

Recidiva de Ameloblastoma para Tecidos Moles após Tratamento Radical

Recurrence of Soft Tissue Ameloblastoma after Radical Treatment

LEORIK PEREIRA SILVA¹

VANESSA DE CARVALHO MELO²

EDMILSON ZACARIAS SILVA JÚNIOR³

CAMILA CARLA MARIA XIMENES OLIVEIRA³

EMANUEL DIAS OLIVEIRA E SILVA⁴

ANA CLAUDIA AMORIM GOMES⁴

RESUMO

Introdução: Ameloblastomas são tumores dos maxilares localmente agressivos com uma alta propensão para recorrência e acredita-se que surgem a partir de restos da lâmina dental ou epitélio odontogênico. A cirurgia radical continua a ser a terapia de escolha. **Relato do caso:** Apresentamos um caso onde uma paciente de 69 anos de idade, aproximadamente oito anos após hemi-mandibulectomia para tratamento de ameloblastoma multicístico, procurou o serviço de cirurgia buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Pernambuco, Brasil, apresentando aumento de volume intrabucal doloroso, bem delimitado, e medindo cerca de 4 cm na submucosa adjacente à placa de titânio que foi usada para a reconstrução. Uma tomografia computadorizada e uma biópsia incisional foram realizadas. A lesão foi diagnosticada como ameloblastoma. Os tumores foram ressecados e análise anatomopatológica revelou um ameloblastoma predominantemente folicular e acantomatoso dentro de intensa fibrose, configurando uma recorrência em tecidos moles. **Comentários:** Este relato mostra a necessidade de monitoramento de ameloblastomas, por um período de longo prazo mesmo após o tratamento radical.

DESCRIPTORIOS

Recidiva local de neoplasia; ameloblastoma; cirurgia maxilofacial.

ABSTRACT

Introduction: Ameloblastomas are locally aggressive jaw tumors with a high propensity for recurrence and believed to originate from remnants of dental lamina or odontogenic epithelium. Radical surgery still remains the first-choice therapy. **Case Report:** Herein we report the case of a 69-year-old patient admitted to the University Hospital Oswaldo Cruz in Pernambuco, Brazil, exactly eight years after undergoing hemi-mandibulectomy for treatment of a multicystic ameloblastoma. The patient complained of painful, well-delimited swelling measuring about 4 cm in submucosa next to a titanium bone plate that was used for reconstruction. Computed tomographic imaging and incisional biopsy were performed. The lesion was diagnosed as a ameloblastoma. The tumor was resected and histopathological analyses showed predominance of follicular and acanthomatous ameloblastoma within a highly fibrotic area, thus completing the diagnosis of soft-tissue recurrence. **Considerations:** This report shows the need of monitoring ameloblastomas for a long-term period even after radical treatment.

DESCRIPTORS

Neoplasm recurrence local, ameloblastoma, maxillofacial surgery.

1 Mestre em Patologia Oral, Doutorando em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal-RN;

2 Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração de Pernambuco (HR-PE), Recife-PE;

3 Especialistas em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP-UPE), Camaragibe-PE;

4 Professores Doutores de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP-UPE) Camaragibe-PE;

O ameloblastoma sólido é classificado de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) como um tumor de origem odontogênica epitelial sem a presença de ectomesênquima, que classicamente apresenta-se com crescimento lento, infiltrativo e expansivo, com capacidade localmente invasiva - inclusive para tecidos moles que o torna agressivo e com alto potencial de recidiva. Seu acometimento mais frequente ocorre em pacientes de meia-idade, na terceira e quarta décadas de vida, localizado comumente na mandíbula (75-80%), especialmente nas regiões de ângulo e ramo, o que leva a cirurgias extensas que resultam em grandes deformações faciais^{1,2}.

Esse tumor representa uma das neoplasias odontogênicas mais comuns, sendo a de maior significado clínico, compreendendo entre 40-50% das neoplasias intraósseas da maxila e mandíbula. Apesar de ser mais prevalente entre indivíduos de meia idade, apresenta casos em uma ampla faixa etária que varia de 1 a 80 anos. Embora seja uma neoplasia benigna, o tratamento e reabilitação dos pacientes ainda representa um desafio³.

