

JORDANIA CARDOSO VASCONCELOS

ISIS MARIANA BOMFIM OLIVEIRA

FIBROMA TRAUMÁTICO EM PACIENTE INFANTIL:
RELATO DE CASO

Aracaju

2022

JORDANIA CARDOSO VASCONCELOS
ISIS MARIANA BOMFIM OLIVEIRA

FIBROMA TRAUMÁTICO EM PACIENTE INFANTIL:
RELATO DE CASO

VANESSA DOS SANTOS VIANA, MSc.

Aracaju

2022

JORDANIA CARDOSO VASCONCELOS
ISIS MARIANA BOMFIM OLIVEIRA

FIBROMA TRAUMÁTICO EM PACIENTE INFANTIL: RELATO DE CASO

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Professora Orientadora: Vanessa dos Santos Viana, MSc.

1° Examinador: _____

2° Examinador: _____

Fibroma traumático em paciente infantil: relato de caso

Jordania Cardoso Vasconcelos, Isis Mariana Bomfim Oliveira,
Vanessa dos Santos Viana ^b

^(a) *Graduandas em Odontologia – Universidade Tiradentes;* ^(b) *MSc. Professora Adjunta do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.*

RESUMO

O fibroma traumático é a lesão tumoral mais frequente na cavidade oral, de natureza benigna que surge devido geralmente a traumas de repetição. Geralmente apresenta-se como uma superfície indolor, redonda ou ovóide, sésil ou pedunculada, lisa, rósea. Apresenta-se mais comumente na mucosa bucal ao longo da linha de mordida, podendo causar problemas funcionais, estéticos e até mesmo psicológicos na vida dos pacientes afetados. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente de 3 anos de idade portadora de fibroma traumático há cerca de 2 anos e meio, com sua evolução e tratamento cirúrgico. Mesmo sendo uma lesão de fácil resolução através da remoção cirúrgica, pode ser confundida com outros tipos de patologias bucais, sendo fundamental o conhecimento e prática criteriosa das fases diagnóstica e terapêutica. Assim, os pais ou responsáveis devem ser orientados em relação aos cuidados em casos de traumatismos ou surgimento de tumorações na cavidade oral, para manter o estado de saúde bucal da criança até a vida adulta.

PALAVRAS-CHAVE: Hiperplasia fibrosa, Fibroma em criança, Trauma gengival, Odontopediatria.

ABSTRACT

Tumor fibroma traumatic is more frequent in the oral cavity, due to the benign nature that arises with repeated trauma. appears as a painless, round or ovoid, sessile or pedunculated, smooth, pink surface. Long-standing more aesthetic of animals, and can even cause functional, aesthetic and even human line problems. The objective of the present work is related to the clinical case of a 3-year-old patient with traumatic fibroma for about 2 and a half years, with its evolution and surgical treatment. Even though it is an easy-to-resolve lesion through mobile devices, it can be confused with other types of oral pathologies, and knowledge and careful practice of the diagnostic and therapeutic phases are essential. Parents or responsible children should be oriented regarding care in health cases, or keeping the tumor in oral health, as well as maintaining the state of oral health in adult life.

KEYWORD: Fibrous hyperplasia, Fibroma in children, Gingival trauma, Pediatric dentistry.

1. INTRODUÇÃO

1.1 FIBROMA TRAUMÁTICO

Entre as lesões da cavidade oral, o fibroma traumático é a lesão tumoral mais frequente. É uma lesão exofítica benigna comum, reativa de tecidos moles orais que se desenvolve devido a uma lesão. Composta por tecido fibroso ou conjuntivo causado por irritantes traumáticos como cálculos, corpos estranhos, mordidas crônicas, restauração de margens salientes, espículas pontiagudas de ossos e sobre bordas estendidas de aparelhos. Também tem sido associado a práticas orais, como piercings na língua, causas dessas lesões hiperplásicas reativas (PERALES *et al.*, 2017; BAKHTIARI *et al.*, 2015; SINGH *et al.*, 2004).

