

LARA LOPES SILVA FAGUNDES
YGOR SOARES NUNES DA SILVA

**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES BUCAIS: UMA REVISÃO
DE LITERATURA DE AMELOBLASTOMA VERSUS CISTO DENTÍGERO**

Rio de Janeiro, RJ.
2024

Lara Lopes Silva Fagundes
Ygor Soares Nunes da Silva

**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES BUCAIS: UMA REVISÃO
DE LITERATURA DE AMELOBLASTOMA VERSUS CISTO DENTÍGERO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Universidade do Grande Rio "Professor
José de Souza Herdy" como parte dos
requisitos parciais para obtenção do grau de
bacharel em Odontologia

Orientador:

Professor Dr. Fernando José Combat Fadel
Filho

Co-orientadora:

Tatiane Azeredo Omena

Rio de Janeiro - RJ.

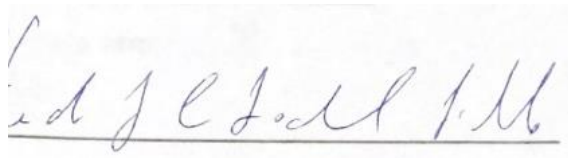
2024

Lara Lopes Silva Fagundes
Ygor Soares Nunes da Silva

**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES BUCAIS: UMA REVISÃO
DE LITERATURA DE AMELOBLASTOMA VERSUS CISTO DENTÍGERO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Universidade do Grande Rio "Professor
José de Souza Herdy" como parte dos
requisitos parciais para obtenção do grau de
bacharel em Odontologia

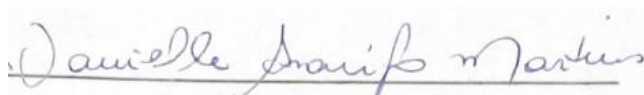
Aprovado em 25 de junho de 2024.



Professor Fernando José Combat Fadel Filho
Universidade do Grande Rio



Professora Tatiane Azeredo Omena
Universidade do Grande Rio



Professora Danielle Martins Teodoro
Universidade do Grande Rio

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho, primeiramente a Deus, por ter nos dado sabedoria e clareza durante sua realização. Também dedicamos aos nossos pais, pois sem seus esforços não teríamos a capacidade de desenvolver este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Queríamos agradecer primeiramente aos nossos orientadores, Fernando José Combat Fadel Filho e Tatiane Azeredo Omena, pelas correções e ensinamentos que nos permitiram apresentar um melhor desempenho no nosso processo de formação profissional.

Aos nossos pais e irmãos por terem sempre nos apoiado a continuarmos, mesmo nos momentos de cansaço e desânimo. Por todo o incentivo e companheirismo durante a realização deste trabalho, e por toda a compreensão em nossos momentos de ausência para a nossa dedicação em realizar a confecção deste trabalho.

Aos nossos colegas de classe Ana Marins, Yuri Liporaci, Laís Borsoi, Eduarda Kull e Jefferson Oliveira, por sempre estarem ao nosso lado em todos os momentos, por nunca soltarem as nossas mãos, por serem parceiros.

Aos nossos professores por nos ensinarem tudo que sabemos, tornando a realização desse trabalho possível.

Muito obrigado!

RESUMO

Introdução: O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, tendo de 10 a 30% de prevalência de todos os tumores odontogênicos. Suas características clínicas são: assintomático, crescimento lento, associação aos terceiros molares inferiores, onde esses não foram erupcionados, imagem radiolúcida em radiografias e expansão da cortical óssea vestibulo-lingual. Dentre os desafios no diagnóstico de lesões bucais referentes ao ameloblastoma podemos citar o Cisto Dentígero, sendo uma lesão que possui as características de associação ao surgimento por meio de um elemento dentário não erupcionado, sendo mais frequentes em terceiros molares inferiores, como o Ameloblastoma, radiograficamente, apresenta uma área radiolúcida podendo haver expansão óssea, com bordos definidos e escleróticas. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo demonstrar as características das lesões de ameloblastoma e cisto dentígero e ressaltar o porquê existem desafios na hora do diagnóstico final. **Proposição:** A proposição deste trabalho foi, a partir de dados da literatura, exemplificar as dificuldades e desafios no diagnóstico de lesões ameloblásticas e de CD. **Discussão:** Será discutido as dificuldades no fechamento de diagnóstico de lesões bucais, diante da técnica cirúrgica de escolha e análise de fatores histopatológicos, assim como o comportamento biológico das lesões em questão, os quais tornam o desafio mais amplo.

