

TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA SÓLIDO DE GRANDE EXTENSÃO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Conservative Treatment of a large solid ameloblastoma in children: a case report

Isadora Oliveira Corrêa

Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Fernanda Britto de Melo Silva

Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Residente em CTBMF pelo Hospital Federal dos Servidores do Estado e Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Suelen Cristina Sartoretto

Doutora em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Professora da disciplina de Cirurgia Bucal da Universidade Iguazu, Nova Iguaçu / RJ, Brasil.

Marcelo José Pinheiro Guedes de Uzeda

Doutor em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Professor da disciplina de Cirurgia Oral Menor da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Doutor em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Professor da disciplina de Cirurgia Oral Menor da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Universidade Federal Fluminense/ Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)
Relato de Caso Clínico.

Endereço:

Isadora Oliveira Corrêa

Rua Pompeu Loureiro, 32, apto 808/bloco A

Tel: (21) 979910154

E-mail: isadoracorrea@id.uff.br

RESUMO

O ameloblastoma é considerado o tumor odontogênico clinicamente mais comum, segundo Neville. Tem origem epitelial odontogênica, podendo surgir dos restos da lâmina dentária de órgão de esmalte em desenvolvimento, das células basais da mucosa oral e do revestimento epitelial de um cisto odontogênico. São tumores de crescimento lento, porém invasivos e não possuem predileção por gênero. O objetivo deste estudo é relatar um caso de ameloblastoma sólido em um paciente de 12 anos apresentado ao serviço de Cirurgia Oral e Maxilofacial no Hospital Federal dos Servidores do Estado com história de mudança de posição e mobilidade da porção anterior dos dentes mandibulares e aumento do volume de sínfise. A análise da radiografia panorâmica revelou uma grande lesão radiolúcida e unilocular, que se estende do dente 34 ao dente 45, sugerindo o diagnóstico de ameloblastoma unicístico. A tomografia computadorizada mostrou uma lesão expansiva com substancial perda óssea cortical. A biópsia foi realizada e o histopatológico revelou que se tratava de um ameloblastoma sólido com padrão plexiforme. O tratamento de escolha foi excisão e ostectomia periférica. O paciente teve um acompanhamento de cerca de 8 anos sem recorrência.

Palavras-chaves: Tumor odontogênico, Ameloblastoma, Ameloblastoma sólido, Cirurgia, Tratamento conservador, Paciente pediátrico.

ABSTRACT

Ameloblastoma is considered the clinically most common odontogenic tumor, according to Neville. It has an odontogenic epithelial origin, and may arise from the remains of the dental enamel organ in development, the basal cells of the oral mucosa and the epithelial lining of an odontogenic cyst. They are slow-growing tumors, but they are invasive and have no predilection for gender. The aim of this study is to report a case of a solid ameloblastoma in a 12-year-old presented to the Oral and Maxillofacial department at HFSE (Hospital Federal dos Servidores do Estado) with a history of change in position and mobility of the anterior mandibular teeth and increased volume of symphysis. Panoramic radiograph analysis revealed a large radiolucent and unilocular lesion, extending from the element 34 to the element 45, suggesting the diagnosis of unicystic ameloblastoma. Computed tomographic scan showed an expansive lesion with substantial cortical bone loss. A biopsy was performed and the histopathological be

revealed solid ameloblastoma of plexiform type. The treatment of choice was excision and peripheral ostectomy. This patient had a follow up about 8 years without recurrence.

Key words: Odontogenic tumor, Ameloblastoma, Solid ameloblastoma, Conservative Treatment, Pediatric patient.

INTRODUÇÃO

A primeira descrição do ameloblastoma ocorreu em 1868 por Broca e a utilização do termo foi reconhecido em 1934 por Churchill. Originalmente, é encontrado em remanescentes da lâmina dentinária e está entre os tumores odontogênicos mais comuns. Tem comportamento clínico de crescimento lento, porém agressivo, normalmente assintomático, podendo causar mobilidade, deslocamento e reabsorção dentária. Sua prevalência maior é na mandíbula, não tendo predileção por gênero e raça, tendo maior incidência na terceira e quarta décadas de vida.

