



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE–PB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

MARCELO ARAÚJO ARAGÃO

CARACTERIZANDO O AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO CLÍNICO

**CAMPINA GRANDE – PB
2014**

MARCELO ARAÚJO ARAGÃO

CARACTERIZANDO O AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do Título de Cirurgião – Dentista.

Orientadora: Profa Dr^a Robéria Lucia de Queiroz Figueiredo

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.

A659c Aragão, Marcelo Araújo.

Caracterizando o ameloblastoma [manuscrito] : relato de um caso clínico / Marcelo Araújo Aragão. - 2014.

20 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. Robéria Lúcia de Queiroz Figueiredo, Departamento de Odontologia".

1. Tumor odontogênico. 2. Patologia bucal. 3. Ameloblastoma. I. Título.

21. ed. CDD 616.31

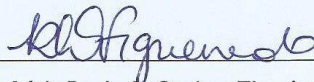
MARCELO ARAÚJO ARAGÃO

CARACTERIZANDO O AMELOBLASTOMA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

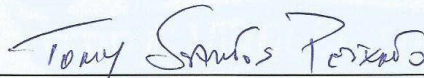
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do Título de Cirurgião-Dentista.

Aprovada em 17/03/2014

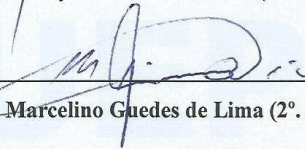
BANCA



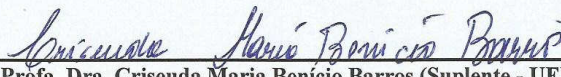
Profa. Dra. Robéria Lucia de Queiroz Figueiredo(Orientadora)



Prof. Ms. Tony dos Santos Peixoto (1º Examinador - UEPB)



Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima (2º. Examinador- UEPB)



Profa. Dra. Criseuda Maria Benício Barros (Suplente - UEPB)

CAMPINA GRANDE – PB

2014

DEDICATÓRIA

Este trabalho surge pela fé, apoio, confiança, cumplicidade, amor, carinho e todas as mais belas emoções vividas e sentidas mediante ao meu Deus e a todos que mais amo.

Ao Senhor Jesus, que nos momentos de angústia e dificuldades nunca me abandonou, sempre esteve à minha frente retirando as barreiras, para assim, ultrapassá-las.

Aos meus pais, pois sem seus ensinamentos, o que seria? Obrigado por tanto amor...

À minha esposa Isabel e minhas filhas Marcella e Mariana, por tudo que passamos juntos, pela força, companheirismo, pelo amor e muitas compressão de todas as lutas vividas durante este período. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

À Deus que me concedeu a oportunidade de iniciar e concluir mais uma etapa na minha vida, sem me desamparar um só segundo, protegendo-me e guiando-me todos em todos os momentos de minha vida.

Agradeço por fazer parte do corpo discente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) durante a graduação de Odontologia, realizado um grande sonho da minha vida. Essa conquista se deu pela oportunidade que a Universidade e o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), oferecem às pessoas.

Aos amigos e mestres do Departamento de Odontologia, que com jeito particular de ser e viver mostraram-me com a lealdade, a amizade, a autenticidade, a luta, o saber e o prazer são ingredientes essenciais para sermos seres humanos felizes e comprometidos.

À **Profª Drª Robéria Lucia de Queiroz Figueiredo** orientadora, conselheira e amiga agracio-lhe com muito orgulho e honra, por apresentar e mostrar o conhecimento sensível e por conceder-me um dos seus espaços para que pudesse fazer parte do seu mundo de conhecimentos.

A todos os professores membros da Banca Orientadora: **Prof. Ms. Tony Santos Peixoto**, amigo fiel, conselheiro, faltam palavras para agradecer-lhe por tudo que me ofereceu, sinto-me orgulhos e honrado, pelos ensinamentos, pela participação na minha carreira acadêmica e profissional. Parabéns! E meu muito obrigado; **Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima e Profa Drª Criseuda Maria Benício Barros**, que aceitaram fazer parte da banca examinadora, bem como pela disponibilidade para a avaliação deste estudo.

Aos colegas de turma: Alisson Cardoso e Fábio Araújo

Aos funcionários da Clínica Odontológica da UEPB, meu muito obrigado, pelo carinho e dedicação, para comigo e com os pacientes.

Aos pacientes, único motivo da nossa atuação profissional, que depositaram em nós sua confiança e nos ajudaram a evoluir pessoal e profissionalmente.

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, localmente invasivo de crescimento lento, com potencialidade de infiltrar-se nos espaços medulares do osso, característica estas que conferem ao ameloblastoma um comportamento agressivo. Assim, pode-se observar alta taxa de recidiva associada às várias técnicas cirúrgicas. Este artigo tem por objetivo relatar um caso clínico de ameloblastoma multicístico do padrão folicular, indicando suas características clínico-radiográficas e histopatológicas, bem como a modalidade de tratamento.

