

Tratamento cirúrgico de ameloblastoma multicístico: relato de caso

Surgical treatment of multicystic ameloblastoma: case report

DOI:10.34119/bjhrv7n1-459

Recebimento dos originais: 06/01/2024

Aceitação para publicação: 26/01/2024

George Borja de Freitas

Pós-Doutor em Cirurgia e Implantodontia

Instituição: Centro Universitário de Patos

Endereço: R. Horácio Nóbrega, s/n, Belo Horizonte, Patos - PB, CEP: 58704-000

E-mail: george_borja@hotmail.com

Aline de Queiroga Bezerra

Graduada em Odontologia

Instituição: Centro Universitário de Patos

Endereço: R. Horácio Nóbrega, s/n, Belo Horizonte, Patos - PB, CEP: 58704-000

E-mail: alinequeiroga25@gmail.com

Estefanny Paulo da Silva Dantas

Graduada em Odontologia

Instituição: Centro Universitário de Patos

Endereço: R. Horácio Nóbrega, s/n, Belo Horizonte, Patos - PB, CEP: 58704-000

E-mail: estefannypaulo4@gmail.com

Julierme Ferreira Rocha

Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Estadual Paulista
(UNESP)

Instituição: Centro Universitário de Patos

Endereço: R. Horácio Nóbrega, s/n, Belo Horizonte, Patos - PB, CEP: 58704-000

E-mail: juliermerocha@fiponline.edu.br

Lúcio Fábio de Assis Arruda

Especialista em Periodontia

Instituição: Centro Universitário de Patos

Endereço: R. Horácio Nóbrega, s/n, Belo Horizonte, Patos - PB, CEP: 58704-000

E-mail: lucioarruda@gmail.com

Reidel Frota Sá Nogueira Neves

Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Instituição: Centro Universitário de Patos

Endereço: R. Horácio Nóbrega, s/n, Belo Horizonte, Patos - PB, CEP: 58704-000

E-mail: reidelfrota@gmail.com

Téssia Richelly Nóbrega Borja de Melo

Doutora em Ortodontia

Instituição: Centro Universitário de Patos

Endereço: R. Horácio Nóbrega, s/n, Belo Horizonte, Patos - PB, CEP: 58704-000

E-mail: tessiaborja@yahoo.com

RESUMO

O ameloblastoma sólido convencional ou multicístico é um tumor odontogênico com etiologia desconhecida, progressão lenta e normalmente assintomático. Na maior parte dos casos, é um tumor benigno, localmente agressivo e invasivo, com altas taxas de recidiva, acometendo, geralmente, adultos entre 30 e 70 anos. O ameloblastoma multicístico trata-se de um tumor oral com predominância de 87,2 % dos casos na região posterior da mandíbula, principalmente na região de molares e ramo ascendente. Por ser uma lesão, na maioria das vezes, assintomática, o diagnóstico do ameloblastoma multicístico é feito geralmente através de exames radiográficos de rotina ou quando encontra-se evoluído. O tratamento do ameloblastoma permanece controverso devido à sua agressividade, contudo, pode ser classificado em tratamento radical e tratamento conservador. O tratamento conservador é a intervenção menos invasiva, enquanto o tratamento radical consiste em uma ressecção ampla da lesão com margens de segurança que engloba técnicas e abordagens mais radicais, com o objetivo de reduzir a possibilidade de recorrência da lesão. O referido caso clínico trata-se de uma paciente, 39 anos, sexo feminino, que compareceu à clínica escola de odontologia do UNIFIP apresentando aumento de volume em hemiface direita com tempo de evolução de mais ou menos 7 meses.

Palavra-chave: tumor oral, ameloblastoma, mandíbula.