Foi relatado pela primeira vez em 1846 como pólipos fibrosos e pólipo. O fibroma de irritação tem sido chamado de alguns termos diferentes como fibroma traumático, fibroma periférico, nódulo fibroso, pólipo fibroepitelial, hiperplasia fibrosa focal e hiperplasia fibrosa inflamatória, podendo crescer em todos os órgãos oriundos do tecido mesenquimal (BAKHTIARI *et al.*, 2015).

O diagnóstico diferencial inclui neurofibroma e tumores mesenquimais de partes moles. As recorrências são raras e podem ser causadas por traumas repetitivos. Os fibromas traumáticos não apresentam risco de malignidade (PERALES *et al.*, 2017).

As características histopatológicas desta lesão consistem em hiperplasia do tecido conjuntivo fibroso recoberto por epitélio escamoso estratificado, tecido conjuntivo geralmente colagenizado e denso ou até mais frouxo em alguns casos. A disposição dos feixes de colágeno é circular, radiante ou aleatória. Diferentes entidades histológicas de fibroma de irritação podem ser devidas ao tecido conjuntivo que responde a várias intensidades de irritação (BAKHTIARI *et al.*, 2015).

A hiperplasia é um processo autolimitado ao contrário da neoplasia e as células hiperplásicas às vezes apresentam regressão após a remoção do estímulo. O tecido neoplásico às vezes se assemelha ao tecido hiperplásico que não regride; portanto, pode-se dizer que a neoplasia também pode ocorrer por irritação crônica (SHAFER, HINE e LEVY, 2009).

O termo hiperplasia fibrosa inflamatória é usado para descrever histologicamente e representa tecido inflamatório fibroso e tecido de granulação. Também não apresenta malignidade e recorrência se excisão cirúrgica e remoção da fonte de irritação (BAKHTIARI *et al.*, 2015).

Geralmente o fibroma apresenta-se como uma superfície indolor, redonda ou ovoide, séssil ou pedunculada (em alguns casos), lisa, rósea semelhante à mucosa circundante e de consistência emborrachada a firme devido ao seu conteúdo de colágeno, acumulado ao longo de um período de meses ou anos. Além disso, ocorre comumente na região anterior da maxila, mais precisamente na região papilar interdental. Na raça negra, pode apresentar pigmentação marrom a cinza. O fibroma pode ser visto em qualquer superfície da cavidade oral. O local mais comum é a mucosa bucal ao longo da linha de mordida (JAIN *et al.*, 2017; SINGH *et al.*, 2012; HALIM, POHCHI e EE YI, 2010).

O sítio intraoral mais comum é ao longo da linha oclusal da mucosa bucal – área sujeita a trauma mastigatório – mas também acomete lábio inferior, língua, palato duro e rebordo alveolar edêntulo. Normalmente mede-se menos de 1,5 cm de diâmetro; porém em casos raros tem mais de 3 cm de diâmetro. O fibroma é geralmente visto na quarta a sexta décadas de vida com predominância do sexo feminino (SANTANA *et al.*, 2014; BAKHTIARI *et al.*, 2015).

Poucos estudos relataram de forma abrangente a incidência de lesões de tecidos moles orais em crianças. Um relatório de 15 anos sobre lesões orais pediátricas em uma instituição na Tailândia mostrou que as lesões mais frequentemente encontradas foram cisto dentífero, mucocele, granuloma piogênico, ameloblastoma, cisto radicular, odontoma, ceratocisto odontogênico, fibroma de

irritação, displasia fibrosa e osteomielite sem estatística diferença na ocorrência entre os sexos (DHANUTHAI, BANRAI e LIMPANAPUTTAJAK, 2007).

Estudos institucionais de curto prazo não mostraram incidência de mucocele ou fibroma de irritação na faixa etária de 2-20 anos, com relato que 0,38 % de diagnósticos histológicos de fibroma de irritação em um número total de 260 casos. Em um relato de estudo clínico de 5 anos mostrou diagnóstico de mucocele em 28,6% em paciente <20 anos de idade e uma história de trauma na forma de mordedura de lábio foi frequentemente relatada (MATHEW, *et al.*, 2008; RANGEETH, MOSES e REDDY, 2010).

