

Daniela Barbabela de Castro Tavares Branco

**RECORRÊNCIA DE  
AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO:  
RELATO DE CASO**

Faculdade de Odontologia – UFMG  
Belo Horizonte  
2013

Daniela Barbabela de Castro Tavares Branco

# **RECORRÊNCIA DE AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO: RELATO DE CASO**

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  
2013

## AGRADECIMENTOS

Pai e Mãe, mais uma conquista que só consegui porque tenho vocês do meu lado, me apoiando, me incentivando e dando todas as condições para que eu aproveitasse o curso da melhor forma possível.

Bel, como tudo na vida, divido com você a realização de mais um sonho. Obrigada pela presença constante, pelo apoio e pela vontade me ver vencer cada obstáculo.

Aos meus familiares e amigos, agradeço por entenderem a minha ausência e, mesmo de longe, curtirem e compartilharem cada vitória comigo.

Henrique, dupla!! Dividimos as inseguranças do início, as batalhas e conquistas ao longo de 2 anos. Obrigada pelo carinho, pelo companheirismo, cumplicidade e ensinamentos. Tenho certeza que a parceria continua.

Diego, não sei se foi sorte ou destino, mas você tornou o meu curso completo! Professor, aluno, amigo, companheiro, foi de tudo um pouco... Aprendi muito com você e sei que não termina aqui...

Louis, Cris, Rô, Ra, Flavinha e Floripa... família! O curso não seria o mesmo sem cada um de vocês. Obrigada por tanta coisa boa nesse tempo juntos.

Aos meus queridos R2, Ronaldo, Lucas, Jana, Andrei, Toninho e Marcelo, pelo carinho, atenção e pela boa vontade em nos ajudar e nos ensinar no início do curso.

Julierre, Lucas, Lu, Fábio, Lidi e Da Mata, meus R1. Agradeço a companhia, a confiança e os bons momentos.

Aos professores, pelo aprendizado e exemplo de profissionalismo.

Às funcionárias da FO-UFMG, funcionários e colegas do HMOB, por toda ajuda, que só se somou à minha formação.

Agradeço a Renata, pela imensa ajuda na conclusão desse trabalho.

Enfim, Agradeço a Deus por colocar todas essas pessoas no meu caminho!

Obrigada Meu Deus por sempre se fazer presente na minha vida, me abençoando, me guiando, dando forças. Por me proporcionar sempre o melhor, mesmo quando, às vezes, acho o contrário...

Essa conquista é mais uma obra Sua!

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água do mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.” (Madre Teresa de Calcutá)

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	6
<b>2. RECORRÊNCIA DE AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO: RELATO DE CASO</b>	7
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	23
<b>ANEXO</b>	25

# **1- INTRODUÇÃO**

Essa monografia foi apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

**2- RECORRÊNCIA DE  
AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO:  
RELATO DE CASO <sup>1</sup>**

**RECURRENCE OF  
PERIPHERAL AMELOBLASTOMA:  
A CASE REPORT**

DANIELA BARBABELA DE CASTRO TAVARES BRANCO <sup>2</sup>

MARCELO DRUMMOND NAVES <sup>3</sup>

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. 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.

**RECORRÊNCIA DE  
AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO:  
RELATO DE CASO**



## RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, de crescimento lento, mas de comportamento agressivo, devido aos padrões histológicos que tendem a se infiltrar por entre os trabeculados ósseos adjacentes a lesão, o que explica as altas taxas de recorrência. Muitos são os tratamentos propostos, que incluem abordagens mais conservadoras como a curetagem e marsupialização até as mais radicais, com ressecções parciais ou hemimandibulectomia, com margem de segurança. Este trabalho apresenta um caso de recorrência de ameloblastoma em tecido mole, após 15 anos da ressecção mandibular com enxerto costo-condral vascularizado e discute a ocorrência da recidiva, o planejamento e as possibilidades de tratamento. É fundamental um bom diagnóstico associando imagens radiográficas, tomográficas e a anamnese e, independente da abordagem, é imprescindível o controle pós-operatório por anos, devido ao caráter agressivo e recidivante da lesão.

**Unitermos:** ameloblastoma, recorrência, reconstrução mandibular.

## INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é uma lesão benigna, que se origina do epitélio odontogênico. Apresenta crescimento lento, indolor e é localmente invasivo, devido aos padrões histológicos que tendem a se infiltrar por entre os trabeculados ósseos adjacentes a lesão. Corresponde a 1% de todos os tumores orais (NEVILLE *et al.*, 2004; OLAITAN *et al.*, 1998). O Ameloblastoma pode ocorrer em qualquer idade, mas a maioria dos casos parece ser entre a 3ª. e 5ª. décadas de vida (ADEBAYO *et al.*, 2011; OLAITAN *et al.*, 1998). Vários estudos mostram nenhuma preferência por sexo (ADEBAYO *et al.*, 2011; DOLAN *et al.*, 1981).

Entre os tratamentos propostos estão a curetagem, cauterização, enucleação, ressecção marginal com preservação da borda marginal ou ressecção radical com 1-2 cm de margem de segurança (BCELLI *et al.*, 2011; CORRÊA *et al.*, 2010; OLAITAN *et al.*, 1998; VAYVADA *et al.*, 2006). Paiva *et al.* (2010) citam ainda o tratamento do leito com substâncias químicas (solução de Carnoy), físicas (ostectomia) ou térmicas (crioterapia).

