



CATHERINE SCHMITZ ESPEZIM

FIBROMA AMELOBLÁSTICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

JOINVILLE / SC

2018

CATHERINE SCHMITZ ESPEZIM

FIBROMA AMELOBLÁSTICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização
Lato Sensu da Facsete, como pré-requisito
para a obtenção do título de Especialista em
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.
Orientador: Prof. Dr. Antônio Eugênio
Magnabosco Neto

JOINVILLE / SC

2018

Espezim, Catherine Schmitz.

Fibroma Ameloblástico em Paciente Pediátrico: Relato de Caso/Catherine Schmitz Espezim. – 2018. 25f.

Orientador: Dr. Antônio Eugênio Magnabosco Neto

Artigo (especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2018.

1. Fibroma Ameloblástico. 2. Criança. 3. Tumor Odontogênico.

I. Título.

II. Catherine Schmitz Espezim.

FACULDADE SETE LAGOAS
INSTITUTO CATARINENSE DE ODONTOLOGIA E SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso intitulado “**FIBROMA AMELOBLÁSTICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO**” de autoria da aluna Catherine Schmitz Espezim , aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Antônio Eugênio Magnabosco Neto – Orientador

Prof. Ms. André Araújo Ferreira – Banca Examinadora

Prof. Dr. Pierangelo Angeletti – Banca Examinadora

Joinville, 26 de janeiro de 2018.

Dedicatória

“Ao meu esposo Alexandre e meus filhos, Giulia e Luca, por todo amor e carinho que recebi durante a elaboração desse trabalho e que não mediram esforços para me ajudar nessa etapa da minha vida”.

“Dedico aos meus pais, minhas irmãs e meus sogros que me impulsionaram com palavras de apoio”.

Agradecimentos

A Deus por minha vida, família e amigos.

Ao professor Dr. Antônio Eugênio Magnabosco Neto pela orientação, apoio e confiança.

Ao Hospital Infantil Joana de Gusmão e em especial à equipe da Bucomaxilofacial pela oportunidade de fazer o curso e incentivo constante.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

FIBROMA AMELOBLÁSTICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

*ESPEZIM, Catherine Schmitz¹
MAGNABOSCO NETO, Antônio Eugênio²*

RESUMO

O fibroma ameloblástico (FA) é um tumor odontogênico, onde os tecidos epiteliais e mesenquimais são neoplásicos. É mais prevalente em pacientes jovens, nas primeiras duas décadas de vida e na região mandibular. O presente estudo teve como objetivo, relatar um caso clínico de fibroma ameloblástico em criança, com um acompanhamento clínico e radiográfico de 1 ano e 4 meses, evidenciando a importância do diagnóstico para a realização de um correto tratamento, além de descrever o procedimento cirúrgico empregado. Neste relato, observou-se a importância da realização de uma biópsia incisiva no serviço onde realizar-se-á o procedimento cirúrgico e que a cirurgia conservadora é uma ótima opção de tratamento, principalmente em crianças, onde se deve evitar as sequelas estéticas que um tratamento radical.

Palavras-chave: Fibroma ameloblástico; criança; tumor odontogênico.

^[1] Aluna Instituto Catarinense de Odontologia e Saúde – ICOS. Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, cespezim@yahoo.com.br

^[2] Professor titular Instituto Catarinense de Odontologia e Saúde – ICOS. Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

ABSTRACT

The ameloblastic fibroma (AF) is an odontogenic tumor, where the epithelial and mesenchymal tissues are neoplastic. It is more prevalent in young patients, in the first two decades of life and in the mandibular region. The present study aimed to report a clinical case of ameloblastic fibroma in children with a clinical and radiographic follow-up of 1 year and 4 months, showing the importance of the diagnosis to perform a correct treatment, besides describing the surgical procedure employed. In this report, it was observed the importance of performing an incisional biopsy in the service where the surgical procedure will be performed, and that conservative surgery is an excellent treatment option, especially in children, where aesthetic sequelae should be avoided. radical treatment.

