UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ISABELLA PEREIRA BARBOSA

AMELOBLASTOMA CONVENCIONAL DO TIPO PLEXIFORME NO CORPO MANDIBULAR

UBERLÂNDIA

2018

ISABELLA PEREIRA BARBOSA

AMELOBLASTOMA CONVENCIONAL DO TIPO PLEXIFORME NO CORPO MANDIBULAR

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 César Guimarães Henriques

UBERLÂNDIA

2018

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Isabella Pereira Barbosa** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia **06 de novembro de 2018**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo(a) aluno(a) **Isabella Pereira Barbosa, COM O TÍTULO: "AMELOBLASTOMA CONVENCIONAL DO TIPO PLEXIFORME NO CORPO MANDIBULAR".** O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo se encontra em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

Uberlândia, 06 de novembro de 2018.

Prof. Dr. João César Guimarães Henriques *Universidade Federal de Uberlândia – UFU*	Aprovado/Reprovado
Prof. Dr. Bonan Machado de Alcântara *Universidade Federal de Uberlândia – UFU*	Aprovado/Reprovado
Profª. Drª. Marlete Ribeiro da Silva *Universidade Federal de Uberlândia – UFU*	Aprovado/Reprovado
Marcos Boaventura de Moura *Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU*	Aprovado/Reprovado

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus por ter-me concedido força e fé para lutar pelos meus objetivos e não desistir nos momentos de fraqueza.

Agradeço aos meus pais por serem o meu porto seguro e o meu apoio, por me incentivarem em todas as minhas decisões e por sempre segurarem minha mão e enfrentarem qualquer situação comigo, seja em momentos de alegria ou de tristeza. À minha querida e amada irmã, que é a minha melhor amiga e o melhor presente que eu poderia ter ganhado. Ao meu esposo, que é o amor da minha vida e que me proporcionou a oportunidade de gerar o nosso bem mais precioso, o nosso filho Miguel, que é o meu ar e a minha vida. Agradeço também aos meus queridos avós, bisavô, tios e primos que são a minha alegria e fazem parte da minha vida e estão sempre no meu coração. Aos meus sogros e meu cunhado, que me acolheram em suas vidas como uma filha/irmã. A minha família é tudo o que eu tenho de mais precioso, e eu os honrarei sempre, pois amo muito vocês.

Agradeço as minhas amigas de infância que são como minhas irmãs do coração. A distância nunca foi capaz de separar o elo que existe entre nós e nossa amizade é forte, nos entendemos apenas por olhares. Aos meus queridos amigos da faculdade e, que foram a minha rocha durante todos estes anos, e são como minha família, e também aos queridos colegas da turma 79ª. Aos amigos de Uberlândia que me acolheram tão bem nesta cidade, e são extremamente queridos.

Agradeço aos profissionais envolvidos na execução deste caso e em especial, ao professor João Cesar que sempre se dispôs a me ajudar, e que carinhosamente se prontificou a me orientar neste trabalho. Professor, você possui um coração imenso e é uma pessoa iluminada e muito sábia, um exemplo como educador e também como pessoa. Obrigada, sou muito grata a você.

Obrigada Larissa Rodrigues por carinhosamente ter me ajudado com explicações cruciais para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço também a todos os professores que contribuíram para a minha formação durante a graduação, obrigada por todos os ensinamentos durante estes anos, os levarei por toda a minha vida.

SUMÁRIO

Resumo 5

Abstract 6

Introdução 7

Relato de Caso 10

Discussão 21

Conclusão 24

Referências Bibliográficas 25

RESUMO

O Ameloblastoma é uma lesão dos maxilares que apesar de sua natureza benigna é localmente invasivo, de crescimento progressivo e expansivo com tendência à recidivas quando não tratado adequadamente. A variante convencional representa aproximadamente 85% dos casos, com maior frequência na região de corpo e ramo mandibulares, evidenciando aspectos radiolúcidos multiloculares e não demonstrando predileção por sexo. Este trabalho relata o caso de uma paciente do sexo feminino, 37 anos de idade, que foi encaminhada para a clínica de estomatologia da FOUFU (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia) por um aluno recém-formado da mesma faculdade. O exame extraoral mostrava discreta assimetria da face do lado direito da paciente e intraoralmente via-se um aumento volumétrico junto dos molares inferiores deste lado com deslocamento dentários. Nos exames imaginológicos, via-se uma lesão osteolítica agressiva reabsorvendo as raízes dos dentes 46 e 48, com reabsorção basilar e expansão óssea periférica. As condutas propedêuticas foram conduzidas e o diagnóstico de Ameloblastoma plexiforme com microscopia obtido. A paciente foi submetida à devida cirurgia e aguarda o momento de enxertia óssea para devida reabilitação.

Palavras chave: Ameloblastoma, Tumores Odontogênicos, Medicina Bucal.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a lesion of the jaws that despite its benign nature is locally invasive, progressive and expansive growing with a tendency to relapse when not treated properly. The conventional variant represents approximately 85% of the cases, most frequently in the mandibular body and branch region, evidencing multilocular radiolucent aspects and not demonstrating sex predilection. This paper reports the case of a 37-year-old female patient who was referred to the stomatology clinic by a recent graduate student of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Uberlândia (FOUFU). The extraoral examination showed a slight asymmetry on the right side of the patient and intraorally a volumetric increase was seen along the lower molars of this side with dental displacement. In the imaging examinations, an aggressive osteolytic lesion was observed reabsorbing the roots of the teeth 46 and 48, with basilar reabsorption and peripheral bone expansion. The propaedeutic conducts were conducted and the diagnosis obtained by microscopy was Ameloblastoma of the plexiform type. The patient was submit to the appropriate surgery and waits for the moment of bone grafting for proper rehabilitation.

Keywords: Ameloblastoma, Odontogenic Tumors, Oral Medicine.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde[1](OMS), o ameloblastoma é um tumor odontogênico epitelial benigno, intra-ósseo, de crescimento progressivo e expansivo com tendência à recidivas quando não removido adequadamente. Foi descrito pela primeira vez em 1868 por Broca, e desde o início despertou grande controvérsia sobre a sua origem e sinonímia[2]. Teoricamente podem surgir dos restos epiteliais da lâmina dentária, de um órgão de esmalte em desenvolvimento, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico, ou das células basais da mucosa oral[3].

Desde os primeiros relatos, o ameloblastoma teve como sinônimo os seguintes termos: epitelioma adamantino, tumor de células basais, adamantinoma, odontoma epitelial, adamantinoblastoma, cistoadenoma adamantino, adamantinoma epitelial e carcinoma de resíduos de germe dental[4]. Atualmente, a denominação mais usada e aceita é a de ameloblastoma[1].

