



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



ALINE ITSUKO UJI

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
AMELOBLASTOMA COM RECONSTRUÇÃO
MANDIBULAR COM ENXERTO DE CRISTA
ILÍACA: RELATO DE CASO.**

UBERLÂNDIA

2023

ALINE ITSUKO UJI

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
AMELOBLASTOMA COM RECONSTRUÇÃO
MANDIBULAR COM ENXERTO DE CRISTA
ILÍACA: RELATO DE CASO.**

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

Orientador: Prof. Dr. Jonas Dantas Batista

UBERLÂNDIA

2023

Agradecimentos

Agradeço à Deus pelas oportunidades de poder sonhar e realizar, pois foram os sonhos que me moveram até aqui, e como diz Emicida “você é o único representante do seu sonho na face da terra”. Aos principais responsáveis por essa conquista, meus pais, merma, Maria e Miguel, que foram meu alicerce e me impulsionaram em todos os momentos, foram e são quem me reerguem quando duvido de mim mesma e celebram minhas vitórias.

Obrigada aos meus mestres pelos ensinamentos compartilhados, aos pacientes pela confiança, aos funcionários e técnicos da FOUFU, sem vocês nada disso seria possível. Um agradecimento especial ao meu orientador, Jonas, pelas oportunidades e confiança ao longo desses anos. À equipe CTBMF pela convivência e aprendizados. Aos grupos LABUCO e Odonto no ABC do Glória, participar desses projetos de extensão são meu maior orgulho durante a graduação, onde pude vivenciar a odontologia de um modo que reavivou meus sonhos e o que acredito.

Agradeço às minhas odontomigas que estiveram comigo durante essa jornada, olha o quanto nós crescemos. Sou grata pelo ABC do Glória, onde foi meu refúgio em Uberlândia, e pelas pessoas fortes e inspiradoras que o formam, ô sorte foi conviver com vocês. E, por fim, ao Lucas, que mesmo à distância se fez presente e acolhedor.

Resumo

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno de origem epitelial, com crescimento lento e assintomático. A literatura descreve três variantes dessa neoplasia, as quais se diferem de acordo com os aspectos clínicos e radiográficos, sendo classificadas em: ameloblastoma sólido convencional ou multicístico, unicístico e periférico ou extraósseo. Em relação ao tratamento existem correntes divergentes, em que alguns autores defendem a abordagem conservadora, curetagem e enucleação; enquanto outros preferem a conduta radical, ressecção com margem de segurança. Desse modo, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de ameloblastoma com abordagem cirúrgica e discutir a terapêutica adotada, a ressecção com margem de segurança, seguida de reconstrução com enxerto de crista ilíaca. Apresentamos um paciente com 34 anos de idade, sexo masculino, encaminhado à Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, devido um achado de uma imagem na região dos elementos 33, 34 e 35 em uma radiografia panorâmica. Uma biopsia incisional foi realizada e o material coletado foi encaminhado para a análise histopatológica, sendo o resultado conclusivo para ameloblastoma. A conduta de tratamento escolhida pela equipe de Cirurgia Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital Odontológico da UFU foi a radical, ressecção com margem de segurança. Após um ano de exérese da lesão foi realizado enxerto autógeno de crista ilíaca, o paciente segue em acompanhamento por quarenta e um meses sem recidivas e aguarda a reabilitação com implantes dentários. Sendo assim, o presente trabalho possui a relevância de demonstrar o sucesso da terapêutica adotada em um caso de ameloblastoma multicístico.

Palavras-chave: Ameloblastoma; margens de ressecção; enxerto ósseo; cirurgia maxilofacial; odontologia.

Abstract

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor of epithelial origin, with slow growth and asymptomatic. The literature describes three variants of this neoplasm, which differ according to clinical and radiographic aspects, being classified as: solid conventional or multicystic ameloblastoma, unicystic and peripheral or extraosseous. Regarding the treatment, there are divergent currents, in which some authors defend the conservative approach, curettage and enucleation; while others prefer radical conduct, resection with a safety margin. Thus, the aim of this study is to report a case of ameloblastoma with a surgical approach and discuss the therapy adopted, resection with a safety margin, followed by reconstruction with a graft from the iliac crest. We present a 34-year-old male patient, referred to the Stomatology's Clinic of the College of Dentistry of the Federal University of Uberlândia, due to an image finding in the region of elements 33, 34 and 35 in a panoramic radiograph. An incisional biopsy was performed and the collected material was sent for histopathological analysis, with a conclusive result for ameloblastoma. The treatment approach chosen by the Oral and Maxillofacial Traumatology Surgery team at the UFU Dental Hospital was radical resection with a safety margin. One year after excision of the lesion, an autogenous graft from the iliac crest was performed. The patient is being followed up for forty-one months without recurrence and is awaiting rehabilitation with dental implants. Therefore, the present work has the relevance of demonstrating the success of the therapy adopted in a case of multicystic ameloblastoma.

Keywords: Ameloblastoma; resection margins; bone graft; maxillofacial surgery; dentistry.

SUMÁRIO

Introdução.....	6
Relato de caso.....	8
Discussão	21
Conclusão	25
Referências	26
Apendice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido utilizado nesse estudo.....	29

Introdução

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, o qual tem como origem os restos de tecidos epiteliais da odontogênese, como os remanescentes da lâmina dentária, do órgão do esmalte e da bainha de Hertwig, ou, ainda, a partir do epitélio de revestimento de um cisto odontogênico ou de células basais da mucosa oral (MARTINS et al., 2007; NEVILLE et al., 2016). Clinicamente, a lesão apresenta crescimento lento e assintomático, com invasividade local e com alta taxa de recidivas (MUNIZ et al., 2014; MELO et al., 2016).

Dentre todos tumores e cistos que atingem os ossos gnáticos, os ameloblastomas correspondem a, aproximadamente, 1% deles, e podem acometer tanto a mandíbula quanto a maxila, mas aparecem com incidência de até quatro vezes mais na mandíbula que na maxila, em especial, na região posterior, nas regiões de corpo e ramo mandibular (MONTORO et al., 2008; MUNIZ et al., 2014; CARVALHO E SOUZA et al., 2015). Na literatura, os relatos de ameloblastomas não apontam predileção quanto ao gênero e à raça, e quanto à idade, acometem com maior frequência pacientes adultos, em média com 35 anos (MONTORO et al., 2008; MORAES et al., 2014; MUNIZ et al., 2014).

Em 2022, foi publicada a 5ª edição da Classificação dos Tumores de Cabeça e Pescoço da OMS, e segundo ela, o ameloblastoma pode ser classificado como: ameloblastoma sólido convencional ou multicístico, unicístico e periférico ou extraósseo, distribuídos na ordem de ocorrência de 86%, 13% e 1%, respectivamente (MELO et al., 2016; WRIGHT, 2022; DE BARROS et al., 2019).

Radiograficamente, em sua maioria, o ameloblastoma sólido ou multicístico aparece como uma área radiolúcida unilocular ou multilocular, que apresenta expansão da cortical com a presença septos que dividem os compartimentos, assim, a literatura o descreve como uma lesão com padrão de aspecto de “bolhas de sabão” quando as loculações são grandes, e como de “favo de mel”, quando pequenas (MARTINS et al., 2007; MUNIZ et al., 2014; MELO et al., 2016; NEVILLE et al., 2016).