Segundo a OMS 2017, na classificação dos tumores odontogênicos, os ameloblastomas são classificados em quatro subtipos: sólido (multicístico), unicístico, extra-ósseo (periférico) e metastatizante. O subtipo mais comum é o sólido representando cerca de 70 a 85% dos casos, além disso, tem maior predominância entre as 3ª e 5ª décadas de vida, sem predileção por sexo, localizado em sua maioria na região posterior de mandíbula, caracterizado por um abaulamento local, em seus momentos iniciais é assintomático, podendo ter sintomatologia dolorosa com o avançar da doença. Neville relata também classificações histopatológicas em padrões foliculares, plexiformes, acantomatoso, desmoplásico e entre outros, que são importantes, pois definem o tratamento de escolha.

Os tratamentos visam como objetivo erradicar a condição patológica e reabilitar funcionalmente o paciente. Os tumores odontogênicos possuem dois tipos de modalidades cirúrgicas de tratamento, a enucleação e a ressecção. No entanto, é preciso seguir alguns critérios para determinada escolha, como: avaliar a agressividade da lesão, localização anatômica, evolução e tamanho da lesão, proximidade com estruturas nobres, idade do paciente e história patológica pregressa e métodos de reconstrução disponíveis. Os subtipos unicísticos e periféricos estão associados a tratamentos conservadores com abordagens com enucleação e procedimentos adjuntos como curetagem, irrigação com

solução Carnoy, crioterapia e ostectomia periférica, sendo estes com riscos de recorrência, pois podem deixar resquícios de tecido tumoral residual no osso periférico, levando a necessidade de procedimentos repetidos (Montoro JR et al, 2008).

Por outro lado, tratamentos cirúrgicos radicais, que são indicados para o subtipo sólido, como a mandibulectomia segmentar, que preconiza uma margem de ressecção de 15 a 20mm, apesar das baixas taxas de recidiva, tem a reconstrução como seu maior desafio (Ooi A et al, 2014). O trabalho realizado por Shi et al concluiu que apesar das taxas de recidivas serem maiores em casos de enucleação quando comparados com casos de ressecção, tratamentos com curetagem e ostectomia periférica preservam a função e estética, mantendo as taxas de recorrência baixas.

No entanto, o tratamento de ameloblastoma em criança é mais complexo, devido ao contínuo crescimento facial, a diferença da fisiologia óssea, presença de dentes não erupcionados, dificuldade inicial do diagnóstico e predominância do ameloblastoma unicístico, tornando o tratamento mais difícil (Black CC et al, 2010).

O presente relato de caso, descreve um tratamento peculiar para um ameloblastoma de padrão plexiforme através de conduta conservadora por curetagem, ostectomia periférica e monitoramento a longo prazo.

RELATO DO CASO

Paciente de 12 anos, sexo masculino, melanoderma, compareceu ao serviço de Cirurgia Oral e Maxilofacial do Hospital Federal dos Servidores do Estado com queixa de mudança de posição e mobilidade na região anterior dos dentes mandibulares e aumento de volume de sínfise. Durante o exame extra-oral foi observado aumento de volume de sínfise, principalmente do lado direito com uma assimetria significativa, no entanto a pele apresenta coloração e textura normal, sem evidência de infecção. No exame intra-oral foi observada uma cicatriz de biópsia prévia (FIGURA 1). A análise da radiografia panorâmica revelou uma lesão extensa radiolúcida e unilocular, que se estendia dos primeiro pré-molar inferior do lado esquerdo até o segundo pré-molar inferior do lado direito, sugerindo o diagnóstico de ameloblastoma unicístico. A tomografia computadorizada evidenciou extensa lesão com substancial perda óssea cortical (FIGURA 2).

