

**FACULDADE SETE LAGOAS**

**PEDRO IVO PEREIRA PACÍFICO**

**AMELOBLASTOMA: ABORDAGEM CIRURGICA E RECIDIVA.  
REVISÃO DE LITERATURA**

**OSASCO**

**2019**

**PEDRO IVO PEREIRA PACÍFICO**

**AMELOBLASTOMA: ABORDAGEM CIRURGICA E RECIDIVA.  
REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

Área de concentração: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

Orientador: Prof. Flávio de Ávila Kfourri

**OSASCO  
2019**

PACÍFICO, PEDRO IVO PEREIRA  
Ameloblastoma: Abordagem cirurgica e recidiva.  
Revisão de literatura - 2019.  
38 f.

Orientador: Prof. Flávio de Ávila Kfouri  
Monografia (especialização) – Faculdade Sete  
Lagoas, 2019.

1. Ameloblastoma 2. Abordagem terapêutica 3.  
Recidiva

I.Título. II. Flávio de Ávila Kfouri

## FACULDADE DE SETE LAGOAS

Monografia intitulada “**Ameloblastoma: Abordagem cirurgica e recidiva. Revisão de literatura**”, autoria do aluno Pedro Ivo Pereira Pacífico, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof. Flávio de Ávila Kfoury – ABO Regional Osasco - Orientador

---

Prof. Sérgio Eduardo Migliorini – ABO Regional Osasco – Examinador

---

Prof. Nelson Masanobu Sato – ABO Regional Osasco - Examinador

Osasco, 17 de janeiro de 2019.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha esposa, Rosilene da Silva Ribeiro, e aos meus filhos Luiza Ribeiro Pacífico e João Pedro Ribeiro Pacífico.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu orientador Dr. Flávio de Ávila Kfourri, ao professor Sérgio Eduardo Migliorini e ao meu colega de turma Wesley Gonçalves Borges.

## RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, localmente infiltrativo pelos espaços do tecido ósseo e tecido mole, apresentando grande potencial de recidiva. Sendo assim técnicas de tratamentos tem sido estudado e discutido para melhor abordagem a essa patologia. O presente trabalho revisou estudos de diversos autores, com objetivos de demonstrar abordagens terapêuticas em tratamento do ameloblastoma e prognóstico em recidivas. Concluímos que técnica radical com ressecção com margem de segura teve casos com recidiva, vejo as técnicas conservadora interessante como primeira opção de tratamento, sim levando em conta característica geral da lesão e paciente. Importante ressaltar que independente do tratamento lançado e importante o acompanhamento clinico e radiográfico do paciente por um longo tempo, para descartar qualquer hipótese de recidiva do tumor.

**Palavras-chave:** Ameloblastoma; tratamentos; recidiva;

## ABSTRACT

The ameloblastoma is a benign odontogenic tumor, locally infiltrative through the spaces of bone and tissue, presenting great potential for recurrence. Thus, treatment techniques have been studied and discussed to better approach this pathology. The present study, reviewed studies of several authors, with the aim of demonstrating therapeutic approaches in the treatment of ameloblastoma and prognosis in relapses. We concluded that radical technique with safe margin resection, had cases with relapse, I see the conservative techniques interesting as the first treatment option, yes taking into account the general characteristic of the lesion and patient. It is important to emphasize that regard less of the treatment launched and important the clinical and radiographic monitoring of the patient for a long time, to rule out any hypothesis of tumor recurrence.

**Keywords:** Ameloblastoma; treatments; recurrence;

## SUMÁRIO

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....            | 10 |
| 2. PROPOSIÇÃO.....            | 13 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA..... | 14 |
| 4. DISCUSSÃO.....             | 29 |
| 5. CONCLUSÃO.....             | 32 |
| REFERÊNCIAS.....              | 33 |

## 1- INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor verdadeiro de tecido tipo órgão de esmalte, que não sofre diferenciação a ponto de formar esmalte. Apresenta-se usualmente unicêntrico, não funcional, de crescimento intermitente, anatomicamente benigno e clinicamente persistente (NOGUEIRA *et al.*, 1991).

Como definição o Ameloblastoma é um tumor odontogênico de origem epitelial, constituindo entre 11 e 18% de todos os tumores odontogênicos são divididos em três diferentes situações clínico-radiográfico; solido convencional ou multicístico, unicístico e periférico (Neville *et al.*, 1998).

A etiopatogenia é um dos pontos obscuros desses tumores, visto que podem surgir de restos epiteliais de Malasses, de cistos dentígeros, do epitélio da mucosa bucal, do epitélio de tumores odontogênicos, entre outros. Na maioria das vezes, esses restos de epitélios deixados após a remoção cirúrgica de dentes, cistos e tumores. Um dos fatores predisponente mais citados é o irropimentos de dentes inclusos ou impactados (CARINI *et al.*, 2007; SADDY *et al.*, 2005).

Em torno 85 % dos ameloblastomas se manifestam na mandíbula, com predileção pela região dos molares e ramo ascendente, sua frequência na maxila é notada em torno de 15%, os casosé diagnosticado com maior numero de achados, em pacientes entre a terceira e a sétima década de vida, não havendo também, predileção definida quanto ao gênero e raça (Mendenhall *et al.*, 2007).

Geralmente estes tumores apresentam-se com crescimento lento, localmente invasivo e possuem um curso benigno na maioria dos casos. Sua evolução, com expansão de corticais ósseas, indolor e sem alterações de mucosa, sugere uma busca com exames de imagem para a delimitação da lesão com posterior exame histopatológico de confirmação para o diagnóstico diferencial de queratocisto, mixoma, fibroma ameloblástico, lesão central de células gigantes, cisto dentígero, cisto odontogênicocalcificante (Tommasi *et al.*, 2002, Neville *et al.* 2004)

Embora considerado benigno, o ameloblastoma pode ser extremamente agressivo, e lesões proliferativas com transformações malignas têm sido documentadas. Apresentam um comportamento biológico único que tem causado controvérsias quanto a sua melhor forma de tratamento (FERRETI *et al.*, 1995).

Para o diagnóstico, o exame clínico do paciente é fundamental, no qual a inspeção e a palpação das estruturas envolvidas são de extrema importância e os sinais e sintomas devem ser observados cuidadosamente, levando em consideração o tempo de evolução da lesão. Nem sempre as técnicas radiográficas convencionais são suficientes para fechar um diagnóstico e plano de tratamento, desta forma pode-se utilizar de outros meios como a tomografia computadorizada, principalmente em casos de lesões mais extensas que envolvam estruturas nobres do complexo Buco-Maxilo-Facial (RODRIGUES *et al.*, 2010).

A avaliação radiográfica permanece a mais simples e importante ferramenta no planejamento cirúrgico do ameloblastoma. A avaliação inclui radiografia panorâmica, periapical e oclusal para avaliar a relação da lesão com os dentes adjacentes, nervo alveolares inferior, seio da maxila e cavidade nasal (SACHS; 2006).

Por se tratar de uma lesão com característica invasiva, necessita-se de tratamento com margem de segurança, que poderá ser obtida por meio de ressecção parcial (envolvendo toda a espessura óssea) ou ressecção marginal (sem perda da continuidade do osso) com tratamento do leito com substâncias químicas (solução de Carnoy), físicas (ostectomia) ou (térmica crioterapia) ( HONG J *et al.*, 2007).

O tratamento do ameloblastoma permanece controverso, no entanto, vários estudos tem sido endereçados ao assunto e embora não haja unanimidade dentre os autores quanto a melhor forma de tratamento, vários fatores devem ser considerado quanto ao planejamento cirúrgico ( NAKAMURA *et al.*, 2001; NAKAMURA *et al.*, 2002).

Dentre os inconvenientes das técnicas radicais, não há dúvidas de que o principal é a reabilitação e, integrado ao planejamento cirúrgico, deve-se pensar na reconstrução do paciente, devolvendo-lhe a capacidade funcional, anatômica e estética (VOLKWEIS; WAGNER; GERHARDT, 2002).

