

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

LEIDY MICHELL SALAZAR MONTANO

AMELOBLASTOMA MULTICISTICO: DISCUSSÃO DE UM CASO ATÍPICO

BAURU
2020

LEIDY MICHELL SALAZAR MONTANO

AMELOBLASTOMA MULTICISTICO: DISCUSSÃO DE UM CASO ATÍPICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista – Centro Universitário Sagrado Coração.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Lopes Cardoso.

BAURU
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

Montano, Leidy Michell Salazar

M765a

Ameloblastoma multicístico: discussão de um caso atípico /
Leidy Michell Salazar Montano. -- 2020.

28f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dra. Camila Lopes Cardoso

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru -
SP

1. Ameloblastoma. 2. Tumor odontogênico. 3. Ameloblastoma
multicístico. I. Cardoso, Camila Lopes. II. Título.

LEIDY MICHELL SALAZAR MONTANO

AMELOBLASTOMA MULTICISTICO: DISCUSSÃO DE UM CASO ATÍPICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde do Centro Universitário Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Lopes Cardoso.

Bauru, 27 de novembro de 2020.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Camila Lopes Cardoso (Orientadora)
Centro Universitário Sagrado Coração

Profa. Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos
Centro Universitário Sagrado Coração

Dedico este trabalho a minha madrinha e
a minha avó com muito carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente porque toda esta aventura sobre conquistar uma carreira profissional em outro país, em condições diferentes de tudo o que eu já estava acostumada, surgiu no centro da vontade dele. Me permitiu vivenciar não só uma experiência universitária numa faculdade de excelente qualidade, senão uma mudança de vida ao chegar a um novo país e descobrir que cada parte de mim tomou o caráter que devia tomar. A experiência de vida que teve ao chegar ao Brasil deixando minha família e amigos e tudo o que eu já conhecia, foi muito impactante porque me obrigou a crescer e a enfrentar a vida de uma forma que sei que sem o auxílio, a misericórdia e o cuidado de Deus, eu não teria conseguido. A ele seja toda Glória e Honra.

A minha madrinha Karol Bryant que desde o começo se interessou por contribuir e aportar a minha vida sem nenhum interesse além do que o de me ver feliz e realizada como profissional e como pessoa, sem ela não teria tido a possibilidade de estar neste lugar e ter uma qualidade de vida favorável para enfrentar este desafio que vivi aqui no Brasil. Cito as suas palavras: *“...Yo tomé la decisión de aportar para cambiar tu vida, nadie me obligó, yo siempre quise. Y no espero que me devuelvas nada, solo quiero que seas feliz y que tengas un estilo de vida diferente...”* Traduzido: *“...eu tomei a decisão de mudar o curso da tua vida, ninguém me obrigou, eu sempre quis, e não quero receber nada em troca, só que você seja feliz e que consigas ter um estilo de vida diferente ...”*

Aos meus pais Venus, Romer e Carlos, que estiveram comigo ao longo deste caminho, durante a experiência de me adaptar a uma nova rotina de vida num país completamente diferente, me auxiliando nos meus piores e melhores momentos, me dando animo para continuar e me apoiando e guiando em todas as decisões que tomei.

A minha querida e adorada Avó Nayibe que graças a ela hoje sou o tipo de mulher que sempre quis ser – Esforçada e Valerosa -. Seus ensinamentos, seu amor e seu caráter de mulher me levaram ter ela como exemplo e inspiração de vida. Que Deus me permita dar para ela tudo o que ela me deu para que eu me convertesse na mulher que sou hoje.

A meus irmãos, Tatiana, Camilo e Karen. Lembrar da nossa parceria me ajudou amá-los mais. Sentir sua falta me encheu de ânimo para finalizar com

diligência e esforço este processo de faculdade. Poder vê-los, sentar-me e compartilhar experiências de vida que sei que vão servir para eles, comendo “*empanadas e ají*”, é um dos meus maiores prazeres. Serão sempre meus melhores amigos e confidentes.