O presente relato objetiva demonstrar o potencial de recidiva de um ameloblastoma frente à ressecção cirúrgica convencional, ressaltando a importância das características morfológicas desse tumor.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 69 anos, compareceu ao ambulatório de cirurgia buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Osvaldo Cruz na Universidade de Pernambuco, queixando-se de dois aumentos de volume dolorosos na região de mucosa adjacente a área da primeira cirurgia, que consistiu de uma hemi-mandibulectomia direita há aproximadamente oito anos para tratamento de uma lesão cujo diagnóstico histopatológico foi de ameloblastoma sólido. Ao exame intra-oral apresentava duas tumefações na submucosa, palpáveis e bem delimitadas sem alterações na mucosa e sinais de infecção. Foi realizada tomografia computadorizada com janela para tecidos moles em cortes axiais, podendo-se observar nódulos

hipoatenuantes em sítio cirúrgico e na fossa infra-temporal direita, os maiores medindo 2,5 e 2,3 cm. Na Reconstrução 3D é possível visualizar a presença de uma placa de titânio usada para reconstrução e nenhuma outra alteração digna de nota. Após a biópsia incisiva, o laudo revelou fragmentos de neoplasia odontogênica compatível com ameloblastoma. Diante desse diagnóstico e considerando-se que se tratava de uma recidiva, planejou-se a exérese das lesões com margem de segurança de 1cm em tecidos moles adjacentes. O resultado do exame histopatológico da peça cirúrgica revelou ilhas de epitélio ameloblástico neoplásico arranjados em folículos ora convencionais, ora com diferenciação acantomatosa e presença de extensas áreas de fibrose. A paciente referiu o desaparecimento da sintomatologia dolorosa após a recuperação da cirurgia e continua em acompanhamento clínico há 1 ano sem sinais de recidiva (Figura 1a-d).

COMENTÁRIOS

O ameloblastoma sólido apresenta características de agressividade local por se tratar de um tumor que mimetiza células das fases mais iniciais da odontogênese. Há duas formas clássicas de tratamento, conservadora e radical. A primeira inclui enucleação e exérese seguida de curetagem. A forma mais radical abrange ressecção marginal, segmentar ou hemissecção, podendo ser utilizados métodos complementares como crioterapia, solução de Carnoy e osteotomia periférica^{1,4,7}.

A escolha do tratamento depende do tamanho e do tipo histológico do tumor, sua localização e condições gerais do paciente. No caso deste relato, a paciente foi submetida à hemi-mandibulectomia direita para tratamento inicial de um ameloblastoma sólido oito anos antes da recidiva. A cirurgia é o único tratamento para ameloblastoma, devido a sua resistência à radioterapia. Após a ressecção, é essencial a reconstrução, seja com enxerto ósseo e/ou placa de titânio e parafusos^{1,7}. Para o reestabelecimento da forma e função da paciente, foi realizada a instalação de placa de titânio do sistema 2.4mm por acesso intra-oral, contendo em sua extremidade um cêndilo em resina acrílica termoativada, o qual foi confeccionado

