

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- ESA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO COM
PROLIFERAÇÃO MURAL EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO**

ESAÚ LUCAS NASCIMENTO TAVARES

Manaus-2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- ESA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO COM
PROLIFERAÇÃO MURAL EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO**

ESAÚ LUCAS NASCIMENTO TAVARES

Trabalho de conclusão de curso na forma de relato de caso clínico apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas como requisito obrigatório para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientador: Prof^a. Ms. Gustavo Cavalcanti de Albuquerque

Manaus-2017

TERMO DE APROVAÇÃO

O Ac. **Esaú Lucas Nascimento Tavares** foi aprovado mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: **Tratamento conservador de ameloblastoma unicístico com proliferação mural em paciente jovem: relato de caso**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Gustavo Cavalcanti de Albuquerque (Orientador)

2º Membro da banca

3º Membro da banca

Manaus, 20 de junho de 2017.

*Dedico esse trabalho à Deus
porque dele, por Ele e
para Ele são todas as coisas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pois sem Ele não sou nada, Ele é o autor da minha história, meu porto seguro que sempre está à frente em tudo na minha vida iluminando meu caminho e permitindo minha chegada ao final de mais uma etapa dessa longa jornada.

Agradeço a minha mãe Francinete por ser essa mulher de garra, fonte de afeto, conselhos e inspiração que junto com meu padrasto Moisés me deram forças para continuar, por sempre acreditarem em mim, no meu futuro, quando as vezes eu mesmo não o fazia, me ajudando de todas as formas possíveis para me tornar o que sou hoje. Ao meu pai Efraim pela base, e por sempre me fazer lembrar que Deus existe nos momentos mais difíceis; À minha madrasta Elen pela força e amor compartilhado pela área biológica, tornando-se também uma das minhas inspirações como pessoa e profissional.

Minha irmã Bianca pelo apoio e inspiração por ser uma mulher guerreira no qual posso sempre contar. A minhas irmãs Carlen e Ester que também foram fontes de força e carinho fundamentais nessa caminhada.

A todo restante da família por acreditar no meu potencial e especialmente ao meu avô Francisco pelos conselhos e incentivo ao estudo desde quando ainda era criança. Também dedico em lembrança à minha amada avó Francisca que partiu para a vida eterna, mas teve papel fundamental na minha criação e ensino de valores familiares.

Aos meus amigos Cleidson e Emanuel que acompanham minha trajetória. À minhas amigas futuras enfermeiras Lorena, Carmem e Ronaldo que conheci no início da graduação e aos futuros colegas de profissão Hewelyn, Diniele, Regianny, Wanderleia, Luana e Luís. A esses amigos agradeço pelo companheirismo, apoio e amizade, por estarem sempre presentes nos momentos em que mais precisava.

Ao meu Orientador Gustavo Albuquerque pela atenção, paciência e conhecimento transmitido nessa reta final. Aos residentes da CTBMF Saulo e Karol pela contribuição no caso trabalhado.

Por fim, agradeço a todos que fizeram parte deste processo do qual firmo o fim de uma jornada que apenas se inicia.

*“I’m a soldier to my own emptiness,
I am a winner” Stefani Germanotta*

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor de origem epitelial odontogênica com o significado clínico mais comum. Apesar de ser considerado um tumor benigno, clinicamente possui um crescimento lento, mas agressivo, proliferando-se de maneira invasiva nos tecidos adjacentes e com grande potencial de recidiva. O ameloblastoma unicístico é considerado uma variante distinta devido às suas características clínicas e radiográficas semelhantes a outras lesões císticas e comportamento menos agressivo. Apresenta três tipos de padrões histológico: Luminal, intraluminal e mural. Devido às suas características a abordagem terapêutica do ameloblastoma ainda é controversa sendo classificada em radical ou conservadora, cada qual com suas vantagens e desvantagens. Na escolha da abordagem cirúrgica vários fatores devem ser levados em consideração como localização, extensão, características histopatológicas, idade entre outros. Este trabalho tem como objetivo demonstrar um caso de abordagem conservadora de um ameloblastoma unicístico com proliferação mural em paciente jovem. O mesmo queixava-se de aumento volumétrico na face e região posterior de mandíbula. Os exames clínicos, radiográficos e histopatológicos confirmaram o diagnóstico de ameloblastoma unicístico. O paciente então foi submetido a marsupialização e posterior enucleação associada com osteotomia periférica e tratamento do leito cirúrgico com solução de Carnoy. O paciente encontra-se atualmente em rígido controle clínico-radiográfico para observação de neoformação óssea e verificar se houve resolutividade da lesão com o tratamento realizado.

Palavras-chave: Ameloblastoma; Ameloblastoma Unicístico; Tumores Odontogênicos; Abordagem cirúrgica do ameloblastoma; Tratamento do ameloblastoma.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a odontogenic epithelial origin tumor with the most common clinical significance. Although being considered a benign tumor, clinically it has a slow, but aggressive growth, proliferating in an invasive way in the adjacent tissues with a great potential of recurrence. Unicystic ameloblastoma is considered a distinct variant because of its clinical and radiographic characteristics similar to other cystic lesions and less aggressive behavior. It presents three types of histological patterns: Luminal, intraluminal and mural. Due to its characteristics the therapeutic approach of ameloblastoma is still controversial being classified as radical or conservative, each with its advantages and disadvantages. In choosing the surgical approach, several factors must be taken into account such as location, extent, histopathological characteristics, age and others. This study aimed at showing a case of a conservative approach of a unicystic ameloblastoma with mural proliferation in a young patient. The patient complained about a volumetric increase in face and posterior region of jaw. Clinical, radiographic and histopathological exams confirmed the diagnosis of unicystic ameloblastoma. The patient was submitted to marsupialization and later enucleation associated with the peripheral osteotomy and subsequent treatment of the wound bed with Carnoy's solution. The patient remains under clinical and radiographic follow-up for the observation of bone formation and to verify if there was a resolution of the lesion with the treatment performed.

Keywords: Ameloblastoma; Unicystic ameloblastoma; Odontogenic Tumors; Surgical approach of ameloblastoma; Treatment of ameloblastoma.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Aspecto extra-oral com assimetria facial do lado esquerdo.	19
Figura 2. Aspecto Intra-oral mostrando aumento de volume em região posterior esquerda da mandíbula.	20
Figura 3. Radiografia Panorâmica evidenciando lesão radiolúcida unilocular envolvendo raízes do 35, 36, 37 e proximidade em relação a base da mandíbula.	20
Figura 4. Tomografia Computadorizada onde é possível notar a lesão hipodensa do lado esquerdo da mandíbula nos cortes Axial (A), coronal (b), vista frontal (C) e parassagital (D).	21
Figura 5. Protótipo da mandíbula do paciente para planejamento do tratamento.	22
Figura 6. Punção aspirativa com a presença de líquido citrino/ Fragmentos da biopsia incisional incluindo 3 componentes de tecido mole e 3 de tecido duro.	22
Figura 7. Aspecto transoperatório da loja óssea/ Aspecto final da marsupialização.	23
Figura 8. Tomografia Computadorizada de controle após 8 meses de marsupialização onde é possível observar a diminuição da lesão nos cortes axial (A), coronal (B), vista frontal (C) e corte parassagital (D).	24
Figura 9. Imagem tomográfica panorâmica evidenciando neoformação óssea com redução de tamanho após marsupialização.	24
Figura 10. Aspecto transoperatório com exposição da lesão/ Aspecto após exérese do tumor.	25
Figura 11. Lesão enucleada e elementos 36 e 37 extraídos.	25
Figura 12. Aplicação da Solução de Carnoy com gaze para proteção dos tecidos moles.	26
Figura 13. Aspecto da cavidade cirúrgica após Enucleação, Osteotomia Periférica e aplicação da solução de Carnoy.	26
Figura 14. Diminuição da assimetria facial.	27
Figura 15. Mucosa íntegra com boa cicatrização/ Paciente sem limitação da abertura bucal.	27
Figura 16. Tomografia Computadorizada após 6 meses de controle onde é possível observar formação óssea ainda em andamento nos cortes axial (A), coronal (B), vista frontal (C) e corte parassagital (D).	28
Figura 17. Imagem panorâmica mostrando aspecto da região 6 meses após exérese da lesão. Observar processo de neoformação óssea na região.	28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
3. OBJETIVOS.....	13
3.1 – OBJETIVO GERAL.....	13
3.2 – OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5. RELATO DO CASO.....	19
6. DISCUSSÃO.....	29
7. CONCLUSÃO.....	35
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	39

1. INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor com origem epitelial odontogênica sem participação do ectomesênquima, podendo surgir dos restos da lâmina dentária, do órgão do esmalte, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico ou de células da camada basal da mucosa oral¹. É a neoplasia odontogênica com maior significado clínico e representa de 1 a 3% dos tumores que atingem os ossos gnáticos. Ocorre predominantemente na Mandíbula principalmente na região posterior do corpo e ramo, com uma proporção de 5:1 em relação a Maxila².

