

INCIDÊNCIA, DIAGNÓSTICOS E FORMAS DE TRATAMENTOS RELACIONADOS AO AMELOBLASTOMA MANDIBULAR

Tatiane Cristina Carozzi ¹

tati-carozzi@hotmail.com

Thales Bianchi ²

Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva – IMES Catanduva – S.P.
Avenida Daniel Dalto, s/nº - Rodovia Washington Luis 310 – Km 382 – Cx Postal 86 – CEP 15800-970 – Catanduva
– S.P.

1 – Graduanda em odontologia pelo IMES – Catanduva S.P.

2 – Cirurgião-Dentista Bucomaxilofacial e Docente do Curso de Odontologia do IMES – Catanduva S.P.

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico raro e benigno que representa cerca de 1% de todos os tumores orais. O ameloblastoma multicístico, objeto de discussão deste estudo, acomete principalmente pacientes adultos, entre a terceira e a sétima década de vida, frequentemente na região posterior de mandíbula. Clinicamente pode apresentar-se como uma tumefação invasiva assintomática ou uma lesão de grandes proporções, podendo haver perfuração das corticais ósseas com deslocamento e reabsorção dental. Radiologicamente apresenta-se como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular de bordas definidas. O tratamento pode variar desde uma simples curetagem até ressecções, com ou sem interposição de enxertos ou retalhos microcirúrgicos.

PALAVRAS-CHAVE: Ameloblastoma, mandíbula, defeitos segmentares

ABSTRACT

Ameloblastoma is a rare benign odontogenic tumor representing about 1% of all oral tumors. Multicystic ameloblastoma, focus of discussion in this study, occurs mainly in adult patients, between the third and seventh decade of life, more frequently in the posterior region of the mandible. Ameloblastoma can appear as a painless invasive swelling or greater lesions, which can perforate bone cortical and cause tooth displacement or resorption. It can be seen as a uni or multilocular radiolucent lesion, with well-defined borders. Treatment can vary from a simple curettage to bone resection, with or without bone graft or vascularized free flaps interposition.

KEY WORDS: ameloblastoma, mandible, segmental defects

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, relativamente raro, que representa cerca de 1% de todos os tumores e cistos orais (BATAINEH, 2000). É notório pelo seu crescimento lento, aparência histologicamente benigna, invasividade local e alta incidência de recorrência (ZWAHLEN, 2002). Podem ser classificados como sólido também denominado multicístico, unicístico e periférico (GREMPEL et al. 2003; QUEIROZ et al. 2002). O ameloblastoma multicístico, objeto de discussão deste trabalho, acomete principalmente pacientes adultos jovens, com média de 35 anos, não apresentando predileção por sexo (REICHART et al. 1995). Acomete a mandíbula 4 vezes mais que a maxila, com maior prevalência na região de molares e de ramo, mas é também frequentemente encontrado no seio maxilar e cavidade nasal (WALDRON, 1998).

Apresenta-se geralmente como uma tumefação invasiva assintomática, mas também pode manifestar-se como uma lesão de grandes proporções, podendo provocar perfuração de corticais ósseas, deslocamento e reabsorção dental (WALDRON, 1998). Pela carência de sintomas precoces da lesão, o paciente geralmente consulta o profissional somente quando esta apresenta grande extensão, ou ainda, diagnostica-se lesões pequenas ao acaso em um exame radiográfico (REICHART et al. 1995). Radiograficamente apresenta-se como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular, de bordas definidas e, na maioria dos casos, associada a dente incluso (REICHART et al. 1995).

O tratamento pode variar desde uma simples curetagem até ressecções, com ou sem colocação de enxertos. Radioterapia não é indicada, pois a lesão é radioresistente (QUEIROZ et al. 2002). Encontra-se na literatura também a indicação de eletrocauterização, criocirurgia e aplicação de agentes esclerosantes como alternativas de tratamento (BATAINEH, 2000).

O controle pós-operatório é essencial, uma vez que mais de 50% das recorrências ocorrem dentro dos primeiros 5 anos pós-operatórios (CHAPELLE et al. 2004).

