

# Abordagem conservadora de ameloblastoma unicístico com proliferação mural

Conservative approach of unicystic ameloblastoma with mural proliferation

## RESUMO

O ameloblastoma é o tumor odontogênico de origem epitelial, de maior significado clínico dos ossos gnáticos. A variante unicística está de 10 a 46% dos casos dos ameloblastomas intraósseos. Devido às suas características, a abordagem terapêutica do ameloblastoma, ainda, é controversa, sendo classificada em radical ou conservadora, cada qual com suas vantagens e desvantagens. Na escolha da abordagem cirúrgica, vários fatores devem ser levados em consideração, como localização, extensão, características histopatológicas, idade, entre outros. Este trabalho tem como objetivo demonstrar um caso de abordagem conservadora de um ameloblastoma unicístico com proliferação mural em paciente jovem. Ele queixava-se de aumento de volume em face, em região posterior esquerda de mandíbula. Os exames clínicos, radiográficos e histopatológicos confirmaram o diagnóstico de ameloblastoma unicístico do subtipo mural. Por se tratar de um paciente jovem e com uma lesão benigna, mas com caráter infiltrativo, foi submetido à marsupialização com posterior enucleação associada à ostectomia periférica e tratamento do leito cirúrgico com solução de Carnoy. O paciente encontra-se atualmente em rígido controle clínico-radiográfico com doze meses de pós-operatório, observando-se, diante do tratamento eleito, relevante neoformação óssea e regressão total da lesão.

**Palavras-chave:** Ameloblastoma; Tumores Odontogênicos; Neoplasias mandibulares.

### **Esaú Lucas Nascimento Tavares**

Graduando do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

### **Saulo Lôbo Chateaubriand do Nascimento**

Residente do Programa em Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

### **Valber Barbosa Martins**

Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic e Docente do Programa em Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

### **Marcelo Vinicius de Oliveira**

Doutor em Clínica Odontológica pela UNICAMP; Coordenador do Programa em Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

### **Gustavo Cavalcanti de Albuquerque**

Doutorando em Implantodontia; Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto/SP; Docente do Programa em Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Saulo Lobo Chateaubriand do Nascimento  
Av. Codajás, 25 - Cachoeirinha, Manaus - AM, 69065-132  
E-mail: saulo.chateaubriand@hotmail.com

## ABSTRACT

Ameloblastoma is the odontogenic epithelial origin tumor with the most common clinical significance of the gnatic bones. The unicystic variant is between 10 and 46% of cases of intraosseous ameloblastomas. Due to its characteristics, the therapeutic approach of ameloblastoma is still controversial being classified as radical or conservative, each with its advantages and disadvantages. In choosing the surgical approach, several factors must be taken into account such as location, extent, histopathological characteristics, age among others. This work aims to demonstrate a case of a conservative approach of a unicystic ameloblastoma with mural proliferation in a young patient. The same complained of volumetric increase in the face and posterior region of mandible. Clinical, radiographic and histopathological exams confirmed the diagnosis of unicystic ameloblastoma with the mural subtype. Because it is a young patient with a benign but infiltrative lesion, he was submitted to marsupialization with subsequent enucleation associated with the peripheral osteotomy and treatment of the surgical bed with Carnoy's solution. The patient is currently in rigid clinical-radiographic control with twelve months after surgery we observe, with the chosen treatment, relevant bone neoformation and total regression of the lesion.

**Keywords:** Ameloblastoma; Odontogenic Tumors; Mandibular Neoplasms.

## INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor com origem epitelial odontogênica, sem participação do ectomesênquima, podendo surgir dos restos da lâmina dentária, do órgão do esmalte, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico ou de células da camada basal da mucosa oral<sup>1</sup>. É a neoplasia odontogênica com maior significado clínico e representa de 1 a 3% dos tumores que atingem os ossos gnáticos. Ocorre predominantemente na mandíbula, principalmente na região posterior do corpo e ramo, com uma proporção de 5:1 em relação à maxila<sup>2</sup>.

