

Lucas Bernanos Mesquita Guimarães

ASPÉCTOS DA RECONSTRUÇÃO IMEDIATA APÓS EXÉRESE DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE 2 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

Ao meu Pai, exemplo de vida pelo seu amor,
bondade, caráter e profissionalismo.

À Milena, fonte de inspiração e
alegria em minha vida

Dedico este trabalho

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, aos meus irmãos, Matheus e Raquel e à minha namorada, pelo apoio, colaboração e paciência.

Ao Prof. Drº Takeshi pelos ensinamentos transmitidos, incentivo constante e amizade.

Ao Profº Drº Marcelo Drummond Naves, pelos ensinamentos transmitidos com dedicação, eficiência e presteza.

A todos professores do Curso, pelo profissionalismo e competência.

Aos Colegas do Curso, em especial, à Janeysa Santos Neves, pela convivência.

Ao Colega Marcelo Gusmão, pela grande ajuda prestada no início desta especialidade.

Aos funcionários de Apoio Técnico-Administrativo da Faculdade Federal de Odontologia da UFMG e do Hospital Municipal Odilon Behrens, pelo apoio durante todo o curso.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. ASPÉCTOS DA RECONSTRUÇÃO IMEDIATA APÓS EXÉRESE DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE 2 CASOS CLÍNICOS	06
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	32

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. ASPECTOS DA RECONSTRUÇÃO IMEDIATA APÓS EXÉRESE DE

AMELOBLASTOMA:

RELATO DE 2 CASOS CLÍNICOS ¹

IMMEDIATE ASPECTS OF RECONSTRUCTION AFTER EXCISION OF

AMELOBLASTOMA:

2 CLINICAL CASE REPORT

LUCAS BERNANOS MESQUITA GUIMARÃES 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 Cirurgião-dentista. Especialista em Periodontia – CIODONTO, Sete Lagoas/MG. Especializando 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.

**ASPECTOS DA RECONSTRUÇÃO IMEDIATA APÓS EXÉRESE DE
AMELOBLASTOMA:
RELATO DE 2 CASOS CLÍNICOS**

RESUMO

O ameloblastoma é uma neoplasia benigna do epitélio odontogênico de crescimento lento e contínuo, localmente agressivo que raramente sofre transformação maligna. Possui uma grande variedade histológica, com alguns tipos apresentando alto potencial de recidiva. Após revisão de literatura, foi analisada a incidência do ameloblastoma, suas classificações, características clínicas, radiográficas, histológicas e seus diversos tipos de tratamento. São descritos dois casos clínicos de tratamento cirúrgico de ameloblastoma, dos quais em um foi realizado enxerto ósseo de crista ilíaca e reconstrução por meio de placa do sistema 2.4 e o outro, a reconstrução foi realizada apenas por meio de placa. Ambos estão em acompanhamento e até o momento não apresentam alterações. Após esta revisão, foi verificado que a maioria dos autores acredita que o tratamento radical é o mais indicado para a maioria dos ameloblastomas.

Palavras-chave:

Ameloblastoma; reconstrução mandibular; enxerto ósseo.

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma corresponde a 1% de todos os tumores odontogênicos de maxila e mandíbula, sendo nesta, sua maior incidência. Pode ocorrer em qualquer idade, tendo sua maior prevalência na terceira e quarta décadas de vida, nos casos mais frequentes são do tipo multicístico. O acometimento em crianças e sua transformação maligna é rara (NEVILLE, 2009).

Pode apresentar como principais sinais e sintomas crescimento neoplásico intra-oral, expansão óssea assintomática ou sintomática, dor e ulceração intra-oral, mobilidade ou perda dental, assimetria facial e crescimento lento intraósseo (WILLIAMS, 1993; NASTRI, 1995; OLAITAN, ADEKEYE 1997; IORDANIDIS, 1999).

É comum o ameloblastoma ser observado em radiografias panorâmicas de rotina ou ainda nos casos de expansão da cortical óssea tardia, sendo notado pelo paciente somente quando a lesão atinge dimensões maiores (WILLIAMS, 1993; NASTRI, 1995; OLAITAN, ADEKEYE 1997; IORDANIDIS, 1999).

Vários fatores podem ser utilizados para determinar o tipo de terapia mais apropriada. O mais importante desses fatores é a agressividade da lesão. Outros fatores que devem ser avaliados antes da cirurgia são a localização anatômica da lesão, seu confinamento ao osso, a duração da lesão e os possíveis métodos para reconstrução após a cirurgia (ELLIS, 2005).

Há diversos métodos de tratamento, cada um com sua indicação de acordo com o tipo do tumor, localização e idade do paciente, sendo a cirurgia, na maioria dos casos o mais indicado. Os ameloblastomas tratados de forma conservadora possuem um maior índice de recidiva, já que os ameloblastomas intraósseos tendem a se infiltrar entre as trabéculas do osso esponjoso intacto na periferia da lesão (NEVILLE, 2009).

Segundo De Silva et al, em 2012, as taxas de recidiva chegam a 90%, sendo que a excisão cirúrgica com margem de segurança pode diminuir este índice. Esses autores ainda relatam a utilização de radiografias no pós-operatório para guiar essas margens de segurança.

A discussão sobre o tratamento cirúrgico dos tumores dos maxilares é controverso, apesar de que diversos tumores comportam-se de maneira similar e, portanto, podem ser tratados de modo semelhante. As três principais modalidades de excisão cirúrgica dos tumores dos maxilares são: enucleação (com ou sem curetagem), ressecção marginal, segmentar ou parcial e ressecção composta. Muitos tumores benignos comportam-se de modo não agressivo e são, portanto, tratados de maneira conservadora com enucleação e/ou curetagem (ELLIS, 2005).

