

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ANA PAULA LIMA DA SILVA
BEATRIZ DE OLIVEIRA SILVA**

**AMELOBLASTOMA MULTICÍSTICO
RELATO DE CASO**

**UBERABA, MG
2020**

**ANA PAULA LIMA DA SILVA
BEATRIZ DE OLIVEIRA SILVA**

**AMELOBLASTOMA MULTICÍSTICO
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado à Universidade de Uberaba
como parte do requisito para obtenção do
título de Cirurgião Dentista (Graduação em
Odontologia).

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Silva
Servato.

**UBERABA, MG
2020**

**ANA PAULA LIMA DA SILVA
BEATRIZ DE OLIVEIRA SILVA**

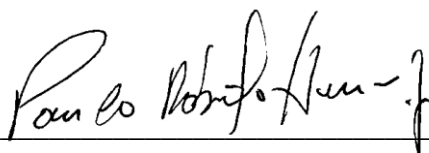
**AMELOBLASTOMA MULTICÍSTICO
RELATO DE CASO**

Trabalho apresentado à
Universidade de Uberaba como
parte dos requisitos para obtenção
de título em Odontologia.

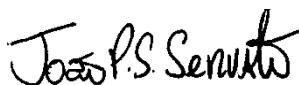
Orientador: Prof. Dr. João Paulo
Silva Servato.

Aprovada em 12/12/2020

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique



Prof. João Paulo Silva Servato

RESUMO

O Ameloblastoma se caracteriza em um tumor odontogênico de origem epitelial, sem envolvimento do ectomesênquima. Considerado como lesão benigna, possui alto poder infiltrativo e invasivo sendo capaz de destruir o segmento ósseo da região atingida dependendo do seu estágio e subtipo. Diante disso, o tratamento que melhor responde às expectativas de cura do tumor ainda são questionáveis, visto que, quando pela escolha de um método conservador como crioterapias, marsupializações e enucleações, o risco de recidiva é alto, enquanto que por métodos mais agressivos, como ressecção marginal, segmentar ou hemimandibulectomia, as chances de cura elevam, com sequelas maiores para o paciente. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico de um paciente que procurou atendimento na clínica de Estomatologia da Universidade de Uberaba com manifestações bucais de Ameloblastoma, procurando discutir as principais características clínicas e possíveis tratamentos para esta condição com base na literatura científica pertinente.

PALAVRAS-CHAVE: ameloblastoma, estomatologia, diagnóstico.

ABSTRACT

Ameloblastoma is characterized as an odontogenic tumor of epithelial origin, without involvement of the ectomesenchyme. Considered as a benign lesion, it has high infiltrative and invasive potential, being able to destroy the bone segment of the affected region depending on its stage and subtype. Therefore, the best treatment option, which responds to the expectations cure is still questionable, since, when choosing a conservative method such as cryotherapies, marsupializations and enucleations, the risk of recurrence is high, while for more aggressive methods, such as marginal resection, segmental resection or hemimandibulectomy the chances of cure increase, but with greater sequelae for the patient. This study aims to describe a case report of a patient who sought care at the Stomatology Clinic of the University of Uberaba with oral manifestations characteristic of Ameloblastoma. In addition this paper, discuss the main clinical characteristics and possible treatments for this condition based on the scientific pertinent literature.

KEY-WORDS: ameloblastoma, stomatology, diagnostic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Radiografia panorâmica, lesão radiolúcida, com margens indefinidas, estendendo dos elementos dentais 33 ao 36.

Figura 2: Radiografia oclusal, lesão radiolúcida, vista axial, mostrando possível rompimento da cortical óssea vestibular.

Figura 3: Tomografia, vista axial, rompimento da cortical óssea vestibular e lingual.

Figura 4: Tomografia, vista coronal, exibindo envolvimento do nervo mandibular e fenestração das corticais ósseas.

Figura 5: Tomografia, vista coronal, demonstrando envolvimento tumoral do nervo mandibular.

Figura 6: Técnica anestésica, terminal infiltrativa, em fundo de vestibulo.

Figura 7: Teste de sucção, negativo.

Figura 8: Incisão retilínea com bisturi.

Figura 9: Exposição da lesão ao meio oral.

Figura 10: Exérese do fragmento lesional.

Figura 11: Suturas realizadas na área de incisão.

Figura 12: Fragmento excisionado de aproximadamente 5mm.

Figura 13: Lesão fixada em formol 10%.

Figura 14: Paciente no pós-operatório da biópsia.

Figura 15: Radiografia Panorâmica após tratamento, ressecção segmentar da mandíbula com fixação de placa de titânio e enxerto autógeno.

Figura 16: Pós Operatório de 14 dias da incisão extraoral.

Figura 17: Pós Operatório de 14 dias da incisão intraoral.

