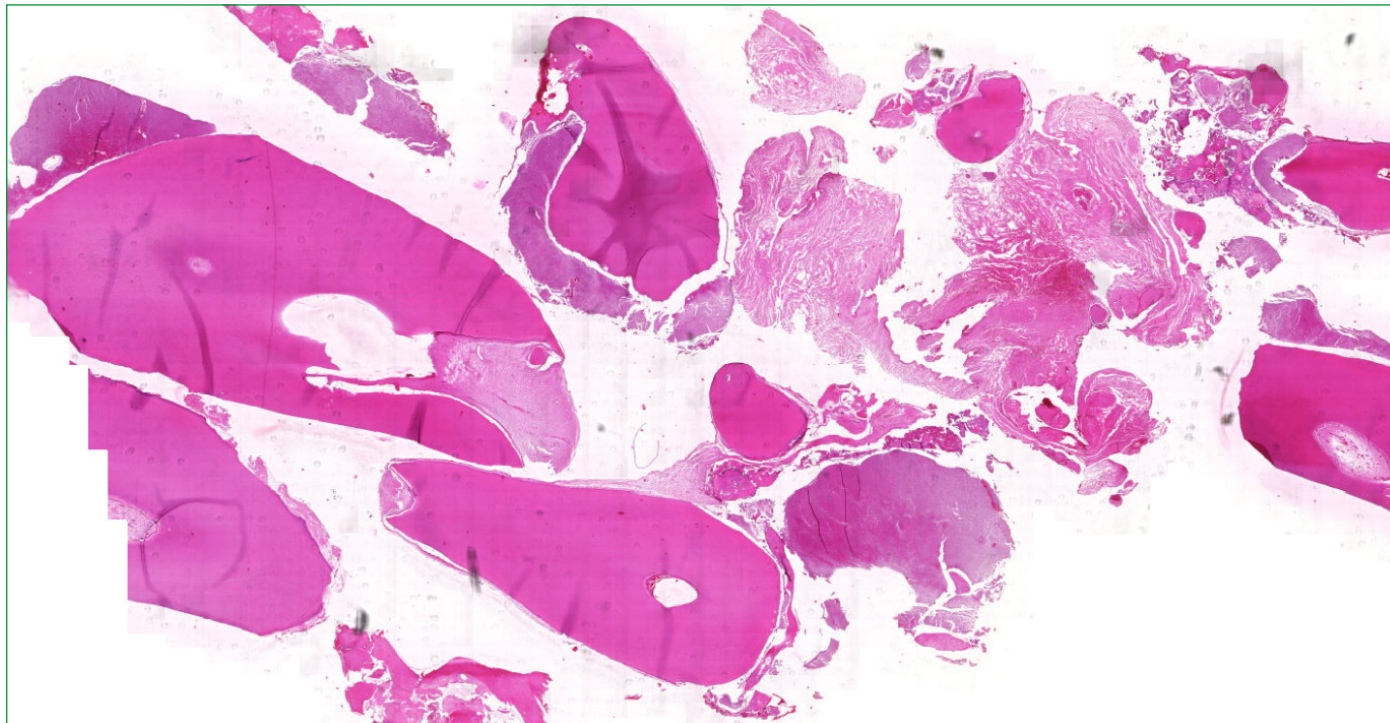
FONTE: autoria própria.

27.

Odontoma composto

Tecidos dentários bem diferenciados e organizados, formando estruturas semelhantes a dentes (dentículos). É comum na região anterior da maxila de pacientes jovens. Radiograficamente, se apresenta como múltiplas estruturas semelhantes a dentes, circundadas por um halo radiolúcido.

FIGURA 27.1 | Odontoma composto



Tecidos dentários bem diferenciados e organizados.

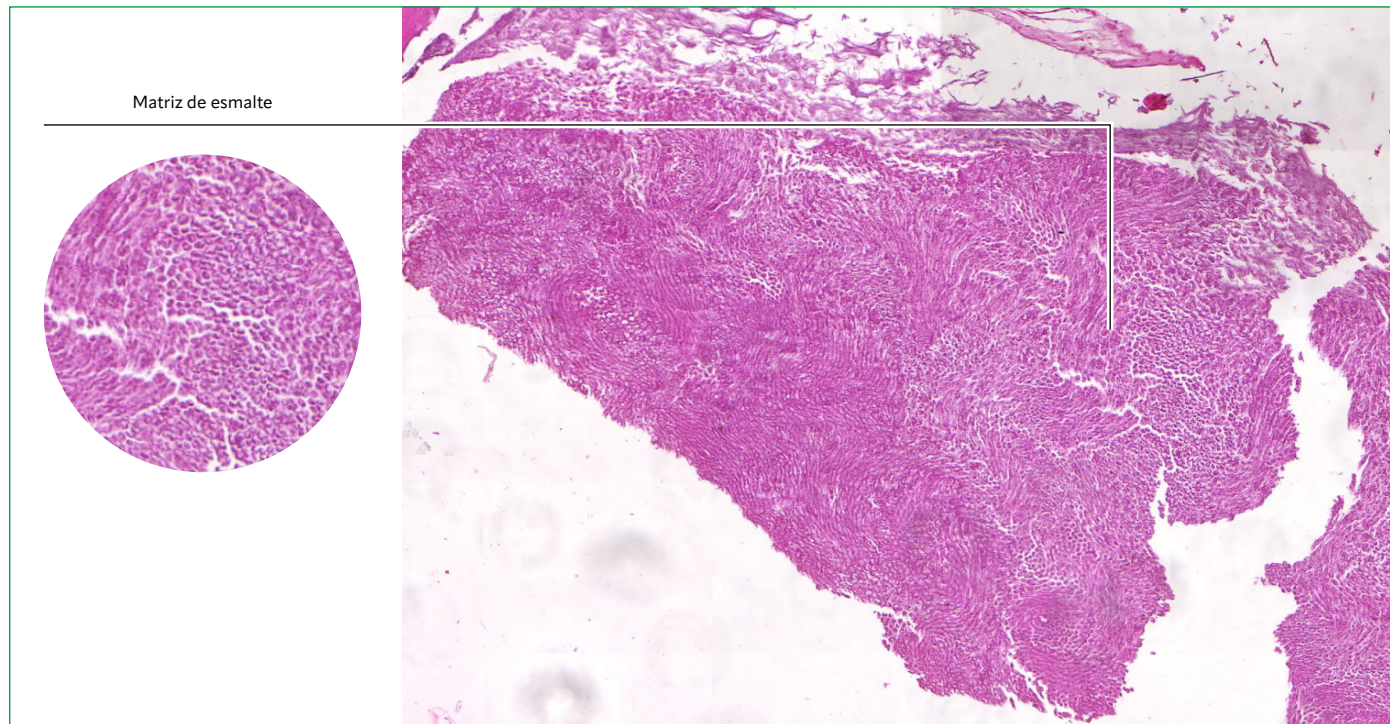
FONTE: autoria própria.

FIGURA 27.2 | Odontoma composto



FONTE: autoria própria.

FIGURA 27.3 | Odontoma composto



FONTE: autoria própria.

28.

Fibroma ameloblástico

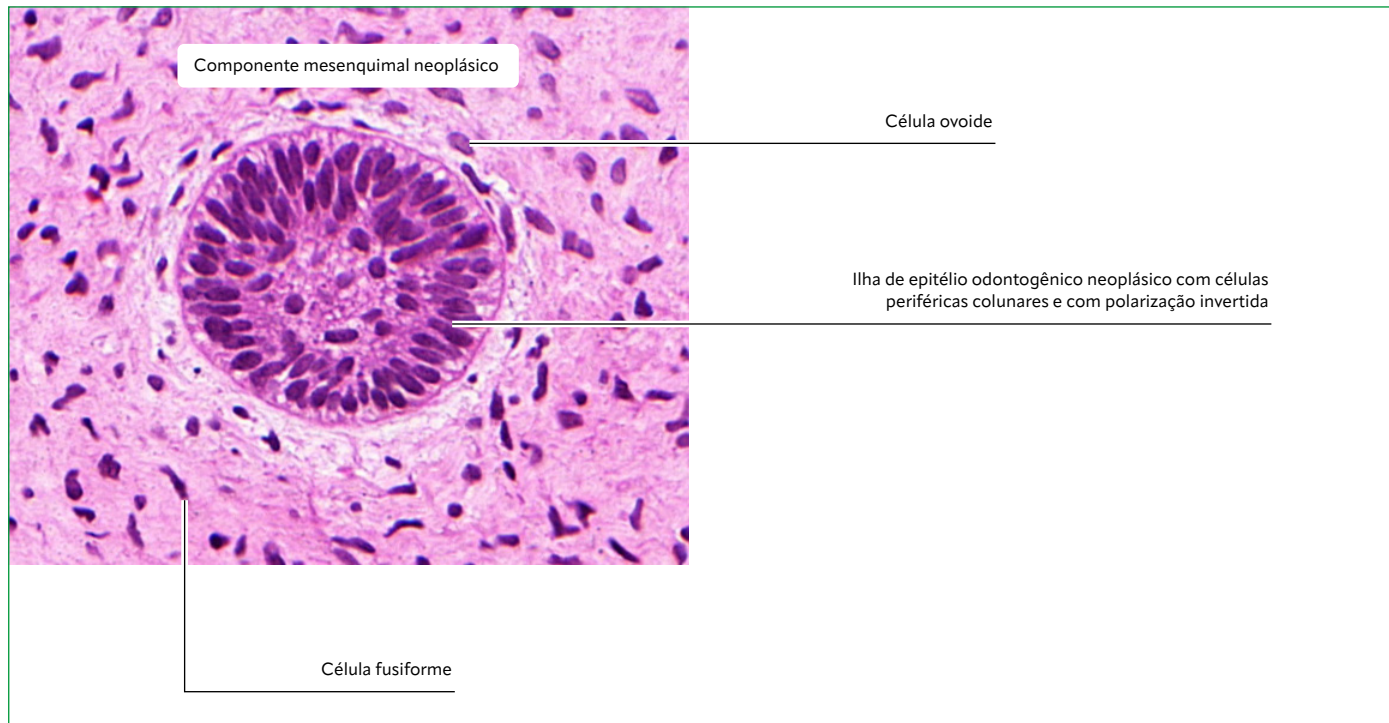
Tumor odontogênico benigno de origem mista, pois apresenta proliferação neoplásica tanto do tecido epitelial quanto do mesenquimal. Consiste em tecido mesenquimal com células ovóides e fusiformes volumosas em uma matriz frouxa, com epitélio odontogênico disposto em ilhas e cordões com duas camadas de células epiteliais. Acomete com maior frequência pacientes mais jovens, formando uma imagem radiolúcida uni ou multilocular na região posterior da mandíbula.

