

CONCEITO ATUAL NO TRATAMENTO DOS AMELOBLASTOMAS

Current approaches to in the treatment of ameloblastomas

Ana Cláudia Amorim Gomes*
Emanuel Dias de Oliveira e Silva**
Daniela Guimarães de Melo Albert***
Millane Fabiola Coutinho de Lira****
Emanuel Sávio de Souza Andrade*****

Recebido em 14/10/2005
Aprovado em 09/02/2006

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, localmente invasivo, capaz de infiltrar-se pelos espaços medulares do osso, sem que haja indícios radiográficos ou macroscópicos, ou seja, os limites observados da lesão não traduzem o real comprometimento ósseo. Assim, pode-se observar altas taxas de recorrência associadas a diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas para o seu tratamento, que se baseia desde simples enucleação a extensas ressecções. Os autores apresentam, através de uma revisão de literatura, as atuais abordagens cirúrgicas para o tratamento do ameloblastoma.

Descritores: Ameloblastoma, tumores odontogênicos, abordagem cirúrgica, recidiva.

ABSTRACT

Ameloblastoma is an aggressive benign odontogenic tumor. The reason for this aggressive behavior is that this tumor is able to infiltrate the cancellous bone marrow spaces without showing radiological or macroscopic bone involvement, which leads to high rates of recurrence. Recurrence rates vary according to the different procedures used to treat the tumor, which range from simple enucleation to radical resection. The authors in this paper review the literature on the current surgical approaches to its treatment.

Descriptors: Ameloblastoma, odontogenic tumors, surgical approach, recurrence

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é a neoplasia odontogênica epitelial mais comum, constituindo entre 11 e 18% de todos os tumores odontogênicos (GARDNER; PECAK, 1980; NEVILLE et al., 1998). Santos et al. (2001) observaram uma frequência de 30,7% para este tumor dentre 127 casos de tumores odontogênicos, representando o segundo tumor de maior ocorrência. Possui crescimento lento, porém localmente invasivo e infiltrativo e com potencial

destrutivo (NEVILLE et al., 1998; ALLEGRA; GERMARI, 2000). Embora considerado benigno, o ameloblastoma pode ser extremamente agressivo, e lesões proliferativas com transformações malignas têm sido documentadas (FERRETI; POLAKOW; COLEMAN, 2000; NAKAMURA et al., 1995). Apresentam um comportamento biológico único que tem causado controvérsias quanto a sua melhor forma de tratamento (NAKAMURA et al., 2002). O objetivo deste trabalho é discutir e correlacionar os resulta-

*Especialista, Mestre e Doutora em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE, professora da Disciplina de Cirurgia da FOP/UPE.

**Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE, Professor Adjunto IV da Disciplina de Cirurgia da FOP/UPE.

***Aluna do curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

****Especialista e mestranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

*****Professor da Disciplina de Patologia Bucal da FOP/UPE.

dos de vários estudos publicados na literatura a respeito do tratamento desse tumor, avaliando-se quais os critérios utilizados para indicação de um tratamento conservador ou uma abordagem cirúrgica radical.

REVISTA DA LITERATURA

O ameloblastoma é um tumor que acomete os ossos maxilares composto por epitélio odontogênico, sem a participação de ectomesênquima (NEVILLE et al., 1998; SANTOS et al., 2001). Sua origem pode estar relacionada à indução da reativação das seguintes estruturas: restos de Serres, remanescentes do epitélio reduzido do órgão do esmalte, restos epiteliais de Malassez, células do folículo dentário e do revestimento epitelial de cistos odontogênicos (NEVILLE et al., 1998; CAMPOS, 1990; GOMES et al., 2002).

Clinicamente, os ameloblastomas são caracterizados por um crescimento lento, localmente invasivo, que pode causar expansão óssea e deformidade facial (CURI; DIB; PINTO, 1997). Apresenta sintomatologia escassa, razão pela qual o diagnóstico raramente é precoce, exceto ocasionalmente quando diagnosticados em exames radiográficos de rotina (AZOUBEL et al., 1997). A maioria dos ameloblastomas ocorre na mandíbula, predominantemente na região dos molares (NASTRI et al., 1995; NEVILLE et al., 1998; SANTOS et al., 2001). Em pessoas de cor negra, ocorre mais comumente na região anterior (BATAINEH, 2000). Quando acomete a maxila, a região de molares é mais acometida (ALLEGRA; GERMARI, 2000).

