

UNIVERSIDADE PAULISTA

**ESTUDO DESCRITIVO DE REABILITAÇÃO COM IMPLANTES OSSEOINTEGRADOS EM PACIENTES
TRATADOS POR AMELOBLASTOMA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-
graduação em Odontologia da Universidade
Paulista – UNIP para a obtenção do título de
Mestre

LUANA HELENO CARRELA

SÃO PAULO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE PAULISTA

**ESTUDO DESCRITIVO DE REABILITAÇÃO COM IMPLANTES OSSEOINTEGRADOS EM PACIENTES
TRATADOS POR AMELOBLASTOMA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Paulista – UNIP para a obtenção do título de Mestre

Área de Concentração: Diagnóstico Bucal-Semiologia

Orientador: Prof. Dr. Luciano Lauria Dib

LUANA HELENO CARRELA

SÃO PAULO

2010

Carrela, Luana Heleno.

Estudo descritivo de reabilitação com implantes osseointegrados em pacientes tratados por ameloblastoma. / Luana Heleno Carrela.

– São Paulo, 2009.

119 f. il. Color.

Dissertação (mestrado) – Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Paulista, São Paulo, 2009.

Área de Concentração: Diagnóstico bucal semiologia

“Orientação: Prof^o Dr^o Luciano Lauria Dib”

LUANA HELENO CARRELA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Paulista – UNIP para a obtenção do título de Mestre

São Paulo, __/ __/ __

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dr (a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr (a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr (a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr (a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Ricardo e Beatriz, que me guiaram pelos caminhos corretos, e em especial à minha irmã Letícia, pela paciência, companhia, compreensão, e que em nenhum momento mediu esforços para a realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a DEUS, por ser a base das minhas conquistas, e em quem sempre encontrei respostas para os meus problemas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luciano Lauria Dib, pela dedicação, e confiança em mim depositada, durante este trabalho.

À Universidade Paulista – Unip, e seus diretores, pela infraestrutura que possibilitou esta pesquisa.

Ao Prof. Dr. José Barbosa, pela amizade, pelos livros emprestados, sempre disposto a nos ouvir e ajudar.

À professora Marisa C. Marques, pelo carinho, amizade e incentivo encorajador nos momentos difíceis.

Aos funcionários do Laboratório de Patologia da Universidade Paulista, pelo auxílio e paciência.

Aos professores da disciplina de Semiologia e das demais disciplinas do curso de Odontologia da Universidade Paulista, pelo exemplo de responsabilidade e dedicação à pesquisa.

Aos colegas da pós-graduação, pela amizade, companheirismo e paciência nos momentos de trabalho.

Aos alunos da graduação, pelo relacionamento no meu desenvolvimento com a didática.

À funcionária Cíntia e aos demais funcionários da pós-graduação, pela simpatia, atenção, paciência e excepcional atendimento.

Aos pacientes da clínica de Semiologia, que nos ajudaram a crescer profissionalmente.

Ao meu namorado, Thiago Martins Marques, pelo amor, dedicação e paciência nos momentos de ausência.

Aos meus pacientes e funcionários do consultório, por compreenderem minhas ausências e as consultas remarçadas.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com o meu trabalho.

Muito obrigada!

"O treinamento transforma as boas intenções em bons resultados."

(Thomaz Berry)

RESUMO

Introdução: o ameloblastoma é neoplasia benigna de origem odontogênica, normalmente assintomático, de crescimento lento e progressivo, gerando grande deformidade facial, comprometimento estético e funcional. O objetivo do presente estudo foi avaliar pacientes submetidos a colocação de implantes osseointegrados e próteses implanto suportadas por uma mesma equipe, no período de 1995 a 2009, e que haviam sido previamente submetidos a ressecções nas áreas implantadas decorrentes de tratamento de ameloblastoma. **Método:** os prontuários dos pacientes selecionados foram avaliados por meio de um questionário, com a finalidade de obter dados relevantes sobre o método da reabilitação dental com implantes osseointegrados nos pacientes previamente submetidos a tratamento de ameloblastoma. **Resultado:** a neoplasia foi mais frequente na mandíbula. Ressecção seccional e crioterapia foram os tratamentos mais empregado. O tempo de acompanhamento variou de 2 a 9 anos, com média de 4,2 anos. A utilização de enxerto foi necessária em 3 casos. Foram instalados 27 implantes na maxila e 20 implantes na mandíbula, com taxa de sucesso de 100%. Confeccionaram-se 5 próteses fixas dentais, 1 “overdenture” e 1 “protocolo de Branemark”, para fins estéticos e funcionais, de acordo com as alterações presentes. Não houve recidiva nos pacientes até o término do estudo. **Conclusão:** o presente estudo apresentou 27 casos reabilitados com implantes osseointegrados após a ressecção por ameloblastoma. Sete implantes foram instalados na maxila e 20 instalados na mandíbula, com taxa de sucesso de 100%; a utilização de enxerto na área ressecada foi indispensável em 3 pacientes.

Palavras-chave: Ameloblastoma - Implantes – Reabilitação Oral

ABSTRACT

Introduction: The ameloblastoma is a benign odontogenic neoplasia and usually asymptomatic with one growth slowly and progressive therefore it occasion facial deformity, problems aesthetic and functional. The objective of this study was to evaluate patients who submitted installation of osseointegrated and prostheses implants supported by the same team from 1995 to 2009 and also had previously submitted to a resection due the treatment of ameloblastoma. **Method:** The records of selected patients were evaluated using a questionnaire to get method information of the dental rehabilitation using osseointegrated implants in patients who had the ameloblastoma treatment previously. **Results:** The tumor was more frequent in the mandible and the treatment most realized were sectional resection and cryotherapy. The follow up time were between 2 and 9 years and the average were around 4.2 years. Graft was necessary in 3 cases and 27 implants were successfully implemented. The prostheses were made for aesthetic and functional in accordance with the present changes. There was no recurrence in patients until the end of this study. **Conclusion:** We conclude that 7 implants were implemented in the maxilla, 20 implants were implemented in the jaw and with 3 of them used graft.

Keywords: Ameloblastoma - Implants - Oral Rehabilitation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico1- Relação de pacientes segundo as características demográficas	85
Gráfico2- Distribuição do número de pacientes por faixa etária.....	86
Gráfico 3- Distribuição dos pacientes por localização do tumor.....	87
Figura 1 - Radiografia panorâmica evidencia imagem radiolúcida multilocular envolvendo a região de corpo e ramo com grande destruição e afilamento das corticais e basilar, do lado direito da mandíbula. Reabsorção radicular dos molares e o dente 48 incluso e impactado.....	64
Figuras 2 e 3. Tomografia computadorizada em cortes axiais mostrando o abaulamento e a destruição das corticais lingual e vestibular com áreas afiladas.....	64
Figura 4. Radiografia panorâmica mostrando remodelação óssea mandibular completa após 8 anos, sem sinais de recidiva e ausência dos dentes 44, 45, 46 e 47.....	65
Figura5. Tomografia computadorizada, corte axial mostrando neoformação óssea preenchendo todo corpo de mandíbula, com maior largura óssea decorrente da expansão das corticais.....	65
Figura6. Tomografia computadorizada, evidenciando a reparação da altura alveolar e do canal do nervo alveolar mandibular sem sinais de recidiva.....	65
Figuras 7 e 8. Fotografia do transoperatório no momento da fixação dos implantes dentais. Observa-se a espessura do rebordo alveolar.....	65
Figura 9 e 10. Detalhe dos pilares conectores dos implantes e da prótese fixa instalada promovendo reabilitação estética e funcional.....	66
Figura 11. Radiografia panorâmica apresentando aspecto multilocular do extenso ameloblastoma envolvendo todo o corpo de mandíbula do lado esquerdo e uma imagem cística em região anterior de mandíbula no ápice dos dentes incisivos.....	67
Figura 12. Radiografia panorâmica do pós-operatório mostrando a ressecção segmentar da mandíbula do lado esquerdo, levando a descontinuidade mandibular.....	68