Variações nas técnicas de tratamentos dos ameloblastomas são observadas em virtude do melhor benefício para os pacientes, como a crioterapia, eletrocauterizaçõescleroterapia e radioterapia. (BATAINEH, 2000).

A escolha do método terapêutico dependerá das características da lesão durante a realização do diagnóstico. Quando identificado em uma fase inicial (pouca destruição óssea), haverá possibilidade de uma ressecção marginal, com preservação da continuidade óssea, porém com tratamento químico ou crioterápico do leito cirúrgico (AROTIBA *et al.*, 2012).

## **2- OBJETIVO**

O presente trabalho objetiva demonstrar abordagens terapêuticas em tratamento do ameloblastoma e prognóstico em recidivas.

### 3- REVISÃO DE LITERATURA

Filho *et al.* (2004), descreveu um caso clínico de ameloblastoma mandibular tratado de forma conservadora onde a fratura de mandíbula ocorreu como complicação desta terapia inicial. Conclui tratamento do ameloblastoma com curetagem associada a crioterapia com nitrogênio líquido é uma técnica que apresenta resultados bastante satisfatórios, quando bem indicada.

Barnabé *et al.* (2005), estudou retrospectivamente 8 pacientes portadores de ameloblastoma de mandíbula procedentes da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP e do Hospital das Clínicas da FMUSP, sendo 4 ameloblastomas unicísticos e 4 multicísticos que tiveram como tratamento inicial pré-cirúrgico a descompressão. Foram avaliados os dados clínicos e imagiológicos antes e depois da descompressão. Foram definidos critérios para a indicação da descompressão. Fez-se também o estudo comparativo histopatológico antes e depois da descompressão. Os efeitos da descompressão sobre a proliferação celular do tumor foram investigados por meio da contagem de AgNORs e avaliação da expressão de PCNA e Ki-67. Resultados: Em todos os casos a descompressão foi efetiva promovendo considerável redução do tumor. O caráter cístico do tumor foi comprovado por punção aspirativa prévia em todos os pacientes. Aspecto radiográfico unilocular foi visto em 5 casos e multilocular com grande loja radiolúcida em 2. O período de descompressão foi de 5 a 12 meses e a técnica mostrou ser bem aceita pelo paciente, de baixo custo e de fácil execução. A avaliação comparativa histopatológica revelou que em alguns casos a descompressão pode modificar o clássico padrão do epitélio odontogênico do ameloblastoma para um epitélio do tipo ameloblastomatoso com abrandamento dos critérios de Vickers & Gorlin. Não observamos significativa diferença na contagem do AgNOR e na expressão do PCNA e do Ki-67 do epitélio tumoral antes e depois da descompressão. Conclusão: Nossos resultados indicam que a descompressão é um valioso método no tratamento inicial de Ameloblastomas unicísticos e multicísticos com grande degeneração cística. Ela mostrou ser efetiva para redução do tamanho do tumor e aumento do suporte ósseo, reduzindo a necessidade da realização de mandibulectomia e prevenindo suas complicações. Além disso, a redução do tumor

pela descompressão parece estar associada a uma modificação benéfica do epitélio tumoral sem indícios de aumento da proliferação celular.

Gil *et.al.* (2005), descreveu um caso clínico de ameloblastoma multicístico, originado de um ceratocisto odontogênico, que apresenta um comportamento agressivo localmente, discutindo com a literatura pesquisada as características clínicas, radiográficas e histológicas, assim como opções de tratamento e prognósticos. Relato de caso: paciente compareceu ao Ambulatório do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, o caso relatado vai ao encontro ao que encontramos na literatura, foi tratado com mandibulectomia marginal, onde preservamos a basilar. Conclui que acompanhamento anual, realizado pelo cirurgião-dentista, clínico geral do paciente, por meio de radiografia panorâmica, promoveria uma redução significativa das seqüelas deste tipo de lesão, devido ao diagnóstico precoce, a utilização de tomografia computadorizada é imprescindível para o tratamento destas lesões. A manutenção da basilar mandibular é essencial para além da continuidade, favorecer a estética e uma futura reconstrução óssea.

Saddy *et al.* (2005), avaliaram 52 pacientes diagnosticados dos histopatologicamente com ameloblastoma na região maxilo-mandibular e tratados no Departamento de Estomatologia do Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A. C. Camargo, no período de 1960 a 2001. Foram avaliadas as características radiográficas, clínicas, terapêuticas e taxas de recidivas. Não houve um predomínio em relação ao gênero e etnia na amostra estudada. As idades de diagnóstico da lesão variaram de 6 a 73 anos. As características radiográficas do ameloblastoma de maior incidência são de uma lesão multilocular, no ramo ascendente da mandíbula, com limites expansivos, preservando a cortical basilar. O modo de tratamento mais utilizado foi conservador: curetagem associada à crioterapia. A taxa de recidiva encontrada não foi diferente das encontradas nos tratamentos radicais dessa lesão.

Gomes *et al.* (2006), observaram altas taxas de recorrência associadas a diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas para o seu tratamento, que se baseia desde

simples enucleação a extensas ressecções. Os autores apresentam, através de uma revisão de literatura, as atuais abordagens cirúrgicas para o tratamento do ameloblastoma. Conclui que durante o levantamento bibliográfico, pôde-se identificar, de uma maneira geral, uma tendência recente da comunidade científica em realizar procedimentos terapêuticos menos invasivos para os ameloblastomas, inclusive para os tipos multicísticos ou sólidos convencionais.

Martinez *et al.* (2007), analisaram as características clínico-histopatológicas dos casos de ameloblastomas ocorridos no estágio diagnóstico avançado clínico e histopatológico das doenças de boca da Faculdade de Odontologia Prof. Albino Coimbra Filho (FAODO/UFMS) entre o período de 1999 a 2007. Foram encontrados 18 casos, nos quais verificou-se uma leve tendência para o gênero feminino (55,6%); a faixa etária mais acometida variou entre 20-50 anos (72,2%), e o tipo clínico mais freqüente foi o multicístico (72,2%). O aspecto radiográfico multilocular foi o mais encontrado (81,3%); a localização preponderante, a mandíbula, o tipo histopatológico predominante, o folicular, e o tratamento de eleição, a ressecção cirúrgica radical para quase a totalidade dos casos.

Di Cosola M. *et al.* (2007), avaliaram clinicamente e classificados clinicamente, no período entre 1990 e 2006, dez casos de ameloblastoma foram identificados no Departamento de Odontologia e Cirurgia da Universidade de Bari, na Itália histologicamente e radiograficamente, com base nos critérios citológicos de Vickers e Gorlin (21) e nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (25). Também avaliaremos o tipo de tratamento através de um acompanhamento entre 1 e 15 anos, dependendo da histologia, clínica e patologia do tipo de lesão. Encontramos: 8 ameloblastomas multicísticos sólidos e 2 ameloblastomas unicísticos. Na análise do primeiro grupo (6 pacientes) houve 3 casos de recidiva. A média temporal entre o tratamento e a recorrência do ameloblastoma foi de 3,5 anos (variação de 4 meses a 10 anos). Um dos casos tratados para recidiva consistiu em ressecção inferior sem continuidade inferior e auto-enxerto da área não afetada. O segundo grupo, composto por dois pacientes com ameloblastoma sólido, foi tratado com terapia radical. Nesse grupo, o único caso de recidiva foi observado após cinco anos. O terceiro grupo, constituído por dois pacientes com ameloblastomas monocísticos, foi inicialmente tratado de forma conservadora, neste grupo, apenas

um caso de recidiva foi encontrado. Por isso pensamos que seria aconselhável, considerando: o local e extensão da lesão, a idade e estado geral do paciente, para eliminar a lesão de forma mais conservadora, o primeiro passo será o cirúrgico, e dependendo da aparência histológica, avaliaremos uma possível ressecção radical.

