

# RESSECÇÃO DE AMELOBLASTOMA POR ABORDAGEM INTRA-ORAL, VANTAGENS E DESVANTAGENS ATRAVÉS DA APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

## AMELOBLASTOMA OF RESECTION IN APPROACH INTRA- ORAL , ADVANTAGES AND DISADVANTAGES THROUGH THE PRESENTATION OF A CASE

Leticia Almeida CHEFFER<sup>1</sup>;  
Paula Rizério D'Andrea ESPINHEIRA<sup>1</sup>;  
Felipe Seoane MATOS<sup>2</sup>;  
Pietry dy Tarso Inã Alves MALAQUIAS<sup>3</sup>;  
Roberto Almeida de AZEVEDO<sup>4</sup>

**RESUMO:** O objetivo deste trabalho é relatar e discutir um caso de um paciente com ameloblastoma multicístico mandibular que compareceu ao ambulatório do Serviço UFBA/OSID de Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial cuja ressecção e reconstrução foi realizada por via intra-oral em um tempo único, comentando as vantagens e desvantagens dessa opção terapêutica. Paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para ressecção do ameloblastoma sob anestesia geral. Foi realizada a ressecção parcial da mandíbula com 01cm de margem de segurança. O acesso à lesão foi todo realizado por intra-oral. Procedeu-se a ressecção do tumor, o defeito ósseo foi de aproximadamente 5 cm. A placa de reconstrução foi instalada, reestabelecendo a correta relação interfragmentos e intermaxilares, e na região do defeito foi interposto um enxerto ósseo livre em bloco tricortical removido da crista ilíaca direita para reconstrução imediata. Conclusão: A abordagem intra-oral para tratamento e reconstrução de neoplasias benignas em região mandibular é uma forma segura e confiável, tendo como principais vantagens a ausência de cicatriz, integridade do nervo facial. E como desvantagens a contaminação por conta das secreções bucais, a infecção do enxerto levando a perda de todo o osso além de ser uma abordagem difícil requerindo habilidade do cirurgião, quando comparado com a abordagem extra-oral, sendo uma técnica bem indicada em casos selecionados.

**UNITERMOS:** Cirurgia bucal; Ameloblastoma; Terapêutica; Neoplasias

### INTRODUÇÃO

Neoplasias benignas agressivas podem ser ressecadas adequadamente usando uma abordagem intra-oral, quando extensa, mas a reconstrução de grandes defeitos representa um desafio.<sup>1,2</sup>

Ao abordar uma extensa lesão de um tumor agressivo benigno em região de mandíbula, o resultado estético é uma das primeiras metas do cirurgião quando se pensa em reconstrução. Reconstrução por meio de uma abordagem intra-oral evita incisões faciais, conserva a musculatura perioral, evita a possibilidade de danos ao nervo facial e reduz a morbidade, dando a estética ideal e resultados e funcionais.<sup>1,2</sup>

O ameloblastoma é um tumor odontogênico<sup>3,4</sup> normalmente de comportamento benigno, com crescimento lento, assintomático, localmente invasivo

e agressivo, com capacidade de atingir grandes tamanhos, podendo causar deformidades faciais.<sup>5</sup>

O método ideal para o tratamento do ameloblastoma tem sido alvo de controvérsia<sup>5,6</sup> podendo variar desde tratamentos mais conservadores como curetagem e enucleação até amplas ressecções ósseas, com margem de segurança.<sup>5</sup> Sua recidiva está intimamente ligada com o planejamento inadequado.<sup>6</sup> O tratamento, muitas vezes, pode ser complexo, difícil, mutilador, e necessitar de reconstruções com o uso de enxerto ósseo, visando a reabilitação do paciente.<sup>7</sup>

Reabilitação com o uso de enxerto ósseo livre ou vascularizado são alternativas viáveis após a ressecção desse tumor<sup>7</sup> por possuir propriedades osteogênicas, osteoindutoras e osteocondutoras<sup>7</sup>, permitindo inclusive a instalação de implantes e a

1 Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Sindicato dos Odontologistas do Estado de São Paulo – SOESP.

