

# AMELOBLASTOMA EM MAXILA: REVISÃO DE LITERATURA

## AMELOBLASTOMA IN JAW: LITERATURE REVIEW

LUCAS ISSA RIBEIRO DA COSTA<sup>1\*</sup>, ANGELO JOSÉ PAVAN<sup>2</sup>

1. Acadêmico do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário UNINGÁ; 2. Cirurgião-Dentista, Mestre em Cirurgia Buco-maxilo-facial pela Universidade Federal de Pelotas, Doutorado em Odontologia pela Universidade de São Paulo de Odontologia de Bauru, Docente do curso de graduação do Centro Universitário UNINGÁ.

\* Av. Paissandu 162, apto 302, Zona 03, Maringá, Paraná, Brasil, CEP:87050-130, [lucasissa.ribeiro@hotmail.com](mailto:lucasissa.ribeiro@hotmail.com)

Recebido em 13/08/2016. Aceito para publicação em 16/10/2016

### RESUMO

O ameloblastoma é dos tumores odontogênicos clinicamente mais comum, tendo por origem o epitélio odontogênico, advindos por exemplo dos restos das lamina dentárias, do revestimento epitelial de um cisto ou das células basais da mucosa oral. Seu crescimento é lento, localmente invasivo, com um resultado de evolução benigno na maior parte dos casos. Com o baixo índice de desenvolvimento dos casos de ameloblastoma na maxila (índice maior na mandíbula) e com um desenvolvimento diferenciado é de grande valia um estudo e discussão aprofundado sobre o assunto. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão de literatura atualizada de ameloblastoma em maxila.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ameloblastoma, maxila, seio maxilar.

### ABSTRACT

Ameloblastoma is clinically most common odontogenic tumors, originating in the odontogenic epithelium, arising for example from the remnants of the dental laminae, the epithelial lining of a cyst or basal cells of the oral mucosa. Its growth is slow, locally invasive with a result of benign evolution in most cases. With the low development index cases of ameloblastoma in the maxilla (the highest rate in the jaw) and a differentiated development is of great value a study and in-depth discussion on the subject. The objective of this work is to make an updated literature review of ameloblastoma in the maxilla.

**KEYWORDS:** Ameloblastoma, maxila, Seio maxilar.

## 1. INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos são um grupo complexo de lesões com uma diversidade histopatológica e de comportamentos clínicos. Existem lesões neoplásicas verdadeiras e raramente podem ter comportamento ma-

ligno. Outras podem ter malformações semelhantes a tumor<sup>1</sup>.

São separados em 3 grupos os tumores odontogênicos: Tumores de epitélio odontogênico, tumores odontogênicos mistos e tumores de ectomesenquima odontogênico.

O ameloblastoma tem origem da transformação neoplásica do epitélio dos cistos odontogênico ou dos restos epiteliais que fizeram parte da formação do dente, como por exemplo, remanescente do órgão do esmalte encontrado na coroa do dente não-irrompido, restos da bainha de Hertwig que formam a raiz dentária, do ligamento periodontal (restos de Malassez), ou remanescentes da lamina dentária (restos de Serres)<sup>1</sup>.

Geralmente o ameloblastoma vem a surgir na terceira e quarta década de vida, podendo surgir em qualquer parte dos ossos gnáticos<sup>2</sup>. De modo geral, o ameloblastoma representa aproximadamente 1% dos tumores bucais, sendo que em 80% dos casos são acometidos na mandíbula, com localização predominante no nível do ângulo mandibular, enquanto que 20% podem ser encontrados na maxila, principalmente no nível dos dentes caninos e molares, podendo estender-se até o seio maxilar, fossas nasais, órbita e base do crânio<sup>3,4,5,6</sup>. Os tumores que crescem na maxila podem secundariamente estender-se através das cavidades nasais e paranasais, mas, ameloblastomas primários do trato nasossinusal sem conexões com áreas gnáticas, são incomum<sup>7</sup>.

