

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

RAPHAEL LARANJEIRA LOPES

**Diagnóstico diferencial imaginológico entre ameloblastoma e queratocisto
odontogênico: uma revisão de escopo**

Juiz de Fora - MG

2026

RAPHAEL LARANJEIRA LOPES

**Diagnóstico diferencial imaginológico entre ameloblastoma e queratocisto
odontogênico: uma revisão de escopo**

Monografia apresentada à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte da avaliação para obtenção da nota final e aprovação.

Orientador: Fabrício Tinoco Alvim de Souza
Coorientadora: Karina Lopes Devito

Juiz de Fora - MG

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Laranjeira Lopes, Raphael.

Diagnóstico Diferencial Imaginológico Entre Ameloblastoma e Queratocisto Odontogênico: Uma Revisão de Escopo / Raphael Laranjeira Lopes. -- 2026.

125 p. : il.

Orientador: Fabrício Tinôco Alvím de Souza

Coorientadora: Karina Lopes Devito

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia, 2026.

1. Ameloblastoma. 2. Diagnóstico diferencial. 3. Queratocisto odontogênico. 4. Radiografia panorâmica. 5. Tomografia computadorizada.. I. Tinôco Alvím de Souza, Fabrício, orient. II. Lopes Devito, Karina, coorient. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
REITORIA – FACODONTO – Coordenação do Curso de Odontologia

Raphael Laranjeira Lopes

**Diagnóstico diferencial imagiológicos entre ameloblastoma e queratocisto
odontogênico: uma revisão de escopo**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de
Cirurgião-Dentista.

Aprovado em 10 de junho de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fabricio Tinoco Alvim de Souza
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Drª. Karina Lopes Devito
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Drª. Leticia Drumond de Abreu Guimarães
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico esse trabalho à minha família: aos meus pais, meu irmão e a aqueles que não estão mais entre nós, os quais são o bem mais precioso da minha vida!

Agradecimentos

Agradeço à Deus pelo dom da vida, por me permitir viver experiências inimagináveis à minha realidade, por me sustentar durante todos esses anos cursando odontologia e por cuidar de mim da minha família durante esse período.

Agradeço imensamente ao meu pai **Job Lopes Zeferino** por ser meu exemplo de integridade, bondade e fé. Grato sou ao meu pai por se doar tanto pela nossa família e trabalhar arduamente para que eu pudesse alcançar meus sonhos. A minha mãe **Cláudia Laranjeira Lopes**, minha eterna gratidão por me gerar, por me fazer uma pessoa forte, por me ensinar todos os dias a ser um homem melhor, por me ensinar que sou capaz, por se doar tanto por mim e principalmente por escolher viver todos os dias.

Aos meus demais familiares, em especial meus irmãos(a) **Gabriel Laranjeira Lopes** e **Marcella Levy**, meus primos, **Rafaela Cruz Russo**, **Marcela Cruz Russo**, **David Myrrha**, **Rachel Myrrha** e **Paula Myrrha**, meus tios, **Eduardo Lucas da Silva Ferreira**, **Eleonora Myrrha Ferreira**, **Cleonice Laranjeira Cruz Russo** e **Jorge Alberto Russo** e meus avôs e avós, **Olga** e **Mira**, que infelizmente não estão mais entre nós, meu muito obrigado por todo carinho comigo, pelos incentivos, acredito que essa conquista é muito significativa para toda a nossa família!

Aos meus amigos de Belo Horizonte, **Arthur Fortes**, **Vitor Hugo**, **Aline Oliveira**, **Paulo Henrique**, **Danielle Bretz**, **Valéria Moreira**, **João Laguárdia**, que sempre me incentivaram, me apoiaram de alguma forma, e que mesmo distante fisicamente durante esse tempo que morei longe permaneceram em minha vida cultivando nossa amizade.

Aos meus amigos que fiz na odontologia, não tenho palavras para descrever o quanto eles representam para mim, pois se tornaram minha família em Juiz de Fora. Em especial destaco alguns que estiveram presentes em todos os momentos, me ajudaram a continuar, e foram verdadeiros amigos quando precisei. São eles: **Rilary Hipólito**, **Rayssa Hipólito** **Isabel Nunes**, **Pedro Henrique Araújo**, **Mayara Gama**, **Iandra Resende**, **Lucas David**, **Kaíky Benevenuto**, **Henrique Tavares**, **João Vitor da Hora**.

Ao meu grande amor e futura esposa **Ana Júlia Soranço de Oliveira** por ser minha companheira, durante esses anos, por ser uma amiga compreensível, bondosa, zelosa e dedicada, amorosa e parceira nos bons e maus momentos. Com certeza, sem essa namorada tão especial talvez minha trajetória seria muito mais difícil.

A todos os meus professores que contribuíram na minha formação. Em especial alguns professores que tive o privilégio de me aproximar mais e absorver grandes ensinamentos. São eles: o meu orientador, **Fabício Tinôco Alvim de Souza** que me acolheu como aluno, dedicou seu tempo a mim e me ajudou muito em um momento desafiador na minha graduação, minha eterna gratidão! Minha coorientadora **Karina Devito**, ao mestrando **Thiago de Souza**, aos professores **Daniel Marlière**, **Matheus Furtado** e **Letícia Drumond** por serem grandes incentivadores, que ensinam princípios que vão além da técnica e, além disso, foram os professores que muito me ensinaram sobre a arte de operar, me ensinaram muito sobre cirurgia e por viabilizar o meu contato com a Cirurgia Bucomaxilofacial e a Implantodontia, minhas grandes paixões na Odontologia.

A todos os meus pacientes que me deram a honra de aprender através de suas demandas odontológicas e mais que isso, me ensinaram lições que vão além do labor odontológico.

Muito obrigado a todos!

RESUMO

O ameloblastoma (AM) e o queratocisto odontogênico (QO) são lesões odontogênicas de comportamento biológico distinto, porém com importantes semelhanças clínicas e imaginológicas, o que dificulta o diagnóstico diferencial. A identificação de parâmetros imaginológicos mais precisos torna-se essencial para auxiliar no planejamento terapêutico, prognóstico e tomada de decisão clínica. O objetivo desse estudo é avaliar e comparar os aspectos imaginológicos do AM e do QO, buscando estabelecer critérios que auxiliem no diagnóstico diferencial entre essas lesões. Para isso, foi realizada uma revisão de escopo conduzida conforme as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute e reportada segundo o checklist PRISMA-ScR. Foram incluídos estudos observacionais, séries de casos e relatos de casos publicados sem restrição de idioma ou período, que abordassem características imaginológicas do AM e do QO. As buscas foram realizadas nas bases PubMed, Scopus, Web of Science e Embase, além da literatura cinzenta por meio do Google Scholar. A seleção dos estudos foi realizada por revisores independentes utilizando o software Rayyan. Foram extraídos dados clínicos, imaginológicos e terapêuticos das lesões, sendo realizada análise qualitativa e quantitativa descritiva dos achados. Nos resultados foram incluídos 38 estudos publicados entre 1990 e 2024, totalizando 763 casos de AM e 1114 de QO. Observou-se predileção pelo sexo masculino e maior acometimento mandibular em ambas as lesões. O AM apresentou predominantemente padrão multilocular (70,12%), maior expansão óssea (87,9%) e maior frequência de reabsorção radicular (68%). Em contrapartida, o QO apresentou padrão predominantemente unilocular (61,53%), menor expansão óssea (39,9%) e maior associação com dentes inclusos/impactados (63,12%). Ambos apresentaram margens bem definidas, porém mais consistentemente no AM. Os resultados também demonstraram concordância com estudos que destacam a tomografia computadorizada como exame essencial para caracterização tridimensional das lesões e melhor diferenciação diagnóstica. Divergências foram observadas quanto ao deslocamento dentário, mais frequente no AM nesta revisão. É possível concluir que o AM e o QO apresentam diferenças imaginológicas relevantes, especialmente relacionadas à locularidade, expansão óssea, associação com dentes inclusos e reabsorção radicular, embora nenhum critério isolado seja definitivo. A padronização dos relatos imaginológicos e a correlação histopatológica permanecem indispensáveis para maior acurácia diagnóstica e definição do tratamento adequado.

Palavras-chave: Ameloblastoma, Diagnóstico diferencial, Queratocisto odontogênico, Radiografia panorâmica, Tomografia computadorizada.

ABSTRACT

Ameloblastoma (AM) and odontogenic keratocyst (OKC) are odontogenic lesions with distinct biological behavior; however, they share important clinical and imaging similarities, which makes differential diagnosis challenging. The identification of more accurate imaging parameters becomes essential to assist in therapeutic planning, prognosis, and clinical decision-making. The aim of this study was to evaluate and compare the imaging features of AM and OKC, seeking to establish criteria that may assist in the differential diagnosis between these lesions. For this purpose, a scoping review was conducted according to the methodological recommendations of the Joanna Briggs Institute and reported following the PRISMA-ScR checklist. Observational studies, case series, and case reports published without language or time restrictions, addressing imaging characteristics of AM and OKC, were included. Searches were performed in the PubMed, Scopus, Web of Science, and Embase databases, in addition to gray literature through Google Scholar. Study selection was carried out by independent reviewers using the Rayyan software. Clinical, imaging, and therapeutic data from the lesions were extracted, and qualitative and quantitative descriptive analyses of the findings were performed. The results included 38 studies published between 1990 and 2024, totaling 763 cases of AM and 1,114 cases of OKC. A predominance in males and greater mandibular involvement were observed in both lesions. AM predominantly presented a multilocular pattern (70.12%), greater bone expansion (87.9%), and a higher frequency of root resorption (68%). In contrast, OKC predominantly exhibited a unilocular pattern (61.53%), less bone expansion (39.9%), and a greater association with impacted/included teeth (63.12%). Both lesions presented well-defined margins, although this feature was more consistently observed in AM. The results also demonstrated agreement with studies highlighting computed tomography as an essential examination for three-dimensional lesion characterization and improved diagnostic differentiation. Divergences were observed regarding tooth displacement, which was more frequent in AM in this review. It is possible to conclude that AM and OKC present relevant imaging differences, especially related to locularity, bone expansion, association with impacted teeth, and root resorption, although no isolated criterion is definitive. The standardization of imaging reports and histopathological correlation remain indispensable for greater diagnostic accuracy and appropriate treatment definition.

Keywords: Ameloblastoma, Differential diagnosis, Odontogenic keratocyst, Panoramic radiography, Computed tomography.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Fluxograma da estratégia de busca proposto pelo checklist PRISMA	17
Quadro 1	- Estratégia de busca e resultados para cada uma das bases utilizadas, Juiz de Fora, MG, Brasil, 2026	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Ameloblastoma
Cm	Centímetros
H	Homem
IND	Informação não disponível
Mand	Mandíbula
Max	Maxila
Mm	Milímetros
MVD	Densidade microvascular
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSF	Open Science Framework
PCC	População conceito contexto
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Guidelines
QO	Queratocisto odontogênico
RX	Radiografia
TC	Tomografia computadorizada
TCFC	Tomografia computadorizada de feixe cônico
TCMS	Tomografia computadorizada multislice

LISTA DE SÍMBOLOS

=	Igual
+	Mais
-	Menos
%	Porcentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PROPOSIÇÃO	15
3	ARTIGO CIENTÍFICO	16
4	CONCLUSÃO	77
	REFERÊNCIAS	78
	ANEXO A	85

1 INTRODUÇÃO

Os tumores e cistos odontogênicos compreendem lesões proliferativas derivadas do epitélio odontogênico e/ou ectomesenquima, com espectro histopatológico e comportamental heterogêneo. Neste contexto, o ameloblastoma (AM) e o queratocisto odontogênico (QO) constituem as principais entidades de interesse clínico, sendo respectivamente o tumor odontogênico benigno localmente agressivo mais frequente e a lesão cística com elevado potencial de recidiva, cuja distinção diagnóstica e abordagem terapêutica permanecem fundamentais para o prognóstico (Kaneko *et al.*, 2023).

O AM é um tumor benigno, localmente agressivo, com elevada capacidade infiltrativa, que acomete os ossos do complexo maxilomandibular. Foi descrito pela primeira vez em 1827 por Cusack e nomeado formalmente em 1930 por Ivey e Churchill (Granato *et al.*, 2008). Os AM ocorrem, aproximadamente, em 80% dos casos em mandíbula e 20% em maxila (Granato *et al.*, 2008). De acordo com a mais recente classificação dos tumores odontogênicos da OMS (Organização Mundial da Saúde) de 2022, o AM pode ser classificado em: ameloblastoma, ameloblastoma unicístico e ameloblastoma periférico ou extra ósseo, sendo o diagnóstico estabelecido por meio da correlação entre achados histológicos, clínicos e imaginológicos (WHO, 2022).

O QO é um cisto caracterizado por sua reincidência. De acordo com a literatura, ele representa aproximadamente 11% de todos os cistos odontogênicos, sendo o terceiro mais comum na região maxilomandibular. Apesar disso, ele é mais frequente na mandíbula, especialmente em regiões posteriores e no ramo ascendente (Alves *et al.*, 2018; Pereira *et al.*, 2025). Descrito inicialmente por Philipsen em 1956, o QO passou por diversas modificações em sua classificação ao longo dos anos. Em 2005, a OMS o classificou como um tumor odontogênico, devido às suas características expansivas e comportamento clínico agressivo. Entretanto, após novos estudos, foi reclassificado em 2017 como um cisto odontogênico de desenvolvimento (WHO, 2022; Pereira *et al.*, 2025).

Segundo Kitisubkanchana *et al.* (2019), o QO e o AM apresentam importantes semelhanças clínicas e imaginológicas, incluindo a região acometida, locularidade, associação com dentes inclusos, expansão óssea e comprometimento cortical, dentre outros aspectos. Essas similaridades representam um desafio significativo para o estabelecimento de um diagnóstico diferencial preciso entre as duas entidades.

Os exames de imagem possuem papel fundamental na avaliação inicial dessas lesões. As semelhanças imaginológicas dificultam o diagnóstico diferencial apenas pela análise bidimensional gerada pela radiografia panorâmica (Kitisubkanchana *et al.*, 2019; Gupta *et al.*, 2016).

A tomografia computadorizada (TC) destaca-se como um método complementar relevante, pois permite uma análise tridimensional da lesão. De acordo com Borghesi *et al.* (2018) e Cardoso *et al.* (2020), a TC apresenta vantagens importantes em relação à radiografia panorâmica, especialmente na descrição mais detalhada de lesões expansivas e agressivas.

Nesse contexto, o presente estudo, por meio de uma revisão de escopo, tem como objetivo identificar e sintetizar os principais aspectos imaginológicos que permitem diferenciar o QO do AM, a fim de contribuir para maior acurácia diagnóstica e subsidiar a tomada de decisões na prática clínica.

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo desse estudo é, por meio de uma revisão de escopo, comparar os aspectos imaginológicos do ameloblastoma e queratocisto odontogênico, a fim de determinar critérios para o diagnóstico diferencial entre essas lesões.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

A redação do manuscrito intitulado “Diagnóstico diferencial imaginológico entre ameloblastoma e queratocisto odontogênico: uma revisão de escopo”, seguiu as orientações das “Diretrizes para Autores” (ANEXO A) do periódico “HU Revista e-ISSN: 1982-8047; Qualis 2021-2024: B2.

TÍTULO: Diagnóstico diferencial imaginológico entre ameloblastoma e queratocisto odontogênico: uma revisão de escopo

TITLE: Imaging differential diagnosis between ameloblastoma and odontogenic keratocyst: a scoping review

TÍTULO CURTO: Diagnóstico imaginológico de AM e QO: revisão de escopo

ÁREA DE CONHECIMENTO: Ciência da Saúde

SUBÁREA: Odontologia

AUTOR: Raphael Laranjeira Lopes¹; dr.raphaelllopes@gmail.com; ORCID ID: 0009-0001-1444-7618.

CO-AUTOR: Warley Oliveira Silva ²; warley.silva@ufjf.br; ORCID ID: 0000-0002-2326-2367.

CO-AUTOR: Karina Lopes Devito²; Karina.devito@ufjf.br; ORCID ID: 0000-0001-5037-5466

CO-AUTOR: Fabrício Tinôco Alvim de Souza²; fabricao.tinoco@ufjf.br; ORCID ID: 0000-0002-0732-7183.

¹Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

²Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor Correspondente:

Raphael Laranjeira Lopes; Rua Octavio Malvaccini, 585, apto 503, bloco 03, Bairro Dom Santos Dumont, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. CEP: 36.037-790; (31) 99420-1698; dr.raphaelllopes@gmail.com

Estrutura do manuscrito:

- Número de palavras do resumo: 285
- Número de palavras-chave: 5
- Número de palavras no corpo do texto: 2225
- Número de figuras: 1
- Número de tabelas: 2

Diagnóstico diferencial imaginológico entre ameloblastoma e queratocisto odontogênico: uma revisão de escopo

Imaging differential diagnosis between ameloblastoma and odontogenic keratocyst: a scoping review

RESUMO

Introdução: O ameloblastoma (AM), tumor odontogênico benigno agressivo de elevada capacidade infiltrativa local, e o queratocisto odontogênico (QO), cisto odontogênico com elevada reincidência, são lesões com comportamento biológico distinto, porém com características clínicas e imaginológicas semelhantes, o que dificulta o diagnóstico diferencial. O diagnóstico diferencial por meio de exames de imagem é fundamental para o planejamento terapêutico, justificando a necessidade de identificar aspectos imaginológicos que mais se destacam em cada lesão.

Proposição: Avaliar e comparar os aspectos imaginológicos do AM e do QO, buscando estabelecer critérios que auxiliem no diagnóstico diferencial entre essas lesões. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de escopo baseada nos princípios do PRISMA, com seleção de estudos publicados entre 1990 e 2025. Foram incluídos relatos de caso, séries de casos e estudos observacionais que abordassem características imaginológicas do AM e QO. As buscas foram realizadas em bases como PubMed, Scopus, Web of Science e Embase, além da literatura cinzenta. A amostra final incluiu 38 estudos, totalizando 763 casos de AM e 1114 de QO. Os dados foram extraídos e analisados de forma qualitativa e quantitativa, e a qualidade metodológica foi avaliada pelo instrumento Joanna Briggs. **Resultados:** O AM apresentou predominância de padrão multilocular (70,12%), maior expansão óssea (87,9%) e maior frequência de reabsorção radicular (68%). Já o QO foi mais frequentemente unilocular (61,53%), com maior associação a dentes inclusos (63,12%) e menor reabsorção radicular (15,19%). Ambos apresentaram, em sua maioria, margens bem definidas, porém mais consistentes no AM. **Conclusão:** Existem diferenças imaginológicas relevantes entre AM e QO, especialmente quanto à locularidade, expansão óssea e reabsorção radicular, embora nenhum critério isolado seja definitivo. A padronização dos relatos é essencial para aprimorar a acurácia diagnóstica, sendo o exame histopatológico indispensável para confirmação e definição do tratamento adequado.

Palavras-chave: Ameloblastoma; Diagnóstico diferencial; Queratocisto odontogênico; Radiografia panorâmica; Tomografia computadorizada.

ABSTRACT

Introduction: Ameloblastoma (AM), an aggressive benign odontogenic tumor with high local infiltrative capacity, and odontogenic keratocyst (OKC), an odontogenic cyst

with high recurrence, are lesions with distinct biological behavior, but with similar clinical and imaging characteristics, which makes differential diagnosis difficult. Differential diagnosis through imaging exams is fundamental for therapeutic planning, justifying the need to identify the imaging aspects that stand out most in each lesion.

Proposition: To evaluate and compare the imaging aspects of AM and OKC, seeking to establish criteria that aid in the differential diagnosis between these lesions.