A meu lindo namorado Dayian, quem me conheceu na metade deste caminho, conheceu minha história e decidiu-me acompanhar sem importar a distância ou circunstâncias pelas quais este namoro passou, ao ponto de hoje ser a pessoa com quem compartilharei o resto da minha vida, pois me achou a mulher dos seus sonhos e eu achei o homem da minha vida.

A UNISAGRADO que foi o local onde se fez realidade o sonho de conquistar uma carreira profissional. A todos os funcionários e corpo docente que fazem parte desta comunidade porque com paciência e respeito acolheram uma menina estrangeira. A minha orientadora de TCC Camila Lopes Cardoso pela paciência e dedicação ao me ensinar a encontrar um amor pela estomatopatologia e por me direcionar neste trabalho. A professora Mirella Lindoso quem me acompanhou os últimos anos de faculdade fazendo-se presente em momentos extracurriculares, onde seu apoio e aconselhamento foi muito importante para seguir em frente. A unisagrado me propiciou o espaço para crescer integralmente como ser humano e aprender e executar o que hoje em dia eu amo fazer, que é a minha profissão como dentista.

Quero estender meus agradecimentos a uma pessoa muito especial desde o começo deste processo, Bruna Pulino, Coordenadora do departamento de relações internacionais na UNISAGRADO e minha representante através do programa de estudantes Convênio de Graduação - PEC-G do Ministério das Relações Exteriores, por meio da Divisão de Temas Educacionais, e pelo Ministério da Educação, em parceria com Instituições de Ensino Superior em todo o país, pelo qual se fez possível estudar aqui no Brasil. Ela foi a primeira pessoa quem com muita gentileza e paciência me acolheu quando cheguei ao Brasil, me direciono ao chegar à faculdade, deu junto comigo cada passo ao fazer parte desta comunidade UNISAGRADO. Sempre se colocou à disposição para o que eu necessitasse. A ela muito obrigada, que seu coração sempre permaneça assim.

Finalmente, quero oferecer um agradecimento ao Ministério das Relações Exteriores, por meio da Divisão de Temas Educacionais, e Ministério da Educação do Brasil, quem permitiram através do programa de estudantes Convênio de

Graduação - PEC-G, uma bolsa de estudos que me levou a conquistar meu sonho de obter um título universitário, além de vivenciar uma experiência pessoal e cultural que levarei comigo para o resto da vida.

“Sua luta silenciosa faz barulho no céu, pode parecer que esteja só, mas você não está. Existe um Deus que conhece milimetricamente a sua alma.” (Alyce Tâmara, 2016)

RESUMO

O ameloblastoma é uma neoplasia de origem odontogênica considerado o segundo tumor odontogênico mais prevalente. O tratamento do ameloblastoma sólido geralmente é radical através de ressecções cirúrgicas diante do alto índice de recorrência. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de ameloblastoma multicístico em mandíbula e discutir as características atípicas apresentadas e o tratamento que melhor se adaptou à resolução do presente caso clínico. Paciente do gênero feminino, 78 anos de idade, melanoderma, compareceu ao serviço de Estomatologia apresentando queixa de lesão nodular na cavidade bucal. Ao exame físico intraoral, a paciente apresentava lesão vegetante de 1,5cm de diâmetro na região retromolar do lado direito, assintomática, com 4 meses de evolução. O exame radiográfico revelou lesão radiolúcida unilocular, bem delimitada, 2cm, do lado direito da mandíbula, na região da lesão detectada clinicamente. Tomografia computadorizada revelou expansão das corticais vestibular e lingual. As hipóteses de diagnóstico foram de cisto ou tumor odontogênico benigno. Diante do aspecto circunscrito da lesão, optou-se pela enucleação sob anestesia geral. O exame microscópico revelou lesão compatível com ameloblastoma multicístico do tipo plexiforme. O pós-operatório foi satisfatório, sem complicações e a paciente continua em acompanhamento. A partir deste estudo de caso, pode ser afirmado que os aspectos clínicos e radiográficos são importantes na suspeita de diagnóstico, porém dependendo do tempo de evolução e outros fatores importantes do paciente a conduta pode ser diferente. Vale ressaltar que as lesões que afetam os ossos maxilares requerem um exame microscópico para a determinação do diagnóstico e além disso, é importante ressaltar que embora um ameloblastoma sólido tenha sido tratado de uma forma mais conservadora, o acompanhamento é fundamental e nem sempre as recidivas ocorrem, podendo ter sido a melhor opção terapêutica neste caso clínico.

