

UNIVERSIDADE DE UBERABA
CURSO DE ODONTOLOGIA
BRUNA TAVARES BRITO
ISABELA SOUZA SILVA

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE 41 CASOS DE AMELOBLASTOMAS:
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS E
RADIOGRÁFICAS**

UBERABA-MG

2018

BRUNA TAVARES BRITO
ISABELA SOUZA SILVA

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE 41 CASOS DE AMELOBLASTOMAS:
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS E
RADIOGRÁFICAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Cirurgião-Dentista do curso de
Graduação da Universidade de Uberaba

Orientador: Profº. Drº. João P. S. Servato

UBERABA-MG

2018

Brito, Bruna Tavares.
B777e Estudo retrospectivo de 41 casos de ameloblastomas:
características clínicas, histopatológicas e radiográficas / Bruna
Tavares Brito, Isabela Souza Silva. – Uberaba, 2018.
22 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.
Curso de Odontologia, 2018.

Orientador: Prof. Dr. João P. S. Servato.

1. Odontologia. 2. Tumores odontológicos. 3. Tumores
odontológicos – Diagnósticos. 4. Neoplasias. I. Silva, Isabela Souza.
II. Servato, João P. S. III. Universidade de Uberaba. Curso de
Odontologia. IV. Título.

CDD 617.6

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

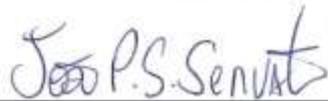
UNIVERSIDADE DE UBERABA
BRUNA TAVARES BRITO
ISABELA SOUZA SILVA

ESTUDO RETROSPECTIVO DE 41 CASOS DE AMELOBLASTOMAS:
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS E
RADIOGRÁFICAS

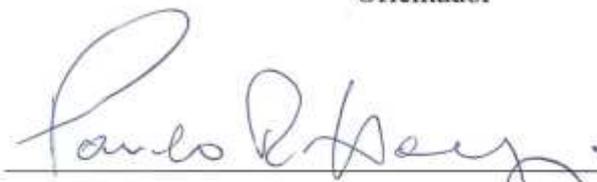
Trabalho de conclusão de curso apresentado
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Cirurgião-Dentista do curso de
Graduação da Universidade de Uberaba.

Aprovada em: 08/12/18.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. João Paulo Servato
Orientador



Prof. Paulo Roberto Henrique
Banca Examinadora

UBERABA-MG
2018

RESUMO

Ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno que ocorre em uma incidência de 1% em relação a todos os cistos e tumores dos maxilares. Apresenta origem epitelial, com aspectos de agressividade e invasão local, embora geralmente possuam um crescimento lento. Baseado nas características clínicas, histológicas, e radiográficas são classificados em três padrões: sólido/mucicístico, unicístico, periférico/extraósseos. O objetivo deste trabalho foi analisar prontuários clínicos de pacientes diagnosticados com ameloblastoma. Teve como metodologia um estudo retrospectivo de 41 casos buscando evidenciar suas características clínicas, radiográficas e tratamento do tumor. Como resultado, o gênero mais acometido foi o masculino com 21 casos (51%), sendo mais presente na raça branca com 20 casos (49%), a segunda e terceira década de vida teve maior predomínio e a localização mais comum foi na mandíbula (93%). Portanto, comparando com outros autores, o ameloblastoma apresenta características semelhantes em requisitos de gênero, raça, idade e localização. É de grande importância que o cirurgião-dentista saiba reconhecer, diagnosticar e tratar o tumor.

Palavras chaves: Ameloblastoma/etiologia; Neoplasias Maxilomandibulares; Ameloblastoma/diagnósticos.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor that occurs at an incidence of 1% in relation to all cysts and tumors of the jaw. It presents epithelial origin, with aspects of aggressiveness and local invasion, although generally they have a slow growth. Based on clinical, histological, and radiographic characteristics are classified into three patterns: solid / multicystic, unicystic, peripheral / extraosseous. The aim of this study was to analyze clinical records of patients diagnosed with ameloblastoma. As a methodology, a retrospective study of 41 cases sought to evidence its clinical, radiographic and tumor characteristics. As a result, the most affected sex was the male with 21 cases (51%), being more present in the white race with 20 cases (49%), the second and third decade of life had more predominance and the most common location was in the mandible (93%). Therefore, comparing with other authors, ameloblastoma presents similar characteristics in terms of gender, race, age and location. It is of great importance that the dentist knows how to recognize, diagnose and treat the tumor.

