

# Tratamento Cirúrgico de Ameloblastoma Mandibular

## *Surgical treatment of Mandibular Ameloblastoma*

### *Tratamiento quirúrgico de ameloblastoma mandibular*

Ellen Cristina Gaetti **Jardim**<sup>1</sup>

Leonardo Perez **Faverani**<sup>2</sup>

Rosana Leite de **Melo**<sup>3</sup>

Glauco Issamu **Miyahara**<sup>4</sup>

Ana Maria Pires **Soubhia**<sup>4</sup>

Jose Carlos Garcia de **Mendonça**<sup>5</sup>

Elio Hitoshi **Shinohara**<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Residente do Programa de Residência em CTBMF - Núcleo de Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian" – UFMS, Brasil

<sup>2</sup>Doutorando em Implantodontia - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Araçatuba, Brasil

<sup>3</sup>Professora Visitante, Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, UFMS, Brasil

<sup>4</sup>Professor(a) Adjunto - Departamento de Patologia Clínica e Propedêutica -  
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho –UNESP, Araçatuba, Brasil

<sup>5</sup>Professor Doutor, Disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial I e II - Faculdade de Odontologia de Campo Grande  
"Prof. Albino Coimbra Filho", UFMS, Brasil

<sup>6</sup>Professor do Curso de Pós-Graduação em Odontologia - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
UNESP, Araçatuba, Brasil

Ameloblastomas são tumores benignos, localmente invasivos e altamente recidivante. É um tumor odontogênico, caracterizado pela proliferação do epitélio ameloblástico em um estroma fibroso. O presente trabalho relata um caso de ameloblastoma mandibular, em paciente de 27 anos de idade sem queixas algicas, com evolução de cerca de 4 anos, com cerca de 20 mm em sua maior extensão, base sésil e superfície de recobrimento íntegra. O tratamento de escolha foi o cirúrgico conservador.

**Palavras chave:** Patologia Bucal, Diagnóstico Bucal, Ameloblastoma.

## INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, de origem epitelial sem ectomesênquima odontogênico, de crescimento lento<sup>1</sup>, representando cerca de 1% de todos os tumores da maxila e mandíbula<sup>2,3</sup>. Pode aparecer em qualquer idade, com predominância entre a terceira e quinta décadas de

vida. Ocorre predominantemente em mandíbula (80 a 85% dos casos); na região de corpo e ramo ascendente com maior incidência (75%)<sup>4-6</sup>. Em maxila, 47% dos casos são em região posterior e 15% em seio maxilar e assoalho de cavidade nasal<sup>4</sup>. Não há predileção por sexo.

Ao exame radiográfico, são encontradas lesões radiolúcidas multiloculares, de limites bem definidos

que podem assemelhar-se à “bolhas de sabão” ou “favos de mel”, dependendo do tamanho das lojas ósseas ou apresentar-se em uma única loja chamado de unicístico. Nesse contexto, a classificação do ameloblastoma ocorre de acordo com as suas características clínicas e radiográficas, em três tipos: multicístico, unicístico e periférico (extraósseo). Histologicamente há a classificação da OMS de tumores odontogênicos, dividindo-os em neoplasias benignas e malignas<sup>5</sup>.

O ameloblastoma multicístico atinge amplo espectro de idades, acometendo principalmente 3ª e 5ª décadas de vida. Já o ameloblastoma unicístico ocorre em indivíduos mais jovens. Pode apresentar os seguintes sinais e sintomas: crescimento tecidual intraoral, expansão óssea assintomática ou sintomática, dor e ulceração intraoral, mobilidade ou perda dental e assimetria facial<sup>4</sup>. Radiograficamente possui imagem radiolúcida unilocular bem delimitada e pode apresentar limites corticalizados. O crescimento lento intraósseo ocorre com frequência, diagnosticando o ameloblastoma em radiografias panorâmicas de rotina ou ainda nos casos de expansão da cortical óssea tardia, sendo notado pelo paciente somente quando a lesão atinge dimensões maiores o que se mostrará presente no caso clínico a ser relatado. O periférico apresenta crescimento tecidual em mucosa gengival, sem envolvimento ósseo direto caracterizando-se por um nódulo firme, séssil (mais frequente) ou pediculado, variando de tamanho, com superfície lisa e coloração normal<sup>5</sup>.

Vários são os métodos de tratamento dos ameloblastomas dentre os quais: a enucleação, marsupialização, enucleação seguida de curetagem, crioterapia, eletrocauterização e exérese com margem de segurança, sendo imprescindível antes de todo e qualquer tratamento a ser instituído, a correta identificação do tipo histológico e grau de agressividade da lesão<sup>5</sup>.

