

Ressecção segmentar de ameloblastoma extenso

Segmental Resection of Extensive Ameloblastoma

Resección Segmentaria de Ameloblastoma Extenso

RESUMO

Os ameloblastomas são tumores odontogênicos benignos que algumas vezes se apresentam com comportamento agressiva, levando a condições cirúrgicas de difícil tratamento. Relato de caso: Um paciente do sexo masculino, 26 anos, com diagnóstico de ameloblastoma multicístico em mandíbula, diagnosticado após sintomas de assimetria facial e aumento de volume. Apresentou características radiográficas específicas, como a multiloculação em forma de "favos de mel" junto com a realização de biópsia incisional, foram cruciais para o diagnóstico. O tratamento envolveu ressecção segmentar do tumor e reconstrução com placa de titânio. O objetivo do trabalho é demonstrar que o tratamento adequado é essencial devido ao potencial agressivo, visando eliminar recidivas desse tipo de lesão. **Palavras-chave:** Ameloblastoma; Biópsia; Neoplasia.

ABSTRACT

Ameloblastomas are benign odontogenic tumors that sometimes present with aggressive behavior, leading to difficult surgical treatment conditions. Case report: A 26-year-old male patient diagnosed with multicystic ameloblastoma in the jaw, diagnosed after symptoms of facial asymmetry and increased volume. He presented specific radiographic characteristics, such as multiloculation in the form of "honeycombs" together with the performance of an incisional biopsy, which were crucial for the diagnosis. Treatment involved segmental resection of the tumor and reconstruction with a titanium plate. The objective of the study is to demonstrate that appropriate treatment is essential due to the aggressive potential, aiming to eliminate recurrences of this type of lesion. **Keywords:** Ameloblastoma; Biopsy; Neoplasia.

RESUMEN

Los ameloblastomas son tumores odontogênicos benignos que en ocasiones presentan un comportamiento agresivo, dando lugar a cuadros quirúrgicos de difícil tratamiento. Reporte de caso: Paciente masculino de 26 años con diagnóstico de ameloblastoma multicístico en mandíbula, diagnosticado tras síntomas de asimetría facial y aumento de volumen. Presentaba características radiológicas específicas, como la multiloculación en forma de "panales" junto con la realización de una biopsia incisional, que fueron cruciales para el diagnóstico. El tratamiento implicó resección segmentaria del tumor y reconstrucción con placa de titanio. El objetivo del trabajo es demostrar que un tratamiento adecuado es fundamental debido al potencial agresivo, con el objetivo de eliminar las recurrencias de este tipo de lesión. **Palabras-Clave:** Ameloblastoma; Biopsia; Neoplasia.

Arthur Araújo de Souza

ORCID:0000-0002-4315-4304

Faculdade de Odontologia do Recife, Brazil
E-mail: arthuraraujo2612@gmail.com

Vinicius Balan Santos Pereira

ORCID:0000-0003-4311-1766

Faculdade de Odontologia do Recife, Brazil
E-mail: viniciusbalan99@gmail.com

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos

ORCID:0000-0002-6515-1489

Faculdade de Odontologia de Pernambuco
E-mail: belmiro.vasconcelos@upe.com

INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos podem ser categorizados como neoplasias que na sua maioria se apresentam como lesões benignas e relacionadas com a proliferação de células diretamente envolvidas com a odontogênese e os restos epiteliais de Malassez. Eles se subdividem de acordo com o padrão histológico que os originou, sendo então classificados como epiteliais, mesodérmicos e mistos¹. Dentro desse universo clínico, e mesmo sendo de origem epitelial benigna, os ameloblastomas se comportam de forma agressiva clinicamente, e totalizam em torno de 10% dos tumores odontogênicos². Este tipo de neoplasia está comumente associado à mandíbula (80%) e menos frequentemente com a maxila (20%)^{1,2}. Entretanto, suas características imaginológicas assemelham-se a outras lesões mandibulares de origem odontogênica e não odontogênica. O diagnóstico preciso e adequada forma de tratamento é determinado por exame histológico, mas os achados clínicos e estudos por imagem, através de radiografias panorâmicas e tomografia computadorizada (TC), apresentam algumas características importantes para o estreitamento do diagnóstico diferencial. Sua multiloculação típica em forma semelhante a “favos de mel” fornecem ao radiologista informações suficientes para determinar o seu diagnóstico, sugerindo quase que imediatamente sua identificação e formas de tratamento. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de um extenso ameloblastoma multicístico, e a forma como o tumor foi abordado buscando a preservação dos vasos faciais em sua ressecção.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 26 anos de idade, sem história de comorbidades sistêmicas e sem hábitos de etilismo e tabagismo procurou atendimento no Hospital de Fraturas do Recife - PE por causa de assimetria facial e aumento de volume significativo após sintomatologia dolorosa



