Caso Clínico

Extenso ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de caso

Extensive unicystic ameloblastoma in the mandible: case report

Larissa Oliveira Ramos Silva* Elias Almeida dos Santos** Rafael Drummond Rodrigues*** Alana Del'Arco Barboza**** Jeferson Freitas Aguiar***** Samário Cintra Maranhão******

Resumo

Objetivo: relatar um caso de ameloblastoma unicístico em região anterior de mandíbula, descrevendo os métodos diagnósticos utilizados e o tratamento empregado. Relato de caso: paciente do gênero feminino, com 40 anos de idade, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, com queixas de aumento de volume em região anterior de mandíbula, com evolução de 10 meses. O exame de imagem revelou lesão unilocular extensa que expandia cortical óssea em região de mento. Optou-se pela biópsia excisional da lesão, sob anestesia geral. O exame do espécime obtido confirmou o diagnóstico de ameloblastoma unicístico, para o qual se decidiu pela manutenção da terapêutica inicial. A paciente segue em acompanhamento pela equipe, sem sinais de recidivas. Considerações finais: o manejo do ameloblastoma unicístico, por vezes, demanda a biópsia excisional da lesão, a fim de diferenciá-la dos cistos odontogênicos e de individualizar seu padrão histológico. A abordagem conservadora pode ser adotada, desde que um acompanhamento rigoroso seja procedido.

Palavras-chave: Ameloblastoma. Mandíbula. Tumores odontogênicos.

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i1.8936

^{*} Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce), Salvador, Bahia, Brasil.

Cirurgião-dentista graduado pela Faculdade de Odontologia da UFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

Cirugião-dentista graduado pela Faculdade de Odontologia da UFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela UFBA e Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce), Salvador, Bahia, Brasil.

Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA e Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce).

Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA e Hospital Geral do Estado da Bahia.

Introdução

Os ameloblastomas são neoplasias epiteliais dos maxilares que, apesar de raros, são relatados como o segundo tipo mais comum de tumores odontogênicos^{1,2}. A origem desta lesão remete ao desenvolvimento embriogênico dos dentes, sendo atualmente aceito que o epitélio da lâmina dentária seja o tecido primordial para sua formação³.

Apesar de histologicamente benignos, os ameloblastomas são clinicamente agressivos por apresentarem potencial de destruição dos tecidos locais e grande expansão óssea^{4,5}. Frequentemente, essas lesões são diagnosticadas em período inicial, em fase de crescimento lento, quando não provocam sinais e sintomas ou apenas ocasionam aumento de volume⁶. Entretanto, o crescimento tardio do tumor é acelerado e pode ocasionar desordens neurossensoriais, dor, assimetria facial, dificuldades de mastigação e fonação, desordens oclusivas e perdas dentárias⁷.

A classificação mais recente da Organização Mundial da Saúde (2017) distingue o ameloblastoma convencional (AC), mais frequente e agressivo, de suas variantes, ameloblastoma periférico (AP), situado em tecidos moles, e ameloblastoma unicístico (AU)⁸. Este último, apesar de também ser um tumor intraósseo, é limitado por uma cápsula de tecido conjuntivo que contém sua expansão⁵.

Radiograficamente, os AUs apresentam-se como lesões císticas, uniloculares, geralmente em região posterior ou anterior de mandíbula^{6,9}. Apesar de sua terminologia, o aspecto multilocular pode estar presente em AU, sendo esta característica mais comum para os ACs¹⁰. Ainda, é possível que a lesão esteja associada a um dente incluso e provoque reabsorções radiculares em unidades adjacentes^{6,11}. Exames axiais ou tridimensionais, como a tomografia computadorizada (TC), permitem ainda perceber uma expansão e/ou perfuração das corticais ósseas, mesmo em lesões iniciais⁴.

Uma vez que nenhuma das características clínicas ou radiográficas descritas são exclusivas do AU, o diagnóstico para esta lesão não pode ser predito antes do exame histológico da lesão inteira¹². A microscopia dos AUs revela a presença de uma cápsula conjuntiva revestida por um epité-

lio ameloblástico, com células colunares de polaridade invertida e com núcleos hipercromáticos, dispostas em paliçada¹⁰. Ademais, em algumas áreas, as células se arranjam mais frouxamente conforme o padrão de um retículo estrelado no órgão do esmalte¹⁰. Quando estas células epiteliais limitam-se ao revestimento cístico, afirma-se haver um padrão histológico luminal⁸. Todavia, a invasão do lúmen cístico pelo epitélio configura padrão intraluminal⁸. Quando a cápsula conjuntiva é comprometida pela presença de epitélio tumoral, confere-se a designação de padrão mural¹³.

