

AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

UNICYSTIC AMELOBLASTOMA IN A 11-YEAR-OLD CHILD: CASE REPORT

Mateus A. NASCIMENTO¹; Willames R. Jesus CAVALCANTE¹; Sergio V. CARDOSO²; João César G. HENRIQUES³; Claudia J. SILVA⁴

1 - Residente em CTBMF pelo HC/UFU;

2 - Doutor e Mestre em Patologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Professor Associado da Área de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), Pós-Doutorado pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Uberlândia;

3 - Doutor em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP, Mestre em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia, Especialização em Radiologia Odontológica pela Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas da regional de Bauru;

4 - Doutora e Mestre em clínicas odontológicas Área CTBMF pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Especialista em CTBMF pela Faculdade de Odontologia de Uberlândia, Preceptor da Residência em CTBMF do HC/UFU, Professora adjunto 2 de Cirurgia da Universidade Federal de Uberlândia.

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno e raro, de comportamento biológico variado, crescimento lento e agressivo. Clinicamente, pode ser classificado em três grupos: multicístico ou sólido, unicístico, periférico ou extraósseo. A variante unicística plexiforme possui um padrão menos agressivo e responde melhor ao tratamento conservador, o qual consiste na

marsupialização e posterior curetagem e enucleação. O presente caso relata um ameloblastoma unicístico que ocorreu no ramo mandibular direito de uma criança de 11 anos, submetida ao tratamento conservador, com resultado satisfatório.

PALAVRAS-CHAVE: Ameloblastoma. Tumores odontogênicos. Neoplasias Mandibulares. Mandíbula.

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, que acomete principalmente a região posterior da mandíbula, caracterizado por crescimento lento e relativamente agressivo. Clinicamente, pode ser classificado em, multicístico ou sólido, unicístico e periférico ou extraósseo¹. O ameloblastoma unicístico pode apresentar três padrões de proliferação: luminal, intraluminal e mural. Esses subtipos podem interferir diretamente no comportamento biológico, tratamento e prognóstico da lesão^{2,3}.

Os ameloblastomas em geral, apresentam prevalência entre a quarta e quinta década de vida e o aparecimento dessas lesões em crianças e adolescentes abaixo de 18 anos é incomum, caracterizando apenas 14,6%⁴, enquanto que o ameloblastoma unicístico tem sua prevalência principalmente na segunda e terceira décadas⁵.

Robinson e Martinez foram os primeiros a descrever o ameloblastoma unicístico em 1977 e constataram que essa variação possui um comportamento biológico pouco agressivo e responde de maneira favorável ao tratamento conservador^{3,6}.

As lesões unicísticas apresentam aspectos radiográficos caracterizados por áreas radiolúcidas, uniloculares e com margens bem definidas³, podendo ou não estar associado a um dente não irrompido, lembrando clinicamente um cisto dentígero e queratocisto odontogênico⁶⁻⁹.

O tratamento pode ser realizado por métodos conservadores ou radicais^{1,3,6,8}. Dentro dos métodos conservadores destacam-se a marsupialização, usada como um passo inicial do tratamento, promovendo a descompressão da lesão, seguida por enucleação

e curetagem, que corresponde à remoção da lesão do osso, com preservação da continuidade óssea. A abordagem radical pode ser realizada através da ressecção segmentar que corresponde à remoção cirúrgica de um segmento desses ossos sem manter a continuidade óssea e através da ressecção marginal que é a remoção cirúrgica da lesão com manutenção de osso sadio, deixando estrutura de sustentação para o remanescente ósseo⁸.

O tratamento conservador do ameloblastoma unicístico em crianças preserva a integridade do osso e evita alterações no crescimento da mandíbula. Apesar dos riscos de infecção e prolongamento do tratamento, pode-se optar pela marsupialização como terapia alternativa, pois a mesma proporciona a redução parcial da lesão, levando a procedimentos cirúrgicos menos invasivos e agressivos, principalmente quando envolvem lesões de maior dimensão, risco de fraturas ósseas e possibilidades de lesões a estruturas nobres¹.

É possível notar que apesar de uma menor taxa de recorrência da variante unicístico é necessário um acompanhamento rigoroso nos primeiros cinco anos após remoção cirúrgica¹⁰.

O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico de um paciente pediátrico com ameloblastoma em região de ramo mandibular direito, que foi tratado de forma conservadora, através da combinação de marsupialização, enucleação e curetagem.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, melanoderma, 11 anos de idade, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital de Clínicas de Uberlândia, queixando-se de

aumento de volume intra e extrabucal em região de ramo mandibular direito e com discreta sintomatologia dolorosa associada com drenagem de secreção purulenta intrabucal.