Figura 1 - Vista frontal e lateral do paciente. Observa-se assimetria acentuada e abaulamento mandibular decorrente da expansão centrífuga do tumor.

a mastigação. No momento da consulta não relatava dor, apenas um desconforto para comer e as implicações estéticas (Figura 1)

Internamente podia-se observar um aumento de volume com maior acometimento da porção vestibular, já com deslocamento e reabsorção radicular dos elementos dentários e impossibilidade de mastigação no local. Desta forma, foi solicitada uma tomografia computadorizada para melhor visualização da lesão (Fig. 2).

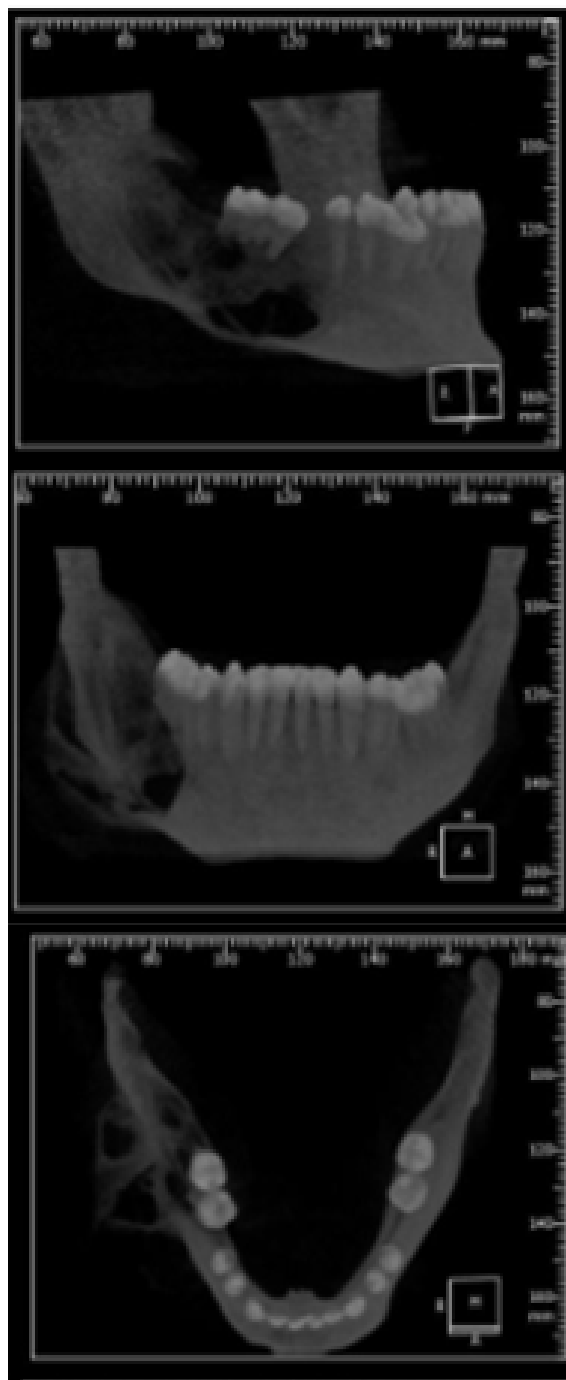


Figura 2 - Vista lateral, frontal e oclusal da mandíbula em tomografia computadorizada. Observa-se na região mentoniana o comprometimento do corpo e ramo horizontal da mandíbula, onde se contempla uma lesão lítica, insuflativa e de aspecto clássico multiloculado compatível com ameloblastoma clássico.

