



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



**BÁRBARA CAROLINA DE ASSIS MIGUEL**

**AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO  
MULTILOCULADO EM JOVEM: RELATO DE  
CASO**

UBERLÂNDIA

2019

**BÁRBARA CAROLINA DE ASSIS MIGUEL**

**AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO  
MULTILOCULADO EM JOVEM: RELATO DE  
CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
a Faculdade de Odontologia da UFU, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Graduado em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. João Cesar Guimarães  
Henriques

UBERLÂNDIA

2019

***“Ter fé é assinar uma folha em branco e deixar que Deus nela escreva o que quiser.***

***(Santo Agostinho)***

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por minha vida e por me honrar com esta graduação, pois sem Ele nada seria possível. Tudo foi pela honra e glória do Senhor e pela poderosa intercessão de Nossa Senhora.

Gratidão aos meus pais que tanto fizeram por mim, obrigada minha mãe Maria Isabel de Assis Miguel, por todo amor, compreensão e apoio, obrigada por ser o meu refúgio nos momentos de dificuldade e desespero. Obrigada meu pai Wladimir Cunha Miguel por ter me criado e me sustentado até aqui, e me apoiado em todas as minhas decisões. Ao meu irmão Petterson de Assis Miguel, obrigada por ter me tornado tia de uma linda princesa. E a minha tia Geovana Borter, obrigada pelos conselhos e todo apoio que me foi necessário.

Tenho amigas de longa data e que são essenciais em minha vida, Ana Luisa, Olívia, Mirelly, Larissa, Ana Carrolliny e Trueicielle, são os tesouros que Deus me deu, pois nem o tempo e a distância consegue apagar a parceria e amor que existe entre a gente. Ao meu querido Luiz Gustavo gratidão eterna a você, você é um amigo cheio de espiritualidade e com palavras sábias que vem tornando a minha caminhada mais leve. A odontologia também me proporcionou amizades sinceras que fizeram os meus dias durante a graduação mais fácieis, fomos fortaleza umas para as outras nos momentos de alegria e tristeza, gratidão Millena, Lorena e Jéssica minha dupla querida de clínica.

Ao meu querido orientador Prof. Dr. João Cesar Guimarães Henriques, me sinto honrada por ter sido orientada por você, uma pessoa com tamanha simpatia e conhecimento. Obrigada por me orientar e ajudar a subir mais um degrau para alcançar o meu sonho, que seu profissionalismo e conhecimento possa atingir mais e mais pessoas.

A todos os meus professores, enfermeiros, secretárias e técnicos da FOUFU, deixo o meu muito obrigada, pois por onde passam deixam pegadas, que mais tarde se tornarão seu legado. Obrigada literalmente por me ajudarem a me formar.

Peço a Deus, bênçãos e proteção a todos que torceram por mim e me apoiaram de alguma forma. As nossas escolhas de hoje, determinarão o que seremos no amanhã.

## SUMÁRIO

Resumo	6
Abstract	7
Introdução	8
Relato de Caso	11
Discussão	20
Conclusão	23
Referências	24

## RESUMO

Os ameloblastomas são tumores de origem epitelial odontogênica que podem surgir 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. Quatro variantes de ameloblastoma são hoje consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), sendo elas: ameloblastoma convencional, ameloblastoma unicístico, ameloblastoma periférico e ameloblastoma metastatizante. A variante unicística apresenta uma prevalência de aproximadamente 15% dentre todos os ameloblastomas e a marsupialização como uma opção terapêutica. Este trabalho relata o caso de um paciente do sexo masculino, leucoderma, 12 anos de idade, natural de Ituiutaba-MG, que compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial (CTBMF) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), com queixa de aumento volumétrico de crescimento lento, no lado direito da face. Ao exame físico extraoral observou-se tumefação indolor rígida, do lado direito da face, causando evidente assimetria facial. O exame intraoral revelava a ausência do dente 47 e um mascaramento do fundo de saco de vestibulo na região dos molares inferiores do lado direito associado a discreto trismo. Exames imagiológicos mostraram uma imagem radiolúcida multiloculada, de aproximadamente 4 centímetros de diâmetro, abrangendo os dentes 46, 47 deslocado inferiormente e 48 deslocado para a parte superior do ramo ascendente, com a lesão progredindo em direção ao processo coronóide e provocando considerável abaulamento cortical basilar. Numa mesma intervenção, o paciente foi submetido à punção aspiratória positiva para líquido amarelado, seguida de marsupialização e biópsia incisiva que determinou uma microscopia compatível com ameloblastoma unicístico com variante luminal. Após seis meses de acompanhamento e boa neoformação óssea, procedeu-se a enucleação completa da lesão com curetagem e ostectomia periférica. O material coletado foi enviado para o exame anatomohistopatológico sendo compatível com ameloblastoma unicístico, só que dessa vez com variantes mural e luminal presentes. Decorridos 19 meses de preservação clínico-imagiológica, o paciente encontra-se bem, em acompanhamento periódico e livre de recidivas.