Em relação ao tratamento, existem correntes divergentes, há autores que defendem a conduta conservadora, curetagem, enucleação e crioterapia; enquanto outros estudos indicam a intervenção radical com ressecção marginal ou segmentar, excisão em bloco, a qual garante a remoção completa do tumor com uma margem de segurança de 1-2 cm para reduzir as chances de recidivas (LUNARDI et al., 2001; RALDI et al., 2010; MAIA e SANDRINI, 2017). A terapêutica adotada é norteadada pelo tipo clínico da lesão, bem como, também, pelas seguintes variantes: idade; potencial de infiltração; local afetado;

aspecto radiográfico; estágio da lesão e prognóstico (MAIA e SANDRINI, 2017; SILVA et al., 2018).

O propósito do presente trabalho é demonstrar a importância da conduta radical, ressecção com margem de segurança, para o tratamento do ameloblastoma multicístico, por meio de um relato de caso com sucesso, em acompanhamento por quarenta e um meses e sem recidivas.

Relato de caso

Este trabalho foi registrado no Comitê de Ética de Pesquisas em Seres Humanos, o CEP, e aguarda aprovação. O paciente do presente relato concordou com o trabalho por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido anexado ao final do estudo. Paciente 34 anos, sexo masculino, foi encaminhado à Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, devido um achado acidental de uma imagem sugestiva de lesão na região dos elementos 33, 34 e 35 em uma radiografia panorâmica realizada com objetivo de extração dos terceiros molares.

Na anamnese o paciente declarou não apresentar sintomatologia e na história médica pregressa não relatava comorbidade. Ao exame extraoral, o paciente não apresentava aumento volumétrico e assimetria facial. Ao exame radiográfico (panorâmica inicial) foi observado uma lesão radiolúcida única e multiloculada. Com o propósito de avaliar a extensão e o envolvimento foi realizada uma tomografia computadorizada, a qual confirmou a localização e extensão da lesão, e o rompimento da cortical vestibular. Correlacionando os aspectos clínicos e imaginológicos formulou-se as hipóteses diagnósticas de cistoradicular, queratocisto e ameloblastoma (figura 1, 2 e 3).

Figura 1: Aspecto extra-oral inicial.



Figura 2: Aspecto intra-oral inicial.

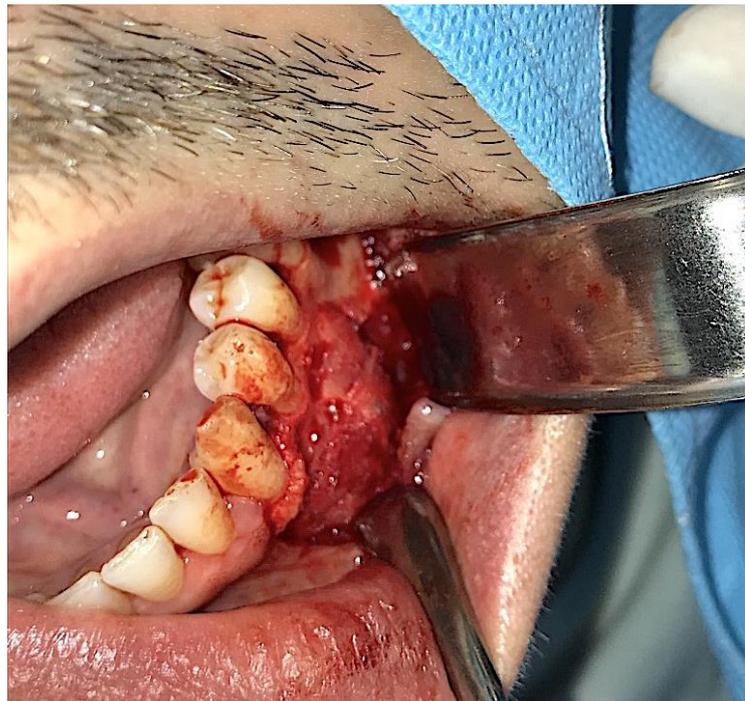


Figura 3: Radiografia panorâmica inicial - Exame radiográfico revelando presença de lesão radiolúcida multilocular no lado esquerdo do paciente.



Foi realizada biopsia incisional sob anestesia local e o material coletado foi encaminhado para a análise histopatológica, o qual foi conclusivo para ameloblastoma. O paciente foi encaminhado para a equipe de Cirurgia Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital das Clínicas da UFU, que propôs como tratamento a ressecção marginal da lesão com margem de segurança (figura 4).

Figura 4: Biopsia incisional.



O procedimento foi realizado em centro cirúrgico sob anestesia geral, e intubação nasotraqueal. Para o acesso da região tumoral foram utilizados os acessos submandibular e intraoral para descolamento de mucosa. Após exposição do tumor, foi realizada osteotomia para ressecção marginal com margem de segurança, onde foram englobados os elementos 33, 34, 35 e 36 na lesão. Após a exérese total da lesão, a basilar óssea da mandíbula foi preservada, a qual se tornou frágil após o procedimento, com chances de fratura, desse modo foi instalado uma placa de titânio sistema 2.4 mm com 12 furos e 3 parafusos em cada um dos lados, com a finalidade de reconstrução, como, também, para reforço da estrutura óssea, com a finalidade de evitar fratura da base mandibular (figura 5, 6, 7 e 8).

Figura 5: Transcirúgico - Acesso submandibular para exposição da lesão em corpo mandibular.

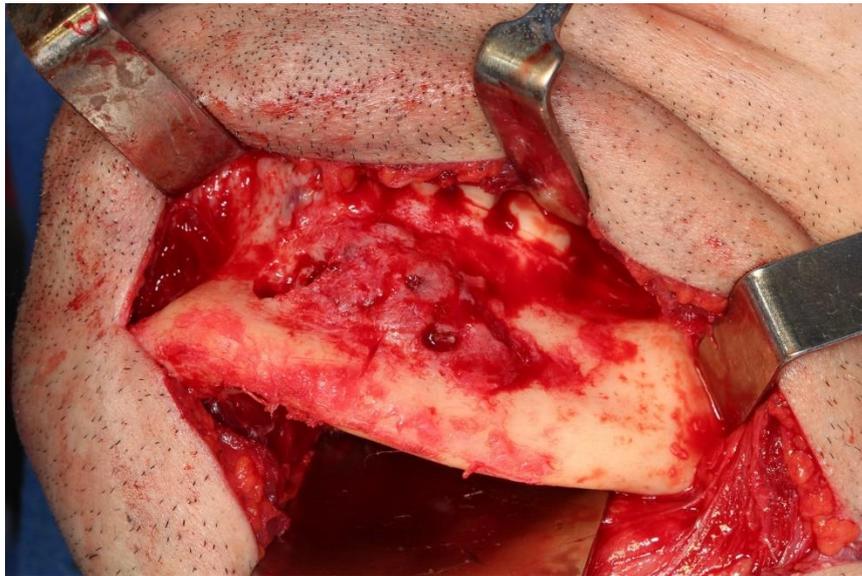


Figura 6: Transcirúgico – Exérese total da lesão, englobando os elementos 33, 34, 35 e 36 com preservação da base mandibular.