Palavras-Chave: Ameloblastoma. Tumor odontogênico. Ameloblastoma multicístico.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a neoplasm of odontogenic origin, considered the second most prevalent odontogenic tumor. The treatment of solid ameloblastoma is usually radical through surgical resections due to the high rate of recurrence. The objective of this study was to report a clinical case of multicystic ameloblastoma in the mandible and to discuss the atypical characteristics presented and the treatment that best adapted to the resolution of the present clinical case. Female patient, 78 years old, melanoderma, attended the Stomatology service complaining of nodular lesion in the oral cavity. On intraoral physical examination, the patient had an asymptomatic vegetating lesion of 1.5 cm in diameter on the right side, with 4 months of evolution. The radiographic examination revealed a well-delimited, 2-cm radiolucent lesion, 2 cm, on the right side of the mandible, in the region of the clinically detected lesion. Computed tomography revealed expansion of the buccal and lingual cortices. The hypotheses for diagnosis were benign odontogenic cyst or tumor. In view of the circumscribed aspect of the lesion, enucleation under general anesthesia was chosen. Microscopic examination revealed a lesion compatible with multicystic plexiform ameloblastoma. The postoperative period was satisfactory, without complications and the patient is still being monitored. From this case study, it can be stated that the clinical and radiographic aspects are important in suspected diagnosis, but depending on the time of evolution and other important factors of the patient, the conduct may be different. It is worth mentioning that the lesions that affect the maxillary bones require a microscopic examination to determine the diagnosis and, in addition, it is important to note that although a solid ameloblastoma has been treated in a more conservative way, monitoring is essential and recurrences do not always occur, and may have been the best therapeutic option in this clinical case.

Keywords: Ameloblastoma. Odontogenic tumor. Ameloblastoma multicystic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Lesão vegetante na região retromolar direita, com superfície eritematosa e textura irregular, assintomática	18
Figura 2 – Radiografia panorâmica revelando uma lesão radiolúcida, unilocular, circunscrita, se estendendo da distal do dente 46 até parte do ramo da mandíbula	19
Figura 3. Cortes axiais da tomografia computadorizada revelando expansão das corticais vestibular e lingual	19
Figura 4 - Exposição da lesão a ser enucleada	20
Figura 5 - Leito cirúrgico após enucleação da lesão	20
Figura 6 - Peça correspondente à lesão que foi removida	20
Figura 7 - Fotomicrografia num menor aumento revelando os cordões de epitélio do órgão do esmalte em permeio ao tecido fibroso	21
Figura 8 - Fotomicrografia em detalhe num maior aumento revelando o padrão plexiforme representado pelos cordões de células tumorais que a lesão apresenta	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS Organização mundial da saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
3 METODOLOGIA.....	17
4 ESTUDO DE CASO.....	18
5 DISCUSSÃO.....	22
6 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é uma neoplasia de origem odontogênica considerado o segundo tumor odontogênico mais prevalente. A sua origem se dá dos restos da lâmina dentária de um órgão do esmalte em desenvolvimento, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico ou das células basais da mucosa oral (NEVILLE *et al.*, 2008). De acordo com a classificação mais recente dos tumores odontogênicos da OMS, em 2017, é classificado como tumor odontogênico benigno de origem epitelial, apresentando as seguintes variantes clínicas: ameloblastoma sólido ou multicístico, ameloblastoma unicístico e ameloblastoma periférico/extraósseo (WRIGHT; VERED, 2017).

Embora benigno, os ameloblastomas são localmente agressivos e invasivos, caracterizado pela osteólise expansiva e reabsorção das raízes de dentes adjacentes à lesão, daí a importância dessas lesões serem diagnosticadas numa fase inicial e também serem abordadas cirurgicamente com margem de segurança, incluindo tecido radiograficamente normal.

