

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ANDRESSA SIMIONI DE ÁVILA

AMELOBLASTOMA DO DIAGNÓSTICO À REABILITAÇÃO: UMA REVISÃO DE
LITERATURA E UM RELATO DE CASO

Porto Alegre

2018

ANDRESSA SIMIONI DE ÁVILA

AMELOBLASTOMA DO DIAGNÓSTICO À REABILITAÇÃO: UMA REVISÃO DE
LITERATURA E UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito parcial
para a obtenção do título de cirurgiã-
dentista.

Orientador: Dr João Batista Burzlaff

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

de Ávila, Andressa Simioni
Ameloblastoma do diagnóstico à reabilitação: uma
revisão de literatura / Andressa Simioni de Ávila. -
- 2018.
28 f.
Orientador: João Batista Burzlaff.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,
BR-RS, 2018.

1. Ameloblastoma. 2. Tumor Oral. 3. Fíbula. I.
Batista Burzlaff, João, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer minha família, meu pai Régis, por todo apoio, caronas e incentivo. Minha mãe Andréia por sempre acreditar em mim e querer o meu bem. E lembrar que sem eles eu não teria condições de chegar a lugar nenhum e que metade do meu sucesso é graças a eles que se esforçam e dão a vida para proporcionar as melhores coisas do mundo para mim e para minha irmã, me faltam palavras para agradecer tudo. Essa vontade constante de vencer todos os obstáculos da vida eu devo a eles que me ensinaram. A minha irmã, Rafaela, que praticamente se formará cirurgiã-dentista junto comigo devido as noites e madrugadas de estudo e por sempre me incentivar a ser melhor. Ao meu namorado Christian que passou por diversos momentos comigo e sempre esteve disposto a me auxiliar no que precisei. Sem eles, com certeza, eu não seria o que sou hoje. Minha família é a melhor parte de mim.

Ao meu orientador João Batista que a todo tempo se mostrou uma pessoa disposta a ajudar e conversar sobre tudo, e principalmente pela oportunidade de ter deixado todo esse trabalho muito leve de ser feito.

A minha banca que pude escolher a dedo pessoas incríveis que eu admiro muito.

Gostaria também de lembrar das minhas eternas avós, Maria Rosa e Iolanda, que sempre acreditaram e apostaram no meu potencial e que infelizmente não puderam presenciar essa minha última etapa da graduação, a saudade é infinita.

E agradecer a Deus e ao Universo por tudo que me é proporcionado.

RESUMO

O Ameloblastoma é um tumor benigno de origem odontogênica. É infiltrativo e agressivo, geralmente de crescimento lento e assintomático, acometendo as regiões maxilo-mandibulares tendo sua maior incidência na região posterior da mandíbula. O aspecto radiográfico desses tumores pode se apresentar uni ou multilocular. O diagnóstico definitivo é obtido por meio de biópsia incisional, para então ser traçado o melhor tratamento. O ameloblastoma apresenta altas taxas de recidiva, por isso devemos analisar o tamanho, sua localização e seu tipo histológico. Este trabalho por meio de um relato de caso clínico tem como objetivo descrever uma revisão de literatura sobre ameloblastoma, desde seu diagnóstico à reabilitação, sua etiologia, suas características clínicas e radiográficas.

Palavras chaves: Ameloblastoma. Tumor Odontogênico. Enxerto Vascularizado.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign tumor of odontogenic origin. It is infiltrative and aggressive, usually slow growing and asymptomatic, affecting the maxillo-mandibular regions and their highest incidence is in the posterior area of mandible. The radiographic aspect of these tumors may be uni or multilocular. The definitive diagnosis is obtained through an incisional biopsy, so that the best treatment can be traced. Ameloblastoma presents high relapse rates, so we must analyze the size, its location and histological type. This work through a clinical case aims to describe a literature review of ameloblastoma, from its diagnosis to rehabilitation, its etiology, its clinical and radiographic characteristics.

Keywords: Ameloblastoma. Odontogenic Neoplasm. Vascularized graft.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TC Tomografia Computadorizada

TCFC Tomografia Computadorizada de feixe cônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO	10
3	RELATO DE CASO	11
4	DISCUSSÃO	20
4.1	DIAGNÓSTICO.....	20
4.2	TRATAMENTO.....	20
4.3	REABILITAÇÃO.....	22
5	CONCLUSÃO	25
	REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico que acomete a área maxilofacial, tendo uma maior prevalência na mandíbula sendo a região posterior de mandíbula o local de preferência (NEVILLE, B. W. et al., 2009). É um tumor benigno, de origem epitelial, cujas fontes potenciais do epitélio incluem o do órgão do esmalte, restos epiteliais de malassez, epitélio reduzido do órgão do esmalte e do revestimento epitelial dos cistos odontogênicos. Ele é infiltrativo e de crescimento lento e apresenta alta taxa de recidiva quando não bem aplicado o tratamento (FRANÇA et al., 2012; REGEZI; SCCIUBA; JORDAN, 1991). São geralmente assintomáticos, sendo descobertos em exames radiográficos de rotina ou quando há alguma deformidade nos maxilares. Nos exames radiográficos ele pode apresentar diversas formas, sendo seu diagnóstico confirmado por biópsia incisiva (REGEZI; SCCIUBA; JORDAN, 1991).