Rocha *et al.* (2008), avaliou o tratamento do ameloblastoma comparando dois métodos terapêuticos: curetagem e curetagem seguida com crioterapia. Método: análise retrospectiva de 53 pacientes portadores de ameloblastoma tratados no Serviço de Cirurgia e Traumatologia buco-Maxilo-Facial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1996 e 2006. Dados demográficos, clínicos, radiográficos e histopatológicos foram analisados. Análise estatística foi realizada para avaliar diferenças na ocorrência de recidiva entre os dois tipos de tratamento conservador e outras variáveis referentes ao tumor. Resultados: 25 pacientes eram homens e 28 mulheres, com idade média de 27,1 anos. A mandíbula foi afetada em 49 casos (92,5%). Radiograficamente, a imagem mais comum foi a multilocular (67,3%). O tamanho radiográfico médio das lesões foi de 62mm (5 a 115mm). Os padrões histopatológicos predominantes foram o folicular e o plexiforme com 17 casos (32,1%) cada, seguido pelo misto com 11 casos (20,8%). Ameloblastoma unicístico representou 11,3% da amostra com seis casos. O tratamento consistiu de curetagem seguida de crioterapia em 30 casos (56,6%), curetagem em 18 (33,9%), mandibulectomia segmentar em quatro (7,6%) e a ressecção de partes moles em um (1,9%). Não houve diferença estatística no índice de recidiva entre as duas formas de tratamento conservador. Localização, tipo histopatológico, aspecto radiográfico e histórico de tratamento prévio do tumor não tiveram relação com índice de recidiva. Deiscência foi a complicação mais frequente em ambos os tratamentos. Fratura patológica da mandíbula e formação de sequestro ósseo foram complicações associadas predominantemente com a crioterapia, quando comparadas à curetagem. Conclusão: a taxa de recidiva do ameloblastoma tratado com curetagem (5,5%) e curetagem seguida de crioterapia (10%) foi baixa em comparação com a maioria dos estudos da literatura. Recidivas diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno não apresentou insucesso do tratamento.

Junior *et al.* (2009), descreveu o ameloblastoma, sua classificação, etiologia, características clínicas, radiográficas e o tratamento. Com estudo conclui-se que os ameloblastomas são caracterizados por serem uma neoplasia benigna, localmente invasivo, crescimento lento, podem provocar deslocamento ou reabsorção radicular nos dentes envolvidos, podendo causar expansão e deformidade facial. Esse tumor pode surgir tanto na mandíbula como na maxila, tendo preferência pela mandíbula. A maioria dos autores considera o ameloblastoma como tendo uma origem variada, embora o estímulo desencadeante do processo seja desconhecido. Pode apresentar características radiográficas como: imagem radiolúcida, limite definido, podem ser uni ou multiloculado, (apresentam espaços arredondados e separados por septos ósseos radiopacos conferindo o aspecto de “favos de mel” e quando maiores lembrando “bolhas de sabão”). O tratamento radical, com ampla margem de segurança, é o único capaz de determinar a cura, a longo prazo, de pacientes acometidos pela neoplasia. Seja qual for o método de tratamento empregado, é indispensável, uma definitiva preservação dos pacientes tratados.

Costa *et al.* (2010) revisaram 103 casos de lesões ósseas tratadas complementarmente pela criocirurgia e discutir seus principais aspectos históricos, moleculares e terapêuticos. O uso do nitrogênio líquido em lesões benignas dos maxilares com comportamento biológico agressivo tem se mostrado uma terapia valiosa que busca manter a função e a estética do paciente e pode ser efetiva em muitos casos, diminuindo os índices de recorrência local. Conclui A criocirurgia apresenta-se como uma terapêutica valiosa, muitas vezes efetiva, para a abordagem de lesões agressivas dos maxilares, cujo tratamento radical, na maioria dos casos, traz danos estéticos e funcionais ao paciente. Apesar de existirem diversos trabalhos inferindo sobre a utilização de técnicas criocirúrgicas para o tratamento dessas patologias, faltam subsídios na literatura que indiquem protocolos específicos e padronizados, principalmente quanto ao número de ciclos de congelamento, tempo de aplicação e período de degelo.(que a criocirurgia apresenta-se como uma terapêutica relevante para a abordagem de lesões agressivas dos maxilares).

Kruschewsky *et al.* (2010), revisaram o ameloblastoma e suas possibilidades de diferenciação maligna. O texto busca, ainda, definir a doença, seu comportamento biológico e clínico, diagnóstico clínico, e variações de malignização

possíveis, com os respectivos tratamentos médico e prognóstico. Os autores recomendam buscar individualizar o tratamento para os pacientes com ameloblastoma baseando-se no tipo de ameloblastoma, localização anatômica e demandas do paciente. Pacientes com suspeita de ameloblastoma periférico mandibular podem ser avaliados para remoção da lesão e seguimento clínico rigoroso. Nos pacientes com ameloblastoma central mandibular, em especial nos sólidos e multicísticos, os autores recomendam o tratamento radical, objetivando a remoção com margens de segurança. Nos ameloblastomas maxilares de qualquer tipo, os autores são liberais em propor a remoção completa com margens de segurança em razão dos riscos de irressecabilidade e mutilação das recidivas. Todos os pacientes com ameloblastoma que serão tratados conservadoramente, pelas diferentes razões, devem ser informados formalmente dos altos riscos de recidiva e da possibilidade, mesmo que baixa, de malignização, inclusive do surgimento de metástases, mesmo que anos após o tratamento implementado.

Moreira *et al.* (2010), relatou o caso clínico de uma paciente do gênero feminino, 20 anos, com aumento volumétrico na face, em região posterior de mandíbula. A punção aspirativa seguida de biópsia excisional e análise histopatológica confirmaram o diagnóstico de ameloblastoma unicístico. A paciente foi submetida à enucleação do tumor e curetagem óssea, ambas realizadas com sucesso. Conclui enucleação e/ou curetagem só é apropriada para ameloblastoma unicístico no qual não há evidência da extensão do tumor da cápsula cística para a periferia. O laudo histopatológico é de fundamental importância na escolha do tipo de tratamento entre as várias modalidades do ameloblastoma. A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial de 2 anos, sem sinais de recidiva do tumor.

Landim *et al.* (2010), investigou a efetividade da cirurgia conservadora no tratamento de ameloblastomas e os efeitos desse tipo de tratamento, na tentativa de contribuir ao estudo da lesão quanto à terapêutica, enfatizando que sua indicação com base no diagnóstico precoce e cirurgia conservadora seriam importantes na diminuição do desconforto por parte do paciente. Materiais e Métodos: Foram estudados retrospectivamente 5 pacientes portadores de ameloblastoma de mandíbula procedentes da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, sendo 4 ameloblastomas císticos e 1 sólido multicístico que tiveram como tratamento

cirúrgico a curetagem. Foram avaliados os dados clínicos e radiográficos com tempos pós-operatórios de até quatro anos. Resultados: Em todos os casos a curetagem foi efetiva, notando-se nas áreas operadas a formação de osso radiograficamente normal e sem indícios de recidivas ou novos tumores primários. Conclusão: Nossos resultados indicam que a curetagem cirúrgica é efetiva no tratamento de ameloblastomas unicísticos e multicísticos, proporcionando eliminação do tumor e aumento do suporte ósseo, reduzindo a necessidade da realização de cirurgias mutiladoras, prevenindo suas complicações.