Outro grupo de tumores benignos orais comporta-se mais agressivamente e requer margens de tecidos não envolvidos para diminuir a chance de recidiva. A ressecção marginal (segmentar) ou parcial são usadas para remover essas lesões (ELLIS, 2005).

Para o planejamento pré-operatório, a prototipagem pode propiciar um acesso privilegiado às áreas anatômicas de interesse, permitindo a mensuração de estruturas, simulação de osteotomias e de técnicas de ressecção, além de um completo planejamento dos mais diversos tipos de cirurgia da região bucomaxilofacial (SANTOS et al. 2011).

Para enxertos ósseos de modo geral, é importante que haja um sítio receptor sadio com boa vascularização, uma boa quantidade de tecidos moles e que não haja espaço morto em torno do enxerto. A contaminação microbiológica deve ser mínima possível e é considerada uma das maiores causas de insucesso. É importante também que se faça uma boa fixação do enxerto nos cotos mandibulares que seja eficiente para evitar sua movimentação, fatalmente levará uma consolidação inadequada. Basicamente, então, um enxerto falha pelas mesmas razões que provocam a não consolidação de uma fratura de mandíbula, ou seja, uma má

fixação, pouco tecido de cobertura e contaminação. A consolidação óssea se completa, em geral, em doze semanas (BRANDÃO; ARAÚJO FILHO, 1989).

A reconstrução mandibular é sempre necessária após ressecção óssea parcial e defeito de continuidade. Assim, para as reconstruções, os objetivos são a manutenção da estética com simetria facial e um bom resultado funcional, preservando a forma, função e resistência da mandíbula para futura reabilitação dentária sempre que possível (COHEN et al 2009).

O objetivo deste trabalho é avaliar os aspectos das reconstruções imediatas após tratamento radical de ameloblastoma, por meio de relato de dois casos clínicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a revisão de literatura, o critério inicial utilizado para escolha dos artigos ou informes, foi o tratamento cirúrgico radical com reconstrução imediata após a exérese 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, reconstrução mandibular e enxertos ósseos.

Os artigos foram então obtidos, através do Portal Capes, na biblioteca das Faculdades de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG) e Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e analisados.

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

RELATO DE CASOS

CASO 1

Paciente A.M, gênero masculino, 63 anos de idade, procedente de Pará de Minas/MG, apresentando como queixa principal aumento de volume indolor, há cerca de 4 anos e relato de ter sido submetido à biópsia, com diagnóstico de ameloblastoma na Cidade de origem. Ao exame clínico, observa-se presença de aumento de volume na região anterior da mandíbula e áreas ulceradas na mucosa bucal. (Fig. 1)



FIGURA 1 - Aspécto clínico intra oral da lesão evidenciando áreas ulceradas e expansão das corticais.

Aos exames imaginológicos, nota-se imagens radiolúcidas multiloculares, localizadas do primeiro molar direito ao segundo molar esquerdo. (Fig. 2 e 3)



FIGURA 2 - Aspecto imaginológico de uma tomada panorâmica apresentando lesões radiolúcidas multiloculares.

