

**Universidade de Taubaté**

**Guilherme Antunes Ribeiro**

**Ameloblastoma: etiologia e tratamentos.**

**Taubaté – SP**

**2019**

**Universidade de Taubaté**

**Guilherme Antunes Ribeiro**

**Ameloblastoma: etiologia e tratamentos.**

Trabalho de Graduação, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia Orientação: Prof.Ms. Alexandre Cursino de Moura Santos.

**Taubaté – SP**

**2019**

**SIBi - Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU**

R484a Ribeiro, Guilherme Antunes  
Ameloblastoma: etiologia e tratamentos / Guilherme Antunes Ribeiro.  
– 2019.  
24f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento  
de Odontologia, 2019.

Orientação: Prof. Me. Alexandre Cursino de Moura Santos,  
Departamento de Odontologia.

1. Ameloblastoma. 2. Etiologia. 3. Neoplasia benigna. 4. Tratamento.  
I. Universidade de Taubaté. II. Título.

CDD 616.993

Aos meus pais que me construíram.

Aos meus avós que me guiam.

E a meu amor.

### **Agradecimentos.**

Agradeço primeiro a Deus, por me mostrar o caminho e me auxiliar na minha caminhada até este momento e, agradeço ao Professor Alexandre pelo auxílio no trabalho de conclusão de curso e pelo conhecimento vasto acrescentado na minha vida acadêmica e pessoal. Aos professores que tive a honra de conhecer e receber uma parte dos seus aprendizados. Aos funcionários da UNITAU, dos quais sem eles, não haveria como manter as instalações com sua devida qualidade, a LADOM pela oportunidade de participar das campanhas da liga em que muito aprendi com relação às patologias bucais e no crescimento como ser humano e por fim, aos meus futuros colegas de profissão que pude compartilhar experiências ao longo do curso.

''O sonho é a satisfação de que o desejo se realize (...)''.

Sigmund Freud.

## RESUMO

**Hipótese do estudo:** O trabalho realizado teve enfoque na patologia ameloblastoma, evidenciando sua etiologia e tratamentos, contendo casos clínicos e pesquisas referentes ao tema, para demonstrar suas variações e graus de severidade, juntamente com gênero e idade mais acometidos pela patologia. **Objetivos:** O objetivo central desse trabalho é revisar a literatura científica sobre o ameloblastoma, demonstrando a importância de conhecer afundo sua etiologia e o tratamento mais indicado para cada caso, no qual haja maior preservação de tecido e remanescente ósseo, associado com um pós-operatório satisfatório. **Conclusão:** A revisão de literatura será realizada em bases de dados eletrônicas, com foco em pesquisas sobre o tema, casos clínicos e seus tratamentos, principalmente relatados nos últimos anos.

**Palavras-chave:** ameloblastoma, etiologia, tratamento.

## **Abstract**

**Studyhypothesis:** The work focused on ameloblastoma pathology, showing its etiology and treatments, containing clinical cases and research related to the theme, to demonstrate its variations and degrees of severity, along with gender and age most affected by the pathology. **Objectives:** The mainobjectiveofthisstudyistoreviewthescientificliteratureonameloblastoma, demonstrating the importance of knowing its etiology and the most appropriate treatment for each case, in which there is greater preservation of tissue and bone remnant, associated with a postoperative period. satisfactory. **Methods:** The literature review will be performed in electronic data bases, focusing on research on the topic, clinical cases and their treatments, mainly reported in recent years.

**Keywords:** ameloblastoma, etiology, treatment.

## SUMÁRIO

|                          |    |
|--------------------------|----|
| RESUMO                   | 05 |
| ABSTRACT                 | 06 |
| 1. INTRODUÇÃO            | 07 |
| 2. PROPOSIÇÃO            | 08 |
| 3. REVISÃO DE LITERATURA | 09 |
| 4. DISCUSSÃO             | 16 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS  | 19 |
| REFERÊNCIAS              | 20 |

## 1. INTRODUÇÃO

O Ameloblastoma é uma neoplasia benigna derivada dos restos epiteliais da formação dentária. Ele pode se originar dos restos da lâmina dental, epitélio reduzido do esmalte, restos de Malassez e células basais do epitélio superficial.

As principais características do ameloblastoma são o crescimento lento e contínuo, sendo localmente agressivo. Em raras vezes, sofre transformação para uma forma maligna. Normalmente ocorre em mandíbula (80 a 85 %) e não há preferência por gênero.

O Ameloblastoma pode ser multicístico, unicístico e periférico conforme suas características clínicas e radiográficas. O ameloblastoma multicístico atinge largo espectro de idades, acometendo principalmente 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> décadas de vida. O ameloblastoma unicístico ocorre em indivíduos mais jovens, na faixa dos 16 aos 20 anos.

Diante da grande importância clínica do ameloblastoma, a proposta desse trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre essa lesão, abordando principalmente sua etiologia e tratamento, mostrando a importância de uma indicação correta de tratamento a fim de minimizar os riscos de recorrência o que é comum nesse tipo de lesão.