Methods: This is a scoping review based on the PRISMA principles, selecting studies published between 1990 and 2025. Case reports, case series, and observational studies addressing imaging characteristics of AM and OKC were included. Searches were conducted in databases such as PubMed, Scopus, Web of Science, and Embase, in addition to grey literature. The final sample included 38 studies, totaling 763 cases of AM and 1114 of QO. Data were extracted and analyzed qualitatively and quantitatively, and methodological quality was assessed using the Joanna Briggs instrument. **Results:** AM showed a predominance of multilocular pattern (70.12%), greater bone expansion (87.9%), and a higher frequency of root resorption (68%). QO was more frequently unilocular (61.53%), with a greater association with impacted teeth (63.12%) and less root resorption (15.19%). Both presented, for the most part, well-defined margins, but more consistent in AM. **Conclusion:** There are relevant imaging differences between AM and QO, especially regarding locularity, bone expansion, and root resorption, although no single criterion is definitive. Standardization of reports is essential to improve diagnostic accuracy, with histopathological examination being indispensable for confirmation and definition of appropriate treatment.

Keywords: Ameloblastoma; Differential diagnosis; Odontogenic keratocyst; Panoramic radiography; Computed tomography.

INTRODUÇÃO

Os tumores e cistos odontogênicos compreendem lesões proliferativas derivadas do epitélio odontogênico e/ou ectomesenquima, com espectro histopatológico e comportamental heterogêneo. Neste contexto, o ameloblastoma (AM) e o queratocisto odontogênico (QO) constituem as principais entidades de interesse clínico, sendo respectivamente o tumor odontogênico benigno localmente agressivo mais frequente e a lesão cística de maior potencial de recidiva, cuja distinção diagnóstica e abordagem terapêutica permanecem fundamentais para o prognóstico.¹

O AM é um tumor benigno, localmente agressivo, com elevada capacidade infiltrativa, que acomete os ossos do complexo maxilomandibular. Foi descrito pela primeira vez em 1827 por Cusack e nomeado formalmente em 1930 por Ivey e Churchill.² Os AM ocorrem, aproximadamente, em 80% dos casos em mandíbula e 20% em maxila.²

De acordo com a mais recente classificação dos tumores odontogênicos da OMS (Organização Mundial da Saúde) de 2022, o AM pode ser classificado em: *ameloblastoma*, *ameloblastoma unicístico* e *ameloblastoma periférico ou extra ósseo*, sendo o diagnóstico estabelecido por meio da correlação entre achados histológicos, clínicos e imaginológicos.³

O QO é um cisto caracterizado pela sua recidivada. De acordo com a literatura, ele representa aproximadamente 11% de todos os cistos odontogênicos, sendo o terceiro mais comum na região maxilomandibular. Apesar disso, ele é mais frequente na mandíbula, especialmente em regiões posteriores e no ramo ascendente.^{4,5} Descrito inicialmente por Philipsen em 1956, o QO passou por diversas modificações em sua classificação ao longo dos anos. Em 2005, a OMS o classificou como um tumor odontogênico, devido às suas características expansivas e comportamento clínico agressivo.⁶ Entretanto, após novos estudos, foi reclassificado em 2017 como um cisto odontogênico de desenvolvimento.⁵

Segundo Kitisubkanchana et al,⁷ o QO e o AM apresentam importantes semelhanças clínicas e imaginológicas, incluindo a região acometida, locularidade, a associação com dentes inclusos, a expansão óssea e comprometimento cortical, dentre outros aspectos. Essas similaridades representam um desafio significativo para o estabelecimento de um diagnóstico diferencial preciso entre as duas entidades.

Nesse contexto o presente estudo, por meio de uma revisão de escopo, tem como objetivo identificar e sintetizar os principais aspectos imaginológicos que permitem diferenciar o QO do AM, a fim de contribuir para maior acurácia diagnóstica e subsidiar a tomada de decisões na prática clínica.

MÉTODOS

Critérios de elegibilidade

Está é uma revisão de escopo foi conduzida de acordo com as recomendações metodológicas do Instituto Joanna Briggs e reportada

conforme o *checklist* PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Guidelines*).⁸

A formulação da pergunta de pesquisa baseou-se no acrônimo PCC (População, Conceito e Contexto). A População incluiu pacientes diagnosticados com AM ou QO. O Conceito abrangeu as características imagiológicas dessas lesões, com ênfase nos achados relevantes para o diagnóstico diferencial. O Contexto compreendeu estudos clínicos com avaliação por métodos de imagem em pacientes com AM ou QO.

Foram incluídos estudos originais publicados sem filtro de data, que abordassem características de imagem úteis ao diagnóstico diferencial entre AM e QO. Não foram excluídos artigos pelo filtro idioma.

Foram excluídos relatos de caso isolados, revisões narrativas e sistemáticas, editoriais, cartas ao editor e estudos experimentais in vitro ou realizados exclusivamente em modelos animais. Foram considerados apenas estudos publicados em periódicos revisados por pares e literatura cinzenta relevante.

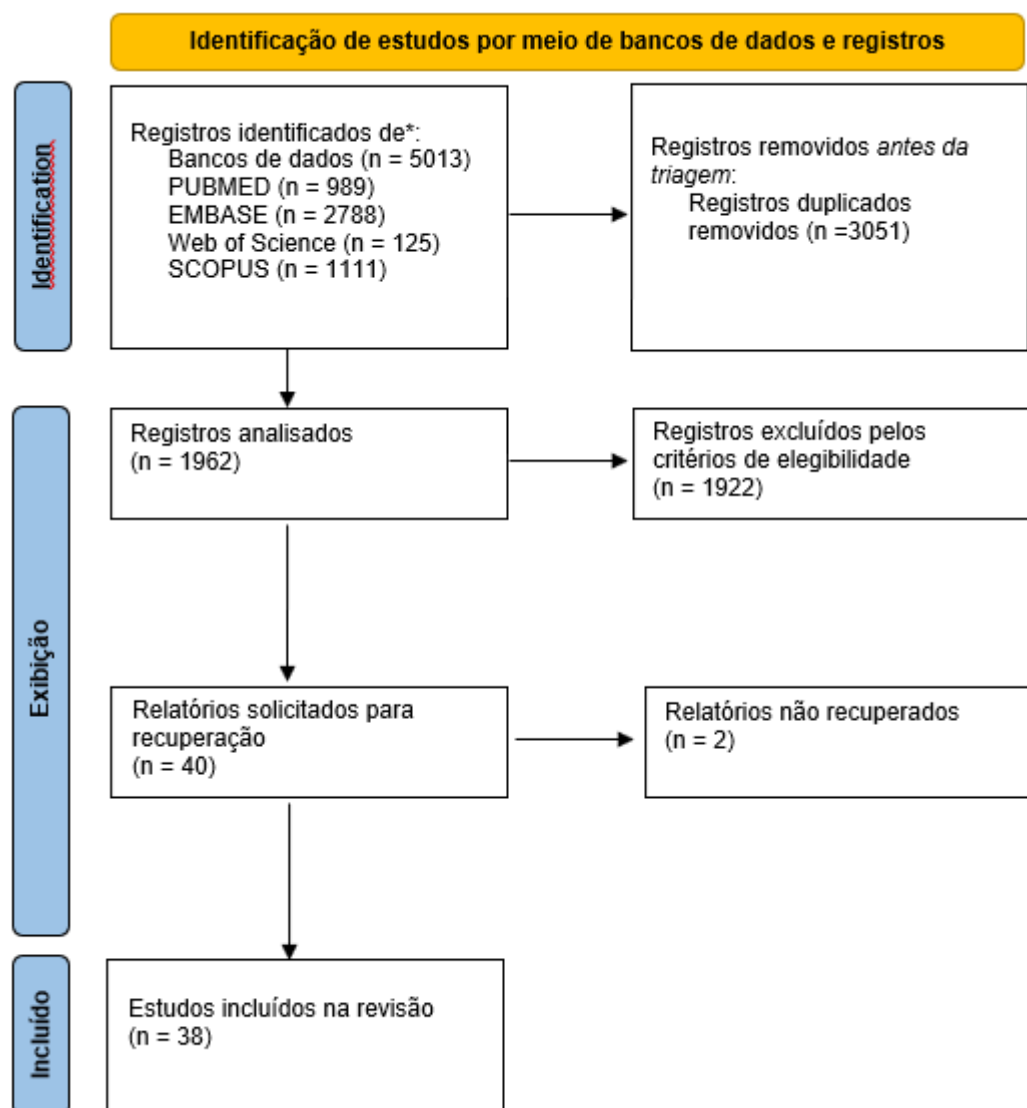
Estratégia de busca

As buscas eletrônicas foram realizadas nas bases de dados PubMed, Web of Science, Scopus e Embase, considerando estudos publicados sem filtro de datas. A busca foi conduzida inicialmente em junho de 2025 e atualizada em janeiro de 2026 e diagramada no fluxograma PRISMA (Figura 1).

A estratégia de busca combinou termos controlados (MeSH e Emtree), palavras-chave livres e sinônimos relacionados a “ameloblastoma”, “queratocisto odontogênico” e “diagnóstico por imagem”, utilizando operadores booleanos (AND, OR). As estratégias completas de busca para cada base de dados serão apresentadas como material suplementar ou nas tabelas abaixo (Quadro 1).

A literatura cinzenta foi pesquisada por meio do Google Scholar, com triagem dos resultados em ordem de relevância. Adicionalmente, foi realizada busca manual nas listas de referências dos estudos incluídos, com o objetivo de identificar estudos potencialmente elegíveis não recuperados nas buscas eletrônicas.

Figura 1. Fluxograma da estratégia de busca proposto pelo *checklist* do método PRISMA.



Processo de seleção

As referências recuperadas foram exportadas para o software Rayyan,⁹ utilizado para o gerenciamento dos registros e a triagem dos estudos. Inicialmente, dois revisores independentes realizaram a avaliação dos títulos e resumos R.L.L e F.T.A.S de acordo com os critérios de

elegibilidade previamente definidos. As discordâncias entre os revisores foram resolvidas por consenso e, quando necessário, por um terceiro avaliador W.O.S. Na etapa subsequente, os estudos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura do texto completo, a fim de confirmar sua inclusão na revisão, conforme os critérios estabelecidos.

Processo de coleta de dados

Os dados foram extraídos dos estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade por meio de uma planilha padronizada. As seguintes variáveis foram coletadas: (1) autor e ano de publicação; (2) idade média dos pacientes; (3) distribuição por sexo; (4) tamanho da amostra; (5) tipo de lesão odontogênica (AM ou QO); (6) localização da lesão; (7) confirmação histopatológica; (8) modalidade(s) de exames de imagem utilizada(s) e características descritas; (9) abordagem terapêutica; (10) Tamanho médio da lesão (11) padrão de locularidade; (12) delimitação da lesão (bem delimitada ou não); (13) presença de reabsorção radicular; (14) associação com dente impactado/incluso (15) presença de expansão óssea; (16) evidência de crescimento em acompanhamento longitudinal; (17) presença de perfuração cortical; (18) descolamento dentário. A categorização de ambos foi feita a partir da classificação de tumores odontogênicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2022. Essa coleta de dados viabilizou uma análise padronizada e passível de comparações entre diferentes estudos incluídos na revisão.

Qualidade dos estudos

A avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada por dois revisores, utilizando as ferramentas de avaliação do *Institute Joanna Briggs*. Foram aplicadas listas de verificação específicas de acordo com o delineamento dos estudos, incluindo, as *checklists* para relatos de casos, séries de casos e estudos observacionais.¹⁰ A avaliação foi realizada para fins descritivos, não sendo utilizada como critério de exclusão.

Método de síntese

Os dados extraídos foram sintetizados de forma descritiva, com o objetivo de identificar padrões e tendências nas características imaginológicas do AM e do QO.

A síntese incluiu análise qualitativa dos achados de imagem, com categorização das principais variáveis (como, local, tamanho, locularidade, delimitação, expansão óssea, reabsorção radicular, perfuração cortical e deslocamento dentário), bem como análise quantitativa descritiva, quando aplicável, por meio da apresentação de frequências absolutas e relativas.

Os resultados foram organizados em tabelas e quadros comparativos, a fim de facilitar a identificação de similaridades e diferenças entre as lesões. A síntese foi conduzida de modo a preservar as características dos estudos originais, sem realização de metanálise, seguindo as diretrizes do PRISMA-ScR.⁸

Outras informações relevantes

Nesse estudo, um protocolo detalhado foi desenvolvido previamente e devidamente registrado no OSF (*Open Science Framework*), assegurando que a revisão fosse conduzida de forma sistemática com métodos pré-definidos para minimizar vieses e aumentar a reprodutibilidade. O registro no OSF também permite o acesso público ao plano metodológico, promovendo transparência e possibilitando o acompanhamento de eventuais atualizações ou modificações no estudo.

RESULTADOS

Nesta revisão, foram analisados 38 estudos num período de 34 anos (1990–2024). A análise metodológica feita pela ferramenta do instituto Joanna Briggs identificou que os estudos foram classificados como alta qualidade e alguns de qualidade moderada (arquivo suplementar 1, 2 e 3). No total foram descritos 763 casos de AM e 1114 de QO. Foi observado uma

predileção no sexo masculino (56,5%), com idade média entre a 3 e 4 década de vida, a maioria dos casos estavam localizados na mandíbula (94,5% AM e 78,8% QO), os sinais clínicos mais presentes foram aumento de volume assintomático, os exames complementares analisados foram radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas (76%) e os tratamentos mais escolhidos foram marsupialização seguida de enucleação e aplicação de solução de Carnoy para os casos de QO e ressecção ou osteotomia (81%) para os casos de AM (Tabela 1).

Nesta revisão de escopo, de modo geral, observaram-se diferenças relevantes entre ameloblastoma (AM) e queratocisto odontogênico (QO), principalmente nos seguintes aspectos imaginológicos. O AM apresentou predominantemente padrão multilocular (70,12%), enquanto o QO foi mais frequentemente unilocular (61,53%). Ambos mostraram, em sua maioria, margens bem definidas, sendo essa característica mais consistente no AM (100%) em comparação ao QO (85,25%). A reabsorção radicular foi mais comum no AM (68%) do que no QO (15,19%). Por outro lado, a associação com dentes inclusos/impactados foi mais observada no QO (63,12%) do que no AM (34,5%). A expansão óssea significativa ocorreu principalmente nos casos de AM (87,9%), em contraste com os QOs (39,9%). Vale ressaltar que esses resultados foram calculados com base nos artigos que analisaram esses aspectos, conforme os dados apresentados na Tabela 2, sendo que os estudos que não continham essas informações não foram incluídos no cálculo percentual.

Tabela 01- Descrição dos dados demográficos, das características clínicas imaginológicas e terapêutica dos pacientes.

Ano	Autor	Idade Média	Sexo	Localização	Características clínicas	Exame histológico	Exames de imagem	Tratamento
1990	Takeda Y et al. ¹¹	34	1H	Mandíbula, osso alveolar entre o segundo pré-molar inferior direito e a região do primeiro molar	Mobilidade excessiva do segundo pré-molar inferior direito e leve edema do osso alveolar entre o segundo pré-molar inferior e o primeiro molar, com consistência semelhante à do osso.	Ameloblastoma folicular	Radiografia: lesão radiolúcida bem circunscrita com halo radiopaco fino envolvendo a raiz do segundo pré-molar; destruição do osso alveolar no terço inferior da raiz.	Enucleação completa seguida de curetagem óssea e extração do elemento 45
2000	Li TJ., et al. ¹²	25,3	21 H e 12 M	30 na Mandíbula (maioria em ângulo e ramo ascendente) e 3 na Maxila	Aumento de volume (33), dor (4), parestesia (6) e drenagem purulenta (3). Maioria (76%) teve diagnóstico provisório de	AM Unicístico (33 casos); Subtipos: Simples cístico (8), com nódulos intraluminais (10) e com	Apenas 29 casos continham exames de imagem: radiotransparência unilocular expansiva (22 casos de 29) ou	Enucleação ou curetagem (25), osteotomia marginal ou segmentar (7) e

(região posterior). cisto (10 QO, 3 invasão multilocular (7 hemimandibule
dentígeros). intramural (15). casos de 29); ctomia (1).
margens bem
definidas;
reabsorção
radicular em 23
casos; 19
associados a
dentes
impactados,
mas apenas 7
com padrão
pericoronário
típico. Em
nenhum caso foi
notada erosão
ou perfuração da
cortical.

2002	Hayashi K., et al. ¹³	42.5	8H e 5M	Mandíbula	IND	8 multicístico e 5 QO	AM	13 casos avaliados com RX: todos com lesões radiolúcidas bem delimitadas com diâmetro superior à 1,5cm. O exame de TCMS revelou que o percentual	IND
-------------	-------------------------------------	------	---------------	-----------	-----	-----------------------------	----	---	-----

de aumento de densidade (Enh%) e a densidade microvascular (MVD) eram significativamente mais elevados no AM do que no QO.

2008 Sun ZJ et al.¹⁴ 42 1H Mandíbula O paciente queixava-se de dor espontânea na lesão e cefaleia há 2 meses. QO

Na radiografia panorâmica, foram observadas duas lesões radiolúcidas multiloculares na mandíbula, localizadas na região anterior e no ramo ascendente esquerdo, com margens bem definidas e circundadas por uma periferia de osso reativo. Na lesão anterior, identificou-se

Cirurgia para extração do canino inferior e excisão da lesão radiopaca localizada no interior do QO.

uma área radiopaca adjacente ao ápice do canino inferior direito, medindo aproximadamente 1,06 × 0,8 cm. As lesões causavam deslocamento das raízes dentárias adjacentes, sem evidência de reabsorção óssea. A tomografia computadorizada evidenciou crescimento longitudinal das lesões, além de rompimento das corticais ósseas bucal e lingual na região do mento e no ramo ascendente

esquerdo da
mandíbula.

2008	Çakur et al. ¹⁵	B., 23	1H	Maxila, região posterior da arcada 4.	Paciente apresenta dor e inchaço na região maxilar direita, acompanhados de drenagem para a cavidade oral.	QO	A panorâmica identificou uma lesão lítica no seio maxilar direito, associada a um terceiro molar impactado. A TC revelou que a lesão envolvia o terceiro molar superior direito com destruição e deslocamento do teto e a parede lateral do seio maxilar direito. Os estudos da imagem demonstraram	RX	A lesão foi completamente excisada por meio da abordagem de Caldwell-Luc, e as paredes da cavidade óssea foram curetadas.
-------------	----------------------------	--------	----	---------------------------------------	--	----	---	----	---

							uma massa oval, bem definida.	
2008	Harneta JC., et al. ¹⁶	15	1M	Mandíbula, região posterior da arcada 4	O exame clínico não revelou edema vestibular na região posterior direita da mandíbula, tecido eritematoso acima da lesão osteolítica ou dor à palpação.	AM unicístico	A radiografia panorâmica mostrou uma lesão osteolítica medindo aproximadamente 2,0 cm por 1,5 cm, localizada na região retromolar direita, distal ao segundo molar inferior direito, deslocando o germe do terceiro molar em direção ao canal alveolar inferior. A TC que revelou uma lesão com uma área osteolítica unilocular homogênea bem	A paciente foi tratada cirurgicamente por meio de enucleação da lesão, curetagem completa da cavidade óssea e extração do germe do terceiro molar.

definida, sem reabsorção das raízes dentárias adjacentes do segundo molar inferior. Houve uma leve expansão do osso cortical.

2010	MacDonald -Jankowski DS et al. ¹⁷	30.5 8	18 H e 15 M	8 lesões ocorreram na maxila posterior, 2 na maxila anterior e 3 cruzaram ligeiramen te do sextante posterior para o anterior. Todas as 20 lesões mandibula res afetaram pelo	A dor como queixa principal foi significativamen te mais frequente em QOs que afetavam a mandíbula; embora o inchaço tenha ocorrido como queixa principal com mais frequência no caso de QOs que afetavam a maxila, isso não foi significativo;	11 QO unicístico na maxila, 2 QO multicístico na maxila. 16 QO multicístico na mandíbula e 4 unicístico na mandíbula.	Os QO apareceram radiograficamen te como radiolucidez uniloculares ou multiloculares bem definidas. Aqueles que afetavam a maxila eram predominantem ente uniloculares (11:2 unilocular- multilocular), enquanto aquelas que afetavam a mandíbula eram	6 casos maxilares e todos os casos mandibulares, foram tratados primariamente por enucleação e solução de Carnoy. Um caso maxilar (caso 12) foi primeiro descomprimido antes da enucleação e solução de Carnoy. Dois foram ressecados (casos maxilares 4 e
-------------	--	-----------	----------------------	---	---	---	--	--

menos um
sextante
posterior.

predominantem
ente
multiloculares
(5:15,
unilocular-
multilocular). Foi
observado 13
casos com
reabsorção
radicular, 20
casos geraram
deslocamento de
dentes
adjacentes, 20
casos associados
a dentes
inclusos, 27
casos ocorreram
expansão óssea,
a maioria sendo
bucolingual, 29
casos foi
possível
observar
periferia
corticalizada, 4
casos ocorreram
rompimento da
cortical.

