

A ABORDAGEM E O TRATAMENTO DE UM AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO NA MANDÍBULA

The approach and treatment of a unicystic Ameloblastoma in the jaw

Relato de caso

RESUMO

Dentre o complexo grupo de tumores odontogênicos, o ameloblastoma se destaca como o tumor odontogênico de origem epitelial mais importante e comum. Consiste em um tumor majoritariamente benigno, de curso lento e localmente invasivo, muito embora possa ter altas taxas de recidivas. O ameloblastoma unicístico é uma das variantes do tumor e merece consideração à parte por suas características próprias. Este trabalho teve por finalidade elucidar as peculiaridades desta variante do ameloblastoma, a partir do relato de caso do atendimento de um jovem que teve o acometimento do tumor na mandíbula, abordando os métodos diagnósticos utilizados e o tratamento empregado. Baseando-se nos dados obtidos, conclui-se que o prognóstico para pacientes com ameloblastoma unicístico é bastante favorável, desde que os procedimentos propedêuticos sejam bem conduzidos pelos profissionais em questão.

Descritores: Ameloblastoma; Neoplasias mandibulares; Mandíbula; Tumores odontogênicos.

ABSTRACT

Among the complex group of odontogenic tumors, the ameloblastoma points out as the most important and common odontogenic tumor of epithelial origin. It consists mainly of a benign tumor, slow in progress and locally invasive, although it can present high rates of recurrence. The unicystic ameloblastoma is one of the tumor variants and deserves singular consideration for its peculiar characteristics. This study aimed at showing the peculiarities of this ameloblastoma variant through a case report on the care assistance of a young man committed by a jaw tumor, approaching the diagnostic methods used and the applied treatment. Based on present, we conclude that the prognostic for patients with unicystic ameloblastoma is very favorable, since the propaedeutic proceedings are well conducted by the professionals involved.

Descriptors: Ameloblastoma; Mandible neoplasm; Jaw; Odontogenic tumors.

Antônio Francisco Durigetto Júnior⁽¹⁾
Adriano Mota Loyola⁽²⁾
Cláudia Jordão Silva⁽³⁾
Sérgio Vitorino Cardoso⁽⁴⁾
Rafaela Guidi⁽⁵⁾
João César Guimarães Henriques⁽⁶⁾
José Humberto Macedo⁽⁷⁾
Leonardo Tadeu Martins⁽⁸⁾

1) Doutor em Patologia Bucal, Professor da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e do Centro Universitário do Triângulo Mineiro

2) Doutor em Patologia Bucal, Professor da UFU, Professor Orientador da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

3) Doutora em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Professora da UFU

4) Doutor em Patologia Bucal, Professor da UFU

5) Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Mestranda da UFU, Cirurgiã-Dentista do Hospital do Câncer do Hospital das Clínicas da UFU

6) Especialista em Imaginologia Odontológica, Mestrando da UFU.

7) Especialista em Endodontia, aluno do curso de especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da UFU, Mestrando da UFU

8) Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Mestrando da UFU

Recebido em: 16/08/2006

Revisado em: 03/11/2006

Aceito em: 06/11/2006

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é uma neoplasia odontogênica benigna que abrange aproximadamente 10% de todos os tumores odontogênicos e 1% dos tumores e cistos dos maxilares⁽¹⁾. É considerado também o tumor odontogênico de maior significância clínica⁽²⁾. A doença foi primeiramente identificada em 1868, e o termo “ameloblastoma” foi baseado na etiologia epitelial odontogênica do tumor^(3,4). Em recente trabalho realizado sobre a abordagem inicial de 29 pacientes acometidos de ameloblastoma, setenta e dois por cento se apresentaram com um aumento volumétrico assintomático, catorze por cento vieram apresentando dor e em dez por cento dos casos o ameloblastoma foi diagnosticado mediante exames radiológicos de rotina.⁽⁵⁾

É um tumor localmente invasivo e que, se não removido totalmente, tem grandes chances de recidivar⁽⁶⁾. Ocorre predominantemente na mandíbula, com sessenta e seis por cento de acometimento na região de molares inferiores e ramo ascendente⁽²⁾.

