

## **Análise clínica e terapêutica do tumor odontogênico: ameloblastoma**

### **Clinical and therapeutic analysis of odontogenic tumor: ameloblastoma**

DOI:10.34119/bjhrv6n4-260

Recebimento dos originais: 10/07/2023

Aceitação para publicação: 08/08/2023

#### **Jadna Silva Franco**

Graduada em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: jadnasfranco@outlook.com

#### **Celbe Patrícia Porfírio Franco Silva**

Doutora em Clínicas Odontológicas pela Faculdade São Leopoldo Mandic

Instituição: Faculdade CET

Endereço: Rua Firmino Pires (Zona Norte), 527, Centro, Teresina – PI, CEP: 64000-070

E-mail: celbepfranco@gmail.com

#### **Luana Kelle Batista Moura**

Doutora em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: luanamoura@unifsa.com.br

#### **Thais Oliveira Cordeiro**

Mestre em Ciências Odontológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: thaiscordeiro-16@hotmail.com

#### **Alex Paulo Sérgio de Sousa**

Mestre em Odontologia pela Faculdade São Leopoldo Mandic

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: alexservio@gmail.com

#### **Luanne Mara Rodrigues de Matos**

Doutoranda em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: luannemara@gmail.com

**Neusa Barros Dantas Neta**

Doutora em Odontopediatria

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA), Centro Universitário Facid (UNIFACID)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: nbdn2@msn.com

**Liana Dantas da Costa e Silva Barbosa**

Doutora em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: dantasliana@bol.com.br

**Marina Lua Vieira de Abreu Costa**

Mestre em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: marinalua@unifsa.com.br

**Lais Brito Honorato**

Graduanda em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: laisbritohonorato@gmail.com

**Ângela Maria Ribeiro Oliveira**

Graduanda em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: angelamrodonto@gmail.com

**Thales Amon Pereira Duarte Rocha**

Graduando em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina - PI, CEP: 64019-625

E-mail: thalesamon034@gmail.com

**Sanielly Brandão Ferreira**

Graduanda em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Endereço: Av. Prof. Valter Alencar, 665 - São Pedro, Teresina - PI, 64019-625

E-mail: sanielly.odontologia@outlook.com

**Alessandra Maria dos Santos Alencar**

Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário Facid Wyden

Instituição: Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Soares Filho – São Pedro

Endereço: R. Min. Pedro Borges, s/n, Tabuleta, Teresina – PI, CEP: 64019-650

E-mail: allessandraallencar@hotmail.com

**Maria do Amparo Veloso Magalhães**

Doutora em Biologia Celular e Molecular Aplicada a Saúde

Instituição: Polícia Militar do Piauí

Endereço: Av. Higino Cunha, 1642, Cristo Rei, Teresina - PI, 64014-535

E-mail: apm@pm.pi.gov.br

**RESUMO**

**Introdução:** O ameloblastoma é um tumor benigno de crescimento lento e invasivo, geralmente assintomático, sendo descoberto na maioria das vezes, através de exames radiográficos. **Objetivo:** verificar as evidências científicas acerca da análise clínica e terapêutica do tumor odontogênico ameloblastoma. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática com abordagem qualitativa, realizada em setembro de 2020 com busca nas bases de dados: BVS, SCIELO, LILACS e MEDLINE, usando a estratégia PICO. **Descritores selecionados:** Ameloblastoma, Neoplasias Mandibulares, Tumores Odontogênicos, associados ao operador booleano And. **Inclusão de estudos** entre 2010 a 2022 com textos na íntegra, relevantes e disponível em português, inglês ou espanhol. **Exclusão de textos** incompletos, repetidos e sem relevância para temática. **Resultados e discussão:** Foram selecionados 24 estudos para construção da pesquisa. Os tipos de ameloblastomas são: unicístico, multicístico, periférico e o menos frequente ameloblastoma maligno. Os sintomas de apresentação incluem massa submucosa de crescimento lento, dentes com mobilidade, má oclusão, parestesia, dor e aproximadamente 35% dos pacientes podem ser assintomáticos. O diagnóstico é feito através da biópsia das células tumorais. Entretanto, o cirurgião-dentista ao suspeitar de ameloblastoma, após exames de imagem é indicado o encaminhamento para um especialista da área. Quanto ao tratamento, alguns autores indicam intervenção cirúrgica conservadora, e menos agressiva, como curetagem, enucleação, outros indicam uma cirurgia mais radical. **Conclusão:** O ameloblastoma é um tumor benigno, porém agressivo, de origem odontogênica, seu tratamento pode ser conservador ou radical, isso irá depender da extensão da lesão bem como da experiência do cirurgião-dentista para escolher o melhor tratamento para o paciente.