Inicialmente foi proposta uma nova biópsia incisional para obter o diagnóstico final. O paciente foi internado um dia antes da cirurgia, com dieta zero de oito horas e a medicação pré-operatória foi Clavulin IV 1g. O procedimento foi a nível hospitalar, sob anestesia geral, intubação naso-traqueal, e utilização de lidocaína 2% com epinefrina 1:200.000 no local que foi realizada a incisão. Ao realizar a biópsia, foi observado uma lesão sólida e encapsulada, que facilmente se destacava das paredes ósseas e optou-se pela enucleação da lesão com dissecação seguida da ostectomia periférica com margens ósseas. Os dentes 41 e 42 foram deslocados e afetados pela lesão, com isso sendo extraídos. Após a remoção completa da lesão, a loja cirúrgica foi constantemente irrigada com soro fisiológico 0,9% estéril, seguindo-se da revisão da hemostasia. Foi colocado um fio de aço no incisivo central inferior do lado esquerdo e no canino inferior do lado direito para obturador, que foi mantido por 14 dias até o diagnóstico definitivo. A síntese tecidual foi então realizada utilizando fio de aciflex 1.0.

Para o pós-operatório foi mantido o antibiótico de escolha no pré-operatório para fins profiláticos, além de prescritos anti-inflamatório não esteroideais, sendo escolhido Ibuprofeno 600mg de seis em seis horas por três dias e analgésico de ação periférica a Dipirona 1g de seis em seis horas durante três dias. O paciente recebeu acompanhamento semanal por três meses, depois uma vez por mês até completar seis meses de cirurgia e por fim, acompanhamento anual.

A peça foi enviada para o histopatológico e o resultado da análise foi de ameloblastoma sólido com padrão plexiforme. Mesmo com o laudo histopatológico obtido devido as características da lesão durante a cirurgia, optou-se pelo acompanhamento do paciente através de exames de imagem. Após 1 ano do procedimento cirúrgico, as imagens de controle mostraram nova formação óssea e o paciente apresentou-se sem queixas. No entanto, optou-se por um novo procedimento cirúrgico para coletar o material presente na cavidade remanescente. Durante a nova biópsia, a cavidade apresentou-se sem tumores e uma nova ostectomia periférica foi realizada para coleta de múltiplos fragmentos ósseos, os quais foram enviados para o exame histopatológico. O histopatológico revelou ausência de recidiva, presença de tecido fibroso e tecido ósseo normal.

O paciente teve um follow-up de 8 anos, sem sinal de recidiva e está aguardando o final da fase de crescimento ósseo para instalação de implantes dentários e posterior reabilitação oral (FIGURA 3).



Figura 1: Aspecto intra-oral mostrando mudança na posição dos dentes anteriores do quarto quadrante e aumento de volume na mesma região.