Apesar de ser considerado um tumor benigno, clinicamente possui um crescimento lento, mas agressivo, proliferando-se de maneira invasiva nos tecidos adjacentes e com grande potencial de recidiva. Frequentemente não há sintomatologia dolorosa, justificando o diagnóstico não-precoce, exceto quando diagnosticado em radiografias odontológicas de rotina. No entanto em outros casos podem ocorrer reabsorção e divergência de raízes, extrusão dental, interferências oclusais, expansão óssea e deformidade facial ao atingir grandes proporções³.

De acordo com os aspectos clínicos e radiográficos os ameloblastomas podem ser classificados em três tipos: Sólido convencional ou multicístico; Unicístico e Periférico. Cada qual com comportamento clínico, subtipos histopatológicos e prognósticos diferentes. Sendo que a variante unicística está entre 10 a 46% dos casos de ameloblastomas intraósseos, atingindo principalmente indivíduos jovens na segunda década de vida^{4,2}.

Clinicamente, 90% dos ameloblastomas unicísticos são encontrados na mandíbula, principalmente na região posterior. Radiograficamente são lesões de aspecto radiolúcido bem circunscritos podendo ou não estar relacionadas com a coroa de um terceiro molar incluso, muitas vezes semelhantes a cistos dentígeros, cistos primordiais,

cistos residuais etc. Histopatologicamente são subdivididos em três variantes: Luminal, Intraluminal e mural².

Os ameloblastomas unicísticos devem, sempre que possível, serem tratados de forma conservadora. As lesões tratadas por enucleação, curetagem ou marsupialização tem apresentado um significativo índice de sucesso, apesar de que ainda existam chances de recidivas. Quanto a abordagens cirúrgicas radicais existem as técnicas de ressecção marginal, ressecção segmentar e hemissecção ^{4,5}.

Apesar de inicialmente os ameloblastomas unicísticos serem considerados tumores com um comportamento biológico menos agressivo, alguns estudos têm chamado atenção devido ao número de recidivas desse tipo de tumor. Portanto, neste trabalho será correlacionado o caso clínico com a revisão de literatura, analisando as peculiaridades sobre a variante unicística do ameloblastoma, os métodos utilizados para seu diagnóstico e os fatores que influenciam na escolha de um tratamento com um melhor prognóstico, visando contribuir na abordagem de futuros casos que possam ocorrer com outros pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1 – OBJETIVO GERAL

- Demonstrar um caso de abordagem conservadora em um ameloblastoma unicístico com proliferação mural em paciente jovem.

3.2 – OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Averiguar as peculiaridades do ameloblastoma unicístico.
- Discutir as indicações e contraindicações dos diferentes tipos de tratamento.
- Avaliar o prognóstico do tratamento de acordo com a técnica cirúrgica realizada.

4. REVISÃO DE LITERATURA

O ameloblastoma é um tumor odontogênico com origem exclusivamente epitelial pois não possui participação do ectomesênquima. Sua histogênese é controversa e alguns estudos sugerem que essa neoplasia possa surgir através da indução da reativação de células remanescentes do epitélio reduzido do órgão do esmalte, restos da lâmina dentária, das células do revestimento epitelial de um cisto odontogênico, da camada basal da mucosa oral ou até epitélios heterotópicos provenientes de outras regiões do corpo^{1,2,4,6}.

O ameloblastoma ocorre em qualquer idade, mas com um pico de incidência na terceira e quinta década de vida, sem predileção por sexo. É o segundo tumor odontogênico de maior frequência e responsável por cerca de 1% a 3% de todos os tumores da maxila e da mandíbula, atingindo principalmente a mandíbula numa proporção de 5:1 em comparação com a maxila^{3,7}. Na mandíbula ocorre mais comumente na região posterior de molares inferiores e ramo ascendente¹. Na maxila 47% dos casos são na região posterior enquanto 15% em seio maxilar e assoalho da cavidade nasal⁸. Já quando ocorre na maxila é mais complicado devido ao tecido ósseo ser mais delicado e a proximidade com estruturas da base do crânio como cérebro e órbita, dificultando a remoção do tumor e aumentando a chance de recidivas⁶.

De acordo com Organização Mundial de Saúde de 2005 o ameloblastoma pode ser classificado nas variantes: Sólida ou Multicístico, Unicístico, Extraósseo ou periférico e Desmoplásico⁹. Cada qual com situações clinicorradiográficas diferentes que devem ser reconhecidas e diferenciadas durante o diagnóstico, pois apresentam tratamento e prognósticos distintos⁴.

A forma unicística do ameloblastoma foi primeiramente descrita em 1977 por Robinson e Martinez. É considerada uma variante distinta devido às suas características clínicas e radiográficas semelhantes a outras lesões císticas e comportamento menos agressivo. Representa cerca de 15% dos ameloblastomas intraósseos. Acomete principalmente pacientes mais jovens, com índices elevados na segunda década de vida. Possui uma leve predileção pelo gênero masculino e mais de 90% dos casos são encontrados na região posterior da mandíbula^{8,10}.

Geralmente essa variante está associada com dentes não irrompidos, principalmente terceiros molares inferiores, cresce de forma assintomática e apresenta aspecto clínico e radiográfico semelhantes a uma lesão cística. Radiograficamente é uma lesão radiolúcida unilocular bem definida, no entanto lesões com aspectos multiloculares também podem ocorrer. Essas lesões podem ou não estar envolvendo a coroa de um dente por isso é importante o diagnóstico diferencial de cistos dentígeros, radiculares ou residuais^{2,4}.

O ameloblastoma unicístico é classificado em três subtipos histológicos: Luminal, Intra Luminal e Mural. O subtipo Luminal consiste numa lesão cística delimitada por um epitélio odontogênico simples. O epitélio que reveste o lúmen está confinado a superfície luminal do cisto, ele é revestido por uma camada de células basais em paliçada colunares ou cúbicas com núcleos hipercromáticos e polaridade reversa. No intra-luminal a lesão cística apresenta proliferação epitelial para dentro do lúmen. No subtipo mural o epitélio cístico infiltra a parede fibrosa do cisto, podendo ser epitélio do tipo folicular ou plexiforme¹. O subtipo mural o tratamento deve ser mais radical pois muitas vezes as células neoplásicas passam a barreira epitelial e se infiltram na cápsula fibrosa, podendo ocorrer invasão dos tecidos adjacentes e aumentando consideravelmente as chances de recidivas^{1,11,12}.

A tomografia computadorizada (TC) também é usada como meio de imagem no diagnóstico do ameloblastoma e outros tumores e cistos odontogênicos pois cria imagens precisamente fieis e com detalhes anatômicos bem definidos. Através da TC é possível delimitar a extensão da lesão, observar se houve rompimento das corticais ósseas e invasão para tecidos moles ou estruturas adjacentes¹³. O ameloblastoma, através da tomografia computadorizada, é representado por áreas císticas hipodensas com áreas atenuadas apresentando a porção sólida da lesão, podendo ou não haver reabsorção óssea. Ameloblastomas unicísticos preservam as corticais da base da mandíbula em 89% dos casos^{13,14}.

