

Ameloblastoma unicístico: qual a abordagem ideal? Uma revisão de literatura

Unicystic ameloblastoma: what is the ideal approach? A review of the literature

DOI:10.34117/bjdv7n8-266

Recebimento dos originais: 07/07/2021

Aceitação para publicação: 11/08/2021

Bruna Barbieri

Graduanda em Odontologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ
Rua Servidão Anjo da Guarda 295-D, Efapi
E-mail: brunabarbieri21@hotmail.com

Bruno Abilio da Silva Machado

Mestrando em Engenharia Biomedica pela Universidade Brasil-UNIVBRASIL
Rua Território Fernando de Noronha, 2566 - Teresina – PI
E-mail: brunnoabillio92@gmail.com

Antonio Carlos dos Reis Filho

Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Piauí- UFPI
Universidade Federal do Piauí, Campus Universitário Ministro Portela,
s/n- Ininga, Teresina-PI
E-mail: carlosfilho_089@hotmail.com

Isadora Lucas Barnabé de Miranda

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia- UFU
Av. João Naves de Ávila, 2121 - Santa Mônica, Uberlândia – MG
E-mail: mirandadeisadora@gmail.com

Vinícius Lopes Lazarino

Graduando em Odontologia pela Universidade Estadual do Norte do Paraná-UENP
Av. Pedro Coelho Miranda, S/N - Jardim Panorama – Jacarezinho -PR Brasil
E-mail: vilazarino@gmail.com

Vinícius Fernandes Cavalcante

Graduado em Odontologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Washington Soares, 1321 - Edson Queiroz - Fortaleza-CE Brasil
E-mail: Viniciusfernandescavalcante@gmail.com

José Renato de Carvalho Gomes

Graduado em Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - (EBMSP)
Avenida Dom João VI, nº 275, Brotas – Salvador-Ba, CEP: 40.290-000
E-mail: jrenato.cgomes@gmail.com

Bruna Cristine Ferreira dos Santos

Graduado em odontologia pela Faculdade Patos de Minas-MG
E-mail: brunaferreira_cristine@hotmail.com

Arthur Alexandre Xavier Barbosa

Graduado em odontologia pela Faculdade Patos de Minas-MG
Rua Espírito Santo, 124 - Várzea - Patos de Minas - MG - Brasil
E-mail: arthur.axb@hotmail.com

RESUMO

Objetivou-se com esse estudo, estudar as abordagens utilizadas no tratamento do ameloblastoma unicístico. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. Utilizou-se as bases de dados PubMed, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS, e SciELO. Os descritores em saúde (DeCs e MeSH) utilizados foram “Ameloblastoma”, “Tumores odontogênicos” e “Neoplasias Maxilomandibulares”. Os critérios de exclusão foram: resumos, anais, editoriais, cartas ao editor, reflexão, duplicidade, artigos com detalhamento incompleto. Identificaram-se 556 estudos. Dentre os estudos identificados, eliminaram-se 45 duplicidades e leram-se os títulos e resumos dos artigos restantes, passando-se à leitura na íntegra de 45 artigos, sendo 34 selecionados para a elaboração deste trabalho. A variante unicista dos ameloblastomas pode apresentar três padrões de proliferação; luminal, intraluminal e mural os quais interferem no comportamento biológico, prognóstico, sendo que o tipo mural tem a maior taxa de recorrência, uma vez que o epitélio penetra e rompe a parede fibrosa com alto potencial para invadir o osso nulo adjacente. Não existe consenso sobre o tratamento de ameloblastomas, incluindo o unicístico, tanto cirurgias conservadoras quanto intervenções radicais são utilizadas. A escolha deve levar em conta a localização, tamanho, idade, condição de saúde geral e cooperação do paciente, possibilidade de acompanhamento a longo prazo, padrão histopatológico e experiência profissional.

Palavras chaves: Ameloblastoma, Unicístico, Tumor, Odontogênico.