## **2. PROPOSIÇÃO**

O propósito desse trabalho foi de revisar a literatura científica sobre ameloblastoma, exaltando sua etiologia e tratamento melhor indicado realizado pelos cirurgiões-dentistas.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Feito por Laureano Filho e Camargo (2003), relataram o uso da descompressão no tratamento de ameloblastoma cístico, que consiste na instalação de dispositivos adjacentes a lesão para que sejam feitas irrigações intralesionais, evitando o crescimento da lesão e estimulando a sua diminuição pela neoformação óssea, usada como modalidade de tratamento alternativo, Com base no caso ficou explícito a eficácia da descompressão principalmente nas lesões unicísticas, para que depois se faça a enucleação/curetagem, diminuindo as mutilações ao paciente.

Segundo Martinez et al. (2008), o ameloblastoma constitui uma neoplasia intra-óssea de grande interesse, devido à frequência com que é relatada em diversos estudos e à capacidade que possui em invadir agressivamente a região maxilofacial, podendo deixar sequelas mutilantes e, até mesmo, colocar em risco a vida dos pacientes. O trabalho buscou analisar as características clínico-histopatológicas dos casos de ameloblastomas ocorridos no Estágio diagnóstico avançado clínico e histopatológico das doenças de boca da Faculdade de Odontologia Prof. Albino Coimbra Filho (FAODO/UFMS) entre o período de 1999 a 2007. Foram encontrados 18 casos, nos quais se verificou uma leve tendência para o gênero feminino (55,6%); a faixa etária mais acometida variou entre 20-50 anos (72,2%), e o tipo clínico mais frequente foi o multicístico (72,2%). O aspecto radiográfico multilocular foi o mais encontrado (81,3%); a localização preponderante, a mandíbula; o tipo histopatológico predominante, o folicular, e o tratamento de eleição, a ressecção cirúrgica radical para quase a totalidade dos casos. O conhecimento deste tumor é de fundamental importância para a determinação do tipo de tratamento. Diante desta realidade e frente aos desafios que a clínica odontológica oferece, é importante que os cirurgiões-dentistas estejam preparados para reconhecer o ameloblastoma, caso haja suspeita da lesão.

Fulco et al. (2010) citam que recentemente a Organização Mundial da Saúde (OMS) excluiu o padrão desmoplásico do espectro histopatológico dos ameloblastomas sólidos e o enquadrrou como uma variante distinta, designada ameloblastoma desmoplásico. Analisaram os achados clínico-patológicos em uma série de casos de ameloblastomas sólidos. Dados sobre idade, sexo, localização e características clínicas foram obtidos em fichas de biópsia. Cortes histológicos foram avaliados quanto aos padrões histológicos existentes e o padrão histológico predominante. Os casos foram classificados com base no estudo de Waldron e El-Mofty (1987) e na classificação da OMS de 2005. Foram identificados 54 casos, com distribuição similar entre os sexos e média de idade de 38,3 anos. Cinquenta e três casos (98,1%) afetaram a mandíbula. Quarenta e nove casos (90,8%) foram classificados como ameloblastomas sólidos, 3 (5,6%) como ameloblastomas desmoplásicos e 2 (3,7%) como lesões híbridas.

Os padrões histológicos folicular (77,6%), acantomatoso (69,4%) e plexiforme (65,3%) foram os mais frequentes nas lesões sólidas. Áreas focais de ameloblastoma desmoplásico foram identificadas em 11 ameloblastomas sólidos (22,4%). Embora enquadrado como uma variante distinta, os resultados revelaram que áreas focais de ameloblastoma desmoplásico podem ser identificadas com relativa frequência em ameloblastomas convencionais.

Estudado por Lucas Neto et al. (2011), foram feitas análises clínicas, radiográficas e histopatológicas em uma determinada população Brasileira, tendo como meta mostrar a importância de estudos voltados para tal patologia, uma vez que, considerada a frequência em que ocorre, sua agressividade, capacidade de recidiva e controvérsias, apresentam motivos para estudos contínuos. Foram analisados em uma base de dados de 5.200 laudos histopatológicos em um período de 18 anos, dos quais, foram selecionados 122 com diagnóstico histopatológico de ameloblastoma utilizando as variáveis: faixa etária, gênero, raça, aspecto radiográfico, localização e extensão do tumor, associação a sintomatologia, diagnóstico clínico, tipo de biópsia, e aspectos histológicos. Nos casos que foram estudados observou-se a prevalência de lesões de grande extensão, acima de 3 cm de diâmetro, justificada pela busca tardia de tratamento, 68% dos profissionais realizaram a biópsia a partir de aspectos clínicos e radiográficos. Já avaliando o tipo de biópsia realizada, ficou explícito o predomínio de biópsias excisionais, das quais, não pode ficar evidente se foi oriunda de uma abordagem terapêutica ou diagnóstica. O padrão folicular se mostrou predominante quando a lesão tinha padrão unicístico, já a expansão cortical, perfuração e envolvimento da ATM mostraram-se correlacionadas ao sexo feminino, por outro lado, as recidivas segundo os autores está relacionada ao sexo masculino acometendo mandíbula em região de molares. Por fim os resultados da pesquisa com base de dados se assemelha aos da literatura mundial quanto aos parâmetros de análise.

