

Manejo de infecção pós-operatória decorrente de ressecção cirúrgica de ameloblastoma unicístico: relato de caso.

Management of post-operative infection due to surgical resection of unicistic ameloblastoma: case report.

DOI:10.34119/bjhrv4n1-218

Recebimento dos originais: 09/01/2020

Aceitação para publicação: 09/02/2021

Bárbara Braga Soares

Graduanda do Curso Superior em Odontologia pelo Centro Universitário Mário Pontes Jucá (UMJ - AL).

Av. Pres. Roosevelt, 1200 - Barro Duro, Maceió - AL, 57040-600. Maceió, Alagoas, Brasil

E-mail: barbarabragasoares@outlook.com

Walley Michael Oliveira da Silva

Graduando do Curso Superior em Odontologia pelo Centro Universitário Mário Pontes Jucá (UMJ - AL).

Av. Pres. Roosevelt, 1200 - Barro Duro, Maceió - AL, 57040-600. Maceió, Alagoas, Brasil.

E-mail: walley_michel@hotmail.com

Clarisse Samara de Andrade

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Mestranda em DTM e Dor Orofacial (SL Mandic). Cirurgiã Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos -AL.

Praça Dr. José Inácio, 43 - Centro, São Miguel dos Campos - AL, 57240-000.

E-mail: clarisse.andrade@gmail.com.

Igor Lerner Hora Ribeiro

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Mestre em Saúde Pública. Cirurgião Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos

Praça Dr. José Inácio, 43 - Centro, São Miguel dos Campos - AL, 57240-000.

E-mail: lernerigor@gmail.com

Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani

Doutora em Estomatopatologia (UNICAMP). Professora de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas. Campus A. C. Simões.

Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970.

E-mail: cami.beder@gmail.com

Pedro Henrique da Hora Sales

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Mestre em Odontologia (UFPE). Cirurgião Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos -AL. Professor do Curso de Odontologia da UMJ.

Av. Pres. Roosevelt, 1200 - Barro Duro, Maceió - AL, 57040-600. Maceió, Alagoas

E-mail: salespedro@gmail.com

RESUMO

O ameloblastoma é o tumor de origem epitelial odontogênica de maior relevância e mais comum entre os tumores epiteliais odontogênicos. Baseados nos achados clínico radiográficos existem três tipos padrões: sólido/multicísticos, unicísticos e periférico/extraósseos, o tipo unicístico é mais frequentemente observado em pacientes mais jovens, com cerca de 50% dos casos diagnosticados durante a segunda década de vida. Sua predileção de desenvolvimento é a região posterior da mandíbula, seguida da região de parassínfise, na maxila encontra-se geralmente na região de molar, podendo se estender-se para o seio maxilar, cavidade nasal ou base do crânio. Embora seja raro o ameloblastoma pode sofrer malignização, expressando-se de dois modos: ameloblastoma maligno e carcinoma ameloblástico. O tratamento varia desde conservador ao agressivo, no entanto é necessário identificar o tipo e subtipo do ameloblastoma, pois cada um apresenta um comportamento biológico diferente ditando assim a decisão terapêutica e o prognóstico. Os métodos conservadores incluem: descompressão, marsupialização, enucleação, curetagem e tratamento físico-químico com ozoto líquido ou solução de Carnoy, já a abordagem agressiva consistem em ressecção marginal, ressecção segmentar e em bloco, com ambos os métodos apresentando vantagens, desvantagens e variadas taxas de recorrência. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico com infecção pós-operatória como complicação de tratamento cirúrgico de ameloblastoma unicístico tipo mural.

Palavras-Chave: Ameloblastoma, Neoplasias, Infecção, Mandíbula.

ABSTRACT

Ameloblastoma is the most relevant and most common tumor of odontogenic epithelial origin among odontogenic epithelial tumors. Based on clinical radiographic findings, there are three standard types: solid / multicystic, unicystic and peripheral / extrososseous, the unicystic type is most often seen in younger patients, with about 50% of cases diagnosed during the second decade of life. Its developmental predilection is the posterior region of the mandible, followed by the parasymphysis region, in the maxilla it is usually found in the molar region, and may extend to the maxillary sinus, nasal cavity or base of the skull. Although it is rare, ameloblastoma can undergo malignancy, expressing itself in two ways: malignant ameloblastoma and ameloblastic carcinoma. The treatment varies from conservative to aggressive, however it is necessary to identify the type and subtype of ameloblastoma, since each one presents a different biological behavior, thus dictating the therapeutic decision and the prognosis. Conservative methods include: decompression, marsupialization, enucleation, curettage and physical-chemical treatment with liquid ozone or Carnoy's solution, whereas the aggressive approach consists of marginal resection, segmental and en bloc resection, with both methods presenting advantages, disadvantages and varied recurrence rates. The present study aims to report a clinical case with postoperative infection as a complication of surgical treatment of unicystic ameloblastoma type mural.

