



CENTRO UNIVERSITÁRIO GOYAZES – UniGOYAZES
CURSO DE ODONTOLOGIA

**TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA UNICISTICO NA
MANDÍBULA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Roberta Ribeiro Bonfim
Mauro Rocha Barbosa Filho
Karina Cristina Alves de Lima

Orientador: Prof. Me. Germano Angarani Candido

Trindade-GO
2022

CENTRO UNIVERSITÁRIO GOYAZES - UniGOYAZES
CURSO DE ODONTOLOGIA

TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA UNICISTICO NA
MANDÍBULA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Roberta Ribeiro Bonfim
Mauro Rocha Barbosa Filho
Karina Cristina Alves de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
Goyazes como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Me. Germano Angarani Candido

Trindade - GO
2022

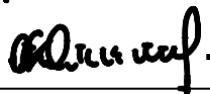
Roberta Ribeiro Bonfim
Mauro Rocha Barbosa Filho
Karina Cristina Alves de Lima

**TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA UNICISTICO NA
MANDÍBULA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

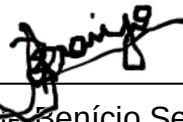
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
Goyazes como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Odontologia,
aprovado pela seguinte banca
examinadora:



Prof. Me. Germano Angarani Candido (Orientador)
Centro Universitário Goyazes - UniGOYAZES



Prof. Esp. Angela Amorim Izac (Membro Interno)
Centro Universitário Goyazes - UniGOYAZES



Prof. Ms. Michelle Benício Sequeira (Membro Externo)

Trindade - GO

14/12/2022

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradecemos a Deus por estar sempre iluminando nossos caminhos, nos dando sabedoria e por ter colocado em nossas vidas pessoas que sempre nos apoiaram a chegar longe.

Aos nossos pais, familiares e a todos os nossos amigos com os quais compartilhamos experiências e nos ensinaram grandes lições e estiveram sempre ao nosso lado durante esta trajetória.

Em especial o nosso querido orientador Me. Germano Angarani Candido, pela paciência e pelo auxílio na elaboração e conclusão deste trabalho.

A todos os professores do Centro Universitário Goyazes por seus ensinamentos no decorrer destes anos.

TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA UNICISTICO NA MANDÍBULA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Roberta Ribeiro Bonfim¹
Mauro Rocha Barbosa Filho¹
Karina Cristina Alves de Lima¹
Germano Angarani Candido²

RESUMO

INTRODUÇÃO: Ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, podendo ser classificados como sólido ou multicístico, unicístico ou periférico. Clinicamente quando é observada como uma tumefação assintomática ou uma lesão de grandes proporções. **OBJETIVO:** Relatar um caso clínico de um tratamento conservador de ameloblastoma unicístico na mandíbula. **METODOLOGIA:** O presente estudo constitui em um relato de caso clínico realizado em uma paciente do sexo feminino, 36 anos, fumante, procurou a Clínica de Diagnóstico III encaminhada com presença de edema em mandíbula esquerda, indolor, com evolução de dois anos, associado a dificuldade de movimentação da boca e deslocamento da arcada dentária. A paciente foi submetida a estratégia conservadora onde foi realizado a enucleação e curetagem da lesão seguida de tapizamento com gases embebidas com Diclofenaco de Dietilamônio Gel 11,6mg/g e trocas periódicas. Atualmente, 2 semanas após a cirurgia de tapizamento, a paciente encontra-se em acompanhamento para monitoramento clínico e radiográfico da evolução da lesão. **RESULTADOS:** O resultado mostrou que o tratamento conservador, resultou em função menos grave e comprometimento estético para a paciente. O protocolo de tratamento cirúrgico compreendeu inicialmente características clínicas, radiológicas e histopatológicas, seguida de enucleação e curetagem da lesão precedido por tapizamento com gases embebidas com medicamentos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante ao estudo apresentado, demonstrou-se que o melhor tipo de tratamento do ameloblastoma unicístico são as cirurgias conservadoras, como enucleação e/ou curetagem da lesão. Este tipo de tumor proporciona melhor prognóstico com menor incidência de recidiva. É importante a realização do planejamento com alicerce nas comorbidades do paciente, no tamanho e localização do tumor, nas técnicas disponíveis para reconstrução e na experiência do cirurgião.