Palavras-chave: Ameloblastoma; Tumores Odontogênicos; Neoplasias Maxilomandibulares.

## ABSTRACT

Ameloblastomas are epithelial odontogenic tumors which may arise from the dental lamina cells remains from the growing dental enamel, epithelium of dental cysts, or from the basal epithelium of the oral mucosa. The World Health Organization (WHO, 2017) currently defines four types of ameloblastomas, thus being: conventional ameloblastoma, unicystic ameloblastoma, peripheral ameloblastoma and metastatic ameloblastoma. The unicystic type is 15% more frequent than all the other types of the disease, and it has marsupialization as a therapeutic alternative. This work dwelves on a case study of a twelve years-old male patient, leukoderma, born in Ituiutaba (MG), who was brought to the Maxillo-facial Surgery & Traumatology Emergency Room in Federal University of Uberlândia's Dentistry Department. The patient was brought in with complaints of a slow growth protuberance on the right side of his face. Through the extraoral physical examination, a painless, rigid swelling was found on the right side of the patient's face, thus consisting of noticeable facial asymmetry. Through the intraoral physical examination, tooth 47 was found missing, as well as a laceration in the vestibular fold around the bottom right molars, which is related to a subtle trismus. Medical imaging exams provided a multiocular radiolucent image of approximately four centimetres wide, going through teeth 46, 47 and 48, presenting severe injury to tooth 48, reaching the coronoid process and causing considerable cortical bulging. Alongside the examinations and imaging, the patient underwent yellow secretion positive curettage, followed by marsupialization and an incisive biopsy, which microscopically determined the patient had unicystic ameloblastoma with luminous variant. After six months of treatment and good bone formation, complete lesion enucleation through curettage and a peripheral ostectomy were performed. The collected biological matter was sent in for an anatomohistopatological exam, in which the patient was once again diagnosed with unicystic ameloblastoma, now with mural and luminous variations. After nineteen months of clinical and medical imaging testing and treatment, the patient is now alright, being occasionally checked on, and free of ameloblastomas resurfacing.

Keywords: Ameloblastoma; Odontogenic tumors; Jaw neoplasms.

## INTRODUÇÃO

Os ameloblastomas são tumores de origem epitelial odontogênica que podem surgir 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). Tais lesões são consideradas neoplasmas odontogênicos verdadeiros, persistentes e localmente invasivos, com características de crescimentos agressivos. Considera-se que estas lesões representam 1% de todos os cistos e tumores dos maxilares e 18% de todos os neoplasmas odontogênicos (FIGUEIREDO et al., 2015).

Dentre os tumores odontogênicos epiteliais, o ameloblastoma sofreu alterações em sua terminologia, baseando-se especialmente em estudos genéticos recentes. Apesar de sua agressividade e da tendência à recorrência, ele permanece como uma entidade benigna, apesar de sua variante extremamente rara, conhecida como ameloblastoma maligno ou metastatizante. A classificação dos ameloblastomas passou por modificações por meio de encontros de diversos especialistas de todo o mundo representando a Organização Mundial de Saúde (OMS), especialmente considerando os últimos anos. Neste contexto, destacamos a reunião de 2005 que subdividiu este tumor benigno em: “ameloblastoma sólido” ou “multicístico”, “ameloblastoma unicístico”, “ameloblastoma periférico” ou “extraósseo” e “ameloblastoma desmoplásico”. Mais recentemente em 2017, a classificação foi modificada para “ameloblastoma” ou “ameloblastoma convencional”, “ameloblastoma unicístico”, “ameloblastoma periférico ou extraósseo” e o então denominado “ameloblastoma metastatizante”. Os termos “sólido/multicístico” foram preteridos por não demonstrarem uma significância biológica. Da mesma maneira, o ameloblastoma desmoplásico foi reclassificado apenas como um subtipo histológico, e não como uma entidade clínica independente, uma vez que se comporta como um ameloblastoma convencional (TOLENTINO et al. 2018). A então nova variante denominada “ameloblastoma metastatizante” foi incluída para referenciar lesões cuja microscopia seja compatível com o ameloblastoma convencional, mas que no seu curso evolutivo desencadeia metástases à distância, com destaque para o pulmão.

Importante destacar que o entendimento final da OMS, apesar de ser o mais globalmente aceito e seguido, não tem unanimidade mundial de todos os



pesquisadores do planeta, muito embora sirva de norteamento principal para a comunidade científica de maneira geral.

Especificamente com relação aos ameloblastomas unicísticos, são lesões mais frequentemente observadas em pacientes mais jovens, com cerca de 50% de todos esses tumores diagnosticados durante a segunda década de vida. A média de idade em uma grande série é de 23 anos. Mais de 90% dos ameloblastomas unicísticos são encontrados na mandíbula, usualmente nas regiões posteriores. A lesão é frequentemente assintomática, apesar de grandes lesões poderem causar um aumento de volume indolor nos ossos gnáticos (NEVILLE et al., 2009). Em estágios avançados de evolução pode causar migração, desvio e mobilidade dos dentes, além de reabsorção radicular e parestesia. Pode expandir as corticais, embora usualmente os corra invadindo os tecidos moles (NASTRI et al., 1995).