**Palavras-chave:** ameloblastoma, neoplasias mandibulares, tumores odontogênicos.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Ameloblastoma is a benign tumor of slow growth and invasive, usually asymptomatic, being discovered in most cases through radiographic examinations. **Objective:** to verify the scientific evidence about the clinical and therapeutic analysis of the odontogenic tumor ameloblastoma. **Methodology:** This is a systematic review with a qualitative approach, carried out in September 2020 with a search in the databases: BVS, SCIELO, LILACS and MEDLINE, using the PICO strategy. **Selected descriptors:** Ameloblastoma, Mandibular Neoplasms, Odontogenic Tumors, associated with the Boolean operator And. **Inclusion of studies** between 2010 and 2022 with full texts, relevant and available in Portuguese, English or Spanish. **Exclusion of incomplete, repeated and irrelevant texts** for the theme. **Results and discussion:** 24 studies were selected for research construction. The types of ameloblastomas are: unicystic, multicystic, peripheral and the less frequent malignant ameloblastoma. Presenting symptoms include a slow-growing submucosal mass, loose teeth, malocclusion, paraesthesia, pain, and approximately 35% of patients may be asymptomatic. Diagnosis is made through biopsy of tumor cells. However, when the dentist suspects ameloblastoma, after imaging exams, referral to a specialist in the area is indicated. As for the treatment, some authors indicate conservative and less aggressive surgical intervention, such as curettage, enucleation, others indicate a more radical surgery. **Conclusion:** Ameloblastoma is a benign but aggressive tumor of odontogenic origin, its treatment can be conservative or radical, this will

depend on the extent of the lesion as well as on the experience of the dentist to choose the best treatment for the patient.

**Keywords:** ameloblastoma, mandibular neoplasms, odontogenic tumors.

## 1 INTRODUÇÃO

Tumores odontogênicos são neoplasias originadas das células responsáveis pela odontogênese, sendo classificados de acordo com sua origem tecidual em epiteliais, mesodérmicos e mistos (MORAES, 2014). São lesões decorrente dos remanescentes teciduais ou mesenquimais estruturais da odontogênese sendo encontrados exclusivamente na mandíbula e maxila, podendo ser encontrando também na gengiva, e devem ser examinados no diagnóstico diferencial das lesões que envolvem essas estruturas (REGEZI, 2012).

De acordo com Boraks (2011) os tumores odontogênicos integram um grupo de alterações heterogêneas que se caracterizam ora por neoplasias benignas, hamartomas, disfunções fisiológicas até neoplasias malignas com diferentes graus de severidades. Clinicamente os tumores odontogênicos geralmente se apresentam de forma assintomática, apesar de causarem expansão da mandíbula e maxila, reabsorção dentária, movimentação e perda óssea (REGEZI, 2012).

O Ameloblastoma é o tumor de origem epitelial mais comum representando cerca de 23% dos tumores odontogênicos, o qual foi descrito pela primeira vez em 1827 pelo pesquisador Cusack, descrito como um tumor localmente agressivo com elevador poder infiltrativo, e possui uma taxa de recidiva estimada em até 50% (MORAES, 2014). Os ossos mais acometidos pelos ameloblastomas são a mandíbula e maxila, apresentando maior prevalência na mandíbula principalmente na área do ramo mandibular. A lesão não apresenta quaisquer predileções quanto a gênero e cor, contudo, tem maior incidência em adultos jovens faixa de 35 anos (MUNIZ, 2014).

De acordo com Melo (2016), o ameloblastoma é um tumor benigno de crescimento lento e invasivo, geralmente assintomático, sendo descoberto, na maioria das vezes, através de exames radiográficos. De acordo com a literatura, considera-se três variantes do ameloblastoma: ameloblastoma sólido convencional ou multicístico, unicístico e periférico ou extraósseo. Acredita-se que os ameloblastomas sólidos apresentam um comportamento localmente mais invasivo e infiltrativo com frequência recorrente. O ameloblastoma sólido e o unicístico são mais facilmente encontrados na estrutura óssea da mandíbula (SMITHA, 2016).