PALAVRAS-CHAVE: Ameloblastoma odontogênico. Tapizamento. Unicístico.

¹ Acadêmicos do Curso de Odontologia do Centro Universitário Goyazes.

² Orientador, Mestre, Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário Goyazes

CONSERVATIVE TREATMENT OF UNICYSTIC AMELOBLASTOMA IN THE MANDIBLE: A CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT

INTRODUCTION: Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor, which can be classified as solid or multicystic, unicystic or peripheral. Clinically when it is seen as an asymptomatic swelling or a large lesion. **OBJECTIVE:** To report a clinical case of a conservative treatment of unicystic ameloblastoma in the mandible. **METHODOLOGY:** The present study is a clinical case report carried out in a female patient, 36 years old, smoker, sought the Diagnostic Clinic III referred with the presence of painless edema in the left jaw, with evolution of two years, associated with difficulty moving the mouth and displacement of the dental arch. The patient underwent a conservative strategy in which enucleation and curettage of the lesion were performed, followed by taping with gases soaked in Diclofenac Diethylammonium Gel 11.6mg/g and periodic exchanges. Currently, 2 weeks after the taping surgery, the patient is being followed up for clinical and radiographic monitoring of the evolution of the lesion. **RESULTS:** The result showed that conservative treatment resulted in less severe function and esthetic impairment for the patient. The surgical treatment protocol initially comprised clinical, radiological and histopathological features, followed by enucleation and curettage of the lesion preceded by taping with gases soaked with drugs. **FINAL CONSIDERATIONS:** In view of the study presented, it was demonstrated that the best type of treatment for unicystic ameloblastoma is conservative surgery, such as enucleation and/or curettage of the lesion. This type of tumor provides a better prognosis with a lower incidence of recurrence. It is important to carry out planning based on the patient's comorbidities, the size and location of the tumor, the techniques available for reconstruction and the surgeon's experience.

KEY-WORDS: Odontogenic ameloblastoma. taping. unicystic.

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico que representa 1% de todos os tumores da cavidade oral, com incidência de 0,5 por milhão de habitantes por ano (OOI *et al.*, 2014). É um tumor benigno, que geralmente ocorre entre a terceira e quinta décadas, com a mesma frequência em homens e mulheres, e a localização é de 80% a 20% na mandíbula e maxilar respectivamente (FREIRE *et al.*, 2021).

A origem pode ser os restos embrionários de cistos odontogênicos, a lâmina dentária, o órgão do esmalte ou o epitélio escamoso estratificado da cavidade oral. A patogênese é desconhecida (WRIGHT; VERED, 2017). Diferentes mecanismos como inflamação, trauma crônico, desnutrição, deficiência de vitaminas, bem como uma possível relação com o HPV têm sido descritos como desencadeantes do processo (NEAGU *et al.*, 2019).

É um tumor de crescimento lento que raramente dá metástase. Pode causar destruição do osso cortical (VERLINGUE *et al.*, 2021). Causa invasão do tecido mole circundante, produzindo dor, assimetria, fala e aglutinação, má oclusão, perda de peças dentárias e parestesia se o nervo alveolar inferior for afetado (OOI *et al.*, 2014).

É mais comum na mandíbula (cerca de 80%) e costuma ser assintomático. A doença ocorre em todas as idades com pico de incidência na terceira e quartas décadas de vida. Vários autores mostram uma distribuição igual por gênero. Em caucasianos, mais de 50% dos casos ocorrem na região molar-ramo da mandíbula. A maioria das lesões mandibulares surgem na região do terceiro molar (KANOI *et al.*, 2018).

O diagnóstico geralmente é feito por radiografia panorâmica incidentalmente ou porque os pacientes consultam os sintomas. Os achados não são patognomônicos e a lesão deve ser confirmada com exame histológico (PETROVIC *et al.*, 2018).

O diagnóstico do tecido é crucial antes de iniciar o tratamento definitivo. A tentativa de extrair dentes e curetagem deve ser evitada. Uma biópsia incisional colhendo tecido adequado de uma área, que será abrangida na ressecção cirúrgica definitiva, é desejável (FREIRE *et al.*, 2021). Consultas com patologistas ósseos e ou patologistas orais com experiência em lesões odontogênicas são aconselháveis. Quase todos os ameloblastomas são histologicamente benignos, mas podem manifestar comportamento localmente agressivo, com destruição óssea progressiva

e até mesmo extensão óssea extra para tecidos moles adjacentes (MENG *et al.*, 2019).

