 <https://doi.org/10.56238/ciesaudesv1-001>

**Eduardo César Lobato Vale Júnior**

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal do Maranhão. <https://orcid.org/0000-0003-3498-9585>.  
E-mail: [eduardovale.jr@hotmail.com](mailto:eduardovale.jr@hotmail.com)

**Thais Bordinassi da Silva**

Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. <https://orcid.org/0000-0003-0717-1622>.  
E-mail: [taty-bordinassi@hotmail.com](mailto:taty-bordinassi@hotmail.com)

**César Augusto Abreu- Pereira**

Mestre em reabilitação oral pela Universidade Estadual Paulista. <https://orcid.org/0000-0003-0665-9060>.  
E-mail: [cesar.abreu@unesp.br](mailto:cesar.abreu@unesp.br)

**Carolina Raiane Leite Dourado Maranhão Diaz**

Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial pela Universidade Federal do Piauí. <https://orcid.org/0000-0002-8308-8954>.  
E-mail: [rai.011@hotmail.com](mailto:rai.011@hotmail.com)

**Rosana Costa Casanovas**

Doutorado em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. <https://orcid.org/0000-0002-6871-3491>.  
E-mail: [rosana.casanovas@ufma.br](mailto:rosana.casanovas@ufma.br)

**RESUMO**

O ameloblastoma é uma lesão de natureza particularmente agressiva e potencialmente destrutiva, necessitando de protocolo adequado e minucioso. Paciente do sexo feminino, 27 anos, sem comorbidades, compareceu ao Hospital do Câncer do Maranhão devido a lesão em mandíbula. A paciente relatava queixa de sintomatologia dolorosa

em região anterior de mandíbula há 1 ano, com assimetria facial e desconforto estético e funcional. Ao exame clínico notou-se aumento de volume em região de sínfise mandibular, duro à palpação, não sangrante e de mucosa sem alteração de cor e forma. Solicitou-se exame radiográfico panorâmico e tomografia de face, observando-se imagem sugestiva de lesão intraóssea multilocular de grandes extensões, com bordas delimitadas, estendendo-se da região do dente 41 até o 46, com reabsorção de raízes dentais e expansão de cortical. Definiu-se como procedimento ideal para tratamento a enucleação da lesão e envio para análise histopatológica. Foi feita a cirurgia, com retirada de todo seu conteúdo, inclusive a cápsula. A paciente permaneceu internada por 3 dias para antibioticoterapia e observação pós-operatória. Foi utilizado um dispositivo que permitiu a comunicação entre a cavidade obtida após a cirurgia e o meio bucal, possibilitando irrigação com clorexidina diariamente pela paciente e a cada 15 dias em centro cirúrgico. Continuou-se o acompanhamento com retornos periódicos, sem recidiva da lesão e com regeneração tecidual satisfatória de acordo com a intervenção escolhida. O tratamento de lesões como o ameloblastoma requer uma abordagem estratégica e individualizada, onde a expertise do cirurgião-dentista é fundamental na tomada de decisões que propicie o sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** Ameloblastoma, Descompressão, Cirurgia Bucal, Estomatologia.

**1 INTRODUÇÃO**

Os tumores odontogênicos (TO) constituem um diversificado grupo de lesões presentes nos ossos gnáticos que se originam dos tecidos embriológicos dentais, cujos diferentes graus de interação entre tecidos e os vários padrões de crescimento que caracterizam sua formação, ainda tem sido tema de constantes estudos científicos contemporâneos (KEBEDE et al 2017; MASCITTI et al, 2019). A maioria dessas lesões representa neoplasias verdadeiras e algumas podem raramente exibir

comportamento maligno, enquanto outras podem se manifestar como malformações similares a tumores, chamadas de hamartomas (NEVILLE et al, 2016; DE MEDEIROS, 2018).