Descrito por Papa e colaboradores. (2013), relato de um carcinoma ameloblástico, homem de 44 anos sem problemas de saúde, apresentou-se com queixa odontológica com 6 meses de evolução. Pela dificuldade de controle da dor, foi feita uma extração dentária, antes de ser encaminhado para um centro especializado, realizada a biópsia foi constatado que se tratava de um Carcinoma odontogênico ameloblástico da mandíbula, foi então submetido à mandibulectomia com esvaziamento cervical bilateral, níveis 1 e 3 e reconstrução com a fíbula, seguido de radioterapia; logo, após 4 meses do tratamento evoluiu com metástases pulmonares difusas foi feito o tratamento com quimioterapia com Cisplatina. Por fim, deve-se levar em conta o histopatológico para um melhor prognóstico, devido a sua maior gravidade em relação ao ameloblastoma maligno, nesses casos a ressecção total da região afetada com um tratamento mais agressivo aumenta a taxa de cura.

Demonstrado por Muniz et al (2014), relata mais um caso, mostrando as características clínicas, radiográficas e o diagnóstico do ameloblastoma; paciente melanoderma, 35 anos, asa 1, foi ao ambulatório após consulta com o cirurgião-dentista, onde em um exame radiográfico de rotina foi constatada imagem sugestiva de lesão

intraóssea em região de corpo mandibular esquerdo, paciente relatou haver dor de forma esporádica, exame intraoral mostrou um pequeno aumento do volume na região do dente 36 (ausente), mucosa com coloração normal e ausência de mobilidade dentária associada. Na tomografia computadorizada, fica evidente imagem radio lúcida, unilocular, de 2 cm aprox, e íntima relação com o canal mandibular e expansão da cortical óssea vestibular dessa região. Diante disso, foi feita anestesia geral para a enucleação e curetagem de toda a extensão da lesão e a peça enviada para análise. O laudo revelou mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado, exibindo acantose e atrofia com atipia reacional, lamina própria com numerosas ilhas foliculares, metaplásicas e císticas. Posterior a cirurgia, no 75º, apresenta cicatrização tecidual completa, ausência de sintomatologia dolorosa e , radiograficamente apresenta sinais de formação óssea. Apesar do ameloblastoma ser bem documentado na literatura, não se deve excluir as hipóteses diagnosticas pois trata-se de uma patologia que possui variadas conformações, contudo seu tratamento adequado gera muitas controvérsias sendo a mais comum a ressecção marginal, com menos taxa de recidiva.

De acordo com Silva et al. (2015), ameloblastomas são tumores dos maxilares localmente agressivos com uma alta propensão para recorrência e acredita-se que surjam a partir de restos da lâmina dental ou epitélio odontogênico. A cirurgia radical continua a ser a terapia de escolha. Apresentaram um caso onde uma paciente de 69 anos de idade, aproximadamente oito anos após hemi-mandibulectomia para tratamento de ameloblastoma multicístico, procurou o serviço de cirurgia buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Pernambuco, Brasil, apresentando aumento de volume intrabucal doloroso, bem delimitado, e medindo cerca de 4 cm na submucosa adjacente à placa de titânio que foi usada para a reconstrução. Uma tomografia computadorizada e uma biópsia incisional foram realizadas. A lesão foi diagnosticada como ameloblastoma. Os tumores foram ressecados e análise anatomopatológica revelou um ameloblastoma predominantemente folicular e acantomatoso dentro de intensa fibrose, configurando uma recorrência em tecidos moles. No relato clínico apresentado fica evidente a necessidade de acompanhamento no pós-cirúrgico em longo prazo.

Afirmado por Menezes e colaboradores. (2015), mostram a recorrência de um ameloblastoma multicístico, que ira relatar o tratamento de ameloblastoma multicístico tratado com ressecção marginal da mandíbula, um paciente de 34 anos, com referidas áreas radio lúcidas em região de corpo ângulo e ramo mandibular, revelando ser um ameloblastoma de acordo com o exame histopatológico, foi realizada a cirurgia de ressecção da mandíbula e reconstrução previa com fixação de placa para manter as características anatômicas do paciente após oito meses da operação não notou-se nenhum sinal radiográfico da antiga lesão. Logo, a interpretação clinica a radiográfica dos pacientes com ameloblastoma é essencial para um diagnóstico precoce e um tratamento efetivo da lesão, por outro lado, também é de suma importância visitas regulares para acompanhamento tendo em vista a agressividade da patologia e sua alta taxa de recorrência.