Os ameloblastomas são clinicamente classificados em três tipos: sólidos e multicísticos, unicísticos e periféricos. Atualmente, sólidos e multicísticos são considerados localmente agressivos, com altas taxas de recorrência com tratamento conservador. O prognóstico e a abordagem cirúrgica de ambos são semelhantes. Por outro lado, o ameloblastoma unicístico é menos agressivo, com menor taxa de recorrência, e pode responder melhor à cirurgia conservadora (EFFIOM *et al.*, 2018).

Uma das opções de cirurgia conservadora refere-se à enucleação ou marsupialização, combinada ou não com técnicas de suporte como curetagem, solução de Carnoy ou nitrogênio líquido. No caso de cirurgia radical, o termo refere-se à mandibulectomia ou ressecção segmentar da lesão (MAIA; SANDRINI, 2017; PETROVIC *et al.*, 2018). Os itens que devem ser considerados na escolha da opção cirúrgica mais adequada são a taxa de recorrência, mortalidade e morbidade, adesão ao tratamento, recuperação funcional e estética do paciente, bem como a qualidade de vida após o tratamento (BARBIERI *et al.*, 2021).

Os autores tem por objetivo a apresentação deste caso clínico com o intuito de evidenciar um caso clínico de um ameloblastoma unicístico tratado de forma conservadora.

O ameloblastoma unicístico é uma lesão cística que apresenta características clínicas e radiográficas que se assemelham aos cistos odontogênicos, embora as características histológicas sejam cruciais para verificar a presença de epitélio ameloblástico e suas variantes (FREITAS *et al.*, 2021). Essa lesão acomete principalmente as regiões posteriores da mandíbula em pacientes mais jovens. Suas características radiográficas incluem uma única lesão unilocular e radiolúcida geralmente associada à coroa de um terceiro molar não irrompido (MESHRAM *et al.*, 2017).

Tais lesões tendem a crescer lentamente, embora localmente invasivas, o que pode causar deformidades ósseas e edema indolor (JAIN *et al.*, 2017). Eles podem ser classificados em três variantes histológicas: luminal, intraluminal e mural. O planejamento do tratamento e o prognóstico são baseados no subtipo histológico (LOPES *et al.*, 2017).

Diversas abordagens de tratamento têm sido relatadas, como enucleação, marsupialização e ressecção da área afetada; entretanto, medidas conservadoras tendem a ser preferidas em pacientes jovens (KALAISELVAN *et al.*, 2016).

A relação profissional-paciente é de suma importância, pois o paciente precisa de confiança no profissional para que ele possa ser tratado, pois é um tratamento demorado e duradouro.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um tratamento conservador de ameloblastoma unicístico na mandíbula através da técnica de tapizamento.

RELATO DE CASO

O presente caso clínico foi realizado na disciplina de Clínica Integrada III do curso de Odontologia do Centro Universitário Goyazes, no município de Trindade–GO, situada no endereço Rodovia GO-060, 3184 - Laguna Park - Vila Emanuel. Previamente à realização do tratamento odontológico, a paciente foi esclarecido sobre o procedimento odontológico. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e após a sua aprovação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice) pela paciente foi iniciado o tratamento.

Paciente M.L.S, sexo feminino, melanoderma, 36 anos, fumante, procurou a Clínica de Diagnóstico III da Faculdade de Odontologia da UFG encaminhada com presença de edema em mandíbula esquerda, indolor, com evolução de dois anos, associado a dificuldade de movimentação da boca e deslocamento da arcada dentária (Figura 1).



Figura 1. Aspecto clínico extraoral. Aumento de volume do lado esquerdo da mandíbula.

A paciente apresentou uma Tomografia Computadorizada Cone Beam (Figura 2), dos seios da face com o seguinte laudo: “lesão lítica única, uniloculada e de comportamento expansivo no corpo esquerdo da mandíbula, de provável natureza cística, com associado afilamento de corticais ósseas adjacentes com erosões ósseas extensa em porção posterossuperior e menos extensas nas corticais lingual e vestibular e com hipótese diagnóstica de ameloblastoma”. Apresentou, também, a tomografia computadorizada *Cone Beam* da hemi-mandíbula esquerda com laudo: “imagem hipodensa unilocular na hemi-mandíbula esquerda (Figura 3), posterior ao forame mental, com loja-filha posicionada inferiormente, a imagem evidencia expansão óssea com adelgaçamento das corticais (Figura 4).