A lesão pode ocorrer em qualquer região da mandíbula ou maxila, mas a região de corpo e ramo são as localizações anatômicas mais prevalentes. Este tumor não tem predileção por gênero ou tipo racial, embora os estudos tenham sugerido um aumento da incidência em pessoas da região leste da África. A faixa etária mais acometida se dá entre a terceira e quarta década de vida, porém, pode-se apresentar em qualquer faixa etária. (VALLS *et al.*, 2012).

O ameloblastoma, assim como os demais tumores odontogênicos benignos, apresenta um crescimento intraósseo lento e assintomático, portanto, eles acabam sendo descobertos quando as lesões já estão com grandes dimensões causando expansão das corticais. Já as lesões menores, são descobertas em exames radiográficos para outras finalidades. (NEVILLE *et al.*, 2008).

Nos casos de lesões extensas, clinicamente o paciente apresenta uma tumefação facial e intraoral indolor, podendo provocar até assimetrias. Quando se tornam sintomáticos, o paciente pode se queixar de dor, inchaço, dormência, má-oclusão, mobilidade dentária e até infecção secundária (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Radiograficamente, o ameloblastoma apresenta-se como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular lembrando um aspecto de favo de mel ou bolhas de

sabão. As corticais ósseas são preservadas, embora tenha caráter expansivo. (OLIVEIRA *et al.*, 2011). A lesão pode estar associada a dentes inclusos e, dependendo de sua extensão, pode causar reabsorção radicular de dentes vizinhos, divergência entre as raízes e perda da lâmina dura (GHATTAMANENI *et al.*, 2017).

Considerando sua microscopia, o ameloblastoma apresenta diversos padrões histológicos sendo o folicular e o plexiforme os mais comuns. Já os padrões acantomatoso, de células Granulares, desmoplásico e de células basais são menos comuns. Microscopicamente, são observadas ilhotas de epitélio ou cordões de epitélio odontogênico num estroma fibroso ou colagenizado. (NEVILLE *et al.*, 2008).

Assim como os outros tumores odontogênicos, seu diagnóstico final é estabelecido através da microscopia. Entretanto, os achados clínicos e radiográficos auxiliam muito no processo de diagnóstico (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O tratamento do ameloblastoma depende de sua variante, por isso é importante sempre fazer uma biópsia e avaliar também diversos fatores como: idade do paciente, aspectos radiográficos da lesão, localização e extensão e, segundo sua classificação o subtipo em que o ameloblastoma se apresenta. (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Os tratamentos podem ser conservadores ou radicais. Os ameloblastomas sólidos são muito agressivos e tem um potencial de recidiva muito grande, portanto, a ressecção parcial geralmente é a modalidade mais adequada de tratamento.

Tratamentos radicais correspondem a ressecção total do osso envolvido com margem de segurança de 1,5 a 2 cm. Esta abordagem é indicada porque diferentes tipos de ameloblastomas são caracterizados por infiltração agressiva no tecido circundante e as células remanescentes podem resultar na recorrência do tumor (CARVALHO E SOUZA *et al.*, 2015).

Tratamentos conservadores são indicados para a variante unicística ou pequena e envolvem procedimentos de descompressão da lesão seguida por enucleação e manobras coadjuvantes locais como cauterização química (Solução de carnoy) ou crioterapia para prevenir a recidiva da lesão (FREITAS *et al.*, 2018).

Portanto, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de ameloblastoma em região de mandíbula e discutir as características atípicas

apresentadas e o tratamento que melhor se adaptou à resolução do presente caso clínico.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de ameloblastoma multicístico em mandíbula e discutir as características atípicas apresentadas e o tratamento que melhor se adaptou à resolução do presente caso clínico.