Nakamura *et al.* (2002) concluem em seu trabalho que os tratamentos conservadores com marsupialização, enucleação e curetagem são bem-vindos, evitando-se a necessidade de uma ressecção óssea, desde que o tipo de lesão permita essa abordagem. No entanto, casos de ameloblastoma mais agressivos, do tipo sólido e multicístico, exigem um tratamento mais radical. Segundo Vayvada *et al.* (2006), a ressecção segmentar da mandíbula é o principal tratamento para o ameloblastoma. As ressecções com margem de segurança e reconstrução imediata promovem menor taxa de recorrência, boa função oral e melhor qualidade de vida.

São reportadas, no trabalho de Nakamura *et al.* (2002), em torno de 7% de recidivas após o tratamento radical e 33% após o tratamento conservador. Para Adebayo *et al.* (2011), a recorrência do tumor após o tratamento radical não é comum.

Os ameloblastomas do tipo multilocular e sólido são mais propensos a causarem recidiva que a variante unilocular (NAKAMURA *et al.*, 2002; ZACHARIADES, 1988). Isso porque as lesões unicísticas são bem localizadas e delimitadas por uma cápsula fibrosa, com poucas células tumorais nos tecidos periféricos, enquanto que o ameloblastoma do tipo sólido ou multicístico são caracterizados por uma infiltração agressiva nos tecidos adjacentes (NAKAMURA *et al.*, 2002).

Para Paiva *et al.* (2010) e Stea (1985), uma ressecção extensa é importante, pois é possível que as recorrências tenham origem do tecido mole, especialmente do periósteo adjacente ao tumor. Mas Adebayo *et al.* (2011) concluíram em seu trabalho que a recorrência primária pode ocorrer tanto em tecido mole, quanto no osso usado para substituir o defeito causado pela ressecção.

Esse trabalho visa demonstrar um caso de recorrência de ameloblastoma em tecido mole, após 15 anos da ressecção mandibular com enxerto costo-condral vascularizado, discutir a ocorrência da recidiva, o planejamento e possibilidades de tratamento, além de ressaltar a importância do controle pós-operatório nesse tipo de lesão.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Para a revisão de literatura, o critério inicial utilizado para escolha dos artigos ou informes, foi a recorrência de ameloblastoma, com publicação no período de 1995 a 2013.

Para a pesquisa dos documentos, foram utilizadas as bases de dados de artigos científicos na área da saúde dos sites de buscas da Bireme, Portal Capes e Pubmed, em português e inglês, além de livros científicos. Foram usados os descritores: ameloblastoma, recorrência e reconstrução mandibular.

Após a leitura e análise de todas as publicações obtidas, foi definido o critério de escolha para a composição do trabalho. Foram utilizadas aquelas que apresentaram resultados ou registros clínicos relevantes, além de estudos longitudinais e relatos de casos clínicos, que dissertassem sobre os mesmos pontos abordados no caso que será apresentado.

## **RELATO DE CASO**

Paciente MCA, 38 anos de idade, gênero feminino, procedente de Belo Horizonte, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital Municipal Odilon Behrens, em Belo Horizonte, com queixa de aumento de volume em região mandibular esquerda e distopia oclusal.

A história médica pregressa da paciente consta de uma cirurgia para hemirressecção mandibular (que se estendeu do ramo mandibular esquerdo ao dente 33, mantendo-se côndilo e coronóide), com exérese de um ameloblastoma e imediata instalação de enxerto costo-condral

vascularizado, há 15 anos. Após a cirurgia, realizada em outro serviço, a paciente relata não ter realizado consultas de acompanhamento.

Ao exame clínico, notou-se aumento de volume em região submandibular lado esquerdo, com uma assimetria facial. Apresentava, ainda, trismo leve e sintomatologia dolorosa esporádica. Ao exame intra-oral, havia distopia oclusal, ausência dos dentes 33, 34, 35, 36, 37 e 38 e aumento de volume em rebordo alveolar em região inferior esquerda, de coloração normal, que levava a uma dificuldade no fechamento da boca.



FIGURA 1: Exame clínico inicial. A: aspecto intra-oral. B: vista frontal. C: vista lateral. D: vista ântero-posterior.

À avaliação tomográfica, observou-se a presença de enxerto costo-condral na região de corpo mandibular esquerdo, com área hipodensa na junção enxerto-mandíbula (região de parassínfise esquerda), sugestiva de osteólise e presença de osteossíntese (fios de aço) em posição, nas extremidades do enxerto. Na vista panorâmica, a lesão foi delimitada e o laudo sugeria acometimento do enxerto pela mesma.