- Figura 13.** Radiografia panorâmica de controle em 1995, mostrando o enxerto de osso de crista ilíaca e a recidiva em região de sínfise mandibular com aspecto unilocular.....68
- Figura 14.** Radiografia panorâmica do pós-operatório da segunda intervenção cirúrgica, após a ressecção seccional, extração dos dentes e crioterapia. Notar a pouca altura e espessura do remanescente ósseo mandibular.....68
- Figura 15.** Radiografia panorâmica exibindo os implantes fixados no remanescente mandibular, ocupando toda a altura da mandíbula (10mm). Observar que a área do enxerto livre de crista ilíaca foi útil para a reconstrução do contorno facial, porém não permitiu a fixação de implantes.....69
- Figura 16.** Detalhe da barra metálica para retenção da prótese total. Optou-se por prótese removível para facilitar a higiene e inspeção clínica da área operada.....69
- Figura 17.** Fotografia extraoral da paciente após a reabilitação, mostrando os contornos faciais bem definidos.....69
- Figura 18.** Fotografia intraoral da prótese instalada, proporcionando uma boa sustentação dos músculos e lábios. A estética dental e função mastigatória foram restabelecidas.....69
- Figura 19.** Radiografia lateral mostrando imagem multilocular extensa da lesão, presente em corpo e ramo de mandíbula do lado esquerdo.....71
- Figura 20.** Radiografia panorâmica mostrando a área ressecada e a manutenção do corpo mandibular, sem sinais de recidiva.....71
- Figura 21.** Radiografia panorâmica mostrando a instalação dos implantes osseointegrados e a fixação simultaneamente do enxerto de crista ilíaca, que tinha por função devolver a altura alveolar, preservando o canal mandibular por causa da presença de sensibilidade.....72
- Figura 22.** Fotografia intraoral da prótese fixa implanto suportada, que apresenta 4 dentes e conectores longos para facilitar a higiene sob a peça.....72
- Figura 23.** Radiografia panorâmica mostrando lesão radiolúcida em corpo de mandíbula que começava no segundo pré-molar e se estendia para ramo mandibular com aspecto multilocular. Também se observa a presença do alvéolo da recente extração do dente 48.....74
- Figuras 24 e 25.** Tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional mostrando abaulamento da cortical por vestibular e maior insuflação da parede lingual.....74

- Figura 26.** Corte axial da tomografia computadorizada mostrando imagem das corticais expandidas, com áreas de afilamento quase gerando ruptura. A imagem também mostra a extensão da lesão até processo coronóide.....74
- Figura 27.** Fotografia do transoperatório mostrando a remoção da neoplasia e preservação das corticais.74
- Figura 28.** Fotografia do trãns cirúrgico, mostrando o leito remanescente após a aplicação do nitrogênio líquido.....75
- Figura 29.** Imagem tridimensional da tomografia computadorizada, mostrando neoformação óssea na área ressecada. A crista alveolar após tratamento se apresentou com pouca altura e sem sinais de recidiva.....75
- Figura30.** Panorâmica mostrando a instalação dos implantes osseointegrados em mandíbula, respeitando o limite do nervo alveolar. Devido ao rebaixamento da crista óssea, foram necessários abutments longos para a confecção da prótese fixa.....75
- Figura 31.** Reabilitação oral mostrando a prótese fixa instalada sobre os implantes com 4 dentes. A reabilitação devolveu ao paciente função mastigatória e estética.....75
- Figura 32.** Radiografia panorâmica, com extensa imagem radiolúcida, com aspecto cístico em corpo e ramo de mandíbula. A imagem também apresenta molares 47 e 48 não erupcionados e reabsorção radicular do dente 46.....77
- Figuras 33 e 34.** Tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional, mostrando o abaulamento das corticais por vestibular e lingual sem rompimento das mesmas.....77
- Figuras 35 e 36.** Corte axial da tomografia computadorizada, em que se observa afilamento de toda a cortical por lingual e vestibular, sem rompimento ou invasão dos tecidos moles.....77
- Figura 37.** Radiografia panorâmica de controle pós-operatório mostrando a área de remoção da neoplasia e a preservação da basilar mandibular.....78
- Figura 38.** Radiografia panorâmica de controle pós operatório de 8 anos, sem sinais de recidiva e presença de neoformação óssea de corpo e ramo mandibular.....78
- Figura 39.** Radiografia panorâmica mostrando a fixação dos 3 implantes osseointegrados em mandíbula e a instalação da prótese convencional fixa de 4 dentes sobre os implantes.....78
- Figura 40.** Fotografia da instalação dos conectores para a fabricação da prótese. Sendo um caso mais recente e com boa preservação da altura da crista alveolar, não foi necessário pilares longos ou gengiva artificial.....78

Figura 41. Fotografia da instalação da prótese fixa implanto suportada com 4 dentes.....	78
Figura 42. Radiografia panorâmica mostrando imagem radiolúcida unilocular em maxila e a presença de apenas 3 dentes, que eram apoio da prótese removível. O achado histopatológico foi considerado bastante incomum.....	80
Figura 43. Radiografia panorâmica, após a remoção do tumor e dos dentes superiores, para reabilitação convencional. Notar a pouca estrutura óssea para instalação de implantes.....	80
Figura 44. Fotografia do trãns cirúrgico com realização de uma ostectomia do tipo LeFort para proporcionar um leito para enxerto.....	81
Figura 45. Fotografia do trãns cirúrgico com o enxerto moldado e fixado em região de maxila.....	81
Figura 46. Fotografia intra-oral com a exposição dos conectores para retenção da prótese fixa.....	81
Figura 47. Panorâmica mostrando os implantes instalados e unidos por uma barra. Não apresenta sinais de recidiva.....	81
Figura 48 e 49. Fotografia do protocolo instalado devolvendo a função e estética da paciente.....	81
Figura 50. Panorâmica mostrando a imagem radiolúcida em região anterior de mandíbula no ápice das raízes dos dentes incisivos inferiores.....	83
Figuras 51 e 52. Radiografia periapical mostrando imagem radiolúcida, multilocular no ápice dos dentes e realização de tratamento endodôntico como tentativa de controle da lesão.....	83
Figura 53. Radiografia panorâmica do pós-operatório, mostrando imagem da remoção da lesão e extração dos dentes que estavam junto à lesão. Houve preservação da borda inferior da mandíbula, preservando a continuidade do arco.....	83
Figura 54. Radiografia panorâmica mostrando a instalação dos 4 implantes osseointegrados em mandíbula e sem sinais de recidiva. Cinco anos após a ressecção da neoplasia.....	84
Figura 55. Prótese fixa implanto suportada com 6 dentes e gengiva artificial para recobrir o rebaixamento do rebordo alveolar, evitando cirurgias reconstrutivas da altura da crista alveolar.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de pacientes segundo as características demográficas e porcentagem.....	85
Tabela 2- Distribuição dos pacientes de acordo com a idade	86
Tabela 3- Número de pacientes segundo as modalidades de tratamento.....	88
Tabela 4- Número de pacientes que necessitaram de reconstrução autógena de tecido ósseo.....	89
Tabela 5 – Características dos implantes e localização da instalação.....	90
Tabela 6- Técnica de remoção do tumor e tempo de acompanhamento para instalação dos enxertos e implantes.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Tomografia Computadorizada (TC)

Plasma rico em plaquetas (PRP)

Centímetro (cm)

SUMÁRIO

	p.
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 Conceito e etiologia.....	20
2.2 Características epidemiológicas e clínicas.....	20
2.3 Características radiográficas.....	27
2.4 Características histológicas e classificação.....	29
2.4.1 Ameloblastoma multicístico ou sólido.....	31
2.4.2 Ameloblastoma Unicístico.....	32
2.4.3 Ameloblastoma Periférico.....	33
2.4.4 Ameloblastoma Desmoplásico.....	34
2.4.5 Ameloblastoma: Transformação Maligna.....	35
2.5 Diagnóstico diferencial.....	35
2.6 Tratamento.....	36
2.6.1 Tratamento Radical.....	39
2.6.2 Tratamento Conservador.....	40
2.7 Ameloblastoma em Crianças.....	44
2.8 Recidiva.....	45

2.9 Reabilitação.....	47
2.9.1 Implantes em pacientes tratados de ameloblastoma	53
3. PROPOSIÇÃO.....	55
4. PACIENTES E MÉTODOS.....	56
5. RESULTADOS.....	63
6. DISCUSSÃO.....	93
7. CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
ANEXO	114

1. INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é uma neoplasia odontogênica benigna, descrito primeiramente por Broca em 1868, e posteriormente denominado por Churchill em 1934 (DI COSOLA et al., 2007). Representa cerca de 1% de todos os tumores da mandíbula e maxila e 10% dos tumores odontogênicos (ECKARDT et al., 2009). Ocorre predominantemente na mandíbula em cerca de 80% dos casos e na maxila em 20% (SILVA et al., 2004). Seu diagnóstico é mais frequente na quarta e quinta décadas de vida, acometendo mulheres e homens na mesma proporção (MARTINEZ et al., 2007; SILVA et al., 2004; GOMES et al., 2002; Curi, Dib, Pinto, 1997). Clinicamente se manifesta por crescimento lento e expansivo, geralmente assintomático, mas podendo apresentar, em grandes proporções, deformidade facial e dor (CURI, DIB, PINTO, 1997; BUENO et al., 2008). Radiograficamente é caracterizado por uma imagem radiolúcida uni ou multilocular com aspectos de “favos de mel” ou “bolhas de sabão”. Pode apresentar também reabsorção radicular externa nos dentes envolvidos, deslocamento dental e afilamento ou ruptura das corticais ósseas (SILVA et al., 2004; GOMES et al., 2002; Saddy et al., 2005).

O ameloblastoma é classificado em quatro tipos: ameloblastoma sólido ou multicístico; ameloblastoma unicístico; ameloblastoma desmoplásico e ameloblastoma periférico (SILVA et al., 2004; DIAS et al., 2007; GOMES et al., 2002).

O tratamento é bastante variado, e as técnicas mais utilizadas são curetagem e aplicação de agentes físicos – químicos, ostectomia periférica, e as ressecções marginal ou segmentar, com margem de segurança, que levam a grandes deformidades se não

seguidas de reabilitação adequada. (POGREL; MONTES, 2009; SANCHS, 2006; SAMPSON; POGREL, 1999; CURI; DIB; PINTO, 1997).

O tratamento dos defeitos bucomaxilo-facial causados por ressecções de tumores é campo complexo em que o cirurgião pode realizar uma gama de procedimentos reconstrutivos. Os poucos relatos de reabilitação com implantes dentais em pacientes tratados previamente de ameloblastoma, podem ser explicado pela necessidade de novas intervenções cirúrgicas que confrontam com as recidivas da lesão e altos custos para realização dos procedimentos (FERRETTI 2000, SAMPRON E PROGREL 1999).

Atualmente a utilização de implantes dentários é uma opção satisfatória na devolução da estética e função. Portanto, com os avanços nas cirurgias de reconstrução utilizando transplantes vascularizados e implantes osseointegrados a morbidade esta diminuindo em pacientes tratados por neoplasias (BIANCHI, 2009). Entretanto a alta taxa de recidiva pode implicar em insucesso do tratamento e comprometimento da reabilitação oral, sendo assim necessário o acompanhamento clínico e radiográfico dos pacientes por muitos anos (ZEMMAN et al., 2007).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito e etiologia

O ameloblastoma é neoplasia benigna, denominada pela OMS como neoplasia polimorfa, que normalmente tem padrão folicular ou plexiforme em um estroma fibroso. (KRAMER; PINDBORG; SHEAR, 1992). Acomete os ossos maxilares, sendo composto por epitélio odontogênico, sem a participação de ectomesênquima. (MARTINEZ, 2008).

A origem do ameloblastoma é muito discutida na literatura, podendo surgir da indução da reativação de algumas estruturas, como o remanescente do órgão dental do esmalte, restos epiteliais de Malassez, células do folículo dentário ou de células basais do epitélio de superfície. (SILVA et al., 2004; GOMES et al., 2006). Atualmente, o conceito de que o ameloblastoma tenha surgido da lâmina dental do esmalte é o mais aceito entre diversos autores. (CURI; DIB; PINTO, 1997; GOMES et al., 2002; BUENO et al., 2007)

2.2 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS

O ameloblastoma é tumor raro e representa cerca de 1% de todos os tumores e cistos da maxila e mandíbula, e 10% de todos os tumores mandibulares odontogênicos. (OLAITAN; ADEOLA; ODEKEYE, 1993) (ECKARDT et al., 2009)

Dias et al. (2007) afirmam que a incidência do ameloblastoma é de 0,3 a 6,1 casos por milhão de pessoas. A maioria dos estudos mostra que o ameloblastoma é

considerado o tumor odontogênico mais comum depois dos odontomas. (POGREL; MONTES, 2009)

Okada, Yamamoto e Tilakaratne (2007) avaliaram 226 tumores odontogênicos, e o ameloblastoma teve prevalência de 69,8% dos casos. Jing et al. (2007) avaliaram 1642 casos de tumores odontogênicos na população chinesa, e o ameloblastoma teve frequência relatada de 40,3%.

O ameloblastoma acomete predominantemente a mandíbula - 80% dos casos -, enquanto a maxila é afetada em 20% dos casos. (SILVA et al., 2004) Kim et al. (2001) relataram 71 casos de ameloblastoma: 87,3% estavam localizados na mandíbula.

A região mais afetada na mandíbula é corpo e ramo ascendente, com incidência de 70%; 20% acometem a região de pré-molar e 10% a região de incisivos, enquanto na maxila ocorre mais frequentemente na região posterior, em 47%, e 15% em seio maxilar e assoalho da cavidade nasal. (SILVA et al., 2004) (KRAMER; PINDBORG; SHEAR, 1992)

Bataineh (2000) relatou 23 pacientes com ameloblastoma tratados num período de 10 anos, e todos estavam localizados na mandíbula, sendo 21 na região posterior e dois na região anterior.

Adebiyi et al. (2006) revisaram 77 casos de ameloblastoma na população nigeriana. A mandíbula foi afetada em 72 pacientes, enquanto dois casos afetaram a maxila e três ocorreram em tecido mole. Zeman et al. (2007) relataram 54 casos de ameloblastoma: 71% estavam localizados na mandíbula e 29% na maxila; dos que estavam localizados na mandíbula, 70% acometeram a região de molares e ramo da mandíbula, 20% pré-molares, e 10% a região anterior da mandíbula. Chindzonga (1996) avaliou a prevalência de ameloblastoma nas crianças do Zimbábue num período de 10

anos. Os 20 pacientes jovens encontrados tinham idade menor ou igual a 18 anos. A mandíbula foi a região mais afetada, principalmente na região de pré molares e caninos, com 69,1% dos casos.

Hong, et al. (2007) estudaram 239 pacientes com ameloblastoma, e obtiveram 210 lesões localizadas na mandíbula, o que correspondeu a um número sete vezes maior do que na maxila, que foi de 29 lesões.

A incidência do ameloblastoma quanto ao gênero não é conclusiva, acometendo mulheres e homens aproximadamente na mesma proporção. (Martinez et al., 2007; SILVA et al., 2004; Gomes et al., 2002; Curi, Dib, Pinto, 1997)

Olaitan, Adeola e Odekeye (1993) avaliaram 315 pacientes com ameloblastoma, tratados em um período de 20 anos. Foram encontrados 195 homens e 120 mulheres, relação de 1,6:1.

Martinez et al. (2007) avaliaram 18 casos de ameloblastoma, e a variável do gênero observada foi relativamente igual em ambos, com leve predileção para o gênero feminino. Saddy et al. (2005) revisaram 52 casos e encontraram 23 pacientes masculinos (44,2%) e 29 pacientes femininos (55,8%).

Segundo Arotiba et al. (2005), as crianças nigerianas apresentam predileção pelo gênero masculino.

O ameloblastoma é diagnosticado em ampla faixa etária, que vai da segunda à quinta décadas de vida, sendo raramente encontrado em crianças. O ameloblastoma unicístico é diagnosticado com mais frequência na segunda e terceira décadas de vida. (KRAMER, PINDBORG, SHEAR, 1992; SILVA et al., 2004).

Olaitan, Adeola e Odekeye (1993) avaliaram 315 pacientes, e a idade variou de 3 a 70 anos, com média de 31,2 anos, com maior incidência do tumor na terceira e quarta décadas de vida.

Curi, Dib e Pinto (1997) relataram 36 pacientes com ameloblastoma, e a idade média foi de 31 anos, variando de 12 a 70 anos. Kim et al. (2001) relataram 71 casos de ameloblastoma, e a idade variou de 11 a 70 anos, com média de 30,4 anos.

