

## AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO – RELATO DE CASO CLÍNICO

SIQUEIRA, Rodrigo Pimentel Lambert<sup>1</sup>  
CAETANO, Luiz Gustavo<sup>1</sup>

GOULART, Maria Carolina Vaz<sup>2</sup>  
MIRANDA, Roseli Teixeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discentes do Curso de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS – Alfenas MG)

<sup>2</sup>Docentes do Curso de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS – Alfenas MG)

### RESUMO

O ameloblastoma unicístico é um tumor odontogênico de grande importância clínica, sendo o mais comum de suas variantes, acometendo em grande maioria, pacientes jovens, mais especificamente na sua segunda década de vida. Aparece com maior frequência em região posterior de mandíbula, podendo ou não estar associados a dentes impactados, apresentando uma variedade de sintomas. Apesar de ser um tumor predominantemente benigno e ter seu crescimento lento, é localmente invasivo e pode possuir índices elevados de recidiva. Este artigo tem por objetivo relatar um caso clínico de ameloblastoma unicístico em uma paciente de 29 anos de idade, abordando os aspectos da doença, peculiaridades como o comportamento clínico e biológico, tratamento e prognóstico. A paciente foi submetida a enucleação cirúrgica e encontra-se em acompanhamento, sem indícios de recidiva da lesão.

**Palavras-chave:** Ameloblastoma, neoplasia benigna, mandíbula.

### ABSTRACT

The unicystic ameloblastoma is an odontogenic tumor of great clinical importance, being the most common of its variants, affecting

in great majority, young patients, more specifically in its second decade of life. It appears

more frequently in posterior region of jaw, and may or may not be associated with impacted teeth, presenting a variety of symptoms. Although it is a predominantly benign tumor and grows slowly, it is locally invasive and may have high rates of relapse. This article aims to report a clinical case of unicystic ameloblastoma in a 29 - year - old female patient, addressing aspects of the disease, such as clinical and biological behavior, treatment and prognosis. The patient underwent surgical enucleation and is being followed up, with no evidence of recurrence of the lesion.

**Keywords:** Ameloblastoma, benign neoplasm, jaw.

### 1. INTRODUÇÃO

O ameloblastoma unicístico é o tumor odontogênico mais comum, observado em pacientes jovens, o qual 50% de todos esses tumores são diagnosticados durante a segunda década de vida, sem predileção de gênero ou raça. Porém, alguns estudos mostram um acometimento maior em mulheres da raça negra. Mais de 90% dos ameloblastomas unicísticos são encontrados na mandíbula, geralmente em regiões posteriores [1]. São caracterizados por um crescimento lento e localmente invasivo [2].

É uma neoplasia odontogênica benigna que abrange aproximadamente 10% de todos os tumores odontogênicos e 1% dos tumores e cistos dos maxilares [3]. O índice de recidiva é alto apesar de ser um tumor classificado histopatologicamente como benigno e, embora ocorra a diferenciação maligna, esta é muito rara [4].

O ameloblastoma unicístico se apresenta radiograficamente como uma lesão radiolúcida bem definida, circunscrita por borda opaca. Em muitos pacientes, surge como uma imagem radiolúcida circunscrita que envolve a coroa de um dente impactado, lembrando clinicamente um cisto dentífero [5].

Em geral o paciente tem o diagnóstico de ameloblastoma feito por cirurgião dentista em avaliação clínica rotineira ou em achado incidental de exame de imagem, seja odontológico ou médico, em razão de ser patologia que apresenta vários sintomas [6]. O diagnóstico só é concluído com o exame histopatológico após biopsia, na qual serão avaliados os critérios definidos por Vickers e Gorlin em 1970, que padronizam as características histopatológicas do ameloblastoma unicístico.

O melhor tratamento é a enucleação cirúrgica, quando são lesões pequenas, visto que se apresenta clinicamente como um cisto [7]. Para lesões maiores, deve ser feita a marsupialização, que tem mais efetividade em pacientes jovens e deve permanecer por mais de quatro meses. A importância do correto diagnóstico, aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos é importante para decidir qual o melhor tratamento e prognóstico de cada caso [8].

## 2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente de 29 anos de idade, melanoderma, gênero feminino, compareceu à clínica odontológica da Universidade José do Rosário Vellano em Alfenas, queixando-se de “dor e inchaço na região da mandíbula”. Ao exame físico, era possível observar uma ligeira assimetria do lado esquerdo, no terço inferior da face. Ao exame clínico, verificou-se que a paciente sentia dor à palpação e um aumento do rebordo alveolar por vestibular, na região do dente 36.