Outra vantagem da Tomografia Computadorizada (TC) é a elaboração de protótipos tridimensionais, principalmente através da técnica de prototipagem rápida, a qual que consiste na confecção de um modelo tridimensional formando uma réplica sólida da anatomia do paciente. Esses protótipos geralmente são confeccionados em resina à base de monômero epóxi, acrílico ou vinil e tem como vantagem a determinação da extensão da lesão e melhora do planejamento cirúrgico^{13,15}.

Em relação ao tratamento dos ameloblastomas, a terapia cirúrgica ainda é considerada a única opção realmente eficaz. A radioterapia e quimioterapia são usadas de forma paliativa somente em casos não operáveis ou de transformações malignas dessa neoplasia. A terapia de escolha deve ser a menos agressiva possível, mas radical o bastante para evitar recidivas¹⁶.

O procedimento cirúrgico tem como objetivo terapêutico a remoção completa da lesão, não deixando células que possam se proliferar e gerar uma recidiva. Portanto, é necessário identificar a lesão histopatologicamente e escolher o melhor procedimento que a remova com a menor destruição dos tecidos adjacentes^{16,17}. O planejamento cirúrgico pode ser conservador ou radical e deve levar vários fatores em consideração como tamanho, localização, tipo de lesão e histopatologia¹⁸. Existem várias modalidades de

tratamento conservador para ameloblastomas tais como a Enucleação simples; Enucleação associada à curetagem; Enucleação associada à crioterapia ou solução de Carnoy; Excisão cirúrgica por osteotomia; Marsupialização isolada e Marsupialização associada à enucleação. Já nas abordagens cirúrgicas radicais estão as técnicas de ressecção marginal, ressecção segmentar e hemissecção^{4,12,14,18,19}.

Os ameloblastomas unicísticos devem, sempre que possível, serem tratados de forma conservadora, principalmente em pacientes mais jovens. As lesões tratadas enucleação, curetagem ou marsupialização tem apresentado um significativo índice de sucesso, apesar de que ainda existam chances de recidivas^{14,18,20}.

A marsupialização consiste na excisão de parte do teto da lesão seguida pela drenagem do conteúdo da cavidade patológica, causando uma descompressão do tumor. Com a eliminação da pressão hidrostática a lesão diminui de tamanho e então torna-se viável a técnica cirúrgica que permite a conservação de maior área do osso envolvido^{5,20}.

A enucleação consiste na separação da estrutura patológica com a manutenção da continuidade óssea devido a lesão geralmente estar restrita dentro de um envoltório de tecido conjuntivo da própria lesão ou pelo osso circunjacente. É um procedimento que deve ser realizado com cuidado para que a lesão seja removida de forma completa, sem fragmentação, diminuindo assim a as recorrências. Entretanto nem sempre é possível e pode ocorrer a ruptura durante sua manipulação^{12,19,21}.

A enucleação, associada à curetagem óssea consiste na remoção da lesão e de 1 a 2 mm de osso sublesional, sem rompimento da cápsula, utilizando brocas com solução estéril ou curetas afiadas para osso, desta forma removendo possíveis restos de remanescentes da lesão evitando recidivas. Em comparação somente com a enucleação essa técnica possui uma probabilidade menor de recidivas. As curetagens próximas a

regiões anatômicas devem ser feitas com cautela para não causar danos em estruturas importantes. Após a curetagem é feita a limpeza da cavidade e seu fechamento ^{12,19,21,22}.

A Solução de Carnoy (3mL de clorofórmio, 6mL de álcool absoluto, 1mL de ácido glacial acético e 1g de clorito férrico), muito usada como substância fixadora em lâminas histológicas laboratoriais, vem sendo utilizada no tratamento complementar de superfície óssea a fim de eliminar células tumorais remanescentes e evitar recidivas pois possui capacidade de provocar necrose química superficial de até 1,5mm² ^{21,23}. No entanto, se não usada com cautela, pode provocar complicações pós-cirúrgicas como deiscência e infecções²³.

A ressecção cirúrgica consiste na remoção do tumor com parte de osso saudável como margem de segurança. Tem a vantagem por apresentar baixíssimas taxas de recidiva e geralmente é o tratamento definitivo²⁴. No entanto causa problemas estéticos e funcionais no paciente, sendo difícil sua reconstrução ^{4,12}.

Na intervenção cirúrgica radical, realizada por meio da ressecção marginal, é feito um retalho mucoperiósteo completo junto com o descolamento do osso que vai ser removido. São usadas brocas ou serras cirúrgicas para seccionar osso nos locais planejados, devendo deixar uma margem de 1 cm além do limite radiográfico para então remover o segmento, sempre deixando estrutura de sustentação para o remanescente ósseo²¹. Se houver invasão da lâmina cortical pela lesão é necessário dissecar a camada suprapariosteal do osso envolvido. Essa técnica é indicada quando o bordo inferior da mandíbula pode manter-se intacto, caso a lesão esteja próxima do bordo deve-se romper com a continuidade e remover toda a espessura da mandíbula ^{4, 12,22,25}.

Já a ressecção tegumentar da mandíbula ou da maxila é a remoção cirúrgica de um segmento do osso sem manter a continuidade óssea e hemissecção com remoção cirúrgica de um dos lados da maxila ou mandíbula⁴.

5. RELATO DO CASO

Paciente M.S.D., gênero masculino, melanoderma, foi encaminhado pelo Centro de Especialidades Odontológicas da UEA para o serviço de residência em cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial da Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) para avaliação de aumento volumétrico na face e região posterior de mandíbula. Durante a anamnese, foi relatado um aumento de volume intra-oral em região posterior de mandíbula do lado esquerdo, assintomático, com evolução de aproximadamente dois anos. A história médica não revelou nenhuma alteração digna de nota.

Ao exame físico extra-oral, notou-se uma moderada assimetria facial ocasionada por aumento volumétrico no terço inferior, do lado esquerdo da face (Figura 1). Já no exame clínico intra-oral foi observado extenso abaulamento no rebordo alveolar mandibular na região dos elementos dentários 34 a 37, firme à palpação, de coloração semelhante a mucosa adjacente, base séssil e superfície de revestimento sem alterações com apagamento do fundo de vestibulo, além de ausência do elemento 35 (Figura2).



Figura 1. Aspecto extra-oral com assimetria facial do lado esquerdo.



Figura 2. Aspecto Intra-oral mostrando aumento de volume em região posterior esquerda da mandíbula.

Ao exame radiográfico panorâmico, no lado esquerdo, observou-se uma imagem radiolúcida unilocular bem definida na região de corpo da mandíbula, próximo aos ápices dos elementos 34 e 36, com a reabsorção das raízes dos mesmos e estendendo-se até próximo a base cortical mandibular (Figura 3). Com base na anamnese e nos dados obtidos nos exames clínico e radiográfico, a hipótese diagnóstica levantada foi de ameloblastoma unicístico.



Figura 3. Radiografia Panorâmica evidenciando lesão radiolúcida unilocular envolvendo raízes do 35, 36, 37 e proximidade em relação a base da mandíbula.

Através da Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) (Figura 4) foi possível a observação das estruturas do paciente nas três dimensões. Nos cortes axial, coronal, vista frontal e sagital notou-se lesão expansiva hipodensa, unilocular e com contornos bem definidos na região de corpo da mandíbula do lado esquerdo, provocando adelgaçamento das corticais ósseas e rompimento da mesma pela vestibular, além de reabsorção nas raízes do elemento 36 e raíz mesial do elemento 37.

