

## EXTENSO AMELOBLASTOMA EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO

### LARGE AMELOBLASTOMA IN MANDIBLE: CASE REPORT

Leonardo de Freitas Silva\*  
 Germano de Lelis Bezerra Junior\*\*  
 Pedro Henrique da Hora Sales\*\*\*  
 Raquel Bastos Vasconcelos\*\*\*\*  
 Ney Robson Bezerra Ribeiro\*\*\*\*\*  
 José Lincoln Carvalho Parente\*\*\*\*\*

#### RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, localmente agressivo, com predileção pela região posterior de mandíbula. Acredita-se que se origina de remanescentes do aparelho de formação dentária, semelhante ao desenvolvimento do órgão do esmalte. Não há clara preferência por gênero, sendo mais prevalente entre a terceira e quinta décadas de vida. O ameloblastoma tem sido classificado em quatro tipos: unicístico, sólido/multicístico, desmoplásico e periférico. O tipo sólido pode apresentar algumas variantes histológicas, sendo as mais comuns a folicular e a plexiforme. Dentre as formas de tratamento, a excisão cirúrgica ampla com margens de segurança é o método de tratamento preferido. Recomenda-se um acompanhamento de mais de 10 anos com intervalos regulares após tratamento cirúrgico apropriado. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente portador de extenso ameloblastoma em região posterior de mandíbula, tratado a partir da ressecção da lesão com aposição de uma placa reconstrutiva do sistema lock. No momento, o paciente se encontra em acompanhamento pós-operatório de um ano sem sinais de recidiva. A partir deste trabalho pôde-se concluir que o tratamento realizado se mostrou adequado, no entanto um maior período de acompanhamento se faz necessário para indicar a cura do paciente.

**Descritores:** Ameloblastoma · Abstract

#### ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor, locally aggressive being more found in posterior region of mandible. It is believed that it is originated from remnants of the dental formation apparatus, such as the developing enamel organ. There is no clear predilection by gender, being most prevalent between the third and fifth decades of life. Ameloblastoma has been classified into four types: unicystic, solid/multicystic, desmoplastic and peripheral. The solid type can present some histological variants, being most common follicular and plexiform types. Among treatment forms, wide surgical excision with safe margins is the preferred method of treatment. It is recommended a follow of more than 10 years, with regular intervals after the proper treatment. The aim of this study is to report a case of a patient showing large ameloblastoma in posterior region of mandible treated with resection of the lesion and the position of a reconstructive plate of the locking system. At the moment, a year follow up patient showed no signs of recurrence. From this study it could be concluded the performed treatment showed itself suitable, however, a longer period of follow is necessary to indicate the patient's cure.

**Descriptors:** Ameloblastoma · Mandible · Odontogenic tumors

\* Mestre em Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial pela Universidade Estadual Paulista Foa-Unesp, Araçatuba-SP. leonardofreitas86@gmail.com

\*\* Mestre em Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco FOP-UPE, Recife-PE. germanolelis@hotmail.com

\*\*\* Residência em Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Instituto Dr. José Frota, Fortaleza-CE. salespedro@gmail.com

\*\*\*\* Residência em Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial pelo Hospital Batista Memorial, Fortaleza-CE. raquelbastosvasconcelos@hotmail.com

\*\*\*\*\* STAFF do serviço de Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Batista Memorial, Fortaleza-CE. reyrob@hotmail.com lincolnparente@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor benigno, odontogênico, localmente agressivo que tem semelhança com o órgão do esmalte<sup>1-3</sup>. É responsável por 1% de todos os tumores do endoderma e 11% dos tumores odontogênicos<sup>2</sup>. Acredita-se que se origina de remanescentes do aparelho de formação dentária, semelhante ao desenvolvimento do órgão do esmalte, restos odontogênicos, epitélio reduzido do esmalte e do revestimento epitelial de cistos odontogênicos, especialmente cistos dentígeros ou da células epiteliais basais da mucosa oral<sup>4</sup>.

O ameloblastoma tem sido classificado em quatro tipos: unicístico, sólido/multicístico, desmoplásico e periférico<sup>5</sup>. O ameloblastoma sólido folicular acomete principalmente pacientes entre a terceira e quinta décadas de vida com menos de 2% dos casos ocorrendo em crianças menores de 10 anos<sup>3</sup>. A região posterior da mandíbula é o sítio mais acometido e não há predileção por gênero<sup>1</sup>.