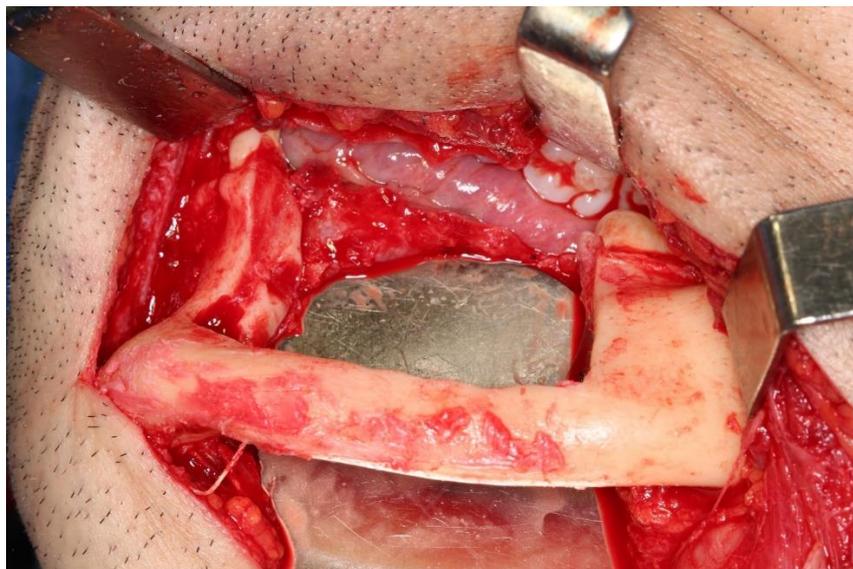


Figura 7: Transcirúgico - Imagem da peça cirúrgica enviada ao exame histopatológico.

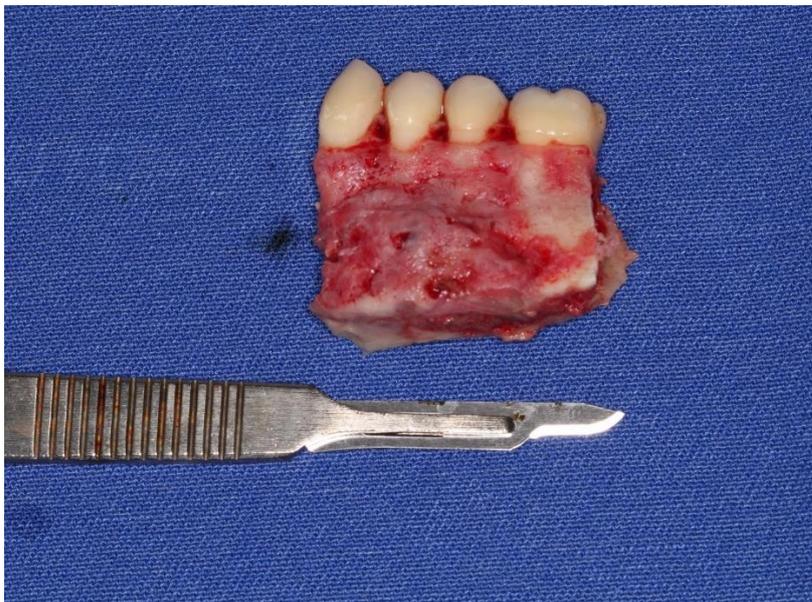
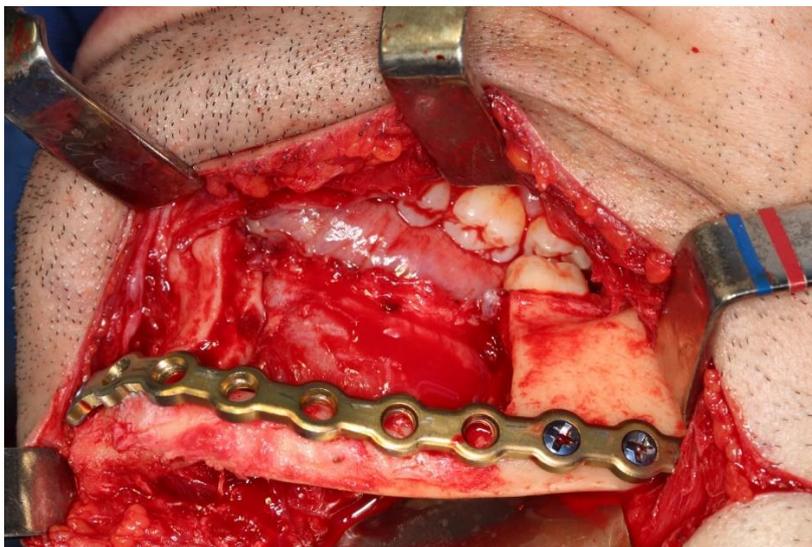


Figura 8: Transcirúgico - Fixação com placa de titânio de reconstrução do sistema 2,4 mm.



A peça cirúrgica foi submetida a uma nova análise histopatológica, na qual os aspectos encontrados foram de neoplasia epitelial odontogênica cujo parênquima se dispunha em folículos epiteliais com células periféricas similares a ameloblastos e células centrais estrelárias que formavam um conjunto com aparência de epitélio do órgão dentário, com estruturas císticas confirmando o diagnóstico de ameloblastoma sólido convencional.

Figura 9: Aspecto histopatológico do ameloblastoma. Nessa região é possível observar uma extremidade da estrutura cística neoplásica, onde se percebe um tecido conjuntivo denso, não modelado representando o estroma da lesão (*) abrigoando segmento do revestimento epitelial caracterizado por epitélio estratificado, cujas células basais mostram-se colunares, altas, com citoplasma eventualmente claro, sugerindo uma similaridade com pré-ameloblastos (setas). Aumento original: 400x; coloração: hematoxilina/eosina. FONTE: Laboratório de Patologia Bucomaxilofacial – HOUFU.