O ameloblastoma revela alguns padrões clínicos e radiográficos, podendo ser unicístico, multicístico e periférico (NEVILLE, B. W. et al., 2009).

O multicístico é encontrado numa ampla variação etária, sendo mais prevalente na terceira e sétima década de vida, sendo raro em crianças. Radiograficamente é encontrado como uma lesão radiolúcida multilocular, geralmente descrito como “bolhas de sabão” quando apresenta loculações grandes ou “favos de mel” quando as loculações são menores. Dos tipos de ameloblastoma ele é considerado o mais agressivo e quando comparado ao unicístico o tratamento cirúrgico tem que ser mais amplo. Ele também pode se apresentar na radiografia como um defeito unilocular o que pode se confundir com uma lesão cística, tratado por curetagem tem uma alta taxa de recidiva (NEVILLE, B. W. et al., 2009). É comum a presença de cortical óssea expandida e reabsorção das raízes dentárias adjacentes (BRANDÃO; BRESCIA, 2011).

Microscopicamente o ameloblastoma multicístico pode se apresentar de diversas formas. O padrão folicular apresenta ilhas de células tumorais que simulam o folículo dental (REGEZI; SCCIUBA; JORDAN, 1991). Já o plexiforme exibe cordões de epitélio formando uma rede, são delimitados por células colunares ou cúbicas semelhantes a ameloblastos e quando ocorre está associada a

degeneração do estroma (NEVILLE, B. W. et al., 2009; REGEZI; SCCIUBA; JORDAN, 1991). Esses dois padrões os mais encontrados (NEVILLE, B. W. et al., 2009). O padrão acantomatoso pode ser confundido com um carcinoma de células escamosas ou com um tumor odontogênico escamoso devido uma metaplasia escamosa extensiva nas regiões centrais de um ameloblastoma folicular. O padrão de células granulares exige uma transformação das células epiteliais lesionadas em células granulares. Embora, esse padrão, originalmente fosse associada com o envelhecimento ou alterações degenerativas da lesão de longa duração, atualmente foi encontrado em pacientes jovens e com tumores clinicamente mais agressivos. Padrão desmoplásico é encontrado finos cordões de epitélio ameloblástico em meio a um estroma de tecido conjuntivo fibroso denso. Padrão de células basais é o menos comum e não se encontra retículo estrelado na porção central dos ninhos e as células centrais tendem a ser cúbicas (NEVILLE, B. W. et al., 2009; REGEZI; SCCIUBA; JORDAN, 1991).

Quanto ao tratamento do ameloblastoma multicístico se tem opções mais conservadoras como: curetagem, enucleação, marsupialização, crioterapia e propostas mais radicais que são as técnicas de ressecção.

O ameloblastoma unicístico é geralmente assintomático, observado em pacientes mais jovens, sendo que metade dos tumores são diagnosticados durante a segunda década de vida. Mais de 90% deles são encontrados na mandíbula, usualmente nas regiões posteriores (NEVILLE, B. W. et al., 2009). Radiograficamente essa lesão pode aparecer como um cisto dentífero por apresentar uma área radiolúcida circunscrita envolvendo um terceiro molar inferior retido ou pode apresentar apenas uma área radiolúcida bem delimitada, podendo ser confundido com um cisto, sendo o diagnóstico apenas confirmado por exame histopatológico (MAIA; SANDRINI, 2017; NEVILLE, B. W. et al., 2009).

O ameloblastoma unicístico pode apresentar um de três padrões microscópicos. Dentre eles o tipo luminal, no qual o cisto está revestido por epitélio ameloblástico que exhibe uma camada basal hipercromática e polarizada. O padrão intraluminal plexiforme que apresenta um aumento de volume intraluminal que surge a partir de sua parede cística. E a última variante é o ameloblastoma unicístico mural

que apresenta uma parede fibrosa infiltrada por ameloblastomas, na qual a extensão e profundidade de infiltração variam muito (NEVILLE, B. W. et al., 2009).

O tratamento do ameloblastoma unicístico pode se dar através da curetagem e enucleação, que apresenta uma taxa de 10% a 20% de recidiva, mas se mostram muito menores quando aplicados esses tratamentos para o ameloblastomas multicísticos (NEVILLE, B. W. et al., 2009).

O ameloblastoma periférico é o mais incomum dos tipos de ameloblastomas, sendo responsável por cerca de 1% a 10% deles, é um tumor encontrado em uma ampla faixa etária, sendo mais comum em pessoas de meia idade. Ele se apresenta como uma lesão indolor, séssil ou pediculada, que acomete a mucosa alveolar e gengival, tendo uma maior prevalência pela mandíbula. O tratamento pode ser realizada com uma excisão da lesão, embora ele apresente uma taxa de recidiva entre 15% e 20%, com uma nova excisão local geralmente se resulta na cura (NEVILLE, B. W. et al., 2009).

