

Janeysa Santos Neves

INTERCORRÊNCIAS PÓS OPERATÓRIAS NAS RECONSTRUÇÕES CIRÚRGICAS APÓS EXÉRESE DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Monografia apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial .

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Drummond Naves

Faculdade de Odontologia – UFMG

Belo Horizonte

2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Amauri e Maria Helena,
pelo apoio constante, incentivo e por
sempre acreditarem em mim, não medindo
esforços para meu crescimento profissional.

Aos meus irmãos, Leniana, Lucyla e
Rodrigo, pela amizade, presença e colaboração.

Dedico este trabalho

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, e ao Hospital Municipal Odilon Behrens.

Ao Profº Dr. Marcelo Drummond Naves, pelos sábios ensinamentos e presteza na orientação deste trabalho.

Aos Professores Drº Evandro Guimarães de Aguiar, Drº Bruno Pereira Campanha, Vladimir Reimar Noronha, Claudio Rômulo Communian, , Fernando Magalhães e André Fernandes Maia , pelo exemplo de profissionalismo e competência.

A todos os Professores do Curso, pelos preciosos ensinamentos transmitidos com dedicação e eficiência.

Aos Colegas do Curso, em especial Lucas Bernanos Mesquita Guimarães, pelo prazer da convivência.

Aos Funcionários de Apoio Técnico-Administrativo da Faculdade de Odontologia da UFMG e do Hospital Municipal Odilon Behrens, pela valiosa colaboração prestada.

A todos aqueles que contribuíram para a conquista desta vitória.

“Curar é uma questão de tempo, mas às vezes é também uma questão de oportunidade.”

(Hipócrates)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. INTERCORRÊNCIAS PÓS OPERATÓRIAS NAS RECONSTRUÇÕES CIRÚRGICAS APÓS EXÉRESE DE AMELOBLASTOMA:RELATO DE 3 CASOS CLÍNICOS	07
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	35

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi elaborado em forma de Artigo, conforme normas da **Revista do CROMG – Odontologia, Ciência e Saúde**, como requisito para a obtenção do Título de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

**2. INTERCORRÊNCIAS PÓS OPERATÓRIAS NAS RECONSTRUÇÕES
CIRÚRGICAS APÓS EXÉRESE DE AMELOBLASTOMA:**

RELATO DE 3 CASOS CLÍNICOS ¹

**COMPLICATIONS POSTOPERATIVES IN SURGERY RECONSTRUCTIONS
AFTER EXCISION OF AMELOBLASTOMA:**

3 CLINICAL CASE REPORT.

JANEYSA SANTOS NEVES ²

MARCELO DRUMMOND NAVES ³

¹ Este trabalho é parte da monografia de conclusão do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/ MG.

² Cirurgiã-dentista. Especialista em Periodontia – Faculdades Federais De Odontologia de Diamantina-Diamantina/MG. Especializanda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial- Faculdade de odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte/Mg

³ Doutor em Estomatologia, Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG.Brasil.

INTERCORRÊNCIAS PÓS OPERATÓRIAS NAS RECONSTRUÇÕES

CIRÚRGICAS APÓS EXÉRESE DE AMELOBLASTOMA:

RELATO DE 3 CASOS CLÍNICOS

RESUMO

O ameloblastoma é uma neoplasia benigna agressiva de epitélio odontogênico que corresponde a 1% de todos os cistos e tumores da cavidade oral, e 10% dos tumores odontogênicos em mandíbula. São tumores localmente invasivos que possuem, como apresentação clínica, aumento de volume de crescimento lento e indolor dos ossos gnáticos. Há diversas formas de tratamento para os diferentes tipos de ameloblastoma, sendo contudo, o tratamento cirúrgico radical o mais indicado para muitos dos casos. O presente trabalho consiste no relato de três casos clínicos, tratados cirurgicamente, no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Municipal Odilon Behrens e Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte – Minas Gerais), nos quais houveram intercorrências pós-operatórias (exposição de placa de reconstrução, perda de parafusos e fratura de placa de reconstrução). Em todos os casos realizou-se uma abordagem multidisciplinar para os pacientes, a fim de proporcioná-los condições estéticas e funcionais satisfatórias.

Palavras-chave:

Ameloblastoma; Complicações; Cirurgia Bucomaxilofacial

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, raro, que representa 1% dos tumores e cistos da cavidade oral. Pode apresentar-se como uma tumefação assintomática ou uma lesão de grandes proporções, com perfuração das corticais ósseas, além de deslocamento e reabsorção dental. Possui crescimento lento, aparência benigna, invasividade local e alta incidência de recorrência. Podem ser classificados como sólido ou multicístico, unicístico e periférico. (LUNARDI, 2000; NEVILLE, 2009) Dentre os tipos de ameloblastoma, o multicístico é o mais frequente e acomete principalmente adultos jovens, com idade de 35 anos, sem predileção por sexo. Acomete a mandíbula quatro vezes mais que a maxila, é mais comum na região de molares e de ramo, mas pode também ser encontrado no seio maxilar e cavidade nasal. Pela carência de sintomas, o paciente geralmente consulta o profissional quando este apresenta grande extensão. Radiograficamente apresenta-se como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular, de bordas definidas e, na maioria dos casos, associada a dente incluso. (MONTORO et al, 2008).

O tratamento pode variar desde curetagem até amplas ressecções ósseas, com ou sem reconstrução. O acompanhamento pós-operatório com exames de imagem é essencial, uma vez que apresentam altos índices de recidiva. (MONTORO et al, 2008; DE SILVA et al, 2012; KARAGOZ et AL, 2012). O tratamento, muitas vezes, pode ser complexo, difícil, mutilador, e pela extensão da abordagem, em certos casos, pode haver intercorrências tais como exposição de placa, afrouxamento e perda de parafusos, infecção e fratura de placa de reconstrução.

Possíveis complicações podem se justificar pela má fixação do retalho aos cotos ou pela insuficiência vascular. (CHEM et al, 2005).

Muitos estudos relatam uma taxa de complicação elevada, até 70%, devido à fratura de placa e parafuso, afrouxamento de parafuso, exposição da placa, e infecção. (COHEN et al, 2009).

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a revisão de literatura, o critério inicial utilizado para escolha dos artigos ou informes, foi o tratamento cirúrgico radical de ameloblastoma.

Para pesquisa dos documentos foram utilizadas as bases de dados de artigos científicos na área da saúde dos sites de buscas da Bireme e PubMed em português, inglês e espanhol, além de livros científicos. Foram usados os descritores: ameloblastoma, complicações e cirurgia bucomaxilofacial.

Os artigos foram então obtidos, através do Portal Capes, na biblioteca da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG), e analisados.

Após a leitura e análise de todas as publicações obtidas, foi definido o critério de escolha para composição do trabalho. Foram utilizadas aquelas que apresentaram resultados validados por análises estatísticas ou com registros clínicos relevantes.

Estudos longitudinais de casos clínicos ou de relatos de casos com evidencia da aplicabilidade das reconstruções cirúrgicas após exérese de ameloblastoma foram levados em conta.

Foi possível discutir a literatura estudada em três casos clínicos. Os casos foram documentados e relatados neste estudo, para compor o objetivo deste trabalho.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é discutir possíveis intercorrências pós-operatórias após tratamento cirúrgico de ameloblastoma por meio de relato de três casos clínicos, nos quais os pacientes foram submetidos a tratamento radical.

RELATO DE CASOS

CASO 1

Paciente S.G.T, gênero feminino, 41 anos de idade, apresentando como queixa principal “aumento de volume na região do queixo há cerca de 2 anos” . Ao exame clínico, nota-se aumento de volume na região mentual e migração dos dentes presentes. (Fig. 1)



FIGURA 1 : Exame clínico. A: aspecto frontal evidenciando grande aumento de volume e migração dentária. B: vista de perfil. C: vista antero-posterior

Os exames imaginológicos evidenciaram o aspecto multilocular da lesão (Fig. 2 A, B e C)



FIGURA 2: A: radiografia panorâmica; B: tomografia computadorizada corte axial; C: tomografia computadorizada reconstrução 3D;

Como conduta, foi realizada a biópsia incisional, o que juntamente ao exame clínico, imaginológico e histopatológico levaram a confirmação do diagnóstico de ameloblastoma.

O planejamento consistiu em exérese total do tumor, com margem de segurança de 1cm e reconstrução por meio de placa de reconstrução. Para tanto, foi requisitada tomografia computadorizada para confecção de prototipagem 3D, modelagem da placa de acordo com a cirurgia de modelo e contato com a cirurgia torácica.