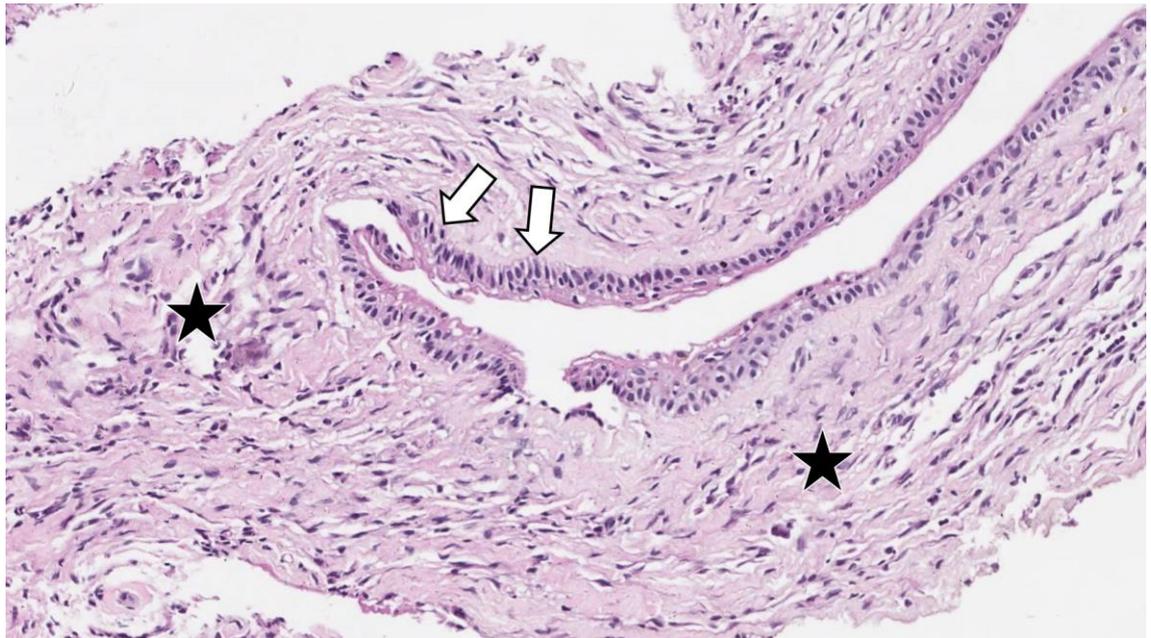


Figura 10: Aspectos histopatológicos do ameloblastoma: Nessa secção histológica, é possível observar outro segmento de estrutura cística neoplásica do ameloblastoma, onde o epitélio de revestimento é mais espesso, multiestratificado, percebendo-se aí, com mais detalhe, as células colunares basais altas, com citoplasma basal claro, e núcleos hipercromáticos, simulando pré-ameloblastos (setas). Na parece de tecido conjuntivo (*) fica evidente a sua estruturação como tecido conjuntivo denso, não modelado, pluricelular, em que se notam alguns leucócitos mononucleares e múltiplos vasos capilares sanguíneos congestionados. Aumento original: 400x; coloração: hematoxilina/eosina. FONTE: Laboratório de Patologia Bucomaxilofacial – HOUFU.

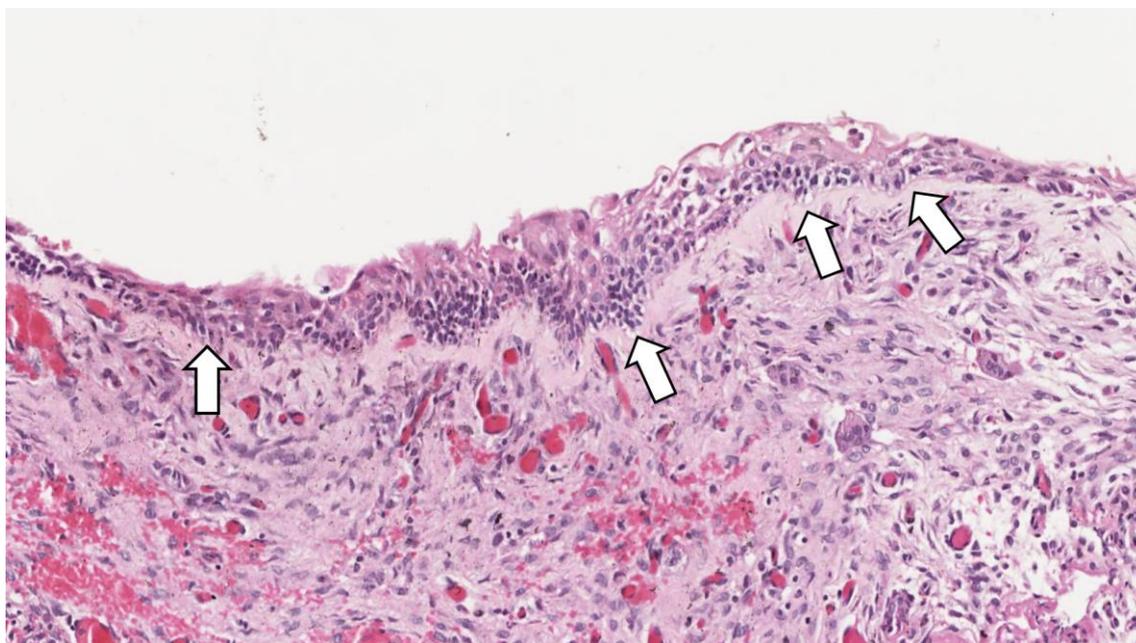


Figura 11: Aspectos histopatológicos do ameloblastoma. Nessa seção histopatológica, é possível observar com mais objetividade o aspecto morfológico típico dos pré-ameloblastos constituintes do revestimento epitelial das estruturas císticas neoplásicas (setas). O estroma (*) apresenta-se, como nas outras regiões já mostradas, permeado por exsudato leucocitário mononuclear. Aumento original: 400x; coloração: hematoxilina/eosina. FONTE: Laboratório de Patologia Bucomaxilofacial – HOUFU.

