

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA**

THAYANA ALVES FARINHA

**HEMI-MAXILECTOMIA COMO TRATAMENTO DE
AMELOBLASTOMA MULTICÍSTICO.**

Rio de Janeiro

2019

THAYANA ALVES FARINHA

**HEMI-MAXILECTOMIA COMO TRATAMENTO DE
AMELOBLASTOMA MULTICÍSTICO.**

Projeto de pesquisa apresentado para a
Disciplina de TCC II, sob a orientação da
Prof^o. Roberto Gomes dos Santos.

Rio de Janeiro

2019

SUMÁRIO

Página

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	5
2.1 OBJETIVO GERAL	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
3. JUSTIFICATIVA E/OU RELEVÂNCIA.....	5
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
5. RELATO DO CASO	8
6. CONCLUSÃO	9
7. CRONOGRAMA	10
8. REFERÊNCIAS	11

1. INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor epitelial odontogênico benigno, que representa 1% dos tumores e cistos orais e é o tumor odontogênico clinicamente significativo mais comum. Ocorre mais do que todos os tumores odontogênicos juntos, excluindo o odontoma. Os ameloblastomas são tumores de origem epitelial odontogênica. Dentre suas características, temos: Localmente invasivo, crescimento lento e que apresenta curso benigno na maior parte dos casos. Podem ocorrer três diferentes situações clinicorradiográficas: 1. Sólido convencional ou multicístico (cerca de 86% de todos os casos) 2. Unicístico (cerca de 13% de todos os casos) 3. Periférico (extra ósseo) (cerca de 1% de todos os casos). Neste relato de caso se dará enfoque ao Ameloblastoma sólido convencional ou multicístico que pode ser encontrado em ampla variação etária, porém, tem prevalência relativamente igual na terceira e sétima década de vida também não há predileção por gênero. Cerca de 80% a 85% dos casos dos ameloblastomas ocorrem em mandíbula na região de ramo e corpo mandibular, já o resto dos casos ocorre em maxila, em região posterior. Frequentemente o tumor é assintomático, por isso, em lesões menores são somente detectadas em exames de imagem de rotina. Com isso, seu diagnóstico é mais difícil e acontece tardiamente piorando o prognóstico do paciente. A apresentação clínica é dada por tumefação indolor podendo ter expansão dos ossos gnáticos, edema gengival, mobilidade dentária, perda espontânea de dentes, alterações da oclusão e deslocamento ou reabsorção de raízes dentais podem ser identificados como queixas. Se não for tratada, a lesão crescerá lentamente podendo atingir proporções grandes ou grotescas que ainda assim, raramente, geram dor ou parestesia no paciente. A característica radiográfica mais observada é a lesão radiolúcida multilocular que é frequentemente descrito como “bolhas de sabão”, quando as loculações são grandes, ou “favo de mel” quando as loculações são menores. Quando as lesões ainda estão no seu início, apresentam-se como lesões unicísticas radiolúcidas uniloculares, que, em geral, circundam a coroa de um dente incluso e comumente são confundidas com cistos