As modalidades de tratamento incluem

a excisão cirúrgica, enucleação, curetagem, crioterapia, radioterapia e quimioterapia<sup>2,3</sup>. No entanto, a excisão cirúrgica ampla com margens de segurança é o método de tratamento preferido<sup>2</sup>.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente portador de extenso ameloblastoma em região posterior de mandíbula, tratado através da ressecção da lesão com aposição de uma placa reconstrutiva do sistema lock.

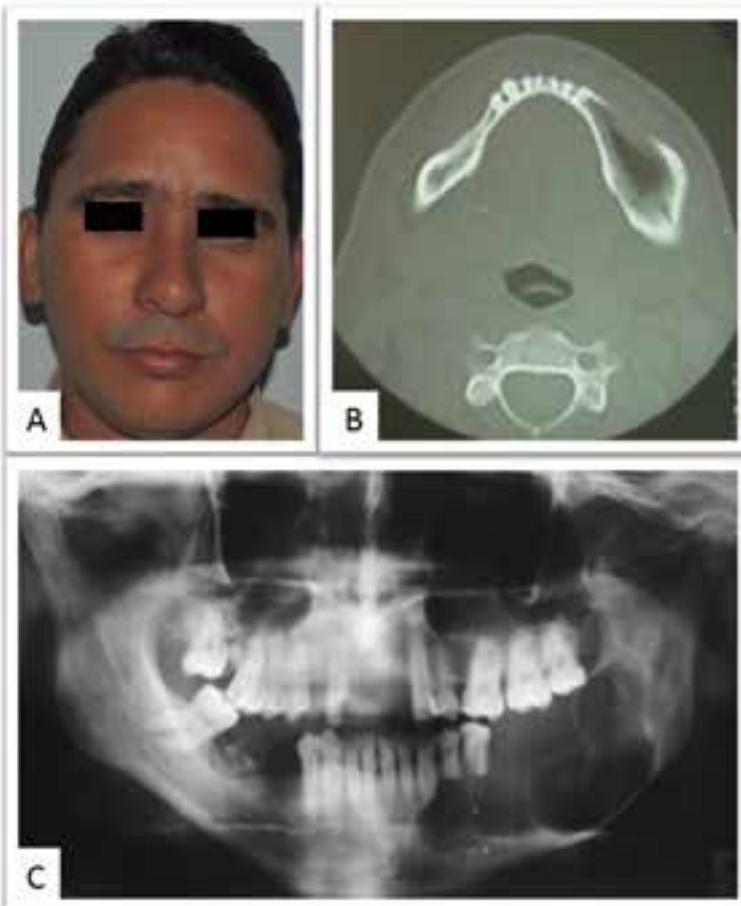
## RELATO DO CASO

Paciente I.C.L., 34 anos, leucoderma, compareceu ao serviço de Cirurgia bucomaxilofacial com queixa principal de assimetria na face com evolução de um ano. Ao exame físico observou-se um aumento de volume endurecido em região de corpo e ângulo mandibular do lado esquerdo. Ao exame de imagem pôde-se observar uma imagem radiolúcida multinucleada se estendendo desde a região do dente 33 até o ramo mandibular esquerdo sem atingir o côndilo (Fig. 1). Desse modo, o paciente foi submetido a uma bi-

SILVA LF  
BEZERRA JUNIOR GL  
SALES PHH  
VASCONCELOS RB  
RIBEIRO NRB  
PARENTE JLC

EXTENSO  
AMELOBLASTOMA EM  
MANDÍBULA: RELATO  
DE CASO

•• 301 ••



**Figura 1:**  
*Paciente na vista frontal no pré-operatório em A, imagem de tomografia computadorizada mostrando a extensão da lesão em B; radiografia panorâmica no período do diagnóstico da lesão em C.*



ópsia incisional, recebendo o diagnóstico de ameloblastoma sólido.

Após a avaliação dos exames pré-operatórios e tomografia computadorizada, para delimitar melhor a extensão da lesão, o paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico sob anestesia geral. Foi realizada a ressecção da lesão através de um acesso extraoral e instalada uma placa de reconstrução do sistema 2,4 lock (MDTImplants®, Rio Claro, São Paulo, Brasil) (Fig. 2).