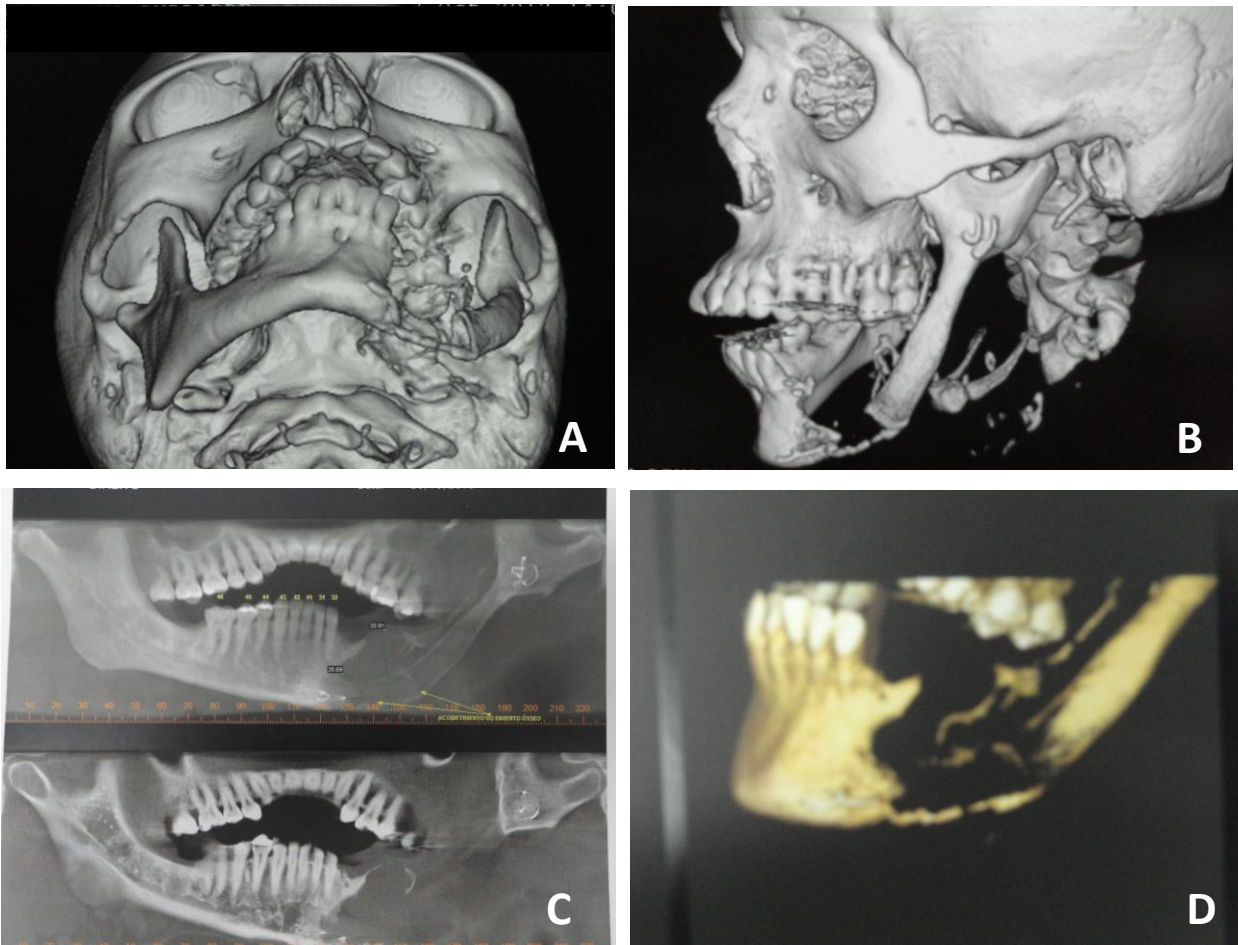


FIGURA 2: Tomografia Computadorizada. A: reconstrução 3D vista ântero-posterior. B: reconstrução 3D vista lateral. C: vista panorâmica. D: vista lateral.

Foi realizada uma punção aspirativa, que mostrou líquido amarelo citrino no interior da lesão, seguida de uma biópsia incisional, que foi enviada para exame histopatológico. O resultado mostrou um fragmento de mucosa em cuja lâmina própria observou-se um cordão de células que na periferia apresentam-se colunares, com núcleos hiper cromáticos e polarizados semelhantes à ameloblastos, quadro característico de ameloblastoma.

Foi planejada uma nova cirurgia para ressecção parcial da mandíbula/enxerto e fixação com placa de reconstrução em titânio 2.4 mm. Optou-se pela remoção total do tecido mole acometido pela lesão, no limite máximo possível, desde que o remanescente fosse suficiente para o recobrimento total da placa de reconstrução. A paciente foi notificada da possibilidade de novas cirurgias em tecido mole, caso fosse percebida, durante o controle clínico/radiográfico pós-operatório, a presença de lesão remanescente.

Foi confeccionada uma prototipagem 3D para modelagem da placa de reconstrução, através do envio da Tomografia Computadorizada ao Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer (Campinas - SP). O protótipo foi entregue apresentando um dispositivo (em vermelho, na figura 3A) unindo as 2 porções da mandíbula, que encontravam-se separadas devido à porção mais fina e frágil na região de parassínfise esquerda, onde, na imagem tomográfica, apresentava uma área hipodensa sugestiva de osteólise.