Keywords: Ameloblastic fibroma; child; odontogenic tumor.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Foto pré-operatória da paciente	Pág. 11
Figura 2 - Radiografia panorâmica pré-operatória	Pág. 12
Figura 3 - Tomografia computadorizada pré-operatória	Pág. 13
Figura 4 - Foto intrabucal pré-operatória	Pág. 14
Figura 5 - Lâmina do anátomo-patológico	Pág. 15
Figura 6 - Protótipo da mandíbula- pré-operatório	Pág. 15
Figura 7 - Modelagem da placa 2.4 de reconstrução mandibular.....	Pág. 16
Figura 8 - Fotos do transoperatório	Pág. 17
Figura 9 - Radiografia panorâmica de 1 mês de PO	Pág. 17
Figura 10 - Radiografia panorâmica de 3 mês de PO	Pág. 18
Figura 11 - Radiografia panorâmica de 8 mês de PO	Pág. 18
Figura 12 - Radiografia panorâmica de 1 ano de PO	Pág. 19
Figura 13 - Radiografia panorâmica de 1 ano e 4 meses de PO	Pág. 19

SUMÁRIO

1 - Introdução.....	Pág.8
2 - Descrição do Caso Clínico	Pág.11
3 - Discussão.....	Pág.20
4 - Conclusão.....	Pág.23
5 - Referências.....	Pág.24

1- INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos são lesões neoplásicas que derivam da proliferação excessiva e descontrolada de elementos epiteliais, ectomesenquimais ou de ambos envolvidos na odontogênese¹. E segundo o seu comportamento podem ser benignos, localmente agressivos ou malignos². Estas lesões são semelhantes entre si, em virtude da sua origem, tornando o diagnóstico diferencial dificultado. Desta forma, o diagnóstico final destas lesões só pode ser confirmado após o exame histopatológico³.

Os tumores odontogênicos representam entre 2 a 3% de todas as lesões orais e maxilofaciais enviadas para diagnóstico em serviços de patologia oral⁴, têm em sua maioria, predileção pelo gênero feminino e pelas primeiras décadas de vida e geralmente são assintomáticos^{5,6}.

Foram criadas várias classificações com intuito de agrupar estes tumores. A Organização Mundial da Saúde, em 2017, reorganizou a classificação dos cistos e tumores odontogênicos⁷.

Atualmente, os nomes utilizados refletem a melhor evidência quanto à verdadeira natureza de entidades específicas⁷. Por esta razão, esta nova edição restaura o queratocisto odontogênico e o cisto odontogênico calcificante para a classificação de cistos odontogênicos e rejeita a terminologia anterior (tumor odontogênico queratocístico e tumor odontogênico cístico calcificante) que pretendiam sugerir que são neoplasias verdadeiras⁷.

Novas entidades que foram introduzidas incluem o carcinoma odontogênico esclerosante e tumor odontogênico primordial⁷. Além do que, algumas lesões anteriormente mal definidas foram removidas, incluindo o fibrodentinoma ameloblástico, o fibroodontoma ameloblástico, que provavelmente estão desenvolvendo odontomas e o odontoameloblastoma, o que não é considerado uma identidade⁷. Finalmente, a terminologia cemento foi submetida a fibroma cemento-ossificante e displasias cemento-ósseas, para refletir adequadamente sua origem odontogênica (Quadro 1)⁷.

Quadro 1- Classificação dos Tumores Benignos Odontogênicos segundo a OMS em 2017.