ABSTRACT

This study aimed to explore the approaches used in the treatment of unicystic ameloblastoma, by using a narrative literature review. The databases PubMed, VHL (Virtual Health Library), LILACS, and SciELO were used. The health descriptors (DeCs and MeSH) used were "Ameloblastoma", "Odontogenic Tumors" and " Jawbone Neoplasms". Exclusion criteria were: abstracts, proceedings, editorials, letters to the editor, reflection, duplicity, articles with incomplete detail. A total of 556 studies were identified. Among the identified studies, 45 duplicities were eliminated and the titles and abstracts of the remaining articles were read. Then, 45 articles were read in full, and 34 were selected for this study. The unicystic variant of ameloblastomas can present three patterns of proliferation; luminal, intraluminal and mural, which interfere in the biological behavior, prognosis, being the mural type the one with the highest recurrence rate, once the epithelium penetrates and breaks the fibrous wall with high potential to invade the adjacent bare bone. There is no consensus on the treatment of ameloblastomas, including the unicystic one, both conservative surgery and radical interventions are used. The choice should take into account the location, size, age, general health condition and

cooperation of the patient, possibility of long-term follow-up, histopathological pattern and professional experience.

Key-words: Ameloblastoma, Unicystic, Tumor, Odontogenic.

1 INTRODUÇÃO

O esqueleto maxilofacial pode ser acometido por tumores odontogênicos e não odontogênicos, sendo benignos ou malignos (RIKHOTSO; PREMVIYASA, 2019). Sendo assim, os tumores odontogênicos são aqueles que derivam do epitélio odontogênico, ectomesênquima ou de ambos os elementos que representam o aparelho de desenvolvimento dos dentes ou remanescentes (IMRAN; JAYANTHI; GOBU, 2016), representando 9% de todos os aumentos de volume da cavidade oral (RAMAKANT; ATUL; SWATI & HITESH, 2011). Nesse viés, o ameloblastoma é o tumor odontogênico mais prevalente, contudo ainda é considerado um tumor raro de cabeça e pescoço (JOHNSON; GANNON; SAVAGE; BATSTONE, 2014), representando 1% das lesões de origem odontogênica (RAMAKANT et al., 2011).

Nesse contexto, o ameloblastoma é uma neoplasia benigna de origem epitelial, e seu surgimento relaciona-se ao esmalte, folículo dental, ligamento periodontal ou revestimento de cistos odontogênicos (ADEEL; RAJPUT; ARAIN; BALOCH; KHAN, 2018). Outrossim, manifesta-se com mesma frequência em homens e mulheres, acometendo a mandíbula em 84% dos casos prevalecendo entre a quarta e quinta décadas de vida. (NASCIMENTO; CAVALCANTE; CARDOSO; HENRIQUES; SILVA, 2017) e (NEGAU et al., 2019). No entanto, os ameloblastomas unicísticos possuem uma relativa predileção para a faixa etária mais jovem (NEGAU et al., 2019).

Dessa forma, clinicamente, o ameloblastoma apresenta crescimento lento e altas taxas de recidiva (LABORDE; NICOT; WOJCIK; RAOUL, 2017), podendo levar a expansão óssea principalmente na região de molares e ramo mandibular, sendo no início um quadro indolente, enquanto que a progressão leva a queixa algica, inchaço e desconforto (SANTANA; PESSOA; HORIUCHI, 2019).

Além disso, radiograficamente apresenta-se como uma imagem radiolúcida uni ou multilocular de margens bem definidas (NEVILLE; ALLEN; DAMM; CHI, 2016), sendo comum reabsorções radiculares de dentes adjacentes a lesão e relação com terceiros molares inferiores não erupcionados (BROWN; BETZ, 2015). Ademais, o diagnóstico diferencial envolve o cisto dentígero, tumor odontogênico queratocístico e cisto ósseo simples (SANTANA et al., 2019) e por isso o diagnóstico deve ser confirmado

com exame histológico (NEGAU et al., 2019). Atualmente, a patogênese ainda não é conhecida. Porém, a inflamação, trauma crônico, deficiência de vitaminas, HPV são descritos como possíveis desencadeadores do tumor (BIANCHI et al., 2013).