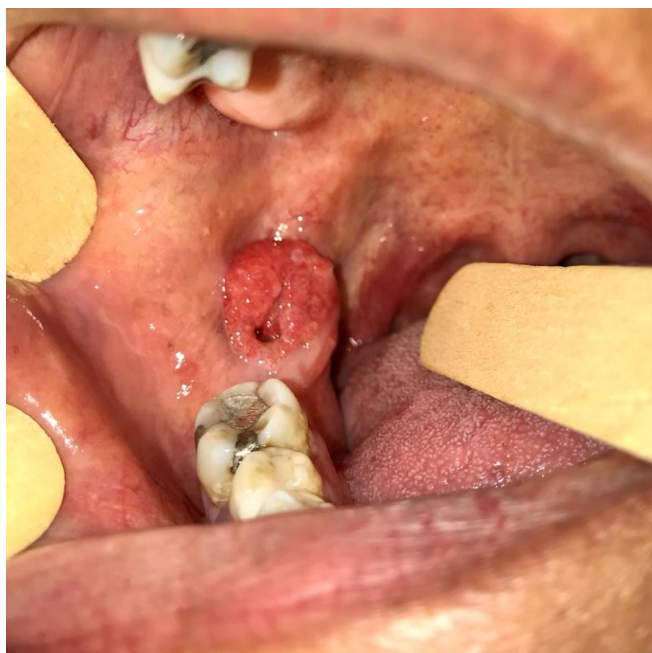
3 METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho foi relatar um caso clínico de interesse no contexto das doenças bucais através da documentação em prontuário e fotos clínicas de um paciente. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter estudo de caso autorizado para a divulgação com finalidade científica.

4 ESTUDO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 78 anos de idade, melanoderma, compareceu ao serviço de Estomatologia apresentando queixa de lesão nodular na cavidade bucal. Ao exame físico intraoral, a paciente apresentava lesão vegetante de 1,5cm de diâmetro na região retromolar do lado direito, assintomática, com 4 meses de evolução (Figura 1).

Figura 1- Lesão vegetante na região retromolar direita, com superfície eritematosa e textura irregular, assintomática.



Fonte: Elaborado pela autora.

O exame radiográfico revelou lesão radiolúcida unilocular, bem delimitada, 2cm, do lado direito da mandíbula, na região da lesão detectada clinicamente (Figura 2). Tomografia computadorizada revelou expansão das corticais vestibular e lingual (Figura 3).

Figura 2 - Radiografia panorâmica revelando uma lesão radiolúcida, unilocular, circunscrita, se estendendo da distal do dente 46 até parte do ramo da mandíbula.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 3. Cortes axiais da tomografia computadorizada revelando expansão das corticais vestibular e lingual.



Fonte: Elaborado pela autora.

As hipóteses de diagnóstico foram de cisto ou tumor odontogênico benigno. Diante do aspecto circunscrito da lesão, optou-se pela enucleação sob anestesia geral (Figura 4-6).

Figura 4 - Exposição da lesão a ser enucleada.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 5 - Leito cirúrgico após enucleação da lesão.



Fonte: Elaborado pela autora.

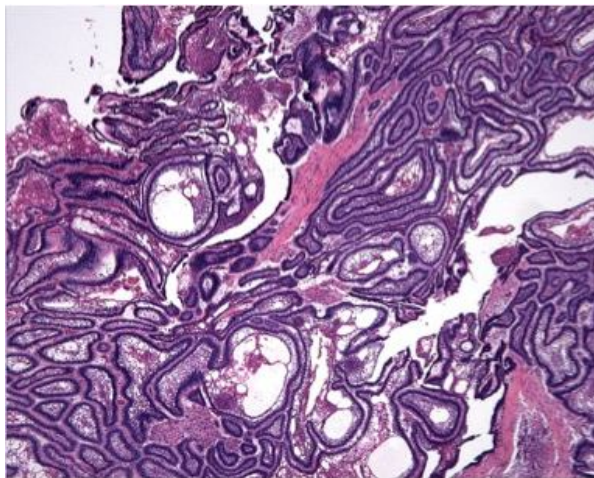
Figura 6 - Peça correspondente à lesão que foi removida.



Fonte: Elaborado pela autora.

