

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA

"FIBROMA AMELOBLÁSTICO: CONTRIBUIÇÃO AO  
ESTUDO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO".

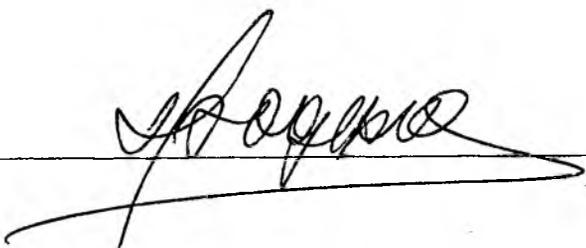
"AMELOBLASTIC FIBROMA: A CONTRIBUTION TO  
THE CLINIC AND RADIOGRAPHIC STUDY".

TRABALHO SUBMETIDO À UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MES  
TRE EM CIÊNCIAS.

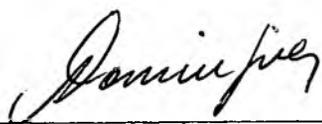
SÔNIA MARIA LUCKMANN FABRO

- OUTUBRO - 1980 -

ESTE TRABALHO FOI JULGADO ADEQUADO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE "MESTRE EM CIÊNCIAS" - ESPECIALIDADE ODONTOPEDIATRIA, APRESENTADO PERANTE A BANCA EXAMINADORA COMPOSTA PELOS PROFESSORES:



A handwritten signature in cursive script, written over a horizontal line. The signature is highly stylized and appears to be the name of a professor.



A handwritten signature in cursive script, written over a horizontal line. The signature is clearly legible and appears to be the name of a professor.



A handwritten signature in cursive script, written over a horizontal line. The signature is highly stylized and appears to be the name of a professor.

Ao meu marido Lindomar  
e meu filho Felipe  
Aos meus pais, irmãos e sogra  
dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

PROFESSOR DR. ROGÉRIO HENRIQUE HILDEBRAND DA SILVA

Sob cuja sãbia orientação e constante incentivo pôde ser realizado este trabalho.

PROFESSOR DR. ADÉRCIO MIGUEL DOMINGUES

Pela amizade, estímulo constante, exemplo de persistência e boa vontade na concretização deste trabalho.

PROFESSORA MARIÚCCIA GRACE SCOTT BRUSA MESQUITA

Pela amável ajuda na tradução dos textos.

PROFESSOR SÉRGIO ROBERTO VIEIRA

Pelo inestimável auxílio na pesquisa bibliográfica junto à USP e PUC de São Paulo.

À ELISETE LUZ CALDEIRA DE ANDRADA e

ROSÂNGELA LEONOR BARBOSA

Pelo esmero no trabalho de datilografia.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

PROFESSOR MIGUEL ESPERA EM DEUS MANGANELLI OROFINO  
(in memoriam)

Pela estima, apoio e incentivo ao meu in  
gresso no magistério superior.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	- Introdução .....	pág. 2
CAPÍTULO II	- Revista Bibliográfica .....	pág. 6
CAPÍTULO III	- Proposição .....	pág.28
CAPÍTULO IV	- Materiais e Métodos .....	pág.30
CAPÍTULO V	- Resultados e Discussão .....	pág.33
CAPÍTULO VI	- Conclusões .....	pág.44
CAPÍTULO VII	- Referências Bibliográficas .....	pág.48

RESUMO

## RESUMO

O autor, através de uma revisão da literatura, identificou 31 casos de fibroma ameloblástico. Revisando as características clínicas e radiográficas dos casos identificados, concluiu que 61% afetaram pacientes com idades de 0 a 20 anos; que 64% eram em pacientes do sexo feminino; que eram lesões preferencialmente mandibulares (82%); radiolúcidas uniloculares (58%) ou multiloculares (36%); que apresentavam osteogênese reacional em 48% dos casos; que podiam apresentar dentes inclusos na massa tumoral (46%) ou não (48%); que somente em 19,5% dos casos foi observado pontos de mineralização; que havia controvérsia quanto à técnica cirúrgica de remoção da lesão; que 71% dos casos não apresentaram recidiva e 10% recidivaram; que as publicações carecem de dados clínicos e radiográficos precisos que facilitem o diagnóstico.

SUMMARY

### SUMMARY

The author, through a review of the literature, identified 31 cases of ameloblastic fibroma and studied the clinic and radiographic characteristics of the reported lesions. She concluded that 61% of the cases were in patients with ages ranging from 0 to 20 years old; 64% were in female patients; the lesions were mainly located in the mandible (82%); the lesions were radiolucent and unilocular (58%) or multilocular (36%); they showed reactional osteogenesis in 48% of the cases; there were unerupted teeth inside the tumoral mass (46%) or not (48%); focus of mineralization were observed in only 19,5% of the cases; there were no agreement on the most indicated surgical technic for the lesion removal; 71% on the cases did not show recurrence and 10% were recurrent; the reported cases did not include precise clinic and radiographic data to facilitate the diagnosis.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

É de suma importância, para o patologista e cirurgião bucal, o conhecimento detalhado dos tumores odontogênicos.

O fibroma ameloblástico é um tumor pouco comum, que está classificado entre os tumores odontogênicos, que se originam da proliferação do epitélio odontogênico e, de alterações do componente mesenquimal. Portanto, o fibroma ameloblástico é um tumor de origem mista, isto é, epitelial e mesenquimatosa.

Este tumor, também, foi conhecido pela denominação de fibroameloblastoma, odontoma mole, ameloblastoma primitivo e tumor misto de origem dentária.

O fibroma ameloblástico é composto histologicamente de ninhos e traves de epitélio odontogênico, imersos num estroma celular embrionário, lembrando a papila dentária. Embora, o ameloblastoma seja um tumor odontogênico essencialmente epitelial, mesmo sob o ponto de vista histológico, pode ser confundido com o fibroma ameloblástico.

Para EBLING & CHAHER<sup>7</sup>, o patologista deve evitar a tentação de, observando epitélio adamantino, chegar à conclusão de que se trata de um ameloblastoma. Após verificar o epitélio adamantino, deve averiguar se este não está envolvido por mesênquima primitivo. Caso positivo, deve perceber que o neoplasma é

epitelial e conjuntivo. É provável que muitos casos, diagnosticados e descritos como ameloblastomas, em crianças de até 10 anos, sejam, na verdade, fibromas ameloblásticos. E talvez possa se dizer o mesmo de ameloblastomas curados com simples curetagem.

Clínica e radiograficamente, muitos autores são unânimes em afirmar que o fibroma ameloblástico é semelhante a outros tumores odontogênicos, podendo o cirurgião dentista cometer erros no seu diagnóstico. Na grande maioria das vezes, o fibroma ameloblástico apresenta-se, clinicamente, como um aumento de volume em determinada área da mandíbula ou maxila, indolor e com a mucosa de recobrimento de coloração normal. Radiograficamente, pode evidenciar-se como uma lesão unilocular, bem circunscrita na maioria das vezes, mas também pode apresentar-se como uma lesão radiolúcida multilocular, lembrando o aspecto radiográfico de outros tumores, bem como cistos maxilares. No entanto, necessário se faz a distinção entre essas entidades patológicas, uma vez que parecem existir diferenças significantes.

Segundo TRODAHL<sup>36</sup>, HERINGER<sup>16</sup>, MORI & cols.<sup>23</sup>, o fibroma ameloblástico acomete um grupo etário jovem, com idade variável de 0 a 20 anos.

O fibroma ameloblástico é um tumor que responde bem ao tratamento cirúrgico conservador, embora alguns autores tenham citado recidiva em alguns casos (CARR & cols.<sup>2</sup>, TANAKA & cols.<sup>34</sup>, LYSELL & cols.<sup>21</sup>), ao passo que outros tumores odontogênicos, como por exemplo o ameloblastoma costuma infiltrar os espaços medulares do osso, dificultando a remoção cirúrgica total, dando margem a alta incidência de recidiva.

É indispensável, portanto, realizarmos um estudo minucioso, sob o ponto de vista clínico e radiográfico, para che

garmos a um diagn<sup>o</sup>stico cl<sup>i</sup>nico que, somado ao exame histopatol<sup>o</sup>-  
gico, nos permita obter um diagn<sup>o</sup>stico definitivo e, conseq<sup>u</sup>ente-  
mente, uma conduta terap<sup>e</sup>utica adequada, que evite mutila<sup>o</sup>es des-  
necess<sup>a</sup>rias.

CAPÍTULO II

REVISTA BIBLIOGRÁFICA

## CAPÍTULO II

### REVISTA BIBLIOGRÁFICA

Revisando a literatura ao nosso alcance, tivemos acesso aos seguintes trabalhos:

SHAFER<sup>30</sup>, 1955, publicou dois casos de fibroma amebloblástico. O primeiro, uma menina negra de 7 anos, que apresentava um aumento de volume na mandíbula esquerda em região de molares decíduos. O exame radiográfico mostrou uma área radiolúcida, em região de 1º molar, que se estendia da crista alveolar inferior para o corpo da mandíbula e, distalmente, para a borda anterior do ramo ascendente. A porção distal da radiolucidez continha uma massa calcificada, lembrando um dente. Certa área apresentava reação óssea periférica. O tumor foi excisado e, 18 meses após a cirurgia, a região apresentava uma regeneração óssea quase total. O segundo caso, uma mulher branca, de 18 anos, visitou o dentista para um exame de rotina. O exame radiográfico revelou uma lesão radiolúcida unilocular, circunscrita por osteogênese reacional, situada entre as raízes do 2º premolar e 1º molar inferiores direitos. A lesão era completamente assintomática e de duração desconhecida. O tumor e o 1º molar foram extraídos, cirurgicamente. Em determinadas áreas foi observada uma fina cápsula de tecido fibroso. O paciente foi observado periodicamente, durante 16 meses após a cirurgia e a região apresentou neo-formação óssea.