O ameloblastoma unicístico pode manifestar até três diferentes padrões de proliferação, sendo eles: luminal, intraluminal e mural. Estes padrões podem interferir de forma direta no comportamento biológico, tratamento e prognóstico da patologia. Geralmente o ameloblastoma unicístico com proliferação mural é considerado como tendo um comportamento biológico semelhante ao ameloblastoma sólido (SMITHA, 2016; NASCIMENTO, 2017). Janardhanan (2018) relata que os ameloblastomas periféricos são lesões menos agressivas, geralmente não invadem o osso subjacente, além disso, são consideradas lesões inócuas em comportamento já que elas não apresentam a capacidade de invasão persistente.

O diagnóstico do ameloblastoma é dado através do resultado do exame histopatológico da lesão removida ou submetida a uma biópsia incisional como sendo um cisto odontogênico. Para chegar a este diagnóstico, os critérios histopatológicos da lesão foram descritos foram descritos pelos pesquisadores Vickers e Gorlin no ano de 1970 (MOREIRA, 2010). Nos exames radiográficos a lesão apresenta-se radiolúcida, com aspectos de favos de mel ou bolha de sabão, representando as cavidades císticas. Há relatos na literatura de tumores apresentando uma imagem cística, uni ou multilocular, que pode determinar a reabsorção ou deslocamento das estruturas dentárias (RALDIR, 2010).

Quanto as características histopatológicas a lesão pode ser classificada como células foliculares, plexiformes, acantomatosas, granulares, basais e desmoplásicas. A folicular é a característica histológica mais comum, seguida pela plexiforme (ALVARENGA, 2010).

Alguns pesquisadores descreveram o tratamento como conservador ou radical. O tratamento conservador varia desde a curetagem simples a tratamentos complementares da loja cirúrgico, estruturas adjacentes por métodos químicos ou físicos. Já o tratamento mais radical consiste em cirurgia com remoção total da lesão com uma margem de segurança, que por vezes, resulta na remoção de parte do tecido ósseo mandibular (hemimandibulectomia) (REZENDE, 2014). Pode-se também realizar o tratamento através da crioterapia, disponível com a possibilidade de eliminação da lesão invasiva, sem o envolvimento de problemas da cirurgia radical (OLIVATI, 2011).

Tendo em vista a relevância desse tema, pelas repercussões que pode representar para a vida do indivíduo, realizou-se esta pesquisa com o objetivo de verificar as evidências científicas acerca da análise clínica e terapêutica do tumor odontogênico ameloblastoma.