Keywords: Ameloblastoma, Neoplasms, Infection, Mandible.

1 INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é o tumor de origem epitelial odontogênica de maior relevância e mais comum entre os tumores epiteliais odontogênicos. Segundo a literatura derivam dos restos da lâmina dentária, do órgão do esmalte em desenvolvimento, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico ou das células basais da mucosa oral (Neville et al., 2009).

Ocorrem com mais frequência na mandíbula em região posterior, seguida da região de parassínfise (Kuma et al., 2012), na maxila encontram-se geralmente na região de molar, em alguns casos estendem-se para o seio maxilar, cavidade nasal ou base do crânio (scariot et al., 2016), nesta região a atuação biológica é evidentemente mais agressiva.

A respeito da prevalência de ameloblastoma, em geral, existe uma discordância entre os autores, variando entre a terceira e quinta década de vida (scariot et al., 2016), o mesmo se aplica com relação ao sexo, onde autores observaram através de um estudo de 3677 casos que existe uma predileção pelos homens variando entre 1,4:1 a 1,6:1, com uma média de idade de 35 anos, alternando entre 4 e 92 anos. Entretanto segundo Ledesma - Montes et al, não se observaram predominância entre gêneros com idade média de 26,3 anos para o ameloblastoma unicístico e 41,4 anos para o solido (Chagas et al., 2007; Nagalaxmi et al., 2013). Quando abordado a questão da cor mais prevalente para o acometimento de ameloblastoma se tem uma maior incidência pela raça negra, ainda assim é discutível sua predileção racial (Neto et al., 2011; Pessoa et al., 2019).

Baseados nos achados clínico radiográficos existem três tipos padrões: sólidos/multicísticos, unicísticos e periféricos/extra-ósseos, cada qual apresenta um comportamento biológico diferente ditando deste modo a decisão terapêutica e o prognóstico. (Neville et al., 2009). Em estágio inicial o diagnóstico é difícil, pois no geral as lesões são assintomáticas, no entanto podem surgir dor devido ao seu crescimento contínuo, assim como o aumento de volume, causando assimetria facial, má oclusão, dificuldade mastigatória, limitação de abertura de boca, parestesia, perfuração da cortical óssea, reabsorção e deslocamento dentário, obstrução das vias aéreas ou raramente ulcerações da mucosa (Kumar et al., 2012; Brito; Silva, 2018).

Embora seja raro o ameloblastoma pode sofrer malignização, expressando-se de dois modos: ameloblastoma maligno e carcinoma ameloblástico. O tumor se diferencia em carcinoma ameloblástico, quando a lesão primária se maligniza, podendo manifestar disseminação hematogênica para os pulmões, e gerar metástase para os linfonodos e

gânglios do pescoço. Já o denominado ameloblastoma maligno se diferencia quando a lesão primária histologicamente benigna apresenta implantes metastáticos hematogênicos à distância, especialmente para os pulmões, mas permanece sem diferenciação histológica maligna em seu sítio primário (Kruschewsky et al., 2010).

O unicístico é mais frequentemente observado em pacientes mais jovens, com cerca de 50% dos casos diagnosticados durante a segunda década de vida (Neville et al., 2009). É composto por três variantes histopatológicas: luminal, intraluminal e mural. O subtipo mural por sua vez é de caráter benigno ainda que localmente invasivo e com alta tendência a recorrência. Os meios de tratamento têm sido amplamente discutidos devido a possibilidade de recorrência do tumor, complicações pós-operatórias, por se tornar maligno e pelo poder de criar metástase, o tratamento varia desde conservador ao agressivo (Brito; Silva, 2018).

Antes de se pensar em qual procedimento seja mais viável é necessário avaliar fatores como: tipo clínico, subtipo, localização, tamanho da neoplasia, saúde geral, idade e desejo do paciente, além do impacto físico e psicológico, controle de possível recorrência e complicações trans e pós-operatórias, efeitos negativos sobre a função e o envolvimento potencial do osso principalmente em pacientes jovens, possibilidade de exames radiográficos periódicos e o desenvolvimento de novos materiais e técnicas cirúrgicas (Scariot et al., 2012).

Os métodos conservadores incluem: descompressão, marsupialização, enucleação, curetagem e tratamento físico - químico com ozoto líquido ou solução de Carnoy. Já a abordagem agressiva consistem em ressecção marginal, ressecção segmentar e em bloco, com ambos os meios apresentando vantagens, desvantagens e variadas taxas de recorrência (Pogrel MA et al., 2009; Kim; Nam; Yoon, 2017). O presente trabalho tem como objetivo, relatar um caso clínico com infecção pós-operatória como complicação de tratamento cirúrgico de ameloblastoma unicístico com proliferação mural.

