FACULDADE DE TECNOLOGIA SETE LAGOAS

Ítalo Cordeiro de Toledo

A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO ORAL COM IMPLANTES DENTÁRIOS EM RESSECÇÕES DE AMELOBLASTOMAS

GOIÂNIA

2018

ÍTALO CORDEIRO DE TOLEDO

A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO ORAL COM IMPLANTES DENTÁRIOS EM RESSECÇÕES DE AMELOBLASTOMAS

Monografia apresentada à Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Implantodontia.

Área de concentração: Implantodontia.

Orientador: Prof. Dr. Cassiano Costa Silva Pereira

GOIÂNIA

2018

Toledo, Italo Cordeiro.

A importância da reabilitação oral com implantes dentários em ressecções de ameloblastomas/Ítalo Cordeiro de Toledo. – 2018.Orientador: Prof. Dr. Cassiano Costa Silva Pereira

Monografia (Especialização) – Faculdade de Tecnologiade Sete Lagoas, 2018.

1. Reabilitação. 2. Tratamento. 3.Implante.

I. Título. II. Cassiano Costa Silva Pereira

FACULDADE DE TECNOLOGIA SETE LAGOAS

Monografia intitulada "A importância da reabilitação oral com implantes dentários em Ressecções de ameloblastomas" de autoria do aluno Ítalo Cordeiro de Toledo ,aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____

Prof. Dr. Cassiano Costa Silva Pereira- Orientador

Faculdade De Tecnologia Sete Lagoas

_____

Prof. Dr. Wagner Nunes de Paula – Examinador

Faculdade De Tecnologia Sete Lagoas

_____

Prof. Dr. Leandro de Carvalho Cardoso - Examinador

Faculdade De Tecnologia Sete Lagoas

Goiânia, 28 de abril de 2018.

AGRADECIMENTOS

A minha esposa, pela compreensão e companheirismo pela ausência em momentos da vida pessoal e pela força a que me disponibilizou para concluir esta etapa.

Aos familiares e amigos, pelo carinho, estímulo, por compreenderem minhas escolhas e me apoiarem sempre.

Ao Prof. Cassiano Pereira, meu orientador, pela constante disponibilidade e atenção, por transmitir seus conhecimentos e experiências.

A todos professores do curso, pelo grande exemplo, apoio e imensa colaboração pessoal e científica..

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

SUMÁRIO

Lista de Figuras

Resumo

Abstract

1. Introdução.....11

2. Proposição.....13

3. Relato de Caso.....13

4. Discussão.....19

5. Conclusão.....22

6. Referências Bibliográficas.....22

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1 - Vista Frontal pré-operatório.....14

Fig. 2 - Vista ¾ pré-operatório.....14

Fig. 3 - Radiografia panorâmica pré-operatório.....14

Fig. 4 - Radiografia panorâmica pré-operatório.....15

Fig. 5 - Remoção do enxerto da área doadora.....16

Fig. 6 - Peça removida e moldagem do enxerto.....16

Fig. 7 - Vista frontal pós-operatório com boca aberta.....17

Fig. 8 - Vista ¾ pós-operatório.....17

Fig. 9 - Instalação de implantes.....17

Fig. 10 - Radiografia panorâmica pós-operatório.....18

Fig. 11 - Prótese total superior mucosuportada e prótese protocolo inferior instalada.....18

RESUMO

O ameloblastoma multicístico acomete principalmente pacientes adultos, entre a terceira e a sétima década de vida, frequentemente na região posterior de mandíbula. O tratamento do ameloblastoma muitas vezes se faz necessário por uma cirurgia radical, tendo como objetivo a mínima chance de recidiva deste tipo de neoplasia. A ressecção de um segmento mandibular, sem reconstrução adequada, produz grave sequela estética e funcional levando a uma perda da qualidade de vida. A ressecção segmentada da mandíbula e o uso de enxerto ósseo microvascularizado de fíbula é indicado como terapia de tratamento, induzindo o aumento de volume ósseo, facilitando a reabilitação com implantes osseointegráveis. Tem sido considerada uma opção de tratamento previsível para os pacientes edêntulos, restabelecendo função e estética do aparelho estomatognático. Contudo, a relação custo/benefício biológico, a estimativa de prognóstico e a previsibilidade do tratamento devem ser baseadas em estudos longitudinais e, na experiência clínica adquirida de cada caso.

