

PRINCIPAIS TUMORES ODONTOGÊNICOS QUE PODEM ACOMETER A CAVIDADE BUCAL DE CRIANÇAS *THE MOST RELEVANT ODONTOGENIC TUMORS FOUND IN CHILDREN ORAL CAVITY*

Francisco Wanderley Garcia de Paula e Silva *
Alexandra Mussolino de Queiroz **
Maria Cristina Borsatto ***
Paulo Nelson-Filho ****

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo descrever as características clínicas, radiográficas e histológicas dos principais tumores odontogênicos encontrados na cavidade bucal de crianças. Essas lesões podem ser classificadas quanto ao comportamento biológico em hamartomas (odontoma e tumor odontogênico adenomatóide), neoplasias benignas (ameloblastoma, fibroma ameloblástico e mixoma odontogênico) e neoplasias malignas que são bastante raras e agressivas. O tratamento de escolha, na maior parte dos casos, consiste na remoção cirúrgica da lesão, uma vez que a maioria dos tumores é de origem benigna.

DESCRIPTORIOS: Tumores odontogênicos – Boca – Crianças.

ABSTRACT

The aim of present study is to describe the clinical, radiographical, and histological characteristics of the most relevant odontogenic tumors found in oral and maxillofacial children's area. Those lesions can be classified into biological behavior in hamartoma (odontoma and adenomatoid odontogenic tumor), benign neoplasia (ameloblastoma, fibroma and odontogenic myxoma), and malign neoplasia (very rare and aggressive). Treatment choice consists mostly of surgical removal of the lesion once that tumors basically have benign origin.

DESCRIPTORS: Odontogenic tumors – Mouth – Children.

* Aluno do Curso de Pós-Graduação em Odontopediatria do Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP) - Universidade de São Paulo (USP).

** Professora Assistente do Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP) - Universidade de São Paulo (USP)..

*** Professora Associada do Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP) - Universidade de São Paulo (USP)..

**** Professor Titular do Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP) - Universidade de São Paulo (USP)..

INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos são lesões derivadas dos tecidos epitelial ou mesenquimal que fazem parte do complexo processo da odontogênese, e são classificados histologicamente de acordo com sua origem em epiteliais, mesenquimais ou mistos (Ochsenius *et al.*²⁵, 2002). A etiologia dessas alterações está relacionada a distúrbios no desenvolvimento dos dentes e estruturas associadas (Eversole *et al.*⁸, 1971).

O tecido ósseo dos maxilares é a principal região afetada pelos tumores odontogênicos, embora sejam reconhecidas algumas formas periféricas dessas lesões (Regezi *et al.*³¹, 1978). São consideradas relativamente raras, uma vez que compreendem apenas 1% dos tumores maxilares (Regezi e Sciubba³², 1993).

Os tumores odontogênicos são geralmente de crescimento lento e assintomático, e alguns deles apresentam predileção por idade, sexo e raça específicos (Assael³, 1992). De acordo com a literatura, os tumores odontogênicos também mostram variações geográficas na sua distribuição e frequência, o que tem levado muitos autores a pesquisar a influência de fatores locais no seu desenvolvimento (Ochsenius *et al.*²⁵, 2002; Daley *et al.*⁷, 1994; Santos *et al.*³⁴, 2001, Adebayo *et al.*¹, 2002).

O comportamento biológico desse grupo de lesões varia desde hamartomas e neoplasias benignas a tumores raros, malignos e agressivos (Tamme *et al.*³⁸, 2004). O hamartoma pode ser definido como uma lesão formada por uma mistura de tecidos comuns da região em que se apresentam, ocorrendo devido a anomalias no desenvolvimento do tecido, ou seja, é considerada uma malformação dos tecidos dentários. Por outro lado, as neoplasias são alterações com crescimento autônomo e independente, invasivo ou não, cuja natureza é muitas vezes controversa (Kramer *et al.*¹⁷, 1992).