6). Quatro
casos (casos
maxilares 1, 3,
5 e 11) foram
tratados
apenas por
enucleação,
bem no início
do estudo.

2011 Casaroto 10 1H Mandíbula IND
AR, et al.¹⁸

Síndrome de Gorlin-Goltz-Múltiplos QO em mandíbula. Inicialmente, a radiografia panorâmica para fins ortodônticos mostrou imagens radiolúcidas sugestivas de múltiplos QOs nas mandíbulas. Outros exames também foram realizados, incluindo radiografia pós anterior do crânio e mandíbula, radiografias de tórax e tomografia computadorizada que corroboraram para o diagnóstico de Síndrome de Gorlin-Goltz com a presença de Os tumores foram removidos cirurgicamente em sessões consecutivas, por meio da técnica de enucleação e marsupializaçã o.

múltiplos QOs na
mandíbula.

2011	Wakoh et al. ¹⁹	M,	43,7 (AM) e 28,2 (QO)	10 H e 8M	Mandíbula, região de pré-molares e molares.	IND	9 AM e 9 QO.	IND	IND
2011	Bronoosh P, et al. ²⁰		23	1H	Mandíbula, bilateral	Achado acidental durante exame de rotina para tratamento ortodôntico. Paciente não queixava de dor ou aumento de volume.	Síndrome de Gorlin-Goltz-Múltiplos QO em mandíbula.	Na radiografia panorâmica, múltiplas lesões radiolúcidas foram encontradas e havia evidência de defeito ósseo na pré-maxila. A radiografia pósterio-anterior do crânio mostrou	IND

calcificação da
foice cerebral.

2012	Butt et al. ²¹	FMA,	16.1	64 H e 63 M	Mandíbula	As características extraorais observadas foram edema facial com assimetria. No exame intra-oral, houve expansão cortical, mobilidade dentária e desarranjo oclusal.	AM unicístico (14,8%), AM multicístico (82,2%)	As características radiológicas comuns exibidas pela maioria (85,2%) foram a aparência típica de "bolha de sabão" (multilocular) que é característica de ameloblastomas sólidos e a minoria (14,8%) foram radiolucência uniloculares. Além disso, houve reabsorção radicular e deslocamento	A modalidade de tratamento consistiu em ressecção e reconstrução utilizando enxerto ósseo ilíaco não vascularizado fixado com placas de aço inoxidável ou titânio. Em 16 (59,3%) pacientes, foi realizada ressecção com desarticulação devido à extensão do tumor para o processo
-------------	---------------------------	------	------	----------------------	-----------	---	--	---	---

						dentário. Em 11 (40,7%) pacientes, havia um dente impactado associado. Uma TC formatada como uma imagem axial mostrou expansão buco-lingual e perfuração do córtex lingual.	coronoide e cêndilo.	e	
2012	Zhao Y, et al. ²²	30,5	12 H e 7M	Mandíbula direita 7; Mandíbula esquerda 5; Mandíbula bilateral 3; Maxila direita 1, Maxila esquerda 3	O sintoma mais frequentemente citado foi inchaço (oito casos), seguido por inchaço com dor local (sete casos) e fístula ou não cicatrização da ferida após a extração (três casos).	QO primário.	Os exames de RX descreveram que 13 dos 19 tumores primários (68,4%) eram uniloculares com borda bem delimitada, enquanto 6 (31,6%) eram multiloculares e a proporção de casos uniloculares para casos	Enucleação (12); Enucleação + solução de Carnoy (7).	+ de

multiloculares
foi de 2,2:1.
Quatro casos
estavam
associados a um
dente impactado
e a reabsorção
das raízes foi
observada
radiograficamen
te em cinco
casos. O número
de dentes
afetados pelo
tumor variou de
1 a 11, excluindo
os terceiros
molares.

2012	Titinchi et al. ²³	F, 34,5	90 H e 55 M	109 casos (75,2%) estavam localizados na mandíbula e 36 casos (24,8%) na maxila	A queixa mais comum associada ao QO foi um inchaço de crescimento lento (50,9%) na área afetada.	QO 103(71,0%) eram uniloculares e 42 (29,0%) eram multiloculares .	Os exames de RX descreveu que, dos 145 QO analisados, 103 (71,0%), apresentaram aspecto unilocular, enquanto 42 (29,0%) foram multiloculares. 36 (33,0%)	Marsupializaçã o (5); enucleação (50); enucleação + solução de Carnoy (9); ressecção (1)
-------------	----------------------------------	---------	----------------------	---	---	---	---	---

estavam
localizados em
mandíbula e
exibiam padrão
multilocular,
enquanto que
apenas 6
(16,7%) dos que
eram localizados
na maxila
apresentavam
esse padrão. 24
(16,5%)
apresentavam
sinais de
festonamento
das margens, e
apenas um
tumor (0,7%)
provocou
reabsorção
radicular. 76
(52,4%)
estavam
associados a
dentes
impactados,
sendo o terceiro
molar
mandibular o
dente mais

frequentemente
envolvido
(44,7%).142
casos (97,9%)
apresentaram
margens bem
definidas e 2,1%
(12,1%)
margens mal
definidas, a
média de
tamanho entre
uniloculares e
multiloculares
foi de 5,05cm,
sendo os
multiloculares
geralmente
maiores.

2012	Koçak-Berberoğlu H, et al. ²⁴	36	3H e 1M	3 na maxila, 1 na maxila e na mandíbula	Caso 1> H, 56, relatou inchaço indolor na região anterior da maxila. Caso 2> H, 36, queixava-se de dor persistente há seis meses no incisivo lateral superior direito, canino e primeiro pré-molar. Caso 3> H, 24, foi encaminhado com queixas de dor e inchaço na maxila direita. O exame clínico revelou inchaço e assimetria abaixo da pálpebra inferior direita. No lado vestibular, observou-se uma expansão mole na região dos pré-molares	4 casos de QO	Caso 1> As radiografias panorâmicas revelaram uma massa radiotransparente e na região anterior direita da maxila. A CBCT revelou uma lesão de 2,1 x 1,3 x 1,4 cm de diâmetro, expandindo-se para a cavidade nasal. Caso 2> Radiografia panorâmicas revelaram uma radiolucência unilocular indefinida no anel maxilar direito. A TCFC, no entanto, mostrou uma lesão cística multilocular envolvendo o seio maxilar e as	Todos os casos foram tratados com enucleação
-------------	--	----	---------	---	--	---------------	---	--

superiores
direitos. Caso
4> M, 26, foi
encaminhada
com sintomas de
inchaço na
mandíbula
anterior.

raízes dos
dentes. O
tamanho da
lesão era de 4,5
x 3,5 x 4,5 cm.
Caso 3> A
radiografia
panorâmica
revelou uma
lesão radiolúcida
estendendo-se
do canino
superior direito
ao segundo pré-
molar,
envolvendo o
seio maxilar. A
TCFC revelou
uma lesão, com
dimensões de
3,21 x 4,3 x 5,10
cm e bordas,
compreendendo
o seio maxilar
abaixo da borda
inferior da
órbita. Caso 4>
As RX
panorâmicas
mostraram
múltiplas

formações radiolúcidas bem delimitadas: na mandíbula anterior, envolvendo um incisivo mandibular e o primeiro pré-molar esquerdo, que sofreu reabsorção radicular; bilateralmente na região do ramo do corpo da mandíbula; no espaço do seio maxilar direito, associado a um terceiro molar impactado. Exames de TCFC revelaram uma lesão cística de 7,4 x 3,6 x 1,8 cm de diâmetro na região da sínfise.

2012	Sumer AP, 30 et al. ²⁵	1M	Região posterior de mandíbula esquerda.	Apresentou um inchaço indolor na região posterior esquerda da mandíbula. Paciente relatou ter notado o inchaço nos últimos 8 meses. O exame clínico intraoral mostrou expansão óssea bucal e lingual ao redor do canino inferior esquerdo e do primeiro e segundo pré-molares.	QO	Os exames de imagem (RX e TCFC) descreveram uma lesão unilocular, bem definida, com crescimento longitudinal. Gerou deslocamento dos dentes adjacentes. Possuía margens festonadas, medindo 2,8x1,8cm de diâmetro, sem septos ósseos e sem calcificações. A lesão causou expansão óssea com perfuração das corticais. Não foi notada reabsorção radicular nem associação com dente incluso.	A lesão foi removida cirurgicamente por meio de uma abordagem intraoral sob anestesia local.
-------------	-----------------------------------	----	---	--	----	---	--

2013	Brauer HU, et al ²⁶	15	1H	Ângulo da mandíbula direita	Paciente não apresentou dor ou desconforto. O exame clínico odontológico revelou um pequeno edema vestibular da mucosa na região 47/48.	QO	Na radiografia panorâmica e na TCFC observou-se uma lesão radiolúcida relativamente extensa (48mm) na região do ângulo mandibular direito, com margens bem definidas, lisas, sem comprometimento das corticais. Lesão associada a um terceiro molar impactado e um segundo molar deslocado no sentido orovestibular.	Enucleação
2013	MacDonald D, et al ²⁷	20,5	16 H e 13 M	Mandíbula (20) e Maxila (9). Predileção de 60% pela região	IND	QO	RX panorâmicas: todas radiolúcidas e bem definidas; multilocular	Enucleação simples (25), enucleação associada a crioterapia (3)

				retromolar e ramo mandibular.			(36%); margens corticalizadas (76%); deslocamento dentário (76%); reabsorção radicular (11%); perda de lâmina dura (11%); expansão vertical mandibular (20%); envolvimento do canal mandibular (67%).	e ressecção em bloco (1).
2014	Naidu S, et al. ²⁸	11	1M	Mandíbula, lado esquerdo (região de molares 36, 37 e ramo ascendente).	Aumento de volume facial difuso e assintomático; presença de pus intraoral; expansão de corticais ósseas; consistência firme à palpação; diagnóstico provisório de	AM unicístico	RX panorâmica: radiolucidez ovalada extensa associada à raiz do dente 37 estendendo-se para o ramo; Oclusal: expansão das corticais vestibular e lingual.	Enucleação, osteotomia periférica, aplicação de Solução de Carnoy por 5 minutos e extração de segundo molar.

cisto dentígero,
QO ou AM.

2014	Lacarbonara M, et al. ²⁹	14	1M	Região lateroposterior superior esquerda da maxila.	Tumefação flegmonosa em região posterossuperior; mobilidade dos dentes 26 e 27 com vitalidade positiva; agenesia bilateral de incisivos superiores.	QO	RX panorâmica: osteólise unilocular extensa com borda calcificada; reabsorção radicular dos elementos 26 e 27; deslocamento do dente 28. TC: identificou uma lesão com medidas de 3,6x4,3mm, opacidade sinusal total, deslocamento do elemento 28 para o seio maxilar, erosão da cortical bucal	Antrocistectomia pela técnica de Caldwell-Luc (enucleação completa e remoção da mucosa sinusal infectada).
-------------	-------------------------------------	----	----	---	---	----	---	--

							e invasão etmoidal.	
2015	Hajalioghli P, et al ³⁰	15	1M	Maxila e mandíbula, bilateral (envolven do corpo, ângulo goníaco e ramo mandibular)	Queixa de parageusia (gosto ruim na boca) há 9 meses; face grosseira, acne leve e lesões maculares no pescoço e abdômen	Síndrome de Gorlin-Goltz- múltiplos QO. Com 3 QO	RX panorâmica e TC: múltiplos cistos uniloculares bilaterais	IND
2015	Gamoh et al. ³¹	S, 45	1H	Mandíbula, lado direito; uma lesão no ápice do primeiro molar (46) e outra no septo interalveolar entre os pré-	Assintomático; achado incidental em exame de rotina; teste de vitalidade pulpar positivo nos dentes adjacentes; ausência de aumento de volume ou assimetria facial.	Ocorrência simultânea de QO e AM	Os exames de imagem (RX e TC) identificaram duas lesões, descritas como: uma lesão cística arredondada, bem definida, medindo 15 mm (QO), localizada no ápice radicular do primeiro molar	Ressecção conservadora do tumor com curetagem óssea extensa, associada à extração dos pré-molares e molares inferiores sem recorrência em 6 meses de

molares
(44, 45)

inferior direito, e
uma lesão
radiolúcida de
12 mm (AM),
com margens
semelhantes a
um traçado de
lápis, localizada
no septo
interalveolar dos
pré-molares
inferiores
direitos. Essas
lesões causaram
leve divergência
dos pré-molares
adjacentes.
Nenhuma das
lesões
apresentou
reabsorção
radicular, e em
ambas foi
observada
discreta
expansão óssea
bucolingual.

acompanhame
nto

2016	Gümüşok M, et al. ³²	34,5	17 H e 11 M	Mandíbula (79% - maioria em região de retromolar e ramo) e Maxila (21%)	IND	QO	Os exames de imagem (TCFC) revelaram que, entre as lesões mandibulares, 18 (90%) provocaram reabsorção da cortical do canal mandibular e 12 (60,0%) ocasionaram deslocamento d canal. Das lesões localizadas na maxila, cinco invadiram o seio maxilar e a cavidade nasal. Do total 14 (50,0%) apresentaram padrão unilocular e 14 (50,0%) multilocular. Em 26 casos (93,0%) ocorreu a expansão	IND
-------------	------------------------------------	------	----------------------	---	-----	----	--	-----

cortical dos
 ossos alveolares
 em pelo menos
 uma das
 corticais
 vestibular e
 lingual/palatina
 e o rompimento
 da cortical
 ocorreu em 21
 casos (75%). Do
 total de lesões, 6
 (30,0%)
 apresentaram
 reabsorção
 radicular, 11
 (39,0%)
 estavam
 associadas a
 dentes
 impactados,
 desses o terceiro
 molar era o mais
 frequente
 (73,0%). Todas
 lesões
 associadas a
 dentes
 impactados
 provocaram
 deslocamento

do dente impactado. Na maxila as lesões se estenderam até o ápice radicular e na mandíbula permaneceram restritas à junção cimento-esmalte do dente impactado.

2016	Gupta RK, et al. ³³	22	1H	Mandíbula, lado esquerdo; região de ângulo e corpo, estendendo-se ao ramo ascendente e incisura sigmoide	Aumento de volume endurecido, indolor e de crescimento lento (4 meses); assimetria facial; queixa de drenagem de líquido salgado; expansão de corticais com crepitação de "casca de ovo" na região do 37;	de	Ocorrência simultânea de QO e AM Unicístico	RX Panorâmica: duas lesões radiolúcidas bem definidas separadas pelo elemento 38; a lesão anterior provocou reabsorção radicular do elemento 37 e migração para a distal do 38. A TC revelou que a lesão anterior gerou afinamento das	Marsupialização da lesão anterior (QO), extração do terceiro molar e enucleação da lesão posterior (AM); uso de placa de acrílico para manutenção da patência;
-------------	--------------------------------	----	----	--	---	----	---	--	--

					presença de fístula intraoral		corticais vestibular e lingual e deslocamento inferior do canal mandibular. Já a lesão posterior que se estendia até a incisura sigmoide, também gerou afinamento das corticais vestibular e lingual	
2016	Moubayed SP, et al. ³⁴	41	1H	Maxila bilateral; hemimaxil a direita e hemimaxil a esquerda (estenden do-se para a fossa ptergopal atina, espaço mastigado	Aumento de volume maxilar direito assintomático com 10 meses de evolução; massa submucosa sólida e firme na gengiva superior direita; ausência de parestesia, dormência ou secreção;	Ocorrência síncrona de AM (lado direito) e QO (lado esquerdo)	TC identificou duas lesões: a primeira lesão foi descrita como expansiva, cística multilocular na hemimaxila direita (4,0 x 2,7 x 3,1 cm) com expansão óssea trabecular; e a segunda lesão cística unilocular estava	IND

r e gordura
bucal) dentição e
oclusão normais

localizada na
hemimaxila
esquerda (2,9 x
2,3 x 2,9 cm)
expandindo-se
para a fossa
pterigopalatina.
Nas duas lesões
foi observado
afinamento
cortical e
destruição óssea
bilateral.

2016	Yamada C, et al. ³⁵	40	1M	Maxila bilateral, preenchen do ambos os seios maxilares e o meato nasal inferior	Assimetria facial por aumento de volume em bochecha esquerda e dificuldade de respiração nasal. Flutuação e sensibilidade leve em região de pré-molares superiores esquerdos. Dentes vitais, com exceção do canino superior esquerdo	QO	Os exames de imagem (TCFC e RX) identificaram uma lesão unilocular bem delimitada, ocupando ambos os seios maxilares e porção inferior da cavidade nasal, com abaulamento da região. Áreas de alta densidade encontravam-se	Marsupializaçã o inicial seguida de enucleação guiada por endoscópio rígido após um ano.
-------------	--------------------------------	----	----	--	--	----	---	--

					tratado endodonticamente.		dispersas no interior do tumor. O ápice radicular dos dentes da maxila não estava incluso na lesão.
2020	Shastri SP, et al. ³⁶	24,1	4H e 3M	Seis das 11 lesões estavam localizadas na mandíbula e cinco lesões estavam na maxila.	Estudo retrospectivo de 11 lesões em 7 pacientes (2 casos múltiplos não sindrômicos); aumento de volume e dor (7 lesões), fístula com pus (1), obliteração vestibular (4) e expansão cortical clínica (5). 4 lesões foram assintomáticas/achados incidentais	QO	Os exames de imagem (RX e TCFC) descreveram que: o tamanho das lesões variou de 12,3 a 61,3mm; 10 lesões eram uniloculares e 1 era multilocular; 8 lesões estavam associadas a dentes inclusos/impactados; 6 lesões promoveram deslocamento de elementos dentários; 4 lesões causaram reabsorção

radicular; 4 lesões causaram perfuração de pelo menos uma das corticais; 9 lesões causaram expansão óssea.

2020	Pokala et al. ³⁷	A, 10	1M	Região posterior de mandíbula direita.	A paciente apresentou aumento de volume na mandíbula direita há 1 mês, de evolução progressiva, associado a dor intermitente irradiada para a orelha direita. Ao exame clínico, observou-se assimetria facial no terço inferior direito, edema intraoral na região vestibular dos dentes 85 e 46, presença de fístula com	AM unicístico	A RX panorâmica mostrou uma radiolucência solitária e bem definida de 3 cm × 2 cm. A estrutura interna era radiolúcida, com o germe dentário do dente 47 deslocado na região do ramo. A TC panorâmica e a TC sagital mostraram uma área hipodensa de 2,5 cm × 3 cm circundando o germe dentário em	A enucleação cirúrgica, juntamente com a cauterização química com a solução de Carnoy, foi realizada sob anestesia geral, juntamente com a extração do dente 47, considerando a idade do paciente.
-------------	-----------------------------	-------	----	--	---	---------------	--	--

secreção purulenta e expansão da cortical óssea bucal, com consistência dura e dolorosa à palpação.

desenvolvimento do dente 47. A TC axial mostrou o dente dentro da área hipodensa, e a TC axial mostrou expansão da cortical óssea vestibular com ruptura da cortical óssea lingual.

2020	Cardoso LB, et al. ³⁸	34,8 (AM); 26,0 (QO) e 25,6 (CD)	8H e 6M	Mandíbula	IND	5 (AM), 5 (QO) e 4 (CD)	Os exames de imagem (RX e TCFC) descreveram que: 5 AM eram multiloculares; 4 QO eram uniloculares e 1 QO era multilocular; todos os AM e QO geraram expansão óssea; 2 AM e 1 QO geraram reabsorção radicular; 2 AM e	IND
-------------	----------------------------------	----------------------------------	---------	-----------	-----	-------------------------	--	-----

dentário
adjacente. AM>
68,3%
multiloculares;
77,2% bordas
recortadas;
66,7%
reabsorção
radicular;
96,3% expansão
óssea (87,8%
distinta); 18,8%
estavam
associados a
dentes
impactados;
55,8%
causaram
deslocamento
dentário
adjacente.