FIGURA 28.1 | Fibroma ameloblástico



FONTE: autoria própria.

FIGURA 28.2 | Fibroma ameloblástico



Além do componente epitelial, o componente mesenquimal do fibroma ameloblástico também é neoplásico, por isso é tumor odontogênico misto.

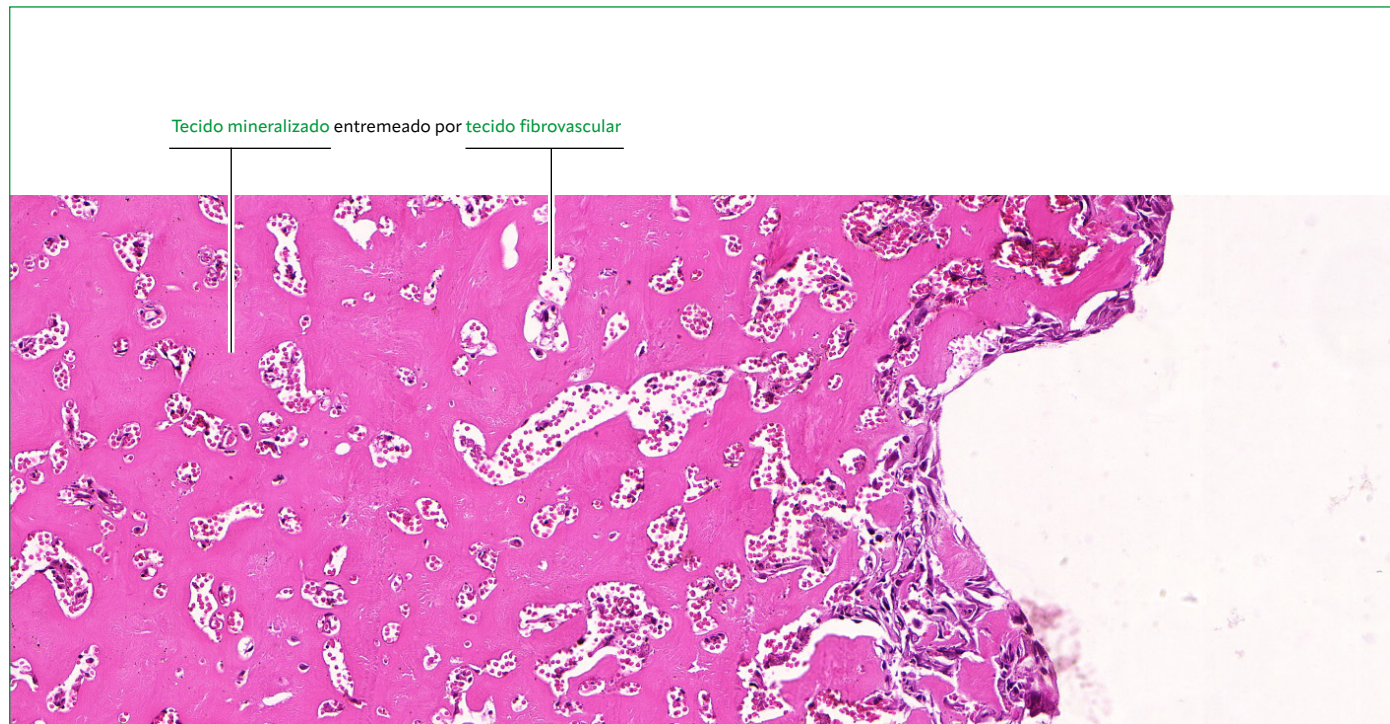
FONTE: autoria própria.

29.

Cementoblastoma

Neoplasia benigna de origem mesenquimal de origem nos cemento-blastos na qual o tumor apresenta-se fusionado à raiz de um dente. Mais frequente em crianças e adultos jovens, na região molares e pré-molares mandibulares. Radiograficamente, se apresenta como uma imagem radiopaca fundida a raiz de um ou mais dentes e circundado por um halo radiolúcido.

FIGURA 29.1 | Cementoblastoma



FONTE: autoria própria.

PARTE 8

Cistos odontogênicos

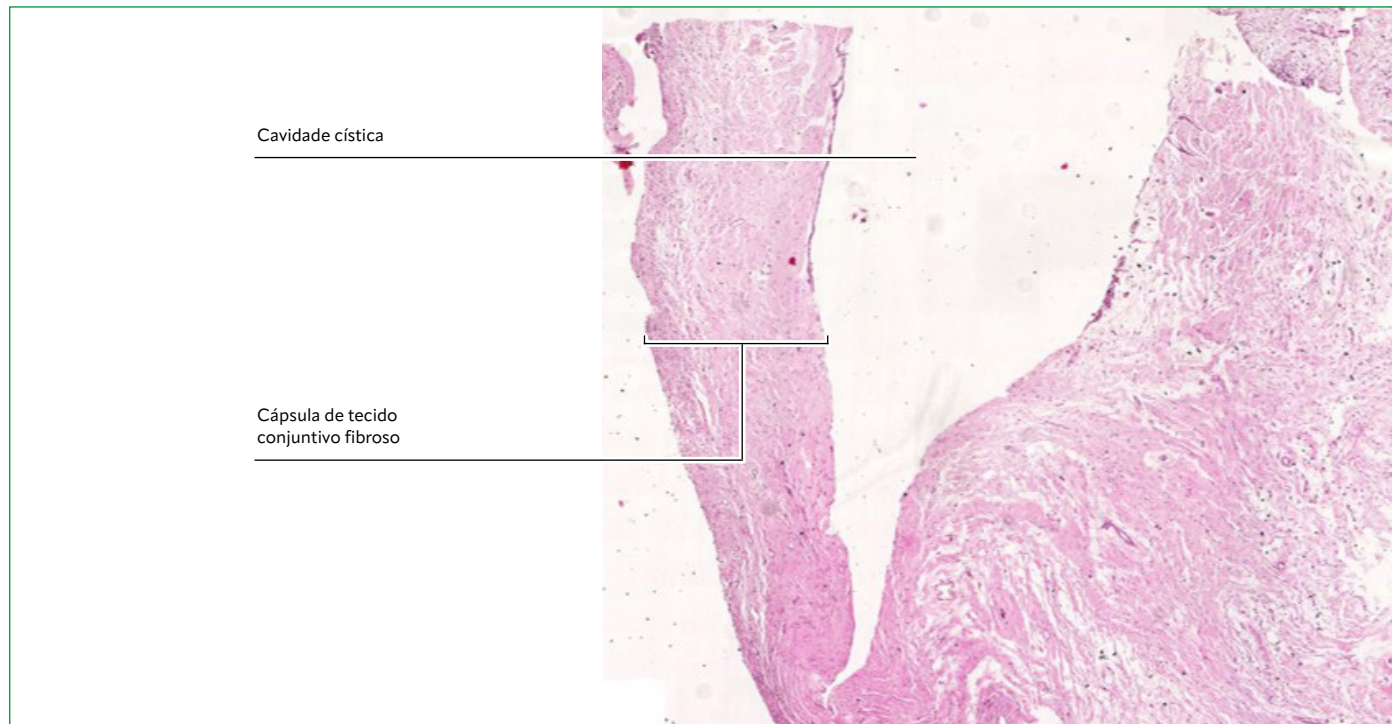
São cavidades patológicas revestidas por epitélio odontogênico, e formados a partir da degeneração cística de proliferações de remanescentes epiteliais odontogênicos. São classificados em inflamatórios ou do desenvolvimento, de acordo com sua origem.

30.