Tendo-se em vista que muitas alterações tumoriformes odontogênicas podem ser observadas na cavidade bucal de crianças, o presente trabalho tem como objetivo descrever as características clínicas, radiográficas e histológicas dos principais tumores odontogênicos em crianças, visando orientar o odontopediatra no diagnóstico e, em algumas situações, tratamento dessas lesões.

REVISÃO DA LITERATURA

1. Odontomas

São tumores odontogênicos mistos, cujos componentes epitelial e mesenquimal derivados do folículo dentário

sofreram diferenciação funcional a ponto de formar esmalte e dentina (Shafer *et al.*³⁵, 1983; Mc Donald e Avery²⁰, 1995). São comuns na infância e ocorrem com maior frequência na segunda década de vida, acometendo ambos os sexos, com predileção pela maxila (Moreira²¹, 2000; Oliveira *et al.*²⁶, 2001; Cardoso e Gonçalves⁶, 2002).

Na maioria das vezes, são detectados durante o exame radiográfico de rotina ou durante o exame radiográfico visando avaliar a causa da ausência de dentes permanentes ou da retenção prolongada de dentes decíduos (Moreira²¹, 2000; Leal e Jeunon¹⁸, 1998). Raramente são associados a abaulamentos intra e extra-orais e geralmente não causam dor ou parestesia. Os odontomas não causam reabsorção de raízes dos dentes adjacentes, nem perfuração da cortical óssea, sendo classificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em odontomas complexos e compostos, de acordo com sua morfodiferenciação (Kramer *et al.*¹⁷, 1992).

Clinicamente, o odontoma se manifesta como uma lesão assintomática, de crescimento lento e limitado, podendo persistir por várias décadas sem serem descobertos (Moreira²¹, 2000; Leal e Jeunon¹⁸, 1998). Radiograficamente, o odontoma complexo aparece como uma massa irregular de tecido mineralizado, circundado por uma fina área radiolúcida, enquanto que o tipo composto mostra estruturas mineralizadas semelhantes a dentes no centro de uma lesão radiolúcida bem definida (Moreira²¹, 2000; Higashi *et al.*¹⁰, 1999).

Do ponto de vista histológico, os odontomas apresentam uma variedade de elementos semelhantes à polpa, dentina, esmalte e cemento. O odontoma composto é definido como uma lesão na qual estão representados todos os tecidos dentários de maneira ordenada, de modo que há pelo menos uma semelhança anatômica com os dentes normais (Cardoso e Gonçalves⁶, 2002; Hisatomi *et al.*¹¹, 2002). Por outro lado, no odontoma complexo os tecidos dentais formam uma massa mineralizada amorfa, com bordos irregulares e circundada por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso (Moreira²¹, 2000; Oliveira *et al.*²⁶, 2001; Cardoso e Gonçalves⁶, 2002; Higashi *et al.*¹⁰, 1999).

O tratamento dos odontomas pode ser efetuado pelo cirurgião-dentista e inclui a enucleação e curetagem da lesão, não havendo tendência à recidiva.

2. Ameloblastoma

É um tumor benigno de origem epitelial, cujas célu-

las podem ser derivadas de restos do órgão do esmalte, do órgão do esmalte em desenvolvimento ou do epitélio odontogênico de um cisto (Neville *et al.*²², 1995). É reconhecido por sua semelhança histológica com o órgão do esmalte (Kim e Jang¹⁶, 2001). O ameloblastoma foi descrito por Robinson e Martinez³³, como um tumor anatomicamente benigno e clinicamente persistente e, segundo Al-Khateeb e Ababneh², de natureza agressiva. Embora compreenda apenas 1% dos tumores e cistos maxilares, é o neoplasma odontogênico mais comum (10%), devendo ser conhecido para o diagnóstico diferencial de lesões maxilares radiolúcidas (Al-Khateeb e Ababneh², 2003; Namin *et al.*²³, 2003). Embora a etiologia seja desconhecida, diversos fatores causais como irritação não específica causada por traumas e extrações, infecção pelo HPV, distúrbios nutricionais e doenças virais têm sido propostos em artigos recentemente publicados na literatura específica (Kim e Jang¹⁶, 2001; Namin *et al.*²³, 2003).