Keywords: Ameloblastoma/etiology; Maxillomandibular Neoplasms; Ameloblastoma / diagnosis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO GERAL	9
3 OBJETIVO ESPECÍFICO	9
4 MATERIAIS E MÉTODOS	10
5 RESULTADOS	11
6 DISCUSSÃO	15
7 CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXO 01	22

1 INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é a neoplasia odontogênica, que ocorre numa incidência de 1% em relação a todos os cistos e tumores dos maxilares. Sua origem é epitelial, com aspectos de agressividade e invasão localizada, e geralmente possuem um crescimento lento. Baseado nas características clínicas, histológicas, e radiográficas são classificados em três tipos padrões: sólido/mucicístico (cerca de 86% de todos os casos), unicístico (cerca de 13% de todos os casos), periférico /extraósseos (cerca de 1% de todos os casos) (NEVILLE *et al.*, 2009; FRANÇA *et al.*, 2012; MORAES *et al.*, 2013).

É considerado uma doença rara em que anualmente ocorrem 0,5 novos casos em 1.000.000 de pessoas. Sua predominância varia de 11,7% a 80,3% em analogia a outros tumores odontogênicos em diferentes populações. Alguns estudos epidemiológicos demonstram várias diferenças geográficas, onde tem incidência maior na África, China e Índia (PEREIRA *et al.*, 2010; KREPPEL M., ZOLLER J., 2017).

O ameloblastoma sólido é mais comum em pacientes na quarta e quinta década de vida, enquanto o ameloblastoma unicístico apresenta com maior frequência em pacientes mais jovens (segunda e terceira década de vida), sendo raramente observados em crianças. A incidência por sexo e raça não é conclusiva. Aproximadamente 80% destes tumores são situados na mandíbula, especificamente na região posterior como corpo e ramo mandibular e os outros 20% são encontrados na região anterior e posterior da maxila. Geralmente associado a terceiros molares inclusos, principalmente na região inferior. (COSTA *et al.*, 2008; MUNIZ *et al.*, 2014; AZEVEDO, R. S., PIRES, F. R., 2016; VERED, *et al.*, 2017).

Clinicamente se manifesta com aumento de volume lento e assintomático, sendo visualizados em exames radiográficos de rotina. Com o tempo pode apresentar crescimento acelerado levando a provocar complicações como deslocamento, mobilidade e reabsorção dentária. Apresenta potencial de invasão dos tecidos moles, expansão das corticais, má oclusão, parestesia, limitação de abertura de boca, deformidade facial, dificuldade de mastigação, assim como obstrução das vias aéreas. O crescimento incontrolado do ameloblastoma pode ser fatal. (COSTA *et al.*, 2008; KRUSCHWESKY *et al.*, 2010; MORAES *et al.*, 2014; VERED *et al.*, 2017; KREPPEL M., ZOLLER J., 2017).

Radiograficamente, o ameloblastoma sólido apresenta como lesão radiolúcida multilocular com aspecto de bolhas de sabão (quando as loculações são grandes) ou favos de mel (quando as loculações são pequenas). Já no unicístico, do mesmo modo, exhibe uma lesão

radiolúcida, bem definida, no entanto envolve a coroa do dente, podendo ter como diagnóstico diferencial, o cisto dentígero. Comumente esta lesão, está associada à reabsorção de raízes de dentes não erupcionados. Por outro lado, os ameloblastomas periféricos apresentam pouca ou nenhuma reabsorção óssea. (MARTINEZ *et al*, 2007; CAVALCANTE *et al*, 2016; VERED *et. al*, 2017; MAIA, SANDRINI, 2017).

De acordo com o padrão histológico, o ameloblastoma sólido pode ser dividido em dois subtipos mais comuns, sendo o tipo folicular e plexiforme. O padrão folicular é caracterizado pela produção de ilhas com células colunares periféricas, cujas células do interior apresentam-se estreladas como durante a odontogênese. Já o padrão plexiformes consistem também, na proliferação de células epiteliais em cordões que se formam plexos. Outros tipos menos comuns, incluem as variantes acantomatosas, granulares e de células basais. Nos tumores unicístico, encontramos as variantes luminais, intraluminal e mural. (MARTINEZ *et al*, 2007; AZEVEDO, PIRES, 2016; VERED *et. al*, 2017)

O prognóstico ainda é bastante discutido, pois apesar de ser um tumor benigno, é bastante agressivo, apresenta alta taxa de recidiva, tem poder de se tornar maligno e criar metástase. Vale salientar, que os tratamentos de ameloblastomas não requerem a mesma abordagem cirúrgica, assim é necessário realizar exames clínicos, radiográficos, podendo ser utilizado tomografia computadorizada e ressonância magnética. (GOMES *et al*, 2006)