Esse grupo de lesões possui características histopatológicas distintas e várias manifestações clínicas, sendo em sua maioria benignas, podendo exibir comportamento agressivo ou não. Os tumores são classificados, ainda, de acordo com o tecido embriológico dental do qual tiveram origem, podendo ser de origem epitelial, ectomesequimal ou misto, sendo este último quando são derivados de ambos os tecidos. A classificação mais recente é a de 2017, reformulação feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Vários estudos em outros países mostraram diferenças relativas na prevalência desses tumores. Com isso, especula-se que as discrepâncias nestes valores podem ser atribuídas às variações geográficas com ênfase nas variações genéticas e culturais de cada população (KEBEDE et al, 2017; DE MEDEIROS, 2018; MASCITTI et al, 2019).

Os ameloblastomas são os tumores odontogênicos mais comuns, compondo 39.6% de todos os TOs, seguido do odontoma (20,1%) e do queratocisto odontogênico (13,8%). O ameloblastoma é um tumor de origem odontogênica cuja frequência relativa se iguala à frequência combinada de quase todos os outros tumores odontogênicos. Esse tumor é dado como uma neoplasia dos maxilares advinda de tecido epitelial dental, podendo surgir dos restos da lâmina dentária, do órgão do esmalte e desenvolvimento, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico ou das células basais da mucosa oral (CHAE et al, 2015; NEVILLE et al, 2016).

Apesar de histologicamente ter natureza benigna, os ameloblastomas possuem comportamento clínico agressivo devido ao seu potencial de destruição dos tecidos circundantes, à sua invasividade local e à alta taxa de recidiva (AU et al, 2019; SILVA et al, 2019). Essa lesão apresenta crescimento lento e indolor, podendo ser sintomático quando em estágios mais avançados; nesses casos, muito provavelmente já há rompimento da cortical óssea e há a possibilidade da instalação de infecções secundárias à lesão, com drenagem de secreção purulenta. Além disso, não apresenta predileção etária; no entanto, é raro em crianças com menos de 10 anos e relativamente incomum na segunda década de vida, podendo ser comumente encontrados entre a quarta e a sétima décadas de vida (KREPEL; ZOLLER; 2017). Também não há predileção por gênero nem raça. Sua maior ocorrência é em mandíbula, cerca de 80 a 85% dos casos, com mais frequência na região de corpo e ramo (NEVILLE et al, 2016).

Radiograficamente, essa neoplasia apresenta-se como lesões císticas osteolíticas uni ou multilocular que, a depender do formato e tamanho das loculações, pode ser chamado de multilocular em “bolhas de sabão” ou em “favos de mel”, e que leva a expansão do osso cortical envolvido (KREPEL; ZOLLER; 2017). Somado a isso, pode estar associado a dentes e provocar reabsorções

radiculares nestes, a depender do grau de envolvimento e se houve movimentação dos elementos dentários.

Recentemente, em 2017, a OMS propôs uma nova nomenclatura para grande parte das lesões da cavidade bucal, dentre elas o ameloblastoma. Essa neoplasia, que antes apresentava vários subtipos, agora se divide apenas em ameloblastoma, ameloblastoma unicístico e ameloblastoma periférico ou extraósseo (TOLENTINO, 2018).

Dada a gravidade que o quadro de ameloblastoma pode apresentar, seu tratamento varia entre o conservador e o radical. O tratamento conservador consiste em enucleação e curetagem da lesão, removendo-a por completo e dando ênfase à remoção total da cápsula para que não haja recidiva, com posterior ostectomia periférica à loja cirúrgica para limpar os tecidos adjacentes. Ainda nesse pensamento conservador, pode-se utilizar a marsupialização e a descompressão da lesão para que esta diminua de tamanho antes de sofrer enucleação visando preservação dos tecidos circundantes e cicatrização mais eficaz. Já o tratamento radical consiste na ressecção do tumor, compreendendo margens de 1 a 1,5cm, visando eficácia maior contra recidivas da lesão; apesar disso, pode trazer grandes repercussões funcionais e/ou estéticas. Sendo assim, deve-se avaliar inúmeros fatores no momento de escolha da melhor intervenção, visando o melhor para o paciente (AU et al, 2019).