Todos os ameloblastomas apresentam a mesma origem, porém suas formas podem ser diversas e essas diferenças são especialmente importantes em crianças (Kaban¹³, 1990). Apresenta crescimento lento, o que pode indicar que muitos adultos, cujos tumores são diagnosticados aos 30 anos, podem apresentar a lesão desde a infância (Ord *et al.*²⁷, 2002). Ameloblastomas nos maxilares ocorrem como lesões unicísticas, multicísticas ou sólidas. O ameloblastoma unicístico se assemelha clínica e radiograficamente a um cisto dentígero ou primordial, porém a presença de reabsorção radicular indica que a lesão pode ser um ameloblastoma. Ameloblastomas sólidos ou multicísticos ocorrem em pacientes de 30 a 40 anos e são raros na infância. A forma mais frequentemente encontrada em crianças é o ameloblastoma unicístico (Kim e Jang¹⁶, 2001; Ord *et al.*²⁷, 2002).

O ameloblastoma unicístico ocorre em crianças e adolescentes, mais comumente na porção posterior da mandíbula, seguida pela região da sínfise (Kim e Jang¹⁶, 2001; Al-Khateeb e Ababneh², 2003; Ord *et al.*²⁷, 2002). O paciente apresenta aumento de volume indolor na região da lesão (Kim e Jang¹⁶, 2001; Ord *et al.*²⁷, 2002), podendo causar a expansão ou perfuração da tábua óssea cortical, podendo as raízes dos dentes adjacentes estarem deslocadas ou reabsorvidas. A aspiração da lesão revela um fluido seroso e claro (Al-Khateeb e Ababneh², 2003).

Histologicamente, os ameloblastomas caracterizam-se por ilhotas de epitélio odontogênico neoplásico, com

uma camada periférica de células epiteliais cilíndricas ou cúbicas dispostas em paliçada, com núcleos polarizados. A parte central é formada por células que lembram o retículo estrelado. Pode aparecer em três padrões distintos: como um cisto epitelial com um tecido ameloblástico localizado na parede; um segundo padrão consiste de elementos ameloblásticos flutuantes na cavidade cística e, ocasionalmente, um ameloblastoma é encontrado na parede cística, porém fora da cavidade (Shafer *et al.*³⁵, 1983; Kim e Jang¹⁶, 2001).

O tratamento do ameloblastoma unicístico consiste na enucleação cirúrgica e curetagem, que varia de acordo com o local e a extensão clínica e radiográfica da lesão (Al-Khateeb e Ababneh², 2003; Kaban¹³, 1990). Nos casos em que existe evidência da extensão da lesão além da cápsula fibrosa, é recomendada a ressecção de segurança a 1cm da margem da lesão (Ord *et al.*²⁷, 2002). O espécime deve ser avaliado em múltiplos cortes seriados para determinar a extensão do tumor. Segundo Ord *et al.*²⁷, o tratamento é complicado em crianças devido ao crescimento facial contínuo, presença de dentes não irrompidos e dificuldade no diagnóstico inicial. Embora o tratamento seja simples, é recomendado o acompanhamento por longo período, devido ao grande potencial de recorrência dos ameloblastomas, embora esta seja menor nas lesões unicísticas (Kim e Jang¹⁶, 2001). O uso de radioterapia não é garantia de cura, uma vez que essa neoplasia é altamente resistente à radiação (Shafer *et al.*³⁵, 1983; Kim e Jang¹⁶, 2001).