Radiograficamente, aparece como uma radiotransparência unilocular bem definida, geralmente associada a um dente não irrompido e é indistinguível de um cisto dentífero. O diagnóstico é estabelecido somente após o exame histopatológico (SOAMES et al. 2008). Muito eventualmente podem se apresentar como uma radiolucência multilocular que torna mais apropriado o uso do termo “ameloblastoma cístico”. No entanto, alguns autores acreditam que a noção de que os ameloblastomas císticos possam ter um padrão “verdadeiro” clinicamente multicístico. É discutível e sustentam o uso do termo “ameloblastoma unicístico” (NAGALAXMI, V et al., 2013).

Três variantes histopatológicas do ameloblastoma unicístico são descritas na literatura. No primeiro tipo ameloblastoma unicístico luminal, o tumor está confinado à superfície luminal do cisto. A lesão consiste em uma parede cística fibrosa com um revestimento composto total ou parcialmente por epitélio ameloblástico. Tal epitélio exibe uma camada basal de células colunares ou cúbicas com núcleo hiper cromático, que apresenta polaridade reversa e vacuolização citoplasmática basilar. As células epiteliais sobrejacentes estão frouxamente coesas e lembram o retículo estrelado. Esse achado não parece estar relacionado ao edema inflamatório. Na segunda variante microscópica, um ou mais nódulos de ameloblastomas se projetam do revestimento cístico em direção ao lúmen do cisto. Esse tipo é denominado ameloblastoma unicístico intraluminal. Esses nódulos podem ser relativamente pequenos ou preencher, em grande parte, o lúmen cístico. Em alguns casos, o nódulo tumoral que se projeta no lúmen demonstra um padrão edemaciado,

plexiforme, que lembra o padrão plexiforme visto nos ameloblastomas convencionais. Essas lesões são, às vezes, referidas como ameloblastomas unicísticos plexiformes. A proliferação celular intraluminal nem sempre preenche os rigorosos critérios histopatológicos para diagnóstico de ameloblastoma e isto pode ser secundário à inflamação que quase sempre acompanha esse padrão. O ameloblastoma típico, contudo, pode ser encontrado em outra região menos inflamada do espécime. Na terceira variante, conhecida como ameloblastoma unicístico mural, a parede fibrosa do cisto está infiltrada por ameloblastoma típico folicular ou plexiforme. A extensão e a profundidade da infiltração por ameloblastoma podem variar consideravelmente. Em qualquer suposto ameloblastoma unicístico, múltiplos cortes em diferentes níveis do espécime são necessários para descartar a possibilidade de invasão mural pelas células tumorais (NEVILLE et al., 2009).

Uma abordagem racional para o tratamento do ameloblastoma deve ser decidida após uma análise criteriosa de diferentes padrões histológicos, características clínicas e comportamento biológico da lesão (GIRADDI et al., 2017). Tratamentos conservadores como marsupialização, enucleação e curetagem, preservando a integridade óssea e permitindo o crescimento contínuo da mandíbula, parecem estar associados a uma alta taxa de recorrência. Foi relatado taxas de recorrência de 90% para ameloblastomas que não foram tratados de maneira mais radical, caracterizadas pelas ressecções cirúrgicas com margem de segurança variando de 1 a 1,5 centímetros. A avaliação do tratamento do ameloblastoma é uma questão complexa, pois, idealmente, ele não deve ser tão destrutivo devido à natureza benigna dessa lesão, mas deve ser extenso o suficiente para evitar recidivas. Estudos relataram uma maior taxa de recorrência após o tratamento conservador em comparação com o tratamento radical (ISOLAN et al., 2018). Por outro lado, o tratamento radical pode ocasionar sequelas estéticas e funcionais, exigindo assim, uma reconstrução cirúrgica do maxilar. A escolha entre estas duas modalidades de tratamento é uma questão essencial na abordagem desses tumores (LABORDE et al., 2017).

Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de ameloblastoma unicístico em paciente jovem, tratado com sucesso de uma forma conservadora.

## RELATO DE CASO

Paciente P.H.Q.D., sexo masculino, leucoderma, 12 anos de idade, natural de Ituiutaba-MG, compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), acompanhado da avó materna, com queixa de aumento volumétrico de crescimento lento no lado direito da face. A anamnese não revelou nada contributivo para a história da doença atual. Ao exame físico extraoral observou-se tumefação indolor rígida, do lado direito da face, causando evidente assimetria facial (Figura 1A). O exame intraoral revelava a ausência do dente 47 na cavidade oral, diferente do dente contralateral 37 visível, e um mascaramento do fundo de saco de vestibulo na região dos molares inferiores do lado direito, além de discreto trismo (Figura 1B). Uma radiografia panorâmica foi solicitada e pode ser identificada uma grande imagem radiolúcida abrangendo os dentes 46 e 47 deslocado inferiormente e 48 deslocado para a parte superior do ramo ascendente. A lesão mostrava aspecto multilocular, chegando muito próxima do processo coronóide e provocando considerável abaulamento da cortical basilar na região do ângulo da mandíbula (Figura 2).



