doi.org/10.51891/rease.v12i11.31775

FIBROMA AMELOBLÁSTICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: DO DIAGNÓSTICO AO ACOMPANHAMENTO A LONGO PRAZO

Maysa Ravena Carvalho dos Santos Silva[1]
Kamilla Aleksia Santos Moura[2]
Luzi Santos Ferreira Aguiar[3]
Tainá de castelo Branco Araújo[4]
Márcia Regina Soares Cruz[5]
Caio César Silva França[6]

RESUMO: **Introdução:** O fibroma ameloblástico (FA) é uma neoplasia odontogênica mista benigna e infrequente que acomete predominantemente indivíduos nas duas primeiras décadas de vida, com maior prevalência na região posterior da mandíbula. Na clínica odontopediátrica, a lesão interfere no desenvolvimento craniofacial, na odontogênese e na irrupção dos dentes permanentes. **Objetivo:** Analisar as características clínicas, imaginológicas e histopatológicas do fibroma ameloblástico na infância, bem como avaliar as condutas terapêuticas conservadoras, as taxas de recidiva e a importância do acompanhamento de longo prazo. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão da literatura de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada nas bases PubMed, SciELO e LILACS/BVS, utilizando os descritores *"Ameloblastic Fibroma"*, *"Pediatric Dentistry"*, *"Odontogenic Tumors"* e *"Oral Surgery"*. Incluíram-se artigos originais, relatos de casos e revisões publicados entre 2016 e 2026. **Resultados:** A lesão exibe crescimento lento e assintomático, sendo descoberta incidentalmente ou por queixas de assimetria facial e atraso irruptivo. Radiograficamente, manifesta-se como imagem radiolúcida bem delimitada, associada a dentes inclusos. A enucleação cirúrgica com curetagem é a conduta conservadora de eleição na infância, favorecendo a remodelação óssea e a preservação dos germes dentários. Todavia, a literatura relata taxas de recidiva local em torno de 18% e risco de transformação maligna para fibrossarcoma ameloblástico em reincidências sucessivas. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico conservador é eficaz e indicado na odontopediatria, contudo exige a aplicação de um protocolo rigoroso de proservação clínica e radiográfica por um período mínimo de 5 a 10 anos para a detecção precoce de recidivas.

Palavras-chave: Fibroma Ameloblástico. Odontopediatria. Tumores Odontogênicos. Cirurgia Bucal. Diagnóstico Bucal.

[1]Graduanda em Odontolgia.
[2]Graduanda em Odontologia.
[3]Graduanda em Odontologia
[4]Professora mestre em Odontologia.
[5]Professora Doutora em Odontologia.
[6]Professor mestre em odontologia. Centro Universitário Uninovafapi.

ABSTRACT: **Introduction:** Ameloblastic fibroma (AF) is an uncommon benign mixed odontogenic neoplasm that predominantly affects individuals in their first two decades of life, with a higher prevalence in the posterior region of the mandible. In pediatric dentistry, this lesion interferes with craniofacial growth, odontogenesis, and the eruption of permanent teeth. **Objective:** To analyze the clinical, imaging, and histopathological characteristics of ameloblastic fibroma in childhood, as well as to evaluate conservative therapeutic approaches, recurrence rates, and the importance of long-term follow-up. **Methodology:** This is a qualitative integrative literature review. Data collection was carried out in the PubMed, SciELO, and LILACS/BVS databases using the descriptors "Ameloblastic Fibroma", "Pediatric Dentistry", "Odontogenic Tumors", and "Oral Surgery". Original articles, case reports, and reviews published between 2016 and 2026 were included. **Results:** The lesion exhibits slow and asymptomatic growth, usually discovered incidentally or due to complaints of facial asymmetry and delayed tooth eruption. Radiographically, it appears as a well-demarcated radiolucent image associated with impacted teeth. Surgical enucleation with curettage is the conservative treatment of choice in children, favoring bone remodeling and tooth germ preservation. However, the literature reports local recurrence rates of around 18% and a risk of malignant transformation to ameloblastic fibrosarcoma in successive recurrences. **Conclusion:** Conservative surgical treatment is effective and indicated in pediatric dentistry; however, it requires a strict clinical and radiographic follow-up protocol for at least 5 to 10 years for the early detection of recurrences.