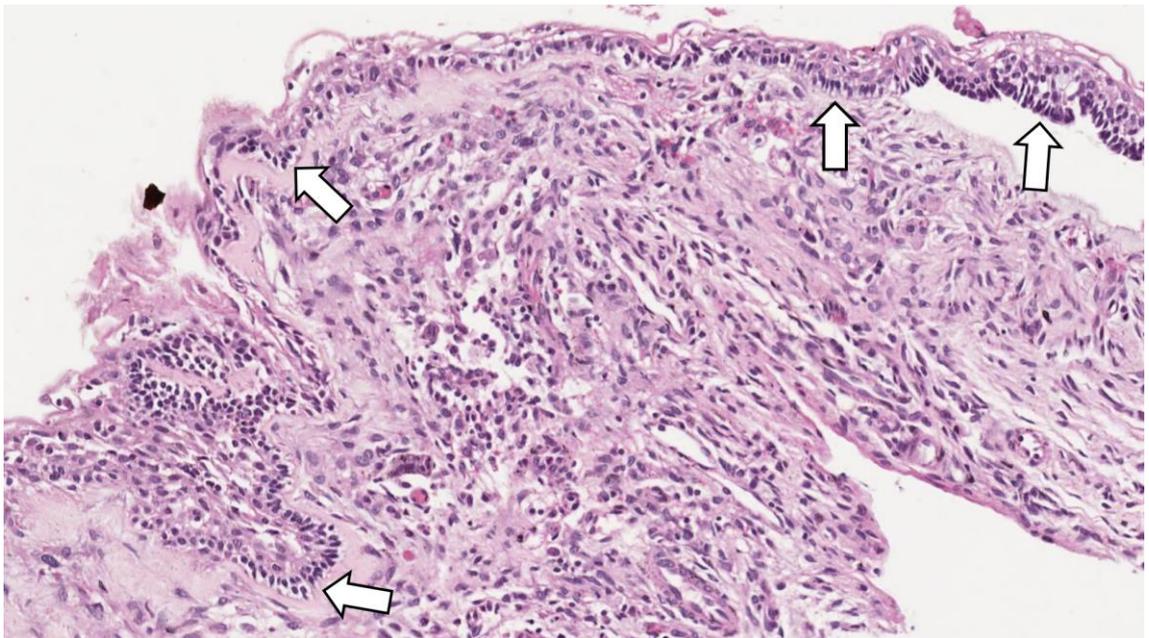
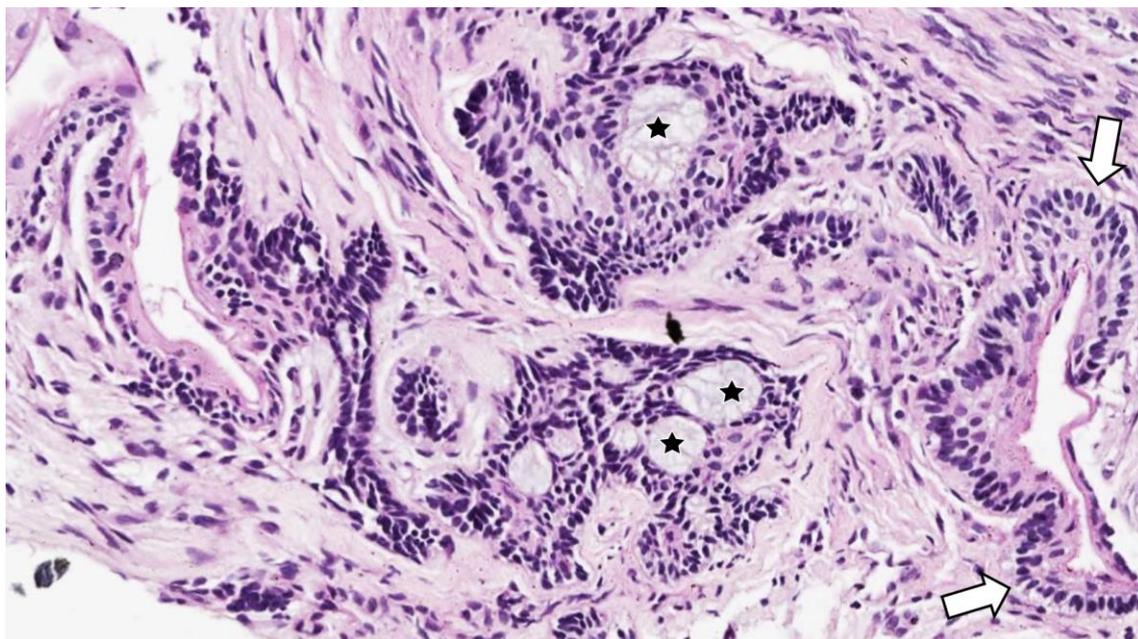
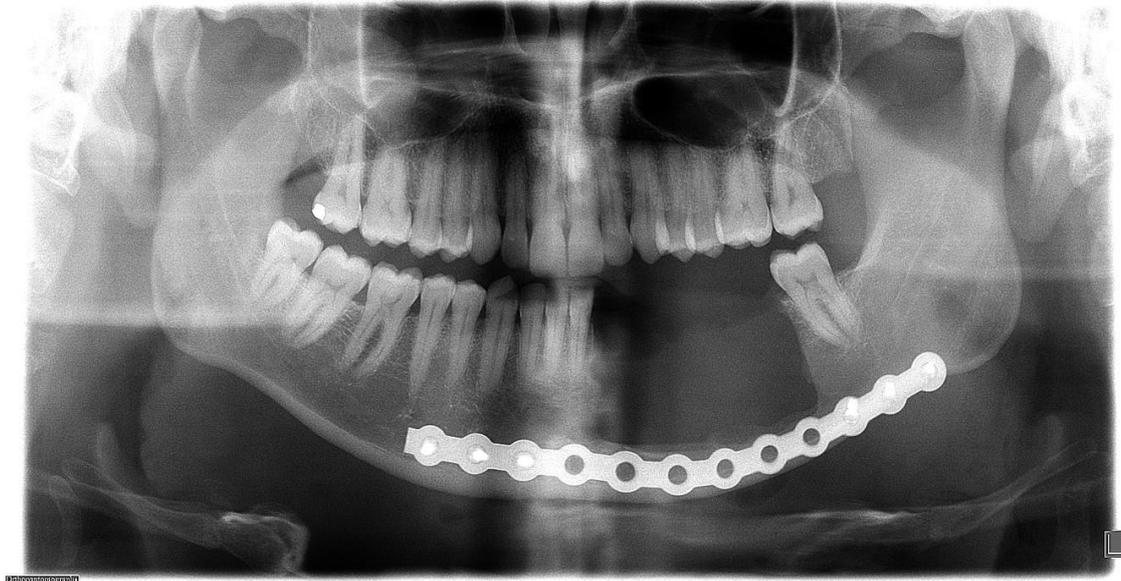


Figura 12: Aspectos histopatológico do ameloblastoma. Nessa secção histológica, é possível observar folículos epiteliais componentes do parênquima neoplásico. É possível observar também as células colunares periféricas semelhantes aos pré-ameloblastos, e células centrais admitidamente similares as do retículo estrelário do órgão dentário (setas). Esses folículos estão na parede de tecido conjuntivo da estrutura cística, evidenciando crescimento invasivo em direção a periferia da lesão. Em algumas estruturas é possível ver um material secretado basófilo, constituído por glicoproteínas e glicosaminglicanos, formando pseudocistos (*).



Paciente retornou para a consulta de pós-operatório, apresentando boa avaliação, suturas mantidas, sem sinais flogísticos e oclusão mantida, sendo realizado laserterapia. Com 30 dias as suturas foram removidas, apresentando cicatrização completa, uma radiografia panorâmica foi realizada a qual revelava normalidade de padrão ósseo (figura 9).

Figura 13: Radiografia panorâmica pós cirúrgica - Exame radiográfico com barra de fixação instalada com 12 furos e 3 parafusos em cada um dos lados.



Após um ano da ressecção, o paciente foi submetido a um novo procedimento cirúrgico, para reconstrução de defeito ósseo com enxerto de crista ilíaca, o qual foi removido pela equipe de ortopedia do Hospital das Clínicas – UFU. O enxerto foi preparado e ajustado, sendo imobilizado por duas placas de titânio sistema 2.0 mm em “Z” com 4 parafusos em cada uma das placas, foram realizadas suturas por planos e em pele com nylon. O paciente realizou 10 sessões de oxigenioterapia hiperbárica no pré e no pós-operatório da cirurgia, totalizando 20 sessões, com a finalidade de favorecer e acelerar o processo de cicatrização (figura 10, 11 e 12).

Figura 14: Transcirúrgico – acesso à área doadora do enxerto de crista de íliaco.



Figura 15: Transcirúrgico – bloco de enxerto de crista de íliaco.