Quando há necessidade de tratamento, a excisão cirúrgica com margem estreita é a escolha. A recorrência é rara, mas pode acontecer quando a fonte de irritação não elimina ou a excisão não elimina completamente. O prognóstico dessas lesões é bom em geral. A remoção cirúrgica do fibroma de irritação é um dos procedimentos mais comuns na área de cirurgia bucomaxilofacial (HALIM, POHCHI e EE YI, 2010; HARSHAVARDHANA, RATH e MUKHERJEE, 2012).

Os diferentes tratamentos usados para lesões de tecidos moles incluem a excisão com bisturi, cirurgia elétrica e cirurgia a laser. Em procedimentos cirúrgicos com alta vascularização, a coagulação tecidual é realizada com laser de diodo. Os lasers de diodo têm um comprimento de onda entre 805 e 980nm e podem ser usados para tratar uma variedade de lesões de tecidos moles orais, como tumores, hiperplasia gengival e hemangiomas. Entre suas vantagens estão: a sutura após a cirurgia geralmente não é necessária, os pacientes podem ser protegidos de infecções de alto risco e há menos dor pós-operatória em comparação com os procedimentos tradicionais; também os lasers podem induzir a supressão da atividade da bradicinina (TROST e KAISER, 2015; PERALES *et al.*, 2017).

2. Relato de caso

Paciente J.S.A, gênero feminino, 3 anos de idade, ASA I, melanoderma, compareceu a clínica odontológica de odontopediatria da Universidade Tiradentes, acompanhada dos genitores para avaliação clínica de sua saúde bucal, com queixa principal de que “o dente da minha filha está fora do lugar e algo está crescendo empurrando os dentes da frente” (S.I.C).

A genitora percebeu aumento de volume gengival em região da unidade 61 desde os 7 meses de idade, iniciado com lesão pequena, de crescimento gradual, não interferindo na erupção desta unidade. Genitora refere não recordar de trauma em região.

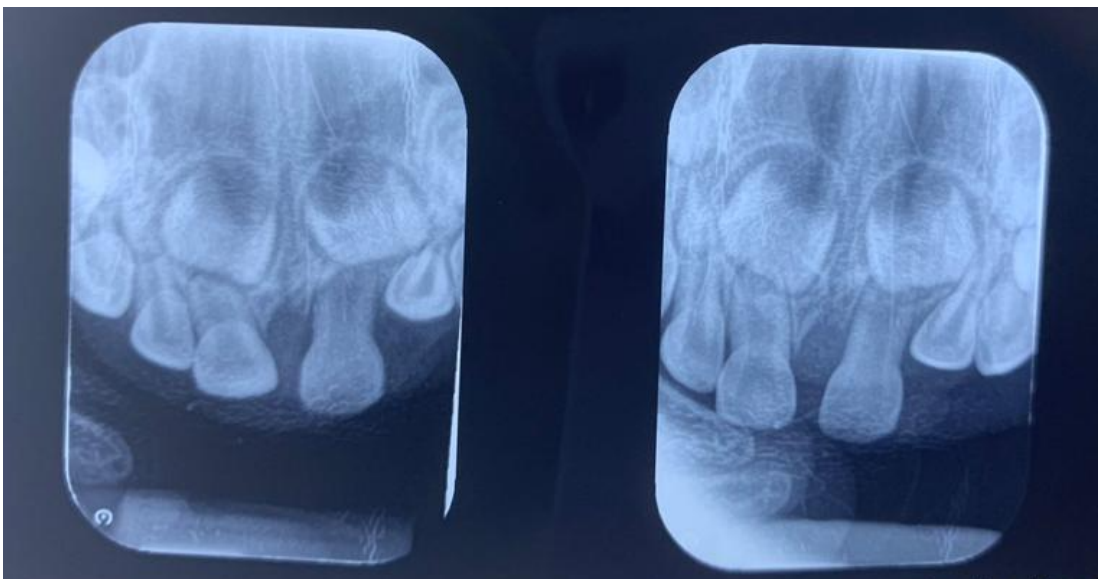
Durante o exame intraoral, observou-se a presença de uma lesão nodular endurecida em região anterior de maxila, acometendo a UD 61, com vestibularização desta (figura 1) e com sintomatologia dolorosa.

