

Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

www.elsevier.pt/spemd



Caso clínico

Ameloblastoma padrão folicular em maxila – Relato de caso



Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli^{a,*}, Érica Passos de Medeiros Lacerda^b,
Felipe Bravo Machado de Andrade^c e Allan Ulisses Carvalho de Melo^d

^a Departamento de Medicina Bucal, Faculdade de Odontologia do Recife (FOR), Recife, Brasil

^b Especializanda em Cirurgia Maxilo-facial, Centro de pós-graduação em Odontologia (CPO), Recife, Brasil

^c Doutorando em Clínica Integrada, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Brasil

^d Cirurgião da Urgência, Hospital de Urgência de Sergipe, Aracaju, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 18 de abril de 2013

Aceite a 17 de setembro de 2013

On-line a 23 de novembro de 2013

Palavras-chave:

Ameloblastoma

Medicina oral

Cirurgia oral

R E S U M O

Ameloblastomas são lesões benignas originárias do epitélio odontogênico que acometem mais comumente a mandíbula. O tratamento varia desde curetagem da lesão até ressecção radical. Este trabalho apresenta um relato de caso de um ameloblastoma localizado em maxila, com 3 anos de evolução. Após biópsia incisional para confirmação diagnóstica, optou-se por uma ressecção em bloco de toda a região envolvida. Devido ao alto grau de recidiva, sugere-se rigoroso acompanhamento clínico e radiográfico por pelo menos 5 anos.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Ameloblastoma follicular standard in jaw - Case report

A B S T R A C T

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor with origin in odontogenic epithelium and commonly affecting the mandible. Its treatment ranges from curettage to radical resection. This paper presents a case report of an ameloblastoma located in the maxilla, with three years of evolution. After diagnostic confirmation by incisional biopsy, it was decided to proceed with a total resection of the entire region involved. Due to the high risk of recurrence, a strict clinical and radiographic control is suggested for at least five years.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Ameloblastoma

Oral medicine

Oral surgery

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: mefis@zaz.com.br (S.B.d.F. Martorelli).

Introdução

Ameloblastomas são lesões que têm recebido atenção considerável pelo seu contraditório, paradoxo e incongruente aspecto de lesão benigna originária do epitélio odontogênico, exibindo, porém, um comportamento clínico agressivo com alta tendência de recidiva. Aproximadamente 85% das lesões ocorrem na mandíbula, com predileção pela região do corpo e ramo. Não há predileção por gênero¹. Vários fatores etiológicos foram propostos, entre eles: irritação local não específica como extração dentária, cárie, trauma, infecção, inflamação ou erupção dentária; distúrbios nutricionais; patogênese de origem viral².

Apresentam-se clinicamente como uma massa de crescimento lento, dolorosa ou não, consistente à palpação, e que geralmente levam a um abaulamento da cortical óssea^{3,4}, com sintomatologia escassa, razão pela qual o diagnóstico raramente é precoce⁵.

O aspecto radiográfico pode variar entre lesões radiotransparentes uniloculares bem definidas, com ou sem esclerose marginal, que, frequentemente, estão associadas a um dente incluso; outros apresentam-se com aspecto multilocular, com septos internos e padrão em «favos de mel» ou «bolhas de sabão». As loculações podem ser ovais ou arredondadas e variam de dimensões. São tumores caracteristicamente expansivos, podendo apresentar margens denteadas, perfurar a cortical óssea e invadir tecidos moles adjacentes. Perda da lâmina dura, reabsorção e erosão das raízes dentárias, e deslocamento de dentes também são relatados⁶.

Histologicamente são classificados em folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulares, basaloide e desmoplástico⁷. O ameloblastoma folicular é o mais comum, seguido do plexiforme⁴. O achado histopatológico de células granulares é um indicativo da agressividade do tumor².

O comportamento do ameloblastoma tende a ser bastante agressivo nas recidivas, com maior potencial de invasão e destruição óssea do que a lesão original⁸. Quando a lesão apresenta aspecto cístico, unilocular e bem definido, o diagnóstico diferencial faz-se principalmente com ceratocistos odontogênicos, cistos dentígeros e cistos ósseos traumáticos; já o aspecto expansivo multilocular deve ser diferenciado do tumor marrom do hiperparatireoidismo, granuloma de células gigantes e hemangiomas ósseos atípicos⁹. A forma localmente agressiva e as formas recidivantes podem ter aspectos semelhantes aos das neoplasias malignas, devendo-se considerar o carcinoma mucoepidermoide como diagnóstico diferencial¹⁰.