Em 2005, a OMS classificou o ameloblastoma em três tipos clínicos: sólido ou multicístico, desmoplásico ,unicístico e periférico/ extra ósseo. Em 2017 ocorreu uma reclassificação pela OMS quanto a terminologia dos ameloblastomas para uma versão mais simplificada, estabelecendo-se da seguinte maneira: Ameloblastoma (AM), Ameloblastoma Unicístico (AU), Ameloblastoma Extraósseo/Periférico (AE) e Ameloblastoma Metastatizante. O adjetivo "sólido/multicístico" antes usado para ameloblastoma multicístico/sólido foi descartado por não possuir significância biológica e gerar confusão com o ameloblastoma unicístico[1,2].

Os ameloblastomas correspondem a aproximadamente 10% a 30% de todos os tumores de natureza odontogênica[4]. Sua frequência relativa se iguala à frequência combinada de todos os outros tumores odontogênicos, excluindo os odontomas. Representam 1% dos tumores e cistos dos maxilares, acometendo com maior incidência a mandíbula em até quatro vezes mais que a maxila e com maior ocorrência em adultos entre a 3ª a 5ª década de vida não havendo predileção por sexo[3,5,8].

O tipo convencional representa 85% dos casos e possui uma tendência localmente invasiva, com alto índice de recidiva se não tratada corretamente. O ameloblastoma periférico é raro, corresponde a 1% dos casos e ocorre unicamente em tecidos moles que circundam a região dentária. O ameloblastoma unicístico corresponde a 14% das ocorrências, possui uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso e baixo índice

de recidiva, é uma variante do AM e mais de 90% dos casos envolvem a mandíbula, geralmente a região posterior [1,3-5,8].

O ameloblastoma metastizante é uma versão do ameloblastoma com potencial de metástase apesar de apresentar-se histologicamente benigno. É uma condição extremamente rara assim como o carcinoma ameloblástico, com incidência de 1,79 casos por 10 milhões de habitantes nos Estados Unidos (EUA). É definido pelo seu comportamento clínico, iniciando-se como uma lesão primária geralmente do tipo sólido ou multicistico que sofre depósitos metastáticos, que são em 70% dos casos em cavidades, 28% em linfonodos e 12% em ossos. Para a conclusão do diagnóstico em ameloblastoma metastizante, tanto as lesões primárias quanto as metastáticas deverão apresentar laudo histopatológico com características do ameloblastoma benigno. O seu prognostico e tratamento irão depender do local da metástase e da acessibilidade cirúrgica, e a quimioterapia e radioterapia não são indicadas[1].

A imaginologia dos ameloblastomas pode ser bem variada, o AM normalmente ocorre na região posterior da mandíbula representando por uma lesão radiolúcida bem definida multilocular com aspecto de “bolhas de sabão” ou “favos de mel”. A variante desmoplásica do AM usualmente mostra predileção pela maxila e aspecto de lesão fibro-óssea benigna. O AU usualmente mostra-se como uma lesão radiolúcida unilocular associada majoritariamente ao terceiro molar inferior. O AE naturalmente não tem incidência intraóssea porém pode causar erosão no osso adjacente a sua localização. O ameloblastoma metastatizante usualmente tem a apresentação imaginológica do AM[1,5,8-9].

Clinicamente podem apresentar-se como uma tumefação assintomática ou uma lesão de grandes proporções, podendo ocasionar perfuração das corticais ósseas, deslocamento e reabsorção dental por apresentarem caráter localmente agressivo. Raramente exibem um comportamento maligno com o desenvolvimento de metástases, mas ocasionalmente isso pode ocorrer [8].

Deve-se atentar ao diagnóstico diferencial do ameloblastoma, pois outras lesões podem possuir características radiográficas semelhantes,como a displasia fibrosa em sua fase radiolúcida, lesão central de células gigantes, mixoma, odontoma, cisto dentígero, queratocisto e lesões do tumor marrom do hiperparatiroidismo[4].

Classicamente, o diagnóstico do ameloblastoma é dado com base na anamnese, exames clínicos e imaginológicos e biópsia. Para obter-se o diagnóstico final é fei-

ta biópsia incisional, seguida de exame histopatológico [4]. O padrão folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulares, desmoplásico e de células basais são característicos do tipo AM e o padrão folicular e plexiforme são comumente encontrados. O tipo luminal, mural ou intraluminal plexiforme são as três variantes histopatologicas do ameloblastoma unicistico (AU). O ameloblastoma periférico/ extra ósseo (AE) apresenta ilhas de epitélio ameloblástico que ocupam a lâmina própria sob o epitélio superficial, e o epitélio em proliferação pode exibir características descritas no ameloblastoma (AM)[3,5,10].

Existem várias opções de tratamento descritas na literatura, que vão desde condutas conservadoras como a curetagem simples e crioterapia (método empregado apenas nos casos em que as lesões possuem pequenas proporções, com base mandibular íntegra, e em pacientes que podem ser acompanhados por longos períodos de tempo) até a ressecção segmentar [4].

Existem correntes divergentes quanto ao tipo de tratamento, embora alguns autores indiquem intervenção menos agressiva, como a curetagem e a enucleação, outros estudos indicam a cirurgia radical, ressecção marginal, ressecção segmentar e a desarticulação, no caso de ameloblastomas mandibulares. Para os ameloblastomas que acometem a maxila, métodos auxiliares e coadjuvantes de tratamento, como crioterapia e tratamento com laser CO^2 tem sido empregados para minimizar as recidivas, sendo bem discutidos na literatura, todos com vantagens e desvantagens[11]. O AM usualmente tem melhor indicação de resecção cirúrgica com margem de segurança além dos limites imaginológicos de 1 a 1,5 cm. O AU pode ser tratado por descompressão, considerando as lesões maiores, seguida de enucleação e curetagem periférica ou resecção cirúrgica com margem de segurança. O conhecimento do tipo histopatológico do AU, no momento da biópsia incisional, é importante para a melhor conduta nesta terapia. Os AU com microscopia intraluminal ou mural podem responder bem à enucleação com boa curetagem periférica, já o AU mural tem melhor resposta a eventuais recidivas se for tratado por ressecção marginal. O AE tem indicação de remoção conservadora. De qualquer maneira, os ameloblastomas são lesões extremamente recidivantes e a proservação deve superar os 15 anos [1,3,5].

O presente trabalho apresenta um relato de caso de uma paciente acometida de lesão mandibular identificada por um ex-aluno da FOUFU, cujo diagnóstico final foi de AM. Detalharemos toda a história envolvida no relato, destacando todas as condutas empregas pelos profissionais bem como as características clínicas, imaginológicas, histopatológicas e de tratamento envolvidos no caso.

RELATO DE CASO

Paciente M.V.M, do sexo feminino, 37 anos de idade, leucoderma, natural de Patrocínio, Minas Gerais, buscou por tratamento em uma clínica odontológica particular da cidade de Uberlândia por queixar-se de um aumento volumétrico assintomático em seu rosto no lado direito (Figura 1). A paciente foi examinada pelo cirurgião-dentista desta clinica (recém-formado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia-FOUFU) que, percebendo a discreta assimetria extraóssea e os deslocamentos dentários na região dos prováveis dentes 46 e 48 (Figura 2), solicitou uma radiografia panorâmica para melhor visualização. A radiografia panorâmica realizada revelava uma lesão radiolúcida bem destrutiva associada aos dentes 46 e 48 que mostravam avançadas reabsorções radiculares. Era possível perceber também significativa erosão da basilar mandibular adjacente e uma expansão óssea reacional periférica, representada por um halo radiopaco circular. Os dentes 45 e 47 encontravam-se ausentes. (Figura 3).