O ameloblastoma ocorre em quase todas as idades, com mais frequência na terceira e quarta década de vida, porém os tumores de maxila ocorrem uma década mais tarde que os de mandíbula<sup>8</sup>.

O seu desenvolvimento é lento, silencioso, destrutivo e assintomático, usualmente descoberto por exames de imagem, ou por tumefação dos ossos gnáticos.

O exame de imagem mais indicado para seu diagnóstico e delimitação de tamanho e forma é a tomografia computadorizada, podendo ser complementado com exame radiográfico do tipo: panorâmica e póste-

ro-anterior de face<sup>1</sup>. Nos exames radiográficos o ameloblastoma em geral aparece com uma radiolucência uni ou multilocular (“bolhas de sabão”; “favo de mel” e “roídos de traça”) bem definida, com erosão óssea ou com leve opacidade<sup>1,9</sup>.

Classificam-se em três situações clínicas e radiográficas: *sólido ou multicístico* (86% dos casos, frequentemente em pacientes na terceira e na sétima década de vida - mais agressivo devido a sua capacidade infiltrativa, nas trabéculas ósseas<sup>1,9</sup>; *unicístico* (13% dos casos, mais comum em pacientes jovens geralmente na segunda década de vida, 90% são encontrados na mandíbula, frequente na região posterior comportamento menos agressivo)<sup>10</sup>; *periférico* (1% dos casos – acomete pacientes em qualquer faixa etária)<sup>11</sup>, comportamento menos agressivo, com prognóstico favorável, dificilmente compromete as estruturas ósseas adjacentes, pois ocorre externamente ao osso, e muitas vezes não apresenta imagem radiográfica)<sup>12</sup>. Quanto os padrões histopatológicos, dividem-se em foliculares, plexiformes, acantomatosos, células granulares, células basais e desmoplásicos. No entanto, em alguns casos pode haver associação de variantes, sendo denominados de “híbridos”<sup>1</sup>.

Após o diagnóstico histopatológico, é planejado e definido a abordagem cirúrgica a partir dos achados clínicos e radiográficos<sup>13</sup>. A tomografia computadorizada é de suma importância nesses casos para avaliar os limites macroscópicos do tumor, e também para que ocorra um melhor acesso e melhor ressecção das margens da lesão<sup>1</sup>.

De forma convencional, os ameloblastomas sólidos são tratados na maioria das vezes por excisões cirúrgicas radicais, obtendo uma margem de segurança de 1 a 2 cm do osso normal, a garantir que todos os microcistos e cistos sejam removidos. Os ameloblastomas unicísticos tendem a ser removidos por enucleação, como se fossem cistos<sup>1,14</sup>.

Em grande número, opções terapêuticas têm sido propostas no tratamento do ameloblastoma na maxila, como: larga excisão, curetagem, enucleação, crioterapia, cauterização, cirurgia a laser, radioterapia e quimioterapia<sup>15</sup>. Bons resultados têm sido relatados tanto com tratamentos radicais, quanto com métodos mais conservadores, embora enucleação e curetagem sejam tidos como métodos que proporcionam taxas mais altas de recorrência<sup>6</sup>.

É de grande importância dizer que independente da técnica realizada, é necessário o acompanhamento clínico e radiográfico dessas lesões, já que mais de 50% das recorrências, ocorrem até 5 anos após o procedimento cirúrgico<sup>16</sup>. Sammartino et al.<sup>11</sup>

relataram que dos quinze pacientes tratados inicialmente com uma terapia conservadora, sete tiveram recorrências, e estas foram posteriormente tratadas radicalmente através de ressecções marginais ou segmenta-

res com nenhuma recorrência durante o período de preservação. Hong et al<sup>17</sup>, analisaram 57 recorrências de ameloblastomas em uma amostra de 174 casos e obtiveram uma recorrência de 4,5% nos pacientes tratados através de ressecção segmentar ou maxilectomia, 11,6% por ressecção marginal, e 29,3% através de tratamento conservador.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é fazer uma revisão de literatura sobre o diagnóstico, forma de tratamento e preservação do ameloblastoma na maxila.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa sobre o assunto foi realizada em livros e busca de artigos pelo sistema LILACS, SCIELO visando obter dados atualizados quanto ao diagnóstico, formas de tratamento e prognóstico do Ameloblastoma localizado em Seio Maxilar.