O exame histopatológico da peça removida revelou fragmentos de neoplasia benigna de origem odontogênica caracterizada pela proliferação de células epiteliais arranjadas em cordões anastomosados e células basilares colunares ou cuboides arranjadas em paliçada com núcleo hipercoreado e, por vezes, polaridade invertida, confirmando o diagnóstico de ameloblastoma. No momento o paciente se encontra em acompanhamento ambulatorial de um ano, aguardando tratamento reabilitador, não apresenta queixas funcionais nem sinais de recidiva (Fig. 3).

## DISCUSSÃO

O ameloblastoma é um tumor de crescimento lento, podendo levar vários anos para apresentar achados clínicos, raramente apresenta transformação maligna, mas a recorrência é comum<sup>6</sup>. O paciente do caso apresentado referia ter notado discreto aumento de volume há um ano, mas só procurou o atendimento após a assimetria se tornar mais evidente.

Em um trabalho multicêntrico realizado por Dhanuthai *et al.*<sup>1</sup>, 2012, com 1289 pacientes com o diagnóstico de ameloblastoma, foi observada uma média de idade de 38,26 ± 7,78 anos, sem predileção significativamente estatística por gênero<sup>1</sup>. Segundo o estudo de Santos *et al.*<sup>7</sup>, 2014, com 112 pacientes portadores de ameloblastoma, foi observada sua prevalência entre 11 e 20 anos, sendo que 75 pacientes eram negros e 37 brancos com uma proporção de 2:17. No caso apresentado, o paciente era leucoderma e tinha 34 anos na época do diagnóstico da lesão, o que está de acordo com os achados de Dhanuthai *et al.*<sup>1</sup>, 2012.