Palavras-chave: *Ameloblastoma, lesões císticas, Cisto dentígero, diagnósticos diferenciais.*

ABSTRACT

Introduction: Ameloblastoma, a benign odontogenic tumor, accounts for 10-30% of all odontogenic tumors. Characterized by asymptomatic slow growth, association with unerupted mandibular third molars, radiolucent radiographic appearance, oral lesions consistent with ameloblastoma, and buccolingual cortical bone expansion, it poses diagnostic challenges. Dentigerous cyst, another cyst associated with unerupted teeth, often the mandibular third molar, presents radiographically as a radiolucent area with possible bone expansion, defined borders, and sclerotic margins. **Objective:** This study aims to highlight the characteristics of ameloblastoma and dentigerous cyst lesions, emphasizing the diagnostic challenges they present. **Approach:** Drawing from literature, this work exemplifies the difficulties and challenges in diagnosing ameloblastic lesions and dentigerous cysts. **Discussion:** The complexities of definitive diagnosis for oral lesions will be discussed, considering the surgical technique of choice and histopathological factors. The biological behavior of these lesions will also be explored, further broadening the diagnostic challenge.

Keywords: *Ameloblastoma, cystic lesions, dentigerous cyst, differential diagnosis.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2.PROPOSIÇÃO.....	9
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1 Conceito de ameloblastoma	10
3.2 Histopatologia.....	10
3.3 Classificação do ameloblastoma.....	11
3.3.1.1 Ameloblastoma convencional	11
3.3.1.2 Características histopatológicas.....	12
3.3.1.3 Características radiográficas.....	12
3.3.1.4 Tratamento	12
3.3.2.1 Ameloblastoma unicístico	13
3.3.2.2 Características histológicas.....	13
3.3.2.3 Características radiográficas.....	14
3.3.2.4 Tratamento	14
3.3.3.1 Ameloblastoma periférico	15
3.3.3.2 Características histológicas.....	15
3.3.3.3 Características radiográficas.....	16
3.3.3.4 Tratamento	16
3.4 Cisto dentífero	16
3.4.1 Características histológicas.....	16
3.4.2 Características radiográficas.....	17
3.4.3 Tratamento	17
4. DISCUSSÃO	18
5. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA	22

1. INTRODUÇÃO

Os tumores e cistos odontogênicos são lesões que surgem através de elementos responsáveis pela formação dos dentes. É de suma importância o diagnóstico precoce de ambos, uma vez que possuem grande relevância no aspecto patológico, e também para a escolha da correta intervenção cirúrgica, sendo radical ou minimamente invasiva (1).

Levando em consideração os critérios mencionados anteriormente, faz-se necessário que os cirurgiões dentistas possuam conhecimento e domínio sobre essas lesões e de seus diagnósticos diferenciais, para que seja feita a melhor abordagem de tratamento das mesmas, evitando, dessa forma, maiores transtornos aos pacientes, uma vez que tais lesões não são comumente vistas na prática clínica odontológica (2). A diferenciação, no que diz respeito ao diagnóstico entre ameloblastoma e cisto dentígero, confere um notório desafio, visto que, as lesões assemelham-se nos seguintes pontos: clinicamente, sendo assintomáticas e com caráter expansivo das corticais, radiograficamente, apresentam-se com imagens radiolúcidas e multiloculadas em caso de lesões de caráter maior ou uniloculadas referente às lesões menores, além disso, tanto os ameloblastomas unicísticos quanto os cistos dentígeros, estão por sua vez associados a elementos dentários inclusos. (1)

2. PROPOSIÇÃO

O propósito do trabalho foi realizar uma revisão de literatura, baseados em dados informativos, sobre os desafios no diagnóstico das lesões bucais ameloblastoma e cisto dentífero, uma vez que, as manifestações clínicas de ambas são semelhantes. Ainda, vale ressaltar a importância do diagnóstico precoce para uma correta abordagem de tratamento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conceito de ameloblastoma

O ameloblastoma é uma patologia que tem maior incidência em adultos, do gênero masculino, na faixa etária de 35 a 45 anos (3). Somado a isso, cerca de 80% a 85% dos ameloblastomas convencionais ocorrem na mandíbula, com mais frequência na região de corpo e ramo. Cerca de 15% a 20% dos ameloblastomas ocorrem na maxila, geralmente nas regiões posteriores (4). Este tumor é de origem epitelial, bem como: epitélio odontogênico da lâmina dentária, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico. Pode originar-se também de remanescente celulares do órgão do esmalte e de células da camada basal da cavidade bucal. Esta patologia, de caráter benigno, tem um crescimento lento e muitas vezes se apresenta de forma assintomática. Desta forma, é necessário um diagnóstico precoce e um tratamento adequado para que possamos evitar progressões, complicações e recidivas. Concomitante a isso, faz-se necessário o conhecimento sobre as características clínicas e radiográficas que cada tipo de ameloblastoma irá apresentar.

