

Tratamento de ameloblastoma

Treatment of ameloblastoma

Fernando Vagner RALDI¹
 Rubens GUIMARÃES-FILHO²
 Michelle Bianchi de MORAES¹
 Ana Cristina Claro NEVES²

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno de origem epitelial, com crescimento lento, frequentemente encontrado na mandíbula ou maxila. Os sintomas são mínimos, sendo raramente percebido pelo paciente nos estágios iniciais, vindo a ser diagnosticado, às vezes, ao acaso, em exames radiográficos de rotina. Clinicamente apresenta-se como um abaulamento endurecido que cresce lentamente, permanecendo a mucosa regional com aspecto normal. Raramente com solução de continuidade ou infecção, o ameloblastoma invade os espaços entre os trabeculados ósseos sem reabsorvê-los, além de expandir o osso compacto sem invadi-lo, podendo, entretanto, propagar-se pelo canal mandibular. Sua denominação é dada devido à semelhança com as células do órgão de esmalte e apresenta um comportamento biológico único que leva a controvérsias quanto à melhor forma de tratamento. Neste caso clínico é descrito o caso de ameloblastoma unicístico, localizado na região retromandibular esquerda, com acompanhamento de oito anos. Os diagnósticos clínico e radiográfico foram confirmados através de exame histopatológico. O tratamento proposto foi a enucleação, sem ressecção marginal. **Termos de indexação:** ameloblastoma; terapêutica; tumores odontogênicos.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor of epithelial origin, with slow growth, frequently found in the mandible or maxilla. The symptoms are unnoticeable, rarely being perceived by the patient in the initial stages, and are sometimes diagnosed by chance in routine radiographic exams. Clinically, it is a hardened curvature that grows slowly, and the regional mucosa remains with the normal appearance. There is rarely a solution of continuity or infection. The ameloblastoma invades the spaces between the trabeculated bones without reabsorbing them, and expands the compact bone without invading it, however, it may propagate through the mandibular canal. It has been given this name due to its similarity to the cells of the enamel organ and it has a unique biological behavior that leads to controversy with regard to the best form of treatment. This clinical case describes the case of a unicystic ameloblastoma located in the left retromandibular region with eight years of follow-up. Clinical and radiographic diagnosis was confirmed through the histopathologic exam. Treatment proposed was enucleation without marginal dissection.

Indexing terms: ameloblastoma; therapeutics; odontogenic tumor.

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico epitelial que representa aproximadamente 10% de todos os tumores odontogênicos e 1% de todos os cistos e tumores da mandíbula¹⁻².

É uma neoplasia odontogênica benigna de origem ectodérmica, que pode se originar do epitélio odontogênico ou ainda das células da camada basal do epitélio de revestimento dos maxilares³. Embora, ainda, exista controvérsia sobre a origem do ameloblastoma, recentemente a teoria da lâmina dental tem sido mais aceita em relação à do órgão do esmalte, restos epiteliais, células da camada basal da superfície epitelial, ou epitélio dos cistos odontogênicos².

Cerca de 80% dos ameloblastomas ocorrem na mandíbula^{2,4-7} e, ainda que seja uma doença de caráter histológico benigno, apresenta alto poder destrutivo local⁴. É um tumor de idade adulta, sem preferência por sexo ou raça. É, quase sempre, diagnosticado a partir da segunda década de vida⁸. De acordo com Costa et al.¹, Curi et al.² e Rosa et al.³, a prevalência da lesão dá-se em geral na quarta década de vida.

Clinicamente, o ameloblastoma é caracterizado por um crescimento lento, aumento de volume indolor e expansão envolvendo os ossos, levando a uma deformidade facial²⁻³. Ocorre mais comumente na mandíbula, principalmente na região posterior, e com menor frequência na maxila².

Radiograficamente, o ameloblastoma é descrito como uma lesão de imagem radiolúcida, com aspecto de favos de mel ou bolhas de sabão, que representam as cavidades císticas.

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia, Campus São José dos Campos, Eng. Francisco José Longo, 777, Jardim São Dimas, 12245-000, São José dos Campos, SP, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: R. GUIMARÃES - FILHO. E-mail: <rbguima@uol.com.br>.

² Universidade de Taubaté, Faculdade de Odontologia, Taubaté, SP, Brasil.

Na literatura, há relatos de tumores apresentando imagem cística uni ou multilocular^{1,6,9-10} e pode determinar reabsorção ou deslocamento de elementos dentários¹.

