

## Ameloblastoma em mandíbula

Marcelo Medeiros<sup>1</sup>, Gabriela Granja Porto<sup>2</sup>, Jose  
Rodrigues Laureano Filho<sup>3</sup>, Luís Portela<sup>4</sup>, Ricardo  
Holanda Vasconcellos<sup>5</sup>

## Ameloblastoma in the mandible

Palavras-chave: ameloblastoma, cirurgia, doenças  
mandibulares.  
Keywords: ameloblastoma, surgery, mandible pathology.

### INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor de tecido do órgão do esmalte, que não sofre diferenciação a ponto de formar esmalte, benigno e de origem ectodérmica. Apesar de ser considerado um tumor benigno, seu comportamento clínico pode ser considerado entre benigno e maligno. Crescimento lento, mas persistente, e infiltração nos tecidos adjacentes são algumas características deste tumor<sup>1,2</sup>.

### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente R.T.B., sexo masculino, com 30 anos de idade, procurou o Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial queixando-se de aumento de volume em região de mandíbula, lado esquerdo, que aumentava de tamanho há cerca de 10 anos. Foi realizada biópsia incisional por acesso intrabucal. O resultado do estudo histopatológico foi ameloblastoma. Para melhor planejamento do acesso à lesão e da reconstrução da mandíbula após a exérese do tumor foi realizado um modelo através da técnica de prototipagem. O tratamento de escolha foi hemimandibulectomia com

desarticulação do côndilo mandibular do mesmo lado, uma vez que o tumor já tinha invadido as corticais ósseas, com reconstrução imediata com placa de reconstrução e côndilo acoplado. Atualmente, o paciente encontra-se com 4 anos de proervação sem sinais de recidiva (Figura 1).

### DISCUSSÃO

Os ameloblastomas são classificados em unicísticos, sólidos ou multicísticos, periféricos e subtipos malignos, sendo o sólido convencional ou multicístico (86% dos casos), unicístico (13% dos casos) e periférico ou extra-ósseo (cerca de 1% dos casos)<sup>3</sup>. Este tipo de distinção é importante, uma vez que o tratamento de uma lesão unicística pode ser mais conservador, porque apresenta um comportamento menos agressivo e tamanho menor que a variante sólida ou multicística<sup>4</sup>.

O ameloblastoma típico começa insidiosamente como uma lesão óssea central que é lentamente destrutiva, mas tende a expandir o osso em vez de perfurá-lo. O tumor raramente é doloroso, a menos que infectado secundariamente, e não produz com frequência sinais ou sintomas de comprometimento de nervo, mesmo em tumores grandes<sup>3</sup>.

Radiograficamente, os aspectos do ameloblastoma multicístico mais comum é o de uma lesão multilocular, e muitas vezes, é descrita como tendo o aspecto de "bolhas de sabão", quando são loculações grandes e quando pequenas, são descritas como "favo de mel". Frequentemente, está presente uma expansão cortical lingual e bucal e, é comum, a reabsorção das raízes dos dentes adjacentes ao tumor. Os ameloblastomas unicísticos apresentam imagem radiolúcida que circunda a coroa de um dente não-erupcionado ou, simplesmente, como áreas radiotransparentes bem definidas<sup>3</sup>.

A ocorrência do ameloblastoma em relação ao gênero é 1:14,5. A idade em que este tipo de lesão ocorre com maior frequência é a 3ª e 4ª década<sup>6</sup>. A mandíbula é cerca de quatro vezes mais acometida que a maxila<sup>6</sup>. Cerca de ¾ dos tumores na mandíbula são localizados área de ramo e

molares. Nos casos que ocorrem na maxila, é também a região posterior a mais afetada, podendo, em sua evolução, comprometer o seio maxilar e a órbita<sup>5</sup>.

Há uma tendência de tratar os ameloblastomas unicísticos por curetagem com cerca de 10%15% de recidiva, mas evitando a mutilação do paciente. Na variante sólida ou multicística a excisão cirúrgica radical é necessária, com ressecção do osso afetado com pelo menos 15 mm de tecido sadio como margem de segurança<sup>6</sup>. A mucosa em contato com o tumor deve ser toda removida, pois poderá conter células ameloblásticas que podem contaminar o enxerto, quando da reconstrução<sup>1</sup>.

É importante salientar a capacidade do ameloblastoma de desenvolver recidivas tardias. Devido a seu crescimento lento, essas recidivas podem levar muitos anos e até mesmo décadas da primeira cirurgia<sup>1</sup>.

### COMENTÁRIOS FINAIS

Conclui-se, então, que a cirurgia radical é o tratamento de escolha na maioria das vezes. Deve-se salientar que os métodos radiográficos não são capazes de determinar a extensão exata da moléstia e que o índice de recidiva aproxima-se de 100% quando não tratada adequadamente.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferretti C, Polakow C, Coleman H. Recurrent Ameloblastoma: Report of 2 Cases. J Oral Maxillofac Surg 2000;58:800-4.
2. AlKhateeb T, Ababneh KT. Ameloblastoma in Young Jordanians: A Review of the Clinicopathologic Features and Treatment of 10 Cases. J Oral Maxillofac Surg 2003;61:13-8.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Patologia Oral & Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
4. Ord RA, Blanchaert Jr RH, Nikitakis NG, Sauk JJ. Ameloblastoma in Children. J Oral Maxillofac Surg 2002;60:762-70.
5. Zwahlen RA, Vogt P, Fischer FS, Gra'tz KW. Case Report: Myocardial Metastasis of a Maxillary Malignant Ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg 2003;61:731-4.
6. Pizer ME, Page DG, Svirsky JA. Thirteen Year Follow-Up of Large Recurrent Unicystic Ameloblastoma of the Mandible in a 15 Year Old Boy. J Oral Maxillofac Surg 2002;60:211-5.

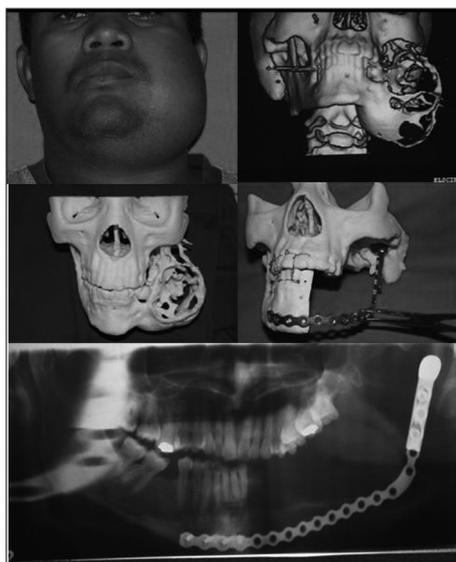


Figura 1. Aspectos clínico e radiográfico pré-operatórios, modelo de prototipagem e aspecto radiográfico pós-operatório.

<sup>1</sup>Especialista em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, aluno do curso de mestrado em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial.

<sup>2</sup>Especialista, aluna do mestrado em cirurgia BMF FOP-UPE.

<sup>3</sup>Doutor em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, professor adjunto em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial da Universidade de Pernambuco.

<sup>4</sup>Mestre em engenharia biomédica, professor assistente de implantodontia da Universidade de Pernambuco.

<sup>5</sup>Doutor em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, professor adjunto em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial da Universidade de Pernambuco.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 24 de outubro de 2006. cod. 3470.

Artigo aceito em 5 de novembro de 2006.