

Cadeira de Patologia

RECIDIVA DE ADAMANTINOMAS

*José Chahér, Hardy Ebling, Aron Kac e João Jorge Diniz Barbachan. **

INTRODUÇÃO

A recidiva local é a regra a não ser que a lesão original tenha sido erradicada de uma maneira completa. (1).

A escassa média de cura de ameloblastomas é definitivamente por remoção incompleta e não por alto grau de malignidade. (2)

A remoção completa de um tumor destes pela curetagem é difícil, se não impossível. (3).

Há autores que acreditam que deva ser feito sempre uma operação radical: "a operação radical é o único fator que tem uma influência real sobre o final. O fato é que o final da operação conservadora é a recorrência em aproximadamente 100% dos casos, e o resultado da cirurgia radical, com cura após cinco anos, é de 70%. (4).

O tratamento dos ameloblastomas deve ser governado pela sua natureza. A ressecção deve ser reservada para os grandes tumores que expandiram através da cortical nos tecidos moles. Os tumores pequenos localizados completamente dentro do osso devem ser tratados pela ressecção em bloco de modo a englobar o tumor e o osso circundante. (5).

* Professor e Assistentes da Cadeira de Patologia.

Nós pensamos que tôda a recidiva é um fracasso (do operador). (6). Parece-nos que a ressecção oferece ao paciente um prognóstico melhor. (6).

APRESENTAÇÃO DE TRES CASOS EM QUE HOUVE RECIDIVA

Ficha nº 334.

J. R. — 27 anos, branco, brasileiro, masculino. Diz ter notado o néoplasma desde há dois anos. Submeteu-se a uma cirurgia, naquela época sem resultado satisfatório. Nova cirurgia no dia 29.4.55, pelo Dr. Rubens Menezes. Foi feita hemiressecção da mandíbula. Radiograficamente, trata-se de um adamantinoma cístico multilocular. (Fig. A).

ASPECTO MACROSCÓPICO:

Mandibula seccionada entre o 2º P.M.I.D. e o 1º M.I.D. e a região do 3º M.I.E. (fig. 1 e 2). O osso mandibular apresenta-se muito espessado, notando-se no mento uma espessura de 4,5 cm., O R.I.E. é de 87,5. A quatro centímetros do bordo basilar nota-se uma perda de substância (provavelmente por cirurgia antiga, dada a regularidade) de cinco centímetros de comprimento, horizontal e simétrica. O néoplasma reabsorveu osso em três regiões, tomando contato com o tecido móle, por cavidades de um centímetro. O osso mandibular apresenta-se desdentado. Duas extrações parecem ter sido feitas recentemente e correspondem ao 1º e 2º P.M.I.E. Denticulo ao nível da região do I.C.I.D.

ASPECTO AO CORTE:

Seccionou-se um centímetro da peça na região distal, lado esquerdo, para exame histopatológico: ao corte verificou-se uma cavidade cística de 2 x 2,5 x 2,5 cm., cheia de líquido de cor amarelo citrino escura que ao exame microscópico revelou: grande quantidade de cristais de colesterina e restos celulares.

O exame macroscópico nesta peça mostra: osso com 2 mm. de espessura, e membrana cística (?) de 1 mm. Vê-se uma formação para fóra e para cima (considerando a posição normal) que parece ser o dentário inferior.

EXAME MICROSCÓPICO

Membrana cística: epitélio estratificado tendo cerca de 30 micra. de diâmetro. Em duas regiões este epitélio está espessado

(90 micra). O tecido conjuntivo apresenta a diversas alturas, formações que se parecem aos restos epiteliais de Mallassez. (Fig. 3 e 4).

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: ADAMANTINOMA.

Ficha nº 347.

S. R. Masculino, branco, brasileiro, 19 anos.

Desde os sete anos notou uma tumoração que atribui a uma queda que sofreu três anos antes. Não tem dor espontânea, porem sente dor à pressão.

Foi operado quatro vezes: aos sete, aos doze, aos quinze e aos dezesseis anos.

As três primeiras vezes foi operado por dentista e a quarta por médicos. Este exame corresponde a última cirurgia feita pelo Dr. Tupinambá.

EXAME CLÍNICO:

Apresenta néoplasma localizado desde a linha mediana ao 2º M.I.D. Notam-se duas cavidades císticas uma na região anterior, de cerca de dois por um centímetro, e outra ao nível do 1º M.I.E.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Adamantinoma cístico multilocular.

Observação: Este paciente foi enviado à Cadeira de Patologia, para exame pela Dra. Yeda Leite e Dr. João Alfredo Teles.

Exame Radiográfico: Diagnóstico; Adamantinoma cístico multilocular. (fig. 5).

Exame histopatológico: Diversas cavidades de forma irregular. Esquemáticamente as cavidades são cobertas por células tipo ameloblastos, notando-se em algumas cavidades, maior ou menor quantidade de células estreladas. (fig. 6 e 7).

Diagnóstico histopatológico: Adamantinoma cístico multilocular.

Ficha nº 113.

L. S. Feminino, branca, brasileira. Residência: São Jerônimo.

Procedência da peça: Dr. Tupinambá.