Ao exame clínico extra e intrabucal constatou-se assimetria facial (Figura 1a) com aumento volumétrico importante da tábua óssea vestibular posterior ao dente 45, mucosa com aspecto de normalidade, ausência do dente 47, e discreta drenagem de secreção purulenta em região de trígono retromolar (Figura 1b). O mesmo foi submetido à antibioticoterapia com Amoxicilina 500mg/5ml e Metronidazol 100mg/5ml por sete dias para remissão da infecção.



Figura 1 - (A) Vista frontal do paciente evidenciando aumento volumétrico em região de ângulo/ramo mandibular direito, (B) Aspecto intrabucal inicial.

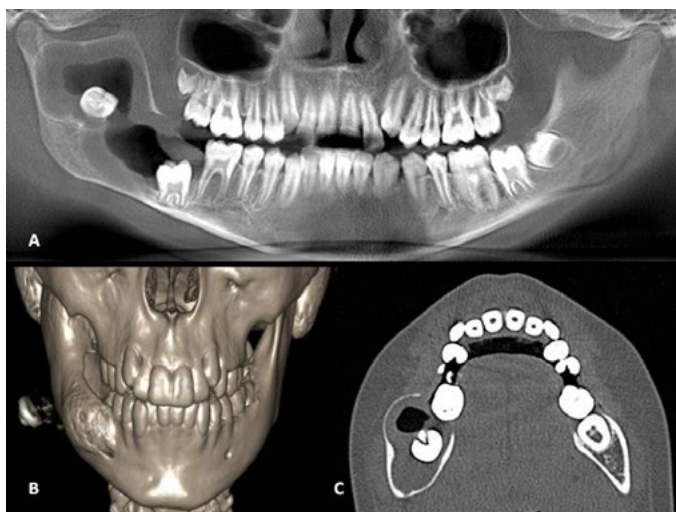


Figura 2 - (A) TC panorâmico inicial observando extensa lesão, envolvendo o corpo, ângulo e o ramo mandibular. (B) Reconstrução tridimensional a partir da tomografia computadorizada em vista frontal inicial. (C) Corte axial observando importante expansão das corticais ósseas.

Após avaliação da tomografia computadorizada de face, foi possível evidenciar lesão hipodensa extensa, posterior ao dente 46 envolvendo o corpo, ângulo e o ramo mandibular direito com aspectos uniloculares, expansão das corticais vestibular e lingual e presença dos dentes 47 e 48 deslocados e associados à lesão (Figura 2).

Frente às evidências clínico/radiográficas, surgiram às hipóteses diagnósticas de cisto dentígero, queratocisto odontogênico ou ameloblastoma.

Após a remissão da infecção foi realizada biópsia incisional sob anestesia local em região de trígono retromolar. O aspecto transoperatório evidenciou uma extensa, porém única cavidade, com espessa cápsula. Foram removidos três fragmentos de tecido mole, que foram acondicionados em formol a 10% e encaminhado para o Laboratório de Patologia da Universidade Federal de Uberlândia. A avaliação microscópica mostrou uma proliferação celular bifásica, com células ora semelhantes a pré-ameloblastos, ora ao retículo estrelado dispostas em feixes entrecruzados. Não foi observado nenhum sinal de queratinização (Figura 3). Tais características levaram à conclusão diagnóstica de ameloblastoma plexiforme, em padrão unicístico mediante correlação clínico-patológico.

Levando-se em consideração a extensão da lesão e a benignidade da mesma, optou-se no mesmo momento cirúrgico, pela cirurgia de marsupialização e descompressão, sob anestesia local, para reduzir seu volume, e possibilitar futuramente a enucleação (Figura 4). A lesão permaneceu marsupializada durante oito meses, nesse período foram realizadas irrigações diárias com soro fisiológico 0,9% para manter a limpeza intralesional e impedir a instalação de um processo infeccioso. Durante o período de marsupialização foram realizadas radiografias a cada três meses que evidenciaram uma regressão gradual da lesão e concomitante neoformação óssea.