Ao realizar exames radiográficos, constatou-se o rompimento da cripta dental do permanente UD 21, com lesão envolvendo somente tecido mole. Em relação as outras unidades dentárias, observou-se radiograficamente que houve deslocamento das unidades: 51,52,61 e 62 (figura 2). Nas demais unidades não se observou nenhuma anormalidade radiograficamente.

No caso clínico em tela, a mãe da criança não negligenciou a sua saúde bucal de sua filha. Desde o aparecimento da lesão, aos 7 meses de idade, procurou unidade básica de saúde, atenção primária, sendo informada que não havia odontopediatra, foi encaminhada para outras unidades, sem conseguir tratamento efetivo durante 2 anos. Por fim, foi encaminhada ao Hospital Universitário de Sergipe, sendo que o serviço de odontopediatria estava suspenso devido à pandemia do COVID-19. Este serviço a encaminhou para a UNIT, estágio infantil II. Após avaliação clinico-radiológica, aventou-se a hipótese diagnóstica de fibroma traumático, com indicação de biópsia excisional.



**Figura 1. Lesão nodular exofítica, com vestibularização da UD 61.
Fonte: caso clínico pesquisado.**



**Figura 2. Radiografia periapical mostrando lesão em tecido mole, com deslocamento de UD's.
Fonte: caso clínico pesquisado.**

Durante o atendimento clínico, a criança apresentou comportamento não cooperativo. Foram utilizadas técnicas de manejo psicológico, como falar-fazer-mostrar, controle da voz e reforço positivo, além de mostrar funcionalidades da cadeira odontológica e seringa tríplice de forma lúdica. Sem êxito com as técnicas citadas, devido também a pouca idade da paciente, o atendimento

clínico foi realizado com a genitora na cadeira e a criança sobre esta, com contenção de membros inferiores e superiores da criança.

Foi indicado a remoção cirúrgica com a técnica excisional, removendo toda lesão nodular e conseqüentemente a UD 61, a qual estava diretamente relacionada à lesão. O protocolo para a remoção da lesão nodular contou com as seguintes etapas: foram solicitados exames pré-operatórios (hemograma, coagulograma, glicemia de jejum e ECG), a cirurgia foi realizada em ambiente hospitalar, em jejum, sob sedação (midazolam e fentanil) e anestesia local (licocaína 2% com epinefrina) (figura 3 e 4).

Para a remoção da lesão foi utilizado incisão com lâmina de bisturi tamanho 15, contornando a lesão, com auxílio de gaze de algodão para hemóstase, a seguir luxação com alavanca Apexo, uso de fórceps Nº 1 para extração da UD 61 e cauterização com bisturi elétrico, não havendo necessidade de realização de sutura. E em adição foi realizada a frenectomia labial (figura 5, 6, 7, 8 e 9).



Figura 3. Fonte: caso clínico pesquisado.



Figura 4. Fonte: caso clínico pesquisado.



Figura 5. Fonte: caso clínico pesquisado.



Figura 6. Fonte: caso clínico pesquisado.



Figura 7. Fonte: caso clínico pesquisado.



Figura 8 e 9. Fonte: caso clínico pesquisado.

Por considerar possibilidade de recidiva da lesão, é de extrema importância e decisiva a realização da remoção completa da lesão, para se obter um prognóstico favorável. A peça cirúrgica apresentou-se como um nódulo único, exofítico, bem delimitado, uniforme, de aproximadamente 1 cm em seu maior diâmetro (figura 10). Esta foi condicionada e identificada em um frasco contendo formol a 10%, encaminhada para biópsia, para a confirmação histopatológica.

Após um mês, foi entregue o resultado do histopatológico, o qual descrevia: fragmento irregular de tecido esbranquiçado e firme, procedente da boca, medindo 0,9x0,8x0,4 cm. Aos cortes observa-se tecido compacto e homogêneo. Os achados microscópicos permitem a conclusão diagnóstica de fibroma traumático.



Figura 10. Tumoração e UD 61. Fonte: caso clínico pesquisado.