As imagens da reconstrução em 3 dimensões mostram uma lesão expansiva com grande destruição óssea, multilocular com margens mal definidas e múltiplas regiões de fenestração de cortical óssea vestibular e lingual acometendo corpo mandibular e parte do ramo ascendente (Fig. 3)

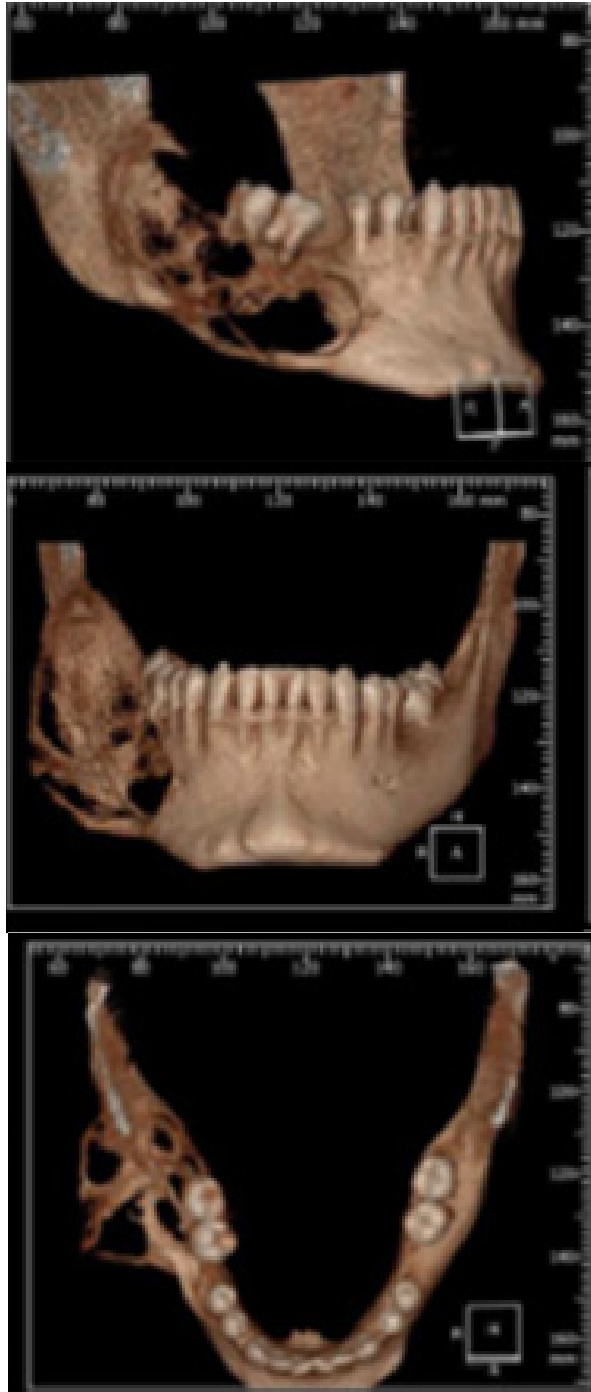


Figura 3 - Vista lateral, frontal e oclusal da mandíbula em reconstrução tomográfica em 3D.

Após os procedimentos iniciais de punção aspirativa do conteúdo do tumor para eliminar a possibilidade de uma lesão com envolvimento vascular e auxílio no diagnóstico, foi realizado uma biópsia incisiva que veio com o diagnóstico histopatológico de Ameloblastoma Sólido. Após

diagnóstico conclusivo da lesão foi solicitado um modelo estereolitográfico da mandíbula onde foi feito o guia de corte para ressecção segmentar e modelagem da placa de reconstrução 2.7 do sistema lock, com o planejamento finalizado o paciente seguiu para bloco cirúrgico para a ressecção segmentar do tumor e fixação do tipo carga suportada com placa de titânio.



Figura 4 - Paciente sedado antes de ser submetido à hemimandibulectomia para a ressecção em bloco do tumor e colocação da placa de titânio.

Foi realizado assepsia do campo operatória com solução de Clorexidina a 2% com aposição dos campos operatórios e instalação de tampão orofaríngeo. Foi então desenhado a incisão submandibular direita com extensão para região submental com verde brilhante e infiltrado na região supraplatismal com Cloridrato de Bupivacaína 0,5% + Epinefrina 1:200.000. Foi realizado incisão na pele com bisturi frio e divulsão por planos das camadas profundas com auxílio de bisturi elétrico até a mandíbula, após exposição do tumor e liberação da porção de tecido mole que envolvia a lesão com o cuidado para não deixar nenhum remanescente tumoral, foi então realizada a osteotomia para ressecção com Piezo na porção proximal devido a proximidade com estruturas anatômicas nobres na região e com serra recíproca e então remoção da lesão com margem de segurança indicada para tumores benignos. Durante a ressecção, tomou-se o cuidado de preservar as estruturas vasculares faciais para posterior reconstrução com enxerto microvascularizado de fíbula e posterior instalação de implantes dentários e total reabilitação do paciente, com o intuito de devolver estética e função em decorrência de uma cirurgia para tratamento de uma patologia localmente agressiva, posteriormente foi posicionada a placa, a qual tinha sido previamente modelada e esboçada em modelo 3D para diminuir o tempo cirúrgico e facilitar o