Palavras-chave: Reabilitação, Tratamento, Implante.

ABSTRACT

The multicystic ameloblastoma mainly affects adult patients between the third and seventh decade of life, often in the posterior mandible. The treatment of ameloblastoma, in most cases, it is necessary a radical surgery, achieving the objective of a minimum recurrence chance of this type of cancer. Resection of a mandibular segment without adequate reconstruction produces severe aesthetic and functional sequelae leading to a loss of quality of life. The segmented resection of the jaw and the use of micro vascularized bone graft fibula is indicated as therapy treatment, inducing the increase in bone volume, facilitating rehabilitation with dental implants that has been considered a predictable treatment option for edentulous patients, reestablishing function and aesthetics of the stomatognathic system. However, the rate cost/benefit biological, prognosis estimation and predictability of treatment should be based on longitudinal studies and clinical experience gained in each case.

Uniterms: Rehabilitation, Treatment, Implant.

1. Introdução

O Ameloblastoma é uma neoplasia odontogênica benigna, com crescimento lento, sem predileção por gênero, acometendo mais a mandíbula e, cerca de 80% dos casos, tendo como alvo maior a região de molares, ramo e corpo mandibular **(MARZOLA, 2008; NEVILLE; DAMM; ALLEN *et al.,* 2009 e MARCUCCI, 2012)**.

O ameloblastoma pode variar entre assintomático ou sintomático e, quando há presença de sinais e/ou sintomatologia, paciente pode vir a se queixar de tumefação indolor, com crescimento lento, parestesia ou até mesmo mal oclusão. Também pode haver uma associação com um dente retido, geralmente sendo o terceiro Molar**. (MARZOLA, 2008 e SHAM; LEONG; MAHER *et al.,* 2009)**.

O tipo multicístico ocorre entre a terceira e a sétima década de vida, com 85% dos casos, apresentando raridade em casos de jovens abaixo dos 19 anos de idade,sendo localmente invasivo e, com caráter agressivo. Pode ocorrer recidiva caso seu tratamento tenha sido realizado de maneira inadequada, sendo geralmente encontrado como lesões pequenas em achados radiográficos **(MARZOLA, 2008 e NEVILLE; DAMM; ALLEN *et al.,* 2009).**

Apresenta em seu exame radiográfico um halo radiolúcido, com aspecto de ‘’bolha de sabão’’ ou ‘’favos de mel’’. Os espaços podem ser tanto ovais, quanto arredondados, dependendo das variações de dimensão, apresentando áreas denteadas e, invadindo tecidos moles adjacentes**(SÁ; ZARDO; PAES*et al.,* 2004; MARZOLA, 2008 e NEVILLE; DAMM; ALLEN *et al.,* 2009)**.

Há várias maneiras para o tratamento de ameloblastoma, variando entre enucleação seguida por curetagem e ressecção. Remoção de tumores através de curetagem geralmente deixam ilhas de tumor dentro do osso, podendo se manifestar em recidiva posteriormente, variando entre 50% a 90% dos casos.O tipo multicístico apresenta características mais agressivas e com maiores chances de recidiva, quando tratados de forma conservadora. (**NEVILLE; DAMM; ALLEN*et al.,* 2009 e SHAM; LEONG; MAHER, *et al.,* 2009).**

Há duas maneiras de reconstrução com enxerto, o enxerto vascularizado e aquele não vascularizado. O enxerto vascularizado é preconizado primeiramente quando se quer fazer uma reconstrução da mandíbula, podendo ser da fíbula, pois, apresenta fornecimento adequado de sangue, tem comprimento extensivo e facilita na realização de implantes osseointegrados. Já o enxerto não vascularizado é utilizado quando se tem uma reconstrução menor, ou seja, quando irá precisar enxertar uma área com menos de 5 cm e quando não há tecido mole envolvido na reconstrução, sendo assim, quando há a necessidade de reconstrução somente de osso. Há também casos de pacientes com alterações sistêmicas, onde não conseguem ou não suportam uma reconstrução de cabeça e pescoço. **(KHATAMI; TOLJANIC; KLEINMAN, 2010; SHAM; LEONG; MAHER *et al.,* 2009; JOHANNES; ROBERT; ELLEN*et al.,* 2009 e POGREL; PODLESH; ANTHONY*et al*., 1997).**