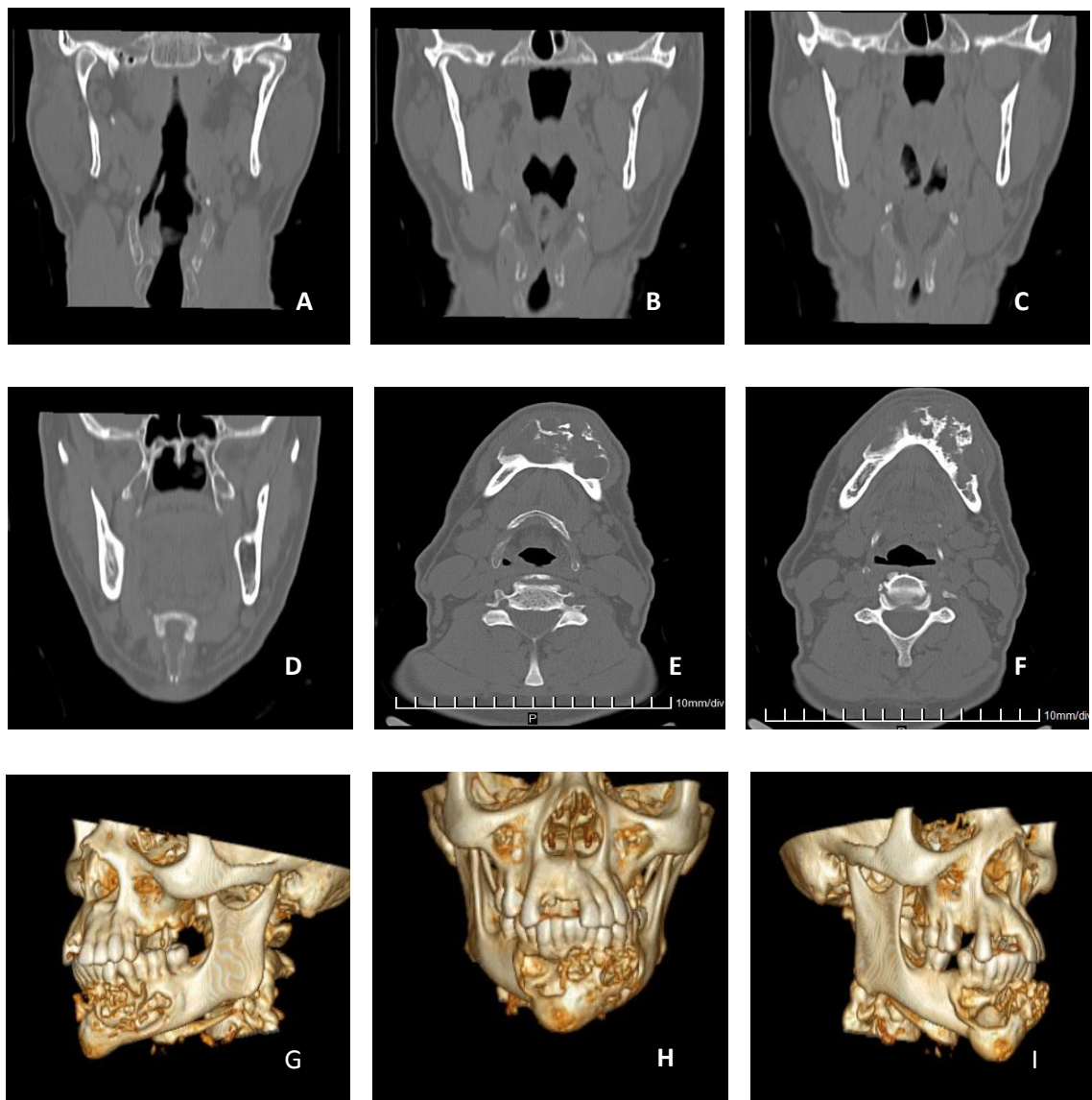


FIGURA 3 - Tomografia computadorizada multislice, A-D: corte sagital; E-F: corte axial; G-I: reconstrução 3D.

O paciente foi submetido à nova biópsia, na qual o diagnóstico de ameloblastoma foi confirmado.

Como conduta, foi planejada a exérese do tumor com margem de segurança de pelo menos 1 cm e reconstrução por meio de placa de reconstrução. Para tanto, foi requisitada tomografia computadorizada para confecção de prototipagem 3D. (Fig. 4)

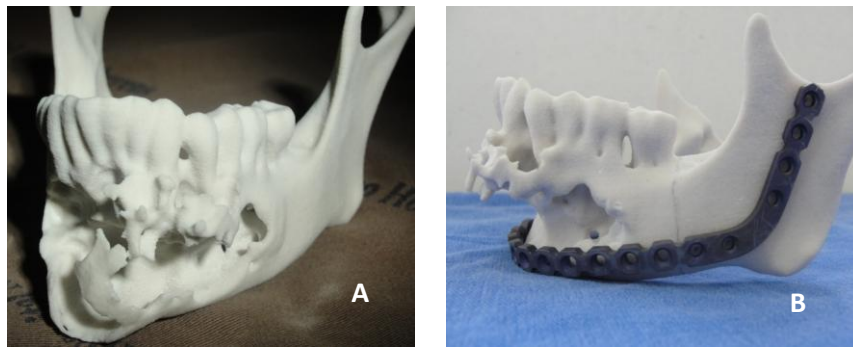


FIGURA 4 A: Protótipo ; B: cirurgia de modelo e placa modelada.

Foi realizada reunião multidisciplinar com as equipes da cirurgia torácica, clínica médica, cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e nutrição, após o que foi determinada o protocolo de tratamento do paciente pré e pós-operatórias. Foram reservados CTI e sangue para a cirurgia, que foi realizada iniciando pela traqueostomia eletiva no mesmo ato cirúrgico conforme planejado, sob anestesia geral, acesso Risdon estendido bilateral (figura 5A), excisão do tumor e madibulectomia (Fig. 5 B à F), com margem de segurança de pelo menos 1cm e fixação por meio de placa de reconstrução do sistema A0 2.4 (Fig. 5 G à I) e fixação da musculatura na placa (Fig. 5 J à L).