Os ameloblastomas do tipo multilocular e periférico são mais propensos a causarem recidiva que o ameloblastoma unilocular (NAKAMURA et al., 2002, ZACHARIADES, 1998). As lesões unicísticas se caracterizam por serem bem localizadas e delimitadas por uma cápsula fibrosa, contendo poucas células tumorais no tecido periférico, já os tipos multicístico e periférico se caracterizam por uma infiltração mais agressiva nos tecidos adjacentes (NAKAMURA et al., 2002). Existem três possibilidades que justificam a recorrência do ameloblastomas nos enxertos de crista ilíaca no qual: pode se originar da extremidade da mandíbula deixada após a ressecção; do tecido mole adjacente ao tumor; ou da contaminação e disseminação de células tumorais no campo operatório, durante a ressecção (STEA, 1985)

2 OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo realizar a partir de um caso clínico, uma revisão de literatura sobre ameloblastoma, desde seu diagnóstico à sua reabilitação.

3 RELATO DE CASO

Paciente ML, 33 anos de idade, procedente de Porto Alegre, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, com encaminhamento de um cirurgião-dentista clínico para investigação de achado radiológico na panorâmica.

Em relação à história médica atual e pregressa, a paciente apresenta-se hígida. A paciente não fuma, não ingere bebidas alcólicas e não utiliza próteses dentárias.

Dessa forma, foi realizado o exame clínico inicial e junto com a radiografia panorâmica foram elaboradas as hipóteses diagnósticas, que seriam de: ameloblastoma multicístico e ceratocisto. A imagem encontrada é compatível com uma lesão radiolúcida multilocular, na região do corpo mandibular, com reabsorção das raízes adjacentes dos elementos 36, 35, 34 e 33.

Primeiramente foi realizada a biópsia por punção aspirativa da lesão para diagnóstico diferencial com ceratocisto, no qual não se obteve nenhum tipo de material, ou seja, a aspiração foi insuficiente. Em seguida, pelo próprio preparo para a biópsia por punção foi removida parte da lesão, por meio de biópsia incisional e encaminhada para o exame histopatológico.

Figura 1 - Raio X panorâmico inicial



Fonte: o autor

Figura 2 - Coleta de material



Fonte: o autor

Nota: A: aspecto intra-oral. B: aspecto intra-oral, preparação para biópsia aspirativa. C: aspiração negativa. D: aspecto intra-oral após biópsia incisional e extração de dente 36.

A peça apresentava-se no corpo da mandíbula, na cor rosa, com um tamanho aproximado de 0,8 cm x 0,5 cm, o tipo de lesão intraósseo e o tempo de evolução indeterminado. Durante remoção da lesão, através da biópsia incisional e da análise da panorâmica, se observou a reabsorção das raízes do dente 36, em seguida já foi realizada a extração do elemento.

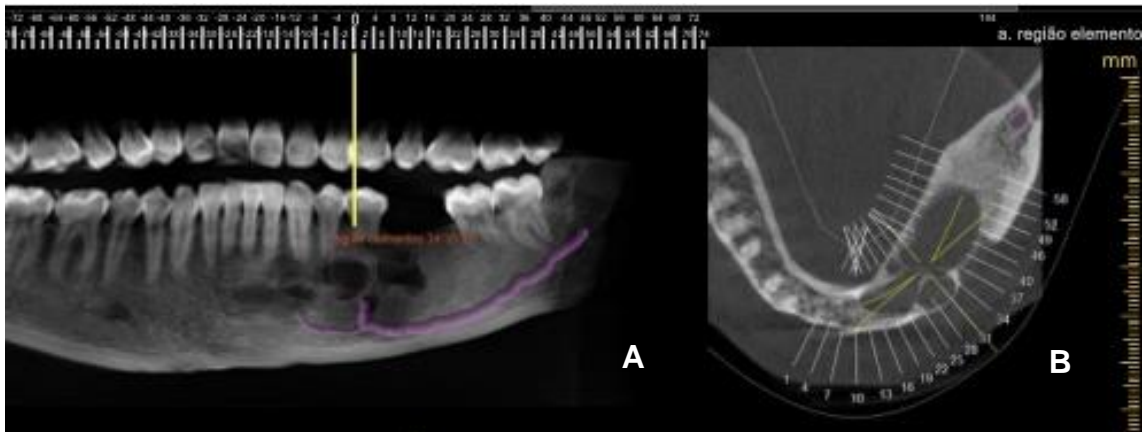
Figura 3 - Biópsia insicional



Fonte: o autor

Após 15 dias se obteve a confirmação diagnóstica de ameloblastoma multicístico, dessa forma, foi solicitado um exame tomográfico com fins de planejamento do caso. A solicitação foi de uma tomografia computadorizada de feixe cônico de alta resolução, no qual a área de interesse seria na região mandibular dos elementos 34, 35 e 36.

Figura 4 - TCFC



Fonte: o autor

Nota: A: lesão hipodensa multilocular e deslocamento do nervo alveolar inferior. B: lesão hipodensa que vai da mesial do elemento 37 e ultrapassa a linha média.