Foram realizadas a reserva de sangue e CTI, e a cirurgia aconteceu sob anestesia geral, iniciando pela traqueostomia eletiva, acesso Risdon estendido bilateral, excisão do tumor e mandibulectomia com margem de segurança de 1cm, fixação por meio de placa de reconstrução do sistema Locking 2.4. Foi colocado dreno à vácuo no pós operatório imediato para evitar a presença de espaço morto além de colaborar para diminuição do edema o que proporciona menor desconforto ao paciente. (Fig. 3)

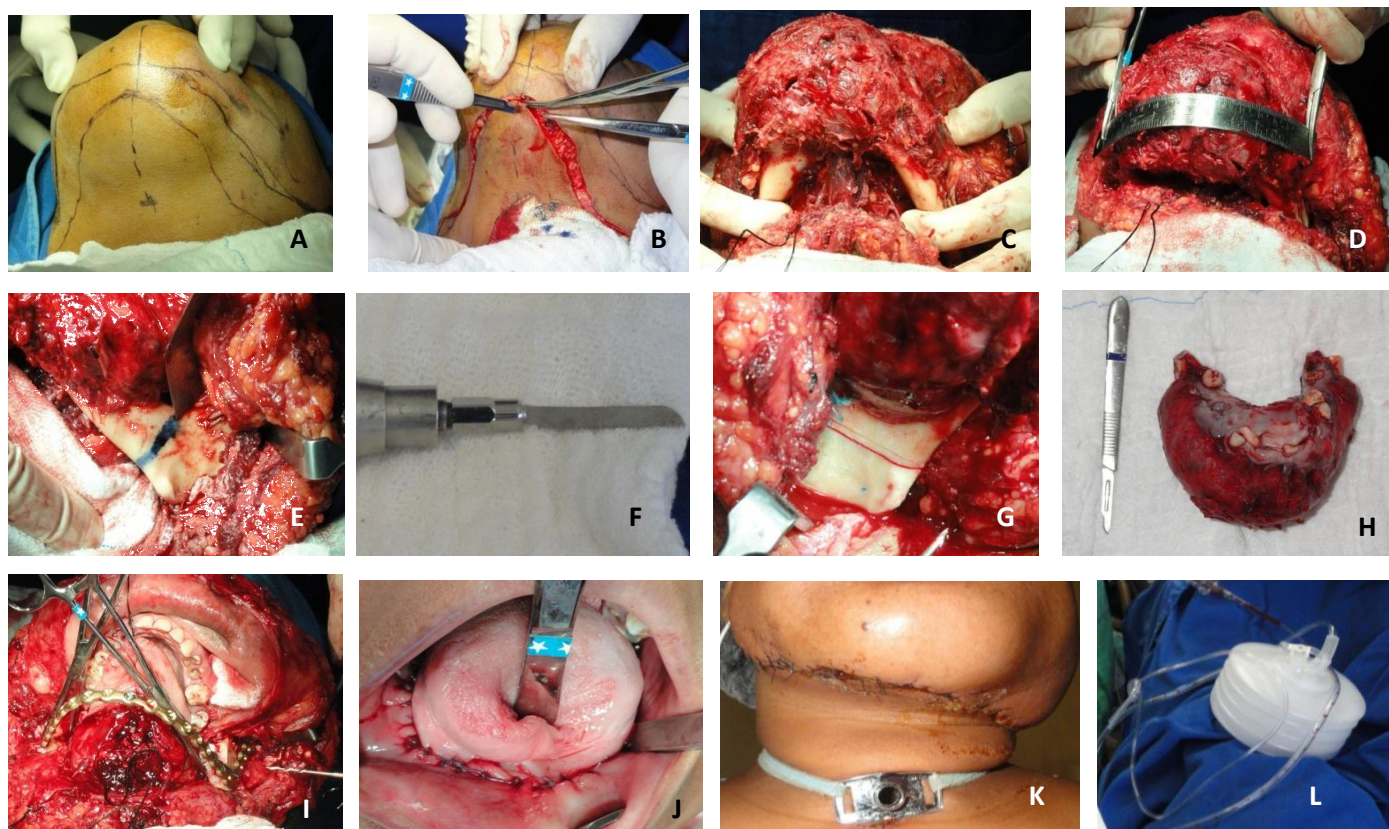


Figura 3 : Ato cirúrgico. A: Marcação do acesso; B: Acesso Risdon estendido bilateral; C: Vista da lesão e parte de osso mandibular sadio; D: Vista da lesão; E: Marcação da osteotomia do lado esquerdo da mandíbula com 1cm de margem de segurança; F: Serra recíprocante utilizada para realização da osteotomia; G: Osteotomia lado direito da mandíbula mantendo 1cm de margem de segurança; H: Peça cirúrgica; I: Instalação da placa de reconstrução sistema Locking 2.4; J: Sutura intra oral evidenciando total cobertura da placa de reconstrução; K: Sutura extra oral e cânula de traqueostomia em posição; L: Dreno à vácuo.

As radiografias pós-operatórias imediatas mostram a adaptação da placa de reconstrução ao cotos mandibulares remanescentes.(Fig. 4)



Figura 4: Radiografias pós operatórias. A: Radiografia PA de mandíbula; B: Radiografia lateral oblíqua lado direito; C: Radiografia lateral oblíqua lado esquerdo

No 13º dia de pós-operatório houve exposição da placa. (Fig. 5)

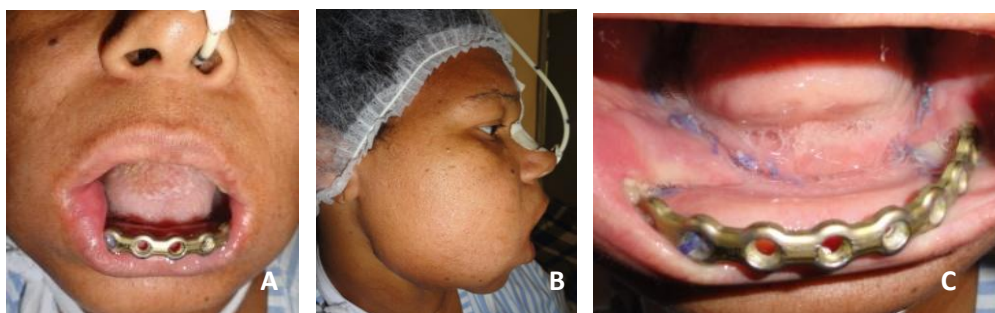


Figura 5: A: Vista frontal evidenciando exposição da placa de reconstrução; B: Vista de perfil; C: Aspécto intra oral

Nova cirurgia foi planejada para remoção da placa. A paciente ficou internada por 47 dias desde a 1ª intervenção cirúrgica, acompanhada pela equipe multidisciplinar. (Fig. 6)

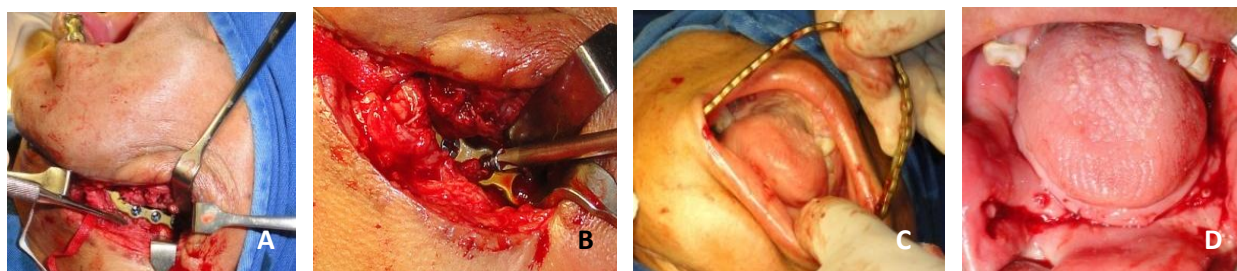


Figura 6 A: Acesso à placa de reconstrução lado esquerdo; B: remoção dos parafusos da placa de reconstrução; C: Remoção da placa de reconstrução via intra oral; D: Aspécto clínico intra oral após a remoção da placa de reconstrução.

Apesar de não ter sido logrado o sucesso da fixação da placa, a paciente vem evoluindo bem com os trabalhos exaustivos da fonoaudiologia, nutrição e fisioterapia, apresentando selamento labial e ausência de sialorréia, e está sendo preparada para nova cirurgia de reconstrução e enxerto autógeno. O tratamento multidisciplinar é de grande importância, especialmente nesses casos em que ocorrem intercorrências pós-operatórias. (Fig. 7, 8, 9 e 10).