Rodrigues *et al.* (2010), avaliaram a ocorrência de tumores benignos dos maxilares num período de dez anos. A análise retrospectiva envolveu revisão dos prontuários de 108 pacientes, investigando idade, gênero, região anatômica da lesão, tipo de tratamento, além da análise dos espécimes submetidos ao exame histopatológico. Dos 108 tumores dos maxilares, 61,0% eram odontogênicos, sendo o Ameloblastoma (20,4%) e o Odontoma (18,5%) os de maior prevalência. A área mais afetada foi a mandíbula com 69,7%. Os tumores não-odontogênicos totalizaram 39,0% dos casos, sendo o Granuloma Central de Células Gigantes (15,0%) e o Fibroma Ossificante (11,1%) os de maior prevalência. A mandíbula foi o sítio mais afetado (81,0%). Para o tratamento cirúrgico dessas neoplasias, foram utilizados os seguintes procedimentos: Curetagem (57,4%), Ressecção Total associada à reconstrução com enxerto autógeno de crista ilíaca (25,9%) e Ressecção Parcial (16,6%). Conclui que a maior prevalência foi dos tumores odontogênicos (61,0%). A população afetada foi caracterizada principalmente por mulheres jovens, da segunda e terceira décadas de vida, e a área de maior risco foi a região posterior da mandíbula.

Paiva *et al.* (2010), relatou um caso clínico, de ameloblastoma, que recidivou quatro vezes em um período de 30 anos. Objetivamos demonstrar o potencial de recidiva do ameloblastoma frente a diferentes tipos de tratamento, ressaltando-se a importância das características morfológicas desse tumor para um correto diagnóstico e plano de tratamento. Conclui que a partir do conhecimento das características biológicas dos ameloblastomas, fica evidente que este tumor apresenta um alto potencial de recidivas frente a diversos tipos de tratamentos e em períodos de tempos não determinados. Apenas um diagnóstico precoce e um plano

de tratamento inicial bem conduzido podem suprimir ou minimizar os riscos de recidivas. Dessa forma, a primeira intervenção torna-se talvez a mais importante, uma vez que haja a primeira recidiva, perdem-se referências anatômicas, aumenta a contaminação de áreas adjacentes e multiplicam-se as chances de novos tumores locais. De qualquer forma, seja o tratamento radical ou conservador, casos de ameloblastoma precisam ser acompanhados por muitos anos em consultas de controle, a fim de garantir um bom prognóstico aos pacientes.

Valls *et al.* (2012), realizou análise epidemiológica, clínico, radiológico e histológico, e tipo de cirurgia realizada dentro de nossa amostra de pacientes diagnosticados com ameloblastoma das mandíbulas. Nosso principal interesse é analisar e comparar o papel de cirurgia no manejo de cada tipo de ameloblastoma e determinar fatores prognósticos clínicos e patológicos e estudos radiológicos e compará-los com os resultados publicados em literatura. Um estudo retrospectivo de 16 pacientes tratados foi realizado no Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital de Vall d'Hebron de janeiro de 2000 a dezembro de 2010 com a Diagnóstico de ameloblastoma da maxila ou mandíbula. Os dados do estudo clínico são coletados (idade, sexo, raça, apresentação clínica), histológica, imagem, tipo de cirurgia: enucleação com curetagem, ressecção de parcela, Ressecção segmentar e tipo de reconstrução e evolução de cada paciente (recidiva ou não). Os casos são classificados de acordo com esses itens para poderem executar análise comparativa. Em relação ao estudo das recidivas relacionadas ao tipo de tratamento recebido: enucleação mandibular =  $\frac{1}{4}$  (25%), mandibulectomia de parcela =  $\frac{2}{5}$  (40%), mandibulectomia Amostragem segmentar =  $\frac{0}{4}$  (0%), maxilectomia de parcela =  $\frac{1}{2}$  (50%) e bloqueio de maxilectomia =  $\frac{0}{1}$  (0%). Dependendo dos critérios clínicos, histológicos e radiológicos porque devemos decidir que tipo de cirurgia é apropriada: o conservadora ou agressiva, bem como o uso de outras terapias adjuvantes.

Arotiba *et al.* (2012), revisaram a apresentação clínico-patológica do ameloblastoma recorrente em 30 pacientes nigerianos em três centros de referência terciária com o único objetivo de desenvolver um sistema de classificação. A maioria das recidivas ocorreu em pacientes na terceira década de vida (20 a 29 anos) e foram mais frequentemente acometidas que as mulheres (1,5 a 1). Embora a

enucleação tenha resultado na maior taxa de recidivas (30%), a hemimandibulectomia também resultou em uma taxa de recorrência de 20%. Maioria das recorrências ocorreu dentro de 5 a 9 anos após a cirurgia primária. A maioria dos locais de mandíbula primária da lesão corresponde aos locais primários da mandíbula do tumor recorrente, o que por si só pode ser um reflexo do tratamento primário inadequado. O local anatômico mais freqüente dos tumores primários que ocorreram foi o c4 (maior nível de comprometimento do ramo). A classificação anatômica mais frequente dos tumores recorrentes foi a recidiva em uma margem óssea (Bla) e recidiva nos tecidos moles interventores / adjacentes entre as bordas ósseas ressecadas (Blc). A mandíbula para a recorrência da maxila aumenta a probabilidade de extensão para o crânio e o cérebro.

França *et al.* (2012), descreveram os casos de ameloblastoma em serviço de referência. Métodos: Análise retrospectiva de 40 casos de 1978 a 2011. As variáveis analisadas foram: idade, gênero, etnia, localização do tumor, tipo de tratamento, complicação e recorrência. Resultados: O gênero mais atingido foi o masculino, 21 casos (52,5%), com predomínio da etnia caucasiana - 24 casos (60%). A média de idade foi de 35,45 anos, a localização mais comum foi na mandíbula - 37 casos (92,5%). Assimetria facial a queixa mais frequente. Dos 40 casos, 33 foram submetidos a procedimento cirúrgico. Destes, 24 (72,72%) foram submetidos à ressecção segmentar da mandíbula, cinco (15,15%) casos à enucleação ou curetagem, um (3,03%) à ressecção marginal da mandíbula e três (9,09%) à maxilarectomia. Dos que tiveram tratamento cirúrgico, 24 (72,72%) foram submetidos à ressecção segmentar, com recidiva em quatro (12,12%) casos, três (9,09%) após curetagem e um (3,03%) após maxilarectomia. Conclusão: O ameloblastoma apresenta possibilidade de recidiva quando o tratamento cirúrgico não é realizado com ressecção ampla da lesão com margens de segurança.

Carneiro *et.al* (2012), avaliou os resultados da curetagem seguida de criocirurgia associada a propano em spray, butano e gás isobutano em 10 pacientes com ameloblastoma. A idade dos pacientes variou de 7 a 87 anos (média de 31 anos), com igual prevalência em homens e mulheres. Cinco casos foram diagnosticados como ameloblastomas sólidos e 5 como ameloblastomas unicísticos. Antes da enucleação e criocirurgia, as lesões unicísticas receberam marsupialização

para diminuir seu tamanho. Nenhum paciente apresentou evidências de recorrência clínica ou radiográfica, fratura patológica ou infecção após o tratamento com enucleação e criocirurgia. A complicação mais comum foi a deiscência da ferida, que foi observada em todos os casos. O tempo médio de seguimento foi de 60,5 meses (variação 48-108 meses). Esses resultados mostram que a enucleação seguida pela criocirurgia é uma terapia eficaz para o tratamento de ameloblastomas.

Siqueira *et al.* (2012), revisaram a literatura sobre as características dos ameloblastomas multicísticos e suas modalidades de tratamento. Devido ao seu caráter invasivo, o diagnóstico precoce é de grande importância para que possa evitar sequelas funcionais e estéticas ao sistema orofacial do paciente. A seleção do tratamento dos ameloblastomas multicísticos, dependerá de alguns fatores como idade, estado geral do paciente, variação clínico-patológica, localização, tamanho da neoplasia, habilidade do cirurgião e aceitação do procedimento pelo paciente. O tratamento mais indicado para este tumor, são as ressecções utilizando margem de segurança e se possível realizar reconstrução, por meio de enxertos.