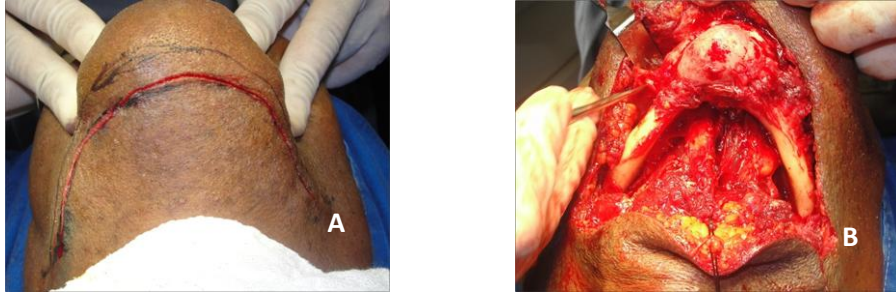


FIGURA 5 A e B: Acesso cirúrgico Risdon bilateral estendido

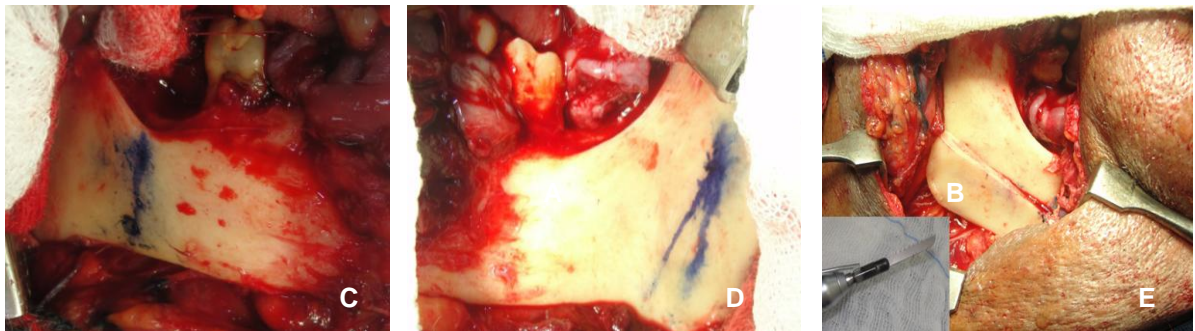


FIGURA 5 C e D: marcação das osteotomias; E: osteotomia

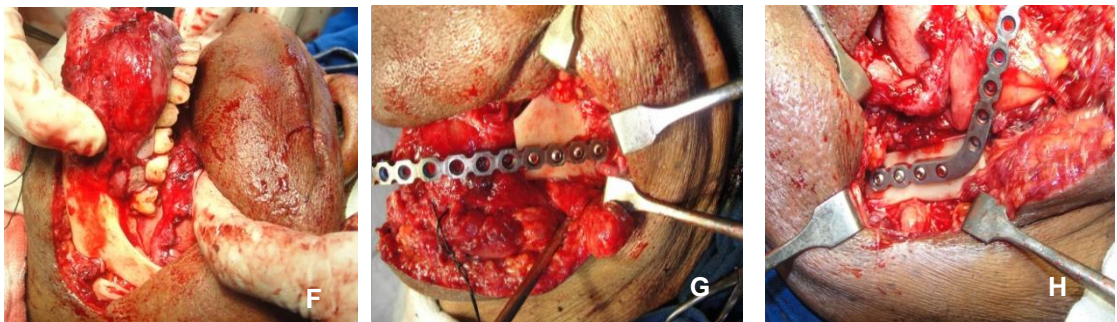


FIGURA 5 F: exérese do tumor; G e H: fixação da placa de reconstrução



FIGURA 5 I e J: fixação dos músculos na face

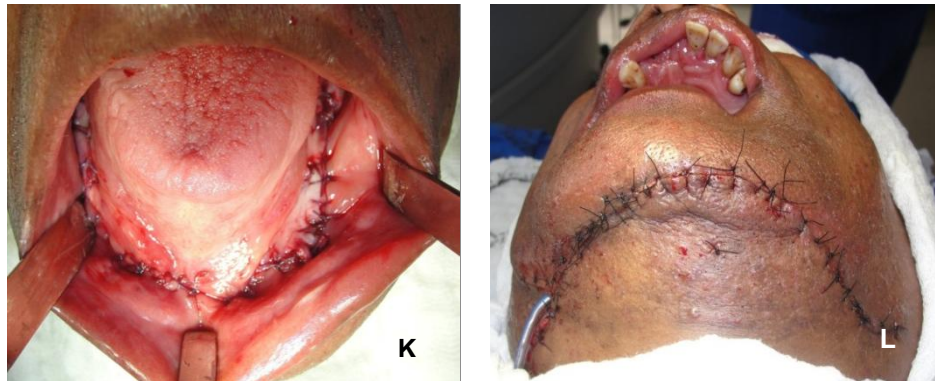


FIGURA 5 K: sutura intra oral; L: sutura extra oral

O paciente foi acompanhado pela equipe multidisciplinar durante a internação hospitalar. Obteve alta hospitalar no 14^a dia de pós- operatório, apresentando selamento labial, deglutindo, verbalizando, permanecendo sob acompanhamento da equipe de cirurgia e traumatologia bucomaxilo facial e fonoaudiologia. O paciente encontra-se em 18 meses de controle pós operatório e ao exame apresenta contorno facial mantido, selamento labial, alimenta-se via oral, verbaliza e não possui queixas estéticas e / ou funcionais. Atribui-se a boa evolução do caso ao planejamento multidisciplinar pré e pós- operatórios, visando não somente a exérese do tumor, mas também a reabilitação do paciente. (Fig. 6 A e B; Fig.7 e Fig. 8 A e B)



FIGURA 6: 5 meses de pós-operatório. A: aspecto intraoral; B: aspecto extraoral



FIGURA 7: aspecto imaginológico panorâmico com 1 ano e 6 meses de pós-operatório



FIGURA 8: 1 ano e 6 meses de pós-operatório. A: aspecto extra oral; B: aspecto intra-oral

CASO 2

Paciente E.J.N, 41 anos de idade, procedente de belo horizonte – MG procurou o serviço de estomatologia do hospital municipal Odilon Behrens , que nos encaminhou com diagnóstico de ameloblastoma. (Fig. 9 A e B e Fig. 10)



FIGURA 9 A: exame clínico extra oral; B: aspecto clínico intra oral.

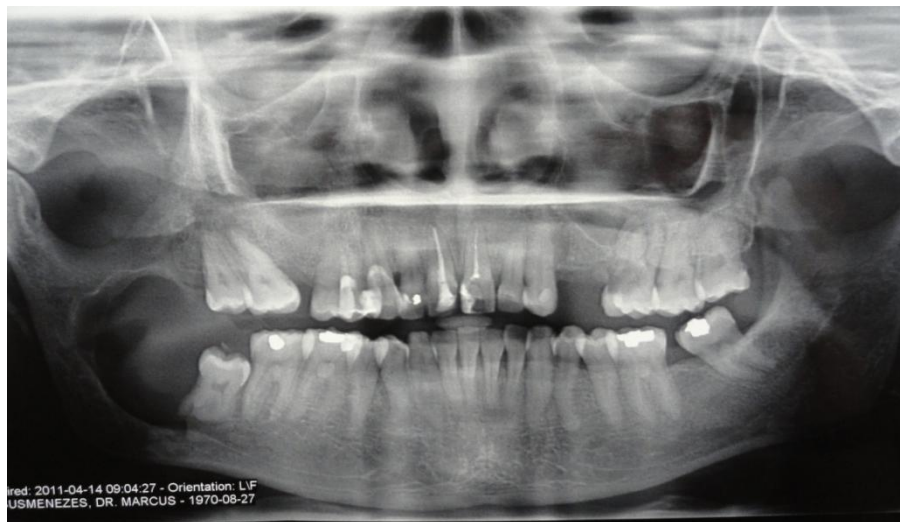


FIGURA 10: aspecto imagiológico panorâmico evidenciando lesão unilocular no lado direito.