2021 Du H, et al.³⁹ 32 (QO); 28,5 (AM) 90 H e 52 M Mandíbula, região de terceiro molar impactado; maioria das lesões de AM (75%) e IND

45 (QO), 24 (AM) Os exames de TCFC descreveram que: 100% dos casos de AM e QO estavam localizados em mandíbula, 58% dos casos de AM

QO (51%)
localizadas
no ramo
mandibula
r.

e 20% dos casos
de QO geraram
reabsorção
radicular; 33%
dos AM e 29%
do QO estavam
associados a
dentes
impactados e
54% dos AM e
49% dos QO
causaram
expansão óssea.
Todas lesões
eram
radiolúcidas e
bem definidas.

2021	Bispo et al. ⁴⁰	MS,	IND	IND	Mandíbula (região posterior e ramo)	IND	22 (AM) e 18 (QO).	IND	IND
2021	Liu al. ⁴¹	Z, et	IND	IND	Mandíbula	IND	209 (AM) e 211 (QO)	IND	IND

2022	Chai Z-K, et al. ⁴²	40,3 (AM) e 41,5 (QO)	199 H e 151 M	Mandíbula (154 AM e 109 QO) e Maxila (24 AM e 63 QO).	IND	178 Ameloblastomas (130 sólidos/multicísticos e 48 unicísticos) e 172 (QO)	O exame de TCFC descreveu que o AM: expansão bucal, reabsorção óssea cortical evidente e padrão multilocular. QO: crescimento ao longo do osso, ruptura cortical pouco aparente e padrão unilocular. Uso de Redes Neurais Convolucionais para diferenciação automática	IND
2023	Kaneko N, et al. ¹	IND	IND	Mandíbula ; com distribuição entre o ramo (28 lesões), região de	IND	41 QO e 28 AM (21 convencionais e 7 unicísticos)	Os exames de imagem (TC) descreveram que: 36% dos AM e 78,1% dos QO eram uniloculares;	IND

molares
(30
lesões) e
região
anterior
(11
lesões)

86% dos AM e
22% dos QO
geraram
expansão óssea
e 71,5% dos AM
e 19,6% dos QO
causaram
rompimento de
pelo menos uma
das corticais.

2023	Peter J, et al ⁴³	12	1H	Mandíbula esquerda, região posterior (corpo da mandíbula), associada ao segundo molar decíduo (75)	Aumento de volume difuso e indolor de consistência dura (3 semanas), com obliteração do vestíbulo; história de terapia pulpar prévia no dente envolvido	AM unicístico	RX panorâmica e TCFC: Radiolucidez unilocular extensa associada ao dente 75; erosão das corticais bucal e lingual, sem rompimento aparente, e envolvimento do germe do dente 35	Enucleação total da lesão sob anestesia geral, extração dos dentes 75 e 35, aplicação de Solução de Carnoy na cavidade por 3 minutos e reabilitação protética posterior
-------------	------------------------------	----	----	--	---	---------------	---	---

2023	Zaher B, et al. ⁴⁴	34	1H	Mandíbula (região de pré-molares e molares à direita) e Maxila (regiões de ectopia dos dentes 15 e 28)	Aumento de volume mandibular assintomático de crescimento lento (10 anos); obliteração de fundo de vestibulo com mucosa normal; nevos dérmicos múltiplos, hipertelorismo, fronte ampla e fóveas palmoplantares; mordida aberta anterior, agenesia do dente 13 e persistência do	de QO; diagnóstico em contexto sindrômico (Síndrome de Gorlin-Goltz)	RX panorâmica e TCFC: múltiplas imagens radiolúcidas poligeódicas, bem delimitadas com halo de condensação/esclerose; aspecto de "bolhas de sabão"; ectopia dos dentes 15 e 28	Saneamento periodontal; enucleação cirúrgica da lesão mandibular direita e monitoramento clínico-radiográfico das demais lesões; acompanhamento multidisciplinar (estabilidade e regeneração óssea após 1,5 anos)
-------------	-------------------------------	----	----	--	---	--	--	---

2023	Taxis J, et al. ⁴⁵	38,74 (QO) e 55 (AM)	31 H e 20 M	Mandíbula (41 casos: 34 QO e 7 AM) e Maxila (6 QO e 4 AM)	IND	40 QO e 11 AM	A modalidade de imagem apresentou distribuição semelhante entre TC e
-------------	-------------------------------	----------------------	-------------	---	-----	---------------	--

TCFC (49,02%), com leve predomínio de TCFC nos QOs (52,5%) e de TC nos AMs (63,64%). As lesões ocorreram principalmente na mandíbula, sobretudo em corpo (33,33%) e ângulo (39,22%), sendo o ramo menos acometido (3,92%); nos QOs, predominaram corpo (37,5%) e ângulo (40%), enquanto nos AMs houve maior variabilidade, com destaque para maxila e seio maxilar (36,36%).

						Quanto ao volume, os AMs apresentaram médias maiores (15.527 mm³) que os QOs (4.884 mm³), com média geral de 7.179 mm³.		
2024	Bera RN, et al. ⁴⁶	31,8	113 H e 67 M.	Mandíbula (77,2% - maioria em região posterior) e Maxila (22,8%).	Estudo retrospectivo de 180 pacientes com lesões solitárias não-sindrômicas; taxa de recorrência de 27,2% em 5 anos.	QO	Os exames de imagem (RX) revelaram que dos 180 pacientes analisados o padrão multilocular esteve presente em 53,9% dos casos. A maioria das lesões com bordas bem definidas 61,1% e com margem festonada em 38,9% dos casos. Perfuração da cortical foi observada em	Enucleação com osteotomia periférica (74 casos); Descompressão seguida de enucleação e osteotomia periférica (67 casos); Ressecção (39 casos)

49,2% dos
pacientes e
extensão para
tecidos moles
em 44,4%.

AM= ameloblastoma; cm= centímetros; Enh%= percentual de aumento de densidade; H= homem; IND= informação não disponível; mm= milímetros; MVD= densidade microvascular; QO= queratocisto odontogênico; RX= radiografia; TC= tomografia computadorizada; TCFC= tomografia computadorizada de feixe cônico; %= porcentagem

Tabela 02 - Descrição dos aspectos imaginológicos encontrados nos exames de imagem das lesões.

Autor e Ano	Lesões e número de casos	Número de exames	Tip o de exa me	Ma nd	Ma x	Taman ho médio	Unil ocul ar	Multi locul ar	Bem Deli mita da	Rea bsor ção radic ular	Associa ção à dente incluso /impact ado	Exp ans ão óss ea	Cres cime nto longi tudin al	Perf uraç ão da Cort ical	Deslo came nto dentá rio
Takeda Y, et al. ¹¹ (1990)	AM	1	RXP	100%	0%	IND	IND	IND	100%	IND	0%	0%	IND	IND	0%
Li TJ, et al. ¹² (2000)	AM	33	RXP	90%	10%	IND	76%	24%	100%	79,40%	65,60%	IND	IND	0%	IND
Harneta JC,	AM	1	RXP /TC	100%	0%	20mmx 15mm	100%	0%	100%	0%	IND	100%	IND	0%	100%

et al. ¹⁶ (2008)																
Butt FM, et al. ²¹ (2012)	AM	127	RXP /TC	10 0%	0%	IND		14,8 0%	85,2 0%	IND	IND	40,70%	IND	IND	IND	IND
Naidu SR, et al. ²⁸ (2014)	AM	1	RXP	10 0%	0%	IND		100 %	0%	100 %	IND	0%	100 %	100%	0%	IND
Pokala A, et al. ³⁷ (2020)	AM	1	RXP /TC	10 0%	0%	25x30m m	IND	IND	100 %	IND	100%	100 %	IND	100 %	100 %	100%
Peter J, et al. ⁴³ (2023)	AM	1	RXP /TC FC	10 0%	0%	IND		100 %	0%	IND	IND	100%	IND	IND	0%	0%
Sun ZJ, et al. ¹⁴ (2008)	QO	2	RXP /TC	10 0%	0%	IND		0%	100 %	100 %	0%	0%	IND	100%	100 %	100%
Çakur B, et al. ¹⁵ (2008)	QO	1	RXP /TC	0%	10 0%	IND		100 %	0%	100 %	0%	100%	duvi da	IND	100 %	0%
MacDonald-Jankowski DS, et	QO	33	RXP	61, 6%	39, 4%	IND		15%	85%	100 %	40%	60,70%	82 %	IND	12%	66,70 %

al.¹⁷

(2010)

Casaro to AR, et al. ¹⁸	QO	1	RXP /TC	IN D	IN D	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
--	----	---	------------	---------	---------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(2011)

Brono osh P, et al. ²⁰	QO	1	RXP	IN D	IN D	IND	73%	27%	64%	23%	65%	IND	IND	IND	IND
---	----	---	-----	---------	---------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(2011)

Zhao Y, et al. ²²	QO	19	RXP	78, 90 %	21, 10 %	65mm	68,4 0%	31,6 0%	100 %	26,5 0%	21,20%	IND	IND	IND	IND
------------------------------------	----	----	-----	----------------	----------------	------	------------	------------	----------	------------	--------	-----	-----	-----	-----

(2012)

Titinch i F, et al. ²³	QO	145	RXP	75, 20 %	24, 80 %	50,5mm	71%	29%	97,9 0%	0,70 %	52,40%	4,14 %	IND	IND	IND
---	----	-----	-----	----------------	----------------	--------	-----	-----	------------	-----------	--------	-----------	-----	-----	-----

(2012)

Koçak- Berber oglu H, et al. ²⁴	QO	7	RXP /TC FC	43 %	57 %	43x32x 32mm	IND	IND	85,7 0%	14,3 0%	14,30%	IND	IND	IND	IND
---	----	---	------------------	---------	---------	----------------	-----	-----	------------	------------	--------	-----	-----	-----	-----

(2012)

Sumer AP, et al. ²⁵	QO	1	RXP /TC	10 0%	0%	28x18m m	100 %	0%	100 %	0%	0%	100 %	100%	100 %	100%
--------------------------------------	----	---	------------	----------	----	-------------	----------	----	----------	----	----	----------	------	----------	------

(2012)

Brauer HU, et al. ²⁶	QO	1	RXP /TC FC	10 0%	0%	4,8cm	100 %	0%	100 %	IND	100%	IND	100%	0%	100%
---------------------------------------	----	---	------------------	----------	----	-------	----------	----	----------	-----	------	-----	------	----	------

(2013)

MacDonald D, et al. ²⁷ (2013)	QO	29	RXP	86 %	16 %	IND	64%	36,00%	100 %	11%	17,30%	14 %	86,30 %	24,00%	76,00 %
Locarbonara M, et al. ²⁹ (2014)	QO	1	RXP /TC	0%	100%	IND	100 %	0%	100 %	100 %	IND	100 %	IND	100 %	100%
Hajalio ghli P, et al. ³⁰ (2015)	QO	3	RXP /TC	66,60 %	33,30 %	IND	100 %	0%	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
Gümüşok M, et al. ³² (2016)	QO	28	TCF C	79 %	21 %	0%	50%	50%	100 %	30%	39%	93 %	IND	75%	39%
Yamada C, et al. ³⁵ (2016)	QO	1	RXP /TC FC	0%	100%	IND	100 %	0%	100 %	0%	0%	100 %	IND	100 %	0%
Shastri SP, et al. ³⁶ (2020)	QO	11	RXP /TC FC	55 %	45 %	35,9x31,4x23,1 mm	91,00%	9,00 %	100 %	36,40%	73%	81,90%	IND	36,40%	55,00 %
Zaher B, et al. ⁴⁴ (2023)	QO	1	RXP /TC FC	IND	IND	IND	IND	IND	100 %	IND	IND	IND	IND	IND	IND

Bera RN, et al. ⁴⁶ (2024)	QO	180	RXP	72,20 %	22,8	IND	46,10 %	53,90 %	61,10 %	IND	IND	IND	IND	49,20 %	IND
Hayashi K, et al. ¹³ (2002)	AM	8	RXP /TC MS	100 %	0%	>15mm	IND	IND	100 %	IND	IND	IND	IND	IND	IND
	QO	5	RXP /TC MS	100 %	0%	>15mm	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
Wakoh M, et al. ¹⁹ (2011)	AM	9	RXP	100 %	0%	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
	QO	9	RXP	100 %	0%	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
Gamoh S, et al. ³¹ (2015)	AM	1	RXP /TC	100 %	0%	12mm	IND	IND	100 %	0%	0%	100 %	IND	IND	100%
	QO	1	RXP /TC	100 %	0%	15mm	IND	IND	100 %	0%	0%	100 %	IND	IND	100%
Gupta RK, et al. ³³ (2016)	AM	1	RXP /TC	100 %	0%	IND	IND	IND	100 %	0%	0%	100 %	IND	0%	0%
	QO	1	RXP /TC	100 %	0%	IND	IND	IND	100 %	100 %	0%	100 %	IND	0%	100%
Moubayed SP, et al. ³⁴ (2016)	AM	1	TC	0%	100 %	40x27x31mm	0%	100 %	IND	IND	0%	100 %	IND	100 %	0%
	QO	1	TC	0%	100 %	29x23x29mm	100 %	0%	IND	IND	0%	100 %	IND	100 %	0%
Cardoso LB,	AM	5	RXP /TC FC	100 %	0%	59,11 ± 23,31mm	0%	100 %	IND	40%	40%	100 %	IND	IND	IND

et al. ³⁸ (2020)	QO	5	RXP /TC FC	10 0%	0%	32,74 ± 11,33m m	80%	20%	IND	20%	40%	100 %	IND	IND	IND
Kitisub kanch ana J, et al. ⁷ (2020)	AM	101	RXP /TC FC	90 %	10 %	IND	31,7 %	68,3 %	IND	66,7 %	18,8%	96,3 %	IND	IND	55,80 %
	QO	100	RXP /TC FC	59 %	41 %	IND	82%	18%	IND	7%	47%	63,6 0%	IND	IND	33,70 %
Du H, et al. ³⁹ (2021)	AM	24	TCF C	10 0%	0%	IND	IND	IND	100 %	58%	33%	54,0 0%	IND	IND	IND
	QO	45	TCF C	10 0%	0%	IND	IND	IND	100 %	20%	29%	49 %	IND	IND	IND
Bispo MS, et al. ⁴⁰ (2021)	AM	22	TCM S	10 0%	0%	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
	QO	18	TCM S	10 0%	0%	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
Liu Z, et al. ⁴¹ (2021)	AM	209	RXP	10 0%	0%	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
	QO	211	RXP	10 0%	0%	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
Chai ZK, et al. ⁴² (2022)	AM	178	TCF C	86, 6%	13, 4%	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
	QO	172	TCF C	63, 40 %	36, 60 %	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
Kanek o N, et al. ¹ (2023)	AM	28	TC	10 0%	0%	IND	36%	64%	IND	IND	IND	86 %	IND	71,5 0%	IND
	QO	41	TC	10 0%	0%	IND	78,1 0%	21,9 0%	IND	IND	IND	22 %	IND	19,6 0%	IND

Taxis J, et al. ⁴⁵ (2023)	AM	11	TC/TCF C	63 %	37 %	15.527 mm ³	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND
	QO	40	TC/TCF C	85 %	15 %	4.884m m ³	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND	IND

AM= Ameloblastoma; IND= informação não disponível; Mand= mandíbula; Max= maxila; mm= milímetros; mm²= milímetros cúbicos; QO= queratocisto odontogênico; RXP= radiografia panorâmica; TC= tomografia computadorizada; TCFC= tomografia computadorizada de feixe cônico; TCMS= tomografia computadorizada multislice; %= porcentagem; += mais; -= menos.

DISCUSSÃO

O AM, que representa cerca de 10% de todos os tumores odontogênicos, e o QO, responsável por aproximadamente 11% dos cistos odontogênicos, são lesões benignas com comportamento localmente agressivo e frequentemente encontradas na prática clínica odontológica.^{23,37}

Os exames de imagem exercem papel fundamental na avaliação inicial do AM e do QO. No entanto, a diferenciação entre essas duas lesões costuma ser desafiadora, uma vez que muitos achados imaginológicos são semelhantes e podem se sobrepor.³³

De acordo com Borghesi et al.⁴⁸ e Cardoso et al.,³⁸ o uso da radiografia panorâmica não é suficiente para um diagnóstico preciso e diferencial entre AM e QO, principalmente por se tratar de um exame bidimensional, sujeito à sobreposição de estruturas. Nesse contexto, a TC permite uma análise tridimensional da lesão, superando essa limitação, além de oferecer outras vantagens.^{38,48} Os achados deste estudo estão em concordância com esses autores, uma vez que, na grande maioria das descrições presentes na Tabela 1, a TC foi essencial para uma caracterização completa e precisa dos casos clínicos.

Na literatura, em ambos os exames complementares, é fundamental a análise de aspectos imaginológicos como localização, tamanho, número de lóculos, reabsorção óssea ou radicular, padrão de radiolucidez ou densidade interna, presença de dentes inclusos, grau de expansão óssea, padrão de crescimento, integridade das corticais e deslocamento de estruturas adjacentes.³⁴

Nos estudos realizados por Li et al.¹², Harnet et al.¹⁶ e Peter et al.⁴³, foram descritos padrões morfológicos do AM unicístico semelhantes aos do QO, como aspecto unilocular, bem delimitado e com expansão óssea discreta ou ausente. Por outro lado, Butt et al.²¹ demonstraram que o AM

sólido apresenta predomínio do padrão multilocular, com aparência de “bolhas de sabão”, associado à expansão óssea bucolingual e à perfuração cortical, características menos comuns nos QOs. Os achados deste estudo corroboram essa observação, uma vez que a locularidade apresentou padrões distintos entre as lesões: nos casos de AM, 29,88% eram unicísticos e 70,12% multicísticos, enquanto nos QOs, 61,53% eram unicísticos e 38,47% multicísticos.

A descrição presente nos trabalhos de MacDonald-Jankowski e Li,¹⁷ Titinchi e Nortje,²³ e Brauer, Diaz e Manegold-Brauer,²⁶ o QO apresenta-se, na maioria dos casos, como uma lesão radiolúcida, unilocular, bem delimitada e frequentemente corticalizada, localizada preferencialmente na mandíbula posterior — assim como o AM —, porém com crescimento predominantemente horizontal ao longo do espaço medular e mínima expansão óssea, diferentemente do AM. Neste estudo, não foi possível analisar esse aspecto de crescimento longitudinal, pois essa informação foi relatada em apenas um caso de AM, o que impossibilitou a comparação entre as lesões.

Os estudos de Zhao et al.²² e MacDonald-Jankowski DS,⁴⁷ relatam que a associação com dentes impactados — especialmente o terceiro molar — e o deslocamento dentário são frequentes nos QOs, enquanto a reabsorção radicular é incomum nessa lesão, ao contrário do AM, que frequentemente a apresenta. Por outro lado, Gumusok et al.³² e Bera et al.⁴⁶ destacam que, em lesões extensas, os QOs podem apresentar características atípicas, como aspecto multilocular, margens festonadas e perfuração cortical, principalmente quando avaliados por TC/TCFC.

Os achados deste estudo corroboram parcialmente a literatura. Observou-se maior frequência de associação com dentes inclusos/impactados nos QOs (63,12%) em comparação ao AM (34,5%). No entanto, em relação ao deslocamento dentário, os resultados divergem, uma vez que o AM apresentou maior ocorrência (54,7%) do que o QO

(48,82%). Quanto à reabsorção radicular, os dados estão em concordância com a literatura, sendo mais prevalente no AM (68%) e pouco frequente nos QOs (15,19%), reforçando que esse é um achado significativamente mais comum no ameloblastoma.

