

CRISTIANO DAISUKE HIGO

**AMELOBLASTOMA: PERFIL BIODEMOGRÁFICO COMPARATIVO
POR CONTINENTE**

São Paulo

2007

Cristiano Daissuke Higo

Ameloblastoma: perfil biodemográfico comparativo por continente

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Semiologia

Orientador: Prof. Dr. Fernando Ricardo Xavier da Silveira

São Paulo

2007

FOLHA DE APROVAÇÃO

Higo CD. Ameloblastoma: perfil biodemográfico comparativo por continente
[Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2007.

São Paulo, / /2008

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho e da minha vida. Sem eles o mundo seria uma escuridão.

A Bianca Delizio pelo seu companheirismo, carinho e amor e a sua luz.

Ao meu amigo Milton Meszberg por sua eterna amizade e companheirismo.

Aos Professores da Disciplina de Estomatologia Clínica a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pela amizade e convivência científica compartilhada.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fernando Ricardo Xavier da Silveira minha eterna admiração. O seu legado estará presente em toda minha vida.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Diagnóstico Bucal pela sua amizade e companheirismo.

Higo CD. Ameloblastoma: perfil biodemográfico comparativo por continente [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2007.

RESUMO

O ameloblastoma é uma das neoplasias odontogênicas mais freqüentes universalmente. Seu estudo se reveste de grande importância porque, não obstante benigna, é localmente agressiva, com alto índice de recorrências, sendo o tratamento cirúrgico radical, com margem de segurança, freqüentemente preconizado, e tido, por boa parcela de especialistas, como única alternativa efetiva para seu tratamento. Em decorrência, observam-se, muitas vezes, seqüelas importantes, do ponto de vista funcional e estético, para os pacientes acometidos por essa neoplasia. O objetivo do presente trabalho foi revisar a literatura, traçando um perfil comparativo, por continente, da biodemografia do ameloblastoma, com ênfase na discussão de suas possíveis diferenças e similitudes regionais. As informações coletadas na literatura disponível para consulta indicaram ter sido a segunda neoplasia de origem odontogênica mais prevalente universalmente, ressalvada a consideração sobre os odontomas serem ou não, classificados como neoplasias. Foi mais freqüente no gênero masculino. A localização mais comum do ameloblastoma foi no segmento posterior da mandíbula, sendo essa, uma unanimidade nos trabalhos consultados. Houve diferenças regionais quando se comparou aspecto relativo aos itens estudados (freqüência do ameloblastoma em relação às neoplasias odontogênicas; incidência do ameloblastoma em relação ao gênero). Foi encontrada, na revisão de literatura pesquisada, uma freqüência significativa de informações incompletas

com relação aos itens estudados, sendo exceções, os trabalhos referentes aos continentes, europeu e africano

Palavras-Chave: Neoplasia odontogênica, Ameloblastoma

Higo CD. Ameloblastoma: a continental comparative biodemographic profile [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2007

ABSTRACT

Ameloblastoma is one of the universally most prevalent odontogenic neoplasias. Its correct knowledge has great importance in view of its local aggressiveness potential, although being a benign neoplasia, with a high number of recurrences. The elective treatment for ameloblastoma is the surgical radical resection with safety margins, being in the opinion of many specialists, the only correct method for its management. Notwithstanding of this fact, functional and aesthetical damage has been frequently observed after treatment, among the patients suffering from this neoplasia. The purpose of the present study was to perform a literature review, building a comparative continental profile of ameloblastoma biodemographics, emphasizing the discussion of its possible regional differences and similarities. The information collected from the literature indicated ameloblastoma as the second most frequent odontogenic neoplasia, despite of the consideration on the odontoma classification as a true neoplasia or not. Ameloblastoma was more frequent among male gender and the most common location was in the posterior segment of the jaw, being this data unanimous among the literature. There were regional differences regarding some of the studied variables (frequency of ameloblastoma related to odontogenic neoplasias and related to gender). Incomplete data was an important occurrence during the literature reviewing, with exception of the papers from European and African continents.

Keywords: odontogenic neoplasia, ameloblastoma

SUMÁRIO

	. p.
1 INTRODUÇÃO	8
2 PROPOSIÇÃO	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 Generalidades e aspectos clínicos	11
3.2 Aspectos radiográficos	13
3.3 Aspectos histopatológicos	14
3.4 Tratamento	16
3.5 Aspectos biodemográficos do Ameloblastoma	17
3.5.1 Ásia.....	18
3.5.2 Américas.....	22
3.5.3 Europa.....	28
3.5.4 África.....	31
4 DISCUSSÃO	34
4.1 Ásia.....	35
4.2 Américas.....	37
4.3 Europa.....	39
4.4 África.....	40
4.5 Considerações finais.....	41
5 CONCLUSÕES	44
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

As neoplasias odontogênicas são originadas de remanescentes e derivados do epitélio odontogênico sem a participação do respectivo ectomesenquima, exibindo uma considerável variável histológica e podem ser benignas e malignas (NEVILLE; ALLEN; BOUQUOT, 1995).

Dentre as benignas, o ameloblastoma é o tumor mais freqüentemente encontrado de origem do epitélio odontogênico derivado de restos epiteliais do órgão do esmalte maduro, do órgão do esmalte em formação e também de células basais do epitélio estratificado que recobre a mucosa bucal (REGEZI; KERR; COURNEY, 1978).

Foi descrito pela primeira vez na literatura por Broca em 1827, não obstante Gusack em 1827 tenha registrado uma neoplasia de maxilares que para alguns representaria a primeira descrição. Falksson em 1879 foi quem primeiro apresentou uma descrição completa da lesão. Malasses em 1885 introduziu o termo adamantinoma, modificado por Churchill em 1934, que adotou a termo ameloblastoma, justificando que a primeira denominação não era pertinente, pois conotava formação de tecido duro, o que não ocorre com essa lesão (SMALL; WALDRON, 1955).

Seu estudo se reveste de grande importância porque, não obstante benigna, é localmente agressiva, com alto índice de recorrências, sendo o tratamento cirúrgico radical, com margem de segurança, freqüentemente preconizado, e tido, por boa parcela de especialistas, como única alternativa efetiva para seu tratamento.

Em decorrência, observam-se, muitas vezes, seqüelas importantes, do ponto de vista funcional e estético, para os pacientes acometidos por essa neoplasia.

Com o avanço da tecnologia referente ao diagnóstico, consegue-se atualmente uma delimitação precisa, quer seja do ponto de vista histológico, geográfico e de relações com estruturas adjacentes, abrindo uma perspectiva para novas discussões com respeito à aplicação de alternativas terapêuticas mais conservadoras no manuseio do ameloblastoma. Em conseqüência, nota-se um aumento de casos dessa neoplasia, tratados de maneira menos radical, causando, ainda, controvérsias, no meio especializado.

2 PROPOSIÇÃO

Foi nosso objetivo, no presente trabalho, revisar a literatura, traçando um perfil comparativo, por continente, da biodemografia do ameloblastoma, com ênfase na discussão de suas possíveis diferenças regionais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Generalidades e aspectos clínicos

O Ameloblastoma inicia-se como uma lesão central, lentamente destrutiva, com tendência maior a expandir o osso em vez de destruí-lo. Normalmente é indolor, a menos que infectado secundariamente, não produzindo com freqüência os sinais e sintomas comuns ao comprometimento das terminações nervosas. A evolução às vezes dura anos e embora nesses casos a expansão possa causar desfiguração facial, não ocorre ulceração, pois usualmente não se nota solução de continuidade da mucosa, a não ser em estágios avançados, quando pode apresentar dor, parestesia, fraturas e profleração intrabucal. Mobilidade e deslocamento dos dentes da região não são incomuns, podendo ocorrer, em alguns casos, reabsorções radiculares (SHAFFER, 1985; FREITAS, 1984).

