

CONDUTAS CONSERVADORAS NO TRATAMENTO DE AMELOBLASTOMAS UNICÍSTICOS: INDICAÇÕES, DIRETRIZES E PERSPECTIVAS ATUAIS

CONSERVATIVE APPROACHES ON TREATMENT OF UNICYSTIC AMELOBLASTOMAS: INDICATIONS, GUIDELINES AND CURRENT PERSPECTIVES

GABRIEL ALBUQUERQUE GUILLEN¹, MARCELO CAETANO PARREIRA DA SILVA², JOÃO CÉSAR GUIMARÃES HENRIQUES^{3*}, CIZELENE DO CARMO FALEIROS VELOSO GUEDES⁴, MARCUS ALVES DA ROCHA⁵, CLAUDIA JORDÃO SILVA²

1. Residente em cirurgia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia; 2. Professor Adjunto da Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Implantodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia; 3. Professor adjunto da área de estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia; 4. Cirurgião-Dentista do Hospital do Câncer do Hospital do Câncer de Uberlândia; 5. Professor Titular da Área de Diagnóstico Estomatológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Área de Diagnóstico Estomatológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Av. Pará, s/nº - Bloco 2G, sala 08 - Campus Umuarama – Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. CEP 38.405-900. E-mail: joaocezarhenriques@yahoo.com.br

Recebido em 25/11/2020. Aceito para publicação em 21/12/2020

RESUMO

Dentre as neoplasias odontogênicas benignas está o ameloblastoma unicístico, diferentes maneiras de tratamento são adequadas de acordo com as características e comportamento da lesão. Objetivando a resolução da enfermidade e o bem-estar do paciente com restabelecimento funcional mastigatório, fonético, eficiência respiratório e estética facial. O presente trabalho, objetiva ilustrar as condutas empregadas durante o atendimento de um paciente acometido por ameloblastoma unicístico de grandes dimensões, destacando todas as características semiotécnicas, radiológicas, histopatológicas, terapêuticas por meio de um relato de caso clínico em que após tratamento conservador optou-se pelo acompanhamento e preservação por longo período sem abordagem mutiladora. Este trabalho discute os aspectos envolvidos na tomada de decisão frente a lesões odontogênicas benignas especialmente nos quesitos que levam a condução do caso por abordagens mais conservadoras e simples e quanto a abordagens mais agressivas com resultado mutilador e tratamento oneroso. Neste contexto, os ameloblastomas são lesões desafiadoras cujo exame histopatológico torna-se essencial no processo decisório quando ele tende a indicar um tratamento conservador.

PALAVRAS-CHAVE: Ameloblastoma; Tumores odontogênicos; Neoplasias maxilomandibulares.

ABSTRACT

Among benign odontogenic neoplasms, there is unicystic ameloblastoma, different forms of treatment are adequate regarding the lesion characteristics and behavior. The goals on disease resolution and patient's well-being reestablishing masticatory function, phonetics, respiratory efficiency and facial esthetics. These paper aims to illustrate the conducts on treating a patient with a large unicystic ameloblastoma,

highlighting semitechnical, radiologic, histopathological and therapeutical characteristics by means of a case report in with after conservative treatment a long-term follow-up was instituted without any mutilating treatment. This paper discusses the aspects involved on decision making process when treating benign odontogenic lesions specially when conservatives approaches as well as more aggressive approaches with mutilator outcomes. In this context, ameloblastomas are challenging lesions whose histopathological analysis are extremely relevant on the decision process when it tends to the conservative treatment.

KEYWORDS: Ameloblastoma; Odontogenic tumors; Jaw neoplasms.

1. INTRODUÇÃO

Dentre a enorme gama de lesões que afetam o complexo maxilofacial, estão as lesões odontogênicas que por sua vez são comumente oriundas de tecidos com elevado grau de especialização, majoritariamente apresentando-se como cistos e tumores benignos. Dentre as lesões tumorais oriundas de células semelhantes ao órgão dentário, encontram-se o ameloblastoma, atualmente classificado com quatro diferentes variações clínicas: convencional, unicístico, periférico e metastatizante¹. Em se tratando da variante unicística, temos como característica principal uma apresentação macroscópica de cavidade cística com líquido hiperosmolar em seu interior, caracterizadas por células epiteliais cuboidais semelhantes a ameloblastos indiferenciados. Quatro variantes do ameloblastoma unicístico são destacadas: 1) Ameloblastoma unicístico simples; 2) Ameloblastoma unicístico com proliferação intraluminal; 3) Ameloblastoma unicístico com proliferação intramural e intraluminal; e 4) Ameloblastoma unicístico com proliferação

intramural¹⁻⁴.