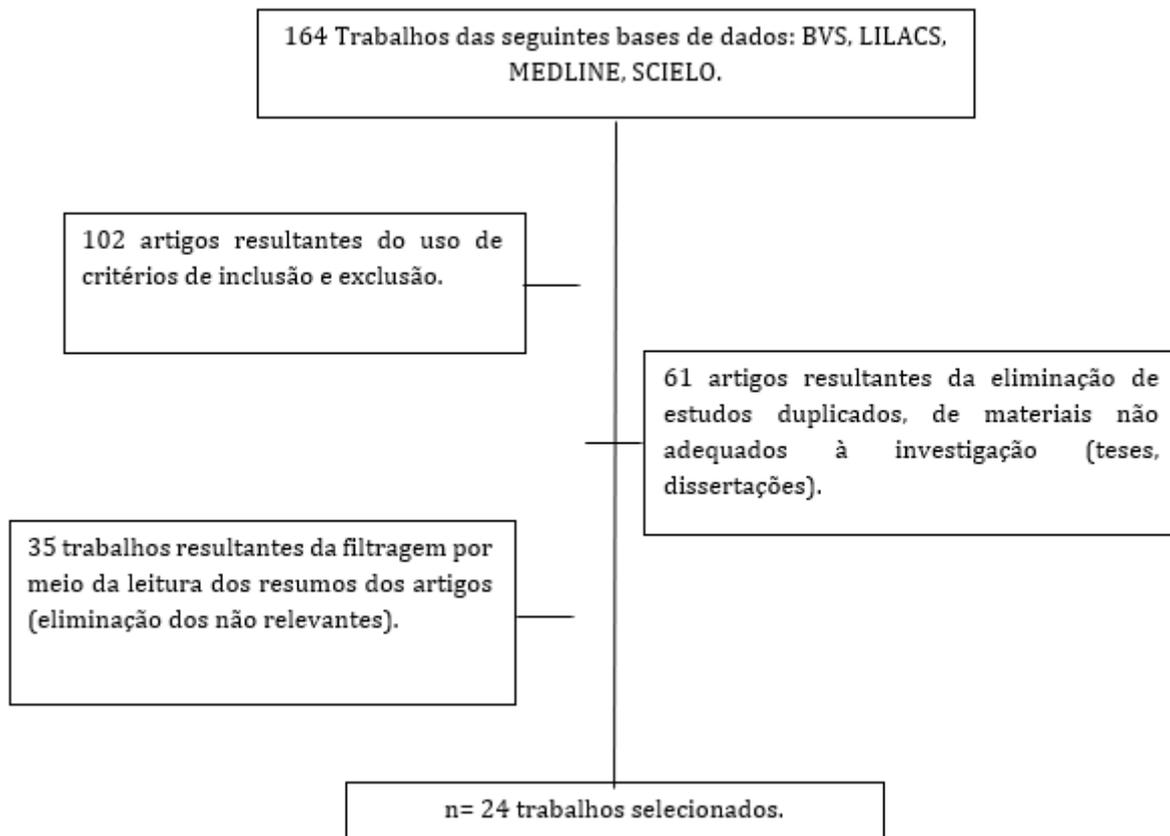
## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática com abordagem qualitativa, realizada em dezembro de 2020 com busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO, LILACS

e MEDLINE, usando a estratégia PICO. Foram utilizados os descritores a partir do DeCS: Ameloblastoma (*Ameloblastoma*), Neoplasias Mandibulares (*Mandibular Neoplasms*), Tumores Odontogênicos (*Odontogenics Tumor*) associados ao operador booleano And.

Como critério de inclusão, estudos entre 2010 a 2022 com textos na íntegra, livros, relevantes ao tema abordado e disponível nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critério de exclusão de textos que não estivessem na íntegra, repetidos e sem relevância tendo em vista o que há de mais recente a respeito do tema proposto. Encontrados 164 trabalhos em que foram analisados através das leituras dos títulos e resumos, dentre estes foram obtidos 24 trabalhos que passaram pela leitura completa de seus conteúdos e extração de pontos relevantes para realização da pesquisa.

Fluxograma 1 - Com resultados das buscas nas bases de dados.



Fonte: Autoria própria

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os tumores odontogênicos são um grupo de lesões com histologia e comportamentos clínicos variáveis, alguns deles são neoplasmas verdadeiros benignos ou malignos, enquanto outros são hamartomas. Estes tumores são derivados do epitélio odontogênico, ectomesênquima ou ambos (KUMAR, 2010).

De acordo com Santana (2019) os tumores odontogênicos são neoplasias derivadas de células responsáveis pela odontogênese, sendo considerados tumores raros e difícil diagnóstico. Estes tumores derivam-se dos tecidos epiteliais ectomesenquimais ou mesenquimais. O ameloblastoma é uma neoplasia benigna de origem odontogênica que apresenta um comportamento agressivo, com elevada taxa de recidiva. Representa 11% dos casos de tumores odontogênicos e 1% dos tumores de forma geral (DELL VALLE, 2018).

De acordo com Neville (2016) o ameloblastoma representa um tipo de tumor odontogênico mais comum, apresentando uma frequência relativa que se iguala à frequência combinada de todos os outros tumores odontogênicos, exceto os odontomas. Etiologicamente o ameloblastoma são de origem do epitélio odontogênico, que podem surgir dos restos da lâmina dentária, de um órgão do esmalte ainda em desenvolvimento, ou das células da mucosa oral, e pode surgir ainda do revestimento epitelial de um cisto odontogênico.

Boraks (2011) em seu trabalho menciona que o ameloblastoma é um tumor benigno no início, com um comportamento agressivo que se manifesta geralmente na mandíbula em região de dentes molares. De acordo com a literatura esta patologia possui ainda três variantes que são: ameloblastoma sólido convencional ou multicístico, unicístico e periférico ou extraósseo (MELO, 2016).

