

# Tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso

*Conservative treatment for recurrent solid ameloblastoma in young patient: case report*

### Allan Vinícius Martins de Barros

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco.

### Caroline Ferro Lima Beltrão Dib

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco.

### Kleber Rós Santos

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco.

### Mateus Cavalcante Barros

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco.

### Caio Pimenteira Uchôa

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco.

### Rebeca Cecília Vieira de Souza

Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade de Pernambuco – FOP/UPE.

### Ana Cláudia Amorim Gomes Dourado

Doutora em CTBMF pela Universidade de Pernambuco – FOP/UPE, Professora Adjunta da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Pós-Graduação da FOP/UPE.

### Emanuel Dias de Oliveira e Silva

Doutor em CTBMF pela Universidade de Pernambuco – FOP/UPE, Professor Titular da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Pós-Graduação da FOP/UPE.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Prof. Dr. Emanuel Dias de Oliveira e Silva  
Faculdade de Odontologia –  
Universidade de Pernambuco.  
Departamento de Pós-Graduação em  
Odontologia  
Av. General Newton Cavalcanti, Tabatinga  
– Camaragibe  
PE, Brasil. CEP: 54756-220 / Telefone:  
+55 81 3184-1468.  
E-mail: residenciactbmf@upe.br

## RESUMO

**Introdução:** O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, embora seja localmente agressivo. As modalidades de tratamento para o ameloblastoma podem ser classificadas em radicais ou conservadoras, contudo a determinação da técnica de eleição permanece um tema controverso. Este trabalho tem como objetivo relatar e discutir um caso de ameloblastoma recorrente, tratado de forma conservadora, com enucleação e curetagem em um indivíduo adolescente. **Relato do Caso:** Paciente, sexo masculino, de 12 anos, foi encaminhado ao serviço de CTBMF do Hospital Universitário Oswaldo Cruz com aumento de volume assintomático em região de parassínfise mandibular direita. Foi realizada biópsia incisional e obtido o diagnóstico de ameloblastoma. Após dois anos de descompressão, foi realizada enucleação com curetagem da lesão. Cinco anos após a intervenção, o paciente apresentou recidiva do tumor, sendo realizada nova abordagem conservadora. Em acompanhamento de sete meses, ele evoluiu assintomático e sem sinais de recidiva. **Considerações Finais:** A abordagem conservadora é uma alternativa viável no tratamento de ameloblastomas, em especial quando se trata de indivíduos jovens, entretanto esta deve ser seguida de um rigoroso protocolo de acompanhamento clínico e radiográfico pós-operatório. **Palavras-chaves:** Tumores Odontogênicos; Ameloblastoma; Tratamento Conservador.

## ABSTRACT

**Introduction:** The ameloblastoma is a benign but locally aggressive odontogenic tumour. The modalities of treatment for ameloblastoma can be classified as radical or conservative, although the determination of the preferred technique remains a controversial field. The objective of this study is to report and discuss a case of recurrent ameloblastoma treated with a conservative approach with enucleation and curettage in a young patient. **Case Report:** 12-years old man, referred to the service of oral and maxillofacial surgery of Oswaldo Cruz University Hospital with an asymptomatic swelling in the right mandibular parasymphysis. Incisional biopsy was performed and the diagnosis of ameloblastoma was obtained. After two years of decompression, enucleation and curettage of the lesion were performed. Five years after the intervention, the patient presented with recurrence of the tumour and a new conservative approach was performed. In a seven month follow-up, the patient presents asymptomatic and without signs of recurrence. **Final Considerations:** The conservative approach is a viable option in the treatment of ameloblastomas, especially in young individuals. However, it should be followed by a strict protocol of clinical and radiographic postoperative follow-up. **Key-words:** Odontogenic Tumors; Ameloblastoma; Conservative Treatment.

## INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, de origem epitelial, descrito originalmente por Cusack em 1827<sup>1,2</sup>. A 4ª Edição da Classificação de Tumores de Cabeça e Pescoço da Organização Mundial da Saúde descreve três variantes dessa patologia, de acordo com suas características clínicas, histopatológicas e comportamento biológico: convencional ou sólido, unicístico e periférico<sup>3</sup>.

