

PROSERVAÇÃO 15 ANOS APÓS EXÉRESE DE AMELOBLASTOMA MANDIBULAR: RELATO DE CASO

PROSERVATION 15 YEARS AFTER MANDIBULAR AMELOBLASTOMA EXERCISE: CASE REPORT

CAIO CÉSAR SILVA FRANÇA^{1*}, THIAGO BRUNO DA SILVA ROCHA¹, CAROLINE SILVA FRANÇA², MARIA JOARA DA SILVA², LÚCIA ROSA REIS DE ARAÚJO CARVALHO³

1. Cirurgião dentista pela Universidade Federal do Piauí; 2. Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí; 3. Cirurgiã bucomaxilofacial pela Santa Casa de Misericórdia, Professora Mestre do curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí.

*Rua Heitor Castelo Branco, 2985, Ilhotas, Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64001-320. caiocesar.cf93@gmail.com

Recebido em 06/08/2019. Aceito para publicação em 05/09/2019

RESUMO

Introdução: O ameloblastoma é o tumor odontogênico mais comum. Embora classificado como neoplasia benigna, apresenta graves implicações clínicas e padrão de crescimento agressivo. Tem predileção pela mandíbula. Radiograficamente é uma lesão cística expansiva que provoca reabsorção da cortical óssea, com diagnóstico apenas após exame histopatológico. As recidivas surgem alguns anos após o tratamento inicial, por isso o acompanhamento deve prolongar-se por 10 anos. **Objetivo:** Descrever um relato de caso de proervação 15 anos após hemandibulectomia para ressecção de ameloblastoma. **Relato de caso:** Paciente M. S. B. C., 49 anos, procurou serviço especializado e, após exames, recebeu diagnóstico de ameloblastoma multicístico. Foi realizada uma hemimandibulectomia com reconstrução imediata com placa de titânio 4.0. No exame extrabucal, realizado 15 anos após a remoção do tumor, observou-se ausência de assimetria facial e uso de uma prótese dentária removível. Uma radiografia panorâmica revelou ausência de alterações que indiquem a recidiva da lesão. **Discussão:** O ameloblastoma está associado à maior taxa de recorrência, especialmente se tratado por cirurgia conservadora. Evidências na literatura apontam para maior efetividade no tratamento com cirurgia radical. **Conclusão:** Com base no acompanhamento, que supera 10 anos, sem ocorrência de recidiva, conclui-se que o procedimento cirúrgico foi bem executado e obteve sucesso.

PALAVRAS-CHAVE: Ameloblastoma, exérese, proervação.

ABSTRACT

Introduction: Ameloblastoma is the most common odontogenic tumor. Although classified as benign neoplasm presents serious clinical implications and pattern of aggressive growth. Has a predilection for the jaw. Radiologically it is an expansive cystic lesion that causes reabsorption of the bone cortical having diagnosis only after histopathological examination. Recurrences may arise a few years after the initial treatment so the follow-up should be for 10 years. **Objective:** To describe a case report of the proervation 15 years after hemandibulectomy for resection of ameloblastoma. **Case Report:** Patient M.S.B.C., 49 years-old, sought a specialized service and after have been examined had a diagnosis of multicystic ameloblastoma. A

hemimandibulectomy with immediate reconstruction with titanium plate 4.0 was performed. The extra-oral examination, performed 15 years after the removal of the tumor, showed no facial asymmetry and the patient is currently using a removable dental prothesis. A panoramic radiograph showed no alterations that indicates the recurrence of the lesion. **Discussion:** Ameloblastoma is associated with a higher rate of recurrence, especially if treated by conservative surgery. Evidence in the literature points to greater effectiveness in radical surgery. **Conclusion:** Based on follow-up, which exceeds 10 years, without recurrence, it is concluded that the surgical procedure was well performed and was successful.

KEYWORDS: Ameloblastoma, exeresis, proervation.

1. INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é uma neoplasia odontogênica de origem epitelial. Trata-se de um tumor agressivo formado a partir do epitélio odontogênico, sendo seu desenvolvimento relacionado à indução da reativação de estruturas, como Restos de Serres, remanescentes do epitélio reduzido do órgão do esmalte, células do folículo dentário e do revestimento epitelial de cistos odontogênicos¹.

É o tumor odontogênico mais comum e, embora seja classificado como uma neoplasia benigna, apresenta graves implicações clínicas e um padrão de crescimento localmente agressivo². Aproximadamente 85% dos ameloblastomas se manifestam na mandíbula, com predileção pela região dos molares e ramo ascendente; sua frequência na maxila é notada em torno de 15 % dos casos, geralmente em regiões posteriores. É diagnosticado com maior frequência em pacientes entre a terceira e a sétima década de vida, sendo incomum em pacientes pediátricos³.

Vários fatores etiológicos ao longo dos anos têm sido associados com o ameloblastoma e sua etiologia ainda deve ser estabelecida de forma conclusiva. Teorias etiológicas anteriores estavam relacionadas a traumas externos, inflamações, deficiência nutricional, irritação não específica e extrações dentárias⁴.