Figura 5 - TCFC e imagem 3D



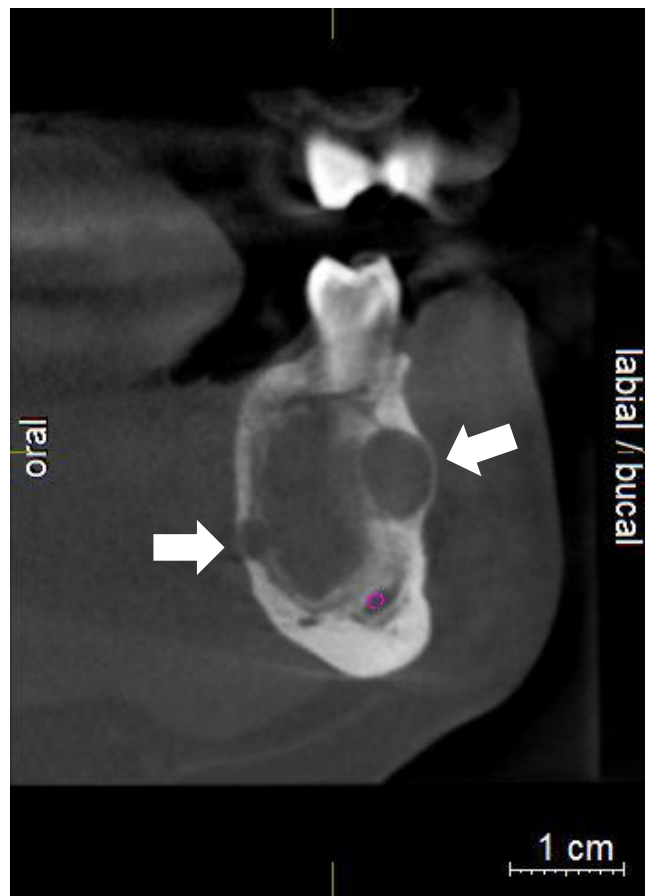
Fonte: o autor

Figura 6 - Reabsorção das raízes dentárias dos elementos 33, 34 e 35



Fonte: o autor

Figura 7 - Corticais vestibular e lingual



Fonte: o autor

Nota: corticais se apresentam espessadas, adelgadas e rompidas.

Figura 8 - Região do elemento 36 com ausência de rebordo alveolar



Fonte: o autor

Assim, foram planejadas as cirurgias em dois momentos.

A cirurgia de ressecção parcial da mandíbula seria realizada em um primeiro tempo cirúrgico, no qual se optou por uma remoção com margem de segurança de 1,5 cm e fixação com placa de titânio, já a reabilitação seria realizada em um segundo tempo cirúrgico com enxerto ósseo livre de fíbula e fixação com placa de reconstrução de titânio.

No primeiro momento foi removida a lesão. O tumor não atingia a parte condilar, então se conseguiu realizar a sutura da placa de fixação na própria musculatura da paciente e assim se conseguiu um bom contorno facial no pós-operatório.

Figura 9 - Ressecção parcial da mandíbula, no primeiro tempo cirúrgico



Fonte: o autor

Foi removida uma porção envolvendo a região do canino inferior do lado direito até a região do segundo molar do lado esquerdo.

Figura 10 - Peça removida com a margem de segurança

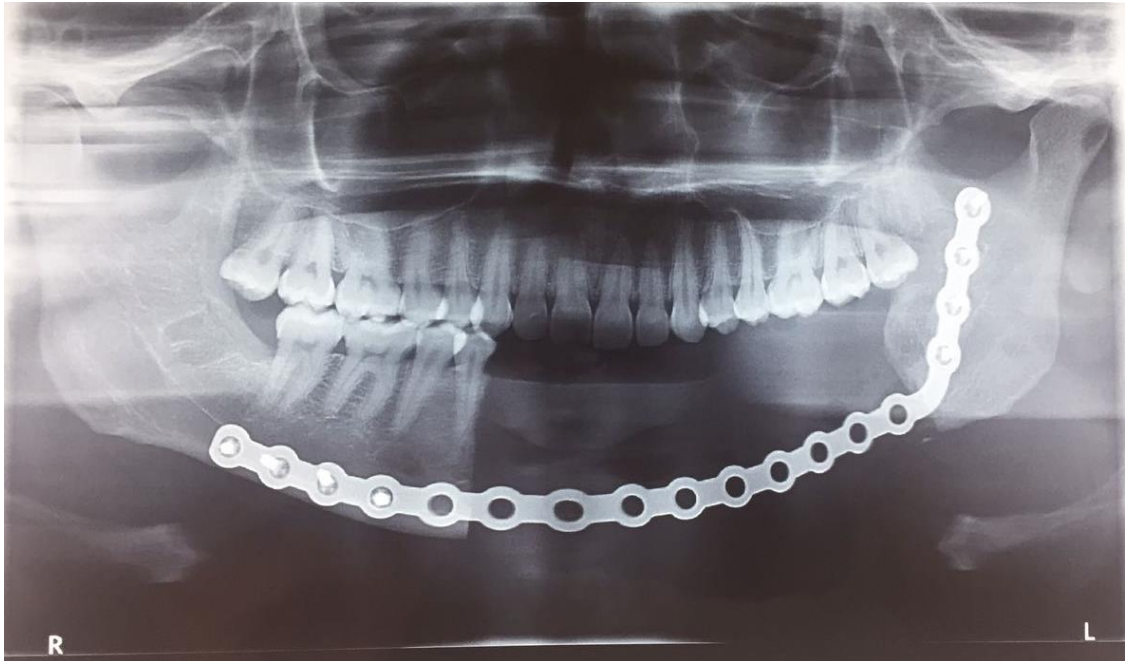


Fonte: o autor

Nota: Na flecha consegue se observar onde foi realizada a extração do elemento 36.