ABSTRACT

Conventional or multicystic solid ameloblastoma is an odontogenic tumor with unknown aetiology, slow progression, and usually asymptomatic. In most cases, it is a benign tumor, locally aggressive and invasive, with high rates of recurrence, usually affecting adults between 30 and 70 years of age. Multicystic ameloblastoma is an oral tumor with a predominance of 87.2% of cases in the posterior region of the jaw, mainly in the molars and ascending branch region. Because it is often asymptomatic, diagnosis of multicystic ameloblastoma is usually done by routine x-ray examinations or when it is evolved. Treatment of ameloblastoma remains controversial due to its aggressiveness, however, it can be classified as radical treatment and conservative treatment. Conservative treatment is the least invasive intervention, while radical treatment consists of a broad resection of the lesion with safety margins that encompasses more radical techniques and approaches, with the aim of reducing the possibility of recurrence of the lesion. This clinical case concerns a 39-year-old female patient who attended the UNIFIP's dental school clinic with an increase in volume in the right hemiface with an evolution time of about 7 months.

Keyword: oral tumor, ameloblastoma, jaw.

1 INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos são neoplasias frequentes, oriundas dos tecidos moles e duros formados no interior dos ossos gnáticos durante a odontogênese, e de acordo com a Organização Mundial da Saúde [1], são derivados de tecidos epiteliais, ectomesenquimais ou

mesenquimais. Entre os tumores odontogênicos, destaca-se o ameloblastoma, que, de acordo com suas situações clínicas, radiográficas e histopatológicas, pode classificar-se em ameloblastoma sólido\multicístico, unicístico e periférico, sendo o ameloblastoma multicístico o mais frequente, com uma porcentagem de aproximadamente 86% dos casos, enquanto o unicístico tem cerca de 13% e o periférico aproximadamente 1%. [2]

O ameloblastoma sólido convencional ou multicístico tem etiologia desconhecida, enquadra-se como o mais recorrente entre os tumores odontogênicos, e tem sua origem do remanescente da lâmina dentinária e do epitélio odontogênico, apresentando progressão lenta e normalmente assintomática. Na maior parte dos casos, é um tumor benigno, localmente agressivo e invasivo, com altas taxas de recidiva. [3,2]

O ameloblastoma multicístico trata-se de um tumor oral com predominância de 87,2 % dos casos na região posterior da mandíbula, principalmente na região de molares e ramo ascendente, sendo mais raro na região anterior. Clinicamente, apresenta-se como uma tumefação indolor ou expansão dos ossos gnáticos, podendo ocasionar deformidade facial, má oclusão, erupção tardia e perda dentária na região afetada; dor e parestesia são mais incumuns mesmos nos tumores maiores. Essa lesão acomete normalmente adultos entre 30 e 70 anos, e de acordo com é raro em crianças com menos de 10 anos de idade. Além disso, não apresenta predileção por gênero. [4,2]

Por ser uma lesão, na maioria das vezes, assintomática, o diagnóstico do ameloblastoma multicístico é feito geralmente através de exames radiográficos de rotina ou quando encontra-se evoluído, exibindo um volume considerável na face. Radiograficamente, o ameloblastoma multicístico apresenta-se como uma lesão radiolúcida multilocular, semelhante ao aspecto de “bolhas de sabão”, quando as loculações radiolúcidas são maiores, ou “favos de mel”, quando as loculações radiolúcidas são menores, podendo estar presente a reabsorção de raízes dos dentes próximos à lesão e expansão vestibular e lingual das corticais. [2]

Histopatologicamente, os ameloblastomas multicísticos são classificados em diversos padrões, sendo mais comuns o folicular e o plexiforme. O ameloblastoma folicular apresenta ilhas de epitélio odontogênico, que lembram o epitélio do órgão do esmalte em meio a um estroma maduro de tecido conjuntivo fibroso e células colunares altas. O padrão plexiforme de ameloblastoma consiste em cordões de epitélio odontogênico, circundados por células colunares parecidos com ameloblastos, com um estroma de suporte [2]