3. Tumor odontogênico adenomatóide

É definido pela Organização Mundial da Saúde como um tumor epitelial benigno de origem odontogênica com estruturas semelhantes a ductos e graus variáveis de alterações do tecido conjuntivo (Kramer *et al.*¹⁷, 1992). O tumor pode ser parcialmente cístico e, em alguns casos, a lesão pode se apresentar como uma massa na parede de um cisto (Philipsen e Reichart²⁹, 1998). Acredita-se que a lesão não seja uma neoplasia verdadeira, mas sim de origem hamartomatosa (Shafer *et al.*³⁵, 1983; Philipsen *et al.*³⁰, 2002). Geralmente, é observado em associação com dentes impactados, apresentando características histológicas que lembram os vários componentes do epitélio odontogênico (Shafer *et al.*³⁵, 1983). O sexo feminino é acometido com maior frequência que o masculino, em uma proporção de 2:1, sendo as lesões mais frequentes na maxila que na mandíbula, com predileção pela área de caninos e incisivos (Philipsen *et al.*²⁸,

1997).

Os tumores odontogênicos adenomatóides são classificados em três tipos, de acordo com suas características clínicas e radiográficas. Há duas variedades centrais ou intra-ósseas, sendo a primeira do tipo folicular (dentígero), na qual o tumor é observado em associação com a coroa de um dente impactado, com diagnóstico radiográfico mais provável de cisto dentígero. A segunda variedade, menos comum, é o tipo extrafolicular, no qual não há associação com a coroa de um dente impactado, sendo o diagnóstico radiográfico mais provável de cisto residual, globulomaxilar ou lateral periodontal, dependendo de sua localização. As variedades intra-ósseas são geralmente esféricas e contêm uma cápsula fibrosa com material amarelado proteináceo semi-sólido em seu interior. A terceira variedade é a periférica ou extra-óssea, que pode se apresentar clinicamente como um fibroma que pode provocar erosão superficial do tecido ósseo (Philipsen e Reichart²⁹, 1998). Esse tumor é de crescimento progressivo, comumente assintomático, porém pode ocasionar tumefação indolor. O achado radiográfico mais comum é o de uma lesão radiolúcida unilocular que se assemelha radiograficamente a um cisto. Focos radiopacos de tamanho e densidade variáveis costumam estar presentes e podem provocar divergência das raízes e deslocamento dos dentes (Philipsen e Reichart²⁹, 1998).

Histologicamente, os tumores odontogênicos adenomatóides são constituídos por epitélio odontogênico com aspecto distinto: proliferação encapsulada de cordões espiralados de células fusiformes, bem como uma fileira única de células cúbicas ou cilíndricas, formando estruturas semelhantes a ductos, que podem estar vazias ou conter material eosinófilo em quantidades variáveis (Kramer *et al.*¹⁷, 1992; Shafer *et al.*³⁵, 1983; Philipsen e Reichart²⁹, 1998).

O tratamento de escolha é a enucleação cirúrgica conservadora e curetagem, pois essas lesões são encapsuladas e não há propensão para recidiva (Shafer *et al.*³⁵, 1983; Mc Donald e Avery²⁰, 1995; Philipsen e Reichart²⁹, 1998).

4. Fibroma ameloblástico

O fibroma ameloblástico é um tumor misto verdadeiro de origem odontogênica, caracterizado pela proliferação do epitélio odontogênico e de tecido mesenquimatoso, sem formação de esmalte ou dentina (Kramer *et al.*¹⁷, 1992; Shafer *et al.*³⁵, 1983). A etiologia ainda é

desconhecida, mas acredita-se que seja possivelmente o resultado da elaboração da lâmina basal sem diferenciação odontogênica (Eversole *et al.*⁸, 1971). É uma variação do ameloblastoma, porém menos agressiva, e representa 2% dos tumores odontogênicos (Mosby *et al.*²², 1998). Ocorre na mandíbula em 80-90% dos casos, principalmente na região de molares e está relacionado a dentes não irrompidos (Shafer *et al.*³⁵, 1983; Kim e Jang¹⁶, 2001; Mosby *et al.*²², 1998; Baroni *et al.*⁴, 1992). Não apresenta predileção por sexo (Mosby *et al.*²², 1998), sendo mais comum em crianças do que em adultos. Os pacientes acometidos normalmente apresentam menos de 12 anos de idade (Mc Donald e Avery²⁰, 1995).