Segundo Martinez et al. (2007), a faixa etária mais atingida num estudo em 18 casos de ameloblastoma variou entre 20 e 50 anos. Lee, Sanman (2004) avaliaram 29 pacientes, e a média de idade foi de 23 anos. Na população nigeriana, em estudo com 360 pacientes, 79 tinham menos de 20 anos de idade. (Arotiba, et al., 2005)

Ogunsalu et al. (2006), em estudo com 19 pacientes jamaicanos, obtiveram média de 16,1 anos. Di Cosola et al. (2007) avaliaram 10 casos de ameloblastoma, obtendo idade média do aparecimento da lesão de 39,6 anos de idade.

Saddy et al. (2005), após avaliarem 52 casos, obtiveram média de 31 anos de idade, e extremos de 6 a 75 anos de idade. Martinez et al. (2007), em 18 casos avaliados, obtiveram maior incidência do tumor nos pacientes com faixa etária de 20 a 50 anos, o que corresponde a 72,2%.

Zeman, et al. (2007) avaliaram 54 lesões, a idade mínima foi de 14 anos e a máxima de 67 anos, concluindo que essa lesão pode acometer grande faixa etária. Hong, et al. (2007) estudaram 239 pacientes, e a idade variou de 9 a 83 anos, tendo média de 34,5 anos.

El-gehani et al. (2009) estudaram tumores odontogênicos na Líbia, e os ameloblastomas acometeram a segunda e terceira décadas de vida. O paciente mais jovem tinha 13 anos, o mais velho 75 anos.

A incidência do ameloblastoma quanto à raça não é conclusiva, acometendo todas elas, aproximadamente nas mesmas proporções, mas a localização da lesão em região anterior é mais comum em pacientes negros. (Gomes et al., 2006; Gomes et al., 2002)

Saddy et al. (2005) dividiram seu estudo de 52 pacientes em brancos e não brancos, obtendo 30 casos de brancos (57,7%) e 22 casos de não brancos (42,3%).

Adebayo et al. (2005), após avaliarem 318 casos de tumores odontogênicos, afirmaram que na população africana o ameloblastoma corresponde de 66% a 99% dos tumores odontogênicos, enquanto na América do Norte eles variam de 11% a 24%.

Pogrel e Montes (2009) afirmam que o ameloblastoma corresponde a 50% dos tumores de cabeça e pescoço na população africana, esses relatos são altos podem ocorrer por causa de algum desvio padrão de referência e apresentação tardia das pesquisas.

A evolução do ameloblastoma é caracterizada por expansão lenta e sem sintomatologia, mas persistente e agressivo pode ocasionar infiltração em tecidos adjacentes. (BUENO et al., 2008) Seu desenvolvimento pode causar expansão da cortical óssea levando a grande deformidade facial. (CURI, DIB, PINTO, 1997).

O diagnóstico precoce é raro de acontecer, por causa da falta de sintomatologia dolorosa. Esse diagnóstico só acontece em achados de exames radiográficos feitos em

consultas de rotina ou quando o tumor chega a causar assimetria facial. (GOMES et al., 2006).

Os sintomas são aparentes quando o tumor se encontra em grandes proporções, podendo apresentar dor, parestesia, infecção secundária, fraturas patológicas, deslocamento dentário e reabsorção radicular. (SEGUNDO; FARIA; BARBOSA, 2003). Kim et al. (2001) afirmam que a mucosa tem aspectos de normalidade e raramente apresenta sinais de infecção e fraturas patológicas. Em estudo de 71 casos de ameloblastoma, o sintoma mais comum foi o edema, em 30% dos casos (Kim et al., 2001). Al-Khateeb e Ababned (2003) também tiveram como sinal mais comum em estudo de 10 pacientes na Jordânia, o edema.

Reichert, Philipsen e Sonner (1995) realizaram extensa revisão de 3.677 casos relatados na literatura. Os sinais encontrados foram expansão das corticais em 701 casos, dor em 187 casos, atraso na erupção em 119 casos, ulceração em 90 casos, mobilidade dental em 68 casos e deslocamento dental em 57 casos.

Olaitan, Adeola, Odekeye (1993) avaliaram 315 pacientes, e todos apresentaram expansão progressiva. A queixa mais comum foi a deformidade facial presente em 135 pacientes; 46 casos tinham deformidade e dor, 21 relataram apenas dor, dois pacientes tinham dentes com mobilidade, cinco ulcerações, e um paciente apresentou sangramento bucal. Todos os tumores apresentaram comprometimento das corticais. Na mandíbula, a expansão ocorreu em dois casos na cortical lingual, nove na cortical vestibular, e o restante dos casos ocorreu nas duas corticais, enquanto os relatados na maxila tinham a expansão nas corticais palatina e vestibular.

Segundo Faria e Barbosa (2003), a expansão óssea da cortical causa grande deformidade, entretanto não ocorre crescimento do tipo ulcerativo, sugestivo de

carcinoma. A expansão óssea da cortical pode levar ao seu rompimento e invasão do tumor nos tecidos moles adjacentes. (BATAINEH E JORDAN, 2000)

Kalavrezos, Baldwin e Walker (2001) relataram um caso de ameloblastoma gigante que, por causa da grande proporção presente, acarretou dificuldade na mastigação e deglutição quando a paciente permanecia deitada ou inclinava a cabeça para trás. Zamorano et al. (2008) relataram um caso de ameloblastoma muito agressivo, que atingiu grande proporção, causando problemas no limite de abertura bucal e aspectos necróticos na região vestibular.

Chidzonga (1996), ao avaliar crianças do Zimbábue, constatou como queixas principais deformidade facial. Perda dental e dor só foram relatadas quando apresentava, em algum momento, ocorrência de infecção. Zemman et.al. (2007) estudaram 54 casos, e as características clínicas mais presentes foram expansão, discreta sensibilidade dolorosa, problemas de oclusão, dentes com mobilidade e próteses mal adaptadas. Apenas um paciente apresentou fístula.

2.3 CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

A avaliação radiográfica continua a ser a mais simples ferramenta para diagnóstico precoce da lesão e para o planejamento cirúrgico, não podendo ser o único meio de diagnóstico, mesmo que suas características levem à suspeita do diagnóstico (SACHS, 2006). Radiograficamente, o ameloblastoma apresenta muitas variações, tendo como imagem mais comum características multiloculares e uniloculares bem delimitadas ou não. (KRAMER, PINDBORG, SHEAR, 1992; SADDY et al., 2005; Zemman et. al., 2007).

A imagem radiolúcida bem delimitada unilocular é característica do ameloblastoma unicístico (SILVA et.al., 2004). O ameloblastoma unicístico apresenta limites bem definidos, com ou sem esclerose marginal, e frequentemente está associado a um dente incluso, sendo confundido com cisto dentífero. O ameloblastoma multicístico é caracterizado por imagem radiolúcida multilocular, formando padrões do tipo “favos de mel” ou “bolhas de sabão” (SILVA et al., 2004). Nakamura et al. (2002) afirmam que as lesões multiloculares têm características mais invasivas do que as lesões uniloculares por apresentarem perfuração da cortical óssea e invasão de tecidos moles adjacentes.

Lee, Samman (2004) avaliaram 29 pacientes e encontraram em 62% reabsorção radicular dos dentes que estavam próximos ao tumor na imagem radiográfica. Kim et al. (2001) relataram 71 casos de ameloblastoma, e as imagens radiográficas foram em 42 casos uniloculares, 14 multiloculares, 2 tinham aspectos de “bolhas de sabão” e 13 tinham aparência desconhecida. O Gunsalu et al. (2006) avaliaram 19 pacientes, sendo que 42% apresentavam características radiográficas uniloculares e 58% eram imagens multiloculares.

Saddy et al. (2005), avaliaram 52 prontuários de ameloblastoma e constataram que 18 casos tinham aspectos uniloculares, 34 casos eram multiloculares, 37 casos tinham lesões com limites expansivos e 7 casos eram infiltrativos e limites mistos. Quanto às imagens radiográficas que avaliaram as corticais, 50% dos casos apresentavam a presença cortical íntegra, e apenas 11,5% rompimento da cortical; também apresentaram como característica radiográfica reabsorção radicular externa nos dentes envolvidos 23,1% dos casos, e 76,9% não apresentavam reabsorção dos dentes envolvidos.