2 RELATO DE CASO

Este relato de caso foi submetido para apreciação pelo comitê de ética e pesquisa (CEP) e aprovado com o parecer 4.506.392.

Paciente JBS, 62 anos, gênero masculino, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, do Município de Matriz de Camaragibe – AL, com queixa principal de “Um caroço apareceu na minha boca”. O paciente relata que a lesão estava presente há cerca de 3 anos. Ao exame físico observa-se uma lesão tumoral com

aproximadamente 4cm de extensão na região anterior da mandíbula (FIGURA 1). Foi solicitado radiografia panorâmica e observou-se uma lesão radiolúcida com limites bem definidos na região anterior da mandíbula, entre os forames mentonianos (FIGURA 2). Foi então realizada uma biópsia incisional e instalação imediata de dispositivo de descompressão com o intuito de diminuir o tamanho da lesão.

O paciente havia relatado que um outro cirurgião já havia realizado duas cirurgias com dispositivo de descompressão que evoluíram sem sucesso. Após duas semanas da biópsia o paciente retorna sem o dispositivo de descompressão presente no local e com o resultado histopatológico que foi compatível com Ameloblastoma Unicístico do tipo Mural. Diante do histórico de descompressões sem sucesso e o perfil pouco colaborador do paciente em relação a higienização na área do dispositivo, foi proposto uma cirurgia para remoção total da lesão a qual foi aceita pelo paciente.

Figura 01

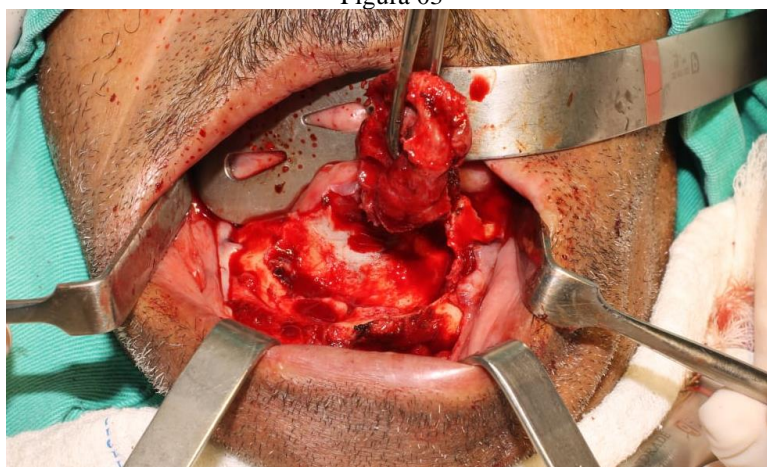


Figura 02



A Cirurgia foi realizada em ambiente hospitalar sob anestesia geral com intubação orotraqueal. Foi realizada uma incisão intra-oral na crista do rebordo alveolar mandibular edêntulo, mucoperiosteal de espessura total. A lesão foi então removida através de uma enucleação total. Uma ostectomia periférica com fresa cirúrgica maxi-cuti foi realizada de modo a criar uma margem de segurança de cerca de 0,5cm diminuindo as chances de recidiva da lesão. Os nervos mentonianos foram preservados (FIGURAS 3, 4, e 5). Foram realizadas suturas internas e na mucosa oral com fio vicryl 3-0. O

Figura 03



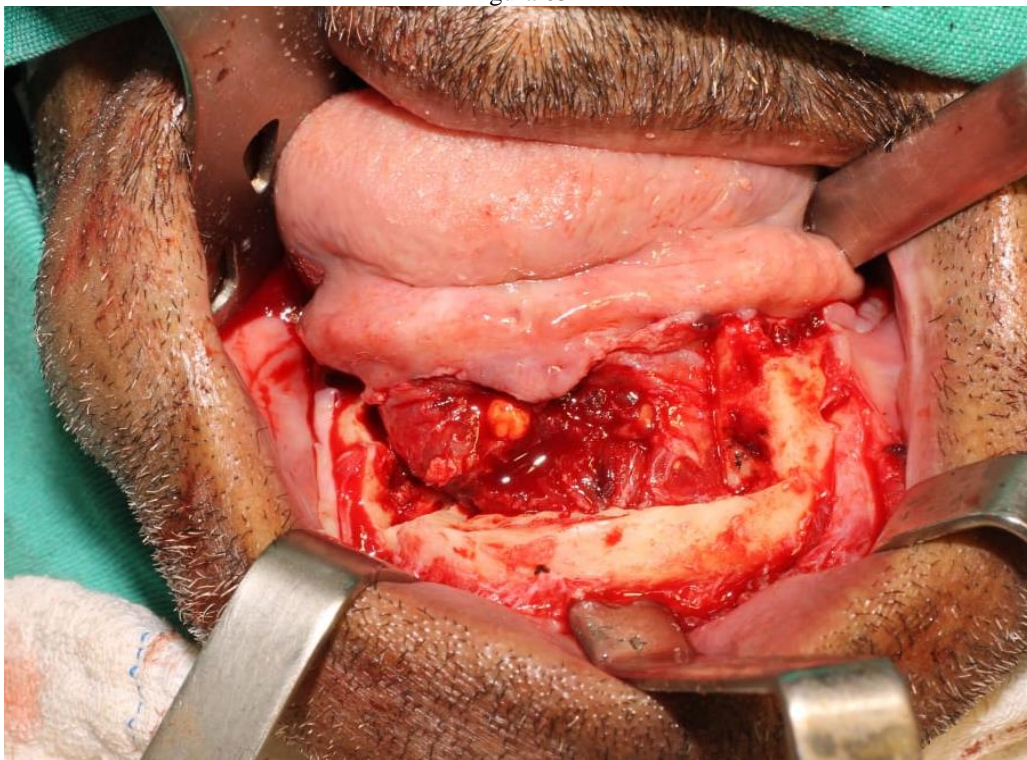
Paciente recebeu alta hospitalar dois dias após a cirurgia, e foi medicado com