SUMÁRIO

RESUMO	v
LISTA DE FIGURAS	vii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Ameloblastoma Multicístico (sólido/convençãoal):	1
1.2 Ameloblastoma Unicístico:	3
1.3 Ameloblastoma Periférico:	4
1.4 Modalidades Terapêuticas	4
2 JUSTIFICATIVA	7
3 OBJETIVO	8
4 CASO CLÍNICO	9
4.1 Conduta terapêutica	10
4.2 Materiais e Instrumentais Utilizados - Biópsia	10
5 DISCUSSÃO	12
6 CONCLUSÃO	14
7 FIGURAS:	15
REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos são entidades relativamente frequentes, provenientes dos tecidos moles e duros formados no interior dos ossos gnáticos durante a odontogênese, por isso estas lesões são preferencialmente intraósseas, muito embora algumas possam surgir nos tecidos moles da gengiva e do rebordo alveolar. Os tumores de origem epitelial se caracterizam pela proliferação do epitélio odontogênico, não exibem a presença de ectomesênquima, nem dos principais produtos da interação epitélio/ectomesênquima, dentina e esmalte. (PAES, 2016; BARRA et al, 2014).

O Ameloblastoma é classificado como um tumor odontogênico benigno de origem epitelial. Seu surgimento está geralmente associado aos restos da lâmina dentária, órgãos do esmalte em desenvolvimento, revestimento epitelial de um cisto ou ainda de células basais da mucosa oral (NEVILLE et al, 2009). Considerado como uma lesão frequente dentre os tumores odontogênicos (13-58%) é localmente agressivo e invasivo, e apesar de sua benignidade e crescimento lento, é um tumor com alta taxa de recidiva (em torno de 50%). Em sua maioria é assintomático o que implica um diagnóstico tardio, atingindo grandes proporções. (FREGNANI et al, 2010; BARRA et al, 2014). “A apresentação mais comum ao diagnóstico é uma tumefação indolor da região envolvida na mandíbula ou maxila e pode ser acompanhada de mal-oclusão, deslocamento dentário, deformidade facial ou erupção dentária tardia” (LACERDA, 2018, p 7).

Devido às particularidades de prognóstico, tratamento, aspectos histológicos, radiográficos e ainda seu desenvolvimento, classificou-se a lesão em três principais grupos, sendo: Ameloblastoma Multicístico (sólido/convencional); Ameloblastoma Unicístico e Ameloblastoma Periférico ou Extraósseo. Os dois primeiros grupos são lesões intraósseas, enquanto o último representa uma variante de crescimento extraósseo, confinado à mucosa gengival. (LACERDA,2018).

1.1 Ameloblastoma Multicístico (sólido/convencional):

De acordo com *Neville et al, (2009)*, o Ameloblastoma Sólido é o mais comum entre os expostos acima (correspondendo cerca de 86% dos casos). Sua predileção é por indivíduos entre a 5ª e 7ª décadas de vida, acometendo igualmente homens e mulheres, sem comprovações por preferência racial. A lesão é caracterizada pela tumefação ou expansão dos ossos gnáticos, sendo incomum dor ou parestesia, e acomete principalmente a região posterior da mandíbula (cerca de 80% dos casos - na região do ramo e corpo).

O Ameloblastoma Sólido possui características radiográficas marcantes: nota-se uma lesão radiolúcida frequentemente multilocular, com aspectos de “bolhas de sabão” (quando as loculações são grandes) ou “favos de mel” (loculações menores), podendo se expandir para corticais ósseas e envolver as raízes de dentes inclusos próximos à lesão (*LACERDA,2018*).

Histologicamente apresenta-se em diversos padrões, sendo os mais comuns: Folicular (ilhas de epitélio que se assemelham ao epitélio do órgão do esmalte em meio ao estroma maduro de tecido conjuntivo fibroso, onde centralmente são encontradas células colunares altas, lembrando ameloblastos e perifericamente células cuboides, assemelhando-se à células basais) e Plexiforme (cordões ou lençóis de epitélio odontogênico, circundados por células colunares ou cúbicas parecidos com ameloblastos, com um estroma de suporte arranjado mais frouxamente). Também podem ser encontrados padrões desmoplásicos, de células basais e células granulares, menos comuns. (*NEVILLE et al., 2009*).

Para *Salles et al, (2007)* e *Amorim (2006)*, o tratamento do Ameloblastoma ainda é muito questionável, sendo realizado de maneira conservadora em lesões menores, através de enucleações, marsupialização, curetagem e crioterapia. Já em lesões de maior extensão, uma forma mais radical é abordada, a ressecção em bloco com margem de segurança (1 a 1,5cm além dos limites radiográficos do tumor) (*NEVILLE et al, 2009*). Em abordagens conservadoras há grandes chances de recidiva da lesão, apesar das sequelas serem menores. Segundo *Neville et al, (2009)*, a lesão tende a se infiltrar entre as trabéculas do osso esponjoso, fazendo com que a margem verdadeira do tumor se estenda além da margem na aparência radiográfica ou clínica. As abordagens mais conservadoras geralmente deixam pequenas ilhas do tumor dentro do osso, o que mais tarde se manifesta como recidiva.

1.2 Ameloblastoma Unicístico:

O Ameloblastoma Unicístico, agride frequentemente pacientes mais jovens (entre 2ª e 3ª década de vida), sem predileção por sexo ou raça, acometendo a região posterior da mandíbula (90% dos casos). Sua origem é dada pela transformação ameloblástica do epitélio do esmalte associado a um dente em formação com posterior desenvolvimento de um cisto dentário (em especial o dentígero), ou ainda por degeneração cística das ilhas ameloblásticas de um Ameloblastoma Convencional. Em aspectos radiográficos é caracterizado por uma área radiolúcida unilocular, bem demarcada e geralmente associada a dentes inclusos, principalmente a parte coronária de terceiros molares. (LACERDA, 2018). Pela semelhança clínica que a lesão possui com o cisto dentígero pode-se sugerir que a mesma seja tratada como tal, sendo necessário o estudo do espécime em microscópio para comprovação de AME (NEVILLE *et al*, 2009).