Saddy et al. (2005) concluíram que as radiografias intrabucais, extrabucais e panorâmicas não devem ser utilizadas como único meio de diagnóstico, mas outras técnicas radiográficas. O uso de tomografia computadorizada tridimensional é imprescindível para verificar localização, extensão, limites e correlação do tumor com as estruturas circunvizinhas, como o rompimento da cortical.

Sampson e Pogrel (1999) afirmam que a tomografia computadorizada (TC), em todos os casos de ameloblastoma, é necessária ao adequado planejamento cirúrgico. Ferreti, Polakow e Coleman (2000) ressaltam que a TC serve para avaliar áreas em que as radiografias planas não são claras, como a região de maxila, fossa infratemporal e a extensão latero-medial do tumor.

Silveira e Barbachan (2000) compararam o limite radiográfico da lesão ao limite histológico do ameloblastoma para verificar a existência e a distância de infiltrações neoplásicas nas margens tumorais e concluíram que, apesar de os ameloblastomas apresentarem limites radiográficos bem delimitados, são histologicamente infiltrativos. Essas infiltrações variam de 0,1 centímetro a 1,4 centímetro da extremidade radiográfica da lesão.

2.4 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS E CLASSIFICAÇÃO

A histopatologia do ameloblastoma consiste, basicamente, na proliferação de células epiteliais ameloblásticas, que se dispõem em padrões variáveis, que, por vezes, se fazem presentes no mesmo tumor. (Martinez et al., 2008)

Histologicamente são descritos variados tipos de ameloblastoma: folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulosas e células basais, embora raros, podem também ser observados. (Martinez et al., 2008; Bueno et al., 2007).

As variantes foliculares e plexiformes são as mais observadas. Na primeira, as ilhotas epiteliais encontram-se dispersas no estroma conjuntivo de densidade variável, constituídas por células colunares dispostas em paliçada, que se parece com os ameloblastomas. Essas células delimitam uma área central formada por células semelhantes ao retículo estrelado do órgão do esmalte, com aspecto frouxo. Na segunda, observam-se cordões uniformes, ramificados no estroma. Frequentemente, os tipos foliculares e plexiformes são encontrados em cortes de um mesmo tumor, dependendo do número e da incidência dos fragmentos examinados, não havendo variação entre o tipo histológico e a evolução terapêutica e o prognóstico. (NEVILLE et al., 1995; SILVA et al., 2003)

Reichart, Philipsen e Sonner (1995) relatam que os tipos histológicos comparados com a localização, em seu estudo, tiveram tendências diferentes: os ameloblastomas do tipo plexiforme e folicular ocorreram com mais frequência na região molar e ramo da mandíbula do que na região dos incisivos e região canina. A relação das variáveis também apresentou diferença quanto à recidiva, o folicular (29,5%), o plexiforme (16,7%), o acantomatoso (4,5%), o misto (14,3%) e o unicístico (13,7%). Martins et al. (1999), em estudo de 20 casos, o padrão folicular teve maior incidência em pacientes brancos.

No estudo de Adebisi et al. (2006), o tipo histológico folicular foi o mais comum (50 casos, 64,9%), seguido de ameloblastoma plexiforme (10 casos, 13%) e desmoplásico (4 casos, 5,2%). Três (3,9%) casos de ameloblastoma acantomatoso foram vistos, enquanto a variante de células basais respondia por apenas dois (2,6%) casos. Apenas um caso (1,3%) de ameloblastoma unicístico foi relatado.

Nakamura et al. (2002) relataram 78 casos de ameloblastoma. Desses, 19 casos eram do tipo folicular, 23 plexiformes, 9 mistos, 24 unicísticos e 3 desmoplásicos. Dos 23 casos relatados por Bataineh (2000), o tipo folicular ocorreu em sete pacientes (30,1%), o plexiforme em 11 (47,8%) e o misto em cinco (21,7%).

Kim e Jang (2001) relataram 71 casos que apresentaram 25 (35,2%) do padrão plexiforme e 21 (29,6%) do padrão folicular. O padrão plexiforme foi mais frequente entre pacientes da segunda década de vida.

Para Gardner (1996), os padrões histológicos são importantes apenas para determinar que a lesão seja de fato um ameloblastoma, pois essas variantes não determinam o comportamento clínico, biológico, o grau de invasão ou a tendência a apresentar metástases. Bianchi et al. (1998) afirmam que o padrão histológico inicial não influencia o desenvolvimento de recidivas.

A classificação anatomopatológica do ameloblastoma ainda não é rotina, mas Martins et al. (1999) estão convencidos de que lidar com as diferenças em padrões histológicos é relevante para estabelecer procedimentos cirúrgicos, desde as mais simples biópsias e raspagem do osso para os atos mais invasivos. O uso regular de procedimentos imuno-histoquímicos no futuro trará resultados mais confiáveis para determinação dos melhores procedimentos cirúrgicos para prevenção da recorrência desses tumores. Para os tipos plexiforme e folicular, a ressecção é o melhor procedimento, com margem de segurança de 1,5 a 3,0 centímetros; para o tipo unicístico, a curetagem óssea é indicada.

Para Gomes et al. (2002), toda classificação é importante, pois para cada variante haverá tratamento e prognóstico diferenciados. O ameloblastoma é classificado em ameloblastoma sólido ou multicístico, unicístico e periférico. (SILVA et al., 2004;

DIAS et al., 2007). Segundo Gomes et al. (2006), 86% são sólidos ou multicísticos. Os unicísticos correspondem a 13%, e os periféricos representam cerca de 1%.

2.4.1 Ameloblastoma multicístico ou sólido

O ameloblastoma multicístico ou sólido está presente mais frequentemente em pacientes entre os 20 e 40 anos de idade. (ZAMORANO et al., 2008; HONG et al., 2007). Clinicamente apresenta-se como a variante mais agressiva, por causa da sua capacidade de se infiltrar nas trabéculas ósseas. (GOMES et al., 2006; POGREL e MONTES, 2009)

Pogrel e Montes (2009) afirmam que o diagnóstico pode ser feito a partir de combinações de imagens simples, tomografia computadorizada, acrescidas de biópsia e o histológico da lesão.

2.4.2 Ameloblastoma unicístico

A variante unicística foi primeiramente descrita por Robinson e Martinez, em 1997, como entidade distinta de outras lesões com aspecto cístico. (GOMES et al., 2006). Por causa da semelhança com cistos nos achados clínicos e/ou radiográficos, há o questionamento se o ameloblastoma unicístico é oriundo de cistos odontogênicos. (GOMES et al., 2002)

Segundo Zamorano et al. (2008) e Hong et al. (2007), acometem pacientes mais jovens, principalmente na faixa etária entre 15 e 20 anos, e estão associados geralmente com dentes impactados. Radiograficamente apresentarão imagem bem definida,

limitada e uniloculada. No exame histopatológico deve aparecer uma única lesão cística com revestimento epitelial. (GARDNER, 1996).

O ameloblastoma unicístico é classificado de acordo com seu prognóstico e implicações terapêuticas em: Tipo 1: cístico simples, Tipo 2 : intraluminal; Tipo 3: mural. (LEE, SANMAN, NG, 2004; GOMES et al., 2006; FILHO, CAMARGO 2003)

Tipo 1- lesão unilocular cística revestida por epitélio com características ameloblásticas;

Tipo 2 – nódulos epiteliais projetados para o lúmen cístico;

Tipo 3 – invasão de ilhas ameloblásticas no epitélio do tecido conjuntivo.

A taxa de proliferação do ameloblastoma unicístico (representado como porcentagem de células em ciclo celular) foi de 4,3%, em comparação com tumores sólidos, que foi de 2,8%, e cisto dentífero, de 6,6%. (ROSENSTEIN et al., 2001).

Gardner (1996) afirma que as lesões uniloculares, na maioria das vezes, são diagnosticadas como ameloblastoma unicístico, mas é inadequada essa avaliação, que só pode ser feita após a análise histopatológica de toda a peça.