A nível molecular, fatores genéticos envolvidos no desenvolvimento, morfogênese, citodiferenciação e

padronização de dentes têm sido associados ao desenvolvimento do ameloblastoma, porque alguns genes envolvidos nesses processos são alterados significativamente em tecidos ameloblásticos⁵.

Os ameloblastomas são classificados em unicísticos, sólidos ou multicísticos, periféricos e subtipos malignos, de modo que os sólidos convencionais ou multicísticos correspondem a 86% dos casos; os unicísticos, a 13% dos casos; e os periféricos ou extraósseos a cerca de 1% dos casos. Este tipo de distinção é importante, pois o tratamento de uma lesão unicística pode ser mais conservador, uma vez que apresenta um comportamento menos agressivo e tamanho menor que a variante sólida ou multicística⁶.

Ao exame radiográfico, muitas vezes é descrito como uma lesão cística que provoca expansões nas corticais lingual e bucal. Usualmente são descritos três padrões radiográficos: unilocular, multilocular e favos de mel. Apesar da reabsorção radicular ser altamente sugestiva de ameloblastoma, o diagnóstico final deve basear-se no estudo histopatológico¹.

Os ameloblastomas podem ser tratados por meios menos invasivos, como somente curetagem, curetagem e enucleação; ou por meios mais invasivos, tais como cirurgias envolvendo até amplas ressecções ósseas com ou sem reconstrução. Tumores benignos orais que possuem comportamento mais agressivo e requerem margem de segurança em sua remoção cirúrgica para a redução da chance de recorrência, devem ser tratados radicalmente por meio de ressecções (marginal, parcial, total ou composta). O objetivo terapêutico de qualquer procedimento cirúrgico extirpativo deve ser a remoção de toda a lesão sem que permaneçam células remanescentes que possam provocar a recidiva da lesão⁷.

Devido às características de crescimento lento do ameloblastoma, as recidivas podem surgir somente alguns anos após o tratamento inicial. Por isso, o acompanhamento clínico e radiográfico dos pacientes é recomendável por um período de 10 anos¹.

Nessa perspectiva, esse estudo objetivou descrever um caso clínico da proervação 15 anos após a cirurgia para remoção de um ameloblastoma mandibular.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

A paciente, 49 anos, do gênero feminino, de cor parda, procurou o serviço de cirurgia bucomaxilofacial de um hospital de referência em Teresina -PI há 15 anos, referindo aumento na mandíbula no lado direito. Ao ser examinada, constatou-se que se tratava de uma lesão extensa de consistência resistente comprometendo todo o corpo da mandíbula. Após exames por imagens e histopatológico, foi diagnosticado um ameloblastoma multicístico. Seguiu-se o pre-operatório e o planejamento para o procedimento cirúrgico: uma hemimandibulectomia com reconstrução imediata com placa de titânio 4.0 para preservação do desempenho de suas funções.

A paciente, após a alta hospitalar, recebeu todas as

orientações sobre o pós-operatório e a proervação que se prolongaria por um período mínimo de 10 anos através de exames clínicos e radiográficos. Após 90 dias a paciente foi reabilitada com prótese parcial removível.

Na figura 1 tem-se a fotografia de perfil realizada no pré-operatório, onde nota-se volume em região mandibular. Além disso, tem-se a radiografia em incidência de Towne, na qual se observa a lesão, área de rarefação óssea multilocular envolvendo corpo e ângulo mandibulares, nessa mesma incidência nota-se integridade condilar. Ademais, temos a imagem no transoperatório de acesso submandibular onde nota-se basilar do corpo da mandíbula e parte da lesão.

Ao exame extra bucal, realizado na consulta de acompanhamento mais recente, 15 anos após a remoção do tumor, foi observado ausência de assimetria facial. O exame intrabucal revelou que a paciente encontra-se reabilitada, com prótese total superior e uma prótese parcial removível inferior, conforme observado na figura 2. Foi solicitada uma radiografia panorâmica para acompanhamento pós-cirúrgico, na qual constatou-se ausência de alterações que indiquem a recidiva da lesão (figura 3).

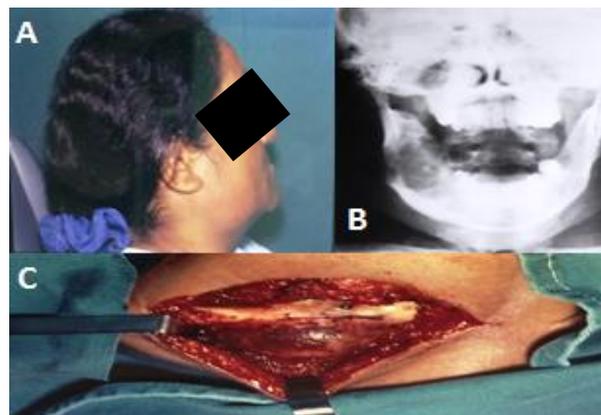


Figura 1: Imagens em pré-operatório e transoperatório da paciente. Na imagem A, observa-se a fotografia de perfil realizada no pré-operatório; na imagem B temos a radiografia em incidência de Towne; e a imagem C mostra o transoperatório de acesso submandibular.