Palavras – Chave: Ameloblastoma. Diagnóstico. Tratamento.

ABSTRACT

The ameloblastoma is a tumor benign odontogenic, locally invasivo of slow growth, with potentiality of infiltrating in the spaces medulares of the bone, characteristic these that check to the melablastoma an aggressive behavior. Like this, discharge recidiva rate associated to the several surgical techniques can be observed. This article has for objective to tell a clinical case of multicystic ameloblastoma of the follicular, indicating pattern , indicating its clinical and radiographic and histopathologic features, and treatment modality.

Keywords: Ameloblastoma. Diagnosis. Treatment.

LISTA DE ABREVIATURA

LINCCO	Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral
RM	Ressonância magnética
TC	Tumografia computadorizada
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3. RELATO DE CASO.....	13
4. DISCUSSÃO.....	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1 – INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico epitelial que representa 10% de todos os tumores odontogênicos e 1% de todos os cistos e tumores dos maxilares. É uma neoplasia benigna de origem ectodérmica, que pode se originar do epitélio odontogênico ou ainda das células da camada basal do epitélio de revestimento dos maxilares. Embora, exista controvérsia sobre a origem do ameloblastoma, recentemente a teoria mais aceita é a da lâmina dental e/ou restos epiteliais dos cistos odontogênicos (RALDI, 2010).

Sua apresentação clínica é semelhante à da maioria das lesões ósseas centrais: crescimento lento, progressivo, indolor e expansivo, sendo em grande parte surpreendido em radiografias de rotina. Lesões muito avançadas podem manifestar dor, parestesia ou infecção secundária. Radiograficamente se apresentam como em “bolhas de sabão” (quando as loculações radiolúcidas são grandes), ou como em “favos de mel” (quando as loculações são pequenas) (NEVILLE *et al.* 2009; PAIKKATT; SREEDHARAN; KANNAN, 2007).

Com base nos aspectos histopatológicos, podem apresentar diversos padrões, tais como: folicular e plexiforme, estes os mais comuns, além de acantomatoso, de células granulares, desmoplásico e de células basais, sendo esses padrões menos frequentes (SANTOS, 2006). O diagnóstico definitivo indiscutivelmente é realizado através de exame histopatológico, mas os achados clínicos e imaginológicos apresentam características importantes e complementares para o estreitamento do diagnóstico diferencial (IDE *et al.*, 2008).

O exame de imagem mais indicado para seu diagnóstico e delimitação de tamanho é a tomografia computadorizada. Além disso, 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).

Em relação aos tipos de tratamentos, há correntes divergentes, embora alguns autores indiquem intervenção menos agressiva, como a enucleação seguida de curetagem. Outros estudos indicam a cirurgia radical, ressecção marginal ou (segmentar), parcial, total e composta. Para os ameloblastomas que acometem a maxila, métodos coadjuvantes de tratamento, como crioterapia, tratamento com laser CO₂, tem sido empregado para minimizar as recidivas (MILLER *et al.*, 2004).

Este artigo tem como principal objetivo relatar um caso de ameloblastoma e correlacionar os achados do caso com a literatura pesquisada.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

O ameloblastoma é um tumor odontogênico que acomete os ossos maxilares, sendo composto por epitélio odontogênico, sem a participação de ectomesênquima. É uma neoplasia benigna, que se desenvolve a partir de remanescentes epiteliais da embriogênese dentária (REGEZI; SCIUBA, 2000).

A etiopatogenia é um dos pontos obscuros desses tumores, visto que podem surgir dos restos epiteliais de Malasses, de cistos dentígeros, do epitélio da mucosa bucal, do epitélio dos tumores odontogênicos, entre outros. Na maioria das vezes, esses restos de epitélios são deixados após a remoção cirúrgica de dentes, cistos e tumores. Um dos fatores predisponentes mais citados é o irrompimento de dentes inclusos e/ou impactados (CARINI *et al.*, 2007; SADDY *et al.*, 2005).

A incidência dos ameloblastomas quanto ao gênero ainda não é conclusiva. Embora muitos autores tenham verificado que sua ocorrência é aproximadamente igual entre homens e mulheres, no entanto alguns trabalhos demonstram uma maior predileção para o gênero masculino (FREGNANI *et al.*, 2003; HATADA *et al.*, 2001; PHILIPSEN *et al.*, 2001).

Em relação à variável idade e os tipos clínicos, há relatos, na literatura, de que o tipo unicístico acomete pacientes jovens, predominantemente na segunda década de vida, o tipo sólido (Multicístico), ocorre entre a terceira e a sétima década, e o tipo periférico, em pacientes da quinta década (PHILIPSEN *et al.*, 2001). Entretanto, a maioria dos tumores ocorre entre 20 e 50 anos de idade (SANTOS, *et al.*, 2001; LADEINDE *et al.*, 2005). Os ameloblastomas geralmente são assintomáticos e descobertos durante exames radiográficos de rotina. Quando se tornam sintomáticos, são percebidos: expansão das corticais ósseas, edema, dor, maloclusão e mobilidade dentária (ANJOS *et al.*, 2003). Imagens uni ou multiloculares, septação, associação com dentes inclusos e reabsorção de raízes são achados radiográficos freqüentes (CLARISSA, 2007).