A escolha de um modo de tratamento adequado em virtude do potencial agressivo e recidivante dos ameloblastomas é muito complexa¹¹⁻¹⁴. Pode-se recorrer a um tratamento conservador, curetagem, crioterapia ou uso de terapias mais radicais, como ressecção em bloco^{15,16}. Quimioterapia e radioterapia geralmente são contraindicados².

O ameloblastoma tende a se infiltrar entre as trabéculas ósseas do osso esponjoso na periferia da lesão, antes de uma reabsorção óssea tornar-se evidente radiograficamente. Portanto, a verdadeira margem do tumor, muitas vezes, estende-se além da aparente margem clínica ou radiográfica. A tentativa de remover o tumor por curetagem pode deixar pequenas ilhas do tumor no osso, que mais tarde

se manifestam como recorrências¹⁷. A ressecção marginal é a forma mais comum de tratamento, porém, recorrências de 15% têm sido relatadas. Esta técnica minimiza o defeito da mandíbula, entretanto só pode ser aplicada em casos selecionados¹⁸.

O controle pós-operatório dos ameloblastomas é fundamental pois a maior parte das recidivas ocorre após 4 anos (53,3%), índice que coincide com a literatura pesquisada^{11,12}. Um fator muito recomendado pela literatura é uma preservação dos tratamentos de ameloblastoma em períodos de longo prazo^{13,14}.

Caso clínico

Paciente leucoderma, 57 anos, gênero feminino, casada, natural de Recife – PE, comerciante, compareceu na nossa clínica privada com queixas de aumento de volume na boca.

Na história da doença atual referiu que há cerca de 3 anos procurou um dentista clínico com queixas de aumento de volume na boca. Não se queixava de dor. O profissional realizou tratamento endodôntico em 2 dentes, mas não ocorreu a regressão. Posteriormente, procurou um outro profissional que, ao solicitar radiografia panorâmica, nos encaminhou para tratamento.

Ao exame físico, apresentava a face simétrica, cadeias ganglionares cervico-faciais sem ingurgitamentos, mucosa normocorada. Presença de lesão ao nível gengivo-vestibular do 23-26, de consistência dura à palpação, de coloração semelhante à mucosa circunvizinha com pequenos pontos de ulceração. Ausência de sinais flogísticos na área. Elementos dentários sem sintomatologia à percussão e com ausência de mobilidades patológicas (fig. 1).

Exame radiográfico panorâmico dos maxilares exibiu áreas radiolúcidas multiloculares, de pequenas dimensões, situada na região do 23-26 (fig. 2). Solicitou-se, então, tomografia de feixe cônico, que revelou extensa área radiolúcida, multilocular (fig. 3). Com fins de diagnóstico, realizou-se biópsia incisional sob anestesia local na região vestibular com profundidade aproximada de 0,7 mm. Enviado o material para exame histopatológico, o resultado apontou um ameloblastoma do padrão folicular.



Figura 1 – Exame clínico inicial.



Figura 2 – Exame radiográfico panorâmico dos maxilares exibiu áreas radiolúcidas multiloculares.

Diante dos resultados dos exames clínicos e radiográficos, com o relatório do histopatológico, foi proposta uma cirurgia de ressecção em bloco de toda a área comprometida e fechamento primário com margem de segurança. Requisitou-se os exames laboratoriais e parecer cardiológico rotineiros, que encontravam-se dentro do padrão de normalidade.

Sob anestesia geral, entubação naso-traqueal direita, após infiltração subperiosteal periférica de solução de cloridrato de bupivacaína 0,5% com adrenalina (NEOCAÍNA®, São Paulo, Brasil), foi empreendida uma incisão por bisturi lâmina 15 (Lamedid Solidor, São Paulo, Brasil) englobando a área tumoral, estendendo-se até região do 27 com divertículo posterior relaxante. O descolamento muco-periosteal foi realizado, a seguir, expondo a cortical vestibular (fig. 4).

Uma incisão intrassulcular foi realizada do lado palatino, com exposição da cortical, onde pôde-se observar já perfuração da mesma pela lesão (fig. 5). Através de brocas cirúrgicas de N. 702 (FG - dentsply/maillifer, São Paulo, Brasil), foi realizada a osteotomia, com a posterior remoção em



Figura 4 – Incisão e descolamento da cortical vestibular.