Figura 2: Aspecto clínico intraoral da paciente. Na imagem A, observa-se área edentula devido a hemimandibulectomia. Nas imagens B e C, tem-se fotografia intrabucal observando a reabilitação com prótese parcial removível inferior.



Figura 3: Radiografia panorâmica da paciente com ausência de indícios de recidiva do tumor. Há uma extensa área reabilitada com placa de fixação.

3. DISCUSSÃO

O ameloblastoma é uma lesão neoplásica de caráter benigno, porém localmente agressivo, e apresenta muitas variáveis histopatológicas, o que reitera a necessidade de exames complementares radiográficos e histológicos para o diagnóstico preciso e determinação da melhor conduta terapêutica^{1,2}.

A descrição dos achados clínicos neste caso em questão confirma os dados encontrados na literatura relacionados à ocorrência, localização e faixa etária em que este tipo de lesão é mais prevalente³.

A recidiva pós tratamento relativamente elevada do ameloblastoma é um desafio; isso pode ser atribuído à sua invasividade local, diferentes variantes histológicas e à abordagem terapêutica^{8,9}.

O ameloblastoma sólido ou multicístico tem grande variação histológica, as mais comuns: folicular e plexiforme, sendo os mais raros de células granulares, acantomatoso e de células basais. É importante ressaltar que esses padrões microscópicos apresentam pouca relação com o comportamento do tumor, e não é raro, tumores apresentarem uma combinação de padrões microscópicos¹⁰.

O padrão folicular é caracterizado pela presença de células anguladas e frouxas que são semelhantes ao retículo estrelado do órgão do esmalte, essas, são circundadas por células colunares hiper Cromáticas exibindo polaridade reversa (semelhantes aos ameloblastos). Nesse padrão histológico é comum a formação de microcistos em meio às células centrais¹.

O ameloblastoma está associado à maior taxa de recorrência, especialmente se tratado por cirurgia conservadora. Do mesmo modo, a tendência de tratar o ameloblastoma unicístico por abordagem conservadora também leva à recidiva¹¹.

A abordagem adotada para tratar a paciente esteve de acordo com as evidências apontadas na literatura, pois a melhor abordagem de tratamento para o ameloblastoma é uma cirurgia radical com margem de segurança, conferindo uma sobrevida livre de doença secundária por pelo menos 10 anos¹².

4. CONCLUSÃO

O ameloblastoma multicístico tende a se infiltrar entre as trabéculas do osso esponjoso adjacente ao tumor, portanto foi realizada a ressecção em bloco da lesão com margem de segurança. A literatura aponta

que o tratamento bem conduzido deve proporcionar uma sobrevida livre de recorrência por pelo menos 10 anos, o presente caso se encontra com 15 anos de acompanhamento sem recidiva, assim conclui-se que o procedimento cirúrgico foi bem executado e obteve sucesso.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Effiom OA, Ogundana OM, Akinshipo AO, Akintoye SO. Ameloblastoma: Current Etiopathological Concepts and Management. *Oral Diseases*, 2017.
- [2] Bassey GO, Osunde OD, Anyanechi CE. Maxillofacial tumors and tumor-like lesions in a Nigerian teaching hospital: an eleven year retrospective analysis. *African health sciences* 2014; 14(1):56-63.
- [3] Oomens MAEM, Waal VDL. Epidemiology of ameloblastomas of the jaws; A report from the Netherlands. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal* 2014; 19(6):e581.
- [4] Brown NA, Betz BL. Ameloblastoma: A Review of Recent Molecular Pathogenetic Discoveries. *Biomarkers in câncer* 2014; 7(2):19-24.
- [5] Heikinheimo K. Gene expression profiling of ameloblastoma and human tooth germ by means of a cDNA microarray. *Journal of dental research* 2002; 81(8):525-530.
- [6] Fulco GM. Ameloblastomas sólidos: estudo retrospectivo clínico e histopatológico em 54 casos. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010; 76(2):172-177.
- [7] Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 6ª. ed., Ed. Elsevier Editora Ltda, Rio de Janeiro. 2004; 880p.
- [8] Zhang B. Expression and role of metalloproteinase-2 and endogenous tissue regulator in ameloblastoma. *Journal of oral pathology & medicine* 2010; 39(3):219-222.
- [9] Ribeiro, BF. Immunoeexpression of MMPs-1,-2, and-9 in ameloblastoma and odontogenic adenomatoid tumor. *Oral diseases* 2009; 15(7):472-477.
- [10] Júnior EGC. Ameloblastoma folicular: revisão e relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF* 2010; 5(2):129-139.
- [11] Antonoglou GN, Sándor GK. Recurrence rates of intraosseous ameloblastomas of the jaws: a systematic review of conservative versus aggressive treatment approaches and meta-analysis of non-randomized studies. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2015; 43(1):149-157.
- [12] Hertog D. Management of recurrent ameloblastoma of the jaws; a 40-year single institution experience. *Oral oncology* 2011; 47(2):145-146.