2 Mestre em Ciências da Saúde e Mestre em Fisiopatologia. Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Sindicato dos Odontologistas do Estado de São Paulo – SOESP.

recomposição da mandíbula como peça óssea única.

A reconstrução óssea pode ser imediata ou tardia, esta ao ser utilizada, submete o paciente a uma nova cirurgia de grande porte em um campo mais restrito devido à fibrose, reduzindo a qualidade do leito receptor e aumentando os custos adicionais do tratamento, entretanto evita a contaminação das secreções bucais, diminuindo as chances de infecção.<sup>8</sup>

O objetivo deste trabalho é relatar e discutir um caso de um paciente com ameloblastoma multicístico mandibular que compareceu ao ambulatório do Serviço UFBA/OSID de Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial cuja ressecção e reconstrução foi realizada por via intra-oral em um tempo único, comentando as vantagens e desvantagens dessa opção terapêutica.

### RELATO DE CASO

Paciente TCC, 42 anos, compareceu ao ambulatório de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia para avaliação de lesão em mandíbula.

História Médica: Referia uso diário de rivotril, fluoxetina, budesunida, para tratamento de depressão. Apresentava histórico de ameloblastoma multicístico em região de corpo mandibular direito em evolução há cerca de 10 anos, que foi diagnosticado ainda com pequeno tamanho próximo ao ápice dos pré-molares. Devido ao diagnóstico em fase inicial da lesão e o pequeno tamanho da mesma foi realizado o tratamento de enucleação e curetagem agressiva. Paciente permaneceu em acompanhamento ambulatorial pós-operatório. Entretanto, mesmo sendo orientada devido a possibilidade de recidiva a longo prazo, a mesma não compareceu às revisões.

Ao retornar ao ambulatório, ao exame físico observava-se discreto abaulamento em região submandibular direita. Ao exame intra-oral notava-se discreto aumento de volume na região vestibular do corpo mandibular direito, com a presença de uma fístula no local entre as unidades dentárias 45 e 46, coloração normal da mucosa, ausência de mobilidade dentária, oclusão classe I e estável (Fig.1). Não foi realizado o teste de vitalidade pulpar das unidades dentárias da região. Paciente alegava não conseguir mastigar com os dentes associados ao tumor e percebia aumento de volume lento e gradual na região nos últimos 2 anos e meio.

Ao exame de imagem (radiografia panorâmica dos maxilares) observava-se sinais sugestivos de lesão radiolúcida multilocular em corpo mandibular direito, acometendo a região das unidades 44 a 46, com aproximadamente 3 cm no sentido ântero/posterior (Fig.2). Foi solicitado uma tomografia computadorizada para melhor avaliação, em que se observou sinais sugestivos de lesão hipodensa multilocular com presença de expansão e perfuração das corticais

ósseas vestibular e lingual associado com projeção para os tecidos moles, mas sem invasão tecidual (Fig.3).



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para ressecção do ameloblastoma sob anestesia geral. Foi realizada a ressecção parcial da mandíbula com 01cm de margem de segurança.

O acesso a lesão foi todo realizado por intra-oral, com incisão intrasulcular vestibular e lingual da unidade 48 até a 31, e mais duas incisões relaxantes, uma para região retromolar e outra em parassínfise

esquerda. Divulsão e descolamento mucoperioteal, e acesso a lesão (Fig.4).

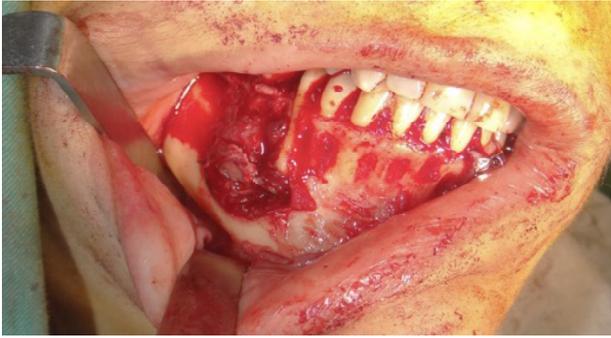


Figura 4

No trans cirúrgico, o tumor apresentava-se com característica osteolítica, com rompimento da cortical vestibular com extensão do dente 44 ao 46, acometendo a basilar da mandíbula.