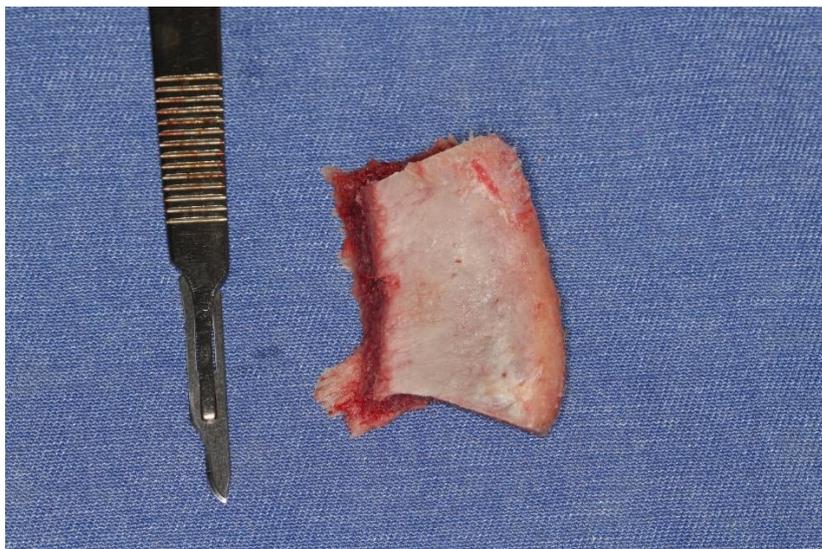


Figura 16: Transcirúrgico - fixação do enxerto com duas placas de titânio em “Z” sistema 2.0 mm com 4 parafusos cada uma e espaços preenchidos com osso particulado



Nas consultas de acompanhamento o paciente não apresenta sinais de recidivas, como pode ser observado nos exames de imagem, como também, o posicionamento correto, bom volume e manutenção do contorno ósseo (figura 13). Atualmente, com quarenta e um meses da intervenção cirúrgica, ressecção da lesão, considera-se o resultado satisfatório do caso, no qual o paciente evoluiu sem sinais de recidiva ou de complicações pós-operatória e segue em acompanhamento, em que aguarda a reabilitação oral com implantes dentários (figura 14).

Figura 17: Radiografia panorâmica pós-operatória de reconstrução com enxerto autógeno de crista ilíaca - Exame radiográfico revelando presença de enxerto fixado com duas placas de titânio e placa de reconstrução.

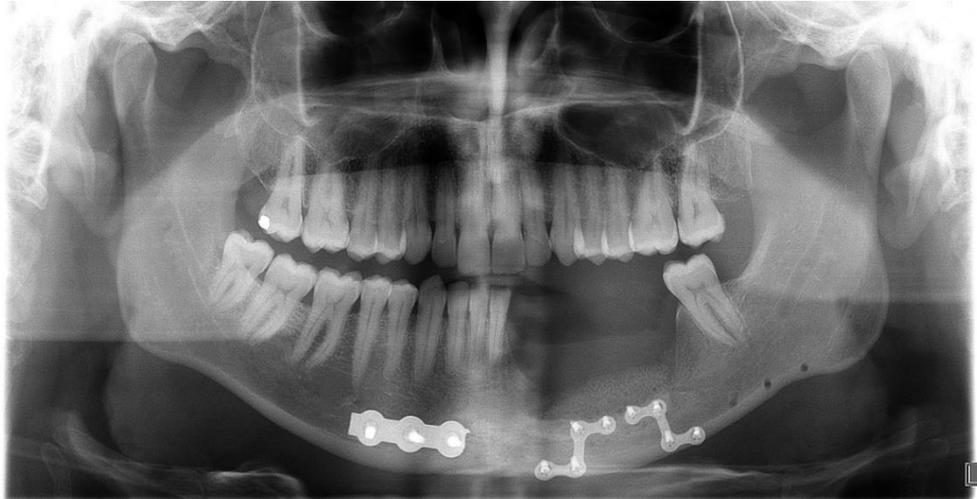
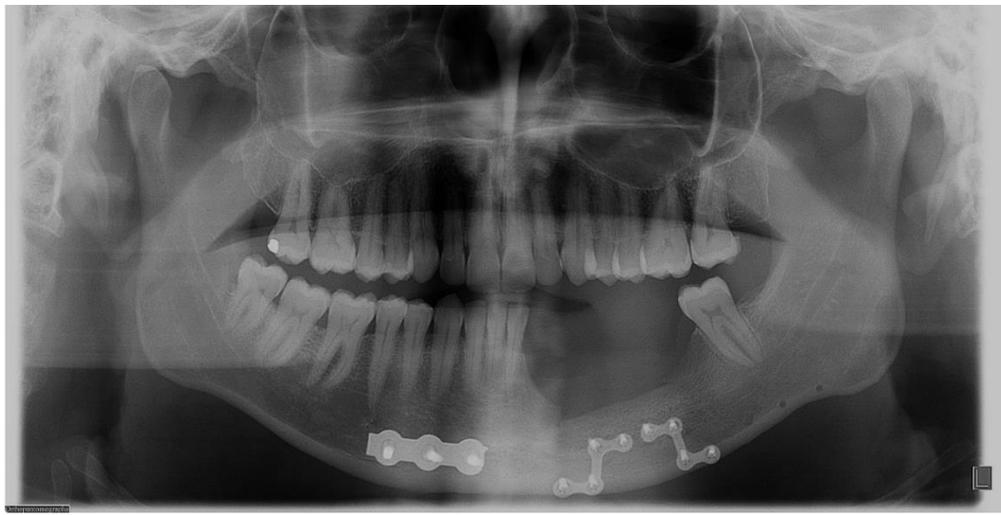


Figura 18: Radiografia panorâmica 36 meses pós ressecção - Exame radiográfico revelando presença de enxerto fixado com duas placas de titânio e placa de reconstrução.



Discussão

O caso apresentado trata-se de um ameloblastoma sólido convencional ou multicístico, que corrobora com a literatura em relação ao local da lesão, sendo o mesmo de onde existe maior prevalência, a região do corpo mandibular, como também a idade do paciente, trinta e cinco anos. Além disso, pela ausência de sinais e sintomas, foi diagnosticado apenas em uma radiografia panorâmica feita com o intuito de extração dos terceiros molares, assim como na maioria dos casos relatados são descobertos (MARTINS et al., 2007; MELO et al., 2016; SILVA et al. 2018).

Na radiografia inicial do caso aqui exposto observava-se um padrão radiográfico do ameloblastoma sólido ou multicístico, do mesmo modo que é descrito na literatura, como o de uma área radiolúcida multilocular, com expansão da cortical com septos, que apresenta o aspecto de “favos de mel” ou de “bolhas de sabão” (MARTINS et al., 2007; NEVILLE et al., 2016).

Quanto ao tratamento existem controvérsias, uma vez que variam de crioterapia, enucleação e curetagem a excisão em bloco. Desse modo, a conduta terapêutica escolhida depende da equipe, a qual avalia as características da lesão e o prognóstico, bem como a saúde e idade do paciente. A abordagem conservadora com curetagem seguida de enucleação não apresenta resultados satisfatórios, uma vez que expõe o paciente a um alto índice de recidiva, ao passo que a ressecção marginal ou em bloco, contém baixas taxas de recorrências (RALDI et al., 2010; MELO et al., 2016; SILVA et al., 2018).

