



**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**CLÁUDIO PEREIRA DOS SANTOS JÚNIOR**

**RELATO DE CASOS  
AMELOBLASTOMA: EXISTE CONSENSO ENTRE SUAS FORMAS DE  
TRATAMENTO**

**CAMPINA GRANDE/PB  
2014**

**CLÁUDIO PEREIRA DOS SANTOS JÚNIOR**

**RELATO DE CASOS  
AMELOBLASTOMA: EXISTE CONSENSO ENTRE SUAS FORMAS DE  
TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial no curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I – Campina Grande – PB, para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Josuel Raimundo Cavalcante

**CAMPINA GRANDE/PB**

**2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S237a Santos Júnior, Cláudio Pereira dos.  
Relato de casos - Ameloblastoma [manuscrito] : existe consenso entre suas formas de tratamento / Cláudio Pereira dos Santos Júnior. - 2014.  
36 p. : il. color.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.  
"Orientação: Prof. Dr. Josuel Raimundo Cavalcante, Departamento de Odontologia".

1. Ameloblastoma. 2. Diagnóstico odontológico. 3. Tumor odontogênico. 4. Neoplasia bucal. I. Título.

21. ed. CDD 616.993

**CLÁUDIO PEREIRA DOS SANTOS JÚNIOR**

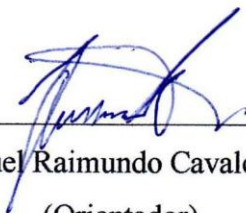
**FOLHA DE APROVAÇÃO**

Relato de casos – Ameloblastoma: existe consenso entre suas formas de tratamento.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a graduação em Odontologia, pelo curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I – Campina Grande – PB.

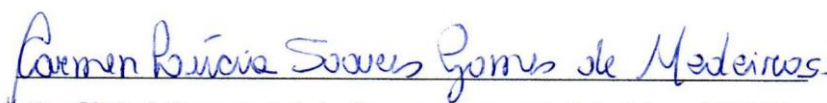
Aprovado em: 04/12/2014

**Banca examinadora**




---

Prof. Dr. Josuel Raimundo Cavalcante / UEPB  
(Orientador)



Prof.ª Dr.ª Carmen Lúcia Soares Gomes de Medeiros / UEPB  
(1º Examinador)



Prof.ª Dr.ª Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão / UEPB  
(2º Examinador)

## AGRADECIMENTOS

Ora chegou o grande momento, muito esperado em toda minha vida, sei que esta etapa eu venci, porém há muitas serem conquistadas. Durante esta caminhada busquei forças e apoio em muitas pessoas, eis a hora de agradecer a todos, que contribuíram direto ou indiretamente para essa realização:

Primeiramente a **Deus**, por iluminar cada passo da minha caminhada e por me ajudar vencer todos os obstáculos, dando-me força e coragem para seguir em frente em busca dos meus objetivos.

Aos meus **pais, Salma e Cláudio** meu eterno agradecimento pela dedicação, incentivo, carinho e amor que sempre me deram. Em especial meu eterno agradecimento a minha mãe, mulher guerreira, obrigado por acreditar no meu potencial! Essa vitória é nossa!

Aos meus **filhos, Carol e Arthur** pessoinhas que me inspiram a viver, dando sentido a minha existência e incentivo a minha caminhada.

Aos meus **irmãos, Jeanne, Roseane, Joseane e Jânio** pela amizade, companheirismo de sempre, que apesar da distância sempre contei e estiveram presentes com palavras de força que me encorajavam nesta caminhada!

Ao meu **orientador**, professor Doutor, **Josuel**, que com seu tamanho conhecimento, paciência e dedicação conseguiu concretizar esse trabalho. Muito obrigado!

A todos os meus **professores, mestres e doutores**, que souberam com devoção exercer o dom de ensinar e transmitiram muito mais que teorias. Vocês compartilharam experiências e marcaram a minha vida acadêmica e posteriormente profissional. Muito obrigado, por me fazerem acreditar que tudo é possível quando se luta por um ideal!

À minha **turma**, por todos esses anos juntos em busca de um mesmo objetivo. Tantos obstáculos e desafios surgiram, e juntos vencemos! Muito obrigado!

Enfim, todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste sonho! Meu eterno agradecimento!

## RESUMO

JÚNIOR, Cláudio Pereira dos Santos. **Relato de Casos – Ameloblastoma: existe consenso entre suas formas de tratamento.** Campina Grande/PB, 2014, 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Universidade Estadual da Paraíba, 2014.

O ameloblastoma é uma neoplasia benigna de origem epitelial que pode ser localmente invasivo, acomete os ossos do complexo maxilomandibular, constituindo o tumor odontogênico de maior significado clínico. Podem ser classificados em unicísticos, sólidos ou multicístico e periféricos. A forma multiloculada representa 85% dos casos, o ameloblastoma unicístico corresponde a 14% dos casos investigados, já o ameloblastoma periférico é mais raro, representando 1% dos casos. O ameloblastoma acomete principalmente adultos jovens, entre a terceira e quarta década de vida, sem predileção por sexo. Geralmente é assintomático em estágios iniciais, o que implica diagnóstico tardio, quando o tumor já atingiu grandes proporções, dentre os sintomas mais comuns estão o aumento de volume, dor e desconforto local, podendo apresentar parestesia ou infecção secundária. O diagnóstico definitivo é obtido por meio de exame histológico. Mas os achados clínicos e estudos por imagem, através de radiografias panorâmicas e tomografia computadorizada colaboram para o diagnóstico. A literatura descreve variadas formas de tratamento, com propostas de métodos mais conservadores, como marsupialização, enucleação e curetagem, e propostas mais radicais, com ressecções marginais, segmentares ou mesmo desarticulação mandibular. Trata-se de dois relatos de casos que tem por finalidade apresentar o estudo clínico cirúrgico do ameloblastoma onde um foi tratado de forma conservadora e o outro tratado de forma radical, na qual foi realizada a analogia entre as duas formas de tratamento buscando o consenso para a melhor forma de abordagem sob o ponto de vista da literatura estudada.

Palavras- chave: Ameloblastoma. Tratamento. Tumores odontogênicos.

## ABSTRACT

JÚNIOR, Cláudio Pereira dos Santos. **Case Report - ameloblastoma: there is consensus among its forms of treatment.** Campina Grande/PB, 2014, 36 f. Completion of Course Work (TCC) – State University of Paraíba, 2014.

The ameloblastoma is a benign tumor of epithelial origin that can be locally invasive, affects the bones of maxilomandibular complex, constituting the dental tumors of greater clinical significance. Can be classified as solid or multicystic, unicystic or peripherals. The multilocular form represents 85% of cases, the unicystic ameloblastoma corresponding to 14% of the cases investigated, since the peripheral ameloblastoma is more rare, accounting for 1% of cases. Ameloblastomas affects mainly young adults, between the third and fourth decade of life, with no gender preference. It is usually asymptomatic in the early stages, which means late diagnosis when the tumor has already reached major proportions, among the most common symptoms are swelling, pain and local discomfort, and may have numbness or secondary infection. The diagnosis is made by histological examination, but the clinical findings and imaging studies, through panoramic radiographs and computed tomography. The literature describes various forms of treatment, with proposals for more conservative methods such as marsupialization, enucleation and curettage, and more radical proposals, with marginal resection, segmental or even mandibular dislocation. This is a case report aims at the study of two cases of ameloblastoma where one was treated conservatively and the other treated radically, where it was held the analogy between the two forms of treatment to build consensus for best approach from the point of view of the literature studied.

Keywords: Ameloblastoma. Treatment. Odontogenic tumors.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Aspecto intra - bucal.....	24
FIGURA 2 – RX Panorâmico.....	24
FIGURA 3 - Hemimandibulectomia .....	25
FIGURA 4 – Placa de reconstrução e enxerto do íliaco.....	25
FIGURA 5 - RX Antero posterior e perfil, vendo-se a placa de reconstrução e o enxerto ósseo. ....	25
FIGURA 6 - RX Antero posterior e perfil, vendo-se a placa de reconstrução e o enxerto ósseo. ....	25
FIGURA 7 - Perfil externo pós-operatório.....	26



## **LISTA DE SIGLAS**

OMS Organização Mundial de Saúde

HPV Papiloma Vírus Humano

TC Tomografia Computadorizada

RM Ressonância Magnética

ECOP Excisão cirúrgica e osteotomia periférica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	13
2.1 DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA.....	13
2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....	14
2.3 TRATAMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES .....	16
2.4 MODALIDADES DE TRATAMENTO .....	17
2.4.1 Tratamento Conservador.....	18
2.4.2 Tratamento Radical.....	20
2.5 ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO PÓS-CIRÚRGICO.....	22
<b>3 RELATO DE CASOS</b> .....	23
3.1 RELATO DE CASO I.....	23
3.2 RELATO DE CASO II.....	24
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	27
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	32
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	33

# ***1-INTRODUÇÃO***

---

O ameloblastoma é um tumor odontogênico raro e sua incidência se dá em torno de 0,6 casos por milhão de pessoas (DI COSOLA *et al.*, 2007). Há uma grande variedade de nomenclaturas, classificações e tratamentos para este tipo de tumor, mas ele foi descrito pela primeira vez em 1868 por Broca e denominado de ameloblastoma por Churchill em 1930 (SADDY *et al.*, 2005).

