

O USO DA DESCOMPRESSÃO NO TRATAMENTO DE AMELOBLASTOMA CÍSTICO - RELATO DE CASO

THE USE OF DECOMPRESSION IN THE TREATMENT OF CYSTIC AMELOBLASTOMA REPORT OF A CASE

*José Rodrigues LAUREANO FILHO**

*Igor Batista CAMARGO***

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor do epitélio odontogênico que corresponde a, aproximadamente, 10% dos tumores odontogênicos e 1% de todos os tumores e cistos da mandíbula. As modalidades de tratamento desta patologia têm sido divididas em conservadoras e radicais. As abordagens conservadoras são: enucleação, curetagem, marsupialização e descompressão, sendo estas associadas ou não à crioterapia. Avanços recentes no entendimento do comportamento biológico desta lesão têm levado a abordagens cirúrgicas mais conservadoras, reduzindo a necessidade de ressecções maiores. O tratamento aqui descrito é a descompressão que consiste no uso de dispositivos instalados adjacentes à lesão, para que se façam irrigações intralésionais, evitando o crescimento da lesão e estimulando a sua diminuição pela neoformação óssea. O objetivo deste trabalho é o de discutir, através da demonstração de um caso clínico e da revista da literatura, o uso da descompressão como modalidade de tratamento alternativo para ameloblastomas.

Descritores: ameloblastoma unicístico, descompressão cirúrgica, cirurgia.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a tumor of the odontogenic epithelium that represents approximately 10% of odontogenic tumors and 1% of all tumors and cysts of the jaw. The modalities of treatment of this condition have been divided into radical and conservative. The conservative approaches are enucleation, curettage, marsupialization and decompression, whether associated or not with cryotherapy. Recent advances in the understanding of the biological behavior of this injury have led to more conservative approaches to surgery, thereby reducing the need for larger resections. The treatment described is the decompression that consists of the use of devices fitted adjacent to the injury so that intralesion irrigation may be performed, preventing the growth of the injury and stimulating its reduction by the formation of new bone. The purpose of the present study is to discuss, through the presentation of a clinical case and a review of the literature, the use of decompression as an alternative modality of treatment for ameloblastomas.

Descriptors: ameloblastoma, decompression surgical, surgery.

INTRODUÇÃO

Atualmente, encontram-se, na literatura, diversos estudos relacionados aos ameloblastomas, visto que são considerados por Neville et al. (1998) como os tumores odontogênicos de maior significância clínica. Dessa forma, registrou-se o conhecimento de três tipos clínicos de ameloblastomas os quais irão,

de acordo com o seu comportamento biológico, determinar a forma de tratamento. São eles: o periférico, o unicístico e o multilocular ou sólido (GARDNER, PECAK, 1980). A variante unicística foi primeiramente descrita por Robinson e Martinez (1977) como sendo uma entidade distinta de outras

* Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela FOP/UNICAMP, Professor da Disciplina de Cirurgia da FOP/UPE.

** Cirurgião-Dentista, Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

lesões com aspectos císticos e, ainda, Gardner e Corio (1984) acrescentaram o termo plexiforme aos casos de ameloblastomas unicísticos que possuem proliferação epitelial em direção ao lúmem.

Dentre esses três, o ameloblastoma unicístico, que, de acordo com Ackerman et al. (1988), apresenta 3 subtipos histológicos: 1) cístico simples; 2) com ploriferação plexiforme intraluminal e 3) mural com ploriferação para tecido conjuntivo circunvizinho. Este último tem gerado controvérsias em relação ao seu diagnóstico e, principalmente, ao seu tratamento.

O diagnóstico baseado em evidências clínicas e radiográficas nem sempre é verdadeiro, sendo, apenas, o exame histopatológico o único capaz de apresentar o diagnóstico final diante de um achado clínico e radiográfico controverso. Uma vez confirmado o diagnóstico de ameloblastoma unicístico, têm-se sugerido abordagens conservadoras para estas lesões, como o uso da curetagem, enucleação (AZOUBEL et al., 1997), marsupialização (NAKAMURA et al., 1995; NAKAMURA et al., 2002) e, ainda, a descompressão, que consiste no uso de dispositivos (obturadores instalados adjacentes à lesão, para que se façam irrigações intralesionais, evitando o crescimento da lesão e estimulando a sua diminuição devido à neoformação óssea (SHTEYER, 2002).

O objetivo deste trabalho é o de demonstrar, através de um caso clínico, o emprego da técnica de descompressão no tratamento de um ameloblastoma unicístico em mandíbula, objetivando uma enucleação/curetagem tardia da lesão remanescente, diminuindo a necessidade de cirurgias com abordagens radicais como primeira opção de tratamento.