O tratamento para os AUs pode ser conservador ou radical¹. O conservador consiste em enucleação e curetagem da lesão, removendo-se toda a lesão e curetando as paredes ósseas adjacentes¹¹. A essa técnica podem ser adicionadas complementações terapêuticas pelo uso da solução cauterizante de Carnoy ou crioterapia¹⁴. Quando utilizada, a marsupialização é associada a um segundo procedimento, seja a enucleação ou o tratamento radical¹³. A terapia radical consiste na ressecção do tumor, compreendendo margens negativas de 1 cm a 1,5 cm¹. Apesar de mais eficaz contra recidiva, a ressecção pode implicar disfunções estéticas e funcionais⁵.

A abordagem terapêutica dos AUs leva em consideração o padrão histológico da lesão⁵. Os padrões luminal e intraluminal são associados a menores índices de recidiva, portanto são elegíveis para a terapia conservadora⁵. De outro modo, o padrão mural pressupõe a invasão tumoral em tecidos adjacentes. Consequentemente, a terapia conservadora é recomendada neste caso, uma vez que tal padrão é associado a maiores índices de recidiva¹. Porém, a subclassificação histológica do AU só é coerente após a biópsia excisional da lesão, já que amostras pouco representativas podem não conter as características pontuais do tecido¹⁴. Ainda, o diagnóstico pré-cirúrgico dos AUs é, por vezes, uma lesão cística odontogênica¹⁰. Por essas razões, o manejo clínico de AU é um desafio¹⁵.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de ameloblastoma unicístico em região anterior de mandíbula, descrevendo os métodos diagnósticos utilizados e o tratamento empregado.

Relato de caso

Paciente do gênero feminino, com 40 anos de idade, leucoderma, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, relatando aumento de volume em região anterior de mandíbula, com evolução de 10 meses.

Durante anamnese, a paciente negou alergias medicamentosas bem como patologias de base ou uso contínuo de medicamentos. Ainda, negou qualquer sintomatologia dolorosa ou alteração sensorial.

No exame físico maxilofacial, constatou-se que o aumento de volume na região referida apresentava limites bem definidos, consistência firme à palpação e ausência de sangramentos ou dor à manipulação (Figura 1).



Figura 1 – Aspecto clínico inicial
A: visão extraoral, norma frontal; B: visão intraoral, norma frontal.
Fonte: autores

O exame radiográfico panorâmico dos maxilares revelou uma imagem radiolúcida unilocular, estendendo-se da unidade 36 até a 43, com limites bem definidos, associada ao rebordo edêntulo na região de canino e pré-molares esquerdos (Figura 2 – A). Optou-se pela punção aspirativa da lesão, com coleta de líquido citrino compatível com lesão cística residual. O exame tomográfico de face, permitiu observar que a lesão expandia e perfurava a cortical ósseo vestibular da mandíbula (Figura 2 – B e C).

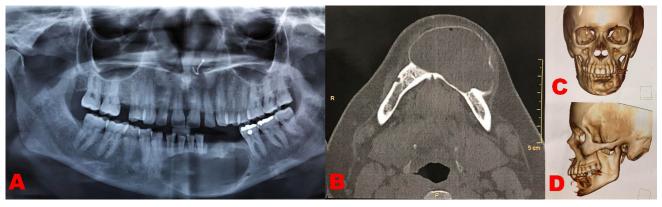


Figura 2 – Exame imaginológico pré-operatório

A: exame panorâmico dos maxilares; B: tomografia computadorizada de mandíbula, corte axial; C: reconstrução 3D da TC, visão frontal; D: reconstrução 3D da TC, visão lateral esquerda.

Fonte: autores.