O ameloblastoma é um dos tumores odontogênicos mais comuns da cavidade oral. É dividido em três tipos de tumor: Ameloblastoma sólido convencional ou multicístico que é encontrado em ampla faixa etária, sem preferência por gênero, ocorre com maior frequência em corpo e ramo de mandíbula, sendo assintomático e sua apresentação clínica é de aumento de volume com crescimento lento, radiograficamente o ameloblastoma multicístico se assemelha a "favos de mel" ou "bolhas de sabão". O segundo tipo é o ameloblastoma unicístico onde são mais frequentemente encontrados em pacientes mais jovens, visto com maior frequência em mandíbula na região posterior, a lesão costuma ser de crescimento lento, resultando num aumento de volume indolor, radiograficamente parece uma lesão radiolúcida e clinicamente se assemelha a um cisto dentígero. E o terceiro tipo é o ameloblastoma periférico que se caracteriza como uma lesão incomum, seu surgimento é resultante de restos da lâmina dentária ou das células basais, geralmente é uma lesão indolor, não ulcerada, clinicamente se assemelha a um fibroma ou granuloma piogênico (1).

3.2 Histopatologia

Os tipos histopatológicos de ameloblastoma sólido incluem folicular, plexiforme, acantomatoso, basocelular e granular. O padrão folicular apresenta uma taxa de recorrência maior, sendo essa, 64,9%, logo em seguida, aparece a variante plexiforme com 13,0%, desmoplásica com 5,2% e acantomatosa com 3,9%. (5) O retrato histológico

tradicional de ameloblastoma citado por Gorlin e Vickers caracteriza-se por uma camada periférica de células colunares altas com hipercromasia, bem como, polaridade reversa dos núcleos e formação de vacúolos subnucleares. (6)

3.3 Classificação dos ameloblastoma

Os ameloblastomas são classificados em convencionais, periférico (ou extraósseo) Unicístico (7).

3.3.1.1 Ameloblastoma Convencional

O ameloblastoma do tipo convencional confere um crescimento lento, localmente agressivo e de caráter infiltrativo, sendo responsável por 10% de todos os tumores odontogênicos dos maxilares (8). Este padrão é decorrente de remanescentes de epitélio odontogênico, estritamente dos restos da lâmina dentária. Os ameloblastomas convencionais são mais comuns em adultos, sem predileção por gênero e possuem maior recorrência na terceira década de vida, visto isso, os casos de ameloblastoma convencional, ocorrem cerca de 80% em mandíbula nas regiões posteriores (9).

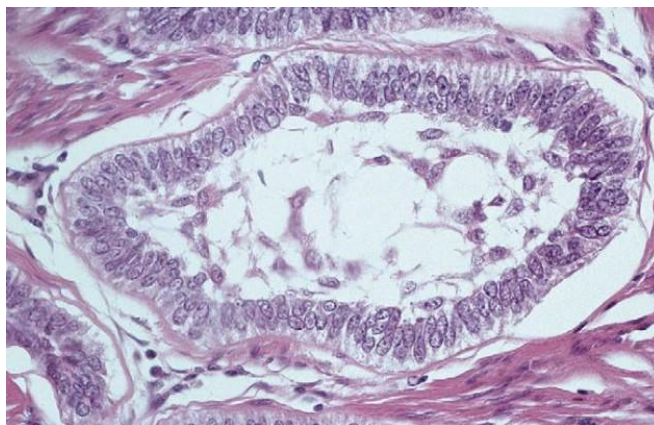


Fonte: Neville (2009)

3.3.1.2 Características Histológicas

No ameloblastoma convencional é mais comum a manifestação histológica do tipo folicular e plexiforme. O tipo histológico folicular, de acordo com a literatura é o mais

comum e padronizado, Este padrão caracteriza-se por ilhas de epitélio semelhantes ao epitélio do órgão do esmalte com camada periférica cubóide ou colunar, onde seu núcleo é polarizado. O termo plexiforme refere-se ao aparecimento de ilhas anastomosadas e cordões longos de epitélio odontogênico, estes cordões são demarcados por células colunares ou cúbicas similares aos ameloblastos. (1).



Fonte: Neville (2009)

3.3.1.3 Características radiográficas

Radiograficamente, o ameloblastoma convencional apresenta-se como uma lesão cística expansiva, radiolúcida e multiloculada. No que diz respeito ao seu aspecto radiográfico, a lesão é descrita como bolhas de sabão em sua maior extensão ou favos de mel quando os lócus são menores. (1, 10).