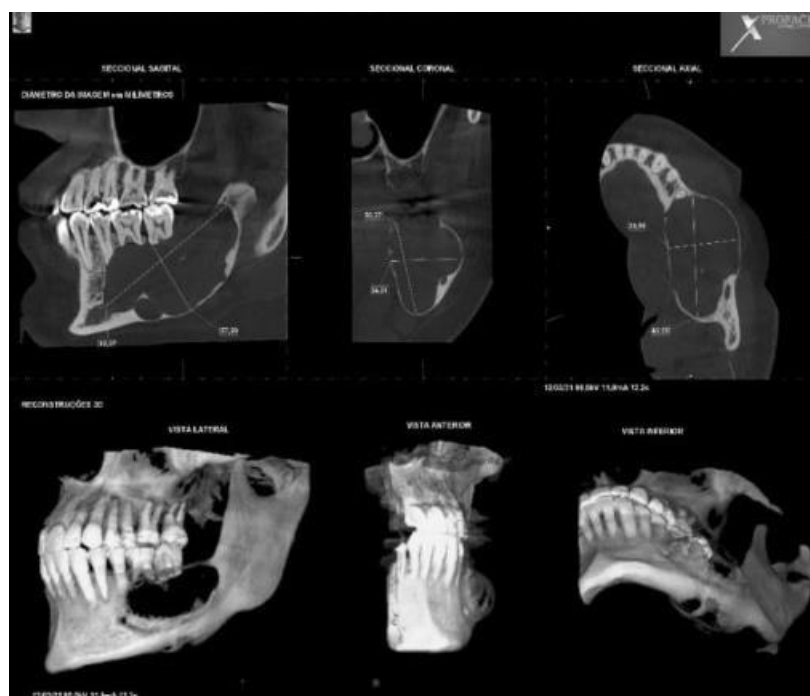


Figura 2. Tomografia Computadorizada Cone Beam.



Figura 3. Imagem tomográfica hipodensa unilocular na mandíbula esquerda.

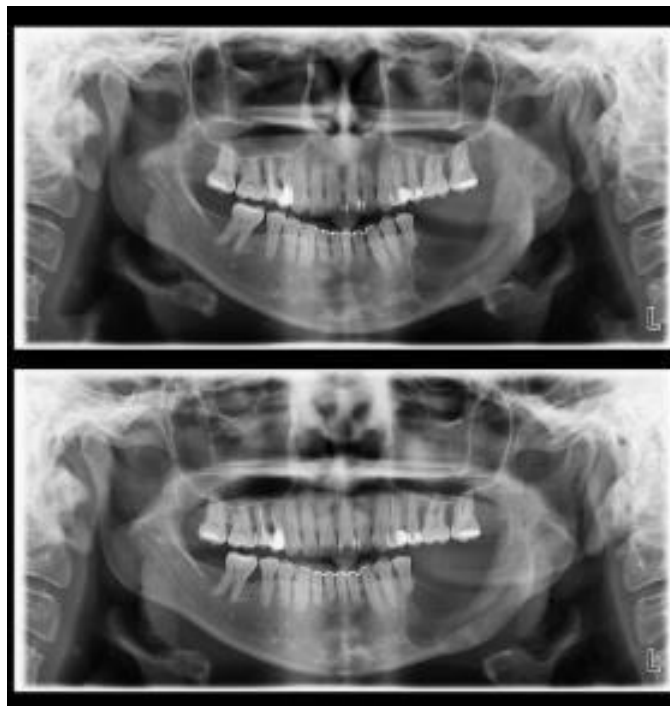


Figura 4. Imagem evidencia expansão óssea com adelgaçamento das corticais.

Na primeira consulta na Clínica de Diagnóstico Bucal III da FO/UFG, o exame clínico intraoral (Figura 5), revelou extenso aumento de volume, aproximadamente 4cm no sentido vestibulo-lingual, em região de molares esquerdo da mandíbula, coloração da mucosa normal e ausência de sintomatologia dolorosa.