Moraes *et al.* (2014), avaliaram seis pacientes diagnosticados com ameloblastoma na região mandibular e tratados no Departamento de Ortopedia e Traumatologia do HC-UFG, de 1958 a 1963. Foram avaliadas as características radiológicas, clínicas e terapêuticas. Não houve predomínio em relação ao gênero na amostra estudada. Os sintomas mais apresentados pelos pacientes foram dor e tumoração. As características radiológicas de maior incidência são de uma lesão multilocular e o tratamento usado em todos os pacientes foi o cirúrgico radical. A recidiva foi nula em um tempo mínimo de um ano e sete meses de seguimento.

Rezende *et al.* (2014), descreveu por meio de revisão não sistemática da literatura, o ameloblastoma em relação à sua classificação, etiologia, características clínicas, radio-gráficas e tipos de tratamento. O aspecto radiográfico pode apresentar grande variação, não sendo, portanto patognomônico da lesão. A utilização de tomografias computadorizadas, de ressonância magnética e de biomodelos de prototipagem rápida permite aos cirurgiões planejarem e executarem melhores tratamentos do ponto de vista reabilitador funcional. A biópsia, acompanhada de avaliação histopatológica, é um exame complementar para o

estabelecimento de um diagnóstico final da lesão. O tratamento do ameloblastoma pode ser conservador ou radical e irá depender da extensão da lesão e da experiência do cirurgião. Os pacientes devem ser preservados seja qual for o método de tratamento.

Silva *et al.* (2015), apresentou 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: 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.

Lin *et al.* (2015) estudou características clinicopatológicas de seis casos de ameloblastoma recorrente de tecidos moles foram estudadas e o papel do aumento da agressividade biológica na recidiva e no tratamento desse tipo de ameloblastoma foi explorado. Material e métodos: neste estudo, os ameloblastomas recorrentes foram revisados retrospectivamente por um período de 15 anos; Seis casos com ameloblastoma recorrente de tecidos moles foram diagnosticados. Analisamos os registros clínicos, radiográficos, citológicos e imuno-histoquímicos desses seis casos as seis recorrências de ameloblastomas ocorreram após ressecção óssea radical e foram observadas nos tecidos moles adjacentes às regiões da osteotomia. No caso 4, o paciente evoluiu com metástase pulmonar, infiltração extensa na base do crânio e malignidade citológica, tendo sido diagnosticada transformação maligna. Nos outros cinco casos, embora não houvesse sinais citológicos suficientes para justificar um ameloblastoma como maligno, algumas características malignas foram observadas. No caso 1, o tumor apresentou hiperplasia atípica moderada e a

porcentagem de coloração Ki-67 foi positiva em 40%, o que é um forte indício de potencial maligno. No caso 5, o paciente desenvolveu uma segunda recidiva nos tecidos moles da região parafaríngea e posteriormente faleceu de complicações relacionadas ao tumor. Os três pacientes restantes apresentaram citologia atípica em diferentes graus e alta expressão de PCNA ou Ki-67, o que confirmou a proliferação celular ativa.

Melo *et al.* (2016), relatou um caso clínico de ameloblastoma multicístico tratado por ressecção marginal mandibular. Relato de caso: paciente do gênero feminino, 40 anos de idade, com hipótese diagnóstica de ameloblastoma por meio de radiografia panorâmica de rotina. Por intermédio da biópsia incisional, foi diagnosticado ameloblastoma multicístico em região de corpo, ângulo e ramo mandibular esquerdo. O tratamento de escolha foi, assim como na maioria dos casos relatados na literatura, a ressecção cirúrgica. Considerações finais: essa opção de tratamento é justificada pelo alto índice de recidiva das lesões tratadas de forma mais conservadora. No presente trabalho, a paciente foi mantida em preservação por trinta meses, período em que não foi observado nenhum sinal de recidiva da lesão ou complicações pós-operatórias.

Silva, *et al.* (2016), revisou a literatura para destacar os casos em que a marsupialização e/ou descompressão foi utilizada como alternativa de tratamento conservador para ameloblastoma unicístico. Foram selecionados artigos dos últimos 10 anos nas bases de dados PubMed, Scielo e LILACS, utilizando os descritores ameloblastoma unicístico, tratamento, marsupialização, descompressão, e tratamento conservador. Os resultados encontrados confirmam que a marsupialização é bastante eficaz na redução do tamanho da lesão e possibilita uma neoformação óssea. Após a regressão e descompressão da lesão é necessário sua completa remoção com a associação de outras técnicas conservadoras como enucleação, curetagem, e/ou crioterapia. Além disso, o tratamento conservador diminui os danos a estruturas nobres como nervo alveolar inferior e seio maxilar, possibilita a prevenção de extrações dentárias, e a preservação dos tecidos orais.

Lunelli, *et al.* (2016), avaliou a ocorrência de ameloblastoma no Hospital Erasto Gaertner em pacientes de 1972 a 2012. Além disso, avaliar os principais

tratamentos, as variantes histológicas mais prevalentes, a taxa de recorrência, localização anatômica da lesão e perfil do paciente. Material e métodos: Um estudo retrospectivo de pacientes diagnosticados com ameloblastoma no Hospital Erasto Gaertner entre os anos 1972-2012 foi executado. Dados epidemiológicos foram coletados, como sexo, idade, raça, local da lesão, tipo de procedimento cirúrgico, acompanhamento e taxa de recorrência; e analisados por meio de estatística descritiva. Resultados: Um total de 40 pacientes foram selecionados para o estudo. Os mais afetados faixa etária foi entre a terceira e quinta década de vida, com 19 casos (47,5%), seguida pela segunda e quarta década, com 14 casos (35%); a sexta década, com 5 casos (12,5%) e sétima década com 1 caso (2,5%). A idade dos pacientes variou de 13 a 66 anos, com média de idade 34,9 anos. A mandíbula foi o local mais acometido, com 38 casos (95%) dos casos, e a maxila teve apenas 2 casos (5%). Trinta e oito pacientes foram tratados com cirurgia radical e 5 pacientes apresentaram recidiva após 1 ano de acompanhamento. Ambos os casos ocorridos na maxila apresentaram recorrência. Conclusão: Recorrência de ameloblastoma diminui significativamente quando a cirurgia é realizada adequadamente, com ampla excisão e margem. A combinação de ressecção completa do tumor e reconstrução foi a melhor abordagem observada neste estudo. Além disso, recomendamos um longo período de acompanhamento clínico e radiográfico.

Cheffer *et al.* (2017), relatou e discutiu um caso de um paciente com ameloblastoma multicístico mandibular que compareceu ao ambulatório do Serviço UFBA/ OSID de Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial cuja ressecção e reconstrução foi realizada por via intra-oral em um tempo único, comentando as vantagens e desvantagens dessa opção terapêutica. Paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para ressecção do ameloblastoma sob anestesia geral. Foi realizada a ressecção parcial da mandíbula com 01cm de margem de segurança. O acesso à lesão foi todo realizado por intra-oral. Procedeu-se a ressecção do tumor, o defeito ósseo foi de aproximadamente 5 cm. A placa de reconstrução foi instalada, reestabelecendo a correta relação interfragmentos e intermaxilares, e na região do defeito foi interposto um enxerto ósseo livre em bloco tricortical removido da crista ilíaca direita para reconstrução imediata. Conclusão: A abordagem intra-oral para tratamento e reconstrução de neoplasias benignas em região mandibular é uma forma segura e confiável, tendo como principais vantagens a ausência de cicatriz,

integridade do nervo facial. E como desvantagens a contaminação por conta das secreções bucais, a infecção do enxerto levando a perda de todo o osso além de ser uma abordagem difícil requerendo habilidade do cirurgião, quando comparado com a abordagem extra-oral, sendo uma técnica bem indicada em casos selecionados.