Ao realizar o exame radiográfico periapical (figura 1) e panorâmico (figura 2), foi possível observar uma lesão radiolúcida, unilocular próxima ao ápice das raízes dos dentes 35 e 36. O dente 36 apresentava uma pequena reabsorção radicular externa da raiz mesial. O teste de vitalidade foi feito, sendo positivo para ambos os dentes.



**Figura 1:** Radiografia periapical inicial, na qual é possível observar a proximidade da lesão com o ápice da raiz mesial do dente 35 e 36.

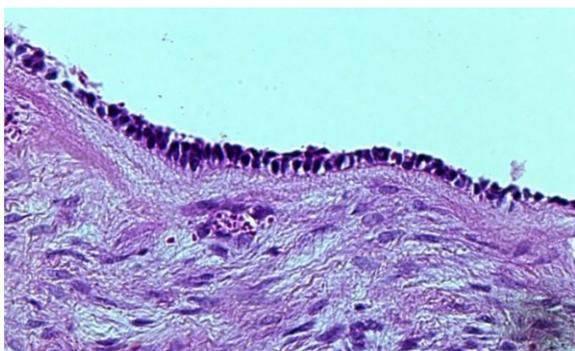
Sob anestesia local, a punção foi realizada, sendo positiva para líquido acastanhado escuro. A hipótese diagnóstica era compatível com o de cisto odontogênico glandular ou ameloblastoma unicístico. Foi feita a enucleação cirúrgica e em seguida a análise histopatológica que confirmou o diagnóstico de ameloblastoma unicístico.



**Figura 2:** Recorte da radiografia panorâmica inicial, mostrando uma lesão radiolúcida bem delimitada entre os dentes 35 e 36.

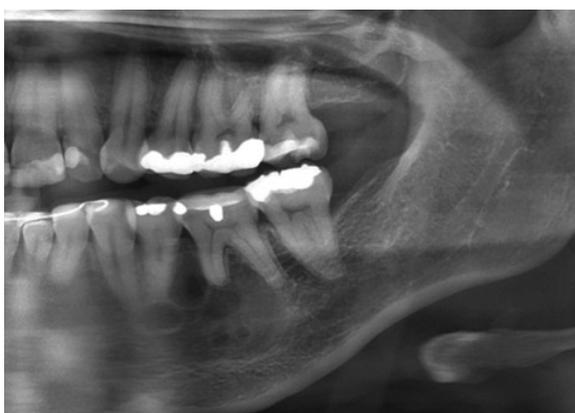
Os cortes microscópicos corados em HE revelaram cavidades parcialmente revestidas por epitélio, com células basais hiper cromáticas, levemente colunares dispostas em paliçada e células das camadas basais dispostas frouxamente. Nota-se cápsula de tecido conjuntivo fibroso denso, celularizado e

vascularizado, com moderado infiltrado inflamatório mononuclear e células gigantes multinucleadas (figura 3).

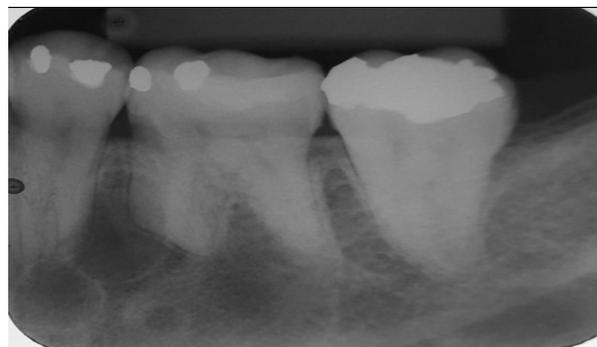


**Figura 3:** Aspectos microscópicos da lesão.

A paciente retornou após nove meses para controle. Foram feitas novas radiografias (figuras 4 e 5), nas quais foi possível observar a ocorrência de remodelação óssea no local do tumor, sem indícios de recidiva. A mesma foi orientada a manter o controle semestral pelos próximos 5 anos e, após isso, o controle anual até que se completem dez anos, como manda a literatura.



**Figura 4:** Radiografia panorâmica realizada após nove meses decorridos da enucleação cirúrgica, mostrando que houve remodelação óssea no local da lesão.



**Figura 5:** Radiografia periapical realizada após nove meses. É possível observar uma reabsorção radicular externa da raiz mesial do dente 36, como sequela da lesão.