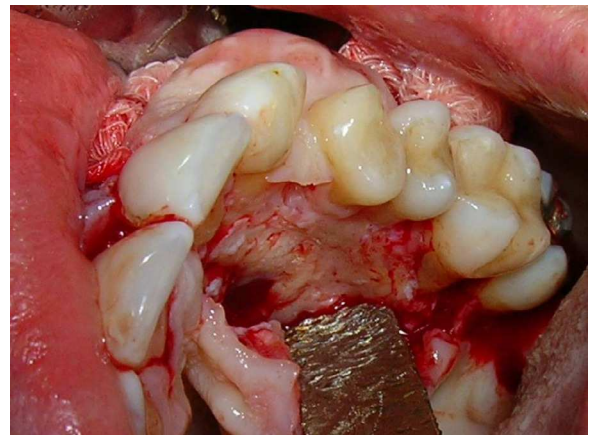


Figura 5 – Incisão e descolamento da cortical palatina com perfuração da mesma pela lesão.

bloco de todo o tumor (fig. 6). O 27 foi também removido, a seguir, uma vez que encontrava-se envolvido com a lesão na superfície mesial da sua raiz (fig. 7).

Após a regularização da osteotomia com brocas para acabamento ósseo, realizou-se a toilette da ferida, irrigação/aspiração do antro maxilar, seguido de sutura oclusiva e estanque da mucosa com fios de poligalactina 910

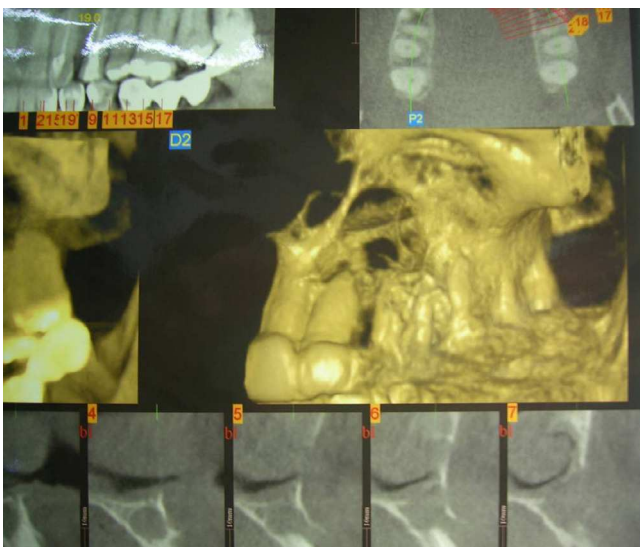


Figura 3 – Tomografia de feixe cônico, que revelou extensa área radiolúcida, multilocular.

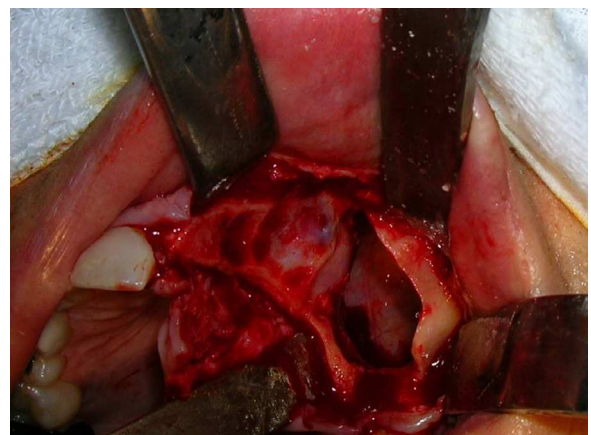


Figura 6 – Osteotomia da cortical tumoral.



Figura 7 – Remoção em bloco da lesão e do elemento 27.



Figura 10 – Confeção de prótese provisória removível.