Cisto dentígero

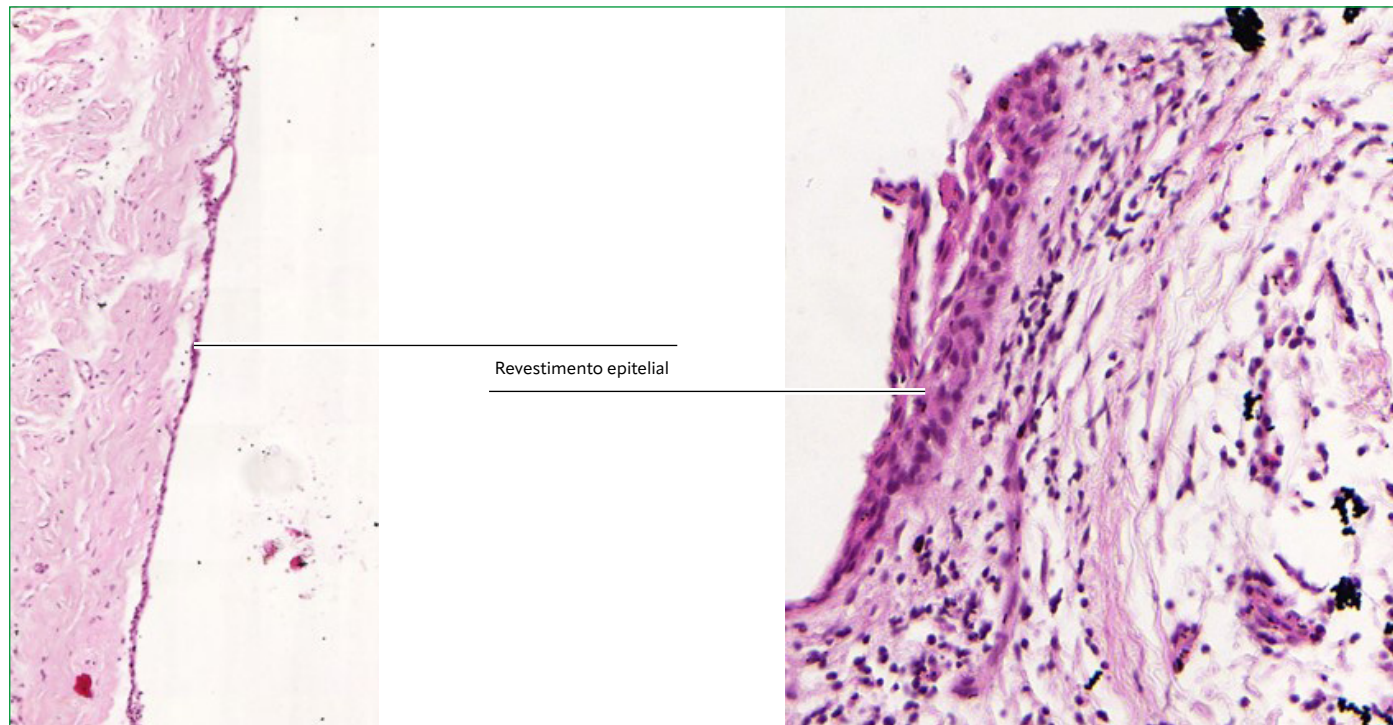
Cisto odontogênico formado a partir de acúmulo de fluido entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte e a coroa do dente. Lesão associada à coroa de um dente não erupcionado e conectado a ele pela junção amelocementária. É encontrado com maior frequência em pacientes jovens, formando uma imagem radiolúcida, unilocular, associada à coroa de um dente impactado na mandíbula, frequentemente o terceiro molar.

FIGURA 30.1 | Cisto dentígero



FONTE: autoria própria.

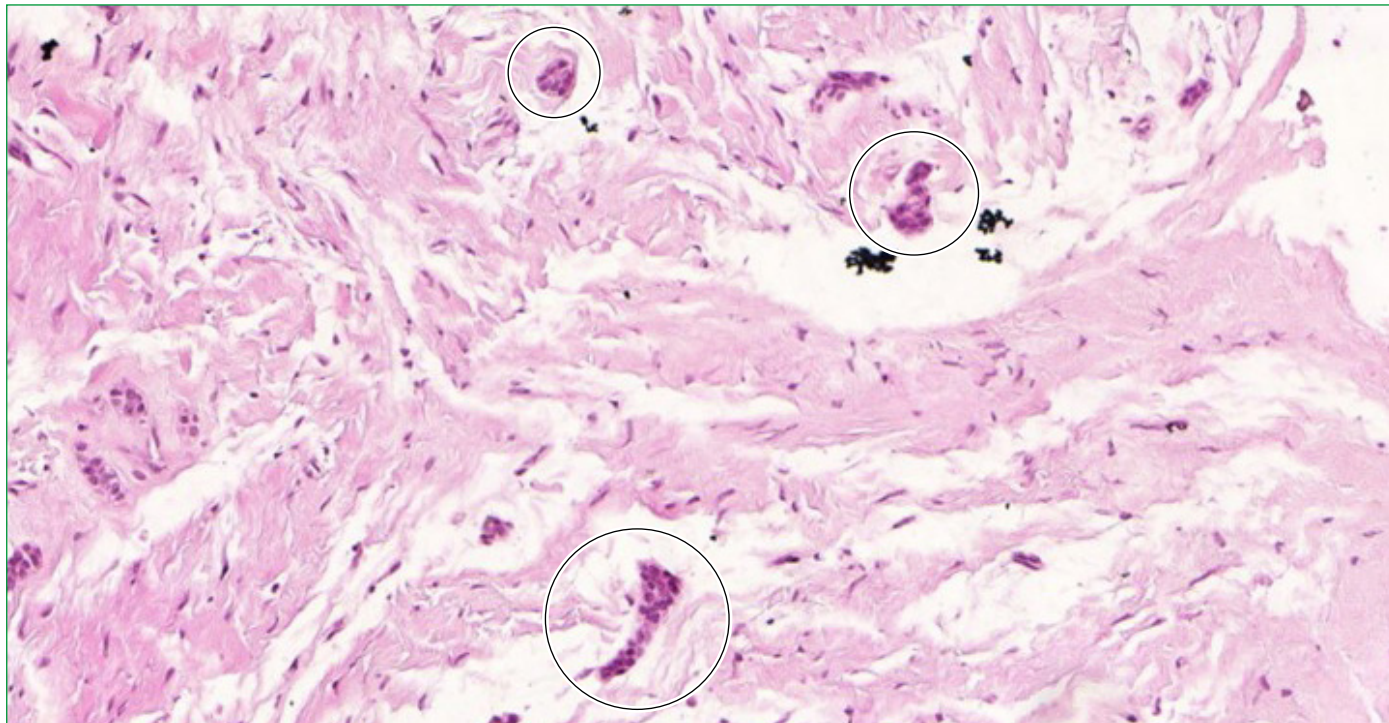
FIGURA 30.2 | Cisto dentígero



Interface epitélio-conjuntivo plana.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 30.3 | Cisto dentígero



Remanescentes de epitélio odontogênico.

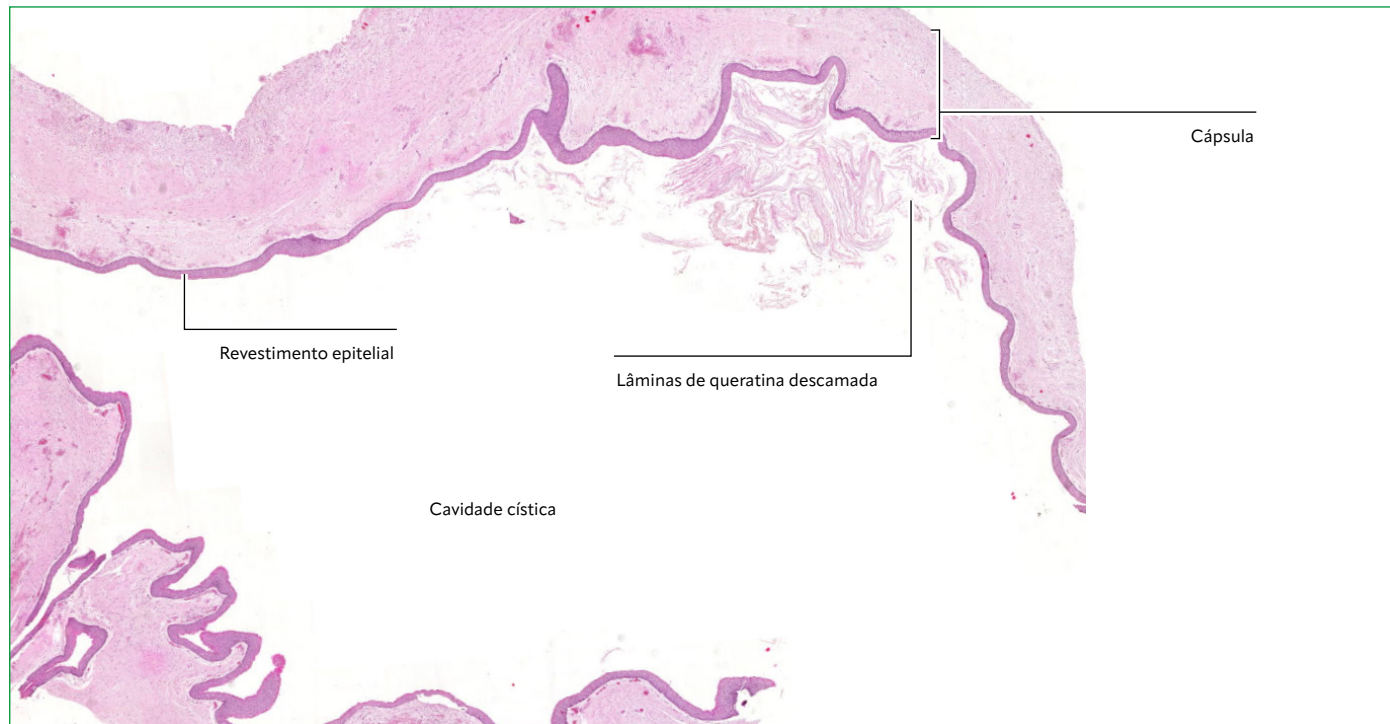
FONTE: autoria própria.

31.