O comportamento do ameloblastoma tende a ser bastante agressivo, com maior potencial de invasão e destruição óssea do que a lesão original (ZAMORANO *et al.*, 2008). Quando a lesão apresenta aspecto cístico, unilocular e bem definido, o diagnóstico diferencial faz-se principalmente com ceratocistos odontogênicos, cistos dentígeros e cistos ósseos traumáticos; Enquanto o aspecto expansivo multilocular deve ser diferenciado do tumor marrom do hiperparatireoidismo, granuloma central células gigantes e hemangiomas intra-ósseos atípicos (LASKIN; GIGLIO; FERRER-NUIN, 2002). A forma localmente agressiva e as formas recidivantes podem ter aspectos semelhantes aos das neoplasias malignas, devendo-

se considerar o carcinoma mucoepidermoide como diagnóstico diferencial (MEDEIROS *et al.*, 2008).

Na literatura a maioria dos autores relata que o ameloblastoma acomete mais a mandíbula que a maxila, totalizando em média 80-85% de todos os casos (SANTOS *et al.*, 2010; ALVES *et al.* 2008; CARINI *et al.*, 2007; FREGNANI *et al.*, 2010; FULCO *et al.*, 2010; PAIVA *et al.*, 2010; NAVARRO, 2009 e MENDONÇA *et al.*, 2009), outros consideram essa taxa ainda maior, superando o percentual de 95% (FREGNANI *et al.*, 2010; OGUNSAU *et al.*, 2006). Santos *et al.* (2010), Em seu estudo, encontraram uma prevalência de 67% de ameloblastomas na região posterior da maxila.

O ameloblastoma tem sido classificado de acordo com seu aspecto clínico e radiográfico em três tipos principais: a) ameloblastoma periférico: não podendo ser diagnosticado radiograficamente; b) ameloblastoma multicístico: radiograficamente é evidenciado como imagem radiolúcida multilocular descrita como “bolhas de sabão” e apresenta comportamento agressivo e c) ameloblastoma unicístico: seu aspecto radiográfico é de uma área radiolúcida arredondada e bem delimitada. Apresenta comportamento menos agressivo que o ameloblastoma multicístico (FERNANDO, 2010).

O aspecto radiográfico do ameloblastoma pode apresentar grande variação, não sendo, portanto, patognomônico da lesão, justificando-se a inclusão no diagnóstico diferencial de outros tumores e cistos que acometem os maxilares (CLARISSA, 2007).

Os padrões histopatológicos mais frequentes são o folicular e o plexiforme (ANJOS *et al.*, 2003; PEREIRA *et al.*, 2004). Outros padrões, como o acantomatoso, de células granulosas, de células basais e desmoplásico, embora raros, podem também ser observados. A histopatologia do ameloblastoma consiste basicamente, na proliferação de células epiteliais que se dispõem em padrões variáveis, que, por vezes, se fazem presentes no mesmo tumor (KISHINO *et al.*, 2001).

O tratamento do ameloblastoma é um dos fatores mais polêmicos acerca dessa lesão. Alguns autores instituem o tratamento conservador por meio de marzupialização, enucleação seguido de curetagem, associando muitas vezes tratamento coadjuvantes como solução de Carnoy, crioterapia (MARZOLA; JUNIOR, FILHO, 2004; SEGUNDO, 2006; SADDY *et al.*, 2005; GOMES, 2006 e DI COSOLA *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 (TSAI *et al.*, 2004; KRUSCHEWSKY *et al.*, 2010; MARTINEZ *et al.*, 2008). Também foi apontado o tratamento conservador como inaceitável, incluindo os casos unicísticos (GANDHI *et al.*, 2006).

Entretanto, a recidiva é bastante frequente dessa lesão, sendo este um fator de grande relevância 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% (NAVARRO, 2009).

Para a maxila, há um consenso na grande maioria da literatura em se instituir o tratamento radical com margem de segurança, devido às peculiaridades da região (SANTOS *et al.*, 2010; ALVES *et al.*, 2008; FREGNANI *et al.*, 2010; KRISHNAPILLAI; ANGADI; FULCO *et al.*, 2010; GUNAWARDHANA *et al.*, 2010; PAIVA *et al.*, 2009; NAVARRO, 2009; FREGNANI *et al.*, 2010; PAIKKATT; SPEEDHARAN; KANNAN, 2007 e MENDONÇA *et al.*, 2009). Tratamentos com radioterapia e quimioterapia, em geral, não obtiveram êxito e, por isso, não são indicados para este tipo de lesão (ODUKOYA; EFFIOM, 2008).

