

PRESENÇA DE AMELOBLASTOMA EM JOVEM DO GÊNERO MASCULINO: RELATO DE CASO

AMELOBLASTOMA PRESENCE IN YOUTH MALE GENDER: CASE REPORT

JANAÍNA EVELYN DE OLIVEIRA TORQUATO LARINI¹, ANGELO JOSÉ PAVAN², EDUARDO VIDOR VIEIRA³, WASHINGTON RODRIGUES CAMARGO^{4*}

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade INGÁ; 2. Doutor em Diagnóstico Bucal pela USP/Bauru-SP e Professor de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade Ingá; 3. Mestre em Implantodontia pela Faculdade São Leopoldo. Docente em Clínica Cirúrgica da Faculdade Ingá-PR; 4. Doutor em Patologia Bucal pela USP/Bauru-SP e Professor de Patologia e Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade Ingá.

* Rodovia PR 317, n 6114, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87035-510. washington-camargo@hotmail.com

Recebido em 03/09/2015. Aceito para publicação em 10/12/2016

RESUMO

Os ameloblastomas são neoplasias odontogênicas benignas de origem epitelial com comportamento localmente agressivo. Acometem predominantemente a mandíbula e podem atingir proporções variadas de acordo com o tempo de evolução. Manifestam-se geralmente entre a terceira e quinta décadas de vida. O tratamento conservador, muitas vezes associado a procedimentos adicionais, tem sido usado como opção de escolha para muitos que tratam deste tipo de tumor. Sendo assim este trabalho tem como objetivo apresentar, através de um relato de caso clínico, a remoção de um ameloblastoma na região posterior da mandíbula.

PALAVRAS-CHAVE: Ameloblastoma, maxilomandibular, tratamento.

ABSTRACT

Ameloblastomas is benign odontogenic neoplasms are epithelial origin with locally aggressive behavior. Predominantly affect the jaw and can achieve varied proportions of the agreement with the pace of evolution. It's usually manifest between third and fifth decades of life. Conservative treatment, often associated one additional procedure, has been used as choice option paragraph many and treat this type of tumor. In this study, we aims report a clinical case, removing the ameloblastoma in the posterior region of the mandible.

KEYWORDS: Ameloblastoma, maxillomandibular, treatment.

1. INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é uma neoplasia odontogênica benigna, porém, com comportamento clínico localmente agressivo, que representa cerca de 10% dos tumores odontogênicos¹, afetando comumente a região posterior da mandíbula (80%) e menos frequentemente o osso

maxilar (20%)^{1,2}. Pode ter origem dos remanescentes da lâmina dental, epitélio reduzido do esmalte, remanescentes epiteliais de Malassez ou da camada de células basais do epitélio de superfície^{4,5}. Geralmente são assintomáticos, sendo descobertos durante exame radiográfico de rotina. Nos casos mais agressivos podem ocasionar sintomatologia e expansão dos maxilares⁶. Radiograficamente apresentam-se como imagens radiolúcidas uni ou multiloculares, com erosão óssea ou com leve opacidade^{7,8}, podendo estar associados a dentes irrompidos e causar reabsorção de raízes³. Quanto à incidência, homens e mulheres apresentam ocorrências semelhantes², e a maioria dos casos é diagnosticada entre a terceira e quinta décadas de vida⁹.

Classificam-se em três situações clínicas e radiográficas: *sólido ou multicístico* (86% dos casos, frequentemente em pacientes na terceira e na sétima década de vida - mais agressivo devido a sua capacidade infiltrativa, nas trabéculas ósseas^{3,7}); *unicístico* (13% dos casos, mais comum em pacientes jovens geralmente na segunda década de vida, 90% são encontrados na mandíbula, frequente na região posterior comportamento menos agressivo¹⁰); *periférico* (1% dos casos - acomete pacientes em qualquer faixa etária¹¹, comportamento menos agressivo, com prognóstico favorável, dificilmente compromete as estruturas ósseas adjacentes, pois ocorre externamente ao osso, e muitas vezes não apresenta imagem radiográfica¹²). Quanto os padrões histopatológicos, dividem-se em foliculares, plexiformes, acantomatosos, células granulares, células basais e desmoplásicos. No entanto, em alguns casos pode haver associação de variantes, sendo denominados de "híbridos"^{3,7}.