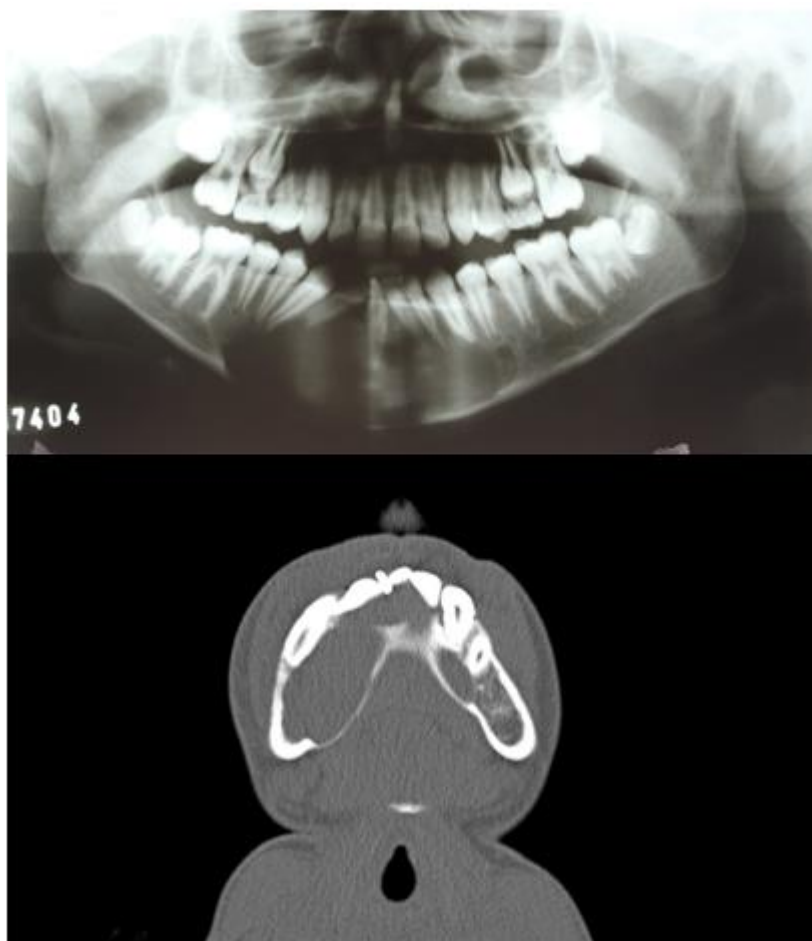


Figura 2: Radiografia panorâmica revelando grande lesão radiolúcida e unilocular, sugerindo o diagnóstico de ameloblastoma unicístico e tomografia computadorizada, mostrando lesão expansiva com perda óssea cortical importante.

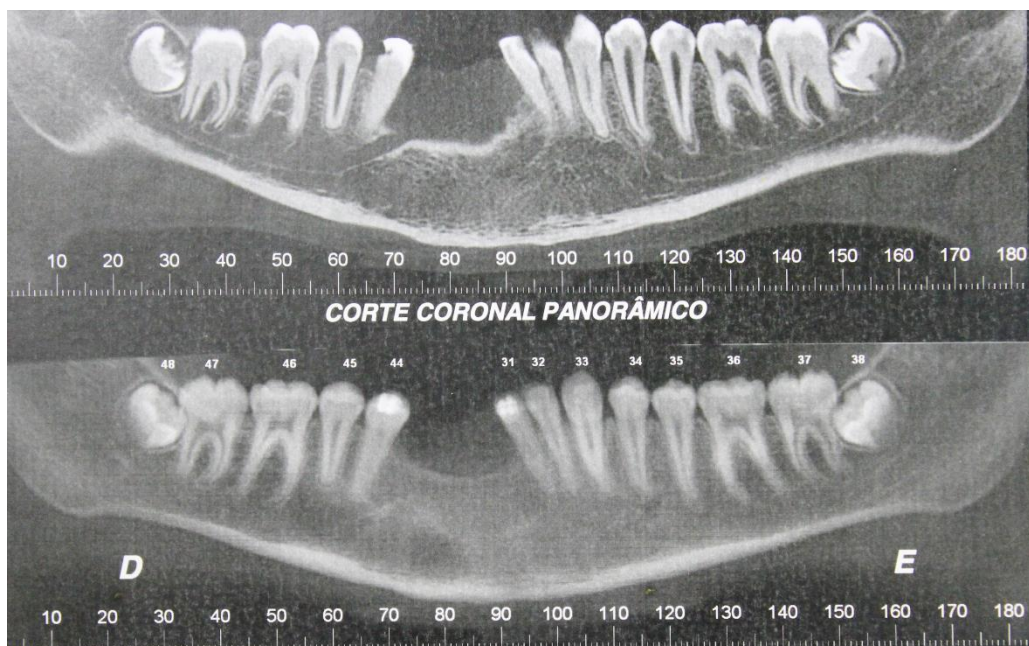


Figura 3: TC scan após 5 anos, não mostrando sinais de recorrência.

DISCUSSÃO

Ameloblastomas são classificados em três tipos: sólido ou multicístico, que é a forma mais frequente e tem características radiográficas de aspecto multilocular; unicístico, que tem características radiográficas de aspecto unilocular; e o tipo extraósseo ou periférico. Além disso, os dois padrões mais frequentes são folicular e o plexiforme (Black CC et al, 2010). O ameloblastoma é o tumor odontogênico benigno, agressivo, mais comum na mandíbula (Huang IY, Lai ST et al, 2007).