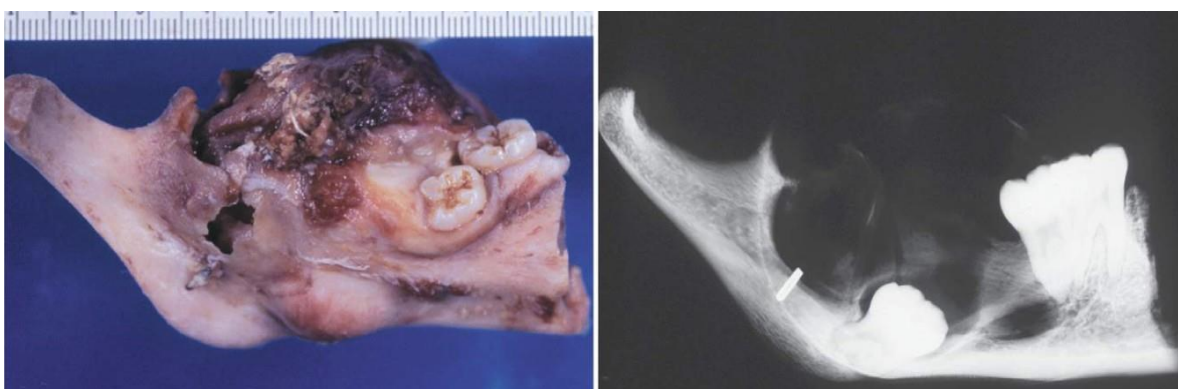
Fonte: Neville (2009)

3.3.1.4 Tratamento

No que diz respeito aos tipos de tratamentos do ameloblastoma convencional, é possível a realização de dois tipos de abordagens, sendo ele tratamento conservador ou radical. Na abordagem de tratamento radical é feita a remoção completa da lesão com

margens de segurança, normalmente de 2 mm aquém do término da lesão, ou seja, fazendo a remoção de osso saudável (1). Já no tratamento conservador, a abordagem pode ser iniciada com uma marsupialização ou descompressão da lesão a fim de que as dimensões da mesma diminuam e, num segundo ato cirúrgico, remova a parte restante da lesão sem que ocorra a necessidade de remoção de tecido sadio. A escolha do tipo de abordagem de tratamento que será feita vai de acordo com tamanho, tipo da lesão e idade do paciente (11).

Dito isso, vale ressaltar que o tratamento feito por meio da ressecção em bloco reduz a taxa de recidiva, tendo em vista, seu caráter infiltrativo não visto radiograficamente em sua periferia durante a reabsorção óssea. (1)



Fonte: Neville (2009)

3.3.2.1 Ameloblastoma Unicístico

O ameloblastoma unicístico é uma variável distinta do ameloblastoma, sendo o segundo mais comum dos ameloblastomas, responsável por 5% a 15% de todos os ameloblastomas unicísticos. (8). Este tumor é caracterizado de forma única e bem definida, dividindo-se em três subtipos histopatológicos, sendo estes: luminal, intraluminal e mural. Normalmente são semelhantes a cistos dentígeros, visto sua associação a dentes irrompidos, em sua maioria, terceiros molares (12).

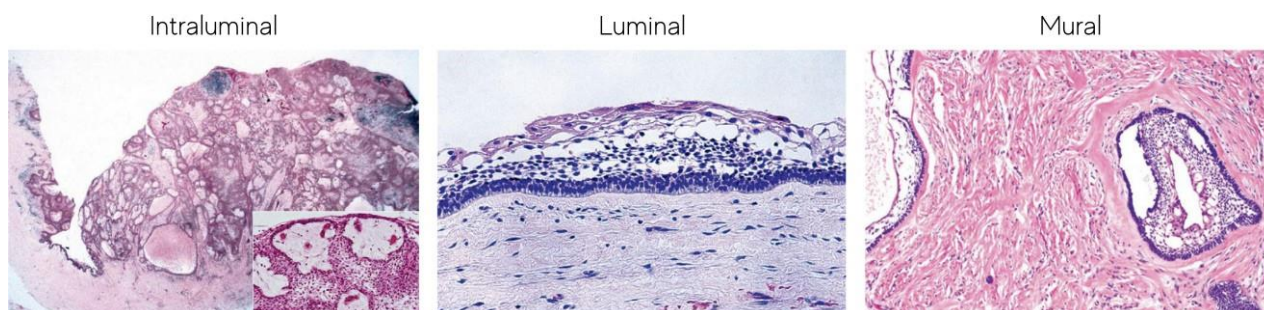
3.3.2.2 Características histológicas

O ameloblastoma unicístico, histologicamente pode se apresentar em três subtipos, luminal, intraluminal e mural. No tipo luminal, a lesão confere uma parede cística fibrosa com total ou parcial revestimento de epitélio ameloblástico. Este epitélio, apresenta uma camada basal de células colunares ou cubóides, onde seu núcleo se apresenta de forma hipercromática. (1)