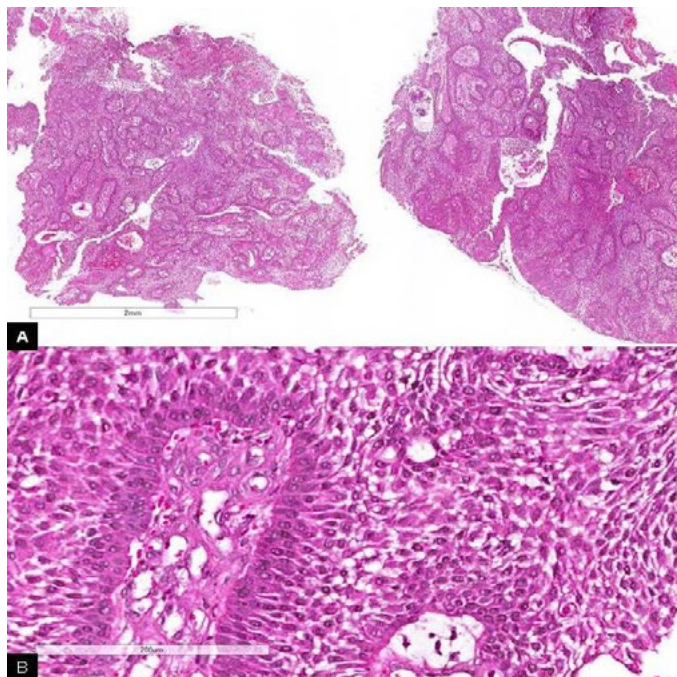


Figura 3 - (A) Fotomicroscopia em menor aumento observa-se proliferação celular organizada em feixes entrelaçados plexiforme. (B) Fotomicroscopia em maior aumento apresentando proliferação de células epiteliais colunares com núcleos em polarização reversa, que se assemelham a pré-ameloblastos associada a células epiteliais em padrão similar ao retículo estrelado do órgão do esmalte.

Ao final desse período o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico do Hospital de Clínicas de Uberlândia, onde foi realizado sob anestesia geral a enucleação seguida de curetagem vigorosa da lesão e exodontia dos dentes 47 e 48 que estavam associados à lesão (Figura 5a, b e c) (Figura 6a e b). O conteúdo foi enviado novamente para o laboratório de patologia onde foi confirmado o diagnóstico de ameloblastoma plexiforme.

Atualmente, o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial de nove meses pós-cirúrgico. A análise extrabucal revelou simetria facial (Figura 7) e na intrabucal é possível notar um aspecto de normalidade da mucosa na área operada (Figura 8). A análise tomográfica mostrou a neoformação óssea progressiva e ausência de sinais de recidiva até o presente momento (Figura 9).



Figura 4 - Aspecto clínico pós-marsupialização da lesão

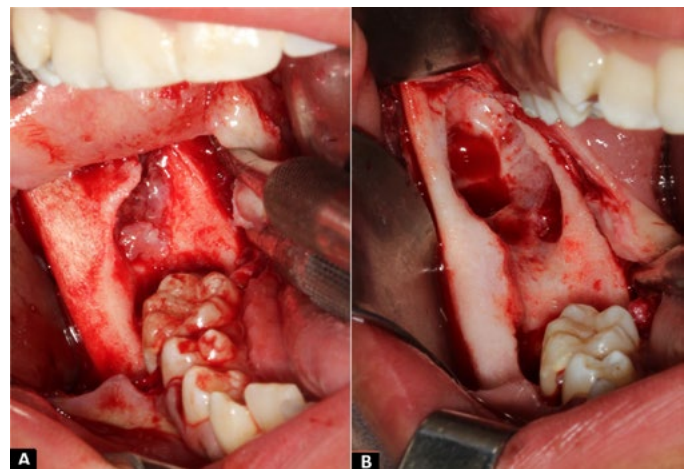
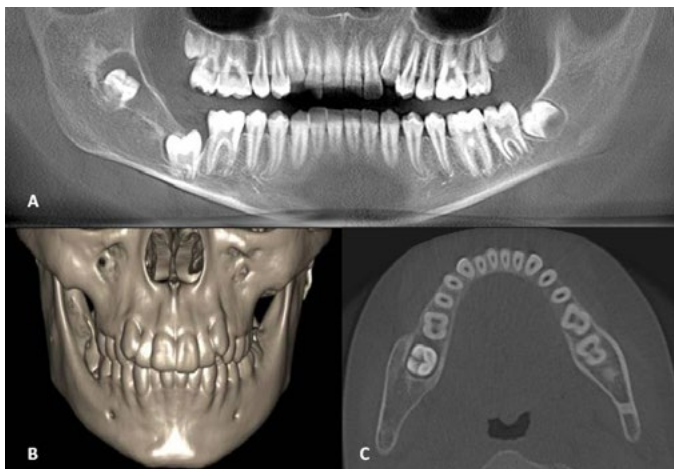


Figura 5 - (A) TC panorâmica pós-marsupialização (8 meses) mostrando redução significativa da lesão. (B) Reconstrução tridimensional a partir da tomografia computadorizada em vistas frontal. (C) Corte axial demonstrando regressão da expansão das corticais.

Figura 6 - Transoperatório: (A) aspecto inicial após acesso para remoção da lesão, (B) aspecto após remoção da lesão e dos dentes 47 e 48.

Figura 7 - Vista frontal do paciente no 9º mês pós-operatório, evidenciando a simetria facial.

Figura 8 - Aspecto intrabucal do 9º mês pós-operatório.

Figura 9 - Aspecto tomográfico nove meses após cirurgia: neoformação óssea continua em região de ângulo/ramo mandibular direito.