Com relação à incidência, o ameloblastoma é quatro vezes mais freqüente na mandíbula do que na maxila (CHAUDHURI, 1975) e raramente afeta tecidos adjacentes, sendo a maior ocorrência durante terceira e quarta décadas (JOSEPH; SAVAGE, 1992), igualmente com relação ao gênero. (REICHART; PHILIPSEN, 1999). Representa aproximadamente 1% de todos os cistos e neoplasias da mandíbula, ocorrendo com maior freqüência nas regiões de molares e ramo. Na maxila, sua incidência é de 47% na região de molares, 33% na região anterior e

parede inferior da região nasal, 9% na região de pré-molares e caninos e 2% no palato (SMALL; WALDRON, 1955).

3.2 Aspectos radiográficos

Os aspectos radiográficos dos Ameloblastoma são muito variáveis, dependendo da duração, da localização e da extensão da lesão. Podem apresentar aspecto radiográfico uni e multicular; no caso de ser unilocular, a lesão se apresenta de forma arredondada, com uma área radiolúcida de tamanho variável, centralmente localizada.

Nos estágios iniciais, o trabeculado ósseo pode-se apresentar expandido pelo tumor, sem comprometimento da cortical óssea. As lesões mais características se apresentam de forma irregular, com áreas radiolúcidas multiloculares, sendo esses lóculos parcialmente separados por um delgado septo ósseo, apresentando variáveis graus de densidade. Nos casos em que os compartimentos são pequenos, apresentam o aspecto conhecido como “favos de mel” e quando os compartimentos são maiores assumem a imagem descrita como “bolhas de sabão” (FREITAS ,1984; SHAFFER, 1985).

Normalmente, a cortical óssea é bem definida, mas às vezes pode-se apresentar difusa, sugerindo uma maior invasividade da neoplasia.

Na mandíbula, a lesão pode se estender da região mentoniana até o ramo ascendente, sendo a localização mais freqüente na região de terceiros molares. Apresentam comportamento mais agressivo, quando localizados na maxila e podem invadir o seio maxilar e o assoalho da cavidade nasal. Quando localizados na região do túber, podem se estender até a base do crânio.

Com a evolução da doença, ocorrem progressivo adelgaçamento e expansão das corticais ósseas, mas raramente essa neoplasia destrói o periósteo e aflora na cavidade bucal.

Em alguns casos, ocorre destruição da lâmina dura, da membrana periodontal e reabsorção radicular.

De maneira geral, os ameloblastomas causam grande deformidade assimétrica, lobulada e não-ulcerada dos maxilares, especialmente quando localizados na região posterior da mandíbula, apresentando áreas radiolúcidas multiloculares e corticais ósseas bem definidas, principalmente quando associadas a dentes inclusos (FREITAS ,1984; SHAFFER, 1985; SILVEIRA;SIMONE, 1988).

3.3 Aspectos histopatológicos

Histologicamente o ameloblastoma apresenta consideráveis variações sendo o padrão folicular e o padrão plexiforme os mais comuns (WALDRON; EI-MOFTY, 1987). O padrão folicular consiste de ilhas de epitélios que lembra o epitélio do órgão do esmalte em um estroma de tecido conjuntivo fibroso. Essas células se dispõem de maneira a formar ninhos, lembrando o retículo estrelado do órgão do esmalte, circundados de uma camada de células colunares altas semelhantes ao ameloblasto. O núcleo destas células localiza-se no pólo oposto à membrana basal. No padrão plexiforme encontramos células de epitélio odontogênico, dispendo-se em forma de cordões ou lençóis que se anastomasam. Estes cordões são circundados por células colunares ou cuboidais semelhantes a ameloblastos. O estroma tem o mesmo padrão do subtipo anterior apenas um pouco mais vascularizado (NEVILLE; ALLEN; BOUQUOT,1995). Podemos também encontrar outros padrões histológicos, como o ameloblastoma acantomatoso, desmoplásico, de células granulares e de células basais (GARDNER; CORIO, 1984).

3.4 Tratamento

Via de regra, o tratamento cirúrgico radical dos ameloblastomas é a alternativa preferencial, preconizada por grande número de especialistas

Os ameloblastomas unicísticos, são tratados através de enucleação, enucleação seguida de curetagem, enucleação seguida de curetagem e remoção das bordas, variando de um mm a 1,5mm de espessura e caso ocorra o rompimento da cortical, também a remoção dos tecidos adjacentes, sendo consideradas essas alternativas, bastante conservadoras.

No que tange aos ameloblastomas multicísticos, a simples curetagem e enucleação são consideradas alternativas com um alto índice de recidivas. A maioria dos autores preconiza, nesses casos, um tratamento mais radical que consiste em ressecção cirúrgica extensa, com margem de segurança. Nos ameloblastomas periféricos, a remoção de toda a lesão, juntamente com os tecidos adjacentes constitui o tratamento cirúrgico de escolha (D´AGOSTINO;FIOR; PACINO, 2001; ; GARDNER, 1984; GUNHAN; ERSEVEN; RUACAN, 1990).

3.5 Aspectos biodemográficos do Ameloblastoma

No presente estudo procuramos avaliar a biodemografia do Ameloblastoma, agrupando a literatura à qual tivemos acesso por blocos constituídos por continentes (Ásia, Américas, Europa e África), traçando, na medida do possível, um perfil comparativo dos aspectos biodemográficos, quanto às possíveis diferenças e similitudes regionais. Procuramos realizar nossa busca, utilizando-nos do serviço PubMed, para iniciarmos nossa pesquisa bibliográfica, a partir da palavra-chave, ameloblastoma, que nos forneceu 2676 referências bibliográficas sobre o tema. Dentre estas, pesquisamos as revisões de literatura, o que reduziu nosso universo de busca a 213 referências. Destas, descartamos os relatos de casos, bem como referências que tratavam exclusivamente de aspectos terapêuticos, atingindo o número de referências utilizado na Revisão de Literatura da presente monografia as quais foram agrupadas por continente. Não nos foi possível encontrar trabalhos referentes à Oceania (Austrália, Nova Zelândia), sendo, por isso apresentada literatura pertinente à Ásia, Américas, África e Europa.

3.5.1 Ásia

Wu e Chan (1985) analisaram 204.583 biopsias em chineses, no período de 1963 a 1982. Destas, 82 casos eram de tumores odontogênicos, dos quais, 51 eram ameloblastomas (62%), seguidos pelos cementomas 16 (20%). Dos 51 ameloblastomas, 28 casos foram em homens com a idade de maior incidência aos 35 anos. Em mulheres foram registrado 23 casos com a idade de maior incidência aos 30 anos. Entretanto, somente em 36 casos foi possível localizar a lesão. Em mandíbula 20 ameloblastomas se localizavam em região de pré-molar e molar e 50 % destes invadiram o ramo da mandíbula. Em 5 casos houve extensa destruição da metade da mandíbula. 2 casos incidiram na região da sínfise, 4 casos envolveram bilateralmente o corpo da mandíbula. Na maxila, houve 2 casos na região de molares e 3 casos ocorreram com crescimento extenso ipsilateralmente, invadindo o palato. Os sintomas mais comuns diziam respeito à expansão da mandíbula e tecidos bucais associados. Em apenas 3 casos foi relatada dor. Dos 51 ameloblastomas, houve 38 multiloculares ou sólidos, com 8 recorrências. A variedade unilocular ocorreu em 13 casos, com 5 casos de recorrências. O tipo histológico mais comum foi o follicular com 32 casos.