RELATO DO CASO

A paciente J. T. L., sexo feminino, 13 anos de idade, melanoderma, procurou o ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE) – PE em novembro de 2002, com sua genitora,

queixando-se de incômodos dolorosos discretos na ectoscopia, verificou-se uma discreta assimetria facial, abrangendo a região mentoniana e o corpo mandibular esquerdo (FIG. 1). No exame intrabucal, notou-se um aumento de volume na região do rebordo alveolar, estendendo-se pelo fundo de sulco, desde o segundo pré-molar até a porção correspondente ao segundo molar que ainda se encontrava desdentada (FIG. 2)



Figura 1: Visão extrabucal.



Figura 2: Visão intrabucal.

Na radiografia panorâmica, observou-se área radiolúcida circunscrita e bem delimitada na porção mais inferior da mandíbula. Suas dimensões aproximadas eram de 5,0 X 3,0 X 3,0 centímetros em seu maior diâmetro. Junto ao processo alveolar, não havia uma interrupção da linha radiopaca que circunscruvia a lesão, sugerindo ausência de contato

desta com os tecidos moles da área (FIGS. 3 e 4). Na radiografia oclusal, foi possível evidenciar a expansão das corticais vestibular e lingual bem como a presença de osso na basilar (FIG 5).



Figura 3: Radiografia panorâmica inicial.



Figura 4: Visão radiográfica aproximada da lesão.



Figura 5: Radiografia oclusal inicial.

Houve a proposta para um plano de tratamento, levando-se em consideração a idade da paciente e os aspectos clínicos e radiográficos, tendo-se iniciado com a realização da biópsia incisional, seguida da imediata descompressão, utilizando-se, para isso, um dispositivo de plástico, confeccionado a partir de um tubete de anestésico recortado.

Foram solicitados exames pré-operatórios de rotina, cujos resultados se encontravam dentro dos parâmetros de normalidade, tornando a paciente apta a ser submetida ao procedimento sob anestesia local.

A punção aspiratória prévia revelou a presença de líquido citrino no interior da lesão (FIGS. 6, 7, 8 e 9).



Figura 6: Punção aspirativa.

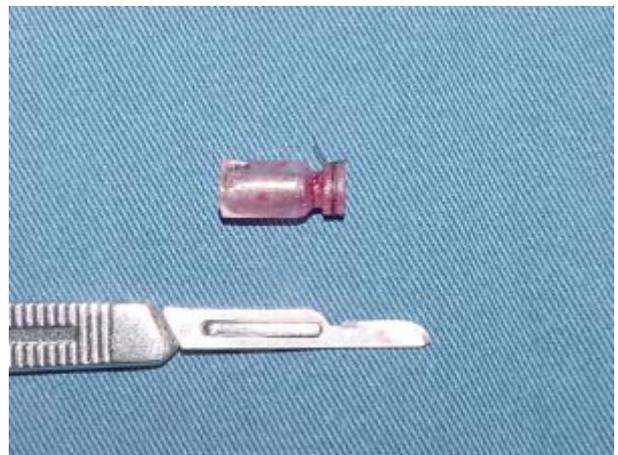


Figura 7: Dispositivo de descompressão.



Figura 8: Material colhido para biópsia.



Figura 9: Dispositivo de decompressão instalado

No pós-operatório de uma semana, a paciente foi acompanhada no ambulatório onde foram iniciadas as irrigações intralesionais com soro fisiológico 0,9% (FIG. 10), tendo sido a paciente orientada a adotar este procedimento em sua residência.

Estas irrigações foram realizadas por um período de 09 meses, com revisões clínico-radiográficas trimestrais.

Após este período, novas radiografias panorâmica e oclusal revelaram neoformação óssea suficiente, para que se possa proceder à enucleação e/ou curetagem da lesão (FIGS. 11 e 12).

Neste estágio do acompanhamento, ficou evidenciada, clinicamente, a diminuição da assimetria facial (Fig. 13) e o início da erupção dos dentes 47 e 48. O laudo histopatológico da biópsia incisinal,

seguida da decompressão pela instalação do obturador, revelou se tratar de um ameloblastoma unicístico (FIG. 14).



Figura 10: Irrigação intralesional.



Figura 11: Panorâmica após decompressão (9 meses).



Figura 12: Oclusal após decompressão.



Figura 13: Visão extrabucal com diminuição da assimetria facial.

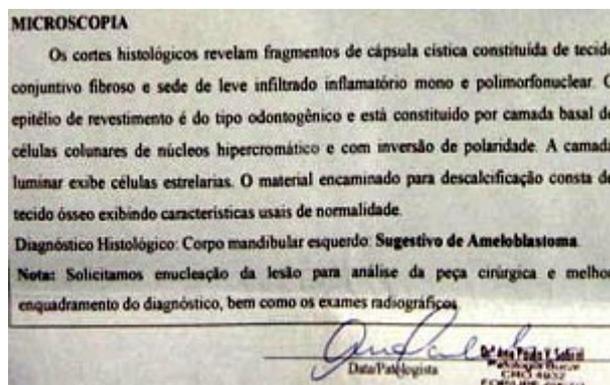


Figura 14: Laudo histopatológico da biópsia incisional.