Apresentado por Melo et al. (2016), descreveu o tratamento cirúrgico de um ameloblastoma sólido convencional. Paciente do gênero feminino, 40 anos, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Diagnóstico de Patologia Oral do Hospital Universitário João de Barros Barreto com hipótese de diagnóstico de ameloblastoma por meio de radiografia panorâmica de rotina, na biópsia foi confirmado como ameloblastoma multicístico em região de corpo, ramo e ângulo da mandíbula. No exame extraoral observou-se simetria facial, ausência de tumefação e limitação de abertura bucal, sem relato de dor ou edema. Optou-se pela ressecção cirúrgica mandibular marginal como tratamento, com margem de segurança de 1cm. Após exérese total de lesão, foi realizada a preservação basilar óssea da mandíbula, que foi sustentada e fixada com placa de titânio de reconstrução de sistema de 2,4 mm, tendo como objetivo manter os contornos estéticos normais e os aspectos funcionais do sistema estomatognático do paciente. A peça cirúrgica foi submetida a novo exame histopatológico, confirmando o diagnóstico de ameloblastoma multicístico, sendo assim, encontrada na biópsia o mesmo padrão descrito na literatura, padrão folicular, com ilhotas de epitélio, mais provável oriundos de órgão do esmalte em meio a um estroma de tecido conjuntivo fibroso, também foi observada presença de células colunares semelhantes a ameloblastos cercando a região central dessas ilhas, os núcleos opostos a região de membrana basal caracterizando polaridade reversa. Contudo, apesar de várias formas de tratamento já terem sido largamente debatidas na literatura, ainda não há um consenso sobre qual seria mais indicada, uma razão seria pelo fato de essa neoplasia ter alto poder infiltrativo no trabeculado ósseo, dificultando a visualização de seus limites em exames de imagens, por isso, a importância de exames mais detalhados como a tomografia computadorizada que permite melhor discernimento da área de lesão.

Conforme apresentado por Masocatto et al. (2016) apresentou um caso clínico de tumor odontogênico queratocístico com transformação amebliástica. Paciente feoderma, 16 anos, gênero feminino, compareceu a clínica de cirurgia da UFMS para avaliação dos terceiros molares, o exame físico extrabucal não foi notada nenhuma assimetria facial, foi constatada ausência dos elementos, 18, 28, 38, 47 e 48, mucosas íntegras, sem a presença de inflamação, exsudato, e tumefação, todavia, a radiografia panorâmica revelou uma lesão radiolúcida multilocular, de limites bem definidos e halo esclerótico na região posterior direita de mandíbula, até a área de premolar a ramo ascendente com ausência de dor. Por conta das características apresentadas da lesão foi feita a opção por procedimento cirúrgico de descompressão e biópsia incisiva, durante a punção foi revelado um líquido amarelo com possíveis cristais de ceratina, posteriormente, realizou-se uma incisão circular em fibromucosa na região do elemento 48, seguido de osteotomia e remoção de parte superior da lesão que foi enviada para exame. A descompressão foi feita usando um dispositivo (sonda folley) que foi posicionado no interior da cavidade mantendo a comunicação da lesão com a cavidade oral e suturando nas margens com fio de nylon, sendo revelado pelo exame histopatológico ser um tumor odontogênico queratocístico. Após 6 meses notou-se migração dos elementos dentários envolvidos com a lesão migraram em direção ao processo alveolar, logo, aos 8 meses observou-se aumento de volume em região de

corpo e ângulo de mandíbula direita, com expansão da cortical óssea, reabsorção da raiz distal do elemento 46 e mobilidade dos elementos 44,45 e 46 realizando nova biopsia incisional e novamente técnica de descompressão deixando por 15 dias de pós-operatório. Contudo, 3 meses depois a paciente retornou com queixa de dor e com aumento de volume da região gerando assimetria facial direita, adotando-se o mesmo procedimento prévio de biopsia coletando material mais profundo e marsupialização da lesão que revelou um ameloblastoma multicístico. Na radiografia ficou evidente uma lesão radio lúcida com margens escleróticas bem definidas, multilocular, com cerca de cinco centímetros na sua maior extensão, na região de corpo e ramo mandíbulas direito, logo, na tomografia computadorizada foi possível analisar a extensão da lesão com perfuração cortical vestibular e lingual. Diante do diagnóstico e considerando os inúmeros procedimentos já realizados posteriormente, foi decidido pela ressecção segmentar com margem de segurança de 1 cm e reconstrução imediata com enxerto ósseo de crista ilíaca não vascularizado e placa de reconstrução do sistema de fixação 2.4 moldada previamente a cirurgia com mandíbula seca e parafusos de titânio. Sob anestesia geral foi instalado um bloqueio maxilomandibular estendido, após remoção da lesão, o enxerto foi ajustado e posicionado, sendo imobilizado por ação compressiva da placa de reconstrução com parafusos bicorticais. Logo, após análise de tomografia computadorizada do pós-operatório imediato observou-se um contorno satisfatório e simetria da face, por fim, 120 dias após a intervenção notou-se simetria facial, bom contorno mandibular, bons aspectos de cicatrização da incisão extraoral, mucosas íntegras, oclusão satisfatória e exame tomográfico com pouca reabsorção do enxerto ósseo autógeno. Diante do caso, conclui-se que a reconstrução imediata após ressecção segmentar com margem de segurança e a mais indicada no caso de ameloblastoma.