O tratamento cirúrgico é dividido em duas maneiras, conservadora e radical. Para os tumores unicísticos e nos periféricos geralmente é indicado um tratamento conservador e tal forma abrange, marsupialização, enucleação e curetagem óssea. Já o ameloblastoma sólido, na maioria dos casos é utilizado o tratamento radical, ou seja, remoção total da lesão incluindo uma margem de segurança de um a dois centímetros de osso sadio clínico e radiograficamente devido sua agressividade infiltrativa, sendo considerado o de melhor prognóstico. Contudo, a forma radical apresenta algumas desvantagens como problemas de mastigação, disfunções mandibulares e até deformações faciais, levando em alguns casos a necessidade de enxertos ósseos. (GOMES *et al*, 2006; MORAES *et al*, 2014; CARVALHO E SOUZA *et al*, 2015; AZEVEDO, PIRES, 2016; KREPPEL M., ZOLLER J., 2017).

O objetivo deste trabalho é realizar um estudo retrospectivo dos aspectos clinico-histopatológicos dos ameloblastomas encontrados, através da análise retrospectiva de prontuários clínicos.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar as lesões bucais diagnosticadas como ameloblastoma, a partir dos prontuários clínicos buscando evidenciar as características clínicas, radiográficas, e histopatológicas da casuística apontada.

3 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Definir o número de ameloblastoma na presente amostra.
- Avaliar idade, sexo e raça de cada paciente.
- Localizar a região afetada pelo tumor.
- Examinar os achados radiográficos.
- Descrever as características histopatológicas.
- Classificar os tipos de ameloblastoma encontrados.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho teve como metodologia a revisão de 41 prontuários provenientes de registros clínicos do Laboratório da Patologia da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Foram estudadas todas as informações quanto gênero, idade, raça, localização, aspectos clínicos e radiográficos, e recidivas.

A localização dividida em mandíbula, analisando o comprometimento do corpo, ângulo e ramo, e na maxila avaliando a presença da lesão nas regiões anteriores ou posteriores. De acordo com o aspecto radiográfico foram classificados como unilocular ou multilocular com aparência de bolha de sabão ou favo de mel. Todos os dados alcançados foram tabulados, utilizando o programa Microsoft Office Excel 2016, realizando assim uma análise estatística descritiva.

A realização do presente trabalho foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição parceira, sob o protocolo (002/11).

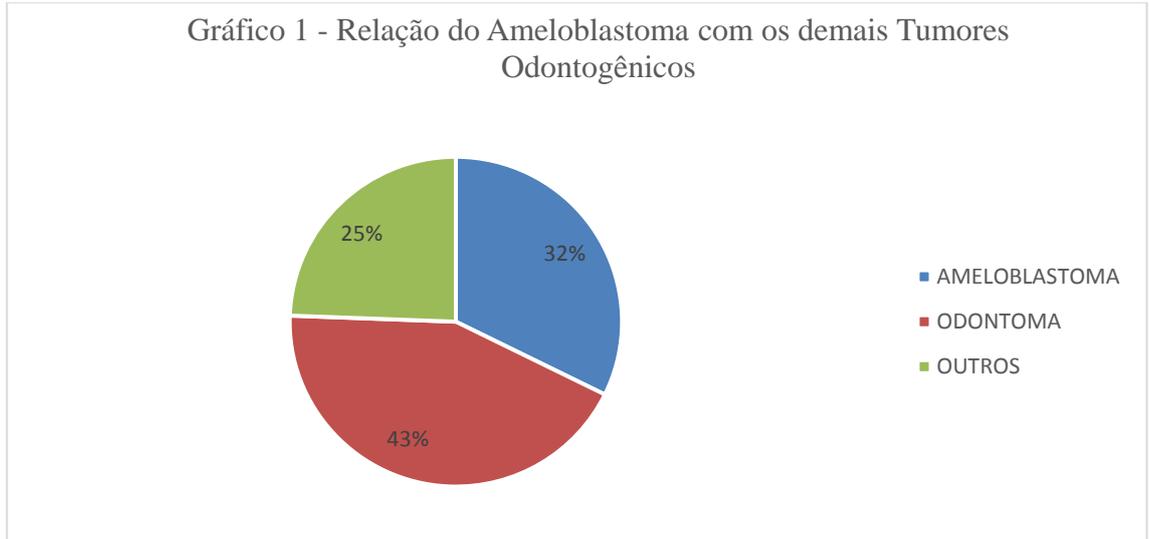
5 RESULTADOS

Neste presente trabalho, foram analisados 126 casos de tumores odontogênicos, sendo que destes 41 (32%) tiveram diagnóstico confirmado de ameloblastoma (Gráfico 1).