Sato, Tanaka e Sato (1997), no período 1965 a 1992, analisaram 2747 biopsias, procurando indivíduos de faixa etária abaixo dos 15 anos, encontrando 250 pacientes. Destes 232 (93%) eram diagnósticos de neoplasias benignas. Dentre estas, 79 se referiam a neoplasias odontogênicas, das quais 47 eram odontomas seguidas de 27 ameloblastomas. A incidência ocorreu somente na mandíbula. A

faixa etária de maior incidência foi dos 12 aos 15 anos, com 25 casos e 2 casos ocorreram na faixa etária de 1 aos 5 anos.

Lu, Xuan e Takata (1998), analisaram 759 casos de tumores odontogênicos, correspondentes ao período de 1952 a 1994. Destes, 713 eram neoplasias benignas (93,9%) e 46 neoplasias malignas (6,1%). A mais freqüente das neoplasias odontogênicas benignas foi o ameloblastoma (58,6%), seguida do mixoma (8,4%), do tumor odontogênico adenomatóide (8,3%) e do odontoma (6,7%). Dos 445 casos de ameloblastoma, 264 casos ocorreram em homens e 179 em mulheres, sendo que em 2 casos não houve registros. As idades de maior ocorrência foram dos 20 aos 29 anos (127 casos) e dos 30 aos 39 anos (93 casos). Do total, 398 ameloblastomas acometeram a mandíbula, com maior incidência na região de molares (144 - 36,1%), região do ângulo (115 - 28,8%), região anterior (70- 17,58%), região de pré-molares (61 - 15,3%), e região de ramo (8 - 0,2%). Na maxila foram registradas 31 ocorrências, sendo 14 na região de molares (45%), 13 na região de pré-molares (42%) e 4 casos em região anterior (12%). Em 16 casos não foi registrada a localização da lesão.

Kuyama, Yamamoto e Morimoto (2000), avaliaram 4052 biopsias, efetuadas no período de 1957 a 1987 encontrando 146 neoplasias odontogênicas (3,6%) das quais 141 eram benignas. Destas, 118 (80,8%) eram ameloblastomas, seguidas do odontoma (8 casos) e fibroma cementificante (8 casos).

Em trabalho recente, Okada , Yamamoto e Tilakaratne (2007) analisaram 226 neoplasias odontogênicas, ocorridas no período de 1996 a 2002, em pacientes de Sri Lanka, encontrando 220 (97,3%) benignas. As mais freqüentes foram, o ameloblastoma com 157 casos (69,8%) seguidos pelo tumor odontogênico adenomatóide com 21 ocorrências (9,3%) e mixoma odontogênico com 11 casos

(4,9%). A freqüência de ameloblastoma por gênero foi de 78 casos para o masculino e 79 casos para o feminino. A faixa etária com maior freqüência compreendeu o período dos 30 aos 39 anos com 42 casos, seguida do período dos 20 aos 29 anos com 36 casos. Com relação à localização, 148 (94,3%) estavam na mandíbula, 30 na região anterior, 10 na região de pré-molares, 101 na região de molares e 7 não especificadas. Na maxila 8 casos (5,7%), no qual 4 casos na região anterior, 2 casos na região pré-molar e 3 casos na região posterior. Os tipos histológicos mais freqüentes foram, 44 casos de follicular e 44 casos de plexiforme.

Jing, Xuan e Lin (2007) revisaram 1642 neoplasias odontogênicas, no período compreendido entre 1952 a 2004, encontrando 1592 (97%) neoplasias benignas. O ameloblastoma foi a mais freqüente com 661 casos (40,3%), seguida pelo queratocisto com 558 casos (35,8%), odontoma complexo 58 casos (3,5%), odontoma composto 20 casos (1,2%) e o mixoma odontogênico com 76 casos (4,6%). Com relação ao gênero, o ameloblastoma foi mais freqüente em homens (387) do que em mulheres (272), sendo que em dois casos não foi relatado a qual gênero pertenciam. A faixa etária de maior incidência foi no período dos 20 aos 29 anos (183), seguida do período dos 30 aos 39 anos (152), dos 10 aos 19 anos (112) e dos 40 aos 49 (100). A maior incidência foi na mandíbula, com 595 casos distribuídos da seguinte forma: 197 casos em região de molares, 194 casos em região de ângulo, 105 casos em região de pré-molar, 83 casos em região anterior e 16 casos na região do ramo mandibular. Na maxila foram registrados 50 casos distribuídos desta forma: 22 casos na região de pré-molares, 20 casos na região de molares e 8 casos na região anterior, sendo que em 16 casos não foram especificadas as localizações.

Apresentamos a seguir, nos Quadros 3.1, 3.2 e 3.3 os dados asiáticos agrupados.

Período considerado	Neoplasias odontogênicas	Ameloblastoma
1963-1982 (20 anos)	82	51(62,20%)
1965-1992 (28 anos)	79	27(34,17%)
1952-1994 (43 anos)	759	445 (58,66%)
1957-1987 (31 anos)	146	118 (80,82%)
1996-2002 (07 anos)	226	157(69,47%)
1952-2004(52 anos)	1642	661(40,25%)
Total	2934	1459 (49,73%)

Quadro 3.1 – Frequência do ameloblastoma em relação à frequência de neoplasias odontogênicas no continente asiático

Ameloblastoma	Gênero feminino	Gênero masculino	Não referenciado
51	23 – 45,10%	28 – 54,90%	0 - 0
27	0 - 0	0 - 0	27 – 100 %
445	179 – 40,22%	264 – 59,32%	2 – 0,46%
118	0 - 0	0 - 0	118 - 100 %
157	79 – 50,32%	78 - 49,68%	0 - 0
661	272 – 41,15%	387 – 58,55%	2 - 0,3 %
1459	553 – 37,90%	757 – 51,88%	149 – 10,22%

Quadro 3.2 – Frequência do ameloblastoma em relação ao gênero no continente asiático

Localização	N - %
Mandíbula	1199 – 82,18
Maxila	94 – 6,45
Sem referência	166 – 11,37
Total	1459 - 100

Quadro 3.3 – Localizações mais frequentes do ameloblastoma no continente asiático

3.5.2 Américas

Regesi, Kerr e Courtney (1978) analisaram 54.534 biopsias no período compreendido entre 1934 a 1975, nos arquivos do Departamento de Patologia Oral da Universidade de Michigan, das quais 706 se referiam a neoplasias odontogênicas (1.3%). Destas, 473 ocorrências foram devidas a odontomas (67%), sendo 214 odontomas complexos (45,25%) e 259 odontomas compostos (54,75%). Os restantes 78 se referiam a ameloblastomas (11%). Dentre estes, 29 ocorreram em homens e 40 em mulheres, sendo nove casos não referenciados com relação ao gênero. A maior frequência no gênero feminino foi na faixa etária dos 40 aos 50 anos, enquanto no masculino, na faixa etária dos 30 aos 50 anos. Com relação ao local de incidência, 51 casos estavam localizados em mandíbula (31 em região de molares, corpo e ramo, 10 em região de pré-molares, 10 em sínfise) e 10 em maxila (9 em região de molares, 1 em região de pré-molares) e 17 casos com localização não referenciada. Foram relatadas recorrências em 17 casos (22%), sendo que o tipo histológico mais encontrado foi o follicular.

Daley, Wysocki, Pringle (1994), pesquisando os resultados do serviço de Diagnóstico de Patologia Oral da Universidade Western Ontário, no período de 1953 a 1967, analisaram 40.000 biopsias orais, nas quais identificaram 392 neoplasias odontogênicas (0.38%). Destas, 202 se referiam aos odontomas (74 complexos e 128 compostos) correspondendo a 51,53 % dos casos. Em seguida, encontraram os ameloblastomas com 53 ocorrências (13,52%).