As ressecções segmentares implicam maior mutilação ao paciente, de modo que compromete a função, como as de mastigação, deglutição e fonação, como também, gera deformidades estéticas, de modo que é necessário planejar o melhor meio de reabilitação do paciente após excisão da lesão (MONTORO et al., 2008). Apesar disso, autores afirmam esta ser a melhor conduta, já que tratar um ameloblastoma multicístico de forma conservadora é contraindicado como tratamento definitivo, uma vez que ao curetar a lesão pequenas ilhas de tumor podem ficar para trás e, assim, pode ocorrer a malignização do ameloblastoma (LUNARDI et al., 2001; RALDI et al., 2010).

A decisão da terapêutica utilizada neste caso levou-se em conta a experiência prévia da equipe, bem como o embasamento na literatura, a qual mostra que a maioria dos casos de sucesso optaram pela ressecção da lesão (MUNIZ et al., 2014, MAIA e SANDRINI, 2017). Sendo assim, no caso aqui exposto, todo o tumor foi removido com

margem de segurança além dos limites da lesão, considerando a agressividade e a redução de chances de recidiva. A reconstrução com placa de titânio sistema de 2.4 mm, teve como intuito reforçar a base mandibular, uma vez que se torna frágil após o procedimento, assim, a placa oferece maior resistência e evita fraturas na região ressecada. O presente caso corrobora com a literatura, pois até o momento, quarenta e um meses de acompanhamento, considera-se o sucesso do tratamento, uma vez que não houve recidivas, o que mostra que a ressecção da lesão com margem de segurança confere um melhor prognóstico.

Ainda, sobre o tratamento, a reconstrução óssea pode ser feita com enxertos ósseos livres, sendo o íliaco anterior a área doadora mais utilizada, uma vez que proporciona bons resultados estéticos, com contorno e volume ósseos adequados para fornecer osso disponível suficiente para permitir a inserção dos implantes endósseos. (SILVA et al., 2018; DE SOUZA et al., 2020). As taxas de sucesso com enxerto autógeno são grandes, mas deve-se avaliar algumas condições que são fundamentais para o resultado satisfatório do enxerto ósseo livre, dentre elas o sítio doador ser isento de infecções e, vascularização proveniente dos tecidos circundantes à área reconstruída, tais condições possibilitam a osteoindução no sítio receptor (INÁCIO et al., 2015; DE SOUZA et al., 2020). No entanto, possui a limitação de maior tempo cirúrgico, e de apresentar morbidade da área doadora, que pode ser funcional e estética.

No caso relatado, aguardou-se um ano após a ressecção para o paciente receber o enxerto, devido as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, vale ressaltar que o momento ideal para a reconstrução é amplamente discutido na literatura, pois, historicamente, aguardava-se um período de monitoramento de possíveis recidivas ou para alcançar margens ósseas histologicamente limpas, mas atualmente, é aceito a reconstrução imediata sem risco de recorrência da doença. No entanto, estudos comprovam que a reconstrução tardia representa maior percentagem de taxas de sucesso com 90%, em comparação com 46% dos casos com reconstrução imediata quando se utilizam enxertos ósseos não vascularizados a área enxertada (KUMAR et al, 2016).

Para seguir os princípios de reconstrução com enxerto, a área enxertada foi preenchida com osso particulado, o que diminui o espaço morto, auxilia evitar a formação de fibrose, e aumenta o contato ósseo, favorecendo a regeneração e a revascularização. Outro critério importante nas cirurgias de reconstrução, que foi seguido, é o de recobrir o enxerto com tecido suficiente, para garantir a sua nutrição e proteção, este se trata de um

fator determinante para o sucesso, como também, para a escolha do momento ideal de reconstrução, uma vez que o tecido para recobrir o enxerto deve ser suficiente e de qualidade, e ao realizar a ressecção, o tecido da área de exérese da lesão sofre grande manipulação, podendo resultar em deiscência, segundo estudos que comparam a reconstrução imediata com a tardia (KUMAR et al., 2016, SJÖSTRÖM et al., 2022).

O intervalo entre o enxerto e a instalação dos implantes é determinante para o sucesso do caso, uma vez que a literatura sugere um período de 6 a 12 meses para permitir que o torque adequado seja realizado, de modo a criar uma interface osso-implante favorável, com maior grau de contato. Tal fato se deve à maturação tecidual e à capacidade de resposta ao trauma cirúrgico, o que leva a uma neoformação óssea interfacial mais elevada, assim fornece um prognóstico melhor do caso (INÁCIO et al., 2015). No caso relatado, o paciente aguarda a instalação dos implantes há trinta e um meses, pois a reabilitação protética depende do SUS, desse modo, a reabilitação está sendo mais prolongada que o orientado pela literatura. Segundo exames de imagem, o enxerto apresenta volume e contorno ósseo, o qual pode ser suficiente para a inserção dos implantes ósseointegrados.

A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) é um procedimento terapêutico adjuvante realizado através da inalação do oxigênio puro em um nível mais elevado que a pressão atmosférica no interior de uma câmara hiperbárica, que possui propriedades capazes de favorecer o processo de cicatrização e angiogênese, além disso, apresenta característica antimicrobiana. Com vantagens da oxigenação hiperbárica comprovada na literatura, o paciente do caso aqui relatado, seguiu o protocolo de uso de oxigenoterapia hiperbárica da Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (2019), no qual recomenda-se o uso de dez sessões prévias à realização do enxerto com pressão a 2,4 ATA (atmosfera absoluta) com inalação de oxigênio a 100% durante 90 minutos e dez sessões pós-operatórias. Sendo assim, o tratamento com OHB acelerou o processo histológico de reparação óssea, favoreceu a angiogênese do enxerto não vascularizado de crista de íliaco, além do efeito bactericida e bacteriostático, prevenindo infecção nos sítios de reconstrução (PASTORE et al, 2016; SBMH, 2019; PEREIRA et al, 2021; CANUTO e JÚNIOR, 2021).

O trabalho aqui discutido, se trata de um relato único de caso, que apresenta resultados satisfatórios quanto a conduta adotada, no entanto, vale ressaltar a importância de estudos prospectivos sobre o tema. Além disso, o presente caso apresenta a limitação

de o paciente ainda não ter sido reabilitado completamente com implantes e próteses implantossuportadas, o que seria o ideal para o caso.

Conclusão

O ameloblastoma apesar de se tratar de um tumor benigno apresenta comportamento agressivo e com altas taxas de recidivas, sendo assim, acreditamos que a terapêutica com o melhor prognóstico seja a ressecção com margem de segurança, assim como é encontrado na literatura. Além disso, a reconstrução com crista de íliaco deve ser tentada, considerando os índices de sucesso e de modo a oferecer reabilitação estética e funcional ao paciente respeitando os princípios aqui expostos.