Os ameloblastomas classificam-se em três diferentes situações clinicoradiográficas que devem ser reconhecidas e diferenciadas devido ao tratamento e prognóstico distintos. São: sólido ou multicístico (86% dos casos), unicístico (13% dos casos) e periférico (1% dos casos) (FERRETI; POLAKOW; COLEMAN, 2000; STUDART-SOARES et al., 2001).

O ameloblastoma multicístico ocorre com mais frequência em pacientes na terceira e na sétima década de vida e apresenta-se clinicamente como a variante mais agressiva, devido a sua capacidade

infiltrativa, nas trabéculas ósseas. Essa característica leva à maior possibilidade de recorrência quando não removidos eficientemente. O aspecto radiográfico é de uma lesão radiolúcida multilocular descrita com o aspecto de “bolhas de sabão” ou “favos de mel” (GARDNER, 1996; NEVILLE et al., 1998; GOMES et al., 2002). Pode apresentar-se clinicamente como uma lesão de crescimento lento e persistente, consistente à palpação, geralmente levando a um abaulamento da cortical óssea (FERRETI; POLAKOW; COLEMAN, 2000; BATAINEH, 2000). A variante unicística foi primeiramente descrita por Robinson e Martinez (1977) como sendo uma entidade distinta de outras lesões com aspecto cístico. É mais comum em pacientes jovens, geralmente na segunda década de vida. Mais de 90% dos ameloblastomas unicísticos são encontrados na mandíbula, freqüentemente na região posterior (AZOUBEL et al., 1997). Radiograficamente se apresenta como lesão radiolúcida unilocular, que na maioria das vezes, circunda a coroa de um dente incluído, sendo comumente confundida com cistos dentígeros. Seu comportamento biológico é menos agressivo que no ameloblastoma multicístico (NEVILLE et al., 1998; PHILIPSEN; REICHARD, 1998).

O ameloblastoma periférico, por sua vez, é incomum, ocorrendo em cerca de 1% dos ameloblastomas. São mais comumente encontrados nas mucosas gengival e alveolar posterior, sendo, algumas vezes, confundido com fibromas. Ao contrário dos intra-ósseos, essa lesão tem um comportamento biológico menos agressivo, com um prognóstico favorável. Pode ser tratado conservadoramente, não existindo provavelmente recidivas, pois dificilmente compromete as estruturas ósseas adjacentes (NEVILLE et al., 1998; PHILIPSEN; REICHARD, 1998).

São classificados pelos padrões histológicos em folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulares, basalóide e desmoplástico (C. JUNIOR et al., 2000). O ameloblastoma folicular é o mais comum, seguido do plexiforme. As outras variações ocorrem em pequenas proporções (BATAINEH, 2000). De acor-

do com Ackerman et al. (1988), o ameloblastoma unicístico apresenta 3 subtipos histológicos: cístico simples, intraluminal e mural.

O tratamento do ameloblastoma permanece controverso, no entanto, numerosos estudos têm sido endereçados ao tópico e embora não haja unanimidade entre os autores quanto à melhor forma de tratamento, vários fatores devem ser considerados quanto ao planejamento cirúrgico (NAKAMURA et al., 2001; NAKAMURA et al., 2002; GOMES et al., 2002).

Uma vez dado o diagnóstico, o plano de tratamento é elaborado a partir dos achados clínicos e radiográficos (SILVA et al., 1990), podendo ser auxiliado, também, por tomografia computadorizada e ressonância magnética (PINHEIRO et al., 2001).

A abordagem cirúrgica pode ser classificada em radical ou conservadora. De maneira clássica, os ameloblastomas sólidos são tratados, na maioria dos casos, por excisões cirúrgicas radicais, com margem de segurança de 1 a 2 cm do osso normal. Já os ameloblastomas unicísticos tendem a ser removidos por enucleação, como se fossem cistos (GARDNER; PECAK, 1980; NAKAMURA et al., 1995; NEVILLE et al., 1998; NAKAMURA et al., 2002). Dentre os inconvenientes das técnicas radicais, não há dúvidas de que o principal é a reabilitação e, integrado ao planejamento cirúrgico, deve-se pensar na reconstrução do paciente, devolvendo-lhe a capacidade funcional, anatômica e estética (VOLKWEIS; WAGNER; GERHARDT, 2002).