De acordo com as características clínicas e radiográficas, os ameloblastomas são divididos em três tipos básicos: 1) sólido convencional ou multicístico; 2) unicístico e 3) periférico⁽⁷⁾. Com base nos aspectos histológicos, os ameloblastomas podem apresentar diversos padrões, tais como: folicular e plexiforme – esses os padrões histológicos mais comuns – além de acantomatoso, de células granulares, desmoplásico e de células basais, sendo esses padrões menos frequentes^(8,9).

A variante unicística dos ameloblastomas, especificamente, foi descrita primeiramente em 1977⁽¹⁰⁾. Acomete preferencialmente pacientes jovens, sendo 50% dos casos diagnosticados na segunda década de vida⁽⁹⁾. A maioria absoluta dessas lesões possui aspecto radiográfico unilocular, muito embora o aspecto multilocular também possa ocorrer. Uma área radiolúcida circundando a coroa de um dente, similar a um cisto dentífero, ou então área radiolúcida bem definida, podendo sugerir cisto primordial, radicular ou residual, podem estar presentes⁽⁹⁾. Autores⁽¹¹⁾ argumentam ser incerta a origem dos ameloblastomas unicísticos, e que estas lesões representam, provavelmente, mais mudanças ameloblastomatosas em um cisto pré-existente do que a degeneração cística de um tumor sólido, e por isso preferem mais a terminologia “cística” do que “unicística”. Foram relatados três casos de ameloblastomas surgidos a partir de cistos odontogênicos (dois cistos radiculares e um dentífero)⁽¹²⁾. É muito discutido se o ameloblastoma unicístico se origina de uma neoplasia ou da transformação neoplásica do epitélio de um cisto não-neoplásico⁽⁹⁾.

Duas variantes histopatológicas são atualmente consideradas: luminal e mural⁽¹³⁾. Num levantamento

de trinta pacientes com até dezoito anos e que tiveram ameloblastomas, constataram a incidência de um e meio homens para cada uma mulher. Todas as lesões estavam na mandíbula. Afirmaram ainda que, em um exame cuidadoso das radiografias dos pacientes, todos apresentavam dentes adjacentes à lesão com reabsorção radicular, diferentemente de casos de cistos dentíferos, nos quais não se presencia este fato com frequência. Complementam o estudo dizendo que o sucesso do procedimento cirúrgico é dependente da acessibilidade do tumor, das habilidades do cirurgião e da completa remoção do tumor, e que em jovens o procedimento cirúrgico mais conservador deve ser o de escolha, especialmente em lesões unicísticas, consideradas menos agressivas que as demais variantes histológicas⁽¹⁴⁾.

O ameloblastoma unicístico é melhor tratado cirurgicamente por enucleação, porque se apresenta clinicamente como cisto^(15,16). A marsupialização deve ser realizada e é mais efetiva em jovens, devendo perdurar, se possível, por mais de quatro meses. É importante saber os aspectos clínicos, radiográficos e histológicos, no sentido de direcionar qual será o melhor tratamento e o prognóstico do caso⁽¹⁷⁾. É conveniente optar, sempre que possível, por tratamento conservador para os ameloblastomas unicísticos, e traçar um plano de tratamento a ser seguido: 1) diagnóstico diferencial preciso, com a realização de punção prévia; 2) tratamento conservador, consistindo em biópsia incisional e a marsupialização para descompressão no mesmo tempo operatório, seguido pela enucleação, após cinco meses aproximadamente 3) exames do espécime cirúrgico obtido, com múltiplos cortes seriados para se avaliar a extensão do tumor; 4) acompanhamento pós-operatório durante longo período; e 5) em casos de recorrências, realizar nova intervenção mais abrangente⁽¹⁸⁾. Embora a frequência de recorrência seja maior com tratamentos conservadores do que com o uso de cirurgias radicais e muitas vezes mutilantes, deve-se levar em conta primeiramente a qualidade de vida do paciente, uma vez que os ameloblastomas são tumores de desenvolvimento lento e apenas muito raramente associados ao desenvolvimento de metástases⁽¹⁷⁾.

A crioterapia aparece nesse contexto como uma modalidade terapêutica complementar, a qual basicamente provoca morte celular na área tratada mediante a formação de cristais de gelo citolíticos, sendo o criógeno aplicado logo depois da enucleação e curetagem óssea da lesão⁽¹⁹⁾. Tem sido usada principalmente em lesões com baixo grau de malignidade e taxas de recidiva significantes como ameloblastomas, queratocistos e fibromas ossificantes⁽²⁰⁾.