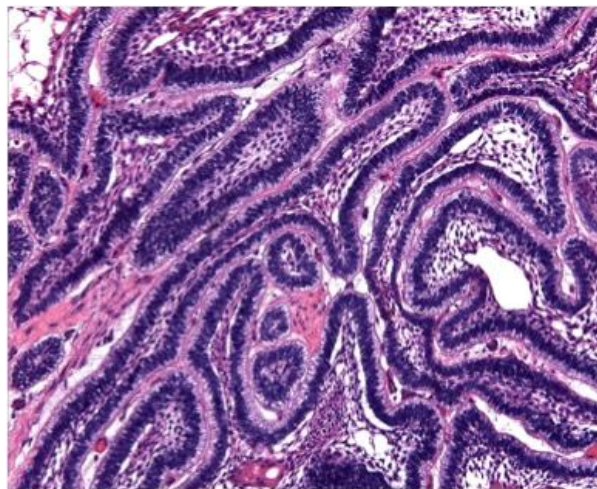
A peça foi enviada para exame anatomopatológico na Faculdade de odontologia de Ribeirão Preto da USP, SP. O exame microscópico revelou lesão compatível com ameloblastoma multicístico do tipo plexiforme (Figura 7 e 8).

Figura 7 Fotomicrografia num menor aumento revelando os cordões de epitélio do órgão do esmalte em permeio ao tecido fibroso.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 8 - Fotomicrografia em detalhe num maior aumento revelando o padrão plexiforme representado pelos cordões de células tumorais que a lesão apresenta.



Fonte: Elaborado pela autora.

O pós-operatório foi satisfatório, sem complicações e a paciente continua em acompanhamento.

5 DISCUSSÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico de caráter benigno, de crescimento lento, localmente agressivo e infiltrativo. Ele pode se originar de remanescentes epiteliais do órgão do esmalte, da lâmina dentária, de cistos odontogênicos ou células basais da mucosa bucal. No entanto, não tem sido demonstrado cientificamente o fator desencadeante na sua etiopatogenia (VALLS *et al.*, 2012).

Sua incidência maior se dá na terceira e quarta décadas de vida, sem preferência por gênero ou raça. Pode ocorrer em qualquer região da mandíbula ou maxila, mas a região de corpo e ramo de mandíbula são as localizações anatômicas mais prevalentes (TORRES-LAGARES *et al.*, 2005). De acordo com a mais recente classificação dos tumores odontogênicos pela OMS em 2017, é classificado como tumor odontogênico benigno de origem epitelial, sendo: ameloblastoma (anteriormente descrito como ameloblastoma sólido/multicístico), ameloblastoma unicístico e ameloblastoma periférico/ extraósseo (WRIGHT; VERED, 2017).

O ameloblastoma é uma lesão óssea expansiva que pode atingir grandes dimensões, provocando assimetria facial ou intrabucal, principalmente o tipo sólido/multicístico. Também pode-se apresentar como uma lesão bem circunscrita com margens definidas, o que é mais comum nos casos de ameloblastomas unicísticos. Estes fazem diagnóstico diferencial principalmente com outros tumores e cistos odontogênicos, em razão das características clínicas e radiográficas (CARVALHO E SOUZA *et al.*, 2015).

O ameloblastoma periférico/extraósseo é uma variante incomum que se apresenta nos tecidos gengivais com as mesmas características histológicas do ameloblastoma (ameloblastoma sólido/multicístico), porém sem envolvimento ósseo observado radiograficamente, exceto em casos de lesões avançadas que causam a destruição do osso adjacente (GHATTAMANENI *et al.*, 2017).

O planejamento do tratamento do ameloblastoma deve levar em consideração a classificação do tumor, as características de crescimento, localização, grau de morbidade, idade do paciente e potencial de recorrência. Tratamentos

conservadores envolvem procedimentos de descompressão da lesão seguida por enucleação e manobras coadjuvantes locais como cauterização química (Solução de carnoy) ou crioterapia para prevenir a recidiva da lesão (FREITAS *et al.*, 2018).

As terapias radicais correspondem às ressecções ósseas que envolvem margem de tecido clinicamente ou radiograficamente normais e conseqüentemente resultam em sequelas ao paciente (CARVALHO E SOUZA *et al.*, 2015). Devido a sua capacidade infiltrativa, o ameloblastoma sólido/multicístico é considerado um tumor com comportamento agressivo. A terapia radical é a mais indicada neste caso, pois as células remanescentes infiltradas perifericamente à lesão resultam frequentemente na recorrência do tumor (JEE *et al.*, 2018). Em contraste, o ameloblastoma unicístico, (lesão radiolúcida unilocular que lembra um cisto) é considerado menos agressivo do que as outras variantes, requerendo abordagens mais conservadoras (TORRES-LAGARES *et al.*, 2005). Segundo Carvalho e Souza *et al.*, (2015) as taxas de recorrência após tratamentos radicais é menor que 8% quando comparadas a tratamentos conservadores, os quais apresentam porcentagem maior que 30%.

