

Manejo conservador de um ameloblastoma unicístico

Conservative Management of a Unicystic Ameloblastoma

Manejo conservador de un ameloblastoma unicístico

RESUMO

Objetivo: Ponderar, através de um relato de caso, os benefícios da escolha por um tratamento conservador em casos de ameloblastoma unicístico. **Relato de caso:** O presente trabalho relata um ameloblastoma unicístico em uma paciente do sexo feminino com 20 anos que procurou atendimento 2 anos após notar a presença da lesão. Foi realizado um protocolo de tratamento conservador, e após 1 ano e 6 meses de preservação constatou-se uma recidiva, que foi removida por enucleação e curetagem. **Conclusão:** O ameloblastoma não é um tumor maligno com capacidade de metástase e não deve ser tratado como tal. O tratamento radical dessa patologia cria sequelas que tornam a reabilitação difícil. Em contrapartida, o tratamento conservador pode ser realizado em ambiente ambulatorial, trazendo baixos impactos funcionais, estéticos e psicológicos ao paciente. **Palavras-chave:** Ameloblastoma; Tratamento Conservador

ABSTRACT

Objective: To consider, through a case report, the benefits of choosing a conservative treatment in cases of unicystic ameloblastoma. **Case report:** This paper reports a unicystic ameloblastoma in a 20-year-old female patient who sought care 2 years after noticing the presence of the lesion. A conservative treatment protocol was performed, and after 1 year and 6 months of follow-up, a recurrence was found, which was removed by enucleation and curettage. **Conclusion:** Ameloblastoma is not a malignant tumor capable of metastasizing and should not be treated as such. The radical treatment of this pathology creates sequelae that make rehabilitation difficult. On the other hand, conservative treatment can be performed in an outpatient setting, bringing low functional, aesthetic and psychological impacts to the patient. **Keywords:** Ameloblastoma; Conservative Treatment

RESUMEN

Objetivo: Considerar, a través de un reporte de caso, los beneficios de elegir un tratamiento conservador en casos de ameloblastoma unicístico. **Reporte de caso:** Este trabajo reporta un ameloblastoma unicístico en una paciente de 20 años de edad que acude a consulta 2 años después de notar la presencia de la lesión. Se realizó un protocolo de tratamiento conservador y luego de 1 año y 6 meses de seguimiento se encontró una recidiva, la cual fue extirpada mediante enucleación y curetaje. **Conclusión:** El ameloblastoma no es un tumor maligno capaz de metastatizar y no debe ser tratado como tal. El tratamiento radical de esta patología deja secuelas que dificultan la rehabilitación. Por otro lado, el tratamiento conservador puede realizarse en forma ambulatoria, trayendo bajo impacto funcional, estético y psicológico

Ana Luísa Carvalho De Meneses Silva

ORCID: 0000-0002-7392-8155

Acadêmica de odontologia pela Universidade Federal De Sergipe (UFS)

E-mail: anacms@academico.ufs.br

Leonardo Costa Porto Dos Santos

ORCID: 0000-0002-0498-1577

Acadêmico de odontologia pela Universidade Federal De Alagoas (UFAL)

E-mail: leonardoportodossantos@gmail.com

Cleverson Luciano Trento

ORCID: 0000-0002-1079-4217

Doutor em estomatologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Professor do departamento de odontologia da Universidade Federal De Sergipe

E-mail: lucianokeko@hotmail.com

Antônio Carlos Marqueti

ORCID: 0000-0002-6704-9269

Doutor em estomatologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Professor do departamento de odontologia da Universidade Federal De Sergipe

E-mail: acmjab@gmail.com

Melka Coelho Sá

ORCID: 0000-0002-6712-4601

Doutora em patologia oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Professora do departamento de odontologia da Universidade Federal De Sergipe

E-mail: melkasa@yahoo.com.br

Cristiano Gaujac

ORCID: 0000-0002-4808-9468

Doutor em implantodontia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Professor do Programa de Pós-graduação em Odontologia (PRODONTO) da UFS