Queratocisto odontogênico

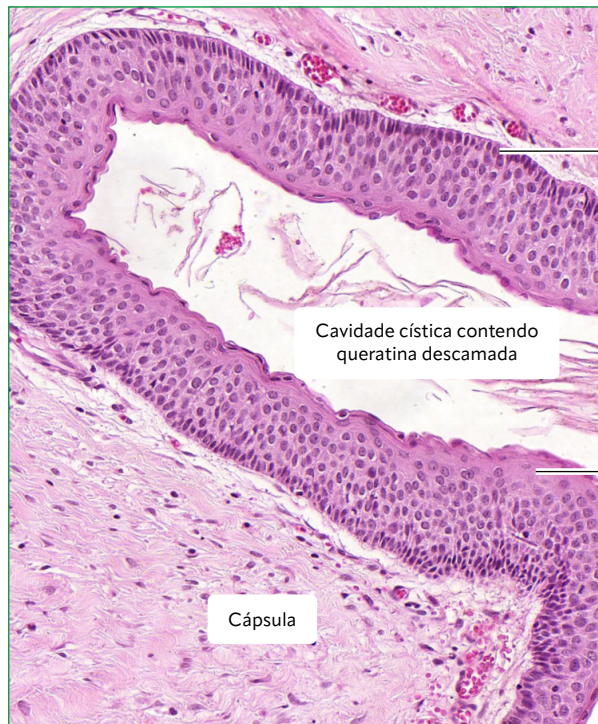
Lesão cística proveniente de remanescentes da lâmina dentária, com comportamento biológico distinto por reabsorver o osso acometido, envolvendo os espaços medulares. Por esse e outros motivos, é uma lesão com significativo potencial de recidiva. Acomete principalmente a região posterior da mandíbula de pacientes adultos, como uma imagem radiolúcida uni ou multilocular, com crescimento principalmente no sentido ântero-posterior. Múltiplos queratocistos podem estar associados à Síndrome de Gorlin.

FIGURA 31.1 | Queratocisto odontogênico



FONTE: autoria própria.

FIGURA 31.2 | Queratocisto odontogênico



Células basais dispostas em paliçada

Cavidade cística contendo
queratina descamada

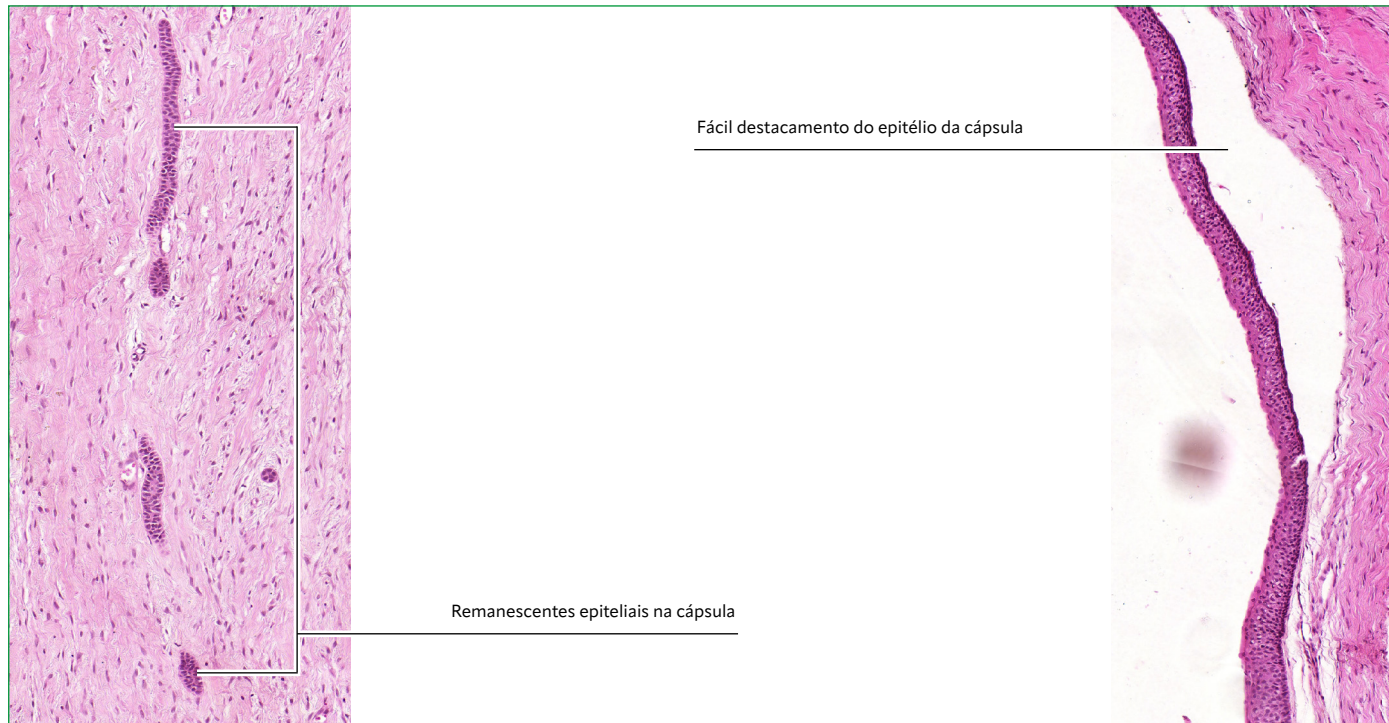
Epitélio estratificado pavimentoso
paraceratinizado com superfície corrugada

Cápsula

Epitélio paraqueratinizado e corrugado. Interface epitélio-conjuntivo plana e presença de ceratina interior da cavidade cística.
(Por a interface epitélio-conjuntivo ser plana, é comum que o epitélio se desgarre facilmente da cápsula.)

FONTE: autoria própria.

FIGURA 31.3 | Queratocisto odontogênico



São fatores morfológicos que estão relacionados ao potencial de recidiva do queratocisto odontogênico: fácil destacamento do epitélio da cápsula cística; formação de cistos-filhos ou satélites na cápsula; cápsula fina.

FONTE: autoria própria.

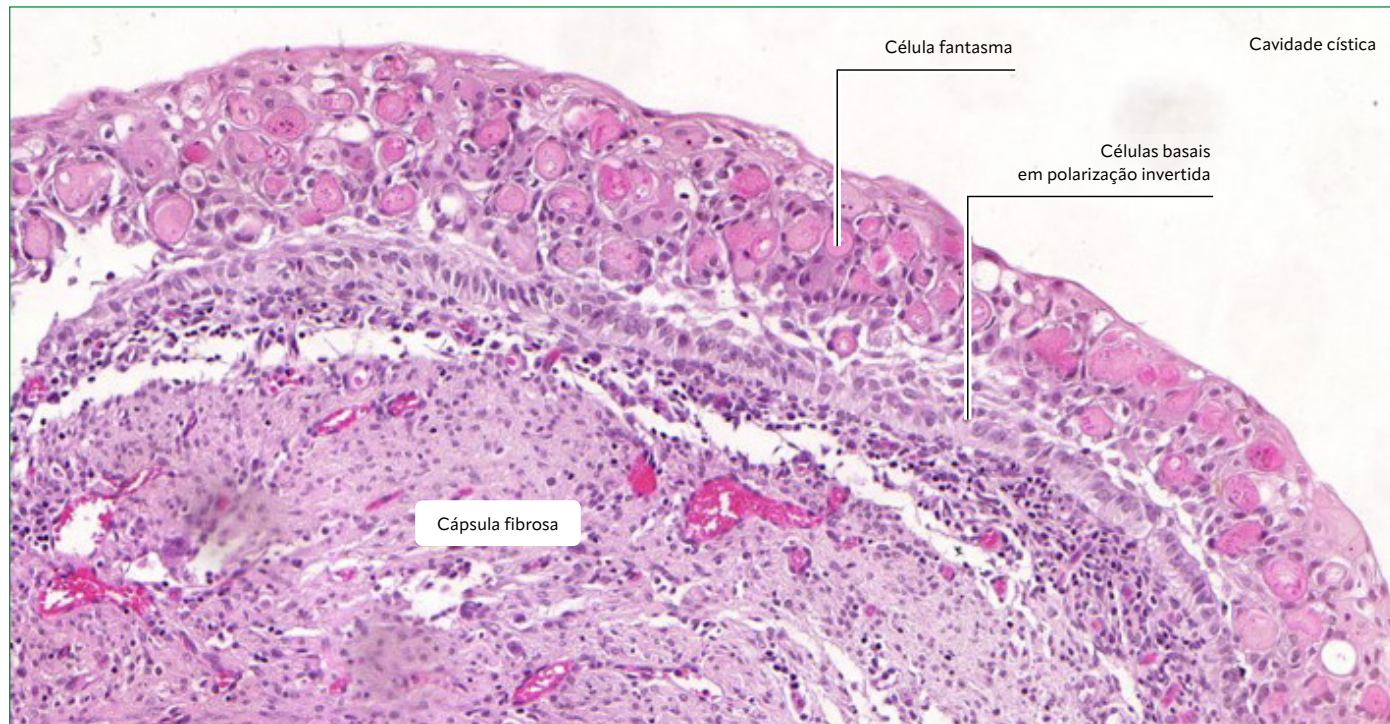
32.

Cisto odontogênico calcificante

Cisto odontogênico com revestimento epitelial composto de uma camada basal com células colunares em polarização invertida e as camadas mais superiores dispostas frouxamente. Células fantasmas anucleadas com citoplasma eosinofílico podem ser encontradas em permeio as camadas superiores do epitélio ou na cápsula.

É mais comum em pacientes adultos, geralmente na região de incisivos e caninos da maxila ou mandíbula, formando uma imagem radiolúcida podendo conter áreas radiopacas.