Sendo assim, tocante ao exposto, é válido afirmar que a lesão é deveras agressiva e seu tratamento deve ser definitivo. Uma alternativa – também a mais aceita por alta taxa de sucesso – é a enucleação do cisto, onde há a retirada total da lesão intraóssea com posterior curetagem e ostectomia periférica da loja cirúrgica visando retirar qualquer fator causal de recidiva. Pacientes submetidos a esse procedimento cirúrgico possuem recuperação rápida e prognóstico excelente (SILVA et al, 2019). Apesar disso, a descompressão tem mostrado igual sucesso, o que tem levado ao seu maior uso, não só como tratamento adjuvante mas também como definitivo (BERETTA et al, 2021).

## **2 RELATO DE CASO**

Paciente do sexo feminino, 27 anos, faioderma, sem condição sistêmica relevante, compareceu ao serviço de Cirurgia Buco-maxilo-facial do Hospital do Câncer do Maranhão Tarquínio Lopes Filho encaminhada devido a lesão em mandíbula. A paciente relatava queixa de sintomatologia dolorosa em região anterior de mandíbula já havia 1 ano, com assimetria facial e desconforto estético e funcional (figura 1).

Ao exame clínico, notou-se aumento de volume em região de sínfise mandibular, duro à palpação, não sangrante e de mucosa sem alteração de cor e forma (figura 2). Solicitou-se exame radiográfico panorâmico e tomografia computadorizada de face (figura 3), onde neles observou-se uma lesão intraóssea multilocular de grandes extensões, com bordas bem delimitadas, estendendo-se

aproximadamente da região do dente 41 até o 46, com absorção de raízes adjacentes e expansão de cortical.

Dado o conjunto de informações obtidas, traçaram-se as hipóteses diagnósticas de queratocisto odontogênico e de ameloblastoma. A maior probabilidade seria a de ameloblastoma, mediante os padrões clínicos e imaginológicos observados.

Previamente ao procedimento, realizou-se biópsia incisional da lesão para obtenção do diagnóstico histopatológico e então promover a correta intervenção terapêutica. Após o procedimento, fixou-se fragmentos da lesão em formol a 10% para posterior envio para o laboratório visando análise histopatológica. Obteve-se, então, o diagnóstico definitivo de ameloblastoma, de padrão histológico do tipo plexiforme (figura 5).

Partindo-se do exposto, definiu-se o procedimento ideal para tratamento como a enucleação da lesão.

Figura 1: Aspecto extra-oral pré-operatório.



Figura : 3 TC e reconstrução 3D

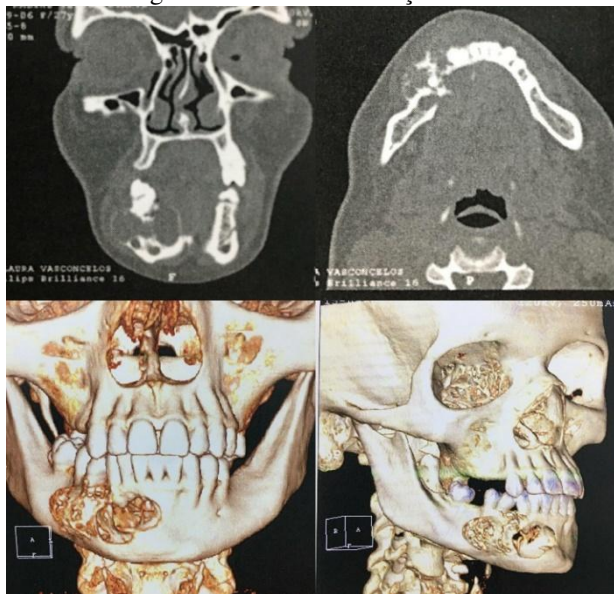


Figura 2: Aspecto intra-oral pré-operatório.

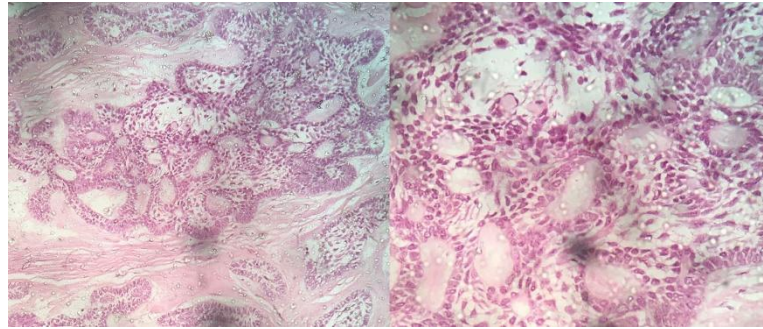


Figura 4: Punção.