Várias modalidades de tratamento têm sido propostas para o ameloblastoma, como a criocirurgia, eletrocauterização, escleroterapia e radioterapia (BATAINEH, 2000). A adição de spray de nitrogênio líquido, através de criocirurgia, tem reduzido a taxa de recidivas para 30% (AROTIBA; AROTIBA, 1998). Acredita-se que a crioterapia tem a capacidade de desvitalizar osso numa profundidade de 1 a 2 cm, além de causar menor morbidade pós-operatória (CURI; DIB; PINTO, 1997; ROSA et al., 1999). A radioterapia tem seu uso restrito e pode ser indicada nos casos inoperáveis, já que o

ameoloblastoma é, por sua vez, radiorresistente (QUEIROZ et al., 2002; SANTOS; LIMA; MORAIS, 2000).

O ameloblastoma apresenta um grande potencial de recidiva, se não for completamente removido (GOMES et al., 2002; BATAINEH, 2000). Diferentes taxas de recorrência têm sido documentadas, dependendo da técnica cirúrgica utilizada, número de casos e período de *follow-up*, conforme pode ser visto na tabela 1. Segundo Nakamura et al. (2002), embora haja relatos que recidiva de ameloblastomas tratados de forma conservadora seja de 75 a 90% e de 15 a 25% após tratamento radical, estudos recentes comprovam que a taxa de recidiva é de 33,3% e 7,1% para aqueles tratados de forma conservadora e radical, respectivamente. É importante salientar que independentemente da técnica utilizada, é imprescindível o acompanhamento clínico-radiográfico dessas lesões, já que mais de 50% das recorrências ocorrem até 5 anos após a cirurgia (KIMK; JANG, 2001; GREMPEL et al., 2003), havendo casos de até 10 a 15 anos depois (PIZER; PAGE; SVIRSKY, 2002).

Autores	Nº de casos	Recorrência	Tratamento
Small, Waldron (1955)	193	89(46%)	Curetagem
Sehdev et al. (1974)	32 23	29 (90%) 5 (22%)	Curetagem Ressecção segmentar
Muller, Slootweg (1985)	42	13(52%) 8 (73%) 2 (25%) 1 (8%)	Curetagem Enucleação Ressecção em bloco Ressecção radical
Ueno et al. (1989)	68 23	31 (45,65%) 2 (8,7%)	Conservador Ressecção Radical
Olaitan et al. (1993)	119 61 19	0 (0%) 1 (1,64%) 7 (36,8%)	Mandibulectomia radical Ressecção em bloco Enucleação
Nakamura et al. (1995)	24	9 (37,5%)	Marsupialização + Enucleação
Curi et al. (1997)	34	11 (30,6%)	Curetagem + Criocirurgia

TABELA 1 – Recorrência e modalidade de tratamento em várias séries de casos.

DISCUSSÃO

Muitas teorias têm surgido a respeito da melhor forma de tratamento dos ameloblastomas baseados, principalmente, nas suas características clínicas e comportamento biológico, o que tem levado vários autores a discordarem quanto ao tipo de tratamento ideal.

O ameloblastoma sólido ou multicístico demonstra uma maior propensão a infiltrar os tecidos circunvizinhos apresentando, portanto, um índice mais elevado de recorrência (CURI; DIB; PINTO, 1997; FERRETI; POLAKOW; COLEMAN, 2000). De maneira clássica, os ameloblastomas sólidos são tratados, na maioria dos casos, por excisões cirúrgicas radicais, com margem de segurança de 1 a 2 cm de osso sadio (NASTRI et al., 1995; NEVILLE et al., 1998; QUEIROZ, et al., 2002). Entretanto, as cirurgias radicais são associadas, invariavelmente, a sérios problemas para o paciente, citando-se como exemplo: disfunção mastigatória, mutilação, deformidade facial e movimentos anormais mandibulares (QUEIROZ et al., 2002). Ressalta-se que a taxa de recorrência é um fator crucial para um planejamento cirúrgico coerente, entretanto outros aspectos são, também, importantes e devem ser levados em consideração no momento da abordagem terapêutica, destacando-se a morbidade e qualidade de vida dos pacientes. Curi, Dib, Pinto (1997) afirmam que o tratamento dos ameloblastomas multicísticos, através de curetagem e crioterapia com spray de nitrogênio líquido, reduz a frequência de recidivas, proporcionando uma menor morbidade, preservando a função e melhorando a estética.