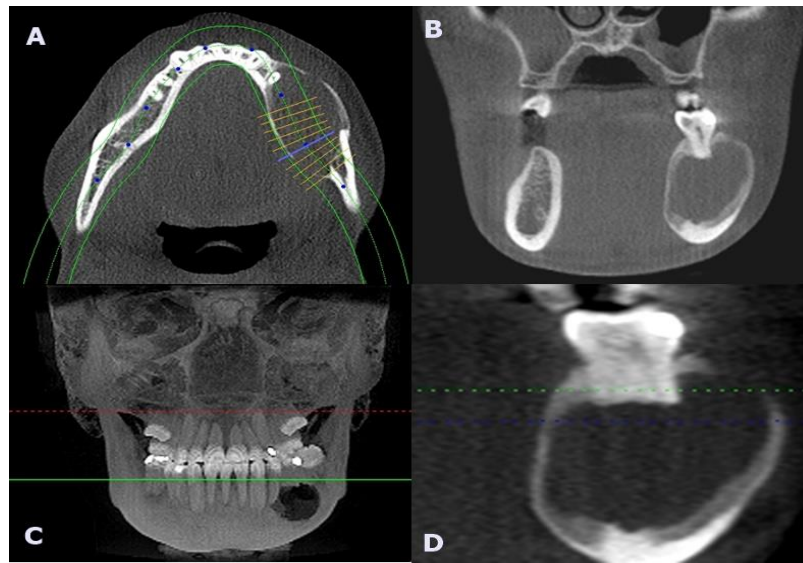


Figura 4. Tomografia Computadorizada onde é possível notar a lesão hipodensa do lado esquerdo da mandíbula nos cortes Axial (A), coronal (b), vista frontal (C) e parassagital (D).

A partir das imagens da Tomografia Computadorizada foi confeccionado um modelo anatômico em resina acrílica através da técnica de prototipagem rápida com o objetivo de determinar a extensão da lesão e auxiliar no planejamento do tratamento (Figura 5).

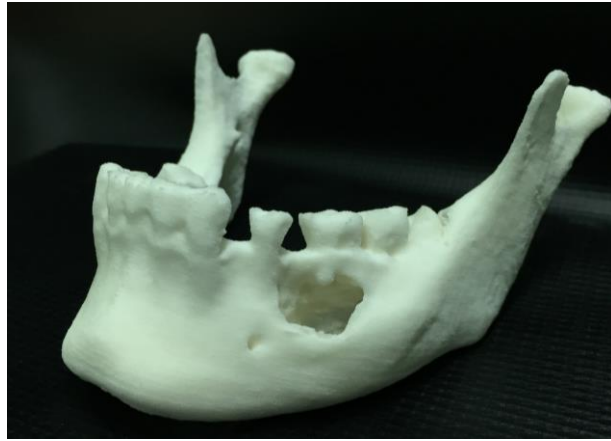


Figura 5. Protótipo da mandíbula do paciente para planejamento do tratamento.

Com intuito de verificar o conteúdo interno da lesão, foi realizada uma punção aspirativa, onde obteve-se resultado positivo mostrando líquido amarelo citrino e bem fluido no interior da mesma. Em seguida partiu-se para uma biópsia incisional com remoção de partes da tábua óssea vestibular e da cápsula da lesão, separando o material em dois frascos com formol contendo em um frasco três fragmentos de tecido mole, de consistência firme e elástica de forma e superfície irregulares medindo 1,5 x 1,3 x 0,3 cm e em outro três fragmentos de tecido duro, consistência endurecida, de cor amarelada medindo 1,3 x 1,3 x 0,1 cm. (Figura 6). O material então foi enviado para exame histopatológico.

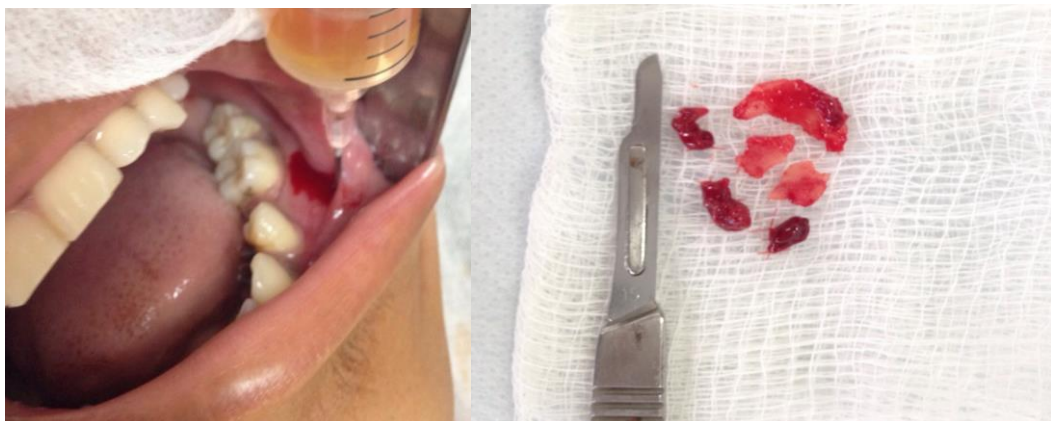


Figura 6. Punção aspirativa com a presença de líquido citrino/ Fragmentos da biópsia incisional incluindo 3 componentes de tecido mole e 3 de tecido duro.

O resultado do exame histopatológico mostrou um epitélio odontogênico estratificado apresentando camada basal hiper cromática, com arranjo em paliçada, polarização invertida, vacuolização citoplasmática e áreas de hialinização. O tecido conjuntivo que circundava a lesão apresentava-se organizado de forma capsular, infiltrado por ilhotas, ninhos e cordões de epitélio odontogênico com as mesmas características descritas anteriormente. Atestando então o diagnóstico de ameloblastoma unicístico com proliferação mural (em anexo).

Posteriormente, diante do diagnóstico definitivo, e considerando-se que era uma lesão com grande extensão, mas com provável benignidade, optou-se pela cirurgia de marsupialização, com o objetivo de impedir a crescente expansão da lesão e estimular uma neoformação óssea até que, posteriormente, fosse seguro a enucleação completa da lesão (Figura 7).

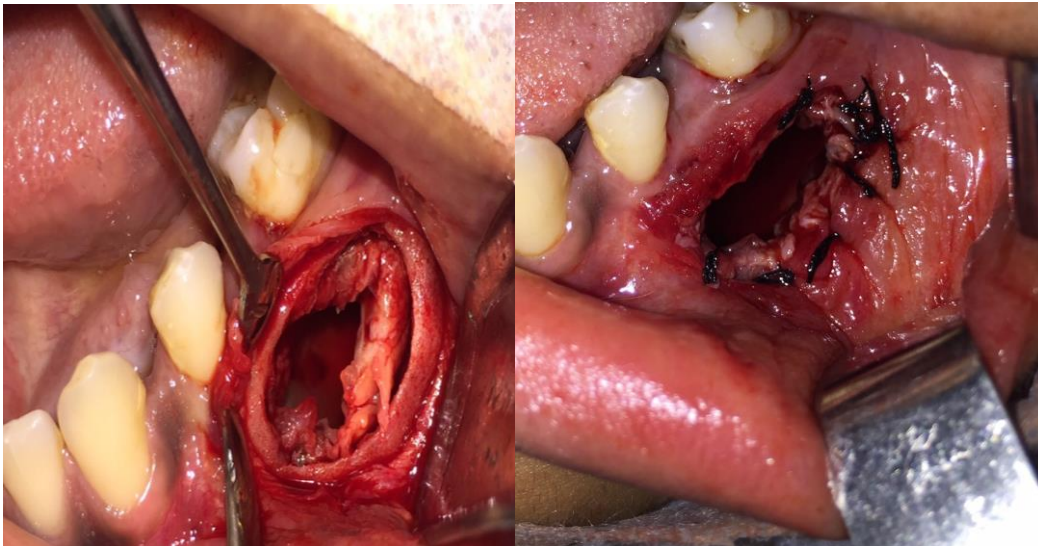


Figura 7. Aspecto transoperatório da loja óssea/ Aspecto final da marsupialização.

Após a cirurgia o paciente foi medicado, instruído quanto aos cuidados que deveria ter com a cavidade cirúrgica e instituído proervação para que houvesse a regressão da lesão.

Em um período de aproximadamente 8 meses o paciente ficou sob acompanhamento tomográfico. Durante esse tempo foi possível observar que a lesão regrediu de forma considerável até sua estagnação (Figura 8). Ao notar que a lesão não reduzia mais de tamanho foi planejado sua completa remoção através da enucleação.