O tratamento do ameloblastoma permanece controverso devido à sua agressividade, contudo, pode ser classificado em tratamento radical e tratamento conservador. O tratamento conservador é a intervenção menos invasiva, geralmente utilizadas em tumores unicísticos ou

periféricos, na qual consiste em enucleação com curetagem, preservando o osso adjacente. Embora esse tratamento seja preferível para conforto e estética do paciente, existe a possibilidade de pequenas partes do tumor permanecerem presentes após a remoção cirúrgica, o índice das taxas de recidiva são altas, compreendendo cerca de 60 a 90% de incidência. [3,5]

Por outro lado, o tratamento radical, indicado para lesões maiores, como os ameloblastomas multicísticos, consiste em uma ressecção ampla da lesão com margens de segurança, englobando técnicas e abordagens mais radicais, com o objetivo de reduzir a possibilidade de recorrência da lesão. [3,5]

Com isso, faz-se necessário algum tipo de tratamento para ameloblastoma, levando em consideração o estado de saúde do paciente, a idade, a localização e extensão do tumor, já que, quando não tratada, essa lesão pode atingir proporções gigantes, afetando diretamente a saúde e, conseqüentemente, o estilo de vida do paciente. [3,5,6]

Esse estudo objetiva descrever o tratamento cirúrgico de um paciente com ameloblastoma multicístico. E no que diz respeito aos objetivos específicos, montar possíveis sinais do ameloblastoma multicístico; relatar a importância do diagnóstico precoce de ameloblastoma multicístico; relatar o impacto do ameloblastoma multicístico na saúde e no estilo de vida do paciente; descrever as técnicas do tratamento radical do ameloblastoma multicístico; descrever o pré-operatório, o transoperatório e o pós-operatório do ameloblastoma multicístico.

Com relação aos aspectos metodológicos, trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, de caráter descritivo, de natureza aplicada e abordagem qualitativa do tipo caso clínico. O estudo foi realizado na Clínica Escola de Odontologia do UNIFIP, localizado no Estado da Paraíba.

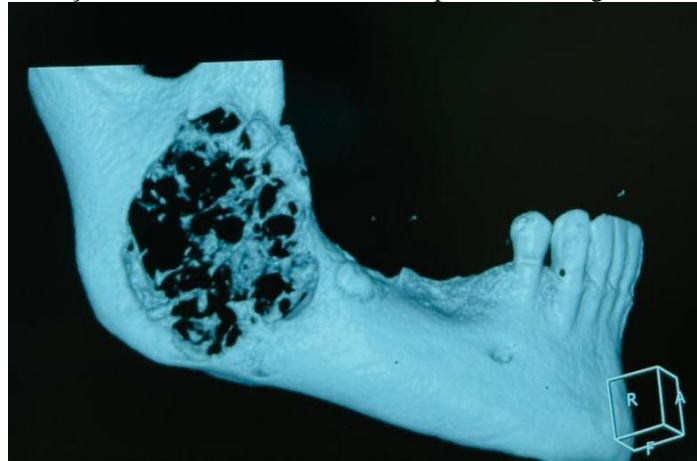
2 RELATO DE CASO

Paciente que compareceu a clínica escola de odontologia do UNIFIP, tem 39 anos, fioderma, não fumante, não etilista, sem comorbidades sistêmicas e nega ter alergia a medicamentos. Paciente relata dor aguda e uso de opioides, dentre os quais a morfina, sem resolução do quadro álgico. Ao exame clínico intraoral evidencia-se aumento de volume em corpo mandibular e ângulo de mandíbula, sem áreas de fenestração da mucosa, com tempo de evolução de mais ou menos 7 meses, identificado pelo paciente.

Ao exame tomográfico evidencia-se aumento de volume em corpo, ângulo e ramo mandibular, com lesão multilocular compreendendo a região de ângulo e ramo mandibular, observa-se expansão das corticais vestibular e lingual, áreas de fenestrações e envolvimento da

lesão com o elemento 48 incluso (Figura 1). Tomograficamente não evidencia-se envolvimento da lesão com as áreas de processo coronoide e condilar da mandíbula. Após a tomografia realizou inicialmente uma biópsia incisional e encaminhamento para avaliação histopatológico com resultado de ameloblastoma multicístico. Sugeriu-se, então, a realização da hemimandibulectomia a nível hospitalar sob anestesia geral.