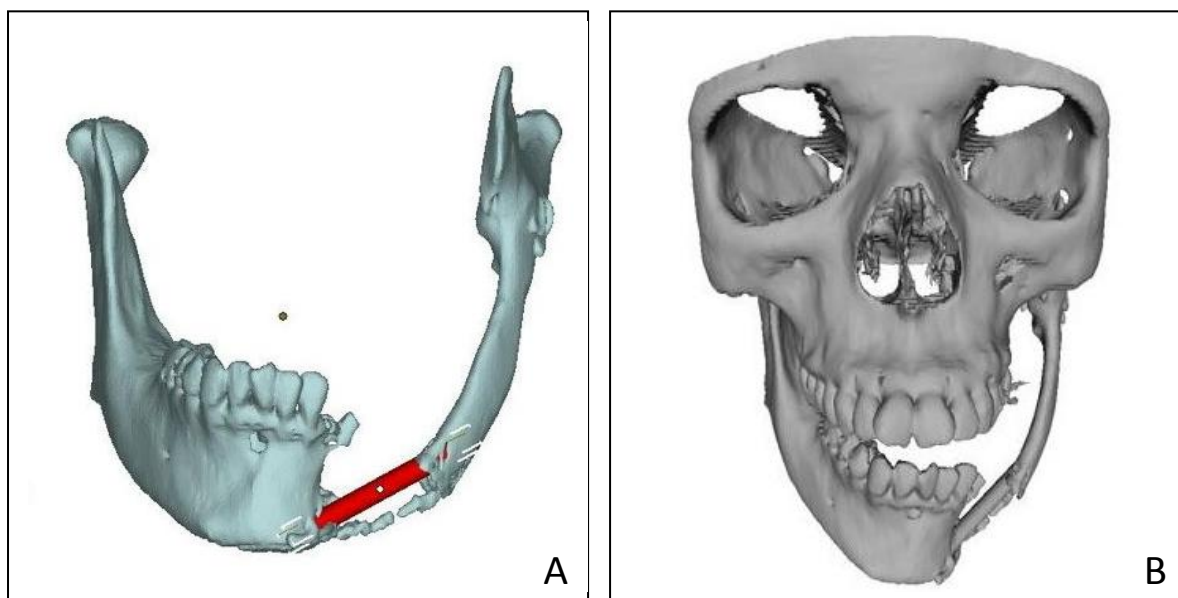


FIGURA 3: Prototipagem. A: mandíbula. B: crânio.

A equipe da CTBMF planejou a realização de traqueostomia eletiva, reserva de CTI e de sangue, e foi realizado contato com a equipe multidisciplinar (cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, cirurgia geral, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem e equipe de suporte nutricional enteral e parenteral).

A cirurgia iniciou-se pela traqueostomia eletiva, infiltração de anestésico local com vasoconstritor e acesso Risdon estendido, seguindo a cicatriz já existente da intervenção cirúrgica anterior. Após evidenciar toda a porção mandibular de interesse, observou-se que o enxerto costochondral encontrava-se bem posicionado, sem aspectos de contaminação pelo tumor ou reabsorção. Da mesma forma, a porção mandibular em contato com o enxerto apresentava-se como um osso saudável e com sinais de boa osteointegração com a costela.

Dessa forma, optou-se pela não ressecção óssea (apenas do tecido mole) e remoção de um fragmento do enxerto costochondral e da mandíbula para exame histopatológico. A placa de reconstrução 2.4 foi fixada, conforme o planejamento realizado, visando reestabelecer o contorno

facial. Além disso, caso fosse confirmada a presença da lesão em tecido duro, uma nova intervenção cirúrgica seria menos complexa, visto que a placa de reconstrução já estaria em posição.

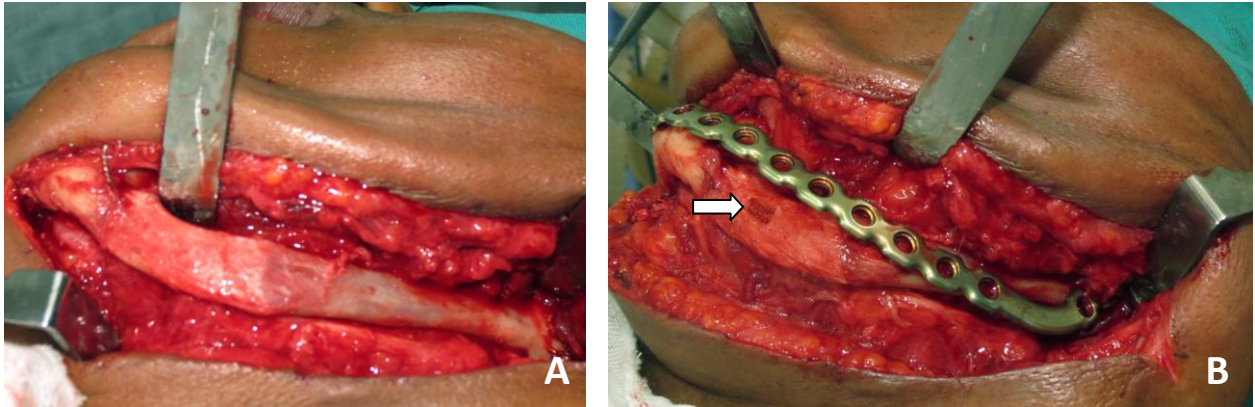


FIGURA 4: Acesso extra-oral. A: loja cirúrgica. B: placa de reconstrução em posição (em destaque na seta, porção de tecido duro removido para exame histopatológico).

Foi feita uma incisão intra-oral sobre o rebordo alveolar, circundando a lesão, para melhorar o acesso e facilitar a remoção do tecido mole. O fragmento da lesão foi removido do leito cirúrgico e enviado ao laboratório de patologia da Faculdade de Odontologia da UFMG para análise histopatológica, juntamente com as porções do tecido duro.