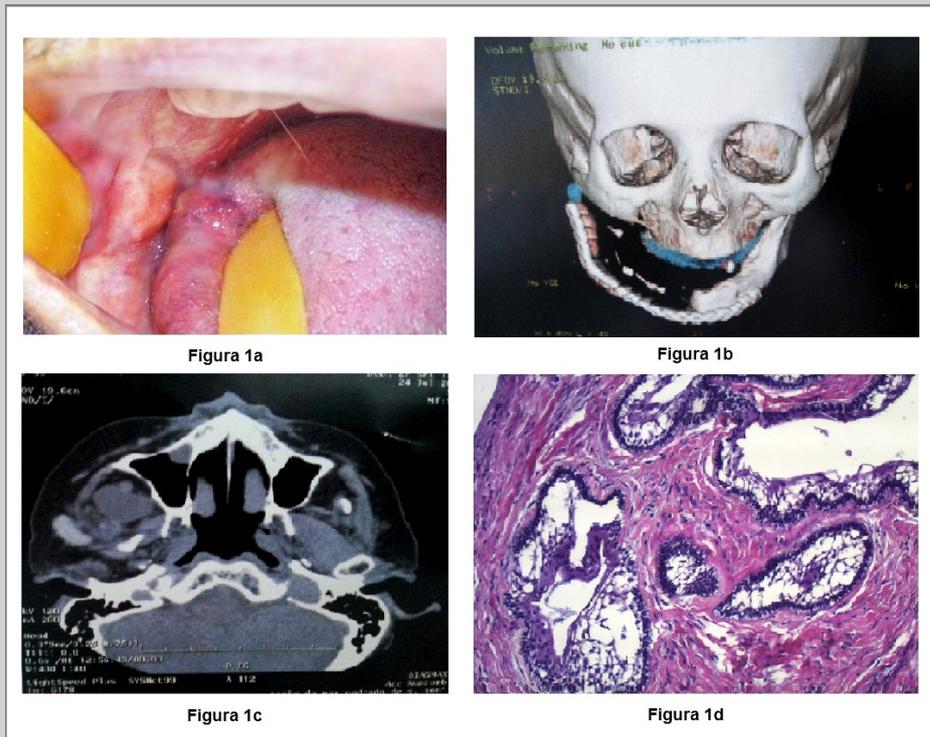


Figura 1a. Fotografia mostrando o aspecto clínico intra-oral da recidiva do tumor.
Figura 1b. Reconstrução 3D mostrando o aspecto da placa de titânio instalada na reconstrução após hemi-mandibulectomia para tratamento do tumor primário.
Figura 1c. Tomografia computadorizada corte axial, onde se visualiza a recidiva do tumor (nódulo hipoatenuante) na fossa infra-temporal direita.
Figura 1d. Fotomicrografia em HE revelando ilhas de epitélio ameloblástico neoplásico formando folículos em meio a estroma fibroso denso.

utilizando-se como referência a prototipagem da paciente através da técnica do espelhamento contralateral do modelo estereolitográfico. Este cêndilo sintético teve a finalidade de minimizar os desvios mandibulares durante a abertura bucal, facilitar os seus movimentos e consequentemente fornecer à paciente uma aparência/função mais próxima da normalidade possível.

Em nosso caso houve recidiva para tecidos moles adjacentes à placa de reconstrução usada na primeira cirurgia. Recorrência desses tumores para tecidos moles após cirurgia radical é considerada rara, no entanto, tem sido relatada cerca de 20% de recidiva para tecidos moles ou osso remanescente mesmo após cirurgias como hemi-mandibulectomias^{4,6}.

Alguns autores acreditam que os casos de

recidivas de ameloblastomas, mesmo após sua remoção, estão relacionados, a uma inadequada excisão e à infiltração de células do tumor no osso adjacente e nos tecidos moles. Acreditamos que nos casos de ameloblastomas, uma primeira intervenção bem planejada e executada, mesmo que mais radical, torna-se mais importante para o prognóstico do caso, pois, a partir da primeira recidiva, há perda de limites e referências anatômicas e consequente contaminação de áreas adjacentes por células tumorais^{1,4,5}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato desse caso ressalta o comportamento

diferencial dos ameloblastomas sólidos, enfatizando aos médicos e cirurgiões-dentistas que a possibilidade de recidiva desta neoplasia é variável. A necessidade de ressecção de tecidos moles adjacentes a tecido ósseo

comprometido, precisa ser avaliada no tratamento inicial, além de um período de acompanhamento clínico de pacientes acometidos de no mínimo dez anos.

REFERÊNCIAS

1. Paiva LCA, Santos MESM, Silva DN, Heitz C, Sant'Ana Filho M. Potential recurrence of ameloblastoma: a case report. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.* 2010; 10(1): 27-34.
2. França LJJ, Curioni OA, Lopes DP, Vianna DM, Dedivitis RA, Rapoport A. Ameloblastoma demographic, clinical and treatment study: analysis of 40 cases. *Braz j Otorhinolaryngol.* 2012; 78 (3): 38-41.
3. Siriwardena BS, Tennakoon TM, Tilakaratne WM. Relative frequency of odontogenic tumors in Sri Lanka: Analysis of 1677 cases. *Pathol Res Pract.* 2012; 15;208(4):225-30.
4. Arotiba GT, Effiom AO, Ayodele AS, Ogundana MO, Gbotolorun MO, Olasoji HO, James O, Ladeinde AL, Ugboko VI, Ndukwe KC, Ikem IC, Braimah RO. A classification system for recurrent ameloblastoma of the jaws—review of 30 cases in Nigerians. *Nig Q J Hosp Med.* 2012; 22(1):44-51.
5. De Silva I, Rozen WM, Ramakrishnan A, Mirkazemi M, Baillieu C, Ptasznik R, Leong J. Achieving Adequate Margins in Ameloblastoma Resection: The Role for Intra-Operative Specimen Imaging. *PLoS One.* 2012; 7(10): e47897.
6. Adebayo ET, Fomete B, Adekeye EO. Delayed soft tissue recurrence after treatment of ameloblastoma in a black African: case report and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg.* 2011; 39(8):615-8.
7. Rastogi V, Pandilwar PK, S. Maitra. Ameloblastoma: an evidence based study. *J Maxillofac Oral Surg.* 2010; 9 (2) :173-7.

Correspondência

Leorik Pereira da Silva
 Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral
 Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
 Av. Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova
 CEP: 59056-000 - Natal – Rio Grande do Norte
 E-mail: leorikp@gmail.com