TUMORES ODONTOGÊNICOS EPITELIAIS BENIGNOS	-Ameloblastoma: 1-Unicístico, 2- Extraósseo/ Periférico, 3- Metatastizado -Tumor odontogênico escamoso -Tumores odontogênico epitelial calcificante -Tumor odontogênicoadenomatóide
TUMORES ODONTOGÊNICOS EPITELIAIS MESENQUIMAIS BENIGNOS	E -Fibroma ameloblástico -Tumor Odontogênico Primordial -Odontoma Composto - Odontoma complexo -Tumor dentinogênico de células fantasmas
TUMORES ODONTOGÊNICOS MESENQUIMAIS BENIGNOS	-Fibroma odontogênico -Mixofibroma/ Mixoma Odontogênico -Cementoblastoma -Fibroma Cento-Ossificante

Já o fibroma ameloblástico (FA) é um tumor odontogênico verdadeiramente misto, raro, com uma frequência relativa de 1,5% a 4,5% entre todos os tumores odontogênicos⁸. Pode comportar-se como uma neoplasia verdadeira ou como uma proliferação hamartomatosa de epitélio odontogênico do órgão de esmalte e mesênquima odontogênico da polpa dentária primitiva⁸, sem a formação de tecido duro dental⁹.

Acomete normalmente pacientes mais jovens, a maioria é diagnosticada na primeira ou segunda décadas de vida, no entanto pode ser encontrado em pacientes de meia idade¹⁰. Este tumor é ligeiramente mais comum em homens do que mulheres¹⁰.

Os fibromas ameloblásticos pequenos são assintomáticos, já os maiores estão associados a aumento de volume dos ossos gnáticos. Em 75% dos casos a lesão está associada a um dente não erupcionado¹⁰.

A região posterior da mandíbula é afetada em 70% dos casos. Radiograficamente observam-se lesões uni ou multiloculares¹¹, as margens tendem a ser definidas e podem ser escleróticas¹⁰, com um halo mais radiopaco. Esta pode estar associada a um dente impactado¹². Através da análise microscópica, observa-se um tecido conjuntivo de aspecto misto, e epitélio odontogênico constituído por células cúbicas de núcleos arredondados e sem atipias¹².

Em relação ao tratamento, opta-se pelo conservador, com meticulosa enucleação e curetagem, seguidos de acompanhamento clínico e radiográfico pois podem apresentar recidiva; além de que 45% dos fibrossarcomas ameloblásticos se desenvolvem a partir de uma recidiva de fibroma ameloblástico¹¹.

A proposta deste trabalho é a de relatar um caso clínico de fibroma ameloblástico em criança, com um acompanhamento clínico e radiográfico de 1 ano e 4 meses, evidenciando a importância do diagnóstico para a realização de um correto tratamento, além de descrever o procedimento cirúrgico empregado.

2- DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 13 anos de idade, leucoderma, ASA I, foi encaminhada para a especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, para avaliação e conduta referente à lesão em mandíbula direita. Paciente queixava-se de aumento do lado direito do seu rosto a mais ou menos 6 meses (Figura 1), sem sintomatologia dolorosa. Compareceu no serviço com exames de imagem e resultado de uma biópsia incisional, de cisto dentígero, realizada em outro serviço.

Figura 1: Foto pré-operatória da paciente, evidenciando aumento de volume em região direita da face.



FONTE: do autor

Na radiografia panorâmica (Figura 2) observou-se lesão unilocular envolvendo as coroas do segundo e terceiro molares inferiores direitos.