O período pós-operatório imediato evoluiu sem intercorrências, sem sangramento ou infecções, sendo necessário somente o uso de analgésicos durante cinco dias. O acompanhamento odontológico é fundamental em cada etapa para se obter resultados satisfatórios que superem expectativas. Houve boa cicatrização e aspecto após 7 dias do pós-operatório (DPO) (figura 11) e após 15 dias do pós-operatório (figura 12).



Figura 11. Imagem à esquerda no 7º DPO, com tecido cicatricial. Figura 12. Imagem à direita no 15º DPO. Fonte: caso clínico pesquisado.

3. DISCUSSÃO

Este caso clínico envolveu o relato do tratamento reabilitador de uma paciente com fibroma traumático, que ocasionou dor, desconforto mastigatório e vestibularização da UD 61. Conforme preleciona BRANNON *et al.* (2004), difícil tarefa de estabelecer o diagnóstico diferencial entre uma vasta gama de lesões orais detectadas rotineiramente pelos Cirurgiões-Dentistas, os fibromas podem ser confundidos com outros tipos de alterações ou patologias, benignas ou não. Assim, é de fundamental importância identificar e intervir corretamente mediante a descrição e localização de cada uma dessas lesões.

Segundo SANTOS *et al.* (2014), os casos relatados na literatura de ocorrência e detecção clínico-odontológica de hiperplasias fibrosas, tem prevalência de 5 a 10% entre todas as lesões com maior manifestação no sexo feminino, entre a segunda e terceira décadas de vida. Sendo raro na infância, o que difere do caso clínico apresentado no qual a paciente tem 3 anos de idade.

Diversos benefícios foram observados através da excisão cirúrgica do fibroma traumático, como melhora no conforto, fonação e mastigação, permitindo devolver condições de saúde da mucosa bucal (ZARDO, MIOSO e CESEREO, 2019). A paciente em questão já apresentava dificuldade fonatória, dificuldade mastigatória e dificuldade de higienização da cavidade oral, em virtude do crescimento da lesão na região anterior da maxila, com consequente deslocamento da UD 61 e dor.

A paciente do caso em questão, atualmente com 3 anos de idade, não teve sua autoestima afetada em virtude da lesão presente em sua cavidade oral, por conta da idade, porém os pais já se preocupavam e sentiam-se desconfortáveis, Curiosamente SOUZA *et al.* (2016), demonstra o desdobramento psicológicos e queda de auto estima em 103 pessoas que apresentavam problemas bucais e faciais.

Segundo PANTA (2015), o fibroma traumático é ocasionado principalmente após traumatismo dento-alveolar. A mãe não se recorda de ter presenciado trauma em questão. A prevenção total do traumatismo dento-alveolar ainda não é possível, uma vez que mesmo tendo conhecimento de todos os fatores

predisponentes e de risco relacionados ao traumatismo, este muitas vezes é resultado de eventualidades ou acidentes (DORIA e SOARES, 2016). O sucesso terapêutico em casos de traumatismo dento-alveolar está associado à primeira consulta seguida do atendimento emergencial, juntamente com o acompanhamento a longo prazo, mostrando-se essenciais na prevenção de futuras complicações que podem estar relacionadas ao trauma, podendo provocar perda do elemento dental acometido (REIS *et al.*, 2018).

Conforme SNEHA *et al.* (2017), o tratamento para o fibroma traumático consiste na excisão cirúrgica da lesão, podendo ser realizado de diversas maneiras como: uso de lâminas de bisturi, eletrocirurgia ou laser de diodo. Entretanto, os dois últimos citados não trazem nenhuma diferença clínica ou histológica ao paciente, pois o tempo da cirurgia, o relato de dor, a cicatrização e as manobras de incisão são semelhantes às realizadas na cirurgia convencional. Por isso, a excisão cirúrgica do fibroma traumático realizado com lâminas de bisturi consiste na melhor opção de tratamento, pois é de fácil execução, a cicatrização da ferida ocorre em poucos dias e pós o operatório é satisfatório. Além disso, é extremamente necessário armazenar corretamente e encaminhar os espécimes cirúrgicos para o exame anatomopatológico ou histopatológico (COELHO, ZUCOLOTO e LOPES, 2000).