Com relação ao tratamento, uma vez dado o diagnóstico anatomopatológico, a abordagem cirúrgica é planejada a partir dos achados clínicos e radiográficos¹³. A tomografia computadorizada pode ser útil para avaliar os

limites macroscópicos do tumor, para melhor acesso e ressecção das margens¹¹ e o acompanhamento pós-operatório com exames de imagem são essenciais, uma vez que apresentam altos índices de recidiva. A abordagem cirúrgica pode ser classificada em radical ou conservadora, que variam de enucleações e curetagem até amplas ressecções ósseas, com ou sem reconstrução¹⁴. De maneira clássica, os ameloblastomas sólidos são tratados, na maioria dos casos, por excisões cirúrgicas radicais, com margem de segurança de 1 a 2 cm do osso normal, a fim de garantir que todos os microcistos e cistos sejam removidos. Já os ameloblastomas unicísticos tendem a ser removidos por enucleação, como se fossem cistos^{3,15,16}. Há outras modalidades propostas para o seu tratamento, como a *criocirurgia*, onde a adição de spray de nitrogênio líquido tem reduzido a taxa de recidivas para 30%¹⁷, *eletrocauterização* e *escleroterapia*, a radioterapia tem seu uso restrito e pode ser indicada nos casos inoperáveis, pois a lesão é radiorresistente^{18,19}. É importante salientar que independentemente da técnica utilizada, é imprescindível o acompanhamento clínico-radiográfico dessas lesões, já que mais de 50% das recorrências ocorrem até 5 anos após a cirurgia²⁰.

Este trabalho tem como objetivo apresentar, através de um relato de caso clínico, a remoção de um ameloblastoma na região posterior da mandíbula.

2. RELATO DE CASO

Paciente L.G.C., gênero masculino, caucasiano, 20 anos de idade e natural de Maringá, encaminhado a Clínica de Cirurgia Odontológica da Faculdade Uningá, queixando-se de uma tumefação na região mandibular posterior do lado esquerdo. Ao exame físico extrabucal, observou-se nítida assimetria facial ocasionada por tumefação no lado esquerdo da face. Ao exame intrabucal apresentava tumefação local, sem alterações na mucosa e indolor. Os estudos realizados através de exames por imagens comoradiografia panorâmica e tomografia computadorizada cone beam revelaram uma lesão radiolúcida na distal do dente 37 se estendendo para o ápice do mesmo e atingindo a tábua vestibular do 38 e deslocamento do mesmo para o ramo da mandíbula, unilocular, com tamanho aproximado de 3x2cm, na região de corpo mandibular esquerdo. Figuras 1, 2 e 3.



Figura 1. Radiografia panorâmica inicial evidenciando lesão radiolúcida na distal do dente 37.

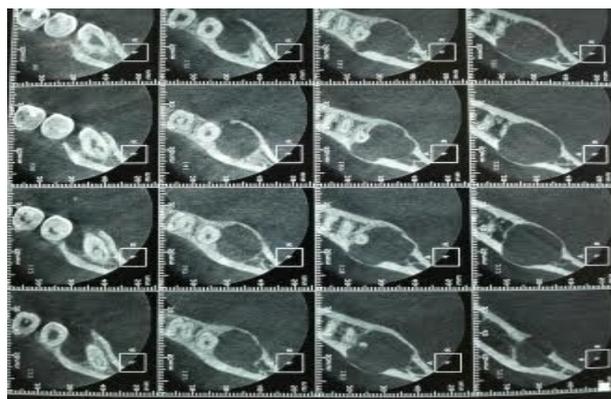


Figura 2. Tomografia cone beam com vista oclusal visualizando deslocamento do dente 38.



Figura 3. Tomografia computadorizada cone beam evidenciando lesão hipodensa na distal do dente 37.

Técnica Cirúrgica

Quanto ao procedimento cirúrgico, foi realizada punção aspirativa na intenção de verificar o conteúdo interno da lesão. Um líquido bem fluido e amarelado foi obtido. Em seguida, devido a extensão e provável benignidade da lesão com aspecto unicístico, optou-se pela cirurgia de enucleação com remoção do dente 38 que encontrava-se rechaçado para a região do ramo da mandíbula. (Figuras 1,2 e 3).



Figura 4. Imagem da cirurgia de enucleação.

O procedimento foi realizado com sucesso, sendo observado o aspecto unilocular do tumor (Fig.4). O material retirado do leito cirúrgico foi enviado para exame anatomopatológico, que atestou o diagnóstico de ameloblastoma. Com base na anamnese e nos dados obtidos nos exames de imagem e anatomopatológico, o diagnóstico para o caso foi de Ameloblastoma Unicístico. Figura 4 e 5.



Figura 5. Imagem da cirurgia de enucleação.