dentígeros (MARTINS, et al., 2007). A expansão cortical das faces vestibular e palatina geralmente estão presentes, assim como a reabsorção das raízes dos dentes adjacentes ao tumor são comuns. Geralmente, um dente não erupcionado, mais comumente, os terceiros molares inferiores, estão associados ao defeito radiolúcido. As margens dessa lesão, frequentemente mostram festonamento irregular. Mesmo possuindo esse tipo de característica radiográfica, não se pode afirmar que a lesão seja um ameloblastoma já que há outros diagnósticos possíveis para tal apresentação radiográfica (NEVILLE, et al., 2004). Dentre 56 prontuários analisados de ameloblastomas tratados no Hospital do Câncer A. C. Camargo, em São Paulo, no período de 1953 a 1980. A idade dos pacientes variou entre 9 e 77 anos, com ocorrências uniformes entre a segunda e a quinta década de vida, correspondendo a 72,5% de todos os casos. A incidência das lesões no gênero masculino foi de 51,7%, e no feminino, de 48,2%. Quanto à raça, a ocorrência foi de 53,3% na branca, 25% na negra, 17,8% na parda e 3,5% na amarela. Entre os casos de tumor em maxila e mandíbula, a maior incidência foi na mandíbula, (93%), contra 7% na maxila. Ainda na mandíbula, especificamente na região anatômica, 25% dos casos ocorreram na região de sínfese; 15,7%, na região de molares e ramo esquerdo juntos; 15%, na região de molares esquerda; 10,5%, na região de molares direita. Além disso, foram constatados 14% de processos bastante volumosos na mandíbula, envolvendo várias regiões anatômicas. Na maxila, verificou-se a ocorrência de tumor na região de molares esquerda em 3,5% dos casos, seguida da região de molares do lado direito e região anterior, com um caso em cada uma delas (MARTINS, et al., 2007.). Confirmando assim, as informações já descritas.

2. OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL

Analisar e descrever o tratamento cirúrgico de um Ameloblastoma Multicístico bem como seus aspectos clínicos.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A) Identificar outros tratamentos.
- B) Analisar os resultados.
- C) Destacar a importância do cirurgião dentista no diagnóstico, tratamento e prevenção.
- D) Etiologia da doença.

3. JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA

O ameloblastoma multicístico caracteriza-se por ser uma entidade clinicorradiográfica que apresenta comportamento indolente e tratamento difícil. Sendo assim, torna-se necessário o conhecimento do cirurgião dentista acerca de suas particularidades para melhor condução clínica dos pacientes.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Descrito pela primeira vez, em 1868, por Broca, desde o início, despertou grande controvérsia sobre a sua origem e sinonímia (FONSECA et al., 1986). Malassez, em 1885, descreveu essa neoplasia com o nome de epiteloma adamantino, tendo proposto, em conjunto com Broca, a sua etiologia odontogênica provável (FONSECA et al., 1986). Desde os primeiros relatos, o ameloblastoma teve, como sinônimo, os seguintes termos: epiteloma adamantino, tumor de células basais, adamantinoma, odontoma epitelial, adamantinoblastoma, cistoadenoma adamantino, adamantinoma epitelial e carcinoma de resíduos de germe dental (FONSECA et al., 1986; JORGE; MIRACCA; SANTOS, 1988). Atualmente, a denominação mais usada e aceita é a de ameloblastoma, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (MARTINS, et al., 2007). Sobre suas características histopatológicas, o ameloblastoma tem tendência para desenvolver alterações císticas que podem ser vistas pelo microscópio. Podem ser divididas em dois padrões mais comuns: Folicular e plexiforme. O primeiro é o mais comum e reconhecível e pode-se observar ilhas de epitélio lembram o epitélio do órgão do esmalte em meio a um estroma maduro de tecido conjuntivo fibroso. Os ninhos epiteliais consistem em uma região central de células angulares arranjadas frouxamente, lembrando o retículo estrelado de um órgão do esmalte. Uma única camada de células colunares altas, semelhantes a ameloblastos, cerca essa região central. O núcleo dessas células está localizado no polo oposto à membrana basal (polaridade reversa). A formação de cistos é comum e pode variar desde microcistos, que se formam dentro das ilhas de epitélio, até grandes cistos macroscópicos, que podem ter muitos centímetros de diâmetro. Já o padrão plexiforme, consiste em cordões longos e anastomosantes ou lençóis maiores de epitélio odontogênico. Os cordões ou lençóis de epitélio são delimitados por células colunares ou cúbicas, semelhantes a ameloblastos, circundando as células epiteliais arranjadas mais frouxamente. O estroma de suporte tende a ser vascular e arranjado frouxamente. A formação de cistos é relativamente incomum nessa variante. Quando ela ocorre,