amoxicilina 500mg por via oral de 8/8h durante 7 dias, ibuprofeno 600mg por via oral de 8/8h durante 5 dias e dipirona 500mg por via oral de 6/6h durante 3 dias.

Figura 04



Figura 05



Na consulta pós-operatória de 7 dias, observou-se uma deiscência da sutura na região da remoção da lesão com drenagem ativa de secreção purulenta (FIGURA 6). Foi observado ainda um aumento de volume extra bucal na região submandibular compatível com infecção pós-operatória. Imediatamente foi realizada irrigação copiosa local com soro fisiológico 0,9% e o paciente foi medicado com Clindamicina 600mg por 7 dias e metronidazol 400mg por 7 dias, ambos por via oral. No 10º dia de pós-operatório a deiscência mostrava-se maior, porém o paciente não apresentava drenagem ativa de secreção purulenta nesse momento (FIGURA 7). Realizou-se então uma escarificação das bordas da lesão com lâmina de bisturi número 15 e sutura em massa da região com fio de nylon 3-0, de modo a coaptar as bordas da ferida cirúrgica (FIGURA 8).

Figura 06



Figura 07



Figura 08



Após essa nova sutura e a terapia antibiótica, o paciente evoluiu bem sem sinais de infecção e com pequena deiscência que cicatrizou por segunda intenção. Após 6 meses de pós-operatório o paciente apresentou cicatrização completa da ferida, e após 1 ano e 6 meses não apresenta sinais clínicos e radiográficos de recidiva da lesão (FIGURAS 9 e 10).

Figura 09



Figura 10



3 DISCUSSÃO

Radiograficamente o tipo unicístico se contrasta a lesões císticas como cisto dentífero e queratocisto odontogênico, podendo ou não estar envoltos a um terceiro molar não erupcionado (VASCONCELOS *et al*, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2017). Assim, segundo Vasconcelos *et al.* (2020) as lesões com dentes inclusos são menores que as

lesões sem dentes inclusos associados. As mesmas apresentam-se com radiolucidez circunscrita, unilocular e circundada por borda opaca (NASCIMENTO et al., 2017).

Em algumas circunstâncias, a área radiolúcida pode expor margens festonadas, no entanto é um ameloblastoma unicístico. É discutível se o grupo supracitado pode se apresentar radiograficamente como uma lesão verdadeiramente multilocular (NEVILLE et al., 2009).

O tumor gera uma pressão extrínseca levando a reabsorção óssea, essa erosão superficial ou depressão é descrita como "saucerização" e pode ser identificada através de exames de imagem como panorâmica, tomografia computadorizada, ressonância magnética e tomografia computadorizada de feixe cônico ou pela cirurgia (KRUSCHEWSKY et al., 2010; HENDRA et al., 2019).

Embora seja raro, é possível se ter metástase a distância, em um cenário de suspeita é recomendado avaliação radiográfica simples do tórax (KRUSCHEWSKY et al., 2010). Em relação a sua histologia a terceira variante tem sua parede fibrosa infiltrada por epitélio odontogênico agrupado em ilhas (folicular) ou em cordas amaradas (plexiformes) separadas por tecido conectivo. As duas formas podem ainda coexistir no mesmo tumor (KRUSCHEWSKY et al., 2010; NEVILLE et al., 2009).

