



ABORDAGEM CIRÚRGICA CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO

Nicholas Wisley¹, Raínde Naiara Rezende de Jesus², Letícia Aparecida Cunico², Lara Krusser Feltraco², Fernando Luiz Zanferrari³, Laurindo Moacir Sassi⁴.

1. Estagiário do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial do Hospital Erasto Gaertner – Curitiba/PR;
2. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial do Hospital Erasto Gaertner – Curitiba/PR;
3. Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial do Hospital Erasto Gaertner Curitiba/PR;
4. Coordenador e Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial do Hospital Erasto Gaertner Curitiba/PR;

E-mail: nicholas.wisley@gmail.com | (41) 99161-6422



INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, de origem epitelial, de crescimento lento, porém localmente invasivo e com alto potencial de recidiva – sobretudo quando não tratado adequadamente. Acomete predominantemente a mandíbula em cerca de 85% dos casos, principalmente em adultos entre a terceira e a sétima décadas de vida, podendo atingir grandes proporções e gerar extensos defeitos ósseos. Dentre os padrões histopatológicos, a variante folicular é a mais comum. O tratamento varia desde abordagens conservadoras – como enucleação – até ressecções segmentares, em casos de lesões extensas ou invasivas.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 42 anos, procurou atendimento devido a nódulo firme em região de ângulo e ramo ascendente de mandíbula à esquerda, identificado um ano e meio após a exodontia de dente acometido por reabsorção radicular associada a lesão osteolítica multilobulada. O exame radiográfico evidenciou imagem radiolúcida multilobulada com áreas radiopacas em padrão de “raios de sol” (Figura 1A), enquanto a tomografia computadorizada revelou lesão sólida homogênea, com erosão cortical predominantemente na face lingual do corpo mandibular. A biópsia incisional confirmou o diagnóstico de ameloblastoma folicular (Figura 3). Foi adotada abordagem conservadora, com marsupialização por 18 meses (Figura 1B), seguida de enucleação da lesão (Figura 4) associada à osteotomia periférica. O procedimento transcorreu sem envolvimento dentário ou intercorrências cirúrgicas. No controle de 1 mês, o paciente apresentou boa evolução, sem parestesia ou sinais flogísticos, com completa cicatrização da ferida operatória. Aos 3 meses, observou-se evidente neoformação óssea em corpo e ângulo mandibular com predomínio de defeito ósseo residual, medindo aproximadamente 20 x 18 mm (anteroposterior x lateromedial – Figura 1C e 2). Após 40 meses, o paciente segue em acompanhamento clínico e radiográfico, sem sinais de recidiva (Figura 5B).



Figura 1 – (a) Radiografia panorâmica evidenciando lesão radiolúcida, multilobulada, com padrão de “raios de sol” em região de ângulo e ramo ascendente de mandíbula à esquerda; (b) aspecto 18 meses após marsupialização; (c) com 3 meses de evolução pós-operatório, evidenciando área de reparo ósseo após enucleação e osteotomia periférica.

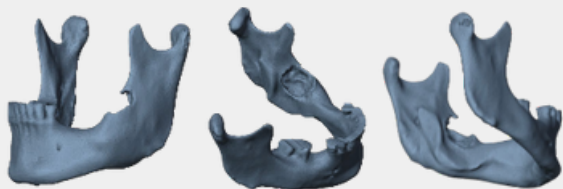


Figura 2 – Modelo 3D (OrtongOnBlender®) em escala real da mandíbula do paciente demonstrando a defeito ósseo residual (20 x 18 mm, AP x LM) após 3 meses de evolução após enucleação e osteotomia periférica.

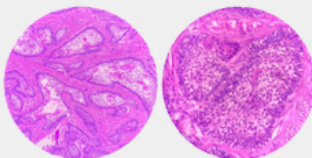


Figura 3 – Ameloblastoma (padrão folicular): ilhas de epitélio odontogênico e células periféricas colunares com polarização invertida (H&E, 40 e 100x).



Figura 4 – Peça anômica obtida após enucleação.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem cirúrgica conservadora foi eficaz no tratamento do ameloblastoma unicístico, promovendo boa óssea e preservação funcional. É indicada reparação para lesões bem delimitadas, evitando cirurgias reconstrutivas e maiores morbidades. Contudo, devido à taxa de recidiva entre 10% e 25%, o acompanhamento radiográfico prolongado é essencial para prevenir recorrências.

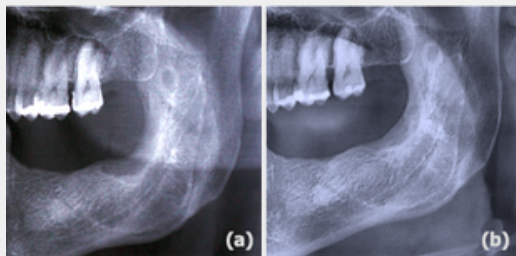


Figura 5 – (a) Radiografia panorâmica 18 meses pós-operatório mostrando reparo ósseo após enucleação e osteotomia periférica; (b) aspecto aos 40 meses de controle evidenciando adequada reparação óssea e ausência de recidiva.

REFERÊNCIAS

Neville, Brad W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 1263-1267. Almeida RA, Andrade ES, Barbalho JC, Vajgel A, Vasconcelos BC. Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016 Mar;45(3):359-67.