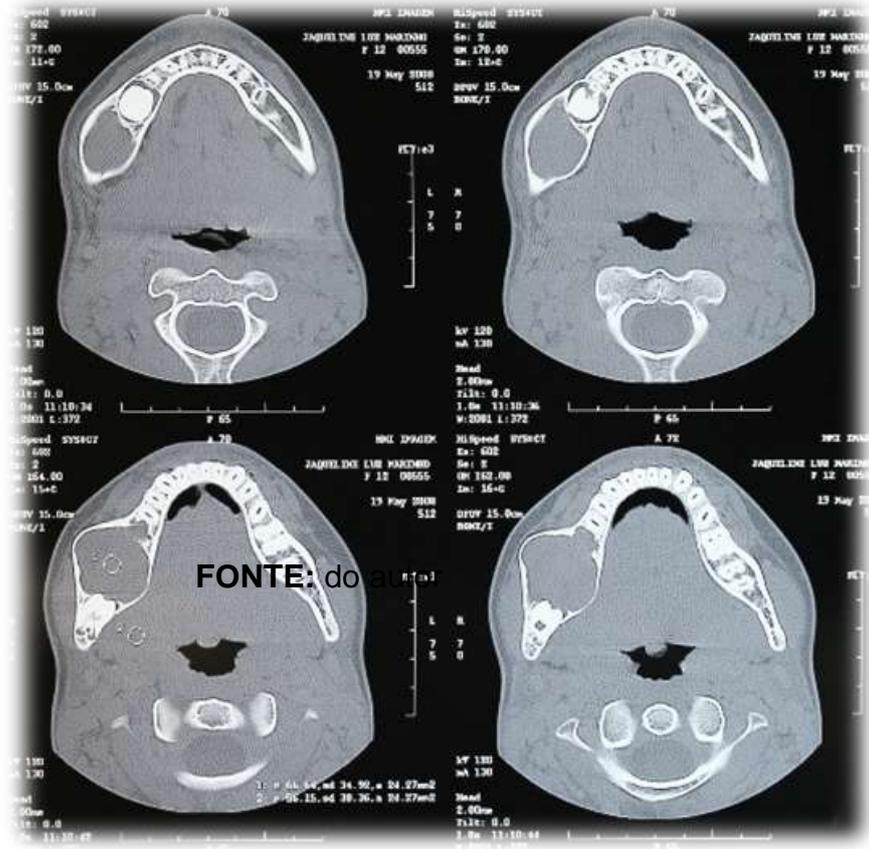
Figura 2: Radiografia panorâmica pré-operatória, apresentando lesão radiolúcida em mandíbula à direita.



FONTE: do autor

A tomografia computadorizada da mandíbula (Figura 3) evidenciou, nos vários cortes, uma formação expansiva cística unilocular com densidade de partes moles, hipodensa, envolvendo o aspecto posterior do corpo e parte do ramo da mandíbula direita, com adelgaçamento da cortical e erosão parcial do córtex bucal e lingual, apresentando relação com a coroa do terceiro molar inferior direito, não irrompido, medindo 32mm x 30mm nos maiores diâmetros. Mostrou ainda, outra lesão cística, unilocular, de pequeno diâmetro envolvendo a coroa do segundo molar inferior direito, não irrompido, causando adelgaçamento da cortical bucal e lingual.

Figura 3: Tomografia computadorizada pré-operatória, evidenciando lesão hipodensa e adelgaçamento da cortical e erosão parcial do córtex bucal e lingual.



FONTE: do autor

Ao exame clínico intraoral (Figura 4) não foi observada alteração de cor da mucosa referente à área anatômica, no entanto observou-se perda do fundo do vestibulo da referida região e ausência dos elementos dentais 46, 47 e 48.

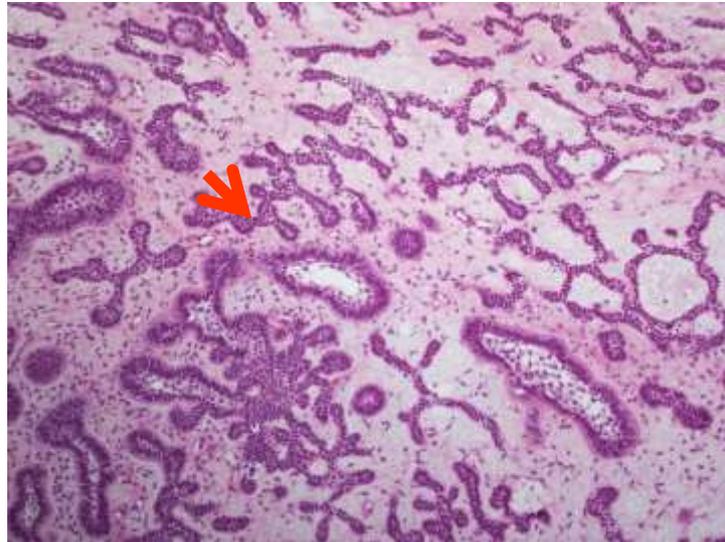
Figura 4: Foto intrabucal pré-operatória, evidenciando perda do fundo de sulco e ausência dos referidos dentes.