O ameloblastoma é incomum na população pediátrica, com apenas 8,7% a 15% de todos os ameloblastomas nos países ocidentais. A revisão de literatura realizada no Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Universidade de Maryland tinha o objetivo de verificar casos de tratamento de ameloblastoma em crianças realizados entre os anos de 1970 a 2001. Foi identificado 11 pacientes com menos de 20 anos, sendo 3 apresentando recidivas. A idade média foi de 15,5 anos, 5 dos 11 pacientes eram negros e 9 dos 11 tumores eram ameloblastoma unicístico (Ord RA et al, 2002).

Em estudo com 127 pacientes do Faculdade de Odontologia da Universidade de Nairobi tratados com ameloblastoma, a incidência deste tumor de 10 - 19 anos de idade

em relação a todos os casos de ameloblastoma em todos os grupos etários foi de 21,3%. O tratamento foi ressecção com reconstrução temporária utilizando placas de aço inoxidável ou titânio mandibulares e enxerto ósseo tardio (Butt FM et al, 2012). O ameloblastoma é incomum em crianças, por causa dessa peculiaridade, apenas alguns cirurgiões têm muita experiência no tratamento dessa lesão. A extensão da excisão cirúrgica do ameloblastoma mandibular tem sido objeto de debate há muitos anos (Huang IY, Lai ST et al, 2007).

Outro estudo realizado na Índia, avaliando 15 anos de experiência com ameloblastoma pediátrico, em um total de 165 casos de tumores pediátricos, 29 eram ameloblastoma, em faixa etária de 12 a 18 anos, com predileção para o sexo masculino e maior ocorrência na região posterior da mandíbula. Apenas 2 ameloblastomas foram diagnosticados como tipo sólido e duas recorrências foram observadas ao longo de 15 anos, dos quais um tumor recorreu como uma variedade periférica que respondeu bem à excisão local. Os ameloblastomas foram enucleados com curetagem, seguida de reconstrução primária com placa de reconstrução ou retalho de fíbula livre. O acompanhamento deve ser regular e a longo prazo, optando pela abordagem mais radical em casos de recidivas (Huang IY, Lai ST et al, 2007).

Lawal et al. em 2013, recuperou e revisou todos os tumores odontogênicos histologicamente diagnosticados em pacientes com 19 anos ou menos, abrangendo um período de 21 anos [1990 - 2011] de registros de arquivo do Departamento de Patologia Oral da University College Hospital Ibadan, Nigéria. Para esses autores, o ameloblastoma foi o tumor odontogênico mais comum em crianças com 14 (29,1%) casos de ameloblastoma sólido e 9 (18,8%) casos de ameloblastoma cístico, seguido por oito (16,7%) casos de fibromixoma. Um total de 23 casos de ameloblastoma foi visto, consistindo em 14 sólidos e 9 ameloblastomas císticos. O ameloblastoma sólido apresentou média de idade de 15,4 (\pm 3,4) anos (variação de 8 a 18 anos), relação homem-mulher de 11: 3 e uma ocorrência mandibular exclusiva. O ameloblastoma cístico, por outro lado, tinha uma idade média de 16,6 (\pm 2,1) anos (variação de 13-19 anos), afetou mais mulheres do que homens (proporção de homens para mulheres 3: 6) e teve uma predileção pela mandíbula (Mandíbula para a proporção maxilar = 7: 2) (Lawal AO et al, 2013).

Em 2007, na Universidade de Medicina de Kaohsiung - Taiwan, de 223 pacientes com ameloblastoma, 15 (6,8%) tinham 18 anos ou menos quando se apresentavam nesse departamento, e a cirurgia foi realizada no período de janeiro de 1991 a dezembro de 2004. Três técnicas cirúrgicas foram utilizadas: enucleação com ostectomia periférica, descompressão antes da enucleação com ostectomia periférica e ressecção segmentar com enxerto ósseo ilíaco imediato. Os tratamentos foram enucleação direta e ostectomia periférica em 5 casos (3 unicísticos, 1 multicístico e 1 sólido); descompressão antes da enucleação com ostectomia periférica para 6 casos (5 do tipo unicístico e 1 do tipo multicístico); e ressecção segmentar e enxerto de osso ilíaco em 4 casos (3 do tipo sólido e 1 do tipo multicístico, que tiveram a cirurgia de descompressão em primeiro lugar, mas não responderam ao tratamento em 3 meses e foi decidido iniciar ressecção segmentar e enxerto ósseo). Nenhum tipo de unicístico recorreu. Dois dos três casos do tipo multicístico foram recorrentes. Dos 4 pacientes com tipo sólido, 1 tratado com enucleação e aparo ósseo foi recorrente e, em seguida, teve ressecção segmentar e enxerto ósseo 6 anos depois (quando o paciente tinha 19 anos), e nenhuma recorrência depois disso. Outros 3 tipos de sólidos com seccionamento segmentar e enxertos ósseos não eram recorrentes. No total, 3 casos tiveram 4 recidivas (Siar CH et al, 2012).