Di Cosola *et al.* (2007) e Rivas (2011) destacam a importância da individualização dos casos para um planejamento ideal de tratamento, levando-se em consideração o tamanho da lesão, a média de crescimento, relação com estruturas adjacentes, tipo histológico, idade e condições gerais de saúde do paciente.

3 – RELATO DE CASO

Paciente faioderma, 35 anos, gênero masculino, motorista, procurou o serviço da clínica da LINCCO (UEPB), com queixa principal mobilidade dentária e afastamento das raízes dos incisivos inferiores, indolor, com crescimento lento. Ao exame clínico extrabucal, foi verificado um aumento de volume na região anterior da mandíbula (Figuras 1 e 2), enquanto, intrabucal observou-se a presença de expansão e apagamento fundo de sulco na porção gengivo-lingual, gengivo vestibular e rebordo alveolar dos incisivos.



Figura 1 – Exame extrabucal (a)



Figura 2 – Exame extrabucal (b)

Inicialmente foi solicitada radiografia panorâmica dos maxilares, que evidenciou imagem radiolúcida multilocular, com septos internos, limites definidos, com locuções grandes e pequenas dimensões, situada na região do 35 - 45 (Figura 3).



Figura 3 – Exame radiográfico panorâmico dos maxilares exibia áreas radiolúcidas multiloculares

Com fins de diagnóstico, realizou-se biópsia incisional sob anestesia local. O material enviado para exame histopatológico, onde evidenciou-se fragmentos de neoplasias benignas de origem odontogênica, as quais exibiam células periféricas cúbicas e alongadas arranjadas em paliçada, com polarização invertida, semelhante aos ameloblastos, e por vezes, com núcleos hipercromáticos. As células centrais estão arranjadas frouxamente, lembrando o retículo estrelado do órgão do esmalte (Figuras 4 e 5).

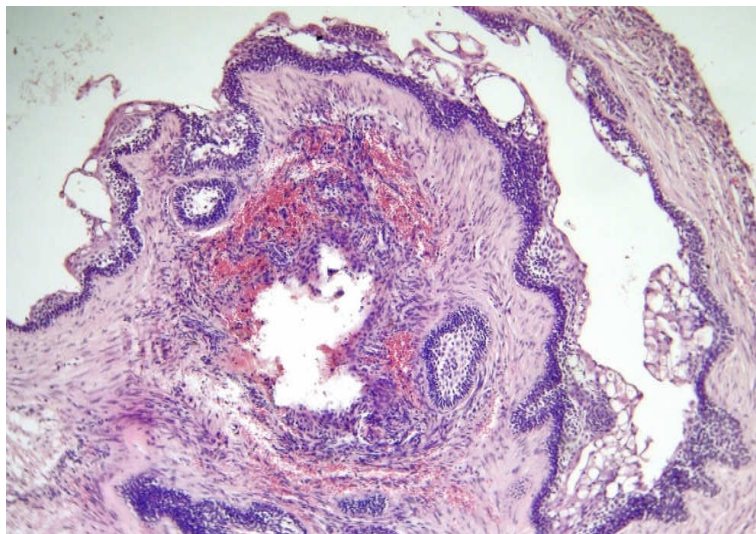


Figura 4 – Aspecto histopatológico da peça operatória

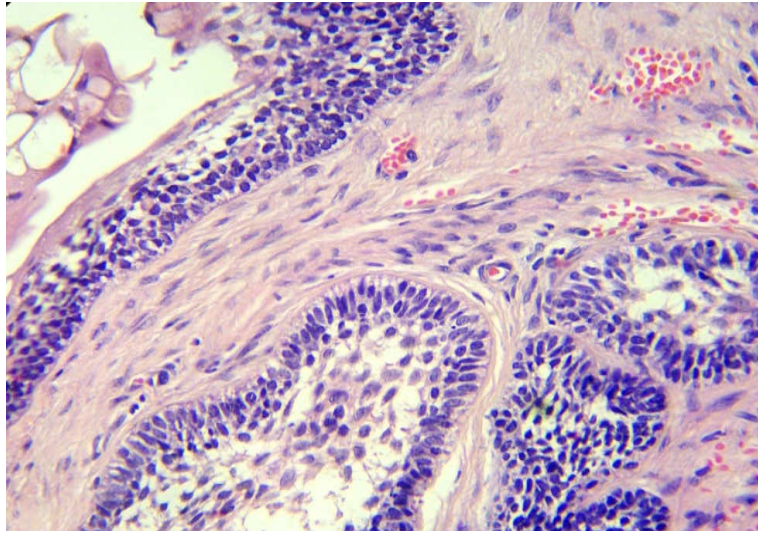


Figura 5 – Aspecto histopatológico microscópico do Ameloblastoma sólido padrão folicular

O resultado comprovou um ameloblastoma multicístico do padrão folicular, confirmando a hipótese diagnóstica inicial. Foi solicitada uma Tomografia Volumétrica Feixe Cônico, como recurso pré-operatório, os achados clínicos da TC incluem área cística, hipodensa na região de sínfise e no corpo da mandíbula do lado esquerdo, com preservação da basilar mandibular, delimitando a lesão tumoral, para definição da conduta terapêutica (Figura 6).