A taxa de recorrência de ameloblastomas unicísticos tratados conservadoramente varia de dez a vinte e cinco por cento, enquanto o tratamento conservador para ameloblastomas não unicísticos mostra taxas de recorrência de cinquenta a noventa por cento⁽²¹⁾. Estudos relataram

recorrência em quarenta por cento dos casos em jovens com média de idade de quinze anos e acompanhamento pós-enucleação de cinco anos⁽²²⁾.

É idealmente indicado para o ameloblastoma unicístico uma preservação de dez anos^(15,16). É proposto também que pacientes com ameloblastoma unicístico e submetidos a enucleação e curetagem devam ser acompanhados duas vezes ao ano, no mínimo durante cinco anos, e se possível por dez anos⁽²³⁾.

O objetivo do presente trabalho foi relatar o caso de um ameloblastoma unicístico afetando um paciente jovem do gênero masculino, tratado por marsupialização e posterior enucleação e crioterapia, discutindo os dados observados na conduta com aqueles disponíveis na literatura internacional.

RELATO DO CASO

Paciente M. S. H., gênero masculino, dezessete anos de idade, melanoderma, foi encaminhado pela Secretaria de Saúde da cidade de Araguari (MG) para o ambulatório de Diagnóstico Estomatológico da Universidade Federal de Uberlândia para avaliação de aumento volumétrico da face. Durante a anamnese, o paciente relatou estar com o rosto “inchado” já há alguns meses e, em função de ter batido o joelho acidentalmente na região edemaciada, apresentava dores e bastante dificuldade em abrir a boca, há aproximadamente uma semana. A história médica não revelou nenhuma alteração digna de nota.



Figura 1. Paciente M.S.H., dezessete anos, se apresentando no contato inicial com um aumento volumétrico do lado direito da face, trismo e sintomatologia dolorosa presente.

Ao exame físico extrabucal, observava-se nítida assimetria facial ocasionada por aumento volumétrico do lado direito da face (figura 1). No exame físico intrabucal, notava-se também evidente aumento volumétrico no rebordo alveolar mandibular que se iniciava na face distal do dente 46 e progredia posteriormente, acometendo o aspecto vestibular do osso e provocando mascaramento do fundo de saco de vestibulo. Os dentes quarenta e sete e quarenta

e oito não estavam visíveis no exame intrabucal. A higiene bucal era insatisfatória.



Figura 2. Exame radiográfico Pósterio-Anterior de Mandíbula que o paciente portava, mostrando uma extensa área radiolúcida do lado direito da mandíbula, com expansão óssea e deslocamento inferior do dente quarenta e sete em formação radicular.



Figura 3. Radiografia Panorâmica evidenciando toda a extensão da lesão com acometimento de corpo e ramo mandibulares direito, com expansão das corticais e uma linha radiopaca delimitando uma grande imagem radiolúcida que anteriormente trespassava o dente quarenta e seis (com reabsorção radicular externa) e posteriormente atingia a região da incisura sigmóide. Era evidente também a ausência do elemento quarenta e oito e a presença de uma higiene bucal insatisfatória.

O paciente apresentou-se portando uma radiografia extrabucal obtida em tomada pósterio-anterior realizada no serviço de sua cidade. O exame mostrava uma imagem radiolúcida unilocular com expansão vestibular mandibular direita, podendo também ser identificado o dente quarenta e sete, que fora deslocado inferiormente no corpo mandibular (figura 2). Foi então realizado um exame radiográfico ortopantomográfico, evidenciando uma alteração radiolúcida unilocular, em algumas partes delimitada por halo radiopaco, estendendo-se das adjacências radiculares do dente quarenta e seis em sentido posterior pelo corpo mandibular

e ramo ascendente até a região da incisura sigmóide, entre o côndilo e o processo coronóide. Observava-se ainda notável adelgaçamento da cortical da base da mandíbula e deslocamento basilar do dente quarenta e sete, que também mostrava formação radicular incompleta, com ausência do elemento quarenta e oito (figura 3). Ainda mediante análise do exame panorâmico, foi levantada a suspeita de reabsorção radicular externa do dente quarenta e seis adjacente à lesão, comprovada com exame periapical. Com base na anamnese e nos dados obtidos nos exames clínico e radiográfico, algumas hipóteses diagnósticas foram levantadas: ameloblastoma uncístico, fibroma ameloblástico, cisto dentífero e queratocisto odontogênico.