Ao exame macroscópico, visualizou-se quatro fragmentos de tecido mole com consistência flácida, superfície irregulares em tom acastanhado e formatos retangulóides, de diferentes tamanhos, sendo que o maior apresenta-se envolto em uma cavidade, no qual apresentaram as seguintes dimensões: fragmento 1) 2x1,5x0,6cm; fragmento 2) 2 x1,5x0,3cm; fragmento 3) 0,6x0,4x0,2cm e fragmento 4) 0,4x0,6x0,2cm.

O paciente foi medicado corretamente e recebeu todas as orientações de cuidados com a cavidade acessória adquirida, além de ter sido instruído a realizar irrigações com soro fisiológico no interior da loja feita no pós-operatório todos os dias, e fazer bochechos diários com enxaguantes bucais a base de clorexidina 0,12%. Orientações básicas para se obter uma melhor higienização bucal também foram repassadas ao paciente.

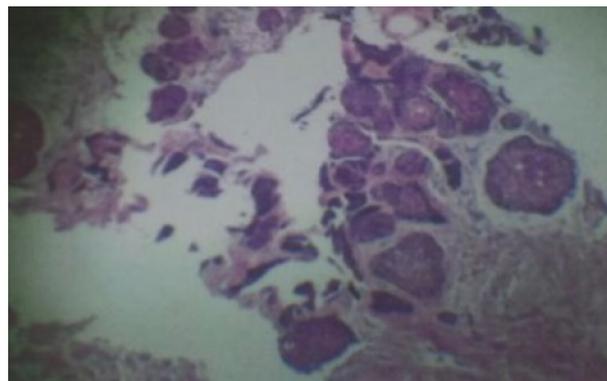
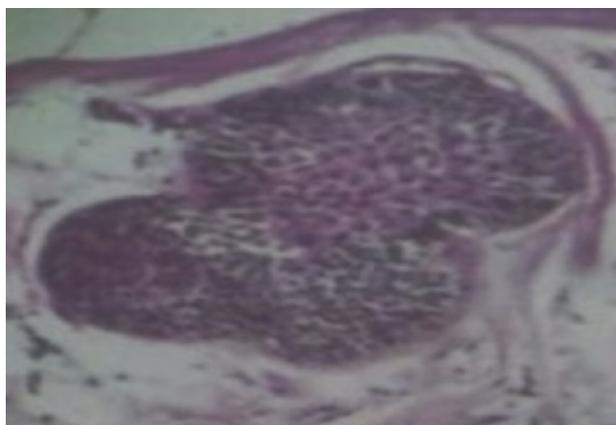


Figura 6. Exame microscópico evidenciando tecido conjuntivo denso,

Ao exame microscópico, detectou-se a presença de tecido conjuntivo denso com intensa vascularização, com faixa de tecido em sua extremidade, assumindo formato capsular, presença de ilhotas de epitélio ameloblástico, com padrão folicular, representado por botões germinativos, em áreas com arranjo em paliçada periféricamente. Figura 6.

Após 6 meses foi solicitado um RX panorâmico de controle para avaliar a regressão da lesão. Pode-se observar o início da neoformação óssea com o tempo de preservação. Figura 7.



Figura 7. Raios-X Panorâmico de controle é realizado num intervalo de 6 (seis) em seis meses, a partir da remoção do ameloblastoma.



Figura 8. Raios -X Panorâmico de Controle 12 meses após a enucleação da lesão.

Após 12 meses foi pedido novo RX e observamos formação óssea adequada. Figura 8.

3. DISCUSSÃO

Atualmente, o tratamento cirúrgico do ameloblastoma gera grande interesse e controvérsia. O debate tem sido entre aqueles que defendem os procedimentos cirúrgicos conservadores, como a enucleação, curetagem e criocirurgia^{21,22,23}, e aqueles a favor dos procedimentos radicais, ou seja, através de ressecções amplas^{24,25,26}. De maneira clássica, os ameloblastomas sólidos ou multicísticos são tratados, na maioria dos casos, por excisões cirúrgicas radicais, com margem de segurança de 1 a 2 cm de osso sadio^{3,18}, que poderá ser obtida por meio de ressecção parcial (envolvendo toda a espessura óssea) ou ressecção marginal (sem perda da continuidade do osso), com tratamento do leito com substâncias químicas (solução de Carnoy), físicas (ostectomia) ou térmicas (crioterapia)^{31,32}. Contudo, os procedimentos radicais são associados a sérios problemas para o paciente, como exemplo a disfunção mastigatória, mutilação, deformidade facial e movimentos anormais mandibulares¹⁸. Quanto aos ameloblastomas unicísticos, a literatura demonstra que aqueles tratados com procedimentos conservadores, têm apresentado um significativo índice de sucesso, apesar de a probabilidade de recidiva estar presente^{12,27,28}. Ainda em relação ao método cirúrgico, vários fatores interferem na escolha do mais adequado, tais como a idade do paciente, histologia da neoplasia (se unicístico ou sólido), tamanho e localização da lesão, características imaginológicas, se a patologia é primária ou recidiva e até mesmo a presença