Figura 1. Foto extraoral (A) e intraoral (B) do paciente mostrando ausência dos dentes 47 e 48 e aumento volumétrico mandibular do lado direito.

Para um melhor detalhamento imagiológico da lesão, uma tomografia computadorizada helicoidal foi realizada evidenciando nas reconstruções

multiplanares a extensa lesão hipodensa de aproximadamente 4 centímetros de diâmetro, determinando afinamento e expansão basilar, com deslocamento dos dentes 47 e 48 (Figura 3).



Figura 2. Radiografia panorâmica evidenciando área radiolúcida, multilocular, com expansão da basilar da mandíbula do lado direito.

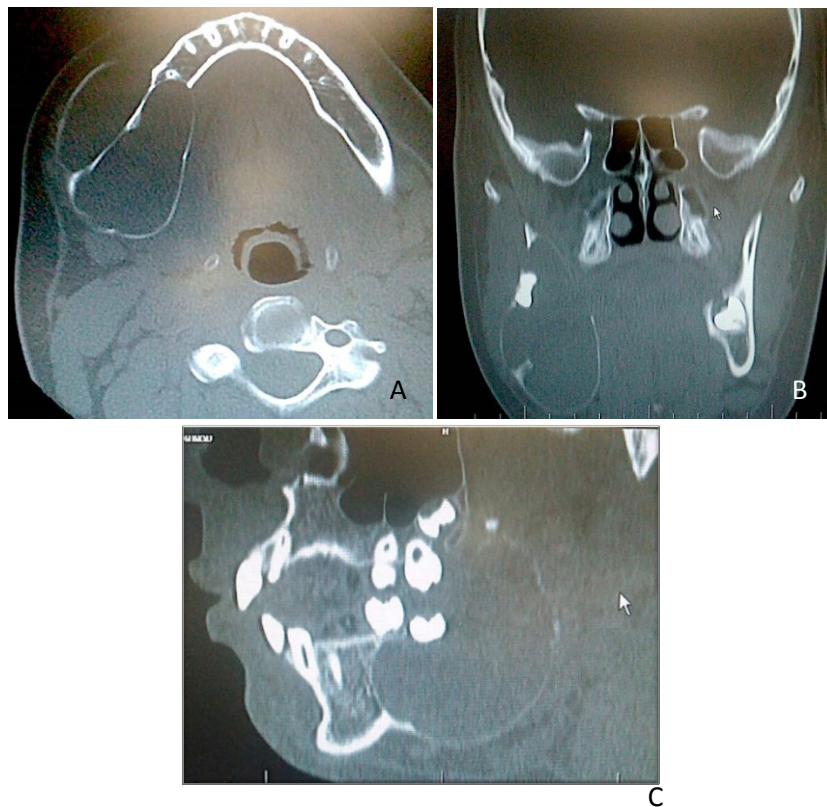


Figura 3. Tomografia computadorizada helicoidal demonstrando extensão da lesão e estruturas adjacentes. Reconstrução axial (A), frontal (B) e lateral (C).

Diante dos achados clínicos e os exames de imagem, o paciente foi submetido à uma punção aspiratória intralesional que revelou um conteúdo positivo para líquido amarelado, do tipo amarelo-citrino (Figura 4A). No mesmo momento cirúrgico, uma biópsia incisional foi realizada do tecido interno da lesão (Figura 4C) e o procedimento de marsupialização foi então feito, utilizando um tubete anestésico estéril como dispositivo de descompressão para irrigações diárias com clorexidina 0,2% ou soro fisiológico (Figura 4B). Diante dos achados clínicos, imaginológicos e operatórios, as hipóteses de diagnóstico principalmente consideradas foram de ameloblastoma unicístico e queratocisto odontogênico. O paciente foi orientado a retornar em uma semana para acompanhamento e depois seguir uma preservação clínica mensal e clínico/imaginológica trimestral. O material coletado na biópsia foi acondicionado em formol 10% e encaminhado ao laboratório de patologia oral e maxilofacial da FOUFU. Os cortes resultantes da biópsia incisional, foram corados em hematoxilina eosina (HE) e microscopicamente é possível visualizar um epitélio ameloblástico que exibe uma camada basal hipercromática e polarizada, as células epiteliais sobrejacentes estão frouxamente conectadas e lembram o retículo estrelado (Figura 5A e 5B). O laudo foi então sugestivo de ameloblastoma unicístico.





Figura 4. Líquido removido, durante punção aspirativa (A), região de descompressão da lesão, com o dispositivo instalado (B) e fragmentos coletados durante biópsia incisiva (C) na a mesma sessão cirúrgica.