Figura 1. Foto extraoral da paciente em vista frontal.



Figura 2. Visão intraoral evidenciando os deslocamentos dentários e o abaulamento na região .



Figura 3. Radiografia panorâmica evidenciando imagem radiolúcida destrutiva causando reabsorções radiculares severas, reabsorções basilares e radiopacidade compatível com expansão óssea vestibular .

O profissional com menos de um ano de formação pela FOUFU, percebendo a gravidade da lesão mandibular, prontamente entrou em contato com um docente da área de diagnóstico estomatológico da referida faculdade encaminhando a paciente para atendimento em caráter de urgência.

Em sua consulta no ambulatório de estomatologia da FOUFU, a paciente relatou ser etilista socialmente e ter sido tabagista por 3 anos, interrompendo o hábito há 6 anos. A paciente também informou ter enxaqueca, dificuldade na oclusão por causa da lesão e negou qualquer alteração sistêmica. Para melhor detalhamento lesional foi então realizada uma tomografia computadorizada de feixe cônico que demonstrou por meio de reconstruções multiplanares abaulamento vestíbulo-lingual da lesão, com grande destruição óssea envolvida, reabsorções basilares, reabsorções radiculares dos molares 46 e 48 e uma expansão óssea circular periférica externa (Figura 4).

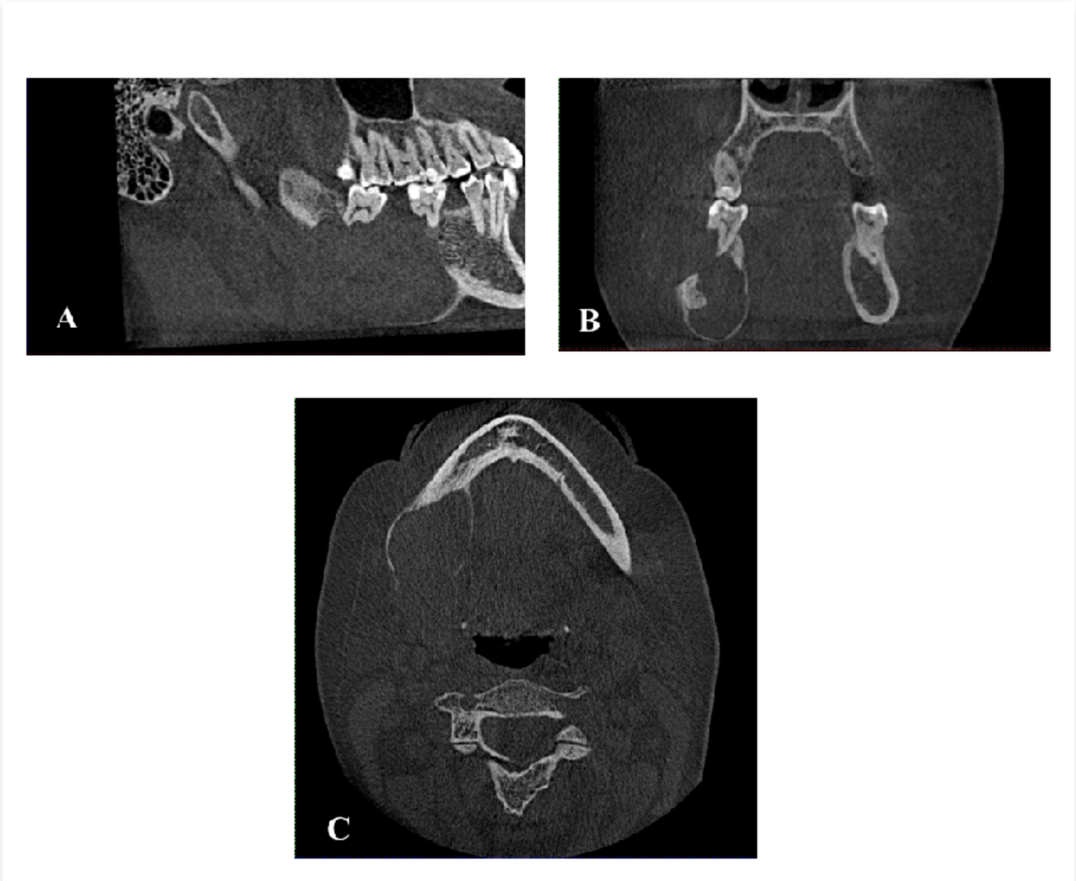


Figura 4. Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico demonstrando extensão da lesão e estruturas adjacentes. Reconstrução Sagital (A), Coronal (B) e Axial (C) evidenciando o caráter destrutivo e expansão da lesão .

Diante dos achados clínicos e imaginológicos, decidiu-se por efetuar uma punção aspirativa, a qual foi negativa para conteúdo líquido. No mesmo tempo cirúrgico, uma biópsia incisional foi conduzida e em seguida a cavidade foi suturada (Figura 5 A e B). Frente a todos os dados coletados as hipóteses de diagnóstico foram de Ameloblastoma Convencional ou de alguma neoplasia maligna dos maxilares.

