

Ameloblastoma folicular extensivo em mandíbula

Extensive follicular ameloblastoma in the mandible

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, de grande variação histológica, com alguns tipos apresentando alta propensão para recorrência. Diversos tratamentos são indicados, incluindo uma abordagem mais conservadora, desde a curetagem e a marsupialização até as mais radicais, como ressecções parciais ou totais da área afetada. O presente trabalho tem como objetivo proceder a uma revisão de literatura, abordando aspectos, a exemplo dos diferentes tipos de tratamento, algumas limitações e vantagens das técnicas, bem como apresentar um relato de um caso clínico conduzido pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no Hospital Nossa Senhora da Conceição (Tubarão/SC) de um paciente submetido à exérese de ameloblastoma multicístico e reconstrução imediata com enxerto de costela flutuante livre do lado direito, com resultado satisfatório na reabilitação do caso, restabelecendo o contorno anatômico e a função condilar.

Palavras-Chave: Ameloblastoma; Reconstrução Mandibular; Enxerto Ósseo.

ABSTRACT

The ameloblastoma is a benign tumor that has a great histological variation, being that in some types show high tendency of being recurring. Several treatments are indicated, including a more conservative approach, like curettage and marsupialization, even the most radical ones, like partial or total resection of the infected area. This paper aims to make a revision of literature, approaching aspects like the different types of treatment, some of its limitations and technical advantages, as well as show a clinical case conducted by the Oral and Maxillofacial surgery and traumatology team at Nossa Senhora da Conceição Hospital (Tubarão /SC) of a patient subjected to exeresis of multicisticameloblastoma and immediate reconstruction with right side floating rib graft, showing a satisfactory result on the rehabilitation of the case, reestablishing the anatomic shaping and condylar function.

Keywords: Ameloblastoma; Mandibular Reconstruction; Bone Transplantation.

Eduarda Braz

Cirurgiã-Dentista Clínico Geral,
Graduação Unisul

Felipe Daniel Burigo Dos Santos

Cirurgião-Dentista Clínico Geral,
Graduação Unesc

Marcelo Matos Rocha

Professor na UNISUL - Universidade,
Cirurgião Bucomaxilofacial no Hospital
Nossa Senhora da Conceição e Mestre
em Estomatologia Clínica na PUCRS

Manuel Otávio Schmitz

Cirurgião Bucomaxilofacial no Hospital
Nossa Senhora da Conceição e
Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial

Flávio Henrique Silveira Tomazi

Cirurgião Bucomaxilofacial no Hospital
Nossa Senhora da Conceição e
Especialista, Mestre e Doutorando em
Cirurgia Bucomaxilofacial PUCRS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hospital Nossa Senhora da Conceição
Endereço para correspondência:
Eduarda Braz
Av. Rodovalho, 248/601
Tubarão – SC/Centro
Cep: 88701-170
Email: eduardabraz@icloud.com

INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos são lesões patológicas benignas ou malignas, em geral denominadas de neoplasia, que se originam de células do epitélio, mesênquima ou ambos, conhecidos como mistos.¹

Os Ameloblastomas são parte dos tumores odontogênicos, que exigem conhecimento por parte dos Cirurgiões-Dentistas, uma vez que representam cerca de 1% de todos os tumores e cistos, os quais afetam a região maxilo-mandibular, e 23% dos tumores odontogênicos. Sua etiologia é amplamente discutida, e seus tratamentos são variados.^{2,3}

Essas neoplasias se originam do epitélio odontogênico, podendo ser de remanescentes celulares do órgão do esmalte, células da camada basal da mucosa oral ou revestimento epitelial de um cisto odontogênico. As células tumorais odontogênicas simulam as não entendemos células de uma fase da embriogenese dentária. Esses tecidos quando passam por fatores desconhecidos podem gerar a mudança do estado de latência para uma fase proliferativa, similar àquela que apresentavam na formação da lâmina dentária. A fase embriogênica indicará a agressividade do tumor: quanto mais inicial, mais agressiva e invasiva será a lesão.¹

Essas lesões tumorais benignas apresentam crescimento lento, e a intensidade de crescimento pode estar associada a uma baixa taxa de metástase, embora as lesões sejam localmente invasivas/agressivas nos espaços medulares do osso e também nas áreas de tecidos moles. Os pulmões correspondem ao sítio principal de metástase entre 75% a 80% dos casos, apesar de raramente serem encontrados clinicamente.^{4,5} Quando encontrados com metástase na região dos pulmões, apresentam alto potencial de recidiva, em aproximadamente 50%.³

Existe uma grande dificuldade em se identificar essa patologia nos seus estágios iniciais, uma vez que se apresenta assintomático por volta de até quatro anos iniciais de desenvolvimento. Geralmente, isso torna o diagnóstico tardio, quando a lesão já se apresenta em estágio avançado, ocasionando um grande aumento de volume. Sintomas, como dor, desconforto local e edema, são os mais comuns. Clinicamente é possível apresentar mobilidade e deslocamento dental bem como destruição óssea.⁶