Após 30 dias foi solicitada a radiografia panorâmica.

Figura 11 - Raio X panorâmico após remoção do tumor e colocação da placa



Fonte: o autor

Foram realizadas imagens da paciente no pós-cirúrgico de 30 dias, ela apresentou bom contorno facial e não houve intercorrências.

Figura 12- Pós-operatório de 30 dias



Fonte: o autor

No segundo momento foi realizada a reabilitação da paciente ML com enxerto livre de fíbula e colocação imediata de cinco implantes no local.

Figura 13 - Fíbula removida para utilização como enxerto livre



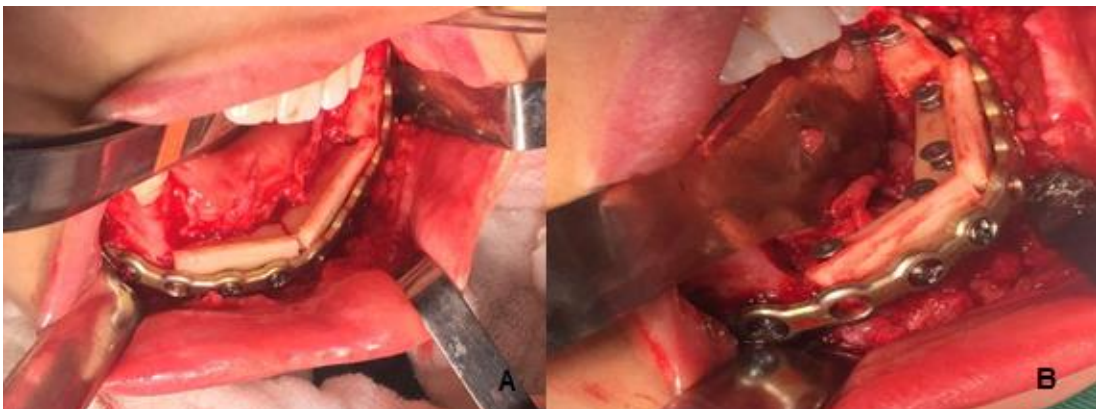
Fonte: o autor

Figura 14 - Template e o enxerto livre de fíbula prontos para reabilitação



Fonte: o autor

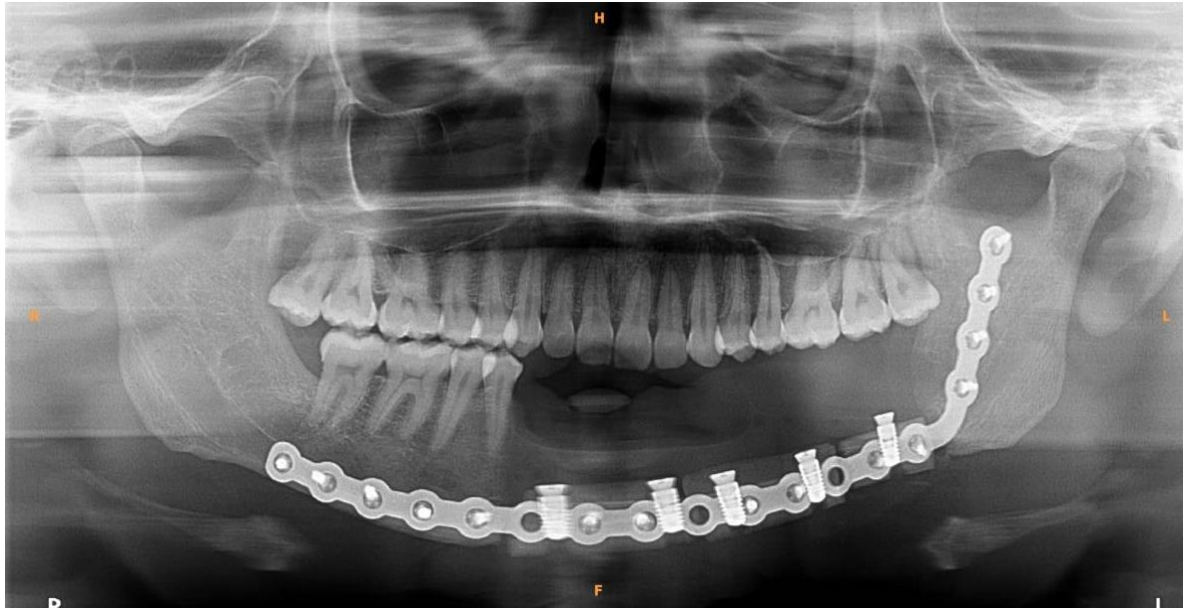
Figura 15 - Reabilitação



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Nota: A: colocação do enxerto livre de fíbula no sítio receptor e fixação com placa de titânio. B: colocação dos implantes.