Previamente à ressecção foi realizado bloqueio maxilomandibular e a placa de reconstrução foi modelada na região e fixada com o objetivo de manter a correta relação entre os cotos proximal e distal da mandíbula, correta relação intermaxilar e oclusão prévia.

Procedeu-se a ressecção do tumor estendendo-se da unidade dentária 43 até a 47, utilizando serra recíprocante para facilitar a ergonomia já que o acesso a lesão era intra-oral. O defeito ósseo foi de aproximadamente 5 cm.

A placa de reconstrução foi instalada, reestabelecendo a correta relação interfragmentos e intermaxilares, e na região do defeito foi interposto um enxerto ósseo livre em bloco tricortical removido da crista ilíaca direita para reconstrução imediata. Foram realizadas perfurações no bloco ósseo e o mesmo foi fixado entre os cotos com 01 parafuso do sistema 2.4mm (Fig.5).

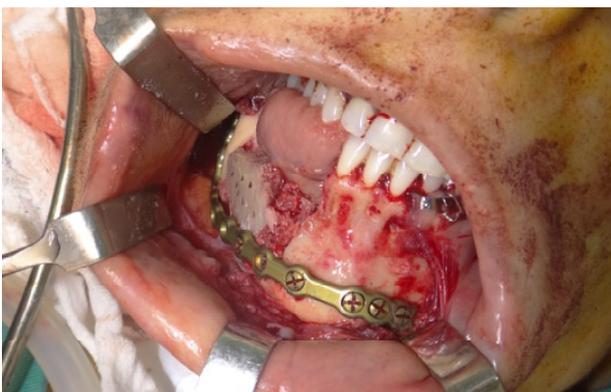


Figura 5

As suturas foram realizadas após irrigação abundante com soro fisiológico com monocryl 4-0. Foi feita sutura contínua simples, interposto com 04 pontos simples, na região do defeito e suturas interpapilares nas regiões interdentárias, visando diminuir o máximo possível a comunicação com o meio bucal.

A peça foi encaminhada para avaliação histopatológica e teve como diagnóstico conclusivo de ameloblastoma acatomatoso e com as margens livres.

Foi prescrito antibioticoterapia com amoxicilina 500mg, 3 vezes ao dia por 14 dias, e analgésico. A paciente foi mantida com bloqueio intermaxilar dinâmico e com as orientações pós-operatórias.

Até o nono dia pós-operatório a recuperação foi sem eventos adversos, com edema compatível e suturas em posição. A paciente refere que seguiu as orientações pós-operatórias de dieta líquida e cuidados locais e que fez uso correto das medicações. Ao exame de imagem de acompanhamento pós-operatório imediato, observava-se sinais sugestivos de material de síntese óssea em posição, com enxerto ósseo bem posicionado (Fig.6). Entretanto, na revisão pós-operatória de 14 dias a paciente apresentou uma fístula com presença de secreção purulenta na região em que foi realizado abordagem transbucal. Foi mantida a antibioticoterapia com amoxicilina por mais 7 dias associado com clindamicina, mas não foi observado melhora. Apenas discreta regressão do aumento de volume e da secreção purulenta.