HUEBSCH & STEPHENSON<sup>18</sup>, 1956, relataram um caso,

considerado raro em razão da idade do paciente, de fibroma ameloblástico, recidivante, em um menino branco, de 3 anos de idade. Aos 2 anos de idade, a criança foi submetida a uma cirurgia para enucleação de um "cisto dentígero", na região mentoniana esquerda, envolvendo os incisivo lateral e canino decíduos esquerdos. Após a remoção da massa, juntamente com esses dentes decíduos e seus sucessores permanentes, foram feitos exames microscópicos e o diagnóstico foi "adamantinona". Após aproximadamente um ano, havendo recidiva do aumento de volume, os cortes histológicos foram reestudados pelos autores do trabalho e o diagnóstico passou a ser fibroma ameloblástico. O exame radiográfico revelou uma área radiolúcida bem delimitada, multilocular, de aproximadamente 2 por 3,5cm, estendendo-se da raiz mesial do 1º molar decíduo ao incisivo central esquerdo. A tábua óssea lingual não estava comprometida e a vestibular, extremamente fina, com expansão de cerca de 0,5cm. Foi feita remoção cirúrgica em bloco, abrangendo a área de incisivo central direito até 1º molar decíduo esquerdo e, inferiormente, indo até 0,5cm acima do bordo inferior da mandíbula. A cicatrização foi normal e, não houve recidiva nos 6 meses de observação posteriores à cirurgia.

WALDRON<sup>41</sup>, 1959, considerou importante a interpretação histológica de tecidos removidos de áreas radiolúcidas dos maxilares, para um diagnóstico correto e uma conduta terapêutica adequada. Igualmente importante é a grande necessidade de estudos clínico-patológicos bem conduzidos, para muitas lesões bucais. Os resultados destes estudos levam a uma conduta terapêutica mais racional de alguns problemas enfrentados pelo clínico. Em determinados casos, o resultado da análise de tecido de uma área radiolúcida dos maxilares pode alterar consideravelmente, o plano de tratamento sugerido pelas características clínicas e radiográficas.

Ainda que, a grande maioria destas lesões não deixe dúvidas para o diagnóstico clínico, o estudo histopatológico tem revelado características inesperadas. Em alguns casos, a análise microscópica do tecido revela que a lesão em questão é mais grave do que se pensava inicialmente.

GORLIN & cols.<sup>13</sup>, 1961, estudaram os tumores odontogênicos em homens e animais domesticados, abordando uma nova e mais lógica classificação, bem como uma detalhada apresentação das características clínicas e histopatológicas. Consideraram que o campo dos tumores odontogênicos em animais domesticados é amplamente inexplorado e merece consideração pela semelhança com os tumores odontogênicos humanos.

COUCH & cols.<sup>6</sup>, 1962, reportaram dois casos de fibroma ameloblástico de células granulosas em adultos, registrando semelhança de morfologia destas células com as do epulis congênito do recém-nascido. O primeiro, uma mulher, de 55 anos, que apresentou uma tumoração de mandíbula esquerda, em região de 2º molar. Não havia dor. O exame radiográfico revelou grande área radiolúcida associada ao ápice do 2º molar inferior esquerdo com nítida condensação óssea na periferia. O tumor foi removido, totalmente, por cirurgia. Não houve evidência de recidiva, 8 meses após a remoção cirúrgica. Macroscopicamente, a lesão era circunscrita por uma cápsula fibrosa. O segundo, uma mulher, negra, de 59 anos, portadora de uma lesão na região de canino inferior esquerdo. Não foi observado outro sintoma, a não ser um aumento de volume, de crescimento lento. A lesão tinha consistência óssea. Radiograficamente, foi manifestada uma lesão radiolúcida unilocular, com densidades focais. O tumor foi excisado. Os autores concluíram que as células granulosas são morfológicamente semelhantes às encontradas no epulis congênito; sugerem que as células granulosas do fibroma

ameloblástico podem ser uma manifestação, no adulto, de algum distúrbio de desenvolvimento, que no recém-nascido leva à formação do épulis congênito.

CHAUDHRY & cols.<sup>4</sup>, 1962, divulgaram um tumor odontogênico incomum, com características microscópicas de fibroma ameloblástico, mixoma odontogênico e de dentinoma imaturo, em um menino, de 8 anos, na região do 1º molar inferior direito, que estava ausente. Não havia história de extração desse dente. Na região do molar foi observada expansão óssea, por vestibular. A lesão era indolor. O exame radiográfico revelou uma bem circunscrita radiolucência pericoronar no molar incluso, contornada por osteogênese racional, bem como evidência de calcificação na região inferior da área radiolúcida e reabsorção da raiz distal do 2º molar decíduo. O tumor foi enucleado por cirurgia e não evidenciou cápsula.

VILLA<sup>39</sup>, 1962, fez um estudo microscópico de um fibroma ameloblástico de mandíbula. A lesão era radiolúcida unilocular. O tumor foi facilmente enucleado da mandíbula. O fibroma ameloblástico difere do sarcoma ameloblástico, pela presença de uma cápsula de tecido fibroso e ausência de mitoses nas células mesodérmicas. Alguns investigadores são de opinião que esse tumor odontogênico misto, geralmente, não produz substância calcificada. Neste caso, porém, foram encontrados dois tipos de corpo calcificado. Um parecia ser calcificação de degeneração de algumas células do retículo estrelado do folículo ameloblástico; outro, parecia ser produto de epitélio cilíndrico encontrado no retículo estrelado do folículo ameloblástico.

MCLENNAN & MCKENDRICK<sup>22</sup>, 1963, relataram um caso de tumor odontogênico incomum, em uma menina de 5 anos, localiza-

do no corpo da mandíbula do lado direito. O exame da face revelou um aumento de volume, localizado no lado direito, sobre área de mandíbula. A pele de recobrimento da região era normal e livremente móvel, não existia dor à palpação e os linfonodos regionais estavam normais. Intra oralmente, foi observada uma ampla tumoração ovóide, tanto lingual, quanto vestibular que se estendia desde a articulação do ramo, para o corpo da mandíbula direita, até região de molares decíduos e 1º molar. A lesão era dura. O exame radiográfico evidenciou uma extensa área radiolúcida, unilocular, bem circunscrita por reação óssea, envolvendo o corpo direito da mandíbula. O 2º molar decíduo foi comprimido para o bordo inferior da mandíbula e o 1º molar permanente e a coroa em formação do 2º molar permanente deslocados para inferior e distalmente. O germe do 2º premolar estava ausente. O tumor foi extirpado por cirurgia, bem como o 2º molar decíduo. Após 18 meses, a região operada apresentava regeneração óssea, remanescendo clinicamente uma suave depressão. O 1º molar permanente moveu-se e estava erupcionando no local normal.

WALDRON & cols.<sup>40</sup>, 1963, relataram dois casos de fibroma ameloblástico de células granulosas. O primeiro, em uma mulher, negra, de 60 anos, que foi encaminhada para diagnóstico e tratamento de um aumento de volume na mandíbula, que interferia na adaptação da prótese total inferior. O exame revelou uma massa elevada, lisa, envolvendo a crista alveolar mandibular esquerda na área de canino. A massa não era mole à palpação e a mucosa de revestimento era normal. A radiografia mostrou uma área radiolúcida mal definida. Focos de mineralização foram notados dentro da radiolucência. O tumor foi removido cirurgicamente, em bloco; não era encapsulado. O segundo, uma mulher, negra, de 53 anos, portadora de um progressivo aumento de volume da mandíbula esquerda,

alteração na oclusão e algum sangramento gengival na área da le são. A paciente tinha sido operada de um "adamantina" de mandíbula esquerda, em 1929. O exame oral revelou uma massa firme na mandíbula esquerda, estendendo-se desde a região de premolares , até a de 3º molar. A mucosa vestibular estava elevada acima das superfícies oclusais dos dentes posteriores, que mostravam deslocamento de suas posições normais. Havia expansão óssea das corticais laterais e basilar da mandíbula. O tecido gengival apresentava sangramento e a paciente estava sentindo dor moderada. O exame radiográfico evidenciava uma lesão radiolúcida irregular, envolvendo o corpo posterior da mandíbula esquerda. Na projeção oclusal mostrava a cortical expandida, mas aparentemente intacta. O tumor foi removido por curetagem, e o canino, os premolares e molares inferiores esquerdos foram extraídos. O tumor não apresentava cápsula fibrosa.

EBLING & CHAHÉR<sup>7</sup>, 1964, apresentaram um caso de fibroma ameloblástico, em moça de 16 anos, região retro-molar esquerda. Chamaram ainda atenção para o fato de que possivelmente o prognóstico é muito melhor do que para o ameloblastoma, conforme tem sido publicado na literatura. Os autores apresentaram um caso de fibroma ameloblástico sob o ponto de vista histopatológico, discutindo o diagnóstico diferencial com o ameloblastoma. Pela importância deste fato, é necessário que o patologista seja perfeitamente capaz de diferenciá-los e alertar o cirurgião.

SEDANO<sup>29</sup>, 1964, relatou 2 casos de fibroma ameloblástico. O primeiro caso em uma paciente do sexo feminino com 7 anos de idade. O tumor diagnosticado como ameloblastoma, era uma massa de crescimento lento localizado no corpo da mandíbula. Microscopicamente, o mesênquima era idêntico ao tecido conjuntivo embrionário visto na papila dentária. Era composto de numerosas

células num estroma frouxo. As células epiteliais estavam agrupadas em ninhos, botões e ilhas, sendo que alguns desses grupos, eram semelhantes aos diferentes estágios do órgão do esmalte, encontrados nas fases do germe dentário, em desenvolvimento. Foi notada uma zona hialina sugerindo um efeito indutivo do tecido epitelial sobre o conjuntivo. O segundo, é de uma paciente do sexo feminino, 9 anos de idade, com um tumor no corpo da mandíbula. O estroma do tumor era bastante frouxo e havia um grande número de células fibroblásticas. Os grupos de células epiteliais apresentavam uma tendência marcada a formar microcistos. Não havia polarização nuclear. A aparência das células epiteliais era a do ameloblasto pré-funcional. O padrão histológico desses dois casos era, evidentemente, o do fibroma ameloblástico.

VIANNA<sup>38</sup>, 1964, publicou um caso de fibroma ameloblástico em um homem, de 20 anos. A lesão era assintomática e foi descoberta por exame radiográfico de rotina. A radiografia mostrou uma lesão osteolítica, bem limitada, localizada entre o canino e o incisivo lateral inferiores esquerdos. Outros sintomas na região afetada não foram observados. Ambos os dentes tinham ampla restauração de silicato, mas sua coloração era normal e responderam, normalmente, ao teste de vitalidade pulpar. O tumor foi removido totalmente por curetagem, sob anestesia local e estudado à luz da microscopia. O paciente foi examinado 6 meses após a cirurgia. Os dentes da região envolvida estavam com vitalidade e os tecidos moles, normais. A radiografia mostrou uma avançada regeneração óssea na região operada. Esta região era radiografada todos os anos e após nove anos não ocorreu evidência de recidiva.