Com relação às neoplasias odontogênicas benignas, diversas formas de tratamento podem ser instituídas a depender da natureza e características da lesão, variando desde simples curetagem até ressecções amplas com margens de segurança, desde que haja a resolução da enfermidade e o bem-estar do indivíduo, em prol do pleno restabelecimento mastigatório, fonético, respiratório e estético⁵⁻⁹. O presente trabalho objetiva mostrar as condutas empregadas durante o atendimento de um paciente acometido por ameloblastoma unicístico de grandes dimensões, destacando todas as características semiotécnicas, imaginológicas, histopatológicas, terapêuticas e preservativas envolvidas no caso.

2. CASO CLÍNICO

Paciente de 12 anos, sexo masculino, leucoderma, assintomático, foi encaminhado ao serviço de cirurgia buco-maxilo-facial e estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia para avaliação de aumento volumétrico do lado direito da face de crescimento lento (Figura 1).

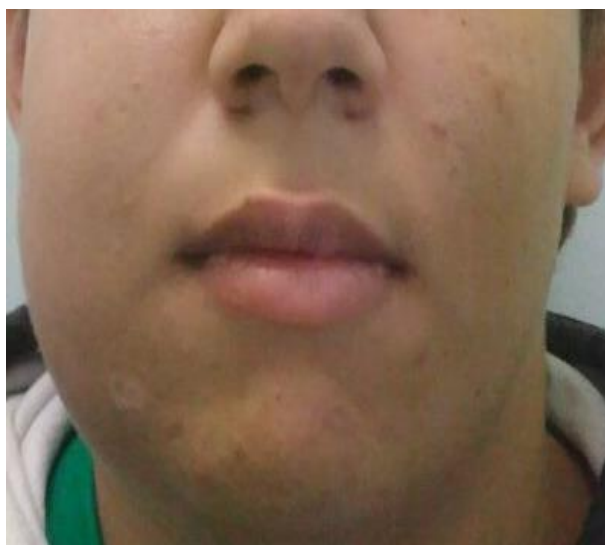


Figura 1. Aspecto facial em norma frontal inicial mostrando aumento de volume em região de corpo mandibular

A história médica do paciente não revelou nenhuma alteração digna de nota. A oroscopia evidenciou um abaulamento expansivo em fundo de vestíbulo mandibular à direita (Figura 2). Uma radiografia panorâmica foi solicitada mostrando uma extensa lesão radiolúcida, multiloculada, abrangendo todos os molares inferiores, deslocando o dente 48 e atingindo as proximidades do processo coronoide da mandíbula (Figura 3). Para melhor detalhamento lesional, em tomográfico evidenciou-se o caráter expansivo e da lesão. Sendo assim, uma punção aspiratória foi conduzida sendo positiva para líquido do tipo amarelo-citrino e, no mesmo momento operatório, por meio de acesso mucoperiosteal realizou-se biópsia incisional e com sutura de bordas (Figura 4) permitindo descompressão da provável lesão cística em um procedimento chamado marsupialização (Figuras 4 e 5). Diante dos achados clínico-imaginológico, as

hipóteses diagnósticas levantadas foram de ameloblastoma unicístico e queratocisto.

A microscopia revelou fragmento epitelial com camada basal hipercromática e polarizada com células epiteliais que lembram o retículo estrelado sem invasão de epitélio ameloblastoso para o interior da cápsula conjuntiva sugerindo uma variação intraluminal. (Figura 6).



Figura 2. Aspecto clínico intrabucal mostrando atraso eruptivo do segundo molar inferior.



Figura 3. Radiografia panorâmica inicial mostrando extensa região de osteólise com envolvendo ramo e corpo mandibular com abaulamento e dissolução de corticais.



Figura 4. Líquido citrino obtido de punção na região da lesão prévio ao procedimento.

A proservação ao fim de 7 meses mostrou regressão dimensional da lesão, com importante neoformação óssea centrípeta (Figura 7), predispondo o paciente à remoção lesional sob anestesia geral, com curetagem vigorosa (Figura 8) associada a ostectomia periférica

com instrumento rotatório (Figura 9).



Figura 5. Descompressão da lesão em aspecto imediato e tardio após epitelização do trajeto mostrando fácil acesso à região para irrigações realizadas pelo paciente.