Email:cgaujac@gmail.com

al paciente. **Palavras chave:** Ameloblastoma; Tratamento Conservador

INTRODUÇÃO

Os ameloblastomas são neoplasias benignas, localmente invasivas e de crescimento lento. Ocorrem principalmente na quarta década de vida e afetam ambos os sexos.¹ Representam cerca de 1% de todos os tumores da mandíbula² e suas manifestações clínicas variam de acordo com a localização, tipo e tamanho do tumor, mas podemos citar como sintomatologia comum: expansão das corticais ósseas, aumento de volume, maloclusão e mobilidade dentária.³

A classificação atual da OMS para tumores da cabeça e pescoço divide os ameloblastomas em unicístico, ameloblastoma periférico, convencional e ameloblastoma adenóide. Este é uma nova entidade adicionada na quinta edição da classificação da OMS e definida como uma neoplasia epitelial odontogênica composta de arquitetura cribriforme e estruturas ductiformes. E por fim o ameloblastoma metastático, definido como um ameloblastoma que metastatizou apesar de sua aparência histopatológica benigna. O tipo unicístico ainda tem três subtipos a depender da proliferação do tecido epitelial ameloblástico: luminal, intraluminal e mural.⁴

Devido à sua natureza indolor na maioria dos casos, o ameloblastoma costuma ser um achado radiográfico.⁵ Nesse sentido, o tipo unicístico se apresenta principalmente como uma radiolucidez bem demarcada, que em alguns casos pode apresentar margens festonadas.⁶

O tratamento conservador consiste na descompressão da lesão seguida pela enucleação e curetagem da mesma. A descompressão tem por objetivo reduzir o tamanho do tumor ao mesmo tempo que promove a osteogênese, preservando estruturas nobres que possam estar intimamente envolvidas com a lesão.⁷ Com a diminuição do tumor, é possível realizar a enucleação e curetagem, que, em princípio, não requer internação hospitalar do paciente, possui um menor tempo operatório, pode ser realizada com anestesia local e minimiza deformidades estéticas, apesar de estar associada com uma alta taxa de recidivas.⁸

Por outro lado, métodos de cirurgia radical como a ressecção parcial ou total da mandíbula são associados com menores taxas de recidiva, entretanto, causam maiores sequelas aos pacientes, necessitando de reconstruções com auxílio de placa, próteses e enxertos ósseos, além da dificuldade de realizar reconstruções secundárias

devido a presença de cicatrizes e contração de tecido fibroso.⁹

Neste sentido, o objetivo deste trabalho é ponderar, através de um relato de caso, os benefícios da escolha por um tratamento conservador em casos de ameloblastoma unicístico.

RELATO DE CASO

Paciente de 24 anos, sexo feminino, melanoderma, compareceu ao nosso serviço queixando-se de dor e inchaço na face com evolução de aproximadamente 2 anos. No exame físico extra-oral, foi observada assimetria facial com volume do lado esquerdo (Figura 1). Quanto ao exame clínico intra-oral, observou-se um abaulamento do rebordo alveolar mandibular na região dos pré-molares inferiores esquerdos com cor normal da mucosa e áreas avermelhadas adjacentes.



Figura 1 - Assimetria facial no lado esquerdo

Através do exame radiográfico foi possível observar uma imagem radiolúcida unilocular extensa, de margens bem definidas no corpo da mandíbula, envolvendo os dentes 34 e 35, que se encontravam deslocados pela lesão. Diante disso, foi executada uma punção aspirativa que não indicou presença de líquido no interior da lesão. A radiografia panorâmica (Figura 2) sugeria a presença de uma lesão cística, portanto para um diagnóstico definitivo, foi realizada a biópsia incisional sob anestesia local, seguido da instalação do mecanismo de descompressão utilizando um dreno circular com instruções de realização de irrigações diárias com soro fisiológico e clorexidina no interior da cavidade, visando a redução da lesão e condições cirúrgicas mais favoráveis.