Segundo Carvalho et al. (2016), relata aspectos clínicos-patológicos de ameloblastoma no sul do Brasil durante 55 anos em uma única instituição, sendo eles diagnosticados entre 1954 e 2009 em um único local onde foram analisados quanto a idade, sexo, etnia, localização e tipo histológico, sendo classificados de acordo com a OMS. Em sequência foi feita uma análise estatística com a determinação da frequência das variáveis categóricas. Oitenta e nove casos de ameloblastoma foram diagnosticados. 78 casos do tipo sólido (88,6%), dois casos do tipo desmoplásico (2,2%), e nove casos do tipo unicístico. Houve predomínio pelo gênero feminino (58,4%) e de etnia branca (62,9%). A maioria localizou-se na mandíbula e 40,2% ocorreram na terceira década de vida. Conclui-se que os achados não fogem dos dados de outros estados e do que a literatura sobre suas preferências em geral.

Nascimento et al. (2017), descreve um caso clínico de Ameloblastoma unicístico em criança, paciente do sexo masculino, 11 anos, melanoderma, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia do Hospital das Clínicas de Uberlândia, com a queixa de aumento de volume tanto extra quanto intrabucal na região de ramo de mandíbula direita, com discreta sintomatologia dolorosa associada com drenagem de secreção purulenta intrabucal. Ao exame clínico ficou evidente assimetria facial com aumento de volume considerável da tabua óssea vestibular posterior do dente 45, mucosa com

aspecto de normalidade e ausência do dente 47 e discreta secreção purulenta na região de trígono retromolar, foi submetido a antibioticoterapia com Amoxicilina 500mg/5ml e Metronidazol 100mg/5ml por 7 dias. Após avaliação da tomografia computadorizada de face, foi possível evidenciar lesão hipodensa extensa, posterior ao dente 46 envolvendo corpo ângulo e ramo mandibular direito com aspectos uniloculares, expansão das corticais vestibular e lingual e presença de deslocamento dos dentes 47 e 48. Após a remissão da infecção da lesão foi feita uma biopsia incisional sob anestesia local na região do trígono, depois da operação ficou evidente uma extensa, porém, única cavidade com espessa cápsula, removendo-se três fragmentos de tecido mole, acondicionados em formol 10%, na microscopia fpo revelada a proliferação celular bifásica com células semelhantes a pré- ameloblastos e a retículo estrelado ao mesmo tempo, sem sinal de queratinização, levando a conclusão diagnóstica de ameloblastoma plexiforme. Optou-se pela cirurgia de marsupialização e descompressão, sob anestesia local, para redução de volume e possibilitar a enucleação futura. A lesão permaneceu por 8 meses marsupializada, associada a irrigação diárias com soro fisiológico 0,9% para manter limpeza dentro da lesão e impedir processo infeccioso, e de três em três meses forma realizadas radiografias nas quais, foi constatado a regressão gradual das lesão e neoformação óssea; subsequente ao período apresentado foi feita a enucleação mais curetagem da lesão sob anestesia geral e exodontia dos dentes 47 e 48 associados a lesão. Por fim, depois de 9 meses do término do tratamento, na análise extrabucal revela simetria facial e intrabucal aspecto de normalidade da mucosa na área operada, formação óssea em progresso e sem sinais de recidiva. Considerando o caso apresentado chegou-se a conclusão que em ameloblastomas de comportamento menos agressivo da lesão parece ser de consenso na literatura a marsupialização associada posterior enucleação, contudo sem descartar o acompanhamento pós-operatório devido as taxas consideráveis de recorrência.

Queiroz et al. (2018) buscando mostrar a importância de um aparato tecnológico na cirurgia de ameloblastoma de uma forma menos invasiva, no caso relatado, paciente sexo masculino, 37 anos feoderma e normosistêmico, apresentava um tumor odontogênico na região de corpo, ângulo e ramo da mandíbula há cerca de 2 anos, com dois episódios de recidiva. Na primeira cirurgia so foi utilizada a técnica de curetagem para a remoção de lesão, no ano seguinte notou-se recorrência do tumor, na qual, foi feita a mesma técnica anterior complementada por osteotomia periférica. Novamente em 2017 houve reincidência do tumor, em que foi notada, expansão óssea, áreas de fenestração vestibular, lingual, anterior, posterior no local da lesão, subsequente, foi feito um protótipo mandibular, fixação e adaptação da placa de reconstrução, e remoção da lesão. Com a ajuda de u fibroscópio permitiu verificar a fixação e adaptação da placa e melhor visualização do campo cirúrgico, dispensando acessos trans-faciais mais invasivos, placa de titânio foi fixada intra-oral antes da remoção do tumor, diminuindo chances de fratura. A técnica cirúrgica foi de ressecção marginal osteotomia periférica e aplicação da solução de Carnoy visando diminuir o risco de recorrência. Diante disso, fica evidente a importância do uso de aparatos tecnológicos de CTBMF associados a