FIGURA 7: Aspécto clínico nove dias após alta hospitalar. A: Vista frontal; B: Vista de perfil



FIGURA 8 Aspécto clínico seis meses de pós operatório. A: Vista frontal; B: Vista de perfil; C: Aspécto intra oral



FIGURA 9 : Aspécto clínico onze meses de pós operatório. A: Vista frontal; B e C: Vista de perfil.



FIGURA 10: Tomografia computadorizada de 14 meses de pós-operatório. A: Corte axial; B: Corte coronal.

CASO 2

Paciente P.R.R., 29 anos de idade, gênero masculino, melanoderma, procedente de Belo Horizonte, foi encaminhado ao serviço de Estomatologia do Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte, com a queixa de presença de “caroço na boca” (Fig. 11 e 12). Paciente relata lesão com diagnóstico de ameloblastoma há 2 anos. O Paciente não apresentava alterações sistêmicas.

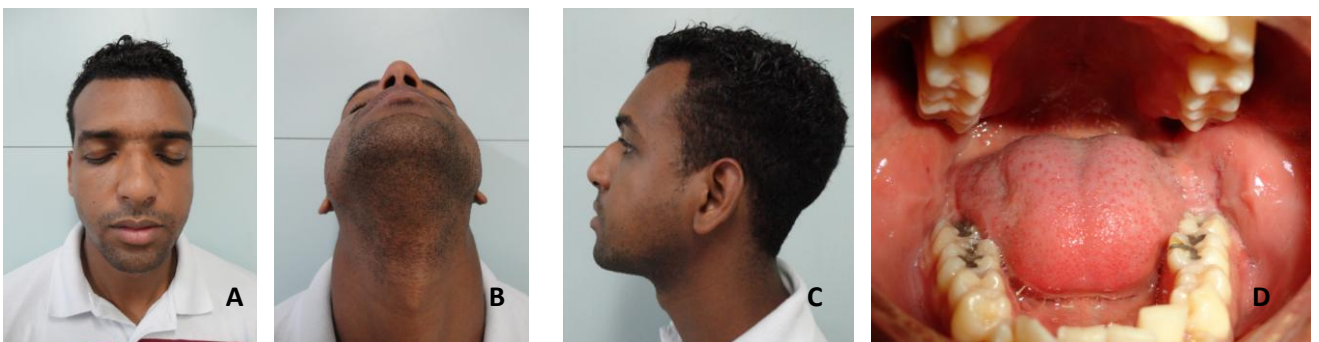


FIGURA 11 :exame clínico; A: vista frontal; B: vista Antero-posterior; C: perfil; D: exame clinico intra-oral

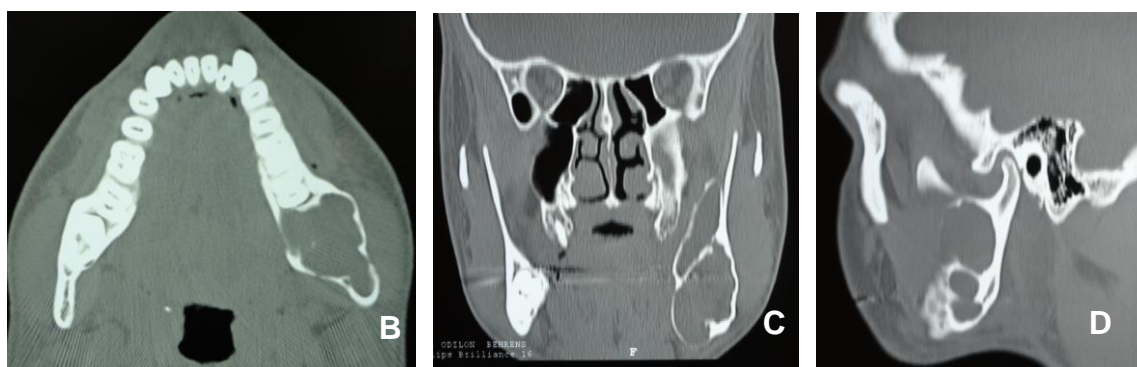


FIGURA 12 : exames imaginológicos; A: radiografia panorâmica; B, C e D- tomografia computadorizada cortes coronal, axial e sagital)

Foi realizada nova biopsia incisional onde juntamente com os exames clínico e imaginológico, o diagnóstico histopatológico de ameloblastoma foi confirmado. Foi planejado ressecção parcial da mandíbula, reconstrução com enxerto costochondral e fixação com placa de reconstrução 2.4. Para tanto, foi confeccionado prototipagem 3D para modelagem da placa de reconstrução (fig. 18) e realizado contato com a equipe multidisciplinar (cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, cirurgia torácica, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem e equipe de suporte nutricional enteral e parenteral). A equipe planejou a realização de traqueostomia eletiva, reserva de CTI e de sangue, além de ter feito o contato do paciente com toda a equipe prévia à cirurgia, onde todas as suas dúvidas foram esclarecidas.

A cirurgia iniciou-se pela traqueostomia eletiva, remoção do enxerto costochondral (costela), acesso Risdon estendido, ressecção cirúrgica (excisão da lesão e mandibulectomia com 1cm de margem de segurança), fixação da placa de reconstrução do sistema AO 2.4 e enxerto costochondral, suturas por planos e curativos.(Fig. 13)

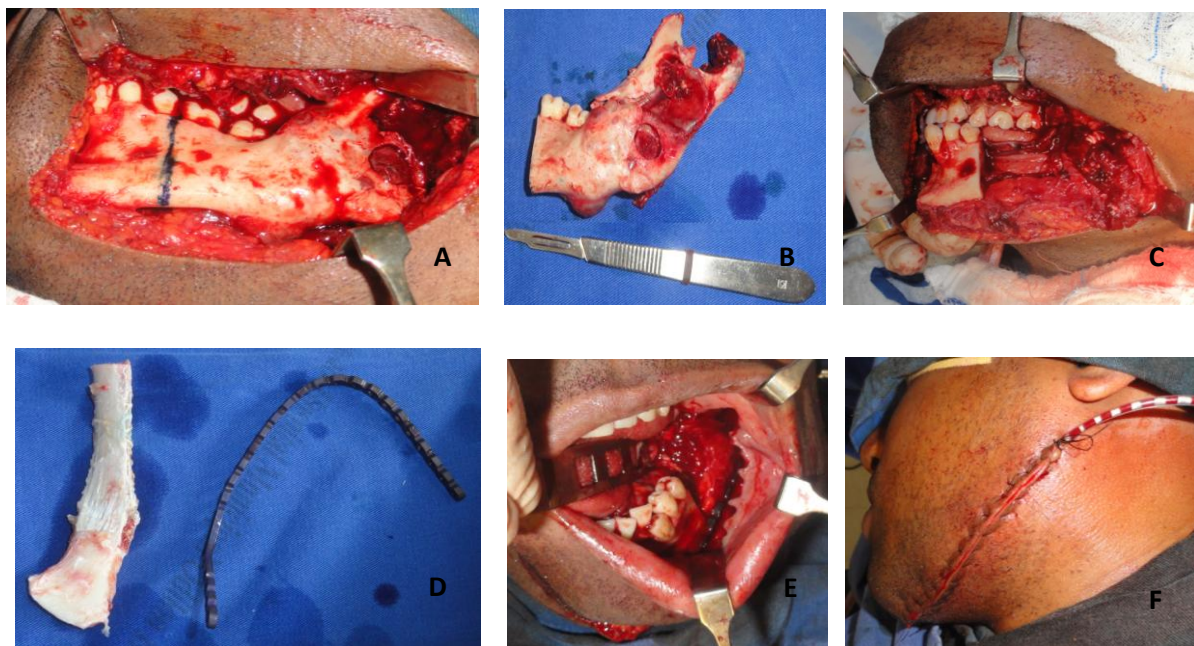


FIGURA 13 : tratamento cirúrgico; A: marcação da osteotomia; B: peça cirúrgica; C: loja cirúrgica; D: enxerto costochondral e placa de reconstrução pré modelada; E: placa de reconstrução e enxerto em posição; F: sutura extra-oral com dreno de sucção.

O paciente foi acompanhado uma vez por semana, com 28 dias, observou-se que houve afrouxamento de dois parafusos do coto distal da fixação, com migração dos mesmos para região submandibular e drenagem serosa ativa. (Fig. 14, 15 e 16).