Buchner, Murrel e Carpenter (2006) no período de 1984 a 2004 analisaram 91.178 laudos de biopsias do laboratório de Patologia Oral da Faculdade de

Odontologia de São Francisco encontrando 1.088 (1,2%) casos de neoplasias odontogênicas. Destas, 826 eram odontomas (75,9%) e 127 eram ameloblastomas (11,7%), sendo 69 sólidos ou multicísticos (54%) e 58 (46%) do tipo unicístico. Os sólidos ocorreram mais em homens (59%) do que em mulheres (41%), com maior frequência na faixa etária dos 40 aos 49 anos (27,5%). A maioria dos casos (80%) incidiu em mandíbula sendo 20% na maxila. Dos 69 ameloblastomas sólidos, 55 possuíam registro de localização (47% na região posterior, 29% na região anterior no caso da mandíbula) e 20% na região posterior e 1% na região anterior, quando na maxila. Dos 58 unicísticos, a maior prevalência com relação à faixa etária foi no período dos 10 aos 19 anos (34,5%) e dos 20 aos 29 anos (24,3%). Com relação ao gênero, ocorreram com maior frequência em mulheres (59%) em relação aos homens (41%). A localização mais freqüente foi na mandíbula (93%) em relação à maxila (7%). Os mandibulares se localizaram na região posterior (84%) e 9% na região anterior. Os maxilares se situaram na região posterior de maxila (7%), não tendo sido registradas lesões na região anterior.

Taylor, Montes e Sandoval (1997), analisaram 126.247 biopsias no México, nas quais encontraram registros de 349 neoplasias odontogênicas. Essas informações foram compiladas de diversos laboratórios, a saber: Departamento de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Nacional Autônoma do México - 8106 biopsias e 203 neoplasias odontogênicas correspondentes ao período de 1960 a 1996;

Laboratório de Patologia Oral da Universidade Autônoma Metropolitana – Xochimilco - 2310 biopsias e 60 neoplasias odontogênicas, no período de 1979 a 1996.

Laboratório Peribact - 1363 biopsias e 51 neoplasias odontogênicas, no período de 1989 a 1996.

Departamento de Patologia do Instituto Nacional de Cancerologia - 4300 biopsias e 35 neoplasias odontogênicas, no período de 1975 a 1996.

Do total de neoplasias odontogênicas registradas nos citados serviços, 345 correspondiam a neoplasias benignas (98,9%) e 4 eram malignas (1,1%). A lesão mais freqüente foi o odontoma (34,6%) seguida do ameloblastoma (23,7%). A maior incidência foi em mulheres com 46 casos (55,4%), sendo 37 casos (44,5%) no gênero masculino. A localização mais freqüente foi na mandíbula com 66 casos (50 na região posterior, 4 na região de pré-molares, um na região anterior e 11 não especificados), sendo 14 ocorrências registradas na maxila (6 na região de molares, três na região de pré-molares, um na região anterior e 4 não especificados).

Montes, Taylor e Bregni (2007) analisaram em nove instituições mexicanas, 34.307 laudos correspondentes a biópsias, dos quais 742 correspondiam a neoplasias odontogênicas (2,16%). O Ameloblastoma esteve presente com freqüência de 163 casos (22%) dos quais 103 (63,2%) eram do tipo unicístico (50 em homens e 53 em mulheres, com incidência maior na terceira década de vida), 58 (33,7%) eram do tipo sólido (32 em homens, 23 em mulheres e três sem registro, com incidência maior na quarta década de vida) três periféricos (1,8% - todos em homens, com incidência mais freqüente aos 60 anos) e dois desmoplásicos (1,2% - um em homem e um em mulher, com maior freqüência aos 40 anos).

Ochsenlus, Ortega e Godoy (2002), revisaram resultados de 28.041 biopsias, no Instituto Referencial de Patologia Oral da Universidade do Chile em Santiago do Chile, no período de 1975 a 2000. Do total analisado, 362 laudos correspondiam a neoplasias odontogênicas (1,29%), sendo que dentre estas, 360 eram benignas e

dois eram malignas. O odontoma foi a neoplasia benigna mais encontrada, com 162 referências sendo 91 complexos e 71 compostos, correspondendo a 45% dos casos. Em seguida, registrou-se 74 casos de ameloblastoma (20,6%) seguido pelo mixoma com 32 casos (8,9%). O ameloblastoma foi mais freqüente em mulheres - 40 casos (54,9%). A maior faixa etária de incidência foi entre 3ª e 5ª décadas. Com relação à localização, o maior número de casos 60 (81,1%) ocorreu na mandíbula, distribuídos da seguinte maneira: 46 casos na região posterior, 9 casos na região de pré-molares, 5 casos na região anterior. Na maxila registrou-se 11 casos (14,9%) assim distribuídos: 9 em região de molares, um em região de pré-molares, um em região anterior e três casos sem especificação de localização.

Santos, Pinto e Figueiredo (2001) analisaram 5.289 registros de laudos de biopsias do Departamento de Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, correspondendo ao período de 1959 a 1970. Destes, 127 se referiam a tumores odontogênicos. A lesão mais freqüente foi o odontoma com 50,4% dos casos, seguida do ameloblastoma com 39 ocorrências (30,7%). A freqüência por gênero foi maior no feminino - 22 casos e 17 casos ocorreram em homens, sendo a maior freqüência na terceira e quinta décadas. Do total de ameloblastomas registrados, 35 eram sólidos ou multicísticos e três eram unicísticos, tendo havido um ameloblastoma periférico. Do ponto de vista dos registros histológicos, houve 8 casos do tipo follicular, 10 casos do tipo plexiforme, 12 casos follicular-plexiforme, 1 caso do tipo acantomatoso, 2 casos do tipo granular, 1 caso periférico, 1 caso desmoplásico. A totalidade das lesões localizou-se em mandíbula, com 6 casos na região anterior e 31 casos na região posterior. Não havia registro de dois casos.

Souza, Etges e Corrêa (2002) analisaram registros de 2.356 biopsias no Serviço de patologia cirúrgica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São

Paulo, Brasil correspondendo ao período de 1985 a 2000 e verificou o registro de 161 tumores odontogênicos, dos quais 112 correspondiam a odontomas (69%) e 27 eram ameloblastoma (17%).

Fernandes et al. (2005), analisaram 19123 biopsias no Departamento de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de 1954 a 2004. Encontraram 340 registros de tumores odontogênicos, dentre estes, 154 (45,3%) ameloblastomas seguidos do odontoma com 85 registros (52 complexos -15,3% e 33 compostos - 9,7%) e mixoma com 31 casos (9,1%). O ameloblastoma sólido ou multicístico ocorreu na freqüência de 81,6%; o unicístico com a freqüência de 17% e o periférico, 1,4 %. A maior incidência por gênero foi em mulheres com 84 casos (54,5%). Histologicamente 55,3% dos ameloblastomas eram do tipo plexiforme, 37,6% do tipo follicular, 3,5% do tipo basalóide, 1,4% do tipo de células granulares, 1,4% do tipo acantomatoso e 0,8% do tipo desmoplásico. A localização mais freqüente foi na mandíbula com 131 casos - 85% (79 na região de molares, 30 na região de pré-molares e 22 na região anterior) Na maxila foram registrados 23 casos (seis na região anterior, quatro na região de pré-molares, três na região de molares e 10 casos sem especificação de localização).

Os Quadros 3.4, 3.5 e 3.6 ilustram a casuística resumida para o continente americano.