O ameloblastoma é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um tumor odontogênico benigno que tem origem nos remanescentes da lâmina dentária, na porção epitelial do órgão dentário, epitélio de revestimento de cistos ou das células da camada basal da mucosa bucal (WRIGHT et al. 2017).

Pelo fato de possuir caráter infiltrativo através das trabéculas ósseas dos maxilares, esse tumor provoca expansão das corticais vestibular e lingual e pode atingir estruturas vitais. Clinicamente o ameloblastoma é dividido em três tipos: ameloblastoma; ameloblastoma unicístico; ameloblastoma periférico ou extra-ósseo e ameloblastoma maligno (REICHART et al. 1995).

MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo se apresenta em formato de revisão literária onde foram selecionados 21 artigos das plataformas PubMed e Google Scholar. Após análise sobre os conteúdos, utilizamos 14 obras para compor esta revisão. Utilizamos como padrão de exclusão de artigos, aqueles que tratavam sobre o tema: ameloblastoma, associado a outras patologias. Já os artigos utilizados descrevem tão somente em sua grade maioria, tratativas sobre o ameloblastoma de forma única. Os principais unitermos utilizados foram: “ameloblastoma”, “ameloblastoma mandibular” e “destruição óssea”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Ameloblastoma é considerado o segundo tumor odontogênico mais comum nos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá, tendo uma preponderância na China e África, onde na costa ocidental Africana chega a representar até cerca de 50% de todos os casos dos tumores da cabeça e pescoço. Foi estimada uma incidência anual global de 0,5 casos por milhão de pessoas (MCCLARY et al. 2016; PARMAR et al. 2016; YANG et al. 2017; MARTINS, 2018).

Dados de um estudo Holandês mostraram que a taxa anual de incidência foi de aproximadamente 1,5 por milhão de habitantes, sendo a proporção homem / mulher 4: 1. Observou-se a idade média ao diagnóstico de 46 anos para o sexo masculino e 41 anos para o sexo feminino. (OOMENS, 2014).

Quanto à localização, 85% dos ameloblastomas são encontrados em mandíbula e, 15% em maxila (PARMAR et al. 2016).

Em ambas as situações, afetam mais repetidamente a região posterior e na mandíbula é encontrado com maior frequência na região dos molares e ramo (MARTINS, 2018).

O diagnóstico desta lesão geralmente é determinado por intermédio de exames radiográficos e tomográficos, além de biópsias. Apesar dos exames radiográficos apresentarem baixa especificidade para avaliação da extensão e invasão óssea da lesão, são eficazes para uma análise inicial; porém se faz necessária a solicitação de TC para visualização da arquitetura intraóssea que pode mostrar o padrão típico de “bolhas de sabão” ou “favos de mel” dos ameloblastomas. (MCCLARY et al. 2016).

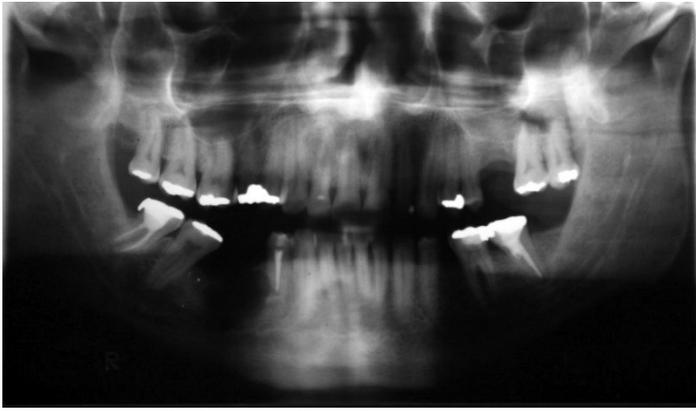


Figura 01 – Radiografia Panorâmica evidenciando lesão em corpo mandibular à direita

Fonte: *Próprio autor (2006)*

Radiologicamente, os ameloblastomas apresentam características sugestivas, mas não patognomônicas e o diagnóstico em geral é estabelecido pela combinação de exames de imagem e histológicos da lesão (MCCLARY, 2016)