Fonte: Pertencente ao arquivo dos autores.

Figura 5: Exame histopatológico evidenciando padrão plexiforme da lesão. Imagem em aumento de 10x.



Fonte: Pertencente ao arquivo dos autores.

O procedimento foi feito sob anestesia geral com intubação nasotraqueal na narina esquerda. Fez-se a antisepsia da região com clorexidina degermante com posterior infiltração anestésica de lidocaína com vasoconstritor. De início foi feita punção aspirativa da lesão, com obtenção de líquido amarelo-citrino (figura 4). Realizou-se então acesso circunvestibular em mandíbula com bisturi elétrico para exposição da lesão e posterior descolamento mucoperiosteal do tecido gengival adjacente para visualização da lesão. Fez-se osteotomia para acesso à região intraóssea e à cápsula cística. Foi feita a enucleação do tumor, com retirada de todo seu conteúdo, inclusive a cápsula (figura 6). Após, realizou-se curetagem no local e osteotomia periférica para retirar quaisquer focos e microfocos restantes da lesão. Posteriormente foi necessário fazer a osteoplastia da região para diminuir qualquer irregularidade óssea existente. Durante todo o procedimento foram utilizadas técnicas de hemostasia (cauterização com cauterizador elétrico aplicado em focos de sangramento, compressão com gaze) e irrigação abundante com soro fisiológico 0.9%. Após, suturou-se a região em síntese por planos (figura 6).

Figura 6: Aspecto transoperatório e pós-operatório imediato.



Fonte: Pertencente ao arquivo dos autores.

Dado o tratamento cirúrgico, a paciente seguiu em enfermaria por 3 dias para antibioticoterapia venosa e observação pós-operatória. Com 1 mês pós-operatório, porém, percebeu-se que as condições de higiene da paciente eram precárias, de forma que houve infecção no local onde antes estava a lesão, apresentando inclusive secreção purulenta (figura 7). Com isso, foi utilizado dispositivo que permitiu o contato entre a cavidade obtida após a cirurgia e o meio bucal, de maneira a tornar possível sua irrigação com clorexidina diariamente pela paciente e a cada 15 dias em centro cirúrgico. Tal estratégia visa manter limpa a cavidade enquanto cicatriza, evitando infecções. Assim, a paciente continuou em acompanhamento, com retornos periódicos programados após 15 dias, 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano para acompanhamento (fora as datas previamente estabelecidas para irrigação), checando se há recidiva da lesão.

Figura 7: Aspecto intra-oral: pós-operatório de 30 dias.



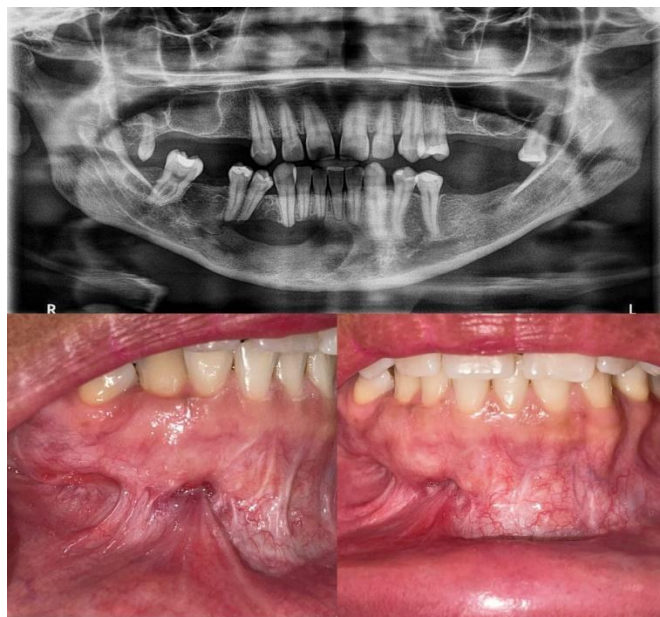
Fonte: Pertencente ao arquivo dos autores.