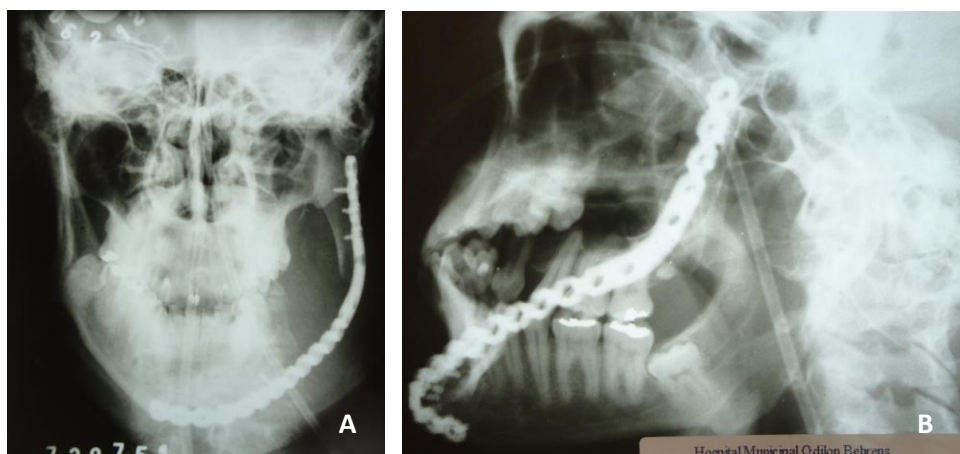


FIGURA 14 :radiografias pós operatório imediato; A: radiografia pósterio-anterior de mandíbula; B: radiografia lateral oblíqua lado esquerdo.

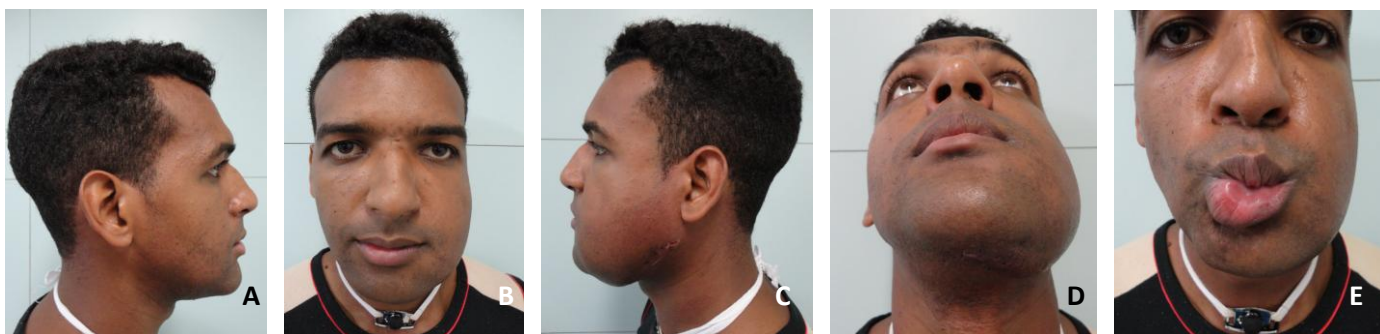


FIGURA 15 :dez dias de pós operatório; A: vista perfil lado direito; B: vista frontal; C: vista perfil lado esquerdo; D: vista Antero-posterior; E: vista frontal evidenciando função motora.

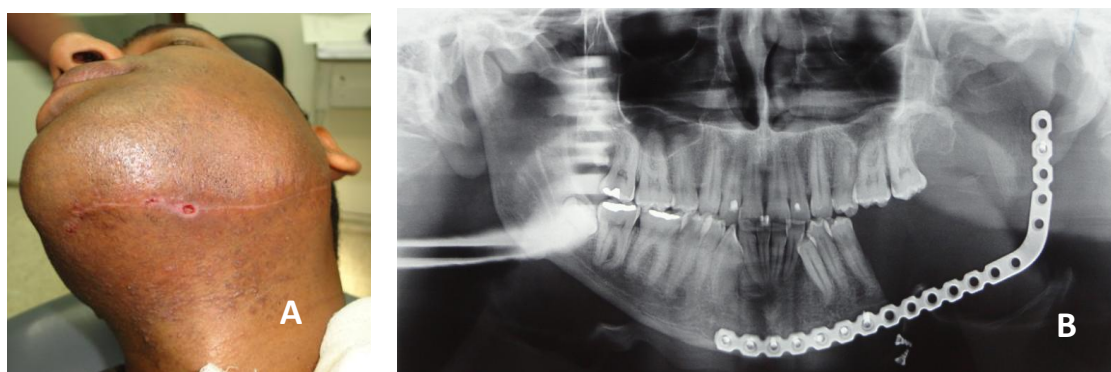


FIGURA 16 : afrouxamento e migração de parafusos. A- visão clínica extra-oral ; B: radiografia panorâmica)

Foi planejada então, nova abordagem cirúrgica para fixação de outros parafusos. Foi realizada a cirurgia com acesso Risdon e fixados outros dois parafusos. Optou-se por não remover os parafusos da região submandibular uma vez que não havia presença de fístula, evitando-se assim outro acesso o que diminui o risco de infecção com consequente contaminação da placa de reconstrução. (Fig. 17 e 18).



FIGURA 17 : reintervenção cirúrgica; A: vista clínica pré-operatório; B: acesso à placa de reconstrução para apertamento dos parafusos; C: sutura extra-oral.



FIGURA 18 :dois meses após a reintervenção cirúrgica; A: vista perfil lado direito; B: vista frontal; C: vista perfil lado esquerdo; D: Vista frontal- abertura bucal.

CASO 3

Paciente M.J.A.S., 35 anos de idade, gênero feminino, residente em Congonhas - M.G., procurou o serviço de especialização em CTBMF, da Faculdade de Odontologia da UFMG. A indicação foi realizada por um profissional da sua região, para tratamento de provável ameloblastoma mandibular lado esquerdo. A paciente foi avaliada pela equipe no período de junho do ano de 2009. O histórico relatado pela paciente é de que uma lesão na mesma região já fora diagnosticada anteriormente, há aproximadamente 4 anos. O profissional que a diagnosticou realizou, na época, a remoção do dente envolvido, curetagem e envio do material para análise. A paciente havia sido orientada com relação ao acompanhamento do caso, porém a mesma não realizou os retornos. A queixa principal da paciente consistia em percepção de um pequeno “caroço” na boca, que havia aumentado com o tempo, não havendo nenhuma sintomatologia relacionada. Ao exame físico, a paciente não apresentava assimetria facial, edemas ou limitações funcionais dos movimentos mandibulares. O exame intra-oral revelou má oclusão dentária com presença de mordida aberta anterior e ausência dos dentes 36 e 47. Os dentes presentes não possuíam mobilidade.

A radiografia panorâmica mostrava a presença de uma lesão radiolúcida de grandes proporções em região posterior de mandíbula no lado esquerdo, que se relacionava aos dentes

34, 35 e 37. O aspecto radiográfico da lesão apresentava várias imagens foliculares arredondadas associadas. (Fig. 19)



FIGURA 19: radiografia panorâmica

A hipótese diagnóstica, em vista da coleta de todas estas informações, foi de ameloblastoma recidivante. Após realização de biópsia incisional que confirmou a hipótese diagnóstica de ameloblastoma, foi traçado plano de tratamento que consistiu em ressecção parcial da mandíbula envolvendo os dentes 33, 34, 35 e 37, e reconstrução com placa de titânio. Esta opção foi determinada uma vez que, a lesão recidivante possui comportamento mais invasivo e o prognóstico seria desfavorável com o tratamento conservador devido o acometimento da estrutura óssea basal. Foi realizada tomografia computadorizada para delimitação das margens do tumor, de maneira a planejar as osteotomias com margem de segurança, para evitar futura recidiva. Foi solicitada prototipagem para auxílio do planejamento cirúrgico, otimização do procedimento reconstrutivo e ganho de tempo cirúrgico na adaptação da placa. (Fig. 20).