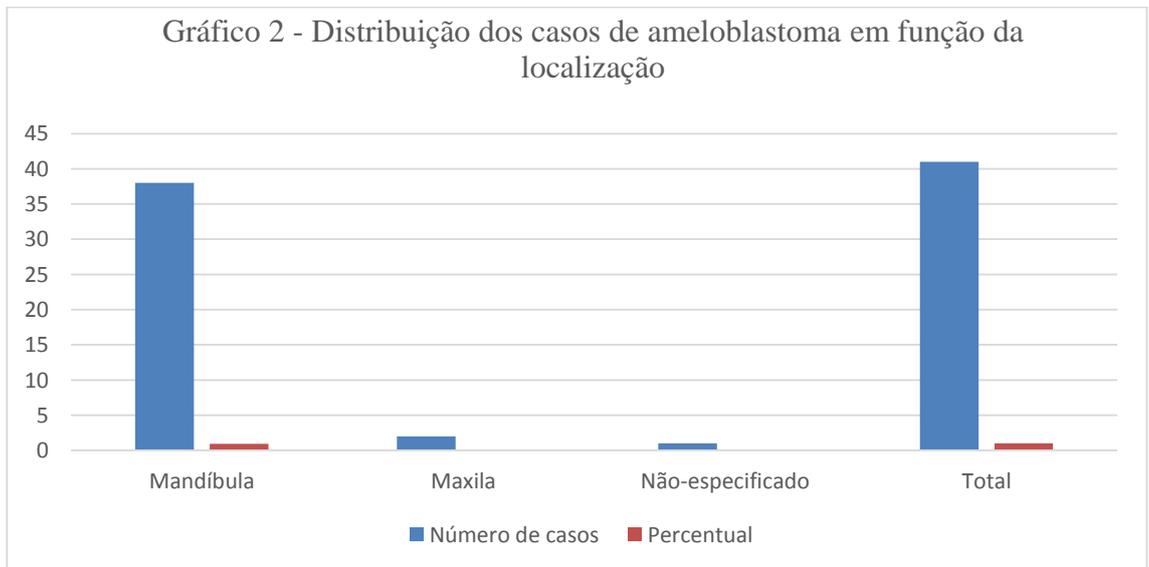
Em relação aos gêneros acometidos, 20 casos (49%) foram diagnosticados em pacientes do sexo feminino e 21 (51%) do sexo masculino, conforme descrito na tabela 1. A cor da pele branca teve predomínio com 20 casos (49%), seguida pela cor negra com nove pacientes (22%) e a cor parda com apenas seis eventos (15%). A segunda e terceira décadas de vida tiveram 11 casos cada, representando em conjunto um total de 54%, seguido pela quarta década de vida com seis casos (15%), segundo a tabela 3.

Como pode ser evidenciado no Gráfico 2, 38 casos (93%) acometeram a mandíbula enquanto apenas dois (5%) foram encontradas na maxila. De acordo com a tabela 4, em relação aos casos mandibulares, a região intermediária abrangeu o maior número de ocorrências com 10 casos, sendo 26% do total. A região posterior teve sete (18%) casos, e a região anterior foi a de menor porcentagem comparado com as demais, apresentando 3%.

Em relação à presença de sintomatologia, a maioria das lesões foi classificada como assintomática apenas 13 pacientes (18%) relatam dor. Todos os 41 casos apresentaram aumentos volumétricos intra e/ou extra-oral. A descrição radiográfica das lesões demonstra que 10 pacientes (24%) apresentavam aspecto radiográfico unilocular e 31 (76%) casos aspecto multilocular. Na presente casuística, a maior parte dos tumores encontrados mostrou-se com natureza primitiva (35 casos, 85%), em razão de que apenas seis pacientes puderam ser classificados como reincidentes.



Fonte: dados da pesquisa — elaboração: Bruna Tavares Brito e Isabela Souza Silva.



Fonte: dados da pesquisa — elaboração: Bruna Tavares Brito e Isabela Souza Silva.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de Ameloblastoma de acordo com o gênero

<i>Gênero</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Percentual</i>
Feminino	20	49%
Masculino	21	51%
Não-especificado	0	0%
Total	41	100%

Fonte: dados da pesquisa — elaboração: Bruna Tavares Brito e Isabela Souza Silva.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de Ameloblastoma de acordo com a raça:

<i>Cor da pele</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Percentual</i>
Branca	20	49%
Negra	9	22%
Parda	6	15%
Não-especificada	6	15%
Total	41	100%

Fonte: dados da pesquisa — elaboração: Bruna Tavares Brito e Isabela Souza Silva.