FIGURA 32.1 | Cisto odontogênico calcificante



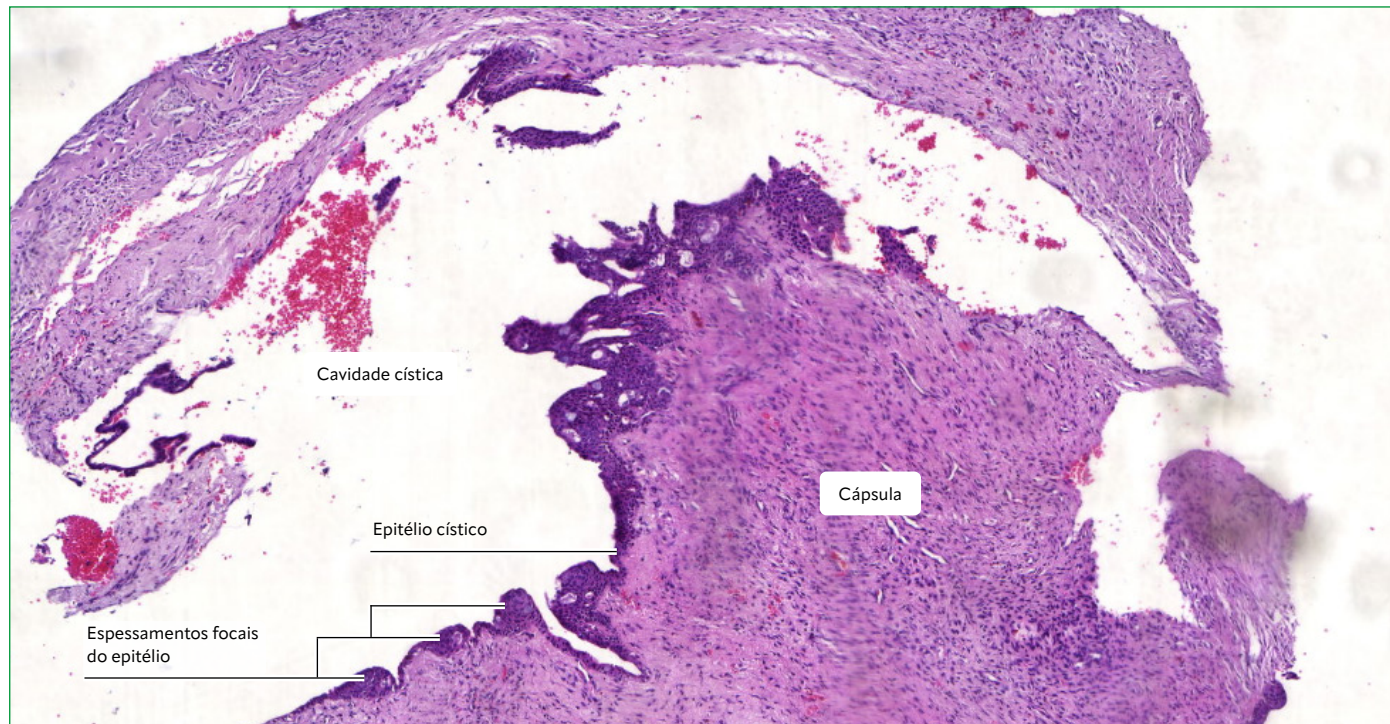
FORTE: autoria própria.

33.

Cisto odontogênico glandular

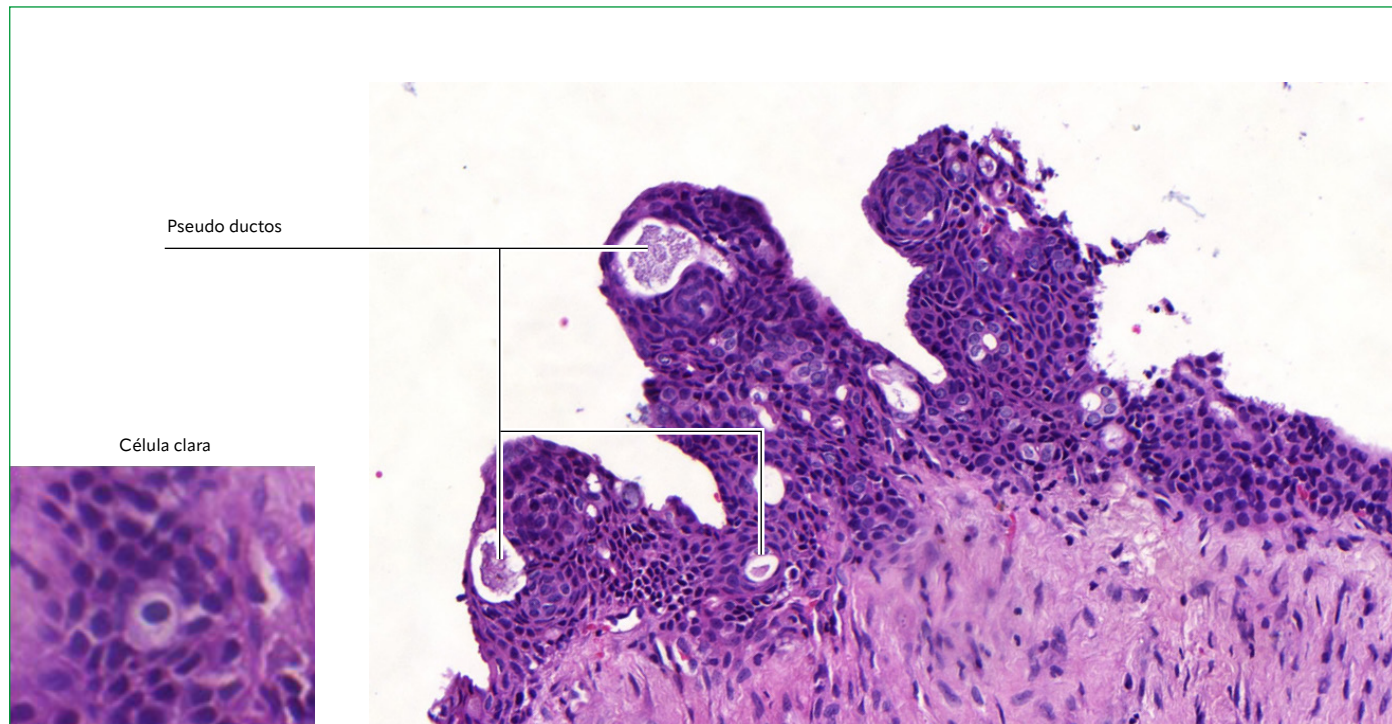
Cisto odontogênico raro e de comportamento agressivo. Revestido por epitélio pavimentoso não queratinizado, com variações de sua espessura, podendo apresentar áreas de espessamentos focais. Tende a acometer pacientes adultos de meia-idade, principalmente na região anterior da mandíbula.

FIGURA 33.1 | Cisto odontogênico glandular



FONTE: autoria própria.

FIGURA 33.2 | Cisto odontogênico glandular



FONTE: autoria própria.

PARTE 9

Doenças imunologicamente mediadas

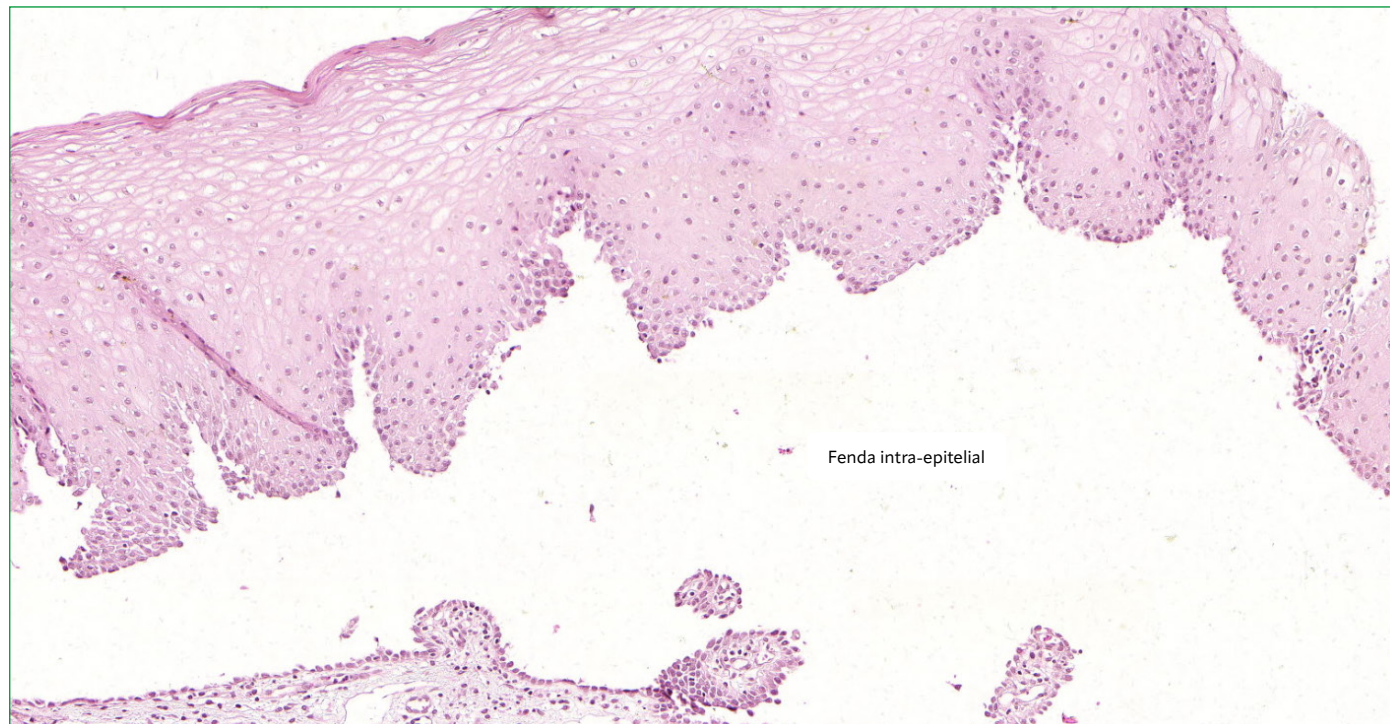
Causadas pela produção de anticorpos que são dirigidos contra componentes do aparato celular que mantém as células epiteliais aderidas umas às outras ou com o tecido conjuntivo subjacente.