A paciente foi operada quatro vezes. A última cirurgia foi feita há 30 meses pelo Dr. Tupinambá. O exame das operações anteriores revelou sempre adamantinoma, segundo informação do cirurgião.

Esta peça corresponde à quinta cirurgia.

ASPECTO MICROSCÓPICO:

A peça é recoberta, em parte, por tecido epitelial estratificado pavimentoso. Em determinadas regiões vê-se:

- a) Ilhota epitelial tendo, na periferia, células tipo amelo-blastos e na parte central células estreladas que começam a degenerar, dando origem a cavidades císticas. (fig. 8, 9 e 10).
- b) Hemi-cavidade cística recoberta por epitélio simples.
- c) Numerosas ilhotas como em a, com a diferença que muitas não apresentam cavidade central.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: ADAMANTINO- MA

SUMMARY

The authors report three cases of adamantinoma which recidivated. In the three cases conservative surgery had been done.

CASE 1. (FILE 113)

L. S., 50 years old, white, female, brasilian.

Location

Four operations were done, the first three were conservative surgeries. At the fourth a resection was performed.

CASE 2. (FILE 334)

I. R., 27 years old, white, male, brasilian.

Location: mentonian region.

The tumor was seen two years prior to a conservative surgery; he was operated two years later (april 29 th, 1955), with resection.

CASE 3. (FILE 347)

S. V., 19 years old, white, male, brasilian.

Location: mentonian region.

Since he was 7 years old he noticed a tumor that he had claimed to be the result of a traumatism from 3 years before that age.

Four conservative surgeries were performed at the ages 7, 12, 15, 16 and the last one a resection at 19 years old.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Cahn, L. R.: Patologia da Cavidade Oral. trad. bras. Editora Científica. 1955, 118.
- 2 — Small, I. A.; Waldron, C. A.: Ameloblastoma of Jaws Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 8: 293, 1955.
- 3 — Small, I. A., Waldron, C. A.: Ameloblastoma of Jaws Oral Surg. Oral Med. Oral Path., 8: 295, 1955
- 4 — Hertz, J.: Adamantinoma, Acta chir. Scandinav. 102: .. 405, 1952.
- 5 — Small, I. A., Waldron, C. A.: Ameloblastoma of Jaws. Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 8: 294, 1955.
- 6 — Levy, B. M., Parker, D. B., Grant, R. N.: Ameloblastoma. A Symposium., Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 8: 688, 1955.

DISPLASIA FIBROSA DO MAXILAR.

Ficha nº 328.

INTRODUÇÃO

Considerando as lesões fibro-ósseas dos maxilares nos encontramos com grande complexidade. Esta complexidade inclui, problemas de nomenclatura, problemas de patogenia e problemas de interpretação. (1). Como Berger e Jaffe mostraram, casos de displasia fibrosa limitada aos ossos maxilares não são comuns. (2).

As osteodistrofias constituem um grupo de enfermidades ósseas que se caracterizam pelas desordens no metabolismo do cálcio e da ossificação. (3). A displasia fibrosa é, ao que parece, uma verdadeira distrofia. Ela pode ocorrer em vários ossos, poli-óssea, ou então em um osso isolado, mono-óssea. Neste último caso a tendência calcificadora do mesênquima até a ossificação está bloqueada ou evitada por um distúrbio de ordem local ainda não demonstrado. Schlumberger, citado por Geschickter e Copeland,

estudando as mono-ósseas registrou 67 casos dos quais 7 no maxilar e 2 na mandíbula. Os pequenos ossos das mãos e dos pés não são afetados. A imagem radiográfica oferece pouco de característico. Nestas distrofias o paciente não apresenta pigmentação anormal ou sinal de alteração endócrina, em contraste com as poliósseas; os níveis séricos de cálcio, fósforo, as fosfatases são normais. (4).

APRESENTAÇÃO DE UM CASO

A. M., branco, brasileiro, estudante, de 30 anos, apresenta extensa massa tumoral na região malar direita. Esta tumoração iniciou há cerca de 16 anos. Foi operado a 10 anos sem resultado.

Exames complementares:

Fosfatase alcalina: 5,4 unidade King e Armstrong por cento.

Dosagem do cálcio: 12,2 mgrs por cento, no soro.

Aspecto radiográfico: vide figura nº 11.

Cirurgia feita pelo Dr. Ivo Kuhl.

ASPECTO MACROSCÓPICO:

Vários fragmentos de cerca de 1 cm x 0,5 cm x 0,5 cm. A cortical nítida, limitada internamente por massa grumosa, acinzentada.

EXAME MICROSCÓPICO:

A medula e o osso esponjoso, foram substituídos em parte, por tecido conjuntivo, ora frouxo, ora fibroso.

O néoplasma apresenta em seu seio massas calcificadas. O aspecto destas calcificações varia desde o aspecto arenoso (fig. 12) até o de verdadeiras trabéculas ósseas. Em determinada região vê-se formações císticas. Estas cavidades são limitadas por uma discreta formação fibrosa. Frequentes zonas de hemorragia.