Paes (2016), classificou três variantes histológicas para o Ameloblastoma Unicístico, sendo: Ameloblastoma Unicístico Luminal (epitélio revestindo somente a cavidade cística), Ameloblastoma Unicístico Intraluminal (além do revestimento da cavidade cística, presença do subtipo plexiforme no lúmen) e Ameloblastoma Unicístico Mural (proliferação de ilhas de epitélio ameloblástico na parede de tecido conectivo fibroso).

Esses tumores usualmente são tratados como cistos, através de enucleação, fazendo o acompanhamento do paciente por um longo período (NEVILLE *et al*, 2009). O tratamento conservador com enucleações, curetagens e crioterapias, favorecem na baixa taxa de recidiva - comparado ao Ameloblastoma Convencional (BARRA *et al*, 2014), porém, para Cawson *et al*, (2013), a variante Mural deve receber tratamento radical (resseção em bloco), pois seu comportamento assemelha-se ao da lesão mais agressiva, apesar de estar caracterizada como Unicístico. “Nas duas primeiras variantes referidas anteriormente (luminal e intraluminal) não se constata invasão do osso subjacente o que se reflete em uma baixa taxa de recorrência quando se opta por uma abordagem conservadora” (LACERDA, 2018, p 8).

1.3 Ameloblastoma Periférico:

Sapp; Eversole; Whysoky (2012) relataram que o Ameloblastoma Periférico (extra ósseo) é o tipo mais raro encontrado na cavidade oral (1 a 10% dos AME's) sendo histologicamente equivalente ao Ameloblastoma Convencional, porém com abrangência restrita somente à mucosa e tecidos moles. A prevalência descrita nas literaturas é por indivíduos entre 23 a 82 anos, com discreto predomínio pelo sexo masculino, apresentando-se duas vezes mais na mandíbula em relação à maxila e sem registros de predileção racial. Geralmente é uma lesão indolor, não ulcerada, séssil ou pedunculada, que acomete a mucosa gengival ou alveolar e em sua maioria mede menos de 1,5cm (NEVILLE et al, 2009). Sua origem está associada ao epitélio de recobrimento ou ainda remanescentes da lâmina dentária de tecido mole extra ósseo. Apresenta-se como um nódulo firme na gengiva, de textura lisa e indolor, confundindo-se com outras lesões como fibroma odontogênico periférico, hamartoma periférico ou granuloma piogênico, a confirmação do diagnóstico é dada histologicamente, quando se identifica características semelhantes ao do Ameloblastoma Convencional.

Envolvimento ósseo não é encontrado no exame radiográfico, visto que a lesão se restringe à mucosa. Por ter características clínicas e comportamento inócuo, opta-se como medida de tratamento a excisão cirúrgica local, pois traz prognóstico positivo. A porcentagem de recidiva é baixa (entre 15 e 20%) e quando recorrem, uma nova cirurgia é feita, levando a cura (NEVILLE et al. 2009).

1.4 Modalidades Terapêuticas

Por apresentar sintomatologia pobre e tardia, o paciente e o próprio profissional só percebem alguma mudança quando a lesão já se encontra evoluída, exibindo um volume considerável na face. Já nos casos de diagnóstico precoce, normalmente são evidenciadas alterações através dos exames de imagem na rotina odontológica. A comprovação é feita através de análise histológica da biópsia (NEVILLE et al. 2009; LACERDA, 2018; BARRA et al.

2014). A análise correta dos subtipos da lesão, fatores clínicos e histológicos, localização, morbidade e o alto risco de recorrência devem ter grande peso para o planejamento e escolha do tratamento. Apesar de ser um tema de grande controvérsia nas literaturas existentes, os tratamentos dos AMEs podem ser popularmente designados como conservadores e radicais (LACERDA, 2018).

As abordagens conservadoras geralmente são utilizadas em tumores unicísticos e têm como vantagem a possibilidade de serem realizadas em ambiente laboratorial preservando a estética e função do paciente, evitando assim a reconstrução óssea posterior, sendo elas a enucleação, curetagem ou marsupialização. Embora sejam preferíveis para conforto e estética do paciente, a taxa de recidiva aumenta de 35-60% no AU e de 30-90% no ASM. (BARRA et al. 2014; LACERDA, 2018) “Num estudo conduzido por *Hong apud (LACERDA, 2018, p 16)* em 174 casos de ameloblastoma submetidos a terapia conservadora, foram observadas recorrências em 51 doentes.”. De acordo com *Jorge et al. apud (RALD et al. 2010)* o tratamento conservador é contra indicado, pois em casos de recidiva quando é realizada a curetagem da lesão, pode haver transformação maligna, com metástases locais, regionais e à distância. “Segundo a classificação histológica da OMS, os ameloblastomas periférico e unicístico apresentam melhor prognóstico quando comparados com as outras variantes e podem ser submetidos ao tratamento conservador.” (LACERDA, 2018, p 16).