Tabela 3 - Distribuição dos casos de Ameloblastoma de acordo com a idade:

<i>Idade</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Percentual</i>
1º década de vida (0-9 anos)	0	0%
2º década de vida (10-19 anos)	11	27%
3º década de vida (20-39 anos)	11	27%
4º década de vida (40-49 anos)	6	15%
5º década de vida (50-59 anos)	1	2%
6º década de vida (60-69 anos)	1	2%
7º década de vida (70-79 anos)	4	10%
8º década de vida (80-89 anos)	1	2%
9º década de vida (90-99 anos)	0	0%
Não-especificada	6	15%
Total	41	100%

Fonte: dados da pesquisa — elaboração: Bruna Tavares Brito e Isabela Souza Silva.

Tabela 4 – Distribuição dos casos de Ameloblastoma de acordo com a localização na mandíbula:

<i>Localização</i>	<i>Mandíbula</i>	<i>Percentual</i>
Anterior	1	3%
Intermediária	10	26%
Posterior	7	18%
Não-especificado	20	53%
Total	38	100%

Fonte: dados da pesquisa — elaboração: Bruna Tavares Brito e Isabela Souza Silva.

Tabela 5 – Distribuição dos casos de Ameloblastoma de acordo com a sintomatologia:

<i>Dor</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Porcentagem</i>
Sim	13	32%
Não	18	44%
Não-especificado	10	24%
Total	41	100%

Fonte: dados da pesquisa — elaboração: Bruna Tavares Brito e Isabela Souza Silva.

Tabela 6 – Distribuição dos casos de Ameloblastoma de acordo com o aspecto radiográfico:

<i>Aspecto radiográfico</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Porcentagem</i>
Unilocular	10	24%
Multilocular	31	76%
Total	41	100%

Fonte: dados da pesquisa — elaboração: Bruna Tavares Brito e Isabela Souza Silva.

Tabela 7 – Distribuição dos casos de Ameloblastoma de acordo com a sua natureza:

<i>Natureza</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Porcentagem</i>
Primitiva	35	85%
Recorrente	6	15%
Total	41	100%

Fonte: dados da pesquisa — elaboração: Bruna Tavares Brito e Isabela Souza Silva.

6 DISCUSSÃO

Tabela 8 – Análise comparativa de outros trabalhos publicados:

Autor	Ano	Casos (n)	(M/F)	Idade	Localização	Sólido	Unicístico
Kim <i>et. al</i>	2001	71	54,9% / 45,1	1 ^a - 7 ^a	Mandíbula	x	x
Sá <i>et. al</i>	2004	2	Feminino	3 ^a	Mandíbula	x	x
Sanddy <i>et. al</i>	2005	52	44,2% / 55,8%	1 ^a - 7 ^a	Mandíbula	34	18
Gomes <i>et. al</i>	2006	X	X	2 ^a - 7 ^a	Mandíbula	86%	13%
Chagas <i>et. al</i>	2007	12	33,4 / 66,6	4 ^a - 5 ^a	Mandíbula	x	x
Martinez <i>et. al</i>	2007	18	44,4% / 55,6%	2 ^a - 5 ^a	Mandíbula	13	3
Costa <i>et. al</i>	2008	23	56,5% / 43,5%	2 ^a - 8 ^a	Mandíbula	18	4
Cabral <i>et. al</i>	2009	6	1:1.2	5 ^a	Mandíbula	x	x
Neville <i>et. al</i>	2009	X	50% / 50%	x	Mandíbula	x	x
Pereira <i>et. al</i>	2010	70	50% / 50%	2 ^a - 4 ^a	Mandíbula	29	35
Kruschewsky <i>et. Al</i>	2010	X	1.14:1.0	1 ^a - 9 ^a	Mandíbula	92%	6%
Raldi <i>et. al</i>	2010	1	Feminino	2 ^a	Mandíbula	x	x
Lucas Neto <i>et. Al</i>	2011	122	45,1% / 54,9%	2 ^a - 3 ^a	Mandíbula	x	x
França <i>et. al</i>	2012	40	52,5% / 47,%	2 ^a - 6 ^a	Mandíbula	x	x
Jardim <i>et. al</i>	2013	1	Feminino	2 ^a	Mandíbula	x	x
Moraes <i>et. al</i>	2014	6	50% / 50%	2 ^a - 5 ^a	Mandíbula	5	1
Muniz <i>et. al</i>	2014	1	Masculino	3 ^a	Mandíbula	x	x
Carvalho e Souza <i>et. al</i>	2015	1	Masculino	6 ^a	Mandíbula	1	0
Cavalcante <i>et. al</i>	2016	134	44,78% / 55,22%	2 ^a - 8 ^a	Mandíbula	x	x
Azevedo <i>et. al</i>	2016	X	50% / 50%	x	Mandíbula	x	x
Kreppel e Zoller	2017	X	1.2:1	3 ^a - 6 ^a	Mandíbula	x	x
Maia e Sandrini	2017	X	X	3 ^a - 4 ^a	Mandíbula	x	x
Vered <i>et. al</i>	2017	X	X	2 ^a - 5 ^a	Mandíbula	x	x