Período considerado	Neoplasias odontogênicas	Ameloblastoma N - %
1934 - 1975 (42 anos)	706	78 (11,05%)
1953 - 1967 (15 anos)	392	53 (13,52%)
1984 - 2004 (20 anos)	1088	127 (11,67%)
1960 - 1986 (26anos)	349	83 (23,78%)
Sem referência	742	163 (21,97%)
1975 - 2000 (26 anos)	362	74 (20,44%)
1959 -1970 (12 anos)	127	39 (30,71%)
1985 - 2000 (15 anos)	161	27 (16,77%)
1954 -2004 (51 anos)	340	154 (45,29%)
Total	4267	798 (18,70%)

Quadro 3.4 – Frequência do ameloblastoma em relação à frequência de neoplasias odontogênicas no continente americano

Ameloblastoma	Gênero feminino	Gênero masculino	Não referenciado
78	40 – 51,28%	29 – 37,18%	9 – 11,54%
53	0 - 0	0 - 0	53 – 100 %
127	53 – 41,73%	74 – 58,27%	0 - 0
83	46 – 55,42%	37 – 44,58%	0 - 0
163	77 – 47,24%	83 - 50,92%	3 – 1,84%
74	40 – 54,05%	34 – 45,95%	0 - 0
39	22 – 56,41%	17 – 43,59%	0 - 0
27	0 – 0	0 – 0	27 – 100%
154	84 – 54,54%	70 - 45,46%	0 - 0
798	362 – 45,36%	344 – 43,11%	92 – 11,53%

Quadro 3.5 – Frequência do ameloblastoma em relação ao gênero no continente Americano

Localização	N - %
Mandíbula	443 – 82,18
Maxila	89 – 6,45
Sem referência	266 – 11,37
Total	798 - 100

Quadro 3.6 – Localizações mais frequentes do ameloblastoma no continente Americano

3.5.3 Europa

Tamme, Soots e Kulla (2004) no Departamento de Cirurgia e Patologia do Hospital Universitário de Tartu, Estonia, revisaram 4089 biopsias relativas ao período de 1979 a 2001, encontrando 42 (11,03%) casos de tumores odontogênicos e no Departamento de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Patologia do Hospital de Mustamäe Tallinn, analisaram 6052 biopsias referentes ao período de 1981 a 2001, registrando 33 casos de tumores odontogênicos. Dos 75 casos, 74 se referiam a neoplasias benignas (98,6%) e apenas um caso a neoplasia maligna (1,3%). O odontoma foi a neoplasia benigna mais freqüente com 26 (34,3%) ocorrências (14 complexos e 12 compostos), seguida do ameloblastoma com 19 casos (25,3%). Destes, 10 casos incidiram em homens e 9 em mulheres. Foram relatados, 13 ameloblastomas sólidos ou multicísticos e 6 ameloblastomas unicísticos, com maior incidência na 5ª década de vida (7), seguido da 1ª década de vida (3), sendo a localização mais freqüente, na mandíbula, com 14 casos distribuídos da seguinte forma: 6 na região de molares, 4 na região de ângulo, 2 na região de ramo, 1 na região anterior e 1 na região de pré-molares. Na maxila ocorreram 5 casos com a seguinte distribuição: 1 na região anterior, 1 na região de pré-molares e 3 na região de molares.

Olgac, Koseoglu e Asakalli (2005), verificaram os registros do Departamento de Patologia do Instituto de Oncologia da Universidade de Istambul, na Turquia, relativos ao período de 1971 a 2003, analisaram 62.565 laudos de biópsias, dos quais 527 referiam-se a neoplasias odontogênicas. Destas 521 eram benignas e 6 eram malignas. O ameloblastoma foi a neoplasia mais freqüente, com 133 casos

(25%), seguido do mixoma odontogênico com 83 casos. A frequência por gênero indicou 58 em homens (44%) e 75 em mulheres (65%). A maior incidência por faixa etária se deu no período dos 20 aos 39 anos. Na mandíbula ocorreram 118 casos (11 na região anterior, 21 na região de pré-molares e 86 na região posterior). Na maxila houve 15 casos (4 na região anterior, 3 na região do pré-molares, 7 na região posterior e 1 na região de palato). Histologicamente o tipo plexiforme foi o mais encontrado, com 59 casos, seguido do acantomatoso com 35 casos.

Os Quadros 3.7, 3.8 e 3.9 em seguida apresentam as informações agrupadas do continente europeu.

Período considerado	Neoplasias odontogênicas	Ameloblastoma
1979-2001 (23 anos)	75	19(25,33%)
1971-2003 (33 anos)	527	133(25,24%)
Total	602	152 (25,25%)

Quadro 3.7 – Frequência do ameloblastoma em relação à frequência de neoplasias odontogênicas no continente europeu

Ameloblastoma	Gênero feminino	Gênero masculino	Não referenciado
19	09 – 47,37%	10 – 52,63%	0 - 0
133	75 - 56,39%	58 – 43,61	0 - 0
152	84 – 55,26%	68 – 44,74%	0 - 0

Quadro 3.8 – Frequência do ameloblastoma em relação ao gênero no continente europeu

Localização	N - %
Mandíbula	132 - 86,84
Maxila	20 - 13,16
Sem referência	0 – 0
Total	152 -100

Quadro 3.9 – Localizações mais freqüentes do ameloblastoma no continente europeu

3.5.4 África

Odukoya (1995) avaliando os registros de 1511 biopsias, no período compreendido entre 1971 e 1991, do Departamento de Biologia Oral e Patologia Oral da Universidade de Lagos, Nigéria, encontraram referência a 289 tumores odontogênicos. Dentre estes, os benignos registraram a maior frequência, com 274 casos (94,8%) e os malignos, 15 casos (5,2%). O ameloblastoma foi a neoplasia mais frequente com 169 casos (58,47%), seguida do mixoma com 34 (11,76%). Na biodemografia dos 169 casos de Ameloblastoma verificou-se uma incidência, dos 10 aos 81 anos com maior frequência aos 30 anos. Com relação ao gênero, houve 112 casos (66,3%) em homens, e quanto à localização, uma maior incidência na mandíbula, com 142 casos (sendo 74% na região posterior e 26% na região anterior). O ameloblastoma follicular (55,1%) foi o tipo histológico mais comum, seguido do plexiforme (33,3%) e do acantomatoso (11,6%).

Arotiba, Ogunbiyi e Obiechina (1997), analisaram os registros relativos a 423 biopsias nos Departamentos de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Patologia Oral da Universidade Ibadan College, Nigéria no período de 1980 a 1994, encontrou 128 neoplasias odontogênicas. O ameloblastoma foi a mais frequente com 76 casos (59,3%), com maior incidência no gênero masculino (45 casos) frente ao feminino (31 casos), com incidência maior na terceira década de vida 23 casos. Em relação à localização, a maioria dos casos ocorreu em mandíbula (15 na região anterior, 19 na posterior, 8 na região de pré-molares, 17 em ramo e 10 não especificados). Na maxila ocorreram 7 casos, sendo três na região posterior, dois na região anterior e dois não especificados. Os multiloculares ou sólidos apareceram com a maior

freqüência (68 casos) e os uniloculares, com 8 casos. Foram referidas recidivas em 13 casos.

Ladeinde, Ayayi e Ogunlewe (2005), revisaram os arquivos dos Departamentos de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Patologia e Biologia da Universidade de Lagos Hospital-Escola, Nigéria no período de 1980 a 2003, analisaram 3.337 biopsias nos quais 319 (9,6%) se referiam a neoplasias odontogênicas, das quais 96,6% eram benignas. O ameloblastoma foi a lesão mais freqüente com 201 casos, seguida do tumor odontogênico adenomatóide com 24 casos e do mixoma com 21 casos. Co relação à faixa etária, a maior incidência se deu na terceira década de vida. Com referência à incidência por gênero, houve 95 casos em homens e 106 em mulheres. A localização apontou 177 casos na mandíbula e 95 casos na maxila.