A literatura demonstra que os ameloblastomas unicísticos, tratados de maneira conservadora, têm apresentado um significativo índice de sucesso, apesar de a probabilidade de recidiva estar presente (NASTRI et al., 1995; PHILIPSEN; REICHARD, 1998; GREMPEL et al., 2003). O diagnóstico baseado em evidências clínicas e radiográficas nem sempre é verdadeiro, sendo, apenas, o exame histopatológico o único capaz de apresentar o diagnóstico final diante de um achado clínico e radiográfico controverso (LAUREANO-

FILHO; CAMARGO, 2003). Depois de informado o subtipo histológico em questão, os tipos intramural ou luminal são tratados com eficácia, pelas técnicas cirúrgicas conservadoras. Mas, se o subtipo for denominado mural, no qual as células neoplásicas ultrapassam a barreira epitelial e se encontram na cápsula fibrosa, pode ocorrer a invasão dos tecidos adjacentes, e o seu tratamento deve ser impreterivelmente mais radical (NEVILLE et al., 1998; GOMES et al., 2002). Têm-se sugerido abordagens conservadoras para essas lesões com o uso de curetagem, enucleação (AZOUBEL et al., 1997), marsupialização (NASTRI et al., 1995; BATAINEH, 2000) e, ainda, a descompressão, que consiste no uso de dispositivos instalados, adjacentes à lesão para que se façam irrigações intralesionais, evitando o crescimento da lesão e estimulando a sua diminuição devido à neoformação óssea (SHTEYER, 2002).

O motivo de o ameloblastoma unicístico não ser considerado tão inofensivo foi reforçado pelo estudo de Sampson, Pogrel (1999), em que dos 4 casos tratados apenas por curetagem, todos resultaram em recidiva. No estudo de Nakamura et al. (1995), 24 ameloblastomas unicísticos foram tratados inicialmente por marsupialização. Dos 24 pacientes, 21 foram submetidos a um segundo procedimento cirúrgico: enucleação em 13 casos, ressecção em bloco em 1 caso e a ressecção segmentar em 7 casos. Dos casos em que foram realizados enucleação, 9 (69,2%) apresentaram recidiva, enquanto que, com o emprego das outras técnicas, nenhuma recidiva foi evidenciada.

Nakamura et al. (2001), através de um estudo histológico de mandíbulas ressecadas de 22 ameloblastomas que envolviam o nervo alveolar inferior, observaram que em nenhum caso de ameloblastoma unicístico, havia infiltração tumoral nos tecidos adjacentes ao nervo, concluindo que essa estrutura não deva ser incluída na peça cirúrgica, por medida de segurança. Bataineh (2000) afirma que a tábua óssea que envolve o feixe vaso-nervoso

alveolar inferior proporciona certa proteção ao mesmo que, quando livre do tumor macroscopicamente, deve ser preservado.

Um outro aspecto sempre discutido diz respeito se há ou não relação entre o padrão histológico apresentado por essa entidade e seu comportamento clínico frente aos diversos tipos de tratamento. Diversos estudos têm sido realizados no sentido de correlacionar se os subtipos histológicos do ameloblastoma interferem no seu tratamento e prognóstico (VOLKWEIS; WAGNER; GERHARDT, 2002; AROTIBA; AROTIBA, 1998). Entretanto, para Nakamura et al. (2002), as características histológicas sempre foram pouco exploradas, e o tempo de acompanhamento pós-operatório dos pacientes, demasiadamente curto, o que dificulta a apresentação de dados concretos quanto às taxas de recidiva.

No que diz respeito às modalidades cirúrgicas para tratamento do ameloblastoma, a radioterapia só encontra espaço em casos de lesões com grande comprometimento de tecidos moles, devendo ser reservada, apenas, para os casos inoperáveis (OLAITAN et al., 1993; GOMES et al., 2002). Atualmente, além de ser sabido que essa lesão possui radiorresistência, outros fatores praticamente condenam qualquer indicação de uso: possibilidade do desenvolvimento de osteorradionecrose e risco de transformação maligna (GARDNER, 1996).