O presente caso apresentou algumas situações peculiares que direcionaram a conduta um pouco diferente do que ocorre na maioria dos casos de ameloblastoma. Isto porque existia um aspecto clínico com envolvimento de tecidos moles e na radiografia era compatível com uma lesão cística, por ser uma lesão radiolúcida unilocular na visão bidimensional da panorâmica. Por se tratar de uma lesão relativamente pequena e circunscrita, a conduta foi de enuclear a lesão, ainda sem conhecer o diagnóstico, pois a paciente era idosa (78 anos) e seria submetida ao procedimento sob anestesia geral.

A hipótese de diagnóstico inicial foi de cisto ou tumor odontogênico benigno. O padrão de crescimento infiltrativo, localizado, persistente e a capacidade de produzir deformidades pronunciadas são características clínicas que auxiliam para a possível identificação de ameloblastoma multicístico mas, neste caso as características clínicas e radiográficas eram compatíveis com lesões de comportamento não agressivo, por isso o ameloblastoma multicístico não foi considerado dentro das hipóteses diagnósticas.

A peça correspondente a lesão foi enviada para o estudo anatomopatológico o que revelou o diagnóstico de ameloblastoma multicístico do tipo plexiforme. O resultado deste caso é a razão de ser um caso atípico, pois sabe-se que os ameloblastomas sólidos são multiloculares na imagem radiográfica na maior parte dos casos. Além disso, são expansivos provocando grandes deformidades. No presente caso clínico talvez não houvesse esses aspectos, por se tratar de uma lesão inicial.

Outra razão para considerarmos o caso diferente é exatamente como ele foi conduzido. Considerando as hipóteses clínicas, seu tamanho e a oportunidade cirúrgica sob anestesia geral, foi feita a enucleação da lesão. Sabe-se que a terapia mais adequada para um ameloblastoma é a ressecção cirúrgica, que inclui uma margem de tecido normal adjacente, pois tem sido constatadas altas taxas de recorrência do tumor após um tratamento conservador (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Diante da surpresa do diagnóstico, o seguimento deve ser feito rigorosamente e, o paciente deve ser orientado sobre o prognóstico de alta recorrência desta lesão. Devido ao crescimento lento desses tumores e a característica de recorrência, a capacidade de desenvolver novas lesões pode ocorrer vários anos após o tratamento inicial, por isso um longo acompanhamento clínico e radiográfico é recomendado (CARVALHO E SOUZA *et al.*, 2015). Entretanto, não são todos os casos que evoluem para recidiva e considerando que a lesão toda foi removida, espera-se que a cirurgia tenha sido definitiva.

A avaliação histopatológica confirmou um padrão histológico do tipo plexiforme. Conforme observado na figura 8. Este padrão contém estruturas semelhantes a cordões e ilhotas alongadas de células epiteliais circundando pequenas quantidades de estroma. Fulco *et al.*, (2010) realizaram uma análise retrospectiva dos achados clínicos e histopatológicos em uma série de casos de ameloblastoma sólidos onde constataram que os padrões histológicos mais frequentes associados a este tipo de ameloblastoma são os padrões Folicular em primeiro lugar seguido do Plexiforme.

É importante refletir que se este caso clínico fosse abordado inicialmente através de uma biópsia incisional, talvez o tratamento pudesse ter sido mutilante e a

paciente com idade avançada sofreria mais o pós-operatório e as sequelas resultantes. Portanto, fica a mensagem de que não existe um protocolo único, cada caso clínico apresenta suas peculiaridades e portanto a avaliação do risco/benefício é fundamental para se considerar o sucesso clínico.