O ameloblastoma sólido é um tumor odontogênico epitelial de crescimento lento, apresenta-se localmente invasivo, pode ser assintomático, e com elevada taxa de recidiva quando não removido adequadamente, e não apresenta tendência à metástase. Esta lesão ocorre na mandíbula em região posterior, ocorrendo em até 80% dos casos (THOMASSI, 2013). De acordo com Moreira (2010) o ameloblastoma unicístico é uma variante do ameloblastoma, apresenta prognóstico favorável e com baixo índice de recidiva da lesão mesmo quando tratado com cirurgias mais conservadoras.

O ameloblastoma periférico ou extraósseo, é uma variante do ameloblastoma sólido, apresentando-se como uma lesão de crescimento exofítico, indolor e firme com uma superfície lisa, rugosa ou papilar. Nesta lesão pode-se observar discreta depressão ou erosão superficial da crista óssea decorrente da reabsorção causada pela pressão da lesão sobre o rebordo alveolar (BORAKS, 2011; THOMASSI, 2013). Neville (2016) menciona que o ameloblastoma sólido convencional ocorre em cerca de 75% a 86% de todos os casos, já o unicístico em cerca de 13% a 2%, e o ameloblastoma periférico (extraósseo) cerca de 1 a 4% (figura1).

Figura 1. Ameloblastoma Unicístico. Aspecto transoperatório da loja óssea / aspecto macroscópico da lesão.



Fonte: MOREIRA, 2010.

### 3.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O ameloblastoma acomete principalmente adultos-jovens, predominantemente na quarta e quinta década de vida. Esta patologia apresenta uma ampla idade de variação podendo se estender desde a infância até a fase adulta na faixa dos 40 anos, não havendo predileção por gênero, todavia, alguns estudos mostram maior frequência em negros. Em crianças, a lesão apresenta-se em forma cística, clinicamente como cistos odontogênicos (REGEZI, 2017).

Figura 2. (A) Ameloblastoma da mandíbula exibindo marcante expansão cortical. (B). Ameloblastoma da mandíbula.



Fonte: REGEZI, 2017.

O tumor geralmente apresenta-se de forma assintomática, sendo detectada a presença de lesões menores somente durante os exames de imagens. Clinicamente observa-se um aumento de volume na área, indolor, ou uma expansão dos ossos gnáticos (figura 2). Caso a lesão não seja tratada, ela pode crescer de forma lenta até atingir proporções elevadas. Sensação dolorosa e parestesias são achados incomuns, mesmo em tumores maiores (NEVILLE, 2016).

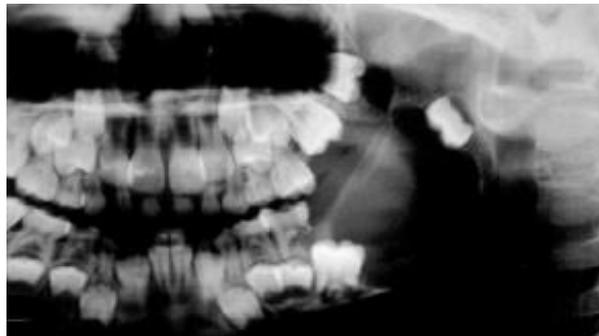
### 3.2 CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Radiograficamente o ameloblastoma são lesões osteolíticas, encontradas tipicamente na região dos ossos gnáticos próximas aos dentes molares, podendo ser uniloculares ou

multiloculares (figura 3). Por apresentarem crescimento lento, nos exames radiográficos as margens são bem definidas e escleróticas, em contrapartida, nos casos em que acontece a desmoplasia do tecido conjuntivo associada à proliferação do tumor, pode-se observar margens radiográficas pouco definidas (REGEZI, 2017).

A característica radiográfica mais comum é de uma lesão radiolúcida multilocular, sendo descritas em formatos de bolhas de sabão para locuções radiolúcida grandes, ou favos de mel para as locuções pequenas. Geralmente observa-se a expansão vestibular e lingual das corticais (figura 4). Os ameloblastomas sólidos se apresentam radiograficamente como defeitos radiolúcidos em formato unilocular, podendo se assemelhar com qualquer tipo de lesão cística (NEVILLE, 2016).