Sachs S.A. escreveu em seu artigo em 2006 um estudo no qual dois de seus pacientes, incluindo uma criança de 15 anos, cujo diagnóstico era ameloblastoma plexiforme, foram tratados com excisão cirúrgica e ostectomia periférica. No caso das crianças, o diagnóstico de ameloblastoma plexiforme é acompanhado pelo unicístico padrão, e o outro caso foi acompanhado por 8 anos sem recorrência (Sachs SA, 2006). Além disso, nesse mesmo artigo o autor afirma que deve-se avaliar cada caso individualmente com suas particularidades, para assim ter uma conduta apropriada. O que condiz com o que foi abordado no caso relatado, no qual levou-se em consideração o risco-benefício do tratamento proposto em relação à idade do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento do ameloblastoma em crianças deve ter a consideração dos seguintes fatores: tipo clínico, subdivisão do tipo cístico, idade, localização, tamanho, os desejos do paciente, adesão e compreensão, padrão recorrente e prognóstico, impactos físicos e psicológicos, e também desenvolvimento de novos materiais e técnicas cirúrgicas. Dessa

forma, a escolha por um tratamento conservador no caso relatado foi adequada devido as circunstâncias avaliadas, a relação risco-benefício das cirurgias deve ser explicada para o paciente e os pais. Eles precisam entender todos os fatores previamente discutidos para tomar a decisão sozinhos, não apenas pela opinião de cirurgiões ou patologistas. A recorrência provavelmente não é a consideração mais importante para as crianças, e não deve ser considerada como equivalente ao fracasso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montoro JR, Tavares MG, Melo DH, Franco Rde L, Mello-Filho FV, Xavier SP, et al. Mandibular ameloblastoma treated by bone resection and immediate reconstruction. *Braz J Otorhinolaryngol* (2008) 74:155-157
2. Ooi A, Feng J, Tan HK, Ong YS. Primary treatment of mandibular ameloblastoma with segmental resection and free fibula reconstruction: achieving satisfactory outcomes with low implant-prosthetic rehabilitation uptake. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* (2014) 67:498-505
3. Black CC, Addante RR, Mohila CA. Intraosseous ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* (2010) 110:585-592
4. Ord RA, Blanchaert RH, Jr., Nikitakis NG, Sauk JJ. Ameloblastoma in children. *J Oral Maxillofac Surg* (2002) 60:762-770; discussion, 770-761
5. Butt FM, Guthua SW, Awange DA, Dimba EA, Macigo FG. The pattern and occurrence of ameloblastoma in adolescents treated at a university teaching hospital, in Kenya: a 13-year study. *J Craniomaxillofac Surg* (2012) 40:e39-45
6. Huang IY, Lai ST, Chen CH, Chen CM, Wu CW, Shen YH. Surgical management of ameloblastoma in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* (2007) 104:478-485
7. Lawal AO, Adisa AO, Popoola BO. Odontogenic tumours in children and adolescents: a review of forty-eight cases. *Ann Ib Postgrad Med* (2013) 11:7-11
8. Siar CH, Lau SH, Ng KH. Ameloblastoma of the jaws: a retrospective analysis of 340 cases in a Malaysian population. *J Oral Maxillofac Surg* (2012) 70:608-615
9. Sachs SA. Surgical excision with peripheral ostectomy: A definitive, yet conservative, approach to the surgical management of ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* (2006) 64:476-483