Devido a criança possuir 3 anos de idade, o procedimento teve indicação de ser realizado em ambiente hospitalar, com sedação e anestesia, acompanhado por anestesista. Normalmente, a técnica anestésica mais indicada é a infiltrativa ao redor da lesão, manobra operatória desenvolvida até a completa isquemia do tecido hiperplasiado. As incisões planejadas devem ser obrigatoriamente capazes de remover o corpo e a base de toda a lesão (TULER, MILANEZI e GARCIA, 2003).

A cirurgia transcorreu bem, com retirada por completo da lesão, cauterização dos vasos. Apresentando boa recuperação e cicatrização, recebeu alta em 24 horas, com receita de analgésico e acompanhamento ambulatorial.

Os pais não tinham condições financeiras para arcar com cirurgia particular e não havia serviço deste porte na instituição em questão. Foram feitas várias tentativas, com vários hospitais e funcionários destes, de serviço público, na

tentativa de realização deste procedimento, sem êxito. Isso denota a dificuldade do serviço público nas abordagens de casos mais complexos na odontopediatria, principalmente nos casos em que haja necessidade de anestesia geral.

Após 3 meses de tentativas, foi conseguido entrar em contato com a cirurgiã bucomaxilofacial, docente da UFS, e esta se prontificou a realizar a cirurgia no Hospital Regional de Itabaiana.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fibromas, apesar de serem lesões benignas, de fácil resolução através da remoção cirúrgica, podem ser confundidos com outros tipos de patologias bucais, sendo fundamental o conhecimento e prática criteriosa das fases diagnóstica e terapêutica.

No caso descrito, a maior dificuldade foi a ausência de um fluxo de acolhimento e resolutividade, pelo Sistema Único de Saúde. Caso não fosse realizado esta cirurgia, poderiam se agravar os problemas já apresentados e surgimento de novos, como dificuldade de erupção do dente permanente, baixa auto estima, *bullying*, fobia social, entre outros.

Ainda como desafios a serem enfrentados temos a confecção de mantenedor de espaço ortodôntico e acompanhamento da erupção dos dentes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAKHTIARI S, TAHERI JB, SEHHATPOUR M, ASNAASHARI M, ATTARBASHI MOGHADAM S. **Remoção de um fibroma de irritação extragrande com uma combinação de laser de diodo e bisturi.** *J Lasers Med Sci* . 2015;6(4):182-184. doi:10.15171/jlms.2015.16
2. BRANNON RB. **Central odontogenic fibroma, myxoma (odontogenic myxoma, fibromyxoma), and central odontogenic granular cell tumor.** *Oral Maxillofacial Surg. Clin. N. Am.* 2004; (16): 359-374.
3. COELHO, CMP; ZUCOLOTO, S; LOPES, RA. **Dentureinduced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry.** *Int J Prosthodont* 2000; 13(2): 148-151.
4. DHANUTHAI K, BANRAI M, LIMPANAPUTTAJAK S. **Um estudo retrospectivo de lesões orais pediátricas da Tailândia.** *Int J Pediatr Dent.* 2007; 17 :248-53.
5. DORIA, M.C.N; SOARES, N.C.L. **Traumatismos em Dentes Anteriores na Infância: Importância do Conhecimento Sobre Prevalência e Etiologia para a Prevenção.** Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Tiradentes, 2016.
6. HARSHAVARDHANA B, RATH SK, MUKHERJEE M. **Um caso raro de fibroma de irritação associado a aleucoplasia da mucosa oral.** *AOSR.* 2012; 2 (1):34–36.
7. HALIM DS, POHCHI A, EE YI P. **A prevalência de fibroma na mucosa oral entre os pacientes atendidos na clínica odontológica USM Ano 2006-2010.** *O indonésio J Dent Res.* 2010; 1 (1):61-66.
8. JAIN G, ARORA R, SHARMA A, SINGH R, AGARWAL M. **Fibroma de irritação: relato de caso.** *J Curr Res Sci Med* 2017;3:118-2.
9. MATHEW AL, PAI KM, SHOLAPURKAR AA, VENGAL M. **A prevalência de lesões da mucosa oral em pacientes que visitam uma faculdade de odontologia no sul da Índia.** *Indian J Dent Res.* 2008; 19 :99-103.
10. PANTA P. **Traumatic fibroma.** *Pan Afr Med J.* 2015;21:220. Published 2015 Jul 27. doi:10.11604/pamj.2015.21.220.7498