conhecimentos anteriores sobre as patologias agressivas, dispendo dessas mesmas tecnologias a favor do sucesso de seu tratamento.

Silva et al. (2019) relatou um caso de ameloblastoma unicístico em região anterior de mandíbula, descrevendo os métodos diagnósticos utilizados e o tratamento empregado. Tratava-se de uma paciente do gênero feminino, com 40 anos de idade, que compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, com queixas de aumento de volume em região anterior de mandíbula, com evolução de 10 meses. O exame de imagem revelou lesão unilocular extensa que expandia cortical óssea em região de mento. Optou-se pela biópsia excisional da lesão, sob anestesia geral. O exame do espécime obtido confirmou o diagnóstico de ameloblastoma unicístico, para o qual se decidiu pela manutenção da terapêutica inicial. A paciente segue em acompanhamento pela equipe, sem sinais de recidivas. Segundo os autores, o manejo do ameloblastoma unicístico, por vezes, demanda a biópsia excisional da lesão, a fim de diferenciá-la dos cistos odontogênicos e de individualizar seu padrão histológico. A abordagem conservadora pode ser adotada, desde que um acompanhamento rigoroso seja procedido.

Agarwal et al. (2019), mostra modalidades de tratamento de ameloblastoma unicístico em uma sequência de casos, no caso 1 paciente cerca de 30 anos, mostrando um crescimento gradual na região posterior da mandíbula com expansão bicortical, com secreção purulenta, e radiolucidez unilocular, foi feita curetagem; eletrocalterização e fechamento primário após 31 meses não foi notado nenhuma sinal nem sintoma de recidiva; no 2 caso paciente também em torno de 30 anos de idade mostrando mesmas características de lesão que a anterior, foi realizada enucleação associada a gaze com iodo após 26 meses não foi notada a presença de nenhum sinal o sintoma da patologia; no 3 caso paciente com 40 anos evidenciando crescimento da mandíbula em região posterior, expansão bicortical e pus associado a sangramento no local, o procedimento adotado foi de marsupialização e curetagem, logo, 6 meses depois houve significativa redução do tamanho do tumor; no caso 4 paciente com 30 anos com as mesma descrição do caso anterior sem a presença de expansão da cortical óssea, entretanto, realizou-se a ressecção segmentar mais reconstrução com a placa de titânio, depois de 44 meses não notou nenhum indicativo de recorrência; por fim o caso 5 paciente com cerca de 20 anos com crescimento na região posterior mandibular e secreção purulenta associada, foi feita a ressecção seguida de reconstrução com placa de titânio mais distração osteogênica. M sendo assim mesmo que seja buscada uma forma mais branda e menos invasiva de tratamento as características do ameloblastoma não deixam muitas opções quando se trata de evitar recidivas posteriormente e aumentar ainda mais a mutilação feita nos tratamentos menos invasivos.

#### 4. DISCUSSÃO

A revisão de literatura realizada visou mostrar a necessidade de maiores pesquisas relacionadas quanto a etiologia do Ameloblastoma e suas variações, e elucidar e importância do tratamento adequado de acordo com seus graus de severidade.

Ameloblastoma é o tumor odontogênico clinicamente mais comum (...). Teoricamente eles podem surgir dos restos da lâmina dentária de um órgão do esmalte em desenvolvimento, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico, ou das células basais da mucosa oral (Neville et al. 2009).

O ameloblastoma constitui uma neoplasia intra-óssea de grande interesse, devido à frequência com que é relatada em diversos estudos e à capacidade que possui em invadir agressivamente a região maxilofacial, podendo deixar sequelas mutilantes e, até mesmo, colocar em risco a vida dos pacientes (Martinez et al. 2008).

Diante disso, deve ser estudada e seu tratamento feito de maneira mais criteriosa devido, seu alto índice de infiltração dos tecidos adjacentes e descrito pelo autor: Carcinomas odontogênicos ameloblásticos são raros tumores com poucos casos descritos na literatura. Pela maior e mais recente revisão, pouco mais de 100 casos foram relatados segundo Yoon e colaboradores no período de 1984 – 2008.<sup>1</sup> apud. Papa (2013), com isso mesmo muito raro a forma maligna da doença mostra o quão grave a patologia pode se tornar.