## 3. DISCUSSÃO

Estudos mostram que os Ameloblastomas na maxila surgem a partir dos restos epiteliais odontogênicos, enquanto os ameloblastomas da cavidade oral surgem a partir dos remanescentes da lamina dentária<sup>7</sup>, no entanto esses restos de epitélio, são decorrentes de resíduos deixados após exodontias ou remoção cirúrgica de cistos e tumores. Um dos grandes fatores citados são o irrompimento de dentes inclusos e/ou impactados<sup>18</sup>.

No que se refere aos índices de casos de Ameloblastoma na maxila, pode-se confirmar que há uma maior prevalência de relatos de casos na maxila por mulheres, e na mandíbula por homens<sup>18</sup>.

Clinicamente o ameloblastoma na maxila, pode-se apresentar como sinusite, obstrução nasal, epistaxe ou pode ser assintomático. Podem ser intra ou extra ósseo, ou também localizada na cavidade oral<sup>7</sup>.

A grande maioria dos casos que afetam a cavidade nasossinusal são tumores que primeiramente crescem na maxila e posteriormente se estendem a região nasal e paranasal<sup>7</sup>.

Hoje, o planejamento cirúrgico, tratamento e resultado nos casos de lesões ameloblásticas geram grande controvérsia e discussões.

O principal debate tem sido entre aqueles que defendem os procedimentos cirúrgicos conservadores, como a enucleação, curetagem e criocirurgia<sup>19,20,21</sup>, e os que são a favor dos procedimentos radicais, como as grandes ressecções<sup>22,23,24</sup>.

O ameloblastoma é uma lesão de baixo grau maligno, mas localmente agressivo com uma grande chance de recorrência. Sabendo disso, a excisão cirúrgica deve ter margens adequadas, excisando além das margens da lesão, afim de minimizar as recorrências<sup>7</sup>. A excisão cirúrgica é utilizada em grande maioria dos casos, mas

recentemente o uso de vídeo endoscopia na remoção de lesões ameloblásticas resultou em uma abordagem cirúrgica menos radical, diminuindo a morbidade e um melhor controle do tumor<sup>7</sup>.

Os ameloblastomas sólidos ou multicísticos são tratados, na maioria dos casos, por excisões cirúrgicas radicais, tendo como margem de segurança de 1 a 2 cm de osso saudável<sup>1,25</sup>, que pode ser obtida por meio de ressecção parcial (envolvendo toda a espessura óssea) ou ressecção marginal (sem perda da continuidade do osso), com tratamento do leito com substâncias químicas (solução de Carnoy), físicas (ostectomia) ou térmicas (crioterapia)<sup>26,17</sup>.

Os ameloblastomas multicísticos mais comuns histologicamente são o folicular e/ou plexiforme<sup>27</sup>.

Portanto, os procedimentos radicais são associados a sérios problemas para o paciente, como exemplo a disfunção mastigatória, mutilação, deformidade facial e movimentos anormais mandibulares<sup>25</sup>. Quanto aos ameloblastomas unicísticos, a literatura demonstra que aqueles tratados com procedimentos conservadores, têm apresentado um significativo índice de sucesso, mas com a chance de recidivar presente<sup>28,29,30</sup>.

O tratamento para ameloblastomas multicísticos, através da curetagem e consequentemente crioterapia com spray de nitrogênio líquido, reduz as chances de recidivas, proporcionando uma menor morbidade, preservando a função e melhorando a estética<sup>21</sup>. É importante ressaltar que o exame histopatológico é o único capaz de apresentar o diagnóstico final diante de um achado clínico e radiográfico controverso<sup>31</sup>.