De acordo com as literaturas, a terapêutica radical é mais indicada para tratamento dos AMEs, sobretudo para os mais agressivos, como no ameloblastoma multicístico ou mesmo no unicístico com característica infiltrante, consistindo na remoção total da lesão com margens de segurança que variam de acordo com a dimensão da mesma ou ressecção hemimandibular. (RALD et al. 2010; BARRA et al. 2014). *Becelli et al. Apud (RALD et al. 2010)* “aplicam o tratamento cirúrgico considerando alguns fatores como: o estado de saúde do paciente, a idade, a localização e extensão do tumor”. Segundo *Hong apud (LACERDA, 2018, p 17)*,” reportou uma taxa de recorrência de 4,5% nos pacientes submetidos a ressecção segmentar e 11,6% nos casos de ressecção marginal, já outro estudo, reportou taxas de recorrência de 0% nos pacientes submetidos ao tratamento radical”. Esta abordagem pode acarretar problemas estéticos, fonéticos e funcionais que devem ser considerados no momento do

método a ser empregado, pois a remoção da massa tumoral com margem de segurança pode custar ao paciente a deformidade facial (*RALD et al 2010*).

O prognóstico vai sempre depender do tratamento escolhido, observando a agressividade da lesão que estará ligada ao potencial de recidiva e avaliando o risco/benefício do procedimento ao paciente.

2 JUSTIFICATIVA

Os métodos eficazes de tratamento para o Ameloblastoma ainda são muito discutidos, tendo em vista que a lesão pode se manifestar tardiamente, já que sua sintomatologia em maioria é imperceptível. Cada caso deve ser analisado de maneira particular, para que posteriormente haja um prognóstico positivo. É certo que, nas lesões mais agressivas, como no Ameloblastoma Sólido, há na maioria dos casos a necessidade de uma abordagem mais radical, sabendo que a recidiva é alta. Entretanto a agressividade traz sérios danos ao paciente como: disfunção mastigatória, mutilação, problemas na fonética e na estética, por isso, um bom planejamento é crucial (*AMORIM et al., 2006; RALDI et al., 2010*).

Deste modo, o presente trabalho traz caso clínico que aborda manifestação de Ameloblastoma Multicístico e uma de suas abordagens terapêuticas.

3 OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico de um paciente que procurou atendimento na Clínica de Estomatologia da Universidade de Uberaba com manifestações bucais de Ameloblastoma. Além disso, este trabalho busca discutir as principais características clínicas e possíveis tratamentos para esta condição com base na literatura científica pertinente.

4 CASO CLÍNICO

Paciente de 47 anos, gênero masculino, leucoderma, solteiro, natural e residente em Ibiá (MG), compareceu à Policlínica Getúlio Vargas – UNIUBE, encaminhado ao curso de extensão em Estomatologia (Atenção Integral às Doenças Bucais). Na anamnese o paciente não relatou nenhuma alteração sistêmica que pudesse intervir no tratamento odontológico. Como queixa principal, mencionou a percepção de afastamento entre os dentes 34 e 35, além de tumefação do lado esquerdo da face entre seis e doze meses. O exame físico geral estava dentro de suas normalidades, já no exame extrabucal observou-se edema na face, confirmando a queixa principal do paciente. No exame físico intraoral, notou-se na região da mandíbula a presença de uma lesão nodular endurecida, com coloração semelhante a mucosa, estendendo-se aos elementos dentais 33 ao 36.

O atendimento dispunha de exames complementares trazidos pelo próprio paciente, sendo eles: radiografia panorâmica (Figura 1) e radiografia oclusal (Figura 2), além de tomografia computadorizada da área (Figuras 3, 4 e 5). Após avaliação clínica e radiográfica, a hipótese diagnóstica da lesão foi de Ameloblastoma Multicístico, e para confirmação, foi realizada biópsia incisional.

O procedimento pré-operatório iniciou-se com o bochecho de Clorexidina 0,12% por 1 minuto e antisepsia extraoral utilizando Clorexidina 2%. Para bloqueio da dor, realizou-se anestesia local, administrando um tubete do sal anestésico Lidocaína 2%, com uso de seringa carpule (Figura 6). Optou-se por efetuar, antecedendo à biópsia, o teste de punção em busca de um diagnóstico diferencial, obtendo resposta negativa (Figura 7).

A incisão foi realizada com cabo nº3 e lâmina de bisturi nº15, realizando uma incisão retílinea (Figura 8), e em seguida foi realizada a retirada de um fragmento de aproximadamente 5mm, para posterior exame anatomopatológico (Figura 12). A coleta da peça cirúrgica foi levada a um coletor contendo formol à 10% (Figura 13) e a síntese procedeu com auxílio do porta agulha de Mayo Hegar e fio de sutura de seda 4-0 (Figura 11). Após sete dias o paciente retornou para remoção das suturas.

Em dados obtidos pelo exame anatomopatológico, continham informações do exame macroscópico da peça, o qual descrevia o fragmento

enviado com tamanho de 1,2 x 1,0 x 0,7 cm, formato e superfície irregulares, consistência borrachóide e coloração esbranquiçada e acastanhada. Nas características microscópicas os cortes revelaram fragmentos de neoplasia benigna de origem odontogênica, ilhas e cordões celulares mergulhadas em um estroma de tecido conjuntivo denso. As ilhas de células epiteliais consistem em uma região central de células angulares arranjadas frouxamente, lembrando o retículo estrelado do órgão do esmalte. Periféricamente, as células das ilhas e dos cordões epiteliais apresentavam-se como células colunares altas de polaridade invertida, com vacuolação citoplasmática evidentes, típicas de pré-ameloblastos. Caracterizando assim o diagnóstico final de Ameloblastoma sólido/multicístico do padrão folicular e acantomatoso.