A metaplasia óssea é mais acentuada na periferia da lesão, perto do osso pré-existente.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO.
DISPLASIA FIBROSA DO MAXILAR.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Jaffe, H. L.: GIANT-CELL REPARATIVE GRANULOMA, TRAUMATIC BONE CYST, AND FIBROUS (FIBRO-OSSEOUS) DYSPLASIA OF THE JAWBONES, Oral Surg, Oral Med, and Oral Path. 6: 159-175, 1953.
- 2 — Jaffe, H. L.: GIANT-CELL REPARATIVE GRANULOMA, TRAUMATIC BONE CYST, AND FIBROUS (FIBRO-OSSEOUS) DYSPLASIA OF THE JAWBONES, Oral Surg. Oral Med, and Oral Path. 6: 159-175, 1953.
- 3 — Boyd, W.: Tratado de Patologia General y Anatomia Patologica, 5 ed. Buenos Aires, José Bernardes, 1952, 974.
- 4 — Geschickter, C. F.; Copeland, M. M.: Tumores del Hueso, Argentina, Suescun-Barrenechea, 1953, 290.

FICHA Nº 64.

TUMOR CENTRAL DE CELULAS GIGANTES DA MANDIBULA.

INTRODUÇÃO

“Excluindo os émulis do bordo alveolar, os registros do Laboratório de Patologia Cirúrgica do “Johns Hopkins Hospital” mostram, durante 35 anos, um total de 22 casos de tumor de células gigantes localizados na cabeça, dos quais 14 no Maxilar Inferior (1).

Baxter (2) estudando 75 casos de tumores de células gigantes encontrou apenas 5 centrais. Centeno descreve um. (3)

Tem sido descrita a presença de tumor central de células gigantes, bilateral (4) E Waldron (5) descreveu três casos, em uma mesma família.

Em 1953 êste último autor (6) revisou 28 casos, estudados entre os anos de 1926 e 1952 e diagnosticados como tumor central de células gigantes, dos maxilares, sendo 9 no maxilar e 19 na mandíbula. Desta revisão concluiu que só cinco eram realmente tumor central de células gigantes, dos maxilares.

APRESENTAÇÃO DE UM CASO

B. S. branco, brasileiro, 23 anos apresentou-se para mostrar um tumor que começou há 10 meses quando um dentista extraiu

o 1º Pré-Molar I. D. (sic). Dor somente no ato de mastigar alimentos duros.

ASPECTO RADIOGRÁFICO: Vide figura nº 13.

Feita a cirurgia pelo Prof. Othon Silva, no dia 10-9-46, o paciente foi encaminhado ao serviço do Dr. Osorio Lopes, para radioterapia.

ASPECTO MICROSCÓPICO:

Grande número de células gigantes (cerca de 100, a pequeno aumento, em certos campos). Estas células contem, em sua maioria cerca de 20 núcleos, localizados na parte central, permanecendo um halo de citoplasma na periferia. Os núcleos apresentam-se de duas formas: ou picnóticos, ou na sua maioria, grandes, claros, com um ou, mais raramente, dois nucléolos bem visíveis. Figuras de mitose podem ser observadas, embora sejam raras. As células gigantes parecem manter uma relação de vizinhança com os vasos (Fig. 14). Estroma formado por células conjuntivas fusiformes ou arredondadas.

Resultado do tratamento: Bom, após nove anos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Geschickter, C. F., Copeland, M. M.: TUMORES DEL HUESO, 3ª ed., Buenos Aires, Suesscun-Barrenechea, .. 1953, 313.
- 2 — Baxter, G. R.: A study of myeloid epulis and its relationship to myeloid sarcoma of the long bones. Brit. Dent. J. 51: 49, 1930.
- 3 — Centeno, G. A. R.: Cirurgia Bucal, 1ª ed., Buenos Aires, El Ateneo, 1945, 677.
- 4 — Armbrecht, E. C., Waterman, W. A.: Bilateral Giant Cell Tumors of the Mandibule, Oral Surg., Oral Med., Oral Path., 6: 1186, 1953.
- 5 — Waldron, C.A.: Familial Incidence of Bilateral Giant Cell Tumors of the Jaws, Oral Surg., Oral Med., Oral Path., 4: 198, 1951.
- 6 —, Giant Cell Tumors of the Jawbones, Oral Surg., Oral Med., Oral Path., 6: 1055, 1953.

FICHA Nº 6.

CILINDROMA

INTRODUÇÃO

Cilindromas são néoplasmas malignos que pertencem ao grupo de tumores com origem em glândulas salivares. (1)

O termo cilindroma é usado por autores alemães (2) e tem como sinônimos: tumor cístico adenoide, tumor mixto adenomatoso, carcinoma de células basais com estroma hialino, carcinoma baso celular cístico adenoide, mioepitelioma, tumor mixto celular, adenocarcinoma grau 1.

Thoma (3) fecha a questão dizendo: Os tumores mixtos adenoides que não têm formações mixomatosas nem cartilaginosas devem classificar-se como adenocarcinomas puros.