Foi planejada a exérese do tumor com margem de segurança e reconstrução por meio de placa de reconstrução e enxerto livre de crista ilíaca. Para tanto, foi requisitada tomografia computadorizada para confecção de prototipagem 3D, na qual foram realizadas a cirurgia de modelo e modelagem da placa de reconstrução. (Fig. 11 A e B e Fig. 12)

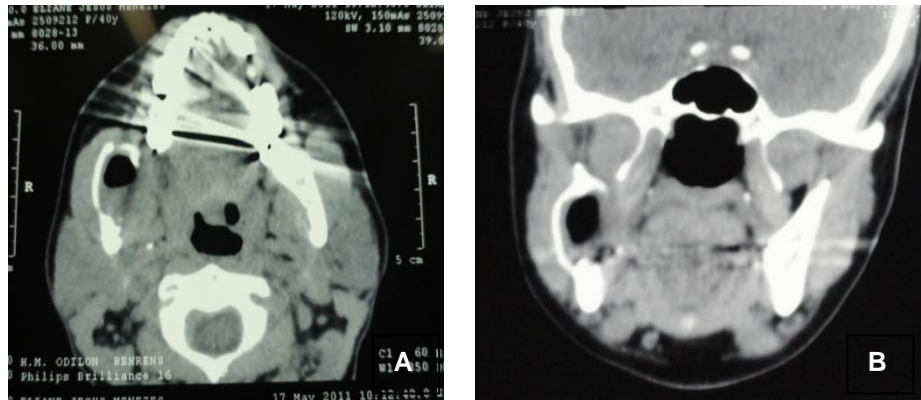


FIGURA 11: Tomografia computadorizada multislice. A: corte axial; B: corte axial.



FIGURA 12: protótipo com marcações para cirurgia de modelo.

Após contato multidisciplinar com as equipes da cirurgia torácica, clínica médica, ortopedia, cirurgia e traumatologia bucomaxilo facial, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e nutrição, foi mantido o plano de tratamento inicial da paciente pré e pós-operatórios. Foram reservados CTI e sangue para a cirurgia, que foi realizada iniciando pela traqueostomia eletiva no mesmo ato cirúrgico conforme planejado, sob anestesia geral, acesso Risdon (Fig. 13 A e

B), exodontia do dente 47 (Fig. 13 C), bloqueio maxilomandibular (Fig. 13 D), demarcação da osteotomia (Fig. 13 E), fixação da placa de reconstrução (Fig. 13 F), osteotomia com margem de segurança (Fig. 13 G), excisão do tumor (Fig. 13 H), loja cirúrgica (Fig. 13 I) fixação do enxerto de crista ilíaca (Fig. 13 J) e sutura por planos. (Fig. 13 A à K)

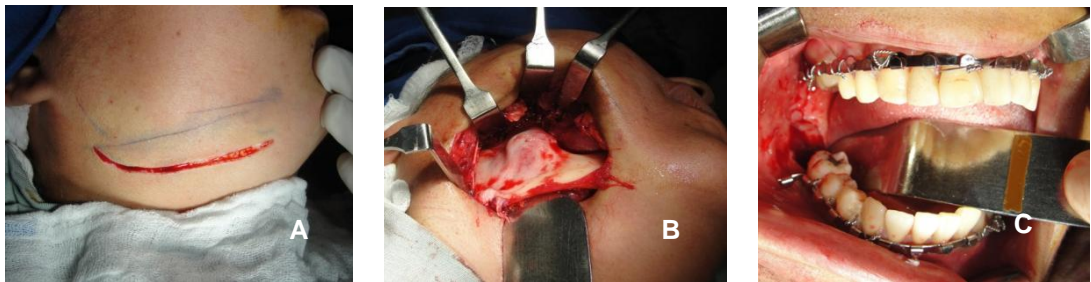


FIGURA 13 A e B: acesso Risdon; C: exodontia do dente 47

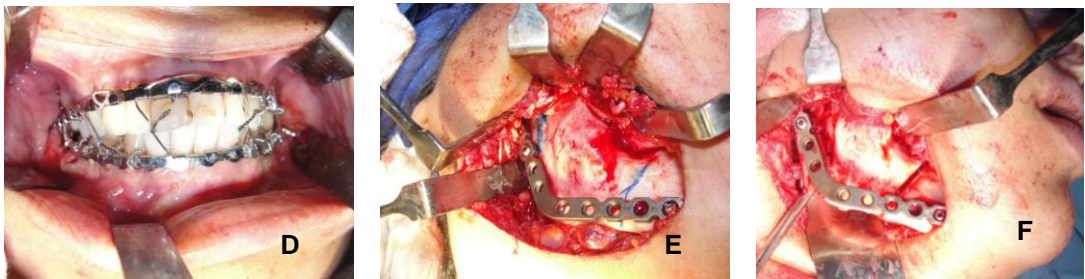


FIGURA 13 D: bloqueio maxilomandibular; E: demarcação da osteotomia após fixação da placa de reconstrução; F: osteotomia.

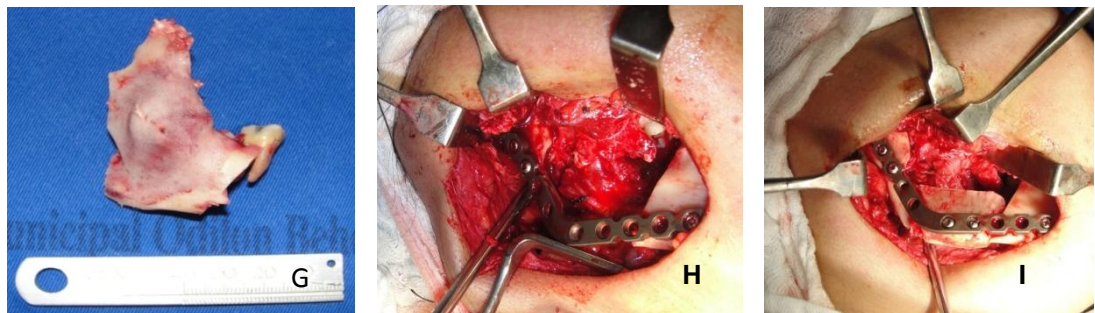


FIGURA 13 G: excisão do tumor; H: loja cirúrgica; I: fixação do enxerto de crista ilíaca.