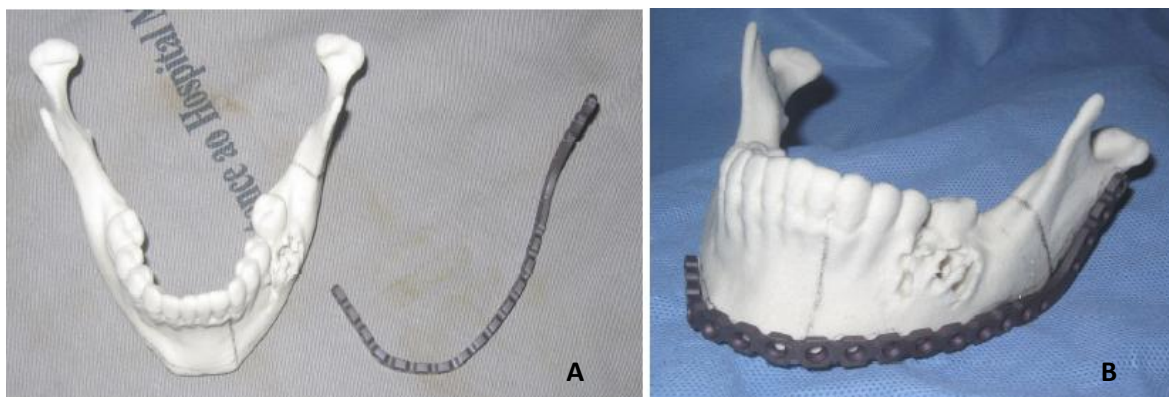


Figura 20 : modelagem da placa de reconstrução; A: vista do modelo e da placa de reconstrução; B: vista da adaptação da placa de reconstrução no protótipo.

Sob anestesia geral foi extraído o dente 33, instalada barra de Erich e acesso Risdon para exposição da hemimandíbula esquerda. Após evidenciar toda a porção mandibular de interesse as linhas de osteotomia foram marcadas, conforme estabelecido no protótipo. Foi realizado o bloqueio maxilomandibular da paciente com fios de aço para manter referências oclusais. A placa de reconstrução foi fixada conforme o planejamento realizado. Logo após, procedeu-se com a ressecção mandibular. A porção mandibular ressecada contendo o tumor foi removida do leito cirúrgico e enviada ao laboratório de patologia da Faculdade de Odontologia da UFMG para análise histopatológica. A cirurgia foi finalizada com a síntese dos tecidos por planos e remoção do bloqueio maxilomandibular. A paciente não apresentou complicações pós-operatórias recebendo alta hospitalar no dia seguinte. (Fig. 21)



FIGURA 21: tratamento cirúrgico; A: acesso à lesão; B: bloqueio maxilo mandibular; C: osteotomia e placa de reconstrução em posição.

Radiografias pós-operatórias evidenciaram excelente adaptação da placa de reconstrução à mandíbula remanescente além de contorno anatômico satisfatório. (Fig 22)



Figura 22 :radiografia panorâmica pós operatória

Após um mês de pós-operatório, a paciente queixava-se apenas do incomodo causado pela parestesia no lábio inferior do lado esquerdo. Não apresentava limitações dos movimentos mandibulares de abertura, lateralidade e protrusão mantendo função mastigatória parcialmente restabelecida. Os contornos faciais apresentavam simetria viável. Com relação à oclusão, percebemos desvio da linha media dentária mandibular para a esquerda em relação a linha media dentária superior e descruzamento da mordida na região posterior direita.

Após 3 anos sem comparecer aos retornos, a paciente procurou novamente os serviços de Cirurgia e traumatologia bucomaxilo facial da UFMG/ Hospital Municipal Odilon Bherens, apresentando edema e queixa álgica na região de mandíbula esquerda, que foi reabilitada por placa de reconstrução. Ao exame radiográfico foi diagnosticada fratura da placa de reconstrução. A paciente negou qualquer tipo de trauma em face. (Fig. 23 e 24).



FIGURA 23 :exame clínico após fratura da placa de reconstrução. A: visão antero-posterior; B: perfil lado direito; C: perfil lado esquerdo; D: visão frontal com abertura bucal; E: exame clínico intra-oral.

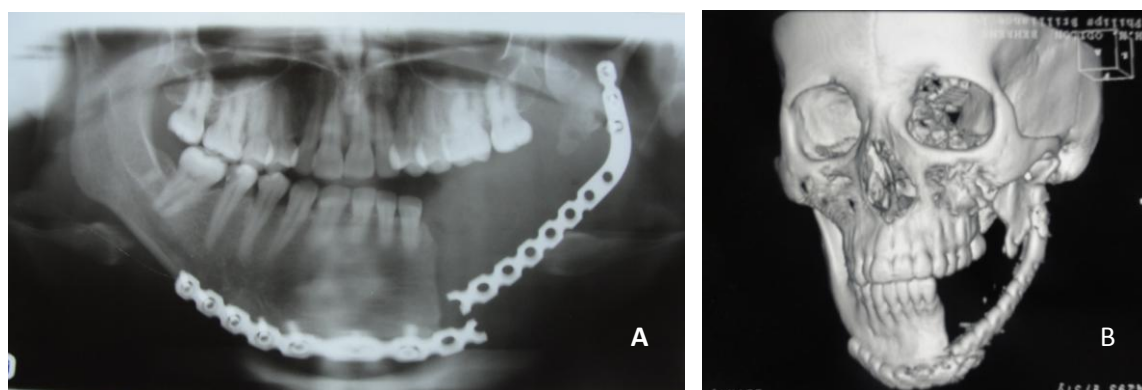


FIGURA 24 : exames imaginológicos. A: radiografia panorâmica; B- tomografia computadorizada reconstrução 3D)

A mesma foi submetida à nova cirurgia para substituição da placa de reconstrução, para tal foi realizado prototipagem para planejamento. (Fig. 25)

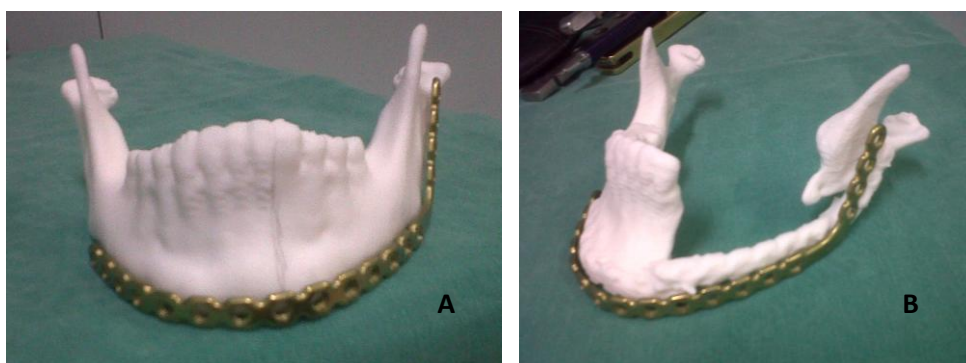


Figura 25 :modelagem da placa de reconstrução. A: visão frontal evidenciando adaptação da placa de reconstrução no protótipo; B: visão de perfil do protótipo e placa de reconstrução pré-moldada.

Foi realizada reserva de CTI e de sangue e a cirurgia aconteceu iniciando-se pela traqueostomia eletiva, acesso risdon estendido, procedeu-se a remoção da placa fraturada e instalação de nova placa modelada previamente tomando-se os cuidados para manter posição condilar adequada. Para tal realizou-se bloqueio maxilo-mandibular para fixação da nova placa e após instalada e removido o bloqueio os movimentos mandibulares foram testados. Não houve comunicação com o meio intra oral e realizou-se sutura por planos e curativo compressivo. (Fig. 26).

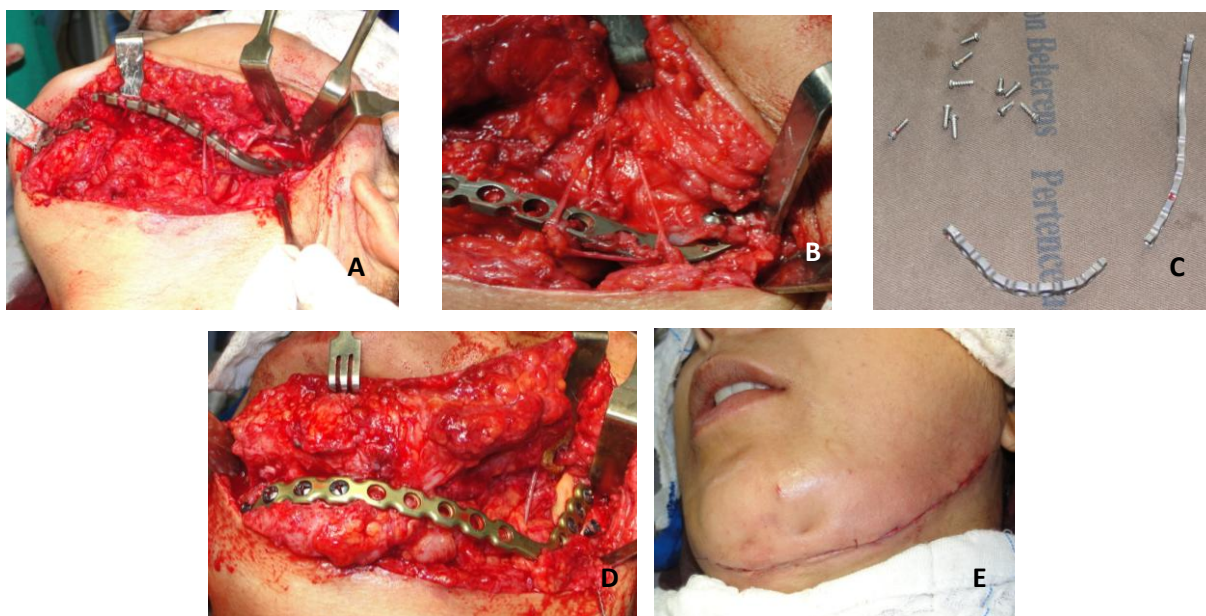


FIGURA 26 :tratamento cirúrgico. A: acesso cirúrgico evidenciando placa de reconstrução fraturada; B: visão aproximada da placa de reconstrução; C: placa de reconstrução fraturada e parafusos removidos; D: nova placa de reconstrução em posição; E: sutura extra-oral.