A equipe de cirurgia e traumatologia facial optou pela realização de biópsia excisional da lesão, com a finalidade de se obter um diagnóstico mais preciso para definição de conduta posterior. No ato cirúrgico, a paciente apresentava-se em decúbito dorsal, com intubação nasotraqueal e sob anestesia geral. Foi realizada assepsia e antissepsia intraoral e extraoral com clorexidina, aposição de campos operatórios, instalação de tampão orofa-

ríngeo e infiltração com lidocaína 2% e epinefrina 1:200000. O acesso realizado foi em fundo de vestíbulo mandibular com incisões relaxadoras nas unidades 36 e 43, seguido de descolamento mucoperiosteal e exposição da lesão, dissecação da cápsula fibrosa e remoção de peça cirúrgica (Figura 3 – A e B). Por fim, foram executadas curetagem do sítio cirúrgico, irrigação copiosa com soro fisiológico a 0,9% e sutura por planos com vicryl 3-0 e 4-0.

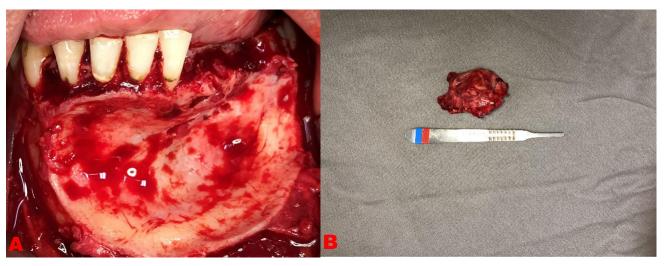


Figura 3 – Momento transcirúrgico (A) e peça patológica removida do sítio cirúrgico (B) Fonte: autores.

A peça cirúrgica foi encaminhada ao serviço de anatomia patológica, que conferiu diagnóstico conclusivo de ameloblastoma. Microscopicamente, observou-se que a lesão exibia uma parede fibrosa cística revestida por células basais colunares com polaridade nuclear invertida. As células sobrejacentes apresentavam aspecto estrelar e luminais metaplásicas. O conjunto clínico-radiográfico-histopatológico sugeriu tratar-se de um AU. Sendo assim, a equipe decidiu-se pela manutenção do tratamento inicial — terapia conservadora, associada ao acompanhamento cuidadoso do caso (Figura 4).



Figura 4 – Aspecto clínico pós-operatório
A: visão extraoral, norma frontal; B: visão intraoral, norma frontal.
Fonte: autores.

Discussão

A variante unicística corresponde a cerca de 6% dos ameloblastomas¹. Essa variante pode acometer pacientes em qualquer idade, porém é mais frequentemente relatada na segunda década de vida, uma média de idade inferior do que aquela para AC (30 a 40 anos)^{16,17}. Uma predileção por sexo não é observada para esses tumores, sendo mais incidente em populações africanas e chilenas^{2,18}. A paciente do presente relato foi diagnosticada aos 40 anos de idade, apresentando uma extensa lesão mandibular que delimitava-se da mesial do canino direito até o primeiro molar do lado oposto, assim compreendendo dois dos sítios de maior ocorrência para essas lesões, corpo e sínfise de mandíbula¹⁰. Uma análise recente de 370 casos contabilizou a região entre canino e molar como a região mais acometida da série, totalizando 55% dos tumores documentados¹⁶.

Em 1977, Robinson e Martinez foram os primeiros a descreverem a variante unicística e a caracterizaram como lesões clínica e radiograficamente císticas, que, entretanto, apresentavam alterações histológicas típicas de ameloblastomas¹⁹. De fato, as características dos AUs são por vezes confundidas com cistos odontogênicos^{4,20}. Além disso, mesmo o mecanismo de origem proposto para os AUs envolve a transformação neoplásica de cistos odontogênicos10. Clinicamente, a lesão é por vezes assintomática, sendo detectada apenas em radiografias panorâmicas¹. Outras vezes, em consonância com o caso apresentado, a lesão causa aumento de volume⁶. Apesar de pouco usual, alterações neurossensoriais podem ocorrer9.

A avaliação imagiológica dos AUs frequentemente é iniciada por radiografias planas, como a panorâmica dos maxilares²¹. Apesar de ser útil para determinar a extensão e a presença ou ausência de lóculos, este exame é incapaz de determinar a expansão cortical causada pelo tumor⁴. No caso apresentado, a radiografia panorâmica permitiu a suposição inicial de lesão cística residual, uma vez que a imagem unilocular estava associada ao espaço edêntulo. Entretanto, a expansão óssea e o adelgaçamento das paredes

mandibulares observados na TC levaram à suspeita de ameloblastoma unicístico.