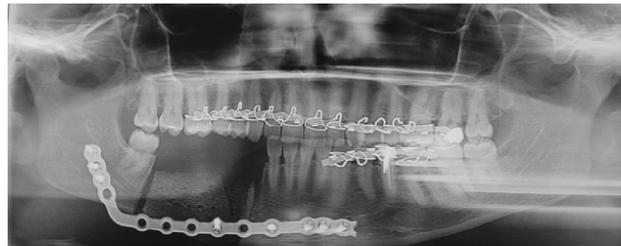


Figura 6

Com 35 dias pós-operatório mantendo a terapia antibiótica a paciente retornou com outra fístula, desta vez extra oral na região anterior da mandíbula. Optou-se então pela remoção do enxerto ósseo e desbridamento cirúrgico do local. Procedimento realizado com aproximadamente 02 meses depois da primeira intervenção cirúrgica (Fig.7).

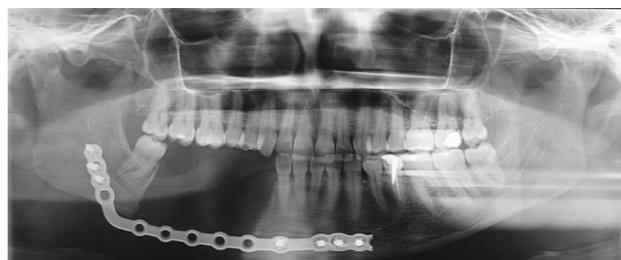


Figura 7

A paciente apresentou boa evolução sem sinais de infecção, com cicatrização completa dos tecidos intra e extrabucais. Devido à manutenção da placa de reconstrução não houve mudança estética e aguarda nova tentativa de reconstrução. Enquanto isso está utilizando uma prótese parcial removível.

## DISCUSSÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico epitelial benigno, assintomático, de crescimento lento, localmente invasivo, de comportamento muitas vezes agressivo e destrutivo, com a capacidade de atingir grandes proporções, corroer trabéculas ósseas e invadir estruturas adjacentes.<sup>1,5</sup> Por isso como demonstrou o caso relatado deve ser removido de forma agressiva com margem de segurança devido ao alto nível de recidiva nos procedimentos conservadores e falta de colaboração dos pacientes no acompanhamento, por se tratar de tumor de crescimento lento e assintomático.

É o tumor odontogênico mais comum embora represente apenas cerca de 1% dos tumores e cistos mandibulares e 11% dos tumores odontogênicos, acometendo com maior frequência a região mandibular em 80-85% dos casos sendo 70% na área dos molares ou o ramo ascendente, 20% na região pré-molar e 10% na região anterior.<sup>4,9,10,11</sup> Não há predileção por sexo<sup>3,4,11</sup> apesar de alguns autores acreditarem que há uma discreta prevalência pelo sexo feminino.<sup>9,12</sup> Ocorre entre a terceira e a quarta década de vida.<sup>3,10,11</sup> A maioria do tipo multicísticos, com padrão histológico mais comum sendo o folicular e o mais raro o acantomatoso.<sup>4</sup> Ratificado no caso apresentado nesse artigo exceto pelo diagnóstico histopatológico de Ameloblastoma do tipo Acantomatoso.

A literatura mostra que ameloblastomas unicísticos tratados de forma conservadora apresentaram uma taxa razoável de sucesso, embora a probabilidade de recidivas esteja presente.<sup>4</sup> Ameloblastomas multicísticos são tratados na maioria dos casos com ressecção com margens de aproximadamente 1,0 à 1,5cm de segurança.<sup>4</sup>

Diagnosticada ainda em fase inicial, com pequeno tamanho e próximo ao ápice dos pré-molares, o tratamento sugerido na época foi de enucleação e curetagem agressiva, dado a sua extensão, pois um tratamento inicial de ressecção implicaria necessariamente em sequelas funcionais e estéticas para a paciente, entretanto houve recorrência da lesão o que nos leva a crer que a ressecção seja o tratamento de escolha para tumores com características agressiva. No entanto, por se tratar de um tumor assintomático, benigno e quando ainda atinge tamanhos pequenos, os pacientes negligenciam o acompanhamento rigoroso, não dando importância as características do tumor, como no relato presente.