A paciente encontra-se em acompanhamento e mantém ausência de queixas, apresentando contorno facial mantido, movimentos mandibulares preservados, alimenta-se livre via oral e possui estética aceitável. (Fig. 27 e 28)



FIGURA 27 : 30 dias de pós-operatório. A: aspecto intra-oral; B: aspecto extra-oral

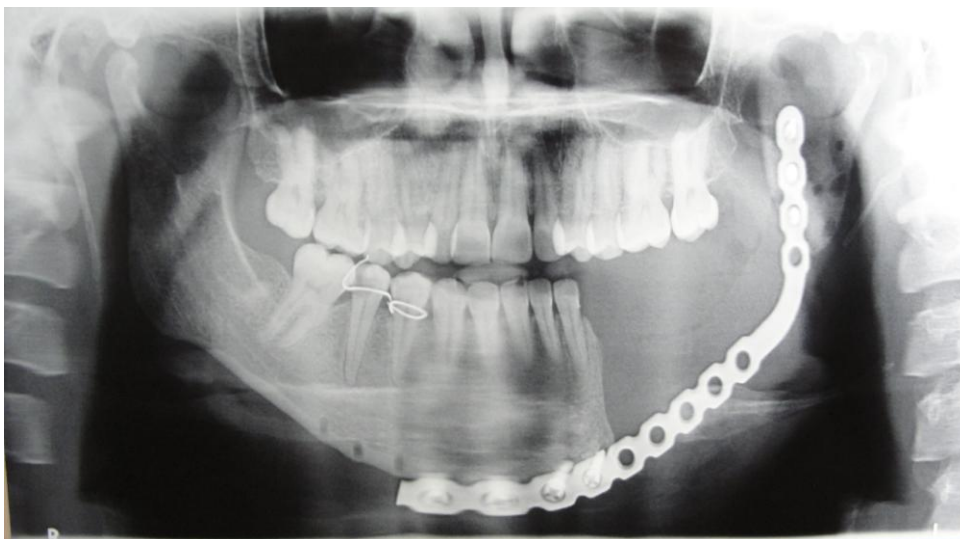


FIGURA 28 : radiografia panorâmica no trigésimo dia de pós-operatório

DISCUSSÃO

Os tumores odontogênicos são neoplasias que se desenvolvem exclusivamente na mandíbula e na maxila, originando-se dos tecidos odontogênicos, por proliferação de tecido epitelial, mesenquimal ou ambos. O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno de origem epitelial, conhecido por ser localmente agressivo e com alto índice de recidiva.

Atribui-se sua origem a partir do epitélio envolvido na formação do germe dentário, como: restos do órgão de esmalte; epitélio de cistos odontogênicos; distúrbios do desenvolvimento do órgão do esmalte; e células basais do epitélio da superfície dos maxilares. No entanto, o estímulo que levaria essas estruturas a sofrer degeneração neoplásica continua desconhecido. (OLAITAN, ADEKEYE, 1996).

A proporção entre os ameloblastomas da mandíbula e maxila corresponde a 80% dos casos em mandíbula e 20% em maxila. Dentre os 80% dos ameloblastomas da mandíbula, 70% deles ocorre na região dos molares. Dentre os ameloblastomas originados na maxila, 47% se desenvolvem em região de molar, 15% em seio maxilar e soalho das fossas nasais, 9% na região de pré-molares, 9% na região de caninos e 2% no palato. (GARDNER, 1996)

Clinicamente, há predominância na terceira e quarta décadas de vida, parecendo não haver preponderância de gênero (NEVILLE, 2009).

É comum a lesão ser diagnosticada após anos de desenvolvimento, por tratar-se de uma lesão assintomática, de crescimento lento, causando aumento e deformação facial (REICHART, PHILIPSEN, SONNER; 1995). O quadro clínico do ameloblastoma é pobre, sendo que parestesias e dor são raramente relatadas, o que talvez venham contribuir para seu diagnóstico tardio, na maioria dos casos. Edema gengival, abaulamento da cortical óssea mandibular e mobilidade dentária representam as queixas principais (CRUZ et al, 2001). Nos casos apresentados neste trabalho, notou-se demora no diagnóstico pela sintomatologia inicial ser de pouco incômodo ao paciente, pois todos três casos apresentaram abaulamentos indolores, sendo que no caso 1 a paciente apresentava deformidade facial devido à proporção do crescimento da lesão notada pela paciente há anos. Assim, segundo relato dos pacientes, a procura para tratamento era postergada, já que não havia sintomatologia dolorosa ou outra queixa que levasse a desconforto maior. Outro fato observado é que, desde o momento em

que o paciente decide procurar tratamento, os profissionais da área da saúde também apresentam dificuldade no diagnóstico, o que sugere à pouca quantidade de profissionais habilitados. Esse fato foi notado na história clínica dos pacientes, pois apresentavam longos períodos sem tratamento, desde o início da procura de recursos até seu diagnóstico e/ou tratamento definitivos.

LUNARDI *et al.* em 2000, relataram tratamento de 31 pacientes com ameloblastoma em mandíbula e destes, 22 submetidos à cirurgia conservadora ou não. Quanto às complicações, a exposição de placa independente do material utilizado aconteceu em 40% dos casos, sendo a intercorrência mais comum, seguida de fratura e perda de parafuso. Quando há exposição extra-oral, a perda de parafusos é concomitante e a retirada da placa é imediata. Na exposição de placa intra-oral, a tentativa de recobrimento da placa é desejável através de retalhos intra-orais, apesar da exposição reincidir, como ocorreu no referido estudo. (LUNARDI *et al.* 2000).

No caso clínico 1 deste trabalho foi tratado um ameloblastoma localizado em região anterior de mandíbula. Esta localização não é usual de acordo com a literatura. (POGREL,1997; TOMMASI, 1989; NEVILLE, 2009). O planejamento cirúrgico foi realizado com base nas dimensões do tumor, no seu grau de invasão e possibilidade de recidiva. Optou-se então pela ressecção total com margem de segurança. Foram devolvidos o contorno e a função, utilizando-se a técnica de reconstrução por meio de placa de reconstrução de titânio, objetivando manutenção do contorno facial devido sua moldagem espacial, boa estabilidade face ao tamanho da placa e pouca compressão. (STORNI *et al.*, 1999). Neste caso a placa de reconstrução foi impossibilitada de ser fixada prévia à osteotomia como indicado para preservar a posição condílica e manter a anatomia mandibular, devido à extensão do tumor. Conforme alto índice de complicações relatadas na literatura

(LUNARDI, 2000; COHEN, 2009), neste caso houve exposição da placa de reconstrução, possivelmente pela instalação desta placa em posição mais anterior, dificultando a inserção muscular suturada na mesma que pode ter causado maior tensão nos tecidos, apesar de que o retalho foi fixado aos cotos com a placa e parafusos, de forma a apresentar imobilidade, objetivando dessa forma, a regeneração entre os tecidos. A grande deformidade devido a extensão do tumor pode ter dificultado a modelagem da placa, além de que houve obstrução da cânula da traqueostomia causando dificuldade respiratória, e manobras para desobstrução podem ter contribuído para rompimento da sutura e conseqüente exposição da placa de reconstrução.

No caso clínico 2, de acordo com a prevalência na literatura, a localização do ameloblastoma era na região de molares e ramo mandibular. Como havia envolvimento condilar, planejou-se a ressecção de toda a lesão e reconstrução por meio de enxerto costochondral e placa de reconstrução, que de acordo com a literatura é uma opção desejável, quando se trata de reconstrução da articulação temporomandibular (PURICELLI, 2000). No pós-operatório, houve afrouxamento e deslocamento de dois parafusos, possivelmente pela fixação destes na porção cartilaginosa do enxerto que é de grande fragilidade, quando deveriam ter sido fixados na porção óssea. No trans-operatório, a localização das porções cartilaginosa e óssea do enxerto é de difícil visualização, além de que a acomodação do enxerto na melhor posição pode tornar imprescindível à fixação de parafusos em cartilagem que, por vezes, não evoluem com intercorrências.