posicionamento da mesma no corpo mandibular remanescente direito e na porção do ramo ascendente. Com o término da fixação foi então realizado a sutura intra-oral e nos planos profundos com Vycril 4.0 e sutura em pele com Nylon 5.0, e imediatamente após termino da sutura, a face do paciente já demonstrava uma melhor simetria e aspecto de normalidade (Figura 5). O paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial e após remoção de sutura foi feita uma evolução trimestral para reavaliação, e realizado radiografia panorâmica após 1 ano de pós-operatório (Figura 6).



Figura 5 - Remoção do ameloblastoma e aspecto facial do paciente logo após procedimento.

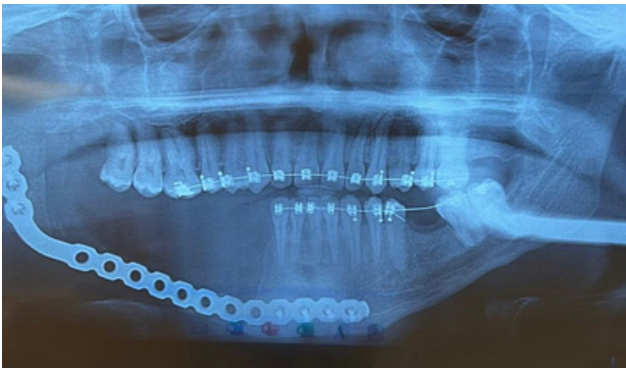


Figura 6 - Radiografia panorâmica após 1 ano de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Do ponto de vista clínico, os ameloblastomas apresentam um 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 em exames radiográficos de rotina. No paciente em questão, observou-se um crescimento acentuado da lesão que poderia ser evitado caso fosse realizado um diagnóstico prévio, já que o mesmo procurou previamente um serviço médico em clínica local, tendo obtido um diagnóstico de lipoma em biopsia incisiva extraoral da região, e

consequentemente não deu a devida importância ao problema de forma a não solicitar exames radiográficos da região, para associação com o problema clínico que o paciente apresentava.

A etiologia dos ameloblastomas está relacionada aos restos de lâmina dentária no desenvolvimento de órgão do esmalte, células basais da mucosa oral ou associado a um dente incluso. Sua relação com os R.E.M também tem sido descrita⁴. Ficou bem claro neste caso que a ausência de dor e de inflamação, associadas ao crescimento lento do tumor, atrapalharam o diagnóstico desta lesão e infelizmente tal comportamento clínico associado ao seu crescimento assintomático, levou a um quadro de mobilidade e reabsorção dentária, assim como parestesia e deslocamento dos elementos dentários remanescentes, o que é observado segundo a literatura em tumores de extenso tamanho.

As implicações clínicas diante de um ameloblastoma são em geral dramáticas quando detectadas tardiamente. Eles são classificados em três tipos: sólido ou multicístico, que é a forma mais frequente com características radiográficas de aspecto multilocular, o unicístico, apresentando características radiográficas de aspecto unilocular com características císticas e bem delimitadas, acometendo geralmente pacientes mais jovens, e o tipo extraósseo ou periférico que é a repercussão em tecido mole desse tipo de lesão^{5,6}. Neste caso especificamente, tivemos o sinal radiográfico da disposição em “favos de mel”, facilitando a hipótese diagnóstica. Seu crescimento centrífugo causado por pressão na maior parte das vezes traz como consequência direta reabsorções radiculares e grande destruição óssea.

O ameloblastoma é uma neoplasia odontogênica que representa cerca de 1% de todas as neoplasias orais³, e é um tumor oriundo das várias camadas do epitélio odontogênico, incluindo a linhagem do epitélio folicular dos dentes. Manifesta-se geralmente entre a terceira e quinta décadas de vida, mas também há relatos de acometimento em pacientes de outras faixas etárias^{1,2,7}. Sua incidência entre homens e mulheres é semelhante sem muitas alterações estatísticas. Apresentam-se clinicamente como uma massa de crescimento lento, dolorosa ou não^{1,8}. A esmagadora maioria dos ameloblastomas acomete os ramos e corpo posterior da mandíbula, mas os tumores mais volumosos podem infiltrar os tecidos moles adjacentes, usualmente decorrente de áreas de rompimento da cortical óssea na face lingual da mandíbula^{2,9}, como pudemos observar no caso em questão.