Com maior frequência, o aspecto clínico inicial é de uma tumefação. Entretanto, a presença de sintomatologia é rara, sendo descoberto em exame radiográfico de rotina. O crescimento é expansivo e não invasivo (Shafer *et al.*³⁵, 1983). Radiograficamente, observa-se uma lesão radiolúcida, uni ou multilocular, em geral bem delimitada e com limites escleróticos, frequentemente associada com dentes inclusos ou deslocados e de difícil distinção do cisto odontogênico. Os fibromas ameloblásticos não estão associados à destruição ou reabsorção de raízes de dentes adjacentes (Martin-Granizo-López *et al.*¹⁹, 2003).

A análise histopatológica evidencia um quadro histológico característico com elementos ameloblásticos misturados a um grande número de fibroblastos e tecido fibroso, semelhante à papila dentária em formação. O componente epitelial é formado por ilhotas de células cubóides e cilíndricas e a área central lembra o retículo estrelado do órgão do esmalte. A atividade mitótica é incomum (Shafer *et al.*³⁵, 1983). Elementos mineralizados podem estar presentes, dificultando a distinção radiográfica dessa lesão com o odontoma (Shafer *et al.*³⁵, 1983; Mc Donald e Avery²⁰, 1995).

O tratamento é realizado pela remoção cirúrgica total e curetagem, porém conservadora em comparação com o tratamento indicado para o ameloblastoma (Shafer *et al.*³⁵, 1983; Kim e Jang¹⁶, 2001).

5. Mixoma Odontogênico

É um tumor odontogênico dos maxilares que se origina da porção mesenquimal do germe dentário, seja da papila, do folículo ou do ligamento periodontal (Kramer *et al.*¹⁷, 1992; Shafer *et al.*³⁵, 1983; Kezler *et al.*¹⁵, 1995). Representa de 3 a 6% dos tumores odontogêni-

cos (Kezler *et al.*¹⁵, 1995) e ocorre com maior frequência na segunda e terceira décadas de vida, podendo ser encontrado também em crianças de idade precoce (Mc Donald e Avery²⁰, 1995). Kesler *et al.*¹⁵ observaram que 8% dos mixomas acometem indivíduos com menos de 16 anos de idade. Na cavidade bucal existem relatos de ocorrência na língua, bochecha e osso alveolar (Smith *et al.*³⁷, 1976), não havendo predileção por sexo (Shafer *et al.*³⁵, 1983).

Do ponto de vista clínico e radiográfico, é uma lesão central dos maxilares que ocasiona expansão óssea e pode destruir a cortical. É de crescimento lento e a dor pode ser característica ou não (Shafer *et al.*³⁵, 1983; Wachter *et al.*³⁹, 2003). As lesões ocorrem com a mesma frequência na maxila e mandíbula, com predomínio na região posterior (Adebayo *et al.*¹, 2002). Estão associados, na maioria das vezes, a dentes não irrompidos (Fenton *et al.*⁹, 2003). A radiografia pode apresentar o osso com aspecto “mosqueado” ou em “favos de mel” em alguns casos, enquanto em outros pode mostrar radiolucência destrutiva e expansiva. O deslocamento de dentes pela massa tumoral é um achado comum, porém a reabsorção radicular é menos frequente. Nas lesões da maxila frequentemente há invasão do seio maxilar (Kezler *et al.*¹⁵, 1995; Wachter *et al.*³⁹, 2003; Kaffe *et al.*¹⁴, 1997).