Com relação a recidiva de ameloblastomas, os tratamentos conservadores podem resultar de formas menos mórbidas para os pacientes, porém, as chances de recidivas são maiores<sup>32,17</sup>, já os tratamentos radicais apresentam índices de recidivas baixas e constituem na grande maioria dos casos o tratamento definitivo, entretanto podem acarretar problemas estético-funcionais além de altos custos e múltiplas cirurgias com finalidades reconstrutivas<sup>11,17</sup>.

O prognóstico se baseia na extensão da lesão e nas estruturas ósseas relacionadas e não pela origem do tumor<sup>7</sup>.

O controle dos ameloblastomas no pós-operatório é de suma importância, pois, a maior parte das recidivas ocorre após 4 anos (53,3% dos casos)<sup>18,33</sup>.

Um fator muito recomendado é uma preservação dos tratamentos de ameloblastoma em períodos de longo prazo<sup>24,23</sup>, há autores que defendem a idéia de que o acompanhamento deva ser feito duas vezes ao ano, de preferência durante os primeiros 10 anos, devido à característica de crescimento lento do tumor<sup>34</sup>, por outro lado Tranchina et al. 2012 diz que a recorrência ocorre normalmente após 15 anos ou mais da excisão cirúrgica, por isso é importante enfatizar a necessidade de um longo

prazo de preservação.

#### 4. CONCLUSÃO

Após literatura revisada, é possível concluir que o Ameloblastoma na maxila tem atingido com maior prevalência o gênero feminino, com atraso de 10 anos em relação aos tumores da mandíbula que atingem a terceira e quarta década de vida, na sua maioria.

O crescimento do Ameloblastoma é lento e assintomático, com início na maxila e posterior acometimento das regiões nasais e paranasais.

A grande discussão é sobre o tratamento do Ameloblastoma na maxila podendo ser conservador, tendo um maior risco de recidiva ou radical com menores chances de ressurgimento da lesão.

A recidiva é a grande preocupação desta lesão, por isso o paciente deve ser preservado pelo resto de sua vida, principalmente nos primeiros 10 a 15 anos onde o risco de recorrência é maior.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Neville BW. *et al.* Patologia oral e maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- [2] Som PM, Bergeron RT. Head and neck imaging. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book, 1991.
- [3] Arcos FC, Gutiérrez AOL. – Diagnóstico radiológico del ameloblastoma. *Rev. Mex. Radiol.*, 38:143-6, 1984.
- [4] Minami M, Kaneda T, Yamamoto H, *et al* – Ameloblastoma in the maxillomandibular region. MR imaging. *Radiol.*, 184:389-93, 1992.
- [5] Robinson L, Martinez MG – Unicystic ameloblastoma - a prognostically distinct entity. *Cancer*, 40:2278-85, 1977.
- [6] Iordanidis S, Makos CH, Dimitrakopoulos J, Kariki H. – Ameloblastoma of the maxilla. Case report. *Austral. Dent. J.*, 44:51-5, 1999
- [7] Tranchina MG, *et al.* Ameloblastoma of the Sinosal tract: report of a case with clinicopathologic considerations. Hindawi Publishing Corporation. Vol. 2012
- [8] Ajike SO, Omisakin OO, Adebayo E, Chom N D, Samaila M. Maxillary ameloblastoma: An enigma for the surgeon. *Niger Med J [serial online]* 2009 [cited 2016 Aug 5];50:47-51.
- [9] Gardner DG. *et al.* Ameloblastomas. In: BARES, L. *et al.* World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetic of Head and Neck Tumors. IARC Press: Lyon, 2005.
- [10] Azoubel E, *et al.* Ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de um caso. *Rev Odonto Ciência*, n. 24, v. 2, p. 215-220, 1997.
- [11] Sammartino G, Zarrelli C, Urciuolo V, Di Lauro AE, Di Lauro F, Santarelli A, Giannone N, Lo Muzio LS. Effectiveness of a New Decisional Algorithm in Managing Mandibular Ameloblastomas: A 10-Years Experience. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 45, p. 306-310, 2007.
- [12] Philipsen HP, Reichard PA. Unicystic ameloblastoma. A