34.

Pênfigo vulgar

Na mucosa oral, o pênfigo é caracterizado por uma produção anormal de autoanticorpos contra a desmogleína 3 dos desmossomos, a qual é encontrada em maiores proporções próximo à camada parabasal do epitélio bucal. Como os desmossomos são responsáveis pela aderência entre as células, quando atacados, forma-se uma fenda intra-epitelial acima da camada basal. Clinicamente, se apresentam como lesões vesicobolhosas ou ulceradas difusas na mucosa bucal, geralmente em pacientes mais velhos.

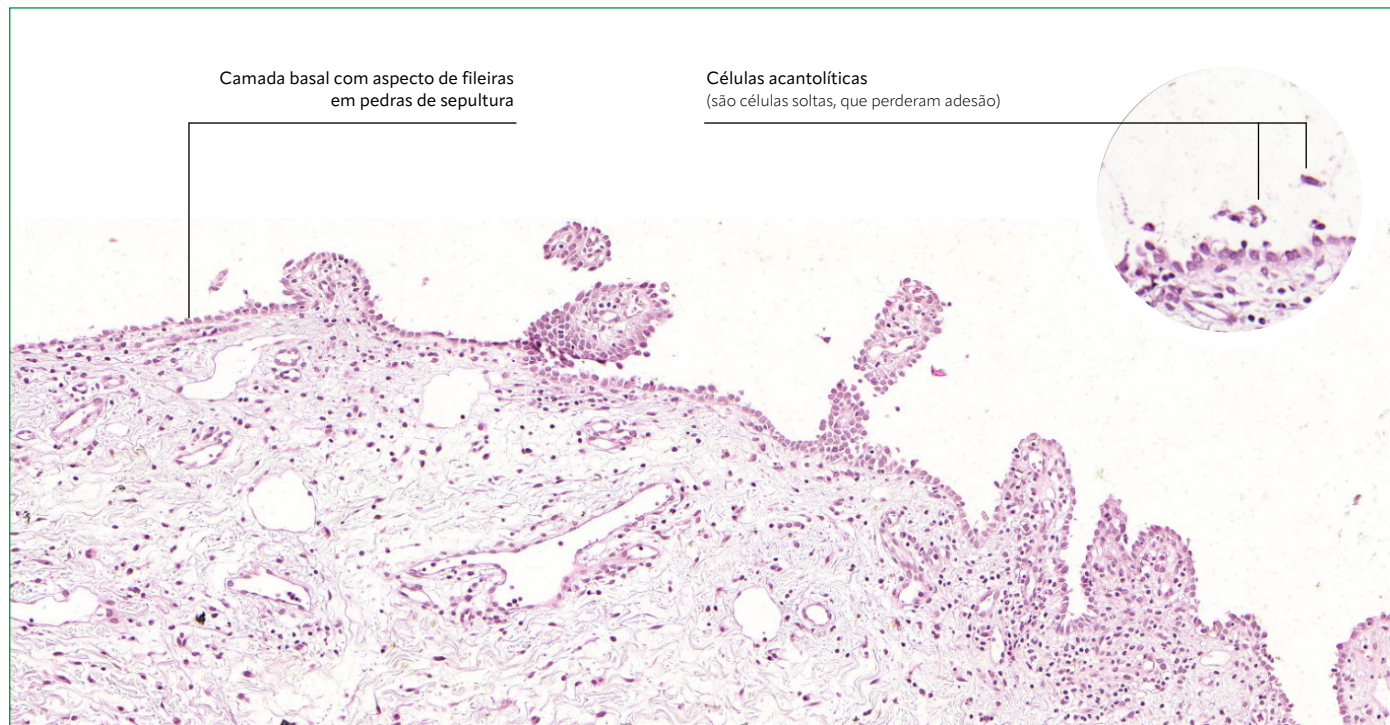
FIGURA 34.1 | Pênfigo vulgar



O epitélio pode descamar quase que totalmente, deixando apenas um remanescente da camada basal íntegra com aspecto de fileira de pedras de sepultura.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 34.2 | Pênfigo vulgar



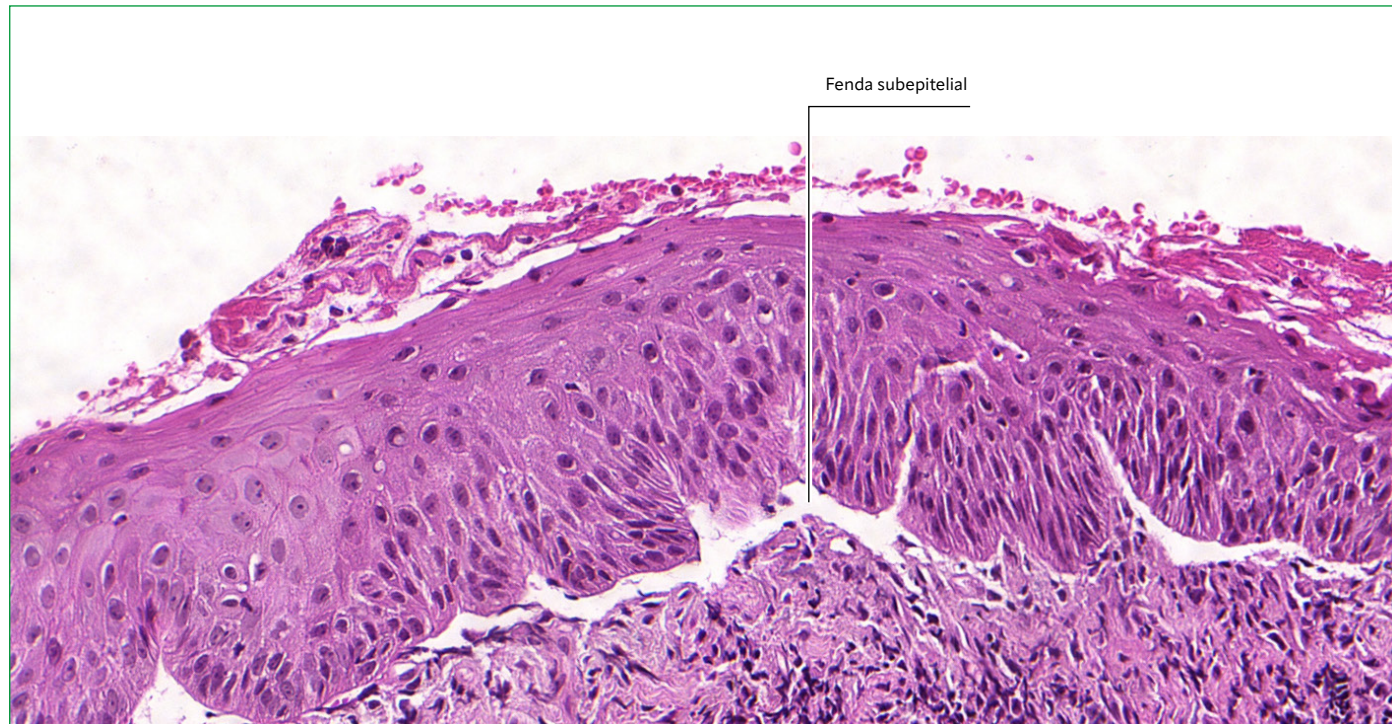
FONTE: autoria própria.

35.

Penfigoide das membranas mucosas

Autoanticorpos produzidos anormalmente são dirigidos a componentes da membrana basal, como os hemidesmossomos que são responsáveis pela adesão entre o epitélio e tecido conjuntivo, causando a formação de uma bolha subepitelial. Clinicamente, se apresentam como lesões vesicobolhosas ou ulceradas difusas na mucosa bucal, geralmente em pacientes de sexo feminino, de idade mais avançada.

FIGURA 35.1 | Penfigoide das membranas mucosas



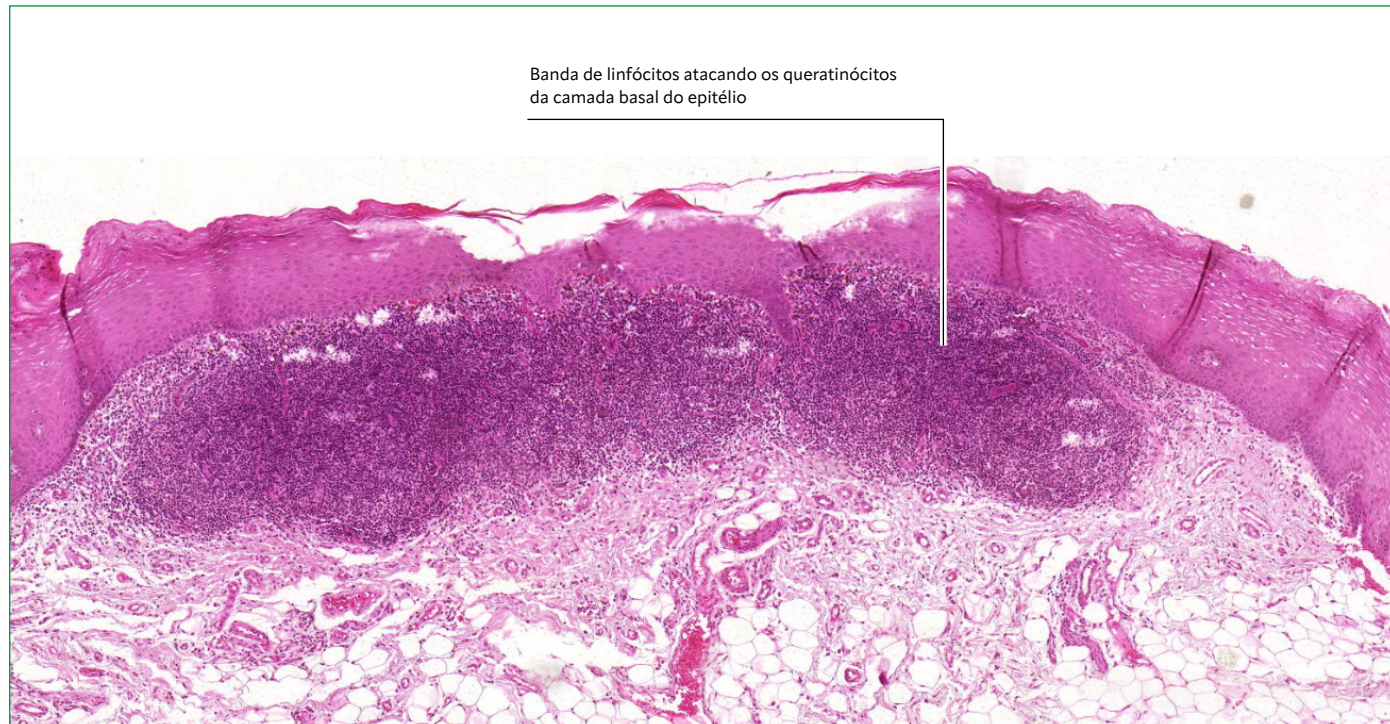
FONTE: autoria própria.