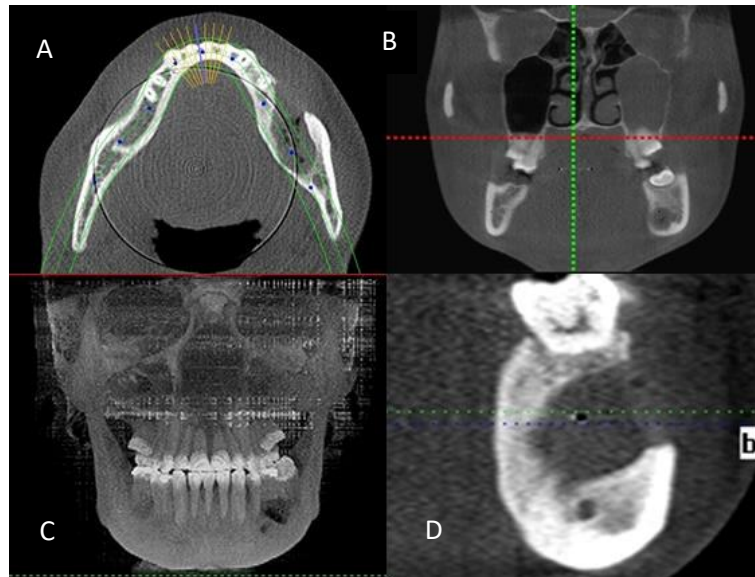


Figura 8. Tomografia Computadorizada de controle após 8 meses de marsupialização onde é possível observar a diminuição da lesão nos cortes axial (A), coronal (B), vista frontal (C) e corte parassagital (D).



Figura 9. Imagem tomográfica panorâmica evidenciando neoformação óssea com redução de tamanho após marsupialização.

Passado um período de 8 meses após a descompressão da lesão, a mesma não regrediu mais no tamanho, então o segundo procedimento cirúrgico foi planejado e realizado na Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ-AM) sob anestesia geral. O acesso à mandíbula foi por via intra-oral, com retalho estendendo-se da mesial do elemento 33 a distal do 37 com descolamento mucoperiosteio total seguido da Enucleação da lesão associada a osteotomia periférica removendo 2mm de osso sublesional (Figura 10) preservando estruturas como N. Alveolar inferior e base da mandíbula. Também foi realizada a exodontia dos elementos 36 e 37 (Figura 11).

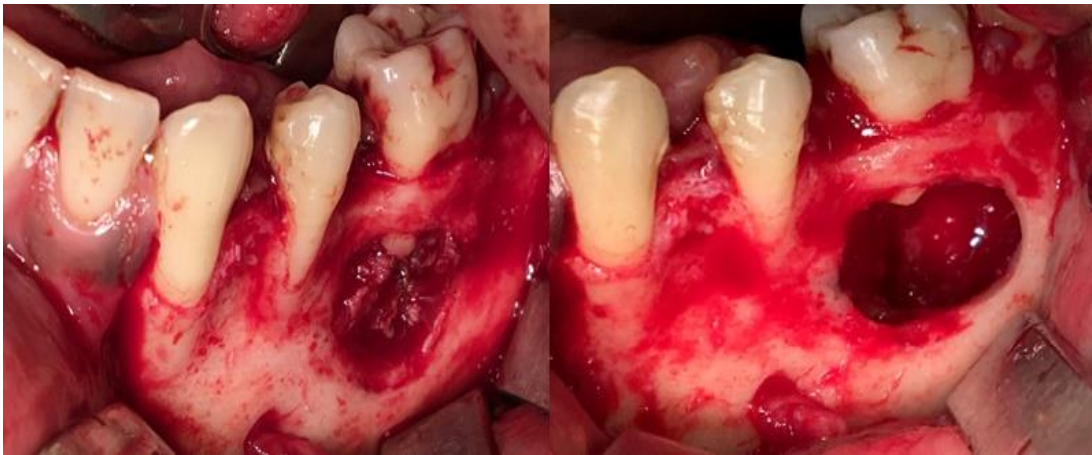


Figura 10. Aspecto transoperatório com exposição da lesão/ Aspecto após exérese do tumor.



Figura 11. Lesão enucleada e elementos 36 e 37 extraídos.

Como terapia adjuvante para evitar recidivas foi usada solução de Carnoy (3mL de clorofórmio, 6mL de álcool absoluto, 1mL de ácido glacial acético e 1g de clorito férrico) na loja cirúrgica, colocando-se uma gaze seca no interior da cavidade e injetando a solução de Carnoy através de uma seringa, realizando três aplicações de três minutos cada, irrigando abundantemente com soro fisiológico a cada intervalo (Figura 12).

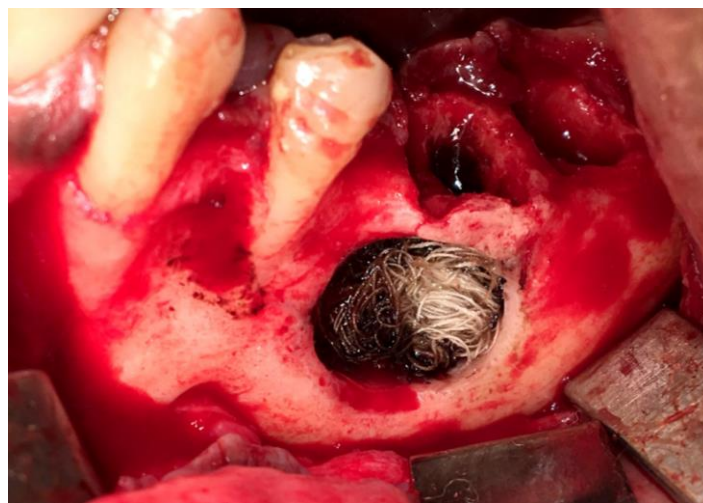


Figura 12. Aplicação da Solução de Carnoy com gaze para proteção dos tecidos moles.



Figura 13. Aspecto da cavidade cirúrgica após Enucleação, Osteotomia Periférica e aplicação da solução de Carnoy.

Após 6 meses da intervenção cirúrgica paciente voltou para reavaliação e observou-se um pós-operatório satisfatório. No exame extra-oral notou-se diminuição da assimetria facial (Figura 14). Paciente relatou que não houve sintomatologia dolorosa, e, ao exame clínico intraoral, foi observada mucosa gengival íntegra com abertura bucal preservada (Figura 15). Uma nova tomografia foi realizada mostrando a ausência dos dentes diretamente envolvidos com a lesão e as neoformações ósseas em andamento (figura 16 e 17). Paciente encontra-se atualmente sobre rígido controle clínico-radiográfico.



Figura 14. Diminuição da assimetria facial.



Figura 15. Mucosa íntegra com boa cicatrização/ Paciente sem limitação da abertura bucal.

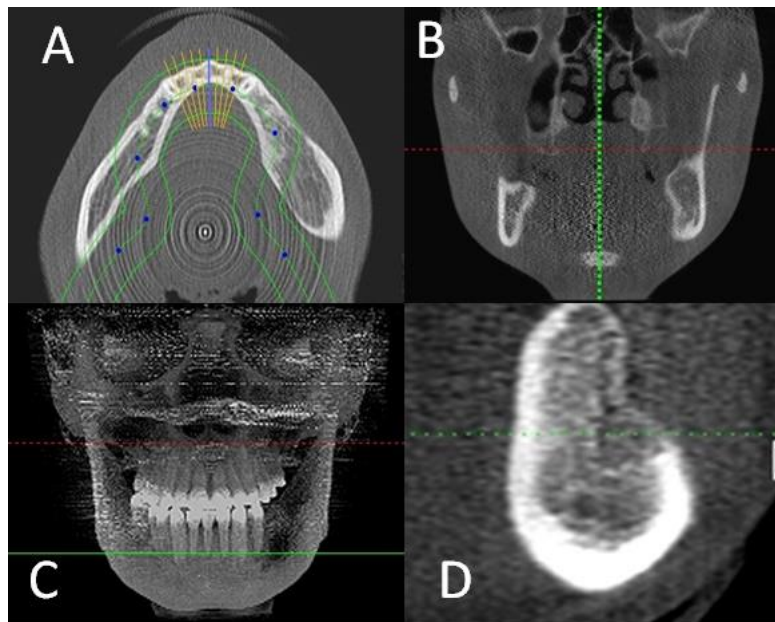


Figura 16. Tomografia Computadorizada após 6 meses de controle onde é possível observar formação óssea ainda em andamento nos cortes axial (A), coronal (B), vista frontal (C) e corte parassagital (D).