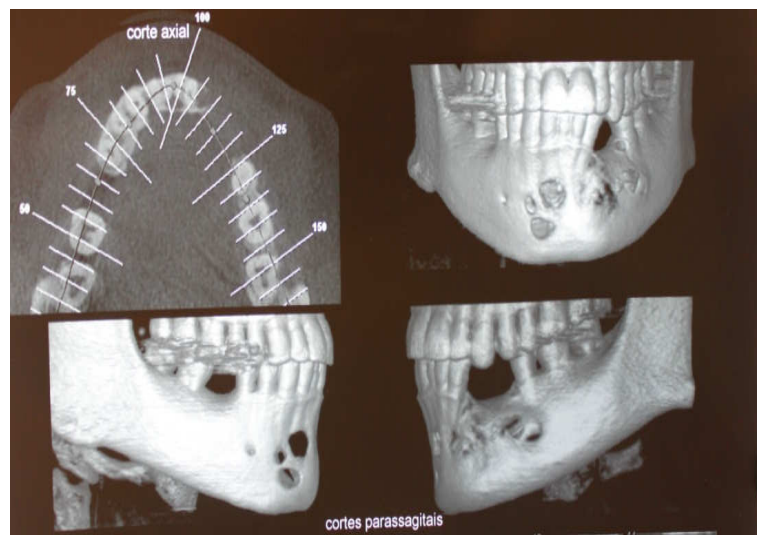


Figura 6 – Tomografia computadorizada

Diante dos achados clínicos e radiográficos, com o resultado do histopatológico, foi proposto um tratamento conservador, uma vez que foi detectada a preservação da basilar mandibular. Após o planejamento cirúrgico, solicitou-se exames laboratoriais, parecer cardiológico e os resultados estavam dentro dos padrões de normalidade. A cirurgia foi realizada em ambiente hospitalar, sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. A técnica

consistiu-se de ressecção marginal ou segmentar conservadora do tumor, através do acesso intrabucal, com margem de segurança de osso sadio, exodontia dos dentes anteriores inferiores (Figura 7), seguida de curetagem óssea rigorosa e eletrocauterização de todo o leito cirúrgico (Figura 8).



Figura 7 – Exodontia dos incisivos inferiores

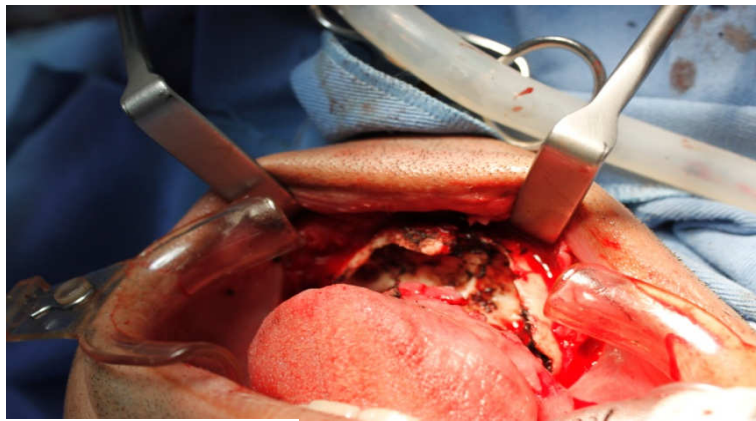


Figura 8 – Transoperatório

O caso encontra-se em preservação de dois anos e com resultado satisfatório, conforme o acompanhamento de pós-operatório com exames imaginológicos. (Figura 9).

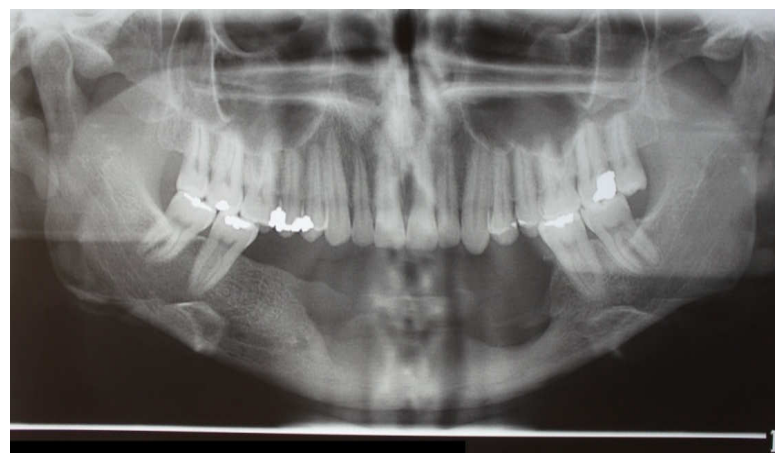


Figura 9 – 2º ano de controle pós-operatório

4 – DISCUSSÃO

A etiopatogenia dos ameloblastomas está associada, segundo alguns autores, a traumatismos, remoção cirúrgica de cistos e dentes retidos, surgindo dos restos epiteliais ou células provenientes desses eventos (NAVARRO, 2009).