4.1 Conduta terapêutica

Por motivos pessoais, o paciente optou por realizar o procedimento cirúrgico no Hospital da Baleia, Belo Horizonte - MG, onde foi feita a ressecção segmentar da mandíbula, colocação de placa de titânio (Figura 15) e enxerto autógeno imediato retirado da crista ilíaca, para futura reabilitação oral (Figura 16). O fragmento da exérese foi encaminhado novamente ao Serviço de Patologia local, o qual confirmou o diagnóstico anterior. Segundo depoimento do próprio paciente, no pós operatório não houve qualquer tipo de complicação (Figuras 16 e 17).

4.2 Materiais e Instrumentais Utilizados - Biópsia

Para efetuar a biópsia incisional, utilizamos os seguintes instrumentais:

- ✓ Tecido de “Spunbond-meltblown-spunbond” (SMS);
- ✓ Equipamento de Proteção Individual (EPI) completo: capote cirúrgico, gorro, máscara, luva cirúrgica, óculos de proteção para profissional e paciente;
- ✓ Clorexidina 0,2% antissepsia extra-oral do paciente;
- ✓ Clorexidina 0,12% para bochecho do paciente;
- ✓ Sugador estéril descartável;
- ✓ Seringa descartável 20ml;

- ✓ Gaze;
- ✓ Tubete anestésico;
- ✓ Lâmina de bisturi;
- ✓ Fio de sutura;
- ✓ Pote coletor.

Instrumentais:

- ✓ Kit clínico (espelho, sonda exploradora e pinça);
- ✓ Seringa carpule;
- ✓ Cabo de bisturi nº5;
- ✓ Descolador de Molt;
- ✓ Porta agulha de mayo hegar;

5 DISCUSSÃO

É de extrema importância elaborar um comparativo das informações obtidas no caso clínico avaliando as referências contidas na literatura científica. Um estudo retrospectivo realizado no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Antônio Pedro entre 1997 e 2007 constatou que 13 dos 23 pacientes diagnosticados com a lesão eram homens (COSTA *et al.*, 2008, p. 443). Casos trazidos pelo *Jornal de Otorrinolaringologia* (2010), há discreta predileção pelo sexo masculino em 51% dos casos (FULCO *et al.*, 2010). Outro estudo obtido pela *Revista de Ortopedia Brasileira*, conta com 6 casos analisados, onde não houve predomínio em relação ao gênero (MORAES *et al.*, 2014). As informações contidas no *Neville et al., 2009* corroboram para ratificar essa igualdade de distribuição entre ambos os gêneros.

Com relação à questão racial, *Reichart et al., Apud (Lacerda 2018)* em um estudo com 3677 casos de ameloblastoma, reportou que a frequência na população negra é de 34,4% e de 38,4% na população asiática. *Neville et al. 2009* traz que não há predileção significativa. Até o presente momento as informações contidas na literatura estão de acordo com os dados trazidos no caso clínico.

De Almeida OP (2016) aponta que adultos jovens são mais acometidos. Em concordância ao exposto, *FREGNANI et al., 2010* em sua pesquisa contendo 121 casos, mostra que a idade média foi de 33 anos. Isso foi comprovado em um estudo realizado no *Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte* com maior predominância entre as 3ª e 5ª décadas de vida em seus 39 casos, logo, confirma-se o exposto ao longo desse trabalho (CARVALHO *et al.*, 2005).

A literatura é unânime em relação a localização anatômica da lesão (NEVILLE *et al.*, 2009; LACERDA, 2018; BARRA *et al.*, 2014), trazem que a grande maioria dos casos ocorrem na mandíbula em região de corpo e ramo. Nos 54 casos analisados pelo *Jornal de Otorrinolaringologia* (98,1%) mostraram predileção por esta mesma região (FULCO; *et al.*, 2010). O mesmo ocorreu nas informações trazidas nos diagnósticos do *Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Antônio Pedro*, (100%) dos fatos analisados ocorreram na mandíbula, (60%) envolvendo região posterior e (17,4%) atingiam a linha média (COSTA *et al.*, 2008).

Os achados histológicos desta lesão são amplos, porém dois padrões histológicos são predominantemente encontrados, sendo eles plexiforme e folicular (NEVILLE *et al.*, 2009). Segundo estudo realizado com 49 indivíduos que tiveram Ameloblastoma Sólido, 77,6% deles apresentaram o padrão folicular, 69,4% acantomatoso e 65,3% para o padrão plexiforme (tendo em vista que um mesmo paciente pode apresentar mais de um padrão histológico), refutando em partes a literatura anterior (FULCO *et al.*, 2010). Já em outra pesquisa que dispôs com a participação de 71 casos, 35,2% apresentavam o padrão plexiforme e 29,6% folicular (Su-Gwan Kim *et al.*, 2001 *Apud* CARVALHO

et al., 2005). Diante disso, evidencia-se o que fora trazido no caso clínico acompanhado, mantem-se em parcial concordância com as literaturas, visto que a histologia encontrada no mesmo foi folicular e acantomatoso.