APRESENTAÇÃO DE UM CASO

V. L. B., branca, brasileira, casada, apresentou-se para exame por apresentar a cerca de dois anos um tumor no palato duro "produzido por irritação devida a uma grande câmara de sucção, em seu aparelho protético", (sic). Ao exame constatou-se um néoplasma localizado no palato duro, lado E., recoberto por epitélio, sem ulceração. Consistência de borracha.

Cirurgia realizada em abril de 1946, pelo Prof. Othon Silva.

EXAME MACROSCÓPICO:

Néoplasma medindo 3 x 2,5 x 2 cm. Recoberto por epitélio, exceto na região da biópsia e na base de implantação. Ao corte e com lupa mostrava grande número de pequenas cavidades (?).

EXAME MICROSCÓPICO:

O néoplasma apresenta-se constituído por cordões e ilhas com estrutura semelhante a glândulas. As células se apresentam pequenas, arredondadas. Monotonia celular. Núcleos hiper cromáticos. Raros nucléolos visíveis. Em certos campos nota-se grande quantidade de cavidades, algumas completamente vazias, outras coradas pela E., e finalmente algumas parecendo conter muco (fig. 15).

Diagnóstico Histopatológico:
Adenocarcinoma (tipo cilindroma).

OBSERVAÇÃO: O paciente ficou em observação durante um ano. Depois não voltou mais à consulta. Durante um ano não notou-se nada de anormal.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Bumsted, W. D.: Cylindroma of Mandible. Oral Surg., Oral Med., Oral Path., 8: 546, 1955.
- 2 — Thoma, K. H., Patologia Bucal, 2ª ed., Mexico, Uthea, 1946, 1187.
- 3 —, Patologia Bucal, 2ª ed., Mexico, Uthea, 1946, 1188.

CISTO DE RETENÇÃO.

INTRODUÇÃO

Cisto mucoso é uma cavidade cística, pequena, que se desenvolve na membrana mucosa dos lábios ou bochecha. (1)

Êstes cisto são resultantes do acúmulo de muco na glândula mucosa, cujo ducto excretor está aparentemente obstruído. (2)

APRESENTAÇÃO DE UM CASO

M. J. A. C., de 26 anos, branco, casado. Apresenta um cisto de retenção localizado abaixo da comissura labial direita, sem atingí-la. (Fig. 15a) Notou há três anos. Indolor. Aumenta e diminui de volume espontâneamente.

Feita a biópsia por aspiração, achou-se: células epiteliais, muco, polimorfos nucleares neutrófilos.

Diagnóstico tentativo: cisto de retenção.

A cirurgia foi feita em 23-10-53, pelo Dr. Manoel Frajndlich.

EXAME MACROSCÓPICO:

A peça apresenta as seguintes dimensões: 1,8 x 1,1 x 1,0 cm. Forma ovalada. Apresenta a parte superficial recoberta por epitélio. Vê-se um vaso calibroso, correndo no sentido do eixo maior da peça.

ASPECTO MICROSCÓPICO:

Vê-se uma mucosa de epitélio estratificado pavimentoso com glândulas mucosas em sua tunica própria. Hiperceratose. Degeneração hidrópica. Em certa região vê-se uma cavidade com exudato contendo raras hemácias e numerosos linfócitos e plasmócitos. (Fig. 16, 16a e 17).

Diagnóstico histopatológico: cisto de retenção.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 — Boyle, P. E.: In Kronfeld's Histopathology of The Teeth. 3^a ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1952, 502.
- 2 — Ward, G. S.; Heendrick, J. W.: Tumors of the Head and Neck, Baltimore. The Williams & Wilkins Company. . . 1950. 234.

GRANULOMATOSE PARACOCCIDIOIDICA

INTRODUÇÃO

A enfermidade começa geralmente com pequenas ulcerações na *cavidade bucal*, mucosa dos lábios, gengivas, língua e especialmente na amígdala faríngea. (1)

O fungo pode penetrar nos tecidos bucais, formando uma infiltração dura nas gengivas, espalhando-se para os lábios, nariz e bordos da língua. (2)

O diagnóstico depende da identidade do fungo causador. (3)

APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS.

Biópsia feita pelo Dr. Harry Trennepohl (ficha n° 3).

Região da bochecha: Aspecto papilomatoso, hemorragia ao toque. Reação ganglionar. Duas fistulas na região sub-maxilar.

A lesão se estende pelo lábio inferior direito, bochecha e rebordo alveolar até o orofaringe. Lado esquerdo, aparentemente normal, porém com um nódulo na altura do ângulo da mandíbula.

FICHA N^o 156.

Biópsia feita pelo Dr. Harry Trennepohl.

Massa tumoral no rebordo alveolar. Foram feitas diversas extrações. Como não apresentasse melhoras, fez-se a biópsia.

EXAME MICROSCÓPICO:

Caso n^o 3.

Epitélio estratificado pavimentoso acantósico. Degeneração hidrópica. Zonas ulceradas. No seio do tecido conjuntivo notam-se inúmeros microabcessos. Regular número de células gigantes tipo Langhans, no interior das quais pôde-se ver um ou mais parasitos. (Fig. n^o 18). Infiltração crônica.

Diagnóstico histopatológico: Granulomatose Paracoccidióidica.