Figura 3. Ameloblastoma. Lesão radiolúcida destrutiva com reabsorção radicular dos dentes posteriores associados.



Fonte: NEVILLE, 2016.

Figura 4. Ameloblastoma unilocular.



Fonte: BORAIS, 2011.

### 3.3 CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

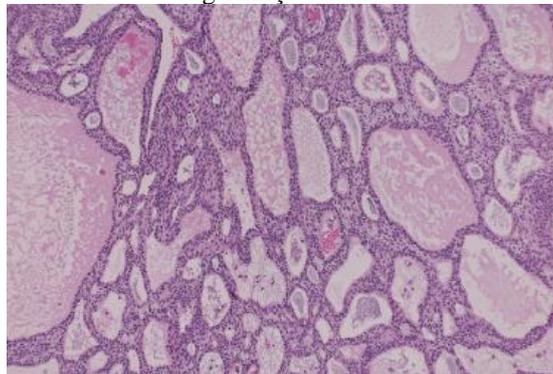
O ameloblastoma sólido convencional apresenta tendência em desenvolver alterações císticas, macroscopicamente, a maioria dos tumores apresentam combinações diferentes com características císticas variadas. Vários subtipos microscópicos de ameloblastoma convencional são reconhecidos, contudo, esses padrões têm pouca relação com o

comportamento do tumor. Assim, o padrão folicular e plexiforme são os mais frequentes, e os menos comuns incluem: acantomatoso, de células granulares, desmoplásico e de células basais (LÓPEZ ALVARENGA, 2010, NEVILLE, 2016).

De acordo com Regezi (2017) todos os subtipos possuem algo em comum, que são as células colunares em paliçada ao redor dos ninhos de epitélio, e um padrão similar à dos ameloblastos do órgão do esmalte. Apresentam ainda outra característica típica: brotamento de células tumorais em um padrão que lembra o desenvolvimento dentário (figura 5 e 6). Diante disso, o padrão histopatológico do ameloblastoma, consiste na proliferação de células epiteliais que se apresentam em padrões variáveis, que ocasionalmente, se fazem presente no mesmo tumor (KREPPPEL, 2018).

De acordo com a levantamento bibliográfico, o subtipo mais comum visto no ameloblastoma sólido é o folicular, sendo composto por ilhas de células tumorais que mimetizam o folículo dentário normal. Este subtipo lembram o epitélio do órgão do esmalte envolvido a um estroma maduro de tecido conjuntivo fibroso (THOMASSI, 2013; NEVILLE, 2016; REGEZI, 2017).

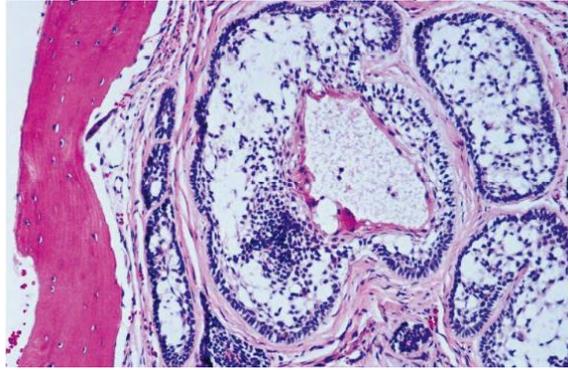
Figura 5. Padrão Folicular. Múltiplas ilhas de epitélio odontogênico exibindo diferenciação colunar periférica com polarização invertida. As zonas centrais lembram o retículo estrelado do esmalte e exibem focos de degeneração cística.



Fonte: NEVILLE, 2016.

O subtipo plexiforme, apresenta cordões longos e anastomosados, ou lençóis maiores do epitélio odontogênico, estes últimos são delimitados por células colunares ou cúbicas, apresentando semelhança com ameloblastos, circundando células epiteliais arranjadas mais frouxamente. Assim, quando as células neoplásicas se desenvolvem formando uma rede de epitélio, é dado o termo ameloblastoma plexiforme (NEVILLE, 2016; REGEZI, 2017).

Figura 6. Ameloblastoma, padrão plexiforme.



Fonte: NEVILLE, 2016.