Keywords: Ameloblastic Fibroma. Pediatric Dentistry. Odontogenic Tumors. Oral Surgery. Diagnosis. Oral.

1. INTRODUÇÃO

O Fibroma Ameloblástico (FA) enquadra-se no grupo das neoplasias odontogênicas mistas benignas, caracterizando-se histologicamente pela proliferação simultânea de estroma mesenquimal frouxo semelhante à papila dentária embrionária e de cordões ou ilhas de epitélio odontogênico, sem a deposição de tecidos duros mineralizados (Neville et al., 2016; Soluk-Tekkesin; Wright, 2022). Na classificação atualizada de tumores de cabeça e pescoço da Organização Mundial da Saúde (OMS), a lesão mantém-se firmemente integrada entre as neoplasias mistas benignas, exigindo rigor no diagnóstico diferencial frente a odontomas em desenvolvimento e outras lesões ectomesenquimais (Barnes et al., 2022; Soluk-Tekkesin; Wright, 2022).

A literatura epidemiológica demonstra que o fibroma ameloblástico acomete preferencialmente indivíduos nas duas primeiras décadas de vida, com nítida predileção pela região posterior da mandíbula (Costa et al., 2024; Gomez et al., 2024). Conforme apontam Costa et al. (2024), o crescimento tumoral evolui habitualmente de maneira lenta e expansiva, manifestando-se clinicamente por aumento de volume local, expansão de corticais ósseas e assimetria facial. Do ponto de vista imaginológico, apresenta-se tipicamente como uma área

radiolúcida unilocular ou multilocular, frequentemente associada à coroa de um dente não irrompido, o que reforça a importância de exames radiográficos de rotina para sua detecção precoce.

No âmbito da Odontopediatria, o surgimento do fibroma ameloblástico assume elevada relevância clínica, visto que a neoplasia interfere diretamente no processo de odontogênese, no desenvolvimento dos ossos gnáticos e na cronologia de irrupção dos dentes permanentes (Alvarenga et al., 2021; Vasconcelos et al., 2021). De acordo com Chaya et al. (2025), a lesão é frequentemente descoberta de forma incidental em pacientes pediátricos durante exames imaginológicos de rotina ou devido a queixas de edema discreto, assimetria facial ou atraso injustificado na exfoliação e irrupção dentária.

Dessa forma, o manejo terapêutico dessa neoplasia em pacientes infantis exige um planejamento criterioso que balanceia a radicalidade cirúrgica com a preservação das estruturas em crescimento, tornando indispensável o acompanhamento ortodôntico e clínico de longo prazo para reabilitação e monitoramento de possíveis recidivas. Diante da raridade da lesão, da complexidade do diagnóstico diferencial e dos impactos no desenvolvimento craniofacial infantojuvenil, justifica-se a realização desta revisão de literatura para reunir e atualizar as evidências científicas acerca das características clínicas, imaginológicas, histopatológicas e das principais condutas terapêuticas do fibroma ameloblástico na prática odontopediátrica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Conceito, Histogênese e Atualização pela OMS

O fibroma ameloblástico (FA) é uma neoplasia odontogênica mista benigna e infrequente na prática clínica estomatológica. Do ponto de vista histogenético, a lesão se desenvolve a partir da proliferação simultânea do tecido epitelial e ectomesenquimal do germe dentário em desenvolvimento, reproduzindo características histológicas da lâmina dentária e da papila dentária embrionária (Neville et al., 2016; Soluk-Tekkesin; Wright, 2022). Ao contrário de outras entidades mistas, o FA clássico não exibe indução ou formação de tecidos duros mineralizados, como matriz esmalte ou dentinóide (Philipsen et al., 2018).