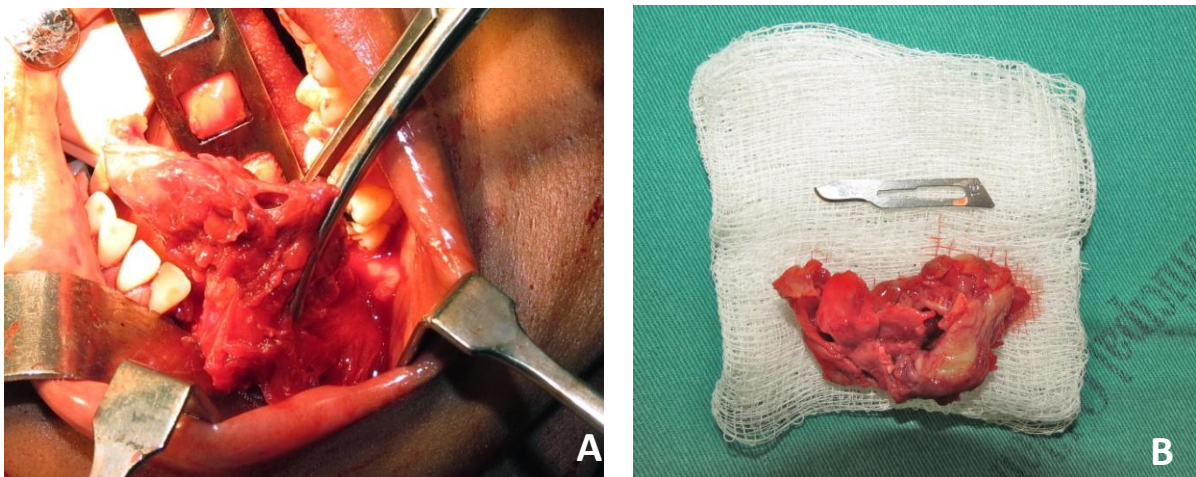


FIGURA 5: Acesso intra-oral. A: loja cirúrgica. B: peça cirúrgica.

A cirurgia foi finalizada com a sutura dos tecidos por planos, com fio de sutura Vicryl® 2.0 e Nylon 4.0, no acesso extra-oral e fio de sutura Vicryl® 4.0 no acesso intra-oral, instalação de um dreno de sucção para diminuir o espaço morto e curativo.

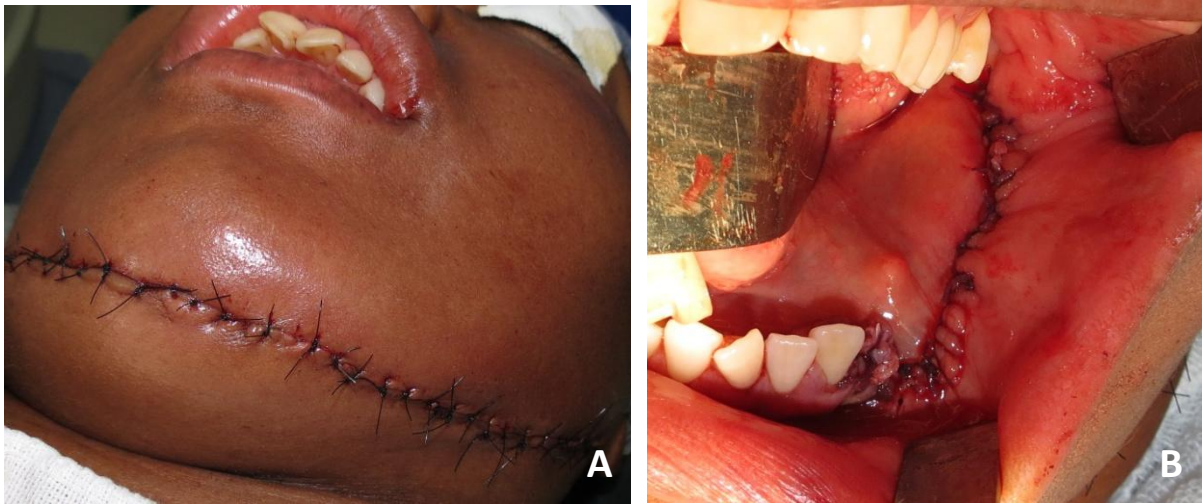


FIGURA 6: Sutura. A: sutura extra-oral. B: sutura intra-oral.

A paciente não apresentou complicações pós-operatórias, recebendo alta hospitalar após desmame da cânula de traqueostomia, em 10 dias.

Radiografias pós-operatórias evidenciaram excelente adaptação da placa de reconstrução à mandíbula, além de contorno anatômico satisfatório.

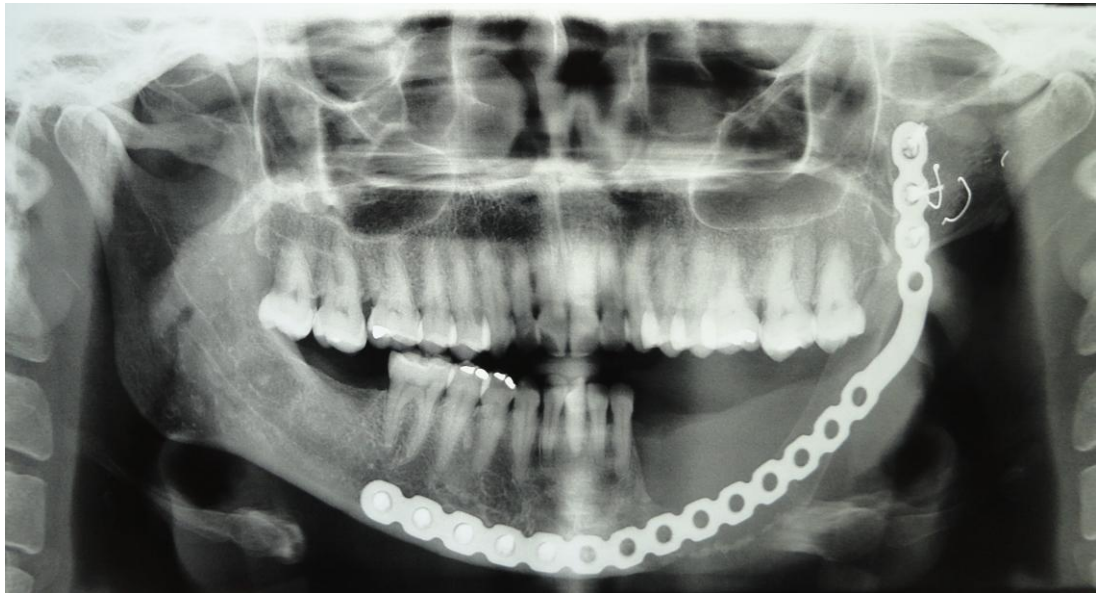


FIGURA 7: Radiografia panorâmica, no pós operatório de 45 dias.