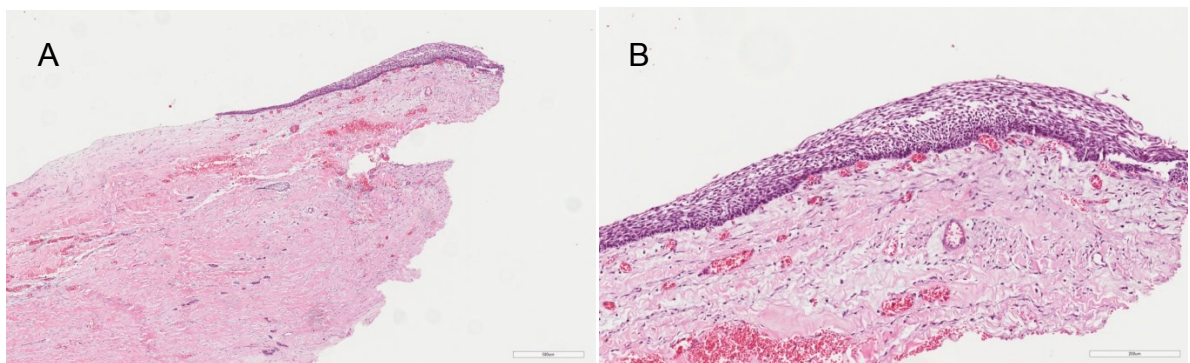


Figura 5. Aspecto histopatológico da lesão, em ampliação de 4,6 (A) e 14,6 (B) vezes, evidenciando um epitélio ameloblástico.

Em conversa com o patologista do caso, foi relatado não haver invasão epitelial ameloblástica para o interior da cápsula conjuntiva, sendo assim, o fragmento removido sugeriria a variante luminal ou intraluminal do ameloblastoma unicístico. Também foi destacado pelo patologista que esta classificação considerou apenas o pequeno fragmento advindo da biópsia incisiva, de modo que eventualmente poderíamos ter áreas de invasão em outras áreas que não foram submetidas à biópsia. O patologista também ressaltou o fato de que ameloblastomas convencionais podem ter cavidades císticas em seu interior, não sendo portanto completamente descartada essa modalidade lesional.

O paciente compareceu em todos os acompanhamentos, havendo regressão da lesão já com um mês de descompressão, absoluta assintomatologia e abertura normal da boca. Com três meses de proervação via-se uma excelente neoformação óssea centrípeta. No quarto mês de acompanhamento, pós marsupialização, houve o fechamento da cavidade aberta para a irrigação sendo necessária a remarsupialização lesional. O dente 47 mostrava-se visível na cavidade oral (Figura 6A) e o paciente com redução da assimetria facial (Figura 6B). Decorridos 6 meses de acompanhamento, o paciente continuava mostrando-se clinicamente bem e nova radiografia panorâmica revelou melhora com mais neoformação óssea periférica predispondo o paciente a ser encaminhado para o centro cirúrgico para que pudesse ser conduzida a exérese lesional definitiva em ambiente hospitalar (Figura 7).



Figura 6. Fotos do período de proervação após a descompressão. Imagem intraoral, evidenciando a coroa do elemento 47 (A), e imagem extraoral mostrando a redução do volume e da assimetria facial (B).



Figura 7. Radiografia panorâmica de preservação de 6 meses, com evidente neoformação óssea na região da lesão.

Em centro cirúrgico do Hospital das Clínicas da UFU conduziu-se anestesia geral nasotraqueal, infiltração intraoral com bupivacaína 0,5% com 1:100.000 de adrenalina, colocação do tampão de orofaringe e então procedeu-se a enucleação lesional completa com curetagem e ostectomia periférica com brocas, sempre sob irrigação abundante de soro fisiológico 0,9% (Figura 8). Os dentes 46, 47 e 48 envolvidos foram extraídos e todos os tecidos removidos encaminhados novamente para o laboratório de patologia oral e maxilofacial da FOUFU. Também utilizou-se o hemostático absorvível Surgicel na loja tumoral removida e feita a sutura final. Um exame radiográfico panorâmico feito um dia após a cirurgia final mostrou a completa exérese lesional (Figura 9).

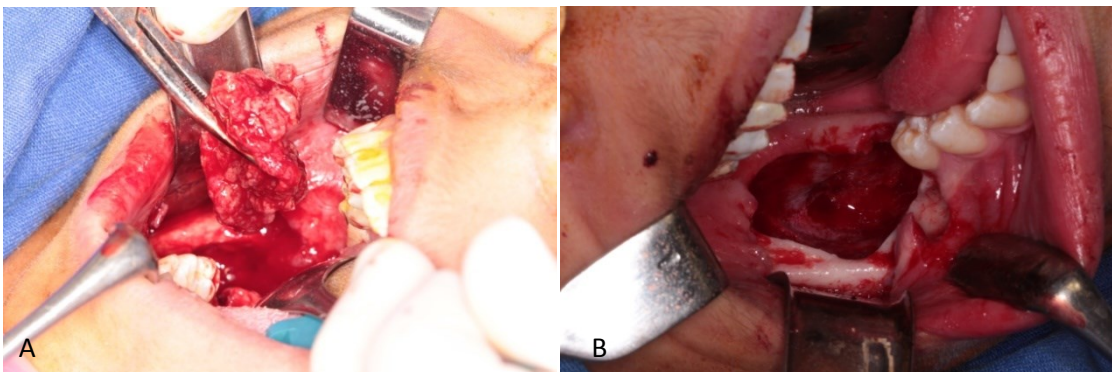


Figura 8. Aspecto transcirúrgico, remoção da cápsula (A) e após a ostectomia periférica (B).