No estudo de Reichart, Philipsen e Sonner (1995), o ameloblastoma unicístico representou 6% da amostra, a idade média foi de 22 anos e a recidiva foi de 13,7 %. Rosenstein et al. (2001) relataram 21 casos de ameloblastoma unicístico, que envolveram pacientes de idade que variou de 12 a 72 anos. Todos os pacientes foram tratados por enucleação e curetagem, tendo recidiva de 43% em um período de 9 meses a 10 anos.

Al-Khateeb e Ababned (2003), em estudo de 10 casos de ameloblastoma com menos de 21 anos, obtiveram seis casos de ameloblastoma unicístico e nenhum caso de recidiva em acompanhamento médio de 7,6 anos.

2.4.3 Ameloblastoma periférico

Tumores epiteliais que ocorrem na gengiva e parecem idênticos ao ameloblastoma intraósseo são denominados ameloblastomas periféricos. Representam entre 1% e 10 % de todos os ameloblastomas; ocorrem no mesmo intervalo de idade dos intraósseos, mas são encontrados exclusivamente na gengiva. (JORDAN e SPEIGHT, 2009). São lesões menos agressivas, e seu prognóstico é mais favorável, podendo ser tratadas conservadoramente. (GOMES et al., 2006)

Alguns autores relatam que o ameloblastoma periférico origina-se do epitélio odontogênico abaixo ou dentro da camada basal da mucosa bucal. (GOMES et al., 2002). Pogrel e Montes (2009) afirmam que sua ocorrência acomete toda a faixa etária dos 9 aos 92 anos de idade, e 70% ocorrem na mandíbula.

O ameloblastoma periférico está relacionado com crescimento tecidual em mucosa gengival sem envolvimento ósseo, variando de 0,5 a 2cm. (ZAMORANO et al., 2008). Caracteriza-se por um módulo firme, sésil ou pediculado, sua superfície é lisa ou tem aspecto papilar e coloração normal (SILVA et al., 2004)

O tratamento é geralmente realizado por excisão conservadora, pois a variante periférica não mostra a mesma capacidade invasiva, como o ameloblastoma intraósseo, e a sua taxa de recorrência é baixa. (JORDAN e SPEIGHT, 2009).

2.4.4 Ameloblastoma desmoplásico

O ameloblastoma desmoplásico é composto por um epitélio disposto em ilhas e faixas, amplamente separadas por tecido fibroso denso. Essa variante é mais difícil de ser tratada pela sua invasão do trabeculado ósseo, sendo impossível localizar o limite exato entre lesão e o osso normal. (SILVA et al., 2004)

De acordo com Zamorano et al. (2008), a ameloblastoma desmoplásico se localiza mais em região anterior de maxila, de consistência dura, geralmente na terceira e quarta décadas de vida, e com tamanho em média de 2cm. Os aspectos radiográficos são difusos e seu tratamento tem conduta agressiva. (ZAMORANO et al., 2008)

2.4.5 Ameloblastoma: transformação maligna

Considerado benigno, o ameloblastoma é extremamente agressivo, e lesões proliferativas com transformações malignas são documentadas na literatura. (GOMES et al., 2006).

O ameloblastoma maligno é extremamente raro, distingue-se do ameloblastoma apenas pela presença de metástase; causa, na maioria das vezes, depósitos metastáticos no pulmão em 75%, linfonodos cervicais e na coluna cerca de 15%, e o restante em outros locais. As características histológicas não são significativamente diferentes das dos não metastáticos. (GILJAMSE et.al., 2007)

2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Segundo Dias et al. (2007), o ameloblastoma, em seu estágio inicial tem diagnóstico difícil, simulando algumas entidades patológicas, como cisto radicular, granuloma periapical, cistos odontogênicos, tumor odontogênico adenomatoide, lesão de células gigantes, osteomielite crônica e displasia cemento óssea. Nos casos que o ameloblastoma envolve dente retido ou impactado, o diagnóstico diferencial, clínico e radiográfico, é feito com cisto dentífero. (KRAMER, 1992).

As características radiográficas multiloculadas e expansão da cortical também levam a hipóteses diagnósticas como o mixoma odontogênico e ceratocisto (DIAS et al., 2007).

O diagnóstico definitivo ocorre quando há o resultado da análise histopatológica, que é muito importante para elaborar o plano de tratamento juntamente com as características clínicas e radiográficas. (ZAMORANO et al., 2008). Nos casos em que o cirurgião opta pelo tratamento sem confirmação prévia do diagnóstico, é fundamental que seja realizado o exame histológico por congelação no transoperatório, para definir o procedimento cirúrgico ideal a ser empregado, pois o tratamento depende do diagnóstico definitivo da lesão. (MARTINS, 2007).

Segundo Chindzonga (1996), a biópsia é sempre necessária em casos de ameloblastoma que acometem pacientes jovens, para determinar o tipo de tratamento a ser realizado e o tipo de reabilitação mais adequada.

2.6 TRATAMENTO

O tratamento do ameloblastoma é muito explorado na literatura, mas ainda é muito controverso, por se tratar microscopicamente de lesão de natureza benigna que pode apresentar altas taxas de recidiva (SAMPSON; POGREL, 1999).

Gomes et al. (2002) afirmam que o tratamento do ameloblastoma ainda é cercado de dúvidas, entre as quais: 1) o fato da imprecisão e indefinição no uso dos termos “radical” e “conservador” para descrever o tratamento; 2) distinção entre os tipos clínicos, radiográficos e histológicos do ameloblastoma; 3) poucos estudos pós-operatórios dentro de um intervalo de tempo significativo; 4) localização do tumor; 5) até que ponto deve se estender o tratamento pela base óssea envolvida; 6) o seu tamanho; e 7) idade do paciente.

Todo tratamento tem que ser planejado, e a eleição do tipo de tratamento dependerá das características clínicas, localização, tamanho e limites da lesão, idade do paciente e morbidade que o tratamento pode causar. (ZAMORANO et al., 2008). O grande problema no tratamento de todos os tipos de ameloblastoma é a alta taxa de recorrência, quando não são removidas corretamente as ilhas ameloblásticas que permanecem por entre as trabéculas ósseas ou nos tecidos moles, continuando, deste ponto, sua proliferação tecidual. (GOMES et al., 2002).

Gomes et al. (2006) afirmam que o tratamento é elaborado a partir de achados radiográficos e clínicos, podendo ser auxiliado também por tomografia computadorizada e ressonância magnética.

O tratamento do ameloblastoma é bastante variado. Nakamura et al. (2002) dividem as modalidades de tratamento em: 1) tratamento radical: procedimento em que o ameloblastoma é ressecado com margem de segurança de pelo menos 1cm de osso

normal, com ou sem continuidade; 2) tratamento conservador: procedimento em que ocorre a enucleação total da lesão e posterior curetagem, incluindo o osso saudável circundante.

Segundo Martinez et al. (2007), o tratamento preconizado para o ameloblastoma é cirúrgico, cuja extensão depende do tamanho da lesão. Sachs (2006) afirma que os dentes em contato direto com a lesão devem sempre ser removidos com a lesão. Torres-Lagares et al. (2004) afirmam que a extração dos dentes vizinhos e daqueles que estão nas margens de segurança da lesão é importante por causa da possibilidade de recidiva provinda do osso alveolar que está ao redor das margens da lesão.

De acordo com Zemman et al. (2007), o tratamento ideal é o radical para todas os tipos de ameloblastoma, levando a grandes deformidades e dificuldades de reabilitação, porém o tratamento conservador pode ser realizado em lesões de pequenas dimensões com resultados positivos.

Ameloblastomas localizados na maxila têm pior prognóstico por causa do osso esponjoso, que facilita a infiltração da lesão; já as formas unicístico e periférico têm melhor prognóstico comparadas aos multicísticos e sólidos. (ZAMORANO et al., 2008)

Segundo Gomes et al. (2006), a abordagem cirúrgica é classificada em modalidade radical, em que ocorrem as excisões cirúrgicas com margens de segurança de 1 a 2 cm de osso normal, e a abordagem conservadora com a enucleação e curetagem.

Várias modalidades de tratamento foram surgindo com o tempo a fim de ajudar na reabilitação estética, funcional e anatômica do paciente, como a criocirurgia, eletrocauterização, escleroterapia e radioterapia. (GOMES et al., 2006)

Curi, Dib; Pinto (1997) acreditam que a crioterapia tem a capacidade de desvitalizar o osso em profundidade, diminuindo a morbidade causada no paciente com as ressecções.