Caso n^o 156.

A preparação é recoberta em parte por tecido epitelial estratificado pavimentoso que se apresenta, ora acantósico, ora em fase de exulceração, ora em ulceração. Grande número de células gigantes tipo Langhans (cerca de 50 por campo: aumento 100 diâmetros), (Fig. n^o 19) no interior das quais pode-se ver um ou mais parasitos. Alguns vasos em degeneração hialina.

Diagnóstico histopatológico: Granulomatose Paracoccidióidica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Hueck, W.: Patologia Morfológica, Espanha, Editorial Labor, 1944, 956
- 2 — Sutton, R. L. and Sutton, R. L.: Handbook of Diseases of the Skin. St. Louis. The C. V. Mosby Company. 1949, 327.
- 3 — Jordan and Weidman.: Archives of Dermatologie and Syphilis, 33: 31, 1936.

FIBROMA

O fibroma é formado da neoplasia de fibras do tecido conjuntivo. É um tumor comum e ocorre com maior frequência no tecido conjuntivo subcutâneo ou sub-mucoso, nas aponevroses intramusculares, perióstio, ligamentos e ocasionalmente nos órgãos

internos, como por exemplo, rim e ovário. (1) É o tumor mais comum da cavidade oral, e ocorre mais frequentemente na superfície interna da bochecha, palato e processo alveolar (2), devido a essa posição podem ser comumente traumatizados por mordidas acidentais (3), ocorrendo nessas áreas a infiltração de células inflamatórias, e se há ausência de tecido epitelial nessa zona, pode estar recoberta por uma fina camada necrótica. Quanto a sua estrutura pode ser fibroma mole e duro, na dependência da predominância de um tecido conjuntivo mais frouxo ou mais denso (2).

Macroscopicamente, o fibroma toma a forma arredondada ou lobulada, encapsulado (1), ou recoberto por uma camada lisa de epitélio (2). Não devem ser confundidos com a hiperplasia gengival, com as lesões gengivais vasculares e hiperplasia da gravidês (2).

Microscopicamente, consiste de fibroblastos e feixes de fibras colágenas com um número variável de vasos (2), em alguns casos pode-se observar um epitélio atrófico, devido a pressão da massa tumoral (4). A êsse quadro, estando agregada a formação de tecido ósseo, constitui então a modalidade de fibroma osteóide. Com alguma freqüência podemos observar fenômenos inflamatórios superpostos.

A revisão do arquivo da cadeira de Patologia e Terapêutica Aplicadas, nos permitiu organizar o seguinte quadro:

Ficha	Idade	Sexo	LOCALIZAÇÃO	Duração	D. histop.	Obs.
78	33	fem	Max. inf. altura do 2º M.I.D.	4 anos	Fibroma	X
94	42	masc	Região P.M.I.E.	X	Fibr. Ost.	recidiva
5	48	fem	Região M.S. até C.S.Ds.	5 anos	Fibroma	X
344	42	masc	Bochecha direita	7 meses	Fibroma	X
260	27	X	Face lingual de C. até M.I.E.	X	Fibr. Ost.	X
62	30	fem	I.L. até C.S.Ds.	1 ano	Fibroma	X
174	X	fem	Lado palat. do 1º M.E.S.	3 meses	Fibroma	X
141	30	fem	X	X	Fibroma	recidiva
199	27	fem	P.M.I.D.	9 anos	Fibr. Ost.	X

DISCUSSÃO:

Algumas das fichas não nos oferecem todos os dados necessários, isto porque a peça nos foi enviada sem êles. Tirar conclusões ante um número tão pequeno de casos, nos parece temerário; no entanto a simples observação do quadro nos permite realizar a média aritmética dos dados obtidos, tendo os seguintes resultados.

De nove casos apresentados a idade média dos pacientes é de 34 anos 10 meses e 15 dias. Quanto ao sexo observamos que seis casos verificam-se em pessoas do sexo feminino, e os três outros nas de sexo masculino. Quatro localizam-se no maxilar superior, três na mandíbula e um na bochecha. O tempo de duração é de mais ou menos três anos. O diagnóstico histopatológico nos deu a proporção de cinco fibromas simples e quatro fibromas osteóides. Finalmente um detalhe interessante, duas das peças eram tumores que recidivaram.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 — Ogilvie, R. F., *Pathological Histology*, 3 ed., Edinburgh, E. & S. Livingstone Ltd. 1948, 79.
- 2 — Kronfeld, R., *Histopatologia dos Dentes*, Rio de Janeiro, Editôra Científica, 1955, 523.
- 3 — Cahn, L. R., *Patologia da Cavidade Oral*, Rio de Janeiro, Editôra Científica, 1955, 208.
- 4 — Cahn, L. R., *Patologia da Cavidade Oral*, Rio de Janeiro, Editôra Científica, 1955, 85.