Para um diagnóstico mais preciso dessas neoplasias, o exame histopatológico e exames de imagem são de fundamental emprego. Pelo fato de o diagnóstico em muitos casos ocorrerem de forma tardia, esse fator gera uma divergência na

literatura em relação à idade comum de surgimento da lesão. Estudos relatam que a idade mais comum em que ocorrem os casos de ameloblastoma são prevalente para a ocorrência de ameloblastoma compreende entre quarta e sétima décadas de vida, embora outros estudos apontem a segunda e a terceira década, possuindo um pico entre 21 e 25 anos de idade.^{2,5,7}

Devido à agressividade do ameloblastoma, o tratamento mais eficiente relatado nos estudos tem sido a ressecção da parte tumorada com margem de segurança de um a dois centímetros. mudamos um pouco este trecho. Essa ressecção pode ser total ou marginal, ou seja, envolvendo toda a espessura óssea ou sem a perda da continuidade óssea. Soluções químicas, como a solução de Carnoy ou térmicas (crioterapia), podem ser aplicadas ao leito. A Radioterapia não é indicada, e as lesões se apresentam radiorresistentes. Quando apresentado na forma unicística, um tratamento não radical pode ser sugerido, porém necessita de marsupialização para posteriormente a enucleação.^{1,8}

RELATO DE CASO

Paciente P.G, 60 anos de idade, sexo masculino, ASA II, leucoderma, compareceu ao ambulatório do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Nossa Senhora da Conceição, na cidade de Tubarão, Santa Catarina, relatando aumento de volume em terço inferior da face do lado direito e dor à mastigação.

Ao exame clínico, observou-se aumento de volume de consistência endurecida em região de corpo, ângulo e ramo da mandíbula do lado direito, assimetria facial, desvio de abertura bucal e dor ao toque na região do terceiro molar inferior direito.

Os exames de imagem (radiografia panorâmica e tomografia computadorizada) revelaram uma lesão radiolúcida, multilocular, de limites bem definidos, com expansão das corticais vestibular e lingual, em região de corpo, ângulo e ramo mandibular direito, em íntimo contato com o terceiro molar inferior direito (Figura 1A e 1B), sugestivo de ameloblastoma multicístico.

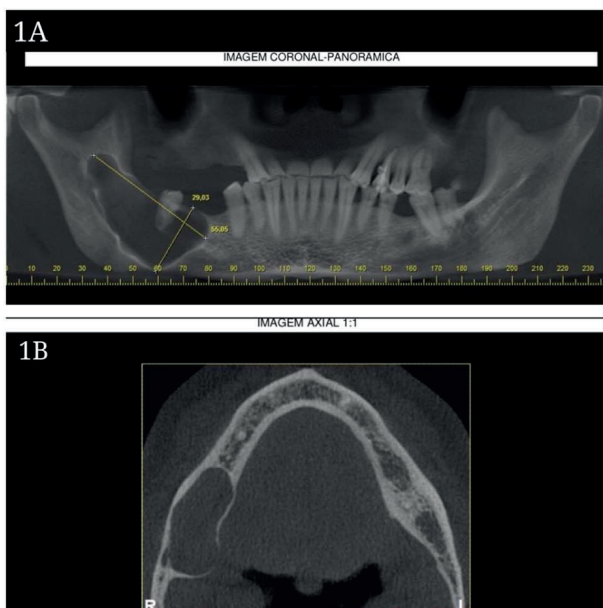


Figura 1 - 1A: Panorâmica inicial do paciente; 1B Tomografia inicial em corte Axial

Foi realizada uma biópsia incisional, e o material, submetido à análise histopatológica que evidenciou células anguladas frouxas, circundadas por células colunares hiper Cromáticas, exibindo polaridade reversa, como os ameloblastos, confirmando, assim, o diagnóstico prévio.

O paciente foi submetido à anestesia geral com intubação nasotraqueal e realizado um acesso submandibular estendido do lado direito para exposição de toda a lesão (Fig. 2). Por meio do uso de serra recíprocante, foi realizada a mandibulectomia parcial com margem de segurança de 1 cm, confirmada com radiografia transoperatória do segmento ressecado.