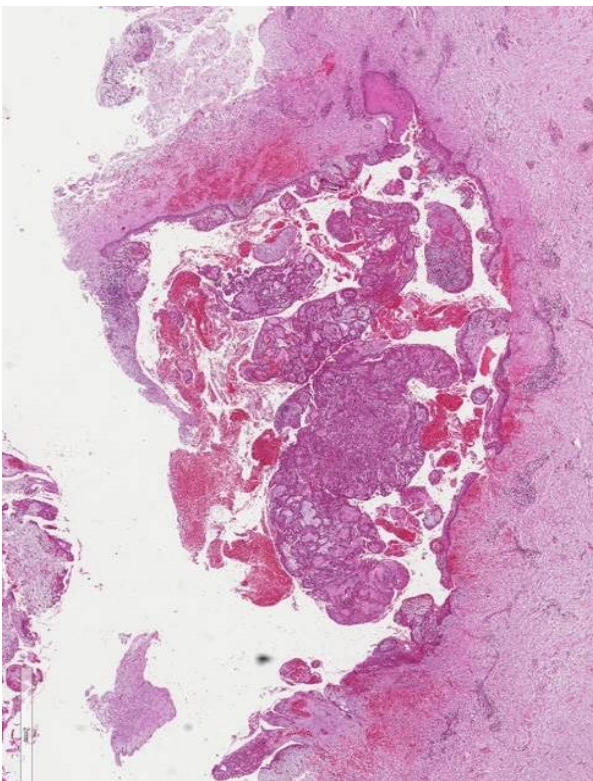


Figura 6. Fotomicroscopia de HE da amostra colhida no procedimento de descompressão note epitélio intraluminal com células que lembram retículo estrelado e camada basal hiper cromatizada polarizada.



Figura 7. Radiografia panorâmica após sete meses da descompressão mostrando erupção espontânea do segundo molar e intensa neoformação óssea nas margens da lesão.

O exame histopatológico resultante da curetagem

mostrou regiões em que há além da infiltração intraluminal proliferações intramurais, sendo compatível, portanto, com o diagnóstico definitivo de ameloblastoma unicístico caracterizando as variantes luminal e mural simultaneamente (Figura 10).

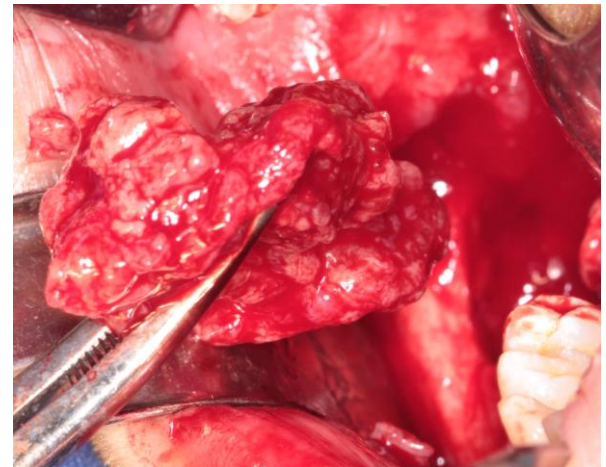


Figura 8. Produto lesional obtido de curetagem óssea na região afetada.

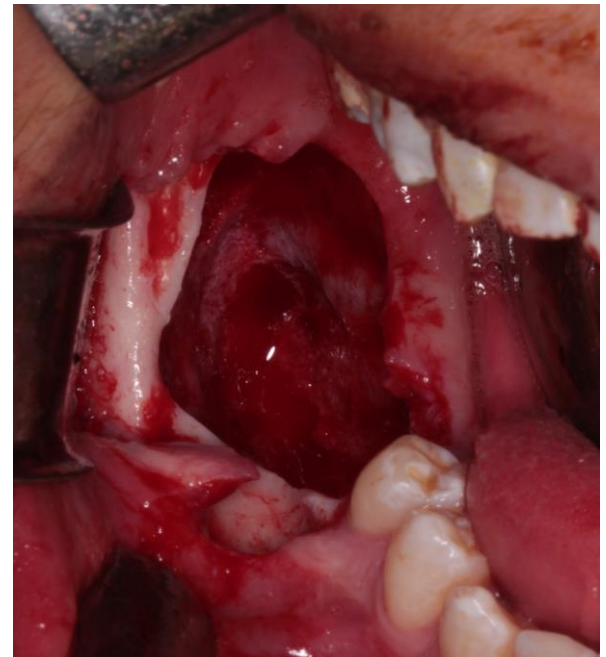


Figura 9. Loja cirúrgica após curetagem e ostectomia periférica.