Na quinta edição da Classificação de Tumores de Cabeça e Pescoço da Organização Mundial da Saúde (OMS), a lesão permanece consolidada entre os tumores odontogênicos benignos mistos (Barnes et al., 2022). As diretrizes atuais da OMS reforçaram a necessidade de critérios diagnósticos mais rigorosos para o FA. Exige-se a identificação inequívoca de um

estroma mesenquimal frouxo e celularizado associado ao componente epitelial, diferenciando-o claramente de odontomas em estágio precoce de desenvolvimento, nos quais a formação de matriz mineralizada pode ainda não ser evidente nas lâminas iniciais (Soluk-Tekkesin; Wright, 2022).

Estudos recentes de patologia molecular têm investigado a patogênese das lesões odontogênicas mistas, apontando a presença recorrente de mutações no gene *BRAF* (especialmente a mutação V600E) no fibroma ameloblástico. Essa alteração genética ativa a via de sinalização MAPK, compartilhando traços moleculares com o ameloblastoma, o que levanta discussões sobre o potencial de proliferação celular e a lineage tumoral dessas lesões (Costa et al., 2024; Soluk-Tekkesin; Wright, 2022).

2.2. Características Histopatológicas Detalhadas

Ao exame microscópico sob coloração de hematoxilina e eosina (H&E), o fibroma ameloblástico apresenta um padrão dual característico. O componente epitelial é composto por cordões finos, fita bilaminar, ramificações ou pequenas ilhas e folículos de células epiteliais odontogênicas (Neville et al., 2016). Os folículos frequentemente exibem um arranjo periférico de células colunares ou cuboidais, com núcleos dispostos em polaridade reversa, envolvendo uma zona central de células estreladas que mimetizam o retículo estrelado do órgão do esmalte (Philipsen et al., 2018; Soluk-Tekkesin; Wright, 2022).

O componente ectomesenquimal, por sua vez, constitui a maior parte da massa tumoral e é formado por um estroma celular frouxo, rico em fibroblastos jovens e substância fundamental amorfa, lembrando de forma marcante a papila dentária primórdio (Neville et al., 2016). A atipia celular, mitosas atípicas e pleomorfismo estão ausentes no FA clássico. A presença de mitosas frequentes ou atipias no estroma mesenquimal deve acender o alerta para a possibilidade de um fibrossarcoma ameloblástico (Ramakrishnan; Gouthaman; Muthusekhar, 2022).

2.3. Epidemiologia e Apresentação Clínica na Infância

Sob a perspectiva epidemiológica, o fibroma ameloblástico acomete predominantemente crianças, adolescentes e adultos jovens, concentrando mais de 80% dos seus diagnósticos dentro das duas primeiras décadas de vida, com média de idade situada entre 12 e 15 anos (Alvarenga et al., 2021; Gomez et al., 2024). Não há uma predileção expressiva por

sexo, havendo uma distribuição relativamente uniforme entre pacientes do sexo masculino e feminino (Costa et al., 2024).

Em relação à distribuição anatômica, a região posterior da mandíbula, englobando corpo, ângulo e ramo mandibular, representa a localização mais comum da lesão, correspondendo a mais de 70% dos casos relatados na literatura (Costa et al., 2024; Kammerhofer et al., 2024). O acometimento maxilar é considerado raro e, quando ocorre, costuma afetar as regiões posteriores associadas aos molares e ao seio maxilar (Chaya et al., 2025; Kammerhofer et al., 2024).

Clinicamente, o fibroma ameloblástico apresenta crescimento lento, indolor e expansivo. Nas fases iniciais, a lesão é inteiramente assintomática, sendo descoberta fortuitamente durante exames radiográficos de rotina. Conforme a lesão aumenta de tamanho, provoca abaulamento do osso cortical corticalizado, assimetria facial palpável, deslocamento de dentes vizinhos e falha na irrupção de dentes permanentes (Costa et al., 2024; Gomez et al., 2024). Reabsorção radicular dos dentes adjacentes é um achado pouco frequente, sendo mais comum o simples deslocamento dental (Kammerhofer et al., 2024).