RODNEY & CARRINGTON JÚNIOR<sup>28</sup>, 1965, publicaram um caso de fibroma ameloblástico em um menino de 6 anos, apresentando uma assimetria facial causada por uma tumoração, localizada na maxila,

na região de incisivo central e incisivo lateral direito, lado direito do nariz, estendendo-se para o arco zigomático. O exame intra oral mostrou expansão da cortical motivada por uma lesão de consistência firme, sem dor à palpação. Radiograficamente, evidenciou uma extensa área radiolúcida, envolvendo toda a dentição no arco anterior. Após a biópsia, o tumor foi removido totalmente e, era formado por um tecido firme e encapsulado. As observações de acompanhamento revelaram que os tecidos da área da lesão tinham alcançado aparência normal.

GRENFELL & MARIS<sup>15</sup>, 1966, divulgaram um caso de fibroma ameloblástico de mandíbula direita, em uma mulher, de 42 anos, branca. A lesão evidenciou expansão óssea, com evidente assimetria facial. Intra-oralmente, a lesão se estendia da linha mediana para a região retro-molar direita com obliteração do sulco bucal. A mucosa de recobrimento tinha aparência normal. A lesão apresentou consistência flutuante em certa área, bem como crepitação papirácea noutra. O exame radiográfico revelou uma lesão radiolúcida multilocular, extensa, do ângulo mandibular até a sínfise. A região era edêntula e apresentava expansão óssea da cortical vestibular e do rebordo alveolar. Durante a cirurgia, a lesão foi separada do osso com curetas, não apresentando cápsula.

TROTT<sup>37</sup>, 1967, relatou um caso de fibroma ameloblástico em uma menina de 8 anos e meio de idade, que estava em observação em virtude da persistência do incisivo central superior direito decíduo. Clinicamente não havia aumento anormal de volume na área, nem anomalias à palpação ou percussão. O exame radiográfico mostrou erupção normal do incisivo central esquerdo e do incisivo lateral direito permanentes. O espaço periodontal e a lâmina dura ao redor da raiz do incisivo decíduo, que apresentava dois terços de reabsorção, estava normal. Apicalmente a lâmina

dura do incisivo decíduo estendia-se uma área radiolúcida desde a mesial do incisivo lateral direito permanente até o ângulo mésio-incisal do incisivo permanente não erupcionado e, aparentemente, envolvendo parte da coroa, na altura do ângulo disto incisal. A área radiolúcida media 9 por 8 mm e foi diagnosticada como sendo um cisto do canal incisivo. O incisivo decíduo foi extraído sob anestesia local e a criança foi encaminhada a um cirurgião oral para fazer curetagem, o que foi feito sob anestesia geral. Foi curetado um tecido de "granulação" mole, o qual foi submetido a exame histológico.

GARDNER & cols.<sup>10</sup>, 1969, publicaram três casos de fibroma ameloblástico. O primeiro, uma mulher branca de 30 anos, que visitou seu dentista para tratamento de cáries dentárias. O exame radiográfico revelou uma lesão ovóide radiolúcida, de margens mal definidas, no corpo da mandíbula, envolvendo as raízes do 1º molar e 2º premolar esquerdos. Ambas as raízes do 1º molar apresentavam reabsorção externa. Uma tumefação dura foi observada por expansão óssea lingual da região de 2º premolar esquerdo ao 2º molar. A lesão era indolor. Pequena quantidade de líquido amarelo citrino foi aspirado. O tumor foi curetado e os três dentes envolvidos foram extraídos. Não houve evidência clínica, nem radiográfica de recidiva após 3 anos. O tumor era circunscrito por fina cápsula de tecido fibroso. O segundo, em uma menina branca de 7 anos, em que durante um exame odontológico de rotina, foi observada uma lesão radiolúcida multilocular, associada à coroa do 2º molar permanente inferior direito, que se apresentava incluso e incompletamente formado. Não havia evidência de expansão das corticais. A lesão e o 2º molar foram excisados, a cavidade foi bem curetada e o dente reimplantado. O paciente foi reexaminado quase 1 ano após. Não havia evidência radiográfica de regeneração

óssea, nem desenvolvimento do dente. O 2º molar, então, foi remo  
vido. Não houve recidiva da lesão. O tumor era circunscrito por  
cápsula fibrosa. O terceiro, uma menina com 2 anos e meio de ida  
de, apresentou falta de erupção do 1º e 2º molares decíduos. A ra  
diografia revelou uma lesão radiolúcida na região dos dentes au  
sentes. O cirurgião oral que curetou a lesão, observou que esta  
não parecia um cisto dentífero típico. Neste caso não foram fei  
tos exames radiográficos periódicos, nem o acompanhamento.

CARR & cols.<sup>2</sup>, 1970, relataram um caso de fibroma  
ameloblástico, recidivado, em uma menina negra, de 10 anos, loca-  
lizada na mandíbula esquerda. Uma lesão radiolúcida unilocular se  
estendia de incisivo lateral inferior esquerdo até 1º molar. Na re  
gião inferior da radiolucência foram notados dentes impactados. O  
diagnóstico de fibroma ameloblástico foi confirmado por bi  
ópsia. O tumor foi removido cirurgicamente por curetagem. Os dentes im-  
pactados estavam separados do tumor por fina camada óssea e foram  
extraídos o canino e o 1º premolar, com formação incompleta da  
raiz. O incisivo lateral esquerdo, também, foi extraído por causa  
do envolvimento da região pelo tumor, embora estivesse em posi  
ção normal na arcada. Após 4 anos e meio de acompanhamento, o exa  
me radiográfico da região operada revelou uma lesão óssea unilocu-  
lar na região da sínfise mandibular, inferior aos ápices dos inci-  
sivos centrais e incisivo lateral direito. O diagnóstico histo  
patológico da lesão foi fibroma ameloblástico. O tratamento empre  
gado foi uma ressecção mandibular em bloco, incluindo os três inci-  
sivos e preservando o bordo inferior da mandíbula. Não houve e-  
vidência de recidiva, quando o paciente foi examinado 9 meses mais  
tarde.

EBLING<sup>8</sup>, 1970, descreve o fibroma ameloblástico co  
mo sendo um tumor encapsulado. Diz ainda que, a maioria dos casos

relatados até hoje é de incidência em crianças ou jovens. Tem preferência pela mandíbula, aproximadamente na proporção de 3:1. É sobretudo o aumento de volume da região que traz o paciente à consulta.

CASTELLETTO DE FANCHIOTTI & DRUT<sup>3</sup>, 1972, publicaram um caso de fibroma ameloblástico em um homem de 62 anos. O exame intra-oral revelou uma tumoração indolor comprometendo todo o corpo direito da mandíbula, com deslocamento dos tecidos moles da região, bem como ausência dos dentes da área que haviam sido extraídos, antes do aparecimento da lesão. O exame radiográfico mostrou uma ampla área radiolúcida unilocular com osteogênese reacional. O diagnóstico de fibroma ameloblástico foi confirmado por biópsia, sendo o tumor extirpado totalmente por cirurgia.

CHRIST & cols.<sup>5</sup>, 1972, reportaram um caso de fibroma ameloblástico, atípico, em uma moça negra, de 15 anos. O exame clínico revelou expansão óssea da mandíbula esquerda na região de premolares. Radiograficamente, evidenciou uma lesão radiolúcida unilocular, circunscrita por osteogênese reacional, abaixo e entre os premolares inferiores esquerdos. O tumor foi enucleado com certa facilidade e apresentava fina cápsula de tecido conjuntivo. Catorze meses após a enucleação cirúrgica, a paciente não apresentou evidência de recidiva, nem clínica, nem radiograficamente.

EBLING & cols.<sup>9</sup>, 1972, apresentaram 4 casos de fibroma ameloblástico comprovados por exame histológico. Todos os casos estavam localizados na mandíbula, as idades variavam de 4 a 16 anos, sendo três pacientes do sexo feminino. Os tumores foram removidos cirurgicamente por curetagem e acompanhados por um período de 2 a 7 anos sem ocorrência de recidiva.

MORI & cols.<sup>23</sup>, 1972, divulgaram um caso de fibroma

ameloblástico e dois de sarcoma ameloblástico. A paciente do fi  
broma ameloblástico de 38 anos, apresentava uma tumoração no la  
do direito da mandíbula, que causava assimetria facial. O aumento  
de volume era acompanhado de dor e trismo. Intraoralmente, a man  
díbula direita estava expandida desde o 1º molar até a região re  
tro-molar, ocorrendo desaparecimento do sulco bucal; a mucosa de  
recobrimento era normal. À palpação, a lesão era firme, sólida e  
dolorosa no bordo inferior da mandíbula. O 2º molar inferior di-  
reito estava ligeiramente móvel. Os linfonodos submandibulares di  
reitos estavam infartados e suavemente moles. Radiograficamente  
constatou-se uma ampla lesão multilocular ou uma lesão radiolú-  
cida com aspecto de "bolhas de sabão", desde a mesial do 2º molar  
inferior direito, afetando grande parte do ramo através do ângulo  
da mandíbula. O bordo inferior estava íntegro. Os 2º e 3º mola-  
res apresentavam reabsorção apical. Um dente supra-numerário es-  
tava contido na região do ápice radicular do 1º molar. O diagnós-  
tico histopatológico foi fibroma ameloblástico. O tratamento efe-  
tuado foi uma hemi-mandibulectomia direita, sob anestesia endotra-  
queal. Foi excelente a recuperação e o paciente foi dispensado 30  
dias depois sendo examinado periodicamente. Um ano após a ci-  
rurgia, não houve recidiva.