Apesar da escolha do tratamento ser um tema muito questionado na literatura, até o momento não se existe um consenso sobre qual é mais indicado (Scariot et al., 2012). A decisão da técnica é determinada pelas taxas de recidivas que variam de acordo com o tipo e subtipo, outros fatores determinantes são a localização anatômica (SILVA et al., 2012), extensão da doença (HASEGAWA et al., 2013), condições sistêmicas (GOMES et al., 2006), idade (Scariot et al., 2012) e a conformidade do paciente para com o resultado (HASEGAWA et al., 2013).

O tratamento segue duas linhas, o conservador e o agressivo. O conservador segundo SILVA et al. (2012) é uma abordagem menos invasiva e mórbida, com uma taxa de recidiva que vai de 10% a 25% a depender da modalidade de tratamento, esta taxa ainda varia de estudo para estudo, chegando a 75% até 90% de chances de reincidência para o conservador, enquanto que o agressivo está entre 15% a 25%.

Nakamura et al. (2002) em seu estudo separou por tipo clínico as taxas de recorrência dos ameloblastomas, onde o unicístico atingiu 7,4%, o multicístico 52,4% e o sólido 6,8% das recorrências. O comportamento clínico do tipo unicístico é menos agressivo, porém ele possui uma variação mural que tem um alto índice de recidiva devido a sua parede ser infiltrada por nódulos tumorais, logo é considerado o mais severo dentre

as três variantes, recorrendo em até 35,7% dos casos, o que justifica a escolha da abordagem do relato de caso (XAVIER *et al.*, 2014).

O tratamento proposto para o paciente em questão foi o conservador seguido do radical.

O radical proporciona tanto a remoção do osso afetado quanto do tecido mole com margem de segurança, reduzindo consideravelmente o risco de ressurgimento (XAVIER *et al.*, 2014). Para isto é necessário uma margem de segurança, devido a margem histopatológica possuir uma extensão entre 2 a 8 mm além da radiográfica, com uma média de 4,5 mm, a vista disso se faz necessário uma remoção óssea de 1 a 1,5 cm (VASCONCELOS *et al.*, 2020).

Todavia o mesmo está associado a deformidade, disfunção mastigatória, movimento anormal da mandíbula (KIM; NAM; YOON, 2017) e parestesia temporária ou permanente devido a ressecção do nervo alveolar inferior.

Desta maneira a técnica de descompressão foi proposta como etapa inicial no tratamento de ameloblastoma unicístico com variação mural, pois a mesma reduz o volume tumoral, necessitando de uma menor remoção óssea, deste modo apresenta menor morbidade com preservação de estruturas faciais importantes (XAVIER *et al.*, 2014), o que foi crucial para a decisão da abordagem, já que o paciente almejava uma reabilitação protética.

De fato a descompressão reduz significativamente o tamanho da lesão como foi comprovado no caso clínico supracitado, entretanto neste evento foi necessário recolocar o dispositivo devido a sua localização ter grande ação da musculatura lingual que removeu a sutura e deslocou o dispositivo. Logo não se teve mais avanços devido a sua instabilidade e não cooperação do paciente em relação a higienização, levando a necessidade da remoção do mesmo e posteriormente um procedimento mais radical.

O dispositivo instalado entre a cavidade oral e o centro da lesão possibilita a descompressão e a neoformação óssea, devido ao dreno atuar como um corpo estranho, desta forma é atraído células do organismo, além disto viabiliza a irrigação no interior da cavidade facilitando a higienização por parte do paciente. De acordo com a literatura o dreno precisa permanecer em posição entre 15 e 30 dias, é imprescindível para que a lesão perca sua capacidade de crescimento, expansão e haja epitelização em torno do descompressor (JÚNIOR *et al.*, 2013). A tática traz como desvantagens a necessidade de repetir o procedimento e um tempo maior de tratamento (XAVIER *et al.*, 2014).

Apresentam-se como principais indicações os casos de extensa patologia que pode vir comprometer as estruturas vitais como o feixe vículo-nervoso, borda inferior de mandíbula, seio maxilar, pacientes pediátricos e idosos. (XAVIER *et al.*, 2014). Esta teoria da descompressão ser bem aplicada em pacientes idosos é controversa devido a questão da formação óssea ser influenciada principalmente pela idade, tornando difícil a descompressão em pacientes com mais de 60 anos (KIM; NAM; YOON, 2017), pois estes não irão alcançar a produção óssea precisa, entretanto a abordagem de descomprimir a lesão contribui positivamente com a cirurgia.

De modo fisiológico o idoso tem aumento da reabsorção óssea, redução da vascularização e da reposição óssea. Isso ocorre devido a uma modificação na ação do hormônio da paratireóide e vitamina D, responsáveis por regular a função dos ossos, rins e intestinos que mantém os níveis normais de cálcio e fosfato de soro. Desta forma em pacientes na terceira idade não se deve optar apenas por descompressão, mas sim como etapa inicial por trazer benefícios como a diminuição do volume e a estimulação celular (SILVA *et al.*, 2020).