Figura A



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

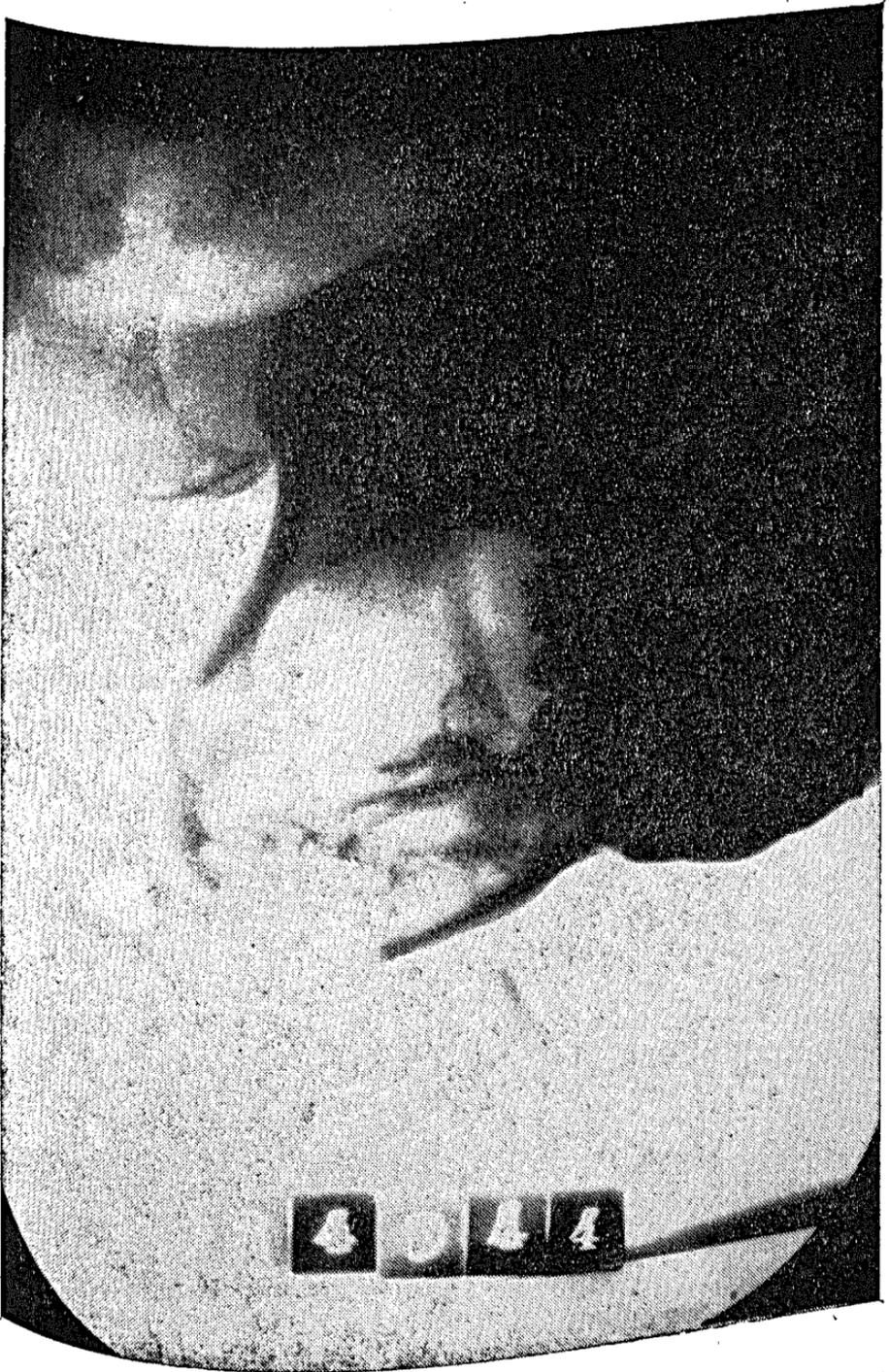


Figura 5

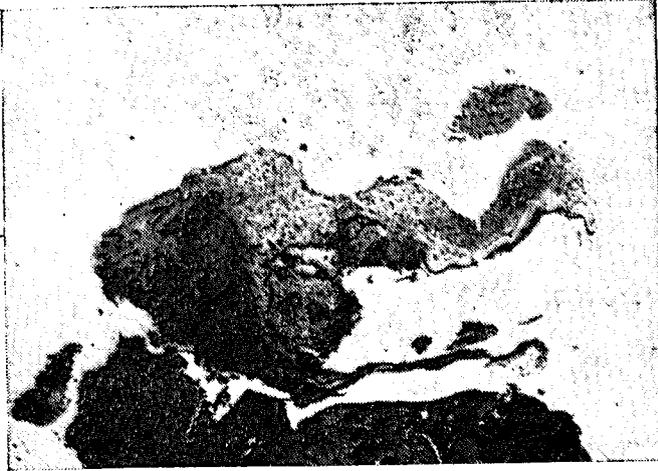


Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9

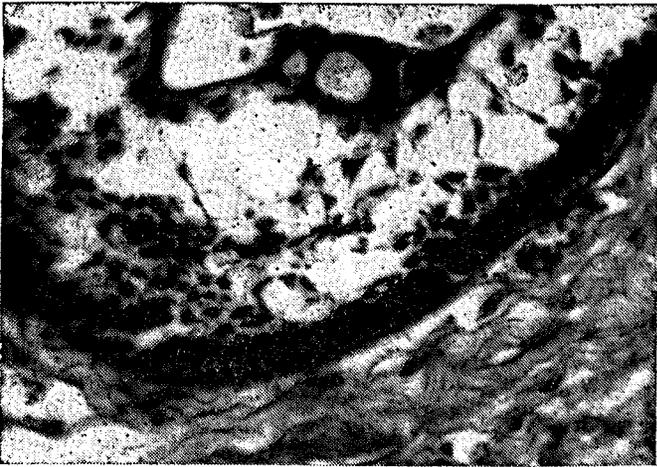


Figura 10



Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14

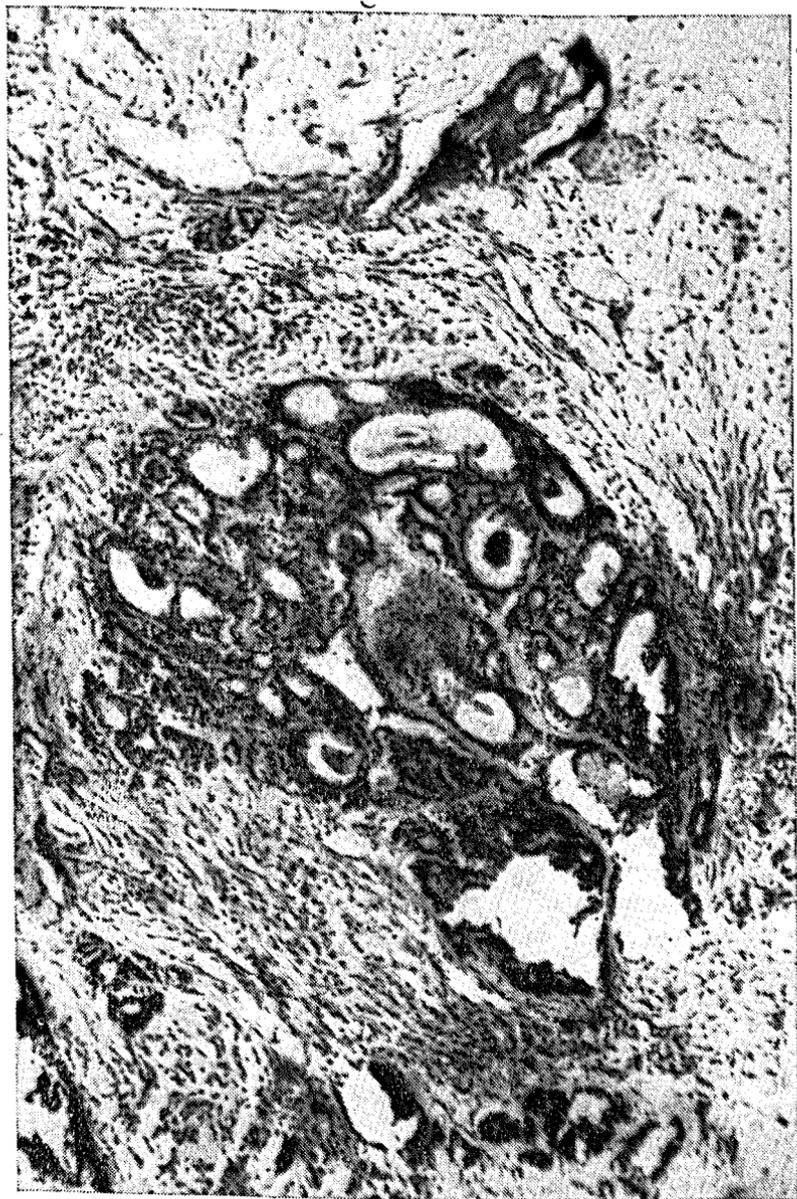