11. PERALES-GARZA RV, SIERRA-GARCIA GD, NÁJERA RI, PERALES-PEREZ ÁV. **Manejo do Fibroma Traumático em Paciente com Paralisia Cerebral Utilizando Laser Diodo 810nm.** *J Clin Diag Res* . 2017;11(2):ZD01-ZD02. doi:10.7860/JCDR/2017/20084.9125
12. RANGEETH, B. N., MOSES, J., REDDY, V., K. **Uma apresentação rara de mucocele e fibroma de irritação do lábio inferior.** *Contemp Clin Dent* . 2010;1(2):111-114. doi:10.4103/0976-237X.68596
13. REIS, J.S, KELMER, F., SANTIN, G.C, FRANZIN, L.C.S. **Traumatismo em Dente Decíduo, Sequela e Manutenção de Espaço.** *Rev. UNINGÁ, Maringá*, v. 55, n. S3, p. 20-28, out./dez. 2018.
14. SANTANA SANTOS, T., MARTINS-FILHO, P., R., PIVA, M., R., DE SOUZA ANDRADE ES. **Hiperplasia fibrosa focal: uma revisão de 193 casos.** *J Oral Maxillofac Pathol* . 2014;18(Suplemento 1):S86-S89. doi:10.4103/0973-029X.141328
15. SANTOS TS, MARTINS-FILHO PRS, PIVA MR, ANDRADE ESS. **Focal fibrous hyperplasia: a review of 193 cases.** *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014; 18(1):S86-S89.
16. SINGH S, SUBBAREDDY VV, DHANANJAYA G, PATIL R. **Hiperplasia fibrosa reativa associada a um dente natal - Relato de caso.** *J Indian Soc Pedo Prev Dent*. 2004; 22 :183-6.
17. SINGH A, VENGAL M, PATIL N, SACHDEVA SK. **Fibroma traumático- Uma saga de reação contra a irritação.** *Impacto Odontológico*. 2012; 4 (1):49–52.
18. SHAFER W. G., HINE M.K., LEVY B. M. **Manual de Patologia Oral.** 6ª edição. Filadélfia: WB Saunders; 2009. pp. 126–7.
19. SNEHA V., DEBNATH K., CHATTERJEE. A. **Traumatic Fibroma - A Case Report.** *Periodontics*, 2017.
20. SOUZA L. S., SARDINHA S. C. S., CERQUEIRA A, SANTOS J. N., MELO L.A. **Fibroma ameloblástico: relato de caso com 7 anos de acompanhamento.** *Anais - XVIII CIOBA*, 02 a 05/11 de 2016. Arena Fonte Nova. Salvador - Bahia – Brasil.
21. TROST L, KAISER K. **Aplicações emergentes para o laser de diodo para tecidos moles** [Internet] Tulsa (OK): PennWell Publishing Corporation; 2015.

22. TULER WF., MILANEZI LA., GARCIA VG. **O uso do cimento cirúrgico nas clínicas de periodontia das Faculdades de Odontologia Brasileiras.** Rev Odontol Ara . 2003; Jan - Jul; 24 (1): 9-13.
23. ZARDO, L., MIOSO, F. V. e CESERO L., **Surgical removal of the traumatic fibroid: clinical case report.** Revista Odontológica de Araatuba, v.40, n.2, p. 43-47, Maio/Agosto, 2019

ANEXO 1 Termo de consentimento livre e esclarecido para uso de imagem.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Daniel José dos Santos, portador do C.I
nº 38 45 809 8, faço uso deste bastante documento a fim
de garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de
caráter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico
científico.

Sem mais subscrevo,

Daniel José dos Santos

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Vanessa dos Santos Viana orientadora das discentes Jordania Cardoso Vasconcelos e Isis Mariana Bomfim Oliveira atesto que o trabalho intitulado: “Fibroma traumático em paciente infantil: relato de caso” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Vanessa dos Santos Viana
Orientadora