OLOFSSON<sup>25</sup>, 1972, divulgou um fibroma ameloblásti-  
co em um menino recém-nascido. Com a idade de 1 mês foi notada uma  
lesão na mandíbula esquerda na região de molares. Aos 8 meses de  
idade, o tumor era bem visível clinicamente. O exame radiográfico  
revelou uma lesão radiolúcida unilocular circundada por reação ós  
sea. Dois dentes estavam incorporados na lesão. Quando o paciente  
completou um ano, o tumor foi cirurgicamente removido. A neopla-  
sia era encapsulada. Não ocorreu recidiva, dezoito meses após a  
cirurgia. A lesão deve ser diferenciada do ameloblastoma, que o

pode lembrar, tanto clínica, como radiograficamente.

TANAKA & cols.<sup>34</sup>, 1972, relataram o caso de um menino de 7 anos e meio de idade examinado pelos autores, em dezembro de 1963. Em abril de 1963 foi notado um aumento na região angular da mandíbula esquerda, não sendo tratado, pois não apresentava dor. Em junho de 1963, entretanto, o aumento se acentuou. Foi notado um aumento nos linfonodos regionais. Antibióticos, administrados por um médico, trouxeram alívio a vários sintomas. Contudo, desde setembro o aumento vinha se acentuando gradualmente. O exame extra oral revelou um aumento difuso na região angular da mandíbula esquerda, estendendo-se para a região anterior. A pele estava normal em continuidade e coloração. O paciente não apresentava dor espontânea e os nódulos linfáticos estavam normais. O exame intra oral mostrou um aumento de volume desde o incisivo lateral inferior esquerdo até o 1º molar, tanto por vestibular como por lingual. A mucosa de recobrimento da região e a mobilidade dental estavam normais. Radiograficamente apresentava uma radiolucidez multilocular que se estendia dos molares inferiores de cédulos esquerdos até o ramo da mandíbula, contendo um dente com formação incompleta da raiz. O bordo inferior da mandíbula estava íntegro. Foi feita biópsia e o diagnóstico foi fibroma ameloblástico. O tumor foi tratado por cirurgia conservadora e um ano e meio após foi notada recidiva. Na 2ª cirurgia foi removida parte da mandíbula, desde o canino esquerdo até o processo articular do mesmo lado. Foi feito enxerto ósseo de fragmento de crista de ilíaco. O paciente foi acompanhado durante 5 anos, após a segunda cirurgia, não apresentando evidência de recidiva, nem distúrbios funcionais e estéticos.

TRODAHL<sup>36</sup>, 1972, fez uma revisão dos casos de fibroma ameloblástico do Instituto de Patologia das Forças Armadas

dos U.S.A.. Estudou uma série de vinte e quatro casos de fibromas ameloblásticos com a finalidade de determinar o padrão de incidência relacionado com idade, sexo, raça, localização, sintomas presentes, tipo de tratamento e recidiva. A análise desta série confirma, essencialmente, os padrões de incidência encontrados em pesquisas anteriores, mas sugere que o tumor é, algumas vezes, mais agressivo e que tem um maior potencial de recorrência do que se acredita, atualmente.

HIETANEN & cols.<sup>17</sup>, 1973, relataram o caso de uma paciente do sexo feminino, com 7 anos de idade. A paciente apresentava um aumento de volume na mandíbula esquerda, região de molar, com uma úlcera crateriforme, que não tinha curado. Os nódulos linfáticos submandibulares esquerdos eram palpáveis. A radiografia revelou uma área radiolúcida multilocular, estendendo-se distalmente ao 1º molar decíduo inferior esquerdo, até a incisura mandibular. Os dentes da região apresentavam-se deslocados. A radiografia de tórax estava normal. Feita biópsia, o diagnóstico constatou fibroma ameloblástico. O tumor foi extirpado cirurgicamente, sob anestesia geral. Foi feito controle pós-operatório de 6 meses não ocorrendo evidência de recidiva nesse período.

TIMOSCA<sup>35</sup>, 1974, divulgou um trabalho sobre tratamento radical de tumores ameloblásticos dos maxilares, onde 39 desses tumores, tais como: ameloblastoma, fibroma ameloblástico, tumor odontogênico adenomatóide, tumor odontogênico epitelial calcificante e fibro-odontoma ameloblástico, foram removidos cirurgicamente com ampla margem de segurança. O autor constatou que por um período, de controle, que variou de 18 meses à 20 anos, não houve evidência de recidiva.

SINGH & cols.<sup>33</sup>, 1975, relataram o caso de uma

criança de 8 anos, sexo masculino, que foi examinada apresentando um grande aumento no lado esquerdo da mandíbula, que cresceu lentamente (2 anos e meio): A cortical óssea estava expandida e rompida em alguns lugares. A mucosa estava ulcerada devido ao contato com os dentes superiores. O exame radiográfico mostrou uma cavidade unilocular com um dente na sua base, sugerindo um cisto follicular. A grande expansão óssea, a mucosa ulcerada e hemorragias repetidas não deixaram outra alternativa se não uma hemimandibulectomia. Macroscopicamente, o tumor apresentava-se branco-acinzentado, medindo 10 cm por 12 cm. O exame microscópico revelou fibroma ameloblástico.

LUCAS<sup>20</sup>, 1976, diz que o fibroma ameloblástico ocorre em grupo etário jovem (15 a 25 anos) e não tem predileção por sexo. O tumor cresce, lentamente, por expansão e é indolor. Radiograficamente a lesão é radiolúcida unilocular, podendo algumas vezes ser multilocular. Dentes inclusos podem estar associados ao tumor. Pode ou não apresentar cápsula definida. É uma lesão benigna e a recidiva é baixa.

SHEPHERD & CATALDO<sup>32</sup>, 1976, descreveram o caso de uma menina branca de 3 anos de idade, portadora de uma assimetria facial causada por uma lesão radiolúcida na mandíbula, que se estendia abaixo das margens do filme periapical. A lesão era indolor e localizada no corpo e ângulo direito da mandíbula, com aumento de volume definido. O exame intra-oral revelou deslocamento dos molares inferiores direitos. A mucosa estava com coloração e textura normais, embora por pressão digital, pudesse formar-se uma depressão. Radiograficamente observava-se uma lesão radiolúcida multilocular extensa no corpo e ramo direito da mandíbula, com expansão da cortical e destruição da arquitetura óssea normal desde o condilo e processo coronóide até a região do germe do canino perma -

nente. O germe do 1º molar permanente tinha sido deslocado para junto do bordo inferior da mandíbula. O diagnóstico diferencial na época incluía cisto dentígero mandibular, ameloblastoma, fibroma ameloblástico, adenoameloblastoma e doença osteofibrosa. Feita a biópsia, restou a dúvida, se era realmente um ameloblastoma ou um fibroma ameloblástico. Em razão de não ser comum encontrar-se um ameloblastoma em criança dessa idade, e porque a remoção cirúrgica de um ameloblastoma, com esta extensão, requereria um procedimento cirúrgico muito radical, o caso foi reavaliado. Como resultado a lesão foi diagnosticada de fibroma ameloblástico e o tumor, que era encapsulado, sofreu enucleação total numa cirurgia conservadora. Para reparo da região afetada foi utilizado enxerto de crista ilíaca. Após 16 meses da cirurgia, as radiografias mostravam reparação completa do defeito ósseo cirúrgico e nenhuma evidência de recidiva.

ZEGARELLI & cols.<sup>43</sup>, 1976, dizem que, parece não haver predominância quanto ao sexo em relação ao fibroma ameloblástico. A lesão apresenta-se radiolúcida, podendo ser uni ou multilocular. Cresce, expandindo mais que infiltrando. Por isso a periferia da lesão é bem definida e limitada. A cortical pode estar expandida porém não destruída. Os dentes vizinhos podem estar deslocados de sua posição porém, mantendo vitalidade. O tratamento de eleição é conservador, pois o tumor tem pouca tendência a recidivar.

GORLIN & GOLDMAN<sup>14</sup>, 1977, publicaram que o fibroma ameloblástico parece não ter preferência por sexo. O tumor pode produzir uma expansão indolor, assintomática e lenta da cortical na região de premolares e molares inferiores com mais frequência do que no maxilar superior. Radiograficamente é uma lesão cística de contorno liso, podendo ser multilocular, em alguns casos. Den-

tes inclusos podem estar associados com o tumor, porém não com tanta frequência como o tumor odontogênico adenomatóide. Foi observado, algumas vezes, separação das raízes de dentes adjacentes. O tumor pode expandir-se, mas não é invasivo. O fibroma ameloblástico é encapsulado e inteiramente benigno. Os casos recidivados devem ter sido em decorrência de excisão cirúrgica incompleta.

NOVINCE & GRAU<sup>24</sup>, 1977, reportaram um caso de fibroma ameloblástico, em um rapaz negro de 14 anos, localizado na mandíbula, em região de premolares direitos. Uma tumefação, no corpo direito da mandíbula, foi observada clinicamente, bem como a ausência dos premolares. Radiograficamente a lesão era multilocular e estava associada a dois premolares inclusos. A radiografia oclusal mostrou expansão óssea vestibular. Os molares decíduos, o 1º molar permanente e os premolares inclusos foram extraídos e o tumor removido por curetagem. O tumor não era encapsulado. Seis meses após a cirurgia, o tecido ósseo estava regenerado. O paciente foi examinado em intervalos regulares de três meses.

WHITE & cols.<sup>42</sup>, 1978, estudaram quatro tumores maxilares, chamados de fibroma ameloblástico de células granulosas, para avaliar as características clínicas e investigar a natureza das células granulosas, por microscopia eletrônica. A média de idade dos pacientes foi 55 anos, sendo todos do sexo feminino. O primeiro caso, uma radiolucência unilocular localizada na mandíbula, em região de canino, em uma mulher branca de 50 anos. A remoção tumoral foi por curetagem e não recidivou após 6 meses. O segundo caso, uma mulher negra, com 50 anos que apresentava uma lesão radiolúcida na região posterior de mandíbula. O diagnóstico foi fibroma ameloblástico de células granulosas. O tratamento efetuado foi uma curetagem e o tumor não evidenciou recidiva após 7 anos de acompanhamento. O terceiro caso, uma mulher branca, 55

anos, mostrava uma lesão radiolúcida na maxila, em região de premolares. O diagnóstico final foi fibroma ameloblástico de células granulosas. O tumor foi submetido a excisão cirúrgica e após 3 anos de seguimento não ocorreu recidiva. O quarto caso, uma mulher branca, com 65 anos, revelou uma lesão radiolúcida unilocular em região de premolares e molares inferiores. O diagnóstico definitivo foi fibroma ameloblástico de células granulosas e foi extirpado por excisão cirúrgica. Após 2 anos de tratamento, o tumor não mostrou evidência de recidiva. Um tumor foi examinado por microscopia eletrônica e revelou que as células granulosas continham muitas partículas semelhantes aos lisossomos e que eram idênticas às células granulosas do mioblastoma.