•• 302 ••

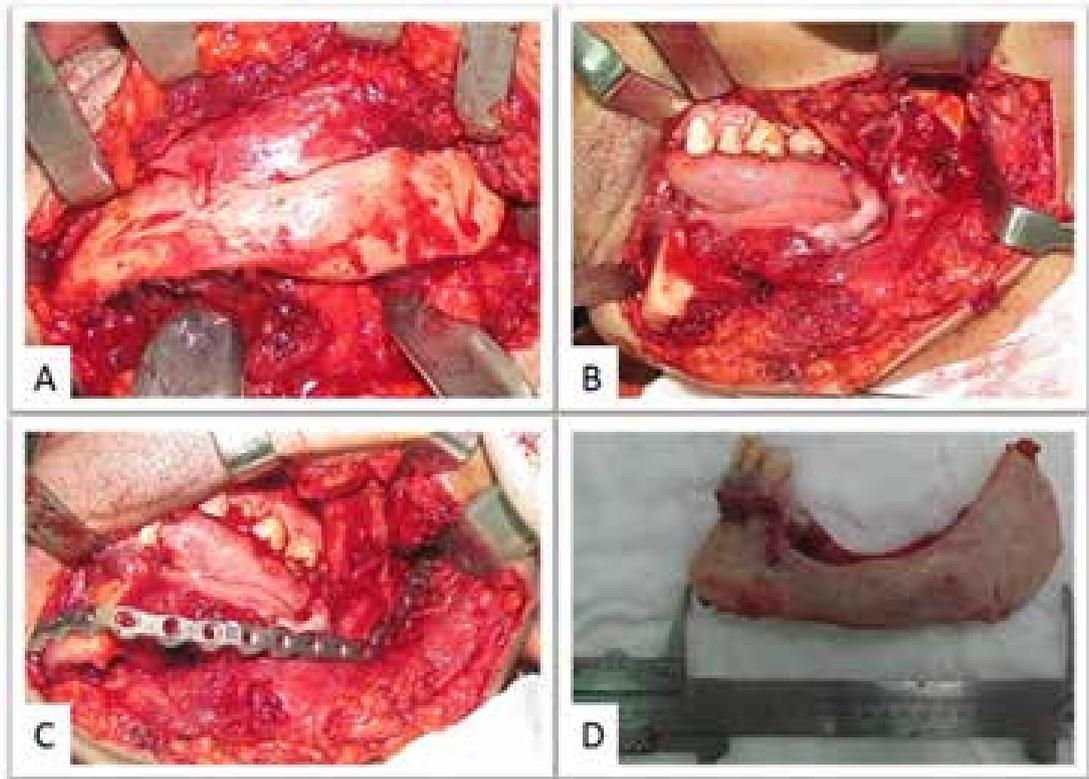
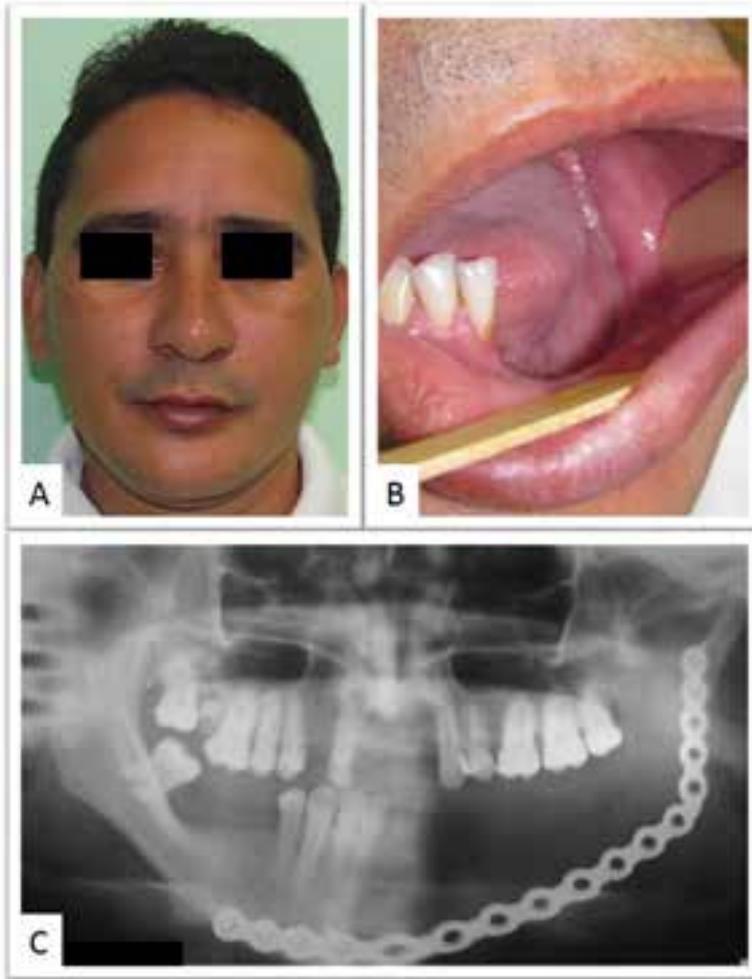


Figura 2: Sítio cirúrgico exposto em A, após a realização da ressecção em B, placa de reconstrução modelada e aposicionada em C, peça removida e enviada para avaliação histopatológica em D.





**Figura 3:**  
Paciente no pós-operatório de 01 ano, mostrando boa simetria da face em A, aspecto intraoral da mucosa em B, radiografia panorâmica de controle de um ano sem sinais de recidiva em C.

SILVA LF  
BEZERRA JUNIOR GL  
SALES PHH  
VASCONCELOS RB  
RIBEIRO NRB  
PARENTE JLC  
EXTENSO  
AMELOBLASTOMA EM  
MANDÍBULA: RELATO  
DE CASO

•• 303 ••

Em um algoritmo de tratamento de ameloblastoma proposto por Singh *et al.*<sup>8</sup>, 2014, sugere-se, em lesões com tamanho entre 5 cm e 13 cm, com extensão basilar e pequenas lobulações, a realização de ressecção em bloco com margem de segurança de 1 cm<sup>8</sup>. O tratamento realizado está de acordo com a literatura no momento em que a lesão apresentava 8 cm em seu maior diâmetro, sendo realizada sua remoção com 1 cm de margem de segurança de cada lado.