A predileção do Ameloblastoma por gênero é controversa, havendo discordância nos dados descritos na literatura. A distribuição entre os gêneros dessa neoplasia foi praticamente

igual, sendo 51% dos casos masculino e 49% feminino de acordo com Sá *et. al.*, 2004; Chagas *et. al.*, 2002; Pereira *et. al.*, 2010; França *et. al.*, 2012; Moraes *et. al.*, 2014; Azevedo *et. al.*, 2016. Em contrapartida, Martinez *et. al.*, 2007; Lucas Neto *et. al.*, 2011 e Cavalcante *et. al.*, 2016, apresentaram um predomínio no sexo feminino. Já para Cabral *et al.*, 2009 o sexo masculino é duas vezes mais afetado que o sexo feminino. A raça branca teve o maior número de casos, sendo 49% do total em concordância com Chagas *et. al.*, 2007 e França *et. al.*, 2012. De acordo com vários autores, essa neoplasia abrange pacientes entre a segunda e oitava década de vida, porém neste estudo prevaleceu a segunda e terceira década, similar a resultados aproximados de Martinez *et. al.*, 2007; Cabral *et. al.*, 2009; Pereira *et. al.*, 2010; Moraes *et. al.*, 2014; Maia e Sandrini, 2017 e Vered *et. al.*, 2017.

De acordo com a localização, a mandíbula foi o local mais acometido com 93% dos casos e apenas dois pacientes (5%) apresentaram a neoplasia na maxila. Segundo King e Jang, 2001; Gomes *et. al.*, 2006; Martinez *et. al.*, 2007; Costa *et. al.*, 2008; Lucas Neto *et. al.*, 2011; França *et. al.*, 2012; e Muniz *et. al.*, 2014 a incidência dos ameloblastoma em relação a localização é praticamente unânime na mandíbula, principalmente na região posterior. No entanto, no presente estudo, a região de maior predomínio foi a região intermediária com 26%, seguida pela posterior com 18% e a região anterior teve a menor porcentagem comparado com as demais, apenas um caso, representando 3%. Segundo Gomes *et. al.*, 2006; Cabral *et. al.*, 2009 e Pereira *et. al.*, 2010 o local da lesão na mandíbula está associado à raça e normalmente, em indivíduos negros o tumor ocorre na região anterior/sinfisal enquanto que em indivíduos brancos e amarelos ocorre na região posterior.

Kruschewsky *et. al.*, 2010 e Moraes *et. al.*, 2014 disseram que os pacientes normalmente apresentam dor, tumefação, além de limitação de movimento/ trismo, formação de fistula com drenagem de pús e/ou sangue e assimetria facial. Embora, Pereira *et. al.*, 2010, Raldi *et. al.*, 2010, Jardim *et. al.*, 2013 e o presente estudo apresentaram a dor como sintoma menos frequente, sendo que 44% dos pacientes desta casuística relataram não sentir dor. Ainda, Pereira *et. al.*, 2010 diz que parestesia, ulceração e mobilidade dentária, entre outros, também podem estar presentes. Muniz *et. al.*, 2014 relata que clinicamente possuem potencial de expansão de corticais e ou erosão das mesmas com invasão de tecidos moles.

Radiograficamente, o ameloblastoma possui um padrão de lesões radiolucetas, uni ou multiloculares com limites bem definidos, circundados por uma borda radiopaca, geralmente encontrados na região posterior da mandíbula, podendo estar associado ou não ao dente

incluso e raízes reabsorvidas segundo Sá *et. al*, 2004 e Muniz *et. al*, 2014. De acordo com Gomes *et. al*, 2006 a variante multicística apresenta uma lesão radiolúcida multilocular com aspecto de “bolha de sabão” ou “ favos de mel”, enquanto o padrão unicístico mostra uma lesão radiolúcida unilocular que pode circundar a coroa de um dente incluso. Como Sanddy *et. al*, 2001 e Moraes *et. al*, 2014, nossa casuística obteve também um maior número de casos com aspecto radiográfico multilocular, correspondendo a 76% dos casos.