A reabilitação oral de um paciente com implantes dentários realizados em regiões onde se reconstruiu parte da mandíbula inibe a reabsorção óssea, devido a biomecânica funcional no local onde será realizado o procedimento de enxerto ósseo. **(POGREL; PODLESH; ANTHONY*et al.,* 1997).**

Um paciente que sofre mutilação decorrente de um ameloblastoma é um paciente que tem necessidade como qualquer outra pessoa, contudo, devemos avaliar a estética, função, fonação e deglutição deste paciente, sem que ele perca a autoestima e qualidade de vida, pois, este tipo de remoção cirúrgica pode lhe causar deformidades faciais que alteram a estética e até função. A reabilitação com implantes osseointegrados tem sido uma ferramenta bastante utilizada nos últimos anos, proporcionando ao paciente o retorno das funções mastigatórias e por poder ser realizado em um período considerado relativamente curto**. (MONTORO; TAVARES; MELO*et al.,* 2008 e COSTA; PEREIRA; PANELLA, 1994).**

2. Proposição

O presente trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico de uma reabilitação oral com implantes dentários após ressecção de um ameloblastoma, bem como evidenciar a importância do planejamento multidisciplinar para obtenção de resultados mais previsíveis.

3. Relato de Caso Clínico

Paciente A.S. S, gênero masculino, 36 anos de idade, procurou o serviço de cirurgia Bucomaxilofacial com queixa principal de “meu rosto está inchado”. Ao exame físico foi observado presença de tumefação na região bucal, pré-auricular e submandibular lado esquerdo, com tempo de evolução há cerca de um ano, sem sintomatologia dolorosa de crescimento lento **(Figs. 1 e 2)**. Ao exame radiográfico observa-se presença de imagem radiolúcida semelhando ao aspecto de bolhas de sabão, com limites indefinidos, estendendo de corpo a côndilo mandibular do lado esquerdo **(Fig. 3)**.



Fig. 1 - Vista Frontal pré-operatório.
Fig. 2 - Vista ¾ pré-operatório.
Fonte: Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial

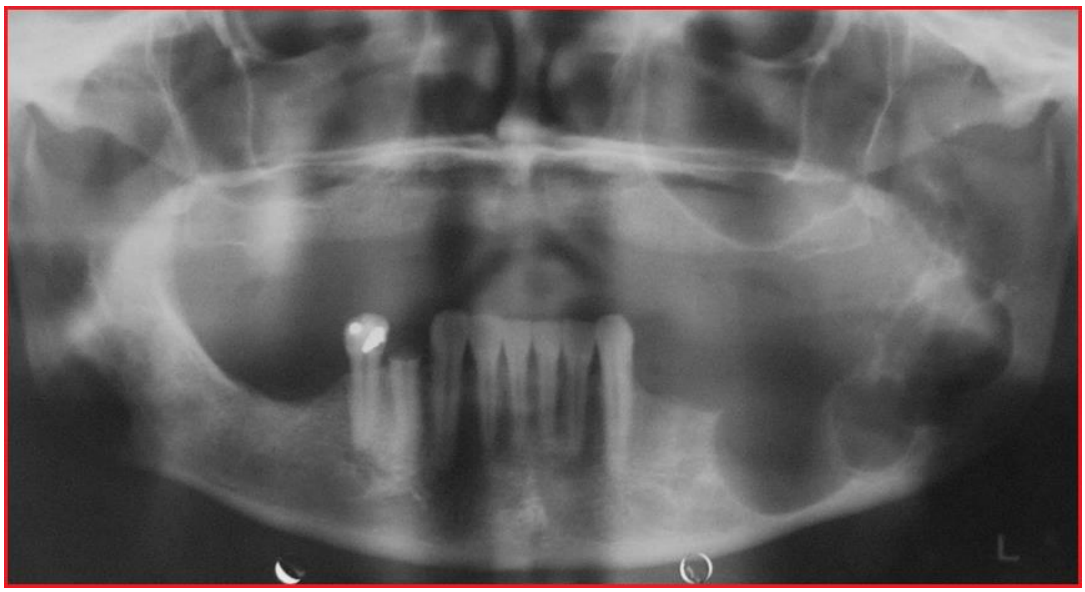


Fig. 3 - Radiografia panorâmica pré-operatório.
Fonte: Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial.