Figura 1. Reconstrução 3D, Vista lateral da lesão compreendendo ângulo e ramo mandibular.



Fonte: Autoras (2023)

No ato cirúrgico, a paciente se encontrava em decúbito dorsal horizontal, sob anestesia geral, realizou-se inicialmente antisepsia intraoral e extraoral, seguido pela aposição dos campos cirúrgicos e posteriormente pela demarcação da incisão extraoral e incisão superficial. Logo após, foi realizada a dissecação dos planos profundos para acesso da mandíbula, seguidamente da exposição da mandíbula, realizou-se a demarcação da área de exérese com uma margem de segurança de 1,5mm e posteriormente o corte utilizando a serra para mandibulectomia (Figura 2). Optou-se pela remoção do processo condilar e coronoide para atenuar as chances de reicidiva desta lesão.

Figura 2. Demarcação da área de exérese.



Fonte: Autoras (2023)

Anteriormente a cirurgia foi realizado a prototipagem da lesão com a impressão de um modelo 3D obtido através do DICOM, seguidamente da modelagem da placa e por último a confecção da prótese temporária em resina acrílica termo-ativada (Figura 3). Após isso, foi realizado a aposição da placa de reconstrução 2.4, fixação no remanescente ósseo homolateral, estabilização da placa e averiguação dos movimentos mandibulares. Posteriormente foi realizado a sutura por planos anatômicos utilizando fio reabsorvível vicryl 4.0 e sutura superficial da pele utilizando fio nylon 5.0. Para finalizar, foi realizado o bloqueio maxilomandibular (BMM), na qual a pacinete utilizou por 45 dias com o objetivo de estabelecer uma relação oclusal adequada por meio da fixação dos dentes com fio de aço, desta maneira, promovendo a imobilização entres os arcos dentários, regularizando a oclusal do paciente e após a recuperação devolver a função mastigatória. Após o procedimento cirúrgico a paciente continuou internada por mais cinco dias, na qual teve melhora do quadro clínico e posterior alta.

Figura 3. Demarcação da área de exérese.



Fonte: Autoras (2023)

Foi solicitada no Sistema Único de Saúde (SUS) a prótese permanente de hemimandíbula customizada para restabelecimento da forma e função mandibular. Neste instante, a paciente encontra-se em proervação com excelente evolução clínica e radiográfica (Figura 4).

Figura 4. Evolução clínica



Fonte: Autoras (2023)

3 DISCUSSÕES E CONCLUSÃO

O ameloblastoma representa cerca de 1% de todos os cistos e tumores odontogênicos, sendo considerado um tumor benigno e agressivo, o qual tem incidência principalmente durante a terceira e quarta década de vida. Possuindo um crescimento lento, agressivo e assintomático que agride os ossos do complexo maxilomandibular, especialmente na região do corpo e ramo mandibular. [7]

Sendo a espécie de tumor odontogênico mais comum e potencialmente letal, com incidência igual ou maior que a de todos os outros tumores odontogênicos, exceto os odontomas. Os restos da lâmina dentária, desenvolvimento de órgão do esmalte, epitélio de revestimento de um cisto odontogênico ou basocelular da mucosa oral, são fatores que podem dar causa aos ameloblastomas. [8]

Existem quatro tipos de ameloblastoma: unicístico, sólido/multicístico, desmoplásico e periférico. O ameloblastoma sólido folicular acomete principalmente pacientes entre a terceira e quinta décadas de vida, com maior incidência na região posterior da mandíbula, sem predileção por gênero. O tratamento pode incluir excisão cirúrgica, enucleação, curetagem, crioterapia, radioterapia e quimioterapia, mas a excisão cirúrgica ampla com margens de segurança é o método mais optado [9]

O ameloblastoma sólido ou multicístico pode se impregnar entre as trabéculas ósseas esponjosas antes que a reabsorção óssea seja radiograficamente visível, o que significa que as margens reais do tumor sempre se estendem além de suas margens radiográficas ou clínicas.