Figura 5. Aspecto clínico intraoral. No lado esquerdo próximo a região dos dentes 36 e 37 percebemos que já houve uma comunicação oral com essa cavidade tumoral.

Diante dos achados clínicos e imaginológicos as principais hipóteses de diagnóstico foram de ameloblastoma multicístico ou sólido e queratocisto. Foi decidido juntamente com a paciente o tratamento menos invasivo, marsupialização, e foi encaminhada para biópsia.

Realizou-se biópsia incisional da lesão seguida da marsupialização com a respectiva instalação do dreno para descompressão do tumor. A peça foi encaminhada para realização do exame anatomopatológico que revelou neoplasia odontogênica benigna, apresentando ninhos e cordões de células colunares com vacuolização citoplasmática e núcleos com polarização apical (Figura 6). A porção central das ilhotas apresenta-se com diferenciação escamosa. Obteve-se, assim, o diagnóstico final de ameloblastoma sólido.

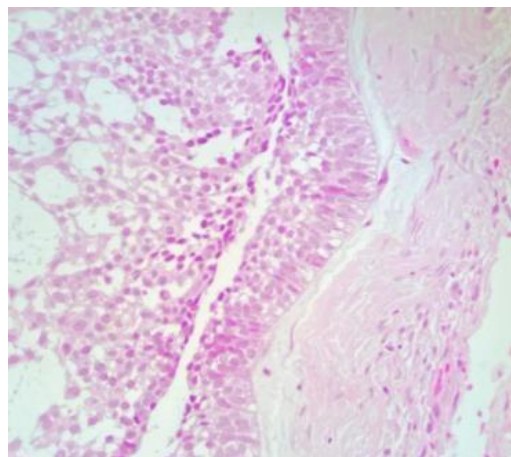


Figura 6. Microscopia da lesão que revela neoplasia odontogênica benigna, apresentando ninhos e cordões de células colunares com vacuolização citoplasmática e núcleos com polarização apical.

Após 1 semana a paciente retornou para o pós-operatório (Figura 7), quando foi removida as suturas que não envolviam o dreno e realizou a limpeza da cavidade com solução de clorexidina 0,12%. A cavidade estava com aspecto normal de coloração, sem presença de edema, eritema ou secreção purulenta. Foi reforçado a importância da higienização diária da cavidade.

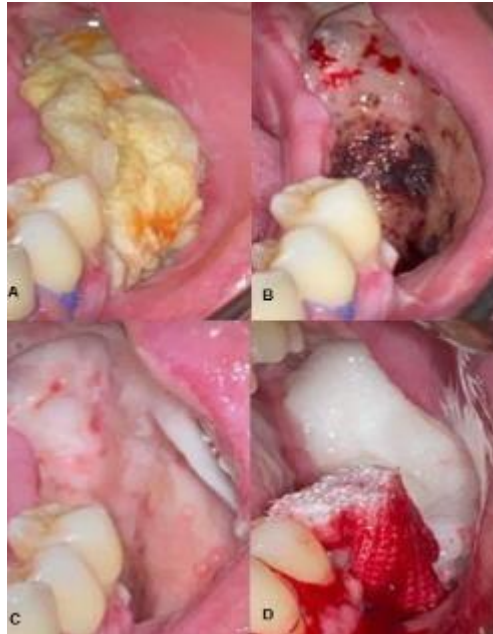


Figura 7. (A) Retorno após uma semana de tapizamento. (B) Aspecto da cavidade clássica. (C) Aspecto da cavidade clássica após a limpeza. (D) Tamponamento.

A paciente retornou após 1 mês, 3 meses e 6 meses após a marsupialização para monitoramento clínico e radiográfico da evolução da lesão, que revelou não haver evolução e nem regressão da lesão. Devido ao comportamento do tumor e o insucesso da técnica da marsupialização, optou-se por alterar o plano de tratamento. Foi discutido juntamente com um Cirurgião Bucomaxilofacial e decidiu-se pela técnica do tapizamento que também se caracteriza como uma estratégia conservadora onde é realizado a enucleação e curetagem da lesão seguida de tapizamento com gases embebidas com Diclofenaco de Dietilamônio Gel 11,6mg/g e trocas periódicas.