O tratamento do ameloblastoma é bastante discutido entre os autores, podendo abranger desde o conservador até o mais radical. De acordo com França *et. al*, 2012 a escolha depende do tamanho e do tipo de lesão, sua localização e condições gerais do paciente. Além disso, Maia e Sandrine, 2017 diz que o tratamento depende da idade e das variantes histológicas. Martinez *et. al*, 2007; Kruschewsky *et. al*, 2010; Moares *et. al*, 2014; Carvalho e Souza, *et. al* 2015; Maia e Sandrini, 2017 falam que os tratamentos conservadores incluem enucleação e/ou curetagem e crioterapia, procedimentos estes que buscam remover o tumor sem provocar mutilação, já o tratamento radical é a remoção de todo o tumor incluindo margem de segurança geralmente de 2 centímetros. Segundo Pereira *et. al*, 2010 a variante sólida apresenta uma forma mais agressiva e por isso deve ser empregado o tratamento radical, já a variante unicística tem um comportamento menos agressivo podendo ser tratada de forma mais conservadora. Alguns autores como França *et. al*, 2012 mostram que é necessário a reconstrução quando feito procedimentos radicais devido a ocorrência da extensa perda anatômica, utilizando enxerto ósseo e/ou placa de titânio e parafusos.

Apesar da grande taxa de recidiva do ameloblastoma, em nosso presente estudo, apenas 15% dos casos tiveram essa natureza. Kruschewsky *et. al*, 2010, menciona em seu estudo que o alto índice de recidivas podem variar de 30% até 90%. De acordo com Sanddy *et. al*, 2001 e Carvalho e Souza, *et. al* 2015 a recorrência deste tumor é comum nos primeiros quatro ou cinco anos após o tratamento, além disso, a variante sólida apresenta um potencial maior de recidiva por ser mais agressivo.

De acordo com os dados apresentados neste trabalho, verificamos que as informações referentes a gênero, raça, idade, localização, sintomatologia e aspectos radiográficos são semelhantes aos descritos pela literatura nacional e internacional.

7 CONCLUSÃO

Portanto, pode-se concluir que os dados obtidos dos prontuários, analisados e comparados com a pesquisa de outros autores, o ameloblastoma apresenta características semelhantes, com predomínio do sexo masculino, raça branca, acometendo principalmente pacientes na segunda e terceira década de vida, sendo a mandíbula a localização mais afetada. Assim, ressaltamos a grande importância de que o cirurgião-dentista saiba como reconhecer, diagnosticar e tratar tal lesão.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, R.S.; PIRES, F.R. Ameloblastoma. In: DE ALMEIDA, OP (Ed): **Patologia oral** (ABENO: Odontologia Essencial: parte clínica). São Paulo: Artes Médicas, p. 124-127, 2016.

CABRAL, V.F.C.; CORREIA, A.V.L.; SILVA, R.J; CASTRO, J.F.L.; CARVALHO, E.J.A.; Ameloblastoma: estudo retrospectivo dos casos diagnosticados no Laboratório de Histopatologia Oral da UFPE. **International Journal of Dentistry**. Recife, v.8, n.4, pag. 187-190, 2009.

CARVALHO E SOUZA, C. H.; FÉ J. L. M.; SOUSA, L. L. A.; BORBA, M. S. C.; BARROS, S. S. L. V.; LOPES, M. C. A. Radical management of aggressive lesions: a case report of recurrent ameloblastoma. **Revista Gaúcha Odontológica**, Porto Alegre, v. 63, n. 3, p. 327-330. jul-set 2015.

CAVALCANTE, R. M.; COSTA, M. J. F.; SOUSA E SILVA, N.; SOUZA, L. B.; SANTOS, P. P. A. Epithelial odontogenic tumors: analysis of 156 cases in a Brazilian population. **International journal of odontostomatology**, v.10, n.1, p. 113-118, 2016.

CHAGAS, J. F. S.; JÚNIOR, J. I. T.; PASCOAL, M. B. N.; PASCOAL, M. I. N.; AQUINO, J. L. B.; CAMPOS, J. L. G.; SCHWELLER, L. G. Ameloblastomas: clinical and therapeutic aspects. **Revista Brasileira de Cirurgia Cabeça e Pescoço**, v. 36, n. 3, p. 159–62, 2007.

COSTA, D. O. P.; ECARD, M. B.; OLIVEIRA, S. P.; SILVA, L. E.; DIAS, E. P.; LOURENÇO, S. Q.C. Estudo retrospectivo dos casos diagnosticados como ameloblastoma no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Antônio Pedro entre 1997 e 2007. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 44, n. 6, p. 441-447, dez, 2008.

FRANÇA, L. J. L.; CURIONI, O. A.; PAIVA, D. L.; VIANNA, D. M.; DEVIDITIS, R. A.; RAPOPORT, A. Ameloblastoma demographic, clinical and treatment study – analysis of 40 cases. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. v.78, n.3, p. 38-41, mai-jun 2012.

GOMES, A. C. A.; SILVA, E. D. O.; ALBERT, D. G. M.; LIRA, M. F. C.; ANDRADE, E. S. S. Conceito atual no tratamento dos ameloblastomas. **Revista Cirurgia traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v. 6, n.3, p. 9-16. jul-set 2006.