Maia, *et al.* (2017), revisaram a literatura, a artigos selecionados foram publicados entre 2006 e 2014. Inicialmente, encontramos 57 artigos que continham as palavras-chave utilizadas na pesquisa. Após uma criteriosa seleção, 36 artigos foram utilizados nesta revisão de literatura, pois continham as técnicas de manejo que pretendíamos abordar no presente estudo. Após uma extensa revisão da literatura sobre tratamentos de ameloblastomas, concluímos que: (a) o melhor tratamento para o ameloblastoma ainda é sua ressecção total, uma vez que as taxas de recorrência são baixas quando esta técnica é utilizada; (b) embora a ressecção total da lesão seja o tratamento mais adequado, pode levar a sequelas irreversíveis; (c) tratamentos conservadores, como descompressão e marsupialização, têm sido propostos na literatura para evitar sequelas, seguidos de tratamento cirúrgico radical. A indicação de tratamentos conservadores ou radicais dependerá de vários fatores, como idade, localização da lesão, tipo histológico, extensão e envolvimento de estruturas vizinhas; (d) um tratamento cirúrgico radical pode ser combinado com técnicas como: curetagem vigorosa; osteotomia periférica; ressecção seguida da aplicação da solução de Carnoy; ressecção seguida de criocirurgia; e ressecção seguida de eletrocauterização, para diminuir ainda mais as recorrências; e (e) a radioterapia é indicada apenas para casos excepcionais e extensos, nos quais a cirurgia seria mutiladora e irressecável.

Dantas *et al.* (2018), relatou caso é demonstrar a utilização do planejamento 3D junto com a técnica da prototipagem como método auxiliar no planejamento cirúrgico para tratamento de um ameloblastoma multicístico. Relato de caso: Este trabalho apresenta um caso de uma paciente do sexo feminino de 19 anos de idade que procurou o serviço particular queixando-se de uma assimetria na mandíbula região esquerda, a mesma foi diagnosticada através de exame histopatológico após biópsia incisiva do espécime como ameloblastoma multicístico. Considerações finais: Portanto, remoção cirúrgica, constitui uma terapêutica eficiente, além disso, é importante sempre encaminhar os espécimes cirúrgicos para estudo

anatomopatológico. Atualmente a paciente encontra-se há um ano sem sinais de recidiva e ausências de alterações estéticas e funcionais.

Silva *et al.* (2018), relatou caso de um paciente do gênero masculino, 13 anos de idade, apresentou-se com a queixa de uma tumefação na região mandibular posterior no lado esquerdo da face. Ao exame físico intrabucal, observou-se o deslocamento dos dentes 36 e 37 para lingual. A avaliação clínica, imaginológica e histopatológica confirmaram o diagnóstico de ameloblastoma do tipo histológico plexiforme. O paciente foi tratado com curetagem e osteotomia periférica. A proervação de 5 anos mostrou uma completa cicatrização da área sem sinais de recidiva da lesão. O manejo do ameloblastoma permanece baseado na abordagem cirúrgica radical, no entanto, tumores extensos tratados com cirurgia conservadora apresentam menor comprometimento da estética e função, e podem demonstrar um bom prognóstico sem recorrências em 5 anos de proervação, semelhante ao presente caso relatado.

#### 4- DISCUSSÃO

Barmabé (2005), redução do tumor pela descompressão parece estar associada a uma modificação benéfica do epitélio tumoral sem indícios de aumento da proliferação celular. Saddy (2005), a curetagem associada à crioterapia. A taxa de recidiva encontrada não foi diferente das encontradas nos tratamentos radicais dessa lesão. Valls, Montanéa, Bescósa, I Saeza e Munilla, (2012), dependendo dos critérios clínicos, histológicos e radiológicos porque devemos decidir que tipo de cirurgia é apropriada: o conservadora ou agressiva, bem como o uso de outras terapias adjuvantes.

França (2012), o ameloblastoma apresenta possibilidade de recidiva quando o tratamento cirúrgico não é realizado com ressecção ampla da lesão com margens de segurança. Junior (2009), o tratamento radical, com ampla margem de segurança, é o único capaz de determinar a cura, a longo prazo, de pacientes acometidos pela neoplasia. Dantas (2018), remoção cirúrgica, constitui uma terapêutica eficiente, além disso, é importante sempre encaminhar os espécimes cirúrgicos para estudo anatomopatológico.

Martinez (2007), 18 casos, o tipo clínico mais freqüente foi o multicístico (72,2), e o tratamento de eleição, a ressecção cirúrgica radical para quase a totalidade dos casos. Landim (2010), nossos resultados indicam que a curetagem cirúrgica é efetiva no tratamento de ameloblastomas unicísticos e multicísticos, proporcionando eliminação do tumor e aumento do suporte ósseo, reduzindo a necessidade da realização de cirurgias mutiladoras, prevenindo suas complicações. . Kruschewsky, (2010), todos os pacientes com ameloblastoma que serão tratados conservadoramente, devem ser informados formalmente dos altos riscos de recidiva e da possibilidade, mesmo que baixa, de malignização, inclusive do surgimento de metástases, mesmo que anos após o tratamento implementado.

Di Cosola M., Turco M., Bizzoca G., Tavoulari K., Capodiferro S. (2007), local e extensão da extensão da lesão, a idade e estado geral do paciente, para eliminar a lesão de forma mais conservadora, o primeiro passo será o cirúrgico, e dependendo

da aparência histológica, avaliaremos uma possível ressecção radical. Rocha (2008), recidivas diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno não apresentou insucesso do tratamento. Moreira (2010), o laudo histopatológico é de fundamental importância na escolha do tipo de tratamento entre as várias modalidades do ameloblastoma.

Rodrigues (2010), as mulheres jovens, da segunda e terceira décadas de vida, afetadas, área de maior risco foi a região posterior da mandíbula. Silva (2018), o manejo do ameloblastoma permanece baseado na abordagem cirúrgica radical, no entanto, tumores extensos tratados com cirurgia conservadora apresentam menor comprometimento da estética e função, e podem demonstrar um bom prognóstico sem recorrências em 5 anos de preservação, semelhante ao presente caso relatado. Lunelli, Zanferrari, Schussel e Sassi (2016), recorrência de ameloblastoma diminui significativamente quando a cirurgia é realizada adequadamente, com ampla excisão e margem.

Gomes (2006), a uma tendência recente da comunidade científica em realizar procedimentos terapêuticos menos invasivos para os ameloblastomas, inclusive para os tipos multicísticos ou sólidos convencionais. Silva, Freire e Santos, (2016), o tratamento conservador diminui os danos a estruturas nobres como nervo alveolar inferior e seio maxilar, possibilita a prevenção de extrações dentárias, e a preservação dos tecidos. Filho, Araujo, Gomes e Caubi (2004), o tratamento do ameloblastoma com curetagem associada a crioterapia com nitrogênio líquido é uma técnica que apresenta resultados bastante satisfatórios, quando bem indicada.

Siqueira (2012), o tratamento mais indicado para este tumor, são as ressecções utilizando margem de segurança e se possível realizar reconstrução, por meio de enxertos. Moraes (2014), com o cirúrgico radical a recidiva foi nula em um tempo mínimo de um ano e sete meses de seguimento. Lin, Sun, Wang, Hu, Chen e Wen, et.al (2015), seis casos com ameloblastoma recorrente de tecidos moles foram diagnosticados. Desses seis casos as seis recorrências de ameloblastomas ocorreram após ressecção óssea radical e foram observadas nos tecidos moles adjacentes às regiões da osteotomia.

Cheffer e Espinheira (2017), abordagem intra-oral para tratamento e reconstrução de neoplasias benignas em região mandibular é uma forma segura e confiável, tendo como principais vantagens a ausência de cicatriz, integridade do nervo facial. E como desvantagens a contaminação por conta das secreções bucais, a infecção, quando comparado com a abordagem extra-oral, sendo uma técnica bem indicada em casos selecionados. Maia e Sandrini, (2017), a indicação de tratamentos conservadores ou radicais dependerá de vários fatores, como idade, localização da lesão, tipo histológico, extensão e envolvimento de estruturas vizinhas. Costa (2010), acriocirurgia apresenta-se como uma terapêutica valiosa, muitas vezes efetiva, para a abordagem de lesões agressivas dos maxilares, cujo tratamento radical, na maioria dos casos, traz danos estéticos e funcionais ao paciente.