A cirurgia aconteceu a nível hospitalar, sob anestesia geral e realizada por um Cirurgião Bucomaxilofacial. Para o processo cirúrgico (Figuras 8 e 9), fez-se a incisão no local da lesão, descolamento do retalho muco-periósticos assim expondo o tumor e o osso ao redor, abertura da parede óssea expondo o tumor, enucleação do tumor, curetagem com o objetivo de alargar o contorno da cavidade, tapizamento para o encontro dos retalhos da mucosa com as paredes internas da cavidade e o

tamponamento com a finalidade de proteger as paredes da cavidade que não foram revestidas por mucosa, assim preenche a cavidade com gaze embebida em medicamento à base de escina (Diclofenaco de Dietilamônio Gel 11,6mg/g). A gaze é trocada duas vezes na semana, por aproximadamente 8 semanas, até a completa cicatrização e neoformação óssea de todo interior da cavidade cística.



Figura 8 A-B.C. (A) Acesso ao tumor; (B) Cavidade Cística Tumoral; (C) Tamponamento; (D) Tumor.

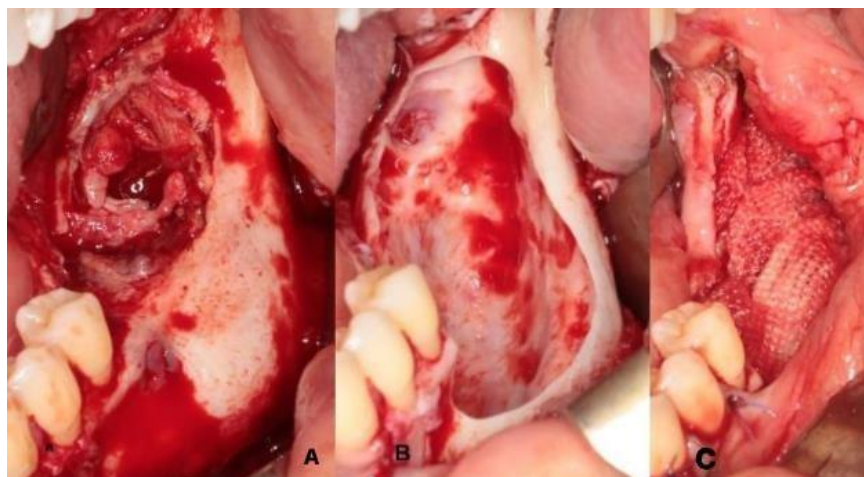


Figura 9 A-B.C. (A) Acesso cirúrgico ao tumor. (B) Cavidade cística tumoral. Fig. (C) Tapizamento.

RESULTADOS

Após seis meses após a cirurgia de tapizamento, a paciente encontra-se em acompanhamento para monitoramento clínico e radiográfico da evolução da lesão (Figuras 10 e 11).



Figura 10. Acompanhamento radiográfico após 6 meses de tratamento conservador. (A) Radiografia Panorâmica inicial. (B) Radiografia Panorâmica após 3 meses de marsupialização. (C) Radiografia Panorâmica 6 meses após a marsupialização.



Figura 11. Acompanhamento radiográfico após 6 meses de tratamento conservador

O resultado mostrou que o tratamento conservador, resultou em função menos grave e comprometimento estético para a paciente. O protocolo de tratamento cirúrgico compreendeu inicialmente características clínicas, radiológicas e

histopatológicas, seguida de enucleação e curetagem da lesão precedido por tapizamento com gases embebidas com medicamentos.

DISCUSSÃO

O estudo de Freire *et al.* (2021), é semelhante ao relato de caso apresentado nesse trabalho, o qual mostrou um relato clínico de um ameloblastoma em região anterior do lado esquerdo da mandíbula. Após a realização do exame extra-oral foi observado na paciente uma ampliação de volume em região anterior de mandíbula, de densidade dura, de aproximadamente 5 cm. Apresentou, a tomografia computadorizada cone beam da hemi-mandíbula esquerda. Após o exame clínico intraoral, foi revelado extenso aumento de volume, aproximadamente 4cm no sentido vestibulo-lingual, em região de molares esquerdo da mandíbula, coloração da mucosa normal e ausência de sintomatologia dolorosa. Ocorreu a realização da biópsia incisional, tendo como diagnóstico o ameloblastoma. Diante disso, a paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico para a retirada completa da lesão. Deste modo, realizou-se a enucleação de toda a peça e curetagem do local para extrair ao máximo a patologia da região, com o objetivo da doença não voltar.