Figura 16 - Raio X panorâmico após 90 dias de reabilitação



Fonte: o autor

4 DISCUSSÃO

Os ameloblastomas são tumores orais de comportamento benigno, embora infiltrativos. Eles são comumente confundidos com cistos odontogênicos e a discussão de seu diagnóstico à reabilitação é de extrema importância.

4.1 DIANÓSTICO

Para o correto diagnóstico além do aspecto radiográfico e clínico, ele só se confirma através da biópsia e resultado do exame histopatológico.

O aspecto radiográfico do ameloblastoma multicístico na radiografia panorâmica quando se apresenta como um defeito radiolúcido unilocular pode ser comumente confundido com lesões císticas, como o ceratocisto (BRANDÃO; BRESCIA, 2011; GEBRIM; CHMMAS; GOMES, 2010). O ceratocisto também pode ter um comportamento mais agressivo, se apresentando como lesões multiloculadas de limites imprecisos, por ruptura de suas margens corticais e extensão para as partes moles, sendo indistinguíveis do ameloblastoma (GEBRIM; CHMMAS; GOMES, 2010). Desta maneira, as biópsias cervicofaciais são procedimentos propedêutico-diagnósticos fundamentais para a definição terapêutica (BRANDÃO; BRESCIA, 2011).

Para realizar o diagnóstico diferencial dessas lesões pode-se realizar biópsia por punção aspirativa. O procedimento é simples e o material puncionado é encaminhado ao patologista para análise (BRANDÃO; BRESCIA, 2011). Caso a quantidade de material coletado não seja o suficiente para o diagnóstico deve se realizar a biópsia incisional. No caso da paciente ML realizou-se a biópsia aspirativa para diagnóstico diferencial de ameloblastoma e ceratocisto, no entanto como resultado foi insuficiente, foi realizada a biópsia incisional com confirmação diagnóstica de ameloblastoma multicístico.

4.2 TRATAMENTO

O prognóstico e tratamentos dos ameloblastomas variam muito e há controvérsias (NEVILLE, B. W. et al., 2009). Após o correto diagnóstico com a utilização da biópsia incisional para diferenciar de lesões císticas de origem odontogênica como o cisto dentífero e o ceratocisto, se utiliza a tomografia computadorizada, principalmente em lesões extensas, para poder planejar corretamente o tratamento, pois dessa forma pode-se mensurar o tamanho da lesão, a técnica indicada e se pode ainda utilizar a TC para confecção de protótipos esteriolitográficos auxiliando o planejamento cirúrgico (MARZOLA, 2008; RODRIGUES et al., 2010).

A escolha terapêutica varia para cada caso levando em consideração a idade, extensão da lesão, tipo de tumor e localização (RODRIGUES et al., 2010).

Por ser um tumor infiltrativo, embora benigno, ele tende a se instalar entre as trabéculas do osso esponjoso intacto, sendo assim a margem da lesão se estende além de sua aparência clínica e radiográfica (NEVILLE, B. W. et al., 2009).

O tratamento depende do tipo histológico e localização da lesão, ele pode variar desde enucleação, curetagem, marsupialização, crioterapia, ou uma combinação das técnicas de ressecção (marginal ou segmentar) (FRANÇA et al., 2012; NEVILLE, B. W. et al., 2009).

O ameloblastoma é um tumor benigno, de crescimento lento, mas de comportamento agressivo, o que explica as altas taxas de recidivas (AURORA et al., 2009; ZACHARIADES, 1998). A recidiva aparece entre 50% e 90% na técnica de curetagem por frequentemente deixar ilhas de tumor dentro do osso. É um tratamento que consiste na remoção do tumor por instrumentação em contato direto no local, demorando aproximadamente 5 anos para se considerar livre da doença. Essa técnica é mais utilizada no tratamento do ameloblastoma unicístico (NEVILLE, B. W. et al, 2009).

Quanto à ressecção marginal, ela pode apresentar até 15% de recidiva, sendo o tratamento mais utilizado, que consiste na ressecção do tumor sem a interrupção da continuidade do osso (MONTORO et al., 2008; NEVILLE, B. W. et al, 2009).

Já a ressecção parcial ou segmentar consiste na ressecção do tumor pela remoção de porção de espessura total do osso, no qual na mandíbula pode variar

desde um pequeno defeito de continuidade até uma hemimandibulectomia (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2009).

No caso da paciente ML, logo após o diagnóstico, já foi solicitada a tomografia computadorizada para que se pudesse mensurar o tamanho da lesão e assim planejar da melhor maneira a cirurgia. Na TC da paciente ML consegue se observar grande área hipodensa, multilocular que envolve a região mesial do elemento 37 à linha média da mandíbula, expandindo, adelgaçando e rompendo as corticais ósseas alveolares vestibular e lingual, deslocando o canal mandibular inferior e mantendo sua integridade. O ameloblastoma provocou a reabsorção das raízes dos elementos 33, 34, 35 e 37. Pode-se observar uma área com aspecto hiperdenso na região dos elementos 37 e 38.

O tratamento realizado foi a ressecção parcial e utilizou-se uma margem de segurança de 1,5 cm para que, dessa forma, se evite recidivas.