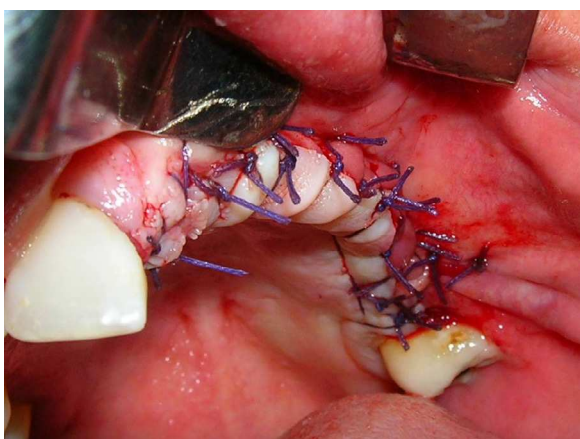
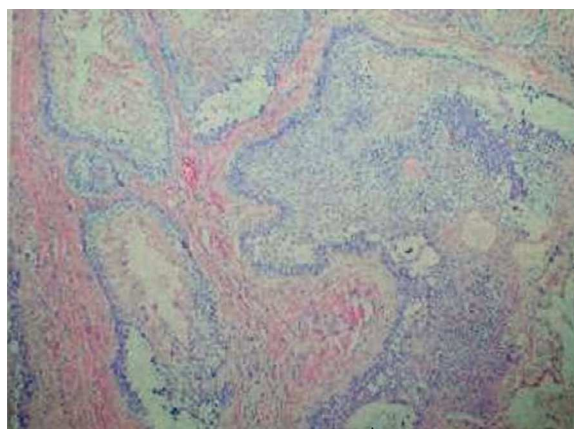


Figura 8 – Sutura oclusiva e estanque da mucosa com fios de poligalactina 910 (Vicryl™ 3-0).



H.E. 100X. Detalhe da figura anterior

Figura 11 – Laudo do exame histopatológico da peça operatória.

(Vicryl™ 3-0 Ethicon. Johnson & Johnson, São Paulo, Brasil) (fig. 8).

Prescreveu-se medicação antibiótica (cefadroxila – 500 mg – um comprimido de 12/12 horas por 7 dias)/anti-inflamatória (nimesulida – 100 mg – um comprimido de 12/12 horas por 6 dias)/analgésica (paracetamol – 750 mg – um comprimido de



Figura 9 – Remoção da sutura no 10º. dia pós-operatório.

6/6 horas em caso de dor) para o pós-operatório, que transcorreu sem qualquer intercorrência significativa.

A sutura foi removida no 10º. dia do pós-operatório (fig. 9), tendo sido após o 15º. dia solicitado ao seu dentista clínico a confecção de uma prótese provisória removível para reabilitá-la cosmeticamente e funcionalmente (fig. 10).

O laudo do exame histopatológico da peça operatória foi idêntico ao da biópsia inicial, quando firmamos em definitivo nosso diagnóstico provisório (fig. 11).

A paciente encontra-se no seu 2º. ano de controle pós-operatório, não apresentando até à presente data qualquer indício clínico ou radiográfico de recidiva tumoral (fig. 12).

A mesma será submetida a controle periódico por um período de 5 anos, tendo sido cientificada da necessidade de rigoroso controle pós-operatório clínico e radiográfico por toda sua vida, pelo caráter recidivante da lesão.

Discussão

Ameloblastomas são tumores relativamente comuns, responsáveis por cerca de 10% de todos os tumores odontogênicos.

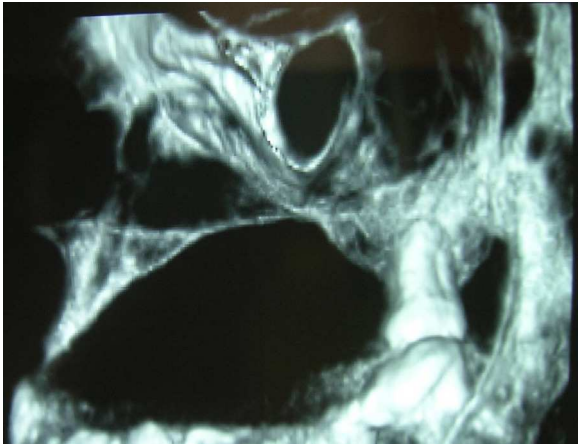


Figura 12 – 2º. ano de controle pós-operatório.

A faixa etária mais acometida situa-se entre 30-40 anos. O diagnóstico tende a ser tardio devido à ausência de sintomatologia. No presente caso, uma lesão com aspecto multilocular localizada na maxila foi diagnosticada numa paciente de 57 anos após 3 anos de evolução. Apesar do aumento de volume na região, não havia relato de sintomatologia dolorosa.