Citaram o ameloblastoma como o mais agressivo dos tumores odontogênicos, devido às reabsorções radiculares, aos grandes abaulamentos e

ao alto potencial de recidiva^{5,10}. Seus aspectos radiológicos, entretanto, podem variar em algumas situações. Alguns apresentam-se como lesões radiolúcidas uniloculares bem definidas, com ou sem esclerose marginal, que, frequentemente, estão associadas a um dente incluso. A lesão descrita não apresentava um dente incluso associado, porém teve o envolvimento de múltiplos dentes em mandíbula direita em decorrência da sua extensão.

Os ameloblastomas são tumores caracteristicamente expansivos de forma centrífuga, podendo apresentar margens mal delimitadas e consequente perfuração da cortical óssea, o que facilita a invasão nos tecidos moles circunvizinhos e comprometimento dos nervos adjacentes, facilitando perda de sensibilidade¹¹.

Os aspectos de TC incluem áreas císticas hipodensas associadas a áreas de maior atenuação representando porções sólidas. A ressonância magnética (RM) pode, em alguns casos, inclusive demonstrar com maior clareza a extensão e os limites expansivos da lesão; ressaltando que tanto a TC quanto a RM auxiliam na conduta terapêutica, mostrando detalhadamente o delineamento do tumor^{1,2}.

O comportamento do ameloblastoma tende a ser bastante agressivo nas recidivas, com maior potencial de invasão e destruição óssea do que a lesão original⁶. Assim, em algumas situações o cirurgião pode decidir pela remoção com margem de segurança. O diagnóstico diferencial é feito com os ceratocistos odontogênicos e cistos dentígeros. Cistos ósseos traumáticos também entram neste rol⁷. Deve-se também levar em consideração que a agressividade local e suas recidivas podem ter aspectos semelhantes aos das neoplasias malignas, devendo-se considerar o carcinoma mucoepidermóide como diagnóstico diferencial também².

CONCLUSÃO

Dessa forma, o presente trabalho demonstra a importância de um correto diagnóstico embasado nos exames clínicos e de imagem. A ressecção segmentar se mostrou a técnica mais efetiva no tratamento e na não recidiva da lesão, apesar do aspecto mutilador do tratamento. Porém a preservação dos vasos faciais é de suma importância para a reconstrução microcirúrgica posteriormente.

REFERÊNCIAS

1. Som PM, Bergeron RT. Head and neck imaging. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book, 1991.
2. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. *RadioGraphics* 1999;19:1107-24.
3. Bataineh AB. Effect of preservation of the interior and posterior borders on recurrence of ameloblastomas of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:155-63.
4. Neville, B.W. et al. Patologia oral e maxilofacial. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
5. Alvares LC, Tavano O. Curso de radiologia em odontologia. 4ª ed. São Paulo, SP: Livraria Editora Santos, 1998.
6. Rosenstein T, Pogrel MA, Smith RA, Regezi JA. Cystic ameloblastoma: behavior and treatment of 21 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:1311-6.
7. Laskin DM, Giglio JA, Ferrer-Nuin LF. Multilocular lesion in the body of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:1045-8.
8. Effiom OA, Ogundana OM, Akinshipo AO, Akintoye SO. Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. *Oral Dis.* 2018 Apr;24(3):307-316. doi: 10.1111/odi.12646.
9. Kreppel M, Zöller J. Ameloblastoma-Clinical, radiological, and therapeutic findings. *Oral Dis.* 2018 Mar;24(1-2):63-66. doi: 10.1111/odi.12702.
10. Rayamajhi S, Shrestha S, Shakya S, Bhandari S, Twayana AR, Shahi K. Unicystic Ameloblastoma of Mandible: A Case Report. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2022 Jul 1;60(251):657-660. doi: 10.31729/jnma.7566.
11. Hendra FN, Natsir Kalla DS, Van Cann EM, de Vet HCW, Helder MN, Forouzanfar T. Radical vs conservative treatment of intraosseous ameloblastoma: Systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2019 Oct;25(7):1683-1696. doi: 10.1111/odi.13014.