Em relação ao tratamento, tema de grande controvérsia na literatura existente, temos duas possíveis formas de abordagens terapêuticas, com métodos conservadores e radicais. Em relação ao ameloblastoma sólido, a maioria dos casos clínicos trazem como escolha primordial o tratamento radical por meio de cirurgia em bloco: segmentar, marginal ou hemimandibulectomia, todas realizadas com margem de segurança, com média de 4-5 mm além das margens radiográficas (*LACERDA, 2018*). Essa escolha está relacionada ao grande potencial infiltrativo da lesão entre os trabéculados ósseos (*NEVILLE et al., 2009*), impossibilitando um bom prognóstico quando o método conservador é aplicado.

Melo et al., 2016 traz um caso clínico onde fora diagnosticado o Ameloblastoma Sólido, em que se utilizou a terapêutica radical de ressecção marginal e colocação de placa de titânio, similar ao caso descrito. Após 30 meses de pós cirúrgico, não foi evidenciado qualquer tipo de recidiva da lesão. Em outro estudo demográfico de 40 casos realizado pelo *Journal of Otorhinolaryngology* o número de recidiva do tumor foi de 4 casos, sendo 3 deles após o tratamento conservador e apenas 1 com o radical (*FRANÇA et al., 2012*). Com isso, fica claro que apesar das sequelas fonéticas e estéticas serem mais severas no tratamento radical, este oferece menor chances do tumor recidivar. Para o paciente acompanhado, foi realizada ressecção segmentar afim de impedir possível recidiva da lesão. A reconstrução feita com placas de titânio e enxerto ósseo autógeno garantiram ao paciente descrito, uma boa reabilitação estética e funcional.

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto neste trabalho, nota-se que o caso descrito apresenta similaridades com os dados encontrados pela revisão da literatura. O ameloblastoma sólido/multicístico é normalmente encontrado em pacientes adultos jovens (2^a-4^a década de vida), na região posterior da mandíbula. Não existem predileções definidas para gênero, cor de pele e padrão histológico. O tratamento cirúrgico agressivo, deve ser implementado sempre que possível, para se tentar minimizar as recidivas. Os problemas estéticos e funcionais deste tipo de tratamento, podem ser parcialmente revertidos com técnicas de reconstrução (placas de titânio e enxertos ósseos autógenos).

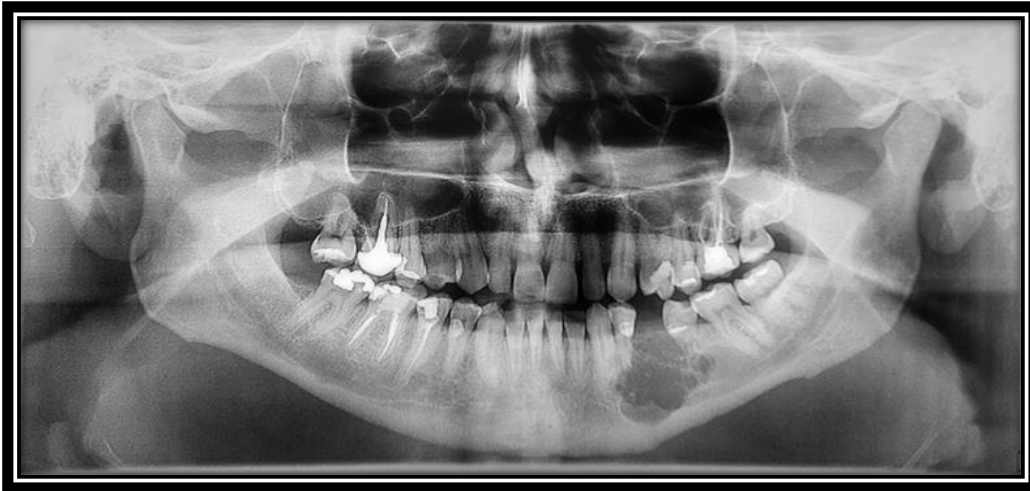
7 FIGURAS:

Figura 1: Radiografia panorâmica, lesão radiolúcida, com margens indefinidas, estendendo dos elementos dentais 33 ao 36.



Figura 2: Radiografia oclusal, lesão radiolúcida, vista axial, mostrando possível rompimento da cortical óssea vestibular.



Figura 3: Tomografia, vista axial, rompimento da cortical óssea vestibular e lingual.