No subtipo intraluminal, os nódulos de AU (ameloblastoma) progridem do revestimento cístico para a parte interna do lúmen onde encontram-se fluidos e restos

celulares. Tais projeções, se apresentam com um padrão edemaciado, plexiforme que coincide com os ameloblastomas convencionais. (1)

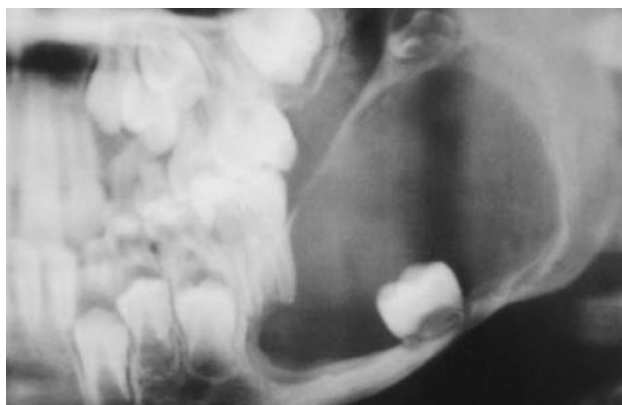
A parede fibrosa do cisto sofre infiltração folicular e plexiforme, conferindo o padrão mural de ameloblastoma unicístico. (13)



Fonte: Neville (2009)

3.3.2.3 Características radiográficas

Na grande maioria dos pacientes, o ameloblastoma unicístico se apresenta de forma radiolúcida e circunscrita, lembrando ao cisto dentífero, e são comumente associados à coroa de um dente não erupcionado. Podem apresentar em sua radiolucidez, em alguns casos, áreas festonadas (recortadas), todavia, ainda permanecem sendo um ameloblastoma unicístico (1, 13).



Fonte: Neville (2009)

3.3.2.4 Tratamento

O tratamento do ameloblastoma unicístico, na grande maioria dos casos é tratado como um cisto, adotando assim o método de tratamento por enucleação. Todavia, o paciente deve ser acompanhado por um período de tempo, uma vez que a chance de

recidiva desse tipo de tumor varia de 60 a 80% quando a abordagem conservadora de uma enucleação simples é a escolha (14).

3.3.3.1 Ameloblastoma periférico

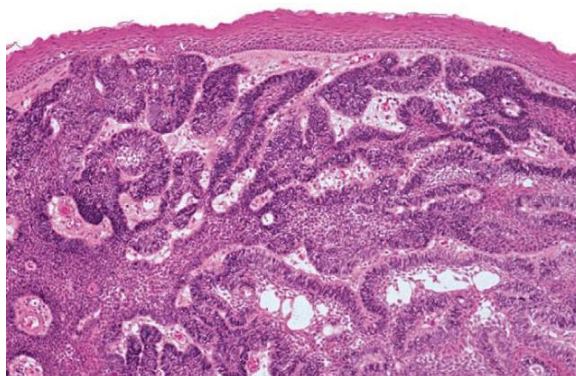
Os ameloblastomas periféricos são mais comuns de serem encontrados na mucosa alveolar e gengiva posterior, além disso, seu aparecimento é mais comum em mandíbula que em maxila (1). O ameloblastoma periférico é a lesão de menor incidência, representando apenas 1% dos ameloblastomas (15). Clinicamente, o ameloblastoma manifesta-se de forma indolor, não ulcerada no formato séssil ou pediculada. Além disso, clinicamente, pode ser considerado um fibroma ou um granuloma piogênico.(1).



Fonte: Neville (2009)

3.3.3.2 Características histológicas

Este grupo de ameloblastoma manifesta-se com uma camada basal do epitélio de superfície em 50% dos casos. Ademais, apresentam ilhas de epitélio ameloblástico que estão na lâmina própria na superfície do epitélio. (1)



Fonte: Neville (2009)

3.3.3.3 Características radiográficas

O ameloblastoma periférico diferencia-se dos demais sem envolvimento ósseo (16) portanto, em seu aspecto radiográfico, as características podem ser escassas ou manifestarem escavação/reabsorção (2).