A punção aspirativa foi realizada no intuito de se verificar o conteúdo interno da lesão. Um líquido amarelado e bem fluido foi obtido. Posteriormente, em função principalmente da grande extensão e provável benignidade da lesão, optou-se pela cirurgia de marsupialização e descompressão, buscando assim impedir a crescente expansão da lesão, estimulando neo-formação óssea e ainda possível afloramento do elemento quarenta e sete, até que fosse seguro, posteriormente à enucleação completa da lesão. O procedimento foi realizado com sucesso, sendo observado o aspecto unilocular do tumor. O material retirado do óstio cirúrgico foi enviado para exame anatomo-histopatológico, que atestou o diagnóstico de ameloblastoma. A associação desse dado aos achados radiográficos e cirúrgicos permitiu então a conclusão diagnóstica de ameloblastoma unicístico. O paciente foi medicado e teve todas as orientações de cuidados com a cavidade acessória agora adquirida, além de ter sido instruído a realizar irrigações diárias com soro fisiológico no interior da cavidade e fazer bochechos diários com digluconato de clorexidina zero doze por cento. Orientações básicas para se obter uma melhor higienização bucal também foram passadas ao paciente.



Figura 4. Enquadramento de uma radiografia panorâmica de aproximadamente seis meses pós marsupialização, mostrando uma redução nas dimensões do tumor e da área radiolúcida, com neoformações ósseas (radiopacidades dispersas) e a migração do dente quarenta e sete em direção à cavidade bucal.

No período pós marsupialização, a preservação foi feita mensalmente. O paciente rapidamente relatou o desaparecimento da dor e o retorno da capacidade de abertura bucal normal, além de clinicamente ter ficado evidente a redução da área tumefeita. Passados aproximadamente três meses da marsupialização, os exames radiográficos oclusal e panorâmico foram realizados, mostrando neoformação óssea em evolução, com redução dimensional do tumor e evidente erupção do dente quarenta e sete, determinando uma boa evolução depois do processo de marsupialização. O acompanhamento continuou assim como as melhoras clínicas do paciente, até que com aproximadamente seis meses novos exames de imagem foram realizados, permitindo o agendamento da cirurgia de enucleação do tumor (figura 4). A cirurgia foi então realizada com sucesso por enucleação, curetagem óssea e crioterapia adicional (figura 5). Um novo exame radiográfico panorâmico foi realizado cinco dias após a cirurgia final, mostrando a ausência dos dentes diretamente envolvidos com a lesão e as neoformações ósseas em andamento (figura 6).



Figura 5. Foto de cirurgia final da exérese tumoral, onde fica evidente a cavidade óssea remanescente no ramo ascendente após o período de marsupialização. Visualiza-se também o dente quarenta e sete no interior da cavidade. Os dois molares inferiores direitos presentes foram removidos no ato cirúrgico, por estarem diretamente envolvidos com o tumor.



Figura 6. Novo exame panorâmico de cinco dias pós cirurgia final elucidando a remoção dos dentes quarenta e seis, quarenta e sete e do tumor. Diversas imagens radiopacas são observadas na região onde antes havia o tumor, mostrando o dinâmico processo de formação óssea no local.

O paciente teve um pós-operatório bem satisfatório e será proservado semestralmente por um período de dez anos, se assim for possível.

DISCUSSÃO

Diversos trabalhos relatando a detecção de ameloblastomas em jovens estão disponíveis na literatura. No caso específico dos ameloblastomas unicísticos, aproximadamente metade dos casos são encontrados em jovens na segunda década de vida⁽⁹⁾. Consoante com a literatura, o presente trabalho relata o acometimento do tumor em um jovem de dezessete anos.

A ocorrência dos ameloblastomas na mandíbula, e particularmente na região de molares e ramo ascendente, é observada na maioria absoluta dos relatos de casos publicados sobre essa doença^(1-4,6,9). Da mesma forma, o presente caso clínico expõe um ameloblastoma acometendo parte do corpo e praticamente toda a extensão do ramo ascendente do lado direito da mandíbula do paciente.