No plano de tratamento deve incluir a reabilitação do paciente para recuperar a sua capacidade funcional, anatômica e estética. Para este efeito, as placas de metal são utilizadas para reabilitação, bem como, enxertos ósseos e materiais aloplásticos.<sup>7,10</sup>

Quando se considera a reabilitação de amplas áreas envolvendo os maxilares, tradicionalmente os enxertos ósseos autógenos não vascularizados de ilíaco são utilizados com mais frequência, devido à baixa morbidade do sítio doador e boas taxas de

sucesso e também devido sua alta população de células pluripotenciais.<sup>7,8</sup> Porém acreditamos que para defeitos maiores de 5cm o melhor tipo de enxerto é o vascularizado.

A reconstrução concomitante à ressecção promove o restabelecimento anatômico e funcional do defeito, permitindo que a área reconstruída seja reparada em um único procedimento cirúrgico, sem distorções, desvios, atrofia e formação de cicatrizes inerentes às cirurgias secundárias, tornando esta técnica mais confiável.<sup>8</sup> A paciente perdeu enxerto e ficou só com a placa de reconstrução

Atualmente, com o advento das técnicas de enxertia houve uma revolução no tratamento de pacientes com necessidade de reconstrução mandibular após extensas ressecções, visto que técnicas que utilizavam apenas placas de reconstrução isoladamente, frequentemente produzem defeitos funcionais e estéticos.<sup>13</sup>

Previamente a ressecção foi realizado bloqueio maxilomandibular e a placa de reconstrução foi modelada na região fixada, com o objetivo de manter a correta relação entre os cotos proximal e distal da mandíbula, correta relação intermaxilar e oclusão prévia. Foi feito a ressecção e reinstalação da placa e na região do defeito foi interposto um enxerto ósseo livre em bloco tricortical removido da crista ilíaca direita para reconstrução imediata. A escolha do tipo de reconstrução usada neste caso foi efetuada levando-se em conta a experiência do cirurgião, defeito de até 5cm, localização do tumor, além do estado geral da paciente.

Os motivos de falhas nos enxertos são fixação inadequada, pouco tecido de cobertura, vascularização deficiente e contaminação. A consolidação óssea se completa, em geral, em doze semanas.<sup>14</sup>

A abordagem intra-oral evita incisões faciais, assim, alcança os melhores resultados estéticos. Além disso, a musculatura perioral é preservada, melhorando os resultados funcionais. Esta técnica é mais segura o que resulta em menor morbidade sem a possibilidade de danos ao nervo facial.<sup>39,41</sup> Neoplasias benignas podem ser ressecadas adequadamente usando uma abordagem intra-oral, quando extensa, mas a reconstrução de grandes defeitos representa um desafio.<sup>1,2</sup> A abordagem intra-oral dificulta a modelagem da placa na mandíbula, mas um modelo prototipado evita este inconveniente.<sup>1,2</sup>

O acesso ao tumor do presente caso foi todo realizado por intra-oral e apesar da possibilidade de modelagem da placa por prototipagem, no nosso caso a placa foi modelada no trans-operatório seguindo a anatomia da mandíbula antes de ressecar a lesão.

É possível realizar a ressecção por via intra-oral em casos selecionados de corpo ou sínfise mandibular, entretanto os defeitos devem ser pequenos porque a reconstrução óssea só poderá ser realizada imediatamente utilizando só o enxerto livre se não perde toda vantagem do acesso intra-oral.

## CONCLUSÃO

A abordagem intra-oral para tratamento e reconstrução de neoplasias benignas em região mandibular é uma forma segura e confiável, tendo como principais vantagens a ausência de cicatriz, integridade do nervo facial. E como desvantagens a contaminação por conta das secreções bucais, a infecção do enxerto levando a perda de todo o osso além de ser uma abordagem difícil requerendo habilidade do cirurgião, quando comparado com a abordagem extra-oral, sendo uma técnica bem indicada em casos selecionados.