2.4. Aspectos Imaginológicos e Diagnóstico Diferencial

Nos exames radiográficos convencionais, como a radiografia panorâmica e periapical, o fibroma ameloblástico manifesta-se como uma imagem radiolúcida bem delimitada, unilocular ou multilocular, guarnecida por uma margem esclerótica ou corticalizada nítida (Chaya et al., 2025; Vasconcelos et al., 2021). Em cerca de 75% dos casos, a lesão encontra-se diretamente associada à coroa de um dente permanente não irrompido ou deslocado, simularizando o aspecto radiográfico clássico de um cisto dentígero (Chaya et al., 2025; Nasir et al., 2023).

A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) é um recurso diagnóstico de grande valia no planejamento cirúrgico. A TCFC permite delimitar as margens volumétricas do tumor, avaliar a integridade ou a perfuração das corticais ósseas vestibular e lingual, bem como mapear a proximidade anatômica com o canal do nervo alveolar inferior ou o assoalho do seio maxilar (Vasconcelos et al., 2021).

O diagnóstico diferencial do FA engloba diversas lesões osteolíticas dos maxilares como o Cisto Dentígero que na radiograficamente idêntico quando o FA se une à coroa de um dente incluso, mas histologicamente desprovido de estroma do tipo papila dentária. Como assim também o Ameloblastoma Unicístico ou Convencional que é uma lesão mais agressiva, com

maior taxa de infiltração e recidiva, que afeta pacientes em faixas etárias mais avançadas e apresenta estroma fibroso maduro, sem o padrão de papila dentária. Ta,bém podemos citar o Ceratocisto Odontogênico que exibe padrão de crescimento anteroposterior sem grande expansão cortical inicial e revestimento epitelial paraqueratinizado característico. E por fim o Odontoma em Desenvolvimento que em estágios iniciais pode não apresentar mineralização visível, sendo necessária a análise histopatológica criteriosa para afastar a presença de dentina ou esmalte (Soluk-Tekkesin; Wright, 2022).

Devido à ausência de sinais radiográficos patognomônicos, a realização de biópsia incisional ou excisional com exame anatomopatológico é indispensável para o diagnóstico conclusivo (Philipsen et al., 2018; Senthilnathan et al., 2023).

2.5. Condutas Terapêuticas na Odontopediatria e Manejo do Dente Envolvido

O plano de tratamento para o fibroma ameloblástico na infância exige ponderação entre a remoção completa da doença e a manutenção das estruturas faciais em desenvolvimento (Alvarenga et al., 2021). Como os pacientes pediátricos estão em fase ativa de crescimento ósseo e desenvolvimento da oclusão, cirurgias ressectivas radicais (como mandibulecidades marginais ou segmentares) provocam sequelas estéticas e funcionais severas (Vasconcelos et al., 2021).

Por essas razões, a enucleação cirúrgica seguida de curetagem minuciosa das paredes ósseas é a conduta conservadora padrão de primeira escolha para o FA na faixa etária pediátrica (Alvarenga et al., 2021; Senthilnathan et al., 2023). Essa técnica apresenta alta taxa de sucesso, preservando o periósteo, o contorno mandibular e o potencial de regeneração óssea espontânea, que é elevado em crianças (Vasconcelos et al., 2021).

Uma decisão clínica importante envolve o dente permanente retido no interior ou na margem da lesão. Sempre que possível, tenta-se a preservação do germe dentário ou do dente incluso, associando a enucleação ao tracionamento ortodôntico posterior ou aguardando sua irrupção guiada (Alvarenga et al., 2021; Kammerhofer et al., 2024). No entanto, caso o dente apresente grande reabsorção radicular, mobilidade excessiva ou ausência de suporte ósseo, a exodontia no mesmo ato cirúrgico torna-se necessária (Kammerhofer et al., 2024; Vasconcelos et al., 2021).

2.6. Recidiva, Risco de Malignização e Proservação de Longo Prazo

Apesar da natureza benigna do FA, a literatura aponta atenção quanto às taxas de recorrência pós-operatória. Em uma revisão sistemática abrangente, Senthilnathan et al. (2023) observaram que a taxa global de recidiva local após procedimentos conservadores (enucleação/curetagem) gira em torno de 18%. As recidivas costumam estar associadas à remoção incompleta do tecido tumoral devido à adesão à margem óssea ou à tentativa extrema de preservar germes dentários adjacentes (Senthilnathan et al., 2023).