Figura 9. Radiografia panorâmica um dia após a curetagem da lesão.

Os cortes histológicos oriundos da cirurgia final foram corados em HE evidenciando fragmentos teciduais de lesão mandibular, constituídos por parênquima epitelial odontogênico, cujas células diferenciavam-se em células colunares altas, algumas das quais semelhantes a pré-ameloblastos, outras sem esta diferenciação aparente, revestindo segmentos foliculares ou trabeculares contendo células fusiformes e estrelárias, formando por vezes pequenos feixes, cujos núcleos ovoides possuíam cromatina fina, sem nucléolos aparentes. Em alguns fragmentos, percebia-se que o epitélio ameloblástico revestia segmento de tecido simulando cápsula de estrutura cística. Nestes segmentos, percebia-se a presença de estruturas foliculares e trabeculares do parênquima neoplásico. Completava o quadro a presença de focos de infiltrado inflamatório mononuclear, fragmentos de tecido ósseo lamelar em remodelação e material fibrino-hemorrágico. Portanto, foram identificadas áreas de invasão mural, diferente da peça na biópsia incisional que mostrava apenas ameloblastoma luminal (Figura 10).

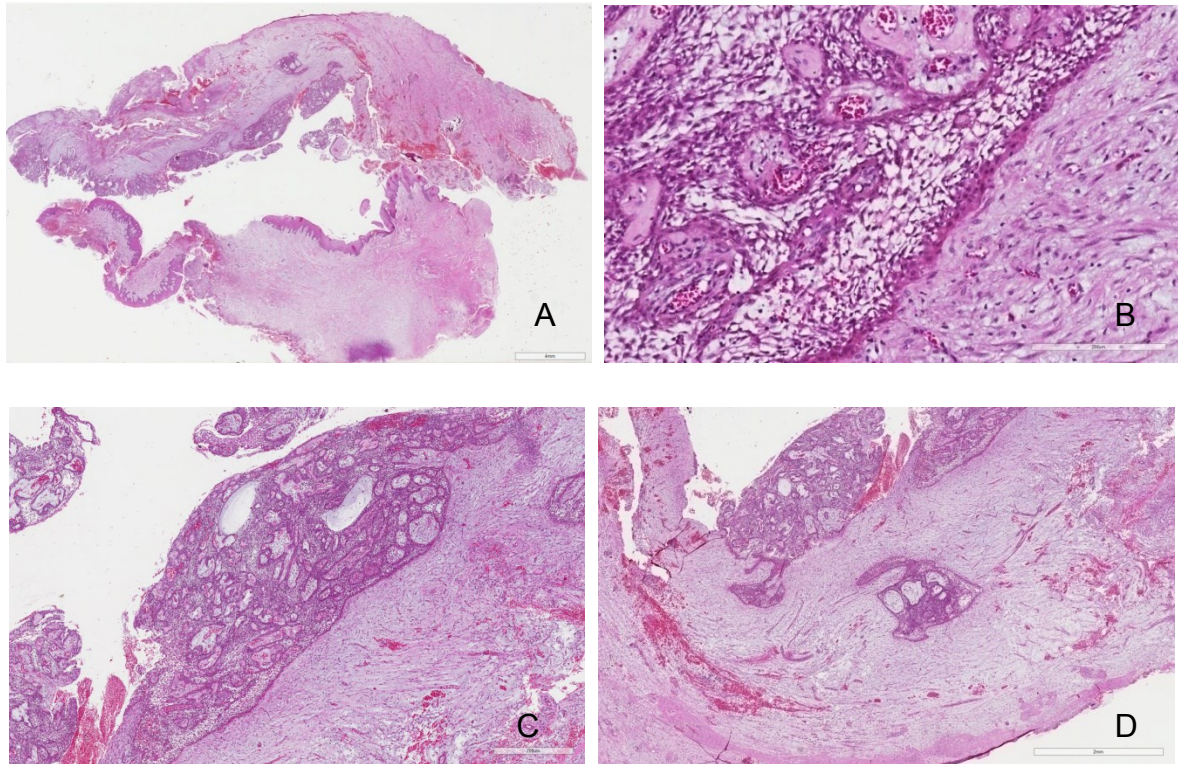


Figura 10. Aspecto histopatológico da lesão, em ampliação 0,5x evidenciando invasão intramural (A); aumento de 20x evidenciando epitélio com diferenciação ameloblastomatososa (B); aumento de 3,3x mostrando o epitélio cístico (C); e aumento de 1,9x evidenciando a invasão mural (D).