- review of 193 cases from the literature. *Oral Oncolog.*, [s.l.], v. 34, n. 5, p. 315- 325, 1998.
- [13] Silva RM, *et al.* Contribuição ao estudo dos ameloblastomas. *RGO*, Porto Alegre, v. 38, p. 395-399, 1990
- [14] Gardner DG, Pecak AMJ. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Cancer*. Philadelphia, v.46, p.2514-9, 1980
- [15] Ueda M, Kaneda T. – Combined chemotherapy and radiotherapy for advanced maxillary ameloblastoma. A case report. *J. Craniomaxillofac Surg.*, 19:272-4, 1991.
- [16] Kimk SG, Jang HS. Ameloblastoma: a clinical, radiographic and histopathologic analysis of 71 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, [s.l.], v.91, p.649-653, 2001.
- [17] Hong J, Yun PY, Chung LH, Myoung H, Suh JD, Seo BM, Lee JH, Choung PH. Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36(4):283-88.
- [18] Rivas MV. Ameloblastoma na maxila: revisão de literatura. Salvador. 2011.
- [19] Pogrel MA. The management of lesions of the jaws with liquid nitrogen cryotherapy. *J. Calif. dent. Assoc.*, v. 23, n. 12, p. 54-7, dec., 1995.
- [20] Bradley PF. Modern trends in cryosurgery of bone in the maxillo-facial region. *Int. J. oral Surg.*, v. 7, n. 4, p. 405-15, aug., 1978
- [21] Curi MM, Dib LL, Pinto DS. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spray cryosurgery. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 84, n. 4, p. 339-44, oct., 1997.
- [22] Becelli R, Carboni A, Cerulli G, *et al.*, Mandibular Ameloblastoma: analysis of surgical treatment carried out in 60 patients between 1977 and 1998. *J. Craniof. Surg.*, v. 13, n. 3, p. 395-400, may, 2002.
- [23] Chidzonga MM, Perez VML, Alvarez ALP. Ameloblastoma. The Zimbabwean experience over 10 years. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 82, n. 1, p. 38-41, jul., 1996.
- [24] Hatada K, Noma H, Katakura A, *et al.*, Clinicostatistical study of ameloblastoma treatment. *Bull. Tokyo dent. Coll.*, v. 42, n. 2, p. 87-95, may, 2001.
- [25] Queiroz SBF, *et al.* Tratamento conservador de um caso de ameloblastoma sólido: novos conceitos e abordagens terapêuticas. *Revista Brasileira de Patologia Oral.*, Natal, v.1, n. 1, p.39-46, 2002
- [26] Sujee C, Soumithran CS, Rajeev S. Infiltration of ameloblastoma into the clearance margin of resected tumor of mandible: a study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36(11):1034.
- [27] Martinez CR, *et al.* Ameloblastoma: estudo clínico-histopatológico. *Rev. Cir. Traumatologia Buco-maxilo-facial.* Camaragibe. V.8, n.2, p. 55-60, abr./jun. 2008.
- [28] Philipsen HP, Reichard PA. Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. *Oral Oncolog.*, [s.l.], v. 34, n. 5, p. 315- 325, 1998.
- [29] Gempel RG, Gaião L, Souza WD, Sobreira T. Tendências de abordagens cirúrgicas no tratamento de ameloblastomas. *RBPO*, Natal, v.2, n.4, p.13-17, out./dez. 2003.
- [30] Natri AL, *et al.* Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.*, Edinburgh, v. 33, n. 1, p. 28-32, 1995
- [31] Laureano-Filho JR, Camargo IB. O uso da descompressão no tratamento de ameloblastoma cístico: relato de caso. *Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial*, Camaragibe, v. 3, n. 2, p.10-15, 2003.
- [32] NakamuraN, *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.
- [33] Montoro *et al.* Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. *Rev Bras Otorrinolaringol.* vol.74, n.1. 2008.
- [34] Haug RH, Hauer CA, Smith B, Indresano AT. Reviewing the unicystic ameloblastoma: report of two cases. *J Am Dent Assoc.* 1990;121(6):703-5.