Nesse estudo, durante a coleta de dados para a montagem dos achados, foi observado que alguns estudos não trouxeram de forma completa e padronizada todos dados. Isso gerou uma limitação para uma coleta mais detalhada e abrangente dos resultados descritos na tabela 1 e 2. Apesar disso, os dados encontrados foram cruciais para estabelecer parâmetros importantes para o diagnóstico diferencial por exame de imagem entre o QO e o AM.

CONCLUSÃO

Com base nos achados desta revisão, é possível estabelecer parâmetros imaginológicos relevantes para a distinção entre o AM e o QO, embora não exista um critério isolado definitivo. O AM apresenta, de forma predominante, padrão multilocular, maior expansão óssea e elevada frequência de reabsorção radicular, refletindo seu comportamento mais agressivo. Em contrapartida, o QO tende a ser unilocular, com menor expansão óssea e maior associação com dentes inclusos/impactados, além de menor ocorrência de reabsorção radicular.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Kaneko N, Sameshima J, Kawano S, Chikui T, Mitsuyasu T, Chen H, et al. Comparison of computed tomography findings between odontogenic keratocyst and ameloblastoma in the mandible: criteria for differential diagnosis. J Oral Maxillofac Surg Med Pathol [Internet]. Ago 2022 [citado 24 maio 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2022.07.016>
2. Granato L, Borges R, Sofia OB, Miracca RAA. Maxillary ameloblastomas: case report and literature review. Rev Soc Bras Cir Craniomaxillofac [Internet]. 2008 [citado 24 maio 2026]; 11(2):75-79. Available from: http://www.abccmf.org.br/cmef/Revi/pdf/abril_junho_2008.pdf
3. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Odontogenic tumours. In: Head and Neck Tumours [Internet: beta version ahead of print]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2022 [cited 2026 May 20]. (WHO Classification of Tumours series, 5th ed.; vol. 9). Available from: WHO Classification of Tumours Online.
4. Alves DB, Tuji FM, Alves FA, Rocha AC, Santos-Silva AR, Vargas PA, et al. Evaluation of mandibular odontogenic keratocyst and ameloblastoma by panoramic radiograph and computed tomography. Dentomaxillofac Radiol [Internet]. Out 2018 [citado 24 maio 2026];47(7):20170288. Disponível em: <https://doi.org/10.1259/dmfr.20170288>
5. Pereira MM, Rocchini LL, Carvalho LL, Fonseca JV, Lucena TG, Leite GS, et al. Abordagens terapêuticas no tratamento do queratocisto odontogênico: uma revisão integrativa da literatura. Cuad Educ Desarro [Internet]. 4 ago 2025 [citado 24 maio 2026];17(8):e9034. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv17n8-006>
6. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Odontogenic cysts. In: Head and Neck Tumours [Internet; beta version ahead of print]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer, 2022 [cited 2026 May 20]. (WHO Classification of Tumours series, 5th ed.; vol. 9). Available from: WHO Classification of Tumours Online.
7. Kitisubkanchana J, Reduwan NH, Poomsawat S, Pornprasertsuk-Damrongsri S, Wongchuensoontorn C. Odontogenic keratocyst and ameloblastoma: radiographic evaluation. Oral Radiol [Internet]. 6 fev 2020

[citado 24 maio 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11282-020-00425-2>

8. PRISMA statement [Internet]. PRISMA 2020 checklist — PRISMA statement; [citado 28 maio 2026]. Disponível em: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-checklist>

9. Rayyan: AI-Powered Systematic Review Management Platform [Internet]. Rayyan; [citado 28 maio 2026]. Disponível em: https://rayyan.ai/users/sign_in

10. Home Page | JBI [Internet]. JBI Critical Appraisal Tools | JBI; [citado 28 maio 2026]. Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

11. Takeda Y, Yamamoto H. Ameloblastoma located in the alveolar bone: a case report. J Nihon Univ Sch Dent [Internet]. 1990 [citado 24 maio 2026];32(4):270-4. Disponível em: <https://doi.org/10.2334/josnugd1959.32.270>

12. Li TJ, Wu YT, Yu SF, Yu GY. Unicystic ameloblastoma. Am J Surg Pathol [Internet]. Out 2000 [citado 24 maio 2026];24(10):1385-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00000478-200010000-00008>

13. Hayashi K, Tozaki M, Sugisaki M, Yoshida N, Fukuda K, Tanabe H. Dynamic multislice helical CT of ameloblastoma and odontogenic keratocyst: correlation between contrast enhancement and angiogenesis. J Comput Assist Tomogr [Internet]. Nov 2002 [citado 24 maio 2026];26(6):922-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00004728-200211000-00011>

14. Sun ZJ, Liu B, Zhao YF. Radiopacity in syndrome keratocystic odontogenic tumour. Dentomaxillofacial Radiol [Internet]. Mar 2008 [citado 24 maio 2026];37(3):175-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1259/dmfr/78081245>

15. Çakur B, Miloglu &, Yolcu &, Göregen M, Gürsan N. Keratocystic odontogenic tumor invading the right maxillary sinus: a case report. J Oral Sci [Internet]. 2008 [citado 24 maio 2026];50(3):345-9. Disponível em: <https://doi.org/10.2334/josnugd.50.345>

16. Harnet JC, Raybaud H, Rocca JP, Mahler P, Lombardi T. Unicystic ameloblastoma in a child: a case study and review of the literature. Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra [Internet]. Dez 2008 [citado 24 maio 2026];3(4):192-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedex.2008.06.004>

17. MacDonald-Jankowski DS, Li TK. Keratocystic odontogenic tumour in a Hong Kong community: the clinical and radiological features.

Dentomaxillofacial Radiol [Internet]. Mar 2010 [citado 24 maio 2026];39(3):167-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1259/dmfr/30802198>

18. Casaroto AR, Rocha Loures DC, Moreschi E, Veltrini VC, Trento CL, Gottardo VD, et al. Early diagnosis of Gorlin-Goltz syndrome: case report. Head Amp Face Med [Internet]. 25 jan 2011 [citado 24 maio 2026];7(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1746-160x-7-2>

19. Wakoh M, Okawa Y, Otonari-Yamamoto M, Kamio T, Sakamoto J, Yamamoto A, et al. Reliance on diagnostic elements in panoramic imaging with focus on ameloblastoma and keratocystic odontogenic tumor: psychometric study. Bull Tokyo Dent Coll [Internet]. 2011 [citado 24 maio 2026];52(1):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.2209/tdcpublication.52.1>

20. Bronoosh P, Shakibafar AR, Houshyar M, Nafarzade S. Imaging findings in a case of Gorlin-Goltz syndrome: a survey using advanced modalities. Imaging Sci Dent [Internet]. 2011 [citado 24 maio 2026];41(4):171. Disponível em: <https://doi.org/10.5624/isd.2011.41.4.171>

21. Butt FM, Guthua SW, Awange DA, Dimba EA, Macigo FG. The pattern and occurrence of ameloblastoma in adolescents treated at a university teaching hospital, in Kenya: a 13-year study. J Cranio Maxillofac Surg [Internet]. Fev 2012 [citado 24 maio 2026];40(2):e39-e45. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2011.03.011>

22. Zhao Y, Liu B, Cheng G, Wang SP, Wang YN. Recurrent keratocystic odontogenic tumours: report of 19 cases. Dentomaxillofacial Radiol [Internet]. Fev 2012 [citado 24 maio 2026];41(2):96-102. Disponível em: <https://doi.org/10.1259/dmfr/22891281>

23. Titinchi F, Nortje CJ. Keratocystic odontogenic tumor: a recurrence analysis of clinical and radiographic parameters. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol [Internet]. Jul 2012 [citado 24 maio 2026];114(1):136-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2012.01.032>

24. Kocak-Berberoglu H, Cakarar S, Brkic A, Gurkan-Koseoglu B, Altug-Aydil B, Keskin C. Three-dimensional cone-beam computed tomography for diagnosis of keratocystic odontogenic tumours; Evaluation of four cases. Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal [Internet]. 2012 [citado 24 maio 2026];e1000-e1005. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/medoral.17629>

25. Sumer AP, Sumer M, Celenk P, Danaci M, Gunhan Ö. Keratocystic odontogenic tumor: case report with CT and ultrasonography findings. Sci Dent [Internet]. 2012 [citado 24 maio 2026];42(1):61. Disponível em: <https://doi.org/10.5624/isd.2012.42.1.61>

26. Brauer HU, Diaz C, Manegold-Brauer G. Radiographic assessment of a keratocystic odontogenic tumour using cone-beam computed tomography. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 12 abr 2013 [citado 24 maio 2026];14(3):173-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40368-013-0030-y>
27. MacDonald D, Gu Y, Zhang L, Poh C. Can clinical and radiological features predict recurrence in solitary keratocystic odontogenic tumors? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. Fev 2013 [citado 24 maio 2026];115(2):263-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2012.10.018>
28. Naidu S, Hegde R, Devrukhkar V, Patel A. Conservative management of unicystic ameloblastoma in a young child: a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* [Internet]. 2014 [citado 24 maio 2026];32(3):251. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0970-4388.135842>
29. Lacarbonara M, Marzo G, Lacarbonara V, Monaco A, Capogreco M. Presentation of a keratocystic odontogenic tumor with agenesis: a case report. *J Med Case Rep* [Internet]. 9 abr 2014 [citado 24 maio 2026];8(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1752-1947-8-126>
30. Hajalioghli P, Ghadirpour A, Ataie-Oskuie R, Kontzialis M, Nezami N. Imaging findings of Gorlin-Goltz syndrome. *Acta Radiol Short Rep* [Internet]. 6 jan 2015 [citado 24 maio 2026];4(2):204798161455229. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2047981614552294>
31. Gamoh S, Akiyama H, Tominaga K, Nakajima M, Kakudo K, Tanaka A, et al. Simultaneous occurrence of keratocystic odontogenic tumor and ameloblastoma in the mandible: a case report. *Oncol Lett* [Internet]. 4 jun 2015 [citado 24 maio 2026];10(2):785-9. Disponível em: <https://doi.org/10.3892/ol.2015.3323>
32. Gümüşok M, Alkurt MT, Museyibov F, Üçok Ö. Evaluation of keratocystic odontogenic tumors using cone beam computed tomography. *J Istanbul Univ Fac Dent* [Internet]. 3 out 2016 [citado 24 maio 2026];50(3). Disponível em: <https://doi.org/10.17096/jiufd.58691>
33. Gupta RK, Dugal AG, Pawar SR, Khandelwal SG, Iyengar A. A rare simultaneous occurrence of odontogenic keratocyst and unicystic ameloblastoma in mandible: a case report. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2016 [citado 24 maio 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.7860/jcdr/2016/18271.8224>
34. Moubayed SP, Khorsandi A, Urken ML. Radiological challenges in distinguishing keratocystic odontogenic tumor from ameloblastoma: an extraordinary occurrence in the same patient. *Am J Otolaryngol* [Internet].

Jul 2016 [citado 24 maio 2026];37(4):362-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2016.02.004>

35. Yamada C, Aikawa T, Mizutani M, Usuki T, Takahata S, Yabuno Y, et al. Giant keratocystic odontogenic tumor invading bilateral maxillary sinuses. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* [Internet]. Mar 2017 [citado 24 maio 2026];29(2):146-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2016.09.009>

36. Shastry S, Pandeshwar P, Padmashree S, Kumar N, Garg S, Sanjay C. Imaging characteristic of 11 lesions of odontogenic keratocyst in the indian subpopulation: a cone-beam computed tomography experience. *Contemp Clin Dent* [Internet]. 2020 [citado 24 maio 2026];11(1):20. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ccd.ccd_140_19

37. Pokala A, Tejasvi MLA, Paramkusam G, Vyas R, Bhayya H, Donempudi P. Unicystic ameloblastoma of mandible- Imaging features: a case report and literature review. *Indian J Med Paediatr Oncol* [Internet]. 2020 [citado 24 maio 2026];41(3):401. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ijmpo.ijmpo_140_18

38. Cardoso LB, Lopes IA, Sanomiya Ikuta CR, Capelozza AL. Study between panoramic radiography and cone beam-computed tomography in the diagnosis of ameloblastoma, odontogenic keratocyst, and dentigerous cyst. *J Craniofacial Surg* [Internet]. 28 maio 2020 [citado 24 maio 2026];Publish Ahead of Print. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/scs.00000000000006538>

39. Du H, Wang S, Li M, Zhang D, Li G. CT/cone-beam CT image characteristics of ameloblastoma, odontogenic keratocyst and dentigerous cyst associated with the impacted mandibular third molar. In: 2021 IEEE International Conference on Medical Imaging Physics and Engineering (ICMIPE); 2021 Nov 12; [place unknown]. [S.l.]: IEEE; 2021. p. 1-5. doi:10.1109/ICMIPE53131.2021.9698967.

40. Bispo MS, Pierre Júnior ML, Apolinário Jr AL, dos Santos JN, Junior BC, Neves FS, et al. Computer tomographic differential diagnosis of ameloblastoma and odontogenic keratocyst: classification using a convolutional neural network. *Dentomaxillofac Radiol* [Internet]. 29 abr 2021 [citado 24 maio 2026];20210002. Disponível em: <https://doi.org/10.1259/dmfr.20210002>

41. Liu Z, Liu J, Zhou Z, Zhang Q, Wu H, Zhai G, Han J. Differential diagnosis of ameloblastoma and odontogenic keratocyst by machine learning of panoramic radiographs. *Int J Comput Assist Radiol Surg* [Internet]. 6 fev 2021 [citado 24 maio 2026];16(3):415-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11548-021-02309-0>

42. Chai ZK, Mao L, Chen H, Sun TG, Shen XM, Liu J, Sun ZJ. Improved diagnostic accuracy of ameloblastoma and odontogenic keratocyst on cone-beam CT by artificial intelligence. *Front Oncol* [Internet]. 27 jan 2022 [citado 24 maio 2026];11. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.793417>
43. Peter J, Methippara JJ, Sebastian R, Emmatty TB, Jose B, Vasu S. Unicystic ameloblastoma associated with primary mandibular second molar: a case report. *Int J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 11 jan 2024 [citado 24 maio 2026];16(S3):S335—S338. Disponível em: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2701>
44. Zaher B, El Bouhairi M, Ben Yahya I. Gorlin-Goltz syndrome from diagnosis to treatment: role of the dentist. *Adv Oral Maxillofac Surg* [Internet]. Mar 2023 [citado 24 maio 2026];9:100370. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.adoms.2022.100370>
45. Taxis J, Platz Batista da Silva N, Grau E, Spanier G, Nieberle F, Maurer M, Spoerl S, Meier JK, Ettl T, Reichert TE, Ludwig N. Novel three-dimensional and non-invasive diagnostic approach for distinction between odontogenic keratocysts and ameloblastomas. *Dent J* [Internet]. 11 ago 2023 [citado 24 maio 2026];11(8):193. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/dj11080193>
46. Bera RN, Tandon S, Tiwari P, Mishra M. Recurrence and prognosticators of recurrence in odontogenic keratocyst of the jaws. *J Maxillofac Oral Surg* [Internet]. 5 jan 2023 [citado 24 maio 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12663-022-01846-8>
47. MacDonald-Jankowski DS. Keratocystic odontogenic tumour: systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* [Internet]. Jan 2011 [citado 27 maio 2026];40(1):1-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1259/dmfr/29949053>
48. Borghesi A, Nardi C, Giannitto C, Tironi A, Maroldi R, Di Bartolomeo F, Preda L. Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. *Imaging* [Internet]. 31 jul 2018 [citado 27 maio 2026];9(5):883-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13244-018-0644-z>

ARQUIVOS SUPLEMENTARES

Quadro 1. Estratégia de busca e resultados para cada uma das bases utilizadas. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2026.

PLATAFORMA	TERMOS
PUBMED	(("odontogenic keratocyst"[tiab] OR "keratocyst"[tiab] OR "odontogenic keratocyst"[tiab] OR "odontogenic cysts"[MeSH Terms] OR "odontogenic cyst*"[tiab] OR "keratocystic odontogenic tumor"[tiab] OR "OKC"[tiab] OR "KCOT"[tiab])) AND (("ameloblastoma"[MeSH Terms] OR "ameloblastoma"[tiab] OR "odontogenic tumors"[MeSH Terms] OR "odontogenic tumor*"[tiab] OR "jaw neoplasms"[MeSH Terms] OR "jaw tumor*"[tiab])) AND (("radiography"[MeSH Terms] OR "radiograph*"[tiab] OR "cone-beam computed tomography"[MeSH Terms] OR "CBCT"[tiab] OR "computed tomography"[tiab] OR "Tomography, X-Ray Computed" [MeSH Terms] OR "CT"[tiab] OR "panoramic radiography"[tiab] OR "panoramic x-ray*"[tiab] OR "dental radiography"[tiab] OR "dental x-ray*"[tiab]))
EMBASE	('odontogenic keratocyst'/exp OR 'odontogenic keratocyst':ti,ab OR 'keratocyst':ti,ab OR 'odontogenic cyst'/exp OR 'odontogenic cyst*':ti,ab OR 'keratocystic odontogenic tumor':ti,ab OR 'okc':ti,ab OR 'kcot':ti,ab) AND ('ameloblastoma'/exp OR 'ameloblastoma':ti,ab OR 'odontogenic tumor'/exp OR 'odontogenic tumor*':ti,ab OR 'jaw neoplasm'/exp OR 'jaw tumor*':ti,ab) AND ('radiography'/exp OR 'radiograph*':ti,ab OR 'cone beam computed tomography'/exp OR 'cbct':ti,ab OR 'computed tomography'/exp OR 'ct':ti,ab OR 'panoramic radiography':ti,ab OR 'panoramic x-ray*':ti,ab OR 'dental radiography'/exp OR 'dental x-ray*':ti,ab) ('odontogenic keratocyst'/exp OR 'odontogenic keratocyst':ti,ab OR 'keratocyst':ti,ab OR 'odontogenic cyst'/exp OR 'odontogenic cyst*':ti,ab OR 'keratocystic odontogenic tumor':ti,ab OR 'okc':ti,ab OR 'kcot':ti,ab) AND ('ameloblastoma'/exp OR 'ameloblastoma':ti,ab OR 'odontogenic tumor'/exp OR 'odontogenic tumor*':ti,ab OR 'jaw neoplasm'/exp OR 'jaw tumor*':ti,ab) AND ('radiography'/exp OR 'radiograph*':ti,ab OR 'cone beam computed tomography'/exp OR 'cbct':ti,ab OR 'computed tomography'/exp OR 'ct':ti,ab OR 'panoramic radiography':ti,ab OR 'panoramic x-ray*':ti,ab OR 'dental radiography'/exp OR 'dental x-ray*':ti,ab)
Web of Science	TS= ("odontogenic keratocyst" OR keratocyst OR "odontogenic cyst" OR "keratocystic odontogenic tumor" OR OKC OR KCOT) AND TS= (ameloblastoma OR "odontogenic tumor" OR "jaw neoplasm"

OR "jaw tumor") AND TS= (radiograph OR radiography OR "computed tomography" OR "cone beam computed tomography" OR CBCT OR "panoramic radiography" OR "dental radiography") (TITLE-ABS-KEY ("odontogenic keratocyst" OR keratocyst OR "odontogenic cyst*" OR "keratocystic odontogenic tumor" OR OKC OR KCOT)) AND (TITLE-ABS-KEY (ameloblastoma OR "odontogenic tumor*" OR "jaw neoplasm*" OR "jaw tumor*")) AND (TITLE-ABS-KEY ("radiograph*" OR radiography OR "computed tomography" OR "cone beam computed tomography" OR CBCT OR CT OR "panoramic radiography" OR "panoramic x-ray*" OR "dental radiography" OR "dental x-ray*"))

SCOPUS

Arquivo Suplementar 1. Avaliação crítica metodológica dos relatos de casos analisados (n=17)

Autor, ano (País)	1.As caracterí sticas demográf icas dos pacientes foram claramen te descritas ?	2.O histórico do paciente foi claramen te descrito e apresent ado como uma linha do tempo?	3.A condição clínica atual do paciente na apresent ação foi claramen te descrita?	4.Os exames diagnósti cos ou métodos de avaliação foram clarament e descritos e os resultados foram descritos os?	5.A(s) intervenção(s) ou procedim ento(s) de tratamen to foram claramen te descritos os?	6.A condição clínica pós- interven ção foi claramen te descrita ?	7.Eventos adversos (danos) ou eventos não previstos foram identific ados e descritos s?	8. O relatório do caso oferece lições para levar ?	Score
----------------------------------	--	---	--	--	---	--	--	---	--------------