está mais frequentemente associada à degeneração do estroma, em vez de alterações císticas dentro do epitélio (NEVILLE, et al., 2004). De acordo com Barbachan e colaboradores (1985), o patologista, muitas vezes, analisa apenas um corte histológico da peça cirúrgica que, por sua vez, pode ter áreas que simulem cistos dentígeros. Assim, é importante realizar vários cortes seriados do material para assegurar se estamos diante de um cisto dentígero ou ameloblastoma. Shafer, Hine e Levy (1985) descrevem o ameloblastoma como um verdadeiro neoplasma de tecido do tipo do órgão do esmalte, que não sofre diferenciação até chegar ao ponto de formar esmalte. O tratamento varia desde uma simples enucleação seguida por curetagem até a ressecção em bloco, já que não possui um tratamento ideal a esse tipo de lesão. Porém, já que ele é infiltrativo nas trabéculas ósseas do osso esponjoso intacto, a curetagem pode deixar ilhas de tumor dentro do osso gerando, assim, mais chances de uma recidiva. A taxa de recidiva que é relatada em casos de curetagem desses tumores gira em torno de 50% a 90% que frequentemente demora anos para se tornar clinicamente evidente. A ressecção marginal é o tratamento mais amplamente utilizado e foram relatadas taxas de recidiva de 15% em ressecções marginais ou em bloco. A remoção desse tumor seguida por osteotomia periférica reduz necessidade de cirurgia reconstrutiva extensa, porém, devido ao tamanho do tumor e seu padrão de crescimento há lesões que não respondem a esse tratamento. Os ameloblastomas da maxila posterior são perigosos já que há a dificuldade de obter uma margem cirúrgica adequada ao redor do tumor. A invasão da órbita por ameloblastomas maxilares têm sido descritas. O ameloblastoma convencional é persistente, infiltrativa, que pode matar o paciente devido à sua progressiva disseminação de modo a envolver estruturas vitais. A maioria desses tumores, contudo, não são lesões que ameaçam a vida. Raramente, um ameloblastoma exibe comportamento maligno. Para o diagnóstico, as radiografias convencionais, como as intrabucais, extrabucais e panorâmicas, não devem ser utilizadas como único meio de diagnóstico. A tomografia computadorizada é imprescindível para verificar a localização, a extensão, os limites e a correlação do tumor

com as estruturas adjacentes, como o rompimento das corticais, que só pode ser observado por meio das reconstruções das tomografias computadorizadas (MARTINS, et al., 2007).

Já o tratamento, as abordagens cirúrgicas radicais podem ser: 1) a ressecção marginal que é a remoção cirúrgica de um tumor intacto com uma margem de osso sadio; 2) a ressecção segmentar da mandíbula ou maxila é a remoção cirúrgica de um segmento desses ossos sem manter a continuidade óssea e 3) a hemissecção, remoção cirúrgica de um dos lados da maxila ou mandíbula. O comportamento biológico das variantes do ameloblastoma é quem dita sua capacidade de recidivas, de expansão ou de invasão local. A recidiva parece depender de fatores como a escolha do tratamento da lesão primária, a extensão da lesão, o sítio de origem, a proliferação dos resíduos não removidos na cirurgia e a implantação de tecido neoplásico em outros locais durante o ato cirúrgico (GOMES, et al., 2002). Pode-se ter como escolha também a marsupialização teria caráter de tratamento preliminar, quando se tratasse de pacientes jovens, que pudessem ser monitorados e principalmente para os casos de ameloblastomas unicísticos, devido ao seu comportamento ser semelhante aos dos cistos. E também a radioterapia só encontra espaço quando combinada à cirurgia nos casos de lesões com grande comprometimento de tecidos moles e, isoladamente, nos raros casos de invasões em estruturas cuja ressecção seja incompatível com a vida (GOMES, et al., 2002).