Diante do pressuposto, o presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico de uma

paciente portadora de um abaulamento em sua cortical lingual compatível clinicamente com ameloblastoma.

## RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, melanoderma, 27 anos de idade, compareceu a clínica com queixa principal de dor ao redor do primeiro molar inferior. Na anamnese, a paciente relatou não saber com exatidão quando e como a lesão surgira. Ao exame físico extrabucal nada digno de nota foi observado, já ao exame físico intrabucal foi observada a presença de tumefação localizada na porção lingual do rebordo alveolar, região dos dentes 34 ao 36, de coloração semelhante a mucosa adjacente, base séssil e superfície de recobrimento íntegra, com medidas de aproximadamente 20 mm (Figuras 1).



**Figura 1.** Aspecto clínico da lesão localizada entre os dentes 34 e 36, de base séssil e coloração semelhante a mucosa adjacente

As hipóteses diagnósticas compreenderam o ameloblastoma, o mixoma odontogênico, a lesão central de células gigantes e o mieloma múltiplo. Após os exames complementares de rotina que compreenderam radiografias panorâmica, oclusal e periapical (Figuras 2, 3 e 4), chegou-se ao diagnóstico clínico de ameloblastoma.

A partir do diagnóstico clínico e os exames complementares optou-se pela biópsia incisiva da

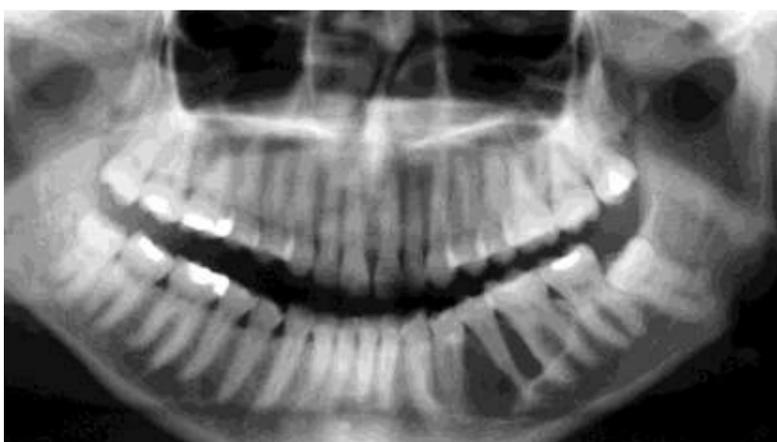
lesão. Após excisão, a peça cirúrgica foi acondicionada em um recipiente de formol a 10% e enviada para o exame histopatológico.



**Figura 2.** Radiografia periapical da lesão evidenciando o aspecto do trabeculado ósseo.

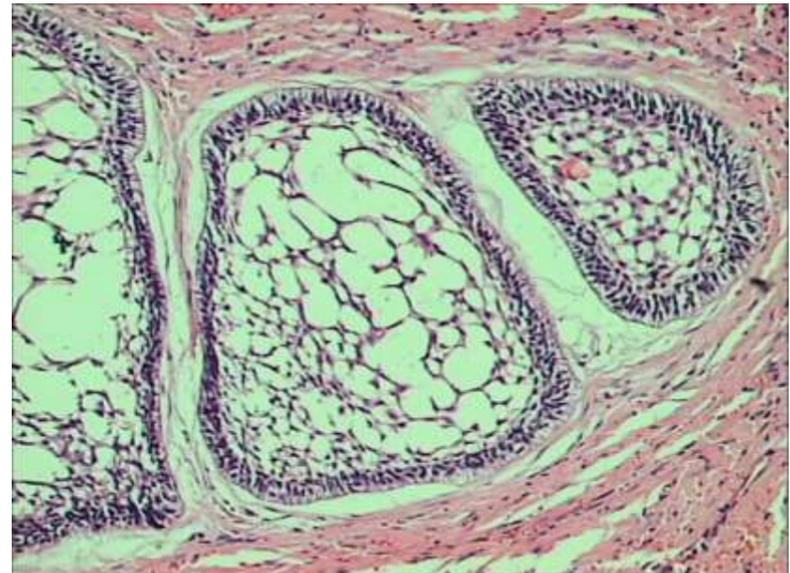


**Figura 3.** Radiografia oclusal demonstrando o aspecto para lingual da lesão.



**Figura 4.** Ortopantomografia correlacionando a lesão com as estruturas mandibulares adjacentes.

Nos cortes microscópicos corados por hematoxilina e eosina (HE) observou-se a presença da cápsula cística de um ameloblastoma unicístico com infiltração intramural (Figura 5).