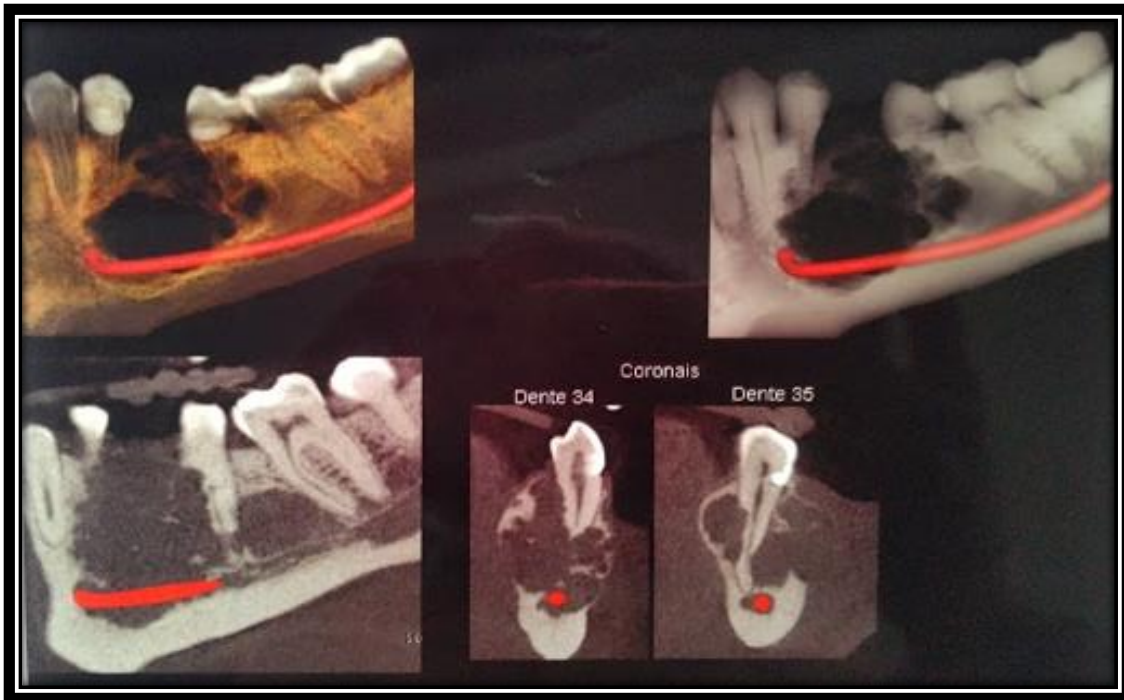


Figura 4: Tomografia, vista coronal, exibindo envolvimento do nervo mandibular e fenestração das corticais ósseas.

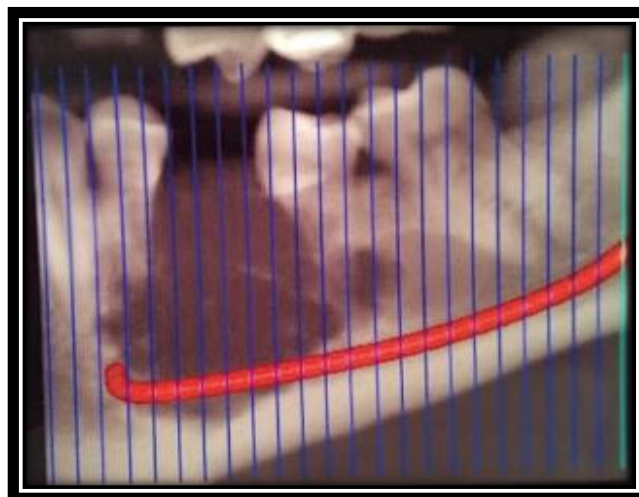


Figura 5: Tomografia, vista coronal, demonstrando envolvimento tumoral do nervo mandibular.



Figura 6: Técnica anestésica, Terminal Infiltrativa, em fundo de vestibulo.

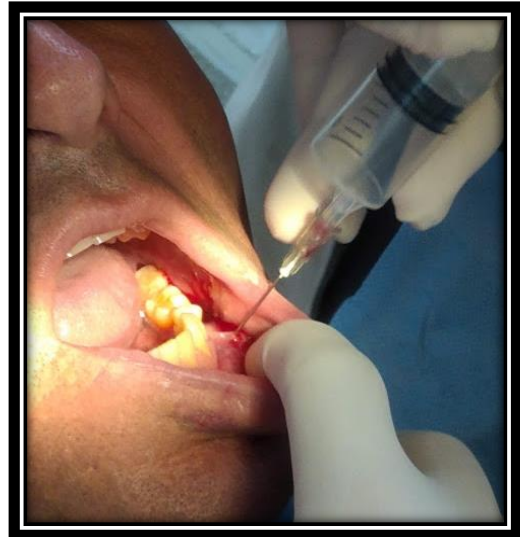


Figura 7: Teste de sucção negativo.



Figura 8: Incisão retilínea com bisturi.



Figura 9: Exposição da lesão ao meio oral.



Figura 10: Exérese do fragmento lesional.



Figura 11: Suturas realizadas na área de incisão.

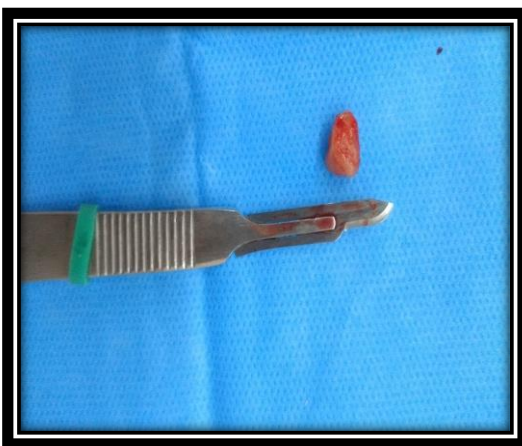


Figura 12: Fragmento excisionado de aproximadamente 5mm.