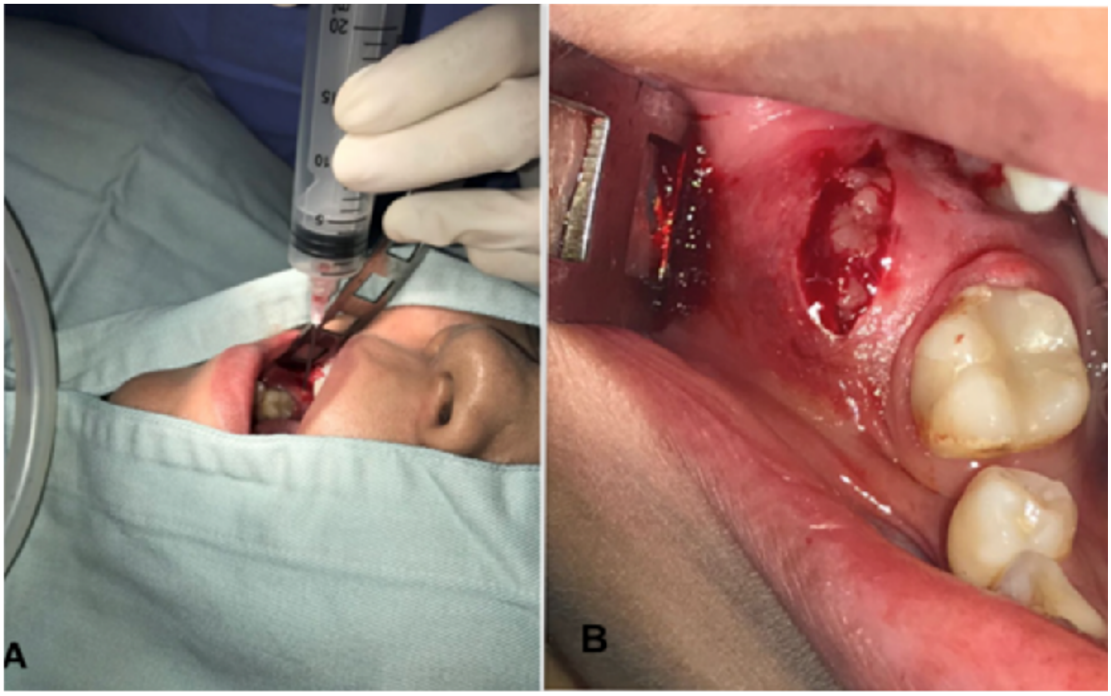


Figura 5. Punção aspirativa negativa para líquido (A) e biopsia incisional (B).

O material coletado foi armazenado em formol a 10% e encaminhado ao laboratório de patologia oral e maxilo-facial da UFU. Orientou-se quanto aos cuidados pós operatórios e a paciente foi remarcada para remoção da sutura, e avaliação pós cirúrgica em sete dias.

Em exame microscópico pós biopsia, os cortes histológicos evidenciaram fragmentos da lesão posterior de mandíbula constituída por ninhos, ilhotas e lençóis de células epiteliais neoplásicas de natureza odontogênica embebidas em um estroma fusocelular vascularizado. Com presença de células colunares, semelhantes a pré-ameloblastos, que circunscrevem uma área formada por células frouxamente arranjadas que se assemelham ao retículo estrelado do órgão do esmalte. Foram percebidas áreas de celularidade densa, em que as células perdem a diferenciação ameloblástica, exibindo anisocariose e hipercromatismo nuclear e discreto pleomorfismo.

No entanto, figuras de mitose não foram observadas. Em vários locais, essas células formam pequenos aglomerados celulares que indicam intensa atividade proliferativa e, ao mesmo tempo, deturpam o arranjo comumente visto no ameloblastoma clássico. Na periferia de alguns fragmentos é possível observar a presença de um arranjo mais acantomatoso com células exibindo um padrão morfológico poliédrico e citoplasma eosinofílico. Estas características descritas no laudo histopatológico , sugeriram então Neoplasia Epitelial Odontogênica, com diferenciação ameloblástica, compatível com ameloblastoma.O laudo histopatológico, também revelou áreas de maior densidade celular, exibindo anaplasia, deixando dúvidas sobre a possibilidade de transformação maligna, sugerindo carcinoma ameloblástico (secundário) (Figura 6).

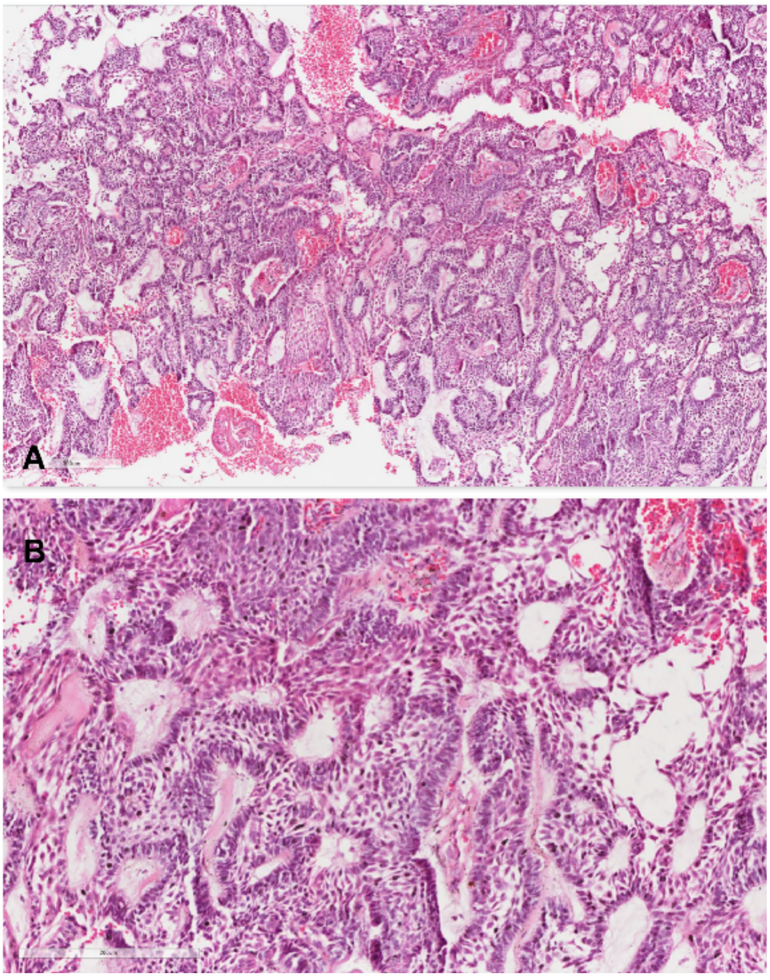


Figura 6. Aspecto histopatológico da lesão em ampliação de 10 (A) e 40 vezes (B), pós biopsia incisional.

Após 15 dias a paciente retornou à clínica de diagnóstico para remoção das suturas e avaliação da região biopsiada. Sendo informada quanto ao resultado da biopsia. Explicou-se que o diagnóstico primário foi de ameloblastoma convencional, e que caberá um maior estudo de novo material coletado para melhor caracterização da

lesão, uma vez que existe eventual possibilidade de tratar-se de Carcinoma Ameloblástico.

Diante do risco de tratar-se de um Carcinoma Ameloblástico e não somente de um AM, a cirurgia foi combinada em parceria da equipe de CTBMF com a equipe de Cabeça e Pescoço. O planejamento cirúrgico consistiu em realização de ressecção cirúrgica mandibular com extensão das margens até aproximadamente 1,5 cm além dos limites visualizados nos exames imaginológicos. Para que houvesse a confecção de uma placa de titânio pré-moldada para instalação imediata pós ressecção, uma Tomografia Computadorizada Espiral/Helicoidal foi realizada e dois protótipos (biomodelo) mandibulares foram obtidos, um modelo com a lesão e o outro espelhado com o lado saudável para servir de modelagem para a placa. (Figuras 7, 8 e 9)