De acordo com a OMS os ameloblastomas podem ser classificados em “ameloblastoma”, “ameloblastoma unicístico” e “ameloblastoma periférico ou extraósseo” (CHAN; EL-NAGGAR; GRANDIS; TAKATA; SLOOTWEG, 2017). Sendo assim, o “ameloblastoma” é a variante mais agressiva, é infiltrativo, tendo maior recorrência e por isso tratamentos muitas vezes mais radicais (VERLINGUE et al., 2021). Ademais, a variante periférica tem outra origem e responde bem a excisão local (PROGREL et al., 2009). Além disso, a terceira variante é a unicista, a qual apresenta comportamento biológico menos agressivo, respondendo melhor ao tratamento conservador (HSU; CHIANG; CHEN, 2014) entretanto alguns casos requerem tratamentos mais agressivos (MCCLARY, 2017).

Nessa perspectiva, não existe consenso sobre o tratamento do ameloblastomas. O mesmo é controverso em virtude de seu comportamento biológico, crescimento lento porém localmente invasivo e com altas taxas de recidiva (NAKAMURA; HIGUCHI MITSUYASU; SANDRA; OHISHI, 2002).

Por conseguinte, a variante unicista pode ser tratada através de métodos conservadores ou radicais, envolvendo desde enucleação e métodos de suporte, até à ressecção segmentar e marginal e mandilectomia, (LABORDE et al., 2016) e cada uma apresenta vantagens e desvantagens, gerando conflito na literatura sobre qual a abordagem terapêutica ideal dos ameloblastomas da variante unicística, sendo que alguns autores consideram o padrão histopatológico um importante ponto a se observar (SANUEL; MISTRY; CHOPRA; PILLAI, 2014). Por outro lado, porém, a escolha do tratamento depende não apenas do padrão histopatológico, mas também da sua localização, tamanho, idade e condicionamento do paciente para um acompanhamento a longo prazo (BORRELO et al., 2016).

Nesse âmbito, tratamentos conservadores podem apresentar maiores índices de recidivas, mas diminuem a morbidade cirúrgica, enquanto esse índice é menor com tratamentos radicais, que por sua vez envolve muitas vezes amplas ressecções, tornando necessário reconstruções extensas.

2 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos do atual artigo, utilizou-se a revisão do tipo narrativa de literatura, um método de investigação que permite a busca, a síntese e a avaliação crítica das evidências disponíveis sobre um tema investigado, em que o produto final é o estado do conhecimento desse tema (DE SOUSA *et al.*, 2017). Utilizou-se as bases de dados PubMed, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS, e SciELO. Os descritores em saúde (DeCs e MeSH) utilizados foram “ameloblastoma”, “tumores odontogênicos” e “Neoplasias Maxilomandibulares”, com os operadores booleanos controlados AND e OR. A pergunta norteadora foi definida partir da estratégia PICO, obtendo-se a estrutura: P- pacientes com ameloblastoma unicístico, I-tratamento conservador, C-tratamento radical, O- se existe um tratamento ideal para o ameloblastoma unicístico. Por conseguinte, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: “Existe abordagem ideal no tratamento de pacientes com ameloblastoma unicístico?”.

A pesquisa ocorreu em três fases. Busca nas bases de dados com os descritores selecionados, leitura dos títulos e resumos com a finalidade de obter um entendimento prévio acerca do assunto principal abordado e definição dos artigos a serem incluídos e finalmente a leitura dos artigos na íntegra e construção dos resultados. Como critérios de inclusão estavam os trabalhos publicados na íntegra, dissertações, teses, ensaios clínicos e que respondessem à pergunta problema, publicados entre 2016 e 2021, ou estudos consagrados na área publicados anteriormente a este período. Os critérios de exclusão foram: resumos, anais, editoriais, cartas ao editor, reflexão, duplicidade, artigos com detalhamento incompleto. Identificaram-se 556 estudos. Dentre os estudos identificados, eliminaram-se 45 duplicidades e leram-se os títulos e resumos dos artigos restantes, passando-se à leitura na íntegra de 45 artigos, sendo 34 selecionados para a elaboração deste trabalho

3 RESULTADOS

O ameloblastoma representa 1% de todos os tumores da cavidade oral e tem incidência de 0,5 por milhão de habitantes por ano, constituindo-se um tumor odontogênico (OOI; FENG; TAN; ONG, 2011) localmente agressivo e infiltrativo que tem uma rara capacidade de metastizar (RIKHOTSO; PREMVIYASA, 2019). Entretanto, sua patogênese não é esclarecida, sendo sugerido que a ativação da MAPK (proteína quinase ativada por mitógeno) juntamente com o TNF- α (tumor de necrose tumoral alfa) estão relacionados (BROWN; BETZ, 2015). Caracteriza-se por ser uma entidade benigna, não havendo distinções entre o sexo feminino e masculino, acometendo mandíbula em

80% dos casos, prevalecendo entre a terceira e quinta década de vida (SHAM et al., 2009) porém os ameloblastomas unicísticos possuem predileção para faixas etárias mais jovens (SEINTOU; MARTINELLI; LOMBARDI, 2014).