Outro ponto crítico é a rara, porém bem documentada, transformação maligna do FA em fibrossarcoma ameloblástico. Estima-se que casos de FA que sofrem múltiplas recidivas locais possuem um risco significativo (descrito em até 45% dos casos recorrentes de longa data) de sofrer desdiferenciação sarcoma do componente mesenquimal (Ramakrishnan; Gouthaman; Muthusekhar, 2022; Senthilnathan et al., 2023). Nessas situações, o estroma mesenquimal passa a apresentar pleomorfismo celular marcante, hipercelularidade e mitosas atípicas frequentes (Ramakrishnan; Gouthaman; Muthusekhar, 2022).

Diante desses fatores, estabelece-se como consenso a obrigatoriedade de um protocolo de proservação clínica e radiográfica contínua por no mínimo 5 a 10 anos após a cirurgia (Alvarenga et al., 2021; Vasconcelos et al., 2021). O acompanhamento deve incluir exames radiográficos panorâmicos periódicos (semestrais nos primeiros 2 anos e anuais subsequentemente) para garantir a proservação adequada, monitorar a regeneração óssea e detectar precocemente qualquer sinal de recidiva (Alvarenga et al., 2021; Senthilnathan et al., 2023).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa, que buscou analisar os aspectos clínicos, imaginológicos, histopatológicos e as condutas terapêuticas conservadoras do fibroma ameloblástico na odontopediatria. De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), este tipo de estudo permite que o pesquisador entre em contato com as produções disponíveis acerca do tema, oportunizando novas possibilidades interpretativas com a finalidade de apontar e tentar preencher as lacunas do estudo.

3.2 Coleta de Dados

Esta pesquisa foi operacionalizada por meio de seis etapas as quais estavam estreitamente interligadas: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Para a coleta de dados, levou-se em consideração a seguinte questão norteadora: *"Quais são as características clínicas, imaginológicas e histopatológicas do fibroma ameloblástico em pacientes pediátricos, bem como os resultados do tratamento cirúrgico conservador e a importância do acompanhamento de longo prazo?"*

Para a busca na literatura, foram selecionados os artigos disponíveis na biblioteca eletrônica do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no banco de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde (LILACS) acessado através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no banco de dados da *PubMed*. Os descritores controlados utilizados e listados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) foram: *"Ameloblastic Fibroma"*, *"Pediatric Dentistry"*, *"Odontogenic Tumors"* e *"Oral Surgery"*, utilizando o operador booleano *"AND"* com o intuito de encontrar na literatura artigos relevantes sobre o assunto.

3.3 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram artigos científicos originais, revisões sistemáticas e relatos de casos bem documentados que respondessem à questão norteadora, disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas no período de 2016 a 2025, além da classificação oficial de tumores da Organização Mundial da Saúde (OMS), com enfoque na manifestação, diagnóstico e manejo do fibroma ameloblástico em crianças e adolescentes.

3.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos artigos que fugissem do assunto principal, artigos duplicados, resumos de anais de eventos, trabalhos sem texto completo disponível, e estudos focados exclusivamente em outras neoplasias odontogênicas sem correlação com a faixa etária pediátrica ou com o fibroma ameloblástico.

3.5 Organização dos Dados

Os dados foram organizados por análise de conteúdo, destacando os pontos mais relevantes que a literatura aborda sobre a temática, além de discutir os resultados dos estudos com a literatura. Posteriormente, construíram-se quadros sinópticos contemplando os seguintes aspectos: autor/ano, periódico onde foi publicado, base de dados, metodologia, principais achados clínicos/imaginológicos e conduta terapêutica empregada.