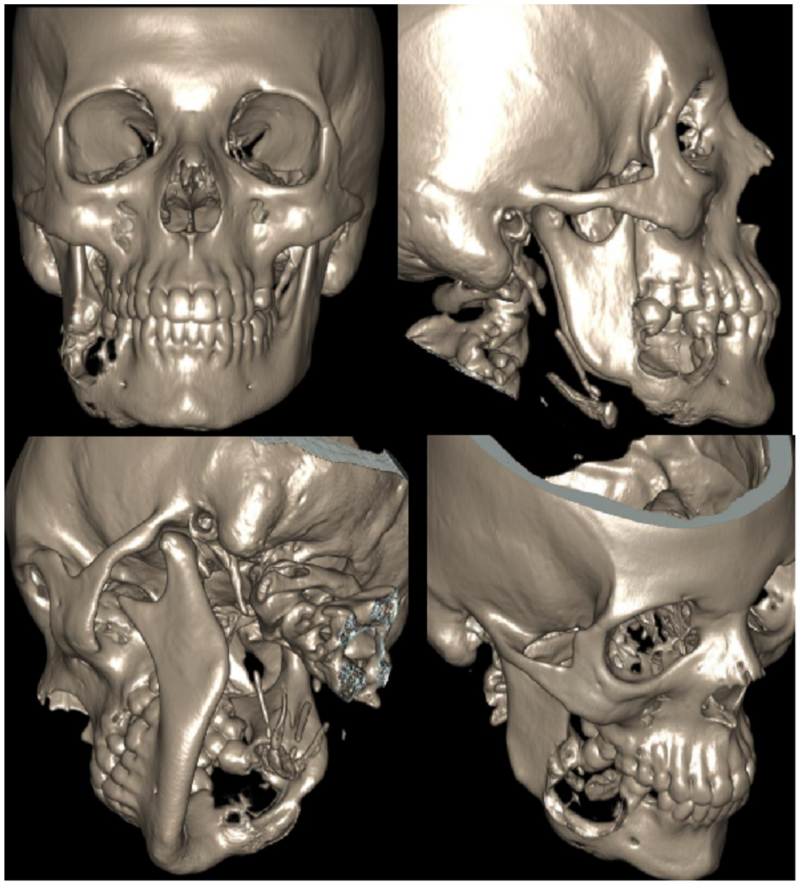


Figura 7. Imagens de Tomografia Computadorizada Espiral/Helicoidal pré-cirúrgica.

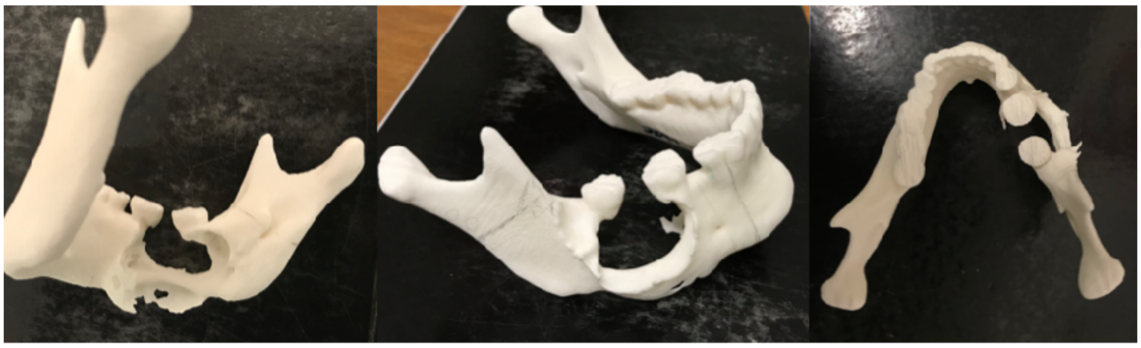


Figura 8. Biomodelo mandibular evidenciando a lesão mandibular.



Figura 9. À esquerda o biomodelo espelhado sem a lesão e à direita o biomodelo retratando a realidade da presença lesional.

Para o acesso da lesão, foi feita abordagem extra-bucal através de acesso submandibular estendido para borda inferior da mandíbula. A ressecção mandibular foi feita com 1,5 cm de margem de segurança, da região de forame mentual a partir do dente 44 estendendo-se até a porção superior do ramo mandibular, preservando em média 2 cm para a fixação da porção superior da placa. Para tanto, foi realizado bloqueio maxilo-mandibular (BMM) para manutenção da oclusão a fim de promover estabilização da mandíbula no ato cirúrgico (Figura 10). Utilizou-se uma placa rígida de titânio do sistema 2.7, e sua fixação foi realizada por dois parafusos na porção superior da placa com 2 cm de distância do processo coronoide , e na porção inferior da placa foi utilizado 3 parafusos em região de sínfise mandibular, e ambos são biocorticais do tipo locking. (figura 11 A; B; C e D)

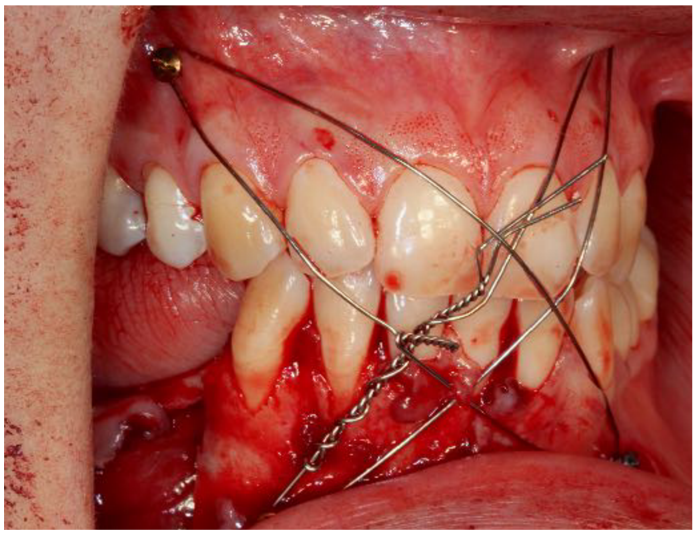


Figura 10. Bloqueio Mandibular realizado com fios ortodônticos sustentados transversalmente por quatro mini-parafusos .Sendo 2 fixados bilateralmente em região vestibular de maxila e 2 em mandíbula.

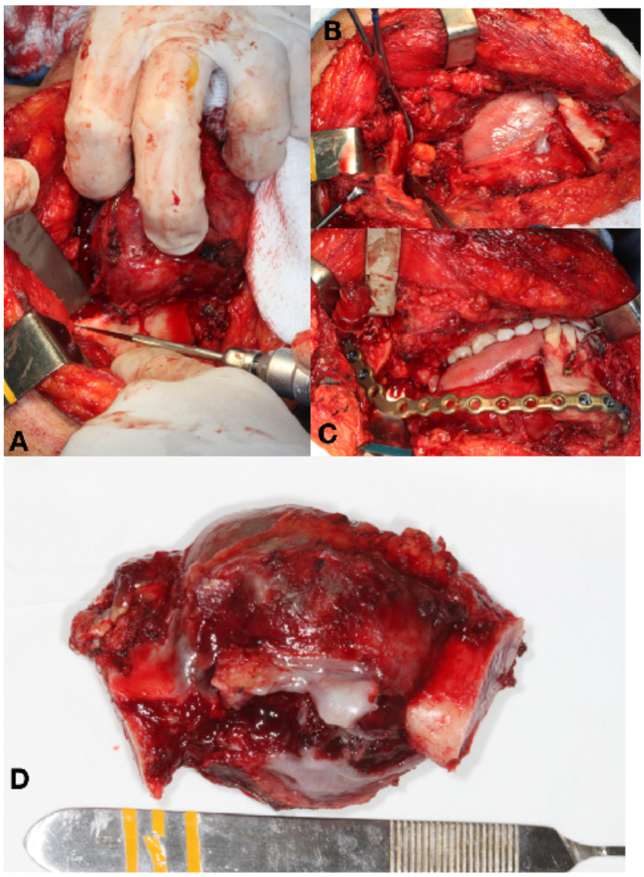


Figura 11. Ressecção cirúrgica com margem de segurança (A e B), instalação da placa de titânio (C) e peça cirúrgica pós remoção.