Apesar de ser considerado um tumor benigno, clinicamente possui um crescimento lento, mas agressivo, proliferando-se, de maneira invasiva, nos tecidos adjacentes e com grande potencial de recidiva. Frequentemente não há sintomatologia dolorosa, justificando o diagnóstico não precoce, exceto quando diagnosticado em radiografias odontológicas de rotina. No entanto, em outros casos, podem ocorrer reabsorção e divergência de raízes, extrusão dental, interferências oclusais, expansão óssea e deformidade facial, ao atingir grandes proporções<sup>1,2</sup>.

De acordo com os aspectos clínicos e radiográficos, os ameloblastomas podem ser classificados em três tipos: Sólido convencional ou Multicístico, Unicístico e Periférico<sup>1</sup>, cada qual com comportamento clínico, subtipos histopatológicos e prognósticos diferentes, sendo que a variante unicística está entre 10 e 46% dos casos de ameloblastomas intraósseos, atingindo, principalmente, indivíduos jovens na segunda década de vida<sup>1,3</sup>.

Clinicamente, 90% dos ameloblastomas unicísticos são encontrados na mandíbula, principalmente na região posterior. Radiograficamente são lesões de aspecto radiolúcido bem circunscritos, podendo ou não estar relacionadas com a coroa de um terceiro molar incluso, muitas vezes semelhantes a cistos dentígeros, cistos primordiais, cistos residuais, etc. Histopatologicamente são subdivididos em três variantes: Luminal, Intraluminal e Mural<sup>1,2</sup>.

Em relação ao tratamento dos ameloblastomas, a terapia cirúrgica ainda é considerada a única opção realmente eficaz e pode ser classificada em conservadora ou radical<sup>4</sup>. Existem várias modalidades de tratamento conservador para ameloblastomas, como a Enucleação simples; Enucleação associada à curetagem; Enucleação associada à crioterapia ou solução de Carnoy; Excisão cirúrgica por osteotomia; Marsupialização

isolada e Marsupialização associada à enucleação. Já nas abordagens cirúrgicas radicais, estão as técnicas de ressecção marginal, ressecção segmentar e hemisseção<sup>4,5</sup>.

Os ameloblastomas unicísticos devem, sempre que possível, ser tratados de forma conservadora. As lesões tratadas por enucleação, curetagem ou marsupialização têm apresentado um significativo índice de sucesso, apesar de ainda existirem chances de recidivas<sup>6</sup>. Já no subtipo mural, o tratamento deve ser mais radical, já que, muitas vezes, as células neoplásicas passam a barreira epitelial e se infiltram na cápsula fibrosa, podendo ocorrer invasão dos tecidos adjacentes, aumentando consideravelmente as chances de recidivas<sup>3,4</sup>.

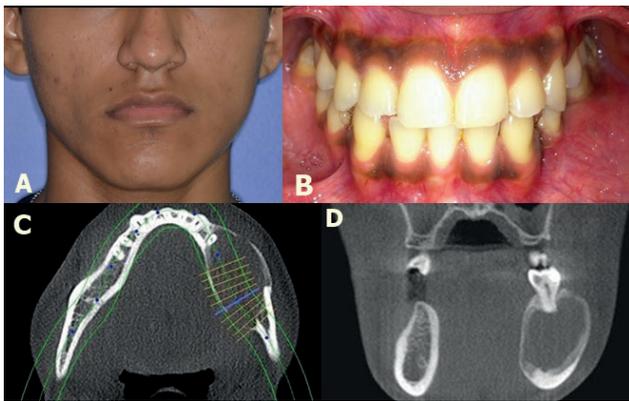
Este trabalho tem como objetivo demonstrar um caso de abordagem conservadora em um ameloblastoma unicístico, com proliferação mural em paciente jovem.