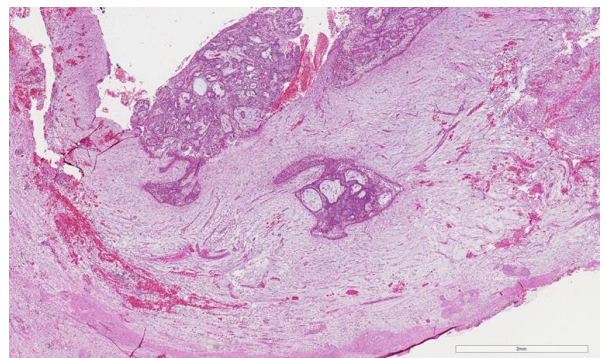


Figura 10. Nova fotomicroscopia obtida de procedimento de enucleação lesional mostrando variações de epitélio ameloblastoso intramural (seta) em associação a epitélio semelhante intraluminal mostrando ambas apresentações na mesma lesão.



Figura 11. Radiografia panorâmica imediata resultante do procedimento de enucleação da lesão



Figura 12. Radiografia panorâmica atual do paciente em seguimento clínico após 16 meses após a descompressão sem sinais de recidiva.

Frente a exposição ao paciente dos resultados do novo exame anatomopatológico e exposta a possibilidade, caso queira, de tratamento radical ressectivo abrangendo as margens iniciais da lesão (do côndilo mandibular até a região de incisivos), configurando uma hemimandibulectomia, optou-se pelo acompanhamento da lesão e, se necessário, futuras intervenções para curetagem e ostectomia de eventuais recidivas, especialmente considerando a variante mural identificada no último procedimento. Em acompanhamento clínico e radiográfico após 16 meses clinicamente e radiograficamente não foi constatado sinal de recidiva da lesão.

O relato de caso está de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e consentimento do paciente e sua representante legal, mediante assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. DISCUSSÃO

Constitui-se objetivo do tratamento dos tumores odontogênicos, a resolutividade da afecção em questão, minimizando o prejuízo das funções mastigatória, fonética, respiratória e estética facial do aparelho estomatognático¹⁰. A depender de fatores como velocidade de crescimento e grau de diferenciação celular, o ameloblastoma unicístico pode ter uma variação histológica exclusivamente luminal, que responderia positivamente a uma intervenção mais conservadora como descompressão, enucleação e curetagem. Já em uma apresentação mural caracterizada pela invasão epitelial do tecido conjuntivo subjacente justificando uma eventual ressecção cirúrgica com margens de segurança, similar ao utilizado para ameloblastomas convencionais^{7, 11-14}.

No presente trabalho a microscopia da biópsia incisional do paciente, constituída por pequeno fragmento lesional sugestiva de uma variante luminal,

entretanto a análise da lesão como um todo mostrou variantes luminal e mural em um mesmo ameloblastoma. Tal ocorrência é de certa forma frequente uma vez que eventualmente a biópsia incisional para descompressão se restringe a limitações por ser realizada em local distante da provável região de origem da lesão e frente a características anatômicas da musculatura e estruturas nobres adjacentes além do acesso fácil ao paciente para higienização e manutenção da patência criada, por isso o fragmento obtido muitas vezes não é representativo da lesão como um todo e sugere aspectos histológicos de outras lesões ou outras variantes da lesão em questão, por isso a análise da lesão como um todo é fundamental no diagnóstico e manejo futuro dessas lesões, além do caráter informativo ao paciente.

Em tratamento ressectivo há erradicação da lesão às custas do sacrifício de estruturas anatômicas importantes e nobres do ponto de vista funcional, por meio de maxilectomia ou mandibulectomia, cuja não reconstrução significa em colapso funcional e estético da face e consequente degradação da qualidade de vida do paciente, por isso o tratamento reconstrutivo deve ser instituído de maneira preferencialmente imediata objetivando a reabilitação e tendo como meta o restabelecimento da condição anterior a manifestação da lesão. Esta abordagem tem como princípio a erradicação da lesão e embasa-se no potencial de recidiva da lesão frente a outras modalidades menos radicais. Em leitura do tema nos deparamos com a informação que células tumorais apresentam infiltração no trabeculado ósseo em uma abrangência de 2-8 mm e, portanto, células tumorais estão contidas perifericamente a lesão e dessa forma justifica uma margem de 1-1,5 cm em tratamento ressectivo¹². Em concordância com essa afirmação as variantes com característica intramural devem ser tratadas de maneira agressiva já que potencialmente células tumorais ainda remanesçam após curetagem simples no trabeculado medular¹¹. Como vantagem do tratamento agressivo está a menor possibilidade de recidiva e como desvantagem, um tratamento mórbido, dispendioso, é dependente de estrutura física e tecnológica e potencialmente pode resultar em seqüela estética e funcional ao paciente^{7, 9, 10, 15}.