O material coletado após a ressecção mandibular do lado direito, foi colocado em frasco contendo formalina, e enviado para análise laboratorial. No seu exame macroscópico, o material apresentou estrutura irregular constituída por osso de 7,3 cm de comprimento apresentando tumoração ovóide de 5,5 x 5,0 x 3,7 cm, de cor parda e consistência macia. Aos cortes, a tumoração apresentou cavidade preenchida por sangue, e no mesmo frasco, acompanharam dois dentes. (Figura 12)

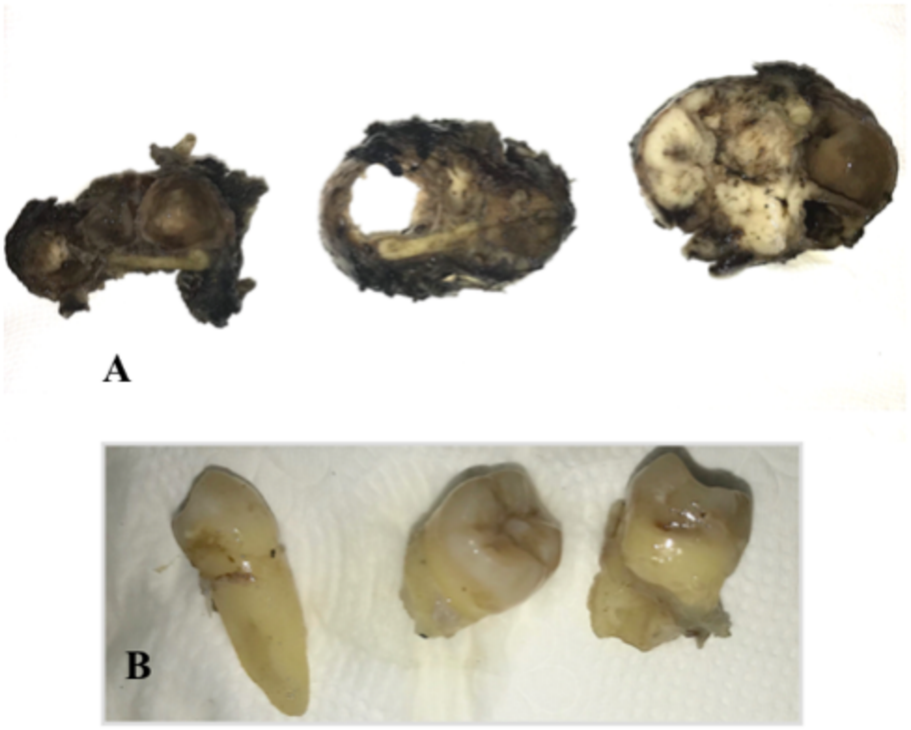


Figura 12. Aspecto macroscópico da lesão ressecada e dividida em 3 partes (A) para análise e dentes 44, 46 e 48 (B) extraídos durante a cirurgia.

Para análise microscópica, foram processados seis fragmentos representativos de tecido mole em cinco blocos, e margens cirúrgicas ósseas sendo descalcificadas. Após a análise microscópica, o diagnóstico foi de ameloblastoma do tipo plexiforme com margem cirúrgica circunferencial livre de neoplasia e margens cirúrgicas ósseas em descalcificação, microscopicamente livres de neoplasia. Sendo assim, exclui-se a possibilidade de se tratar de uma transformação maligna secundária, fechando o diagnóstico em neoplasia epitelial benigna compatível com ameloblastoma do tipo plexiforme (figura 13).

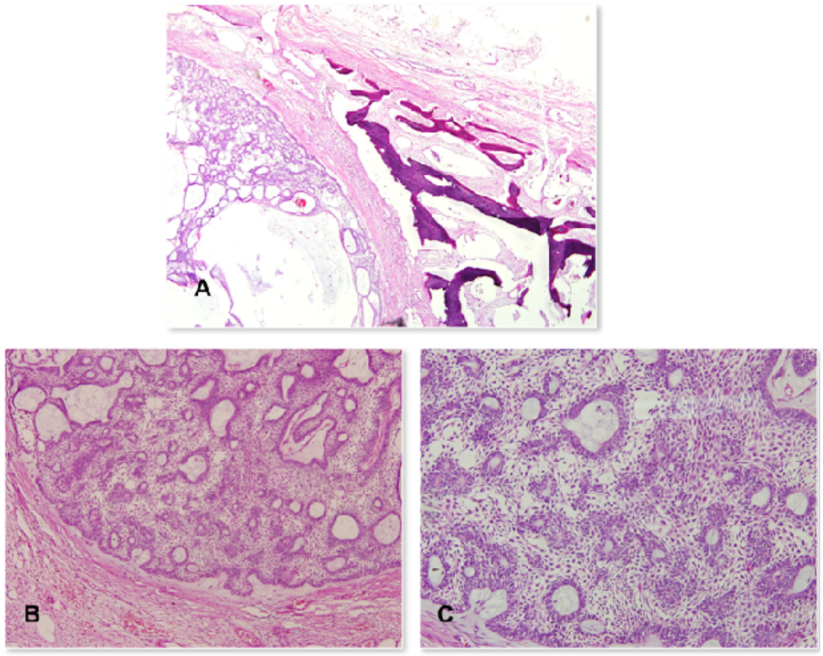


Figura 13. Aspecto da microscopia (A, B, C) pós ressecção.

Para visualização do aspecto pós cirúrgico foi realizado radiografia panorâmica um dia após a cirurgia, evidenciando a obtenção do que foi planejado anteriormente, também e foi feita Tomografia Computadorizada Espiral/Helicoidal após 7 dias. (Figura 14 A e B).