## RELATO DE CASO

Paciente M.S.D., gênero masculino, 20 anos de idade, melanoderma, compareceu ao serviço de residência em cirurgia e traumatologia buco-maxilofacial da Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) para avaliação de aumento de volume na face, em região posterior esquerda de mandíbula. Durante a anamnese, foi relatado um aumento de volume intraoral em região posterior de mandíbula do lado esquerdo, assintomático, com evolução de aproximadamente dois anos.

Ao exame físico extraoral, notou-se uma discreta assimetria facial ocasionada por aumento volumétrico no terço inferior do lado esquerdo da face (Figura 1A). Já no exame clínico intraoral, foi observado abaulamento no rebordo alveolar mandibular, na região dos elementos dentários de 34 a 37, firme à palpação, de coloração semelhante à mucosa adjacente, base sésil e superfície de revestimento sem alterações, com apagamento do fundo de vestibulo, além de ausência do elemento 35 (Figura 1B).

Através da Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC), notou-se lesão expansiva hipodensa, unilocular e com contornos bem definidos na região de corpo da mandíbula do lado esquerdo, provocando adelgaçamento das corticais ósseas e rompimento desta pela vestibular, além de reabsorção nas raízes dos elementos 36 e 37 (Figura 1 C e D). Com base na anamnese e nos dados obtidos nos exames clínico e radiográfico, a hipótese diagnóstica levantada foi de ameloblastoma unicístico.

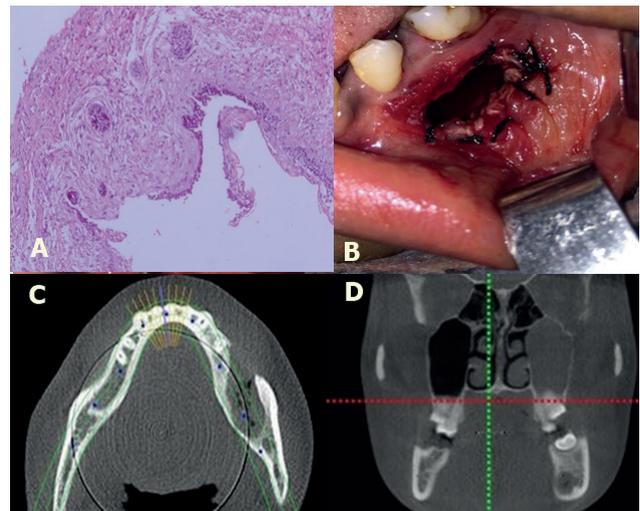


**Figura 1** - Aspecto extraoral com leve assimetria facial do lado esquerdo (A) e vista intraoral mostrando aumento de volume em região posterior esquerda da mandíbula (B). Tomografia Computadorizada em que é possível notar a lesão hipodensa do lado esquerdo da mandíbula nos cortes Axial (C) e coronal (D).

Com o intuito de verificar o conteúdo interno da lesão, foi realizada uma punção aspirativa, obtendo-se resultado positivo para líquido amarelo cítrino. Em seguida, lançou-se mão de uma biópsia incisional, removendo-se partes da tábua óssea vestibular e da cápsula da lesão. O material foi submetido a exame histopatológico, tendo se concluído como diagnóstico ameloblastoma unicístico com proliferação mural (Figura 2A).

Diante do diagnóstico definitivo, foi planejada a cirurgia de marsupialização, com o objetivo de debelar a expansão da lesão, estimular uma neoformação óssea e contribuir, em um segundo momento cirúrgico, para a completa enucleação desta (Figura 2B). O paciente foi submetido a exame de imagem através de Tomografia Computadorizada de Feixe Cônicos (TCFC) no quarto e no oitavo mês de pós-operatório em que foi possível observar uma relevante regressão no tamanho da lesão (Figura 2C e D). À vista disso, foi planejada a cirurgia de enucleação do ameloblastoma unicístico.