O exame clínico mostrou preservação das funções do nervo facial, movimentos mandibulares satisfatórios e oclusão aceitável.

O resultado histopatológico confirmou a ausência de lesão em tecidos duros (cartilagem hialina e tecido ósseo saudável) e diagnóstico de ameloblastoma ao tecido mole.



A paciente está sendo acompanhada periodicamente desde então.



FIGURA 8: Pós-operatório de 45 dias. A: oclusão dental. B: vista frontal. C: vista lateral. D: aspecto intra-oral.



FIGURA 9: Pós-operatório de 6 meses. A: oclusão dental. B: vista frontal. C: vista lateral. D: aspecto intra-oral.

## DISCUSSÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, de crescimento lento, mas de comportamento agressivo, o que explica as altas taxas de recorrência (ARORA *et al.*, 2009; ZACHARIADES, 1988). Seu acometimento mais frequente ocorre em pacientes de meia idade, entre 3ª. e 5ª. décadas de vida e são localizados, principalmente, na mandíbula (CORRÊA *et al.*, 2010; PAIVA *et al.*, 2010).

Vários tratamentos vêm sendo propostos para o ameloblastoma, desde os mais conservadores – como curetagem, marsupialização e crioterapia – a abordagens mais radicais, como a ressecção marginal, segmentar, parcial ou até a hemimandibulectomia (CORRÊA *et al.*, 2010; NAKAMURA *et al.*, 2002). A decisão do tratamento varia com o tipo de lesão e seu grau de envolvimento no osso e tecidos adjacentes, mas é importante avaliar a relação custo-benefício, considerando o prognóstico previsto e o grau de morbidade que tal procedimento acarretará ao paciente.

Os tratamentos radicais com ressecção óssea podem acarretar problemas estéticos-funcionais, além de altos custos e múltiplas cirurgias com finalidades reconstrutivas (PAIVA *et al.*, 2010). As reconstruções imediatas são especialmente importantes, pois o espaço morto não reduzido pode acumular fluidos que levam a uma infecção secundária ou sofrer uma contração, levando a uma deformidade facial e dificuldades funcionais, como mastigação, deglutição e fala (VAYVADA *et al.*, 2006). Para Vayvada *et al.* (2006) e Kudo *et al.* (1992), a ressecção com margem de segurança, associada à imediata reconstrução com enxertos e placas é o tratamento ideal para o ameloblastoma, produzindo um pós-operatório mais favorável, além de melhor qualidade de vida, estética e função mastigatória. A instalação da placa de reconstrução, associada ao já integrado enxerto costo-condral, trouxe para a paciente um contorno estético mais favorável e maior resistência e reforço aos movimentos mastigatórios.

Para o planejamento do caso apresentado, foi utilizado um modelo em acrílico, obtidos a partir da imagem da tomografia computadorizada. Segundo Corrêa *et al.* (2010) e Martins Jr. e Keim (2004), a réplica sólida da anatomia do paciente simplifica sobremaneira a prática cirúrgica, pois é possível a simulação operatória nos protótipos. Os cirurgiões podem visualizar a anatomia externa e interna da área a ser operada anteriormente à cirurgia. Além disso, os materiais escolhidos para reconstrução, como as placas de titânio, podem ser melhor selecionados e pré-curvados nos modelos, antecipando os problemas de adaptação, sendo depois levados ao ambiente cirúrgico dando uma melhor conformidade facial ao paciente. Pôde ser observado, no caso apresentado, que o uso do protótipo para planejamento cirúrgico e moldagem da placa trouxe maior segurança e facilidade da técnica operatória, redução no tempo de intervenção e de anestesia.

No caso apresentado, o exame tomográfico mostrou área hipodensa, sugestiva de acometimento do tumor em tecido ósseo, o que não foi confirmado na exploração cirúrgica, onde se constatou a presença do enxerto costo-condral bem posicionado, sem sinais de reabsorção ou qualquer alteração, assim como o coto mandibular em contato com esse enxerto. Esse fato pode ser justificado pela presença de cartilagem pouco calcificada nessa região, que, segundo o trabalho de Paiva *et al.* (2001), pode ser avaliada inadequadamente pela tomografia computadorizada, simulando erosão ou destruição. Em um dos casos apresentados no estudo de Hertog *et al.* (2011), o exame radiográfico também mostrou uma imagem sugestiva de recorrência do ameloblastoma, mas, após exploração cirúrgica, nenhum tumor foi encontrado no exame histopatológico.

Em geral, as lesões recorrentes tendem a aparecer no mesmo sítio do tumor primário. No entanto, em alguns estudos, é mostrada a recorrência em sítios diferentes ou de natureza diferente (AL BAYATY *et al.*, 2002), como nesse trabalho, no qual a lesão recorreu em tecidos moles, ao invés de se desenvolver em tecidos mineralizados. Entre os 21 casos de recorrência de ameloblastoma apresentados no estudo de Olaitan *et al.* (1998), somente 4 foram em tecido mole, enquanto os outros 17 acometeram tecido ósseo. Algumas dessas ocorrências foram em pacientes submetidos à ressecção com 1 cm de margem de segurança ou hemimandibulectomia.