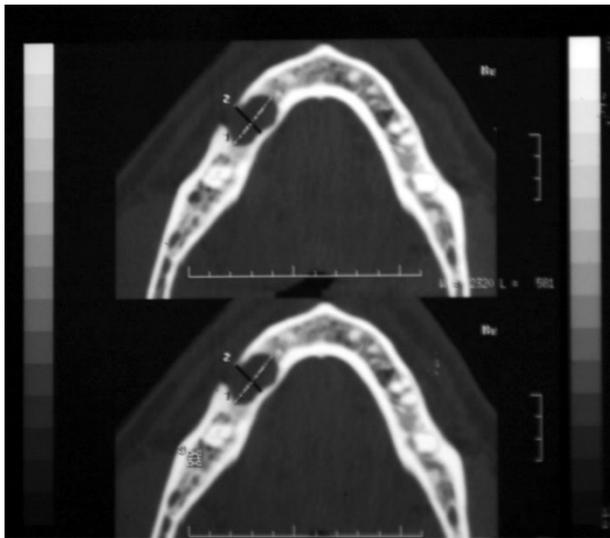


Figura 02 – Imagem Tomográfica evidenciando a extensão da lesão

Fonte: *Próprio autor (2006)*

A apresentação mais comum ao diagnóstico é uma tumefação indolor da região envolvida na mandíbula ou maxila e pode ser acompanhada de má oclusão, deslocamento dentário, deformidade facial ou erupção dentária tardia. Sintomas como a dor, parestesias e crescimento acelerado estão mais comumente associados às variantes malignas sendo raros nas benignas. As parestesias estão presentes nos casos com invasão perineural (WRIGHT et al. 2017).



Figura 03 – Aspecto clínico da lesão originando área de tumefação mandibular à direita

Fonte: *Próprio autor (2006)*

A abordagem radical consiste numa ressecção marginal ou segmentar da lesão com margens apropriadas. Alguns estudos demonstraram que o tumor pode-se estender de 2 a 8 milímetros (mm) para além das margens radiográficas (com uma média de 4,5 mm) e margens de segurança de 1 a 1,5 centímetros (cm) estão recomendadas (CHAE et al. 2015).



Figura 04 – Exposição da lesão com margem de segurança para a ressecção

Fonte: *Próprio autor (2006)*

A ressecção marginal é a remoção cirúrgica do tumor preservando o bordo inferior da mandíbula evitando assim, a necessidade de uma complexa reconstrução óssea. Entretanto, esta ressecção poderá causar fragilidade à mandíbula e risco aumentado de fraturas patológicas. Nestes casos a ressecção segmentar com reconstrução óssea seria a melhor opção. Os retalhos mais repetidamente utilizados são os livres provenientes da crista ilíaca, perônio, escápula, costelas ou rádio. Em casos de ressecção dos tecidos moles adjacentes ainda há a possibilidade de se utilizar retalhos livres compostos na reconstrução. Nos tumores de maiores dimensões pode ser mesmo necessária a realização de hemimandibulectomia (CHAE et al. 2015).

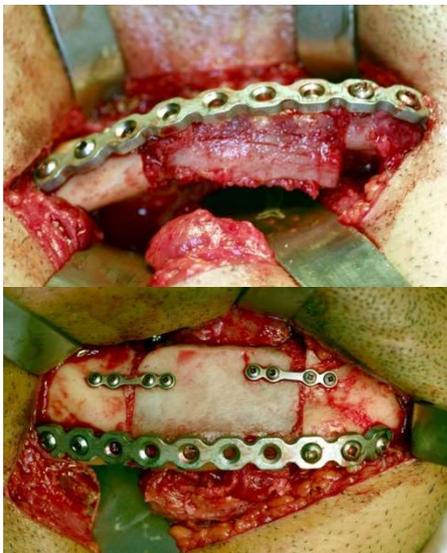


figura 05 – Reconstrução pós seccionamento da lesão com enxerto de crista ilíaca

Fonte: *Próprio autor (2006)*

Devido ao comportamento biológico do ameloblastoma, um follow-up de longo termo é obrigatório. Mais de 50% das recorrências ocorrem dentro de cinco anos após o tratamento inicial, mas há casos reportados na literatura que recorrem 45 anos após. Um follow-up por um período demasiado curto pode dar uma ilusão de cura com falha no diagnóstico de recorrências e de eventuais metástases. REICHART et al. (1995), recomenda um período de follow-up de uma ou duas décadas para se detectar as recorrências em estágio precoce.