Com o pós-operatório de 1 ano, observou-se neoformação óssea satisfatória na região de acordo com o procedimento realizado, sem infecções, porém ainda é necessário que haja maior formação de osso no local (figuras 8 e 9).

Figura 8 7: Aspecto extra-oral: pós-operatório de 1 ano



Figura 9 8: Radiografia aspecto intra-oral: pós-operatório 1 ano



Fonte: Pertencente ao arquivo dos autores

### 3 DISCUSSÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno que pode apresentar agressividade acentuada, podendo chegar a grandes dimensões. Dadas as múltiplas manifestações que essa lesão pode apresentar, deve-se aplicar o melhor tratamento, buscando atender às necessidades do paciente no que tange função, estética e prognóstico. Para isso, é imprescindível que o cirurgião-dentista responsável tenha pleno conhecimento das características clínicas, radiográficas e histopatológicas da lesão e de seus subtipos.

Para que seja decidida a melhor opção terapêutica, é preciso levar em conta vários fatores, como a idade do paciente, sua condição sistêmica, condição financeira, possibilidade de acompanhamentos periódicos a longo prazo, local da lesão e suas estruturas adjacentes, estética, preferência do paciente, problemas sociais e as características específicas da lesão (se é primária ou recidivante, por exemplo), dentre outros. A correta escolha e execução do tratamento tem como foco beneficiar o paciente, retornando-o a um estado de qualidade de vida no que tange a existência da lesão. Tocante ao ameloblastoma, isso se torna mais emergente no intuito de evitar recidivas, onde um novo momento cirúrgico seria necessário para novo tratamento. Somado a isso, tumores desse tipo que se encontram recorrentes e de longa duração podem evoluir para carcinomas ameloblásticos, o que muda o prognóstico do paciente de maneira radical, de forma que uma correta intervenção imediata prematura poderia evitar esse quadro (AU et al, 2019).

Os tratamentos a serem seguidos em casos de neoplasias como o ameloblastoma são de natureza cirúrgica e podem seguir práticas conservadoras ou radicais. Das primeiras se destacam a enucleação,

marsupialização e drenagem; da segunda, a ressecção da região do osso afetado referente à lesão, somado à margem de segurança comumente utilizada. Para determinar o melhor, os fatores citados anteriormente são essenciais (MAIA, SANDRINI, 2017; SILVA et al, 2020).

As abordagens conservadoras buscam não trazer grandes prejuízos funcionais, estéticos e sociais ao paciente, de forma a manter o máximo possível de estrutura íntegra na região afetada. Para isso, é comum a associação de enucleação com marsupialização ou enucleação e drenagem, somados à osteotomia periférica e curetagem na loja cirúrgica. Apesar da drenagem ser utilizada em momento prévio à enucleação, há evidências de casos onde ela utilizada isoladamente promoveu a correta osteogênese centrípeta na lesão partindo-se de uma diminuição volumétrica, com cicatrização eficiente e preservação das estruturas anteriormente afetadas (MELO et al, 2016). Somado a isso, o uso de dispositivo de drenagem pós-enucleação também apresenta seus benefícios, viabilizando irrigações frequentes no local, tanto caseiras quanto em ambiente cirúrgico, no intuito de promover assepsia da região e evitar a possibilidade de recidivas, tornando o tratamento passível de maior sucesso, tal qual foi realizado no procedimento no caso descrito. Apesar de apresentar tais benefícios, a metodologia conservadora costuma ter recidivas em cerca de 55% dos casos (ALMEIDA, 2016).

A técnica utilizada no caso descrito visou retornar à paciente função e estética de maneira que não houvesse maiores prejuízos às estruturas envolvidas, contrário à abordagem radical. Com isso, a enucleação trouxe à paciente qualidade de vida desde seu processo de recuperação, favorecendo a integridade dos tecidos adjacentes apesar da intervenção, não influenciando negativamente nas suas atividades do dia a dia. Apesar disso, houve infecção pós-operatória na região, onde foi necessária a intervenção através de irrigações constantes com clorexidina.