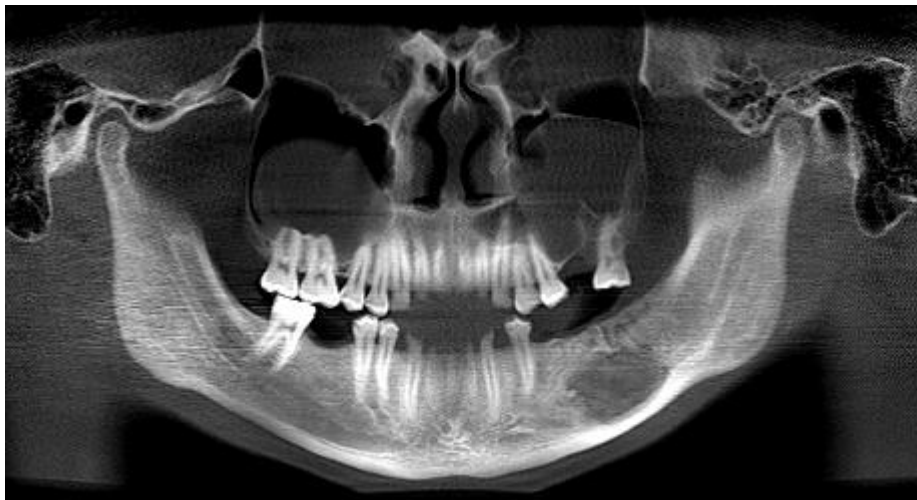


Figura 17. Imagem panorâmica mostrando aspecto da região 6 meses após exérese da lesão. Observar processo de neoformação óssea na região.

6. DISCUSSÃO

O ameloblastoma é o tumor de origem odontogênica com o maior significado clínico, representando cerca de 1% dos tumores que atingem os maxilares². De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o ameloblastoma pode ser classificado em Sólido ou Multicístico, Unicístico, Extraósseo ou periférico e Desmoplásico. A variante sólida ou multicístico corresponde à 86% dos casos; o unicístico com aproximadamente 13% do total e o periférico ou extraósseo com cerca de 1% dos casos^{1,6}. A classificação e o correto diagnóstico de cada variante são importantes, pois cada uma apresenta comportamento biológico e situações clínico-radiográficas diferentes, portanto a abordagem terapêutica e os prognósticos são distintos^{1,2,4,6,9}. No caso relatado o diagnóstico foi de Ameloblastoma unicístico.

Como relatado o paciente era jovem com dezenove anos, do sexo masculino e a lesão estava presente na região posterior da mandíbula do lado esquerdo. A grande maioria dos autores concordam ao afirmar que para esse tipo de tumor não há predileção de gênero, podendo ocorrer com a mesma frequência em ambos os sexos. Em relação à faixa etária, o ameloblastoma unicístico, em 50% dos casos, acomete principalmente pacientes jovens na segunda e terceira década de vida com incidência de 90% na região posterior da mandíbula ^{1,2,4,5}.

De acordo com a literatura, o sinal clínico mais frequente em relação ao ameloblastoma unicístico é o aumento volumétrico da região onde localiza-se a lesão e este aumento em geral ocorre de forma indolor^{1,8}. No entanto alguns estudos mostram que uma parcela considerável de pacientes relata dor ao procurar atendimento. Quadros

dolorosos ocorrem quando a lesão está infectada secundariamente ou, muito raramente, quando há comprometimento de nervo^{5,17,25}. No geral são indolores e crescem de forma lenta, sendo dificilmente percebido pelos pacientes nos estágios iniciais e são diagnosticados através de radiografias de rotina^{2,8,17}. O caso aqui descrito está de acordo com a literatura específica, pois, o paciente relata que o aumento de volume facial se iniciou de forma discreta e foi aumentando progressivamente por aproximadamente dois anos. Também negou sintomatologia dolorosa e não apresentou sinais de comprometimento nervoso.

Em relação aos aspectos radiográficos, a literatura consultada diz que na grande maioria o ameloblastoma unicístico corresponde a uma alteração radiolúcida unilocular^{1,2,5,6,9}. No caso clínico descrito o ameloblastoma se apresentou como uma imagem radiolúcida unilocular com contornos bem definidos na região de corpo da mandíbula. Geralmente a lesão está associada com a coroa de dentes não irrompidos, lembrando clinicamente cistos dentígeros^{1,10}. A reabsorção radicular é um importante aspecto para o diagnóstico diferencial entre as duas lesões^{1,3,14}. No presente caso, através da radiografia panorâmica, foi possível observar a relação do ameloblastoma com os ápices dos elementos 34, 36 e 37, com reabsorção radicular no 36 e 37. Favorecendo a hipótese diagnóstica de ameloblastoma unicístico.

A maioria das lesões odontogênicas são descobertas por radiografias intraorais e panorâmicas, e, apesar de, constituírem um bom meio de imagem para visualização das estruturas maxilo-faciais, estas não devem ser utilizadas como único meio de diagnóstico pré-operatório. Alguns autores reforçam a importância das tomografias computadorizadas, programas de reconstruções odontológicas e tridimensionais na observação da localização, delimitação, extensão e correlação das lesões com as estruturas adjacentes.

Através da tomografia computadorizada é possível observar se houve o rompimento das corticais ósseas, vantagem que as radiografias convencionais não apresentam. O diagnóstico do ameloblastoma também pode ser feito através da tomografia computadorizada cone beam (CBCT) sendo representado por áreas císticas hipodensas^{10,13,14,15}. Clinicamente, o paciente aqui descrito apresentava discreta assimetria facial com expansão do cortical vestibular da mandíbula. Na tomografia observou-se imagem hipodensa em lado esquerdo da mandíbula provocando rompimento do cortical óssea vestibular.

Após evidências clínicas e radiológicas de que a lesão poderia se tratar de ameloblastoma, foi realizado o exame histopatológico para confirmação do diagnóstico. O ameloblastoma unicístico apresenta três tipos de padrões histológico: Luminal, intraluminal e mural^{1,6,9,11,14}. Ao exame histopatológico a lesão apresentou características compatíveis com ameloblastoma unicístico com proliferação mural.

Por meio da tomografia computadorizada é possível a confecção de modelos tridimensionais que representam a anatomia do paciente através da técnica de prototipagem rápida. Este método facilita a intervenção e a prática cirúrgica pois possibilita verificar de forma mais precisa a extensão da lesão e a relação desta com as estruturas adjacentes envolvidas, podendo, assim, o caso ser estudado e planejado antes do procedimento cirúrgico^{13,15}. No caso clínico aqui descrito a prototipagem se mostrou de grande importância no pré-operatório pois com o modelo em resina acrílica foi possível avaliar a extensão da lesão. Observou-se que a lesão envolvia parte do corpo da mandíbula no lado esquerdo. Portanto, por se tratar de um paciente jovem optou-se pela abordagem conservadora no tratamento com simulação operatória no próprio modelo.

Todos os autores consultados concordam que a conduta terapêutica do ameloblastoma é controversa. No entanto, os autores ressaltam que ao confirmar o diagnóstico, alguns fatores devem ser considerados na escolha da abordagem cirúrgica para o tratamento, como: o tipo do Tumor, sua localização anatômica, extensão, características histopatológicas, além da idade, compreensão do paciente e possibilidade de acompanhamento após o tratamento^{4,5,12,14,16,18,20,24}.

A abordagem cirúrgica pode ser classificada em radical ou conservadora. De maneira clássica, os ameloblastomas unicísticos tendem a ser tratados de forma conservadora, por enucleação e curetagem, como se fossem cistos^{4,12,18,20,22}. No entanto, em relação ao subtipo mural, alguns autores afirmam que esse tenha um comportamento mais agressivo, pois as células neoplásicas atravessam a barreira epitelial e se infiltram na cápsula fibrosa do cisto, podendo ocorrer invasão dos tecidos adjacentes e aumentando a chance de recidivas em até 37,5 %. Então sugerem um tratamento mais radical^{1,12,14,21}.