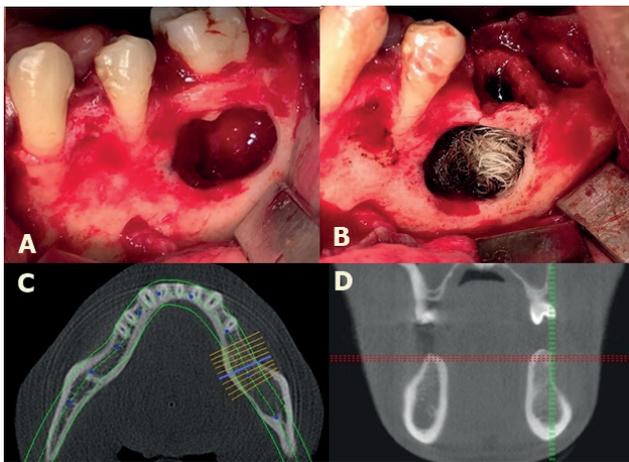
A cirurgia de enucleação foi realizada na Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ-AM), sob anestesia geral. O acesso à mandíbula foi por via intraoral, com retalho estendendo-se da mesial do elemento 33 a distal do 37, com descolamento mucoperiósteo total, seguido da enucleação da lesão associada à osteotomia periférica, removendo-se 2 mm de osso sublesional (Figura 3A), preservando-se estruturas, como o nervo alveolar inferior e a base da mandíbula. Também foi realizada a exodontia dos elementos 36 e 37.



**Figura 2** - Exame histopatológico em que é possível observar um epitélio odontogênico estratificado apresentando camada basal hiper cromática, com arranjo em paliçada, polarização invertida, vacuolização citoplasmática e áreas de hialinização. O tecido conjuntivo que circundava a lesão apresentava-se organizado de forma capsular, infiltrado por ilhotas, ninhos e cordões de epitélio odontogênico (A). Aspecto pós-operatório da marsupialização (B); Tomografia de controle após 8 meses, evidenciando diminuição da lesão nos cortes axial (C) e coronal (D).

Como terapia complementar, para evitar recidivas, foi usada solução de Carnoy (3mL de clorofórmio, 6mL de álcool absoluto, 1mL de ácido glacial acético e 1g de clorito férrico) na loja cirúrgica (Figura 3B), colocando-se uma gaze seca no interior da cavidade e injetando-se a solução de Carnoy através de uma seringa, tendo sido realizadas três aplicações de três minutos cada, irrigando abundantemente com soro fisiológico a cada intervalo.

Após intervenção cirúrgica, o paciente foi avaliado a cada três meses. Com doze meses de pós-operatório, nos exames clínico e de imagem, observou-se um quadro de regressão satisfatório. No exame extraoral, notou-se diminuição da assimetria facial e ausência de trismo e limitação de abertura bucal, enquanto, no exame clínico intraoral, foi observada mucosa oral íntegra. Ao exame de imagem, observou-se consolidação da neoformação óssea (Figura 3C e D). Atualmente, o paciente encontra-se sob rígido controle clínico-radiográfico.



**Figura 3** - Aspecto transoperatório após exérese do tumor (A) e aplicação da Solução de Carnoy com gaze para proteção dos tecidos moles (B). Tomografia 1 ano pós-cirúrgico em que é possível observar neoformação óssea e regressão total da lesão (C e D).

## DISCUSSÃO

A grande maioria dos autores concorda ao afirmar que, para esse tipo de tumor, não há predileção de gênero, podendo ocorrer com a mesma frequência em ambos os sexos. Em relação à faixa etária, o ameloblastoma unicístico, em 50% dos casos, acomete, principalmente, pacientes jovens na segunda e na terceira década de vida, com incidência de 90% na região posterior da mandíbula e geralmente envolvendo a coroa de terceiro um molar inferior<sup>1,2,4,6</sup>. Como relatado no caso clínico, o paciente era jovem, com vinte anos, do sexo masculino, e a lesão estava presente na região posterior da mandíbula do lado esquerdo, embora sem relação com o terceiro molar.