36.

Líquen plano oral

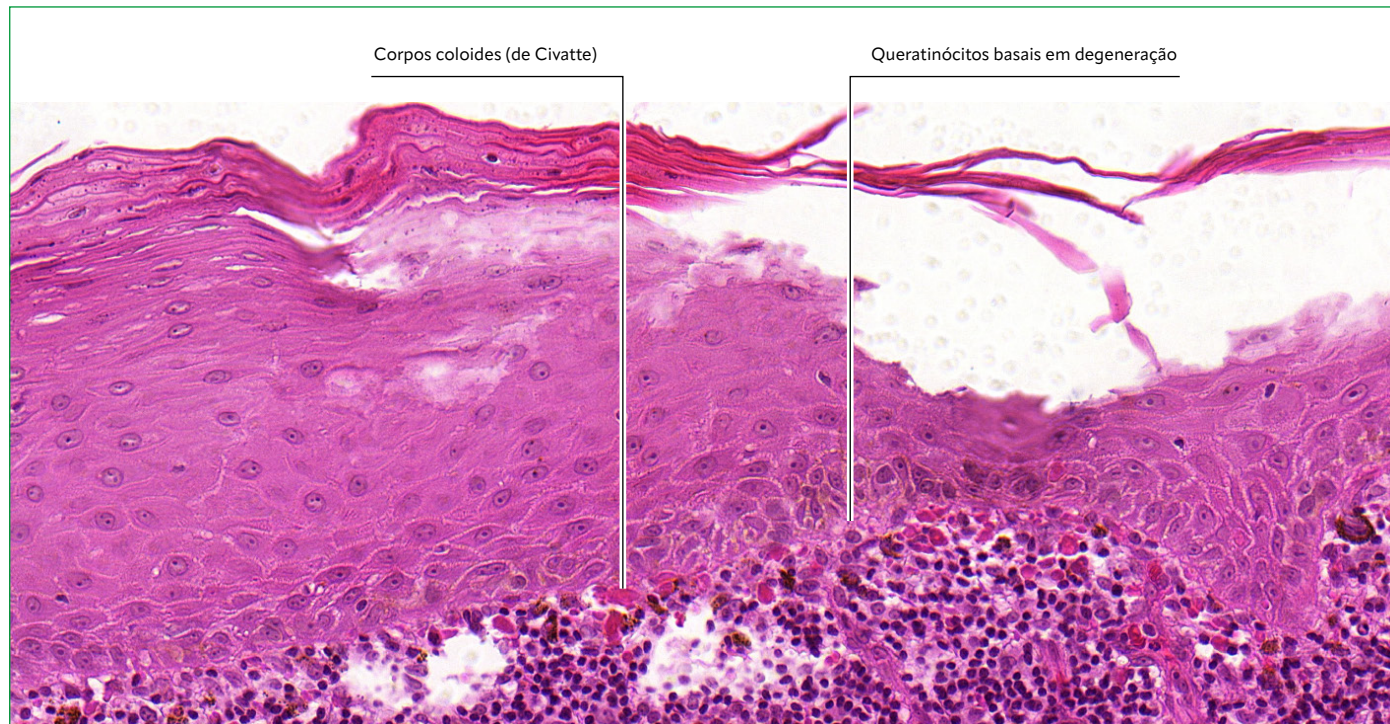
Condição na qual é produzida uma reação de ataque aos queratinócitos basais do epitélio. Sua causa ainda é incerta, mas acredita-se ter correlação com o estresse crônico. Aspecto clínico de rendilhado com Estrias de Wickham (reticular), ou ainda na forma de lesões erosivas. Geralmente afeta mulheres adultas.

FIGURA 36.1 | Líquen plano oral



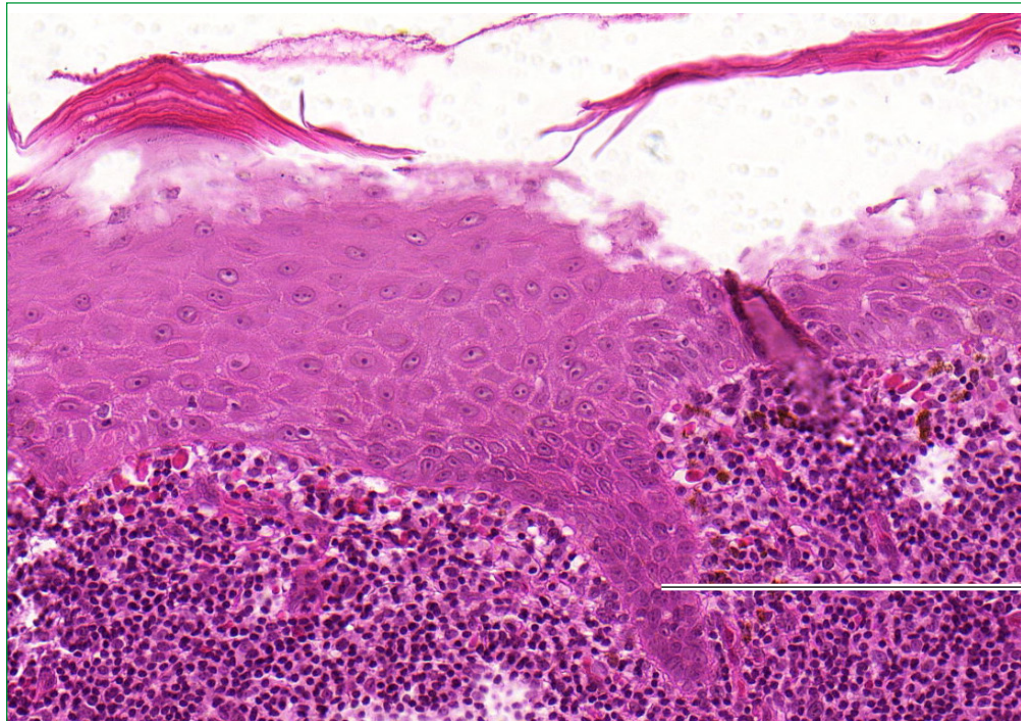
FONTE: autoria própria.

FIGURA 36.2 | Líquen plano oral



FONTE: autoria própria.

FIGURA 36.3 | Líquen plano oral



Cristas epiteliais com aspecto
de dentes em serra

FONTE: autoria própria.

PARTE 10

Neoplasias malignas

Caracterizam-se pela proliferação celular autônoma e possibilidade de causar metástases. No geral, possuem limites imprecisos, apresentam crescimento rápido e invasivo, podendo ser bem diferenciadas ou até anaplásicas.

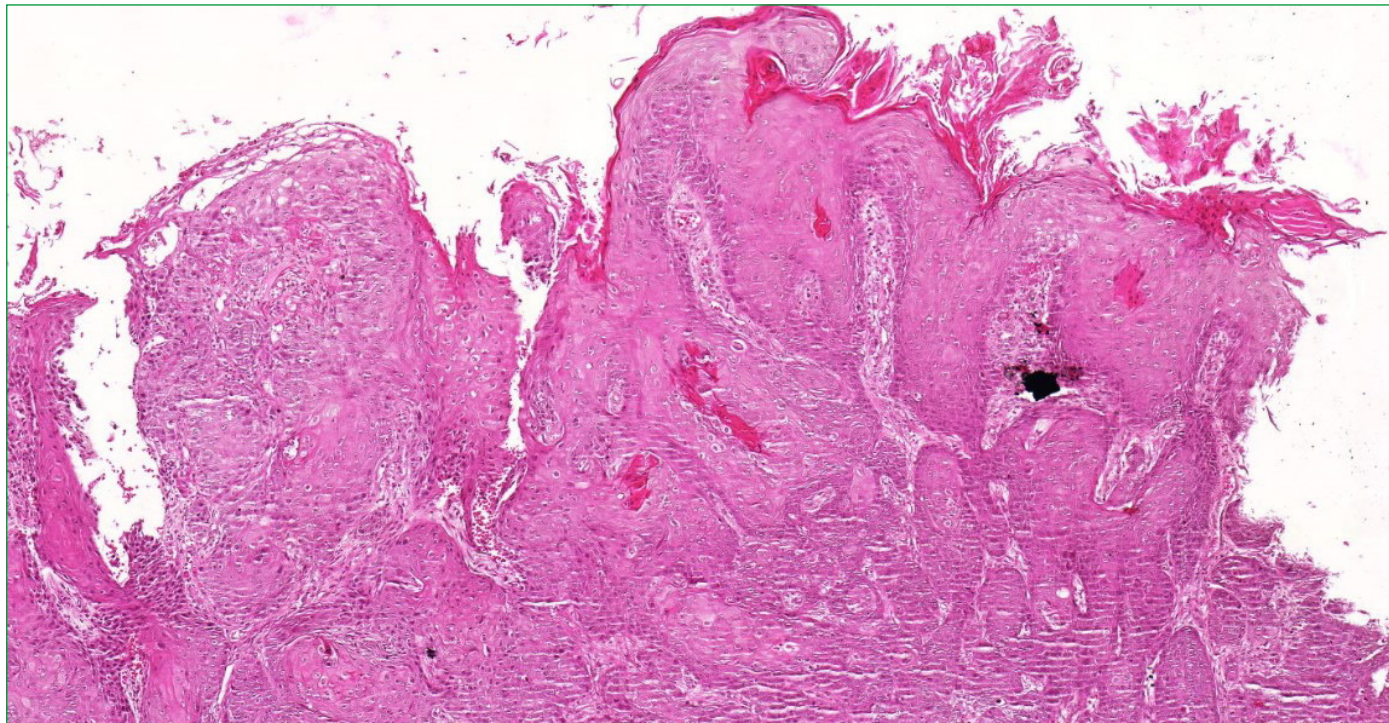
Na cavidade oral, o carcinoma epidermoide representa cerca de 95% dos casos de neoplasias malignas. O restante se distribui entre as neoplasias malignas de origem mesenquimal, de glândulas salivares e hematológicas, além das metástases para a cavidade oral.