Clinicamente, o ameloblastoma apresenta-se como um aumento de volume assintomático de crescimento lento, que acomete mais frequentemente a região posterior da mandíbula em indivíduos entre a terceira e quarta décadas de vida<sup>1,2,4,5</sup>. É uma lesão localmente agressiva, com potencial de infiltração e destruição dos tecidos adjacentes, que provoca expansão das corticais ósseas e, eventualmente, invasão de tecidos moles, apresentando altas taxas de recorrência. Seu diagnóstico usualmente é baseado no conjunto de suas características clínicas, radiográficas e histopatológicas<sup>1,2,5,6,7</sup>.

As modalidades de tratamento para o ameloblastoma podem ser classificadas em radicais ou conservadoras, contudo a determinação da técnica de eleição permanece um tema controverso<sup>1,7</sup>. O tratamento radical engloba as técnicas de ressecção segmentar ou parcial, enquanto o tratamento conservador consiste em abordagens que preservam o osso adjacente, como enucleação e curetagem, que, em lesões extensas, pode ser precedida por técnicas de decompressão. Abordagens mais radicais são empregadas com o objetivo de reduzir as chances de recorrência da lesão, entretanto podem levar a deformidades faciais importantes, com severas consequências psicossociais, particularmente em indivíduos jovens.

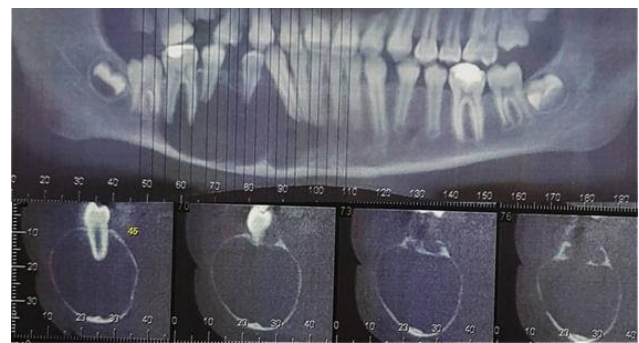
Este trabalho tem como objetivo relatar e discutir um caso de ameloblastoma recorrente, tratado de forma conservadora com enucleação e curetagem, em um indivíduo adolescente.

## RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, de 12 anos de idade, melanoderma, portador de deficiência de fator X de coagulação compensada e em acompanhamento com o hematologista compareceu ao ambulatório do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, encaminhado por Cirurgião-Dentista generalista, com queixa de aumento de volume em região de parassínfise mandibular do lado direito.

Ao exame clínico, apresentou discreto aumento de volume com abaulamento da cortical óssea em região parassinfisária direita com aproximadamente cinco meses de evolução. O paciente não relatou sintomatologia dolorosa ou quadro de parestesia, hipoestesia ou disílesia. Sua queixa principal estava relacionada à assimetria na face e apinhamento dentário em região anterior de mandíbula.

Radiografia panorâmica dos maxilares e tomografia computadorizada de feixe cônico de face mostraram imagens sugestivas de extensa lesão unilocular em região de corpo mandibular do lado direito, de bordas definidas, com aproximadamente 06 cm de extensão em seu maior diâmetro. Notou-se, ainda, íntima relação da lesão com o canal mandibular, com envolvimento das raízes do canino, pré-molares e primeiro molar inferiores do lado direito, sem, no entanto, apresentar sinais sugestivos de reabsorção radicular. Não foram observados dentes inclusos associados à lesão (**Figura 1**).



**Figura 1** - Reconstrução panorâmica de Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico dos maxilares evidenciando lesão radiolúcida unilocular em corpo mandibular direito.