Çakur B., et al (2008) Turquia	Sim	Não evidente	Sim	Sim	Sim	Sim	Não evidente	Sim	6 Sim	Alta qualida de
ZJ Sun, B Liu and YF Zhao (2008) China	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não evidente	Não evidente	Sim	6 sim	Alta qualida de
Harnet, Jean-Claude., et al (2008) França	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	8 Sim	Alta qualida de
Casaroto , A.R., et al (2011) Brasil	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	7 Sim	Alta qualida de
Bronoos h, P., (2011) Iran	Sim	Parcial	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	4 Sim	Qualid ade moder ada
Sumer. A. P., et	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Parcial	Não	Sim	5 Sim	Qualid ade

<i>al</i> (2012)												moderada
Turquia												
H. U. Brauer., C. Diaz., G. Manegol d-Brauer (2013) Alemanh a	Sim	Parcial	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	6	Sim	Alta qualida de
Naidu. S. R., <i>et al</i> (2014) Índia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	7	Sim	Alta qualida de
Lacarbon ara. M., <i>et al</i> (2014) Itália	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	7		Alta qualida de
Hajaliog hli. P., <i>et al</i> (2015) Estados Unidos	Sim	Parcial	Sim	Sim	Não evidente	Não	Não evidente	Não evidente	Sim	4	Sim	Qualid ade moder ada
Gamoh. S., <i>et al</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Não evidente	Não evidente	Sim	6	Sim	Alta

(2015) Japão										qualida de
Gupta R. K., <i>et al</i> (2016) Índia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	7	Sim Alta qualida de
Moubaye d S. P., Khorsan di A., Urken M. L. (2016) Estados Unidos	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Não	Não evidente	Sim	5	Sim Qualid ade moder ada
Yamada C., <i>et al</i> (2016) Japão	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	7	Sim Alta qualida de
Pokala A., <i>et al</i> (2021) Índia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	7	Sim Alta qualida de
Zaher B., Bouhairi M. E.,	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	7	Sim Alta qualida de

Yahya I.
B.,
(2023)
Marrocos

Peter J., <i>et al</i> (2023) Índia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	7	Sim
										Alta qualida de

Arquivo Suplementar 2. Avaliação crítica metodológica de séries de casos (n=5)

Autor, ano (País)	1.Ha via crité rios clar os para inclu são na séri e de caso s?	2.A condiç ão foi medida de forma padrão e confiáv el para todos os partici pantes incluíd	3.Foram usados métodos válidos para identifi car a condiç ão de todos os partici pantes	4.A série de casos teve inclus ão conse cutiva de partici pantes?	5.A série de casos incluiu particip antes com total integrid ade?	6.Houv e um relatór io claro sobre a demog rafia dos partici pantes incluíd os no	7.Houv e relatos claros das informa ções clínicas dos particip antes?	8.Os resultados ou os resultados de acompan hamento dos casos foram claramen te relatados ?	9.Houv e um relatóri o claro das inform ações demog ráficas dos locais ou clínicas que	10.A análise estatís tica era apropri iada?	Sc ore
----------------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	-------------------

os na
série
de
casos?

incluíd
os na
série
de
casos?

estudo
?

aprese
ntam?

Tie-Jun Li. et al. (2000) China	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	7 Si m Alt a qua lida de
Katsuh iko Hayas hi. et al (2002) Estados Unidos	Sim	Sim	sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	9 Si m Alt a qua lida de

Koçak-Berber oğlu. H., <i>et al</i> (2012) Turquia	Parcial	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	6 Sim Qualidade moderada
Zhao. Y., <i>et al</i> (2012) China	Sim	Sim	Sim	Não evidente	Não evidente	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	7 Sim Alta qualidade
Shastri S. P <i>et al</i> (2020) Índia	Sim	Sim	Sim	Não evidente	Não evidente	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	7 Sim Alta qualidade

Arquivo Suplementar 3. Avaliação crítica de estudos observacionais (n=16)

Autor(es), ano de publicação	1.Os critérios para inclusã o na amostr a estava m claram ente definid os?	2.Os sujeito s do estudo e o cenári o foram descrit os em detalh es?	3.A exposi ção foi medid a de forma válida e confiá vel?	4.Critério s objetivos e padrão foram usados para medir a condição ?	5.Fora m identifi cados fatores de confusã o?	6.Fora m aprese ntadas estraté gias para lidar com fatores de confusã o?	7.Os resultad os foram medidos de forma válida e confiável?	8.Foi usada uma análise estatísti ca apropri ada?	Score	
Takeda Y., Yamamoto H (1990) Japão	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	4	Sim
DS MacDonald- Jankowski., TK Li (2010) China	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Parcial	Sim	Sim	6	Sim Alta qualidade
Wakoh, M., et al/ (2011) Japão	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	6	Sim Alta qualidade

Butt. F.M.A., <i>et al</i> (2012) Quênia	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Parcial	5	Sim	Qualidade moderada
Titinchi. F., <i>et al</i> (2012) África do Sul	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	Sim	7	Sim	Alta qualidade
MacDonald. D., <i>et al</i> (2013) Canadá	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	Sim	7	Sim	Alta qualidade
Gümüşok. M., <i>et al</i> (2016) Turquia	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Parcial	Sim	Sim	6	Sim	Alta qualidade
Cardoso L. B., <i>et al</i> (2020) Brasil	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Parcial	Sim	Sim	6	Sim	Alta qualidade
Kitisubkanchana J., <i>et al</i> (2020) Tailândia	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Parcial	Sim	Sim	6	Sim	Alta qualidade
Bispo M. S., <i>et al</i> (2021) Brasil	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Parcial	Sim	Sim	6	Sim	Alta qualidade
Du H., <i>et al</i> (2021) China	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Parcial	Sim	Sim	6	Sim	Alta qualidade
Liu Z., <i>et al</i> (2021) China	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	Sim	Sim	7	Sim	Alta qualidade

Chai Zi-Kang., <i>et al</i> (2022) China	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	8	Sim	Alta qualidade
Kaneko N., <i>et al</i> (2023) Japão	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	Sim	Sim	7	Sim	Alta qualidade
Taxis J., <i>et al</i> (2023) Alemanha	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Sim	Sim	Sim	7	Sim	Alta qualidade
Bera R. N., <i>et al</i> (2024) Índia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	8	Sim	Alta qualidade

4 CONCLUSÃO

Com base nos achados desta revisão, é possível estabelecer parâmetros imaginológicos relevantes para a distinção entre o AM e o QO, embora não exista um critério isolado definitivo. O AM apresenta, de forma predominante, padrão multilocular, maior expansão óssea e elevada frequência de reabsorção radicular, refletindo seu comportamento mais agressivo. Em contrapartida, o QO tende a ser unilocular, com menor expansão óssea e maior associação com dentes inclusos/impactados, além de menor ocorrência de reabsorção radicular.

O presente estudo evidenciou a importância da padronização na descrição dos relatos de casos, uma vez que a ausência de uniformidade na apresentação dos dados limita a análise comparativa e a abrangência dos resultados. A adoção de critérios descritivos mais consistentes pode contribuir para maior acurácia na identificação dos aspectos imaginológicos essenciais ao diagnóstico diferencial entre o AM e o QO.

É importante ressaltar que, apesar da relevância dos exames de imagem na avaliação dessas lesões, o laudo histopatológico permanece indispensável para a confirmação diagnóstica e para a definição do tratamento mais adequado.

REFERÊNCIAS

1. KANEKO, N *et al.* Comparison of computed tomography findings between odontogenic keratocyst and ameloblastoma in the mandible: criteria for differential diagnosis. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery, Medicine, And Pathology**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 15-22, jan. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajoms.2022.07.016>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212555822001533?via%3Dihub>. Acesso em: 06 maio 2026.
2. GRANATO, L *et al.* The maxillary ameloblastomas: casereport and literature review. **Brazilian Journal of Craniomaxillofacial Surgery**, São Paulo, v. 11, p.75-79 oct, 2008.
3. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Odontogenic tumours. In: Head and Neck Tumours [Internet: beta version ahead of print]. Lyon (France): **International Agency for Research on Cancer**; 2022 [cited 2026 May 20]. (WHO Classification of Tumours series, 5th ed.; vol. 9). Available from: WHO Classification of Tumours Online.
4. ALVES, D. B. M *et al.* Evaluation of mandibular odontogenic keratocyst and ameloblastoma by panoramic radiograph and computed tomography. **Dentomaxillofacial Radiology**, [S.L.], v. 47, n. 7, p. 1-11, out. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1259/dmfr.20170288>. Disponível em: <https://academic.oup.com/dmfr/article-abstract/47/7/20170288/7263699?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 06 maio 2026.
5. PEREIRA, M. M *et al.* Abordagens terapêuticas no tratamento do queratocisto odontogênico: uma revisão integrativa da literatura. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, [S.L.], v. 17, n. 8, p. 1-20, 4 ago. 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.55905/cuadv17n8-006>. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/9034>. Acesso em: 06 maio 2026.
6. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Odontogenic cysts. In: Head and Neck Tumours [Internet; beta version ahead of print]. Lyon (France): **International Agency for Research on Cancer**, 2022 [cited 2026 May 20]. (WHO Classification of Tumours series, 5th ed.; vol. 9). Available from: WHO Classification of Tumours Online.
7. KITISUBKANCHANA, J *et al.* Odontogenic keratocyst and ameloblastoma: radiographic evaluation. **Oral Radiology**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 55-65, 6 fev. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11282-020-00425-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11282-020-00425-2>. Acesso em: 06 maio 2026

8. **PRISMA statement.** Disponível em: <https://www.prisma-statement.org/>. Acesso em: 28 maio 2026.

9. **RAYYAN.** Disponível em: https://rayyan.ai/users/sign_in. Acesso em: 28 maio 2026.

10. **JBICRITICAL Appraisal Tools | JBI.** Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>. Acesso em: 28 maio 2026.

11. TAKEDA, Y; YAMAMOTO, H. Ameloblastoma located in the alveolar bone: a case report.. **The Journal Of Nihon University School Of Dentistry**, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 270-274, 1990. DOI: <http://dx.doi.org/10.2334/josnUSD1959.32.270>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0025616640&doi=10.2334%2FjosnUSD1959.32.270&partnerID=40&md5=e5ee70e705db0e9adab9fc3dbb39e13>. Acesso em: 06 maio 2026.

12. LI, Tie-Jun et al. Unicystic Ameloblastoma. **The American Journal Of Surgical Pathology**, [S.L.], v. 24, n. 10, p. 1385-1392, out. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00000478-200010000-00008>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0.00033780644&doi=10.1097%2F00000478-200010000-00008&partnerID=40&md5=b5b05a60d673c7382c6cdca61a8b2ce1>. Acesso em: 06 maio 2026.

13. HAYASHI, K et al. Dynamic Multislice Helical CT of Ameloblastoma and Odontogenic Keratocyst: correlation between contrast enhancement and angiogenesis. **Journal Of Computer Assisted Tomography**, [S.L.], v. 26, n. 6, p. 922-926, nov. 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00004728-200211000-00011>. Disponível em: https://journals.lww.com/jcat/abstract/2002/11000/dynamic_multislice_helical_ct_of_ameloblastoma_and.11.aspx. Acesso em: 06 maio 2026.

14. SUN, Z J; LIU, B; ZHAO, Y F. Radiopacity in syndrome keratocystic odontogenic tumour. **Dentomaxillofacial Radiology**, [S.L.], v. 37, n. 3, p. 175-178, mar. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1259/dmfr/78081245>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-41349122199&doi=10.1259%2Fdmfr%2F78081245&partnerID=40&md5=c90e704193fccb6d3dd14526923dc9e>. Acesso em: 06 maio 2026.

15. ÇAKUR, B et al. Keratocystic odontogenic tumor invading the right maxillary sinus: a case report. **Journal Of Oral Science**, [S.L.], v. 50, n. 3, p. 345-349, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.2334/josnUSD50.345>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-58749085582&doi=10.2334%2FjosnUSD50.345&partnerID=40&md5=251e6ac08a8061218c7f59aa5b02d4fb>. Acesso em: 06 maio 2026.

16. HARNET, Jean-Claude *et al.* Unicystic ameloblastoma in a child: a case study and review of the literature. **International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology Extra**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 192-196, dez. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedex.2008.06.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871404808000488?via%3Dihub>. Acesso em: 06 maio 2026.

17. MACDONALD-JANKOWSKI, D.S; LI, T K. Keratocystic odontogenic tumour in a Hong Kong community: the clinical and radiological features. **Dentomaxillofacial Radiology**, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 167-175, mar. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1259/dmfr/30802198>.

18. CASAROTO, A. R *et al.* Early diagnosis of Gorlin-Goltz syndrome: case report. **Head & Face Medicine**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 1-5, 25 jan. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1746-160x-7-2>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-78951478839&doi=10.1186%2F1746-160X-7-2&partnerID=40&md5=9a429b5f338fc73974106c7e80dc3886>. Acesso em: 06 maio 2026.

19. WAKOH, M *et al.* Reliance on Diagnostic Elements in Panoramic Imaging with Focus on Ameloblastoma and Keratocystic Odontogenic Tumor: psychometric study. **The Bulletin Of Tokyo Dental College**, [S.L.], v. 52, n. 1, p. 1-12, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.2209/tdcpublication.52.1>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84860413903&doi=10.2209%2Ftdcpublication.52.1&partnerID=40&md5=e946206f148447e6b01af66b8bc2f5a9>. Acesso em: 06 maio 2026.

20. BRONOOSH, P *et al.* Imaging findings in a case of Gorlin-Goltz syndrome: a survey using advanced modalities. **Imaging Science In Dentistry**, [S.L.], v. 41, n. 4, p. 171, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5624/isd.2011.41.4.171>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84865148201&doi=10.5624%2Fisd.2011.41.4.171&partnerID=40&md5=3290d4ee8a58b7a4112d488d47a21282>. Acesso em: 06 maio 2026.

21. BUTT, F.M.A *et al.* The pattern and occurrence of ameloblastoma in adolescents treated at a university teaching hospital, in Kenya: a 13-year study. **Journal Of Cranio-Maxillofacial Surgery**, [S.L.], v. 40, n. 2, p. 39-45, fev. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2011.03.011>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84856078444&doi=10.1016%2Fj.jcms.2011.03.011&partnerID=40&md5=43a18e8ea6797622c859b90e34871cbc>. Acesso em: 06 maio 2026.

22. ZHAO, Y *et al.* Recurrent keratocystic odontogenic tumours: report of 19 cases. **Dentomaxillofacial Radiology**, [S.L.], v. 41, n. 2, p. 96-102, fev. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1259/dmfr/22891281>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0->

84863015946&doi=10.1259%2Fdmfr%2F22891281&partnerID=40&md5=3ce93dfcdbc430e2d5693d4e943502a. Acesso em: 06 maio 2026.

23. TITINCHI, F; NORTJE, C. J. Keratocystic odontogenic tumor: a recurrence analysis of clinical and radiographic parameters. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology And Oral Radiology**, [S.L.], v. 114, n. 1, p. 136-142, jul. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2012.01.032>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84862694820&doi=10.1016%2Fj.oooo.2012.01.032&partnerID=40&md5=0dc47e4f6647e759f790dc55d238bfd0>. Acesso em: 06 maio 2026.

24. KOCAK-BERBEROGLU, H *et al.* Three-dimensional cone-beam computed tomography for diagnosis of keratocystic odontogenic tumours; Evaluation of four cases. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal**, [S.L.], p. 1000-1005, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.17629>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84868571005&doi=10.4317%2Fmedoral.17629&partnerID=40&md5=98ab7b244d0237de7cfd443c2952728e>. Acesso em: 06 maio 2026.

25. SUMER, A. P *et al.* Keratocystic odontogenic tumor: case report with ct and ultrasonography findings. **Imaging Science In Dentistry**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 61, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5624/isd.2012.42.1.61>. Disponível em: <https://isident.org/DOIx.php?id=10.5624/isd.2012.42.1.61>. Acesso em: 06 maio 2026.

26. BRAUER, H. U.; DIAZ, C.; MANEGOLD-BRAUER, G. Radiographic assessment of a keratocystic odontogenic tumour using cone-beam computed tomography. **European Archives Of Paediatric Dentistry**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 173-177, 12 abr. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s40368-013-0030-y>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84891864375&doi=10.1007%2Fs40368-013-0030-y&partnerID=40&md5=315acd48d54216d21c1bd837f61490bb>. Acesso em: 06 maio 2026.

27. MACDONALD, D.; GU, Y.; ZHANG, L.; POH, C. Can clinical and radiological features predict recurrence in solitary keratocystic odontogenic tumors? **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology And Oral Radiology**, [S.L.], v. 115, n. 2, p. 263-271, fev. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2012.10.018>. Disponível em: [https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403\(12\)01678-1/abstract](https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403(12)01678-1/abstract). Acesso em: 06 maio 2026.

28. NAIDU, S *et al.* Conservative management of unicystic ameloblastoma in a young child: a case report. **Journal Of Indian Society Of Pedodontics And Preventive Dentistry**, [S.L.], v. 32, n. 3, p. 251, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0970-4388.135842>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84905700267&doi=10.4103%2F0970->

4388.135842&partnerID=40&md5=cddde830c79206a86d246ed87095e8b6 . Acesso em: 06 maio 2026.