A literatura afirma que a conduta terapêutica do ameloblastoma ainda é controversa e que o tratamento cirúrgico pode ser classificado em radical ou conservador. No entanto, os autores ressaltam que, ao confirmar o diagnóstico, alguns fatores devem ser considerados antes da escolha da abordagem cirúrgica, como: o tipo do tumor, sua localização anatômica, extensão, características histopatológicas, além da idade, compreensão do paciente e possibilidade de acompanhamento após o tratamento<sup>5,7</sup>.

Os tratamentos conservadores apresentam-se como formas menos mórbidas para os pacientes, consequentemente possibilitando melhor qualidade de vida, embora existam os riscos de recidivas com taxas bem variadas<sup>4,6</sup>. Já os tratamentos radicais apresentam baixas taxas de recidivas e geralmente constituem o tratamento definitivo, entretanto podem acarretar problemas estético-funcionais, como disfunção mastigatória,

mutilação, deformidade facial e movimentos anormais mandibulares, além de altos custos e múltiplas cirurgias para reabilitação e reconstrução do paciente<sup>5,7,8</sup>.

De maneira clássica, os ameloblastomas unicísticos tendem a ser tratados de forma conservadora, por enucleação e curetagem, como se fossem cistos<sup>3,5,6</sup>. No entanto, em relação ao subtipo mural, alguns autores afirmam que esse tenha um comportamento mais agressivo, pois as células neoplásicas atravessam a barreira epitelial e se infiltram na cápsula fibrosa do cisto, podendo ocorrer invasão dos tecidos adjacentes e aumentando a chance de recidivas em até 37,5%. Então sugerem um tratamento mais radical<sup>4,6</sup>.

A literatura tem demonstrado que os ameloblastomas unicísticos, tratados de forma conservadora, têm apresentado um significativo índice de sucesso, ainda que a probabilidade de recidiva esteja presente<sup>6,7,9</sup>. Curetagem, enucleação e marsupialização estão entre as abordagens conservadoras para esse tipo de lesão. Para Nakamura, em 2002, a taxa de recidiva em ameloblastomas tratados de forma conservadora foi de 33% para todos os tipos histológicos<sup>7</sup>. Em relação ao ameloblastoma unicístico, Pogrel e Montes, em 2009, demonstraram que a simples enucleação desse tipo de lesão pode apresentar taxas de recidiva de até 60%, comparadas a taxas de recidiva após tratamento de ameloblastomas multicísticos; também questionam o uso de enucleação, quando se trata da variedade unicística com padrão histológico mural<sup>9</sup>. Já os estudos de Huang em 2007 e Sham em 2009 demonstram que a modalidade terapêutica conservadora, como enucleação, seguida de curetagem ou osteotomia periférica ou descompressão seguida de enucleação associada à osteotomia periférica para o ameloblastoma unicístico, apresentou uma taxa de recidiva entre 10,7 e 20%<sup>6,8</sup>.

Em casos de crianças, adolescentes e adultos jovens, o procedimento cirúrgico mais conservador para ameloblastomas unicísticos é amplamente defendido por uma série de autores. Por isso, podem ser preconizados tratamentos, como enucleação ou curetagem, seguida de tratamento físico-químico ou osteotomia periférica na mandíbula e ressecção localizada na maxila. A enucleação pode ser precedida por uma marsupialização, uma vez que esta leva a uma diminuição do tumor, facilitando a remoção, com redução significativa das complicações e sequelas no pós-operatório. A marsupialização é indicada como um tratamento preliminar e fica reservada, principalmente, para pacientes jovens, que podem

ser monitorados assiduamente<sup>8,9</sup>.

No presente caso, por se tratar de um paciente jovem, de uma lesão bem delimitada, de forma a evitar as sequelas de um tratamento mais radical, primeiramente se adotou a proposta de conduta mais conservadora. O paciente foi submetido à marsupialização e, em seguida, foi feita a enucleação após aproximadamente 8 meses de marsupialização, uma vez que esse foi o tempo necessário para que houvesse redução do tumor a ponto de o paciente estar apto ao procedimento cirúrgico definitivo. Após a enucleação, realizou-se osteotomia periférica com uma margem de segurança de 2,00 mm, para remover possíveis restos remanescentes da lesão e evitar recidivas.