Figura 2 - Radiografia Panorâmica: O ameloblastoma primitivo entre as UD 34 e 35

O exame histopatológico da biópsia, corado em hematoxilina-eosina mostrou neoplasia odontogênica epitelial com padrão sólido de crescimento em rede ou plexo. Observou-se células centrais, de formato estrelado, dispostas frouxamente, semelhantes às células do retículo estrelado do órgão do esmalte. As células da periferia mostraram-se com disposição em paliçada, com morfologia ora cúbica, ora colunar. O estroma apresentou-se de tecido conjuntivo celularizado e vascularizado, caracterizando um ameloblastoma.

A paciente permaneceu em acompanhamento constante, no qual se aguardava condições cirúrgicas mais favoráveis. 6 meses após a colocação do dreno, notou-se a redução da lesão através do exame radiográfico, uma vez que a lesão se afastou do canal mandibular e do dente 33. Diante disso, foi possível submeter a paciente ao tratamento cirúrgico conservador sob anestesia local. Foi realizada exérese total da lesão e exodontia dos dentes 34 e 35.

O acompanhamento clínico foi exercido trimestralmente e ocorreu a identificação radiográfica de uma lesão recidiva (Figura 3) após um ano e seis meses, que se apresentava de forma radiolúcida, unilocular com limites bem definidos abaixo da linha da crista alveolar da mandíbula em região de pré-molares esquerdos. O resultado do exame histopatológico dessa cirurgia confirmou o diagnóstico de ameloblastoma, portanto decidiu-se intervir pela enucleação com curetagem permitindo a eliminação da lesão com o mínimo prejuízo funcional e estético. A paciente permanece em proservação até os dias atuais sem nova constatação de recidiva.

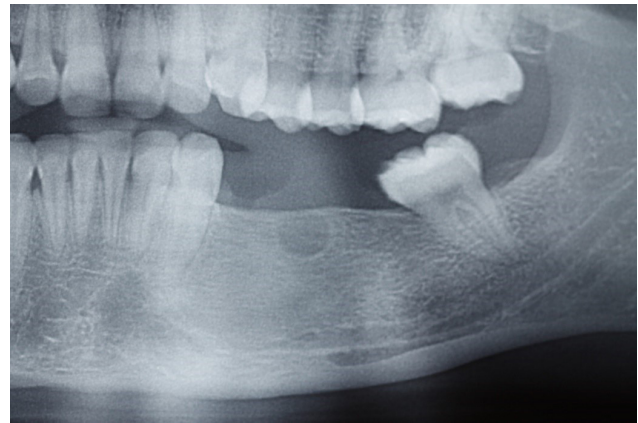


Figura 3 - Lesão Recidiva: recorte da radiografia panorâmica evidenciando a lesão recidiva na região posterior esquerda da mandíbula

DISCUSSÃO

Por se tratar de um tumor localmente agressivo que tende a se infiltrar entre as trabéculas do osso esponjoso, o tratamento empregado ao ameloblastoma unicístico tende a ser radical. O meio mais utilizado é a ressecção com margens de 1 a 1,5 cm devido as baixas taxas de reincidência em relação a outras técnicas⁸. Apesar disso, nossa conduta relativa a esta patologia levou em consideração não apenas estatísticas de recidiva da lesão, mas também a qualidade de vida da paciente após o tratamento.

O tratamento radical provém da busca pela menor taxa de recidiva possível, mas é importante considerar todos os fatores envolvidos nessa escolha. O ameloblastoma unicístico mandibular não representa um risco à vida, e não deveria ser tratado de maneira que cause sequelas funcionais e psicológicas ao paciente. Normalmente, as recidivas são mais fáceis de tratar pois são diagnosticadas cedo, graças ao acompanhamento periódico do paciente. E mesmo que a recidiva se apresente de maneira que seja necessário um procedimento radical, este pode ser postergado³.

Os itens que devem ser considerados no momento da escolha entre uma abordagem radical ou conservadora são, além da taxa de recidiva, a morbidade, recuperação funcional e estética do paciente e a qualidade de vida após o tratamento.¹⁰ A descompressão prévia da lesão auxilia na preservação de estruturas anatômicas, evita fraturas patológicas e a necessidade de grandes procedimentos de reconstrução. Já a enucleação possibilita menor morbidade, pois não necessita de leito doador e não compromete a estética. Ademais, os procedimentos podem ser realizados em ambiente ambulatorial, sob anestesia local e evitam alterações no estado psicoemocional do paciente⁸.