O ameloblastoma tem sido classificado de acordo com seu aspecto clínico e radiográfico em três tipos principais: a) ameloblastoma periférico: não pode ser diagnosticado radiograficamente; b) ameloblastoma multicístico: radiograficamente é evidenciado como imagem radiolúcida multilocular descrita como “bolhas de sabão” e apresenta comportamento agressivo e c) ameloblastoma unicístico: seu aspecto radiográfico é de uma área radiolúcida arredondada e bem delimitada. Apresenta comportamento menos agressivo que o ameloblastoma multicístico³.

Em relação ao tipo de tratamento, há correntes divergentes, 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, tratamento com laser CO₂, tem sido empregados para minimizar as recidivas, sendo bem discutidos na literatura, todos com vantagens e desvantagens^{3,6,8}.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 24 anos, leucoderma, apresentando bom estado geral de saúde, compareceu ao Serviço de Odontologia da Faculdade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, *campus* São José dos Campos (SP), apresentando discreto aumento de volume na região de ângulo de mandíbula esquerdo, sem limitação funcional dos movimentos, sem queixa dolorosa e/ou quadro febril. Apresentava como queixa principal, uma assimetria facial (Figura 1).

Após anamnese, exame físico e radiográfico foi diagnosticado uma área radiolúcida ao redor e envolvendo o dente 38, a qual se estendia ao ramo ascendente chegando próximo à chanfradura sigmóide (Figura 2).

Uma biópsia incisional foi realizada sob anestesia local. Após apresentar punção negativa, a região foi exposta e uma peça obtida foi encaminhada ao exame histopatológico, que diagnosticou ameloblastoma unicístico.

O tratamento proposto foi a enucleação da lesão e exodontia dos dentes 37 e 38, sob anestesia geral, em ambiente hospitalar. Para o período pós-operatório, controle clínico e radiográfico (Figuras 3 a 6).

Atualmente o caso apresenta oito anos de controle, estando a paciente sem sinais de seqüela. Porém no último exame radiográfico realizado, a região tratada apresentou uma imagem questionável em relação a uma possível recidiva da lesão.

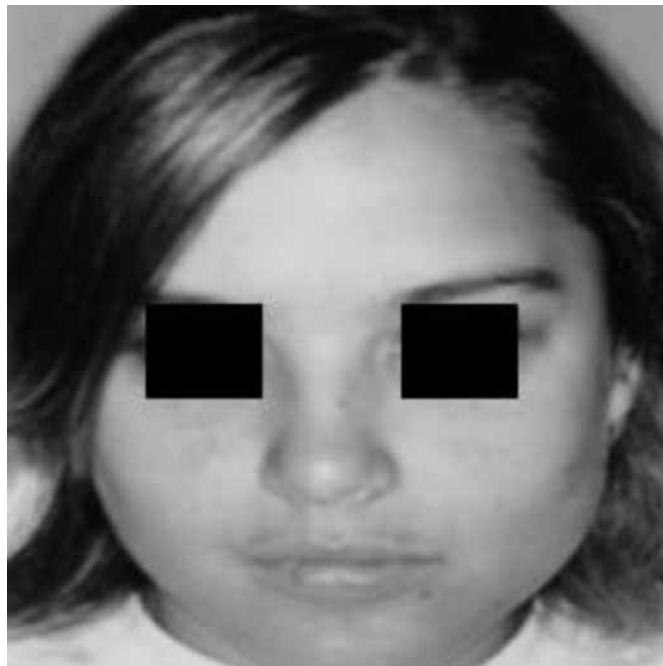


Figura 1. Assimetria facial.

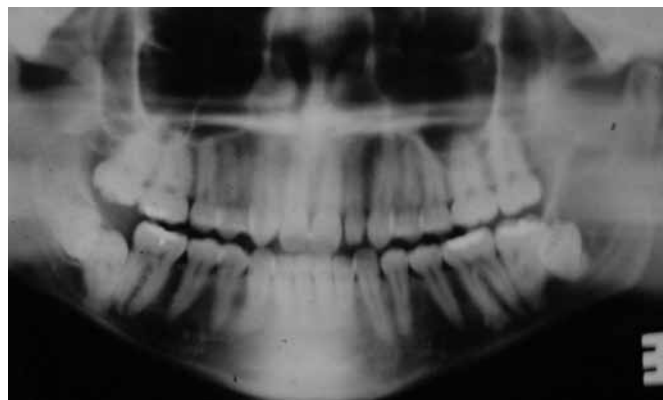


Figura 2. Dente 38 associado a lesão radiolúcida.