Diante da constatação da microscopia luminal e mural encontrada no exame histológico do ameloblastoma unicístico do paciente, orientações sobre a importância da assiduidade nas prosvações inicialmente trimestrais, bem como a alta taxa de recidiva do tumor benigno em questão, foram detalhadamente discutidas com o paciente e sua família

Decorridos 19 meses de acompanhamento clínico-imaginológico, o paciente mantém-se bem, assintomático e a radiografia panorâmica de prosvação não evidencia nenhum sinal de recidiva (Figura 11).



Figura 11. Radiografia panorâmica de preservação de 19 meses, com excelente neoformação óssea na região da lesão.

## DISCUSSÃO

Os ameloblastomas são tumores odontogênicos que, embora possuam natureza benigna, são localmente agressivos trazendo eventualmente prejuízos estéticos e funcionais aos pacientes acometidos. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (2017) classifica estas lesões em quatro tipos, sendo que das apresentações intraósseas, a variante unicística é a de melhor prognóstico. O ameloblastoma unicístico acomete normalmente pacientes mais jovens, entre a segunda e terceira décadas de vida, não havendo predileção por sexo e majoritariamente presentes na mandíbula, com destaque para a região posterior (NEVILLE et al., 2009; ALMEIDA, 2016). Aumentos volumétricos e assimetrias faciais são sinais comumente presentes nos indivíduos acometidos, muito embora a assintomatologia predomine na maioria absoluta dos casos (REGEZI et al., 2008; NEVILLE et al., 2009). No presente trabalho, o paciente acometido pela lesão tem idade inferior à média etária dos pacientes portadores de ameloblastoma unicístico, muito embora estivesse já iniciando a segunda década de vida. Todos os demais sinais e sintomas clínicos condizentes com o ameloblastoma unicístico foram encontrados no relato de caso ora descrito.

Os aspectos imaginológicos das lesões intraósseas dos maxilares são fundamentais para as definições das hipóteses diagnósticas, bem como para os eventuais diagnósticos diferenciais que se faça destas entidades patológicas. Especificamente sobre os ameloblastomas unicísticos, a apresentação de uma extensa imagem radiolúcida unilocular, bem delimitada, associada aos molares inferiores, causando reabsorções radiculares, deslocamentos dentários e abaulamento ósseo local, é a que mais prevalece. Os exames imaginológicos do paciente do presente caso mostrou características similares àquelas mencionadas na literatura, havendo uma questão discordante que foi o caráter multiloculado percebido. De qualquer maneira, a lesão tinha basicamente duas grandes loculações devido septação óssea que dividia a mesma em duas grandes cavidades.

A marsupialização é uma modalidade terapêutica que vem sendo progressivamente utilizada em lesões císticas dos maxilares de grandes dimensões e tumores benignos com caráter cístico, como os ameloblastomas unicísticos. A morbidade e prognóstico dos pacientes são sensivelmente melhorados com a marsupialização, já que há uma progressiva perda de agressividade na evolução da

lesão com concomitante neoformação óssea centrípeta (DOLANMAZ et al., 2011). Neste presente relato de caso pudemos presenciar mais um caso bem sucedido de tratamento utilizando a marsupialização previamente ao procedimento cirúrgico final, permitindo menor perda tecidual para o paciente com maior funcionalidade e qualidade de vida.

O diagnóstico final para definição e classificação dos ameloblastomas depende necessariamente da avaliação histopatológica realizada. Especificamente relacionado aos ameloblastomas unicístico, três variantes são encontradas, a mural, caracterizando-se pela existência de ilhas de epitélio ameloblastomatoso na parede de tecido conjuntivo; a luminal, onde temos o tumor confinado à superfície luminal do cisto e a intraluminal, respondendo por proliferações nodulares no lúmen cístico sem infiltração de células na parede de tecido conjuntivo. Há uma direta associação entre a terapia a ser escolhida e o tipo histopatológico presente no ameloblastoma unicístico, de modo que a literatura destaca o fato de que variantes luminais e intraluminais podem ser tratadas com marsupialização seguida de enucleação com curetagem e/ou ostectomia periférica, enquanto a variante mural exigiria mais cautela neste tipo de conduta, sendo justificado eventualmente a abordagem por ressecção cirúrgica com margem de segurança, semelhante à utilizada nos ameloblastomas convencionais. As características clínicas do presente caso, associadas à punção aspiratória positiva para líquido cístico, justificaram a opção terapêutica pela marsupialização prévia como a abordagem inicial do paciente. O fragmento coletado na biópsia incisiva, embora representando apenas uma porção mínima da lesão, sugeriu a variante luminal de um ameloblastoma unicístico, justificando a conduta conservadora empregada. Contudo, após a enucleação final e curetagem da lesão, foram encontradas variantes murais, além das luminais já identificadas. Sendo assim, dada a alta taxa de recidiva decorrente das variantes murais presentes, o paciente foi insistentemente orientado sobre a fundamental importância de comparecer a todos os acompanhamentos clínicos definidos que certamente ultrapassarão os dez anos de acompanhamento, no sentido de que, caso haja algum indício de recidiva, possa haver a pronta abordagem cirúrgica para que a lesão não evolua trazendo prejuízos maiores ao paciente. Vale ressaltar que também há respaldo na literatura científica mundial amparando a ressecção cirúrgica com margem de segurança, em situações de microscopia mural dos ameloblastomas unicísticos (REICHART et al., 2004; PAIKKATT et al. 2007).