Sabe-se que podem originar-se de remanescentes celulares do órgão do esmalte, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico ou das células da camada basal da mucosa oral (MARZOLA; JÚNIOR; FILHO, 2004). Seu crescimento é lento, no entanto, são localmente agressivos, com grande potencial de invasão a tecidos adjacentes e apresentam recidivas frequentes, segundo Neville *et al.* (2009).

Sua maior prevalência dá-se na mandíbula em relação à maxila numa proporção de 8:1, tendo equivalência entre os sexos e predileção pela raça negra (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Podem ser classificados em sólidos ou multicísticos, unicísticos e periféricos, classificação esta que recentemente foi alterada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de forma que uma variação de ameloblastoma multicístico, reconhecida como desmoplásica, foi separada e considerada uma variante diferente das demais (ALVES *et al.*, 2008). A forma multiloculada representa 85% dos casos e apresenta tendência localmente invasiva, com alto grau de recidiva se não tratada corretamente. O ameloblastoma unicístico corresponde a 14% dos casos investigados e tendem a ser removidos por enucleação, como se fossem cistos (NAKAMURA *et al.*, 2002), com baixo grau de recidiva. Já o ameloblastoma periférico é mais raro, representando 1% dos casos e ocorre nos tecidos moles da região dentária (NEVILLE *et al.*, 2009).

Dentre as variedades histológicas multicísticas, estão as do padrão folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulares e de células basais, além do já citado desmoplásico que possui características peculiares e foi classificado separadamente, sendo que dentre essas diferenças uma delas é a de ocorrer mais na maxila que na mandíbula (NEVILLE *et al.*, 2009). Já os unicísticos apresentam padrões histológicos classificados como: luminal, intraluminal e mural (ROCHA, 2010).

Para Chagas *et al.*, (2007) e Kim (2001) geralmente é assintomático em estágios iniciais, o que implica diagnóstico tardio, quando o tumor já atingiu grandes proporções. Os sintomas mais comuns são aumento de volume, dor e desconforto local, podendo apresentar

parestesia ou infecção secundária. Radiograficamente, as lesões se apresentam em loculações radiolúcidas grandes em forma de bolhas de sabão, ou, quando as loculações são pequenas em forma de favos de mel (NEVILLE *et al.*, 2009).

A sintomatologia do ameloblastoma é pobre e tardia, o que dificulta a identificação desse tumor em fases iniciais. Estudos demonstram que quando o tumor é percebido pela própria pessoa ou pelo profissional, quando já se apresenta um volume considerável. Outro grande empecilho é que, em muitos casos, os pacientes percebem a tumoração de consistência óssea, mas acabam por procurar atendimento odontológico depois de algum tempo de evolução, que pode chegar a anos depois (SÁ *et al.*, 2004).

O exame de imagem mais indicado para seu diagnóstico e delimitação de tamanho é a tomografia computadorizada. Ademais, o exame radiográfico também pode ser bastante útil nesses casos. Contudo, ambos necessitam de comprovação histológica por meio de biópsia para definição do tratamento mais indicado (MARZOLA; JÚNIOR; FILHO, 2004). O aspecto radiográfico do ameloblastoma pode ser uni ou multilocular e dentre as semelhanças associadas destacam-se a de “bolhas de sabão”, “favo de mel” e “roído de traças”.

O tratamento dos ameloblastomas é um dos pontos mais discutidos dessa lesão, o que leva alguns autores a serem favoráveis ao tratamento cirúrgico conservador, enquanto outros ao cirúrgico radical. A individualização dos casos é descrita por muitos autores, não havendo, assim, uma padronização neste sentido (RIVAS, 2011).

A literatura descreve variadas formas de tratamento, com propostas de métodos mais conservadores, como marsupialização, enucleação e curetagem (associados ou não a métodos físicoquímicos como radioterapia ou quimioterapia), e propostas mais radicais, com ressecções marginais, segmentares ou mesmo desarticulação mandibular (SAMMARTINO *et al.*, 2007). As reconstruções ósseas podem ocorrer com enxertos ósseos livres, sendo a região anterior do íliaco a área doadora mais utilizada. Em caso de remoção de segmentos mandibulares mais extensos, a melhor opção pode ser o enxerto ósseo vascularizado, sendo nesse caso a fíbula a área doadora mais utilizada (SASSI *et al.*, 2005).

A recidiva frequente dessa lesão é outro fator que interfere na escolha de seu tratamento, visto que surge o dilema em se optar por uma cirurgia radical que mutila o paciente, mas corre-se menos risco de uma recidiva, ou escolher um tratamento conservador, com menos morbidade, mas com índices de recidiva que chegam a 90%, conforme destaca Navarro (2009).

O osso maxilar tem uma anatomia bastante peculiar porque está ligado a diversos órgãos responsáveis por nossos sentidos, de forma que compõe parte da órbita, cavidade nasal

e palato, além de se articular com o frontal, o etmóide e o malar ou zigoma. Nele estão os dentes superiores, e sua íntima relação com ossos de base do crânio o coloca em alta complexidade para tratamento das lesões que o acometem, dentre elas os ameloblastomas (RIVAS, 2011).

Por se tratar de uma lesão assintomática e de crescimento lento, o ameloblastoma só é descoberto quando já está causando alguma alteração estética como abaulamento facial por expansão óssea. Seu tamanho, na maioria das vezes, é detectado a partir dos 3 cm de comprimento. Outros sinais e sintomas associados ao diagnóstico tardio das lesões são obstrução nasal, rizólise dentária, opacificação do seio maxilar, além dos casos mais extremos em que aparecem úlceras, inflamações secundárias, parestesias, disfagia e disфонia (TSAI *et al.*, 2006).

A literatura apresenta alguns casos de letalidade por ameloblastomas, todos relacionados à maxila devido à invasão intracraniana. O índice de recidiva em tratamentos conservadores na maxila dá-se em 100% dos casos e o de mortalidade em 60%, afirmam Mendonça *et al.* (2009).

O tratamento cirúrgico do ameloblastoma representa um avanço para o tratamento dos tumores da região maxilofacial em geral, o que constitui uma das maiores controvérsias da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (CARLSON; MARX, 2006).

Este trabalho tem por finalidade apresentar o estudo de dois casos clínicos cirúrgicos de ameloblastoma onde um foi tratado de forma conservadora e o outro tratado de forma radical, onde se fez a analogia entre as duas formas de abordagem buscando o consenso para a melhor forma de tratamento sob o ponto de vista da literatura estudada.

Os resultados deste estudo são relevantes para acadêmicos de odontologia, professores, estudiosos no tema e odontólogos interessados em conhecer o estado da arte da produção científica sobre o ameloblastoma e suas formas de tratamento, além de oferecer subsídios para o ensino do conteúdo nos cursos de Odontologia.

## ***2-REVISÃO DE LITERATURA***

### 2.1 DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

O termo ameloblastoma foi utilizado pela primeira vez em 1930, quando foi descrito um tumor odontogênico com formação de múltiplos cordões e lâminas celulares interconectadas, de origem epitelial e homólogas com a lâmina dentogengival do início da odontogênese (NEVILLE *et al.*, 2009).

Acredita-se que ameloblastomas originem-se ou de remanescentes embrionários do forro epitelial de cistos odontogênicos, da lâmina dental ou órgão do esmalte, do epitélio escamoso estratificado da cavidade bucal, ou de remanescentes epiteliais deslocados. O ameloblastoma se caracteriza por ser um tumor odontogênico raro da maxila e mandíbula, podendo atingir grandes proporções, causando uma severa desfiguração facial e prejuízo funcional, além de reabsorver raízes e apresentar altas taxas de recidiva quando inadequadamente tratado (NEVILLE *et al.*, 2009).

A patogênese deste tumor permanece obscura, alguns autores têm relatado associação com o HPV (papiloma vírus humano). Correnti *et al.* (2010) detectaram a presença de HPV em 33% da sua amostra de ameloblastomas intraósseos, sendo que foi predominante na variedade unicística (66,6%) em relação à sólida (33,3%).

Outros autores têm proposto ainda, improváveis fatores causadores, que incluem irritação não específica de extrações, cáries, traumas, infecções, inflamações e deficiência nutricional (KIM *et al.*, 2001).