FONTE: do autor

Uma nova biópsia incisional foi realizada no serviço, com diagnóstico de fibroma ameloblástico. Nas lâminas (Figura 5) foi observado tecido mesenquimal rico em células lembrando a papila primitiva com proliferação do epitélio odontogênico e cordões epiteliais com duas camadas de células colunares.

Figura 5: Lâmina do anátomo-patológico, evidenciando proliferação do epitélio odontogênico.



FONTE: do autor

Para o planejamento cirúrgico, foi realizado um protótipo da mandíbula (Figura 6) e optou-se pela modelagem de uma placa 2.4 para reconstrução mandibular após enucleação do tumor em virtude da fragilidade óssea observada (Figura 7).

Figura 6: Protótipo da mandíbula- pré-operatório.



FONTE: do autor

Figura 7: Modelagem da placa 2.4 de reconstrução mandibular.



FONTE: do autor

A cirurgia foi realizada em ambiente hospitalar, sob anestesia geral, intubação nasotraqueal. A incisão foi realizada na crista óssea alveolar, preservando as papilas, e relaxante posterior para melhor visualização da região operada. A lesão foi removida por completo juntamente com o segundo pré-molar, primeiro, segundo e terceiro molares inferiores direitos (Figura 8). Na cavidade tumoral, além da enucleação, também foi realizada ostectomia periférica, com auxílio de brocas multilaminadas. A paciente evoluiu bem no pós-operatório (PO), com ausência de queixas álgicas ou neuropraxias. Durante o ato cirúrgico, não se observou necessidade da colocação de placa de reconstrução.

Figura 8: Fotos do transoperatório.



FONTE: do autor

No pós-operatório de 1 mês foi possível observar na radiografia panorâmica a cavidade tumoral (Figura 9).

Figura 9: Radiografia panorâmica de 1 mês de PO.



FONTE: do autor

Já nas radiografias de controle subsequentes, observou-se a neoformação óssea da região operada (Figura 10-13).

Figura 10: Radiografia panorâmica de 3 meses de PO, mostrando neoformação óssea.



FONTE: do autor

Figura 11: Radiografia panorâmica de 8 meses de PO.



FONTE: do autor

Figura 12: Radiografia panorâmica de 1 ano de PO.



FONTE: do autor

Figura 13: Radiografia panorâmica de 1 ano e 4 meses de PO.



FONTE: do autor

A paciente ainda se encontra em acompanhamento clínico e radiográfico.

3- DISCUSSÃO

Este estudo relatou um caso de fibroma ameloblástico (FA) envolvendo o corpo e o ângulo da mandíbula em uma criança de 13 anos de idade, corroborando com a literatura que afirma que este tumor tem predileção pela região mandibular, numa proporção de 3:1 em relação à maxila¹³. Segundo Nelson e Folk¹⁴, Buchner e Vered¹⁵ e Vasconcellos et al.¹⁶, a região posterior da mandíbula é o local mais afetado.

O FA normalmente é diagnosticado como um achado incidental em um exame radiográfico de rotina, onde alterações clínicas (edema, dor, parestesia) não são comuns¹⁷, ressaltando a importância do acesso a exames odontológicos periódicos, especialmente exames radiográficos entre crianças e adolescentes, faixa etária de maior prevalência do tumor¹⁰.