3.3.3.4 Tratamento

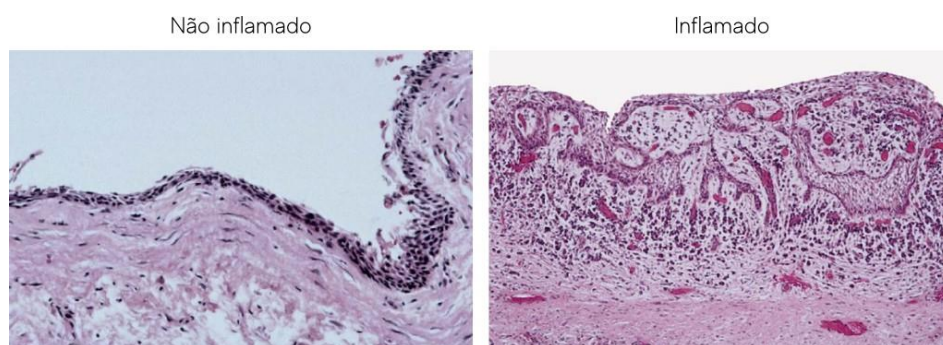
O tratamento referente ao ameloblastoma periférico, confere excisão cirúrgica local, uma vez localizado em mucosa/gengiva. Segundo a literatura, cerca de 15% a 20% ocorrem recidivas, porém após uma segunda excisão, observa-se o restabelecimento da saúde em relação a área abordada (1).

3. 4 Conceito de cisto dentígero

O cisto dentígero é responsável por aproximadamente 20% de todos os cistos revestidos por epitélio, tornando-se o cisto mais comum da cavidade oral. Tal cisto origina-se pela separação do folículo que envolve a coroa de um dente irrompido e sua conexão ao elemento ocorre na junção amelocementária. O desenvolvimento de um cisto dentígero pode originar-se por meio de um elemento não erupcionado ou semi incluso, através de um processo inflamatório que resultou da presença de uma pericoronarite recidivante. (1). Clinicamente, na maioria dos casos, manifesta-se de forma assintomática, todavia possuem potencial de tornarem-se grandes excessivamente resultando na expansão e erosão das corticais (17). Somado a isso, o cisto dentígero pode ser vetor para maloclusão, deslocamento dentário e assimetria facial. Esse tipo de lesão, pode ser vista em exames radiográficos e tomografia da face, onde aparecem de forma unitária (18).

3.4.1 Características histológicas

No que diz respeito a sua forma histológica, o cisto dentígero revela-se por uma cavidade patológica, sendo revestida por epitélio pavimentoso estratificado. O cisto dentígero divide-se em inflamado e não-inflamado. No não-inflamado, a cápsula de tecido conjuntivo é frouxa e delgada, as células que o revestem não são ceratinizadas. Além disso, possuem em sua composição de duas a três camadas de células planas ou cubóides. Já o cisto dentígero inflamado é revestido por tecido de maior densidade, tendo células inflamatórias crônicas infiltradas. O epitélio de revestimento pode variar no tipo de hiperplasia presente, tendo características escamosas mais marcantes (1,19).



Fonte: Neville (2009)

3.4.2 Características radiográficas

Radiograficamente, o cisto revela um área radiolúcida, bem circunscrita e assimétrica envolvendo a coroa de um dente não erupcionado. Ainda, pode apresentar deslocamento do canal mandibular, reabsorção radicular, reabsorção da parede das estruturas adjacentes, deixando a região frágil com risco de fratura patológica (20).



Fonte: Neville (2009)

3.4.3 Tratamento

O tratamento convencional dos cistos dentígeros, consistem em marsupialização e enucleação, podendo ser associada a manobra de descompressão. Para escolha da técnica, é necessário a avaliação da idade, tamanho da lesão, elementos e estruturas anatômicas envolvidas (1, 21, 22).

A técnica de aspiração, deve ser realizada em todos os casos visando a diferenciação da lesão em cisto odontogênico ou tumor (23, 24).

4. DISCUSSÃO

Como dito anteriormente, as lesões císticas e tumorais são de extrema complexidade em seus diagnósticos, tendo em vista diversas semelhanças em suas características clínicas, radiográficas e, em alguns casos, histopatológicas. Com isso, este trabalho visa a comparação entre as lesões de ameloblastoma e cisto dentígero. Embora o ameloblastoma seja uma lesão tumoral e o cisto dentígero uma lesão do tipo cística, possuem características semelhantes entre si.