Os tratamentos conservadores apresentam-se como formas menos mórbidas para os pacientes, conseqüentemente, possibilitando melhor qualidade de vida. Porém, existem os riscos de recidivas com taxas bem variadas^{12,14,16,20}. Já os tratamentos radicais apresentam baixas taxas de recidivas e geralmente constituem o tratamento definitivo, entretanto podem acarretar problemas estético-funcionais como disfunção mastigatória, mutilação, deformidade facial e movimentos anormais mandibulares. Além de altos custos e múltiplas cirurgias para reabilitação e reconstrução do paciente^{18,20,24}.

A literatura tem demonstrado que os ameloblastomas unicísticos tratados de forma conservadora, têm apresentado um significativo índice de sucesso, ainda que a probabilidade de recidiva esteja presente. Curetagem, enucleação e marsupialização estão entre as abordagens conservadoras para esse tipo de lesão. Para Nakamura em 2003, a taxa de recidiva em ameloblastomas tratados de forma conservadora foi de 33% *para todos* os tipos histológicos¹⁸. Em relação ao ameloblastoma unicístico, Pogrel e Montes em 2009 demonstraram que a simples enucleação desse tipo de lesão pode apresentar taxas de recidiva de até 60%, comparadas a taxas de recidiva após tratamento de ameloblastomas multicísticos; também questionam o uso de enucleação quando se trata da variedade unicística com padrão histológico mural²¹. Já os estudos de Huang em 2007 e Sham em 2009 demonstram que a modalidade terapêutica conservadora como enucleação seguida de curetagem ou osteotomia periférica ou descompressão seguida de enucleação associada a osteotomia periférica para o ameloblastoma unicístico apresentou uma taxa de recidiva entre 10.7 a 20%^{14,22}.

Em casos de crianças, adolescentes e adultos jovens o procedimento cirúrgico mais conservador para ameloblastomas unicísticos é amplamente defendido por uma série de autores. Por isso, podem ser preconizados tratamentos como enucleação ou curetagem, seguido de tratamento físico-químico ou osteotomia periférica na mandíbula e ressecção localizada na maxila. A enucleação pode ser precedida por uma marsupialização uma vez que esta leva a uma diminuição do tumor, facilitando a remoção e com redução significativa das complicações e sequelas no pós-operatório. A marsupialização é indicada como um tratamento preliminar e fica reservada principalmente para pacientes jovens, que podem ser monitorados assiduamente^{2,4,5,12,14,18,20,21,22}. No presente caso, adotando proposta de conduta mais conservadora, o paciente foi submetido à marsupialização e posteriormente foi feita a

enucleação após aproximadamente 8 meses de marsupialização, uma vez que esse foi o tempo necessário para que houvesse redução do tumor a ponto de o paciente estar apto ao procedimento cirúrgico definitivo. Em seguida a enucleação realizou-se esteotomia periférica com uma margem de segurança de 2mm para remover possíveis restos remanescentes da lesão e evitar recidivas.

Com base na literatura, por se tratar de um paciente jovem e com uma lesão de comportamento benigno, porém com subtipo histológico com taxas de recidivas consideráveis, foi aplicado a solução de Carnoy (3mL de clorofórmio, 6mL de álcool absoluto, 1mL de ácido glacial acético e 1g de clorito férrico) na loja cirúrgica por aproximadamente três minutos logo após enucleação e esteotomia periférica da lesão para prevenção de recidivas no paciente. Para lesões consideradas de baixa agressividade como o ameloblastoma unicístico porém com taxas de recidiva significantes como sua variante mural, aplicação de agentes esclerosantes como Solução de Carnoy ou crioterapia funcionam como tratamento complementar pois criam uma margem química ou térmica de segurança e tem apresentado bons resultados. Com essa finalidade, tanto a solução de Carnoy quanto a crioterapia com nitrogênio líquido promovem uma necrose superficial de até 2mm de profundidade podendo eliminar possíveis restos celulares do tumor infiltrados nos tecidos ósseo e/ou moles e com isso prevenindo a recorrência da neoplasia^{19,21,23}.

Portanto, por se tratar de uma lesão de crescimento lento, mas infiltrativo e pela abordagem conservadora da mesma, a proervação clínico-radiográfica do paciente deve ser feita duas vezes ao ano, preferencialmente, por um período de cinco a dez anos, como recomendado em vários trabalhos na literatura^{3,5,10,24} para observação de neoformação óssea e completa resolução da lesão.

7. CONCLUSÃO

- O ameloblastoma unicístico é uma neoplasia odontogênica com maior frequência em região posterior da mandíbula e em pacientes jovens.
- Seu tratamento ainda é controverso, então vários fatores como o tipo do Tumor, sua localização anatômica, extensão, características histopatológicas e idade devem ser levados em consideração antes da escolha de uma abordagem cirúrgica, procurando sempre obter um melhor prognóstico e qualidade de vida para o paciente.
- Ameloblastomas unicísticos tratados de forma conservadora, têm apresentado um significativo índice de sucesso, ainda que a probabilidade de recidiva esteja presente.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

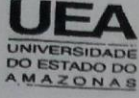


1. Neville BW, Damm DD.; Allen C.M, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.
2. Moreira TG, Gonçalves SLM, Salim MAA, Prado R. Ameloblastoma unicístico mural com componente intraluminal revisão e relato de caso. Revista Cirurgia Traumatologia. Buco-Maxilo-facial. 2010 jan/mar.; 10(1): 67-72.
3. Carvalho CHS, Fé JLM, Sousa, LLA, Borba MSC, Barros SSLV, Lopes MCA. Radical management of aggressive lesions: a case report of recurrent ameloblastoma. RGO, Rev Gaúch Odontol. 2015 Jul/set.; 63(3): 327-330.
4. Gomes ACA, Silva EDO, Albert DGM, Lira MFC, Andrade ESSA. Conceito Atual No Tratamento Dos Ameloblastomas. Revista Cirurgia Traumatologia. Buco-Maxilo-facial. 2006 jul/set.; 6 (3): 9 – 16.
5. Júnior AFD, Loyola AM, Silva CJ, Cardoso SV, Guidi R, Henriques, Macedo JH, Martins LT. A abordagem e o tratamento de um ameloblastoma unicístico na mandíbula. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2006 nov.;19(4): 247-252.
6. Henriques ACG, Cazal C, Fonseca DDD, Bello DMAB, Araújo NC, Castro JFL. Considerações sobre a Classificação e o Comportamento Biológico dos Tumores Odontogênicos Epiteliais: Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia. 2009 fev.; 55(2): 175-184.
7. Jardim ECG, Faverani LP, Melo RL, Myahara GI, Soubhia AMP, Mendonça JCG, Shinohara EH. Tratamento Cirúrgico de Ameloblastoma Mandibular. Arch Health Invest. 2013.; 2(4): 35-38.
8. Ferreti C, Polakow R, Coleman H. Recurrent ameloblastoma: report of two cases. J Oral and Maxillofacial. 2000 fev.; 58 (7): 800-804.
9. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization. Classification of tumours. Pathology&Genetics. Head and Neck Tumours. 2005, 430p.