Os ameloblastomas classificam-se em três diferentes situações clinicorradiográficas que devem ser reconhecidas e diferenciadas devido ao tratamento e prognóstico distintos. São: sólido ou multicístico (86% dos casos), unicístico (13% dos casos) e periférico (1% dos casos) (FERRETI; POLAKOW; COLEMAN, 2000; STUDART-SOARES *et al.*, 2001).

A literatura mostra que o ameloblastoma multicístico ocorre com mais frequência em pacientes na terceira e na sétima década de vida, o que vai de encontro com o caso ora relatado e apresenta-se clinicamente como a variante mais agressiva, devido a sua capacidade infiltrativa, nas trabéculas ósseas (GOMES *et al.*, 2002). O ameloblastoma folicular é o mais comum, seguido do plexiforme, confirmando este caso relatado. As outras variações ocorrem em pequenas proporções (BATAINEH, 2000).

Com relação ao gênero, muitos trabalhos revelam não haver predileção (ALVES *et al.*, 2008) e outros citam o gênero masculino como o de maior frequência (SADDY *et al.*, 2005). Por outro lado, Santos *et al.* (2010) descrevem a existência de uma variação na prevalência do sexo a depender do país pesquisado e relatam em seu estudo a predominância do sexo feminino para os casos levantado.

Neste trabalho, no que se refere ao caso relatado de mandíbula, pode-se ratificar esta afirmação, pois a literatura mostra de forma marcante, que o sexo masculino é o mais relevante, levando-nos a concluir que realmente deve haver correlação entre os casos de ameloblastoma mandibular em homens.

Quanto ao local mais afetado, estudos confirmam que a mandíbula é mais acometida que a maxila. Neste estudo, ao revisar os trabalhos sobre ameloblastoma em mandíbula, pôde-se verificar divergências quanto à localização, pois a maior parte dos autores relata maior prevalência na região posterior da mandíbula (NAVARRO, 2009), enquanto que Gunawardhana *et al.* (2010) e Ogunsalu *et al.* (2006) apontam a região anterior como a mais prevalente.

Os aspectos radiográficos mais comuns encontrados são áreas radiolúcidas multiloculares com limites bem definidos, que podem assemelhar-se a “bolas de sabão” ou “favos de mel” (SEGUNDO *et al.*, 2006). Estes achados são citados pela grande maioria dos autores, no entanto, 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.

O tratamento do ameloblastoma permanece controverso, no entanto, numerosos estudos têm sido endereçados ao tópico e embora não haja unanimidade entre os autores quanto à melhor forma de tratamento, vários fatores devem ser considerados quanto ao planejamento cirúrgico (NAKAMURA *et al.*, 2002; GOMES *et al.*, 2002).

A abordagem cirúrgica pode ser classificada em radical ou conservadora. De maneira clássica, os ameloblastomas sólidos são tratados, na maioria dos casos, por excisões cirúrgicas radicais, com margem de segurança de 1 a 2cm do osso normal. Já os ameloblastomas unicísticos tendem a ser removidos por enucleação, como se fossem cistos (NAKAMURA *et al.*, 2002). Dentre os inconvenientes das técnicas radicais, não há dúvidas de que o principal é a reabilitação e, integrado ao planejamento cirúrgico, deve-se pensar na reconstrução do paciente, devolvendo-lhe a capacidade funcional, anatômica e estética (VOLKWEIS; WAGNER; GERHARDT, 2002).

O tratamento pode ser feito através de curetagem, enucleação seguida de curetagem, cirurgia radical ou ressecção marginal. Ameloblastomas localizados em maxila devem ser tratados radicalmente. Entretanto, lesões uniloculares podem ser tratadas de forma conservadora quando as suas áreas são controladas no trans-operatório. A recorrência após ressecção pode variar até 25% dos casos. O acompanhamento pós-operatório é de suma importância para o ameloblastoma, pois mais de 50% ocorrem até 5 anos da realização da cirurgia. No caso relatado, a escolha por ressecção marginal com margem de segurança deve-se à localização (mandíbula), à extensão da lesão, a taxa de recorrência baixa e a mínimo de defeito da mandíbula. A realização de biópsia incisional prévia também foi fator decisivo para o tipo de abordagem, assim como a TC. A paciente encontra-se em dois anos de proervação, sem características clínicas e radiográficas de recidiva.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face do que foi exposto, conclui-se que:

- Esse tumor é bastante comum em paciente de terceira e sétima décadas de vida com maior prevalência na região posterior;
- A evolução do ameloblastoma é lenta e sem sintomatologia dolorosa, razão pela qual é dificultada em estágios iniciais no diagnóstico;
- Exames de rotina como radiografias panorâmicas podem ser de grande valia para evitar futuras sequelas por diagnósticos tardios e, dessa forma, diminuir a morbidade para os pacientes;
- Radiograficamente, os ameloblastomas, em sua grande maioria, se apresentam como sendo lesões multicísticas radiolúcidas, que podem gerar deslocamentos dentários ou reabsorções;
- O tipo histológico mais observado do ameloblastoma é o folicular e plexiforme;
- A biopsia acompanhada de avaliação histopatológica é um exame complementar de grande importância no estabelecimento do diagnóstico final;
- O tratamento pode ser conservador ou radical e dependerá do grau de agressividade, extensão da lesão e da experiência do profissional.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P. M. *et al.* Desmoplastic ameloblastoma in maxilla - Report of case and review of the literature. **Int. J. Morphol.**, v. 26, n.2, p. 263-268, 2008.
- ANJOS, E.; ANDRADE, E.; PINTO, L.; SOUZA, L. Estudo clínico-patológico de ameloblastomas: análise de casos. **Rev Bras Patol Oral**, 60(4): 224-8. 2003.
- BATAINEH, A.B. Effect of Preservation of the inferior and posterior borders on recurrence of ameloblastoma of the mandible. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. St. Louis, v.90, p. 155-163, 2000.
- CARINI, F. *et al.* Ameloblastoma plexiforme del maxilar: manejo quirúrgico y protético. A propósito de um caso. **Avances em Odontostomatologia**, v.23, n. 1, 2007.
- CLARISSA, M. Ameloblastoma: Estudo Clínico-Histopatológico. Ameloblastoma: a clinical-histopathological study. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe. v. 8, n.2, p. 55 - 60, abr./jun. 2008.
- DI COSOLA, M. *et al.* El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: um estudo clínico baseado em nuestra experiência. **Avances em Odontostomatologia**, v. 23, n.6, p. 359-365, 2007.
- FERNANDO, L. Tratamento de ameloblastoma. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 123-126, jan./mar. 2010.
- FERRETI, C.; POLAKOW, R.; COLEMAN, H. Recurrent ameloblastoma: report of 2 cases. **J Oral and Maxillofacial Surg.**, Philadelphia, v. 58, n; 7, p. 800- 4, 2000.
- FREGNANI, E. R. *et al.* Clinicopathological study and treatment outcomes of 121 cases of ameloblastomas. **Int. J. Maxillofac. Surg.**, v. 39, n. 2, p. 145-149, fev. 2010.
- FREGNANI, E.; FARIA, P.; RANGEL, A.; ALMEIDA, O.; VARGAS, P. Tumores odontogênicos: análise de 113 casos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP. **RPG, Rev Pós Grad**, 10(4): 355-9, 2003.
- FREGNANI, E. R. *et al.* Clinicopathological study and treatment outcomes of 121 cases of ameloblastomas. **Int. J. Maxillofac. Surg.**, v. 39, n. 2, p. 145-149, fev. 2010.
- 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.
- GHANDHI, D. *et al.* Ameloblastoma: a surgeon's dilemma. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 64, n. 7, p. 1010-1014, jul. 2006.
- GOMES, A.C. *et al.* Conceito atual no tratamento dos ameloblastomas. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.6, n.3, p. 9-16, jul./set. 2006.
- GOMES, A.C.A. *et al.* Ameloblastoma: Tratamento cirúrgico conservador ou radical? **Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v.2, n. 2, p.17- 24, 2002.

GUNAWARDHANA, K. S. *et al.* A clínico-pathological comparison between mandibular and maxillary ameloblastomas in Sri Lanka. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 39, n. 3, p. 235-241, mar./2010.

HATADA K.; NOMA, H.; KATAKURA, A.; YAMA, M.; TAKANO, M.; IDE, Y. *et al.* Clinicostatistical study of ameloblastoma treatment. **Bull Tokio Dent Coll**, 42(2): 87-95, 2001.

IDE, F.; MISHIMA, K.; YAMADA, H.; HORIE, N.; SAITO, I.; SHIMOYAMA, T.; KUSAMA, K. Unsuspected small ameloblastoma in the alveolar bone: a collaborative study of 14 cases with discussion of their cellular sources. **J Oral Pathol Med**, 37:221-7, 2008.

KISHINO, M.; MURAKAMI, S.; FUKUDA, Y.; ISHIDA, T. Patologic of the desmoplastic ameloblastoma. **J Oral Pathol Med.**, 30(1): 35-40. 2001.

KRISHNAPILLAI, R.; ANGADI, P. A clinical, radiographic and histologic review of 73 cases of ameloblastoma in an Indian population. **Quintessence Int.**, v. 41, n. 5, p. 90-100, maio/ 2010.