Já na segunda modalidade trata-se de um tratamento com múltiplas intervenções de pequeno porte com preservação das estruturas anatômicas, estando limitado à incerteza frente a erradicação da lesão podendo a recidiva ocorrer após longos períodos de acompanhamento. São de intervenções como curetagem com ostectomia periférica em associação ou não a métodos físicos ou químicos como crioterapia ou emprego de solução de Carnoy. Outra abordagem amplamente utilizada é a descompressão e marsupialização com posterior remoção do remanescente. Nesta modalidade podem ser necessários procedimentos de menor porte ao longo de meses ou anos para tratamento de recidivas ou remoção de remanescentes da descompressão. É inegável a vantagem da preservação de estruturas anatômicas faciais com manutenção de estética e função com

intervenções de menor porte e menor dependência de estrutura física, tecnológica e treinamento especializado profissional⁵⁻⁹. Laborde *et al.* (2017)¹⁶ em estudo clínico retrospectivo acerca do tema avaliou 27 ameloblastomas acompanhados por um período médio de 44 meses mostrando que dos 16 pacientes tratados de maneira conservadora, metade foram curados após tratamento conservador na primeira intervenção, dois foram curados após a segunda intervenção e outros dois foram curados após três intervenções sendo que apenas dois pacientes necessitaram de tratamento ressectivo e desta forma 12,5% (2/16) da amostra tratada de maneira conservadora tiveram sua lesão tratada sem sequelas funcionais, estéticas, neurológicas e mastigatórias por meio de tratamento conservador¹⁶. Estudos emblemáticos como este com longos acompanhamentos estão presentes em diversas publicações acerca do tema e indicam resultados semelhantes^{6-8, 17-22}.

Frente aos dois algoritmos de tratamento que apresentam como princípio certa dicotomia, alguns fatores devem ser levados em conta na tomada de decisão frente aos fatores clínicos da mesma forma que o paciente influi no processo decisório e estabelecimento de um plano de tratamento. No caso apresentado, além do aspecto histológico e clínico transoperatório, a idade do paciente apresentou-se como uma limitação do tratamento por meio da mandibulectomia já que a perda do estímulo funcional no crescimento mandibular levaria a uma maturação facial desarmonica e deformidade facial. Um terceiro fator que influiu no caso foi a localização da lesão e o remanescente ósseo uma vez que lesões que envolvem o côndilo mandibular, soalho de órbita e fossa infratemporal apresentam possibilidade de recidiva em base de crânio e/ou em associação a estruturas nobres cujas consequências são desastrosas, da mesma forma que lesões expansivas que já desconstituíram o arco mandibular ou separação da cavidade bucal e nasal são lesões cujo tratamento tende a ser agressivo e portanto ressectivo erradicando a lesão, todas situações que não se aplicam ao caso^{7,9}. Sendo assim, mesmo diante da presença de uma microscopia mural também presente na lesão, o tratamento mais conservador instituído, caracterizado por boa ostectomia periférica e extração dos dentes associados à lesão, foi instituído e o paciente vem sendo acompanhado trimestralmente, estando ciente de que diante de qualquer eventual indício de recidiva, uma nova abordagem cirúrgica poderá ser necessária.

4. CONCLUSÃO

O escopo do tratamento dos pacientes está muito além de padronizações e relações de causa e efeito com condutas pré-determinadas de forma que muitos outros fatores influem nas tomadas de decisão sejam eles objetivos, biológicos, comportamentais, sociais e culturais, assim o imponderável se mostra um elemento presente. Os desfechos são fruto de um trabalho intelectual com embasamento teórico e análises sob

fatores que venham a influir nas decisões clínicas, dessa forma, a individualização do tratamento é um axioma na condução desses casos. Neste contexto, os ameloblastomas são lesões desafiadoras cujo exame anátomo-histopatológico torna-se essencial tanto para a condução do melhor tratamento quanto para a preservação que se faz necessária após a exérese lesional.