Dessa forma, em 2005 a OMS classificou o ameloblastoma em ameloblastoma sólido ou multicístico, ameloblastoma unicístico, ameloblastoma periférico ou extraósseo e ameloblastoma desmoplásico, sendo que os sólidos e multicísticos eram considerados localmente agressivos, com altas taxas de recorrência com o tratamento conservador (THOMPSON, 2006).

Porém, em 2017 o ameloblastoma passou por alterações na classificação, devido principalmente a estudos genéticos recentes (TOLENTINO, 2018). Nesse contexto, ele é uma entidade benigna, mesmo com a agressividade e recorrência altas, porém existe a variante extremamente rara conhecida como ameloblastoma metastatizante. De acordo com a classificação mais recente, o ameloblastoma é dividido em “ameloblastoma”, “ameloblastoma unicístico” e “ameloblastoma periférico e extraósseo”. Sendo assim, o “desmoplásico” agora é considerado subtipo histológico e não entidade clínica, pois se apresenta como o ameloblastoma convencional (CHAN; EL-NAGGAR; GRANDIS; TAKATA; SLOOTWEG, 2017) e o “sólido e multicístico” foram excluídos pois não apresentam significado biológico, sendo preteridos como “ameloblastoma” ou “ameloblastoma convencional” (CHAN et al., 2017; TOLENTINO, 2018).

Dessa forma, o ameloblastoma é a variante mais agressiva, podendo se infiltrar nas trabéculas ósseas, tendo mais chance de recorrência, e assim provavelmente tratamentos mais radicais (VERLINGUE *et.al*, 2021). Em contrapartida, o periférico responde melhor a excisão local (POGREL; MONTES, 2009).

Quanto a variante unicística, foi descrita inicialmente em 1977 por Robinson e Martinez, como tendo comportamento biológico pouco agressivo e respondendo melhor a tratamentos conservadores (HSU *et al.*, 2014). Clinicamente, apresenta-se como um aumento de volume local, geralmente indolores no início (MOREIRA; GONÇALVES; SALIM; PADRO, 2010), tem maior incidência em pacientes jovens, diferindo das demais variantes. (GIRADDI; ARORA; SAIFI, 2017).

Além disso, radiograficamente é visto como uma radiolúcida circunscrita envolvendo a coroa de um dente incluso, geralmente um terceiro molar inferior não erupcionado, lembrando clinicamente um cisto dentífero (NEVILLE et al., 2016). Por isso, seu diagnóstico é dado pelo exame histopatológico (HSU et al., 2014).

Nesse contexto, a variante unicista pode apresentar três padrões de proliferação; luminal, intraluminal e mural os quais interferem no comportamento biológico, prognóstico e tratamento (NASCIMENTO *et al.*, 2017), sendo que o tipo mural tem a maior taxa de recorrência, uma vez que o epitélio penetra e rompe a parede fibrosa com alto potencial para invadir o osso nulo adjacente (ACKERMANN; ALTINI; SHEAR, 1988).

Dessa forma, gerando conflito na literatura quanto à abordagem terapêutica, que pode ser conservadora ou radical. Sendo assim, a escolha deve levar em consideração a taxa de recorrência, mortalidade e morbidade, recuperação funcional e estética do paciente, bem como a qualidade de vida após o tratamento (NEGAU *et al.*, 2019). Nesse contexto, a literatura mostra casos da variante unicista abordadas tanto com tratamento conservador, quanto radical, bem como recidivas com o ambos os métodos, e dessa forma, diferentes percepções quanto ao tratamento ideal.