No caso clínico 3, o ameloblastoma acometeu região de molar em concordância com a prevalência na literatura. A paciente foi tratada por meio de ressecção cirúrgica da lesão e reconstrução por meio de placa de reconstrução. Após três anos, houve fratura da placa de reconstrução na região de curvatura da mesma, que pode ter se tornado fragilizada quando da

modelagem da mesma com o auxílio da prototipagem 3D, devido às diversas manipulações, objetivando melhor adaptação. Hoje em dia, pode-se pensar em reabilitação por meio de enxerto microvascularizado, o que não foi proposto para a paciente uma vez que a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Municipal Odilon Behrens encontra-se em fase de estruturação, juntamente com a equipe da cirurgia vascular para realização deste tipo de reabilitação

Vários fatores podem influenciar nas intercorrências pós-operatórias, sendo essas na maioria das vezes multifatoriais. Na expectativa de diminuir o índice dessas intercorrências, no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFMG/ Hospital Municipal Odilon Behrens, nos casos de patologias agressivas com necessidade de reconstrução, como nos ameloblastomas, o protocolo de atendimento consiste em uma abordagem multidisciplinar, em que optou-se por sempre realizar reserva de sangue e CTI, devido ao porte da cirurgia, e traqueostomia eletiva, uma vez que nesses casos é comum ocorrer edema importante face ao rompimento das inserções musculares e, muitas vezes, da inserção da língua, mantendo-se desta forma a via aérea do paciente. Outra conduta de grande valia é o contato prévio do paciente com toda a equipe multidisciplinar, pois o mesmo sofrerá menor impacto com a morbidade oriunda da cirurgia mediante o conhecimento do quadro pós-operatório, além de se sentir mais seguro em relação ao tratamento proposto.

CONCLUSÕES

O diagnóstico tardio da lesão de ameloblastoma é um fator complicador do prognóstico do paciente. Quando diagnosticado precocemente, a morbidade oriunda do tratamento em questão é reduzida.

Nos casos clínicos apresentados neste trabalho, a conduta de um acompanhamento multidisciplinar foi essencial para reabilitação dos pacientes e resolução das intercorrências. No caso clínico 1 em especial, em que a paciente encontra-se em preparo para nova cirurgia para reconstrução, a psicologia, fonoaudiologia e nutrição possuem uma importância ímpar na reabilitação, pois, por meio do trabalho exaustivo dessas especialidades, a paciente encontra-se verbalizando, alimentando-se livre via oral e mantendo o convívio social inalterado.

A abordagem do paciente pela equipe multidisciplinar possibilita uma completa reabilitação dos pacientes, minimizando o impacto da radicalidade do tratamento cirúrgico no seu meio social, em especial quando ocorrem intercorrências pós-operatórias, uma vez que o paciente é preparado para as possíveis complicações.

Com base no alto índice de intercorrências e tratamentos mutiladores, mesmo com todos os cuidados oferecidos pela equipe multidisciplinar, conclui-se que deve haver maior investimento para o diagnóstico precoce dos tumores odontogênicos.

ABSTRACT

Ameloblastoma is aggressive benign tumor of odontogenic epithelium that corresponds to 1% of all cysts and tumors on oral cavity, and 10% of odontogenic mandible tumors. They are locally invasive tumors that have clinical presentation and increased volume of bone gnathic slow growth, painless and development of malocclusion. There are several ways to treat different types of ameloblastoma, being however the surgical radical as indicated for the majority of cases. This review is a report of three cases, surgically treated at the Department of Maxillofacial Surgery of Hospital Municipal Odilon Behrens and Federal Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte - Minas Gerais), were obtained postoperative complications (exposure of plate reconstruction, loss of screws and plate fracture reconstruction. In all cases there was a multidisciplinary approach for patients in order to provide them satisfactory esthetic and functional conditions.

Keyword: Ameloblastoma; Complications; Oral and maxillofacial surgery

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHEM, R.C. et al. Uso de retalho de fibula no complex buco-maxilo-facial- relato de dois casos. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe, v.5, n.4, p. 23-30, out/dez 2005.
2. COHEN, A. et al. Mandibular reconstruction using stereolithographic 3-dimensional printing modeling technology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009;xx:xxx
3. CRUZ RL, SAMPAIO RKPL, SOUZA RA, MERLY F. Conceitos atuais no diagnóstico e tratamento dos tumores odontogênicos. In: CARVALHO MB. Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia. SãoPaulo: Atheneu; 2001. pp.325-41.
4. GARDNER DG: Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 82:660-669, 1996.
5. Achieving adequate margins in ameloblastoma resection: the role for intra-operative specimen imaging. Clinical report and systematic review. Plos One. 2012;7(10):e47897. Doi DE SILVA, I *et al.*: 10.1371/journal.pone.0047897.epub 2012 Oct 19.
6. LUNARDI, D.V et al. Tratamento cirúrgico d ameloblastoma com reconstrução de mandíbula com enxerto de crista ilíaca não vascularizado – estudo de sete casos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões — Vol. 28 – no 1 — 9. 2000.
7. KARAGOZ H, et AL. Mandibular reconstruction after hemimandibulectomy. J Craniofac Surg. Sep;23(5):1373-4. 2012.
8. MONTORO et al. Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. Rev Bras Otorrinolaringol. vol.74, n.1. 2008.
9. NEVILLE BW, DAMMA DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE: Tumors of odontogenic epithelium-Ameloblastoma, In: Neville BW, Damma DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral and Maxillofacial Pathology, 3rd edition WB Saunders, Philadelphia: 2009, pp.702-712.
- 10.OLAITAN AA, ADEKEYE EO. Clinical features and management of ameloblastoma of the mandible in children and adolescents. BR J Oral Maxillofac Surg 1996; 34: 248-251.
- 11.POGREL, M. A. et al. A comparision of vascularized and nonvascularized bone grafts for reconstruction of mandibular continuity defects. J. oral maxillofac. Surg., Philadelphia, vol.55, p. 1200-1206, 1997.
- 12.PURICELLI, E. Atualização na Clinica Odontológica. In: CHISTA FELLER & RIAD GOMB. Tratamento Cirúrgico da ATM. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

13. REICHART PA, PHILIPSEN HP, SONNER S: Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 31B:86-99, 1995
- ROBINSON, L; MARTINEZ, M.G. Unicystic ameloblastoma: A prognostically distinct identity. *Cancer*, v. 40, p. 2278,1995.
14. STORNI, V. C. C. et al. Ameloblastoma na região anterior de mandíbula- Uso de placa de reconstrução. *Revista da APCD*. v. 53. N. 5. Set/out. 1999.
15. TOMMASI, A. F. Cistos e tumores odontogênicos. In: TOMMASI, A. F. *Diagnóstico em patologia bucal*. 2º Ed. Curitiba: Pancast, 1989, cap 16, p. 279-300.

ANEXOS

REVISTA DO CROMG – Normas para publicação de texto

1. INTRODUÇÃO

A **Odontologia, Ciência e Saúde – Revista do CROMG** destina-se à publicação de trabalhos relevantes para a ciência e a prática odontológicas, visando à promoção e ao intercâmbio do conhecimento entre os profissionais da área da saúde.

2. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS

- 2.1 Os artigos encaminhados à revista serão apreciados pelo Corpo Editorial, que decidirá sobre a sua aceitação, podendo consultar a Comissão de Assessoria Científica. Só serão publicados mediante parecer favorável do Corpo Editorial. Podem ser recusados aqueles que não se enquadrarem nos critérios de qualidade estabelecidos para a Revista.
- 2.2 A categoria dos trabalhos abrange artigos originais e/ou inéditos. A submissão de um artigo implica que este não esteja sendo considerado simultaneamente para publicação em outro periódico. Os autores devem enviar carta de submissão e cessão de direitos à Revista do CROMG nos seguintes termos:

Eu (nós), [nome(s) do(s) autor(es)], autor(es) do trabalho intitulado [título do trabalho], que submeto(emos) para apreciação do corpo editorial e publicação na Revista do CROMG, afirmo(amos), por meio deste instrumento, que trata-se de artigo original, sem qualquer interesse financeiro nos produtos citados. Declaro(amos) que o citado artigo não foi nem está sendo considerado para publicação em nenhum outro periódico, quer seja no formato impresso ou eletrônico, transferindo, assim, todos os direitos de publicação para a Revista do CROMG. No caso de recusa do material, tal transferência de direitos fica automaticamente revogada. Declaro(amos) ainda ter lido e aprovado o texto final.