O Ameloblastoma pode ser classificado de acordo com a literatura em; unicístico, multicístico e periférico, esta associado também ao tumor uma forma rara maligna descrito por Papa (2013 v.9 n. 31) em que diz:

Carcinoma ameloblástico é um tipo raro de tumor odontogênico com apresentação principal na mandíbula. Possui características histopatológicas malignas tanto na lesão inicial quanto nos possíveis sítios de metástases. A raridade do caso se sustenta em pouco mais de 100 casos relatados na literatura.

Dentre outros cistos odontogênicos epiteliais que podem evoluir para um ameloblastoma um exemplo o queratocisto associado por Masocatto (2016) que o que é uma lesão benigna muito contraditória, que pode ou não estar relacionada a um elemento dentário, agressivo e com alta taxa de recidiva. Aos aspectos clínicos são descrito como de crescimento lento, expansivo, assintomático, contudo, em casos avançados pode haver presença de dor. No que se diz respeito as características radiográficas apresentasse em imagem radiolúcida, uniloculares ou multiloculares, com bordas bem definidas e em muitos casos associados a deslocamento dos elementos dentários ao redor da lesão e reabsorção radicular. Por fim, apresenta variações nas características histopatológicas, tais com, padrão plexiforme, folicular, acantomatoso, desmoplásico, de células granulares e de células basais.

A literatura descreve que o ameloblastoma tem predileção pelo gênero feminino, leucoderma, entre a 30° e 40° anos de vida, em região de corpo, ângulo, e ramo mandibular. .

LUCA NETO et al. (2011) Em uma pesquisa feita a partir de 122 casos em um período de 18 anos, obteve como resultados, na faixa etária que abrange de 11 a 30 anos, 67 pessoas apresentavam o tumor (44,9%), tendo como 67 dos acometidos do sexo feminino (54,9%), em sua maioria melanoderma. Já a pesquisa feita por FULCO (2010) avaliando 54 casos, não mostrou preferência por gênero com idade média acometida igualmente de 38 anos em ambos, em região posterior de ossos gnáticos e assintomáticos. Fica clara uma discrepância em relação a literatura se analisadas os dados das pesquisas, porém, Carvalho (2013, p. 1-5) reforça a teoria da literatura:

“Oitenta e nove casos de ameloblastomas foram diagnosticados: 78 casos corresponderam ao tipo sólido (88.6%), dois casos ao tipo desmoplásico (2.2%) e nove casos ao tipo unicístico (10.2%). Houve predomínio pelo gênero feminino (58.4%) e de etnia branca (62.9%). A maioria localizou-se na mandíbula (78.6%) e 40.2% ocorreram preferencialmente na terceira década de vida” ,

e reforçado por Martinez (2008) mostrou que a predileção por gênero se manteve igual a descrita nos livros acometendo mais mulheres, entres 20 e 50 anos de idade sendo o aspecto multicístico mais frequente.

Dados os tipos do ameloblastoma e suas preferências um tratamento mais indicado, ou seja, um procedimento cirúrgico minimamente invasivo deve ser aplicado visando evitar mutilações desnecessárias nos pacientes, entretanto deve se levar em conta o poder destrutivo do ameloblastoma, sua capacidade de se infiltrar nos tecidos adjacentes, e o alto índice de recorrência do tumor caso não seja feita a intervenção mais adequada. O tumor de aspecto multilocular não é tão comum embora tenha sua importância no tratamento de evitar a sua reincidência, tal lesão com aspecto de imagens radiolúcidas circunscritas de bordas bem delimitadas (aspecto de favos de mel).

Do ponto de vista de intervenção cirúrgica, existem algumas formas de tratamentos para remoção do tumor dentre eles: marsupialização, curetagem, descompressão, enucleação e ressecção marginal. O ameloblastoma tem alto índice de recidiva, tal como descrito por Menezes (2015) uma paciente de 37 anos com imagem multilocular radiolúcida em região posterior de mandíbula, feita a marsupialização para coleta de tecido para biópsia teve como diagnóstico granuloma, entretanto, após 4 meses a lesão retornou, logo tendo em vista o retorno se fez um biópsia excisional no qual foi constatado como ameloblastoma. Diante desse fato fica evidente a necessidade de uma intervenção um pouco mais “agressiva” em relação à biópsia para ver como estão os tecidos mais profundos da lesão, por outro lado, Silva (2015) paciente de 69 anos, que já havia sido submetida à hemimandibulectomia previamente há um ano voltou ao hospital com queixa de aumento de volume na região da antiga intervenção, com queixa