No caso relatado por caso NETO e SILVA (2018) de um ameloblastoma unicístico padrão luminal realizou-se a enucleação e curetagem, após 1,6 anos uma pequena recidiva foi observada, optou-se então pela abordagem cirúrgica conservadora com enucleação da lesão, curetagem e osteotomia periférica. Os autores ressaltam a importância do acompanhamento por no mínimo 5 anos, assim caso haja recidiva, a mesma pode ser removida de forma mais conservadora.

De acordo com MOREIRA *et al.*, (2010) um paciente de 20 anos foi diagnosticado com ameloblastoma unicístico mural associado a massa intraluminal, onde realizou-se a enucleação seguida de curetagem e no acompanhamento durante um ano observou-se neoformação óssea na região, sem recidivas. MESHARAM *et. al* (2017) trataram 20 ameloblastomas sendo 19 intraluminal e luminal e 1 mural, em pacientes de 9 a 18 anos, ambos de forma conservadora com enucleação com ou sem curetagem óssea ou marsupialização seguida de enucleação, e nenhum apresentou recidiva em acompanhamentos de 3 a 5 anos, concluindo assim que para pacientes jovens o tratamento conservador leva ao sucesso.

Da mesma forma NASCIMENTO *et al.*, (2017) relataram um caso de ameloblastoma plexiforme, em padrão unicístico, em criança de 11 anos envolvendo o corpo, ângulo e o ramo mandibular direito e presença dos dentes 47 e 48 deslocados e associados à lesão. Sendo assim, realizou-se a marsupialização mantida por 8 meses, e após enucleação da lesão, e no período de 9 meses não houve recidiva. Portanto, os autores defendem que em casos de ameloblastoma unicístico de tipo histológico menos

agressivo, o tratamento de escolha em pacientes jovens é a marsupialização seguida de enucleação.

De acordo com o caso relatado por DE LIMA JUNIOR *et. al* (2020), um paciente de 14 anos apresentava um ameloblastoma unicístico, envolvendo os elementos dentários 47 e 48, onde realizou-se a descompressão e enucleação da lesão, e após 2 anos não houve recidiva. Nesse sentido, concordam que a abordagem conservadora promissora no tratamento da variante única em pacientes jovens, mas destacam a importância do acompanhamento clínico-radiográfico.

O estudo de (DANDRIYAL; GUPTA; PANT; BAWEJA, 2021) analisou 20 pacientes portadores de ameloblastomas, sendo que 5 deles eram da variante unicista. Destes, 18 em mandíbula e 2 em maxila, sendo que 10 passaram por ressecção e 10 por enucleação e curetagem. Consequentemente, 7 recidivaram em um período de 7 anos, sendo 6 dos que foram de forma conservadora tratadas. Dessa forma, os autores sugerem a ressecção em todos os casos e sugerem que o enxerto ósseo devolve função e estética.

Considerando o trabalho de (OOI *et al.*, 2019), 30 pacientes com ameloblastoma, dentre eles, o unicístico, foram tratados por ressecção segmentar e reconstrução com enxerto fibular livre, não apresentando recidivas em 5 anos. Sendo assim, ressaltam que é possível ter resultados estéticos e funcionais aceitáveis com o auxílio do planejamento virtual.

Tendo em vista a revisão retrospectiva comparando 20 pacientes, 10 tratados de forma conservadora e 10 radical, (RAMAKANT *et al.*, 2011), concluem que a abordagem conservadora não é útil e envolve mais intervenções cirúrgicas e que portanto, o tratamento de escolha segundo este artigo é a cirurgia radical, principalmente nos tumores avançados.

COVANI e BARONI (2007) utilizaram a cirurgia piezoelétrica, obtendo ótima dissecação e reduziram o risco de recidiva através de ressecção óssea marginal, porém de forma precisa e segura não promovendo assim, danos aos tecidos circunjacentes.

4 DISCUSSÃO

Ameloblastomas unicísticos são caracterizados por crescimento lento, podendo ser agressivo, mas bem delimitado pela cápsula fibrosa, sendo que poucos tumores percorrem tecido periférico, sendo que até 80% está relacionado a um dente impactado ou não irrompido, podendo ser muitas vezes indistinguível do cisto dentígero (NASCIMENTO *et al.*, 2017; SEINTEOU *et al.*, 2014).