Os ameloblastomas unicísticos tendem a ser removidos por enucleação devido a sua semelhança cística (GOMES *et al.*, 2006). A análise sistemática mostra que as taxas de recorrência de ameloblastomas unicísticos foram 3,6% para ressecção, muito embora não se especificou a abordagem de ressecção, 30,5% para enucleação isolada, e quando associada a outros procedimentos como aplicação de uma solução de Carnoy se teve uma diminuição do índice de recorrência para 16%. Com base nestas evidencias foi optado como complemento do tratamento a enucleação e abordagem agressiva, através da ressecção segmentar removendo qualquer célula tumoral (SASAKI *et al.*, 2014).

De acordo com HASEGAWA *et al.* (2013) o reaparecimento está relacionado com inúmeros fatores, como subtipo, método de tratamento e o comportamento do tumor. O acompanhamento pós-tratamento a longo prazo se faz importante, os estudos mostram que a recidiva pode ocorrer em um período de cinco meses a cinco anos ou mais (KIM; NAM; YOON, 2017). A literatura aponta ainda que não se tem diferença significativa entre o índice de recidiva do tratamento agressivo com a descompressão (JÚNIOR *et al.*, 2013).

Scariot *et al.*, diz que uma abordagem cirúrgica deve ser considerada quando a condição recorrer mais de duas vezes ou quando exigido pelo paciente. Tanaka *et al.* defendem que em casos de recorrência, uma segunda cirurgia deve ser mais extensa, mas o tratamento excessivo deve ser evitado em crianças. (KIM; NAM; YOON, 2017). Dentre

todos os artigos estudados apenas dois citou a presença de infecção pós-operatória, um dos quais tiveram quatro casos que se fez a drenagem da secreção purulenta através da incisão cirúrgica (VASCONCELOS *et al.*, 2020), no outro, oito dos casos (24,24%) necessitou de antibiótico, mas não foi mostrado uma justificativa para as suas ocorrências. (FRANÇA *et al.*, 2012).

A hipótese mais plausível para justificar a infecção é o processo de deiscência encontrado no pós-operatório, que está relacionada a tensão produzida em retalhos cirúrgicos e suturas, a mesma é a causa mais frequente de deiscência, esta evidência é comprovada por um estudo “in vitro” que demonstrou uma taxa de 10% para os casos suturados com baixa tensão (de 0,01 a 0,1N) e 40% para os com maior tensão (mais de 0,1N). A fissura da ferida como também é chamada aumenta consideravelmente as chances de infecção devido a exposição cirúrgica. Diferentes técnicas foram propostas no intuito de reduzir as tensões do retalho, assim como diferentes tipos e calibres de sutura. O estudo ainda mostra que os fios reabsorvíveis sob ação da saliva gera uma redução da resistência à tração, no entanto o artigo não especificou nem um dos fios reabsorvíveis. (GONZÁLEZ-BARNADAS *et al.*, 2017).

A não aproximação dos tecidos resultante do rompimento de um nó repercute em exposição cirúrgica, propiciando contaminação, necrose, dor, perda óssea e retardamento cicatricial. (SADIG; ALMAS, 2004). De modo geral é preciso um período entre 4 a 6 dias de pós-operatório para se desenvolver um quadro infeccioso, muito embora isto possa vir a acontecer em 30 dias ou até mesmo 1 ano, segundo o Centro de Doenças dos Estados Unidos (CDC). As bactérias responsáveis por desenvolverem deiscência são *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*. (SANTOS *et al.*, 2016).

Fatores como condições sistêmicas, região anatômica (em especial a mandíbula), virulência e quantidade de microrganismos corroboram com a gravidade da infecção, em especial pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana, diabéticos descompensados, etilistas, portadores de cirrose hepática, lúpus eritematoso sistêmico e histórico de imunossupressão após a cirurgia de transplantes (LIMA *et al.*, 2018).

Os fatores que são usados como base para prescrição empírica dos antibióticos em Odontologia são epidemiologia, bacteriologia e situação clínica. Segundo a linha de pensamento de Kuriyana e Limeres o antibiótico de escolha deve ser aquele que atui contra *Streptococcus* e anaeróbios, sendo este as penicilinas. Devesse dar preferência por antibióticos de amplo espectro por pequenos períodos de tempo, todavia tem papel

auxiliar no tratamento (LIMA *et al.*, 2018), devendo estar associado a remoção da causa infecciosa por drenagem e debridamento dos tecidos necróticos como ocorreu no caso. (SANTOS *et al.*, 2017).