**Figura 5.** Cápsula cística do ameloblastoma do tipo unicístico com infiltração intramural.

## DISCUSSÃO

Cerca de 90% dos ameloblastomas atingem a mandíbula, em pacientes entre a terceira e quinta década de vida. Esses dados corroboram com o presente caso, haja vista o mesmo apresentar-se em mandíbula e acometer uma paciente de 27 anos de idade. Apresenta-se clinicamente como uma lesão de crescimento lento e progressivo, consistente à palpação com sintomatologia mínima. Foram observadas no caso as mesmas características clínicas citadas pelos autores, com abaulamento em mandíbula, apresentando evolução de aproximadamente quatro anos e ausência de quadros dolorosos<sup>4,5</sup>.

Confirmado o diagnóstico, devem-se levar em consideração alguns fatores que contribuirão para a escolha do tratamento. Acredita-se que a variante histológica do ameloblastoma determine seu comportamento clínico, em que autores consideram o prognóstico crítico quando este tumor se infiltra além da membrana basal. Afirmam que o ameloblastoma plexiforme parece se comportar menos agressivamente que o folicular, pois se mantém em um estágio

primitivo de diferenciação tumoral; enquanto que o ameloblastoma folicular e acantomatoso são passíveis de diferenciação escamosa.

Quando levamos em consideração o tipo unicístico os autores são veementes em crer que pelo fato do epitélio não infiltrar o tecido conjuntivo da cápsula cística e configura-se como ameloblastoma mais freqüente a melhor escolha terapêutica seria, a curetagem ou enucleação, quando ameloblastomas unicísticos de pequeno tamanho e um procedimento mais agressivo para os ameloblastomas unicísticos do subtipo mural com curetagem ou enucleação seguida de cauterização química, crioterapia ou ostectomia marginal. Caso contrário, haverá uma maior probabilidade de recidiva local<sup>4</sup>, já que o mesmo pode invadir porções de tecido conjuntivo subjacente<sup>3-5</sup>.

Desta forma, optou-se como tratamento após diagnóstico da patologia, o encaminhamento da paciente ao cirurgião bucomaxilofacial para enucleação da lesão e posterior acompanhamento do caso.

## CONCLUSÃO

De acordo com o apresentado, os ameloblastomas são neoplasias odontogênicas que acometem com maior frequência a região mandibular posterior; raramente sofrem malignização; apresentam uma predileção pelo gênero masculino sendo o tratamento de eleição cirúrgico a fim de evitar quaisquer recidivas da lesão.

## ABSTRACT

*Ameloblastomas are benign, invasive locally and highly recurrent. It is an odontogenic tumor, characterized by the proliferation of epithelial ameloblastic in a fibrous stroma. This paper reports a case of mandibular ameloblastoma, in patients 27 years of age without pain with developments around 4 years, with about 20 mm at its greatest extent, sessile base and surface coatings full. The treatment of choice was the surgical conservative.*

**Keywords:** Pathology Oral, Oral Medicine, Ameloblastoma

## RESUMEN

*Ameloblastomas son benignos, localmente invasivo y altamente recurrente. Se trata de un tumor odontogénico caracterizado por la proliferación de epitelio ameloblástico en un estroma fibroso. En este trabajo se reporta un caso de ameloblastoma mandibular en un paciente de 27 años de edad sin quejas de dolor, un aumento de cerca de cuatro años, con cerca de 20 mm en su mayor medida, la base sésil y revestimiento de la superficie intacta. El tratamiento de elección es la cirugía conservadora*

**Palabras clave:** Patología Bucal, Diagnóstico Bucal, Ameloblastoma.

## REFERÊNCIAS

1. Curi MM, Dib LL, Pinto DS. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spray cryosurgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997; 84(4): 339-44.
2. Gungum S, Hosgoren B. Clinical and radiologic behaviour of ameloblastoma in 4 cases. J Can Dent Assoc. 2005; 71(7): 481-4.
3. Nakamura N, Mitsuyasu T, Higuchi Y, Sandra F, Ohishi M. Growth characteristics of ameloblastoma involving the inferior alveolar nerve: a clinical and histopathologic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001; 91(5): 557-62.
4. Ferreti C, Polakow R, Coleman H. Recurrent ameloblastoma: report of two cases. J Oral Maxillofac Surg. 2000; 58: 800-4
5. Rapis AD, Andrassakis DD, Stavrianos SD, Faratzis G, Arnogiannakiliappi N, Lagogiannis GA. Ameloblastomas of the jaws: clinicopathological review of 11 patients. Eur J Surg Oncol. 2004; 30: 998-1002.

### Correspondência

**Ellen Cristina Gaetti Jardim**  
Núcleo de Hospital Universitário (NHU-UFMS)  
Av. Filinto Muller S/N  
Campo Grande - MS  
ellengaetti@gmail.com