Segundo o trabalho de Foster *et al.*<sup>9</sup>, 1999, com 75 pacientes submetidos à reconstrução de defeitos mandibulares, tem-se o tamanho do defeito de 5 a 6cm como limite para a reconstrução com enxertos ósseos não vascularizados em tecidos não irradiados<sup>9</sup>. No estudo realizado por Gerssen *et al.*<sup>10</sup>, 2013, com pacientes submetidos a reconstruções microcirúrgicas com retalhos livres, os autores recomendam, em caso de ressecção de tecido ósseo, a realização do procedimento em 2 estágios, visando à possibilidade de nova

ressecção em caso de recidiva da lesão antes do procedimento reconstrutivo<sup>10</sup>. Como forma de tratamento do paciente optou-se pela ressecção da lesão e instalação de uma placa reconstrutiva sem a utilização de enxerto, devido ao tamanho do tumor e ao acesso amplo, realizado com comunicação intraoral; além disso, a equipe cirúrgica optou por aguardar um período para avaliação do paciente para o caso de recidiva.

Os dois padrões histológicos mais frequentes são o folicular e o plexiforme<sup>3</sup>. O padrão folicular apresenta ilhas tumorais de ninhos de epitélio revestidas por ameloblástico, epitélio característico com retículo estrelado num fundo de estroma colagenizado; já o padrão plexiforme mostra fios e cordões de células interligados<sup>3</sup>. Desse modo, no caso apresentado o tumor ameloblastoma se enquadrava melhor no tipo histológico plexiforme, corroborando com os achados da literatura.

Bhandarwar *et al.*<sup>2</sup>, 2012, recomendam um acompanhamento de mais de 10 anos



com intervalos regulares após tratamento cirúrgico apropriado<sup>2</sup>. Dentre as modalidades de tratamento, foram observadas taxas de recorrências de 3,6% para ressecção ampla, 30,5% para enucleação e 16% para enucleação seguida do uso de solução de Carnoy<sup>2</sup>. No momento, o paciente se encontra em acompanhamento de 01 ano sem sinais de recidiva e aguardando tratamento reconstrutivo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, a ressecção com margem de segurança da lesão se mostrou uma terapêutica adequada para o ameloblastoma sólido, com acompanhamento de um ano sem sinais de recorrência e estética satisfatória com contorno facial estabelecido. No entanto, o paciente aguarda o tratamento reconstrutivo visando seu retorno funcional; além disso, um período de acompanhamento maior se faz necessário para indicar a cura do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Dhanuthai K, Chantarangsu S, Rojanawatsirivej S, Phattarataratip E, Darling M, Jackson-Boeters L, *et al.* Ameloblastoma: a multicentric study. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology.* 2012;113(6):782-8.
2. Bhandarwar AH, Bakhshi GD, Borisa AD, Wagh A, Kapoor R, Kori CG. Anterior mandibular ameloblastoma. *Clinics and practice.* 2012;2(1):e30.
3. Black CC, Addante RR, Mohila CA. Intraosseous ameloblastoma. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics.* 2010;110(5):585-92.
4. Ide F, Mishima K, Miyazaki Y, Saito I, Kusama K. Peripheral ameloblastoma in-situ: an evidential fact of surface epithelium origin. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics.* 2009;108(5):763-7.
5. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours. *World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and genetics of head and neck tumors.* 2005.
6. Rajaonarison Ny Ony N, Randriamarolahy A, Randrianjanahary OM, Ahmad A, Bruneton JN. Giant ameloblastoma. *Clinical imaging.* 2012;36(2):146-8.
7. Santos Tde S, Piva MR, Andrade ES, Vajgel A, Vasconcelos RJ, Martins-Filho PR. Ameloblastoma in the Northeast region of Brazil: A review of 112 cases. *Journal of oral and maxillofacial pathology : JOMFP.* 2014;18(Suppl 1):S66-71.
8. Singh M, Shah A, Bhattacharya A, Raman R, Ranganatha N, Prakash P. Treatment algorithm for ameloblastoma. *Case reports in dentistry.* 2014;2014:121032.
9. Foster RD, Anthony JP, Sharma A, Pogrel MA. Vascularized bone flaps versus nonvascularized bone grafts for mandibular reconstruction: an outcome analysis of primary bony union and endosseous implant success. *Head & neck.* 1999;21(1):66-71.
10. Gerressen M, Pastaschek CI, Riediger D, Hilgers RD, Holzle F, Noroozi N, *et al.* Microsurgical free flap reconstructions of head and neck region in 406 cases: a 13-year experience. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.* 2013;71(3):628-35.

Recebido em 24/04/2017

Aceito em 14/08/2017