Freitas *et al.* (2018), relataram o caso de uma paciente, do sexo feminino, de 12 anos de idade, com história de 8 meses de edema facial no quadrante inferior direito. O exame radiográfico revelou lesão radiolúcida unilocular estendendo-se do corpo da mandíbula até o ângulo e ramo ascendente. Uma biópsia incisional foi realizada e o diagnóstico de ameloblastoma unicístico luminal foi feito com base nas características clínico-patológicas. A lesão foi tratada em duas etapas, a saber, uma abordagem conservadora inicial via descompressão e posterior excisão. O paciente foi acompanhado por 6 meses sem evidência clínica e radiográfica de recorrência. Em conclusão, a intervenção conservadora oportuna combinada com uma abordagem cirúrgica conservadora tem se mostrado eficaz no tratamento do ameloblastoma neste paciente jovem.

Moreira *et al.* (2010), mostrou um relato de caso de uma paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, com aumento de volume na face, em região posterior de mandíbula. O ameloblastoma unicístico foi comprovado após realizada da biópsia excisional e análise histopatológica. Foi realizada a cirurgia conservadora, através da enucleação curetagem da lesão precedido por marsupialização, ou seja, foi realizado

o tapizamento com gases embebidas com medicamento como Diclofenaco de Dietilamônio Gel 11,6mg/g e trocas periódicas. Após dois anos de acompanhamento, a paciente encontra-se sem recidiva do tumor.

Segundo Neagu *et al.*, (2019), a cirurgia conservadora aliada a uma técnica de suporte e seguimento a longo prazo é reservada para os tipos unicístico e multicístico/sólido se de pequena extensão.

Conforme Silva *et al.* (2019), para que se possa obtido um diagnóstico mais preciso, é importante que seja realizada a biópsia excisional da lesão, para posteriormente realizar o tratamento. O tratamento realizado foi nucleação e curetagem da lesão, assim como realizado no relato de caso desse estudo.

Após o procedimento, segundo Santana *et al.* (2020), é importante que os pacientes passem por um tratamento conservador, para que seja evitada a recidiva da doença, além de acompanhamento clínico e radiográfico de longo prazo.

Segundo Bi *et al.* (2021), para que seja reduzida a recorrência do ameloblastoma e minimizar o impacto da cirurgia repetida na aparência e função facial dos pacientes, é importante identificar os fatores de risco associados à recorrência. Também é útil para protocolo de tratamento clínico e julgamento de prognóstico (Bi *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

Diante ao estudo apresentado, demonstrou-se que o tratamento conservador não é a melhor técnica, pois a mais difundida e com melhores resultados é a ressecção da mandíbula. Portanto, para que a técnica conservadora seja eficaz, é necessário analisar o tamanho do tumor, localização, tipo histológico e acima de tudo, colaboração do paciente.

O tratamento eletivo do ameloblastoma é cirúrgico, mas a aplicação de técnicas conservadoras ou radicais, a depender do tipo clínico, é controversa, principalmente nos sólidos/multicísticos e unicísticos.

Diante disso, é importante que o cirurgião realize um planejamento para verificar a melhor técnica e tipo de tratamento para o ameloblastoma unicístico na mandíbula.

O tipo de tratamento conservador para ameloblastoma unicístico, demonstrado nesse estudo foi o tapizamento, o qual consiste de uma associação da enucleação

com marsupialização incidindo na remoção total do cisto por meio de enucleação, revestimento da cavidade com a própria mucosa que recobria a região afetada e tamponamento de parte da cavidade que ficou sem cobertura por mucosa com gazes embebidas com medicamentos.

Em conclusão, a tomada de decisão no manejo do ameloblastoma unicístico deve ser baseada nas características clínico-patológicas e não apenas no subtipo histopatológico.

REFERÊNCIAS

BARBIERI, D. *et al.* Ameloblastoma unicístico: qual a abordagem ideal? Uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.8, p. 79720-79733, 2021.