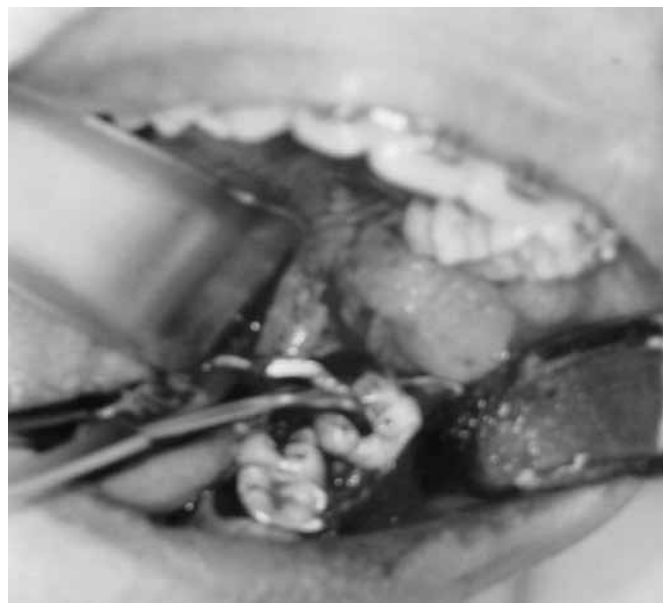


Figura 3. Exodontia do elemento dentária.

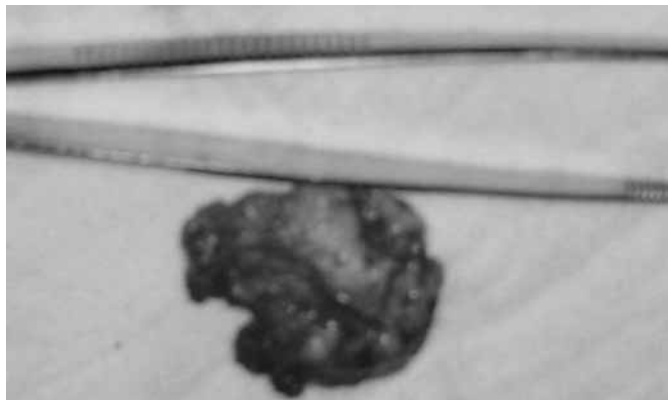


Figura 4. Peça encaminhada ao exame histopatológico.



Figura 5. Controle imediato.



Figura 6. Controle radiográfico com 3 anos.

DISCUSSÃO

Embora Curi et al.² e Rosa et al.³, tenham relatado que o ameloblastoma incide frequentemente na quarta década da vida, neste caso a lesão foi evidenciada na região posterior da mandíbula de um indivíduo de 24 anos.

A terapia mais indicada para o tratamento dos ameloblastomas, segundo a literatura, é a cirurgia radical com margem de segurança ou a ressecção hemimandibular^{4,7-8}.

Porém, Becelli et al.⁵ só aplicam o tratamento cirúrgico considerando alguns fatores, como o estado de saúde do paciente, a idade, e a localização e extensão do tumor,

Entretanto é importante ressaltar que, cada vez mais, estas lesões vêm sendo diagnosticada em pacientes jovens, o que tem encorajado alguns profissionais a optarem pelo tratamento menos invasivo⁴. De acordo com Jorge et al.⁴ o tratamento conservador é contra-indicado como tratamento definitivo, já que, em alguns casos, pode ocorrer a recidiva da lesão de forma agressiva. Quando é realizada a curetagem da lesão, pode haver a transformação maligna do ameloblastoma, com metástases locais, regionais e à distância. No estudo feito por Nakamura et al.¹¹, considerou como método de tratamento o cirúrgico radical e o conservador, o qual incluía marsupialização, marsupialização com enucleação e curetagem, e apenas a enucleação com curetagem. Adicionalmente, é importante lembrar que o tratamento radioterápico é contra-indicado devido à possibilidade de osteorradionecrose e transformação maligna^{5,12}. Porém Miller et al.⁶, afirmam que a ressecção cirúrgica da lesão inicial é o tratamento de escolha e nos casos de recorrência da lesão, a ressecção cirúrgica, com radioterapia pós-operatório pode ser usada. O ameloblastoma raramente apresenta metástases e quando presentes, são recorrências de múltiplas ressecções da lesão primária.

Segundo Curi et al.², o tratamento conservador apresenta alta taxa de recidiva, 90% na mandíbula e 100% na maxila. Já Nakamura et al.¹¹ relatam uma taxa de recidiva de 15% a 25% depois do tratamento cirúrgico radical e entre 75% à 90% depois do tratamento conservador.