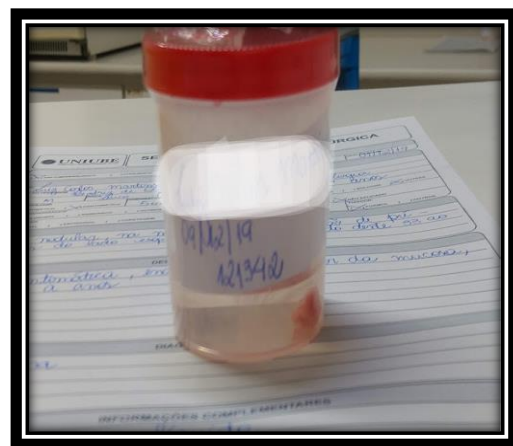


Figura 13: Lesão fixada em formol 10%.



Figura 14: Paciente no pós-operatório da biopsia.

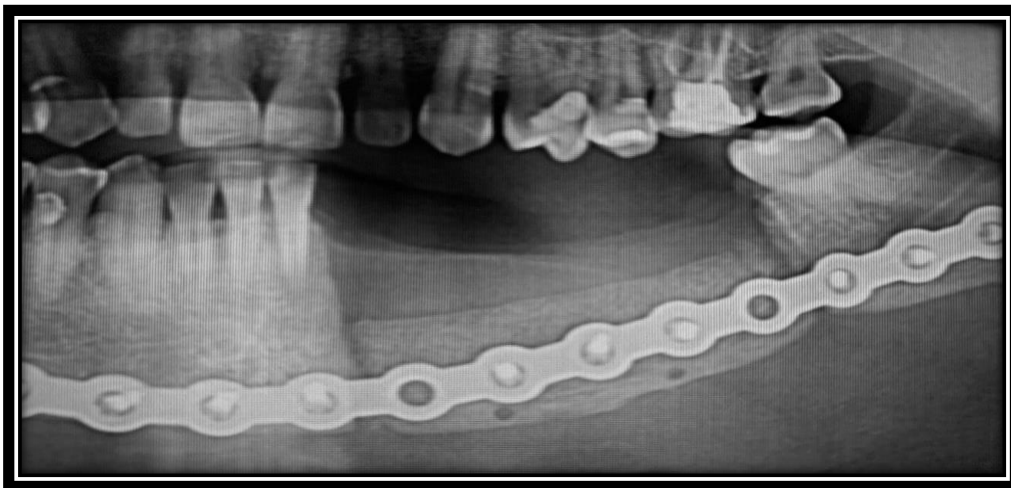


Figura 15: Radiografia Panorâmica após tratamento, ressecção segmentar da mandíbula com fixação de placa de titânio e enxerto



Figura 16: Área cirúrgica do enxerto ósseo autógeno, removido da crista ilíaca.



Figura 16: Pós operatório de 14 dias da incisão extraoral.



Figura 17: Pós operatório de 14 dias da incisão intraoral.

REFERÊNCIAS

AMORIM et al., Conceito atual no tratamento dos Ameloblastomas. **Revista Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.6, n.3, p. 9-16, jul/set 2006.

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da Ciência – Filosofia e prática da Pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

BARRA et al., Ameloblastoma: uma análise clínica e terapêutica de seis casos. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.49, n.3, p. 305-308, 2014.

CARVALHO et al., Estudos dos Casos de Ameloblastoma Diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **R. Fac. Odonto.**, v.46, n.1, p. 32-36, jul 2005.

CAWSON, R.A; ODELL, E.W. **Fundamentos Básicos de Patologia e Medicina Oral**. 8ª ed. São Paulo. Editora Santos, 2013.

COSTA et al., Estudo retrospectivo dos casos diagnosticados como ameloblastoma no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Antônio Pedro entre 1997 e 2007. **J Bras Patol Med Lab** • v. 44 • n. 6 • p. 441-447 • dezembro 2008.

FRANÇA et al., Estudo demográfico, clínico e terapêutico do ameloblastoma - análise de 40 casos. **Braz. j. otorhinolaryngol.** v.78, n.3, May/June 2012.

FREGNANI et al., Clinicopathological study and treatment outcomes of 121 cases of ameloblastomas. **International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**, p. 145-149, 2010.

FULCO et al., Ameloblastomas sólidos: Estudo retrospectivo clínico e histopatológico em 54 casos. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, p.172-177, 2010.

LACERDA, Lourenço Petracchi Resende Martins. **Ameloblastoma: Perspectivas no Diagnóstico e Tratamento**. 2018. (Mestrado Integrado em Medicina) - Universidade do Porto, Portugal, 2018.

MORAES et al., Ameloblastoma: a clinical and therapeutic analysis on six cases. **Rev. bras. ortop.** v.49, n.3, May/June 2014.

NEVILLE et al., **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ª ed. São Paulo. Editora Elsevier, 2009.

PAES, Oslei de Almeida. **Patologia Oral**. São Paulo. Editora Artes Médicas, 2016.

RALDI et al., Tratamento de Ameloblastoma. **RGO**, v.58, n.1, p. 123-126, jan/mar 2010.

SALLES et al., Ameloblastomas: aspectos clínicos e terapêuticos. **Revista Brasileira Cirurgia Cabeça e Pescoço**, v.36, n.3, p. 159-162, jul/set 2007.

SANTOS et al., Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. **Pesqui. Odontol. Bras**, v.15, n.4, Oct./Dec.2001.

SAPP, P.; EVERSOLE, L.R; WY SOCKY, G.P. **Patologia Bucomaxilofacial Contemporânea**. 2ª ed. São Paulo. Editora Santos, 2012.