A variante unicística é classificada em 3 subtipos histológicos. No tipo “mural” existem ilhas de epitélio ameloblastomatoso na parede de tecido conjuntivo e a parede

desse cisto está infiltrada por ameloblastoma típico folicular ou plexiforme, podendo variar a extensão e profundidade da infiltração. No subtipo luminal, o tumor está confinado ao epitélio de revestimento, sendo este epitélio ameloblástico. Finalmente, a intraluminal, corresponde a proliferações nodulares que se projeta no lúmen cístico (ACKERMANN *et al.*, 1988; PAIKKATT; SREEDHARAN; KANNAN, 2007).

Entre os três subtipos, o tipo mural tem a maior taxa de recorrência, uma vez que o epitélio penetra e rompe a parede fibrosa com alto potencial para invadir o osso nulo adjacente. Uma taxa de recorrência de 35,7% é relatada para o ameloblastoma unicístico mural (LI; YUNTANG; SHIFENG; GUANGYAN, 2002). Dessa maneira, em qualquer suposto ameloblastoma unicístico, deve-se fazer cortes em diferentes níveis do espécime para descartar a possibilidade de invasão mural pelas células tumorais. (NEVILLE *et al.*, 2009). Nesse contexto, Assis Miguel (2019), relata um caso de ameloblastoma unicístico padrão folicular tratado de forma conservadora e que após biópsia revelou também variantes murais.

De acordo com Neville *et al.*, (2016) a taxa de recorrência mostrada após tratamento de todas as variantes do ameloblastoma unicístico varia de 10 a 25%.

Para Neto e Silva (2018) o ameloblastoma do tipo luminal e intraluminal devem ser tratados de forma conservadora com enucleação, curetagem e osteotomia periférica, enquanto a variante mural de forma radical devido a infiltração na cápsula cística.

Levando em consideração as opções conservadoras e radicais, é importante entender quais abordagens fazem parte de cada uma quando trata-se de um ameloblastoma. As abordagens conservadoras envolvem marsupialização e enucleação, podendo ter procedimentos de suporte como curetagem, uso de nitrogênio ou solução de Carnoy. Por outro lado, intervenções radicais abrangem ressecção marginal, onde remove-se a lesão e mantém-se o osso sadio, deixando estrutura de sustentação para o remanescente ósseo, ou a ressecção segmentar, onde remove-se um segmento ósseo sem manter a continuidade óssea (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Dessa forma, uma abordagem radical envolve mandibulectomia marginal ou segmentar com margens de 1 a 1,5 cm, tendo em vista que as células podem estar a 8 mm da margem do tumor vista clínica e radiograficamente (NEGAU *et al.*, 2019; POGREL; MONTES, 2009). Nesse sentido, de acordo com GUIMARÃES (2014), deve-se primeiramente ter em mente que o ameloblastoma é uma neoplasia benigna, e

posteriormente pesar os demais fatores como clínicos, histológicos, localização, morbidade e recorrência.

Para SEINTOU e col. (2014) os tratamentos conservadores causam menos morbidades para os pacientes, porém há maiores riscos de recidivas podendo chegar a aproximadamente 30%, enquanto os tratamentos radicais apresentam taxas de aproximadamente 10% de recidiva da lesão.

LABORDE e col. (2016); FEINBERG e STEINBERG (2017) relatam haver controvérsias quando ao tratamento, principalmente em pacientes jovens, mas afirmam que o conservador seria a melhor opção quando o tipo histológico fosse o menos agressivo, assim o crescimento mandibular não seria interrompido.

Na percepção de POGREL e MONTES (2009) a variante unicística deve ser enucleada juntamente com uma técnica de suporte, e apenas se isso não for possível, deve ser feita ressecção em bloco com margens de 0,5 a 1 cm. De acordo com SAMUEL; MISTRY; CHOPRA e PILLAI (2014), quando houver proliferação mural o tratamento deve ser agressivo devido a taxa de recorrência. Nakamura et al., (2002), relata que o planejamento baseia-se na marsupialização para reduzir volume do tumor minimizando a extensão da cirurgia e também um planejamento do tratamento levando em consideração as características de crescimento do tumor.