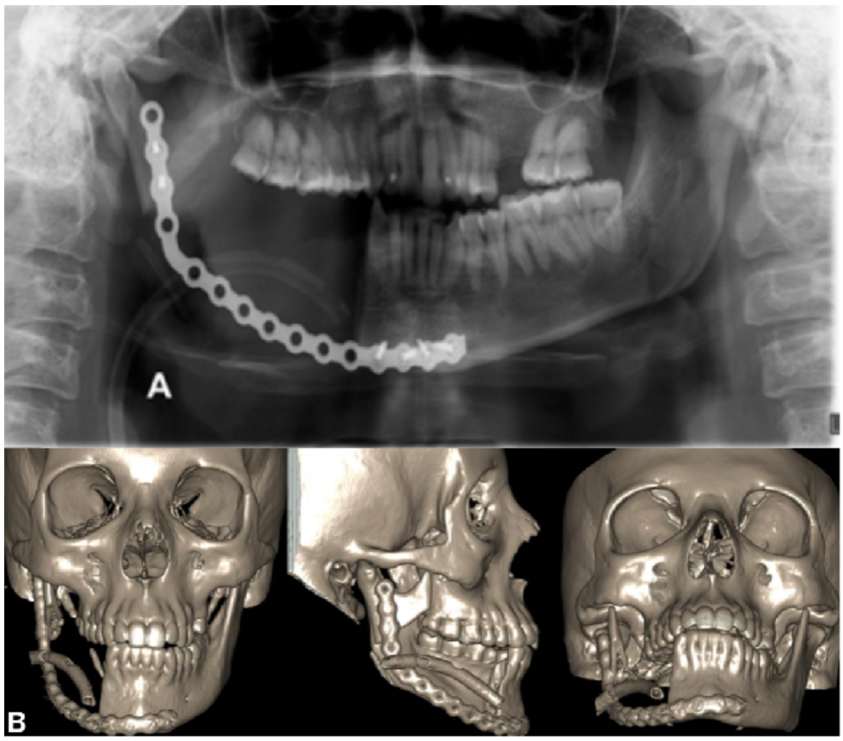


Figura 14. Imagem panorâmica após 1 dia de cirurgia (A) e Tomografia Computadoriza Espiral/Helicoidal pós cirúrgica (B).

A paciente recuperou-se bem da cirurgia e relatou em um retorno certa dificuldade de abrir a boca, mas percebia estar melhorando progressivamente. Em acompanhamentos de 3 meses, podíamos ver uma considerável cicatriz na região operada e normalidade da região operada (Figuras 15 A; B; C e 16). A paciente segue em acompanhamento e aguardará, no mínimo 6 meses, para o planejamento de enxerto ósseo na região operada.



Figura 15. Aspecto extraoral após 3 meses de cirurgia. É possível perceber extensa cicatriz em região submandibular (A), discreta assimetria facial em vista frontal (B) e aspecto em vista lateral direita (C).



Figura 16. Aspecto intraoral após 3 meses de cirurgia.

DISCUSSÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico de extrema relevância clínica uma vez que apresenta um curso normalmente bastante agressivo localmente, com altas taxas de recidiva e eventual capacidade metastática . A lesão vem sendo alvo de estudos frequentes por parte dos pesquisadores, havendo recentemente o foco nas alterações genéticas que mais comumente afetam os indivíduos acometidos, como por exemplo o gene BRAV600E[1,12]. Importante ressaltar também as frequentes mudanças nas classificações do ameloblastoma, baseado em suas variadas características clínicas, imaginológicas, histopatológicas e de respostas às diversas possíveis terapias empregadas.

O diagnóstico precoce é fundamental para que os tumores ameloblásticos possam ter a menor morbidade possível[13]. O presente caso relatado foi identificado inicialmente por um profissional com apenas 1 ano de formação. Embora a lesão já estivesse com dimensões avantajadas, foi importante a rapidez com que o profissional recém-formado teve em buscar o pronto atendimento da paciente após ter explorado as características clínicas e imaginológicas do caso. Vale o destaque que o próprio profissional, após identificar alterações clínicas intraorais, solicitou a radiografia panorâmica inicial. Posturas proativas, como a que o recém-formado teve, talvez sinalizem para uma formação mais antenada e embasada em conhecimentos estomatológicos mais consistentes se comparada com a formação de décadas anteriores.

Atualmente, duas subclassificações mais comuns dos ameloblastomas são a variante convencional e a variante unicística. A variante unicística comumente envolve faixas etárias mais jovens, especialmente a segunda década de vida, tendo a lesão um aspecto cístico, bem delimitado e por vezes unilocular. Já a variante convencional usualmente acomete indivíduos mais velhos e apresenta com frequência o aspecto multilocular [5,14,15]. No presente caso, a lesão apresentava-se como um aumento volumétrico assintomático, em região de molares inferiores direito e com discreta assimetria facial. Radiograficamente apresentava-se como uma lesão radiolúcida, bem delimitada, com expansão das corticais ósseas, movimentação e reabsorção das raizes dos molares presentes, dentes 46 e 48.

O caso apresentado não evidencia os aspectos comumente característicos do ameloblastoma convencional que geralmente aparenta-se imaginologicamente como bolhas de sabão ou favos de mel, uma vez que pode-se perceber uma grande área osteolítica unilocular causando grande destruição óssea local. Sendo assim, a hipóte-

se de ameloblastoma convencional foi considerada, mas também a possibilidade de uma neoplasia maligna dos maxilares foi considerada factível já que as formas localmente agressivas dos ameloblastomas podem ter aspecto semelhante aos das neoplasias malignas[16].

O laudo histopatológico da biopsia incisional foi compatível com ameloblastoma e foram analisados microscopicamente ninhos, ilhotas e lençois de células epiteliais neoplásicas de natureza odontogênica embebidas por um estroma fusocelular vascularizado com presença de células colunares semelhantes a pré-ameloblastos. Estas características observadas, descrevem o padrão histológico plexiforme e de acordo com a literatura este tipo é comumente encontrado [3].

Os carcinomas ameloblásticos exibem menor diferenciação microscópica exibindo atipias citológicas e figuras de mitose. Os carcinomas ameloblásticos podem apresentar-se histopatologicamente tanto como padrão folicular ou plexiforme dos ameloblastomas e atividades mitóticas isoladas não podem ser interpretadas como fator de malignidade já que sua definição se dá por uma combinação de características citológicas de malignidade[6]. Portanto, por mais que células mitóticas não foram encontradas no exame microscópico da lesão do caso relatado, a presença de células atípicas deturparam o padrão frequentemente encontrado no ameloblastoma, gerando dúvidas sobre a possibilidade de eventual transformação maligna. As análises microscópicas da lesão após a cirurgia ressectora final confirmaram o diagnóstico em ameloblastoma do tipo plexiforme.

Os ameloblastomas convencionais tendem-se a infiltrar-se entre as trabéculas ósseas do osso esponjoso na periferia da lesão, antes da reabsorção óssea tornar-se evidente radiograficamente[17]. Sendo assim, a verdadeira margem do tumor muitas vezes estende-se além da aparente margem clínica ou radiográfica. Desta forma, tratamentos simples como a enucleação ou curetagem possuem grande potencial de recidiva. Em função disto, é requerido um tratamento de caráter mais agressivo. Por estas evidências, a escolha de tratamento para o caso relatado foi a mais amplamente utilizada, que é a de ressecção marginal com margem de segurança de 1,5 cm além dos limites imaginológicos para assegurar-se de não ocorrer recidivas pós cirúrgica.