Histologicamente, o mixoma é formado por células fusiformes e estreladas dispostas frouxamente,

muitas das quais apresentam longos prolongamentos fibrilares e com tendência a formar redes. O tecido frouxo evidencia baixa densidade celular, com poucas figuras de mitose. A substância intercelular é mucóide e composta de glicosaminoglicanas e ácido hialurônico (Batsakis⁵, 1987). Um número variável de capilares encontra-se disperso no tumor, com ocasionais feixes colágenos (Shafer *et al.*³⁵, 1983; Simon *et al.*³⁶, 2004).

O tratamento dos mixomas odontogênicos consiste na excisão cirúrgica da lesão (Kezler *et al.*¹⁵, 1995). Entretanto, para evitar lesar centros de crescimento em crianças, alguns cirurgiões tem recomendado a simples enucleação e curetagem da lesão, porém as chances de recidiva são maiores, por volta de 25% (Wachter *et al.*³⁹, 2003; Fenton *et al.*⁹, 2003). As lesões mais extensas podem requerer ressecção para erradicar o tumor, uma vez que este não é sensível à radioterapia e à quimioterapia (James e Lucas¹², 1987). Apesar de ser benigno, é um tumor invasivo localmente, cuja remoção completa é dificultada devido à sua consistência gelatinosa. O prognóstico é favorável (James e Lucas¹², 1987).

CONCLUSÃO

Os principais tumores que acometem a cavidade bucal de crianças são benignos e a remoção cirúrgica pelo odontopediatra ou pelo cirurgião buco-maxilo-facial é o tratamento de escolha na maior parte dos casos.

REFERÊNCIAS

1. Adebayo ET, Ajike SO, Adekeye EO. Odontogenic tumors in children and adolescents: a study of 78 Nigerian cases. *J Cranio-Maxillofac Surg* 2002 Oct; 30(5):267-72.
2. Al-Khateeb T, Ababneh KT. Ameloblastoma in young Jordanians: a review of the clinicopathologic features and treatment of 10 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2003 Jan; 61(1):13-8.
3. Assael LA. Surgical management of odontogenic cysts and tumors. In: Peterson LJ, Indresana AT, Marciani RD, Roser SM, (eds.). *Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*. Philadelphia: Lippincott, 1992; 692-711.
4. Baroni C, Farneti M, Stea S, Rimondini L. Ameloblastic fibroma and impacted mandibular first molar: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992 May; 73(5):548-9.
5. Batsakis JG. Myxomas of soft tissues and the facial skeleton. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1987 Sep/Oct; 96(5):618-9.
6. Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Odontopediatria prevenção. São Paulo: Artes Médicas: 2002.
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 Mar; 77(3):276-80.
8. Eversole LE, Tomich CE, Cherrick HM. Histogenesis of odontogenic tumors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1971 Oct; 32(4):569-81.
9. Fenton S, Slootweg PJ, Dunnebie EA, Mourits MP. Odontogenic myxoma in a 17-month-old child: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2003 Jun; 61(6):734-6.
10. Higashi T, Shiba J, Ikuta H. Atlas de diagnóstico oral por imagens. São Paulo: Editora Santos: 1999: 269p.
11. Hisatomi M, Asaumi JI, Konouchi H, Honda Y, Wakasa T, Kishi K. A case of complex odontoma associated with an impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. *Oral Diseases* 2002 Mar; 8(2):100-5.
12. James DR, Lucas VS. Maxillary myxoma in a child of 11 months: a case report. *J Craniomaxillofac Surg* 1987(Feb); 15(1):42-4.
13. Kaban LB. Pediatric oral and maxillofacial surgery. Philadelphia: Saunders; 1990.
14. Kaffe I, Naor H, Buchner A. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma. *Dentomaxillofac Rad* 1997 Sep; 26(5): 299-303.
15. Keszler A, Dominguez FV, Giannuzio G. Myxoma in childhood: an analysis of 10 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1995 May; 53(5): 518-21.
16. Kim SG, Jang HS. Ameloblastoma: A clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001 Jun; 91(6):649-53.
17. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M, editors. Histological typing of odontogenic tumours. Berlin: Springer-Verlag; 1992:118p.
18. Leal RM, Jeunon FA. Odontoma: revisão da literatura. *Cad Odont Belo Horizonte* 1998; 1:49-57.
19. Martín-Granizo-López R, Ortega L, González-Corchón MA, Berguer-Sández A. Fibroma ameloblástico mandibular. Presentación de dos casos. *Med Oral* 2003;8:150-3.
20. Mc Donald RE, Avery DR. Odontopediatria. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 1995:608p.
21. Moreira CA. Diagnóstico por imagem em Odontologia. São Paulo: Robe: 2000: 396p.
22. Mosby EL, Russell D, Noren S, Barker BF. Ameloblastic fibroma in a 7-week-old infant: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1998 Mar; 56(3):368-72.
23. Namin AK, Azad TM, Eslami E, Sarkarat F, Shahrokhi M, Kashanian F. A study of the relationship between ameloblastoma and human papilloma virus. *J Oral Maxillofac Surg* 2003 Apr; 61(4):467-70.
24. Neville BW, Damm DD, Allen CM. Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia: Saunders; 1995:711p.

25. Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *J Oral Pathol Med* 2002 Aug; 31(7):415-20.
26. Oliveira BH, Campos V, Marçal S. Compound odontoma: diagnosis and treatment: three case reports. *Pediatr Dent* 2001Mar/Apr; 23(2):151-7.
27. Ord RA, Blanchaert-Jr RH, Nikitakis NG, Sauk JJ. Ameloblastoma in children. *J Oral Maxillofac Surg* 2002 Jul; 60(7):762-70.
28. Philipsen HP, Reichart PA, Nikai H. The adenomatoid odontogenic tumour (AOT): an update. *Oral Med Pathol* 1997; 2(2):55-60.
29. Philipsen HP, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumour: facts and figures. *Oral Oncol* 1999 Mar; 35(2):125-31.
30. Philipsen HP, Srisuwan T, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumor mimicking a periapical (radicular) cyst: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002 Aug; 94(2):246-8.
31. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978 Oct; 36(10):771-8.
32. Regezi JA, Sciubba J. Oral Pathology: clinical-pathologic correlations. 2^a ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993.
33. Robinson L, Martinez MG: Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. *Cancer* 1977 Nov; 40(5):2278-85.
34. Santos JN, Pereira-Pinto L, Figueredo CRLV, Souza LB. Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. *Pesquisa Odontol Bras* 2001Oct/Dec; 15(4):308-13.
35. Shafer WG, Hine KH, Levy BM. A textbook of oral pathology. Philadelphia: Saunders; 1983: 917p.
36. Simon EN, Merckx MA, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga PJ. Odontogenic myxoma: a clinicopathological study of 33 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004 Jun; 33(4):333-7.
37. Smith GA, Konrad HR, Canalis RF. Myxomas of the head and neck. *Arch Otolaryngol* 1976 May; 102(5): 300-5.
38. Tamme T, Soots M, Kulla A, Karu K, Hanstein SM, Sokk A, *et al.* Odontogenic tumours, a collaborative retrospective study of 75 cases covering more than 25 years from Estonia. *J Craniomaxillofac Surg* 2004 Jun; 32(3):161-5.
39. Wachter BG, Steinberg MJ, Darrow DH, McGinn JD, Park AH. Odontogenic myxoma of the maxilla: a report of two pediatric cases. *Int J Ped Otorhinolaryngol* 2003 Apr; 67(4): 389-93.

Recebido em 5/10/2006

Aceito em 21/02/2007