Após realização da biópsia incisional, seguida do exame microscópico, foi diagnosticado como ameloblastoma multicístico. Paciente foi acompanhado por uma equipe multiprofissional, contando com cirurgião bucomaxilofacial, microvascular, psicóloga, enfermeira e protesista durante

todo o procedimento. Foi realizado, acesso submandibular para exposição da lesão, preservando a artéria facial seguido de ressecção tipo hemimandibulectomia com a desarticulação do côndilo mandibular do lado esquerdo **(Fig. 4)**. O enxerto ósseo escolhido foi o microvascularizado de fíbula, devido à extensão da lesão ser maior que 6 centímetros **(Fig. 5)**. Após a remocão do enxerto, o cirurgião bucomaxilofacial realizou osteotomias no enxerto e realizou sua moldagem e a reconstrução mandibular, utilizando placas de titânio de reconstrução do sistema 2.4 **(Fig. 6)**.

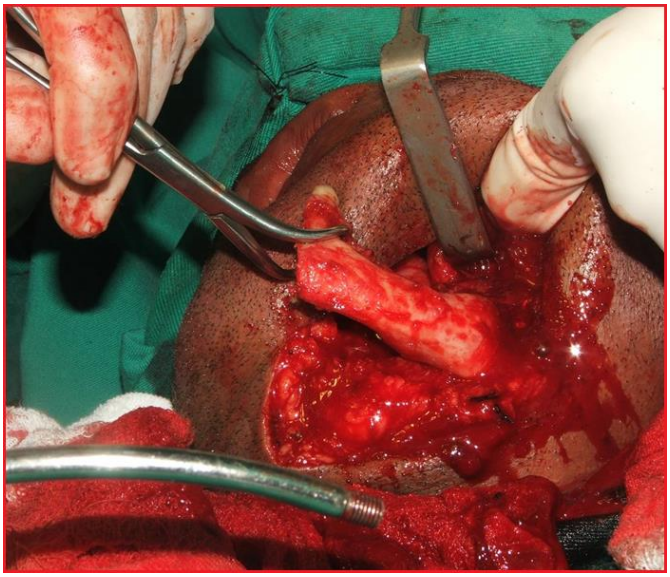


Fig. 4 - Rececção mandibular trans operatório.
Fonte: Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial

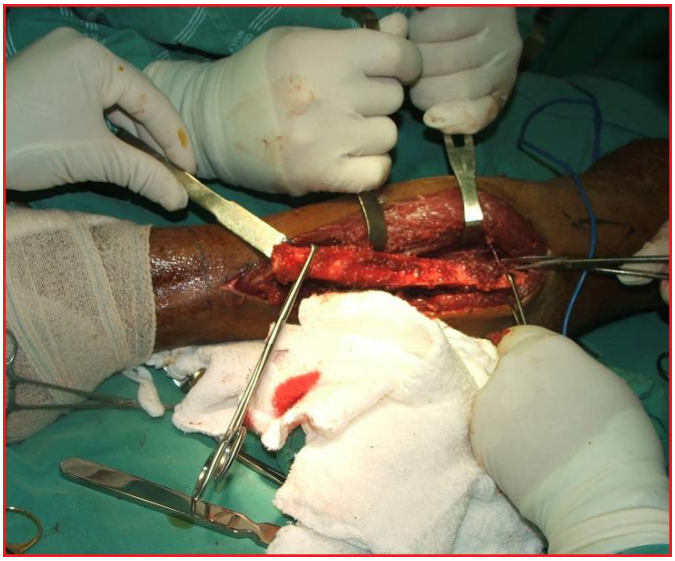


Fig. 5 - Remoção do enxerto da área doadora.
Fonte: Serviço de Cirurgia Microvascular