### 3. DISCUSSÃO

Entre os tumores odontogênicos, o ameloblastoma é o mais comum nos maxilares. A maior parte dos casos relatados e publicados sobre ameloblastomas em mandíbula, mostram a ocorrência em região de molares e ramo ascendente [3][1][9]. Do mesmo modo, este caso clínico apresenta uma ocorrência de ameloblastoma unicístico em região de molares inferiores.

Na anamnese deve-se questionar de forma objetiva se houve amolecimento dos dentes, alteração da oclusão, se o paciente observou alguma diferença de tamanho em mucosa jugal, ou em osso da mandíbula ou maxila, assimetria de face que o paciente notou ou pessoas de seu convívio notaram. O exame físico de cabeça e pescoço deve ser feito minuciosamente, com especial atenção, para boca, inspecionando a oclusão espontânea, abertura e fechamento da boca, presença ou não de trismo, palpação bidigital dos dentes, gengivas, assoalho bucal e oroscopia, avaliando a simetria da orofaringe e palato duro e mole, em especial nas elevações de maxila [6].

Em geral, o ameloblastoma unicístico apresenta uma sintomatologia branda, podendo haver mobilidade dentária (a paciente descrita neste caso não apresentava), parestesia, dor, maloclusão [10]. Em cerca de setenta e dois por cento dos casos, ocorre um aumento do volume da face, sem sintomatologia dolorosa. Por outro lado, uma porcentagem considerável, em torno de quatorze por cento dos pacientes procuram atendimento já com dor [11].



Num levantamento de trinta pacientes com até dezoito anos, que tiveram ameloblastomas, e um exame minucioso das radiografias desses pacientes, observou-se que todos apresentavam dentes adjacentes à lesão com reabsorção radicular diferente de casos de cisto dentígero, no qual esse fato não é comum [12]. Uma alteração radiolúcida unilocular se refere a grande maioria em achados radiográficos correspondentes ao ameloblastoma unicístico [13]. Ao ter a hipótese diagnóstica clínica e radiográfica de um ameloblastoma, é preciso ser feito o exame histopatológico para que o diagnóstico seja confirmado [14]. A presença de um epitélio ameloblástico é necessária para que o diagnóstico seja de ameloblastoma unicístico [15]. A paciente neste caso descrita, procurou o atendimento devido à dor que sentia, enquadrando-se nessa porcentagem descrita anteriormente.

Diferentes tipos de tratamento para o ameloblastoma unicístico podem ser utilizados, dentre eles a marsupialização, ressecção marginal, enucleação cirúrgica e curetagem [16]. Mesmo havendo diferentes modalidades, a enucleação cirúrgica é o tratamento de escolha, segundo vários estudos [15].

A maneira conservadora, que inclui enucleação, curetagem e marsupialização é a recomendada pela literatura científica atual como tratamento para o ameloblastoma unicístico, visto que este possui um comportamento biológico menos agressivo em comparação aos outros tipos de ameloblastomas [16][17]. Quando se opta pelo tratamento conservador, pelo menos 30% da base mandibular deverá ser preservada, após a enucleação de um ameloblastoma unicístico pequeno [6].

O tratamento de início deve ser a curetagem ou enucleação, seguido de um acompanhamento acurado, de acordo com um estudo de 33 casos de ameloblastoma unicístico com origem de cistos odontogênicos [18]. Este tipo de conduta gera controvérsias, sob o argumento de que apenas a enucleação não assegura a remoção completa do ameloblastoma unicístico, devido aos seus remanescentes microscópicos que ficam no osso adjacente ao tumor [19].

É de extrema necessidade que se leve em consideração alguns aspectos que são imprescindíveis na determinação da prática

cirúrgica no tratamento do ameloblastoma unicístico, entre eles a dimensão da doença, o tipo do tumor, a localização, os aspectos radiográficos e histopatológicos e até mesmo a idade e o bom entendimento do paciente [8] [20] [21].