## ABSTRACT

The aim of this work is to report and discuss a case of a patient with ameloblastoma mandibular multicystic who attended the outpatient clinic of UFBA Service / OSID of Oral and Maxillofacial Surgery whose resection and reconstruction was performed by intra-orally in a single time, commenting on the advantages and disadvantages of this therapeutic option. The patient was referred to the operating room for resection of ameloblastoma under general anesthesia. partial resection of the mandible with 01cm margin of safety was performed. Access the injury was all done by intraoral. Proceeded to tumor resection, the bone defect was approximately 5 cm. The reconstruction plate was installed, reestablishing the correct interfragmentos and intermaxillary relationship, and the defect region was brought a free bone graft in tricortical block removed from the right iliac crest for immediate reconstruction. Conclusion: The intraoral approach to treatment and reconstruction of benign neoplasms in mandibular region is a safe and reliable way, the main advantage of the absence of scarring, facial nerve integrity. The disadvantages contamination because of oral secretions, infection of the graft leading to loss of the entire bone and is a difficult approach requiring surgeon's skill, compared to the extra-oral approach, being a technique indicated in selected cases.

**UNITERMS:** Oral surgery, Ameloblastoma, Therapy, Neoplasm.

## REFERÊNCIAS

- Diaz-Carandell A, Agut-Busquet E, Molina-Montes J, Escuder-LaTorre O. Intraoral Approach and Stereolithographic-guided Large Mandibular Reconstruction with Fibula Free Flap. *Plastica nd Reconstructive Surgery Global Open* 2014; 2(8):199-199.
- Bianchi, Bernardo, et al. Subtotal mandibular reconstruction using an intraoral approach: report of 2 cases." *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2008; 66(12): 2654-2656.
- Avelar RL, Antunes AA, Santos TS, Andrade ESS, Dourado E. Tumores odontogênicos: estudo clínico-patológico de 238 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008; 74(5):668-73
- Neville BW, Damn DD, Allen CM. *et al., Patologia Oral & Maxilofacial.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara/Koogan; 2009.
- Gardner DG, Heikinheimo K, Shear M, Philipsen HP, Coleman H. Ameloblastomas. En: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editores. WHO Classification of tumors. Pathology and genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IACR Press 2005: 296-300.
- El Mazghi, Abderrahman, et al. "Rôle de la radiothérapie dans le traitement de l'améloblastome: à propos de deux cas." *The Pan African Medical Journal* 2014.
- Li, J.; wang, H-L. Common Implant-Related Advanced Bone Grafting Complications: Classification, Etiology, and Management. *Implant Dentistry* 2008; 17(4): 389-398.
- Baker A, McMahon J, Parmar S. Immediate reconstruction of continuity defects of the mandible after tumor surgery. *J. oral Maxillofac. Surg.*, Philadelphia 2001; 59(11):1333-9.
- Osterne RL, Brito RG, Alves AP, et al: Odontogenic tumors: A 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011; 111(4): 474-481.
- López Alvarenga, Rodrigo, et al. "Ameloblastoma: un estudio retrospectivo de 48 casos." *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial* 2013; 35(4):145-149.
- Moraes, Frederico Barra de, et al. "Ameloblastoma: a clinical and therapeutic analysis on six cases." *Revista Brasileira de Ortopedia* 2014; 49(3): 305-308.
- Fernandes AM, Duarte EC, Pimenta FJ, et al: Odontogenic tumors: A study of 340 cases in a Brazilian population. *J Oral Pathol Med* 2005; 34(10): 583-587.
- Cohen A, Laviv A, Berman P. *et al.*, Mandibular reconstruction using stereolithographic 3-dimensional printing modeling technology. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, St Louis 2009; 108(5): 661-6.
- Marzola C. *Fundamentos de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.* São Paulo: Ed. Big Forms, 2008.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

PROF DR ROBERTO AZEVEDO  
Faculdade de Odontologia da UFBA  
Departamento de Clínica Odontológica  
Avenida Araújo Pinho, n 62, Canela  
Salvador - Bahia - Brasil  
email: [razevedo@ufba.br](mailto:razevedo@ufba.br)