Em uma série de 26 casos estudados por imagem, contatou-se que a tendência à perfuração das corticais ósseas e à reabsorção radicular é característica marcante para o diagnóstico de AU⁴. Ainda, o mesmo estudo comparou os valores diagnósticos da radiografia panorâmica, da TC melhorada por contraste e da ressonância magnética, concluindo que estes últimos são essenciais para a distinção entre AU e outras lesões císticas⁴. Apesar se sua importância para suspeita radiológica, apenas a TC ou outra ferramenta clínica é insuficiente para determinação do diagnóstico conclusivo de AU¹².

De fato, o diagnóstico diferencial entre o AU e outras lesões císticas é desafiante. Relatos recentes ilustram o quão facilmente esses tumores podem ser confundidos com os cistos odontogênicos por conta de seu comportamento clínico e de sua aparência imagiológica 20,22,23. Ainda que a punção aspirativa seja uma manobra útil para diferenciar lesões vasculares, cistos e tumores, resultados indistinguíveis para cistos e AU podem ser encontrados²⁰, como no presente caso, no qual foi observado líquido citrino durante realização da punção. Precisamente, entende-se que o epitélio de alguns cistos possam dar origem a uma parcela dos AUs notificados na literatura¹⁰. Segundo Bhushan et al.²⁰ (2014), 20% de todos os AUs são formados da parede de cistos dentígeros. Este argumento é plausível, uma vez que ambos apresentam a mesma origem embrionária²².

No presente relato, a conduta terapêutica foi adotada com base na suspeita clínica, assim, optou-se pela biópsia excisional da lesão. Essa conduta é frequente, sendo comum que a realização do tratamento definitivo seja posterior à excisão cirúrgica da lesão¹¹. Possivelmente, a razão para tal se deva à limitação da alternativa diagnóstica para esses casos. Uma vez que a biópsia incisional não é representativa da lesão inteira, este exame pode guiar a um diagnóstico equivocado^{14,16}. Além de ser impreciso para diferenciação entre AU e AC²⁴, o mesmo procedimento é desaconselhado para diferenciação entre os subtipos histológicos de AU²⁵.

A importância para diferenciação entre os padrões histológicos de AU baseia-se nas evidências de que estes influenciam a recidiva e que devam guiar a terapêutica^{5,18}. A razão para tal é o possível envolvimento de tecidos adjacentes quando o padrão mural é observado e a consequente infiltração tumoral no osso medular. Por esse motivo, recomenda-se que os AUs de padrão mural sejam reconhecidos como portadores do mesmo comportamento biológico dos ACs, sendo preferível o tratamento radical nesses casos⁵. De outro modo, os AUs dos tipos luminal e intraluminal são elegíveis para o tratamento conservador⁵.

Uma vez que o tratamento radical é geralmente debilitante para o paciente e a terapia conservadora pode resultar em maior recidiva, faz-se necessário ponderar a abordagem dos AUs com base em seu comportamento biológico9. Em um estudo retrospectivo com 31 casos, pesquisadores trataram os AUs luminal e intraluminal por enucleação, enquanto a ressecção cirúrgica foi reservada para AUs invasivos e murais. Visto que nenhum dos casos recidivou durante o acompanhamento de até 7 anos, os autores recomendaram que este mesmo protocolo fosse considerado nos tratamentos de AU7. Em outro estudo, os autores decidiram tratar todos os pacientes com enucleação e osteotomia periférica. Como resultado, 2 dos 11 casos de AU recidivaram, para os quais a ressecção mandibular foi procedida, seguida de reconstrução com enxerto ósseo vascularizado²⁶.

Em uma extensa revisão sistemática, foi avaliada a taxa de recidiva para AUs tratados por diferentes modalidades¹⁴. Os pesquisadores observaram que a ressecção foi associada ao menor índice de 3,6% de recorrência, enquanto a enucleação isolada da lesão, a enucleação combinada à aplicação da solução de Carnoy e a marsupialização da lesão apresentaram índices de recidiva de 30%, 16% e 18%, respectivamente¹⁴. Outro estudo, uma coorte retrospectiva, avaliou a taxa de recidiva para AUs, correlacionando-a com os padrões histológicos desses tumores¹³. Os autores encontraram que 100% dos 13 dos casos de AU com envolvimento mural ou intramural tratados com enucleação recidivaram, estes foram reabordados por ressecção da mandíbula¹³.