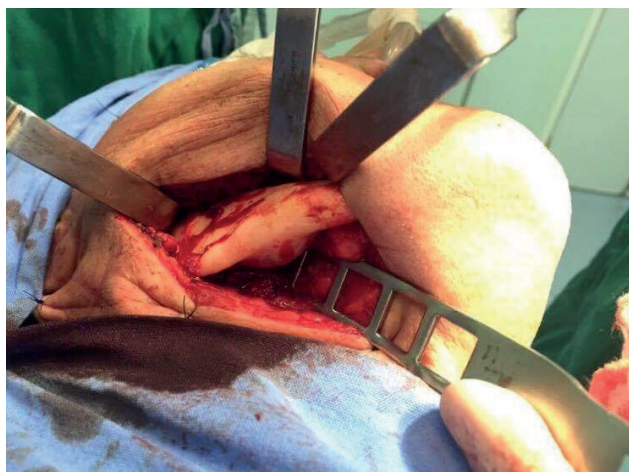


Figura 2 - 2A: Lesão em visão extraoral pelo acesso submandibular

Após a realização do bloqueio maxilomandibular, utilizou-se um enxerto costal fixado a uma placa de 2.4 mm, que foi dobrada previamente com a ajuda de prototipagem e espelhamento, para devolver o contorno da mandíbula e possibilitar reabilitação futura. (Fig. 3A)

As suturas foram feitas por planos com vicryl 4.0 até a camada mais superficial, e a região cutânea foi suturada com pontos simples, utilizando-se nylon 5.0.

O paciente foi medicado com paracetamol 500 mg + fosfato de codeína 30 mg (1 comprimido a cada 8 horas por 10 dias), nimesulida 100 mg (1 comprimido a cada 12 horas por 5 dias) e clindamicina 300 mg (1 comprimido de 8 em 8 horas por 10 dias). Foi orientado a realizar higiene bucal cuidadosa com digluconato de clorexidina 0,12% de 12 em 12 horas, por 15 dias e higienizar a região da incisão extraoral, bem como cuidados gerais.

O paciente evoluiu sem queixas álgicas e com boa cicatrização. Atualmente, encontra-se em controle clínico e radiográfico de 12 meses, sem nenhum sinal de recidiva da lesão e com o contorno mandibular preservado (Fig. 3B).

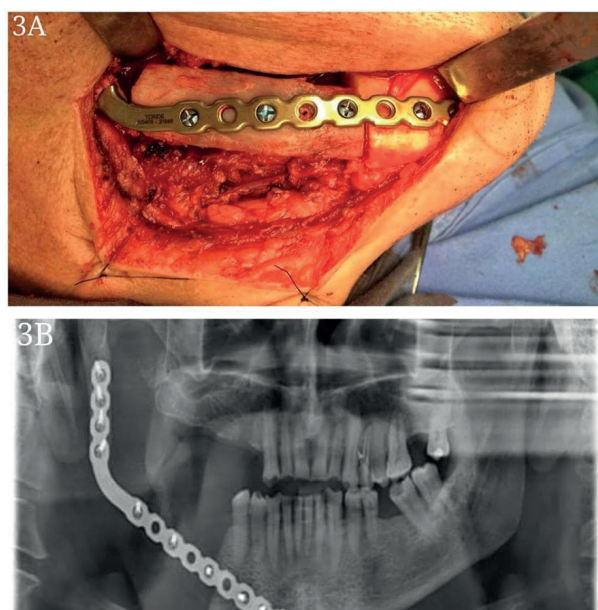


Figura 3 - 3A: Reparação imediata com enxerto de costela, placas e parafusos de titânio; Figura 3B: Panorâmica final

DISCUSSÃO

Os ameloblastomas são os mais controversos tumores odontogênicos encontrados na literatura, sendo causa de muita discussão entre os cirurgiões, principalmente quanto ao seu caráter de benignidade ou malignidade. Sendo sua descrição final um tumor benigno, porém de caráter

localmente agressivo, infiltrativo e invasivo.^{2,9}

São consideradas neoplasias, originadas do tecido epitelial, derivadas das células responsáveis pela odontogênese, tendo um padrão folicular ou plexiforme histopatologicamente.⁴

Quanto ao gênero, diferentes estudos mostram uma incidência de 1:1, não havendo predileção por sexo. Uma pesquisa realizada com 116 pacientes demonstrou uma pequena superioridade para o gênero masculino, em 1,2:1. Outro estudo com uma amostragem menor de pacientes apresentou uma predileção para o gênero feminino de 2:1, corroborando, assim, o estudo realizado no Ceará cujo resultado foi de 1:1,2 para o gênero feminino.^{3,5,9}

Em estudo realizado por Saddy², no hospital do câncer em São Paulo, no qual 52 prontuários foram analisados, houve uma discreta predominância de ameloblastoma em mulheres, contrariando os achados na literatura em que não há nenhuma prevalência entre os sexos^{4,6}. O local mais acometido foi a mandíbula, aparecendo em 86,5% dos casos, concordando com os inúmeros artigos publicados.^{3,5,6}