Melo (2016), essa opção de tratamento radical é justificada pelo alto índice de recidiva das lesões tratadas de forma mais conservadora. Silva (2015), 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. Rezende (2014), o tratamento do ameloblastoma pode ser conservador ou radical e irá depender da extensão da lesão e da experiência do cirurgião. Os pacientes devem ser preservados seja qual for o método de tratamento.

Carneiro (2012), esses resultados mostram que a enucleação seguida pela criocirurgia é uma terapia eficaz para o tratamento de ameloblastomas. Paiva (2010), de qualquer forma, seja o tratamento radical ou conservador, casos de ameloblastoma precisam ser acompanhados por muitos anos em consultas de controle, a fim de garantir um bom prognóstico aos pacientes. Gil (2005), o acompanhamento anual radiográfico e clínico, promoveria uma redução significativa das seqüelas deste tipo de lesão, devido ao diagnóstico precoce.

## **5- CONCLUSÃO**

O estudo concluiu que, dentre as abordagens terapêuticas cirúrgicas estudadas no tratamento do ameloblastoma, a cirurgia menos invasiva é interessante como primeira opção. O índice de recidivas em alguns trabalhos não mostrou diferença do tratamento radical, deve ser levado em conta características geral da lesão e paciente. Independente do tratamento lançado e importante o acompanhamento clínico e radiográfico do paciente por 10 anos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.**; 22 (1): 44-51. 2012.

BARNABÉ; **ESTUDO CLÍNICO, IMAGINOLÓGICO, HISTOPATOLÓGICO E IMUNOHISTOQUÍMICO DE AMELOBLASTOMAS SUBMETIDOS À DESCOMPRESSÃO**; Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”-UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Odontologia. Área de Concentração em Estomatologia/ 2005.

BATAINEH, A.B.; IRBID, J. Effect of preservation of the interior and posterior borders on recurrence of ameloblastomas of the mandible. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod**, v.90, n.2, p.155-63, Aug. 2000.

BRADLEY PF, The cryosurgery of bone in maxillofacial region. **In. Cryosurgery of maxillofacial region**. Vol. 2. Boca Raton: CRC Press; p. 55-91; 1986.

BRADLEY, P.F. Modern trends in cryosurgery of bone in the maxillofacial region. **Int J Oral Surg**; 7:405-15. 1978.

BRADLEY PF, FISHER AD, The cryosurgery of bone, an experimental and clinical assessment, **Br J Oral Surg.**; 13:111. 1975.

CARINI, F. et al. Ameloblastoma plexiforme do maxilar: manejo quirúrgico y protético propositivo de um caso. **Avances em Odontologia**, v.20, n. 1, 2007.

CARNEIRO JT; Use of gas combination cryosurgery for treating ameloblastomas of the jaw; **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery** > 40 > 8 > e342-e345. 2012.

CHAI, A.; PITAK-ARNNOP, P.; DHANUTHAI, K.; RUHIN-PONCET, B.; BERTRAND, J. C.; BERTOLUS, C. A Treatment Algorithm for Managing Giant Mandibular Ameloblastoma: 5-Year Experiences in a Paris University Hospital. **Eur. J. Surg. Oncol.**, v. 35, n. 09, p. 999-1005, Sept 2009.

CHERFFER E ESPINHEIRA; Ressecção De Ameloblastoma Por Abordagem Intraoral, Vantagens e Desvantagens Através Da Apresentação De Um Caso Clínico; **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.38, n.1, p. 36-40, Janeiro/Abril – 2017.

COLOMBINI, N.E.P. Cirurgia Maxilofacial: cirurgia do terço médio da face: Bases gerais do tratamento dos tumores mandibulares odontogênicos e não odontogênicos. São Paulo: **Pancat**, 803p. 1991.

COSTAI F W G; SOARESII E C S; BATISTA S H B; **Criocirurgia no tratamento de lesões benignas dos maxilares: revisão de literatura e análise de 103 casos previamente reportados**; RSBO (Online) vol.7 no.2 Joinville Jun. 2010.

CURI, M.M.; DIB, L.L.; PINTO, D.S. Management of solid ameloblastoma of the jaw with liquid nitrogen spray cryosurgery. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontology*.; 84: 339-344. 1997.

DANTAS; Cirurgia de ameloblastoma: um estudo de prototipagem; Proceedings of the 3º Encontro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Sertão Paraibano (III ECTBMFSPB) Arch Health Invest 2018:7 (SpecialIssue1). DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v7i0.3055> ISSN 2317-3009 ©- 2018 .

DIB LL, SOUZA, RS. **Cistos e Tumores Odontogênicos**. In: Kignel, S. Estomatologia – bases do diagnóstico para o clínico geral. São Paulo: Santos; 2007. p. 274 -285.

DI COSOLA M.\*, TURCO M.\*, BIZZOCA G.\*, TAVOULARI K.\*, CAPODIFERRO S.\*; El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia; **Av Odontostomatol** vol.23 no.6 Madrid nov./dic. 2007.

DOMINGUES AM, GIL JN, CLAUS JDP. **Cistos Odontogênicos intra-ósseos – Diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Santos; 450 p. 2007.

ECKARDT, A. M.; KOKEMULLER, H.; FLEMMING, P.; SCHULTZE, A. Recurrent Ameloblastoma Following Osseous Reconstruction – **A Review of Twenty Years**. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, v. 37, p. 36-41, 2009.

FRANÇA; Ameloblastoma demographic, clinical and treatment study - analysis of 40 cases; **Braz J Otorhinolaryngol.**;78 (3):38-41. 2012.

FERRETI, C.; POLAKOW, R.; COLEMAN, H. Recurrent ameloblastoma: report of 2 cases. **J Oral and Maxillofacial Surg.**, Philadelphia, v. 58, n; 7, p. 800- 4, 2000.

FILHO, ARAUJO, GOMES E CAUBI; Fratura De Mandíbula Após Tratamento Conservador De Ameloblastoma - Relato De Caso; **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial** v.4, n.3, p. 169 - 176, jul/set – 2004.

FISHER AD. Osteomyelitis of the mandible in a child. **J Oral Surg.** 1977; 35(1).60-3.  
Freitas R. Tratado de cirurgia bucomaxilofacial. São Paulo: Santos. 2006.

GIL JN, RAU LH, GONÇALVES EF, CHIARELLI M. Ameloblastoma originado de ceratocistoodontogênico: apresentação de caso clínico. Ver **Int Cir Traumatol Bucomaxilofacial**; 3(11/12):135-42; 2005.

GOMES; Conceito atual no Tratamento Dos Ameloblastomas; **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.6, n.3, p. 9 - 16, julho/setembro 2006 .

HONG J, YUN PY, CHUNG LH, MYOUNG H, SUH JD, SEO BM, LEE JH, CHOUNG PH. Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. **Int J Oral Maxillofac Surg.**; 36(4):283-88. 2007.

JUNIOR; **AMELOBLASTOMA: REVISÃO DE LITERATURA**; Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia Universidade Tuiuti do Paraná; Curitiba, 12 de janeiro de 2009.

KO EC, CHANG LP, CHANG CM, KAO JC, CHEN MY, TAKATO T. Depression and debulking of mandibular ameloblastoma followed by the definitive surgical excision with peripheral ostectomy and chemical cautery with distilled water: a new concept especially for the growing patients. **Int J Oral MaxilloFacSurg.**; 36(11):1034-35. 2007

KRUSCHEWSKY; Ameloblastoma: aspectos clínicos e terapêuticos; Ver **Bras Cir Craniofac**; 13(4): 241-5. 2010.