Stea (1985) relata existir três possibilidades que justifiquem a recorrência do ameloblastoma nos enxertos: ela pode se originar da extremidade de 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. No caso apresentado, é possível que a 2ª e 3ª hipótese sejam a causa da recorrência, mesmo após a ressecção segmentar da mandíbula envolvida. Foi realizada biópsia incisional da porção da mandíbula em contato com o enxerto e o exame histopatológico mostrou não haver lesão nos tecidos duros. Assim como acreditam alguns autores, a recidiva pode ter se originado dos tecidos moles adjacentes, especialmente do periósteo (DOLAN *et al.*, 1981; MARTINS e FÁVARO, 2004; ZACHARIADES, 1988).

Assim como nesse trabalho, Dolan *et al.* (1981) mostraram um caso de recidiva de ameloblastoma em uma área previamente tratada com ressecção mandibular e enxerto costo-condral. Contudo, no trabalho de Dolan, a recidiva acometeu tanto o enxerto, quanto o tecido mole. Por outro lado, Arora *et al.* (2009) afirmam que as recorrências ocorrem mais frequentemente em enxertos ósseos, sendo incomum a recidiva somente em tecidos moles. Adebayo *et al.* (2011) mostram um estudo de um caso de recorrência em tecido mole de mento, após 21 anos da ressecção da mandíbula, por ameloblastoma. O enxerto de crista ilíaca colocado na época da primeira cirurgia não foi afetado. Da mesma forma, outros trabalhos também mostram casos de ameloblastoma, tratados primariamente com ressecção, que desenvolveram uma recidiva em tecido mole, após anos dessa primeira intervenção (ARORA *et al.*, 2009; SAMPSON E POGREL, 1999).

Visando o recobrimento da placa de reconstrução, optou-se pela remoção total do tecido mole acometido pela lesão, no limite máximo possível, mas sem margem de segurança. Segundo Kudo *et al.* (1992), em defeitos extensos de tecido mole, o sucesso da reconstrução pode não ser conseguido com a exposição da placa e infecções pós-operatórias, devido à diminuição do suprimento sanguíneo ao redor dos tecidos ou a entrada de microorganismos provenientes da flora oral. Quando a disponibilidade de tecido mole é insuficiente ou existe uma tensão dos tecidos sobre a placa de reconstrução, ela pode se tornar exposta com o tempo.

Embora não tenha sido realizada nenhuma ressecção óssea, optou-se, ainda assim, pela instalação da placa de reconstrução. Esse procedimento visa a manutenção do contorno facial devido à sua moldagem espacial, boa estabilidade face ao tamanho do defeito e pouca compressão (KUDO *et al.*, 1992; STORNI *et al.*, 1999). Além disso, embora clinicamente não fosse constatada a presença de tumor nos tecidos duros, era possível que o enxerto e mandíbula estivessem contaminados. Assim sendo, caso fosse confirmada a presença de lesão em tecido duro, com necessidade uma nova intervenção, a cirurgia para ressecção seria menos complexa, visto que a placa já estaria em posição.

Para Ide *et al.* (2010), algumas manifestações de ameloblastoma periférico são, na verdade, a versão intra-óssea do tumor que se expandiu para a mucosa sobrejacente. Para ele, alguns ameloblastomas intra-ósseos aparecem como uma massa tumoral em gengiva e mucosa alveolar, sem causar nenhuma expansão visível no osso afetado, levando, assim, a uma falsa impressão de se tratar de um caso periférico. Embora o exame histopatológico dos tecidos duros não tenha evidenciado acometimento do tumor, é possível tratar-se de uma versão intra-óssea, onde a porção removida para exame não tenha sido representativa da lesão. Dessa forma, a presença da placa de reconstrução poderá dar um reforço à região, que pode apresentar fragilidade com o desenvolvimento de erosão ou destruição óssea.

A paciente foi orientada quanto à importância do acompanhamento e da possibilidade de novas cirurgias para remoção de maior quantidade de tecido mole ou mesmo para ressecção óssea, já que é possível que células contaminadas pelo tumor tenham permanecido no local, levando a uma nova recidiva. Para Stea (1985), uma porção microscópica que seja deixada próxima à submucosa, pode ser suficiente para que o tumor volte a crescer.

Além disso, devido ao caráter agressivo e invasivo do tumor, seja o tratamento radical ou conservador, casos de ameloblastoma precisam ser acompanhados por muitos anos em consultas de controle, a fim de garantir um bom prognóstico aos pacientes (ADEBAYO *et al.*, 2011; OLAITAN *et al.*, 1998; PAIVA *et al.*, 2010). Devido ao seu crescimento lento, as recidivas podem acontecer anos após a primeira intervenção, o que justifica o acompanhamento em longo prazo (ARORA *et al.*, 2009).

## CONCLUSÕES

Visando reestabelecer o contorno facial após exérese das lesões que envolvem ressecções ósseas em mandíbula/maxila, tem-se usado, cada vez mais, a reconstrução através de enxertos autógenos e placas de reconstrução.

O uso de protótipos para planejamento e moldagem da placa de reconstrução otimizam a prática cirúrgica, reduzindo o tempo de intervenção e levando a um maior sucesso operatório.

Para a decisão de tratamento, é importante um bom planejamento e diagnóstico, que é obtido não só com imagens radiográficas e tomográficas, mas também através da anamnese, histórico do paciente e exame clínico.