O tratamento dos ameloblastomas multicísticos, através de curetagem e crioterapia com spray de nitrogênio líquido, reduz a frequência de recidivas, proporcionando uma menor morbidade, preservando a função e melhorando a estética²³; os unicísticos tipos intramural ou luminal são tratados com eficiência, pelas técnicas cirúrgicas conservadoras, mas, se o subtipo for denominado mural, no qual as células neoplásicas ultrapassam a barreira epitelial e se encontram na cápsula fibrosa, pode ocorrer à invasão dos tecidos adjacentes, e o seu tratamento deve ser radical^{3,30}. É importante ressaltar que o exame histopatológico é o único capaz de apresentar o diagnóstico final diante de um achado clínico e radiográfico controverso²⁹.

Em relação a recidiva de ameloblastomas, os tratamentos conservadores podem apresentar-se como formas menos mórbidas para os pacientes, porém, as chances de recidivas são maiores^{16,32}, já os tratamentos radicais apresentam taxas de recidivas baixas e constituem na grande maioria dos casos o tratamento definitivo, podendo, entretanto, acarretar problemas estético-funcionais além de altos custos e múltiplas cirurgias com finalidades reconstrutivas^{11,32}. Sammartino *et al.*¹¹

relataram que dos quinze pacientes tratados inicialmente com uma terapia conservadora, sete tiveram recorrências, e estas foram posteriormente tratadas radicalmente através de ressecções marginais ou segmentares com nenhuma recorrência durante o período de preservação. Hong *et al.*³², analisaram 57 recorrências de ameloblastomas em uma amostra de 174 casos e obtiveram uma recorrência de 4,5% nos pacientes tratados através de ressecção segmentar ou maxilectomia, 11,6% por ressecção marginal, e 29,3% através de tratamento conservador.

O controle pós-operatório dos ameloblastomas é fundamental, pois, a maior parte das recidivas ocorre após 4 anos (53,3% dos casos)^{33,34}. Um fator muito recomendado é uma preservação dos tratamentos de ameloblastoma em períodos de longo prazo^{14,16}, há autores que defendem a ideia de que o acompanhamento deve ser feito bianualmente, de preferência durante 10 anos, devido à característica de crescimento lento do tumor³⁵.

No nosso caso, fizemos o tratamento conservador, conforme preconizado por Montoro 2008, estando o paciente em controle sem sinais de recidiva, demonstrando um bom prognóstico e o mesmo foi orientado a fazer a preservação anual, como forma de avaliar uma possível recidiva.

4. CONCLUSÃO

O relato de caso clínico apresentado visa, essencialmente enfatizar os procedimentos empregados diante de um paciente jovem diagnosticado com Ameloblastoma Unicístico, demonstrando, passo-a-passo, os métodos diagnósticos utilizados e os procedimentos terapêuticos sucessivamente, tendo em vista sempre alcançá-los e devolvendo uma melhor qualidade de vida ao paciente e assim, contribuir na condução de casos futuros que venham a ocorrer com outras pessoas.

É importante orientar os pacientes com esse tipo de lesão a fazerem controle periódico devido a possibilidade de recidiva.

REFERÊNCIAS

- [1] Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. *Radio Graphics* 1999; 19:1107-24.
- [2] Som PM, Bergeron RT. *Head and neck imaging*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book. 1991.
- [3] Neville BW, *et al.* *Patologia oral e maxilofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.
- [4] Hughes CA, Wilson WR, Olding M. Giant ameloblastoma: report of an extreme case and a description of its treatment. *Ear Nose Throat J*. 1999; 78(8):568,570-2, 574.
- [5] Williams TP. Management of ameloblastoma: a changing perspective. *J Oral Maxillofac Surg*. 1993; 51(10):1064-70.