O ameloblastoma é um tumor benigno, normalmente invasivo e agressivo, onde suas taxas de recidiva são consideravelmente altas (1). Seu acometimento é mais comum na terceira e quarta década de vida. Possui um crescimento lento, agressivo e assintomático. Atingindo os ossos gnáticos, especialmente corpo e ramo e mandíbula. Em relação a sua prevalência, consiste em 11% dos tumores odontogênicos mandibulares e 1% dos tumores e cistos odontogênicos maxilares (25). O ameloblastoma é um dos tumores mais comuns e com um alto potencial de letalidade. As possíveis causas de um desenvolvimento de um ameloblastoma são os restos de lâminas dentárias, epitélio de revestimento de um cisto odontogênico ou basocelular da mucosa oral e desenvolvimento do órgão dos esmaltes (7).

O cisto dentígero é um cisto odontogênico associado a coroa de um elemento dentário não irrompido (26). É, na maioria dos casos, um cisto unilocular com predileção pelo sexo masculino, e sua maior incidência é em região posterior de mandíbula, descobertos em exames de rotina, como a panorâmica, e seu aspecto é radiolúcido, unicelular e de bordos bem delimitados (27). Quanto a suas características clínicas, possui um crescimento lento de caráter assintomático, podendo revelar um aumento do volume facial por causa da expansão óssea, além de atrapalhar a erupção dos dentes vizinhos ou até promover uma rejeição dos mesmos (26).

Como mencionado anteriormente, as características clínicas do ameloblastoma e do cisto dentígero se assemelham em muitos casos, entre eles podemos destacar as características radiográficas, onde ambos se apresentam de forma radiolúcida, com bordos definidos e estão associados a coroa de um dente, em grande maioria das vezes, não irrompido. Além disso, temos como semelhança suas características clínicas, onde estas se manifestam de forma indolor, de crescimento lento, e apresentando expansão da tábua óssea. Por outro lado, possuímos certas diferenças que fariam

termos um diagnóstico decisivo entre ameloblastoma ou cisto dentígero, como suas características histopatológicas, uma vez que, o ameloblastoma se apresenta com padrões foliculares e plexiformes e o cisto dentígero apresenta-se com a presença de uma cápsula de tecido fibroso.

De acordo com Nakamura, as características histopatológicas das lesões de ameloblastoma são alteradas, bem como suas características celulares. O autor cita que na pré-marsupialização as células apresentam-se com um padrão expansivo e de formato cubóide, no entanto na pós marsupialização, seu aspecto celular revela-se invasivo e colunares ou basais. Paralelo a essa exposição, os autores Vickers e Gorlin estabeleceram critérios de modo que as células se apresentam equivalente a ameloblastos, hipercromáticas, tendo núcleos opostos a área da membrana basal e indicando vacuolização citoplasmática, apontam também que tais características podem ser alteradas para um epitélio “proliferante ameloblastomatoso” após uma marsupialização ou descompressão. Conforme Mariz et. al. 2019, estudos apontam que no ameloblastoma, cerca de 90% apresentam mutações no gene BRAF V660E, implicando no diagnóstico e prognóstico destas lesões (28).

A narrativa deste trabalho foi relatada seguindo uma linha de pesquisa associada a comparação de diagnósticos diferenciais entre ameloblastoma e cisto dentígero, bem como fatores que implicam diretamente no diagnóstico final, como, a técnica cirúrgica de escolha primária e o tipo de lesão observada.

5. CONCLUSÃO

Em vista disso, os ameloblastomas são tumores odontogênicos que necessitam de uma rápida intervenção e precoce diagnóstico, diante de sua complexidade e agressividade. O Cisto dentígero por sua vez, é um cisto que confere certa urgência no diagnóstico, na prevenção e no tratamento por conta da sua natureza cística, apesar de ser um cisto de caráter indolor e assintomático, assim como o ameloblastoma. O fechamento do diagnóstico relacionado às lesões supracitadas é um desafio à parte, uma vez que ambas apresentam semelhanças clínicas, histopatológicas e radiográficas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, Al E. Oral and maxillofacial pathology. St. Louis (Missouri): Saunders/Elsevier; 2009.
2. Rajendra Santosh AB, Ogle OE. Odontogenic Tumors. Dental Clinics of North America. 2020 Jan;64(1):121–38.
3. Scherma AP, Monteiro RM, Oliveira RV de. Ameloblastoma em crianças e adolescentes: revisão da literatura. Clínica e Pesquisa em Odontologia - UNITAU [Internet]. 2013 Nov 19 [cited 2024 Jun 16];5(1):51–7.
4. Nield H. A miscellany of dentistry for the New Year. British dental journal. 2024 Feb 9;236(3):158–9
5. Sahoo T, Bhuyan S, Bhuyan R, Das P. Recurrence of plexiform ameloblastoma as acanthomatous ameloblastoma: A rare case report. Contemporary Clinical Dentistry. 2019;10(1):178.
6. Rajendran R. Cisto e tumores de origem odontogênica. In: Rajendran R, Sivapathasundharam B, editores. *Livro de texto de patologia oral de Shafer*. 7ª edição. Noida:Elsevier; 2012. pp.
7. Shi HA, Ng CWB, Kwa CT, Sim QXC. Ameloblastoma: A succinct review of the classification, genetic understanding and novel molecular targeted therapies. The Surgeon. 2021 Aug;19(4):238–43.
8. Melo-Urbe MA, Piñeros Cely MC, Torres Cediel AM, Parra Fuentes F, Baracaldo Ayala RL. Ameloblastoma metastásico. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía. 2020 Jul 13;1–3.
9. Peter AR, Philipsen HA. 1ª edição. Londres: Quintessência; 2004. Tumores Odontogênicos e Lesões Aliadas; págs. 43–58