Figura 15



Figura 15 A



Figura 16



Figura 16 A

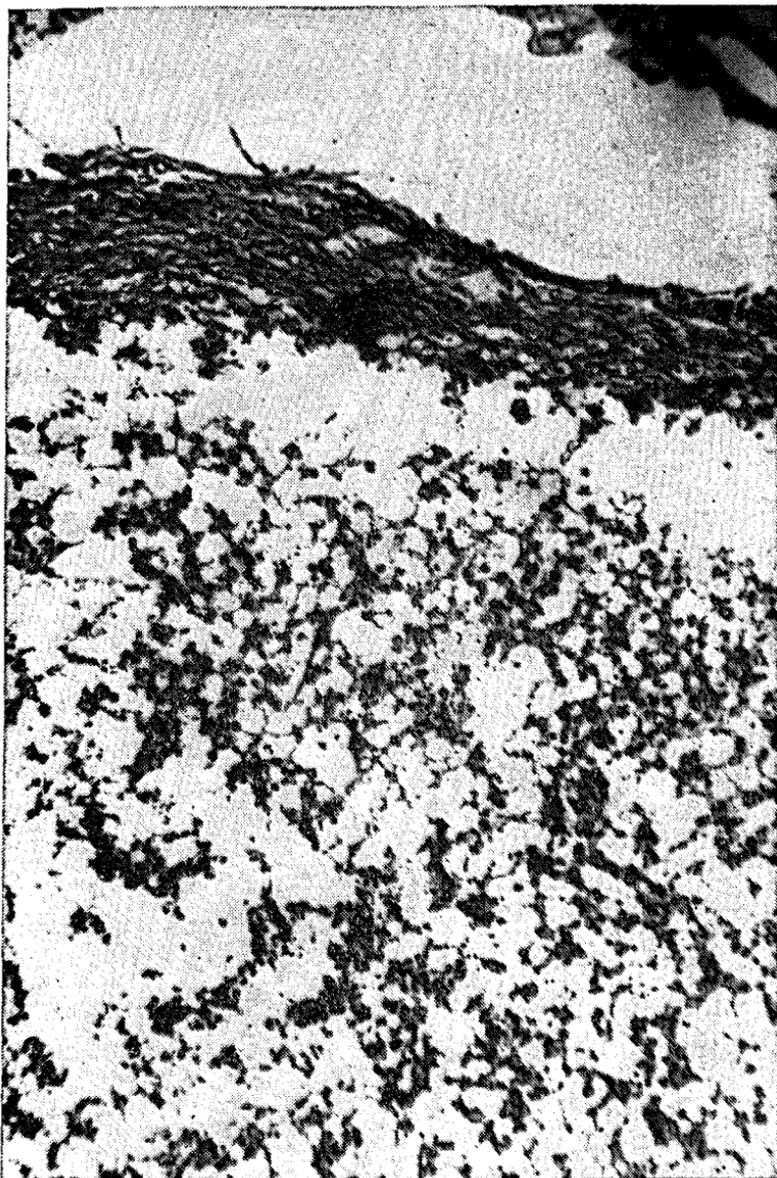


Figura 17

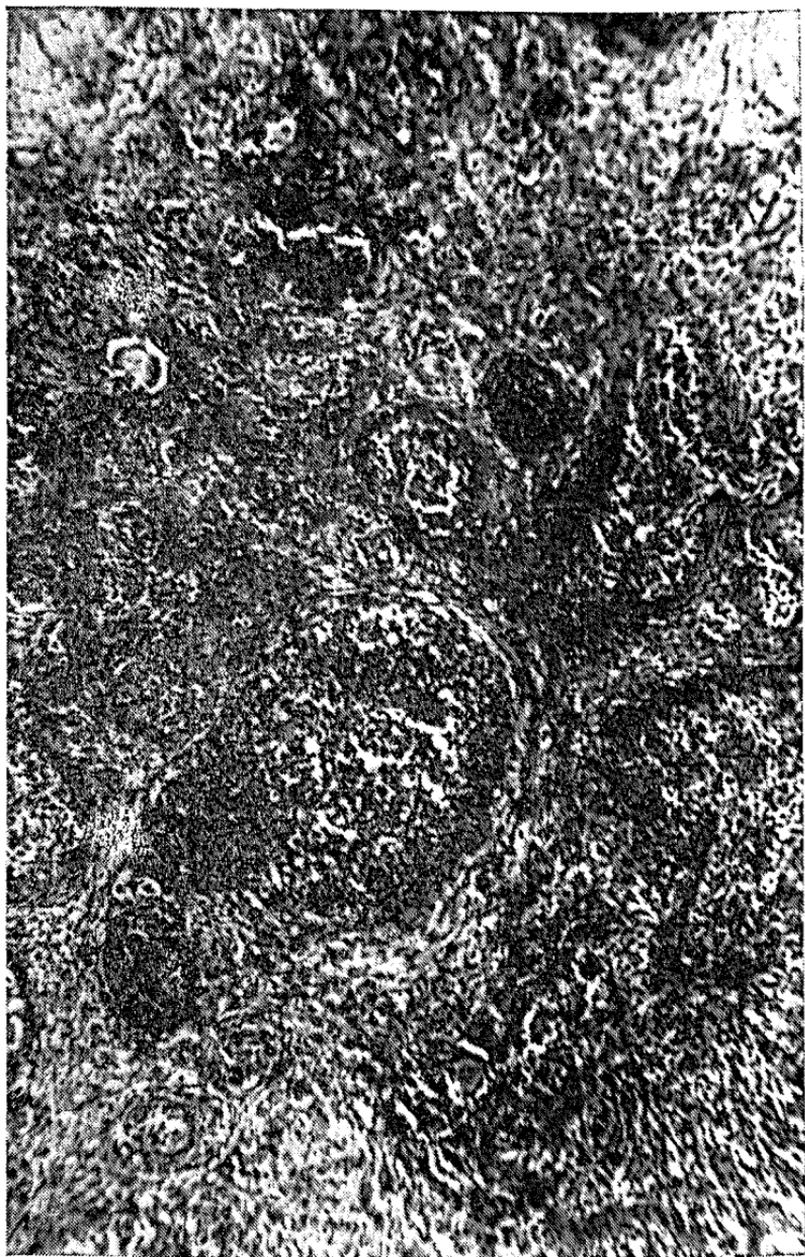


Figura 18



Figura 19