Referências

- 1) Martins MD, Junior OA, Martins MA, Bussadori SK, Fernandes KP. Ameloblastoma: revisão de literatura. *ConScientiae Saúde*. 2007 Aug 5;6(2):269–78. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v6i2.1108>
- 2) Neville BW, Al E. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio De Janeiro (Rj): Elsevier; 2016.
- 3) Muniz RV, Freitas DJ, Neri RF, Dultra JA, Dultra FK. 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.
- 4) Melo RB, Carneiro NC, Fonseca WL, Lima JF, Araújo HP, Pontes HA. Tratamento cirúrgico de ameloblastoma sólido convencional: relato de caso clínico. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*. 2016 Dec 21;21(2). <https://doi.org/10.5335/rfo.v21i2.5714>
- 5) Montoro JR, Tavares MG, Melo DH, Franco RL, Mello-Filho FV, Xavier SP, et al. Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2008 Feb;74(1):155–7. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000100026>
- 6) Carvalho e Souza CH, FÉ JL, Sousa, LL, Borba, MS, Barros, SS, Lopes, MC. Radical management of aggressive lesions: a case report of recurrent ameloblastoma. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*. 2015 Sep;63(3):327–30. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720150003000112674>
- 7) Moraes FB, Cardoso RM, Rodrigues SV, Dutra MV, Pereira UR, Borges TR. Ameloblastoma: a clinical and therapeutic analysis on six cases. *Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition)*. 2014 May;49(3):305–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.05.011>
- 8) SOLUK-TEKKESIN, Merva; WRIGHT, John M. The World Health Organization classification of odontogenic lesions: A summary of the changes of the 2022 (5th) edition. **Turk Patoloji Derg**, v. 38, n. 2, p. 168-184, 2022. <https://doi.org/10.5146/tjpath.2022.01573>
- 9) De Barros AV, Araújo FA, Santos ST, Araújo DC, Filho AO, Souza RC et al. Cistos e Tumores Odontogênicos em uma população brasileira: análise retrospectiva de 12 anos à luz da 4ª Edição da Classificação dos Tumores de

- Cabeça e Pescoço da OMS. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. 2019; 19(4): 13-19.
- 10) Lunardi DV, Fava AS, Martins RH, Homem MG, Rapoport A, Carvalho MB. Tratamento cirúrgico do ameloblastoma com reconstrução de mandíbula com enxerto de crista ilíaca não vascularizado: estudo de sete casos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2001 Feb;28(1):9-12. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912001000100003>
- 11) Raldi FV, Guimarães-Filho R, Moraes MB, Neves AC. Tratamento de ameloblastoma. RGO - Revista Gaúcha de Odontologia. 2010;58(1):123-126.
- 12) Maia EC, Sandrini FA. Management techniques of ameloblastoma: a literature review. RGO - Revista Gaúcha de Odontologia. 2017 Mar;65(1):62-9. <https://doi.org/10.1590/1981-863720170001000093070>
- 13) Silva JN, Santos CN, Rocha AC, Carli ML, Hanemann JA, Pereira AA. Extensive ameloblastoma in young patient: 5-year follow-up with no recurrence using conservative treatment. RGO - Revista Gaúcha de Odontologia. 2018 Jun;66(2):181-6. <https://doi.org/10.1590/1981-8637201800020000133357>
- 14) Souza AL, Silva LN, Freitas GB, Rocha JF, Brainer DL, Bezerra AP. Enxerto Livre De Ilíaco Na Reconstrução Mandibular: Relato De Caso; Free Iliac Graft In Mandibular Reconstruction: Case Report. The Open Brazilian Dentistry Journal. 2020; 1(1): 132-139.
- 15) Inácio EF, Menezes JD, Pastori CM, Marzola C, Filho JL, Zorzetto DL, Toledo GL, Capelari MM. Reabilitação oral após exérese de ameloblastoma mandibular com o uso de enxerto autógeno de crista ilíaca e implantes osteointegrados. Rev. Odontol. Araçatuba. 2015; 15(8): 456-495.
- 16) Kumar, Batchu Pavan et al. Mandibular reconstruction: overview. **Journal of maxillofacial and oral surgery**, v. 15, p. 425-441, 2016. <https://doi.org/10.1007/s12663-015-0766-5>
- 17) SJÖSTRÖM, Mats et al. Mandibular resection in patients with head and neck cancer: acute and long-term complications after reconstruction. **Acta Oto-Laryngologica**, v. 142, n. 1, p. 78-83, 2022. <https://doi.org/10.1080/00016489.2021.2021283>

- 18) LAWSON, William et al. Experience with immediate and delayed mandibular reconstruction. **The Laryngoscope**, v. 92, n. 1, p. 5-10, 1982. <https://doi.org/10.1288/00005537-198201000-00002>
- 19) PASTORE, Gabriel Pires et al. Surgical management of mandibular ameloblastoma and immediate reconstruction with nonvascularized bone graft and hyperbaric oxygen therapy. **Int J Odontostomat**, v. 10, n. 3, p. 409-17, 2016. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2016000300006>
- 20) Diretrizes de Utilização da OHB - Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica [Internet]. Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica. 2020 [cited 2022 Oct 9]. Available from: <https://sbmh.com.br/sobre/diretrizes-de-utilizacao-da-ohb/>
- 21) PEREIRA, Claudio Maranhão; GUERRA, Tatiane Rodrigues; REBOUÇAS, Elizabete Nogueira. Oxigenoterapia hiperbárica em cirurgias odontológicas. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 5, n. 1, p. 57-65, 2021.
- 22) CANUTO, Ernani; JÚNIOR, Figueirêdo. Oxigenoterapia hiperbárica na Odontologia: uma revisão integrativa. **ODONTOLOGIA: PESQUISA E PRÁTICAS CONTEMPORÂNEAS-VOLUME 1**, v. 1, n. 1, p. 155-165, 2021.
- 23) FULCO, Giovana Medeiros et al. Ameloblastomas sólidos: estudo retrospectivo clínico e histopatológico em 54 casos. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 76, p. 172-177, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000200005>

Apêndice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido utilizado nesse estudo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ynicious Fontes Campos, RG nº MG-13.226.112, declaro que não omiti e que são verdadeiras as informações prestadas sobre a minha condição de saúde geral durante a execução do plano de tratamento descrito, sendo-me garantido a confidencialidade e o sigilo das mesmas e que, ainda, fui devidamente esclarecido quanto:

- a) Por se tratar de uma instituição de ensino, o tratamento poderá ser executado por alunos de graduação e/ou pós-graduação, sempre sob supervisão docente;
- b) Ao diagnóstico e ao plano de tratamento a ser executado, sendo informado quanto aos benefícios e possíveis riscos; e
- c) Que, em caso de necessidade de qualquer alteração no plano de tratamento, serei comunicado e esclarecido antes da execução do(s) procedimento(s).

Expresso ainda o meu consentimento para a utilização dos dados contidos em meu prontuário, de modelos, de fotografias e de exames complementares laboratoriais e/ou de imagens, podendo ser utilizados no processo de ensino-aprendizagem e em projetos de pesquisa, devidamente tramitados e aprovados pela FOUFU, em publicações científicas, sendo-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Uberlândia, 14 / 09 / 19

Ynicious Fontes Campos
Assinatura do paciente ou responsável