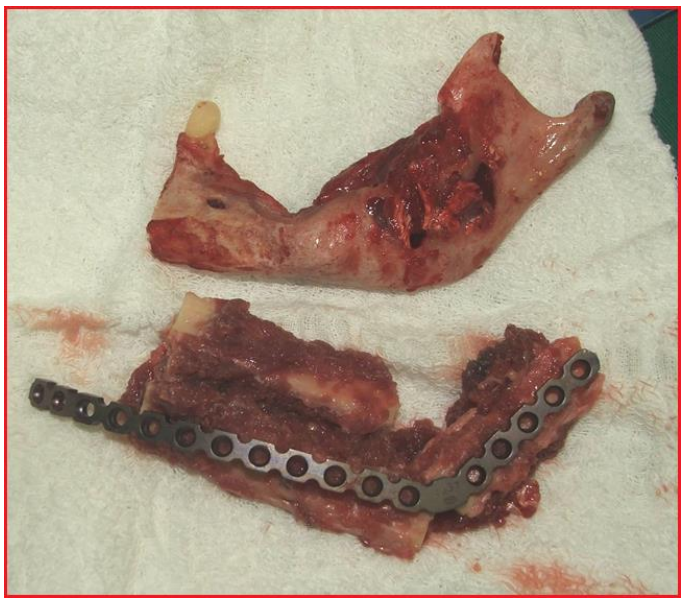


Fig. 6 - Peça removida e moldagem do enxerto
Fonte: Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial

Após a reconstrução imediata o paciente pode retornar suas funções de maneira satisfatória, não trazendo prejuízo para seu convívio social e pessoal **(Figs. 7 e 8)**. Após período de um ano, sem recidiva da lesão e manutenção da vitalidade da reconstrução óssea, foi programado a reabilitação oral com uma prótese total superior mucosuportada e 5 implantes dentários utilizando a técnica de instalação pré-forame mentual com a

finalidade de devolver função, estética e convívio social ao paciente com prótese tipo protocolo implantosuportada **(Figs. 9, 10 e 11)**. O mesmo vem sendo acompanhado há três anos, devendo seguir em acompanhamento por um período de dez anos. Até então não houve relato de recidiva da lesão e suas funções mastigatórias e de movimentos mandibulares estão mantidas.





Fig. 7 - Vista frontal pós-operatório com boca aberta
Fig. 8 - Vista ¾ pós-operatório
Fonte: Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial

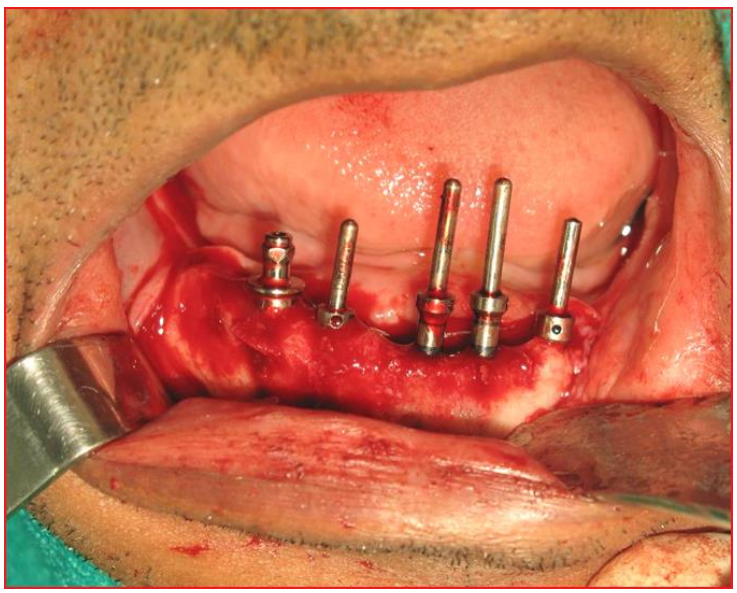


Fig. 9 - Instalação de implantes
Fonte: Serviço de Implantodontia

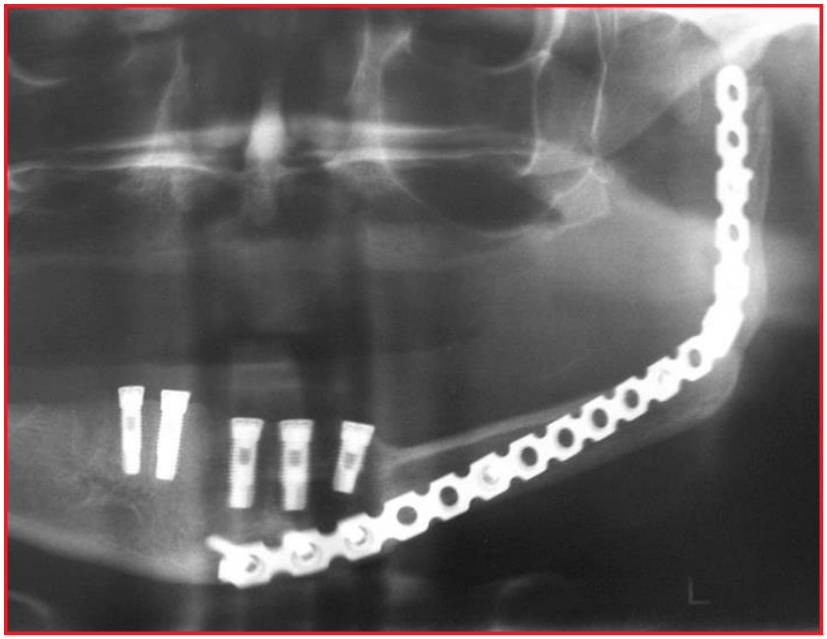


Fig. 10 - Radiografia panorâmica pós-operatório
Fonte: Serviço de Implantodontia



Fig. 11–Prótese total superior mucosuportada e prótese protocolo inferior instalada.
Fonte: Serviço de Implantodontia

4. DISCUSSÃO

O tratamento de eleição para ameloblastoma vem sendo bastante discutido, pois, possui muitas divergências em relação à qual é o melhor método a ser utilizado. Variando desde a terapêutica até o momento da reconstrução mandibular.

Com base em estudos realizados, pode-se observar que existem três tipos de ocorrência do ameloblastoma, sólido ou multicístico, periférico e unicístico e para cada um deles existem tratamentos que se diferem. **(NEVILLE; DAMM; ALLEN*et al.,* 2009 e REZENDE; FABER; PINO*et al.,* 2014)**

Segundo **ECKARDT; KOKEMULLER; FLEMMING*et al.,* 2009,** a única forma de tratamento para os casos de ameloblastomas é a terapia cirúrgica, porém, a radioterapia e a quimioterapia podem ser um tratamento de escolha para os casos não operáveis. **POGREL; MONTES, 2009**, dizem que a radioterapia não faz parte do tratamento de ameloblatomas, toda via, ela pode ser empregada no pós-operatório de lesões malignas ou em casos de recidivas do ameloblastomas.

O tratamento de ameloblastoma muitas das vezes se faz necessário por uma cirurgia radical, obtendo como objetivo a mínima chance de recidiva desse tipo de neoplasia. **(ECKARDT; KOKEMULLER; FLEMMING*et al.,* 2009 e SHAM; LEONG; MAHER *et al.,* 2009)** relatam que a recidiva ocorre quando não há um tratamento eficaz e quando não se tem um conhecimento clinico patológico da lesão. O tratamento conservador ou radical depende do tamanho, da sua forma histopatológica, da localização e do tipo da

lesão.**(LUNARDI; FAVA; MARTINS *et al.,* 2001 e SHAM; LEONG; MAHER *et al.,* 2009).**

O tratamento radical, na maior parte dos casos, provoca aos pacientes grandes sequelas, portanto deve-se analisar minunciosamente buscando a melhor maneira para que essa neoplasia seja tratada com mínimo de chances de recidivas e posterior devolver ao paciente funções mastigatórias, estéticas e convívio social normal. **(BONACHELA;KAIZER; KAIZER, 2007)**

Segundo **RODRIGUES; RODRIGUES; CARDOSO *et al.,* 2010 e HAIDER, 2009**, em geral o tratamento de escolha é a remoção total da lesão. Para**HIROTA; CHIKUMARI; MATSURI *et al.,* 2008** a ressecção mandibular com margem de segurança sem tratamento conservador vem demonstrando um tratamento bastante eficaz e com poucas chances de recidiva no que se refere ao tratamento de ameloblastomas do tipo multicístico. Quando um tratamento de ameloblatoma passa de um tratamento conservador sem margem de segurança para um tratamento radical com margem de segurança a porcentagem de recidiva cai para cerca de 20%. Isto posto a ressecção segmentar com margem de segurança e reconstrução imediata oferecem baixas taxas de recidiva, função oral agradável e alta qualidade de vida. Esta modalidade cirúrgica é especialmente importante porque o espaço morto não obliterado pode acumular fluidos, o que pode causar infecção secundária e pode haver contração local, levando a aparência desagradável e dificuldades na mastigação, deglutição e fala, seguindo a reconstrução de tecidos moles. Por tanto, de acordo com **KO; CHANG; KAO*et al.,* 2007** a forma mais segura e mais eficaz para um tratamento de ameloblastoma da forma multicística é a ressecção agressiva e posterior a reconstrução com enxerto ósseo