10. Cankurtaran CZ, Branstetter BF, Chiosea SI, Barnes EL. Ameloblastoma and Dentigerous Cyst Associated with Impacted Mandibular Third Molar Tooth. *RadioGraphics*. 2010 Sep;30(5):1415–20.
11. Laino L, Cicciù M, Russo D, Cervino G. Surgical Strategies for Multicystic Ameloblastoma. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2020;31(2):e116–9
12. Zheng CY, Cao R, Hong WS, Sheng MC, Hu YJ. 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*. 2019 Sep;57(7):655–62.
13. Sargolzaei S, Atarbashi-Moghadam S, Roohi A. Mandibular Mural Ameloblastoma with Unusual Histopathologic Features: a Rare Challenging Case. *Journal of Dentistry (Shiraz, Iran)* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2022 May 22];20(4):304–7.
14. Ogle O, Babu A. Oral Diseases for the General Dentist, An Issue of Dental Clinics of North America E-Book. Elsevier Health Sciences; 2019.
15. Anpalagan A, Tzortzis A, Twigg J, Wotherspoon R, Chengot P, Kanatas A. Current practice in the management of peripheral ameloblastoma: a structured review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* [Internet]. 2021 Jan [cited 2023 Nov 19];59(1):e1–8.
16. Vezhavendhan N, Vidyalakshmi S, Muthukumaran R, Santhadevy A, Sivaramakrishnan M, Gayathri C. Peripheral ameloblastoma of the gingiva. *Autopsy and Case Reports*. 2019;10(1).
17. Soares RP, Stefanini AR, Fabris AL da S, Bortoluzo PH, Simonato LE. Cisto dentígero: diagnóstico e tratamento. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION* [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 6];7(11).
18. Cumulated Index Medicus. 1994.

19. Barroso DS, Hanemann JAC, Araújo OMB, Pereira MC. Cisto dentífero na infância – relato de caso e revisão de literatura. JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 2002 Feb;5(2):364-69.
20. Lustig JP, Schwartz-Arad D, Shapira A. Odontogenic cysts related to pulpotomized deciduous molars Clinical features and treatment outcome. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics. 1999 Apr 1;87(4):499–503.
21. Zhang LL, Yang R, Zhang L, Li W, MacDonald-Jankowski D, Poh CF. Dentigerous cyst: a retrospective clinicopathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2010 Sep;39(9):878–82.
22. Caliento R, Mannarino F, Hochuli-Vieira E. REVISTA DE ODONTOLOGIA DA UNESP Cisto dentífero: modalidades de tratamento Dentigerous cyst: modalities of treatment. Rev Odontol UNESP [Internet]. 2013;42(6):458–62.
23. Murakami A, Kawabata K, Suzuki A, Murakami S, Ooshima T. Eruption of an impacted second premolar after marsupialization of a large dentigerous cyst: case report. Pediatric Dentistry [Internet]. 1995 [cited 2024 Jun 16];17(5):372–4.
24. Ertas Ü, Yavuz MSelim. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2003 Jun;61(6):728–30.
25. Neville BW, Al E. Oral and maxillofacial pathology. St. Louis: Elsevier, Cop; 2016.
26. Manikkam S, Masthan KMK, Anitha N, Krupaa J. Ameloblastoma. Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences. 2015;7(5):169.
27. Melo RB, Carneiro NCM, Fonseca WLM da, Lima JF de, Araújo HP da S, Pontes HAR. Tratamento cirúrgico de ameloblastoma sólido convencional: relato de caso clínico. RFO UPF [Internet]. 2016 Aug 1;21(2):246–50.

28. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2002 Jan;93(1):13–20.