Diante disso, foi planejada uma abordagem cirúrgica sob anestesia geral, tendo sido realizada biópsia incisional e instalação de dreno circular rígido para decompressão da lesão. Os cortes histológicos corados em hematoxilina e eosina revelaram cavidade revestida por epitélio odontogênico semelhante ao órgão do esmalte, apresentando regiões centrais de epitélio escamoso com focos de queratinização e ausência de atipias celulares, compatíveis com o diagnóstico histopatológico de ameloblastoma.

O dispositivo de decompressão permaneceu instalado por um período de dois anos, com acompanhamento clínico e radiográfico bimestral. Após esse período, houve diminuição significativa da extensão da lesão, com neoformação óssea em sua periferia. Foi, então, realizada a enucleação do tumor com curetagem severa da loja cirúrgica e exodontia do primeiro pré-molar

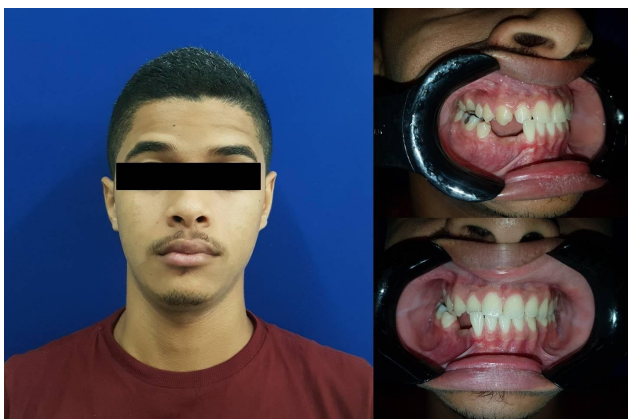
envolvido. O paciente evoluiu sem sequelas ou complicações nos primeiros seis meses de pós-operatório. Entretanto, após esse período, evadiu-se do serviço e parou de frequentar as consultas de retorno.

Cinco anos após a enucleação, o paciente, então com 20 anos, retornou ao serviço com queixa de discreta assimetria facial, com aumento de volume na mesma região da lesão inicial. Novos exames de imagem mostraram lesão radiolúcida multilocular, sugerindo recidiva do ameloblastoma (**Figura 2**).



**Figura 2** - Aspecto clínico do aumento de volume recidivante em região de corpo mandibular do lado direito, cinco anos após a enucleação do ameloblastoma.

A conduta proposta foi uma segunda abordagem conservadora por meio de enucleação e curetagem, associadas à osteotomia periférica com brocas e exodontia do canino inferior direito. A peça cirúrgica foi encaminhada ao exame anátomo-patológico, quando foi confirmado o diagnóstico de ameloblastoma sólido, caracterizando a lesão como recidivante (**Figura 3**). Após sete meses de acompanhamento clínico e radiográfico, evoluiu assintomático e sem sinais de novas recidivas, com anatomia e função estomatognática preservadas.



**Figura 3** - Aspecto clínico em acompanhamento pós-operatório de sete meses, sem sinais de novas recidivas e com anatomia e função estomatognática preservadas.

## DISCUSSÃO

Os ameloblastomas representam aproximadamente 13% dos tumores odontogênicos e apenas 1% de todas as neoplasias dos ossos gnáticos<sup>6</sup>. A variante sólida ou convencional é a mais frequente, compreendendo até 91% dos casos<sup>2,4</sup>, embora seja uma lesão incomum em pacientes menores de 20 anos de idade<sup>8</sup>. Sua manifestação clínica mais comum é a tumefação indolor de tamanho variável e radiograficamente apresenta-se como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular de margens irregulares, associada à expansão das corticais ósseas<sup>4,6</sup>.

Por ser uma neoplasia que se origina a partir do epitélio odontogênico, a histopatologia do ameloblastoma é morfológicamente semelhante ao órgão do esmalte de um dente em desenvolvimento<sup>2,4</sup>. O padrão histopatológico do ameloblastoma pode variar consideravelmente, sendo um dos parâmetros utilizados para se avaliar o prognóstico da lesão<sup>4,5,9</sup>. Assim sendo, a biópsia incisional é o padrão-ouro para o diagnóstico preciso de suas variantes, podendo ser um fator relevante na decisão pelo tratamento conservador ou radical<sup>10</sup>.