Adebayo, Ajike e Adekeye (2005) analisaram 990 lesões na Universidade Alimadu Bello Hospital-Escola, na unidade maxilo-facial, no período de 1979 a 1998, encontrando 318 neoplasia odontogênicas. Destas 314 (99%) eram benignas. O ameloblastoma foi a de maior freqüência com 233 casos seguido do mixoma com 38 casos. A faixa etária mais prevalente foi a terceira década de vida com 84 casos. Os registros indicaram uma incidência maior no gênero masculino (152 casos). Quanto à localização, esta foi mais incidente na mandíbula, com a seguinte distribuição: 37 na região anterior, 17 na região de ramo, 58 na região de pré-molares, 66 na região de molares, 16 em região posterior, 8 no pré-molar e 8 na região de molares. Nas radiografias foram analisadas 123 casos, nos quais verificaram que 96 casos eram de lesões multiloculares, 16 casos de lesões uniloculares e 16 casos não foram especificados. Histologicamente foram analisados 100 casos, nos quais 48% eram folliculares, 38% eram plexiformes e 6% eram de outros tipos não especificados.

Dados comparativos do continente africano estão expostos nos Quadros 3.10, 3.11 e 3.12.

Período considerado	Neoplasias odontogênicas	Ameloblastoma
1971-1991 (21 anos)	289	169(54,47%)
1980-1994 (15 anos)	128	76(59,37%)
1980-2003 (24 anos)	319	201(63,00%)
1957-1987 (31 anos)	318	233(73,27%)
Total	944	679(71,93%)

Quadro 3.10 – Frequência do ameloblastoma em relação à frequência de neoplasias odontogênicas no continente africano

Ameloblastoma	Gênero feminino	Gênero masculino	Não referenciado
169	57 – 33,73%	112 – 66,27%	0 - 0
76	31 - 40,79%	45 – 59,21%	0 - 0
201	106 – 52,74%	95 – 47,26%	0 - 0
233	81 – 34,76%	152 - 65,24%	0 - 0
679	275 – 40,50%	404 – 59,50%	0 - 0

Quadro 3.11 – Frequência do ameloblastoma em relação ao gênero no continente africano

Localização	N - %
Mandíbula	598 – 88,07
Maxila	81 – 11,93
Sem referência	0 – 0
Total	679 - 100

Quadro 3.12 – Localizações mais frequentes do ameloblastoma no continente africano

4 DISCUSSÃO

No presente estudo, como foi ressaltado na Revisão de literatura, procurou-se traçar uma biodemografia do ameloblastoma, por continente, buscando suas possíveis diferenças regionais e suas similaridades. Assim, escolhemos, dentro do extenso número de trabalhos disponíveis a respeito do ameloblastoma, recorrer somente àqueles que diziam respeito à pesquisa de casuística em Serviços de Patologia Oral, mais condizentes, portanto, com os objetivos do presente estudo, o que reduziu consideravelmente nosso universo de busca.

Uma questão bastante interessante e merecedora de comentário refere-se ao fato de termos encontrado, em diversos trabalhos, informações incompletas, quer em relação à incidência por gênero, localização da lesão e outras variáveis importantes, levando-nos a refletir bastante sobre o assunto. É uma queixa comum em nosso meio, principalmente quando se pesquisa prontuários, em busca de informações clínicas, sendo, talvez, um, dos maiores obstáculos encontrados no desenvolvimento de pesquisas de epidemiologia e casuística. Tal fato foi quase uma constante em nossa pesquisa na literatura, a ponto de termos incluído como um dos itens nos quadros comparativos elaborados para o presente trabalho a notação “**sem referência**”, evidenciando uma incorreção de ocorrência universal e não apenas dos nossos serviços, como muitos poderiam supor.

4.1 Ásia

Nos trabalhos agrupando-se a casuística do continente asiático verificou-se que o ameloblastoma apareceu como o mais freqüente (49,73%) entre as neoplasias odontogênicas com mostra, o Quadro 3.1, seguido, respectivamente, da neoplasia odontogênica queratocística, odontoma, cementoma, mixoma e tumor odontogênico adenomatóide. Há que se ressaltar, aqui, que até pouco tempo a neoplasia odontogênica queratocística era considerada um cisto odontogênico, o que faria mudar consideravelmente o quadro de neoplasias mais freqüentes. O mesmo pode-se dizer em relação ao odontoma ser classificado ou como neoplasia ou como um hamartoma, objeto, ainda de alguma controvérsia, motivo pelo qual, no presente trabalho, foi considerado uma neoplasia.

Com relação à freqüência por gênero (Quadro 3.2), houve uma predominância de casos em homens (51,88%), em relação aos casos incidentes no gênero feminino (37,90%). Houve uma discrepância em relação à literatura geral, que relata um equilíbrio em relação às freqüências entre os gêneros (JING; XUAN; LIN, 2007; LU; XUAN TANAKA, 1998; MORIMOTO, 2000; OKADA; YAMAMOTO; TILAKARATNE, 2007; WU; CHAN, 1985).

A localização mandibular teve a maior incidência no continente asiático (82,18%) sendo a maioria dos casos na região posterior, enquanto na maxila ocorreram apenas 6,45% dos casos, como mostra o Quadro 3.3. Ressalte-se a alta porcentagem (11,37%) de casos sem referência, quase o dobro em relação aos

casos localizados na maxila (JING; XUAN; LIN, 2007; LU; XUAN TANAKA,1998; MORIMOTO, 2000; OKADA; YAMAMOTO; TILAKARATNE, 2007; WU; CHAN, 1985).

4.2 Américas

No continente americano verificamos que o ameloblastoma apareceu com uma baixa incidência (18,70%) dentre as neoplasias odontogênicas como apresenta, o Quadro 3.4, permanecendo, quase sempre com uma frequência menor que a do odontoma (BUCHNER; MERRELL; CARPENTER, 2006; DALEY; WYSOCKI; PRINGLE, 1994; FERNANDES; DUARTE; PIMENTA; SOUZA, 2005;; MONTES; TAYLOR; BREGNI, 2007; OCHSENIUS; ORTEGA; GODOY, 2002; REGEZI; KERR; COURTNEY, 1978;; SANTOS; PINTO; FIGUEIREDO, 2001; SOUZA; ETGES; CORRÊA, 2002; TAYLOR; MONTES; SANDOVAL, 1970; WYSOCKI; PRINGLE, 1994).

Quanto à frequência do ameloblastoma em relação ao gênero no continente americano verificamos uma predominância ligeiramente maior para o gênero feminino (45,36%), em relação ao masculino (43,11%) como mostra o Quadro 3.5. Entretanto, houve uma porcentagem muito grande de 11,53% de dados não referenciados, mostrando mais uma vez, ser o preenchimento do prontuário, um item bastante negligenciado (BUCHNER; MERRELL; CARPENTER, 2006; DALEY; WYSOCKI; PRINGLE, 1994; FERNANDES; DUARTE; PIMENTA; SOUZA, 2005;; MONTES; TAYLOR; BREGNI, 2007; OCHSENIUS; ORTEGA; GODOY, 2002; REGEZI; KERR; COURTNEY, 1978;; SANTOS; PINTO; FIGUEIREDO, 2001; SOUZA; ETGES; CORRÊA, 2002; TAYLOR; MONTES; SANDOVAL, 1970; WYSOCKI; PRINGLE, 1994).

A localização mais freqüente do ameloblastoma no continente americano foi na mandíbula (82,18%) sendo a maioria dos casos na região posterior. Apenas 6,45% dos ameloblastomas acometeram a maxila (Quadro 3.6).

4.3 Europa

Os dados coligidos para o continente europeu (Quadro 3.7) mostraram uma freqüência de 25,25% em relação às neoplasias odontogênicas, bem mais baixa, comparada à do continente asiático, mas mais alta comparada ao continente americano. O odontoma foi a lesão com maior freqüência nesse continente.