É por meio da TC que se faz a prototipagem 3D e através dela se realiza a modelagem prévia da placa de reconstrução planejada dando uma melhor conformidade facial a paciente. A prototipagem, para o caso da paciente ML, foi de extrema importância para otimizar o tempo cirúrgico, trazendo maior segurança e facilidade para a técnica operatória.

O sucesso no tratamento depende principalmente do diagnóstico precoce e da eficácia da primeira terapêutica, preferencialmente em serviços especializados. (FRANÇA et al., 2012).

4.3 REABILITAÇÃO

Os tumores da face vêm deixando grandes prejuízos estéticos e funcionais nos pacientes que se submetem aos tratamentos e é de suma importância realizar as reabilitações para manter a forma da face e suas funções (fala, deglutição, mastigação e respiração) com intuito de reinserir o paciente na sociedade e para que se tenha uma melhora da qualidade de vida, minimizando os danos psicológicos (KURIAKOSE, 2017; SASSI et al., 2005). Devemos, dessa forma, reabilitar o paciente reconstituindo seus defeitos ósseos, levando em consideração ser um processo muito desafiador. Pelas ressecções serem oncológicas os defeitos

resultantes nunca serão os mesmos de um paciente para outro (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2009; MARQUES NETO; JOAQUIM ANTÔNIO, 2013, SASSI et al., 2005).

Existe uma gama de procedimentos a disposição do cirurgião tais como placas para fixação, enxertos autógenos e enxertos microvascularizados (MARQUES NETO; JOAQUIM ANTÔNIO, 2013).

Os enxertos autógenos são compostos de tecidos do próprio indivíduo, é o material considerado ideal. Ele é o único a oferecer células ósseas vivas imunocompatíveis essenciais à fase I da osteogênese, que é quando há regeneração óssea das células transplantadas no enxerto que irão se proliferar e formar o novo osteoide, ou seja, quanto mais células vivas mais tecido ósseo formado. Esses enxertos podem vir em blocos que serão peças de osso esponjoso e subjacente: da crista ilíaca, costela, fíbula. Existem também os enxertos esponjosos-medulares particulados que contém mais células osteogênicas e por ser particulado mais células sobrevivem ao transplante. E ainda apresentam como vantagem a não resposta imunológica (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2009).

O enxerto autógeno, através da microcirurgia, tem mostrado uma evolução satisfatória, sendo mais uma opção para reconstrução mandibular (CONDENZO et al., 2017).

Os enxertos compostos apresentam tanto tecido mole quanto tecido ósseo. Existe o enxerto pediculado e o composto livre. O primeiro apresenta tecido mole que permanece ao osso garantindo, assim, o suprimento sanguíneo. Já o segundo é removido do organismo e reposicionado imediatamente, no qual o suprimento sanguíneo é restaurado por anastomose dos vasos (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2009).

A fíbula é um enxerto apropriado à reabilitação da mandíbula, embora apresente altura óssea reduzida quando comparada a tal, mas tem se mostrado longínqua nos quesitos estética e funcionalidade do tratamento e se mantido sem intercorrências, sendo assim ela pode reintegrar o paciente mais rapidamente a sociedade e minimiza problemas com a fala e deglutição, além de problemas psicológicos, para que dessa forma se crie um menor trauma. Ela também é o osso vascularizado mais longo disponível para reconstrução mandibular (CONDENZO et al., 2017; KURIAKOSE, 2017; PORTINHO et al., 2015; SASSI et al., 2005).

A reconstrução microvascularizada providencia uma base excelente, caso necessário, para inserção de implantes e apresenta um bom contorno facial. Essa técnica tem mostrado um resultado bom de recuperação tanto no sítio receptor quanto no sítio doador (SASSI et al., 2005). Atualmente a transferência de osso vascularizado por técnica microcirúrgica é o padrão-ouro para a reconstrução mandibular, mas ela também vem sendo aplicada na maxila pela possibilidade de reconstrução tridimensional (PORTINHO et al., 2015).

No caso da paciente ML havia dois tipos de reabilitações possíveis: enxerto livre de fíbula ou de costela.

Optou-se pelo enxerto livre de fíbula na paciente, porque é uma boa opção de reconstrução mandibular que traz consigo uma excelente anatomia e uma ótima base para colocação de implantes, já que era de extrema importância a reabilitação para essa paciente que é uma mulher jovem e com muita vaidade e ajuda no restabelecimento e recuperação das funções mastigatórias.

Além de apresentar uma grande quantidade de tecido ósseo disponível, a fíbula é um osso autógeno, que é considerado o ideal para enxertias, sendo assim, esse tipo de reabilitação tem um índice elevado de sucesso e se mostra longínquo em quesitos funcionais e estéticos.

5 CONCLUSÃO

As reconstruções dos defeitos ósseos da face são um processo desafiador e único para o cirurgião, todos os casos são diferentes e devem ser planejados pensando na melhor maneira de reinserir o paciente o mais rápido possível na sociedade.

Diante de todos os casos devem ser levados em consideração a localização da lesão, o tipo de tumor e a extensão da lesão para que dessa forma se possa considerar os tratamentos e reabilitações, e haja uma correta primeira terapêutica e mais chances de sucesso. É essencial o pedido da TC para que se consiga aferir o correto tamanho da lesão, pois ela vai além do aspecto radiográfico.