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

LADEINDE, A.; AJAYI, O.; OGUNLEWE, M.; ADEYEMO, W.; AROTIBA, G.; BAMGBOSE, B. *et al.* Odontogenic tumors: A review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, 99(2): 191-5, 2005.

LAKIN, D. M.; GIGLIO, J.A. FERRER-NUIN, Multilocular lesion in the body of the mandible. **J Oral Maxillo-fac.**, Camaragibe, v.8. n.2, p.55-60, abr./jun. 2002.

MARTINEZ, C. R. *et al.* Ameloblastoma: Estudo Clínico-Histopatológico. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v. 8, n.2, p. 55-60, abr./jun. 2008.

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

MEDEIROS M.; PORTO, G.G.; LAUREANO, F.; J.R.; PORTELA, L.; VASCONCELLOS R.H. Ameloblastoma em mandíbula. **Rev Bras Otorrinolaringol**, 74:478, 2008.

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

MILLER, R.S.; BIDDINGER, P.W.; MARCIANI, R.D.; GLUCKMAN, J.L. Simultaneously occurring ameloblastoma of the maxilla of the mandible: case report. **Otolaryngol Head Neck Surg**, 131(3):324-6, 2004.

NAKAMURA, N. *et al.* Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, St. Louis, v.93, p.13- 20, 2002.

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; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M; BOUQUOT,J.E. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ODUKOYA, O.; EFFIOM, O. A. Clinicopathological study of 100 Nigerian cases of ameloblastoma. **Niger Postgrad Med J.**, v. 15, n. 1, p. 1-5, mar./2008.

OGUN SALU, C. *et al.* A new radiological classification for ameloblastoma based on analysis of 19 cases. **West Indian Med J.**, v. 55, n. 6, p. 434-439, dez.2006.

PAIKKATT, V. J.; SREEDHARAN, S.; KANNAN, V. P. Unicystic ameloblastoma of the maxilla: A case report. **J. Indian Soc. Pedod. Prev Dent.**, v. 25, p. 106-110, 2007.

PAIVA, L. C. *et al.* Potencial de recidiva do ameloblastoma: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac.** Camaragibe, v.10, n.1, p. 27-34, jan./mar/ 2010.

PEREIRA, J. TORRES, B.; GENÚ P.; VASCONCELOS, B. Avaliação histológica de ameloblastomas: estudo retrospectivo dos casos diagnosticados no laboratório de histopatologia da FOP/PE entre 1991 a 2001. **Rev ABO, Nac.** 12(1): 49-52, 2004.

PHILIPSEN, H.; REICHART, P.; NIKAI, H.; TAKATA, T.; KUDO, Y. Peripheral ameloblastoma: biological profile based an 160 cases from the literature. **Oral Oncol**, 37: 17-27, 2001.

RALDI, S. Tratamento de ameloblastoma. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 123-126, jan./mar. 2010.

REGEZI J.A.; SCIUBBA, J.J. **Patologia Bucal: correlações clinicopatológicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

RIVAS, M. V. **Ameloblastoma em maxila: revisão de Literatura**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial das Faculdades Unidas do Norte de Minas, 2011.

SADDY, M. S. *et al.* Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos do ameloblastoma. **RPG - Revista de Pós-Graduação Fac. Odont.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 460-465, 2005.

SANTOS, J.N.; SOUZA, V.F.; AZEVEDO, R.A.; SARMENTO,V.A.; SOUZA, L.B. Caracterização imunohistoquímica de lesão híbrida de ameloblastoma desmoplásico e convencional. **Rev Bras Otorrinolaringol**, p.72:709-13, 2006.

SANTOS, J.; PINTO, L.; FIGUEREDO, C.; SOUZA, L. Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. **Pesquisa Odontol Brás**, 15(4): 300-13, 2001.

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

SEGUNDO, A. V. *et al.* Ameloblastoma unicístico de maxila: revisão de literatura e relato de caso clínico. **Rev. Int. Cir. Traumatol. Bucomaxilofacial**, v. 14, n. 4, p. 109-112, 2006.

STURDAT-SOARES, E.C. *et al.* Tratamento do ameloblastoma: controvérsias ainda existem. **Revista Cearense de Odontologia**, Fortaleza, v.2, n.1, p. 43-51, 2001.

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

VOLKEWEIS, M.R.; WAGNER, J.C; GERHARDT, E. L. Cistos e tumores odontogênicos – Um guia para diagnóstico diferencial. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica**, Curitiba, v.6, n.31, p. 36-42, jan./fev.2002.

ZAMORANO, R.S.; ROCHA, I.A; NÚÑEZ, C.B.; ESPÍNOLA, D.M.J.; HAITO, Y.; GONZÁLEZ, M.P. Ameloblastoma mandibular muy agresivo. **Rev Chilena de Cirugía**, 60:339 – 43, 2008.