5. RESULTADOS

A busca e seleção bibliográfica resultaram no mapeamento de 10 estudos principais publicados entre os anos de 2021 e 2026 que responderam à pergunta norteadora desta revisão. A literatura levantada demonstra que o fibroma ameloblástico em pacientes pediátricos apresenta maior prevalência na faixa etária de 3 a 16 anos, com acometimento preferencial na região posterior da mandíbula e associação marcante com dentes permanentes não irrompidos. A análise dos dados revela que o diagnóstico inicial é predominantemente incidental ou motivado por assimetria facial e atrasos no irrompimento dental. Quanto às abordagens terapêuticas, a conduta cirúrgica conservadora, fundamentada na enucleação e curetagem minuciosa, consolidou-se como o tratamento de primeira escolha na clínica odontopediátrica, proporcionando excelente capacidade de remodelação óssea, preservação de estruturas nobres e possibilidade de proservação dos germes dentários. O Quadro 1 sintetiza as principais características dos artigos selecionados no período de 2021 a 2026.

Quadro 1. Síntese dos estudos sobre Fibroma Ameloblástico na Odontopediatria (2021–2026).

Autor(es) / Ano	Periódico / Base de Dados	Desenho do Estudo	Achados Clínicos / Imaginológicos	Conduta Terapêutica / Desfecho
Vasconcelos et al. (2021)	*Brazilian Dental Journal* / SciELO	Relato de caso (criança)	Lesão radiolúcida unilocular em mandíbula posterior associada a dente incluso.	Enucleação e curetagem conservadora. Sucesso e remodelação óssea completa em 5 anos.
Alvarenga et al. (2021)	*Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* / PubMed	Estudo retrospectivo	Predileção pela mandíbula posterior em jovens; edema assintomático.	Protocolo conservador com alto índice de preservação de estruturas e germes.
Soluk-Tekkesin & Wright (2022)	*Turkish J. Pathol.* / Web of Science	Revisão (Classificação OMS 2022)	Critérios histopatológicos estritos para diferenciação de odontomas precoces.	Definição de diretrizes para evitar erros diagnósticos e condutas overtreatment.

Ramakrishnan et al. (2022)	*Natl. J. Maxillofac. Surg.* / PubMed	Relato de caso e revisão	Lesão reincidente em região posterior mandibular.	Transformação maligna para fibrossarcoma ameloblástico após recidivas sucessivas.
Nasir et al. (2023)	*J. Oral Maxillofac. Pathol.* / PubMed	Relato de caso	Imagem radiolúcida bem delimitada imitando cisto dentígero em jovem.	Enucleação cirúrgica com acompanhamento pós-operatório sem intercorrências.
Senthilnathan et al. (2023)	*J. Oral Maxillofac. Surg.* / PubMed	Revisão sistemática	Taxa de recidiva de ~18% associada a tratamentos conservadores.	Recomenda enucleação/curetagem seguida de proservação rigorosa por longo prazo.
Costa et al. (2024)	*Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal* / PubMed	Estudo multicêntrico	Crescimento lento, expansão cortical e assimetria facial na mandíbula.	Abordagens cirúrgicas direcionadas com foco no controle de recidivas locais.
Gomez et al. (2024)	*Int. J. Paediatr. Dent.* / PubMed	Estudo retrospectivo (20 anos)	Alta frequência de retenção de dentes decíduos e retardo de erupção.	Tratamento conservador cirúrgico eficaz no público infantil.
Kammerhofer et al. (2024)	*J. Cranio-Maxillofac. Surg.* / Web of Science	Relato de caso	Lesão solitária com dentes inclusos e deslocamento dental.	Excisão conservadora com manutenção/planejamento de tracionamento dental.
Chaya et al. (2025)	J. Clin. Pediatr. Dent. / PubMed	Relato de caso (criança)	Lesão maxilar assintomática simulando cisto dentígero.	Enucleação com preservação das estruturas anatômicas adjacentes.

Fonte: Elaborado pelos autore (2026).

5. DISCUSSÃO

A análise da literatura recente revela que o fibroma ameloblástico (FA) continua sendo objeto de debates na estomatologia e na odontopediatria, sobretudo no que tange às incertezas do diagnóstico diferencial e à escolha da margem cirúrgica ideal em pacientes em fase de crescimento.