Para Nakamura et al. (2002), o tratamento conservador, como marsupialização e enucleação, seguida de curetagem óssea adequada, mostrou-se bastante eficiente, reduzindo a necessidade de uma ressecção cirúrgica. Porém, cada caso de ameloblastoma deve ser analisado de forma individual e meticulosa, primando, nos casos em que o tumor se apresenta nos estágios iniciais, por um tratamento conservador, mesmo que apresente um maior risco de recidiva. Tal conduta é considerada válida, pois, as complicações e seqüelas dessas cirurgias são, ao longe, menores que aquelas causadas pelas cirurgias radicais.

Deve-se, contudo, lembrar que há casos em

que o tratamento conservador estará descartado, principalmente nos casos em que o tumor tinha atingido grandes proporções. No entanto, deve-se analisar cada caso antes da cirurgia mediante criterioso exame clínico e radiográfico, para que a tomada de decisão seja o mais racional possível, pois, além de atingir uma situação livre de doença, é fundamental devolver ao paciente uma qualidade de vida digna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o levantamento bibliográfico, pôde-se identificar, de uma maneira geral, uma tendência recente da comunidade científica em realizar procedimentos terapêuticos menos invasivos para os ameloblastomas, inclusive para os tipos multicísticos ou sólidos convencionais.

REFERÊNCIAS

- ACKERMAN et al. The unicystic ameloblastoma: a clinicopathological study of 57 cases. **J Oral Pathol**, Copenhagen, v. 17, p. 541-546, 1988.
- ALLEGRA, F.; GERMARI, P.V. As neoplasias da mucosa bucal: In: _____. **As doenças da mucosa bucal**. São Paulo: Santos, 2000. p.171-209
- AROTIBA, D.T.; AROTIBA, J.T. Anatomic classification of intraosseous ameloblastoma as a guide to surgical management. **Afric Med J.**, [s.l.], v. 75, p. 401-10, 1998.
- AZOUBEL, E. et al. Ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de um caso. **Rev Odontociência**, [s.l.], v. 2, n. 24, p.215-220, 1997.
- BATAINEH, A.B. Effect of Preservation of the inferior and posterior borders on recurrence of ameloblastoma of the mandible. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, St. Louis, v.90, p. 155-163, 2000.
- CAMPOS, G.M. Ameloblastoma, behavioral and

- histologic paradox: a philosophical approach. **Braz Dent J.**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 5-15, 1990.
- CURI, M.M.; DIB, L.L.; PINTO D.S. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spray cryosurgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, St. Louis, v. 84, p. 339-344, 1997.
- FERRETI, C.; POLAKOW, R.; COLEMAN, H. Recurrent ameloblastoma: report of 2 cases. **J Oral and Maxillofacial Surg.**, Philadelphia, v. 58, n; 7, p. 800-4, 2000.
- GARDNER D.G.; PECAK A.M.J. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. **Cancer.**, Philadelphia, v.46, p.2514-9, 1980.
- GARDNER, D.G. Some current concepts on the pathology of ameloblastoma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, St. Louis, v. 82, n.6, p.660-689, 1996.
- GOMES, A.C.A. et al. Ameloblastoma: Tratamento cirúrgico conservador ou radical? **Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial.**, Camaragibe, v.2, n. 2, p.17-24, 2002.
- GREMPEL, R.G.; GAIÃO, L.; SOUZA, W.D.; SOBREIRA, T. Tendências de abordagens cirúrgicas no tratamento de ameloblastomas. **RBPO**, Natal, v.2, n.4, p.13-17, out./dez. 2003.
- C. JUNIOR, E.G. et al. Ameloblastoma folicular: Revisão e relato de caso. *Rev da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo, Passo Fundo*, v. 5, n.2, p. 13-18, 2000.
- KIMK SG; JANG HS. Ameloblastoma: a clinical, radiographic and histopathologic analysis of 71 cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** [s.l.], v.91, p.649-653, 2001.
- LAUREANO-FILHO, J.R.; CAMARGO, I.B. O uso da descompressão no tratamento de ameloblastoma cístico: relato de caso. **Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v. 3, n. 2, p.10-15, 2003.
- MULLER, H.; SLOOTWEG, P.J. The Growth characteristics of multilocular ameloblastomas: a histological investigation with some inferences with regard to operative procedures. **J Oral Maxillofac Surg.**, St. Louis, v.13p. 224-30, 1985.
- NAKAMURA, N. et al. Growth characteristics of ameloblastoma involving the inferior alveolar nerve: a clinical and histopathologic study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, St. Louis, v.91, p.557-62, 2001.
- NAKAMURA, N. et al. Marsupialization of cystic ameloblastoma: a clinical and hidtopathologic study of the growth characteristics before and after marsupialization. **J Oral and Maxillofac Surg.**, St. Louis, v.53, p.748-41, 1995.
- NAKAMURA, N. et al. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, St. Louis, v.93, p.13-20, 2002.
- NASTRI, A.L. et al. Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases. **Br J Oral Maxillofac Surg.**, Edinburgh, v. 33, n. 1, p. 28-32, 1995.
- NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 711p.
- OLAITAN, A.A. et al. Ameloblastoma: clinical festures and management of 315 cases from Kaduna, Nigéria. **J Craniomaxillofac Surg.**, [s.l.], v.21, p.351-5, 1993.
- 23.OLAITAN, A.A.; ADEKEYE, E.O. Unicystic ameloblastoma of the mandible: a long-term follow-up. **J Oral and Maxillofac Surg.**, St. Louis, v.55, p.345-8, 1997.