De forma que um procedimento de curetagem pode deixar pequenas ilhas de tumor dentro do osso, o que pode levar décadas para se tornar aparente clinicamente e radiograficamente.[8]É preciso ainda destacara que a importância da realização do exame citopatológico na elucidação diagnóstica de lesões expansivas nos ossos maxilares, pois apesar de apresentar características clínicas e radiográficas específicas, o diagnóstico diferencial entre ameloblastomas e outras lesões odontogênicas pode representar um desafio para os cirurgiões dentistas. [10]

É preciso destacar ainda que a realização de uma biópsia incisional é a principal forma de diagnóstico do ameloblastoma, no entanto, fatores como o estado geral do paciente, a localização da lesão, a maior morbidade e a necessidade de anestesia podem dificultar sua realização. Além disso, o resultado do exame pode demorar mais que um exame citopatológico, que pode ser realizado a partir da avaliação citopatológica do produto da punção aspirativa. Portanto, é essencial que os cirurgiões dentistas saibam reconhecer o ameloblastoma e conheçam as condutas necessárias para seu diagnóstico. [10].

O surgimento da patologia é comum na região da mandíbula, apresentando-se clinicamente com um aumento de volume em corpo e ângulo mandibular. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) [1], o ameloblastoma pode ser classificado em multicístico, ou sólido convencional, e ainda como unicístico e periférico, sendo o ameloblastoma multicístico o mais agressivo e com maior taxa de recorrência, na maioria dos casos, encontrado na região posterior da mandíbula, associado aos dentes inclusos [11], conforme o caso descrito, de uma paciente de 39 anos de idade.

Este artigo se debruça sobre um caso de ameloblastoma multicístico, que como observado nas imagens radiográficas, possui um padrão de formação semelhante a favos de mel e bolhas de sabão[12]. A progressão do ameloblastoma é lenta, na maioria dos casos, assintomática, e pode causar, inclusive, deslocamento, mobilidade e reabsorção dentária, bem como parestesia. [13]

No caso em questão, a paciente relatou dor aguda e uso de opioides, dentre os quais a morfina, sem resolução do quadro algico, e quando realizado o exame clínico intraoral percebeu-se o aumento de volume em corpo e ângulo mandibular.

O tratamento do ameloblastoma pode variar, acreditava-se que por ser um tumor de natureza benigna a melhor forma de tratamento seria a enucleação seguida de curetagem. Contudo, deve-se observar que mesmo tratando-se de um tumor benigno o ameloblastoma detém um potencial significativo de agressividade podendo haver sua recorrência. Nesse caso, a literatura vem demonstrando que a melhor opção de tratamento é uma abordagem mais radical, realizando a resseção ampla da lesão com margem de segurança. [13]

No caso em questão, o paciente passou pelo processo de remoção do processo condilar e coronóide da mandíbula para atenuar as chances de recidiva da lesão. Anteriormente à cirurgia, foi realizado a prototipagem da lesão com a impressão de um modelo 3D obtido através do DICOM, seguido pela modelagem da placa e confecção da prótese temporária em resina acrílica termoativada.

Mesmo que as características clínicas e radiográficas dos ameloblastomas já estejam bem documentadas na literatura, é preciso observar que são tumores benignos, mas de natureza e padrão radiográfico e histológico variados, de modo que os diagnósticos diferenciais não podem ser excluídos, mesmo que num primeiro momento o caso não apresente todas as características do ameloblastoma. Dessa forma, é crucial ao cirurgião dentista requerer a realização de uma radiografia de forma a observar a natureza da lesão e das queixas relatadas pelo paciente. O procedimento correto foi prontamente realizado no caso em questão, de forma que se permitiu o diagnóstico e tratamento adequado à paciente que há muito queixava-se de fortes dores.