As reabilitações têm o intuito de recuperar funcionalidade (fala, mastigação, deglutição e respiração) e estética do paciente, minimizando todos os danos psicológicos e traumas causados por essas mutilações inerentes ao tratamento, para que se consiga reinseri-lo no seu convívio social junto com a melhora na sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ARORA, H. et al. Soft Tissue Recurrence of Ameloblastoma. **International Journal of Medical Sciences**, v. 8, no. 1, p. 60-63, 2009.
- BRANDÃO, L. G.; BRESCIA M. D. G. **Cirurgia de cabeça e pescoço: fundamentos para a graduação médica**. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2011.
- CONDEZO, A. F. B. et al. Reabilitação dentária e reconstrução mandibular com retalho microvascularizado de fíbula. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 17, n. 3, p. 38-41, 2017.
- DE SÁ, A. C. D. et al. Ameloblastoma da mandíbula: relato de dois casos. **Radiologia Brasileira**, v. 37, n. 6, p. 465-468, 2004.
- FRANÇA, A. J. B. et al. Enxerto ósseo microvascularizado na reconstrução mandibular: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 16, n. 1, p. 45-49, 2016.
- FRANÇA, L. J. L. et al. Ameloblastoma demographic, clinical and treatment study: analysis of 40 cases. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 78, no. 3, p. 38-41, 2012.
- GEBRIM, E. M. S.; CHAMMAS, M. C.; GOMES, R. L. E. **Radiologia e diagnóstico por imagem: cabeça e pescoço**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- GOMES, A. C. A. et al. Conceito atual no tratamento dos ameloblastomas. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 6, n. 3, p. 9-16, 2006.
- GULINELLI, J. L. et al. Rehabilitation using immediate loading in patients with partial resection of the jaw. **Revista clínica de periodontia, implantología y rehabilitación oral**, v. 10, no. 1, p.10-13, 2015.
- HUPP, J. R; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- KAHAIRI, A. et al. Management of large mandibular ameloblastoma—a case report and literature reviews. **Archives of Orofacial Sciences**, v. 3, no. 2, p. 52-55, 2008.
- KIM, S. G.; JANG, H. S. Ameloblastoma: a clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics**, v. 91, no. 6, p. 649-653, 2001.
- KURIAKOSE, M. A. **Contemporary oral oncology: oral and maxillofacial reconstructive surgery**. Buffalo: Springer, 2017.
- LIMA, H. C. et al. Utilização off-label das rhBMP-2 como estratégia de regeneração do tecido ósseo em ameloblastoma mandibular. **Einstein**, v. 15, n. 1, p. 92-95, 2017.

LUNARDI, L. V. et al. Tratamento cirúrgico do ameloblastoma com reconstrução de mandíbula com enxerto de crista ilíaca não vascularizado-estudo de sete casos **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 28, n. 1, p. 9-12, 2001.

MAIA, E. C.; SANDRINI, F. A. L. Management techniques of ameloblastoma: a literature review. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, no. 1, p. 62-69, 2017.

MARZOLA, C.; TOLEDO FILHO, J. L.; MELLO JÚNIOR, E. F. Ameloblastoma de mandíbula – Apresentação de caso clínico-cirúrgico. **Anais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco**, v. 8, n. 2, p. 135-42, 1998.

MARZOLA, C. **Fundamentos de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial**. São Paulo: Big Forms, 2008. 6v.

MONTORO, J. R. M. C. et al. Mandibular ameloblastoma treated by bone resection and imediate reconstruction. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 74, no. 1, p. 155-157, 2008.

NAKAMURA, N. H. Y; MITSUYASY, T; OHISHI, N. Comparision og long-term results between different approaches to ameloblastoma. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology**, v. 93, no. 1, p. 13-20, 2002.

MARQUES NETO, J. A., **Reconstrução mandibular após ressecção de ameloblastoma: relato de dois casos clínicos**. 2013. 27f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2013.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PORTINHO, C. P. et al. Reconstrução microcirúrgica de mandíbula com retalho livre de fíbula. **Revista da AMRIGS**, v. 59, n. 1, p. 39-54, 2015.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. **Patologia oral correlações clinicopatológicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1991.

RODRIGUES, T. L. C. et al. Tumores benignos dos maxilares: análise retrospectiva de 10 anos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 10, n. 2, p. 91-96, 2010.

SASSI, L. M. et al. Reconstrução com enxerto microvascularizado de fíbula em mandíbula com duplo segmento em porção anterior em edentados. Variante–I. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 34, n. 1, p. 37-41, 2005.

SASSI, L. M. et al. Reconstrução com enxerto microvascularizado de fíbula em mandíbula com duplo segmento em corpo de mandibula dentado–variante II.

Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (impressa), v. 36, n. 3, p. 183-184, 2007.

STEA, G. Recurrence of ameloblastoma in the autogenous iliac bone graft. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 43, no. 5, p. 657-659, 1985.

TORRES-LAGARES, D. et al. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. **Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**, v. 10, no. 3, p. 231-238, 2005.

ZACHARIADES, N. Recurrences of ameloblastoma in bone grafts. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 17, no. 5, p. 316-318, 1998.