Neste estudo a paciente procurou atendimento em virtude da alteração no contorno facial, com edema em região mandibular direita, da mesma forma que nos estudos de Munde, Karle e Kale¹⁸ e Melo et al.¹⁹, cuja queixa principal foi o aumento de volume em região mandibular de evolução de 6 meses. A expansão cortical do osso afetado é comumente observada, elucidando sua verdadeira natureza neoplásica²⁰.

Ao exame radiográfico este tumor apresenta-se como uma lesão radiolúcida, circunscrita, com halo radiopaco, unilocular ou multilocular²¹, que muitas vezes são diagnosticadas erroneamente como cisto dentígeno quando associadas a um dente impactado²², caso ocorrido neste relato de caso, onde o diagnóstico sugerido pela tomografia foi de cisto odontogênico (cisto dentígeno ou cisto radicular). Segundo Nelson e Folk¹⁴, 75% dos casos de FA estão associados a um dente incluso.

Da mesma forma que no relato de caso de Munde, Karle e Kale¹⁸, a biópsia incisional do referido estudo, realizada em outro serviço, teve o resultado errôneo do anatomopatológico, como cisto dentígeno; mostrando a importância da realização de uma nova biópsia no serviço onde realiza-se-á o tratamento cirúrgico, visto que os tratamentos são distintos.

Já em relação ao diagnóstico diferencial para o FA, deve-se incluir entidades como cisto dentígeno, queratocisto, ameloblastoma, mixoma e outros tumores mistos, devido às semelhanças clínicas e radiográficas entre essas lesões⁹, além do

seu verdadeiro potencial neoplásico, possibilidade de recorrência e potencial de transformação maligna¹⁴.

O planejamento do caso foi realizado a partir de tomografia e de um biomodelo, pois pensava-se, pela extensão do tumor, que seria necessário a colocação de placa de reconstrução, o que não ocorreu, pois durante a cirurgia vislumbrou-se a preservação de quantidade suficiente de osso.

Em relação ao tratamento, existe consenso quanto à preferência para tratamento cirúrgico conservador, incluindo a enucleação do tumor e a remoção de todos os dentes envolvidos juntamente com a curetagem óssea²⁰. No entanto, Chrcanovic et al.²³ relata que a enucleação simples está relacionada a uma taxa de recorrência considerável para os FA, e que são tumores mais agressivos do que se pensava anteriormente, justificando um tratamento mais radical. Apesar disso, a tendência observada pelos resultados da revisão sugere que abordagens mais conservadoras são utilizadas para FA em pacientes jovens, e as ressecções cirúrgicas foram mais freqüentemente consideradas em pacientes idosos ou quando o tumor é muito extenso²³.

Deve-se ressaltar que a ressecção em bloco resulta em morbidade significativa e deformidade estética e deve ser reservada para tumores recorrentes e para os extensivos que invadem os tecidos moles²⁰. Da mesma forma, Chen, Wang e Li²¹ e Chen et al.²⁴, ressaltam que uma cirurgia mais radical deve ser considerada quando há recidiva do tumor.

No presente caso, o tratamento foi conservador, através da excisão cirúrgica da lesão com curetagem do osso circundante, da mesma forma que no trabalho de Munde, Karle e Kale¹⁸; considerando que a lesão era um tumor primário e para evitar possíveis deformidades estéticas, em virtude da idade da paciente. Da mesma forma, Nelson e Folk¹⁴ afirmam que os métodos terapêuticos radicais não devem ser realizados no tratamento de FA em pacientes jovens.

Com a enucleação e curetagem do tumor pode-se obter um prognóstico favorável ao paciente, contudo, ainda não existe na literatura um protocolo padrão para o tratamento do fibroma ameloblástico. No entanto, recomenda-se que, nos casos de recidiva do tumor, o tratamento seja radical, pois este pode sofrer processos de malignização²⁵.