6 CONCLUSÃO

A partir deste estudo de caso, pode ser afirmado que os aspectos clínicos e radiográficos são importantes na suspeita de diagnóstico, porém dependendo do tempo de evolução e outros fatores importantes do paciente a conduta pode ser diferente. Vale ressaltar que as lesões que afetam os ossos maxilares requerem um exame microscópico para a determinação do diagnóstico e além disso, é importante ressaltar que embora um ameloblastoma sólido tenha sido tratado de uma forma mais conservadora, o acompanhamento é fundamental e nem sempre as recidivas ocorrem, podendo ter sido a melhor opção terapêutica neste caso clínico.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, F. R. *et al.* Cell proliferation and apoptosis in ameloblastomas and keratocystic odontogenic tumors. **Braz. Dent. J.**, Ribeirão Preto, v.23, n.2, p. 91-96, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402012000200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 ago. 2020
- ANDRADE, S. E. S. *et al.* Tumores odontogênicos: estudo clínico-patológico de 238 casos. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.74, n.5, p. 231-8, set./out. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000500006. Acesso em: 23 jul. 2020.
- BACHMANN, A. M.; LINFESTY, R. Ameloblastoma, solid/multicystic type. **Head and Neck Pathol.**, San Diego, v.3, n.4, p. 307-309, out. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811572/>. Acesso em: 28 out. 2020.
- FULCO, M. G. *et al.* Ameloblastomas sólidos: estudo retrospectivo clínico e histopatológico em 54 casos. **Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)**, São Paulo, v.76, n.2, p. 172-177, Apr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2020.
- BELARDO, E. *et al.* Mandibular ameloblastoma in a 10-years-old child: Case report and review of the Literature. **Int. J. Odontostomat.**, Temuco, v.6, n.3, p. 331-336, 2012. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2012000300016&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 13 ago. 2020
- CARVALHO E SOUZA, C. H. *et al.* Radical management of aggressive lesions: a case report of recurrent ameloblastoma. **Rev Gaúch Odontol.**, Porto Alegre, v.63, n.3, p. 327-330, jul./set., 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372015000300327&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2020.
- FREITAS, G. B. *et al.* Approach and treatment of giant luminal unicystic ameloblastoma. **Case Rep Dent.**, Cairo, v.2018, n. 6809758, p. 1-4, mai., 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30002933/>. Acesso em: 26 ago. 2020.

GHATTAMANENI, S. *et al.* Unicystic ameloblastoma in conjunction with peripheral ameloblastoma: A unique case report presenting with diverse histological patterns. **J Oral Maxillofac Pathol.**, Chennai, v.21, n.2, p. 267-272, mai./ago. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28932038/>. Acesso em: 18 ago. 2020.

JEE, Y-J. *et al.* Conservative surgical treatment for ameloblastoma: a report of three cases. **J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.**, Seoul, v.44, n. 5, p. 242-247, out., 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30402417/>. Acesso em: 23 set. 2020.

LAMICHHANE, N. S. *et al.* A case report on desmoplastic ameloblastoma of anterior mandible. **BCM Res Notes.**, London, v.9, p. 1-7, mar., 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26984790/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patología Oral e Maxilofacial.** 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

OLIVEIRA, L. R. *et al.* Ameloblastoma: Report of Two Cases and a Brief Literature Review. **Int. J. Odontostomat.**, Temuco, v.5, n.3, p. 293-299, dic. 2011. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2011000300014&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 7 ago. 2020.

TORRES-LAGARES, D. *et al.* Ameloblastoma mandibular. Revisión de la literatura y presentación de seis casos. **Med. oral patol. oral cir. bucal (Ed.impr.)**, Sevilla, v.10, n.3, p. 668-73, may./jul. 2005. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000300007. Acesso em: 21 jul. 2020.

VALLS, A. *et al.* Manejo quirúrgico del ameloblastoma. **Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.**, Madrid, v.34, n.3, p. 98-104, set. 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582012000300002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2020.

WRIGHT, J. M.; VERED, M. Update from the 4th edition of the world health organization classification of head and neck tumours: Odontogenic and maxillofacial Bone Tumors. **Head Neck Pathol.**, Secaucus, v.11, n.1, p. 68-77, mar. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28247226/>. Acesso em: 24 ago. 2020.