LYSELL & cols.<sup>21</sup>, 1978, relataram dois casos de fibroma ameloblástico. O primeiro caso, uma menina de 7 anos de idade, apresentando uma lesão cística na região do 2º molar decíduo superior direito. Este molar não tinha erupcionado, bem como o 1º molar superior direito permanente. O processo alveolar da região estava aumentado. O exame radiográfico mostrou uma lesão radiolúcida multilocular, envolvendo a coroa do 2º molar decíduo. O germe do 2º premolar permanente estava localizado mais cranialmente. O tumor foi removido por curetagem e, o 2º molar decíduo foi extraído. O germe do 2º premolar permanente foi preservado. O diagnóstico por microscopia, foi de fibroma ameloblástico. O exame radiográfico, 10 meses após a cirurgia, revelou uma área suspeita de recidiva. Nova cirurgia foi realizada e todo o tecido mole, que envolvia o 2º premolar, foi removido. O exame microscópico, desse tecido, confirmou o diagnóstico de fibroma ameloblástico. O paciente ficou em observação por 15 meses, sem apresentar evidência clínica ou radiográfica de recidiva. O segundo caso, um paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, apresentou-se

na clínica para um exame, porque o 1º molar permanente superior direito não havia erupcionado. A radiografia mostrou uma lesão cística, de limites precisos, envolvendo as coroas dos 1º e 2º molares superiores direitos. No exame clínico foi observado um insignificante aumento do processo alveolar da região. O tumor foi excisado cirurgicamente e a separação do tumor com o osso transcorreu sem dificuldade. O exame microscópico revelou um fibroma ameloblástico; seis meses após a operação, os 1º e 2º molares ainda não haviam erupcionado. O tecido gengival que recobria esses dentes foi excisado e, submetido a um exame microscópico, não revelou recidiva do tumor. Após 12 meses, desse novo exame, o 1º molar permanente erupcionou e não havia recidiva.

HERINGER<sup>16</sup>, 1978, relatou um caso de fibroma ameloblástico em uma criança do sexo feminino, com 3 anos e meio de idade. Aos 22 meses de idade, o incisivo central superior esquerdo não havia erupcionado e a criança foi submetida a uma radiografia, mas não retornou ao dentista. Aos 3 anos e meio de idade, a criança foi novamente examinada. O exame extra oral nada tinha de significativo. Sua face simétrica, não evidenciava trauma. Os nódulos linfáticos da região estavam normais. O exame intra oral revelou 19 dentes erupcionados em oclusão classe I. Notou-se a ausência do incisivo central superior esquerdo decíduo. Foi observada uma suave expansão óssea na região do incisivo ausente. A coloração e textura da gengiva estavam normais. O exame radiográfico mostrou uma área radiolúcida, com margens regulares, na região da coroa do incisivo central superior esquerdo decíduo. A criança foi submetida a uma biópsia excisional, sob anestesia local. O incisivo lateral superior esquerdo decíduo foi extraído, para melhor acesso. A massa tumoral foi totalmente curetada e o incisivo central superior esquerdo decíduo foi extraído. O exame microscó-

pico revelou fibroma ameloblástico. As radiografias após a cirurgia, num prazo de 2 a 6 meses, mostraram erupção normal do incisivo central superior esquerdo permanente, confirmando o bom prognóstico do tratamento conservador em caso de fibroma ameloblástico. O paciente foi acompanhado durante 12 meses sem evidência de recidiva.

REICHART & ZOBL<sup>27</sup>, 1978, divulgaram o caso de um paciente do sexo masculino, 16 anos, que em agosto de 1975 foi examinado por apresentar uma massa sangrante, no processo alvéolo-mandibular esquerdo. A história médica pregressa não apresentava nada digno de nota, excetuando-se uma cirurgia, naquele local, em 1972. Antes dessa cirurgia, o paciente queixava-se de um aumento de volume e dor nessa área. A radiografia mostrou o 1º molar impactado e o 2º molar ausente. Não havia história de extração prévia. Entre o 1º molar impactado e o 3º molar, foi visto uma imagem radiolúcida unilocular bem definida. Medialmente ao 3º molar estavam localizadas umas poucas opacidades irregulares. De acordo com o relato cirúrgico, foi feita uma enucleação do tumor, sob anestesia local. O exame histopatológico revelou fibroma ameloblástico. A cicatrização foi normal e não havia queixas até julho de 1975, quando o paciente notou uma massa de crescimento rápido no local da cirurgia. O tumor de 4 por 2 cm, parcialmente ulcerado, estava localizado na porção superior do alvéolo sem dente; tinha consistência carnosa, amolecida e coloração castanho avermelhada. A radiografia da área, mostrou a mandíbula esquerda parcialmente edentada e a região medial ao 3º molar, mostrava uma destruição óssea alveolar. Sob anestesia local, foi feita uma biópsia de congelação e, após o diagnóstico de fibrossarcoma, foi efetuada uma ressecção parcial da mandíbula, juntamente com dissecação dos linfonodos supra hioídeos. Apesar da ausência de epité

lio odontogênico, nesse tumor, o diagnóstico de fibrossarcoma originado de um fibroma ameloblástico pode ser feito, desde que, a localização do tumor foi idêntica em ambas ocasiões, num dado intervalo de tempo. O paciente foi acompanhado durante 23 meses sem apresentar recidiva. Em janeiro de 1977, foi reconstruída a mandíbula com enxerto de crista ilíaca.

SHAFER & cols.<sup>31</sup>, 1979, divulgaram que em geral, o paciente portador de fibroma ameloblástico não apresenta queixas e que, a descoberta se dá durante exames radiográficos de rotina. Em certos casos, dor ou uma leve tumefação do maxilar, pode levar o paciente a consultar o dentista. Radiograficamente o tumor é uma lesão radiolúcida unilocular, ocasionalmente multilocular, com contornos regulares, podendo ou não produzir expansão óssea evidente. O tratamento deve ser conservador, uma vez que ele parece não infiltrar ativamente o osso. Separa-se facilmente da estrutura óssea e mostra pouca tendência à recidiva.

CAPÍTULO III

PROPOSIÇÃO

## CAPÍTULO III

### PROPOSIÇÃO

Com a finalidade de contribuir para a elucidação de alguns aspectos no estudo clínico e radiográfico do fibroma amelo blástico, pretendemos no presente trabalho, analisar casos relatados na literatura odontológica mundial ao nosso alcance, sob o ponto de vista de:

1. Características clínicas;
2. Características radiográficas;
3. Tipos de tratamento;
4. Incidência da recidiva.

CAPÍTULO IV

MATERIAIS E MÉTODOS

## CAPÍTULO IV

### MATERIAIS E MÉTODOS

#### 1. MATERIAIS:

1.1. - Casos publicados na literatura especializada desde 1955 até 1979.

#### 2. MÉTODOS:

2.1. - Estudo das características clínicas abordando os seguintes aspectos:

- idade
- sexo
- raça
- localização
- expansão óssea
- aspecto da mucosa da região tumoral
- deslocamento e mobilidade dos dentes adjacentes
- consistência à palpação
- dor espontânea.

2.2. - Das características radiográficas:

- lesão uni ou multilocular
- limites da radiolucência
- relação com dente incluso
- focos de mineralização na área radiolúcida
- reabsorção radicular

2.3. - Tipos de tratamento:

- conservador: curetagem e enucleação
- radical: ressecção parcial ou total

2.4. - Incidência de recidiva:

- acompanhamento para verificar o reaparecimento do tu  
mor ou a cura do paciente.

CAPÍTULO V

RESULTADOS E DISCUSSÃO

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fazendo uma revisão dos trabalhos publicados sobre fibroma ameloblástico ao nosso alcance, pudemos analisar 31 casos, onde os autores relataram as características clínicas e radiográficas desse neoplasma.

No quadro I constatamos que 19 pacientes estavam na faixa etária de zero a 20 anos (61%). É importante salientar que existe um tipo de fibroma ameloblástico de células granulosas, que incide sobre uma faixa etária alta (50 a 65 anos), e que, no presente trabalho, estão representados pelos casos relatados por COUCH & cols.<sup>6</sup>, WALDRON & cols.<sup>41</sup>, WHITE & cols.<sup>43</sup>.

Dos 31 casos por nós revisados, 20 afetaram pacientes do sexo feminino (64%). Vinte e cinco casos de fibroma ameloblástico estavam localizados na mandíbula (82%). Destes, 16 na região de premolares e molares (64%), 4 na região anterior (16%) e 5 abrangendo a região ântero-posterior (20%). Com relação a raça não podemos discutir, desde que grande parte dos autores com resultados (13 casos) não mencionaram esse dado. Os resultados dos 18 casos, onde a raça é mencionada, se equivalem em relação a brancos e negros (9b e 9n).

TRODAHL<sup>37</sup>, em seu trabalho, constatou que o fibroma ameloblástico incide numa faixa etária baixa (zero a 20 anos) e de preferência na mandíbula, região de premolares e molares. Com

QUADRO I- DADOS SOBRE IDADE, SEXO E RAÇA DO PACIENTE E LOCALIZAÇÃO DO NEOPLASMA  
 NOS 31 CASOS DE FIBROMA AMELOBLÁSTICO REVISADOS NA LITERATURA. 1980.