10. Hsu MH, Chiang ML, Chen JK. Unicystic ameloblastoma. *Journal of Dental Sciences*. 2014 may.; (9): 407-411.
11. Lawal, AO, Adisa, AO, Olajide MA. CYSTIC AMELOBLASTOMA: A CLINICO-PATHOLOGIC REVIEW. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*. 2014 jun.; 12(1): 49-53.
12. Gomes ACA, Dias E, Gomes DO, Paraíso DP, Nascimento GJF, Cabral RAA. Ameloblastoma: Tratamento cirúrgico conservador ou radical? *Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-facial*. 2002 jul/dez.; 2(2):17-24.
13. Caputo BV, Felicori SM, Giovani EM, Costa C. Validação da tomografia computadorizada de feixe cônico (CBCT) como recurso pré e pós-operatório na delimitação de lesões tumorais. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009.;27(3): 295-9.
14. Sham E, Leong J, Maher R, Schenberg M, Leung M, Mansourt AK. Mandibular Ameloblastoma: Clinical Experience and Literature Review. *Anz. J. Surg*. 2009 out; 79(10): 739-744.
15. Corrêa APS, Brust AWA, Jesus GP. Rapid prototyping: an auxiliary method in the treatment of ameloblastoma – case report. *Rev Odontol UNESP*. 2010.; 39(4): 247-254.
16. Eckardt AM, Kokemuller H, Flemming P, Schultze A. Recurrent Ameloblastoma Following Osseous Reconstruction – A Review of Twenty Years. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 2009; v. 37: 36-41.
17. Kruschewsky LS; Cincura C, Teixeira FA, Filho FVM. Ameloblastoma: aspectos clínicos e terapêuticos. *Revista Brasileira Cirurgia Craniomaxilofacial*. 2010 set.; 13(4): 241-245.
18. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasy T, Sandra F, Ohishi N. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002.; 93 (1) 13-20.

19. Rezende ABM, Faber PA, Pino DS, Dias FJN. Surgycal treatment of multicystic ameloblastoma of the mandible. *Revista Científica da FHO*. 2014.; 2(1):33-40.
20. Hong J, Yun PY, Chung LH, Myoung H, Suh JD, Seo BM, et al. Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007.; 36(4): 283-8.
21. Pogrel MA, Montes DM. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma?. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009.; 38(8): 807-12.
22. Huang LY, Lai ST, Chen CH, Chen CM, Wu CW, Shen YH. Surgical management of ameloblastoma in children. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol, Endodont*. 2007.;104(4):478-485.
23. Júnior OR, Borba AM, Alves CA, Júnior JG. Complications of Carnoy solution in the treatment of odontogenic tumors. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2007.; 55 (3): 263-266.
24. Paiva LCA, Santos MESM, Silva DN, Heitz C, Filho MS. Potencial de recidiva do ameloblastoma: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo fac*. 2010 jan/mar;10 (1):27-34.
25. Medeiros M, Porto GG, Filho JRL, Portela L, Vasconcellos RH. Ameloblastoma em mandíbula. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2008 Mai/Jun.;74(3):478.

9. ANEXOS

9.1 Termo de consentimento livre esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
Centro de Especialidades Odontológicas da UEA
Prof. Dra. Maria das Graças Marrocos de Oliveira
Núcleo de Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais-NAOPE

Autorização para diagnóstico e/ou execução de tratamento

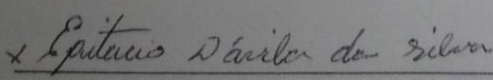
PACIENTE: Maíke da Silva Dávila

Por esse instrumento de autorização, na qualidade de _____ dou plena autorização ao Centro de Especialidade Odontológica da UEA, a realizar os atos necessários para o diagnóstico e/ou tratamento odontológico no paciente supracitado.

Declaro que tenho pleno conhecimento, após prévia instrução e esclarecimento por parte do profissional responsável, que o diagnóstico e plano de tratamento serão realizados dentro dos princípios éticos da Odontologia, concordando, portanto, com a orientação e execução que for planejada pelos profissionais.

Concedo ainda ao Centro de Especialidade Odontológica da UEA, os direitos de retenção e uso de radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outros documentos e informações de diagnóstico e/ou tratamento realizado podendo, inclusive, ser utilizados com finalidade de pesquisa, bem como ao uso da contenção, quando necessária.

Manaus, 05 de março de 2015




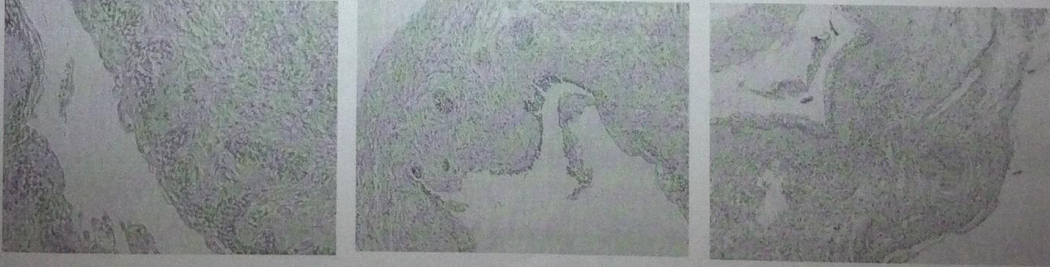
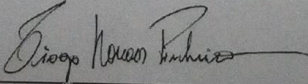
Assinatura do responsável/paciente (Por Extenso)

RG: _____

Rua 04, N°05, Conj. Celetramazon-Adrianópolis, CEP: 69057-000

3236-6728

9.2 Laudo histopatológico

UEA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS		LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCAL			
		AV. CARVALHO LEAL, 1777, CACHOEIRINHA Cep: 69065-001 MANAUS-AM			
LAUDO HISTOPATOLÓGICO					
031/2015	Entrada	12/03/2015	Qualidade da Peça:	Tecido Mole e duro	
Paciente:	Maíke da Silva Dávila				
Gênero:	Masculino	Nascimento:	Não informado	Cor da pele:	Melanoderma
Est. Civil:	Solteiro	Profissão:	Estudante	Nacionalidade:	Brasileira
Fone:	Não informado	Celular:	9822305850		
Endereço:	Não informado				
Procedência:	Policlínica odontológica UEA		Clinico Remetente:	Dr. Karoline Lima	
Cidade:	MANAUS	UF:	AM	CEP:	Fone:
<p>RESUMO CLÍNICO: Paciente compareceu a Policlínica odontológica da UEA, com queixa de aumento de volume em região posterior de mandíbula, com evolução de 2 Anos, assintomático. Ao exame clínico verificou-se extenso abaulamento em região dos elementos 34 a 37, firme à palpação, com mucosa de revestimento sem alterações e ausência do elemento 35. Ao exame radiográfico, verificou-se imagem radiolúcida unilocular, próxima dos ápices dos elementos 34 e 36, com reabsorção de raízes dentárias dos referidos elementos. Realizou-se punção aspirativa com resultado positivo, com a presença de líquido citrino. Partiu-se à biópsia incisional com remoção de partes da tábua óssea vestibular e cápsula. HD: Ameloblastoma unicístico.</p> <p>MACROSCOPIA: Recebidos em formol, em frascos separados os seguintes materiais: 1º Frasco - Três fragmentos de tecido mole, consistência firme e elástica de forma e superfície irregulares, medindo 1,5 x 1,3 x 0,3 cm. 2º Frasco - Três fragmentos de tecido duro, consistência endurecida, de cor amarelada, medindo em conjunto 1,3 x 1,3 x 0,1 cm. O material foi submetido à desmineralização, tendo um laudo complementar.</p> <p>MICROSCOPIA: Os cortes microscópicos revelam cavidade cística virtual revestida por epitélio odontogênico estratificado apresentando camada basal hiper cromática, com arranjo em paliçada, polarização nuclear invertida, vacuolização citoplasmática e com áreas de hialinização da região de lâmina basal. O tecido conjuntivo circunjacente apresenta-se organizado de forma capsular, infiltrado por ilhotas, ninhos e cordões de epitélio odontogênico apresentando as mesmas características descritas. Observa-se ainda moderado infiltrado inflamatório mononuclear difusamente distribuído, por vezes associado a focos hemorrágicos.</p> <p>DIAGNÓSTICO: AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO COM PROLIFERAÇÃO MURAL.</p> <p>OBSERVAÇÃO: As margens cirúrgicas estão comprometidas nos cortes avaliados.</p> <p style="text-align: center;">Manaus - AM, 15 de abril de 2015.</p>					
					
					
MARCO TULLIO BRAZÃO SILVA		THIAGO NOVAIS PINHEIRO			
Doutor em Patologia Bucal CRO-AM: 4943		Patologista Bucal CRO - AM: 3600 CFO: 1760/2008		Fotomicrografia da Lesão	