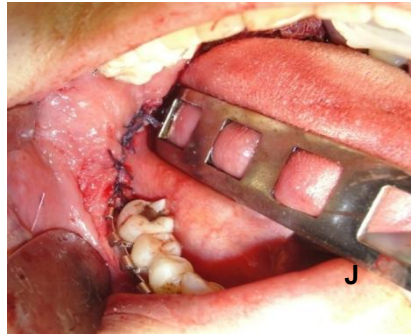


FIGURA 13 J: aspecto intra oral da sutura evidenciando completa cobertura do enxerto e placa de reconstrução.

A paciente foi acompanhada pela equipe multidisciplinar durante a internação hospitalar. Obteve alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório, apresentando selamento labial, deglutindo, verbalizando, retornou ao serviço com 30 dias pós-operatório, (Fig. 14 A à C) permanecendo sob acompanhamento da equipe de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. (Fig. 14 A à C e Fig. 15 A à F)

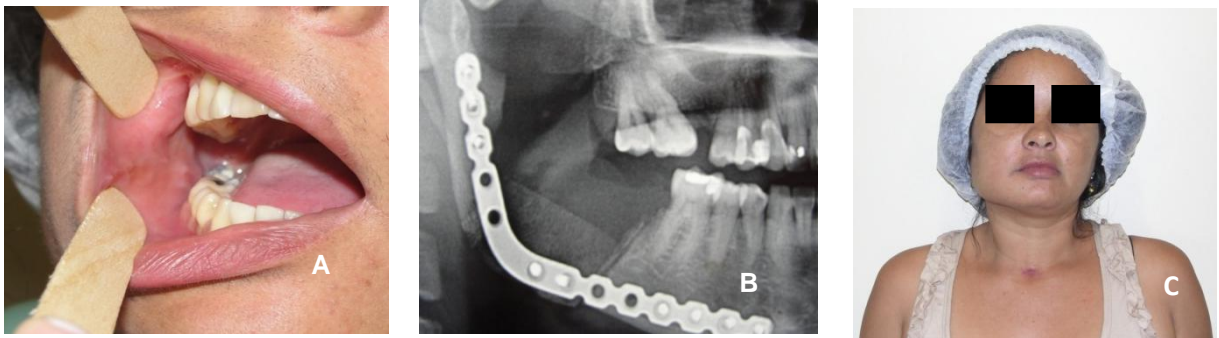


FIGURA 14: 1 mês de pós-operatório. A: aspecto intra oral; B: aproximação do aspecto imagiológico panorâmico evidenciando fixação do enxerto de crista ilíaca e placa de reconstrução; C: aspecto extra oral.



FIGURA 15: 7 meses de pós operatório. A: aspecto intra oral; B: aspecto intra oral em oclusão; C: aspecto intra oral em oclusão; C: aspecto extra oral.



FIGURA 15 D: aspecto extra-oral evidenciando contorno mandibular desejável; E: tomografia computadorizada multislice reconstrução 3D onde nota-se fixação da placa de reconstrução e integração do enxerto de crista ílica; F: tomografia computadorizada multislice corte axial.

No sétimo mês de pós-operatório, a paciente relatou quadro de hiperalgesia na região enxertada com queixa de queimação. Optamos por laserterapia de baixa intensidade, infravermelho de 780nm, quando na segunda sessão foi relatada regressão dos sintomas. A paciente encontra-se no 9º mês de controle pós-operatório, apresentando contorno facial preservado, boa abertura bucal, alimenta-se livre via oral, não possui queixas. À tomografia computadorizada nota-se total integração do enxerto. Atribui-se a boa evolução do caso o planejamento multidisciplinar pré e pós-operatórios, o que permite além da exérese do tumor, a reabilitação do paciente.

DISCUSSÃO

A reconstrução maxilomandibular envolve o restabelecimento da base óssea. Os ameloblastomas são lesões benignas que podem produzir perda de continuidade da mandíbula, defeitos segmentares e até mesmo totais, o que leva à alterações funcionais, estéticas e emocionais, tornando-se necessário a abordagem de técnicas reconstrutivas. (BRANDÃO, ARAÚJO, 1989)

A abordagem multidisciplinar é de fundamental importância para o tratamento do paciente, pois o mesmo é preparado no pré-operatório para lidar com as consequências oriundas da radicalidade do tratamento, diminuindo o impacto em sua vida social. 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. Promove-se também contato prévio do paciente com toda a equipe multidisciplinar, pois minimiza o impacto da morbidade consequente da cirurgia mediante o conhecimento do quadro pós-operatório, conduta esta que transmite maior segurança ao paciente em relação ao tratamento proposto.

A ausência de um segmento, principalmente do arco central, determina alterações importantes nas funções mandibulares. Até mesmo pequenos segmentos devem ser reconstruídos. (BRANDÃO, ARAÚJO, 1989)

Nos casos clínicos relatados realizou-se a reconstrução mandibular por meio de placa de reconstrução (caso clínico 1), e por placa de reconstrução com enxerto ósseo (caso clínico 2) em concordância com a literatura que mostra que o melhor momento para realizar reconstrução mandibular é imediatamente após a ressecção do segmento ósseo. As reconstruções tardias estão associadas a piores resultados estéticos e funcionais, devido à intensa fibrose, com distorção da anatomia local, apesar dessa condição nem sempre estar presente. (BRANDÃO, ARAÚJO, 1989)

O uso de materiais sintéticos é um método alternativo frequente em nosso meio, que utiliza placa de reconstrução associado ou não à enxertia óssea. A utilização apenas das placas de reconstrução estão bem indicadas para pacientes que apresentam elevada comorbidade. (STORNI, V. C. C *et al*, 1999)

O advento da prototipagem veio em muito contribuir para o planejamento das reconstruções, pois torna-se possível a realização de cirurgia de modelo o que permite a modelagem da placa prévia ao ato cirúrgico, otimizando o tempo e qualidade da cirurgia.