Apesar do exposto, a ressecção ainda é uma das modalidades de tratamento comumente usadas por profissionais. Devido às características infiltrativas do ameloblastoma, retirar a porção óssea afetada com margens de segurança de 1 a 1,5cm diminui as possibilidades de recidiva de maneira a trazer sucesso no tratamento da lesão. Apesar disso, uma intervenção tão radical torna-se invasiva ao paciente, de forma que a remoção de grandes quantidades de tecido pode trazer perda de função no osso afetado, como dificuldades na mastigação, fonação e deglutição; além disso, deformidades faciais, assimetrias e outros prejuízos estéticos também são comuns após o uso dessa técnica. Embora haja procedimentos de correção, como reconstruções com placas do sistema 2.4, implantes e enxertos, estes nem sempre conduzem a resultados totalmente favoráveis ao paciente, podendo persistir ainda algum defeito estético. Além disso, submeter o paciente a procedimentos mais longos ou de momentos cirúrgicos diferentes torna o tratamento mais estressante, podendo, por vezes, levar à evasão do indivíduo (BARROS et al, 2019; LIMA JÚNIOR et al, 2020; DE PAULA et al, 2020)

Com isso, a correta intervenção deve ser feita no intuito de prover a melhor reabilitação ao paciente sem que haja prejuízos funcionais e estéticos que possam ser evitados. Sabe-se que as técnicas conservadoras, tais quais a enucleação, marsupialização e descompressão, por exemplo, possuem alta taxa de sucesso, trazendo maior conforto ao paciente no fim do processo, de tal forma que procedimentos radicais como ressecções podem ser evitadas na maioria dos casos, onde haveria perda de estruturas nobres e vitais ao tecido afetado. Sendo assim, é necessário que o cirurgião-dentista responsável tenha correto conhecimento da lesão e das formas de tratamento, buscando a melhor estratégia para cada caso (DE BARROS et al, 2020).

#### **4 CONCLUSÃO**

O tratamento de lesões com potencial agressivo como o ameloblastoma requer uma abordagem cuidadosa e estratégica para cada caso, onde a *expertise* do cirurgião-dentista responsável exerce papel fundamental na tomada de decisões. Sendo assim, a correta intervenção deve sempre levar em consideração fatores como, por exemplo, tamanho e localização da lesão, as características do paciente e as suas expectativas perante os resultados, de maneira a aliar todos esses fatores e alinhá-los em uma estratégia coerente e que propicie, de fato, o sucesso do tratamento.

## REFERÊNCIAS

- Au, s. W., li, k. Y., choi, w. S., & su, y. X. (2019). Risk factors for recurrence of ameloblastoma: a long-term follow-up retrospective study. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 48(10), 1300–1306. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2019.04.008>
- Almeida, r. De a. C., andrade, e. S. De s., barbalho, j. C., vajgel, a., & vasconcelos, b. C. Do e. (2016). Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 45(3), 359–367. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2015.12.016>
- Barros, a. V. M. De (n.d.). Tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso [review of *tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso*]. *Brazilian journal of oral and maxillofacial surgery - brjoms*, 20, p. 39-42.
- Barros, a. V. M. De (n.d.). Tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso [review of *tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso*]. *Brazilian journal of oral and maxillofacial surgery - brjoms*, 20, p. 39-42.
- Berretta, l. M., melo, g., mello, f. W., lizio, g., & rivero, e. R. C. (2021). Effectiveness of marsupialisation and decompression on the reduction of cystic jaw lesions: a systematic review. *British journal of oral and maxillofacial surgery*. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2021.03.004>
- Chae, m. P., smoll, n. R., hunter-smith, d. J., & rozen, w. M. (2015). Establishing the natural history and growth rate of ameloblastoma with implications for management: systematic review and meta-analysis. *Plos one*, 10(2), e0117241. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117241>
- Kebede, b., tare, d., bogale, b., & alemseged, f. (2017). Odontogenic tumors in ethiopia: eight years retrospective study. *Bmc oral health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-017-0347-8>
- Kreppel, m., & zöller, j. (2018). Ameloblastoma-clinical, radiological, and therapeutic findings. *Oral diseases*, 24(1-2), 63–66. <https://doi.org/10.1111/odi.12702>
- Lima júnior, m. O. De, França, a. J. B. De, soares, c. F., silva, v. K. D. O., neves, r. F. S. N., genu, p. R., lima, a. V. L. Dos s., & vasconcelos, r. J. De h. (2020). Tratamento cirúrgico conservador em paciente jovem com ameloblastoma unicístico: relato de caso. *Research, society and development*, 9(11), e8909119380. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9380>
- Maia, e. C., & sandrini, f. A. L. (2017). Management techniques of ameloblastoma: a literature review. *Rgo - revista gaúcha de odontologia*, 65(1), 62–69. <https://doi.org/10.1590/1981-863720170001000093070>
- Mascitti, m., togni, l., troiano, g., caponio, v. C. A., sabatucci, a., balercia, a., rubini, c., lo muzio, l., & santarelli, a. (2019). Odontogenic tumours: a 25-year epidemiological study in the marche region of italy. *European archives of oto-rhino-laryngology*, 277(2), 527–538. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05683-3>