- [6] Regezi JA, Scubba JJ. *Patologia bucal, correlações clínico-patológicas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1991.
- [7] Gardner DG, *et al.* Ameloblastomas. In: BARES, L. *et al.* World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetic of Head and Neck Tumors. IARC Press: Lyon. 2005.
- [8] Reichart PA, *et al.* Ameloblastoma: biological profile of 3,677 cases. *Oral Oncol, Eur J Cancer*. 1995; 31b(2):86-99.
- [9] Gorlin RJ. Odontogenic tumors. In: Gorlin RJ, Goldman HM. (eds.) *Thomas' Oral Pathology*. St. Louis: Mosby; 1970; 481-515.
- [10] Azoubel E, *et al.* Ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de um caso. *Rev Odonto Ciência*. 1997; 24(2):215-20.
- [11] Sammartino G, *et al.* Effectiveness of a New Decisional Algorithm in Managing Mandibular Ameloblastomas: A 10-Years Experience. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2007; 45:306-10.
- [12] Philipsen HP, Reichart PA. Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. *Oral Oncolog*. 1998; 34(5):315-25.
- [13] Silva RM, *et al.* Contribuição ao estudo dos ameloblastomas. *RGO, Porto Alegre*, 1990; 38:395-9.
- [14] Montoro, *et al.* Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008; 74(1).
- [15] Gardner DG, Pecak AMJ. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Cancer*. Philadelphia. 1980; 46:2514-9.
- [16] Nakamura N, *et al.* Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol., St. Louis*. 2002; 93:13-20.
- [17] Arotiba DT, Arotiba JT. Anatomic classification of intraosseous ameloblastoma as a guide to surgical management. *Afric Med J*. 1998; 75:401-10.
- [18] Queiroz SBF, *et al.* Tratamento conservador de um caso de ameloblastoma sólido: novos conceitos e abordagens terapêuticas. *Rev. Bras de Patol Oral.* 2002; 1(1):39-46
- [19] Santos LM, Lima JRS, Morais LC. Ameloblastoma - Revisão da literatura e relato de caso. *Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia, Curitiba*. 2000; 7(28):19-21.
- [20] Kimk SG, Jang HS. Ameloblastoma: a clinical, radiographic and histopathologic analysis of 71 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, [s.l.]*. 2001; 91:649-53.
- [21] Pogrel MA. The management of lesions of the jaws with liquid nitrogen cryotherapy. *J. Calif. dent. Assoc*. 1995; 23(12):54-7.
- [22] Bradley PF. Modern trends in cryosurgery of bone in the maxillo-facial region. *Int. J. oral Surg*. 1978; 7(4):405-15.
- [23] Curi MM, Dib LL, Pinto DS. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spray cryosurgery. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod*. 1997; 84(4):339-44.
- [24] Becelli R, Carboni A, Cerulli G, *et al.* Mandibular Ameloblastoma: analysis of surgical treatment carried out in 60 patients between 1977 and 1998. *J. Craniof. Surg*. 2002; 13(3):395-400.
- [25] Chidzonga MM, Perez VML, Alvarez ALP. Ameloblastoma. The Zimbabwean experience over 10 years. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod*. 1996; 82(1):38-41.
- [26] Hatada K, Noma H, Katakura A, *et al.* Clinicostatistical study of ameloblastoma treatment. *Bull. Tokyo dent. Coll*. 2001; 42(2): 87-95.
- [27] Grempe RG, Gaião L, Souza WD, Sobreira T. Tendências de abordagens cirúrgicas no tratamento de ameloblastomas. *RBPO, Natal*. 2003; 2(4):13-17.
- [28] Natri AL, *et al.* Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg., Edinburgh*, 1995; 33(1):28-32.
- [29] Laureano-Filho JR, Camargo IB. O uso da descompressão no tratamento de ameloblastoma cístico: relato de caso. *Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial, Camaragibe*. 2003; 3(2):10-15.
- [30] Gomes ACA, *et al.* Ameloblastoma: Tratamento cirúrgico conservador ou radical? *Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial., Camaragibe*. 2002; 2(2):17-24.
- [31] Sujee C, Soumithran CS, Rajeev S. Infiltration of ameloblastoma into the clearance margin of resected tumor of mandible: a study. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 36(11):1034.
- [32] Hong J, Yun PY, Chung LH, Myoung H, Suh JD, Seo BM, Lee JH, Choung PH. Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 36(4):283-88.
- [33] Cosola M di, Turco M, Bizzoca G, Tavoulari K, Capodiferro S, Escudero-Castaño N, *et al.* El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia. *Av Odontoestomatol*. 2007; 23:359-65.
- [34] Sailera HF., Tarawnehb F, Fourkasb PDZ. Antoniadesc, A.E. Athanasioud. Surgical, orthodontic and prosthodontic rehabilitation of a patient with follicular ameloblastoma: A case report. *Eur J Dent*, 4 (2010), pp. 192-196.
- [35] Haug RH, Hauer C A, Smith B, Indresano A T. Reviewing the unicystic ameloblastoma: report of two cases. *J Am Dent Assoc*. 1990;121(6):703-5.