Os ameloblastomas representam 1% de todos os cistos e tumores da região oral e maxilofacial e 10% de todos os tumores odontogênicos da mandíbula. Este tumor ocorre com igual frequência em ambos os sexos e tem o pico de incidência na terceira e quarta décadas de vida. A patologia é mais frequentemente encontrada na região posterior do corpo mandibular e no ângulo da mandíbula, mas pode ocorrer em qualquer parte da maxila e mandíbula. Oitenta por cento dos ameloblastomas ocorrem na mandíbula e vinte por cento ocorrem na maxila (VAYVADA *et al.*, 2006).

O ameloblastoma periférico ocorre em todos os grupos de idade entre 09 a 92 anos, sendo o gênero masculino mais atingido. Nesta variedade do ameloblastoma, 70% ocorrem na

mandíbula (SAMMARTINO *et al.*, 2007). Também relatam que o ameloblastoma multicístico é a variante mais comum, correspondendo a 85% do total.

A literatura sugere que há diferenças geográficas, quando se refere ao ameloblastoma. Os estudos mostram que o ameloblastoma é o segundo tumor odontogênico mais comum na população branca, ficando atrás do odontoma. Estudos africanos, entretanto, sugerem que ele é mais comum na África, na população negra, onde pode representar 50% de todos os tumores da cabeça e pescoço. Também sugerem que na África há preponderância no gênero masculino e que o pico de ocorrência é na segunda e terceira décadas (POGREL; MONTES, 2009).

Entre os Nigerianos, ameloblastomas representam entre 11 a 20% dos tumores bucais e 73% de todos os tumores odontogênicos. Enquanto atinge respectivamente os índices de 0.18 e 0.44 de homens e mulheres brancos, por milhão de habitantes, na população negra atinge respectivamente 1.96 e 1.20. A média de idade em negros é de 29 anos, enquanto nos brancos é de 40 anos. Hong *et al.* (2007) relataram que ameloblastomas unicísticos eram mais comuns na população jovem, especialmente na terceira década de vida e que ameloblastomas sólidos eram mais comuns na quarta década de vida. Também relataram que ameloblastomas unicísticos têm um comportamento biológico menos agressivo em relação aos ameloblastomas sólidos ou multicísticos.

De acordo com Pogrel e Montes (2009) recidivas podem ocorrer 20 anos após o tratamento, mas geralmente ocorrem entre o segundo e quinto ano.

## 2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O comportamento do ameloblastoma tende a ser bastante agressivo nas recidivas, com maior potencial de invasão e destruição óssea do que a lesão original (SÁ *et al.*, 2004). O ameloblastoma periférico aparece como uma lesão de tecido mole, extraósseo, geralmente sobre a gengiva, sem envolvimento ósseo. Comumente, aparece como um crescimento exofítico firme, sésil, indolor e pode ter aparência verrucosa (SAMMARTINO *et al.*, 2007).

Do ponto de vista clínico, ameloblastomas geralmente são assintomáticos e podem ser detectados acidentalmente em exames radiográficos de rotina. Quando sinais ou sintomas estão presentes, os pacientes geralmente reclamam de uma tumefação indolor, de crescimento lento, parestesia ou maloclusão. Eles também podem estar associados com um dente não erupcionado, em particular, o terceiro molar inferior (SÁ *et al.*, 2004).

Radiograficamente, as lesões se apresentam uniloculares ou multiloculares. Os primeiros se assemelham aos cistos odontogênicos mais comuns (periapicais, periodontais, dentígeros, etc.) e o segundo aos aspectos semelhantes às imagens de “bolhas de sabão” e “favos de mel” (MARZOLA; JÚNIOR; FILHO, 2004; NEVILLE *et al.*, 2009).

Investigação por imagem é importante para estreitamento do diagnóstico diferencial, entretanto, suas informações não são patognômicas e um exame histopatológico deve ser realizado para confirmação da patologia (SÁ *et al.*, 2004).

A radiografia panorâmica é útil na primeira linha de investigação. Os aspectos da TC incluem áreas císticas hipodensas, associadas a áreas de maior atenuação, representando porções sólidas. A ressonância magnética (RM) pode, em alguns casos, demonstrar com maior clareza a extensão da lesão. Tanto a TC quanto a RM auxiliam na conduta terapêutica, delimitando o tumor (SÁ *et al.*, 2004). Após diagnóstico histológico ter sido obtido, a abordagem cirúrgica é planejada. A tomografia computadorizada pode ser útil para avaliar os limites macroscópicos do tumor, para melhor acesso e ressecção das margens (SAMMARTINO *et al.*, 2007). A tomografia computadorizada (TC) é necessária para delimitar extensão do tumor, verificar se houve destruição da cortical óssea e, caso tenha havido, observar a extensão da invasão para os tecidos moles.

Histopatologicamente, a OMS classifica este tumor em sete variedades: plexiforme, folicular, acantomatoso, granular, desmoplásico, periférico e unicístico (HONG *et al.*, 2007). As variedades folicular, granular e acantomatosa têm uma maior probabilidade de recidiva. As variedades desmoplásica, periférica, plexiforme e unicística, mostram um menor potencial de recidiva (HONG *et al.*, 2007), onde 68,6% dos ameloblastomas sólidos revelaram mais de um padrão histológico.

O ameloblastoma unicístico foi descrito em 1977, por Robinson e Martinez. Acreditava-se que era uma variante menos agressiva, sendo sugerido como tratamento, enucleação. Em 1988 foi subdividido em três subtipos histológicos, de acordo com a camada de epitélio: camada cística composta de simples camada epitelial - ameloblastoma unicístico; camada cística mostrando proliferação plexiforme intraluminal do epitélio - ameloblastoma unicístico intraluminal; lesão cística com invasão epitelial no tecido conjuntivo, em uma forma folicular ou plexiforme - ameloblastoma unicístico mural. De acordo com essa classificação, as duas primeiras variantes são consideradas menos agressivas, sendo a terceira mais agressiva. Esta classificação do material histológico geralmente só pode ser feita após a remoção da lesão (POGREL; MONTES, 2009).



O ameloblastoma periférico é histologicamente idêntico à variante intraóssea, mas pode originar-se de uma superfície epitelial ou células remanescentes da lâmina dentária. Ele responde bem com excisão local, sem recidiva. O ameloblastoma maligno é raro e pode ser classificado como ameloblastoma metastático ou carcinoma ameloblástico, sendo este último mais agressivo (SAMMARTINO *et al.*, 2007).

Em outra classificação a OMS considera quatro subtipos: sólido ou multicístico, extraósseo ou periférico, desmoplásico e unicístico. Relatos de casos e estudos retrospectivos, posteriores à classificação da OMS de 1992, relataram diferenças clínicas e imaginológicas importantes entre ameloblastomas constituídos exclusivamente pelo padrão desmoplásico e lesões sólidas constituídas pelos demais padrões histológicos. Dessa forma, em sua mais recente classificação dos tumores odontogênicos, publicada em 2005, a OMS excluiu o padrão desmoplásico do espectro histopatológico do ameloblastoma sólido e o enquadraram como uma variante distinta, designada ameloblastoma desmoplásico (FULCO *et al.*, 2010).

Ainda de acordo com a OMS, ameloblastomas que exibem concomitantemente áreas de ameloblastoma sólido e ameloblastoma desmoplásico são designados de lesões híbridas (FULCO *et al.*, 2010).

Os ameloblastomas sólidos acometem preferencialmente a mandíbula, especialmente na sua porção posterior. A proporção mandíbula:maxila nesta variedade de ameloblastomas é 5.4:1. Por sua vez, ameloblastomas desmoplásicos afetam predominantemente a região anterior dos maxilares e revelam uma proporção mandíbula:maxila relativamente similar, variando de 1:0.6 a 1:1. Apesar das diferenças descritas anteriormente, ameloblastomas sólidos e desmoplásicos compartilham características clínicas. Ambos apresentam-se como tumefações assintomáticas e de crescimento lento e, em geral, são diagnosticados em indivíduos entre os 30 e 60 anos. Além disso, ameloblastomas sólidos e desmoplásicos revelam distribuição relativamente similar entre os sexos (FULCO *et al.*, 2010).

### 2.3 TRATAMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES

Conforme Bataineh (2000), vários estudos têm surgido a respeito da melhor forma de tratamento dos ameloblastomas baseados, principalmente, nas suas características clínicas, radiográficas e seu comportamento biológico, o que tem levado vários autores a discordarem quanto ao tipo de tratamento ideal.

O tratamento do ameloblastoma é um dos fatores mais polêmicos acerca dessa lesão. Alguns autores instituem o tratamento conservador por meio de enucleação e curetagem, associando muitas vezes agentes auxiliares como solução de Carnoy ou crioterapia (DICOSOLA *et al.*, 2007). Outros, por sua vez, instituem o tratamento radical por ressecção com margem de segurança como o mais seguro e com menos riscos de recidivas (NAVARRO, 2009). Também foi apontado o tratamento conservador como inaceitável, incluindo os casos unicísticos (GANDHI *et al.*, 2006).

Para a maxila, há um consenso na grande maioria da literatura em se instituir o tratamento radical com margem de segurança em torno de 10-15 mm devido às peculiaridades da região. Tratamentos com radioterapia e quimioterapia, em geral, não obtiveram êxito e, por isso, não são indicados para este tipo de lesão (NEVILLE *et al.*, 2009).

Pogrel e Montes (2009) relataram que a radioterapia não tem feito parte do tratamento de ameloblastomas. Entretanto, ela pode ser usada no pós-operatório da variante maligna de ameloblastomas, ou após cirurgia de recidiva de ameloblastomas com resultado histológico positivo nas margens. A radioterapia pode ser usada como melhor controle em casos onde o tumor não foi removido completamente.

Para Eckardt *et al.* (2009) a terapia adequada para um tumor benigno como ameloblastoma, deve ser a menos agressiva possível, mas suficiente radical para evitar recidivas. As recidivas estão associadas a um tratamento inadequado da lesão. Um completo conhecimento do comportamento clinicopatológico de uma neoplasia é essencial para evitá-las.

O risco de recidiva é a principal preocupação do cirurgião durante o tratamento de um ameloblastoma. A maioria dos autores concorda que a recidiva local ocorre após um tratamento conservador, seja ele por enucleação ou por meio de curetagem (SANTOS *et al.*, 2010).

As taxas de sucesso com intervenção radical de ameloblastomas ultrapassam 90%. Enquanto que no caso de tratamento conservador, como enucleação e ou curetagem, chegam a 80% se o ameloblastoma for unicístico e 50% se o mesmo for multicístico. O tratamento de ameloblastomas é um importante fator de prognóstico, pois recidivas refletem em grande parte, falhas do procedimento cirúrgico primário (SANTOS *et al.*, 2010).

## 2.4 MODALIDADES DE TRATAMENTO

Os métodos de tratamento para ameloblastomas são classificados em três grupos: tratamento conservador, que inclui enucleação, marsupialização, seguido por enucleação, ou enucleação seguido por curetagem óssea, ambos sem margem de segurança; ressecção com margem óssea, que inclui ressecção em bloco; ressecção marginal; ressecção total; hemimandibulectomia; ou até maxilectomia ou mandibulectomia (HONG *et al.*, 2007).

#### 2.4.1 Tratamento Conservador

Chaine *et al.* (2009) acreditam que o tratamento conservador cria uma melhor qualidade de vida. Ele seria usado anteriormente a terapias mais radicais, desde que acompanhado em controle pós-operatório.

Sachs (2006) defende que a remoção do tumor, e posterior realização de osteotomia periférica de 2 a 3 mm além das margens da lesão, impede o arbitrário sacrifício de margens ósseas, levando a perda da estabilidade mandibular e integridade da maxila. Não há fortes evidências de que o ameloblastoma se espalhe pela bainha perineural ou que contamine o bulbo nervoso. Nessa técnica, o autor defende que, quando o nervo mental está envolvido pela lesão, antes de ser removido, deve ser dissecado, permitindo a sua mobilização e preservação, caso não esteja comprometido. Geralmente, quando o nervo alveolar inferior atravessa a lesão, ele é removido.

Sachs (2006) também defende que quando o tumor perfura cortical e invade os tecidos moles, deve ser realizada dissecação suprapariosteal. Ele também relata que os dentes presentes no caminho do acesso cirúrgico devam ser analisados separadamente. Fatores como acesso cirúrgico, tipo histológico, grau de erosão radicular e saúde dentária geral têm papel importante na decisão de se remover ou não dentes presentes no campo cirúrgico. Todos os dentes diretamente envolvidos com o tumor devem ser removidos.

Apesar do tratamento do leito cirúrgico ser controverso, Sachs (2006) afirma que os pacientes preferem, se lhes for dada opção de escolha, serem submetidos a um tratamento conservador com acompanhamento de perto e tratamento de uma possível recidiva, caso aconteça, a serem submetidos a ampla ressecção e reconstrução mandibular.

Sachs (2006) relata que o tratamento conservador com excisão cirúrgica e osteotomia periférica (ECOP) é indicado quando se pode visualizar e ter acesso a todo o tumor. Outros fatores, como localização da lesão, extensão da lesão, presença de cortical óssea não envolvida e tipo histológico, devem ser considerados para utilização desta técnica cirúrgica.

Quanto ao tipo histológico, na variedade unicística é indicado o tratamento com ECOP, mesmo quando não se conseguir os 02 ou 03 mm de margem. Ao contrário, esse tratamento não é indicado no tratamento da variedade multicística.

Tratamentos como enucleação seguida de curetagem têm sido sugeridos como apropriados para o tratamento de ameloblastomas unicísticos, em todas as suas variantes (POGREL; MONTES, 2009).

A curetagem é a remoção do tumor por raspagem ao redor do osso normal, em ameloblastoma a utilização de uma curetagem exclusiva não traz resultados satisfatórios com índices muito altos de recidivas entre 55 a 90%. No caso de ameloblastoma convencional os índices de recidivas encontrados são mais elevados ainda de 90 a 100% (FREGNANI *et al.*, 2010).

Já a enucleação é a remoção completa sem ruptura da cápsula, processo pelo qual pretende-se remover cirurgicamente a lesão totalmente; deve-se tentar removê-la sem lesar sua cápsula, no entanto, conserva-se a estrutura óssea onde se localizada a lesão, evitando dessa forma uma possível mutilação ou deformidade do órgão. Deve ser realizada com cuidado, para que toda a lesão possa ser removida sem fragmentação, diminuindo assim chances de recidivas. (ELLIS; PETERSON, 1998). Como complemento da enucleação pode ser realizado uma curetagem para remover de um a dois mm de osso ao redor do tumor. Isso pode ser feito para remover qualquer célula epitelial ainda presente na região onde a lesão estava localizada favorecendo assim a proliferação da patologia e levando à recidiva.

Técnicas conservadoras de tratamento como enucleação e curetagem, têm sido propostas ao ameloblastoma unicístico, com baixas taxas de recidiva.

A marsupialização também consiste de um método de tratamento conservador, o qual consiste na criação cirúrgica de uma janela na parede do cisto, esvaziando o seu conteúdo e mantendo entre o cisto e os tecidos bucais, maxilares ou nasais comunicação, sem comprometer esta cavidade (PETERSON *et al.* 2000).

A marsupialização estimula a formação óssea dentro da cavidade, reduzindo a pressão cística. Este processo desloca as células ameloblásticas junto com o tecido conjuntivo submucoso em direção ao centro. Entretanto, não se sabe qual a forma de estímulo que causa a recorrência na superfície do osso regenerado (FURUKI *et al.* 1997). O efeito da marsupialização depende principalmente de três fatores: A. potencial de formação óssea: este estará influenciado pela idade do tumor e pela idade do paciente; B. técnica de marsupialização; C. características de crescimento do tumor (NAKAMURA *et al.* 1995).

O argumento para a abordagem cirúrgica conservadora visa preservar o paciente, buscado remover a lesão sem provocar deformidade na região, não havendo a intenção de se realizar ressecções com margens cirúrgicas de segurança, livres da neoplasia. A escolha para o tratamento conservador parte do princípio que o ameloblastoma é uma lesão benigna e dessa forma deve ser tratada sem maiores transtornos para o paciente. Por isso, mesmo que ocorra recidiva é possível uma intervenção cirúrgica em princípio e, na maioria dos casos, conseguir sucesso sem grandes mutilações (POGREL; MONTES, 2009).

No entanto, a utilização de uma técnica mais conservadora pode deixar pequenas ilhas do tumor no osso, que posteriormente se manifestam como recorrências (SÁ *et al*, 2009). O tratamento com ressecção segmentar tem sido o tratamento de escolha, porém, apresenta como desvantagem a deformidade da região envolvida resultando em perda de função se não for adequadamente reconstruída. Contudo, a utilização de enxertos ou retalhos com tecido ósseo além de implantes com uma equipe multidisciplinar tem favorecido a reabilitação do paciente durante o procedimento.

#### 2.4.2 Tratamento Radical

A escola que defende a intervenção radical, ou seja, ressecção cirúrgica de todo o tumor com margens cirúrgicas de segurança, busca resolver definitivamente na primeira e, se possível, única intervenção cirúrgica. Esta posição ocorre a despeito do ameloblastoma ser benigno, apresentar tendência a se infiltrar entre as trabéculas ósseas do osso esponjoso na periferia da lesão, antes de uma reabsorção óssea tornar-se evidente radiograficamente. Portanto, a verdadeira margem do tumor, muitas vezes, estende-se além da aparente margem clínica ou radiográfica e a tentativa de remover o tumor por curetagem poderia deixar pequenas ilhas do tumor no osso, que mais tarde recidivavam. Outro fator a ser levado em consideração é o fato de que o ameloblastoma apresenta recidivas frequentes, segundo Neville *et al.* (2009), gerando maior mutilação, sendo este um argumento bastante forte para ser mais radical em seu tratamento (POGREL; MONTES, 2009).

A abordagem cirúrgica radical é a terapêutica mais adequada para todos os tipos de ameloblastomas. Mesmo em estágios avançados, os recursos tecnológicos e as novas técnicas de cirurgia craniofacial permitem o tratamento cirúrgico radical com elevada chance de cura. Para a maioria dos ameloblastomas mandibulares, ressecção em bloco ou ressecção marginal

preservando a borda inferior, é o mais apropriado método para evitar recidivas (HONG *et al.*, 2007).

Segundo Hong *et al.* (2007) a ressecção com margem de segurança é o melhor método para tratamento da maioria dos ameloblastomas e o tratamento conservador é razoável para pacientes na primeira década de vida ou que apresentam ameloblastomas unicístico ou plexiforme. A ressecção cirúrgica consiste na remoção do tumor com parte de osso saudável como margem de segurança.

Existem quatro modalidades de ressecção cirúrgica, são elas: a) ressecção marginal (segmentar); ressecção do tumor sem perda da continuidade óssea; b) ressecção parcial: retirada do tumor pela remoção de uma porção de osso contendo toda a espessura do maxilar (na mandíbula, isto pode variar de um pequeno defeito de continuidade, até uma hemimandibulectomia. A continuidade do maxilar é interrompida); c) ressecção total: ressecção composta: ressecção do tumor com ossos, tecidos moles adjacentes e vasos linfáticos contíguos. É realizada principalmente nos casos de tumores malignos (PETERSON *et al.* 2000).

A ressecção cirúrgica é a forma mais comumente usada para tratamento de ameloblastomas multicísticos, porém uma recorrência de 15 % tem sido relatada. Os ameloblastomas de região posterior de maxila são especialmente perigosos devido á dificuldade de se conseguir uma margem de segurança adequada ao tumor (NEVILLE *et al.* 2009).

A conclusão tirada por HONG *et al.* (2007) é que uma ressecção com margem de segurança é o melhor método para tratamento da maioria dos ameloblastomas.

O tratamento com ressecção segmentar tem sido o tratamento de escolha, porém, apresenta como desvantagem a deformidade da região envolvida resultando em perda de função se não for adequadamente reconstruída. Contudo, a utilização de enxertos ou retalhos com tecido ósseo além de implantes com uma equipe multidisciplinar tem favorecido a reabilitação do paciente durante o procedimento.

Vários autores enfatizam a necessidade da reconstrução no momento da ressecção promovendo o restabelecimento anatômico e funcional do defeito, permitindo que a área reconstruída seja reparada em um único procedimento cirúrgico, sem alterações, desvios, atrofias e formação de cicatrizes ocasionadas por cirurgias secundárias, tornando essa técnica muito mais confiável (DISSANAYAKE *et al.*, 2010).

## 2.5 ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO PÓS-CIRÚRGICO

A maioria das recidivas tem ocorrido nos primeiros 05 anos após o tratamento inicial. Para diagnosticar recidivas precocemente é sugerida radiografia panorâmica a cada 06 meses, nos primeiros 05 anos de tratamento, e a cada 12 meses nos subseqüentes 05 anos (CHAINED *et al.*, 2009).

Hong *et al.* (2007) preconizam a realização de uma radiografia por ano, nos 10 primeiros anos e uma radiografia a cada 02 anos, nos 10 anos seguintes. Em caso de suspeita de recidiva, seria preconizada a realização de uma radiografia de 06 em 06 meses, e no caso de aumento da suposta lesão, seria realizada biópsia.

Uma TC deve ser realizada em caso de recidiva e também no quinto ano de acompanhamento. Como há relatos de recidivas após muitos anos do tratamento inicial, uma radiografia panorâmica a cada 02 ou 03 anos após os 10 primeiros torna-se prudente (SAMMARTINO *et al.*, 2007).

## ***3-RELATO DE CASOS***

---

### 3.1 RELATO DE CASO I

Paciente L.B.M.R. – DN: 12/01/1957 cor branca, gênero feminino.

#### *ANAMNESE:*

- 28/03/1989 - Paciente apresentando lesão cística na mandíbula lado direito, verificada após exodontia. Foi realizada enucleação cística e enviado o material para exame histopatológico, dando como resultado o ameloblastoma precoce, tendo início em parede cisto dentígeno em 03/04/89. Paciente comunicada que poderia haver recidiva;
- 19/10/2009 - Houve recidiva após 20 anos numa menor área, sendo realizado novo tratamento cirúrgico e enviado o material para exame dando como resultado ameloblastoma cístico;
- 18/07/2011 - Paciente apresentando aumento de volume na região operada, feito punção e retirada de líquido de aspecto cístico;
- 27/09/11 - Efetuado a 2ª punção;
- 08/11/11 - Efetuado 3ª punção e remoção de líquido. Solicitado tele-panorâmica;
- 13/01/12 - Efetuado uma micro marzupialização;
- 25/05/12 - Colocado um jelco de 14 mm e fixado com fio de sutura 4.0;
- 05/06/12 - Recolocação do jelco;
- 26/06/12 - Ao exame clínico apresenta-se região com bom aspecto, sem acúmulo de líquido;
- 12/11/2012 - RX realizado em 31/10 com aspecto de regeneração óssea da região;
- 19/09/2013 - O jelco foi expulso da cavidade no dia 31 de agosto;
- Atualmente a paciente apresenta-se sem queixa.
- Observação: Relato cronológico devido a paciente ser da família, permitindo um melhor acompanhamento. Não apresentaremos fotos deste caso por o mesmo está inconcluso.



### 3.2 RELATO DE CASO II

Paciente S.A.P.B -D.N: 23/05/1962 – gênero feminino, cor branca.

- Lesão na hemimandíbula direita com grande extensão abrangendo de 2º pré-molar a região retromolar, com envolvimento de parte do ramo ascendente, com presença de um elemento dentário na luz tumoral (Figura 1 e 2):

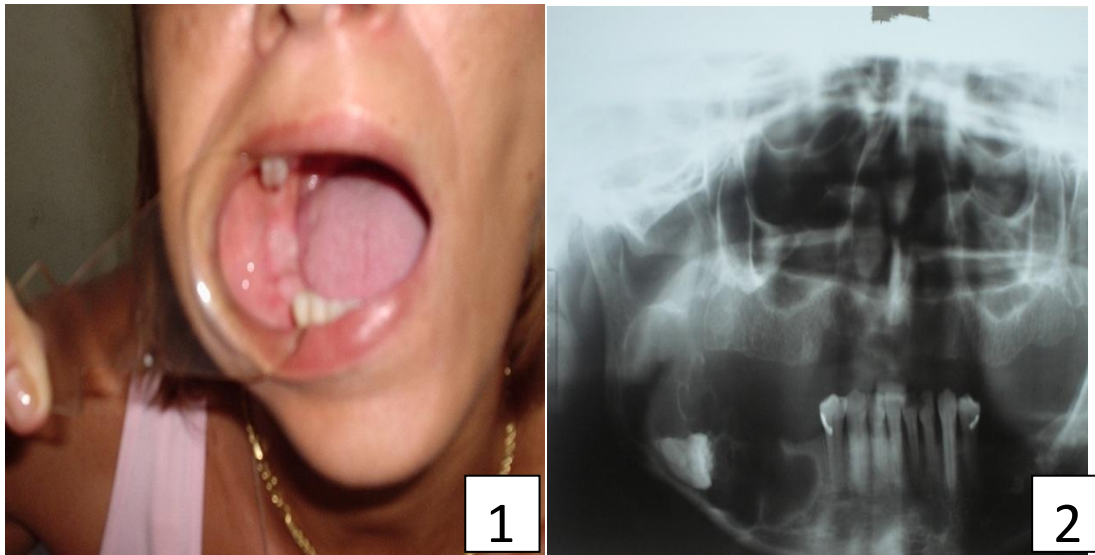


Figura 1: Aspecto IntraBucal

Figura 2: RX Panorâmico

- Devido ao grande volume da lesão e o grande comprometimento ósseo, optou-se por uma hemimandibulectomia preservando apenas parte do côndilo mandibular que não apresentava lesão e servir para fixação da parte superior da placa de reconstrução 2.4 e fixação inferior na altura do canino. A placa de reconstrução serviu para apoio de enxerto ósseo da crista ilíaca do mesmo lado (Figura 3 e 4):

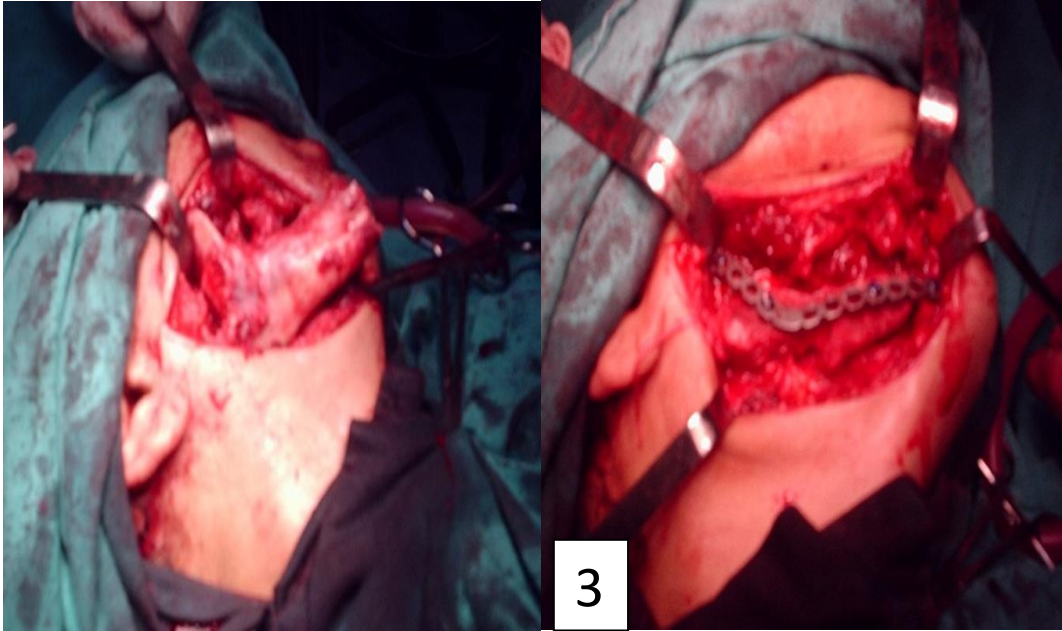


Figura 3: Hemimandibulectomia

Figura 4: Placa de reconstrução e enxerto do íliaco

- Proservação de 15 anos sem apresentar sinais de recidiva (Figura 5, 6 e 7):

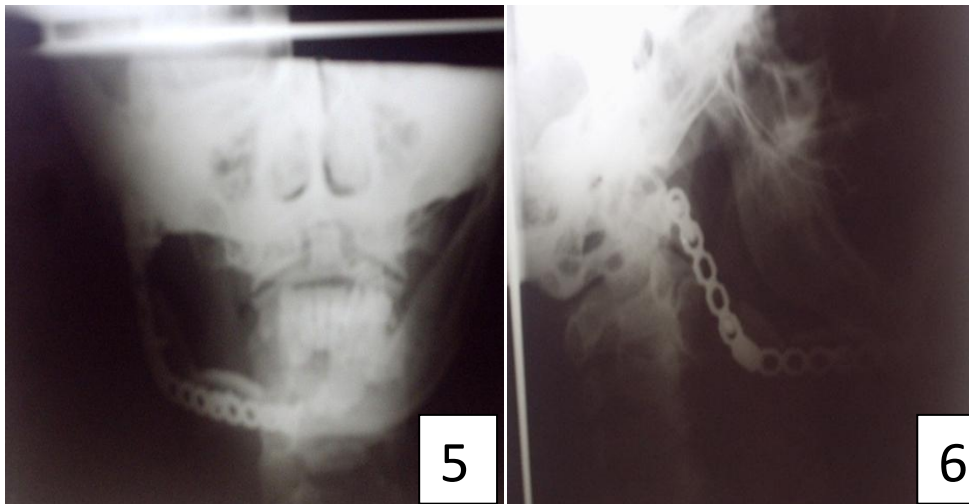


Figura 5 e 6: RX Antero posterior e perfil, vendo-se a placa de reconstrução e o enxerto ósseo.



Figura 7: Perfil externo pós-operatório

## 4- DISCUSSÃO

---

De acordo com o presente estudo se observa que a etiopatogenia do ameloblastoma é indefinida, pois, autores como (CORRENTI et al. 2010) relataram associação com o HPV (papiloma vírus humano) outros como (KIM et al., 2001) correlacionaram a traumatismos, remoção cirúrgica de cistos e dentes inclusos, surgindo dos restos epiteliais ou células provenientes desses eventos. Portanto, entende-se que a origem dessas lesões não está vinculada a hábitos ou células específicas, e muitas delas apresentam características mistas com mais de uma variável histológica, o que impede a determinação de uma etiologia precisa.

Há consenso em se tratar de um tumor odontogênico benigno, de crescimento lento, mas de comportamento agressivo, o que explica as altas taxas de recorrências. Seu acometimento mais frequente ocorre em pacientes de meia idade, entre 3<sup>a.</sup> e 5<sup>a.</sup> décadas de vida e são localizados, principalmente, na mandíbula (CORRÊA; BRUST; JESUS, 2010). Este estudo está de acordo com os autores quanto às características clínicas, no entanto, quanto a faixa etária existem divergências, pois a maioria dos casos encontrados ocorrem entre a terceira e quarta décadas de vida.

Quanto à localização, a predominância é na mandíbula, variando entre 80 e 85% dos casos, de acordo com (SANTOS et al., 2010; ALVES et al., 2008; CARINI et al., 2007; FREGNANI et al., 2010; FULCO et al., 2010; PAIVA et al., 2010; NEVILLE et al., 2009; NAVARRO, 2009 e MENDONÇA et al., 2009), prevalecendo à região de molares, ângulo mandibular e ramo ascendente. Um fator que ficou evidente durante o estudo é que os ameloblastomas são lesões de crescimento lento, quase sempre assintomático, que provocam deformidade óssea da região em decorrência do crescimento expansivo, quando muito avançados podem apresentar dor, parestesias, infecções secundárias, fraturas e proliferação intrabucal.

Um trabalho que apresentou uma característica diferente no estudo foi o de Almeida *et al.* (2001), visto que os sintomas iniciais foram alterações nasossinusais, ao invés de abaulamento da face, o mais comumente encontrado.

Quanto aos aspectos radiográficos se pode observar que não existem divergências, pois se apresentam como áreas radiolúcidas multiloculares com limites bem definidos, que podem assemelhar-se a “bolhas de sabão” ou “favos de mel”. Todavia, vale salientar que nem sempre as imagens radiográficas revelam a extensão real da lesão, outros menos comuns têm aspecto unilocular representando a variedade unicística. Navarro (2009) relata não haver

relação com o aspecto radiográfico em relação ao tipo unicístico ou multicístico. Ainda, concorda com Saddy *et al.* (2005) quanto à necessidade de um exame de imagem mais apurado para a determinação precisa dos limites da lesão, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Corroborando com os autores quanto à necessidade de um exame de imagem mais apurado para a delimitação precisa da lesão, porque nem sempre as radiografias revelam o tamanho real da lesão. Como também esses exames favorecem o planejamento do procedimento cirúrgico.

De acordo com Bataineh (2000), estudos têm sugerido a respeito da melhor forma de tratamento dos ameloblastomas, baseados principalmente nas suas características clínicas, radiográficas e seu comportamento biológico, o que tem levado alguns autores a discordarem quanto ao tipo de tratamento ideal. Também há uma concordância com o autor quando ele diz que para o tratamento devem ser levados em consideração as características clínicas, radiográficas e o comportamento biológico do tumor. Principalmente no que diz respeito ao comportamento biológico, pois é através do exame histológico que é dado o diagnóstico definitivo. Já as radiografias como já foi citado, nem sempre revelam a extensão exata da lesão, devido à tendência infiltrativa entre as trabéculas ósseas do osso esponjoso na periferia da lesão antes de uma reabsorção tornar-se evidente radiograficamente, por isso devem ser analisadas com cautela, pois pode levar o cirurgião a erro, dessa forma as radiografias devem fazer parte dos exames, mais nunca como único critério para o tratamento escolhido.

Vários tratamentos vêm sendo propostos para o ameloblastoma, desde os mais conservadores— como curetagem, marsupialização — a abordagens mais radicais, como a ressecção marginal ou segmentar, parcial ou até a hemimandibulectomia. A decisão do tratamento varia com o tipo de lesão e seu grau de envolvimento no osso e tecidos adjacentes, entretanto, vários fatores fazem-nos a optar por uma intervenção feita com margem cirúrgica de segurança como nos casos de ressecção, seja ela segmentar, parcial e até mesmo total, então vejamos: o comportamento da lesão tende a ser bastante agressivo nas recidivas, com maior potencial de invasão e destruição óssea do que a lesão original; a classificação do material só pode ser feita após a remoção da lesão; nem sempre será possível o acompanhamento regular do paciente; com as recidivas o paciente é submetido a vários procedimentos posteriores, como é o caso do primeiro relato. No entanto, as terapias tidas como radicais favorecem um melhor prognóstico, tendo em vista o risco de uma recidiva ser muito menor, pois como foi visto no segundo relato a paciente mesmo sendo submetida a uma hemimandibulectomia devido à extensão da lesão e comprometimento ósseo apresenta uma preservação de quinze anos sem sinais de recidivas e ao analisarmos as imagens a alteração na

região envolvida é mínima tendo em vista a utilização da placa de reconstrução para apoio do enxerto.

A variante histológica-radiológica é centro de discussão de opiniões de pesquisadores nos trabalhos científicos. Carlson e Marx (2006) entenderam que mesmo lesões do tipo sólido confinadas ao tecido ósseo sem perfurações corticais e extensão aos tecidos moles possam receber tratamento conservador, o que não é aceito por Bianchi *et al.* (2013), que enfatizaram que somente lesões unicísticas e periféricas devam receber tratamento conservador. Protocolo conservador também é o defendido por Hertog *et al.* (2010) e Pogrelet *al.* (2009), mas apenas para as lesões unicísticas. Todavia, de acordo com o estudo mesmo nas lesões unicísticas podem ocorrer durante uma curetagem, por exemplo, a disseminação de células neoplásicas entre as trabéculas ósseas da região ocasionando recidivas posteriores, além disso, a variante histológica unicística mural é bem mais agressiva e essa classificação só pode ser tida após a remoção da lesão. Na visão de Hertog *et al.* (2010), a marsupialização inicial com acompanhamento da regressão, seguida de enucleação, pode ser a terapia empregada de início para as lesões unicísticas. E o que também é considerado por Pogrel e Montes (2009), que de forma um pouco diferente de Hertog *et al.* (2010), preconizaram a enucleação seguida de procedimentos complementares como aplicação de solução de Carnoy ou Crioterapia, a possível abordagem inicial para tratamento das lesões unicísticas. Quando os autores concordaram como sendo uma terapia em fase inicial, já estão prevendo uma possível recidiva, o que torna essa abordagem inviável, porque nem sempre o acompanhamento regular será possível, ocasionando uma descoberta de recidiva tardia, como também o desconforto ocasionado por cirurgias secundárias e o risco de novas recidivas. Pois, como foi visto no primeiro relato de caso a paciente vem sendo submetida a vários procedimentos e mesmo após vinte anos o caso ainda encontra-se inconcluso. No entanto, ambos comungam que para as lesões denominadas multicísticas, o tratamento radical deve ser o padrão. Sobre este aspecto existe consenso em parte, porque analisando todos os fatores acima discutidos é bem mais viável uma abordagem mais radical não só apenas para os casos multicísticos e sim para todas as formas da lesão.

Mendonça *et al.* (2009), já alertavam para a necessidade de um tratamento radical para os ameloblastomas maxilares e , reforçaram esta afirmação levando em consideração o relato de casos letais apresentados na literatura e em sua própria experiência. No entanto, Segundo *et al.* (2006) ainda defenderam a terapia conservadora para os casos unicísticos mesmo que na maxila, referindo um baixo índice de recorrência para este tipo de lesão, o que vem de encontro ao estudo de Gandhi *et al.*, realizado no mesmo ano, que relatou ocorrer grande

frequência de recidivas também para os casos unicísticos, terminando por considerar inaceitável o tratamento conservador para os ameloblastomas que acometem a maxila, independente do tipo, diante do alto índice de recidivas e de mortalidade. Este estudo está de acordo com Gandhi et al.,(2006) porque além do risco de recidivas serem altos para os tratamentos conservadores a lesão pode infiltrar-se por áreas nobres da região podendo levar a metástases.

Os defensores da técnica mais conservadora relataram a deformação facial como sendo uma das principais causas de não optarem pelo o uso de técnicas mais radicais como, por exemplo, a ressecção marginal. Mas, de acordo com o que foi estudado esses argumentos já não são mais válidos, porque vários autores realizam a reconstrução no momento da ressecção promovendo o restabelecimento anatômico e funcional do defeito, permitindo que a área reconstruída seja reparada em um único procedimento cirúrgico, sem alterações, desvios, atrofias e formação de cicatrizes ocasionadas por cirurgias secundárias, tornando essa técnica muito mais confiável, como pôde ser visto em nosso segundo relato de caso.

Estando de acordo com Neville *et al.* (2009) devido as variações histológicas dos ameloblastomas unicísticos como responsáveis pelo aumento nas taxas de recidivas encontradas para estes tumores, o padrão histológico de uma forma pode ser mais agressiva que outra. Ainda sobre este aspecto, Mendonça *et al.* (2009) apontaram um consenso atual em que a variante histológica não deve modificar o tratamento. É neste sentido que se buscou avaliar neste trabalho a evolução do tratamento dos ameloblastomas, entendendo que a indicação mais coerente é o tratamento radical por ressecção completa da lesão com margens de segurança entre 10 -15 mm, em razão dos riscos de irressecabilidade e mutilação das recidivas.

Ainda que Kruschewsky *et al.*, 2010 afirmaram que há uma tendência recente da comunidade científica em realizar procedimentos terapêuticos menos invasivos, os pacientes tratados desta forma devem ser informados formalmente dos altos riscos de recidiva e da possibilidade, mesmo que baixa, de malignização, inclusive do surgimento de metástases, mesmo que anos após o tratamento implementado.

O alto índice de recorrência é a maior preocupação dos cirurgiões que tratam ameloblastomas e um dos aspectos mais estudados e discutidos pelos autores. Saddy *et al.* (2005) encontraram um índice de 27,3% de recidivas em pacientes tratados com ressecção. Entretanto, o estudo feito pelo autor não condiz com a realidade dos pacientes tratados com ressecção, pois o índice de recidiva é em torno de 15% de acordo com o estudo.

O número mais baixo de casos de recidivas dá-se em pacientes tratados com ressecção em bloco, com margem de segurança entre 10-15 mm e com taxas inferiores a 5% em alguns trabalhos (PAIVA *et al.*, 2010). No entanto, os índices com terapia conservadora foram alarmantes chegando a 94% de recorrências. É importante observar que este estudo avaliou um número significativo de 286 casos, sendo 31 de maxila.

Isto também é ressaltado em um estudo de Mendonça *et al.* (2009) que apresentaram um caso letal de ameloblastoma de maxila após duas recidivas e que levaram a invasão de ossos da base do crânio e órbita, reforçando a indicação de maxilectomia parcial ou total como forma de se evitar os agravos causados pela recidiva e preservar a vida do paciente. Por fim, Di Cosola *et al.* (2007) afirmaram ocorrer 100% de recidiva para os casos de ameloblastoma em maxila tratados de forma conservadora e, ainda, 60% de mortalidade.

Dessa forma, compreende-se que o tratamento de escolha deve ser a abordagem cirúrgica mais radical, ainda assim, o acompanhamento aos pacientes submetidos ao tratamento deve ser realizado por um longo período, isso deve-se ao fato do crescimento lento do ameloblastoma, e mesmo nos casos do tratamento radical as recidivas podem ocorrer, porém, numa proporção muito menor e que muitas vezes só serão diagnosticadas após anos do tratamento inicial, por isso, a preservação deve ser realizada por um longo período.

Diante do estudo, o acompanhamento a longo prazo dos casos de ameloblastomas é fundamental para se evitar o surgimento de recidivas, de forma que nos primeiros cinco anos subsequentes o acompanhamento deve ser realizado com maior atenção e em menores intervalos de tempo, devido as recidivas serem maiores neste período. Além disso, fazem-se necessários exames periódicos ainda que muitos anos após ausência de recidivas, devido às características agressivas e invasivas do tumor, tendo em vista que nas recidivas eles são bem mais agressivos e invasivos.



## 5 ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

De acordo com o que foi estudado os ameloblastomas são caracterizados por serem uma neoplasia benigna, localmente invasiva, crescimento lento, que podem provocar deslocamento ou reabsorção radicular nos dentes envolvidos, chegando a causar expansão e deformidade facial.

Quanto a melhor técnica de abordagem cirúrgica não existe consenso entre a melhor forma de tratamento. No entanto, entende-se que uma abordagem mais radical seja a melhor forma de intervenção, tendo em vista que a maior preocupação para o prognóstico seja a possível recidiva da lesão, que em métodos tidos como conservadores são bem mais expressivos que em relação às técnicas mais radicais.

No entanto, é importante ressaltar que mesmo utilizando a abordagem através de ressecções com margens cirúrgicas de segurança é importante o acompanhamento do paciente por um longo período, através de exames clínicos e complementares como radiografias, para descartar qualquer hipótese de recidiva do tumor.

## **REFERÊNCIAS**

---

- ALMEIDA, W. L.; COSTA A.C.; GÓIS C.R.T.; ALMEIDA M.C.C.; MOURA M.C.; BITTENCOURT A.A.L. **Ameloblastoma de fossa nasal. Revisão bibliográfica e relato de dois casos.***Rev. Bras. Otorrinolaringol.* vol.67 no.5 São Paulo Sept. 2001.
- ALVES, P. M.; PEREIRA K.M.A.; VASCONCELOS M.C.; SOUZA L.B.; QUEIROZ L.M.G.; MEDEIROS A.M.C. **Desmoplastic ameloblastoma in maxilla - Report of case and review of the literature.** *Int. J. Morphol.* v.26 n.2 Temuco Junho 2008.
- ARORA, H; SETTY, S.; KEERTHILATHA, M.P.; SRILATHA, P.S. **Soft Tissue Recurrence of Ameloblastoma.***Int. J Oral-Med Sci*, v.8, n.1, p.60-63, 2009.
- BATAINEH, A.B.; IRBID, J. **Effect of preservation of the interior and posterior borders on recurrence of ameloblastomas of the mandible.***Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod*, v.90, n.2, p.155-63, Aug. 2000.
- BIACHI, B. *et al.* **Mandibular resection and reconstruction in the management of extensive ameloblastoma.***Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.*2013; 71:528-537.
- CARLSON, E.R; MARX,ROBERT E.**The ameloblastoma: Primary,curative surgical management.***Journal Of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2006; 64: 484-494.
- CHAGAS J.F.S.; TOLEDO J. I.; PASCOAL M.B.N.; PASCOAL J.I.; AQUINO J.L.; CAMPOS J.L.G.; NOGUEIRA M.B.; GALVÃO J.L.; SCHWELLER L.G. **Ameloblastomas: aspectos clínicos e terapêuticos.** *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2007;36(3):159–62.
- CHAIINE, A.*et al.* **A treatment algorithm for managing giant mandibular ameloblastoma: 5-year experiences in a Paris university hospital.** *EJSO The Journal of Cancer Surgery* EJSO. 2009; 35: 999-1005.
- CORRÊA, A.P.S.; BRUST, A.W.A.; JESUS, G.P. **Prototipagem rápida: um método auxiliar no tratamento de ameloblastoma – relato de caso.** *Rev Odontol UNESP*, v.39, n.4, p.247-254, 2010.
- CORRENTI,M.,*et al.* **Human papillomavirus in ameloblastoma.***Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.*2010;110:20-24.
- DI COSOLA, M.; TURCO M.; BIZZOCA G.; TAVOULARI K.; CAPODIFERRO S.; ESCUDERO-CASTAÑO N.; LO MUZIO L. **El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: um estúdio clínico baseado em nuestra experiência.***Av Odontoestomatol*, v.23 n.6 Madrid nov.-dic. 2007.
- DISSANAYAKE, R.K.G. *et al.* **Review of metastasizing (malignant) ameloblastoma (METAM): Pattern of metastasis and treatment.** *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Radiology, and Endodontology*2011; 111: 734-741.

ECKARDT, A.M.*et al.* **Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction: A review of twenty years.***Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.*2009; 37: 36-41.

ELLIS E. **Surgical Management of Oral Pathologic Lesions.** In: PETERSON L.J.; ELLIS E.; HUPP J.R.*et al.* Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. Ed, St Louis, Missouri: Mosby; 1998. p. 533-553.

FREGNANI, E.R. *et al.* **Clinicopathological study and treatment outcomes of 121cases of ameloblastomas.***International journal of Oral & Maxillofacial Surgery.*201039: 145-149.

FULCO, G. M. *et al.* **Solid ameloblastomas - Retrospective clinical and histopathologic study of 54 cases.***Braz. J. Otorrinolaryngol.*, v. 76, v. 2, p. 172-177,april/2010.

FURUKI, Y.; FUJIKAWA, M.; MITSUGI, M.; TANIMOTO, K.; YOSHIDA, K.; WADA, T. **A radiographic study of recurrent unicystic ameloblastoma following marsupialization. Report of three cases.***DentomaxillofacRadiol*, v.26, n.4, p.214-8,July 1997.

GHANDHI, D. *et al.* **Ameloblastoma: A surgeon`s dilemma.** *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.*2006; 64: 1010-1014.

HERTOG, D.; WALL, I. **Ameloblastoma of the Jaws: A critical reappraisal based on a 40-years single institution experience.** *Oral Oncology.*2010; 46: 61-64.

HONG, J.*et al.* **Long-term follow-up on recurrence of 305 ameloblastoma cases.***International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2007; 36: 283-288.

KIM, S.G.; JANG H.S.; KOREA, K.J. **Ameloblastoma: A clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases.** *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.*2001; 91: 649-53.

KRUSCHEWSKY, L. S. *et al.* **Ameloblastoma: aspectos clínicos e terapêuticos.** *Rev. Bras. Cir. Craniomaxilofac.*, v. 13, n. 4, 2010.

MARZOLA, C.; JÚNIOR, E. F.; FILHO, J. L. **Ameloblastomas – Considerações Gerais.** In: Fundamentos de Cirurgia Buco Maxilo Facial. São Paulo: Pancast, 2004.

MARZOLA, C.; JÚNIOR, E. F.; FILHO, J. L. **Ameloblastomas – Considerações Gerais.** In: Fundamentos de Cirurgia Buco Maxilo Facial. São Paulo: Pancast,2004.

MENDONÇA, J. C. *et al.* **Ameloblastoma letal de maxila: relato de caso.***Rev. Bras. Cir. Cranimaxilofac.*, v. 12, n. 2, p. 85-88, 2009.

NAKAMURA N.; HIGUCHI Y.; MITSUYASY T.; SANDRA F.; OHISHI N. **Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma.** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.93, n.1, p.13-20, 2002.

NAKAMURA, N.; HIGUCHI, Y.; TASHITO, H.; ONISHI, M. **Marsupialization of Cystic Ameloblastoma: A Clinical and Histopathologic Study of the Growth Characteristics before and after Marsupialization.***J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.53: 748-54, July 1995.

NAVARRO, D. M. **Ameloblastoma. Revisión de La literatura.** *Rev. Cubana Estomatol.*, Ciudad de La Habana, v. 46, n.3, jul./set./2009.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PAIVA, L.C.A.; SANTOS, M.E.S.M.; SILVA, D.N.; HEITZ, C.; FILHO, M.S. **Potencial de recidiva doameloblastoma: relato de caso.** *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac*, v.10, n.1, p,27-34, 2010.

PETERSON, L.J.; ELLIS III, E.; HUPP J.R.; TUCKER, M.R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea: Tratamento Cirúrgico de lesões patológicas orais.**3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.772p.

POGREL,M.A; MONTES,D.M.**Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma ?***International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery.*2009; 38: 807-812.

RIVAS M.V. **Ameloblastoma em maxila: revisão de literatura.** Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial[dissertação], Faculdades Unidas doNorte de Minas (Núcleo FUNORTE -Salvador/IAPPEM), Salvador, 2011. ROCHA, G. A. **Ameloblastomas.** 15 de outubro de 2009.

SÁ A.C.D.; ZARDOM.; PAES J.A.J.; SOUZAR.P.; NEME M.P.; SABETOTTIL, *et al.* **Ameloblastoma da mandíbula: relato de dois casos.***Radiol Bras* vol.37 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2004.

SACHS,S.A. **Surgical excision with peripheral ostectomy: A definitive,yetconservative,approach to the surgical management of ameloblastoma.** *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.*2006; 64: 476-483.

SADDY, M. S.; CHILVARQUER I.; DIB L.L.; SANDOVAL R.L. **Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos do ameloblastoma.** *RPG - Revista de Pós-Graduação Fac. Odont.,São Paulo*, v. 12, n. 4, p. 460-465, 2005.

SAMMARTINO G.; ZARRELI C.; URRCIUOLO V.; Di LAURO A.E.; Di LAURO F.; SANTARELLI A.; GIANNONE N.; LO M.L. **Effectiveness of a new decisional algorithm in managing mandibular ameloblastomas: A 10-years experience.** *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2007;45(4):306.

SANTOS, T. S. *et al.* **Ameloblastoma em población del noreste de Brasil: umestúdio retrospectivo de 60 casos.** *Rev. Cubana Estomatol.*, Ciudad de La Habana, v.47, n.2, abr./jun./ 2010.

SASSI L.M.; DISENHA J.L.; SIMETTE R.L.; RODRIGUES E.; SILVA A.B.; PEDRUZZI P.A.G., *et al.* **Reconstruction with microvascularized fibula graft in mandible with double segment in anterior portion of edentulous.** *Variation – I. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2005;34(1):37-41.

TSAI, C. Y. *et al.* **Vastuslateralis muscle flap used for reconstruction of the maxilla after radical resection of recurrent ameloblastoma.** *Chang Gung Med J.*, v. 29, p. 331-335, 2006.

VAYVADA,H. *et al.* **Surgical management of ameloblastoma in the mandible: Segmental mandibulectomy and immediate reconstruction with free fibula or deep circumflex iliac artery flap ( evaluation of the long-term esthetic and functional results).***Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.*2006; 64: 1532-1539.