Quanto ao tipo de enxerto vascularizado ou não vascularizado a ser utilizado, o melhor sitio doador é o vascularizado da fíbula, pois, o mesmo tem várias vantagens, como boa vascularização, fornece boa quantidade de suprimento sanguíneo, permite boa adaptação nos diferentes defeitos ósseos, além de possuir dimensão apropriada para uma posterior intervenção com implantes dentários. Em relação às desvantagens estes autores frisam a necessidade de se realizar osteotomias para criar curvaturas e por possuir altura óssea insuficiente (gerando perda da projeção do mento e do suporte labial). Geralmente o enxerto é maior do que é necessário, fazendo com que se perca o fundo de vestíbulo do paciente, acarretando a uma fala, deglutição e reabilitação prejudicada pelo mesmo. Alémdisso, este enxerto oferece excelente osso bicortical para a realização de implantes dentários e uma versátil unidade cutânea para reconstrução de tecidos moles.Concluindo que para reconstruções mandibulares este é o melhor tipo de enxerto.**(TALITA, 2001; VAYVADA; MOLA; MENDERES*et al.,* 2009; KURKCU; BENLIDA, KURTOGLU*et al.,* 2008 e CHAINE; PITAK-ARNNOP; DHANUTHAI *et al.,* 2009)**

POGREL; PODLESH; ANTHONY*et al.,* 1997 discordam com os autores acima e defende que o uso de enxerto não vascularizado em cirurgia de ameloblastoma deve ser utilizado por possuir melhor contorno e consequente volume ósseo, podendo melhorar na questão da estética e por favorecer na escolha de colocação de implantes. Como há várias divergências sobre o assunto, devemos ser criteriosos, ter bom censo e entender nossas habilidades e competências ao escolher o melhor tipo de enxerto para manter como prioridade as expectativas do paciente.

5. CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a ressecção segmentar, ou hemimandibulectomia é uma boa opção de tratamento em caso de remoção de ameloblastoma multicístico. Por ser um tratamento radical, diminui muito as chances de ocorrer recidiva no paciente, porém, este tipo de intervenção deixa sequelas no pós-operatório deste paciente, como deformidades faciais, disfunções mastigatórias e o movimento mandibular também podem ser afetados. O uso de enxerto ósseo microvascularizado de fíbula é indicado como terapia de tratamento, induzindo o aumento de volume ósseo, facilitando a reabilitação com implantes osseointegráveis. A reabilitação oral com implantes dentários é uma técnica muito utilizada nos dias atuais na Odontologia, pois, tem o objetivo de devolver ao paciente sequelado as funções normais que foram afetadas, como conforto, função mastigatória, deglutição, fonação, estética, qualidade de vida e convívio social. É possível realizar várias modalidades de reabilitação oral, porém, o profissional deve se ater a não prejudicar a qualidade de vida do paciente.

6. REFERÊNCIAS

1. BONACHELA, W.C.;KAIZER, O.B.; KAIZER, R.O.F. Tratamento protético pós-cirúrgico de ameloblastoma de maxila – Prosthetictreatmentpostoperativeofameloblastomaofthe maxila.RFO, v. 12, n. 2, p. 68-73, maio/agosto 2007
2. CHAINE, A.; PITAK-ARNNOP, P.; DHANUTHAI, K. *et al.,* A treatment algorithm for managing giant mandibular ameloblastoma: 5 Year experiences in a Paris University Hospital, Eur. J. Surg. Oncol., v. 35, n. 09, p. 999-1005, sept, 2009

3. COSTA, C.; PEREIRA, F.M.; MAILART , D. *et al.,*. Aspectos radiográficos de um caso de ameloblastoma. RPG Ver. Pos-Grad, v.01, n.02, p.28-30, 1994

4. ECKARDT, A.M.; KOKEMULLER, H.; FLEMMING, P. *et al.,* Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction – A review of twenty years. Journal ofCranio-Maxillofacial Surgery, v.37 p. 36-41, 2009