dolorosa e assimetria facial, isso nos leva a discutir o quão indicado está o tratamento radical do ameloblastoma e se esta sendo feita respeitando as normas de margem de segurança; com o advento das novas tecnologias, se abriram várias portas tais como fibroscópio mostrado por Queiroz (2018 v. 4 n. 1) “permitiu aos cirurgiões confirmar a adaptação e fixação da placa de reconstrução, e uma melhor visualização do campo cirúrgico, podendo dispensar que fossem feitos acessos trans-faciais mais invasivos”. A utilização da descompressão que consiste na inserção de um dispositivo para que haja comunicação entre a lesão e o meio bucal para que seja irrigada com agentes auxiliares para a diminuição do tumor e sua nutrição, essa técnica muitas vezes aplicada como coadjuvante a outras mais invasivas para que não se corra riscos de reincidência. Outras técnicas como enucleação, curetagem, e marsupialização têm como objetivo serem menos invasivos porém devem ser indicadas para casos onde haja lesões de pequena extensão, deve-se levar em conta o histórico do paciente e agressividade do tumor ( Nascimento et al , 2017) e também por Silva (2019) relata que a distinção do tipo histológico é padrão determinante para o tipo de tratamento sendo que um padrão mural representa maior risco de recorrência.

Discordando disso o autor Melo (2016) expõe que quando feita primeira escolha por enucleação seguida por curetagem aumenta as chances de reincidência de 90% em mandíbula e 100% em maxila, portanto a ressecção marginal, diminui muito o risco de retorno da lesão, uma vez que remove por completo o tumor, apesar disso, outro autor Agarwal et al., (2019) relata que em casos de ameloblastoma sólido convencional os tratamentos menos invasivos são possíveis, levando em conta a não mutilação dos pacientes, desfiguração, parestesia entre outros. Apesar das características bem definidas do ameloblastoma serem bem descritas pela literatura a necessidade de estudo e de indicação para diminuir os problemas no diagnóstico e tratamento, sendo a patologia discutida uma balança, na qual, deve-se levar em consideração vários fatores afim de evitar maiores danos físicos aos pacientes.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O ameloblastoma mesmo classificado como uma neoplasia benigna deve ser levada com seriedade, uma vez que, se comporta agressivamente, com grande perda tecidual ao redor da lesão, deve ser levada em conta também o tipo e seu grau de severidade e extensão para uma melhor conduta a ser adotada na intervenção cirúrgica, visto posto que, dependendo da escolha da mesma aumenta significativamente o risco de recidiva e da necessidade de uma nova intervenção abrindo caminho para problemas maiores no pré e pós-operatório.

## REFERÊNCIAS

1. Laureano Filho JR e Camargo IB. O uso da descompressão no tratamento de ameloblastoma cístico: relato de caso 2003; Revista de Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.
2. Martinez CR, et al. Ameloblastoma: estudo clínico-histopatológico. Rev, Cir. Traumatol. Buco-Maxil-Fac 2008; 8: 55-60.
3. Fulco GM, et al. Ameloblastomas sólidos: estudo retrospectivo clínico e histopatológico em 54 casos. Brazilian Journal of Otolaryngology 2010; 76: 172-177.
4. Lucas Neto A, et al. Análise clínica, Radiográfica e Histológica de 122 casos de Ameloblastomas em uma População Brasileira. Pesq. Bras. Otoped Clin Integra, João Pessoa, 2011; 11(2): 165-170.
5. Papa AM, et al. Carcinoma Ameloblástico. Revista Brasileira de Oncologia Clínica 2013; vol. 9, n.31.
6. Muniz VRVM, et al. Características clínicas, Radiográficas e diagnóstico do Ameloblastoma: Relato de Caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Faci 2014; v.14, n.4, p.27-32.
7. Silva LP, et al. Recidiva de ameloblastoma para tecidos moles após tratamento radical. Rev Brasileira de Ciências da Saúde 2015; 9: 307- 310.
8. Menezes JDS, et al. Recurrence of multicystic ameloblastoma: case report 2015; RFO, Passo Fundo, v. 20, n. 3, p. 355-360.
9. Carvalho ALH, et al. Aspectos clínicos-patológicos de ameloblastoma no sul do Brasil: 55 anos de uma única instituição. Rev Odonto Cienc 2016;31(1):1-5.
10. Melo RB, et al. Tratamento cirúrgico de ameloblastoma sólido convencional: relato de caso clínico. RFO 2016; v. 21, n. 2, p. 246-250.
11. Masocatto DC, et al. Tumor odontogênico queratocístico com transformação ameloblástica: relato de caso. Arch Healthy Invest 2016; 5(6).
12. Nascimento MA, et al. AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO EM CRIANÇA: RELATO DE CASO. Ver Odontol Bras Central 2017; 26(77): 53-56.
13. Queiroz EC, et al. CIRURUGIA DE AMELOBLASTOMA MINIMAMENTE INVASIVA ASSISTIDA POR APARATO TECNOLÓGICO: RELATO DE CASO. Anais da Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica 2018; vol 4 n° 1.
14. Silva LOR, et al. Extenso ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de caso. RFO UPF 2019; 24: 82-88.

15. Argawal A, et al. Treatment Modalities of Unicystic Ameloblastoma – A case series 2019; International Journal of Oral and Facial Surgery.