KUMAR, R.; KRISHNAN, G.; RAO, C.B. Ameloblastoma – a review of Dharwad experience. **Int J Oral MaxillofacSurg.** VOL -36 P: 1035. 2007.

LANDIM; **Aspectos prognósticos do ameloblastoma mandibular tratado por cirurgia conservadora**; Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho/2010.

LUNELLI D C, ZANFERRARI F L, SCHUSSEL J L, SASSI L M; **Epidemiological profile of ameloblastoma at Erasto Gaertner Hospital**; Received for publication: June 17, 2016. Accepted for publication: August 24, 2016.

MAIA E SANDRINI; Management techniques of ameloblastoma: a literature review; RGO, **Rev. Gaúch. Odontol.** vol.65 no.1 Campinas Jan./Mar. 2017

MARCOVE RC, MILLER TR. Treatment of primary and metastatic localized boné tumors by cryosurgery. **JAMA.** VOL. 207 P:1890; 1969.

MARCUCCI G. **Fundamentos de Odontologia: Estomatologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; VOL. 358 p. 10. 2005.

MARTINEZ; Ameloblastoma: Estudo Clínico-Histopatológico; **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe v.8, n.2, p. 55 - 60, abr./jun. 2008

MELO; **Tratamento cirúrgico de ameloblastoma sólido convencional: relato de caso clínico**; RFO, Passo Fundo, v. 21, n. 2, p. 246-250, maio/ago. 2016.

MENDENHALL, W.; WERNING, J. W.; FERNANDES, R.; MALYAPA, R. S.; MENDENHALL, N. P. Ameloblastoma. **Am. J. Clin. Oncol.**, v.30, n. 06, p. 645-648, Dec. 2007.

MORAES; caso Ameloblastoma: uma análise clínica e terapêutica de seis casos; **r e v b r a s o r t o p.** VOL 4 9(3) P:305–308. 2 0 1 4.

MOREIRA T G; Ameloblastoma unicístico mural com componente intraluminal: revisão e relato de caso; **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** vol.10 no.1 Camaragibe Jan./Mar. 2010.

NASTRI, A. L. et al. Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases. **Br J Oral maxillofac Surg**; VOL. 33 P:28-32. 1995.

NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 820 p. 2004.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan. 2009.

NISHIMURA, T.; NAGAKURA, R.; IKEDA, A.; KITA, S. Simultaneous Occurrence of a Squamous Cell Carcinoma and an Ameloblastoma in the Maxilla. **J. Oral Maxillofac Surg**, v.58, n.11, p. 1297-300, Nov. 2000.

NOGUEIRA, C.A.; PIRES, A. M.; MELHADO, R. M Ameloblastoma de células granulares. **Revista Científica da Unoeste**, v.11, p.15- 20, 1991.

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.** Vol. 10(1) p: 27-34. 2010.

POGREL, M.A. The management of lesions of the jaw with liquid nitrogen cryotherapy. **J Calif Dent Assoc**, v.23, n.12, p.54-7, Dec. 1995.

POGREL, M. A.; PODLESH, S.; ANTHONY, J. P.; ALEXANDER, J. A Comparison of Vascularized and Nonvascularized Bone Grafts for Reconstruction of Mandibular Continuity Defects. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 55, p. 1200-1206, 1997.

POGREL, M. A.; MONTES, D. M. Is There a Role for Enucleation in The Management of Ameloblastoma? **Int. J. Oral Maxillofac.Surg.**,v. 38, n. 08, p. 807-812, Aug. 2009.

RASTOGI V, PANDILWAR PK, S. MAITRA. Ameloblastoma: na evidence based study. **J Maxillofac Oral Surg** .; vol. 9 (2) p:173-7. 2010.

REICHART PA, PHILIPSEN HP, SONNER S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. **Eur J Cancer B Oral Oncol**; vol. 31B (2) p: 86-99. 1995.

REZENDE; Tratamento Cirúrgico De Ameloblastoma Múltipla Stico De Mandíbula; **Revista Científica da FHO|UNIARARAS** v. 2, n. 1/ 2014.

ROCHA; **Estudo clínico, radiográfico, microscópico e terapêutico do ameloblastoma**; São Paulo, 2008.

RODRIGUES, T. L. C. et al. Tumores benignos dos maxilares: análise retrospectiva de 10 anos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** 2010-10: 91-96.

RODRIGUES; Benign tumors of the jaws: a 10-year retrospective analysis; **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** vol.10 no.2 Camaragibe Abr./Jun. 2010

SADDY, M. S, et al., Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos do ameloblastoma. RPG – **Revista de Pós-Graduação Fac. Odont.**, São Paulo, v. 12, n.4, p. 460-465, 2005.

SALMASSY DA, POGREL MA, Liquid nitrogen cryosurgery and immediate bone grafting in the management of aggressive primary jaw lesions. **J Oral Maxillofac Surg**; vol. 53(7) p: 784-90. 1995.

SAMMATINO, G.; ZARRELLI, C.; URCIUOLO, V.; DI LAURO, A. E.; DI LAURO, F.; SANTARELLI, A.; GIANNONE, N.; LO MUZIO, L. S. Effectiveness of a New Decisional Algorithm in Managing Mandibular Ameloblastomas: A 10-Years Experience. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 45, p. 306-310, 2007.

SUJEE C, SOUMITHRAN CS, RAJEEV S. Infiltration of ameloblastoma into the clearance margin of resected tumor of mandible: a study. **Int J Oral Maxillofac Surg**; vol. 36(11) p:1034. 2007.

SILVA, Extenso Ameloblastoma Em Mandíbula: Relato De Caso; **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**; 29(3): 300-4, set-dez. 2017.

SILVA L P; **Recidiva de Ameloblastoma para Tecidos Moles após Tratamento Radical**; 309 R bras J Saude 19(4):307-310, 2015.

SILVA J N; Extensive ameloblastoma in young patient: 5-year follow-up with no recurrence using conservative treatment; RGO, **Rev Gaúch Odontol**, Porto Alegre. Abr-Jun; vol. 66 (2) p:181-186. 2018.

Silva, Freire e Santos; **Marsupialização Como Alternativa De Tratamento Para Ameloblastoma Unicístico – Uma Revisão De Literatura**; Jornada Odontológica Dos Acadêmicos Da Católica – Joac, v. 2, n. 2, 2016.

Siqueira e Borges; **Tratamento Dos Ameloblastomas Multicísticos: Revisão De Literatura**; Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina/ 2012

THARANON, W. et al. Ameloblastoma: an analysis of 184 cases. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** Vol. 28 p: 33. 1999

TOMMASI AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. São Paulo: **Pancast**; 771 p. 2002.

TORRES-LAGARES D, INFANTE-COSSÍO P, HERNÁNDEZ-GUISADO JM, GUTIÉRREZ-PÉREZ JL. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**; vol. 10(3) p: 231-8. 2005.

VALLS, MONTANÉA, BESCÓSA, L SAEZA E MUNILLA; Manejo quirúrgico Del ameloblastoma; **ver esp cir oral maxilofac**; vol. 34(3) p: 98–104. 2012

VAYVADA H, MOLA F, MENDERES A, YILMAZ M. Surgical management of ameloblastoma in the mandible: segmental mandibulectomy and immediate reconstruction with free fibula or deep circumflex iliac artery flap (evaluation of the long-term esthetic and functional results). **J Oral Maxillofac Surg**. Vol. 64(10) p: 1532-39. 2006.

VASKOV, I. et al. The ameloblastoma: a radical approach to therapy. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**. Vol. 26 p: 244. 1997.

ZITONGLIN, GUOWEN SUN, TIEMEI WANG, QINGANG HU, FEI CHEN, SHANHUI WEN; **Los ameloblastomas recidivantes de tejidos blandos también muestran signos de malignidade**; Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. Ed. española, ISSN 1698-4447, Vol. 20, Nº. 5 (noviembre), págs. 306-312. 2015.