Do ponto de vista de SAMMARTINO *et al.*, (2007), o plano de tratamento é guiado pela dimensão do tumor. Grandes tumores sem perfuração na cortical são tratados de forma conservadora com enucleação e curetagem de 0,5 a 0,1 cm do osso não envolvido, enquanto pequenos ameloblastomas são tratadas com ampla ressecção de 1 cm de osso não envolvido. A abordagem indicada por CHAPELLE; STOELINGA; DE WILDE; BROUNS e VOORSMIT (2004), envolve intervenção radical apenas em ameloblastoma unicístico intraluminal e luminal se houver recorrência, entretanto no subtipo mural, relatam a eficiência do radical.

De acordo com ECKARDT; KOKEMÜLLER; FLEMMING e SCHULTZE, (2009) o tratamento deve ser o menos agressivo possível, mas suficientemente radical para evitar que ocorram recidivas. Para SHAM *et al.*, (2009) a escolha entre conservador e radical relaciona-se ao tamanho, tipo, localização e histopatologia. Para NEGAU *et al.*, (2019), a cirurgia conservadora acompanhada das técnicas de suporte é reservada aos ameloblastomas unicísticos de pequena extensão, enquanto para os unicísticos avançados a cirurgia radical é a escolha. Por conseguinte, defende que o tratamento ideal deve minimizar as recidivas, restaurar a função e a estética e ter mínima morbidade, e o

realizado com base nas comorbidades do paciente, o tamanho e localização do tumor, as técnicas disponíveis para reconstrução e a experiência do cirurgião.

5 CONCLUSÃO

Não existe consenso sobre o tratamento de ameloblastomas, incluindo o unicístico. Pode-se optar por cirurgias conservadoras como enucleação, marsupialização, métodos de suporte ou intervenções radicais como ressecções segmentares e marginal e mandilectomias. A escolha deve levar em conta a localização, tamanho, idade, condição de saúde geral e cooperação do paciente, possibilidade de acompanhamento a longo prazo, padrão histopatológico e experiência profissional. Intervenções conservadoras diminuem a morbidade cirúrgica, mas apresentam índices maiores de recidivas, enquanto o oposto é verdadeiro nas intervenções radicais.

Preferencialmente, deve-se escolher a abordagem menos agressiva em pacientes jovens e nas variantes luminal e intraluminal. O acompanhamento a longo prazo deve ser feito independente da abordagem cirúrgica, mas torna-se indispensável após abordagens preservadoras.

REFERÊNCIAS

- ADEEL, Mohammad et al. Ameloblastoma: management and outcome. **Cureus**, v. 10, n. 10, 2018.
- BARNES, Leon et al. **World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours**. 2005.
- BORRELLO, Rocco et al. A conservative approach to a peripheral ameloblastoma. **Case reports in dentistry**, v. 2016, 2016.
- BROWN, Noah A.; BETZ, Bryan L. Ameloblastoma: a review of recent molecular pathogenetic discoveries. **Biomarkers in cancer**, v. 7, 2015
- DANDRIYAL, Ramakant et al. Surgical management of ameloblastoma: Conservative or radical approach. **National journal of maxillofacial surgery**, v. 2, n. 1, p. 22, 2011.
- DE LIMA JÚNIOR, Miquéias Oliveira et al. Tratamento cirúrgico conservador em paciente jovem com ameloblastoma unicístico: relato de caso. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e8909119380-e8909119380, 2020.
- DE SOUZA TOLENTINO, Elen. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou?. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 1, 2018.
- ECKARDT, André M. et al. Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction—a review of twenty years. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 37, n. 1, p. 36-41, 2009.
- GUIMARÃES, Fábio Luis Libanio. **Considerações no tratamento de ameloblastomas: Monografia** (Especialização em Estomatologia), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014
- GHANDHI, Dinaz et al. Ameloblastoma: a surgeon's dilemma. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 64, n. 7, p. 1010-1014, 2006.
- IMRAN, Aesha et al. Classification of odontogenic cysts and tumors—Antecedents. **Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP**, v. 20, n. 2, p. 269, 2016.
- LI, Tiejun et al. Clinicopathological features of unicystic ameloblastoma with special reference to its recurrence. **Zhonghua kou qiang yi xue za zhi= Zhonghua kouqiang yixue zazhi= Chinese journal of stomatology**, v. 37, n. 3, p. 210-212, 2002.
- HUANG, I.-Yueh et al. Surgical management of ameloblastoma in children. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 104, n. 4, p. 478-485, 2007.
- HSU, Ming-Hsuan; CHIANG, Meng-Ling; CHEN, Jyh-Kwei. Unicystic ameloblastoma. **Journal of Dental Sciences**, v. 9, n. 4, p. 407-411, 2014.