Todavia, a literatura ainda diverge acerca de qual é a melhor forma de tratamento para o caso em questão, assim é preciso que se faça uma análise detalhada, observando as características de cada paciente, de forma individual, proporcionando, portanto, o melhor tratamento e impedindo que haja recidiva. É importante que ao final do tratamento se possa, não apenas eliminar a dor e o desconforto, mas também devolver ao paciente sua reabilitação funcional e estética. Esta necessidade, por sua vez, é suprida pela prótese de resina acrílica, indicada à paciente após ter se mostrado como uma boa alternativa para o tratamento nesse tipo de caso. Com isso, pode-se concluir que o ameloblastoma multicístico pode ser tratado com sucesso através da ressecção com margem de segurança e substituição total da articulação, concomitante com um dispositivo aloplástico.

REFERÊNCIAS

1. Tolentino, E. de S. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou?. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF 23.1 (2018).
2. Neville, B. W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016,.
3. Sarlabous M., Psutka D.J. Treatment of Mandibular Ameloblastoma Involving the Mandibular Condyle: Resection and Concomitant Reconstruction With a Custom Hybrid Total Joint Prosthesis and Iliac Bone Graft. J Craniofac Surg, 2018, 29,(3), 307- 314,.
4. Hendra F.N., Kalla D.S.N., Cann E.M.V., De Vet H.C.W., Helder M.N., Forouzanfar T. Radical vs conservative treatment of intraosseous ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. Oral Dis, 2019, 25, (7),1683-1696,
5. Almeida R. de A.C., Andrade E.S.S., Barbalho J.C., Vajgel A., Vesconcelos B. D. E. Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg, 2016 . 45 (3), 359-367.
6. Barra et al., Ameloblastoma: uma análise clínica e terapêutica de seis casos. Revista Brasileira de Ortopedia, 2014. 49, (3), 305-308,
7. Nascimento, M. A, Cavalcante, W. R. J, Cardoso, S. V, Henrique, J. C, Silva, C. J. Ameloblastoma unicístico em criança: relato de caso. Rev. Odontol. Bras. Central, 2017, 26 (77), 53-56.
8. Gonçalves, A. de R, Menezes, G. B. de, Jaeger, F. Reconstrução imediata de mandíbula pós tratamento de ameloblastoma multicístico. Anais da Jornada Odontológica de Anápolis – JOA. Arq. Bras. de Odontol. 2019 12 (2), 250-253.
9. Silva, L. de F, Junior, G. de L. B, Sales, P. H. da H, Vasconcelos, R. B, Ribeiro, N. R. B, Parente, J. L. C. Extenso ameloblastoma em mandíbula: relato de caso Rev. de Odontol. da USP. 2017. 29 (3), 5.
10. Pena, A. C. P, Fayad, F. T, Carvalho, B. L. S, Vasconcelos II, A. J. A, Cabral, L. N. 2018. Importância do Exame Citopatológico para o Diagnóstico de Ameloblastoma: Relato de Caso. Arch Health Invest, 2014. 11 (3): 463-468.
11. Muddana K, Pasupula A.P, Dorankula S.P.R., Thokala M.R., Muppalla J.N.K.. Pediatric Odontogenic Tumor of the Jaw – A Case Report. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014 Feb;8(2):250-2.
12. Muniz, R.V.M; Freitas, D.J.S; Neri, R.F.A; Dultra, J.A; Dultra, F.K.A.A; Características Clínicas, Radiográficas e Diagnóstico: Clinical and radiographic features and diagnosis of ameloblastoma: a case report. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe. 2014; 14(4):27-32.
13. Pozoja, E. J. Ameloblastoma unicístico, bases del tratamiento conservador. Presentación de caso clínico y actualización bibliográfica. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2010.;32(2):88-91.