Devido a estes procedimentos se teve a diminuição de exsudatos e detritos necróticos, desta forma a reparação se deu por segunda intenção, com a nova formação de tecido conjuntivo vascular e tecido de granulação que é representado por bordas vermelhas na área cirúrgica. Isto é possível através da migração de células epiteliais que se acumulam nas bordas da ferida durante os primeiros dias de cicatrização por produção mitótica. A reparação depende ainda da idade, baixo teor de proteína sérica, vitaminas C, A e K, número reduzido de eritrócitos, liberadores de histamina e hormônios (SADIG; ALMAS, 2004).

Outros fatores que podem comprometer a manutenção tecidual são as doenças que reduzem a vascularização e a resposta inflamatória, como diabetes mellitus, anemia, uremia, distúrbios do colágeno e icterícia. A presença da inflamação nos bordos cirúrgicos impede a resistência à tração em 24 a 48 horas. A resistência à tração do fio de sutura pode exceder a resistência à tração dos tecidos e os fios rasgarem as bordas dos retalhos (SADIG; ALMAS, 2004).

4 CONCLUSÃO

Apesar do ameloblastoma ter uma maior prevalência dentre os tumores de origem odontogênica a literatura traz diversas discordâncias entre o tipo ideal de tratamento. A escolha do tratamento torna-se um dos pontos imprescindíveis para prognóstico, devendo ser escolhida a forma radical ou conservadora levando-se em conta fatores como: variante histológica e extensão do tumor, idade e perfil do paciente. A infecção é uma complicação pós-operatórias incomum, porém pode ocasionar problemas graves se não tratada de forma adequada. O emprego da antibioticoterapia, drenagem e debridamento se faz necessário para remoção de qualquer microrganismo, detritos, exsudato e remanescentes necróticos responsáveis pela permanência e progressão do processo infeccioso, restabelecendo a reparação tecidual e a possibilidade de reabilitação protética para o paciente. Portanto, diante do caso apresentado podemos concluir que a combinação das manobras cirúrgicas, bem como o emprego da antibioticoterapia, obtiveram um resultado positivo no tratamento dessa complicação.

REFERÊNCIAS

BRITO, Bruna Tavares; SILVA, Isabela Souza. **ESTUDO RETROSPECTIVO DE 41 CASOS DE AMELOBLASTOMAS**: características clínicas, histopatológicas e radiográficas. 2018. 23 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade de Uberaba, Uberaba, 2018. Disponível em: <https://repositorio.uniube.br/handle/123456789/352>. Acesso em: 21 mar. 2020.

CHAGAS, José Francisco de Salles *et al.* **Ameloblastomas**: aspectos clínicos e terapêuticos. Campinas, Sp, p. 159-166, 18 ago. 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/288261949_Ameloblastomas_Aspectos_clinicos_e_terapeuticos. Acesso em: 10 jun. 2020.

FRANÇA, Luciano José de Lemos *et al.* Ameloblastoma demographic, clinical and treatment study: analysis of 40 cases. **Braz J Otorhinolaryngol** [Jour], [S.L.], p. 38-41, jun. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22714845/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

GOMES, Ana Cláudia Amorim *et al.* CONCEITO ATUAL NO TRATAMENTO DOS AMELOBLASTOMAS. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, [S.L.], p. 09-16, 09 fev. 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=461773&indexSearch=ID>. Acesso em: 12 dez. 2020.

GONZÁLEZ-BARNADAS, Albert *et al.* In Vitro Tensile Strength Study on Suturing Technique and Material. **Journal Of Oral Implantology**, [S.L.], v. 43, n. 3, p. 169-174, 1 jun. 2017. American Academy of Implant Dentistry. <http://dx.doi.org/10.1563/aaid-joid-16-00164>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28301295/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

HASEGAWA, Takumi *et al.* Estudo retrospectivo de ameloblastoma: a possibilidade de tratamento conservador. **Kobe J Med Sci** [Jour]. [S.L.], p. 112-121. 09 nov. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24598272/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

HENDRA, Faqi Nurdiansyah *et al.* Global incidence and profile of ameloblastoma: a systematic review and meta :analysis. **Oral Diseases**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 12-21, 25 jan. 2019. Wiley. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30614154/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

KIM, Jwayoung; NAM, Eunkyung; YOON, Sukho. Conservative management (marsupialization) of unicystic ameloblastoma: literature review and a case report. **Maxillofacial Plastic And Reconstructive Surgery**, [S.L.], v. 39, n. 1, p. 1-6, dez. 2017. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5742318/>. Acesso em: 03 jun. 2020.

KRUSCHEWSKY, Leonardo de Souza *et al.* **Ameloblastoma**: aspectos clínicos e terapêuticos. Ribeirão Preto, Sp, p. 241-244, 12 set. 2010. Disponível em: <http://www.abccmf.org.br/cmf/Revi/2010/dezembro10/09%20-%20Ameloblastoma%20aspectos%20cl%C3%A9nicos%20e%20terap%C3%A9uticos.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

KR, Kiran Kumar *et al.* Mural Unicystic Ameloblastoma Crossing the Midline: a rare case report. **International Journal Of Odontostomatology**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 97-103, abr. 2012. SciELO Agencia Nacional de Investigacion y Desarrollo (ANID). Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2012000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 05 mar. 2020.