29. LACARBONARA, M *et al.* Presentation of a keratocystic odontogenic tumor with agenesis: a case report. **Journal Of Medical Case Reports**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 1-7, 9 abr. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-8-126>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84899648281&doi=10.1186%2F1752-1947-8-126&partnerID=40&md5=8139b4f9937c9a7f9244523e1ff551fa>. Acesso em: 06 maio 2026.
30. HAJALIOGHLI, P *et al.* Imaging findings of Gorlin-Goltz syndrome. **Acta Radiologica Short Reports**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 1-3, 1 jan. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2047981614552294>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2047981614552294>. Acesso em: 06 maio 2026.
31. GAMOH, S *et al.* Simultaneous occurrence of keratocystic odontogenic tumor and ameloblastoma in the mandible: a case report. **Oncology Letters**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 785-789, 4 jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.3892/ol.2015.3323>. Disponível em: <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/ol.2015.3323>. Acesso em: 06 maio 2026.
32. GÜMÜŞOK, M *et al.* Evaluation of Keratocystic Odontogenic Tumors Using Cone Beam Computed Tomography. **Journal Of Istanbul University Faculty Of Dentistry**, [S.L.], v. 50, n. 3, p. 32-37, 3 out. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.17096/jiufd.58691>. Disponível em: <https://www.scilit.com/publications/e484d2a1037a80c4591f7f040606c7b2>. Acesso em: 06 maio 2026.
33. GUPTA, R. K. A Rare Simultaneous Occurrence of Odontogenic Keratocyst and Unicystic Ameloblastoma in Mandible: a case report. **Journal Of Clinical And Diagnostic Research**, [S.L.], p. 1-4, 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2016/18271.8224>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84980373346&doi=10.7860%2FJCDR%2F2016%2F18271.8224&partnerID=40&md5=540b9149a6401c5e3c449681bb5782c4>. Acesso em: 06 maio 2026.
34. MOUBAYED, S. P.; KHORSANDI, A; URKEN, M. L. Radiological challenges in distinguishing keratocystic odontogenic tumor from ameloblastoma: an extraordinary occurrence in the same patient. **American Journal Of Otolaryngology**, [S.L.], v. 37, n. 4, p. 362-364, jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjoto.2016.02.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196070916000430?via%3Dihub>. Acesso em: 06 maio 2026

35. YAMADA, C *et al.* Giant keratocystic odontogenic tumor invading bilateral maxillary sinuses. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery, Medicine, And Pathology**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 146-150, mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajoms.2016.09.009>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212555816301430?via%3Dihub>. Acesso em: 06 maio 2026.
36. SHASTRY, S *et al.* Imaging characteristic of 11 lesions of odontogenic keratocyst in the indian subpopulation: a cone-beam computed tomography experience. **Contemporary Clinical Dentistry**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 20-27, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.4103/ccd.ccd_140_19. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7580741/>. Acesso em: 06 maio 2026.
37. POKALA, A *et al.* Unicystic Ameloblastoma of Mandible- Imaging Features: a case report and literature review. **Indian Journal Of Medical And Paediatric Oncology**, [S.L.], v. 41, n. 03, p. 401-405, maio 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.4103/ijmpo.ijmpo_140_18. Disponível em: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.4103/ijmpo.ijmpo_140_18. Acesso em: 06 maio 2026.
38. CARDOSO, L. B *et al.* Study Between Panoramic Radiography and Cone Beam-Computed Tomography in the Diagnosis of Ameloblastoma, Odontogenic Keratocyst, and Dentigerous Cyst. **Journal Of Craniofacial Surgery**, [S.L.], v. 31, n. 6, p. 1747-1752, 28 maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/scs.0000000000006538>. Disponível em: https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/abstract/2020/09000/study_between_panoramic_radiography_and_cone.57.aspx. Acesso em: 06 maio 2026.
39. DU, H *et al.* CT/ cone-beam CT image characteristics of ameloblastoma, odontogenic keratocyst and dentigerous cyst associated with the impacted mandibular third molar. **2021 IEEE International Conference On Medical Imaging Physics And Engineering (Icmipe)**, [S.L.], p. 1-5, 12 nov. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1109/icmipe53131.2021.9698967>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85126763740&doi=10.1109%2FICMIPE53131.2021.9698967&partnerID=40&md5=8c7fe3fdc9e2111053c8f03756895722>. Acesso em: 06 maio 2026.
40. BISPO, M. S *et al.* Computer tomographic differential diagnosis of ameloblastoma and odontogenic keratocyst: classification using a convolutional neural network. **Dentomaxillofacial Radiology**, [S.L.], v. 50, n. 7, p. 1-8, 1 out. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1259/dmfr.20210002>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85115752044&doi=10.1259%2Fdmfr.20210002&partnerID=40&md5=80248ca2e55a4ce42b81f51394f5cdf6>. Acesso em: 06 maio 2026.
41. LIU, Z *et al.* Differential diagnosis of ameloblastoma and odontogenic keratocyst by machine learning of panoramic radiographs. **International**

- Journal Of Computer Assisted Radiology And Surgery**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 415-422, 6 fev. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11548-021-02309-0>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11548-021-02309-0>. Acesso em: 06 maio 2026.
42. CHAI, Zi-Kang *et al.* Improved Diagnostic Accuracy of Ameloblastoma and Odontogenic Keratocyst on Cone-Beam CT by Artificial Intelligence. **Frontiers In Oncology**, [S.L.], v. 11, p. 1-9, 27 jan. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fonc.2021.793417>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/oncology/articles/10.3389/fonc.2021.793417/full>. Acesso em: 06 maio 2026.
43. Peter, J *et al.* Unicystic Ameloblastoma Associated with Primary Mandibular Second Molar: a case report. **International Journal Of Clinical Pediatric Dentistry**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 335-338, 11 jan. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2701>. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85183861875&doi=10.5005%2Fjp-journals-10005-2701&partnerID=40&md5=a05e9a86e124d5dccc6886eda446fe45>. Acesso em: 06 maio 2026.
44. ZAHER, B; BOUHAIIRI, M. E; YAHYA, I. B. Gorlin-Goltz syndrome from diagnosis to treatment: role of the dentist. **Advances In Oral And Maxillofacial Surgery**, [S.L.], v. 9, n. 0, p. 1-5, mar. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adoms.2022.100370>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667147622001200?via%3Dihub>. Acesso em: 06 maio 2026.
45. TAXIS, J *et al.* Novel Three-Dimensional and Non-Invasive Diagnostic Approach for Distinction between Odontogenic Keratocysts and Ameloblastomas. **Dentistry Journal**, [S.L.], v. 11, n. 8, p. 193-203, 11 ago. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/dj11080193>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2304-6767/11/8/193>. Acesso em: 06 maio 2026.
46. BERA, R. N *et al.* Recurrence and Prognosticators of Recurrence in Odontogenic Keratocyst of the Jaws. **Journal Of Maxillofacial And Oral Surgery**, [S.L.], v. 23, n. 5, p. 1304-1315, 5 jan. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12663-022-01846-8>. Disponível em: <https://www.scopus.com/pages/publications/85145672330>. Acesso em: 06 maio 2026.
47. MACDONALD-JANKOWSKI, D. S. Keratocystic odontogenic tumour: systematic review. **Dentomaxillofacial Radiology**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 1-23, jan. 2011. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1259/dmfr/29949053>.

48. BORGHESI, A *et al.* Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. **Insights Into Imaging**, [S.L.], v. 9, n. 5, p. 883-897, 31 jul. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s13244-018-0644-z>.

ANEXO A



Diretrizes para autores

OBJETIVOS

Fornecer aos autores da HU Revista orientações claras e concisas sobre a preparação de manuscritos, abrangendo desde a estrutura e o escopo até as normas de formatação e os padrões éticos, visando submissões de alta qualidade e alinhadas aos requisitos editoriais da revista.

DESCRIÇÃO**Escopo e política**

A HU Revista é um jornal científico que tem como missão a divulgação do conhecimento científico na área da "ciência da saúde", em formato eletrônico, por meio de publicação contínua e *on-line*, respeitando os indicadores de qualidade, junto à comunidade de pesquisadores da área, em nível regional, nacional e internacional. Contempla publicações nas grandes áreas da saúde: ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia e bioquímica, fisioterapia, medicina, odontologia, química, nutrição, psicologia e serviço social. A HU Revista é indexada nas bases de dados e diretórios: *National Library of Medicine* (NLM), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Directory of Open Access Journal* (DOAJ), Diretório das Revistas Científicas Eletrônicas Brasileiras (MIGUILIM), Sistema Regional de Informação Online para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal (Latindex), portal de periódico da Capes e Sherpa Romeo.

Este periódico adota a licença *Creative Commons CC-BY attribution 4.0 International*:

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados (CREATIVE COMMONS, 2007).

Custo de publicação

Não há cobrança aos autores para submissão de manuscritos e nem para processamento dos artigos.

Das normas gerais

Inicialmente, o comitê editorial avalia se o artigo contempla os requisitos das normas da HU Revista. Para avaliação e aceitação, os artigos devem ser escritos em língua portuguesa ou inglesa. Ao submeter um manuscrito para a HU Revista, entende-se que o artigo não está sendo considerado para publicação em outro periódico.

São recomendações gerais, a inclusão dos documentos em formato doc (*Microsoft Word*):

a) Folha de rosto;

b) Manuscrito sem identificação dos autores, incluindo título e *title*, resumo e *abstract* estruturados, palavras-chave e *keywords* provenientes dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH); referências utilizando as normas Vancouver para citações e referências; tabelas, quadros e figuras, ajustadas aos padrões da HU

Revista;

c) O tamanho dos documentos não deve ultrapassar 20 MB;

d) Não serão aceitos documentos no formato pdf.

A HU Revista tem o direito de submeter todos os manuscritos ao comitê editorial, que está autorizado a determinar a conveniência de sua aceitação ou devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto e/ou para adaptação às regras editoriais da revista.

Se o manuscrito não contemplar essas requisições, retornarão aos autores para adequação de formatação e conteúdo (*desk review*).

Se os manuscritos contemplarem as normas, será enviado aos editores de seção para solicitarem revisões por pares aos avaliadores, garantindo método cego de revisão (anonimato dos autores e avaliadores). Os revisores podem considerar o manuscrito como aceito, rejeitado ou solicitar correções obrigatórias. As opiniões dos revisores serão avaliadas pelos editores de seção e editor-chefe, e uma decisão final suportada pela revisão por pares será enviada aos autores.

Os conceitos afirmados nos estudos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do editor-chefe ou comitê editorial. As datas do recebimento do original e da aceitação do manuscrito constarão no artigo publicado.

A revista utiliza o Sistema de Editoração Eletrônica de Revistas (SEER, em inglês *Open Journal System* – OJS). Os manuscritos são submetidos por meio do site da HU Revista. O autor deve se cadastrar, seguindo as orientações do site, no qual receberá um nome de usuário, senha e instruções para prosseguir com a submissão de seu artigo, possibilitando o acompanhamento do processo de avaliação e editoração.

Pré-análise

Os manuscritos são submetidos ao comitê editorial e ao editor-chefe para apreciação quanto à adequação ao escopo da revista. Caso o manuscrito não esteja dentro dos parâmetros esperados serão rejeitados e devolvidos aos autores.

Revisão técnica

Os trabalhos são avaliados quanto ao cumprimento das diretrizes de publicação e documentação exigidas na submissão dos manuscritos. Em caso de desacordo com as instruções, serão devolvidos aos autores para as devidas adequações antes de serem submetidos à avaliação pelos editores de seção e revisores.

Autores, editores e revisores da HU Revista devem seguir as diretrizes da *Coalition for Diversity and Inclusion in Scholarly Communications* (C4DISC), que abordam questões de equidade, inclusão, diversidade e acessibilidade nas comunicações acadêmicas. Essas diretrizes estão detalhadas no site oficial da C4DISC, disponível em inglês em: <https://www.c4disc.org/>. Além disso, a HU Revista adota ações afirmativas que promovem a diversidade, equidade e inclusão (DEIA).

A HU Revista adota diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo *Committee on Publication Ethics* (COPE - <https://publicationethics.org/>). Após o recebimento, os manuscritos são submetidos a *softwares* de detecção de plágio. Caso sejam identificadas semelhanças relevantes, os autores poderão ser solicitados a prestar esclarecimentos, a fim de assegurar a originalidade do conteúdo e a devida citação de todas as fontes utilizadas. O plágio é considerado uma conduta editorial inaceitável e, se comprovado, resultará na exclusão do manuscrito do processo de avaliação.

Uso de inteligência artificial

A utilização de ferramentas de inteligência artificial deve limitar-se a funções auxiliares, não podendo substituir a contribuição intelectual dos autores, a qual deve permanecer como componente central e majoritário na construção do conteúdo científico. Cabe aos autores a responsabilidade de verificar, com rigor, a precisão e a veracidade de qualquer conteúdo produzido por ferramentas de inteligência artificial.

Todos os dados empregados em sistemas e/ou ferramentas de inteligência artificial devem ser processados em conformidade com as legislações de proteção de dados aplicáveis, como, por exemplo, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), no contexto brasileiro.

Informações sensíveis ou de caráter confidencial não devem, em hipótese alguma, ser inseridas em

sistemas de inteligência artificial de acesso público ou que não ofereçam garantias adequadas de segurança da informação, conforme estabelece a LGPD.

Caso seja utilizada a inteligência artificial generativa como apoio à redação do manuscrito, deve ser incluída, ao final do texto, após as referências, a seguinte declaração: “Durante a preparação deste trabalho, o(s) autor(es) usaram [nome da ferramenta/serviço] para [motivo]. Depois de usar esta ferramenta/serviço, o(s) autor(es) revisaram e editaram o conteúdo conforme necessário e assumiram total responsabilidade pelo conteúdo da publicação.”

Os autores devem assegurar que o uso de ferramentas de inteligência artificial não infrinja os direitos autorais de terceiros.

Adequação de formatação (*desk review*)

Os autores receberão um e-mail solicitando adequações de formatação quando os manuscritos submetidos não estiverem nos parâmetros exigidos pela HU Revista, sendo essencial que os autores façam as correções para que os manuscritos sigam o fluxo editorial.

- a) O manuscrito deve estar de acordo com as diretrizes descritas;
- b) O manuscrito não poderá conter qualquer identificação dos autores, seja na página inicial do artigo, nas referências, citações, tabelas, imagens e, inclusive, na opção “propriedades” no *Microsoft Word*, *Open Office*, garantindo o critério de sigilo da revista;
- c) As tabelas/quadros devem ser apresentadas em formato editável;
- d) As figuras devem ser apresentadas com nitidez adequada, evitando qualquer identificação dos indivíduos envolvidos;
- e) Notas de rodapé, ao final da página do manuscrito, não serão aceitas.

Princípios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada à observância dos princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsinki, (<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>), de 1964, revisada em 2024, pela Associação Médica Mundial, bem como às legislações específicas do país onde a pesquisa foi conduzida, quando aplicável. Manuscritos baseados em pesquisas com seres humanos devem adotar o cumprimento desses princípios éticos e anexar cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no momento da submissão.

Seções dos manuscritos

O comitê editorial da revista aceita como contribuição para publicação, os artigos pertencentes às seguintes seções:

a) Editorial: exclusivamente, o comitê editorial da HU Revista convida um autor para confecção deste tipo de texto científico. Os autores devem limitar o texto a 1000 palavras, três palavras-chave e respectivas keywords, título, inclusive em inglês. Não há necessidade de apresentar resumo. A autoria desses editoriais deve contemplar 1 autor principal e, no máximo, 2 coautores.

b) Artigo original: estudos originais e não publicados que contribuam para agregar novas informações e viabilizar conhecimentos sobre o "objeto" pesquisado, relacionado ao escopo da grande área da saúde. É obrigatório que as pesquisas envolvendo seres humanos ou animais (desde análise de banco de dados retrospectivos, aplicação de questionário, até intervenções terapêuticas) tenham parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição filiada. Nesta categoria, os documentos devem conter INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Especificamente, os estudos com abordagem qualitativa devem conter INTRODUÇÃO, MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Estes estudos podem apresentar os RESULTADOS E DISCUSSÃO juntos. Os artigos são limitados a 4000 palavras (exceto palavras que compõem os agradecimentos, folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas, legendas de figuras e notas de rodapé) e, mínimo, de 20 e, máximo, de 40 referências. A autoria destes artigos deve contemplar 1 autor principal e, no máximo, 7 coautores.

c) Revisão sistemática e/ou meta-análise: cada artigo desta categoria deve ser capaz de fornecer

uma revisão de literatura sistemática relacionada ao tópico do assunto, coletando todas as evidências relevantes especificadas nos critérios de elegibilidade. O método utilizado deve ser reprodutível com pesquisa sistematizada, avaliar o risco de viés e apresentação sintética dos resultados. A aplicação de técnicas estatísticas e o cruzamento dos resultados pode ou não proporcionar uma meta-análise. Preferencialmente, os autores devem aderir aos guias de padronização de revisões sistemáticas (PRISMA e MOOSE Statement). Deve ser especificado no título, o que consiste em uma revisão sistemática e/ou meta-análise. Nesta categoria, os documentos devem conter INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Os artigos são limitados a 5000 palavras (exceto palavras que compõem os agradecimentos, folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas, legendas de figuras) e não há limitação para referências. A autoria destes artigos deve contemplar 1 autor principal e, no máximo, 7 coautores.

d) Revisão de literatura: o corpo editorial da HU Revista realizara convite a autores para confecção deste tipo de artigo, que fornecerá uma atualização concisa sobre o estado da arte de determinado assunto ou guias de recomendações para as grandes áreas da saúde. Se o autor entende que seu tema tem impacto para publicação no periódico da revista, ele deve enviar um e-mail para revista.hurevista@ufff.br, contendo os endereços de URL dos currículos lattes de cada autor e resumo estruturado. O resumo passará pela avaliação do comitê editorial, que formalizará o convite para submissão na seção de "revisão de literatura". O artigo deve ser de fácil compreensão, estrutura coerente, baseado em evidências científicas, mas poderá ser incluída alguma opinião ou recomendação dos autores, que, obrigatoriamente, apresentem experiência profissional e/ou desenvolvimento de linhas de pesquisas acerca do tema revisado. Os manuscritos também poderão ser estruturados em INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Este estudo pode apresentar os RESULTADOS E DISCUSSÃO juntos. No item "revisão de literatura", deve ser citada a metodologia utilizada para a seleção das evidências apresentadas como base para o artigo. As revisões são limitadas a 3500 palavras (exceto palavras que compõem os agradecimentos, folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas, legendas de figuras) e não há limitação para referências. A autoria destes artigos deve contemplar 1 autor principal e, no máximo, 7 coautores.

e) Relato de caso ou de experiência: os manuscritos submetidos devem, obrigatoriamente, apresentar o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, da qual os autores são filiados. Para esta seção, o artigo deve descrever uma situação prática, estratégias de intervenção, bem como avaliação do resultado específico. Nesta categoria, os documentos devem conter INTRODUÇÃO, RELATO DE CASO OU EXPERIÊNCIA, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Os relatos de caso ou de experiência são limitados a 3000 palavras (exceto palavras que compõem os agradecimentos, folha de rosto, resumo, abstract, referências, legendas de figuras) e, mínimo, de 15 e, máximo, de 20 referências. A autoria desses artigos deve contemplar 1 autor principal e, no máximo, 4 coautores.

f) Comunicação breve: categoria que permite aos autores apresentarem a progressão dos resultados de pesquisas (favoráveis ou controversos, alterações de padrões ou metodológicos etc.). É obrigatório que as pesquisas envolvendo seres humanos ou animais tenham parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição filiada. Nesta categoria, os documentos deverão conter INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Os manuscritos devem ser limitados a 2000 palavras, 15 referências e 3 tabelas/figuras. A autoria destes artigos deve contemplar 1 autor principal e, no máximo, 4 coautores. Não é necessária a apresentação de resumo.

g) Carta ao editor: categoria que permite aos autores discutirem pontos críticos de publicações prévias. Para esta categoria, não é necessário resumo (*abstract*) e nem estruturação em tópicos de introdução, métodos etc. As cartas devem ter ênfase ao que se deseja questionar e discutir de forma coesa e clara, exclusivamente publicados na HU Revista. As cartas ao editor são limitadas a 1000 palavras, 6 referências, quando necessário, e, apenas 2 tabelas/figuras. A autoria destes artigos deve contemplar 1 autor e 2 coautores.

h) Resposta dos autores: categoria que permite aos autores responderem ao item anteriormente descrito. As respostas devem atender objetivamente aos itens discutidos. As respostas devem ser limitadas a 600 palavras, em que pode ser incluído até 3 referências e 2 tabelas/figuras. A autoria da resposta é exclusivamente para o autor principal. Não é necessária a apresentação de resumo.

No quadro 1, é descrito o resumo das diretrizes para publicação na HU Revista.

Quadro 1: Resumo das diretrizes para publicação no HU Revista.

Tipos	Tipo de submissão	Número máximo de autores	Resumo (nº de	Número de palavras-chave	Contagem de palavras do texto principal	Número de	Número de tabelas/ figuras
Editorial	Por convite	1 autor e 2 coautores	Não é	3 a 5	1.000	Máximo 10	2
Artigo original	Submissão voluntária	1 autor principal e, no máximo, 7 coautores	300	3 a 5	4.000	Mínimo 20 Máximo 40	5
Revisão sistemática e/ou meta-análise	Submissão voluntária	1 autor principal e, no máximo, 7 coautores	300	3 a 5	5.000	Não há limitação para referências	5
Revisão de literatura	Por convite	1 autor principal e, no máximo, 7 coautores	300	3 a 5	3.500	Não há limitação para referências	5
Relato de caso ou de experiência	Submissão voluntária	1 autor principal e, no máximo, 4 coautores	300	3 a 5	3.000	Mínimo 15 Máximo 20	3
Comunicação breve	Submissão voluntária	1 autor e 4 coautores	Não	3 a 5	2.000	Máximo 15	3
Carta ao editor	Submissão voluntária	1 autor e 2 coautores	Não	3 a 5	1.000	Máximo 6	2
Resposta dos autores	Submissão voluntária	Autor principal	Não	3 a 5	600	Máximo 3	2

Forma e preparação do manuscrito

Folha de rosto

Deve ser enviado em arquivo de formato doc (Microsoft Word), sendo obrigatórios:

- a) Título em português;
- b) Título em inglês;
- c) Título curto (até 50 caracteres);
- d) Designar área de conhecimento e subárea (áreas do CNPq);
- e) Inserir nomes completos dos autores (sem abreviações) com respectivos numerais arábicos sobrescritos ^(1,2,3), para identificação de instituições a que pertencem, respeitando o número de autores, de acordo com o estipulado em "seções dos artigos";
- f) Inserir endereço eletrônico e Orcid de cada autor/coautor;
- g) Inserir apenas as filiações institucionais, incluindo a cidade e estado da instituição (não incluir titulações). Caso algum autor tenha participado de programa de fomento à pesquisa, este pode ser colocado logo após a filiação institucional. É necessário um ponto final após a inclusão de cada instituição;
- h) Incluir endereço de correspondência profissional, eletrônico e telefone de contato de um dos autores;
- i) Incluir itens relacionados à estrutura do manuscrito (números de palavras no resumo, palavras-chave,

palavras no corpo de texto, figuras, tabelas).