37.

Carcinoma epidermoide

É a neoplasia maligna mais comum da boca. É uma doença multifatorial, mas apesar de haverem distintos perfis epidemiológicos, é mais prevalente em homens mais velhos, frequentemente etilistas e tabagistas. Acomete principalmente a língua, como uma lesão ulcerada de bordos elevados, indolor e que não cicatriza.

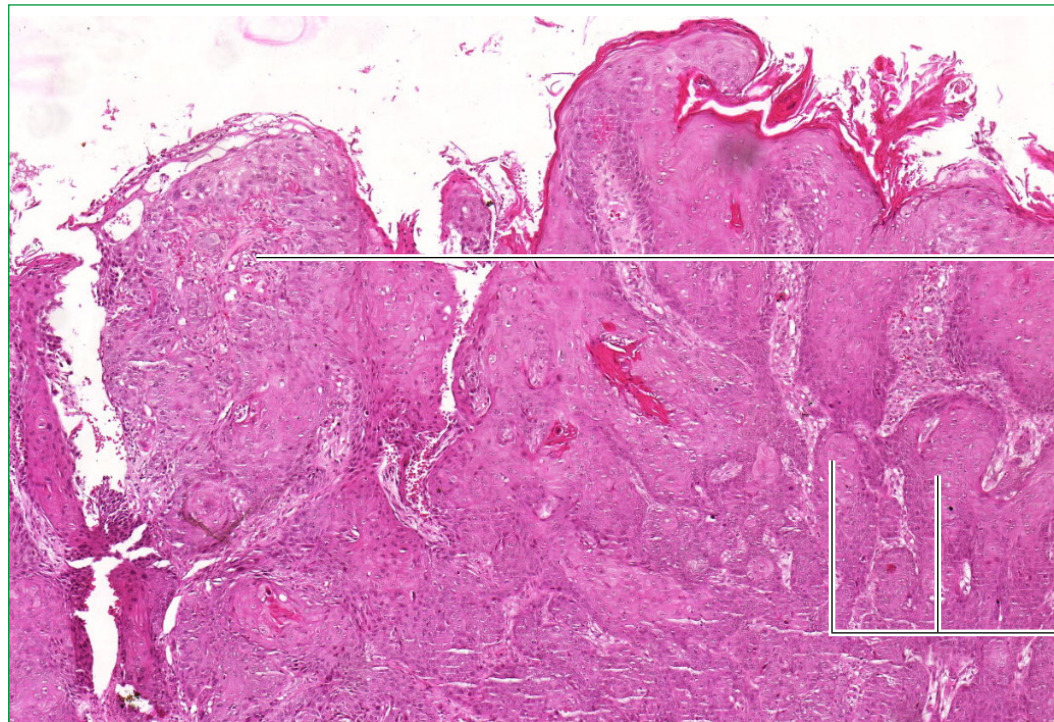
FIGURA 37.1 | Carcinoma epidermoide



Células neoplásicas malignas provenientes do epitélio de superfície que projetam no tecido conjuntivo subjacente na forma de ninhos e cordões. De acordo com a capacidade de produção de queratina, pode ser classificado em bem diferenciado, moderadamente diferenciado ou pouco diferenciado.

FONTE: autoria própria.

FIGURA 37.2 | Carcinoma epidermoide

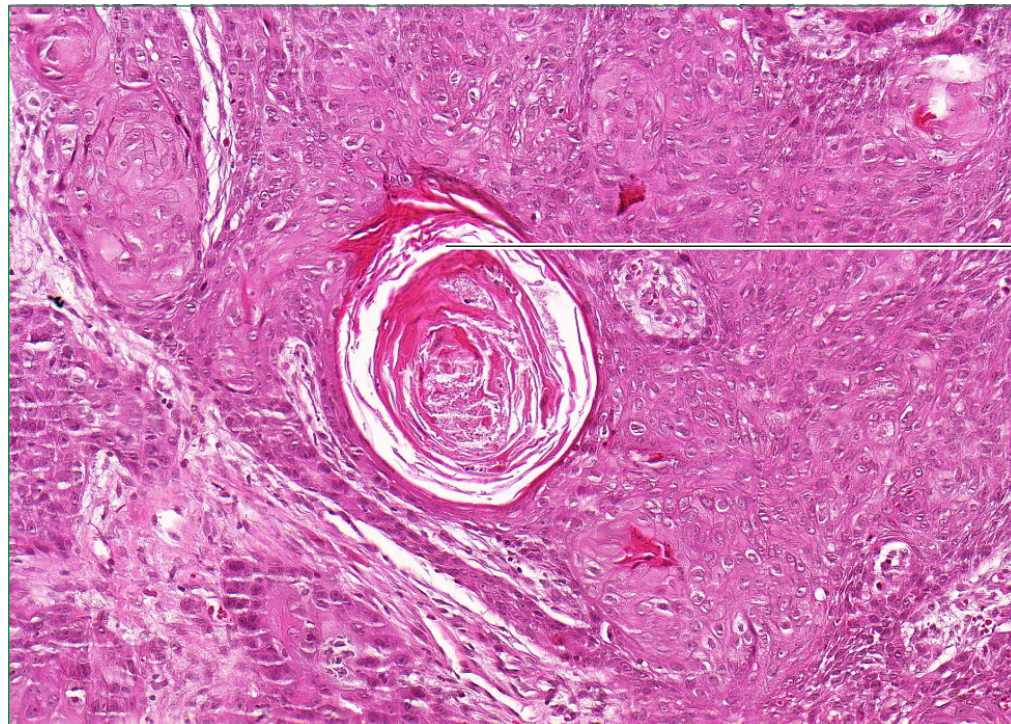


Uma região de descontinuidade do epitélio pela proliferação neoplásica confere o aspecto clínico ulcerado da maioria dessas lesões

A infiltração de células neoplásicas em direção ao tecido conjuntivo é a responsável pela característica clínica de endurecimento das bordas da lesão

FONTE: autoria própria.

FIGURA 37.3 | Carcinoma epidermoide



Pérolas de queratina
Produção de queratina fora
da superfície epitelial

Pleomorfismo nuclear e celular, figuras de mitose, hiperchromatismo, aumento da relação núcleo-citoplasma e outras características de malignidade podem ser encontradas.

FONTE: autoria própria.

Referências

- ALMEIDA, O. P. *Patologia oral*. São Paulo: Artes Médicas, 2016. Série Abeno.
- DE CASTRO, J. F. L. *Oncologia oral*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2001.
- EL-NAGGAR, A. K. *et al. WHO Classification of Head and Neck Tumours*. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC), 2022.
- NEVILLE, B. W. *et al. Patologia oral & maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- REGEZI, J.; SCIUBBA, J.; JORDAN, R. C. K. *Patologia oral: correlações clinicopatológicas*. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2008.
- REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; POGREL, M. A. *Atlas de patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Sobre as autoras e os autores

Hélen Kaline Farias Bezerra

Graduação em Odontologia (UFPE) e Mestra e doutoranda em Estomatopatologia (UNICAMP).

Danyel Elias da Cruz Perez

Graduação em Odontologia (UFU), Mestre e Doutor em Estomatopatologia (UNICAMP) e Professor Associado das disciplinas de Patologia Oral e Oncologia Oral (UFPE).

Elaine Judite de Amorim Carvalho

Graduação em Odontologia (UPE), Mestre em Patologia (UFPE), Doutora em Patologia Tumoral (Universidad de Salamanca), Professora Associada das disciplinas de Patologia Oral e Oncologia Oral (UFPE).

Jurema Freire Lisboa de Castro

Graduação em Odontologia (UFRN), Mestre em Patologia Oral (UFRN), Doutora em Estomatologia (UFPB), Professora Titular das disciplinas de Patologia Oral e Oncologia Oral (UFPE).

Título Atlas de histopatologia oral
Organização Hélen Kaline Farias Bezerra
Danyel Elias da Cruz Perez
Elaine Judite de Amorim Carvalho
Jurema Freire Lisboa de Castro

Formato E-book (PDF)
Tipografia Tisa Pro (texto), Apparat (títulos)
Desenvolvimento Editora UFPE



Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife-PE
CEP: 50740-530 | Fone: (81) 2126.8397
editora@ufpe.br | editora.ufpe.br



PROGRAD
PRÓ-REITORIA
DE GRADUAÇÃO