O ameloblastoma sólido tem comportamento biológico mais agressivo e tende a apresentar as maiores taxas de recidivas, quando comparado às outras variantes<sup>2</sup>. Entretanto, estudos apontam que o comportamento biológico dos ameloblastomas em crianças e adolescentes tende a ser diferente daqueles observados em indivíduos mais velhos<sup>10</sup>.

O manejo cirúrgico do ameloblastoma permanece um tema controverso, e a literatura atual não apresenta evidência suficiente para suportar a melhor modalidade de tratamento para ameloblastomas sólidos<sup>6</sup>. As características clínicas da lesão, como localização, extensão e comportamento biológico, bem como a idade do paciente e suas condições de acesso aos serviços de saúde durante o período de acompanhamento devem ser consideradas na escolha do tratamento mais adequado<sup>6</sup>.

Embora esteja bem estabelecido na literatura que as taxas de recidiva de ameloblastomas intraósseos tendem a ser maiores com o tratamento conservador, abordagens radicais podem não ser adequadas para indivíduos mais jovens, nos quais o crescimento dos maxilares ainda não está completo. Nesses casos, ressecções mais agressivas podem levar a deformidades importantes, com consequências funcionais, estéticas e psicossociais e impacto negativo para o bem-estar e qualidade



de vida. Além disso, as lesões recidivantes, que acometem a mandíbula, geralmente são pequenas, de crescimento lento e fácil manejo, favorecendo um bom prognóstico para o tratamento conservador, seguido de longos períodos de acompanhamento clínico e radiográfico<sup>5</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como abordagem inicial ao tratamento dos ameloblastomas uniloculares, pode ser sugerida uma cirurgia mais conservadora em detrimento de terapias mais agressivas e mutiladoras, em especial quando se trata de indivíduos jovens. Dessa forma, é possível reduzir a morbidade associada ao tratamento e preservar a anatomia e a função do sistema estomatognático. É importante ressaltar que o tratamento conservador deve ser seguido de um rigoroso protocolo de acompanhamento pós-operatório, com exame clínico associado a exames de imagem periódicos, possibilitando diagnóstico e intervenções precoces em possíveis recidivas.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida RAC, Andrade ESS, Barbalho JC, Vajgel J, Vasconcelos BCE. Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2015;45(3):359-367.
2. McClary AC, West RB, McClary AC, Pollack JR, Fischbien NJ, Holsinger CF, Sunwoo J, Colevas AD, Sirjani D. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016;273(7):1649-1661.
3. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol*. 2017;11(1):68-77.
4. Effiom OA, Ogundana OM, Akinshipo AO, Akintoye SO. Ameloblastoma: Current Etiopathological Concepts and Management. *Oral Dis*. 2018;24(3):307-316.
5. Haq J, Siddiqui S, McGurk M. Argument for the conservative management of mandibular ameloblastomas. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2016;54(9):1001-1005.
6. Hendra FN, Kalla DSN, Cann LMV, Vet HCW, Helder MN, Forouzanfar T. Radical vs conservative treatment of intraosseous ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *Oral Dis*. 2018.
7. Laborde A, Nicot R, Wojcik T, Ferri J, Rauol G. Ameloblastomas of the jaws: management and recurrence rate. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. 2016;134(1):7-11.
8. Silva JN, Santos CN, Rocha AC, Carli ML, Hanemann JAC, Pereira AAC. Extensive ameloblastoma in young patient: 5-year follow-up with no recurrence using conservative treatment. *Rev. Gaúch. Odontol*. 2018;66(2):181-186.
9. Antonoglou GN, Sandor GK. Recurrence rates of intraosseous ameloblastomas of the jaws: A systematic review of conservative versus aggressive treatment approaches and meta-analysis of non-randomized studies. *J Craniomaxillofac Surg*. 2015;43(1):149-157.
10. Rikhotso RI, Premviyasa V. Conservative treatment of ameloblastoma in a paediatric patient: A case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2019;77(8): 1643-1649.