Em relação à incidência por gênero no continente europeu, o ameloblastoma incidiu mais no feminino, com uma diferença 10,52% maior em relação ao masculino (Quadro 3.8). Esses dados foram discrepantes com relação ao que estabelece a literatura geral (OLGAC;KOSEOGLU; AKSAKALLI, 2005; TAMME; SOOTS; KULLA, 2004).

No continente europeu a mandíbula foi o local com maior incidência (86,84%) e a maioria dos casos acometeram a região posterior. Apenas 13,26% dos casos ocorreram na maxila (Quadro 3.9).

4.4 África

O ameloblastoma ficou com a mais alta incidência (71,93%) dentre as neoplasias odontogênicas com mostrado no Quadro 3.10, comparativamente aos outros continentes. Neste caso, o odontoma ficou em terceiro lugar na frequência dentre as neoplasias odontogênicas, tendo sido esse fato, outro diferencial interessante quando se comparam esses dados da epidemiologia do ameloblastoma em relação aos outros continentes (ODUKOYA, 1995; AROTIBA; OGUNBIYI; OBECHINA, 1997; LADEINDE; AJAYI; OGUNLEWE, 2005; ADEBAYO; AJIKE; ADEKEYE, 2005).

A neoplasia incidiu com mais frequência no gênero masculino (59,60%), bastante maior em comparação ao gênero feminino, com 40,50% (Quadro 3.11).

No que se referem à localização, os dados acompanharam o que nos relata a literatura geral, ou seja, a mandíbula foi o local com maior frequência de casos (88,07%), sendo a maioria na região posterior, e apenas 11,93% na maxila (Quadro 3.12).

4.5 Considerações finais

Ao agruparmos os dados continentais, o ameloblastoma apresentou uma alta incidência (35,30%) dentre as neoplasias odontogênicas (Gráfico 4.1). Se considerarmos como muitos autores consideram, o odontoma como um hamartoma ou uma malformação, o ameloblastoma seria a lesão neoplásica odontogênica mais freqüente. Se considerarmos aquela como uma verdadeira neoplasia, o ameloblastoma figura como a segunda neoplasia odontogênica mais prevalente.

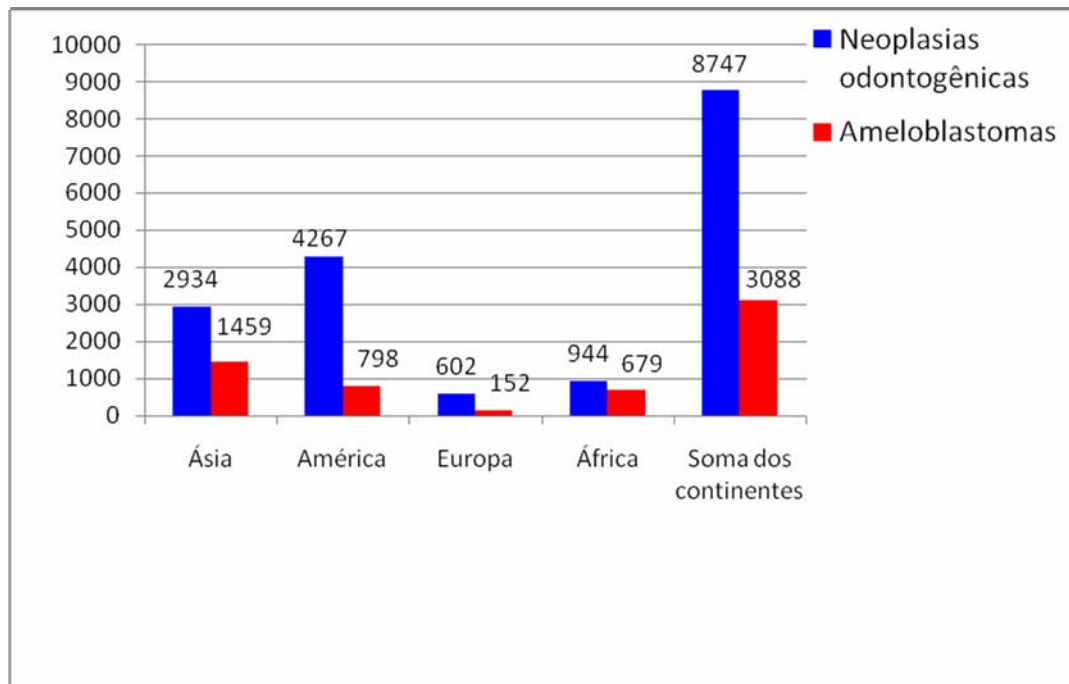


Gráfico 4.1 – Freqüência do ameloblastoma dentre as neoplasias Odontogênicas

Em relação ao gênero, nos homens ocorreu em 50,9% dos casos e nas mulheres, em 41,25% (Gráfico 4.2), evidenciando ser o ameloblastoma mais freqüente no gênero masculino, divergindo do que postula a literatura, que cita cifras semelhantes para ambos os gêneros.

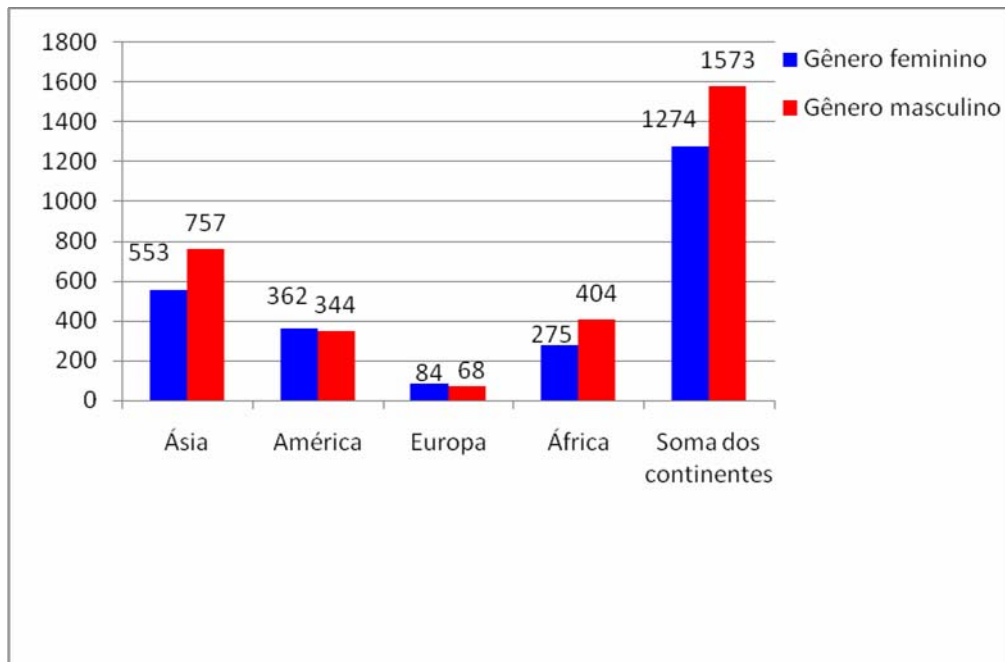


Gráfico 4.2 – Incidência do ameloblastoma por gênero

Quanto à localização (Gráfico 4.3), a mandíbula foi a região com maior incidência, a exemplo do que se verifica na literatura geral.