JITESH. et. al Management of unicystic ameloblastoma - a review. *International Journal of Scientific Development and Research (IJSDR)*. v.6, n.3, p. 517-520, 2021

MCCLARY, Andrew C. et al. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, v. 273, n. 7, p. 1649-1661, 2016.

MESHARAM, Mitsu et al. Conservative management of unicystic ameloblastoma in young patients: a prospective single-center trial and review of literature. *Journal of maxillofacial and oral surgery*, v. 16, n. 3, p. 333-341, 2017.

MIGUEL, Bárbara Carolina de Assis et al. **Ameloblastoma unicístico multiloculado em jovem: relato de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia), Faculdade de Odontologia da UFU

MOREIRA, Tariza Gallicchio et al. Ameloblastoma unicístico mural com componente intraluminal revisão e relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 10, n. 1, p. 67-72, 2010.

NAKAMURA, Norifumi et al. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 93, n. 1, p. 13-20, 2002.

NASCIMENTO, Mateus Alves et al. Ameloblastoma unicístico em criança: relato de caso. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 26, n. 77, 2017.

NEAGU, David et al. Surgical management of ameloblastoma. Review of literature. *Journal of clinical and experimental dentistry*, v. 11, n. 1, p. e70, 2019.

Neville BW, Allen CM, Damm DD, Chi AC. *Patologia oral e maxilofacial*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

OOI, Adrian et al. Primary treatment of mandibular ameloblastoma with segmental resection and free fibula reconstruction: achieving satisfactory outcomes with low implant-prosthetic rehabilitation uptake. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, v. 67, n. 4, p. 498-505, 2014.

PAIKKATT, V. J. et al. Unicystic ameloblastoma of the maxilla: a case report. *Journal of Indian society of pedodontics and preventive dentistry*, v. 25, n. 2, p. 106, 2007.

POGREL, M. A.; MONTES, D. M. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma?. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 38, n. 8, p. 807-812, 2009.

RIKHOTSO, Risimati Ephraim; PREMVIYASA, Vinayagie. Conservative Treatment of Ameloblastoma in a Pediatric Patient: A Case Report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 77, n. 8, p. 1643-1649, 2019.

SAMMARTINO, G. et al. Effectiveness of a new decisional algorithm in managing mandibular ameloblastomas: a 10-years experience. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 45, n. 4, p. 306-310, 2007.

SAMUEL, Soumi et al. Unicystic ameloblastoma with mural proliferation: conservative or surgical approach?. **Case Reports**, v. 2014, p. bcr2014206273, 2014.

SANTANA, K.; SILVA, R.; HORIUCHI, N. C. F. N. Ameloblastoma e suas características clínicas e radiográficas: relato de caso clínico. **Rev. Odontol. Araçatuba**, v. 40, n. 2, p. 48-53, 2019.

SEINTOU, Aikaterini; MARTINELLI-KLÄY, C. P.; LOMBARDI, Tommaso. Unicystic ameloblastoma in children: systematic review of clinicopathological features and treatment outcomes. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 43, n. 4, p. 405-412, 2014.

SHAM, Eric et al. Mandibular ameloblastoma: clinical experience and literature review. **ANZ journal of surgery**, v. 79, n. 10, p. 739-744, 2009.

SPEIGHT, Paul M.; TAKATA, Takashi. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. **Virchows Archiv**, v. 472, n. 3, p. 331-339, 2018.

VERLINGUE, Ariane Fernanda Moreira et al. Tratamento cirúrgico de ameloblastoma unicístico através de enucleação e aplicação de solução de Carnoy: relato de caso. **Archives of health investigation**, v. 10, n. 1, p. 123-128, 2021.