A formatação deste documento deve ser semelhante ao modelo de template da folha de rosto. As informações pessoais fornecidas (endereço e telefone) são para uso interno da revista e não serão publicadas.

Preparação do manuscrito

Título

O artigo deve apresentar título em português e inglês com, no máximo, 220 caracteres, sendo apenas a primeira letra maiúscula, evitando-se abreviações de termos e identificações de cidades/instituições.

O alinhamento dos textos deve ser "centralizado", utilizando o negrito somente no título em português.

Preferencialmente, os termos "relato de caso/experiência" e "revisão sistemática e/ou meta-análise" devem ser inseridos no título dos manuscritos. Exemplo de título em português e inglês:

Acurácia de cirurgia guiada para instalação de implantes dentários em pacientes edêntulos

Accuracy of computer-guided surgery for dental implant placement in edentulous patients

Figura 1: Modelo de título em português e em inglês.

Estruturação de resumo

O resumo deve conter informações relevantes de forma clara e precisa, permitindo aos leitores terem uma ideia geral do estudo. Não deve ultrapassar o limite de 300 palavras. Para todas as seções, os tópicos do manuscrito devem ser estruturados como indicado:

- a) Introdução: breve justificativa para a realização do estudo;
- b) Objetivo: a proposta do estudo (hipótese sendo testada);
- c) Material e métodos/métodos/relato de caso ou relato de experiência: apresentar desenho do estudo, definição de grupo amostral, tratamentos ou intervenções, tipos de análise estatística;
- d) Resultados: indicar dados representativos dos resultados, se apropriado, aos de significância estatística. Não incluir este tópico em relato de caso ou de experiência;
- e) Conclusão: o que for mais significativo dos resultados, respondendo à proposta do estudo.

As categorias "comunicação breve", "carta ao editor" e "resposta dos autores" não deverão apresentar resumos e/ou abstracts.

Palavras-chave

Citar entre três e cinco palavras-chave. As *keywords*, devem conter os termos em inglês correspondentes às palavras-chave. As palavras-chave e/ou expressões devem ser separadas entre si por ponto e vírgula, obrigatoriamente. Devem conter todas as palavras com a primeira letra em maiúsculo, exceto preposições.

As palavras-chave para o resumo em português devem ser extraídas do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DECS), disponível em: <http://decs.bvs.br>. As palavras-chave para o resumo em inglês devem ser extraídas do *Medical Subject Headings* (MeSH), disponível em: www.nlm.nih.gov/mesh. Caso não sejam encontrados descritores adequados ao tema do manuscrito, palavras-chave podem ser indicadas.

Formatação textual

O corpo do texto deve apresentar fonte Verdana, tamanho 12, assim como o título da tabela/quadro e seus conteúdos. As legendas de figuras, tabelas e quadros devem apresentar fonte Verdana, tamanho 10.

O espaçamento do corpo textual (do título, *title*, resumo, *abstract*, até as palavras-chaves e *keywords*) deve ser de 1,0 linha (espaçamento simples), assim como dos títulos das tabelas/quadros e legendas de tabelas e figuras. O espaçamento do corpo textual (da introdução até a conclusão) deve ser 1,5 linhas.

As referências devem apresentar fonte Verdana, tamanho 12, espaçamento simples (1,0 linha), iniciadas por numeral arábico, sem numeração automática. Neste caso, deve-se "desfazer a numeração automática".

Ao longo do corpo textual, não deve ser utilizado negrito, exceto para os tópicos do artigo. Os destaques em itálico nos trechos do corpo textual só são permitidos para denominações em língua estrangeira, terminologias científicas de espécies (como, por exemplo, microrganismos, animais, vegetais etc).

Os tópicos do artigo devem estar em caixa alta, negrito e sem pontuação. Os subtópicos devem ser escritos em negrito e com apenas a primeira letra da inicial em maiúsculo.

Corpo textual

A HU Revista recomenda aos autores a leitura do item "Seções dos artigos", para identificação do tipo de estudo da pesquisa e melhor elaboração da redação científica.

Os próximos tópicos apresentam as orientações gerais para a redação do manuscrito que será submetido à HU Revista.

a) Introdução: deve ser sucinta, apenas para introduzir o tema e explicar a questão pesquisada, sem revisão extensa de literatura. Ao final, apresentar o(s) objetivo(s) do estudo de forma clara e concisa. Não deve conter palavras em negrito.

b) Material e métodos: deve ter descrição clara, sucinta e completa dos materiais e métodos utilizados na pesquisa. Especificar o delineamento do estudo, tipo do estudo (para as pesquisas qualitativas, recomenda-se a indicação do referencial metodológico), descrever a população estudada, os critérios de seleção dos participantes, definir os procedimentos empregados, detalhar o método para análise de dados qualitativos e estatísticos (indicar qual software, se aplicável, foi utilizado para tratamento e análise dos dados). Quando aplicável, deve conter as informações sobre a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição filiada (especificamente, nome do comitê, número de parecer ou Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE). Não deve conter palavras em negrito, com exceção quando apresentar subtópicos.

c) Resultados: os resultados da pesquisa devem ser apresentados em sequência lógica, apresentando os achados relevantes para o objetivo do estudo e que serão discutidos. Quando aplicável e apropriado, é permitido utilizar tabelas, quadros ou figuras (gráficos, imagens, fotografias). O autor não deve repetir as informações contidas na(s) tabela(s) ou figura(s) no corpo do texto. Se necessário, pode descrever e enfatizar os dados mais importantes, sem interpretação destes. Não deve conter palavras em negrito, com exceção quando apresentar subtópicos. Para as pesquisas qualitativas, recomenda-se apresentar depoimentos dos participantes do estudo. As citações para depoimentos de até 3 linhas devem ser inseridas no texto entre aspas, na fonte Verdana, tamanho 12. As citações para depoimentos com mais de 3 linhas devem aparecer em parágrafo independente, recuado e digitado em espaçamento simples (1,0 linha), fonte Verdana, tamanho 11, recuo de margem de 4 cm à esquerda, sem aspas. A identificação do depoimento deve respeitar o anonimato. O código utilizado deve ser apresentado ao final do depoimento, entre parênteses e sem itálico.

d) Tabelas: devem respeitar o número máximo descrito no quadro 01, serem citadas no texto e numeradas em algarismos arábicos na ordem textual dos resultados, com título posicionado na parte superior e alinhado à esquerda e legenda explicativa na parte inferior, se necessário. Devem ser inseridas no texto após a sua primeira citação. Devem ser abertas nas laterais direita e esquerda, utilizando apenas linhas horizontais no cabeçalho e pé da tabela. Não se deve utilizar linhas verticais. As legendas de tabelas serão indicadas por símbolos (alfanuméricos) e restritas ao mínimo indispensável.

e) Figuras: devem respeitar o número máximo descrito no quadro 01 e serem citadas no texto e numeradas em algarismos arábicos na ordem em que se encontram no texto, sempre com legenda explicativa quanto ao tipo de ilustração e título. Considera-se como tipos de figuras: gráficos, esquemas, fotografias e fluxogramas. Devem ser inseridas no texto após a sua primeira citação. As imagens originais devem ser anexadas como documentos suplementares, com qualidade satisfatória de resolução de imagem. As legendas de figuras serão indicadas por símbolos (alfanuméricos) e restritas ao mínimo indispensável.

f) Discussão: deve realçar as informações novas e originais obtidas na investigação, possibilitando a interpretação dos resultados e comparações com dados da literatura. Na discussão, há possibilidade de os autores explicarem as diferenças ou similaridades das evidências em artigos originais e revisões sistemáticas, das características e peculiaridades nos relatos de caso ou experiência, em relação aos estudos previamente publicados. Não deve conter palavras em negrito.

g) Conclusão: finalizar com as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo e baseadas nos resultados encontrados. Apontar os aspectos de contribuição do estudo para o conhecimento. Não deve conter palavras em negrito.

h) Financiamento: se houver algum tipo de financiamento, é obrigatório citar a fonte de suporte

financeiro para a pesquisa (agências de amparo/fomento à pesquisa).

i) Agradecimentos: os agradecimentos podem ser inseridos, referenciando-se a todos aqueles que contribuíram para o desenvolvimento do estudo, mas não se encontram listados como coautores. É opcional.

j) Conflito de interesses: todos os autores devem declarar quaisquer relações financeiras ou pessoais com outras pessoas ou organizações/empresas que poderiam influenciar no estudo, e consequentemente, nos resultados (risco de viés).

A HU Revista recomenda aos autores a utilização dos guias internacionais de redação científica propostos pela Rede *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR) (<https://www.equator-network.org/>), para incrementar a qualidade da redação científica.

Para cada tipo de estudo, há um guia de redação científica com o que se espera encontrar em cada seção de manuscrito, conforme mostrado no quadro 2.

Quadro 2: Guias de redação científica.

Tipo de estudo	Guia internacional
Ensaio clínico randomizado	CONSORT
Estudos observacionais em epidemiologia	STROBE
Revisões sistemáticas e meta-análises	PRISMA
Estudos de caso	CARE
Estudos pré-clínicos em animais	ARRIVE
Estudos de acurácia diagnóstica	STARD
Estudos qualitativos	SRQR/COREQ
Estudos de melhoria da qualidade	SQUIRE 2.0
Estudos de avaliação econômica	CHEERS

Citações das referências no texto

As citações das referências no corpo textual do manuscrito podem ser feitas de duas maneiras:

a) numérica, por meio de numeral sobrescrito, sendo citadas em ordem crescente nos parágrafos.

Neste caso, o numeral sobrescrito é posicionado depois da vírgula, ponto e vírgula ou ponto final.

Exemplo: o aumento observado em algumas cidades pode ser atribuído a mudanças nos fatores ambientais e nos padrões de vida que influenciam a manifestação clínica dessas condições.^{2,3}

b) alfanumérica (quando o autor é citado no texto).

Os autores devem atentar-se para as citações de acordo com o número de autores das referências.

Observe as seguintes especificações:

a) Um autor: Marx⁶;

b) Dois autores: Ferreira e Santos¹²; e

c) Seis ou mais autores: Silva et al¹⁹.

Em caso de seis ou mais autores, o primeiro autor pode ser citado seguido de "et al" e numeral sobrescrito da referência, sem itálico e sem ponto, posicionado logo após o nome do(s) autor(es) (antes da vírgula, ponto e vírgula ou ponto final). Não se aceita "e outros" e nem "colaboradores".

Exemplo: a pesquisa de Navarro et al¹ demonstrou que a prática de exercícios físicos está associada a uma melhora dos sintomas na maioria dos casos.

Referências

As referências devem seguir as normas do estilo Vancouver (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. Os autores devem estruturar as referências de acordo com os seguintes critérios:

a) Toda referência deve ser citada no texto. Elas devem ser ordenadas de acordo com sua apresentação no texto e numeradas sequencialmente em ordem crescente. As abreviaturas dos títulos dos periódicos deverão estar de acordo com o padrão MEDLINE e BIREME;

b) A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores;

c) Não incluir comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências;

d) Cada seção de artigo tem número específico de referências, os autores devem conferir essas informações já descritas.

Listar os nomes dos seis primeiros autores dos artigos referenciados. Quando o número de autores exceder este número, os seis primeiros autores deverão ser citados, seguidos pela expressão "et al", que deve ser seguida por ponto e sem itálico. Exemplo: Souza FV, Loures L, Tavares RB, Duque MB, Alves DA, Santiago RC et al.

Exemplos de referências

a) Livro: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

b) Capítulo de livro: Oliveira DA, Lopes DD, Desbessel EA, Ramalho LAG. Transtorno do uso de álcool. In: Vasconcelos Filho JC, Rocha JO, Curto HN, Barbosa MHD, Miranda TS, editores. Aspectos clínicos e diagnósticos em saúde mental. 1ª ed. São Paulo: RFB Editora; 2023. p. 207-26.

c) Artigo de periódico científico: Souza TT, Godoy RR, Rotta I, Pontarolo R, Fernandez-Llimos F, Correr CJ. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. 2014; 35(4):519-32.

d) Artigo de periódico com DOI: Bechelli LPC, Santos MA. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. Rev Lat Am Enfermagem. 2004; 12(2):242-9. DOI 10.1590/S0104-11692004000200014.

e) Artigo com mais de 6 autores: Carmo PAV, Magalhães SS, Carmo WB, Fernandes NS, Bastos R, Andrade LCF et al. Avaliação comparativa da sedimentoscopia urinária realizada pelo nefrologista e pelo profissional de análises clínicas em pacientes com glomerulopatias. J Bras Nefrol. 2007; 29(2):90-4.

f) Artigo de periódico Epub ahead of print/In press/Forthcoming: Nair R, Chiu SE, Chua YK, Dhillon IK, Li J, Yee RT. Should short-term use of alcohol containing mouthrinse be avoided for fear of worsening xerostomia? J Oral Rehabil. Forthcoming; 2017. DOI: 10.1111/joor.12587.

g) Volume com suplemento e/ou número especial: Marques LA, Souza CS, Viana LMLS, Oliveira ILB, Santos YS, Araújo TFS et al. Efeito de um programa de acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Saúde e Pesquisa. 2021; 14(Supl.1):e-9276.

h) Dissertação/tese: Prado SMA. Aderência à atividade física em mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2001.

i) Consulta a sítios eletrônicos: Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (BR). Miguilim [Internet]: diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras. Brasília: Ibict; 2024 [citado em 2024 nov. 10]. Disponível em: <https://miguilim.ibict.br/>.

Para auxiliar na escrita, o quadro 3 descreve sucintamente a preparação do manuscrito em tópicos.

Quadro 3: Resumo da preparação do manuscrito.

Título e title	Centralizados, utilizando o negrito somente no texto em português. No texto em inglês, o estilo da fonte é regular.
Palavras-chave e keywords	Devem ser provenientes dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e <i>Medical Subject Headings</i> (MeSH).
	As palavras devem estar com a primeira letra em maiúsculo, exceto preposições. Devem ser separadas por ponto e vírgula, finalizando com ponto final.
Texto (do título, title, resumo, abstract, até palavras-chaves e keywords)	Fonte Verdana 12, espaçamento simples (1,0 linha), espaçamentos antes e depois de 0p.
Texto (da introdução até a conclusão)	Fonte Verdana 12, espaçamento 1,5 linhas, espaçamentos antes e depois de 0p.

Título da tabela/quadro	Fonte Verdana 12, espaçamento simples (1,0 linha), espaçamentos antes e depois de 0p.
Conteúdo da tabela (utilizado para dados quantitativos)	Fonte Verdana 12, espaçamento entre linhas simples (1,0 linha), espaçamentos antes e depois de 6p.
	Cabeçalho da tabela deve estar em negrito. Nas demais linhas, o estilo da fonte é regular.
	Deve ter as laterais direita e esquerda abertas, utilizando apenas linhas horizontais no cabeçalho e no rodapé.
Conteúdo do quadro (utilizado para dados qualitativos)	Fonte Verdana 12, espaçamento entre linhas simples (1,0 linha), espaçamentos antes e depois de 6p.
	Cabeçalho do quadro deve estar em negrito. Nas demais linhas, o estilo da fonte é regular.
	Deve ser fechada nas laterais direita e esquerda, em cima e embaixo, utilizando-se linhas horizontais e verticais.
Legenda de figuras, tabelas e quadros	Fonte Verdana 10, espaçamento simples (1,0 linha), espaçamentos antes e depois de 0p.
Citação das referências no texto	O numeral sobrescrito (^{1,2}) deve estar posicionado após a vírgula, ponto e vírgula ou ponto final, exceto quando a citação contiver o(s) autor(es) como referência, em que o numeral sobrescrito estará posicionado logo após o referido nome (antes da vírgula, ponto e vírgula ou ponto final).
Citação para depoimentos em pesquisas qualitativas (até 3 linhas)	Deve ser inserida no texto entre aspas, na fonte Verdana, tamanho 12, espaçamentos antes e depois de 0p. No caso de a citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples. A identificação do depoimento deve respeitar o anonimato. O código utilizado deve ser apresentado ao final do depoimento, entre parênteses e sem itálico.
Citação para depoimentos em pesquisas qualitativas (acima de 3 linhas)	Deve aparecer em parágrafo independente, recuado e digitado em espaçamento simples (1,0 linha), fonte Verdana, tamanho 11, espaçamentos antes e depois de 0p, recuo de margem de 4 cm à esquerda, sem aspas. O código utilizado deve ser apresentado ao final do depoimento, entre parênteses e sem itálico.
Referências	Utilizar as normas Vancouver.
	Fonte Verdana 12, espaçamento simples (1,0 linha), espaçamentos antes e depois de 0p.
	Iniciadas por numeral arábico, sem numeração automática.
	Quando tiver mais de seis autores, listar os seis primeiros, acompanhado da expressão "et al".

Correções obrigatórias após avaliação dos revisores

Os autores devem responder aos questionamentos feitos pelos avaliadores no início do corpo do manuscrito, antes do título, com letra em cor vermelha, identificando para qual avaliador serão designadas as respostas. Em seguida, realizar as correções que considerarem pertinentes, no corpo do manuscrito, em letra com cor vermelha. É importante manter o sigilo do arquivo original.

Correções após edição de texto

A edição de texto é enviada ao autor correspondente, por meio de correio eletrônico, em formato *word*,

para leitura e considerações.

Em caso de alteração do texto nesta fase, o autor deve incluir as alterações com letra em cor azul, diferenciando-se da cor vermelha já inserida pelo editor de texto.

O autor tem um prazo de três dias para correção do manuscrito. Caso seja necessário um prazo maior para a verificação da edição de texto, o autor pode entrar em contato pela plataforma, justificando esta necessidade e solicitando uma extensão do prazo já com a nova data em que as correções serão enviadas.

Correção das provas tipográficas

A leitura de prova é enviada ao autor correspondente, por meio de correio eletrônico, em formato *pdf*, para aprovação final.

Apenas pequenas modificações (ortografia, verificação de ilustrações, por exemplo), são permitidas nesta fase.

O autor tem um prazo de três dias para correção.

REFERÊNCIAS

CREATIVE Commons. Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). [200?]. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. Acesso em 28 jun. 2022.

SAMPAIO, Rafael Cardoso; SABBATINI, Marcelo; LIMONGI, Ricardo. Diretrizes para o uso ético e responsável da inteligência artificial generativa: um guia prático para pesquisadores. São Paulo: Editora Intercom, 2024. E-book. ISBN 978-85-8208-142-6. Disponível em: <https://prpg.unicamp.br/wp-content/uploads/sites/10/2025/01/livro-diretrizes-ia-1.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2025.

Guia elaborado pelo Comitê editorial da HU Revista¹, sob a coordenação da editora-chefe Lígia Menezes do Amaral, sob revisão de conteúdo de Luiza Miranda Milagres Larcher, Etyanne Carvalho de Souza Pimenta e Érika Maria Henriques Monteiro, revisão ortográfica e diagramação de Luiza Miranda Milagres Larcher.

¹Membros do Comitê editorial nomeados pela Portaria-SEI nº 404, de 04 de junho de 2025 (Boletim de Serviço nº 25, de 05 de junho de 2025): Aline Barreto dos Santos; Érika Maria Henriques Monteiro; Etyanne Carvalho de Souza Pimenta; Igor Rosa Meurer; Lígia Menezes do Amaral; Luiza Miranda Milagres Larcher; Márcio de Moura Gromato; Maria Inês da Cruz Campos; e Olavo dos Santos Pereira Júnior.