A descompressão tem sido considerada um excelente tratamento conservador primário para lesões císticas odontogênicas.⁸ Nesse sentido, foi instalado o dreno para descompressão junto a realização da biópsia incisiva. Após a confirmação do diagnóstico de ameloblastoma pelo exame histopatológico foi determinado o plano de tratamento conservador, visando preservar funcionalidades fonativas, mastigatórias e estéticas. Em resposta à descompressão possibilitada pelo dreno, através do exame radiográfico notou-se que a lesão diminuiu significativamente, possibilitando a exérese da lesão sob anestesia local; além da exodontia dos dentes envolvidos, para garantir a remoção completa do tecido da lesão.

A recidiva após tratamento conservador de ameloblastoma em mandíbula em pacientes acompanhados periodicamente é uma lesão pequena e contida, sem evidências científicas de mudança em sua natureza benigna, já que será detectada ainda em estágio inicial, quando o tratamento é mais simples e não causa grandes danos.¹

No caso apresentado, a paciente passou por acompanhamento trimestral e após um período de 1 ano e 6 meses, novo exame radiográfico identificou uma lesão recidiva que se apresentava como uma área radiolúcida unilocular e com limites bem definidos, envolvendo o mesmo local antes afetado. Com o diagnóstico do exame histopatológico da biópsia anterior, decidiu-se intervir novamente pela enucleação com curetagem permitindo a eliminação da lesão com o mínimo prejuízo funcional e estético.

CONCLUSÃO

O ameloblastoma não é um tumor maligno com capacidade de metástase e não deve ser tratado como tal. O tratamento radical dessa patologia cria sequelas que tornam a reabilitação difícil. Em contrapartida, o tratamento conservador pode ser realizado em ambiente ambulatorial, trazendo baixos impactos funcionais, estéticos e psicológicos ao paciente.

REFERENCES

1. Haq J, Siddiqui S, Mcgurk M. Argument for the conservative management of mandibular ameloblastomas. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016;54(9):1001-1005.
2. Rikhotso R E, Premviyasa V. Conservative Treatment of Ameloblastoma in a Pediatric Patient: A Case Report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2019;77(8):1643-

1649.

3. Hresko A, Burtyn O, Pavlovskiy L, Snisarevskiy P, Lapshyna J, Chepurnyi Y, et al. Controversies in ameloblastoma management: evaluation of decision making, based on a retrospective analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2020;26(2):181-186.
4. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Head and neck tumours [Internet; beta version ahead of print]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2022. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 9). Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/52>
5. Martinez CR, Barros RMG, Orué NR, Oliveira JGP. Ameloblastoma: estudo clínico-histopatológico. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2008;8(2):55-60.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Patologia oral e maxilofacial.* 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
7. Kim J, Nam E, Yoon S. Conservative management (marsupialization) of unicystic ameloblastoma: literature review and a case report. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery.* 2017;39(1):1-6.
8. Paula LM, Brito LT, Alves FAG. Benefícios do tratamento conservador de ameloblastoma unicístico de grandes proporções em mandíbula: relato de caso. *Odontologia: pesquisa e práticas contemporâneas* [Editora Científica Digital] 2021 [acesso em 07 de março de 2023];1(11). Disponível em: 10.37885/210605152.
9. Siqueira AS, Torres LHS, Diniz JA, Rodrigues EDR, Uchôa CP, Pereira Filho VA, et al. Sequela de cirurgia para reconstrução mandibular após ressecção de ameloblastoma. *Archives of Health Investigation.* 2019;8(8):425-429.
10. Neagu D, Escuder-De La Torre O, Vázquez-Mahía I, Carralroura N, Rubín-Roger G, Penedo-Vázquez A, et al. Surgical management of ameloblastoma – Review of literature. *J Clin Exp Dent.* 2019;11(1):70-75.