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento clínico da lesão e sua histologia deverão ser correlacionados com o tratamento. A recidiva do ameloblastoma unicístico é um fato que pode vir a longo prazo, por isso um acompanhamento clínico e radiográfico a longo prazo é de suma importância para no manejo desses pacientes. A probabilidade de recidiva pode ter relação com o padrão histológico do tumor, mas isso não deve influenciar no tratamento, devendo-se levar em consideração critérios mais importantes como os subtipos histopatológicos, o modo de crescimento, a localização anatômica do tumor e idade do paciente [22]. Com base nas evidências descritas neste caso, é possível concluir que o prognóstico para o ameloblastoma unicístico muito favorável. Para que assim seja, é necessário que os procedimentos sejam bem conduzidos pelos profissionais e claro, a cooperação do paciente.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Neville, BW; DAMM, DD; ALLEN, CM; BOUQUOT, JE. Patologia Oral e Maxilofacial, 4a edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- [2] 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 Oct;104(4):478-85. doi: 10.1016/j.tripleo.2007.01.033. Epub 2007 May 24. PMID: 17524681.
- [3] Lucas RB. Pathology of Tumors of the Oral Tissues. 4ª Edição, Edinburgh, Scotland, Churchill Livingstone, 1984.
- [4] Taylor AM, et al. Tumores odontogênicos malignos. Estudio retrospectivo y colaborativo de 7 casos. Medicina Oral. 2003. 8:110-121.



- [5] Mendenhall W, Werning JW, Fernandes R, Malyapa RS, Mendenhall NP. Ameloblastoma. *Am J Clin Oncol* 2007; 30(6): 645-648.
- [6] Kruschewsky LS, Cincurá C, Teixeira FA, Filho FVM. Ameloblastoma: aspectos clínicos e terapêuticos. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac* 2010; 13(4): 241-5.
1. Vickers RA, Gorlin RJ. Ameloblastoma: delineation of early histopathologic features of neoplasia. *Cancer* 1970; 26:699-710.
- [7] Gardner DG, Corio RL. Plexiform unicystic ameloblastoma : A variant of ameloblastoma with a low recurrence rate after enucleation. *Cancer* 1984; 53:1730.
- [8] Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93:13-20.
- [9] Small IA, Waldron CA. Ameloblastoma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1955; 8:281-297.
- [10] Becelli R, Carboni A, Cerulli G, Perungi M, Iannetti G. Mandibular ameloblastoma: Analysis of surgical treatment carried in 60 patients between 1977-1998. *J Cranio Surg* 13(3): 395-400.
- [11] Lee PK, Samman N, Ng IO. Unicystic ameloblastoma--use of Carnoy's solution after enucleation. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004 Apr;33(3):263-7. doi: 10.1006/ijom.2003.0496. PMID: 15290793.
- [12] Olaitan AA, Adekeye EO. Unicystic ameloblastoma of the mandible: a long-term follow-up. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997 Apr;55(4):345-8; discussion 349-50. doi: 10.1016/s0278-2391(97)90122-1. PMID: 9120697.
- [13] Kahn MA. Ameloblastoma in young persons: A clinicopathologic analysis and etiologic investigation. *Oral Surg* 1989; 67: 706.
- [14] Williams T P. Management of ameloblastoma: a changing perspective. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51 (10): 1064-70.
- [15] Robinson L, Martinez M G. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. *Cancer* 1977; 40 (5): 2278-85.
- [16] Babu N, Charles N, Rai R, Mathur S, Runwal SH. Unicystic Ameloblastoma of Mandible Treated with an Innovative Approach: A Clinical Case Report. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(7):ZD11-ZD13. doi:10.7860/JCDR/2015/13908.6177
- [17] Figueiredo NR, Meena M, Dinkar AD, Malik S, Khorate M. Unicystic Ameloblastoma Presenting as a Multilocular Radiolucency in the Anterior Mandible: A Case Report. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2015;9(3):199-204. doi:10.15171/joddd.2015.036
- [18] Leider A S, Eversole L R, Barkin M E. Cyst ameloblastoma: a clinicopathologic analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 60 (6): 624-30.
- [19] Moorthy A P. An unusual late recurrence of unicystic ameloblastoma. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1989; 27 (3):254-9.
- [20] Tsaknis P J, Nelson J F. The Maxillary Ameloblastoma: an analysis of 24 cases. *J Oral Surg* 1980; 38(5):336- 42.
- [21] Rapidis AD, Andressakis DD, Stavrianos SD, Faratzis G, Arnogiannaki-Liappi N, Lagogiannis GA, Valsamis S. Ameloblastomas of jaws: clinico-pathological review of 11 patients. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30(9): 998-1002.
- [22] Thankappan S, Thomas V, Kandamparambil S, Nair S. Unicystic ameloblastoma: 3 case reports and review of literature. *J Indian Acad Oral Med Radiol [serial online]* 2008;20:65-70. Available from: <https://www.jiaomr.in/text.asp?2008/20/2/65/44368>