A despeito desses dados, diversos autores consideram que a abordagem mais segura para suspeitas de AU é o tratamento conservador seguido pelo acompanhamento rigoroso do paciente^{4,9,26,27}. A justificativa para tal se baseia na impossibilidade de determinar a natureza mural ou invasiva do AU antes do exame histológico da peça patológica completa¹³. Uma vez tratado por enucleação, se recidivas forem constatadas, o paciente pode necessitar de uma nova intervenção cirúrgica, sendo esta conservadora ou radical^{13,27}. A decisão terapêutica do presente caso fundamentou-se nessas premissas. Assim, a enucleação da lesão foi realizada, preservando-se a estética e a função da paciente. O estrito acompanhamento do caso está em curso.

Considerações finais

Os ameloblastomas unicísticos são lesões benignas e de curso insidioso, mas apresentam risco de crescimento tardio associado a desordens funcionais e estéticas. Por se assimilarem às lesões císticas dos maxilares, o tratamento mais comum é a biópsia excisional. A distinção histológica é importante para a decisão terapêutica da lesão, posto que o padrão mural é mais propenso à recidiva. Uma vez detectado, recomenda-se que o AU de padrão mural seja tratado de forma conservadora e tenha acompanhamento frequente. A reabordagem radical está indicada em casos de recidiva.

Abstract

Objective: to report a case of unicystic ameloblastoma in the anterior region of the mandible, describing the diagnostic methods used and the treatment applied. Case report: a 40-year-old female patient attended the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology Service of the School of Dentistry at the Federal University of Bahia, Brazil, complaining of increased volume in the anterior region of the mandible, with a 10-month evolution. Imaging tests revealed extensive unilocular lesion that expanded the cortical bone in the mental region. Excisional biopsy of the lesion was performed under general anesthesia. The examination of the specimen obtained confirmed the diagnosis of unicystic ameloblastoma, for which

it was decided to maintain the initial therapy. The patient is still being followed-up by the team, with no signs of relapses. Final considerations: the management of unicystic ameloblastoma sometimes requires excisional biopsy of the lesion to differentiate it from odontogenic cysts and isolate its histological pattern. The conservative approach may be adopted if along with strict monitoring.

Keywords: Ameloblastoma. Mandible. Odontogenic tumors.

Referências

- Chae MP, Smoll NR, Hunter-Smith DJ, Rozen WM. Establishing the natural history and growth rate of ameloblastoma with implications for management: systematic review and meta-analysis. PLoS One 2015; 10(2):e0117241.
- McClary AC, West RB, McClary AC, Pollack JR, Fischbein NJ, Holsinger CF, et al. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology 2016; 273(7):1649-61.
- Kalaiselvan S, Dharmesh Kumar Raja AV, Saravanan B, Vigneswari AS, Srinivasan R. "Evaluation of safety margin" in ameloblastoma of the mandible by surgical, radiological, and histopathological methods: an evidence-based study. J Pharm Bioallied Sci 2016; 8(Suppl 1):S122-5.
- Apajalahti S, Kelppe J, Kontio R, Hagström J. Imaging characteristics of ameloblastomas and diagnostic value of computed tomography and magnetic resonance imaging in a series of 26 patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2015; 120(2):e118-30.
- Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. Head Neck Pathol 2017; 11(1):68-77.
- Kim J, Nam E, Yoon S. Conservative management (marsupialization) of unicystic ameloblastoma: literature review and a case report. Maxillofac Plast Reconstr Surg 2017; 39(1):38.
- Giraddi GB, Arora K, Saifi AM. Ameloblastoma: a retrospective analysis of 31 cases. J oral Biol craniofacial Res 2017; 7(3):206-11.
- Adel K El-Naggar, John KC Chan, Grandis JR, Takashi Takat, Slootweg PJ. World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. Lyon: IARC; 2017.
- Acar AH, Yolcu Ü, Erdem NF, Asutay F. Is Conservative Surgical Treatment Sufficient to Treat Unicystic Mural Ameloblastoma in Infant? J Craniofac Surg 2015; 26(4):e297-9.
- Anchlia S, Bahl S, Vyas S, Raju GSS. Unicystic plexiform ameloblastoma with mural proliferation: a full-blown lesion. BMJ Case Rep 2016; 2016:bcr2015212778.
- Laborde A, Nicot R, Wojcik T, Ferri J, Raoul G. Ameloblastoma of the jaws: Management and recurrence rate. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2017; 134(1):7-11.
- Kumar BS. Unicystic ameloblastoma of the mandible report of two cases with review of literature. J Clin Diagnostic Res 2014; 8(5):7-9.
- Chouinard AF, Peacock ZS, Faquin WC, Kaban LB. Unicystic Ameloblastoma Revisited: Comparison of Massachusetts General Hospital Outcomes With Original Robinson and Martinez Report. J Oral Maxillofac Surg 2017; 75(11):2369-78.