AUTOR	ANO	IDADE	SEXO	RAÇA	LOCALIZAÇÃO		
					MAND.	MAXILA	REGIÃO
SHAHER	1955	7A	F	N	X		36
SHAHER	1955	18A	F	B	X		46-45
HUEBSCH & STETHENSON	1956	3A	M	S.I.	X		31-74
COUCH & cols.	1962	55A	F	S.I.	X		37
COUCH & cols.	1962	59A	F	N	X		33
WALDRON	1963	60A	F	N	X		33
WALDRON	1963	53A	F	N	X		34-38
VIANNA	1964	20A	M	S.I.	X		32-33
RODNEY & CARRINGTON	1965	6A	M	N		X	12-11-21
GRENFELL & MARIS	1966	42A	F	B	X		ANG.-SINF.
TROTT	1967	8A e 6M	F	S.I.		X	51
GARDNER & cols.	1969	30A	F	B	X		35-36
GARDNER & cols.	1969	7A	F	B	X		47
CARR & cols.	1970	10A	F	N	X		32-36
CASTELLETO DE FANCHIOTTI & DRUT	1972	62A	M	S.I.	X		42-48
CHRIST & cols.	1972	15A	M	N	X		34-35-36
MORI & cols.	1972	38A	F	S.I.	X		46-Ret.Mol.
TANAKA & cols.	1972	7A e 6M	M	S.I.	X		74-Ramo
OLOFSSON	1972	1M	M	S.I.	X		Mol.dec.esq.
HIETANEN & cols.	1973	7A	F	S.I.	X		74-Ramo
SINGH & cols.	1975	8A	M	S.I.	X		32-Ramo
SHEPHERD & CATALDO	1976	3A	F	B	X		33-Condilo
NOVINCE & GRAU	1977	14A	M	N	X		45-44
HERINGER	1978	3A e 6M	F	B		X	61
LYSELL & cols.	1978	7A	F	S.I.		X	16-55
LYSELL & cols.	1978	13A	M	S.I.		X	17-16
WHITE & cols.	1978	50A	F	B	X		33
WHITE & cols.	1978	50A	F	N	X		Posterior
WHITE & cols.	1978	55A	F	B		X	Premolares
WHITE & cols.	1978	65A	F	B	X		34-35-36
REICHAERT & ZOBL	1978	13A	M	S.I.	X		36-37

OBS:- S.I. = Sem Informação

relação ao sexo, o resultado foi de 67% de pacientes do sexo masculino e 33% do sexo feminino. GORLIN & cols.<sup>12</sup>, citado por SE DANO, estudaram 35 casos, sendo 57% do sexo masculino e 43% do se xo feminino. A faixa etária predominante era jovem e a localiza ção preferencial foi mandíbula, região posterior. BADEN<sup>1</sup>, citado por CASTELLETTO DE FANCHIOTTI & DRUT, afirma que os homens são duas vezes mais afetados que as mulheres e que o fibroma amelo - blástico se localiza em região de premolares e molares inferiores em 75 a 85% dos casos. HERINGER<sup>16</sup>, numa revisão de casos publicados constatou que 73% dos pacientes atingidos tinham idade inferior a 20 anos, que 60% pertenciam ao sexo masculino e que em 77% o tumor se localizava na mandíbula, preferencialmente na região de premolares e molares. MORI & cols.<sup>23</sup>, publicaram que 67% dos pacientes acometidos por fibroma ameloblástico tinham idade abaixo de 20 anos e que 52% eram do sexo masculino. O tumor estava lo calizado na mandíbula em 70% dos casos, sendo que em 67% na região de premolares e molares.

Com relação à idade e localização, nossos resultados concordam plenamente com os achados pelos autores TRODAHL<sup>37</sup>, GORLIN & cols.<sup>12</sup>, BADEN<sup>1</sup>, HERINGER<sup>16</sup>, MORI & cols.<sup>23</sup>, discordando, entretanto, em relação ao sexo. No entanto, segundo GORLIN & GOLD MAN<sup>14</sup>, ZEGARELLI & cols.<sup>43</sup> e LUCAS<sup>20</sup>, o fibroma ameloblástico pa rece não ter preferência por sexo.

A análise do quadro II, evidencia que 14 pacientes não apresentavam dor espontânea, que 3 pacientes queixavam-se des se sintoma e em 14 casos não foi registrado informação nesse sentido. Quanto a expansão óssea, 21 dos casos analisados apresentaram essa característica clínica, 4 casos não evidenciaram e, em 6 casos, os autores não fizeram referência. A grande maioria dos autores não mencionou a consistência da lesão (23 casos) em 8 ca-

QUADRO II - DADOS SOBRE DOR ESPONTÂNEA, EXPANSÃO ÓSSEA E CONSISTÊNCIA DO FIBROMA AMEIOBLÁSTICO NOS 31 CASOS REVISADOS NA LITERATURA, 1980

AUTOR	ANO	DOR ESPONT. EXP. ÓSSEA		OSSEA	PAPIRÁCEA		CONSISTÊNCIA	
		SIM	NAO		SIM	NAO	S.I.	S.I.
SHAFER	1955	S.I.	S.I.	X				
SHAFER	1955		X	S.I.		S.I.		S.I.
HUEBSCH & STEPHENSON	1956	S.I.	S.I.	X		X		
COUCH & cols.	1962		X			S.I.		S.I.
COUCH & cols.	1962		X	X		X		
WALDRON	1963	S.I.	S.I.	X		X		
WALDRON	1963	X		X		S.I.		S.I.
VIANNA	1964		X		X	S.I.		S.I.
RODNEY & CARRINGTON	1965		X	X		X		
GRENFELL & MARIS	1966	S.I.	S.I.	X			X	X
TROTT	1967		X		X	S.I.		S.I.
GARDNER & cols.	1969		X	X		X		
GARDNER & cols.	1969		X		X	S.I.		S.I.
CARR & cols.	1970	S.I.	S.I.	S.I.		S.I.		S.I.
CASTELLETO DE FANCHIOTTI & DRUT	1972		X	X		S.I.		S.I.
CHRIST & cols.	1972	S.I.	S.I.	X		S.I.		S.I.
MORI & cols.	1972	X		X		X		
TANAKA & cols.	1972		X	X		S.I.		S.I.
OLOFSSON	1972	S.I.	S.I.	X		S.I.		S.I.
HIETANEN & cols.	1973	S.I.	S.I.	X		S.I.		S.I.
SINGH & cols.	1975	S.I.	S.I.	X		S.I.		S.I.
SHEPHERD & CATALDO	1976		X	X		S.I.		S.I.
NOVINCE & GRAU	1977		X	X		S.I.		S.I.
HERINGER	1978	S.I.	S.I.	S.I.		S.I.		S.I.
LYSELL & cols.	1978		X	X		S.I.		S.I.
LYSELL & cols.	1978		X	X		S.I.		S.I.
WHITE & cols.	1978	S.I.	S.I.	S.I.		S.I.		S.I.
WHITE & cols.	1978	S.I.	S.I.	S.I.		S.I.		S.I.
WHITE & cols.	1978	S.I.	S.I.	S.I.		S.I.		S.I.
WHITE & cols.	1978	S.I.	S.I.	S.I.		S.I.		S.I.
REICHAERT & ZOBL	1978	X		X		S.I.		S.I.

OBS:- S.I. - Sem Informação

so conhecidos, 6 tinham consistência óssea, 1 consistência papi-rácea e outro, consistência papirácea e flutuante à palpação.

Segundo SHAFER & cols.<sup>31</sup>, "o tumor pode ou não pro-duzir expansão óssea evidente. Em geral, o paciente não apresenta queixa e a descoberta se dá durante exames radiográficos de roti-na. Em certos casos, dor ou uma leve tumefação do maxilar podem levar o paciente a consultar o dentista". O tumor pode produzir uma expansão indolor (é expansivo e não invasivo), assintomática e lenta da cortical óssea na região afetada, segundo GORLIN & GOLD-MAN<sup>14</sup>. Afirmam ZEGARELLI & cols.<sup>43</sup> que a cortical pode estar ex-pandida, porém não destruída. Quanto a consistência da lesão, pou-co podemos discutir, visto que os autores, na grande maioria, não a mencionaram. Todavia, de acordo com 8 casos nos quais a consis-tência foi citada e, consultada a literatura clássica sobre tumo-res odontogênicos maxilares, podemos deduzir que o fibroma amelo-blástico se apresenta com consistência óssea, salvo exceções (ca-sos de HUEBSCH & STEPHENSON<sup>18</sup>, e GRENFELL & MARIS<sup>15</sup>).

O quadro III, que analisa os casos quanto ao deslo-camento e alteração da mobilidade dos dentes e alteração da muco-sa da região (cor e ulceração), apresenta-se com muitos pontos de interrogação, desde que, os autores não se preocuparam muito em relatar essas características. Entretanto, procuraremos analisar os casos onde estas características são citadas, para termos uma idéia mais concreta e, posteriormente, chegarmos a uma conclusão. Nove casos apresentavam deslocamento de dentes adjacentes, ao pas-so que, em 12 casos, não foi observado deslocamento. Em 4 casos, os pacientes eram edêntulos. De acordo com GORLIN & GOLDMAN<sup>14</sup> e ZEGARELLI & cols.<sup>43</sup>, os dentes adjacentes podem estar deslocados. Com relação a alteração da mobilidade dentária, temos apenas 1 ca-so afirmativo que é o de MORI & cols.<sup>23</sup>; 10 casos foram negativos

QUADRO III - DADOS SOBRE DENTES ADJACENTES E MUCOSA DA REGIÃO NEOPLÁSICA NOS 31 CASOS DE FIBROMA AMELOBLÁSTICO REVISADOS NA LITERATURA, 1980.

AUTOR	ANO	DENTES ADJACENTES						MUCOSA DA REGIÃO						
		DESLOCAMENTO			MOBILIDADE			ALTERAÇÃO COR			ULCERAÇÃO			
		SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO	
SHAFER	1955		X	S.I.	S.I.				S.I.	S.I.				X
SHAFER	1955		X	S.I.	S.I.					X				X
HUEBSCH & STEPHENSON	1956	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.				X					X
COUCH & cols.	1962		X		X							X		X
COUCH & cols.	1962	E D	E N T	U L A								X		X
WALDRON	1963	E D	E N T	U L A								X		X
WALDRON	1963	X					X		X					X
VIANNA	1964		X				X					X		X
RODNEY & CARRINGTON	1965	X					X		S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
GRENFELL & MARIS	1966	E D	E N T	U L A						X				X
TROTT	1967		X				X		S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
GARDNER & cols.	1969		X				X		S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
GARDNER & cols.	1969		X				X		S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
CARR & cols.	1970	X		S.I.	S.I.				S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
CASTELLETO DE FANCHIOTTI & DRUT	1972	E D	E N T	U L A					S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
CHRIST & cols.	1972	X					S.I.	S.I.		S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
MORI & cols.	1972	S.I.	S.I.	X					S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
TANAKA & cols.	1972	S.I.	S.I.							X				X
OLOFSSON	1972	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.				S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
HIETANEN & cols.	1973	X		S.I.	S.I.				S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	X
SINGH & cols.	1975	X		S.I.	S.I.				S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	X
SHEPHERD & CATALDO	1976	X		S.I.	S.I.				S.I.	S.I.		X		X
NOVINCE & GRAU	1977	X		S.I.	S.I.				S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
HERINGER	1978		X				S.I.	S.I.		S.I.		X		X
LYSELL & cols.	1978		X							X				X
LYSELL & cols.	1978		X							X				X
WHITE & cols.	1978		X		S.I.	S.I.			S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
WHITE & cols.	1978	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.				S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
WHITE & cols.	1978	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.				S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
WHITE & cols.	1978		X		S.I.	S.I.			S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.
REICHHART & ZOBL	1978	X		S.I.	S.I.				S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.