Como método auxiliar para determinar a extensão da lesão e facilitar o planejamento cirúrgico, foi obtido um modelo anatômico através da Tomografia Computadorizada Espiral e enviado o escaneamento para obtenção do modelo prototipado por impressão 3D. Adquirir uma réplica sólida da anatomia do paciente, é um método que facilita a intervenção e a prática cirúrgica, possibilitando verificar de forma mais preci-

sa a extensão da patologia e a relação desta com as estruturas adjacentes envolvidas, além de permitir que os materiais e instrumentos que farão parte do procedimento cirúrgico sejam utilizados no modelo anatômico[18]. O presente caso utilizou placa de titânio do tipo 2.7 pré moldada no biomodelo como forma de reconstrução, com intuito de facilitar a adaptação da mesma e promover uma melhor conformidade facial para a paciente.

Mais de 50% das recorrências ocorrem dentro de 5 anos após o tratamento inicial, e um acompanhamento ao longo da vida deve ser considerado por pelo menos 25 anos[19–22]. Outros autores dizem que as recorrências podem ocorrer entre 10 a 20 anos após o tratamento inicial[3,5], mas ambos concordam quanto ao acompanhamento. Neste contexto, a paciente que já se encontra em proservação clínico-radiográfico de aproximadamente 5 meses, deverá continuar comparecendo ao ambulatório de estomatologia por no mínimo 20 anos.

CONCLUSÕES

O Ameloblastoma é um tumor benigno dos maxilares extremamente revelante que justifica conhecimentos mínimos por parte dos profissionais com relação à suas características clínicas, imaginológicas e terapêuticas.

Biomodelos prototipados são ferramentas de planejamento essenciais para adaptação das placas rígidas e redução do tempo cirúrgico.

A obtenção de um biomedolo para estes casos mais complexos contribuem para um melhor desempenho cirúrgico, facilitando uma melhor visualização da extensão da lesão reduzindo o tempo de intervenção.

Embora a lesão do presente relato de caso estivesse com dimensão relativamente grande, a atuação do profissional foi essencial no sentido de prontamente encaminhar a paciente para o devido tratamento.

REFERÊNCIAS

1.Vered M, Muller S, Heikinheimo K. Ameloblastoma. World Health Organization. 2017: 215-218.

2. Fonseca ECD, Pinto DD S, Castro ALD, Saba LMB, Sanvitto LC. Ameloblastoma: apresentação de 56 casos. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 1986; 40* (2): 186-7, 190-1, 194-6.

3. Neville BW. et al. Patologia oral e maxilofacial. 3ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

4. Domingues Martins M, Alves Rosa O, Trevizani Martins MA., Kalil Bussadori S, Porta Santos Fernandes K .Ameloblastoma: revisão de literatura. ConScientiae Saúde. 2007; 6 (2): 268-278.

5. Regezi JA. et al. Patologia Oral. 5ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier 2008.

6. Odell EW, Muller S, Richardson M. World Health Organization. 2017; 2017: 206-207.

7.Coelho PM, Dos Santos Silveira O, De Andrade E L S P, Assunção C, Cardoso A, Manzi FR. O uso da tomografia computadorizada multislice como meio

auxiliar no diagnóstico do Ameloblastoma: relato de um caso clínico. Arquivo Brasileiro de Odontologia. 2013; 9 (2): 54-58.

8. Lopes SL, Flores IL, Gamba T, Ferreira-Santos RI, Leoneli de Moraes ME, Cabello AA*, et al*. Aggressive unicystic ameloblastoma affecting the posterior mandible: late diagnosis during orthodontic treatment. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg 2017; 43 (2):115-119

9. Suma MS, Sundaresh K J, Shruthy R, Mallikarjuna R. Ameloblastoma: an aggressive lesion of the mandible. *BMJ case reports. 2013; 10: 1-5.*

10. Garcia GN, Oliveira DT, Rodrigues MT. Unicystic Ameloblastoma with Mural Proliferation Managed by Conservative Treatment. Case Reports in Pathology. 2016; 2016: 1-4.

11. Raldi FV, Filho R, Moraes M, Neves AC. Tratamento de ameloblastoma. *Revista Gaúcha de Odontologia. 2010; 58 (1): 123-126.*

12. Diniz, MG, Guimarães BVA., Pereira NB, de Menezes GHF, Gomes CC, Gomez RS. DNA damage response activation and cell cycle dysregulation in infiltrative ameloblastomas: a proposed model for ameloblastoma tumor evolution. Experimental and molecular pathology. 2017; 102 (3): 391-395.

13. Ribeiro BB, Guerra L M, Galhardi WMP, Cortellazzi K L. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. Odonto. 2012; 1 (1): 61-70.

14. Henriques ACG, Cazal C, Fonsêca DDD, Bello DMDA, Araújo NC, Castro J FLD.- Considerações sobre a Classificação e o Comportamento Biológico dos Tumores 2626 Odontogênicos Epiteliais: revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia. *2009; 55* (2): 175-184.

15. Al Sineedi F, Aruveetil YA, Kavarodi AM,Harbi SO. . Bilocular unicystic ameloblastoma of the mandible in a 9 yr old child–A diagnostic and management dilemma. The Saudi Dental Journal. *2018; 30* (3):250 - 255.

16. de Sá ACD, Zardo M, Junior AJDOP, de Souza RP, Neme MP, Sabedotti I, Rapoport A. Ameloblastoma da mandíbula: relato de dois casos. Radiologia Brasileira. 2004 37 (6): 465-468.

17. Vale DS, Araujo MM, dos Santos L M, Brêda Jr M A, & Santos MBP. Ameloblastoma multicístico em mandíbula: Relato de caso. *Rev. bras. cir. cabeça pescoço (Impr.). 2010; 39* (2): 146-148.

18. Corrêa APS, Brust AWA, Jesus GPD. Prototipagem rápida: Um método auxiliar no tratamento de ameloblastoma–relato de caso. *Revista de Odontologia da UNESP. 2010: 39* (4): 247-254.

19. Antonoglou, G. N., & Sándor, G. K. (2015). Recurrence rates of intraosseous ameloblastomas of the jaws: a systematic review of conservative versus aggressive treatment approaches and meta-analysis of non-randomized studies. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, *43*(1), 149-157.

20. de AC Almeida, R., Andrade, E. D. S., Barbalho, J. C., Vajgel, A., & Vasconcelos, B. D. E. (2016). Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, *45*(3), 359-367.

21. Laborde, A., Nicot, R., Wojcik, T., Ferri, J., & Raoul, G. (2017). Ameloblastoma of the jaws: Management and recurrence rate. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases*, *134*(1), 7-11.

22. Moraes, FBD, Cardoso RMN, Rodrigues SV, Dutra MVF, Pereira UR, Borges TRSA. (2014). Ameloblastoma: a clinical and therapeutic analysis on six cases. Revista brasileira de ortopedia. *2014; 49* (3):305-308.