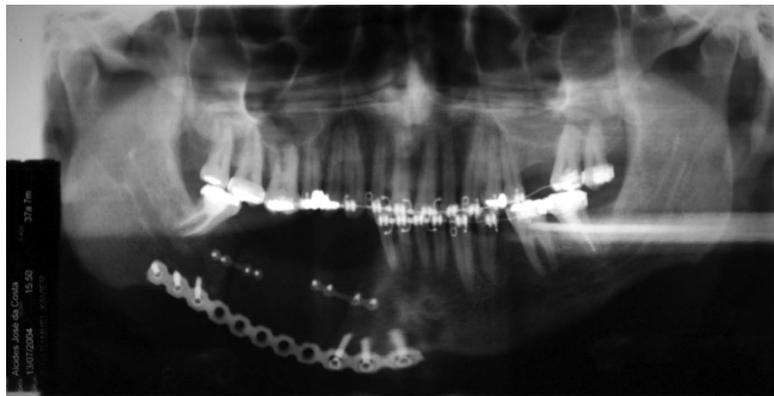


Figura 06 – Radiografia panorâmica de acompanhamento pós operatório de 06 meses

Fonte: *Próprio autor (2006)*

CONCLUSÃO

Uma avaliação completa é importante para o cirurgião dentista conseguir identificar os tumores relacionados à cabeça e pescoço, pois, apesar de apresentarem-se na maioria das vezes com benignidade, eles são caracteristicamente expansivos. Contudo, quanto antes

o diagnóstico, melhor a conduta terapêutica, os resultados cirúrgicos e por conseguinte, um excelente prognóstico e follow-up do caso.

REFERÊNCIAS

Bataineh AB. Effect of preservation of the inferior and posterior borders on recurrence of ameloblastomas of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 90(2):155-63, 2000.

Chae MP, Smoll NR, Hunter-Smith DJ, Rozen WM. Establishing the natural history and growth rate of ameloblastoma with implications for management: systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2015;10(2):e0117241.

Chapelle KAOM, Stoelinga PJW, de Wilde PCM, Brouns JJA, Voorsmit RACA. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. *Brit J Oral Maxillofac Surg*, 2004 (in press).

Grepel RG, Gaião L, Souza WD, Sobreira T. Tendências de abordagens cirúrgicas no tratamento de ameloblastomas. *RBPO* 2(4): 13-17, 2003.

Martins LLPR. Ameloblastoma: Perspectivas no diagnóstico e tratamento. Mestrado integrado em medicina. Universidade do Porto – POR. 2018.

McClary AC, West RB, McClary AC, Pollack JR, Fischbein NJ, Holsinger CF, et al. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-RhinoLaryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-RhinoLaryngology - Head and Neck Surgery*. 2016;273(7):1649-61.

Oomens MA, van der Waal I. Epidemiology of ameloblastomas of the jaws; a report from the Netherlands. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2014;19(6):e581-3.

Parmar S, Al-Qamachi L, Aga H. Ameloblastomas of the mandible and maxilla. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*. 2016;24(2):148-54.

Queiroz SBF, Amorim RFB, Godoy GP, Freitas RA. Tratamento conservador em um caso de ameloblastoma sólido: novos conceitos e abordagens terapêuticas. *RBPO* 1(1):39-46, 2002.

Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 31B(2):86-99, 1995.

Waldron CA: Cistos e tumores odontogênicos. In: Neville BW et al. (eds): Patologia Oral e Maxilofacial, 1st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998., pp.481-527.

Wright JM, Vered M. Update from the 4th edition of the World Health Organization classification of the head and neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumors. *Head and Neck Pathol.* 2017; 11(1): 68–77

Yang R, Liu Z, Peng C, Cao W, Ji T. Maxillary ameloblastoma: Factors associated with risk of recurrence. *Head & neck.* 2017;39(5):996-1000.

Zwahlen RA, Grätz KW. Maxillary ameloblastomas: a review of the literature and of a 15-year database. *J Cranio-Maxillofac Surg* 30:273-279, 2002.