A paciente encontra-se em proervação clínica e radiográfica trimestral de 1 ano e 3 meses em que se planeja realizar, no mesmo ato operatório, a enucleação e/ou curetagem da lesão remanescente, seguida do ato operatório do tracionamento, caso seja viável, ou das exodontias, para se evitarem possíveis recidivas, provenientes de tecidos adjacentes aos dentes 47 e 48.

DISCUSSÃO

A origem dos ameloblastomas unicísticos é incerta. Leider, Eversole e Barkin (1985) relatam que estas lesões representam mudanças ameloblastomatosas em um cisto pré-existente do que a degeneração cística de um tumor sólido. Por este mesmo motivo, preferem o uso da

terminologia ameloblastoma cístico ao emprego do unicístico. Ainda Holmlund et al. (1991) relatam três casos de ameloblastomas, originados a partir de cistos odontogênicos (cistos radiculares e um dentígero), que foram curetados inicialmente, para, depois, então, formarem ameloblastomas. Isto nos leva a crer que uma das possibilidades do surgimento da lesão do caso clínico exposto seja a partir de um cisto periapical, proveniente do elemento 46 avulsionado.

Orlowski, Doyle e Salb (1991) descrevem um caso clínico de ameloblastoma unicístico com potencial formador de matriz de dentina no interior da lesão. Relatam que a observação desta característica em uma lesão, como o ameloblastoma, deva ser vista com toda a atenção, para se evitar a troca do diagnóstico, afirmando, porém, que esta, provavelmente, não afeta o comportamento clínico da lesão, devendo esta ser tratada com o mesmo prognóstico de um ameloblastoma sem produção de matriz calcificada.

Para Gardner (1984), Feinberg e Steiberg *apud* Azoubel et al. (1997), o ameloblastoma unicístico é tratado cirurgicamente por enucleação, porque se apresenta clinicamente como cisto. Consideram, no entanto, importante que haja uma proervação de, no mínimo, dez anos. Já Haug et al. (1990) relatam que os pacientes submetidos à curetagem devam ser acompanhados duas vezes por ano, no mínimo, por 5 anos, preferencialmente, por 10 anos.

Por outro lado, em um estudo com 41 casos de ameloblastomas em mandíbula, Pinsolle et al. (1995) realizaram tratamentos, como curetagem inicial e ressecção dos tumores. Destes, 7 pacientes apresentaram uma ou mais recorrências, tendo sido submetidos à radioterapia. Estes autores concluíram o trabalho, afirmando que abordagens mais agressivas devem ser tomadas em casos de ameloblastomas definidos como nos que tiverem acima de 1 a 2 cm de tamanho na lesão inicial. Defenderam, ainda, o uso

da radioterapia nos casos de lesões com múltiplas recorrências.

NAKAMURA et al. (1995), (2002) realizaram estudos em ameloblastomas císticos, para avaliarem a efetividade da marsupialização no tratamento dessas lesões. Concluíram que este método é mais efetivo em adolescentes, podendo ser considerado como de utilidade no tratamento preliminar deste tipo de lesão.

Reforçaram, ainda, que, durante a marsupialização, o tumor ainda tem potencial de infiltração nos tecidos circunvizinhos. Semelhante ao caso clínico aqui exposto, os autores realizavam, durante o mesmo tempo operatório, a biópsia incisional e a marsupialização, sendo o tempo de utilização desta forma de tratamento mais efetivo nos casos que duraram mais de 04 meses.

Um estudo, no qual se avaliaram ameloblastomas em crianças, realizado por Ord et al. (2002), revelou que o grau de recorrência de ameloblastomas unicísticos em crianças com idade média de 15 anos e acompanhamento pós-enucleação de cinco anos (ou até a recorrência) foi de 40%. Este mesmo estudo conclui que os ameloblastomas em crianças diferem daqueles existentes em adultos com um maior percentual de tumores unicísticos. Relataram também, que, embora a curetagem apresente graus de recorrência aceitáveis no tratamento desta variante, maiores pesquisas são necessárias. Relataram, ainda, em concordância com Rosentein et al. (2001), que os tumores unicísticos com invasão mural necessitam de cirurgias mais agressivas.