Com base na literatura, pelo fato de ser uma lesão de comportamento benigno, porém com subtipo histológico com taxas de recidivas consideráveis, foi aplicada a solução de Carnoy (3mL de clorofórmio, 6mL de álcool absoluto, 1mL de ácido glacial acético e 1g de cloreto férrico) na loja cirúrgica, por aproximadamente três minutos logo após enucleação e esteotomia periférica da lesão para prevenção de recidivas no paciente. Para lesões consideradas de baixa agressividade, como o ameloblastoma unicístico, porém com taxas de recidivas significantes, como sua variante mural, a aplicação de agentes esclerosantes, como a solução de Carnoy ou crioterapia, funciona como tratamento complementar, pois cria uma margem química ou térmica de segurança e tem apresentado bons resultados. Com essa finalidade, tanto a solução de Carnoy quanto a crioterapia com nitrogênio líquido promovem uma necrose superficial de até 2,00 mm de profundidade, podendo eliminar possíveis restos celulares do tumor infiltrados nos tecidos ósseo e/ou moles e, com isso, prevenindo a recorrência da neoplasia<sup>3,5,9,10</sup>.

Apesar do pós-cirúrgico satisfatório, por se tratar de uma lesão de crescimento lento, mas infiltrativa, e pela abordagem conservadora desta, a preservação clínico-radiográfica do paciente será feita duas vezes ao ano, preferencialmente, por um período de cinco a dez anos<sup>3</sup> para observação de neoformação óssea e completa resolução da lesão, conforme a literatura.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento do ameloblastoma ainda é uma problemática desafiadora para os cirurgiões-dentistas, sempre divididos entre abordagem radical ou conservadora. No entanto, é importante salientar que o paciente deve ser tratado como um todo, devendo em qualquer caso ser examinado de

forma minuciosa, com todos os seus fatores físico-sociais levados em consideração antes da escolha da abordagem cirúrgica, procurando, assim, obter um melhor prognóstico e ofertar a este qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD.; Allen C.M, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3. Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.
2. Moreira TG, Gonçalves SLM, Salim MAA, Prado R. Ameloblastoma unicístico mural com componente intraluminal revisão e relato de caso. Revista Cirurgia Traumatologia. Buco-Maxilo-facial. 2010 jan/mar.; 10(1): 67-72.
3. Júnior AFD, Loyola AM, Silva CJ, Cardoso SV, Guidi R, Henriques, Macedo JH, Martins LT. A abordagem e o tratamento de um ameloblastoma unicístico na mandíbula. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2006 nov.;19(4): 247-252.
4. Gomes ACA, Silva EDO, Albert DGM, Lira MFC, Andrade ESSA. Conceito Atual No Tratamento Dos Ameloblastomas. Revista Cirurgia Traumatologia. Buco-Maxilo-facial. 2006 jul/set.; 6 (3): 9 – 16.
5. Gomes ACA, Dias E, Gomes DO, Paraíso DP, Nascimento GJF, Cabral RAA. Ameloblastoma: Tratamento cirúrgico conservador ou radical? Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-facial. 2002 jul/dez.; 2(2):17-24.
6. Sham E, Leong J, Maher R, Schenberg M, Leung M, Mansourt AK. Mandibular Ameloblastoma: Clinical Experience and Literature Review. Anz. J. Surg. 2009 out; 79(10): 739-744.
7. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasy T, Sandra F, Ohishi N. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002.; 93 (1) 13-20.
8. Huang LY, Lai ST, Chen CH, Chen CM, Wu CW, Shen YH. Surgical management of ameloblastoma in children. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol, Endodont. 2007.;104(4):478-485.

9. Pogrel MA, Montes DM. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma?. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009.; 38(8): 807-12.
10. Júnior OR, Borba AM, Alves CA, Júnior JG. Complications of Carnoy solution in the treatment of odontogenic tumors. *Revista Gaúcha de Odontologia.* 2007.; 55 (3): 263-266.