DISCUSSÃO

A região mandibular é a mais comumente acometida pelos ameloblastomas, em uma taxa de 84% dos casos relatados¹⁰ com predileção para a região posterior mandibular o que vem de acordo com o caso relatado⁵.

Os ameloblastomas em geral apresentam sua prevalência entre a quarta e quinta década de vida⁴. No entanto, os ameloblastomas unicísticos possuem uma relativa predileção para a faixa etária mais jovem². No que se refere ao sexo é consenso entre os autores que há predominância do sexo masculino em relação ao feminino, como neste caso^{1,3-5,10}.

Estudos mostram que a média de idade da lesão em indivíduos da raça negra foi de 28,7 anos o que diverge do presente caso onde o paciente em questão tinha 11 anos de idade¹⁰.

Este relato corrobora com achados da literatura que relatam que o sinal mais comum no ameloblastoma é a expansão de corticais¹. Alguns autores mostraram que as lesões com características unicísticas apresentam perfil similar aos cistos dentígeros, assim como no caso supracitado⁶⁻⁹.

Nos pacientes jovens em fase de crescimento, a forma de tratamento é controversa, porém alguns estudos mostraram que o tratamento conservador seria a melhor opção nos casos em que o tipo histológico fosse o menos agressivo (não desmoplásico), pois possibilitaria um crescimento mandibular contínuo, e consequentemente reduziria as sequelas estéticas e funcionais^{1,6,8}.

A marsupialização é uma modalidade conservadora de tratamento, que possui objetivo de reduzir o tamanho da lesão, para a posterior remoção total da mesma. A literatura mostra que em casos semelhantes ao apresentado ocorre uma redução importante no tamanho da lesão¹.

É notável que a recorrência após procedimentos conservadores em lesões unicísticas é muito menor quando comparado às variantes sólido ou multicístico. Assim, a enucleação seguida da curetagem é a melhor forma de tratamento para a lesão como a do presente caso⁵.

CONCLUSÃO

O ameloblastoma unicístico pode ser tratado de forma conservadora ou radical. Levando-se em consideração o histórico de comportamento menos agressivo da lesão parece ser consenso na literatura à escolha da marsupialização associada com posterior enucleação. Porém, independente da abordagem utilizada é indispensável o acompanhamento pós-operatório, devido às consideráveis taxas de recorrência.

REFERÊNCIAS

01. Laborde A, Nicot R, Wojcik T, Ferri J, Raoul G. Ameloblastoma of the jaws: Management and recurrence rate. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases*. 2016; 134(1): 7-11.
02. Seintou A, Martinelli-Klay CP, Lombardi T. Unicystic ameloblastoma in children: systematic review of clinicopathological features and treatment outcomes. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014; 43(4): 405-12.
03. Hsu M-H, M.-L. Chiang M-L, Chen J-K. Unicystic ameloblastoma. *Journal of Dental Sciences*. 2014; 9(4): 407-11.
04. Olaitan AA, Adeola DS, Adekeye EO. Clinical features and management of ameloblastoma of the mandible in children and adolescents. *British Journal of Oral and Maxillofacial Sur*. 1996; 34(3): 248-51.
05. Gardner DG, Corio RL. Plexiform unicystic ameloblastoma. A variant of ameloblastoma with a low-recurrence rate after enucleation. *Cancer*. 1984; 53(8): 1730-1735.
06. Robinson L, Martinez MG. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. *Cancer*. 1977; 40(5): 2278-85.
07. Lau SL, Samman N. Recurrence related to treatment modalities of unicystic ameloblastoma: a systematic review. *Int. J. Oral Maxillofac Surg*. 2006; 35(8): 681-90.
08. Feinberg SE, Steinberg B. Surgical management of ameloblastoma
09. Current status of the literature. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*. 1996; 81(4): 383-8.
10. Vickers RA, Gorlin RJ. Ameloblastoma: Delineation of early histopathologic features of neoplasia. *Cancer*. 1970; 26(3): 699-710.
11. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Eur J Cancer B: Oral Oncol*. 1995; 31B(2): 86-99.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign and rare odontogenic tumor of varied biological behavior, slow and aggressive growth. Clinically, it can be divided into three groups: multicystic or solid, unicystic, peripheral or extraosseous. The plexiform unicystic form has a less aggressive pattern and responds better to the conservative treatment. This treatment consists of marsupialization and

subsequent curettage and enucleation. The present case reports a unicystic ameloblastoma that occurred on the mandible of an 11 year old child, who was submitted to conservative treatment.

KEYWORDS: Ameloblastoma. Odontogenic tumor. Mandible neoplasms. Mandible.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Mateus Alves do Nascimento
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de
Uberlândia – FOUFU
Av. Pará, n. 1720, Bloco 4L – Anexo B, Campus Umuarama,
3º Piso, Cep.: 38400-902
Fone: 34 3225-8116
E-mail: mateusalves13@gmail.com