Deve-se avaliar, quando da decisão do tipo de abordagem, a relação custo-benefício, considerando o prognóstico previsto e o grau de morbidade que tal procedimento acarretará ao paciente.

Independente da abordagem no tratamento de ameloblastomas (cirúrgico ou conservador), um acompanhamento pós-operatório por anos é imprescindível, devido ao caráter agressivo da lesão e às grandes taxas de recorrência.

## **ABSTRACT**

### **RECURRENCE OF PERIPHERAL AMELOBLASTOMA: A CASE REPORT**

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor, slow growing, but aggressive behavior due to histological patterns that tend to infiltrate through the trabeculated bone adjacent to the lesion, which explains the high recurrence rates. Many treatments are proposed, which include more conservative approaches such as curettage and marsupialization to the most radical, with partial resection or hemimandibulectomy, with a margin of safety. This paper presents a case of recurrent ameloblastoma in soft tissue, after 15 years of mandibular resection with vascularized costo-chondral graft and discusses the occurrence of recurrence, planning and treatment possibilities. It is essential a proper diagnosis associating radiographic and tomographic images with the clinical history and, regardless of the conduct, the postoperative control for years is essential because of the aggressive and recurrent character of the injury.

**Key words:** ameloblastoma, recurrence, mandibular reconstruction.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adebayo ET, Fomete B, Adekeye EO. Delayed soft tissue recurrence after treatment of ameloblastoma in a black African: Case report and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg*, v.39, n.8, p.615-618, 2011.
2. Al Bayaty HF, Murti PR, Thomson ER, Niamat J. Soft Tissue Recurrence of a Mandibular Ameloblastoma Causing Facial Deformity in the Temporal Region: Case Report. *J Oral Maxillofac Surg*, v.60, n.2, p.204-207, 2002.
3. Arora H, Setty S, Keerthilatha MP, Srilatha PS. Soft Tissue Recurrence of Ameloblastoma. *Int J Oral-Med Sci*, v.8, n.1, p.60-63, 2009.
4. Becelli R, Morello R, Renzi G, Matarazzo G, Dominici C. Treatment of Recurrent Mandibular Ameloblastoma With Segmental Resection and Revascularized Fibula Free Flap. *J Craniofac Surg*, v.22, n.3, p.1163-1165, 2011.
5. Corrêa APS, Brust AWA, Jesus GP. Prototipagem rápida: um método auxiliar no tratamento de ameloblastoma – relato de caso. *Rev Odontol UNESP*, v.39, n.4, p.247-254, 2010.
6. Dolan EA, Angelillo JC, Georgiade NG, Durham NC. Recurrent ameloblastoma in autogenous rig graft. *Oral Surg*, v.51, n.4, p.357-360, 1981.
7. Hertog D, Schulten EAJM, Leemans CR, Winters HAH, Van der Waal I. Management of recurrent ameloblastoma of the jaws: a 40-year single institution experience. *Oral Oncol*, v.47, n.2, p.145-146, 2011.
8. Ide F, Mishima K, Yamada H, Kikuchi K, Saito I, Kusama K. Intraosseous Ameloblastoma with a Prominent Extraosseous Component: Pitfalls in Diagnosis. *Head and Neck Pathol*, v.4, n.3, p.192-197, 2010.
9. Kudo K, Shoji M, Yokota M, Fujioka Y. Evaluation of Mandibular Reconstruction Techniques Following Resection of Malignant Tumors in the Oral Region. *J Oral Maxillofac Surg*, v.50, n.1, p.14-21, 1992.

10. Martins Jr. JC, Keim FS. Uso de prototipagem no planejamento de reconstrução microcirúrgica da mandíbula. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*, v.14, n.4, p.225-228, 2011.
11. Martins WD, Fávaro DM. Recurrence of an ameloblastoma in an autogenous iliac bone graft. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.98, n.6, p.657-659, 2004.
12. 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*, v.93, n.1, p.13-20, 2002.
13. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & Maxilofacial*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004, p.586-591.
14. Olaitan AA, Arole G, Adekeye EO. Recurrent ameloblastoma of the jaws: A follow-up study. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v.27, n.6, p. 456-460, 1998.
15. Paiva LCA, Santos MESM, Silva DN, Heitz C, Filho MS. Potencial de recidiva do ameloblastoma: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac*, v.10, n.1, p.27-34, 2010.
16. Paiva RGS, Souza RP, Rapoport A, Soares AH. Avaliação por TC do envolvimento loco-regional do carcinoma espinocelular de corda vocal. *Radiol Bras*, v.34, n.4, p.193-200, 2001.
17. Sampson DE, Pogrel MA. Management of Mandibular Ameloblastoma: The Clinical Basis for a Treatment Algorithm. *J Oral Maxillofac Surg*, v.57, n.9, p.1074-1077, 1999.
18. Stea G. Recurrence of ameloblastoma in the autogenous iliac bone graft. *J Oral Maxillofac Surg*, v.43, n.5, 1985.
19. Storni VCC, Karman V, Feitosa AA, Gola VM. Ameloblastoma na região anterior de mandíbula - Uso de placa de reconstrução. *Revista da APCD*, v.53, n.5, 1999.
20. Vayvada H, Mola F, Menderes A, Yilmaz M. Surgical Management of Ameloblastoma in the Mandible: Segmental Mandibulectomy and Immediate Reconstruction With Free Fibula or Deep Circumflex Iliac Artery Flap. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 64, n.10, p.1532-1539, 2006.
21. Zachariades N. Recurrences of ameloblastoma in bone grafts. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v.17, n.5, p.316-318, 1988.



# ANEXO