Dados clínicos e radiográficos são essenciais para o diagnóstico, além da realização de biópsia incisional. Pode-se solicitar mais de um tipo de tomada radiográfica para delimitação da lesão. O tratamento pode ser feito através de curetagem, enucleação e curetagem ou cirurgia radical. Ameloblastomas localizados em maxila devem ser tratados radicalmente. Entretanto, lesões uniloculares podem ser tratadas de forma conservadora quando as suas áreas são controladas no transoperatório. A recorrência após ressecção varia de 0-25% dos casos. O acompanhamento pós-operatório é de suma importância para o ameloblastoma pois mais de 50% ocorrem até 5 anos da realização da cirurgia.

No caso relatado, a escolha por cirurgia radical deveu-se à localização (maxila) e à extensão da lesão. A realização de biópsia incisional prévia também foi fator decisivo para o tipo de abordagem. A paciente encontra-se no segundo ano de pós-operatório, sem características clínicas e radiográficas de recidiva.

Conclusão

O caso apresentado relatou um ameloblastoma em maxila tratado de forma radical. Apesar de benigna, devido às suas características de agressividade, reitera-se a importância do diagnóstico precoce dessas lesões por parte do médico dentista para o rápido e correto tratamento.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência deve estar na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. Punnya AV, Rekha K. Ameloblastoma with mucous cells: Review of literature and presentation of 2 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;106:e20-6.
2. Oliveira LR, Matos BHF, Domingue PR, Zorretto VA, Ribeiro-silva A. Ameloblastoma: Report of two cases and a brief literature review. *Int J Odontostomat.* 2011;5:293-9.
3. Cardena DM, Álvarez RCG, Guerra IA. Ameloblastoma bucal en una mujer joven, caso clínico. *Medisan.* 2012;16:806.
4. França LJJ, Curioni OA, Paiva DL, Vianna DM, Deditis RA, Rapoport A. Ameloblastoma demographic, clinical and treatment study - analysis of 40 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012;78:38-41.
5. Ramesh RS, Manjunath S, Ustad TH, Pais S, Shivakumar K. Unicystic ameloblastoma of the mandible – an unusual case report and review of literature. *Head Neck Oncology.* 2010;2:1.
6. Fulco JM, Nonaka CFW, Souza LB, Miguel MCC, Pinto LP. Ameloblastomas sólidos: Estudo retrospectivo clínico e histopatológico em 54 casos. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010;76:172-7.
7. Costa DOP, Ecard MB, Oliveira SP, Silva LE, Dias EP, Lourenço SQ. Estudo retrospectivo dos casos diagnosticados como ameloblastoma no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitario Antonio Pedro entre 1997 e 2007. *J Bras Patol Med Lab.* 2008;44:441-7.
8. Zamorano RS, Rocha IA, Núñez CB, Espínola DMJ, Haito YCH, González MP. Ameloblastoma mandibular muy agresivo. *Rev Chilena de Cirugía.* 2008;60:339-43.
9. Laskin DM, Giglio JA, Ferrer-Nuñ LF. Multilocular lesion in the body of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60:1045-8.
10. Medeiros M, Porto GG, Laureano Filho JR, Portela L, Vasconcellos RH. Ameloblastoma em mandíbula. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008;74:478.
11. di Cosola M, Turco M, Bizzoca G, Tavoulari K, Capodiferro S, Escudero-Castaño N, et al. El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia. *Av Odontostomatol.* 2007;23:359-65.
12. Sailera HF, Tarawnehb F, Fourkasb P, Antoniadesc DZ, Athanasioud AE. Surgical, orthodontic and prosthodontic rehabilitation of a patient with follicular ameloblastoma: A case report. *Eur J Dent.* 2010;4:192-6.
13. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohoshi M. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93:13-20.
14. Montoro JRM, Tavares MG, Melo DH, Franco RL, Mello-Filho FV, Xavier SP, et al. Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008;74:155-7.

15. Li Y, Han B, Li LJ. Prognostic and proliferative evaluation of ameloblastoma based on radiographic boundary. *Int J Oral Sci.* 2012;4:30-3.
16. D'Agostino A, Fior A, Pacino GA, Bedogni A, de Santis D, Nocini PF. Retrospective evaluation on the surgical treatment of jawbones ameloblastic lesions. *Minerva Stomatol.* 2001;50:1-7.
17. Lares H, Mattar D, Mata JF, Carrero N, Bolívar E, Pinto Y, et al. Tumores odontogénicos: reporte de tres casos y revisión de la literatura. *Rev Venez Oncol.* 2009;21:151-6.
18. Avelar RL, Antunes AA, Santos TS, Andrade ESS, Dourado E. Tumores odontogênicos: estudo clínico-patológico de 238 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008;74: 668-73.