5. AGRADECIMENTO

Agradecimento especial é dado aqui as instituições que forneceram recursos humanos materiais e estruturais para a condução deste e muitos outros casos que são diariamente tratados nestes nosocômios, em especial ao Hospital odontológico, Laboratório de Patologia Oral e Maxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia e Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

6. REFERÊNCIAS

- [1] El-Naggar Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg P, editors. World Health Organization classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. IARC Press. Lyon. 2017; 205-60.
- [2] Philipsen HP, Ormiston IW, Reichart PA. The desmo and osteoplastic ameloblastoma. Histologic variant or clinicopathologic entity? Case reports. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 1992; 21(6):352-7.
- [3] Laughlin EH. Metastasizing amleoblastoma. Cancer. 1989; 64(3): 776-80.
- [4] Ivey RH, Churchill HR. The need of a standardized surgical and pathological classification of tumors and anomalies of dental origin. Am Assoc Dental School Trans. 1930; 7:240-5.
- [5] Nakamura N, Higuchi Y, Tashiro H, Ohishi M. Marsupialization of cystic ameloblastoma: a clinical and histopathologic study of the growth characteristics before and after marsupialization. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 1995; 53(7):48-54.
- [6] Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics. 2002; 93(1):13-20.
- [7] Pogrel MA, Montes DM. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2009; 38(8):807-12.
- [8] Almeida Rde A¹, Andrade ES², Barbalho JC², Vajgel A², Vasconcelos BC². Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2016; 45(3):359-67. doi: 10.1016/j.ijom.2015.12.016. Epub 2016 Jan 11.
- [9] Escande C, Chaîne A, Menard P, Ermenwein D, Ghoul S, Bouattour A, Berdal A, Bertrand JC, Ruhin-Poncet B. A treatment algorithm for adult ameloblastomas according to the Pitié-Salpêtrière Hospital experience. Journal of Craniomaxillofacial Surgery. 2009; 37(7):363-9.
- [10] Ghandhi D, Ayoub AF, Pogrel MA, MacDonald G, Brocklebank LM, Moos KF. Ameloblastoma: a surgeon's dilemma. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2006; 64(7): 1010-4.

- [11] Ackermann GL, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma: a clinicopathologic study of 57 cases. *Journal of Oral Pathology*. 1988; 17(9-10):541-46.
- [12] Carlson ER, Marx RE. The ameloblastoma: primary, curative surgical management. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2006; 64(3):484-94.
- [13] Philipsen HP, Reichart PA. Unicystic ameloblastoma: A review of 193 cases from the literature. *Oral Oncology*. 1998; 34(5):317-25.
- [14] Sauk JJ, Nikitakis NG, Scheper MA. Are we on the brink of nonsurgical treatment for ameloblastoma? *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*. 2010; 110(1):68-78.
- [15] Gardner DG, Pecak AM. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Cancer*. 1980; 46(11):2514-9.
- [16] Laborde A, Nicot R, Wojcik T, Ferri J, Raoul G. Ameloblastoma of the jaws: Management and recurrence rate. *Europea Annals of Otorhinolaryngology and Head and Neck Diseases*. 2017; 134(1):7-11.
- [17] Sehdev MK, Huvos AG, Strong EW, Gerold FP, Willis GW. Proceedings: ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer*. 1974; 33(2):324-33.
- [18] Müller H, Slootweg PJ. The ameloblastoma, the controversial approach to therapy. *Journal of Maxillofacial Surgery*. 1985; 13:79-84.
- [19] Ueno S, Mushimoto K, Shirasu R. Prognostic evaluation of ameloblastoma based on histologic and radiographic typing. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1989; 47(1):11-5.
- [20] Olaitan AA, Adeola DS, Adekeye EO. Ameloblastoma: clinical features and management of 315 cases from Kaduna, Nigeria. *Journal of Craniomaxillofacial Surgery*. 1993; 21(8):351-5.
- [21] Hong J, Yun PY, Chung IH, Myoung H, Suh JD, Seo BM, Lee JH, Choung PH. Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2007; 36(4): 283-8.
- [22] Hertog D, van der Waal I. Ameloblastoma of the jaws: a critical reappraisal based on a 40-years single institution experience. *Oral Oncology*. 2010; 46(1):61-4.