5. HAIDER, I.A. Study of ameloblastoma: 102 cases. Int. J. Oral Maxillofac. Surg, v.38, p. 493- 494, 2009

6. HIROTA, M; CHIKUMARI, H; MATSURI, Y; *et al.,*Osteosynthesis and simultaneous irregular trifocal distraction osteogenesis for segment mandibular defect after tumor ablative surgery: A case report. Oral surg. Oral med. Oral pathol. Oral radiol. Endod. Yokohama, v. 106, n. 05, p. 651-655, 2008

7. JOHANNES, T.M.; ROBERT, J.J.; ELLEN, M. *et al.,*Nonvascularizes Bone Grafts for segmental reconstruction of the mandible – A reappraisal. J. Oral Maxillofac. Surg., v.67, p.1446-1452, 2009

8. KHATAMI, A.H.; TOLJANIC, J.A.; KLEINMAN, A. Mandibular Reconstruction with vascularized fibulaa flap and osseointegratedimpants: A clinical report. Journal of Oral Implantology, v.36, n.05, 2010

9. KO, E. C.; CHANG, I.P.; KAO, J.C.*et al.,* Depression and debulking of mandibular ameloblastoma followed by the definitive surgical excision with peripheral ostectomy and chemical cautery with distilled water –

a new concept especially for the growing patients. Int. J. Oral Maxillofac. Surg., v.36, p. 1034-1035, 2007

10. KURKCU, M.; BENLIDAY, M.E., KURTOGLU, C. *et al.,* Placement of implants in the mandible reconstructed with free vascularizes fibula flap: comparison of 02 Cases.Oral Surg. Oral med. Oral pathol. Oral radiol. Endod. Adana, v. 105, n. 03, p. e36-e40, mar, 2008

11. LUNARDI, D.V.; FAVA, A.S.; MARTINS, R.H. *et al.,* Tratamento cirúrgico do ameloblastoma com reconstrução de mandíbula com enxerto de crista ilíaca não vascularizado- Estudo de sete casos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 28, n.01, p. 09-12, fev., 2001

12. MARCUCCI, G. Fundamentos de estomatologia – Estomatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012

13. MONTORO, J.R.M.C.; TAVARES, M.G.; MELO, D.H. *et al.,* Ameloblastoma mandibular tratado por rececção óssea e reconstrução imediata – Mandibular ameloblastomatreatedby boné resectionandimediatereconstruction. Ver. Bras. Otorrinolaringol., v.74, n.1, p. 55-57, 2008

14. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M. *et al.,* Patologia Oral e Maxilofacial. 3ª ed., Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2009

15. POGREL, M.A.; MONTES, D.M. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? Int. J. Oral Maxillofac. Surg., v. 38, n. 08, p. 807-812, aug., 2009

16. POGREL, M.A.; PODLESH, S.; ANTHONY, J.P. *et al.,* A comparison of vascularized and nonvascularizes bone grafts of reconstruction of

mandibular continuity defects.J. Oral Maxillofac. Surg. v. 55, p. 1200-1206, 1997

17. REZENDE, A.B.M.; FABER, P.A.; PINO, D.S. *et al.,* Tratamento cirúrgico de ameloblastomamúlticistico de mandíbula Surgycaltreatmentofmulticysticameloblastomaofthemandible. Revista Científica da FHO. Uniararas v. 2, n. 1, 2014

18. RODRIGUES, T. L. C.; RODRIGUES, F.G.; CARDOSO, A.B.*et al.,* Tumores benignos dos maxilares: analise retrospectiva de 10 anos. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac, v.9, n.4, p. 87-92, out./dez. 2009

19. SÁ, A.C.D.; ZARDO, M.; PAES, A.J.O. *et al.,* Ameloblastoma da mandíbula: Relato de dois casos. RadiolBras, v. 37, n. 06p. 465-468, 2004

20. SHAM, E.; LEONG, J.; MAHER, R. *et al.,*Mandibular ameloblastoma: clinicalexperienceandliteraturereview.Anz. J. Surg. Melbourne, v.79, n. 10, p. 739-744, oct., 2009

21. TALITA, F. Princípios de cirurgia plástica, Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

22. VAYVADA, H.; MOLA, F.; MENDERES, A. *et al.,* Surgical management of ameloblastoma in the mandibule: segmental mandibulectomy and immediate reconstructuion with free fíbula or deep circumflex iliac artery flap (evaluation of the long- term esthetic and funcional results).J. Oral Maxillofac. Surg., v. 64, p. 1532-1539, 2006