Estudos relatam que a grande maioria dos pacientes (setenta e dois por cento) se apresenta com um aumento volumétrico assintomático na consulta inicial, muito embora uma parcela considerável (catorze por cento) já procura o tratamento com o quadro de dor associado⁽⁵⁾. O paciente aqui descrito procurou ajuda profissional devido a um “inchaço” na mandíbula, que naquele momento já se manifestava doloroso. Acreditamos que a dificuldade de acesso até a cidade, visto que o paciente residia na zona rural, além do trauma acidental do joelho na mandíbula potencializando os sintomas naquele momento, podem ter contribuído para a procura tardia do tratamento da lesão.

A larga maioria dos achados radiográficos de ameloblastomas unicísticos correspondem a alteração radiolúcida unilocular⁽¹¹⁾. O ameloblastoma do presente caso mostrava uma extensa imagem radiolúcida unilocular, muito bem identificada nos exames ortopantomográfico, pósterio-anterior e oclusal realizados, que envolvia boa parte do corpo mandibular e ramo ascendente direitos e se estendia até a região da incisura sigmóide. A identificação da associação da lesão com dentes não irrompidos é bastante comum no caso de ameloblastomas unicísticos, porém pode sugerir também cistos dentígeros⁽⁹⁾. Para isso, a análise cuidadosa de uma radiografia periapical em função de eventuais reabsorções radiculares dos dentes adjacentes à lesão é de fundamental importância no diagnóstico diferencial entre as duas entidades patológicas⁽¹⁵⁾. No presente relato de caso, exame periapical para avaliação detalhada do dente quarenta e seis adjacente à lesão foi realizado, demonstrando evidentes reabsorções radiculares neste, favorecendo a hipótese diagnóstica de lesão ameloblástica em detrimento da lesão cística.

Alguns fatores fundamentais devem ser levados em conta na determinação do manejo cirúrgico no tratamento de ameloblastomas unicísticos, tais como: o tipo do tumor, sua localização anatômica, extensão da doença, características histológicas e radiográficas, bem como a idade e a compreensão do paciente^(17,24,25).

Protocolos cirúrgicos propõem a realização de marsupialização e acompanhamento posterior para tratamento de ameloblastomas unicísticos uniloculares. Caso bons resultados tenham sido obtidos, realiza-se posteriormente a enucleação da lesão e curetagem óssea; caso contrário, parte-se para a ressecção cirúrgica⁽²⁰⁾. Outros protocolos mais detalhados propõem uma seqüência mais detalhada de atendimento para o paciente com suspeita de ameloblastoma unicístico, que seria: punção aspiratória, biópsia incisional e marsupialização num mesmo tempo operatório, enucleação depois de quatro meses da marsupialização, proervação prolongada e cirurgia mais abrangente em caso de recidiva⁽¹⁹⁾. De acordo com essa proposta de conduta mais conservadora, o paciente do caso relatado foi submetido inicialmente a uma punção, que resultou positiva para líquido, e foi conduzido, posteriormente, para marsupialização e biópsia incisional concomitante, finalizando com a enucleação completa da lesão no momento apropriado.

O procedimento cirúrgico mais conservador para ameloblastomas unicísticos, principalmente em se tratando de pacientes jovens e levando-se em conta o comportamento cístico do tumor, sabidamente bem menos agressivo que a variante sólida convencional, é amplamente defendido por uma série de autores^(12, 15-18). Pesquisas mostram a eficácia da enucleação, se, preferencialmente, realizada após quatro meses de marsupialização. Em nosso caso, foi feita a opção pela enucleação após aproximadamente seis meses de marsupialização, uma vez que, radiograficamente, esse foi o tempo necessário para que houvesse considerável neoformação óssea periférica e redução do tumor, a ponto de o paciente estar apto ao procedimento cirúrgico definitivo.

Para lesões consideradas de baixa agressividade, porém com taxas de recidiva significantes, a crioterapia tem tido especial indicação^(19,20). Uma vez sendo o ameloblastoma unicístico um tumor benigno de bom comportamento, porém com taxas de recidiva consideráveis^(21,22), a crioterapia foi utilizada como um acessório terapêutico bastante importante, utilizado após a enucleação e curetagem, contribuindo para que o tumor não acometesse novamente o paciente.

Finalmente, a proervação clínico-radiográfica do paciente se estenderá, preferencialmente, por um período de dez anos, semestralmente, como recomendado em vários trabalhos na literatura^(22,23).