Medeiros, w. De, da silva, l., santos, p., pinto, l., & de souza, l. (2018). Clinicopathological analysis of odontogenic tumors over 22 years period: experience of a single center in northeastern brazil. *Medicina oral patología oral y cirugía bucal*. <https://doi.org/10.4317/medoral.22618>

Melo, r. B., carneiro, n. C. M., fonseca, w. L. M. Da, lima, j. F. De, Araújo, h. P. Da s., & pontes, h. A. R. (2016). Tratamento cirúrgico de ameloblastoma sólido convencional: relato de caso clínico. *Revista da faculdade de odontologia - upf*, 21(2). <https://doi.org/10.5335/rfo.v21i2.5714>

Nevile, b. W., damm, d. D., allen, c. M., & chi, a. C. (2016). *Patologia oral e maxilofacial* (4th ed.) [review of *patologia oral e maxilofacial*].

Ohiro, y., yamada, t., kakuguchi, w., kobayashi, i., kitamura, t., & tei, k. (2019). Modified “dredging method” for complicated solid/multicystic ameloblastoma in the mandible: report of a case treated by fractionated enucleation. *Journal of oral and maxillofacial surgery, medicine, and pathology*, 31(2), 121–125. <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2018.11.001>

Paula, l. M. De, brito, l. T., & alves, f. A. G. (2021). Benefícios do tratamento conservador de ameloblastoma unicístico de grandes proporções em mandíbula: relato de caso. *Odontologia: pesquisa e práticas contemporâneas - volume 1*, 44–54. <https://doi.org/10.37885/210605152>

Rikhotso, r. E., & premviyasa, v. (2019). Conservative treatment of ameloblastoma in a pediatric patient: a case report. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 77(8), 1643–1649. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2019.02.025>

Silva, l. O. R., dos santos, e. A., rodrigues, r. D., barboza, a. D., aguiar, j. F., & maranhão, s. C. (2019). Extenso ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de caso. *Revista da faculdade de odontologia - upf*, 24(1), 82–88. <https://doi.org/10.5335/rfo.v24i1.8936>

Silva, g. A., henriques, j. C. G., mitri, f. F., costa, a. R. G. F., & batista, j. D. (2020). Características clínico-patológicas e tratamento do ameloblastoma unicístico: relato de caso. *Revista naval de odontologia*, 47(2), 35–42. <https://doi.org/10.29327/25149.47.2-4>

Silva, g. A., henriques, j. C. G., mitri, f. F., costa, a. R. G. F., & batista, j. D. (2020). Características clínico-patológicas e tratamento do ameloblastoma unicístico: relato de caso. *Revista naval de odontologia*, 47(2), 35–42. <https://doi.org/10.29327/25149.47.2-4>

Zheng, c. Y., cao, r., hong, w. S., sheng, m. C., & hu, y. J. (2019). Marsupialisation for the treatment of unicystic ameloblastoma of the mandible: a long-term follow up of 116 cases. *British journal of oral and maxillofacial surgery*, 57(7), 655–662. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2019.06.002>