DANDRIYAL, R. *et al.* Surgical management of ameloblastoma: Conservative or radical approach. **National Journal of Maxillofacial Surgery**. v. 2 n. 1, p. 22-27, 2011.

EFFIOM, O.A.; OGUNDANA, O.M.; AKINSHIPO, A.O.; AKINTOYE, S.O. Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. **Oral Diseases**. v. 24, p. 1-10, 2018.

FREIRE, R.T.; JÚNIOR, A.G.R.P.; JÚNIOR, R.L.C.A.; SOUZA, L.M.A. Ameloblastoma em região anterior de mandíbula. **Rev Cubana Estomatol**. v. 58, n. 1, p. 1-7, 2021.

FREITAS, G.B. *et al.* Approach and Treatment of Giant Luminal Unicystic Ameloblastoma. **Case Reports in Dentistry**. , v. 4, p. 1-4, 2018.

HASEGAWA, T.; IMAI, Y.; TAKEDA, D.; YASUOKA, D.; RI, S.; SHIGETA T. Retrospective study of ameloblastoma: the possibility of conservative treatment. **Kobe J Med Sci**. v. 59, p. 112-21, 2013.

JAIN, K.; SHARMA, G.; KARDAM, P.; MEHENDIRATTA, M. Unicystic ameloblastoma of mandible with an unusual diverse histopathology: a rare case report. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. . 11, n. 4, p. 1-2, 2017.

KALAISELVAN, S. *et al.* Evaluation of safety margin in ameloblastoma of the mandible by surgical, radiological, and histopathological methods: an evidence-based study. **Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences**. v. 8, n. 1, p. 122-125, 2016.

KANOI, A.V.; BANERJEE, T.; SUNDARAMURTHY, N.; SARKAR, KANOI, A.P.; SAHA, S. Defining giant mandibular ameloblastomas – Is a separate clinical sub-entity warranted? **Indian J Plast Surg**. v. 51, n. 2, p. 208-215, 2018.

LOPES, S.L.P.C; FLORES, I.L.; DE OLIVEIRA GAMBA T., *et al.* Aggressive unicystic ameloblastoma affecting the posterior mandible: late diagnosis during orthodontic treatment. **Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**. v. **43**, n. 2, p. 115-119, 2017.

MAIA, E.C.; SANDRINI, F.A.L. Técnicas de tratamento do ameloblastoma: uma revisão de literatura. **RGO, Rev Gaúch Odontol**, Porto Alegre, v. 65, n. 1, p. 62-69, 2017.

MENG, Y.; ZHAO, Y.N.; ZHANG, Y.O.; LIU, D.G.; GAO, Y. Three-dimensional radiographic features of ameloblastoma and cystic lesions in the maxilla. **Dentomaxillofac Radiol**, v. 41, p. 1-9, 2019.

MESHRAM, M.. SAGARKA L.; DHUVAD, J.; ANCHLIA, S.; VYAS S.; SHAH, H. Conservative management of unicystic ameloblastoma in young patients: a prospective single-center trial and review of literature. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**. v. **16**, n. 3, p. 333-341, 2017.

NEAGU, D. *et al.* Surgical management of ameloblastoma. Review of literature. **J Clin Exp Dent**. v. 11, n. 1, p. 70-5, 2019.

OOI, A.; FENG, J.; TAN, H.K.; ONG, Y.S. Primary treatment of mandibular ameloblastoma with segmental resection and free fibula reconstruction: Achieving satisfactory outcomes with low implantprosthetic rehabilitation. **J Plast Reconstr Aesthet Surg**. n. 67, p. 498-505, 2014.

PETROVIC, I.D.; MIGLIACCI, J.; GANLY, I.; PATEL, S.; BIN XU, B.; GHOSSEIN, R.; HURYN, J.; SHAH, J. Ameloblastomas of the Mandible and Maxilla. **Published in final edited form as: Ear Nose Throat J**. v. 97, n. 7, p. 26-32, 2018.

VERLINGUE, A.F.M. *et al.* Tratamento cirúrgico de ameloblastoma unicístico através de enucleação e aplicação de solução de Carnoy: relato de caso. **Arch Health Invest**. v. 10, n. 1, p. 123-128, 2021.

WRIGHT, J.M.; VERED, M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. **Head Neck Pathol**. v. 11, p. 68