O relato de caso clínico aqui apresentado visa fundamentalmente abordar as condutas empregadas diante de um paciente jovem com ameloblastoma unicístico,

discutindo passo-a-passo os métodos diagnósticos usados e os procedimentos terapêuticos realizados posteriormente, visando sempre culminar com a melhor qualidade de vida do paciente e contribuir assim para auxiliar na condução de futuros casos que venham a ocorrer com outros indivíduos.

Agradecimentos

Aos doutores Marcelo Dias Moreira de Assis e Jonas Dantas Batista, pelo suporte nos procedimentos cirúrgicos e companheirismo diário.

REFERÊNCIAS

1. Lucas RB. Pathology of tumours of the Oral tissues. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1984. p.31.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquost, JE. Patologia oral & maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.711.
3. Small IA, Waldron CA: Ameloblastoma of the jaws, Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1955; 8: 281-297.
4. Vickers RA, Gorlin RJ. Ameloblastoma: delineation of early histopathologic features of neoplasia. Cancer 1970; 26: 699-710.
5. Lee PK, Samman N. Unicystic ameloblastoma use of carnoy's solution after enucleation. Int J Oral Maxillofac Surg 2004; 33: 263-7.
6. Olaitan AA, Adekeye EO. Clinical features and management of ameloblastoma of the mandible in children and adolescents. Br J Oral Maxillofac Surg 1966; 34: 248.
7. Gardner DG, Pecak AMJ. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. Cancer 1980; 46: 2514-9.
8. Regeze JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. J Oral Surg 1978; 36: 771-8.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquost, JE. Patologia oral & maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 586-94.
10. Robinson L, Martinez MG. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. Cancer 1977; 40: 2278-85.
11. Kahn MA. Ameloblastoma in young persons: A clinicopathologic analysis and etiologic investigation. Oral Surg 1989; 67: 706.
12. Holmlund A. Ameloblastoma originating from cysts. J Oral Pathol Med 1991; 20: 318-21.
13. Gardner DG, Heikinheimo K, Shear M, Philipsen HP, Coleman H. Ameloblastomas. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky, Editores. World Health Organization of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press; 2005. p. 299-300.
14. Olaitan AA, Adekeye EO. Clinical features and management of ameloblastoma of the mandible in children and adolescents. Br J Oral Maxillofac Surg 1996; 34: 248.
15. Gardner DG. A pathologist's approach to the treatment of ameloblastoma. J Oral maxillofac Surg 1984; 42: 161-6.
16. Souza PHC, Azoubel E, Stevão E, Jaeger E. Ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de um caso. Rev Odontociência 1997; 12(24): 215-20.
17. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long term results between different approaches to ameloblastoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 93:13-20.
18. Sheteyer A. Discussion: ameloblastoma in children. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60: 770-1.
19. Whittaker DK. Ann R Coll Surg Eng 1984; 66:313-8.
20. Bradley PF, Fisher AD. The cryosurgery of bone. An experimental and clinical assesment. Br J Oral Surg 1975; 13: 111-27.
21. Gardner DG, Corio RL. Plexiform unicystic ameloblastoma. A variant of ameloblastoma with low recurrence rate after enucleation. Cancer 1984; 53:1730-5.
22. Ord R, Blanchbert R, Nikitakis NG, Sauk JJ. Ameloblastoma in children. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60:762.
23. Haug RH, Hauer CA, Smith B, Indresano AT. Reviewing the unicystic ameloblastoma: report of two cases. J Am Dent Assoc 1990; 121:710-5.
24. Tsaknis P J, Nelson J F. The Maxillary Ameloblastoma: an analysis of 24 cases. J Oral Surg 1980; 38(5):336-42.
25. Rapidis AD, Andressakis DD, Stavrianos SD, Faratzis G, Arnogiannaki-Liappi N, Lagogiannis GA, Valsamis S. Ameloblastomas of jaws: clinico-pathological review of 11 patients. Eur J Surg Oncol 2004; 30(9): 998-1002.

Endereço para correspondência:

João César Guimarães Henriques
Av. Padre Norberto, 88, B. Jardim Regina
CEP: 38440-148 - Araguari - Minas Gerais
E-mail: joaoesarhenriques@yahoo.com.br