A utilização de dreno de sucção à vácuo no pós operatório imediato é de suma importância na medida em que diminui a possibilidade de formação de espaço morto, além de favorecer menor edema pós-operatório. Esse tipo de dreno foi utilizado no paciente do relato de caso 1 para o qual foi realizada reconstrução apenas por meio de placa o que aumenta a possibilidade de formação de espaço morto. No caso clínico 2, optou-se por não utilizar o dreno uma vez que o espaço ocupado pelo tumor foi totalmente preenchido pelo enxerto de crista ilíaca o que favorece a não formação do espaço morto.

A decisão de reconstruir o tecido ósseo após mandibulectomia imediatamente ou em uma segunda etapa cirúrgica dependerá da quantidade e das características dos tecidos remanescentes (DINATO e POLIDO, 2001). No caso clínico 2 apresentado neste trabalho, optou-se pelo tratamento radical, uma vez que houve rompimento das corticais ósseas e a

lesão estar acometendo o ramo mandibular, região próxima ao côndilo que procuramos preservar pela exérese total do tumor com margem de segurança, minimizando o risco de recidiva e conseqüente acometimento condilar, o que levaria a maiores transtornos para reabilitação articular. Como as características e a quantidade dos tecidos remanescentes eram favoráveis realizou-se reconstrução imediata por meio de placa de reconstrução do sistema 2.4 e enxerto de crista ilíaca no mesmo ato cirúrgico.

A indicação de reconstrução microcirúrgica é importante com relação à patologia apresentada pelo paciente, assim como o seu estado geral, idade e condições socioeconômicas (KILIGERMAN, 1989). Em concordância com a literatura, no relato de caso clínico 1, optou-se pela excisão da lesão, mandibulectomia com margem de segurança e reconstrução por meio de placa do sistema 2.4, sem enxertia, uma vez que o tamanho da lesão e estruturas acometidas eram muito extensas, pois havia rompimento das corticais com envolvimento de tecido mole, o paciente apresentava alterações sistêmicas importantes, não era jovem, além de não estar disposto a se submeter a um procedimento de maior porte. A musculatura foi reinserida na placa metálica, conforme relato de Storni, em 1999. A obtenção de protipagem 3D corroborou para um planejamento preciso propiciando diminuição do tempo cirúrgico uma vez que a placa já havia sido modelada, o que logrou para o sucesso do caso (COHEN *et al.*, 2009).

Segundo Kilirman, os pacientes em idade avançada, com estado geral precário e apresentando lesão tumoral de mau prognóstico, devem ser excluídos dos pacientes candidatos à reconstrução com microcirurgia (KILIRMAN, J., 1989). Em concordância, Pogrel *et al.* (1997) e Foster *et al.* (1999), relataram como alguns critérios que indicariam o uso de enxertos vascularizados: a reconstrução primária; a radioterapia prévia; o defeito extenso; a transferência de tecidos moles. Já enxertos não vascularizados fornecem bom contorno e estética, embora sejam mais indicados para pacientes que não sofreram

radioterapia, que têm adequado tecido mole periférico ao defeito, em que o defeito ósseo é menor, e em pacientes que sistemicamente não tolerariam o tempo cirúrgico requerido para uma reconstrução com enxerto vascularizado.

Para enxertos ósseos de modo geral, é importante que haja um sitio receptor sadio com boa vascularização, uma boa quantidade de tecidos moles e que não haja espaço morto em torno do enxerto. A contaminação deve ser mínima possível e é considerada uma das maiores causas de insucesso. É importante também que faça uma boa fixação do enxerto nos cotos mandibulares eficiente para evitar sua movimentação, que fatalmente levaria uma consolidação inadequada. Basicamente, então, um enxerto falha pelas mesmas razões que provocam a não consolidação de uma fratura de mandíbula, ou seja, uma fixação inadequada, pouco tecido de cobertura e contaminação. A consolidação óssea se completa, em geral, em doze semanas (BRANDÃO; ARAÚJO FILHO, 1989). Nos casos relatados, a placa de reconstrução foi fixada aos cotos com placas e parafusos, de forma a apresentar imobilidade, obtendo-se dessa forma, a regeneração entre os tecidos.

De acordo com Brandão & Araújo Filho, em 1989, não havendo continuidade com a cavidade oral, as reconstruções com enxertos ósseos vascularizados estariam indicadas somente nas ressecções maiores, normalmente acima de 4cm, e sempre nas hemimandibulectomias. Menores que essas, a enxertia não vascularizada pode dar bons resultados desde que haja uma superfície de contato bastante ampla entre os enxertos e os cotos mandibulares remanescentes. Já Lunard *et al.*, em 2000, defenderam a ideia de que o critério fundamental para o uso de enxerto autógeno não vascularizado é a presença de um leito de tecido mole para revascularizar a reconstrução, e a possibilidade de cobertura do enxerto com retalhos de proteção, e não o tamanho do defeito.

Segundo Carlson & Marx em 2006, de uma maneira geral, o tratamento radical é o que fornece maior índice de cura, mas trata-se de um procedimento mais invasivo, que

frequentemente deve ser associado a cirurgias reconstrutivas. Montoro *et al*, em 2008, também relataram que tratamento pode variar desde curetagem até amplas ressecções ósseas, com ou sem reconstrução, sendo que no tratamento conservador o acompanhamento pós-operatório com exames de imagem deve ser mais rigoroso, uma vez que apresentam altos índices de recidiva. Um dos motivos pelos quais optamos pelo tratamento radical dos casos apresentados é o alto índice de recidiva relatados na literatura.