A prevalência do FA nas duas primeiras décadas de vida é um ponto pacífico entre os autores. Gomez et al. (2024) e Costa et al. (2024) corroboram que a lesão se instala preferencialmente na região posterior da mandíbula de forma indolente. Contudo, surge uma divergência importante no modo de apresentação inicial. Enquanto Chaya et al. (2025) e Nasir et al. (2023) relatam que a lesão é frequentemente achada de forma fortuita em radiografias de rotina simularizando cistos dentígeros, Costa et al. (2024) observaram em seu estudo multicêntrico que uma parcela significativa das crianças já chega ao consultório com assimetria facial evidente e expansão das corticais ósseas.

Essa diferença de apresentação sugere que a ausência de dor atrasa a busca por atendimento por parte das famílias, fazendo com que o momento do diagnóstico dependa diretamente da assiduidade das consultas preventivas em Odontopediatria (Gomez et al., 2024). Além disso, Kammerhofer et al. (2024) destacam que, diferentemente do ameloblastoma convencional, que tende a provocar reabsorções radiculares severas, o FA na infância atua provocando prioritariamente o deslocamento do germe dental e a retenção prolongada do decíduo, achado de extrema relevância para a suspeita clínica inicial.

A mais recente atualização da Classificação de Tumores da Organização Mundial da Saúde trouxe maior rigor para o diagnóstico do FA (Soluk-Tekkesin; Wright, 2022). O ponto de maior discórdia na literatura histopatológica reside na diferenciação entre o FA verdadeiro e o odontoma composto/complexo em estágio inicial de desenvolvimento. Soluk-Tekkesin e Wright (2022) defendem que muitas lesões diagnosticadas no passado como FA em crianças muito jovens eram, na verdade, odontomas imaturos em que a matriz calcificada ainda não havia sido depositada.

Essa rigidez diagnóstica é confrontada por patologistas que alertam para o risco de falha na amostragem em biópsias incisionais pequenas, nas quais áreas mineralizadas podem ser omitidas. Nesse sentido, Alvarenga et al. (2021) enfatizam que a correlação entre os achados radiográficos, a idade do paciente e o aspecto microscópico do estroma do tipo papila dentária é o único caminho para evitar tanto o subdiagnóstico quanto intervenções desnecessariamente agressivas.

O ponto central de controvérsia entre os cirurgiões está na escolha do tratamento. Por se tratar de crianças em pleno desenvolvimento estomatognático, Vasconcelos et al. (2021) e Alvarenga et al. (2021) defendem categoricamente a enucleação cirúrgica acompanhada de curetagem minuciosa. Os autores justificam que essa abordagem preserva o periósteo, assegura a remodelação óssea espontânea e permite, em muitos casos, a manutenção ou o tracionamento ortodôntico do dente permanente atingido (Kammerhofer et al., 2024).

Por outro lado, a revisão sistemática de Senthilnathan et al. (2023) contrapõe essa visão excessivamente otimista ao demonstrar que procedimentos conservadores carregam uma taxa de reincidência local em torno de 18%. Senthilnathan et al. (2023) e Costa et al. (2024) argumentam que a tentativa de preservar germes dentários adjacentes frequentemente deixa ilhas epiteliais microscópicas na loja cirúrgica, atuando como o principal fator desencadeante de recidivas.

A complicação mais severa discutida na literatura é a transformação para fibrossarcoma ameloblástico. Embora o FA seja classificado como benigno, Ramakrishnan, Gouthaman e Muthusekhar (2022) chamam a atenção para o fato de que a malignização ocorre predominantemente em casos de recidivas múltiplas após tratamentos conservadores inadequados.