Shteyer (2002) faz uma discussão a respeito das opiniões lançadas por Ord et al. (2002) quanto ao tratamento de ameloblastomas em crianças, ressaltando a importância da realização, sempre que possível, de procedimentos cirúrgicos os mais conservadores. Sugeriu um plano de tratamento a ser seguido para estes casos, que possui passos semelhantes aos adotadas em nosso caso clínico: 1) realizar diagnóstico diferencial preciso, aconselhando

as punções; 2) tratamento conservador que consiste na biópsia incisional e na descompressão no mesmo tempo operatório, seguida pela enucleação após 3 a 4 meses; 3) exames do espécime com múltiplos cortes seriados, para avaliar a extensão do tumor; 4) acompanhamento pós-operatório durante longo período e (5) em casos de recorrência, proceder a cirurgias extensivas.

A diferença da descompressão utilizada no presente caso clínico e a realizada por Shteyer (2002) é que este descomprime a lesão pelo uso de gases iodoforadas embebidas em verniz de Whitehead, o qual é composto por 10g benzoína, 10g iodoforme, 7,5g stórax, 5g de tolubalsamo em solvente, até completar 100ml. A gaze é trocada do interior da lesão a cada duas semanas, por um período de 3 a 4 meses. Este autor também sugere o uso da solução de Cornoy (90ml de álcool absoluto, 3ml de clorofórmio, 10ml ácido acético e 10g de ferro clorado) durante a enucleação da lesão. Já Nakamura et al. (2002) fazem uso de violeta genciana a 2,5%, para guiar a enucleação e a curetagem do osso envolvido em lesão. A literatura demonstra que os ameloblastomas unicísticos, tratados de maneira conservadora, têm apresentado um significativo índice de sucesso, apesar de a probabilidade de recidiva estar presente. Assim, a descompressão deve ser o tratamento de eleição, principalmente nos casos de pacientes jovens, quando a probabilidade de mutilação, através das cirurgias agressivas, deva ser descartada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no caso clínico exposto em que a descompressão foi eficaz, defende-se a idéia do uso prévio da descompressão no tratamento de ameloblastomas, principalmente nos tipos unicísticos, para que, então, se proceda à enucleação/curetagem, diminuindo-se a probabilidade de mutilações aos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ACKERMAN et al. The unicystic ameloblastoma: a clinicopathological study of 57 cases. **J Oral Pathol**, v. 17, p. 541-546, 1988.
- 2 - AZOUBEL, E. et al. Ameloblastoma unicístico em mandíbula: relato de um caso. **Rev Odonto Ciência**, n. 24, v. 2, p. 215-220, 1997.
- 3 - GARDNER, D. G. A pathologist's approach to the treatment of ameloblastoma. **J Oral maxillofac Surg**, v. 42, p. 161-166, 1984.
- 4 - GARDNER, D. G.; PECAK, A. M. J. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. **Cancer**, v. 46, p. 2514-2519, 1980.
- 5 - GARDNER, D. G.; CORIO, R. L. Plexiform unicystic ameloblastoma: a variant of ameloblastoma with a low-recurrence rate after enucleation. **Cancer**, v. 53, p. 1730-1735, 1984.
- 6 - HAUG, R. H. et al. reviewing the unicystic ameloblastoma: report of two cases. **J Am Dent Assoc**, v. 121, p. 701-705, 1990.
- 7 - HOLMLUND A. et al. Ameloblastomas originating from odontogenic cysts. **J Oral Pathol Med**, v. 20, p. 318-321, 1991.
- 8 - LEIDER, A. S.; EVERSOLE, L. R.; BARKIN, M. E. Cystic ameloblastoma: a clinicopathologic analysis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 60, p. 624-630, 1985.
- 9 - NAKAMURA, N. et al. Marsupialization of cystic ameloblastoma: a clinical and histological study of the growth characteristics before and after marsupialization. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 53, p. 748-754, 1995.
- 10 - NAKAMURA, N. et al. Comparison of long term results between different approaches to ameloblastoma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 93, p. 13-20, 2002.
- 11 - NEVILLE, B.W. *et al.* **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 711 p.
- ORD, R. A. et al. Ameloblastoma in children. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 60, p. 762-770, 2002.
- 12 - ORLOWSKI, W. A.; DOYLE, J. L.; SALB, R. Unique odontogenic tumor with dentinogenesis and features of unicystic plexiform ameloblastoma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 72, p. 91-94, 1991.
- 13 - PINSOLLE, J. et al. Treatment of ameloblastoma of the jaws. **Arch oto H & N Surg**. n. 9, v. 121, p. 994-996, 1995.
- 14 - ROBINSON, L, MARTINEZ, M. G. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. **Cancer**, v. 40, p.; 2275-2285, 1977.
- 15 - ROSENTEIN, T. et al. Cyst ameloblastoma: behavior and treatment of 21 cases. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 59, p. 1311-1316, 2001.
- 16 - SHTEYER, A. Discussion: ameloblastoma in children. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 60, p. 770-771, 2002.