Em outro estudo realizado por Moraes³, no qual foram citados 6 casos de ameloblastoma, constatou-se, segundo os dados, que todos os pacientes apresentaram como manifestações clínicas: tumoração e dor; para todos os autores encontrados na revisão, os ameloblastomas não possuem outros sinais e sintomas, visto que estes possuem crescimento lento e silencioso,^{2,4} não apresentando sintomatologia nas fases iniciais. Quando apresentam tais sintomas, sua evolução já está bem avançada, existindo dor, pelo fato de apresentar processos infecciosos secundários associados.⁴

Segundo um estudo realizado no Ceará em 2016, foram analisados 376 casos de tumores odontogênicos, em que o ameloblastoma foi diagnosticado em 28,5% dos casos, sendo inferior ao ceratocisto que foi o mais presente com 31,6%.¹⁰

Ambos os estudos^{2,4} mostram que os achados radiográficos mais comumente encontrados em seus casos são o padrão multilocular na região de ramo mandibular, com limites expansivos, porém cortical óssea preservada, e dividem os ameloblastomas histopatologicamente em três maiores grupos: Unicístico 14%, periférico 1% e sólido ou multicístico 85%, tendo como base Neville *et al.*⁴, sendo o último o mais agressivo, com maior chance de recidiva e mais presente nos estudos.

Estudos recentes relatam ameloblastoma desmoplásico como um quarto tipo dessa

neoplasia, devido ao fato de apresentar diferenças radiográficas, histopatológicas e clínicas. Concordam que o sítio de maior prevalência dessas neoplasias seja a mandíbula (86,5%).^{2,6}

Para um diagnóstico final e preciso da lesão, já que o ameloblastoma não possui aspecto radiográfico patognomônico, é necessário realizar, além das convencionais radiografias, um exame mais completo, como a tomografia computadorizada e, se o paciente tiver condições, uma reconstrução da área afetada em biomodelo, que possibilitará ao Cirurgião uma melhor visão da extensão e possíveis correlações do tumor com estruturas anatômicas importantes. Em todos os casos revistos, foram utilizados, pelo menos, tomografia e biópsia para confirmação do diagnóstico.^{2,3,7}

Quanto ao método de tratamento a ser realizado, alguns autores^{3,7} preconizam tratamento radical, no qual há ressecção de toda a massa tumoral com margem de segurança de um a dois centímetros, citada por Neville⁴, devido à alta taxa de recidiva dos tumores, principalmente de padrão multicístico/sólido, como no caso acima reportado. Outros autores também relatam que o tratamento pode ser realizado de forma conservadora, com curetagem ou crioterapia.^{2,3}

CONCLUSÃO

Com base na literatura revista e no caso clínico descrito, acredita-se que o tratamento com ressecção parcial do tumor, respeitando-se a margem de segurança do ameloblastoma multicístico em mandíbula pode ser aplicado, embora seja considerado um método mais radical de tratamento. Essa técnica demonstra-se eficaz e sem recidiva até o momento, porém um controle radiográfico é de fundamental importância, visto que a recidiva principalmente ocorre na região

REFERÊNCIAS

1. Paiva L, Santos ME, Silva D, Héitz C, Filho M. Potencial de recidiva do ameloblastoma: relato de caso. RevCirTraumatol Bucomaxilo-fac2010;10:27-34.
2. SaddyMS, Chilvarquer I, Dib L, Sandoval R. Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos do ameloblastoma. Rev Pós Grad2005;12:460-5.
3. Moraes FB, Cardoso RM, Rodrigues S, Dutra MV, Pereira U, Borges

- TR. Ameloblastoma: uma análise clínica e terapêutica de seis casos. *Rev Bras Ortop* 2014; 49:305-308.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial*. 2. ed. 2004;2:703-712.
 5. Yang R, Wang XS, Gao S. Mandible Ameloblastoma with Lung Metastasis: A Rare Case Report. *Int J of Clin and Exp Pathol* 2015;8:6793–6799.
 6. Kim SG, Jang HS. Ameloblastoma: a clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2001;91:649–53.
 7. Rezende AB, Faber P, Pino D, Dias FJ. Tratamento Cirúrgico de Ameloblastoma Multicístico de Mandíbula. *Rev Cient da Fho Uniararas* 2014;2:33-40.
 8. Madhup R., Kirti S., Bhatt MLB, Srivastava M., Sudhir S, Srivastava AN. Giant ameloblastoma of jaw successfully treated by radiotherapy. *Oral Oncol. Extra.* 2006;42:22–25.
 9. Sá AC, Zardo M, Paes AJ, Souza RP, Neme MP, Sabedotti I. Ameloblastoma da mandíbula: relato de dois casos. *Radiol Bras.* 2009;37:465–8.
 10. Lima RV, Turatti E, Teixeira RC, Cavalcante R. The relative frequency of odontogenic tumors: A study of 376 cases in a Brazilian population. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal* 2016;1-8.