Mais do que protocolos e ações pré-estabelecidas, o profissional atuando na estomatologia deve ter sempre bom senso, razoabilidade e avaliação específica para cada caso e paciente acometidos, para que seja tomada a decisão mais adequada que permita o melhor tratamento aos pacientes e suas respectivas peculiaridades.

## CONCLUSÃO

Os ameloblastomas são lesões intraósseas dos maxilares relevantes que devem ser do conhecimento de todos os cirurgiões-dentistas, sendo a marsupialização uma modalidade terapêutica de grande importância para essas lesões intraósseas, especialmente considerando o ameloblastoma unicístico. Além disso, a histopatologia dos ameloblastomas unicísticos são absolutamente importantes de serem conhecidas para que se estabeleça a melhor conduta terapêutica e prognóstica aos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. ACKERMANN, G.L., ALTINI, M., SHEAR, M. **The unicystic ameloblastoma: A clinicopathological study of 57 cases.** J Oral Pathol.17:541–46. doi: 10.1111/j.1600-0714.1988.tb01331.x. 1988.
2. ALMEIDA, O.P. **Patologia oral.** Serie ABENO. São Paulo. Artes Médicas, 2016.
3. DOLANMAZ, D., ETOZ, O.A., PAMPU, A., KALAYCI, A., GUNHAN, O. **Marsupialization of Unicystic Ameloblastoma: A Conservative Approach for Aggressive Odontogenic Tumors.** Indian Journal of Dental Research, 22, 709-712. 2011.  
Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4103/0970-9290.93461>>
4. FIGUEIREDO, N.R., MEENA, M., DINKAR, A.D., MALIK, S., KHORATE, M. **Unicystic Ameloblastoma Presenting as a Multilocular Radiolucency in the Anterior Mandible: A Case Report.** J Dent Res Dent Clin Dent Prospect., v.9, n.3, p.199-204, aug./mar., 2015.
5. GIRADDI, G.B., ARORA, K., SAIFI, A.M. **Ameloblastoma: A retrospective analysis of 31 cases.** J Oral Biol Craniofac Res., v.7, n.3, p.206-211, apr./aug., 2017.
6. ISOLAN, C.P., MOREIRA, A.G., EDGES. A., POST, L.K., AITKEN-SAAVEDRA, J.P. **Successful conservative treatment of a mandibular unicystic ameloblastoma: 13-year follow-up.** J Clin Exp Dent. 2018;10(11):e1123–e1126. Published 2018 Nov 1. doi:10.4317/jced.54897.
7. LABORDE, A., NICOT, R., WOJCIK, T., FERRI, J., RAOUL, G. **Ameloblastoma of the jaws: Management and recurrence rate.** Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis., v.134, n.1, p.7 -11, feb., 2017.
8. NAGALAXMI, V., SANGMESH, M., MALOTH, K.N., KODANGAL, S., CHAPPIDI, V., GOYAL, S. **Unicystic mural ameloblastoma: an unusual case report.** Case reports in dentistry vol. 2013 (2013): 957418. doi:10.1155/2013/957418.
9. NAKAMURA, N., HIGUCHI, Y., TASHIRO, H., OHISHI, M. **Marsupialization of cystic ameloblastoma: a clinical and histopathologic study of the growth characteristics before and after marsupialization.** J Oral Maxillofac Surg 53:748–754. 1995. doi: 10.1016/0278-2391(95)90323-2
10. NASTRI, A.L., WIESENFELD, D., RADDEN, B.G., EVESON, J., SCULLY, C. **Ameloblastoma maxilar: um estudo retrospectivo de 13 casos.** Br J Oral Maxillofac Surg. 1995; 33: 28-32.
11. NEVILLE, B.W., DAMM, D.D., ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 703-710p.
12. PAIKKATT, V.J., SREEDHARAN, S., KANNAN, V.P. **Unicystic Ameloblastoma of the maxilla: A case report.** J Indian Soc Pedod and Prev Dent. 2007;25:106–10. doi: 10.4103/0970-4388.33459.



13. REDDY, S.K., RAO, G.S. **Unicystic Ameloblastoma in a 6-year-old child and its significance**. World J Dentistry. 2011;2:363–66. doi: 10.5005/jp-journals-10015-1116.
14. REGEZI, J. Á., SCIUBBA, J. J., JORDAN, R. C. K. **Patologia Bucal – Correlações Clinicopatológicas**. 5 ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2008
15. REICHART, P.A., PHILIPSEN, H.S. **Odontogenic tumors and allied lesions**. London: Quintessence Publishing Co. Ltd; 2004
16. SOAMES, V., SOUTHAM, J.C. **Patologia Oral**, 4º EDIÇÃO, 2008, Elsevier Editora, 285 páginas.
17. TOLENTINO, E. **Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou?**. 2018. Revista da Faculdade de Odontologia - UPF. 23. 10.5335/rfo.v23i1.7905.