(Local, data, nome e assinatura do autor responsável e dos demais autores)

- 2.3 As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores.
- 2.4 O CROMG não se encarregará de devolver os artigos aos seus autores, independentemente de serem ou não aceitos para publicação. Fotografias, originais e ilustrações, todavia, ficarão à disposição dos autores na Biblioteca do CROMG após sua avaliação e/ou publicação.

3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS TEXTOS

- 3.1 O trabalho deverá ser digitado em formato A4 com no máximo 24 (vinte e quatro) páginas (correspondendo a oito impressas), corpo 12, espaço duplo, fonte Times New Roman, incluindo ilustrações e tabelas. O material poderá ser impresso, acompanhado de cd com o arquivo, e entregue no CROMG e/ou enviado via e-mail para < revista@cromg.org.br >.
- 3.2 O trabalho deverá ser apresentado na seguinte ordem:
 - a. **página inicial** – a primeira página deverá conter título em português e inglês, nome completo dos autores, graus acadêmicos e afiliações institucionais, nome, endereço,

telefones, fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deverá ser enviada; e, se for o caso, dentre eles, o interlocutor adequado para solucionar dúvidas referentes ao texto e à produção gráfica do material;

b. **segunda página** – apenas o nome do artigo, sem nomes, identificação ou informações sobre os autores para que a avaliação possa ser realizada com isenção;

c. **estrutura do trabalho** – o texto deverá apresentar resumo, introdução, material e métodos, resultados e discussão, conforme a orientação a seguir (estruturação de um artigo ou relato de uma pesquisa):

- **resumo** (sinopse de até 200 palavras) com unitermos (palavras-chaves de identificação de conteúdo do trabalho);
- **introdução** – exposição geral do tema, podendo conter os objetivos ou incluir a revisão de literatura (exposição sucinta da informação sobre o tema, em ordem cronológica);
- **material e métodos** – núcleo do trabalho, com exposição, aplicação e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia;
- **resultados e discussão** – parte final do trabalho, baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo;
- **abstract** – tradução do resumo para o inglês com unitermos (*keywords*);
- **referências** – relacionadas em ordem alfabética e enumeradas consecutivamente (ver item 3.3).

3.3. Citações e referências bibliográficas

A atual normalização proposta e adotada pela Revista está de acordo com a NBR-6023/2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

3.4.1. **Citações bibliográficas** no texto seguem os seguintes exemplos:

a. Citação livre

Waerhaug (1977) – quando o autor faz parte do texto;
(WAERHAUG, 1977) – quando suceder a citação;
Schour e Massler (1947) – quando se tratar de dois autores;
Rossi, Amorim e Pacheco (1999) – quando se tratar de três autores;
Løe *et al.* (1965) – no caso de mais de três autores.
Várias citações de autores diferentes, citá-los em ordem alfabética separados por ponto e vírgula.

O angioma das leptomeninges pode ocorrer na ausência do angioma facial (BYE *et al.*, 1993; CAIAZZO *et al.*, 1998; COHEN Jr., 1995; ENJOLRAS *et al.*, 1985; REICH e WIATRAC, 1995; REIMÃO e LEFÈVRE, 1979; TRUHAN e FILIPEK, 1993).

Exemplo:

b. **Citação textual** – a reprodução deve vir tipograficamente destacada (itálico). Citações curtas fazem parte do parágrafo. Citações longas, com mais de três linhas, devem formar um ▶

▶ parágrafo independente, recuado a 4cm da margem esquerda e com espaço menor. O número da página deve ser incluído na referência bibliográfica.

c. Citação de citação – faz-se citação do autor do documento não consultado, seguido das expressões “citado por”, “segundo” ou “conforme o autor” do texto efetivamente consultado. Relacionar os dados do autor referenciado e do documento original na referência bibliográfica.

Exemplo:

Rozanis (1979), citado por Marcos (1980), propõe índice periodontal.

3.4.2. Referências

a. Livro considerado no todo

AUTOR. Título. Edição. Local: Editora, data. Nº de páginas.

Exemplo:

GROSSMAN, I.I. *Tratamento dos canais radiculares*. 4.ed. Rio de Janeiro: Atheneu S.A., 1956. 425p.

b. Capítulo de livro

– Quando o autor do capítulo for diferente do autor do livro (fazer a chamada pelo autor do capítulo):

AUTOR DO CAPÍTULO. Título do capítulo. In: AUTOR DO LIVRO. Título, subtítulo do livro. No de edição. Local de publicação (cidade): Editora, data. Capítulo, páginas inicial-final.

Exemplo:

PAPAPANOU, P. N. Epidemiology and natural history of periodontal disease. In: LANG, N.P.; KARRING, T. *Proceedings of the 1st European Workshop on Periodontology*. London: Quintessence, 1994. Session 1, p.23-41.

– Quando o autor do capítulo for o mesmo da obra principal (fazer a chamada pelo autor da obra):

AUTOR. Título. Edição. Local: Editora, data. No do capítulo: título, páginas inicial-final.

Exemplo:

TEN CATE, A.R. *Histologia bucal*; desenvolvimento, estrutura e função. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. Cap.13: Desenvolvimento do periodonto, p.193-207.

c. Periódicos

AUTOR. Título do artigo. Título do periódico, local da publicação, volume, número, páginas inicial-final, mês e ano.

Exemplo:

BYSTRÖM, A.; CLAESSEON, R.; SUNDQVIST, G. The antibacterial effect of camphorated paramonochlorophenol, camphorated phenol and calcium hydroxide in the treatment of infected root canal. *Endod. Dent. Traumatol.*, Copenhagen, v.1, n.5, p.170-175, Oct. 1995.

d. Dissertações e teses

AUTOR. Título; subtítulo. Ano de apresentação. Nº de folhas¹ ou volumes. Categoria (grau e área de concentração) – Nome da faculdade, nome da instituição, cidade.

Exemplo:

LAJES, E.M.B. *Prevalência da cárie e da doença periodontal em portadores de fissura lábio-palatal*. 1999. 120f. Dissertação (Mestrado em Periodontia) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

e. Congressos, conferências, encontros e outros eventos

NOME DO CONGRESSO, número, ano, local de realização (cidade). Título; subtítulo da publicação. Local de publicação (cidade): Editora, no de páginas ou volumes, data da publicação.

Exemplo:

CONGRESSO INTERNACIONAL DE HEGEL, II, 1976, Lisboa. *Idéia e matéria*; comunicações ao Congresso de Hegel. Lisboa: Livros Horizontes, 96p, 1976.

f. Entidades coletivas

Exemplo:

BRASIL, Ministério da Cultura. Conselho Nacional de Direito Autoral. *Legislação de Normas*. Brasília, 365p, 1985.

g. Documentos eletrônicos

A referência de documentos eletrônicos deve incluir todos os dados comumente usados para os documentos convencionais, acrescentando-se o endereço eletrônico.

AUTOR. Título (tipo de suporte). Edição (versão). Local: Editora, data da publicação. Data de revisão [data de citação]. Disponibilidade e acesso: endereço eletrônico entre brackets < > ISBN.

Exemplo:

CARROL, L. *Alice's adventures in Wonderland* [on line]. Texinfo ed.2.1. Dortmund, Germany: WindSpiel, Nov. 1994. (cited 10 February, 1995) Available from Word Wide Web: < http://www.germany.eu.net/brooks/carroll/alice.html >. ISBN 0681006447.

3.4. Ilustrações, tabelas e quadros (elementos opcionais)

Deverão ser numeradas consecutivamente e referenciadas no texto (FIG. 1, TAB. 1 ou QUADRO 1).

As ilustrações ou fotos deverão ser anexadas aos originais com a numeração correspondente no verso e suas legendas, ou digitalizadas preferencialmente com resolução de 300dpi e gravadas em extensão .tif ou .jpg. As legendas devem conter título (identificação) e fonte.

As tabelas e quadros deverão seguir as normas do IBGE, constantes das Resoluções nos 11 e 12/88 da Conmetro, de 12 de outubro de 1988: título e legenda na parte superior; fontes e notas na parte inferior.

Para maiores informações, consultar:

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. de. *Manual para normatização de publicações técnico-científicas*. 8.ed. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Cap.12: Ilustrações, p.110-121.

¹ Para os trabalhos impressos só no anverso da folha, a indicação é “folha”, e não página.