Os problemas estéticos, fonéticos e funcionais devem ser avaliados na escolha da terapia, pois a remoção da massa tumoral com margem de segurança pode custar ao paciente uma deformidade facial com conseqüente alteração estética e funcional¹⁻². No presente estudo, os autores optaram por uma terapêutica cirúrgica conservadora, curetagem, objetivando evitar severa mutilação, já que a paciente era bastante jovem. Desta forma, foi possível minimizar os problemas estéticos e funcionais, mantendo inabalada a auto-estima do paciente. Isso também só foi possível em virtude da facilidade de acompanhamento da mesma.

Concordamos com Rosa et al.³ em relação ao acompanhamento do paciente por longo período. Devido ao crescimento lento do ameloblastoma, recidivas, muitas vezes, só podem ser diagnosticadas após anos do tratamento inicial. Deste modo, o acompanhamento clínico-radiográfico dos pacientes é recomendável por um período mínimo de 10 anos. Nasti et al.¹³, também relataram que a preservação do paciente deve ser feita por um longo período, preferencialmente durante toda a vida do paciente ou toda a vida do profissional.

No caso relatado, a paciente vem sendo rigorosamente acompanhada há oito anos, e no último exame radiográfico realizado foi possível visualizar na região da enucleação uma imagem sugestiva de recidiva. O tratamento de lesões tumorais é muito discutido e varias alternativas coadjuvantes são oferecidas.

CONCLUSÃO

O tratamento de eleição para os ameloblastomas, na maioria dos casos, é cirúrgico radical. Esta opção de tratamento encontra justificativa no fato do exame radiográfico, quase sempre, não ser capaz de definir a extensão exata da lesão e o alto índice de recidiva das lesões que não são abordadas de forma adequada. No entanto, a opção por tratamento conservador deve ser realizada desde que possibilite a resolução adequada da patologia, diminuindo as sequelas.

Embora a decisão e a responsabilidade do tipo de tratamento sejam do cirurgião, a opção deve estar direcionada primordialmente para o benefício do paciente sempre pensando no “todo”.

Colaboradores

FV RALDI e R GUIMARÃES-FILHO executaram o procedimento cirúrgico do caso. MB MORAES e ACC NEVES fizeram os atendimentos ambulatoriais da paciente.

REFERÊNCIAS

- Costa C, Pereira FM, Mailart D, Panella J. Aspectos radiográficos de um caso de ameloblastoma. *RPG Rev Pos-Grad.* 1994;1(2):28-30.
- Curi MM, Dib LL, Pinto DS. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spray cryosurgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;84(4):339-45.
- Rosa EA, Fontoura RA, Sampaio RKPL. Ameloblastomas: avaliação do tratamento executado nos pacientes do hospital universitário Pedro Ernesto - UERJ, entre 1990 e 1997. *Rev Bras Orthop Traumatol.* 1999;56(6):306-10.
- Jorge WA, Miracca R, Santos CJG. Ameloblastoma: breve revisão da literatura e apresentação de caso clínico. *Rev Paul Odontol.* 1988;10(3):34-9.
- Becelli R, Carboni A, Cerulli G, Perugini M, Iannetti G. Mandibular ameloblastoma: analysis of surgical treatment carried out in 60 patients between 1977 a 1998. *J Craniofac Surg.* 2002;13(3):395-400.
- Miller RS, Biddinger PW, Marciani RD, Gluckman JL. Simultaneously occurring ameloblastoma of the maxilla of the mandible: case report. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;131(3):324-6.
- Kelly CP, Moreira-Gonzalez A, Ali MA, Topf J, Persiani RJ, Jackson IT. Vascular iliac crest with inner table of the ilium as na option in maxillary reconstruction. *J Craniofac Surg.* 2004;15(1):23-8.
- Barbachan JJD, Rados PV, Sant'ana Filho M, Quadros OF. considerações sobre o estudo dos ameloblastomas. *Rev Fac Odontol Porto Alegre.* 1985;27:13-25.
- Neville BW, Damm DD, White DK. *Color atlas of clinical oral pathology.* 2. ed. Pennsylvania: Copyrigh; 1999.
- Freitas A, Rosa JE, Souza IF. *Radiologia odontológica.* 4. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1998.
- Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93(1):13-20.
- Murilo-Santos L, Lima JRS, Moraes LC. Ameloblastoma: revisão da literatura e relato de caso. *BCI Rev Bras Cir Implantodont.* 2000;7(28):18-21.
- Nastri AL, Wiesenfeld D, Radden BG, Eveson J, Scully C. Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995;1(33):28-32.

Recebido em: 1/9/2008
 Aprovado em: 10/6/2009