2.6.1 Tratamento radical

Segundo Dias et al. (2007), o tratamento radical sempre tem que utilizar margem de segurança de 2cm por causa da alta taxa de recidiva e a natureza infiltrativa que a lesão apresenta. Disfunção mastigatória, mutilação, deformidades faciais e movimentos anormais na mandíbula são problemas causados por ressecções cirúrgicas com margens de segurança. (GOMES et al., 2006)

Gomes et al. (2002) classificam as abordagens cirúrgicas radicais em:

- 1) Ressecção marginal - é feita a remoção cirúrgica de um tumor intacto com margem de osso sadio, deixando estruturas de sustentação para o remanescente ósseo;
- 2) Ressecção segmentar da mandíbula ou maxila - consiste na remoção cirúrgica de um segmento desses ossos sem manter a continuidade óssea;
- 3) Hemissecção - remoção cirúrgica de um dos lados da maxila ou mandíbula.

Para Pogrel e Montes (2009), por causa de as células ameloblásticas serem encontradas em uma profundidade de até 8mm, as margens de segurança de uma cirurgia têm que ser 1cm ao redor dos limites da lesão observada na radiografia.

No caso de lesões que acometem tecidos moles, a abordagem tem que ser realizada plano a plano, e em casos de lesão perfurantes a dissecação tem que ser supraperiosteal (POGREL e MONTES, 2009).

Zemman et al. (2007) afirmam que as grandes ressecções maxilares resultam em fala hipernasal, fuga do líquido em cavidade nasal, perturbações de mastigação e vários graus de deformidades; na mandíbula também apresentam problemas de mastigação, deglutição, estética e fonação. Em pacientes jovens as ressecções podem ser ruins no futuro em função e estética por causa da interrupção de crescimento e desenvolvimento das estruturas anatómicas acometidas pelo tumor. (FEINBERG E STEINBERG, 1996)

Hong et al. (2007) observaram 239 pacientes e concluíram que o melhor método para tratamento é a ressecção de toda a lesão, explorando bem seus limites.

A preservação da borda inferior da mandíbula é recomendada para lesões de ramo horizontal da mandíbula, em que a borda inferior não está envolvida na lesão, mas quando o tumor envolve o ramo vertical, não importa o tamanho, tem que ser ressecada por causa do envolvimento com a base do crânio. (OLAITAN; ADEOLA; ODEKEYE, 1993). A preservação da continuidade também é tentativa de eliminar as deformidades, perda de função e necessidade de reabilitação. (BATAINEH E JORDAN, 2000)

2.6.2 Tratamento conservador

Distintos cirurgiões acreditam que a gestão conservadora do ameloblastoma pode ser usada como terapia inicial, e muitas vezes são utilizadas pelo fato de o ameloblastoma ser tumor benigno, esquecendo da sua agressividade e do seu potencial recidivante (CARLSON E MARX, 2006).

Dias et al. (2007) acreditam que o tratamento que utiliza a curetagem é indicado apenas nos casos de ocorrência unicística da lesão que se apresenta menos agressiva e nas situações nas quais seja possível fazer o acompanhamento periódico do paciente. Nakamura et al. (1995) concordam que o ameloblastoma unicístico é menos agressivo e utiliza a marsupialização como passo inicial no tratamento dessas lesões.

Gomes et al. (2006) afirmam que os tipos intraluminal e luminal são tratados com eficácia pelo método conservador, mas se o subtipo for mural, no qual as células são neoplásicas e ultrapassam a barreira epitelial e se encontram na cápsula fibrosa, pode ocorrer invasão de tecidos adjacentes, e o tratamento deve ser radical.

A tentativa de remover o tumor por curetagem pode deixar pequenas ilhas no osso, o que mais tarde se manifesta como recidiva. (SEGUNDO et al., 2003)

Sampson e Pogrel (1999) estudaram 11 pacientes portadores de ameloblastoma, que foram tratados com curetagem, e todos apresentaram recidiva.

Para Pogrel e Montes (2009), o tratamento conservador nos qual são realizadas enucleação, curetagem e aplicação de agentes físicos-químicos, como o nitrogênio líquido ou a solução de Carnoy, é bem favorável, no tratamento de ameloblastomas unicísticos. Mas se no ato da cirurgia não existirem esses agentes, é recomendado realizar a ressecção com margem de segurança de 0,5 a 1 mm.

Hong et al. (2007) afirmam que os tipos histológicos plexiforme e unicístico têm melhor prognóstico entre os ameloblastomas e sua recidiva, quando tratados de maneira conservadora.

O tratamento conservador pode ser realizado das seguintes formas:

1) Enucleação: é a separação da estrutura patológica com preservação da continuidade óssea, em virtude da lesão estar restrita e dentro de envoltório de tecido conjuntivo de origem da própria lesão ou estar circunscrita pelo osso adjacente (FEINBERG E STEINBERG, 1996)

2) Curetagem: De acordo com Gomes et al. (2002), a curetagem consiste na raspagem cirúrgica da parede da cavidade em tecidos duro e mole para remover o seu conteúdo, também preservando a continuidade óssea.

Lee, Samman (2004) avaliaram 22 pacientes que sofreram aplicação após a curetagem de solução de carnoy na tentativa de diminuir as taxas de recidivas, e tiveram como resultado 10% de recorrência. Esses autores também afirmam que a solução de carnoy é opção para tratamento primário com mínima morbidade, em que a solução penetra no osso esponjoso em profundidade de 1,5mm, esclerosando o tumor residual.

Rocha (2008), em seu estudo de 53 casos, concluiu que a curetagem tem menos complicações em relação à curetagem associada à crioterapia, e que o afinamento da cortical basal não representa contraindicação para o uso do tratamento conservador.

3) Descompressão/marsupialização: Segundo Lauriano Filho e Camargo (2003), a descompressão consiste na instalação de dispositivos adjacentes à lesão, para que se façam irrigações intralesionais, evitando o crescimento da lesão e estimulando a sua diminuição, por causa da neoformação óssea.

Para Gomes et al. (2002), a marsupialização consiste na descompressão do tumor, em que se realiza excisão de parte do teto da lesão seguida de drenagem do conteúdo da cavidade patológica. Assim, após a diminuição da lesão em decorrência da

eliminação da pressão hidrostática, seja executada técnica cirúrgica conservando a maior área do osso envolvido.

Nakamura et al. (1995) analisaram 24 casos tratados por marsupialização, e concluíram que o tratamento é mais eficaz em pacientes adolescentes, e que a marsupialização é tratamento preliminar. E mesmo após a sua realização o tumor ainda tem potencial de se infiltrar.

4) Cauterização: A cauterização é utilizada após o tratamento por curetagem, como método complementar, promovendo isquemia e necrose a alguma distância das margens da cavidade cirúrgica, mas não há provas na literatura sobre sua efetividade. (GARDNER, 1996)

5) Osteotomia periférica: A técnica consiste no amplo acesso intrabucal com a remoção do tumor pela curetagem, seguida de osteotomia periférica com broca esférica em profundidade de 2 a 3mm de margem visível.

6) Crioterapia: A crioterapia é alternativa complementar que busca eliminar a lesão óssea invasiva sem necessidade de ressecção. (CURI, DIB, PINTO 1997)

A criocirurgia consiste na aplicação de nitrogênio líquido na loja cirúrgica após a enucleação ou curetagem da lesão. (GOMES et al., 2002) O congelamento externo permite que o osso sofra desvitalização e mantenha a matriz orgânica para reparação do tecido ósseo. (CURI, DIB, PINTO 1997)

Curi, Dib, Pinto (1997) relataram o tratamento de 36 pacientes, realizado por curetagem seguida de crioterapia, A recidiva local ocorreu em 11 pacientes em um período de 14 meses a 10 anos. Concluíram que nos pacientes tratados pela curetagem,

seguida de crioterapia com spray de nitrogênio líquido, reduz-se a frequência de recorrência e diminui a morbidade.

Sampson e Pogrel (1999) não apresentaram nenhuma recidiva após tratamento de quatro casos com crioterapia.