LIMA, Felipe Gomes Gonçalves Peres *et al.* ABORDAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA DE INFECÇÃO COMPLEXA EM REGIÃO MAXILO-FACIAL:: relato de caso. **Revista Odontológica do Brasil Central**, [s. l], p. 112-116, 06 ago. 2018. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1144>. Acesso em: 10 jan. 2021.

LUCAS NETO, Alfredo *et al.* Análise Clínica, Radiográfica e Histológica de 122 Casos de Ameloblastomas em uma População Brasileira. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 165-170, 1 abr. 2011. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal). Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1433/665>. Acesso em: 02 ago. 2020.

NAGALAXMI, V. *et al.* Unicystic Mural Ameloblastoma: an unusual case report. **Case Reports In Dentistry**, [S.L.], v. 2013, p. 1-6, 2013. Hindawi Limited. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3655499/>. Acesso em: 02 ago. 2020.

NAKAMURA, Norifumi *et al.* Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, [S.L.], v. 93, n. 1, p. 13-20, jan. 2002. Elsevier BV. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11805772/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

NASCIMENTO, Mateus Alves *et al.* **Ameloblastoma Unicístico em Criança**: relato de caso. Uberlândia, Mg, p. 53-56, 10 ago. 2017. Disponível em: <https://robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1142>. Acesso em: 07 out. 2020.

NEVILLE *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. **PESSOA, Rana Alice da Cruz *et al.*** Tratamento de ameloblastoma unicístico em corpo mandibular: relato de caso. Araraquara. Sp, p. 102-102, 2019. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/5df3cef80e88257b2b73a14b#nav3>. Acesso em: 02 out. 2020.

OLIVEIRA JÚNIOR, Hélio Chagas Chaves de *et al.* Descompressão cirúrgica no tratamento de lesões císticas da cavidade oral. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, [S.L.], p. 15-19, 12 ago. 2013. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2014/1/2.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2020.

POGREL, M.A.; MONTES, D.M.. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? **International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [S.L.], v. 38, n. 8, p. 807-812, ago. 2009. Elsevier BV. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19297131/>. Acesso em: 04 mar. 2020.

SADIG, Walid; ALMAS, Khalid. Risk Factors and Management of Dehiscent Wounds in Implant Dentistry. **Implant Dentistry**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 140-147, jun. 2004. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.id.0000127518.60701.a1>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15179090/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SANTOS, Laís Cristina de Andrade *et al.* Avaliação da antibioticoterapia na Odontologia. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, [s. l], p. 1-6, 04 maio 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/view/14944>. Acesso em: 07 jan. 2021.

SANTOS, Wanderlei Barbosa dos *et al.* MICROBIOTA INFECTANTE DE FERIDAS CIRÚRGICAS: análise da produção científica nacional e internacional. **Revista Sobecc**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 46-51, 8 jun. 2016. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425201600010007>. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/41>. Acesso em: 07 jan. 2021.

SASAKI, Ryo *et al.* Two Stage Enucleation and Deflation of a Large Unicystic Ameloblastoma with Mural Invasion in Mandible. **Craniofacial Trauma & Reconstruction**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 139-142, jun. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1364197>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4078117/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SCARIOT, Rafaela *et al.* **O tratamento conservador do ameloblastoma em criança: um relato de caso.**[S.L.], p. 33-36, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/225056071> Conservative treatment of ameloblastoma in child a case report. Acesso em: 05 mar. 2020.

SILVA, Carine Batista da *et al.* **ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA CAVIDADE BUCAL DO IDOSO.** Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Alteracoesfisiologicasdacavidadebucaldoidoso.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2020.

SILVA, Erick Ricardo *et al.* Recorrência de ameloblastoma unicístico em tecidos moles. **Revista Brasileira de Cirurgia Cranio-Maxilofacial**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 35-37, 2012. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002435966>. Acesso em: 15 dez. 2020.

VASCONCELOS, Raquel Bastos *et al.* Avaliação do tratamento dos pacientes portadores de Ameloblastoma no serviço de CTBMF do hospital Batista Memorial de Fortaleza: uma abordagem de 15 anos. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 3, p. 36950-36964, 2020. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3-179>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/11571>. Acesso em: 15 dez. 2020.

XAVIER, Samuel Porfirio *et al.* Conservative Approach. **Journal Of Craniofacial Surgery**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 1012-1014, maio 2014. Ovid Technologies (Wolters

Kluwer Health). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24699101/>. Acesso em: 13 dez. 2020.