No caso clínico 1 descrito neste trabalho optou-se pela ressecção do tumor e reconstrução apenas por meio de placa de reconstrução devido as condições sistêmicas, idade do paciente, além de que o mesmo não desejava se submeter a um procedimento mais invasivo como a enxertia. Já no caso clínico 2, pelo fato da paciente ser jovem, não apresentar alterações sistêmica e o tumor não ser de grande extensão, foi proposto a ressecção da lesão com reconstrução por meio de placa de reconstrução e enxerto de íliaco, para o qual a paciente mostrou grande interesse e desejo de se submeter ao tratamento.

O segmento dos casos apresentados neste trabalho não mostra até o momento recidiva, porém, o caso 1, tem 18 meses e o caso 2, 9 meses de acompanhamento. Esta casuística não é suficiente para se comparar a extensão da ressecção cirúrgica, porém, o seguimento dos pacientes permite avaliar que, em casos avançados como aqui apresentados, a ressecção ampla mostra vantagens no que diz respeito ao controle da doença, pois não houve, até o momento, caso de recidiva tumoral, apesar da necessidade de acompanhamento anual a longo prazo.

CONCLUSÃO

O tamanho e a localização do tumor, as condições sistêmicas e a idade do paciente, além da vontade e expectativa do mesmo são questões preponderantes na escolha do tipo de tratamento e reconstrução.

A equipe multidisciplinar reduz consideravelmente a morbidade desses procedimentos cirúrgicos.

O uso de biomodelo 3DP™, foi bastante útil para planejamento e condução precisa do procedimento cirúrgico reconstrutivo, no tratamento do ameloblastoma mandibular, reduzindo inclusive o tempo trans e pós-operatórios.

O sucesso do tratamento requer não apenas a ressecção adequada do tumor, mas também uma reconstrução funcional e esteticamente aceitável do defeito residual. O procedimento mais desejável deve ser aquele capaz de levar o paciente à situação estético-funcional mais próximo possível do normal àquela presente antes da doença atendendo ao máximo as limitações e expectativa do mesmo.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign odontogenic epithelium, slow growth and continued, locally aggressive, that rarely undergoes malignant transformation. It has a wide variety histological types with some having high potential for relapse. After reviewing the literature, we analyzed the incidence of ameloblastoma, their classifications, clinical, radiographic, histologic and its various treatment types. We described two cases of surgical treatment of ameloblastoma, which was conducted in an iliac crest bone graft and reconstruction plate through the system 2.4 and the other, the reconstruction was performed only by plate system. Both were in attendance, and yet no show changes. After this review, it was found that the majority of authors believe that radical treatment is the most suitable for the majority of ameloblastomas.

Keyword: Ameloblastoma; Mandibular reconstruction; Graft

REFERÊNCIAS

1. BRANDÃO, L.G., ARAÚJO FILHO, V. J. F. Reconstrução Mandibular. In: BRANDÃO, L. G.; FERRAZ, A. R. *Cirurgia de Cabeça e Pescoço: Princípios Técnicos e Terapêuticos*. 1ª Ed. São Paulo: Livraria Roca, 1989. V. II, cap.16, p.147-161.
2. CARLSON ER, MARX RE. The Ameloblastoma: Primary, Curative Surgical Management. *J Oral Maxillofac Surg* 64:484-494, 2006.
3. 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.
4. DE SILVA, I et al. 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: 10.1371/journal.pone.0047897.epub 2012 Oct 19.
5. DINATO, J. C.; POLIDO, W. D. *Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese*. São Paulo: Artes médicas, 2001.
6. ELLIS, E. Tratamento Cirúrgico das Lesões Patológicas Oraís. In: PETERSON,L.J. et al. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 4º Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, cop. 22, p.509-532.
7. IORDANIDIS S, MAKOS C, DIMITRAKOPOULOS J, et al. Ameloblastoma of the maxilla. Case report. *Aust Dent Journal* 1999; 44 (1): 51-55.
8. KILIGERMAN, J. Reconstrução do Soalho de Boca. In: BRANDÃO, L. G.; FERRAZ, A. R. *Cirurgia de Cabeça e Pescoço: Princípios Técnicos e Terapêuticos*. 1ª Ed. São Paulo: Livraria Roca, 1989. V. II, cap.15, p.129-146.

9. LUNARDI, D. 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** — Vol.28 ,n. 1, p 9- ‘12, out 2000.
10. NASTRI AL, WIESENFELD D, RADDEN BG, et al. Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases. *Br J Ora Maxillofac Surg* 1995; 33: 28-32.
11. 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.
12. OLAITAN AA, ADEKEYE EO. Unicystic ameloblastoma of the mandible: a long-term follow-up. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55: 345-348.
13. POGREL, M. A. et al. A comparison of vascularized and nonvascularized bone grafts for reconstruction of mandibular continuity defects. *J. oral maxillofac. Surg.*, Philadelphia, vol.55, p. 1200-1206, 1997.
14. SANTOS, D. P. *et al.* Ressecção de ameloblastoma utilizando prototipagem - relato de caso .*Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v.40, nº 1, p. 40-42, janeiro / fevereiro / março 2011
15. STORNI, V. C. C et al. Ameloblastoma na região anterior da mandíbula- Uso da Placa de reconstrução. *Revista da APCD*, V. 53, N.5, set/out 1999.
16. WILLIAMS TP. Management of Ameloblastoma: a changing perspective. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 1064-1070.

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;
Lôe *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 referendado 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, L.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 World 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 referendadas 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 normalização de publicações técnico-científicas*. 8.ed. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Cap.12: Ilustrações, p.110-121.

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