Embora a transformação maligna do FA seja rara, deve-se prestar atenção à ocorrência de mitoses, o que é um achado para considerar a possibilidade de

transformação em um fibrossarcoma ameloblástico²⁶ e uma outra maneira, seria a análise imuno-histoquímica, utilizando índices de rotulagem ki-67, PCNA e p53²⁷.

Segundo Buchner e Vered¹⁵, a partir de uma revisão extensa, relatou uma taxa de recorrência de 16,3%, dos fibromas ameloblásticos, com transformação maligna ao fibrossarcoma ameloblástico ocorrendo em 6,4% dos casos analisados. Já Neville et al.¹⁰, relataram uma alta taxa de recorrência com mais de 45% voltando ao fibrossarcoma ameloblástico. E segundo Chrcanovic et al.²³, o tempo médio entre o tratamento de uma FA e a ocorrência de um AFS foi de 55,1 meses.

O acompanhamento a longo prazo dos FA é importante devido à possibilidade de recorrência e a transformação maligna^{9,20}, mesmo nos casos que apresentam um índice de proliferação baixo²⁸.

No presente trabalho, a paciente foi acompanhada por 1 ano e 4 meses e não foram observados sinais clínicos ou radiográficos de recorrência ou transformação maligna neste período; corroborando com os achados de Anesi et al.²⁹, Nelson e Folk¹⁴ e da Costa et al.¹⁷ que realizaram a enucleação e curetagem e obtiveram sucesso, sem nenhuma recidiva nos seus casos.

4- CONCLUSÃO

O presente relato de caso indicou que é importante a realização de uma biópsia incisional no serviço onde realizar-se-á o procedimento cirúrgico a fim de planejar adequadamente o tratamento, visto que o fibroma ameloblástico são lesões que podem recidivar ou sofrer transformação maligna.

Evidenciou que o tratamento cirúrgico conservador, com a enucleação e ostectomia das margens do tumor é uma ótima opção de tratamento para o fibroma ameloblástico, juntamente com um acompanhamento clínico e radiográfico a longo prazo, principalmente em crianças onde deve-se evitar as sequelas estéticas que um tratamento radical poderá causar.

5- REFERÊNCIAS

- 1- IMRAN, A. Et al. Classification of odontogenic cysts and tumors – Antecedents. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 20, n. 2, p. 269-71, 2016.
- 2- DA-COSTA D. O. P. et al. Odontogenic tumors: A retrospective study of four Brazilian diagnostic pathology centers. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.**, v. 17, n. 3, p. 389-94, 2012.
- 3- FREITAS, A.; ROSA, J. E.; SOUZA, I. F. **Radiologia Odontológica**. 6 ed. Artes Médicas, 2004.
- 4- SEKERCİ A-E. et al. Odontogenic tumors: A collaborative study of 218 cases diagnosed over 12 years and comprehensive review of the literature. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.**, v. 20, n. 1, p. 34-44, 2015.
- 5- LAWALL M. A. **Estudo retrospectivo de tumores odontogênicos em dois centros de Estudo no Brasil e no México** [Tese de Doutorado]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2009.
- 6- VELASCO, I.; AGUILAR, L.; VENABLES, C. Tumor odontogenico adenomatóide maxilar: Reporte de um caso y revisión de La literatura. **Int. J. Odontostomat.**, v. 5, n. 1, p. 65-69, 2011.
- 7- SPEIGHT, P. M.; TAKATA, T. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. **Virchows Arch**. 2017.
- 8- NITIN VERMA, N. Ameloblastic fibroma or fibrosarcoma: A dilemma of oral surgeon. **National Journal of Maxillofacial Surgery.**, v. 7, n. 2, p. 191-93, 2016.
- 9- PITAK-ARNNOP, P. et al. Extensive ameloblastic fibroma in an adolescent patient: A case report with a follow-up of 4 years. **Eur J Dent.**, v. 3, p. 224–8, 2009.
- 10- NEVILLE, B. W. et al. **Oral and Maxillofacial Pathology**. 3ed. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier; 2011.
- 11-MILORO, M. et al. **Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson**. 3 ed. Santos, 2016.
- 12-RUIZ-ORTEGA, S.; TOVAR-BERNAL, C.; SORIANO-PADILLA, F. Fibroma ameloblástico en adolescente. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc.**, v. 49, n. 3, p. 339-44, 2011.
- 13-JINDAL, C.; BHOLA, R. S. Ameloblastic fibroma in six-year-old male: hamartoma or a true neoplasm. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology.**, v. 15, n. 3, p. 303-305, 2011.
- 14-NELSON, B. L.; FOLK, G. S. Ameloblastic fibroma. **Head Neck Pathol.**, v. 3, n. 1, p. 51-53, 2009.
- 15-BUCHNER, A.; VERED M. Ameloblastic fibroma: a stage in the development of a hamartomatous odontoma or a true neoplasm? Critical analysis of 162 previously reported cases plus 10 new cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.**, v. 116, p. 598-606, 2013.
- 16-VASCONCELLOS, S. J. A. et al. Massive Ameloblastic Fibroma Treated With Surgical Conservative Treatment. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v. 26, n. 3, 2015.
- 17-DA COSTA, D. O. et al. Maxillary ameloblastic fibroma: a case report. **Brazilian dental journal**. v. 22, n. 2, p. 171-74, 2011.
- 18- MUNDE, A. D.; KARLE, R. R.; KALE, U. B. Ameloblastic fibroma in one-year-old girl. **J Oral Maxillofac Pathol.**, v. 17, n. 1, p. 149, 2013.