24. PHILIPSEN, H.P.; REICHARD, P.A. Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. **Oral Oncolog.**, [s.l.], v. 34, n. 5, p. 315-325, 1998.
- PINHEIRO, J.J.V. et al. O papel da imagenologia no diagnóstico diferencial de cistos odontogênicos e ameloblastoma. **Revista da ABRO**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 1-8, 2001.
- PIZER, M.E.; PAGE, D.G.; SVIRSKY, J.A. Thirteen-year follow-up of large recurrent unicystic ameloblastoma of the mandible in a 15-year-old-boy. **J Oral Maxillofac Surg.**, St. Louis, v. 60, p.211-5, 2002.
- QUEIROZ, S.B.F. et al. Tratamento conservador de um caso de ameloblastoma sólido: novos conceitos e abordagens terapêuticas. **Revista Brasileira de Patologia Oral.**, Natal, v.1, n. 1, p.39-46, 2002.
- ROBINSON, L., MARTINEZ, M.G. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. **Cancer**, Philadelphia, v. 40, p. 2275-2285, 1977.
- ROSA, E.A. et al. Ameloblastomas: avaliação do tratamento executado nos pacientes do hospital universitário Pedro Ernesto - UERJ, entre 1990 e 1997. **Rev. Bras Odont.**, Rio de Janeiro, v.56, p. 306-310, 1999.
- SANTOS, J.N. et al. Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. **Pesquisa Odontológica Bras.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 308- 313, 2001.
- STURDAT-SOARES, E.C. et al. Tratamento do ameloblastoma: controvérsias ainda existem. **Revista Cearense de Odontologia**, Fortaleza, v.2, n.1, p. 43-51, 2001.
- SANTOS, L.M.; LIMA, J.R.S.; MORAIS, L.C. Ameloblastoma - Revisão da literatura e relato de caso. **Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia**, Curitiba, v. 7, n. 28, p.19-21, 2000.
- SEHDEV, M.K. et al. Ameloblastoma of maxila and mandible. **Câncer**, Philadelphia, v.33, p.324-33, 1974.
- SHTEYER, A. Discussion: Ameloblastoma in Children. **J Oral and Maxillofac Surg.**, St. Louis, v. 60, p. 770-771, 2002.
- SILVA R. M. et al. Contribuição ao estudo dos ameloblastomas. **RGO**, Porto Alegre, v. 38, p. 395-399, 1990.
- SMALL, I.A.; WALDRON C.A. Ameloblastoma of the jaws. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, St. Louis, v. 8, p. 281-97, 1955.
- UENO, S.; MUSHIMOTO, K.; SHIRASU, R. Prognostic evaluation of ameloblastoma based on histologic and radiographic typing. **J Oral and Maxillofac Surg.**, St. Louis, v.47, p.11-15, 1989.
- VOLKWEIS, M.R.; WAGNER, J.C.; GERHARDT, E.L. Cistos e tumores odontogênicos - Um guia para o diagnóstico diferencial. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica**, Curitiba, v.6, n.31, p.36-42, jan./fev. 2002.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Profa. Ana Claudia Amorim Gomes
 Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP
 Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1650 - Tabatinga
 Camaragibe/PE - CEP 54753-901
 Fax: 81- 3458 1476