- Lau SL, Samman N. Recurrence related to treatment modalities of unicystic ameloblastoma: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg 2006; 35(8):681-90.
- Gunawardhana KSND, Jayasooriya PR, Tilakaratne WM. Diagnostic dilemma of unicystic ameloblastoma: novel parameters to differentiate unicystic ameloblastoma from common odontogenic cysts. J Investig Clin Dent 2014; 5(3):220-5.
- Siriwardena BSMS, Tennakoon TMPB, Hunter KD, Tilakaratne WM. Unicystic ameloblastoma: analysis of 370 cases in a single center in Sri Lanka. J Oral Pathol Med 2018; 47(7):706-9.
- 17. Bianchi B, Ferri A, Ferrari S, Leporati M, Copelli C, Ferri T, et al. Mandibular resection and reconstruction in the management of extensive ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg 2013; 71(3):528-37.
- Effiom OA, Ogundana OM, Akinshipo AO, Akintoye SO. Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. Oral Dis 2018; 24(3):307-16.
- Robinson L, Martinez MG. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. Cancer 1977; 40(5):2278-85.
- Bhushan NS, Rao NM, Navatha M, Kumar BK. Ameloblastoma arising from a dentigerous cyst-a case report. J Clin Diagn Res 2014; 8(5):ZD23-5.
- McClary AC, West RB, McClary AC, Pollack JR, Fischbein NJ, Holsinger CF, et al. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. Eur Arch Otorhinolaryngol 2016; 273(7):1649-61.
- Mahajan AD, Manjunatha BS, Khurana NM, Shah N. Unicystic ameloblastoma arising from a residual cyst. BMJ Case Rep 2014; 2014:1-4.
- Chaudhary Z, Pal U, Sangwan V, Sharma P. Unicystic ameloblastoma: a diagnostic dilemma. Natl J Maxillofac Surg 2011; 2(1):89.
- 24. Hammarfjord O, Roslund J, Abrahamsson P, Nilsson P, Thor A, Magnusson M, et al. Surgical treatment of recurring ameloblastoma, are there options? Br J Oral Maxillofac Surg 2013; 51(8):762-6.
- Peacock ZS, Ji YD, Faquin WC. What is important for confirming negative margins when resecting mandibular ameloblastomas? J Oral Maxillofac Surg 2017; 75(6):1185-90.
- 26. Shi S, Liu Y, Shan Y, Fu T, Zhao S. Enucleation combined with peripheral ostectomy: Its role in the management of large cystic ameloblastomas of the mandible. J Cranio-Maxillofacial Surg 2014; 42(8):1659-63.
- 27. Sasaki R, Watanabe Y, Ando T, Akizuki T. Two stage enucleation and deflation of a large unicystic ameloblastoma with mural invasion in mandible. Craniomaxillofac Trauma Reconstr 2014; 7(2):139-42.

Endereço para correspondência:

Rafael Drummond Rodrigues Rua Manoel Gomes Ferreira, Conjunto Guilherme Marback, Bloco 23, Apartamento 301, Setor 1, Imbuí CEP 41706-060 – Salvador, Bahia, Brasil Telefone: (71) 99161-1871 E-mail: rafael_dr91@hotmail.com

Recebido: 05 / 12 / 18. Aceito: 07 / 02 / 19.