JARDIM, E. C.G.; FAVERANI, L. P.; MELO, R. L.; MIYAHARA, G. I.; SOUBHIA, A. M. P.; MENDONÇA, J. C. G.; SHINOHARA, E. H. Tratamento Cirúrgico de Ameloblastoma Mandibular. **Archives of Health Investigation**, v.2, n. 4, p. 35-38, 2013.

KIM, S. G.; JANG, H. S. Ameloblastoma: a clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics**, v. 91, n. 6, p. 649-53, 2001

KREPPEL M.; ZOLLER J. Ameloblastoma - Clinical, radiological, and therapeutic findings. **Oral Diseases**. v. 24, p. 63-66, 2018.

KRUSCHEWSKY L. S.; CAROLINA C.; FRANCISCO A. T.; FRANCISCO V. M. F., Ameloblastoma: clinical and therapeutics aspects. **Revista Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial**, S. 1, v. 13, n. 4, p. 241-244, 2010.

LUCAS NETO, A.; CARVALHO, R. W. F.; ANDRADE, E. S. S.; VASCONCELOS, B. C. E.; GOMES, A. C. A.; SILVA, E. D. O. Clinical, Radiographic and Histological Analysis of 122 Cases of Ameloblastomas in a Brazilian Population. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 165-170, 2011

MAIA, E. C.; SANDRINI, F. A. Management techniques of ameloblastoma: a literature review. **Revista Gaúcha Odontológica**, Porto Alegre, v.65, n.1, p. 62-69, jan./mar., 2017

MARTINEZ, C. R.; BARROS, R. M. G.; ORUÉ, N.R.; OLIVEIRA, J. G. P.; MONTEIRO J. C. C. Ameloblastoma: Estudo Clínico-Histopatológico. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-facial**, Camaragibe, v.8, n.2, p. 55-60, 2008.

MORAES, F. B.; CARDOSO, R. M. N.; RODRIGUES, S. V.; DUTRA, M. V. F.; PEREIRA, U. R.; BORGES, T. R. S. A. Ameloblastoma: a clinical and therapeutic analysis on six cases. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 49, n. 3, p. 305-308, 2014

MUNIZ, V. R. V. M.; FREITAS, D. J. S. M.; NERI, R. F. A.; DULTRA, J. A.; DULTRA, F. K. A. A. Características Clínicas, Radiográficas e Diagnóstico do Ameloblastoma: Relato de Caso. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v.14, n.4, p. 27-32, out-dez, 2014.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.

PEREIRA, F. A. C.; MELO, L. A.; GURGEL, C. A. S.; CANGUSSU, M. C. T.; AZAVEDO, R. A.; SANTOS J. N. S. Clinicopathological and demographic characteristics of ameloblastomas in a population from Bahia, Brazil. **Revista Odonto Ciência**, Salvador, v 25, n. 3, p. 250-255, 2010.

RALDI, F. V.; GUIMARÃES-FILHO, R.; MORAES, M. B.; NEVES, A. C. C. Tratamento de ameloblastoma. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 123-126, jan. /mar., 2010

SÁ, A. C. D.; ZARDO, M.; JUNIOR, A. J. O. P.; SOUZA, R. P.; NEME, M. P.; SABEDOTTI, I.; LOVATO, A. F. G.; COSTA, K. D.; RAPOPORT, A. Ameloblastoma da mandíbula: relato de dois casos. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 465-468, Dec., 2004

SADDY, M. S.; CHILVARQUER, I.; DIB, L. L.; SANDOVAL, R. L. Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos do ameloblastoma. **Revista Pós Graduação**, v. 12, n. 4, p. 460-5, 2005.

VERED M.; MULLER S.; HEIKINHEIMO K. Ameloblastoma. In: EI-NAGGAR A.K., CHAN J.K.C., GRANDIS J.R., TAKATA T., SLOOTWEG P.J. (Eds): **WHO Classification of Head and Neck Tumours** (4th edition). IARC: Lyon 2017, p. 215-218.

ANEXO 01:



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 – Bloco A – Sala 224 - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 078/11 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
002/11

Projeto Pesquisa: Cistos odontogênicos queratinizantes dos maxilares: busca de fatores determinantes do comportamento biológico.

Pesquisador Responsável: Sérgio Vitorino Cardoso

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.
O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data de entrega do relatório final: Fevereiro de 2012.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO APROVADO.

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

OBS 2: ANÁLISE FINAL ENVIADA AO PESQUISADOR DIA 21/03/2011.

Uberlândia, 25 de fevereiro de 2011.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU