



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE – CCTS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

JÉSSICA JORDANA OLIVEIRA DE MORAIS

**RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE AMELOBLASTOMA COM RECONSTRUÇÃO
IMEDIATA MANDIBULAR COM PRÓTESE DE POLIMETILMETACRILATO
ASSOCIADA A ÓXIDO DE ZINCO- RELATO DE CASO**

**Araruna/PB
2022**

JÉSSICA JORDANA OLIVEIRA DE MORAIS

**RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE AMELOBLASTOMA COM RECONSTRUÇÃO
IMEDIATA MANDIBULAR COM PRÓTESE DE POLIMETILMETACRILATO
ASSOCIADA A ÓXIDO DE ZINCO- RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Cirurgia bucomaxilofacial.

Orientador: Prof. Esp. Tácio Candeia Lyra

**Araruna/PB
2022**

É expressamente proibido 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 do trabalho.

M827r Morais, Jessica Jordana Oliveira de.

Ressecção cirúrgica de ameloblastoma com reconstrução imediata mandibular com prótese de polimetilmetacrilato associada a óxido de zinco [manuscrito] : relato de caso / Jessica Jordana Oliveira de Morais. - 2022.

21 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde , 2022.

"Orientação : Prof. Esp. Tácio Candeia Lyra , Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."

1. Cirurgia. 2. Patologia oral. 3. Tumor. I. Título

21. ed. CDD 617.605

JÉSSICA JORDANA OLIVEIRA DE MORAIS

RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE AMELOBLASTOMA COM RECONSTRUÇÃO IMEDIATA MANDIBULAR COM PRÓTESE DE PMMA ASSOCIADA A ÓXIDO DE ZINCO- RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Cirurgia bucomaxilofacial.

Aprovada em: 23/03/2022.

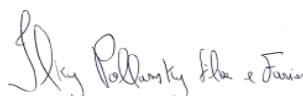
BANCA EXAMINADORA



Prof. Esp. Tácio Candeia Lyra (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Ana Carolina Rodrigues de Melo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A handwritten signature in cursive script.

Prof. Me. Ilky Pollansky Silva e Farias
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais por todo
incentivo, ensinamentos e amor, DEDICO.

“Não temas, porque eu sou contigo;
não te assombres, porque eu sou teu
Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te
sustento com a destra da minha
justiça.”

Isaías 41:10

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Exame ectoscópico – extensa lesão nodular em região de corpo e ângulo mandibular direito, causando assimetria facial.

Figura 2 - Exame intra-oral: lesão nodular em região de corpo e angulo mandibular esquerdo, não permitindo fechamento completo da boca e dificultando selamento labial. Nota-se, palatinização dos elementos dentários 14/15/e 16.

Figura 3 - Imagens Tomográficas: Cortes Axiais, Coronais e Sagitais, respectivamente, apontando lesão em região de corpo, angulo e ramo mandibular direito, com dentes inclusos associados, hipodenso, com extensa expansão de cortical.

Figura 4 - Reconstrução 3D: Se evidencia extensa lesão em corpo/ângulo/ramo mandibular direito com expansão de cortical causando assimetria em mandíbula.

Figura 5 - Impressão do modelo 3D: Realizada impressão do modelo mandibular sob impressora 3D de filamento.

Figura 6 - Fabricação da prótese mandibular: Prótese mandibular de PMMA associada a óxido de zinco, termopolimerizável sob polimerização de ciclo longo. Posteriormente, modelada placa do sistema 2.4 e fixado com 07 parafusos do sistema 2.4 do tipo locking.

Figura 7 - Trans-Operatório: Exérese da lesão através do acesso submandibular estendido e intra oral. Posteriormente realizada fixação de prótese mandibular com placa do sistema 2.4 e parafusos do tipo 2.4 locking.

Figura 8 - Macroscopia: Aspecto da lesão após ressecção, medindo aproximadamente 12x06cm de comprimento.

Figura 9 - Exame histopatológico de biópsia incisional: Em cortes histológicos corados com hematoxilina/eosina, observa-se cordões de células ameloblásticas, exibindo uma porção central de células semelhantes ao retículo estrelado e uma porção periférica de células cilíndricas que lembram ameloblastos, caracterizando padrão plexiforme.

Figura 10 - Pós Operatório Extra-Oral: Evidencia-se simetria facial e discreta perda de mímica facial no ramo marginal da mandíbula direito, sem sinais de recidiva da lesão, após 7 meses de follow-up.

Figura 11 - Pós Operatório Intra-Oral: Evidencia-se limitação de abertura aproximadamente 35mm, oclusão estável sem sinais de recidiva da lesão.

Figura 12 – Raio-x pós operatório imediato: Evidencia-se discreta radiopacidade da prótese de hemi-mandíbula direita, bem adaptada no segmento proximal.

Figura 13 - Tomografia pós operatória: Evidencia-se prótese hiperdensa com perfeita adaptação de seguimento condilar nos cortes axiais, coronais e sagitais, respectivamente.

Figura 14 - Reconstrução 3D pós operatória: Evidencia-se simetria mandibular com manutenção do espaço hemi-mandibular direito.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PMMA Polimetilmetacrilato
ZnO NP Nanopartículas de óxido de zinc

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 RELATO DE CASO	12
3 DISCUSSÃO	19
4 CONCLUSÃO	21
REFERENCIAS	21

RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE AMELOBLASTOMA COM RECONSTRUÇÃO IMEDIATA MANDIBULAR COM PRÓTESE DE POLIMETILMETACRILATO ASSOCIADA A ÓXIDO DE ZINCO- RELATO DE CASO

Jéssica Jordana Oliveira de Morais*
Tácio Candeia Lyra **

RESUMO

O ameloblastoma é um dos tumores odontogênicos mais comuns relatado na literatura, que acomete principalmente pacientes adultos, entre a terceira e a sétima década de vida, frequentemente na região de mandíbula. Apesar de possuir caráter benigno e não apresentar sintomatologia dolorosa, é uma neoplasia com potencial infiltrativo e agressivo, podendo provocar aumento de volume com conseqüente assimetria facial, limitação de abertura bucal, deslocamento, mobilidade e reabsorção dentária, portanto, afeta negativamente a qualidade de vida do indivíduo. Por ser um tumor agressivo, possui grande percentual de recidiva e o seu prognóstico irá depender de fatores que definem o seu comportamento biológico como aspectos clínicos, radiográficos, histopatológicos, além do tipo de tratamento que será empregado. Existem diversos métodos de tratamento, desde procedimentos mais conservadores, como a enucleação e curetagem, aos mais radicais, como no caso das ressecções, com ou sem perda da continuidade óssea. Além de ser um relato de caso clínico, o presente trabalho visa descrever as características clínicas, radiográficas, histopatológicas, condutas técnicas de tratamento existentes do ameloblastoma.

Palavras-Chave: Tumores odontogênicos. Ameloblastoma. Reabilitação.

ABSTRACT

Ameloblastoma is one of the most common odontogenic tumors reported in the literature, which mainly affects adult patients between the third and seventh decade of life, often in the jaw region. Although it has a benign character and does not present painful symptoms, it is a neoplasm with infiltrative and aggressive potential, which can cause an increase in volume with consequent facial asymmetry, limitation of mouth opening, displacement, mobility and tooth resorption, therefore, it negatively affects the quality of life. individual's life. As it is an aggressive tumor, it has a high percentage of recurrence and its prognosis will depend on factors that define its biological behavior such as clinical, radiographic, histopathological aspects, in addition to the type of treatment that will be used. There are several treatment methods, from more conservative procedures, such as enucleation and curettage, to more radical ones, as in the case of resections, with or without loss of bone continuity. In addition to being a clinical case report, the present work aims to describe the clinical, radiographic, histopathological characteristics, and technical procedures for the existing treatment of ameloblastoma.

Keywords: Odontogenic Tumors. Ameloblastoma. Rehabilitation.

*Graduanda do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII, e-mail: jemoraiis@gmail.com

**Professor do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII, e-mail: taciocanlyra@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos são um grupo de lesões complexas, que muitas vezes são difíceis de serem diagnosticados em decorrência das variações histopatológicas e clínicas. São considerados patologias relativamente raras e podem ser mencionados como neoplasias verdadeiras ou hamartomas, ou seja, apresentam malformações semelhantes a tumor (NEVILLE *et al.*, 2016).

Segundo Neville *et al.* (2016), essas neoplasias resultam da proliferação de células responsáveis pela odontogênese, e, por meio do tecido histológico de origem é possível dividir em tumores de epitélio odontogênico, tumores odontogênicos mistos e tumores de ectomesênquima odontogênico.

O ameloblastoma é um dos tumores odontogênicos benigno mais comum desenvolvido a partir de células epiteliais, elementos e tecidos dentais em suas várias fases de desenvolvimento (SANTANA *et al.*, 2019). Esse tumor, normalmente, acomete a região posterior de corpo e ramo ascendente da mandíbula e apresenta crescimento lento e progressivo, onde as metástases são raras, todavia, com altas taxas de recidivas. Apresenta ainda caráter agressivo e infiltrativo, sendo capaz de se difundir através das trabéculas ósseas dos ossos gnáticos, provocando expansão das corticais vestibular e palatina ou lingual, podendo atingir estruturas vitais (AMARAL *et al.*, 2018).

Clinicamente, o ameloblastoma apresenta características como alteração na oclusão, edema facial, mobilidade dentária, processos ulcerativos na mucosa oral e podem ser encontrados em associação a algumas lesões. A prevalência é relativamente igual na terceira e sétima décadas de vida, não há predileção por gênero e a preferência racial é muito controversa (AMARAL *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2019).

Normalmente, o ameloblastoma é assintomático, sendo descoberto, na maioria das vezes, em exames radiográficos de rotina. Quando observado as características radiográficas, nota-se que o aspecto clássico é uma lesão radiolúcida com bordas irregulares, multilocular ou unilocular com padrão de “bolhas de sabão” ou “favos de mel”, que variam de acordo com o tamanho de suas loculações (MUNIZ *et al.*, 2014). Além disso, a reabsorção das raízes dos dentes e a associação a um dente incluso são condições radiográficas comuns associadas a esse tipo de tumor odontogênico (MONTORO *et al.*, 2008).

O ameloblastoma é diferenciado quanto aos seus aspectos clinicoradiográficos, considerações terapêuticas e prognóstico, sendo o sólido convencional ou multicístico o mais comum- cerca de 86% dos casos, seguido do unicístico e o periférico ou extraósseo (MOTA *et al.*, 2019). Em exames histopatológicos, é mais comum ser encontrado seguindo o padrão folicular, que possui uma proliferação de epitélio disposta em ilhas e o plexiforme, que apresenta cordões anastomosados de células epiteliais. Os padrões acantomatoso, de células granulares, desmoplásico e de células basais também podem ser encontrados na lesão, embora sejam menos frequentes (NEVILLE *et al.*, 2016; EFFIOM *et al.*, 2018).

O tratamento, dependendo do tipo histológico e localização da lesão, pode variar entre protocolos mais conservadores à mais radicais. Ademais, durante a escolha do modo de tratamento deve-se levar em consideração fatores como índice de recidiva, grau de mortalidade e morbidade, assim como o grau de recuperação estética e funcional do paciente (MELO *et al.*, 2016; NEAGU *et al.*, 2019 e VICENTE *et al.*, 2021).

Como citado por McClary *et al.* (2015), as opções menos invasivas incluem curetagem, enucleação, marsupialização e tratamento com substâncias químicas, como a solução de Carnoy; físicas, a exemplo da ostectomia; ou térmicas, ao fazer uso da crioterapia. Contudo, em função do seu comportamento infiltrativo e possibilidade de recidiva quando instituída terapia conservadora, opta-se pela realização de ressecções ósseas associado a reconstrução óssea imediata para ajudar na fala e deglutição (MCCLARY *et al.*, 2015; VERLINGUE *et al.*, 2021). Além disso, por ser uma neoplasia que se desenvolve de maneira silenciosa, na maioria dos casos, o diagnóstico é feito já em um estágio avançado, diante disso, há a necessidade de reconstrução da área removida com enxerto ósseo ou materiais biocompatíveis (AMARAL *et al.*, 2018).

Desta forma, o objetivo do presente trabalho é descrever o caso clínico de uma paciente diagnosticada com ameloblastoma multicístico em mandíbula, que foi submetida ao procedimento cirúrgico seguido de reconstrução mandibular com próteses de PMMA associadas a óxido de zinco.

2 RELATO DE CASO

Paciente JCS, feminino, 30 anos, melanoderma, compareceu ao serviço de cirurgia buco-maxilo-facial UFPB com queixa de aumento de volume em face, assintomático com 8 anos de evolução. A paciente já havia realizado biópsia incisional no serviço há 2 anos, com diagnóstico de ameloblastoma multicístico, porém não retornou para acompanhamento. Ao exame extra oral, lesão nodular em hemi-face a direita, causando assimetria facial significativa (Figura 1). Ao exame físico intra-oral, extensa lesão sólida sésil em hemi-mandíbula direita, causando distopia oclusal, dificuldade em selamento labial, limitação de abertura bucal em aproximadamente 25mm e limitação em movimentos de protusão e lateralidade mandibular (Figura 2). Foi realizada tomografia computadorizada helicoidal (Figura 3) e prototipagem com impressão 3D sob impressora de filamento (Figura 4 e 5). Posteriormente realizada a confecção de prótese mandibular direita de PMMA termopolimerizável associada a óxido de zinco, termopolimerizável sob polimerização de ciclo longo (Figura 6). Com isso, realizou-se a modelagem da placa do sistema 2.4 previamente a cirurgia e fixação do segmento condilar e corpo mandibular protético com parafusos do tipo 2.4 locking (Figura 7). A paciente então foi submetida a biópsia excisional, sob anestesia geral e intubação naso-traqueal (Figura 8 e 9). Foi realizado acesso submandibular estendido e intra oral, dissecado por planos e realizada hemimandibulectomia à esquerda. Com isso, foi instalada imediatamente a prótese mandibular de PMMA para manutenção do espaço intra-articular, corpo e ramo mandibular, temporariamente, afim de receber prótese customizada de titânio em segundo momento. Paciente evolui com 7 meses de follow-up com manutenção de simetria facial, boa abertura bucal, discreta perda de mímica facial do ramo marginal da mandíbula direito, oclusão estável sem sinais de recidiva da lesão (Figura 10, 11, 12, 13 e 14).

Figura 1 – Exame ectoscópico



Legenda: Extensa lesão nodular em região de corpo e ângulo mandibular direito, causando assimetria facial.

Fonte: banco de dados dos pesquisadores.

Figura 2 – Exame intra-oral



Legenda: lesão nodular em região de corpo e angulo mandibular esquerdo, não permitindo fechamento completo da boca e dificultando selamento labial. Notase, palatinização dos elementos dentários 14/15/e 16.

Fonte: banco de dados dos pesquisadores.

Figura 3 – Imagens tomográficas



Legenda: Cortes Axiais, Coronais e Sagitais, respectivamente, apontando lesão em região de corpo, ângulo e ramo mandibular direito, com dentes inclusos associados, hipodenso, com extensa expansão de cortical. **Fonte:** banco de dados dos pesquisadores.

Figura 4 – Reconstrução 3D



Legenda: Se evidencia extensa lesão em corpo/ângulo/ramo mandibular direito com expansão de cortical causando assimetria em mandíbula. **Fonte:** banco de dados dos pesquisadores.

Figura 5 Impressão do modelo 3D



Legenda: Realizada impressão do modelo mandibular sob impressora 3D de filamento. **Fonte:** banco de dados dos pesquisadores.

Figura 6 – Fabricação da prótese mandibular



Legenda: Prótese mandibular de PMMA associada a óxido de zinco, termopolimerizável sob polimerização de ciclo longo. Posteriormente, modelada placa do sistema 2.4 e fixado com 07 parafusos do sistema 2.4 do tipo locking. **Fonte:** banco de dados dos pesquisadores.

Figura 7 Trans-operatório



Legenda: Exérese da lesão através do acesso submandibular estendido e intra oral. Posteriormente realizada fixação de prótese mandibular com placa do sistema 2.4 e parafusos do tipo 2.4 locking.

Fonte: banco de dados dos pesquisadores.

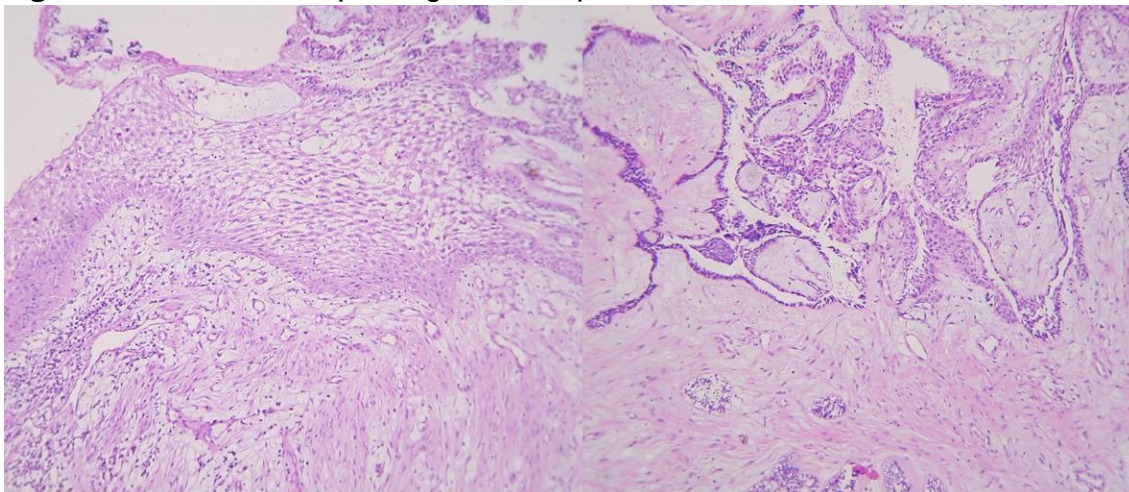
Figura 8 - Macroscopia



Legenda: Aspecto da lesão após ressecção, medindo aproximadamente 12x06cm de comprimento.

Fonte: banco de dados dos pesquisadores.

Figura 9 Exame histopatológico de biópsia excisional



Legenda: Em cortes histológicos corados com hematoxilina/eosina, observa-se cordões de células ameloblásticas, exibindo uma porção central de células semelhantes ao retículo estrelado e uma porção periférica de células cilíndricas que lembram ameloblastos, caracterizando **padrão plexiforme**.

Fonte: banco de dados dos pesquisadores.

Figura 10 – Pós-operatório extra-oral



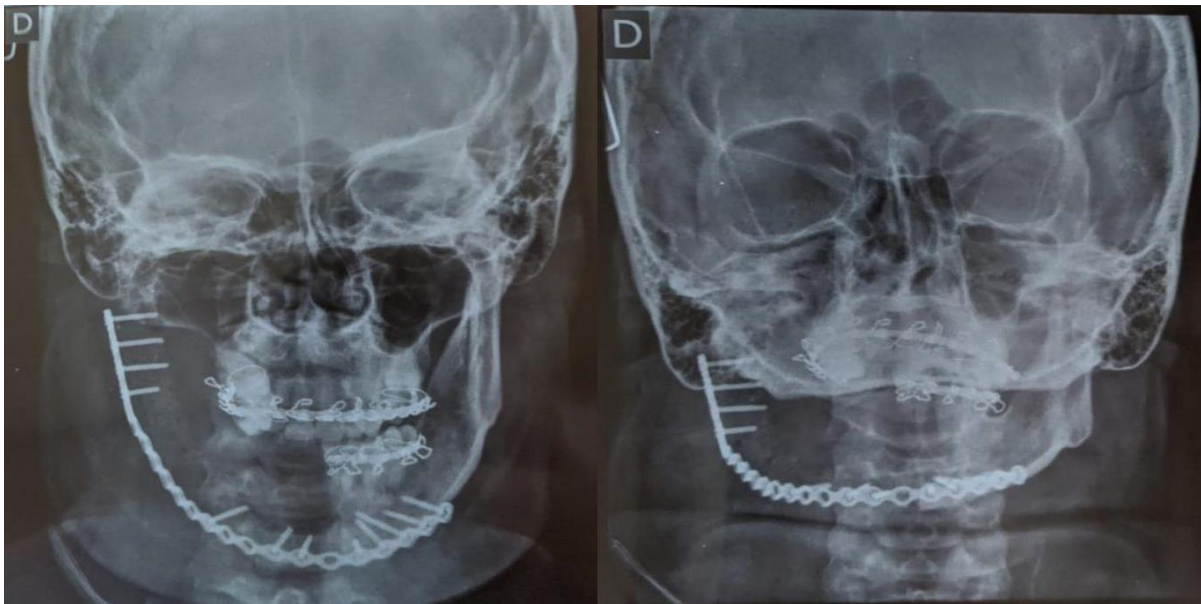
Legenda: Evidencia-se simetria facial e discreta perda de mímica facial no ramo marginal da mandíbula direito, sem sinais de recidiva da lesão, após 7 meses de follow-up. **Fonte:** banco de dados dos pesquisadores.

Figura 11 – Pós-operatório intra-oral



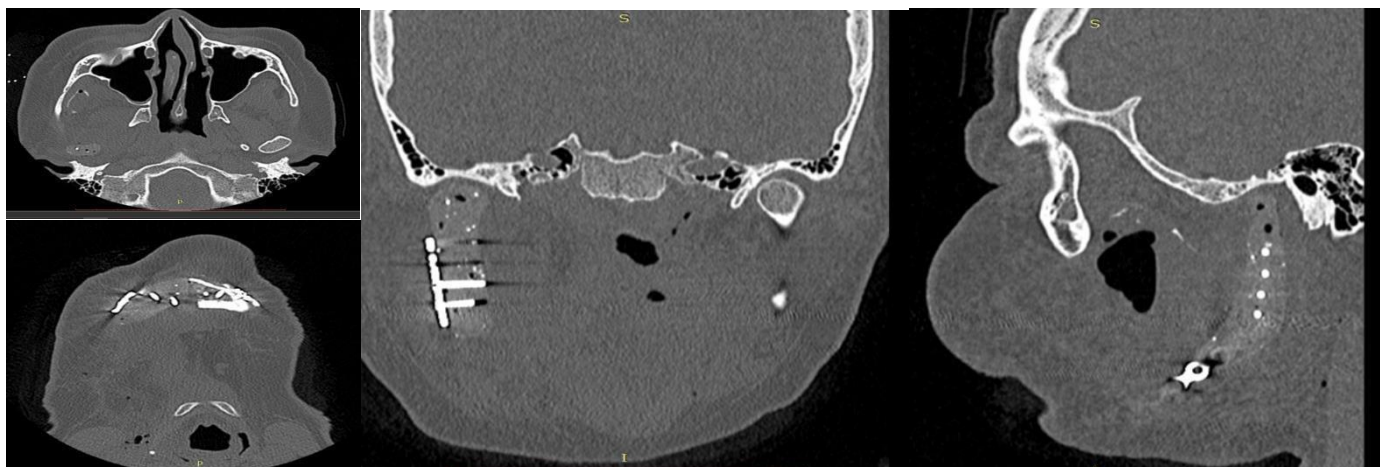
Legenda: Evidencia-se limitação de abertura bucal em aproximadamente 35mm, oclusão estável sem sinais de recidiva da lesão. **Fonte:** banco de dados dos pesquisadores.

Figura 12 – Rx do pós-operatório imediato



Legenda: Evidencia-se discreta radiopacidade em prótese de hemi-mandíbula direita, bem adaptada no segmento proximal. **Fonte:** banco de dados dos pesquisadores.

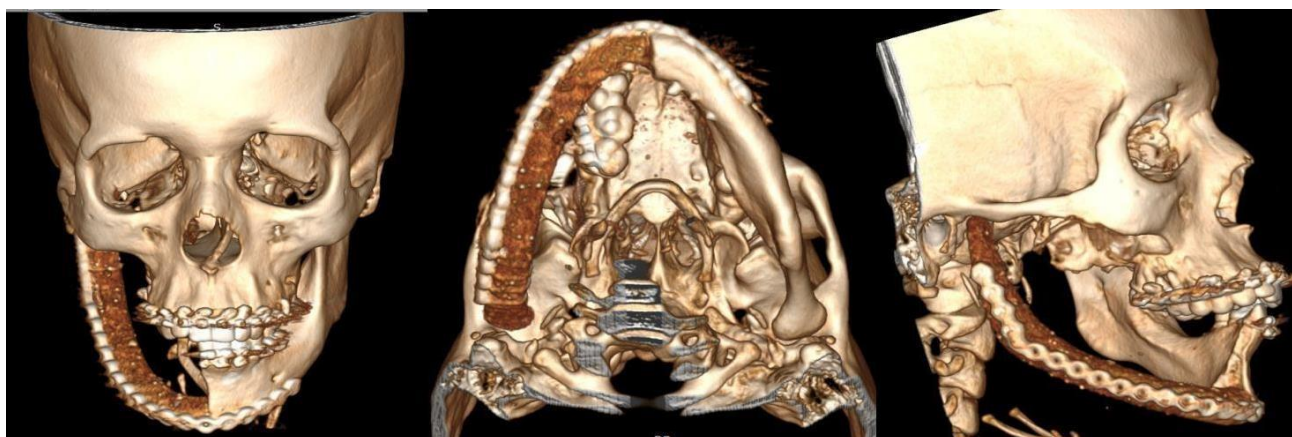
Figura 13 – Tomografia pós-operatória



Legenda: Evidencia-se prótese hiperdensa com perfeita adaptação de seguimento condilar nos cortes axiais, coronais e sagitais, respectivamente.

Fonte: banco de dados dos pesquisadores.

Figura 14 – Reconstrução 3D pós-operatória



Legenda: Evidencia-se simetria mandibular com manutenção do espaço hemimandibular direito. **Fonte:** banco de dados dos pesquisadores.

3 DISCUSSÃO

O ameloblastoma é o tumor odontogênico de caráter benigno e origem epitelial mais comum, constituindo cerca de 1% de todos os cistos e tumores da região oral e maxilomandibular (VICENTE *et al.*, 2021). São neoplasias que progridem lentamente com comportamento infiltrativo, acometendo na maioria dos casos a mandíbula, em região de corpo e ângulo mandibular, mais especificamente, podendo ainda estar associado a dentes inclusos, como pode ser visto nos exames de imagem do caso em questão. Aumento de volume com conseqüente assimetria facial, ausência de sintomatologia dolorosa, assim como limitação da abertura bucal são achados clínicos frequentes entre os pacientes portadores desta patologia. (SUMA *et al.*, 2013; VICENTE *et al.*, 2021).

Ainda que para Neville *et al.* (2016), não apresente predileção por gênero, Hendra *et al.* (2019), em recente revisão sistemática e meta-análise constatou que esse tipo de tumor acomete mais o gênero masculino com pico de incidência na terceira década de vida. A paciente discutida nesse relato de caso corrobora com este estudo em relação a idade, mas diverge em relação ao sexo.

Apesar do seu perfil agressivo, casos de metástases são raros, contudo, apresenta altas taxas de recidivas. O tipo de tratamento a ser escolhido é um fator que implica diretamente na probabilidade do retorno ou não da doença (GONÇALVES *et al.*, 2019). Segundo Sarlabous *et al.* (2018), o índice de recidiva está diretamente relacionado ao método cirúrgico empregado. Enquanto o tratamento conservador pode apresentar cerca de 60% a 90% de recorrência, o tratamento cirúrgico é tido como o mais indicado uma vez que elimina resquícios neoplásicos. Dessa forma, a ressecção cirúrgica pode ser realizada por meio de ressecção parcial (envolvendo toda a espessura óssea) ou ressecção marginal (sem perda da continuidade do osso) que requer margens ósseas de 1-2 cm de segurança. (MCCLARY *et al.*, 2015).

Durante tratamentos mais radicais, onde há grande perda óssea associada, é indispensável um planejamento que envolva ressecção tumoral e reabilite o paciente simultaneamente, além de trazer estabilidade funcional e qualidade de vida. A depender do caso, pode ser necessária a utilização de enxertos livres ou micro vascularizados, próteses customizadas ou de estoque, além de outros materiais, como por exemplo, a resina acrílica, como observado no caso em questão (VICENTE *et al.*, 2021).

Em decorrência da lesão extensa e localmente invasiva, o plano de tratamento da paciente em questão culminou em hemimandibulectomia. Como consequência deste tipo de tratamento cirúrgico, a ação mandibular fica restrita a fibras musculares remanescentes, alterando posição de repouso e movimentos como abertura, fechamento e protrusão segundo Phasuk e Haug (2018). A prótese customizada em resina acrílica acrescida de óxido de zinco é capaz de minimizar os efeitos adversos da mandibulectomia em relação à movimentação mandibular e produzir um excelente resultado estético (Maricevich *et al.*, 2015). Os materiais envolvidos são considerados de baixo custo, baixa reação inflamatória e é de fácil confecção e manipulação (Cerqueira *et al.*, 2011).

O PMMA apresenta excelente compatibilidade de tecido, radioluscência, disponibilidade, baixa temperatura e condutância elétrica e peso (FRAZER *et al.*, 2005). Estudos realizados por Al-Tamini *et al.* (2012) compararam o uso de titânio e PMMA para reconstrução craniana. Os resultados mostraram que o PMMA tem plasticidade, durabilidade, bom custo benefício e não causa artefatoradiográfico.

A principal desvantagem do uso de PMMA está na produção de monômeros residuais, entretanto, após a completa polimerização do material, apenas quantidades mínimas de monômero são liberadas durante a vida útil da prótese. (FRAZER *et al.*, 2005).

A prótese de hemimandíbula de PMMA utilizada neste caso teve adição de óxido de zinco excepcionalmente devido a sua radiopacidade, o que permite uma melhor visualização da imagem radiográfica e distinção entre a posição da cabeça da mandíbula protética e a fossa mandibular no osso temporal.

As formulações de PMMA acrescidas de ZnO NP têm melhores propriedades mecânicas, antifúngicas e antimicrobianas quando comparadas ao material de

reabilitação protético polimérico disponível atualmente (RAJ et al., 2018). Portanto, não há deterioração significativa nas propriedades da resina acrílica que pudesse desqualificar o nanocompósito para uso clínico (CIERECH et al., 2018).

4 CONCLUSÃO

Apesar de ser um dos tumores odontogênicos mais frequentes, o ameloblastoma ainda é uma lesão desafiadora visto que seu manejo diverge diante suas condições clínicas, histológicas e radiográficas. O plano de tratamento de cada paciente deve levar em consideração tais condições, sendo traçado de forma única e individualizada, objetivando recuperar devidamente a saúde, função e estética.

Com base no exposto, conclui-se que o ameloblastoma pode ser tratado com êxito garantindo uma boa preservação pós ressecção cirúrgica e fixação da prótese feita em resina acrílica com óxido de zinco, sendo uma boa alternativa para a reabilitação a curto prazo desses pacientes.

REFERÊNCIAS

AMARAL, F.R. *et al.* Reconstrução de mandíbula com retalho livre da fíbula em um caso de ameloblastoma. **Rev Odontol Bras Central**. v.27, n.83, p.257-261, 2018.

AL-TAMIMI, Y.Z. *et al.* Comparison of acrylic and titanium cranioplasty. **British journal of neurosurgery**, v. 26, n. 4, p. 510-513, 2012.

CERQUEIRA, A. *et al.* Reconstrução de bossa frontal com implante de polimetilmetacrilato: relato de dois casos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-MaxiloFac**. v.11, n.3, p. 61-68, 2011.

CIERECH, M. *et al.* Mechanical and physicochemical properties of newly formed ZnO-PMMA nanocomposites for denture bases. **Nanomaterials**, v. 8, n. 5, p. 305, 2018.

EFFIOM, A.O. *et al.* Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. **Oral Dis**. v.24, n. 3, p. 307-316, 2018.

FRAZER, R.Q. *et al.* PMMA: an essential material in medicine and dentistry. **Journal of long-term effects of medical implants**, v. 15, n. 6, 2005.

GONÇALVES, A.R. *et al.* **Reconstrução imediata de mandíbula após tratamento de ameloblastoma multicístico.** Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/joa/article/view/4385>. Acesso em: 15/03/2022.