OBS:- S.I. = Sem Informação

e 4 pacientes eram edêntulos. Apenas, em 2 casos os de HUEBSCH & STEPHENSON<sup>18</sup> e WALDRON & cols<sup>40</sup> a mucosa estava com alteração de cor. Em 11 pacientes a mucosa da região apresentava coloração normal. Com respeito à ulceração da mucosa, foram positivos os casos de HIETANEN & cols.<sup>17</sup> e SINGH & cols.<sup>33</sup> e, 14 foram negativos.

O quadro IV mostra que o fibroma ameloblástico é um tumor radiolúcido, podendo ser unilocular (18 casos - 58%) ou multilocular (11 casos - 36%). Em 14 casos notou-se a presença de dentes inclusos na região (46%), ao passo que em 15 casos a erupção estava normal (48%). Esses achados concordam plenamente com GORLIN & GOLDMAN<sup>14</sup>, SHAFER & cols.<sup>31</sup>, ZEGARELLI & cols.<sup>43</sup> e LUCAS<sup>20</sup>. Em 15 casos constatou-se a presença de osteogênese reacional (48%), sendo que, em 12 casos não foi observado esse aspecto radiográfico (40%). Com relação a pontos de mineralização presentes na lesão, 19 casos foram negativos (61%), para 6 casos positivos (19,5%). Em apenas 3 casos houve reabsorção radicular dos dentes presentes na área do tumor. Em 16 casos as raízes dentárias estavam normais. Quatro pacientes eram edêntulos.

Finalmente, o quadro V mostra que 12 casos foram tratados por curetagem (39%), 4 por enucleação (13%), 2 por remoção em bloco (6%), 2 por hemimandibulectomia (6%) e em 11 casos os autores falam em excisão, remoção e extirpação, não especificando a técnica de remoção aplicada. Onze neoplasmas eram encapsulados (36%), ao passo que 6 não possuíam cápsula (19%).

O fibroma ameloblástico apresenta cápsula fibrosa, segundo GORLIN & GOLDMAN<sup>14</sup> e EBLING<sup>8</sup> e pode ou não apresentar cápsula definida, segundo LUCAS<sup>20</sup>. No caso de TROTT<sup>37</sup>, "apenas em algumas áreas, havia disposição de fibras colágenas para formar uma cápsula". Nossa pesquisa constatou 3 casos de recidiva, CARR & cols.<sup>2</sup> com tempo de acompanhamento de 4 anos e 6 meses; TANAKA

QUADRO IV - DADOS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS DOS 31 CASOS DE FIBROMA AMELOBLÁSTICO REVISADOS NA LITERATURA. 1980.

AUTOR	ANO	RADIOLOGUCIDEZ		DENTE INCL		OSTEOG. REAC.		FOCOS DE MIN.		REAB. RADICULAR	
		UNILOCUL.	MULTILOC.	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SHAFFER	1955	X		X		X		X			X
SHAFFER	1955	X			X	X			X		X
HUEBSCH & STEPHENSON	1956		X		X	X			X		X
COUCH & cols.	1962		X		X	X			X		X
COUCH & cols.	1962	X			X		X	X			X
WALDRON	1963	X			X	X		X			X
WALDRON	1963		X		X	X			X		X
VIANNA	1964	X			X	X			X		X
RODNEY & CARRINGTON	1965	X			X	X			X		X
GRENFELL & MARIS	1966		X		X	X		S.I.	S.I.		X
TROTT	1967	X		X		X			X		X
GARDNER & cols.	1969	X			X		X		X		X
GARDNER & cols.	1969		X		X	X			X		X
CARR & cols.	1970	X			X		X		X		X
CASTELLETO DE FANCHIOTTI & DRUT	1972	X			X	X			X	S.I.	S.I.
CHRIST & cols.	1972	X			X	X			X		X
MORI & cols.	1972		X	X		S.I.	S.I.	S.I.		X	
TANAKA & cols.	1972		X		X		X		X		S.I.
OLOFSSON	1972	X			X		X	S.I.	S.I.		S.I.
HIETANEN & cols.	1973		X		X		X		X		S.I.
SINGH & cols.	1975	X			X		X		X		S.I.
SHEPHERD & CATALDO	1976		X		X	X		X			X
NOVINCE & GRAU	1977		X		X		X		X	S.I.	S.I.
HERINGER	1978	X			X	X			X		X
LYSELL & cols.	1978		X		X	X		X			S.I.
LYSELL & cols.	1978	X			X	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.		S.I.
WHITE & cols.	1978	X			X	X		X			X
WHITE & cols.	1978	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.		S.I.
WHITE & cols.	1978	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.		S.I.
WHITE & cols.	1978	X			X		X		X		S.I.
REICHTART & ZOBL	1978	X		X		X		X		S.I.	S.I.

OBS:- S.I. - Sem Informação

QUADRO V - DADOS SOBRE TIPO DE TRATAMENTO, PRESENÇA OU NÃO DE CÁPSULA, RECÍDIVA E TEMPO DE PROSERVAÇÃO DOS 31 CASOS DE FIBROMA AMELOBLÁSTICO REVISADOS NA LITERATURA. 1980.

AUTOR	ANO	TRATAMENTO	CÁPSULA		RECÍDIVA		PROSERVAÇÃO
			SIM	NAO	SIM	NAO	
SHAFER	1955	REMOVIDO		X		X	18M
SHAFER	1955	REMOVIDO	X			X	16M
HUEBSCH & STEPHENSON	1956	REMOÇÃO EM BLO	S.I.	S.I.		X	6M
COUCH & cols.	1962	REMOVIDO	X			X	8M
COUCH & cols.	1962	EXCISADO	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.
WALDRON	1963	REMOÇÃO EM BLO		X		X	2A e 5M
WALDRON	1963	CURETAGEM		X		X	S.I.
VIANNA	1964	CURETAGEM		X		X	9A
RODNEY & CARRINGTON	1965	ENUCLEAÇÃO	X			X	S.I.
GRENFELL & MARIS	1966	CURETAGEM		X	S.I.	S.I.	S.I.
TROTT	1967	CURETAGEM	X		S.I.	S.I.	S.I.
GARDNER & cols.	1969	CURETAGEM	X			X	3A
GARDNER & cols.	1969	CURETAGEM	X			X	S.I.
CARR & cols.	1970	CURETAGEM	X		X		4A e 6M
CASTELLETTO DE FANCHIOTTI & DRUT	1972	EXTIRPADO	X		S.I.	S.I.	S.I.
CHRIST & cols.	1972	ENUCLEADO	X			X	14M
MORI & cols.	1972	HEMIMANDIBUL.	S.I.	S.I.		X	1A
TANAKA & cols.	1972	REMOVIDO	S.I.	S.I.	X		1A e 6M
OLOFSSON	1972	REMOVIDO	X			X	18M
HIETANEN & cols.	1973	EXTIRPADO	S.I.	S.I.		X	6M
SINGH & cols.	1975	HEMIMANDIBUL.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.
SHEPHERD & CATALDO	1976	ENUCLEADO	X			X	16M
NOVINCE & GRAU	1977	CURETAGEM		X		X	6M
HERINGER	1978	CURETAGEM	S.I.	S.I.		X	12M
LYSELL & cols.	1978	CURETAGEM	S.I.	S.I.	X		10M
LYSELL & cols.	1978	EXCISADO	S.I.	S.I.		X	12M
WHITE & cols.	1978	CURETAGEM	S.I.	S.I.		X	6M
WHITE & cols.	1978	CURETAGEM	S.I.	S.I.		X	7A
WHITE & cols.	1978	EXCISADO	S.I.	S.I.		X	3A
WHITE & cols.	1978	EXCISADO	S.I.	S.I.		X	2A
REICHAERT & ZOBL	1978	ENUCLEAÇÃO	S.I.	S.I.	Transferido em	Transferido em	3A

OBS:- S.I. - Sem Informação

& cols.<sup>34</sup> com 1 ano e 6 meses e LYSELL & cols.<sup>21</sup> com 10 meses de proervação. Vinte e dois casos (71%) não recidivaram num período de tempo entre 6 meses e 9 anos.

Ressaltamos que, no caso de HUEBSCH & STEPHENSON<sup>18</sup>, o paciente tinha sido submetido a uma cirurgia para enucleação do que suspeitavam tratar-se de um cisto dentífero. Um ano após a cirurgia, havendo recidiva, os cortes histológicos foram reexaminados e o diagnóstico foi fibroma ameloblástico. Deixamos de registrar, no quadro, o caso em questão como recidivante, visto que os autores não relatam as características clínicas e radiográficas iniciais como sendo fibroma ameloblástico. Houve um caso de transformação maligna relatado por REICHART & ZOBL<sup>27</sup> e 5 casos não foram acompanhados. O fibroma ameloblástico mostra pouca tendência a recidivar, segundo ZEGARELLI & cols.<sup>43</sup>, SHAFER & cols.<sup>31</sup> e LUCAS<sup>20</sup>. Para GORLIN & GOLDMAN<sup>14</sup>, os casos recidivados devem ter sido em decorrência de excisão cirúrgica incompleta. Já TRODAHL<sup>36</sup> diz que o "fibroma ameloblástico é algumas vezes mais agressivo e tem um maior potencial de recidiva do que se acredita atualmente".