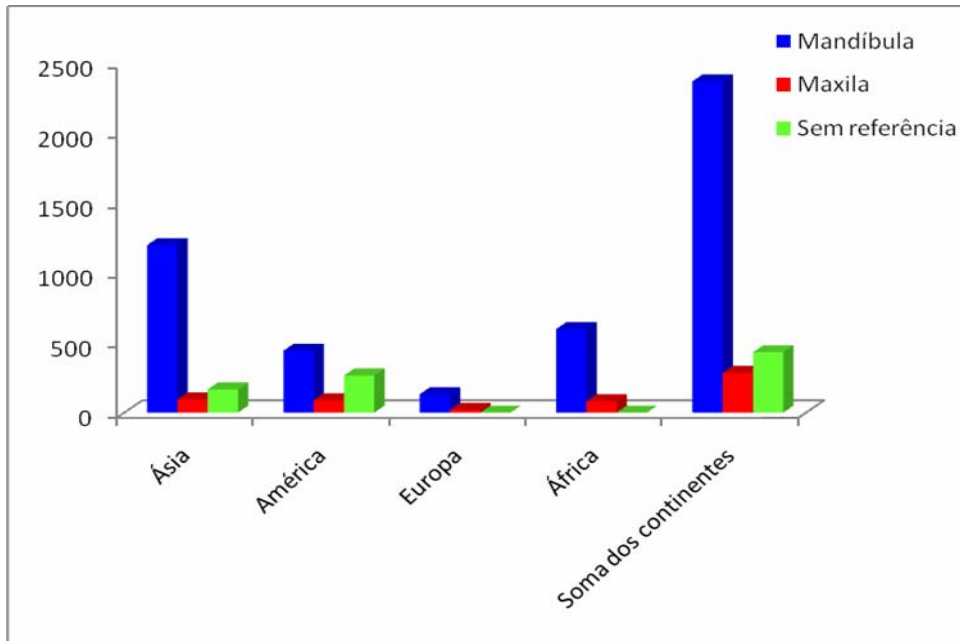


Gráfico 4. 3 – Localização do ameloblastoma no complexo maxilo-mandibular

Do ponto de vista histopatológico os tipos, plexiforme e folicular foram os mais encontrados e com relação às alternativas terapêuticas o tratamento radical foi praticamente uma unanimidade, com um alto índice de recidivas, embora não tenham sido estes, tópicos, de interesse específico para o presente trabalho.

5 CONCLUSÕES

Com base na proposição e à luz da revisão de literatura que nos foi possível obter, pareceu-nos lícito concluir que:

5.1 - O ameloblastoma foi a segunda neoplasia de origem odontogênica, mais prevalente universalmente, ressalvada a consideração sobre os odontomas serem ou não, classificados como neoplasias.

5.2 – A incidência do ameloblastoma foi mais prevalente no gênero masculino.

5.3 - A localização mais freqüente do ameloblastoma foi no segmento posterior da mandíbula, sendo essa, uma unanimidade nos trabalhos consultados.

5.4 – Houve diferenças regionais quando se compara aspecto relativo aos itens estudados (freqüência do ameloblastoma em relação às neoplasias odontogênicas; incidência do ameloblastoma em relação ao gênero).

5.5 – Foi encontrada, na revisão de literatura pesquisada, uma freqüência significativa de informações incompletas com relação aos itens estudados, sendo exceções, os trabalhos referente aos continentes, europeu e africano.

REFERÊNCIAS¹

Adebayo ET, Ajike SO, Adekeye EO. A Review of 318 Odontogenic Tumors in Kaduna, Nigeria. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63:811-9.

Arotiba JT, Ogunbiyi JO, Obiechina AE. Odontogenic tumours: a 15-year review from Ibadan, Nigeria. *Br J of Oral and Maxillofacial Surgery* 1997;35:363-7.

Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative Frequency of Central Odontogenic Tumors: A Study of 1,088 Cases from Northern California and Comparison to Studies from Other Parts of the World. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64:1343-52.

Chaudhuri P. Ameloblastoma of upper jaw. *J Laryngol Otol* 1975;89:457-65.

D'Agastino A, Fior A, Pacino A: Retrospective evaluation on the surgical treatment of jawbone ameloblastic lesions. *Minerva Stomatol* 2001;50:1-7.

Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1994; 77:276-80.

Fernandes AM, Duarte ECB, Pimenta FJGS, Souza LN. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. *J Oral Pathol Med* 2005;34:583-7.

Freitas A: *Radiologia Odontológica*. 3ªed. São Paulo: Artes Médicas; 1984.

Gardner DG, Corio RL: Plexiform unicystic ameloblastoma: A variant of ameloblastoma with a low-recurrence rate after enucleation. *Cancer* 1984;53:1730.

Gardner DG: A pathologist's approach to the treatment of ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:161.

Gunhan O, Erseven G, Ruacan S: Odontogenic tumors: Series of 409 cases. *J Aust Dent* 1990;35:518-22.

Jing W, Xuan M, Lin Y. Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in Chinese population. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;36:30-5.

¹ De acordo com Estilo Vancouver . Abreviatura de periódicos segundo bases de dados MEDLINE.

Joseph BK, Savage NW. Maxillary ameloblastoma: Case a report and review of literature. *J Aust Dent* 1992;37:98-102.

Kuyama K, Yamamoto H, Morimoto M. Comparison of occurrence of oro-maxillo-facial tumor types in different regions of the people`s Republic of China. *J of Oral Sci* 2000; 42(2): 57-62.

Ladeinde AL, Ajayi OF, Ogunlewe MO. Odontogenic tumors: A review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;99: 191-5.

Lu Y, Xuan M, Takata T. Odontogenic tumors: Ademographic study of 759 cases in a Chinese population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* , 1998; 86:707-14.

Montes CL, Taylor AM, Bregni RC. Ameloblastomas: a regional Latin- American multicentric study. *Oral Diseases* 2007;13:303-7.

Neville BW, Allen CM, Bouquot JE : *Oral and maxillofacial pathology*. 4^oed. Philadelphia : Saunders; 1995.

Ochsenius G, Ortega A, Godoy L. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *J Oral Pathol Med* 2002;31:415-20.

Odukoya O. Odontogenic tumors: analysis of 289 Nigerian cases. *J Oral Pathol Med* 1995;24:454-7.

Okada H, Yamamoto H, Tilakaratne WM. Odontogenic Tumors in Sri Lanka: Analysis of 226 Cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65: 875-82.

Olgac V. Koseoglu BG. Aksakalli N. Odontogenic tumours in Istanbul: 527 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006;44:386-8.

Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978;36(8):771-8.

Reichart PA, Philipsen HP. Odontogene Tumoren: Ameloblastone. *Oralpathologic* 1999;3:223-8.

Santos JN, Pinto LP, Figueiredo CRLV, Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. *Pesqui Odontol Bras* 2001;15(4):308-13.

Sato M, Tanaka N, Sato T. Oral and maxillofacial tumours in children: a review. *Br J Oral Surg* 1997;35:92-5.

Shaffer WG. *Tratado de Patologia Bucal*. 4^o ed. Rio de Janeiro. Interamericana; 1985.

Silveira FRX, Simone JL: Ameloblastoma; revisão de interesse clínico. *Rev Inst Odont Paulista* 1988 6(2):15-6.

Small IA, Waldron CA. Ameloblastoma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1955;8:281-97.

Souza FB, Etges A, Corrêa L. Pediatric oral lesions: a 15year review from São Paulo, Brazil. *J Clin Pediatr Dent* 2002;26 4:413-8.

Tamme T, Soots M, Kulla A. Odontogenic tumours, a collaborative retrospective study of 75 cases covering more than 25 years from Estonia. *J of Craniomaxillofac Surg* 2004;32:161-5.

Taylor AM, Montes CL, Sandoval SC. Odontogenic tumors in Mexico. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 1997;84:672-5.

Waldron CA, El-Mofty SK. A histopathological study of 116 ameloblastomas with special referente to the desmoplalplastic variant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987, 63:441-51.

Wu PC, Chan KW. A Survey of the Jawbones in Hong Kong Chinese. *Br J of Oral and Maxillofac Surg* 1985; 23: 92-102.