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 24 anos, leucoderma compareceu ao serviço de Bucomaxilofacial do HMLJ com aumento de volume endurecido em hemiface esquerda, indolor, normocrônica. No exame intra-oral notava-se aumento de volume e rugosidade do fundo de vestibulo e mucosa com coloração normal. Foi solicitada uma tomografia e constatado extensa lesão osteolítica em hemimaxila esquerda. A partir disso foi confeccionado o protótipo e ao retornar após 1 mês, o volume havia

aumentado. Foi realizado planejamento cirúrgico no protótipo e a cirurgia foi executada na semana seguinte. Na cirurgia, foi realizado o acesso Weber-Ferguson e ressecção da hemimaxila esquerda. Utilizou-se malha de titânio de 1.5cm para refazer o soalho orbitário que foi fixada no canto lateral e canto medial da órbita. e placa reta também de 1.5 na região alveolar da maxila contralateral e corpo do zigoma como anteparo para tecido mole associada ao corpo adiposo de Bichat para manter contorno da projeção facial. Confeccionou-se uma prótese parcial dentossuportada contralateral.

5. CONCLUSÃO

Com base no que já foi citado, pode-se concluir que os principais critérios para indicação da melhor abordagem terapêutica são: a importância do reconhecimento e identificação do tipo de ameloblastoma, a localização desse neoplasma nos maxilares e a possibilidade do acompanhamento do paciente após tratamento escolhido. Ao tratamento do ameloblastoma multicístico parece mesmo serem necessárias abordagens mais radicais pelo seu comportamento, principalmente na região posterior da mandíbula e na maxila que pode envolver estruturas nobres. (GOMES, et al., 2002).

O ameloblastoma é um tumor odontogênico que, embora seja histologicamente benigno, apresenta um comportamento infiltrativo local sendo que esse tipo de tumor acomete, comumente, a mandíbula na região posterior. A idade em que aparece o ameloblastoma varia de acordo com o estudo analisado. A evolução do ameloblastoma é lenta e sem sintomatologia, razão pela qual dificilmente é diagnosticada nos estágios iniciais. Geralmente, o profissional e o próprio paciente só percebem o tumor quando este apresenta volume considerável, o que pode resultar em assimetria facial ou em radiografias de rotina quando ainda não há nenhum sinal. Radiograficamente, os ameloblastomas, em sua maioria, se apresentam como lesões multicísticas radiolúcidas, que podem gerar deslocamento

dentário ou reabsorção radicular. Os tipos histológicos mais observados do ameloblastoma são o folicular e o plexiforme. A biópsia é de suma importância para avaliação histopatológica que é um exame complementar importante para o estabelecimento do diagnóstico final da lesão. O tratamento pode ser conservador ou radical e dependerá da extensão da lesão e da experiência do profissional.

6. CRONOGRAMA

Atividades	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO
Pesquisa Bibliográfica	X	X		
Definição do tema/objetivos	X			
Introdução	X	X		
Fundamentação teórica		X	X	X
Conclusão				X

7. REFERÊNCIAS

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M. et al. Patologia Oral & Maxilofacial. Guanabara-Koogan: Rio de Janeiro, 2004.

GOMES, A.C.A. et al. Ameloblastoma: Tratamento cirúrgico conservador ou radical? Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial., Camaragibe, v.2, n. 2, p.17- 24, 2002.

MARTINS, M. D. et al. Ameloblastoma: revisão de literatura. ConScientiae Saúde, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-278, 2007.

FONSECA, E. C. et al. Ameloblastoma. Apresentação de 56 casos. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, São Paulo, v. 40, p. 186-196, 1986

.Sook-Bin Woo. Oral Pathology: A Comprehensive Atlas and Text, 2012.

KIGNEL, S. et al ESTOMATOLOGIA - BASES DO DIAGNÓSTICO PARA O CLÍNICO GERAL 2ª ed. São Paulo, Editora Santos 2013.