### 3.4 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

Quanto ao tratamento, o cirurgião bucomaxilofacial é colocado em um dilema em decidir qual a melhor opção cirúrgica. Anteriormente acreditava-se que por se tratar de um tumor benigno o melhor tratamento seria a enucleação seguida de curetagem, e posterior ressecção em uma área menor que a lesão em caso de recidiva. Todavia, apesar de benigno o ameloblastoma tem um comportamento agressivo, podendo acontecer recorrência local, capacidade de se transformar em lesão maligna e metástase à distância (MUNIZ, 2014).

De acordo com Boraks (2011) o tratamento do ameloblastoma é cirúrgico, através de ressecção com uma margem de segurança de pelo menos 0,5 a 1,0 centímetro, pois em casos de recidiva, a lesão pode voltar de forma mais agressiva (figura 7). Então, para se tratar do ameloblastoma de forma geral, pode-se utilizar: enucleação (remoção completa sem ruptura), marsupialização (descompressão, criando uma abertura óssea na parede do tumor esvaziando todo o conteúdo), ressecção com margem (remoção da lesão e de estruturas adjacentes em bloco) e curetagem (quando não puder ser realizado das formas anteriores, utilizando brocas para remoção de tecidos ósseos).

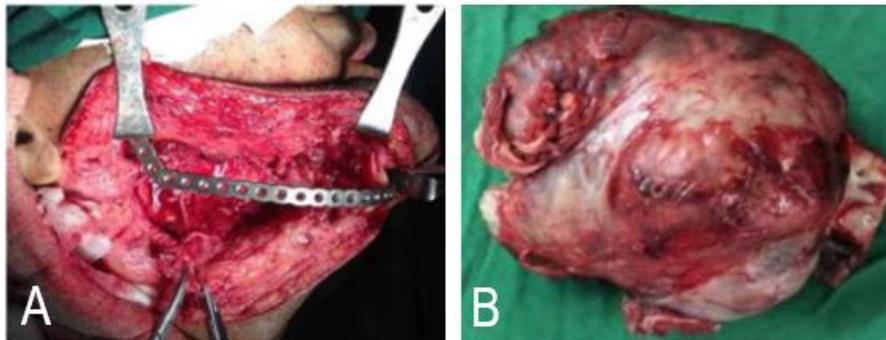
A utilização da crioterapia com nitrogênio simultaneamente no transoperatório podem contribuir para eliminação de possíveis restos celulares que estejam infiltrados no tecido ósseo ou tecido mole em até 1,5 mm a 2 mm de profundidade, eliminando então os chamados cistos “satélites” prevenindo a recidiva da lesão (PAIVA, 2010). Tavares (2017) destaca ainda que a utilização de agentes esclerosantes, como a solução de Carnoy ou crioterapia funcionam como um tratamento complementar em virtude de os agentes criarem uma margem química ou térmica de segurança e que apresenta bons resultados no paciente.

A ressecção marginal é a mais utilizada para o tratamento do ameloblastoma, contudo apresenta taxa de recidiva de até 15%. Alguns cirurgiões dentistas elegem um tratamento mais conservador através de um planejamento cirúrgico após uma avaliação cuidadosa por

tomografia computadorizada (NEVILLE, 2016). Tratamentos mais conservadores possui indicação, para casos de ameloblastomas unicísticos ou quando o paciente é jovem (CINTRA *et al.*, 2022).

Em alguns casos, terapias conservadoras como curetagem agressiva da lesão podem ser eficazes a longo prazo, sem recidiva da lesão e proporcionando qualidade de vida do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Assim, não há como padronizar o tratamento para o ameloblastoma, pois irá depender de cada caso, bem como do tipo de lesão, localização e condições do paciente (REGEZI, 2017).

Figura 7. (A) Placa de reconstrução de osteossíntese. (B) Vista macroscópica do tumor ressecado, tamanho tumoral 10 x 8,5 x 6 cm.



Fonte: DEL VALLE, 2018.

Quanto ao prognóstico, é favorável, contudo, vale ressaltar que em casos de lesões mais avançadas, estas podem exigir procedimento cirúrgicos mais mutiladores, com enormes perdas anatômicas funcionais. Diante disso, no planejamento do tratamento cirúrgico, é de suma importância avaliar a extensão da lesão, sua localização, limites anatômicos, tipo histológico do ameloblastoma, assim como estado geral do paciente, idade e estética (BORAKS, 2011).