REICHART & ZOBL<sup>27</sup> relataram um caso de transformação de um fibroma ameloblástico para fibrossarcoma ameloblástico. Apesar da ausência de epitélio odontogênico nesse último, o diagnóstico pôde ser feito em virtude da localização do tumor ser idêntica em ambas ocasiões, num dado intervalo de tempo. Os mesmos autores citam os casos semelhantes relatados por LEIDER & cols.<sup>19</sup> e GOLDSTEIN & cols.<sup>11</sup>, que revelaram mudanças histológicas no tumor recidivado, com transformação de fibroma ameloblástico em fibrossarcoma ameloblástico ou fibrossarcoma e perda completa do epitélio odontogênico. Explicaram a perda do epitélio odontogênico, como um fenômeno degenerativo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÕES

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSÕES

Com base no que foi apresentado e discutido no capítulo anterior, sobre os 31 casos publicados e por nós revisados no presente trabalho, parece-nos lícito concluir o seguinte:

1. Em relação às características clínicas:
  - 1.1. Dos 31 casos revisados, 61% eram em pacientes com idade de zero a 20 anos;
  - 1.2. 82% dos casos localizavam-se na mandíbula e, destes, 64% na região de premolares e molares;
  - 1.3. 64% dos casos eram em pacientes do sexo feminino;
  - 1.4. Com relação a outras características clínicas, tais como: raça, dor espontânea, expansão óssea, consistência, deslocamento e mobilidade de dentes adjacentes, alteração de cor e ulceração da mucosa de recobrimento da região, há escassez de informações para que se conclua algo.
  
2. Em relação às características radiográficas:
  - 2.1. Em todos os 31 casos, as lesões eram radiolúcidas;
  - 2.2. 58% dos casos revisados eram lesões uniloculares, 36% multiloculares e, em 6%, esta característica não foi citada;

2.3. 48% dos casos apresentavam osteogênese reacional, 40% não apresentavam e 12% omitiam este dado;

2.4. Em 46% dos casos havia presença de dentes inclusos associados à lesão, em 48% a erupção dentária era normal e em 6% dos casos não foram feitas referências a respeito.

2.5. Em somente 19,5% dos casos foi observada a presença de pontos de mineralização na lesão, ao passo que em 61% dos casos esta observação foi negativa e em 19,5% não foi relatada.

3. Em relação ao tipo de tratamento:

3.1. A julgar pelos tratamentos aplicados aos 31 casos revisados, há controvérsia quanto a técnica cirúrgica, uma vez que encontramos 39% de casos tratados por curetagem, 13% por enucleação, 6% por remoção em bloco, 6% por hemimandibulectomia e 36% onde os autores falam em excisão, remoção e extirpação, sem especificar a técnica de remoção empregada;

3.2. 36% dos neoplasmas eram encapsulados, 19% não possuíam cápsula e 45% os autores não citaram presença ou ausência de cápsula fibrosa.

4. Em relação a incidência de recidiva:

4.1. 71% dos casos não apresentaram recidiva durante o tempo de acompanhamento, 10% recidivaram e 19% os autores não fizeram referência.

Em vista do que nos foi possível observar, tomamos a liberdade de sugerir que, nas publicações sobre novos casos

de fibroma ameloblástico, os autores procurem incluir descrições clínicas e radiográficas mais cuidadosas e detalhadas, para que os conhecimentos sobre essa neoplasia odontogênica sejam amplia - dos.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO VII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BADEN Apud CASTELLETTO DE FANCHIOTTI, L. & DRUT, R. Ameloblastic fibroma in a 62 year old patient. Arch.Fund.Roux Ocefa, 6:237-41,1972.
02. CARR, R.F. et alii. Recurrent ameloblastic fibroma. OralSurg., 29(1):85-90,1970.
03. CASTELLETTO DE FANCHIOTTI, L. & DRUT, R. Ameloblastic fibroma in a 62 year old patient. Arch.Fund.Roux.Ocefa, 6:237-41, 1972.
04. CHAUDHRY, A.P. et alii. Unusually odontogenic tumor; report of a case. Oral Surg., 15(1):86-90,1962.
05. CHRIST, T.F. et alii. Papilliferous ameloblastic fibroma. Oral Surg., 34(5):806-10,1972.
06. COUCH, R.D. et alii. Granular cell ameloblastic fibroma; report of two cases in adults, with observations on its similarity to congenital epulis. Amer.J.Clin.Path., 37(4):398-404,1962.
07. EBLING, H. & CHAHER, J. Fibroma ameloblástico. Rev. da Fac. de Odont. de P.Alegre, 6:33-8,1964.
08. EBLING, H. Cistos e tumores odontogênicos. 2.ed. Porto Alegre, Ed.URGS,1970. p.141-5.il.

09. EBLING, H. et alii. Ameloblastic fibroma; control after treatment by curetage. Arq.Cent.Est.Fac.Odont.,9(1 e 2):187-90,1972.
10. GARDNER, D.G. et alii. Ameloblastic fibroma; a benign tumour treatable by curettage. J.Canad.Dent.Assoc.,35(6):306-10 , 1969.
11. GOLDSTEIN et alii Apud REICHART, P.A. & ZOBL, H. Transformation of ameloblastic fibroma to fibrossarcoma.Int.J. Oral Surg., 7(5):503-7,1978.
12. GORLIN et alii Apud SEDANO,H.O. Ameloblastic fibroma; report of two cases. Oral Surg.,17(4):475-83,1964.
13. GORLIN, R.J. et alii. Odontogenic tumors: classification,his topathology and clinical behavior in man and domesticated animals. Cancer,14(1):73-101,1961.
14. GORLIN,R.J. & GOLDMAN,H.M. Thoma patologia oral.Barcelona , Salvat,1977.p. 539-41.il.
15. GRENFELL,J.W. & MARIS,A.M. Ameloblastic fibroma;report of a case. Oral Surg., 21:403-6,1966.
16. HERINGER,W.W. Ameloblastic fibroma in the anterior maxilla: report of case. J.Dent.Child.,45(5):408-11,1978.
17. HIETANEN,J. et alii. Histology and ultrastructure of an Ameloblastic fibroma. A case report. Proc.Finn.Dent.Soc. , 69:129-40,1973.
18. HUEBSCH,R.F. & STEPHENSON,T.D. Recurrent ameloblastic fibroma in a 3 year old boy. Oral Surg.,9:707-14,1956.
19. LEIDER et alii Apud REICHART,P.A. & ZOBL,H. Transformation of ameloblastic fibroma to fibrosarcoma. Int.J.Oral.Surg., 7 (5):503-7,1978.

20. LUCAS,R.B. Pathology of tumours of the oral tissues. 3.ed. New York,Churchill Livingstone,1976.p.76-8.il.
21. LYSELL,L. et alii. Ameloblastic fibroma: report of two cases. BR.J.Oral Surg.,16(1):78-85,1978.
22. MCLENNAN,W.D. & MCKENDRICK,A.J.W. Unusual odontogenic tumor; report of a case. J.Oral Surg.,21:429-31,1963.
23. MORI,M. et alii. Ameloblastic fibroma and Ameloblastic sarcoma; a report of the cases, histopathology and histochemistry. J.Osaka Univ.Dent.Sch.,12:91-107,1972.
24. NOVINCE,W.M. & GRAU,W.H. Ameloblastic fibroma. J.Oral Surg.,35(2):150-2,1977.
25. OLOFSSON,J. Ameloblastic fibroma. Acta Otolaryng,74:302-6 , 1972.
26. PINDBORG,J.J. & KRAMER,I.R.H. Types histologiques des tumeurs odontogènes,Kystes et lésions apparentées des maxillaires. Genève,Organisation Mondiale de la Santé,1972. p. 27.il. (Classification histologique internationale des tumeurs,5).
27. REICHART,P.A. & ZOBL,H. Transformation of ameloblastic fibroma to fibrosarcoma. Int.J.Oral Surg.,7(5):503-7,1978.
28. RODNEY,M.H. & CARRINGTON JUNIOR,R.H. Ameloblastic fibroma of the maxilla; report of a case.Dental digest.,71:440-2,1965.
29. SEDANO,H.O. Ameloblastic fibroma; report of two cases. Oral Surg.,17(4):475-83,1964.
30. SHAFER,W.G. Ameloblastic fibroma. J.Oral Surg.,13(10):317-21, 1955.
31. SHAFER,W.G. et alii. Patologia bucal. 3.ed.Rio de Janeiro,In

- teramericana,1979.p. 239-40.il.
32. SHEPHERD,N.& CATALDO,E. Ameloblastic fibroma: report of case. J.Oral Surg.,34(11):1022-5,1976.
  33. SINGH,J. et alii. Ameloblastic fibroma; case report. Aust. Dent.J.,20(5):281-2,1975.
  34. TANAKA,S. et alii. Recurrent ameloblastic fibroma;report of case. Oral Surg.,33(6):944-50,1972.
  35. TIMOSCA,G. Radical therapy, without recurrence of ameloblastic tumours of the jaws. Rev.Stomatol Chir.Maxillo Fac.,75(1):47-52,1974.
  36. TRODAHL,J.N. Ameloblastic fibroma. A survey of cases from the Armed Forces Institute of Pathology. Oral Surg.,34(4) : 547-58,1972.
  37. TROTT,J.R. Ameloblastic fibroma. Bristish J.Oral Surg.,5:11-5,1967.
  38. VIANNA,M.R. Ameloblastic fibroma; report of a case. J. Oral Surg.,22:425-7,1964.
  39. VILLA,V.G. Ameloblastic fibroma in the mandible.Oral Surg.,15:82-5,1962.
  40. WALDRON,C.A. et alii. Granular - cell ameloblastic fibroma ; report of two cases. Oral Surg.,16(10):1202-13,1963.
  41. WALDRON,C.A. The importance of histologic study of the various radiolucent areas of the jaws. Oral Surg.,12(1): 19-30,1959.
  42. WHITE, D.K. et alii. Central Granular - cell tumor of the

jaws (the so-called granular - cell ameloblastic fibroma)  
Oral Surg.,45(3):396-405,1978.

43. ZEGARELLI, E.V. et alii. Diagnóstico em patologia oral. Barcelona, Salvat,1976.p.279.il.