- 19- MELO, L. de A. et al. Ameloblastic Fibroma: A Rare Case Report with 7-Year Follow-Up., **Srp Arh Celok Lek.**, v.143, n. 3-4, p. 190-194, 2015.
- 20-VASCONCELOS, B. C. E. et al. Treatment of large ameloblastic fibroma: a case report. **Journal of Oral Science**, v. 51, n. 2, p. 293-296, 2009.
- 21-CHEN, Y., WANG, J.-M., LI, T.-J. Ameloblastic fibroma: a review of published studies with special reference to its nature and biological behavior. **Oral Oncology**, v. 43, n. 10, p. 960-969, 2007.
- 22-EALLA K. K. R. et al. Ameloblastic Fibroma of the Maxilla with Bilateral Presentation: Report of a Rare Case with Review of the Literature. **Case Reports in Pediatrics**, v. 2015, p. 1-4, 2015.
- 23-CHRCANOVIC, B. R. et al. Ameloblastic fibroma and ameloblastic fibrosarcoma: a systematic review. **J Oral Pathol Med**. V. 4, 2017.
- 24-CHEN, Y. et al. Ameloblastic fibroma and related lesions: a clinicopathologic study with reference to their nature and interrelationship. **J Oral Pathol Med**. v. 34, p. 588-95, 2005.
- 25-BERTONI, A. A. et al. Tratamento cirúrgico de fibroma ameloblástico: relato de caso. **RPG**. v. 19, n. 3, p. 134-38, 2012.
- 26-KOBAYASHI, K. et al. Malignant transformation of ameloblastic fibroma to ameloblastic fibrosarcoma: case report and review of the literature. **J Craniomaxillofac Surg**. v. 33, p. 352-5, 2005.
- 27- BERNARDES, V. F.; GOMES, C. C.; GOMEZ, R. S. Molecular investigation of ameloblastic fibroma: how far have we gone? **Head and Neck Oncology**. v. 4, artigo 45, 2012.
- 28-MELO, L. A. et al. Ameloblastic Fibroma: A Rare Case Report with 7-Year Follow-Up. **Srp Arh Celok Lek**. v. 143, n. 3-4, p. 190-4, 2015.
- 29-ANESI, A. et al. Mandibular ameloblastic fibroma in 6-years-old girl: a case report. **Minerva Stomatol**. v. 57, n. 10, p. 549-55, 2008.