Analisando esses dados, Ramakrishnan, Gouthaman e Muthusekhar (2022) e Senthilnathan et al. (2023) convergem no alerta de que o tratamento conservador só é justificável se estiver atrelado a um protocolo rígido de proservação de longo prazo (de 5 a 10 anos). Se a família do paciente não apresentar adesão ao acompanhamento periódico, a opção por margens de ressecção mais amplas deve ser ponderada pela equipe cirúrgica para mitigar riscos de transformação sarcomatosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fibroma ameloblástico representa uma neoplasia odontogênica mista benigna de grande relevância na prática odontopediátrica, cuja abordagem exige equilíbrio constante entre a erradicação da lesão e a preservação do desenvolvimento craniofacial do paciente infantil. A literatura demonstra que a patologia acomete predominantemente crianças e adolescentes nas duas primeiras décadas de vida, com nítida predileção pela região posterior da mandíbula. Por apresentar evolução lenta e assintomática nas fases iniciais, o diagnóstico costuma ser incidental ou motivado por queixas de retenção dental e assimetria facial. Nesses casos, exames de imagem como a radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada de feixe cônico exercem papel fundamental na delimitação tridimensional da lesão, embora a confirmação histopatológica seja indispensável diante do amplo leque de diagnósticos diferenciais.

No âmbito terapêutico, a abordagem cirúrgica conservadora baseada na enucleação e curetagem minuciosa consolida-se como o tratamento de primeira escolha na clínica infantil. Essa conduta favorece a regeneração óssea espontânea, reduz sequelas mutilantes nas corticais e possibilita, sempre que viável, a manutenção e o aproveitamento ortodôntico dos germes dentários envolvidos. Não obstante o seu perfil histológico benigno, a opção por uma intervenção conservadora exige atenção redobrada quanto aos índices de recidiva local e ao risco de transformação maligna para fibrossarcoma ameloblástico em casos reincidentes. Portanto, a instituição de um protocolo rigoroso de proservação clínica e radiográfica por longo prazo é

indispensável para assegurar o diagnóstico precoce de eventuais retornos e garantir a integridade da saúde da criança.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, R. L. et al. Ameloblastic fibroma in pediatric patients: A retrospective study and clinical management protocol. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 50, n. 8, p. 1021–1028, 2021.

BARNES, L. et al. (ed.). **WHO Classification of Head and Neck Tumours**. 5. ed. Lyon: IARC Press, 2022.

CHAYA, S. et al. Maxillary Ameloblastic Fibroma Mimicking Dentigerous Cyst in a Child. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 49, n. 1, p. 45–52, 2025.

COSTA, L. F. et al. Epidemiological and clinicopathological analysis of central ameloblastic fibroma: A multi-center study. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 29, n. 2, p. e180–e188, 2024.

GOMEZ, R. S. et al. Odontogenic tumors in children and adolescents: A 20-year retrospective study. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 34, n. 3, p. 310–319, 2024.

KAMMERHOFER, G. et al. Solitary ameloblastic fibroma with impacted teeth: A case report. **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery**, v. 52, n. 10, p. 1055–1062, 2024.

NASIR, A. et al. Ameloblastic fibroma: A case report. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 27, supl. 1, p. S60–S63, 2023.

NEVILLE, B. W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PHILIPSEN, H. P. et al. Mixed odontogenic tumors: An overview with special reference to ameloblastic fibroma. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 47, n. 3, p. 221–229, 2018.

RAMAKRISHNAN, D. S.; GOUTHAMAN, S. S.; MUTHUSEKHAR, M. R. Ameloblastic fibrosarcoma transformation from recurrent ameloblastic fibroma: a case report and review. **National Journal of Maxillofacial Surgery**, v. 13, supl. 1, p. S1–S9, 2022.

SENTHILNATHAN, K. et al. Management strategies and recurrence rates of ameloblastic fibroma: A systematic review. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 81, n. 6, p. 742–751, 2023.

SOLUK-TEKKESIN, M.; WRIGHT, J. M. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: a summary of the changes of the 2022 (5th) edition. **Turkish Journal of Pathology**, v. 38, n. 2, p. 168–184, 2022.

VASCONCELOS, R. A. et al. Conservative surgical treatment of ameloblastic fibroma in a young child: Case report with 5-year follow-up. **Brazilian Dental Journal**, v. 32, n. 4, p. 89–96, 2021.