#### 4 CONCLUSÕES

O ameloblastoma é um tumor benigno, porém agressivo, de origem odontogênica, seu tratamento pode ser conservador ou radical, isso irá depender da extensão da lesão bem como da experiência do cirurgião dentista para escolher o melhor tratamento para o paciente. Em razão de ser um tumor com evolução silenciosa e assintomática é detectado através de exames radiográficos e histopatológicos com finalidades clínicas, sendo de grande importância a preservação do paciente, visto que mesmo após cinco anos da cirurgia não se considera o paciente curado, já que pode haver recidiva da lesão.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, R. L. CHRCANOVIC, B. R. HORTA, M. C. R. SOUZA, N. MAIA, Y. B. F. Ameloblastoma multiquístico mandibular tratado con terapia menos invasiva: Caso clínico y revisión de la literatura. **Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial**, v. 32, n. 4, p. 172-177, 2010.

BORAKS, S. **Medicina bucal tratamento clínico-cirúrgico das doenças bucomaxilofaciais**. São Paulo: Artes Médicas, 2011.

CINTRA, T. P. *et al.* Conservative approach of unicystic ameloblastoma in a child: case report. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n.3, p.8679-8687, 2022.

DEL VALLE, S. U.; TOVÍO MARTÍNEZ, E.; LÓPEZ APARICIO, E. Ameloblastoma multiquístico de crecimiento rápido con reconstrucción parcial. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 55, n. 4, p. 1-8, 2018.

JANARDHANAN, M. *et al.* Ameloblastoma periférico com invasão óssea neoplásica versus ameloblastoma intraósseo periférico: um diagnóstico desafiador. **J Oral Maxillofac Pathol**, v. 22, n. 3, p. 396-400, 2018.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

KREPPPEL, M.; ZÖLLER, J. Ameloblastoma—Clinical, radiological, and therapeutic findings. **Oral diseases**, v. 24, n. 1-2, p. 63-66, 2018.

LÓPEZ ALVARENGA, R. *et al.* Ameloblastoma multiquístico mandibular tratado con terapia menos invasiva: Caso clínico y revisión de la literatura. **Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial**, v. 32, n. 4, p. 172-177, 2010.

MELO, R. B. *et al.* Tratamento cirúrgico de ameloblastoma sólido convencional: relato de caso clínico. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 21, n. 2, 2016.

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

MOREIRA, T. G. G. *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.

MUNIZ, V. R. V. M. *et al.* Características Clínicas, Radiográficas e Diagnóstico do Ameloblastoma: Relato de Caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 14, n. 4, p. 27-32, 2014.

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

NEVILLE, Brad W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PAIVA, L. C. A. *et al.* Potencial de recidiva do ameloblastoma: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 10, n. 1, p. 27-34, 2010.

OLIVATI, F. N. *et al.* Tratamento conservador e preservação de oito meses de ameloblastoma de mandíbula: relato de caso. **Odonto**, v. 19, n. 38, p. 61-69, 2011.

OLIVEIRA, M. T. F. *et al.* Long-term follow-up of a case of multicystic ameloblastoma treated with curettage: case report. **Brazilian Journal of Health Review, Curitiba**, v. 5, n. 2, p. 7110-7118, 2022.

RALDI, F. V. *et al.* Tratamento de ameloblastoma. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 58, n. 1, p. 123-126, 2010.

REGEZI, J.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. **Patologia oral: correlações clinicopatológicas**. Elsevier Brasil, 2017.

REZENDE, A. B. M. *et al.* Tratamento cirúrgico de ameloblastoma multicístico de mandíbula. **Rev Cient FHO| UNIARARAS**, v. 2, n. 1, p. 33-40, 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.

SMITHA, G. P. *et al.* Comparison of myofibroblasts between solid/Multicystic ameloblastoma and unicystic ameloblastoma: An immunohistochemical analysis. **Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR**, v. 10, n. 5, p. ZC52, 2016.

TAVARES, E. L. N. Tratamento conservador de ameloblastoma unicístico com proliferação mural em paciente jovem. **Relato de caso**. 2017.

Tommasi, M. H. **Diagnóstico em patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2013.