HENDRA, F.N. *et al.* Radical vs conservative treatment of intraosseous ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. **Oral Dis.** v. 25, n.7, p.1683-1696, 2019.

MARICEVICH, P. *et al.* Prototipagem: aplicações na cirurgia crâniomaxilo-facial do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)-RJ. **Rev. bras. cir. plást,** p. 626-632, 2015.

MCCLARY, A.C. *et al.* Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. **Eur. Arch. Oto-Rhino-L.** v.273, n.7, p.1649–1661, 2016.

MONTORO, J.R.M.C. *et al.* Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v.74, n.1, p.155157, 2008.

MOTA, L.L.R.; MOTA, E.S.L. Ameloblastoma: uma revisão de características clínicas, histopatológicas e genéticas. **Rev. Sau. Mult.** v. 5, n. 1, 2019.

MUNIZ, V.R.V.N. *et al.* Características Clínicas, Radiográficas e Diagnóstico do Ameloblastoma: Relato de Caso. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** v.4, n.4, 27-32, 2014.

NEAGU, D. *et al.* Surgical management of ameloblastoma. Review of literature. **J Clin Exp Dent.** v. 11, n. 1, p. 70-75, 2019.

NEVILLE, B.W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4^o edição. Editora Elsevier, Rio de Janeiro, 2016.

PHASUK, Kamolphob; HAUG, Steven. **Maxillofacial prosthetics.** 2018.

RAJ, I. *et al.* Fracture resistant, Antibiofilm adherent, self-assembled PMMA/ZnO nanoformulations for Biomedical applications: Physico-chemical and biological perspectives of nano reinforcement. **Nanotechnology,** v. 29, n. 30, p. 305704, 2018.

SANTANA, K.M. *et al.* Ameloblastoma e suas características clínicas e radiográficas: relato de caso clínico. **Rev Odont Araça.** v.40, n.2, p.48-53, 2019.

SARLABOUS, M.; PSUTKA, D.J. Treatment of Mandibular Ameloblastoma Involving the Mandibular Condyle: Resection and Concomitant Reconstruction With a Custom Hybrid Total Joint Prosthesis and Iliac Bone Graft. **J Craniofac Surg.** v. 29, n. 3, p. 307-314, 2018.

SUMA, M.S. *et al.* Ameloblastoma: an aggressive lesion of the mandible. **BMJ Case Rep.** v. 2013, p. bcr2013200483, 2013.

VERLINGUE, A.F.M. *et al.* Tratamento cirúrgico de ameloblastoma unicístico através de enucleação e aplicação de solução de Carnoy: relato de caso. **Arch Health Invest.** v.10, n.1, p.123-128, 2021.

VICENTE, K.M.S. *et al.* Tratamento cirúrgico de ameloblastoma multicístico: relato de caso. **Braz J Develop.** v.7, n.5, p. 51193-51205, 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus** por me conceder o dom da vida e por ter me sustentado com sua graça até aqui. Mesmo sendo pequena demais para compreender os planos D'Ele em minha vida, dou graças em absolutamente em tudo. Gratidão por despertar em mim esse desejo de cuidar do próximo e por cada paciente que foi permitido passar pelo meu atendimento.

Aos **meus pais**, nada nunca será o suficiente para agradecer por todo abrigo que eu sempre encontrei em seus braços. À minha mãe, **Francisca Janete** (*in memoriam*), que sempre foi minha fortaleza e inspiração de mulher, quero enaltecer os meus agradecimentos, porque tudo sempre foi e sempre será para ela e por ela. Obrigada por ser meu porto seguro por tanto tempo e ter me permitido seguir em frente com base nos seus ensinamentos. Ao meu pai, **Gilmar Xavier**, obrigado por nunca ter hesitado em me estender a mão e me apoiar em minhas decisões.

À **minha irmã, Jaianna Gilnara**, e **sobrinhos, Clara Johanna e Lucas Augusto**, obrigada por sempre estarem presentes em minha vida servindo de alicerce nessa jornada. Ao **meu companheiro, Matheus Bigois**, gratidão por toda a paciência durante esses últimos quatro anos e por sempre ter somado positivamente ao meu lado.

À **minha equipe de funcionárias** da loja Jany's e Super Importados, quero expressar também meus sinceros agradecimentos a cada uma por sempre executarem seu devido trabalho com amor, evolução e dedicação, pois sem vocês, concluir o curso de odontologia também não seria possível.

E por último, mas não menos importante, sou grata pelas amizades sólidas que fui capaz de fazer durante esses anos de curso, em especial à **Francília, Jordy, Adalberto, Jéssyka e Thayla** por tantos momentos e aprendizados vividos e por tornarem os meus dias mais leves.