7) Radioterapia: O ameloblastoma é lesão que possui radiorresistência, sendo contraindicado no tratamento, em decorrência da possibilidade de desenvolver osteorradionecrose e risco de causar transformações malignas. (GOMES et al., 2006) Essa modalidade de tratamento só é usada em pacientes que possuem lesões com grande comprometimento de tecidos moles, casos que são inoperáveis. (GOMES et al., 2006; GOMES et al., 2002)

2.7 Ameloblastoma em crianças

O ameloblastoma em crianças é raro e do tipo unicístico na maioria das vezes, recomendado o tratamento conservador da lesão, deixando o tratamento mais agressivo para recorrências. (POGREL, MONTES 2009)

2.8 Recidiva

Segundo Gomes et al. (2006), diferentes taxas de recidiva dependerão da técnica cirúrgica utilizada, do número de casos e do período de acompanhamento, sendo muito importante o acompanhamento clínico e radiográfico dessas lesões, por conta das recorrências ocorrerem em 50% nos primeiros 5 anos.

Bueno et al. (2007) relatam que as altas taxas de recidiva ocorrem por causa da alta capacidade das células ameloblásticas de se infiltrarem no osso trabecular. A semeadura do tumor também deve ser considerada fator causal na ocorrência de recidiva em enxertos ósseos. (BIANCHI, et al., 1998)

Gomes et al. (2002) afirmam que as lesões recidivantes aparecem em média com 14 a 15 meses após o tratamento inicial, ou tardiamente, em 18 meses, ou em intervalo de 4 a 10 anos. A recidiva pode também aparecer 20 anos após o tratamento inicial, mas se sabe que a maior ocorrência é entre 2 a 5 anos após tratamento inicial. (POGREL e MONTES, 2009).

Segundo Eckardt et al. (2009), as recidivas ocorrem em 58% dos casos nos primeiros 5 anos, mas há trabalhos nos quais se descreve o aparecimento depois de 30 anos das reconstruções de defeitos.

O comportamento biológico das variantes do ameloblastoma dita sua capacidade de recorrência, de expansão ou de invasão local. (GOMES et al., 2002). A recorrência também depende de fatores como a escolha do tratamento da lesão primária, a extensão da lesão, sítio de origem, a proliferação dos resíduos não removidos na cirurgia e a implantação de tecido neoplásico em outros locais durante a cirurgia (GOMES et al., 2002; BIANCHI et al., 1998; ECKARDT et. al., 2009)

O ameloblastoma sólido ou multicístico possui índice mais elevado de recorrência por causa da sua maior propensão a infiltrar os tecidos circunvizinhos (CURI, DIB, PINTO 1997). Os subtipos de ameloblastomas unicísticos são difíceis de identificar antes das cirurgias, levando então à escolha de tratamento inadequado e aumentando os índices de recorrências, que chegam a 60%. (POGREL, MONTES, 2009). Pogrel e Montes (2009) também relatam que o tratamento para ameloblastoma

unicístico pode ser feito pela enucleação, curetagem, nitrogênio líquido e solução de Carnoy, mas se esses agentes físico-químicos não estiverem disponíveis, a escolha do tratamento é ressecção em bloco, com margem de segurança de 0,5 a 1 cm.

A manutenção das bordas, se possível, reduz os efeitos das deformidades e parece não aumentar o risco de recidiva. (DIAS et al., 2007).

Em estudo de 11 casos envolvendo a maxila, Jackson, Callan e Forte (1996) fizeram a ressecção e em um período de acompanhamento de 7 anos não foi observada nenhuma recidiva. Olaitan; Adeola; Odekeye, (1993) relatam recidivas no seu estudo entre o intervalo de 2 a 18 anos, sendo 36,8% recorrentes após tratamento com enucleação; nas ressecções realizadas em 6 pacientes apenas 1 apresentou recidiva.

Pizer, Page e Svirsky (2002) relataram um caso de recidiva em um menino de 15 anos de vida após tratamento conservador. A primeira recidiva ocorreu após 3 anos da primeira intervenção, a segunda após 5 anos, e com isso optaram por ressecção da lesão a fim de eliminar a possibilidade de recorrências. Após 13 anos de acompanhamento, o paciente encontra-se sem recidiva.

Saddy et al. (2005), em seu estudo de 52 casos, obtiveram média de 7 anos e 3 meses de controle, e recidiva de 15 casos. Dos casos que recidivaram, 20% foram tratados por ressecção em bloco e 80% por curetagem seguida de crioterapia.

Martinez et al. (2007) afirmam que os pacientes tratados com ameloblastoma devem ser rigorosamente acompanhados em longo prazo por causa do potencial recidivante. A maioria dos estudos mostra que o ameloblastoma tratado inadequadamente acarretará recorrência, sendo indicado o tratamento por cirurgia radical para que isso não ocorra. (POGREL, MONTES 2009)

Rocha (2008) em estudo de 53 pacientes, teve 10 % de recidiva nos pacientes tratados com curetagem associada à crioterapia, e 5,6% foram tratados apenas por curetagem, não havendo associação estatisticamente significativa entre o tipo de tratamento conservador e a ocorrência de recidiva.

2.9 REABILITAÇÃO

O tratamento dos defeitos bucomaxilo-facial é campo complexo em que o cirurgião pode realizar ampla gama de procedimentos reconstitutivos. Os enxertos são geralmente utilizados em defeitos de descontinuidade tecidual para restabelecer a normalidade morfológica e funcional e para garantir o fornecimento sanguíneo da zona, quando muito comprometido (CHEM, et al., 2005)

Segundo Morais et al.(2004), a escolha do tratamento de reconstrução tem alguns pontos a serem levados em consideração, como experiência do cirurgião, características específicas do estado geral do paciente e características do defeito.

As técnicas de reconstrução que utilizam apenas placas de reconstrução isoladamente produzem frequentemente defeitos funcionais e estéticos comparados às técnicas microvascularizadas. (MORAIS, et. al., 2004)

Com os avanços nas cirurgias de reconstrução utilizando enxertos microvasculares livres, o reparo de defeitos de cabeça e pescoço vem resultando em baixa incidência de falha e morbidade (BIANCHI, et al., 2009)

Para Baker et al. (2001), a reconstrução mandibular é a restauração da forma e função que implica preservação da competência labial, articulação da fala e a melhor função mastigatória, que permita ao paciente ter dieta relativamente normal.

Segundo Pogrel e Montes (2009), as reconstruções mandibulares são realizadas com placas de reconstrução, enxertos ósseos, enxerto de pele para substituir ausência de mucosa e implantes osseointegrados para reabilitar os dentes e finalizar a reconstrução protética.

Zemman et al. (2007) afirmam que as reconstruções maxilares são complexas; o uso de enxertos de osso de crista ilíaca fornece osso cortical espesso, ideal para a inserção de implantes dentais.

Segundo Olaitan, Adeola e Odekeye (1993), os enxertos realizados imediatamente após o tratamento do tumor são melhores, pois a reconstrução em atraso pode causar colapso lingual, deslocamento do remanescente do ramo vertical e horizontal da mandíbula, além de ser difícil e delicada a dissecação e localização dos cotos ósseos.

Salmassy e Pogrel (1995) compararam pacientes que sofreram enucleação de tumores odontogênicos seguida de crioterapia e imediata reconstrução com enxerto esponjoso, e após remodelação óssea realizaram instalação de implantes dentários. Nesse estudo foram avaliados 20 pacientes, dos quais 10 tiveram a reconstrução imediata com enxerto de osso esponjoso e 10 não tiveram nenhum tipo de reconstrução. Concluíram que a combinação de reconstrução de defeito ósseo imediata após crioterapia ajuda e previne complicações pós-operatórias, como fraturas patológicas, deiscência da ferida e prevenção de sequestro ósseo. Não foi muito relevante o ganho de

altura do osso alveolar residual, mas as instalações dos implantes nesse local dos enxertos foram bem-sucedidas.

Segundo Montoro et al. (2008), a reconstrução concomitante à ressecção promove restabelecimento anatômico e funcional do defeito, permitindo que a área reconstruída seja reparada em um único procedimento cirúrgico, sem distorções, desvios, atrofias e formação de cicatrizes inerentes a cirurgias secundárias, tornando essa técnica muito mais confiável. Também acreditam que a reconstrução imediata após ressecção em bloco com margem de segurança é a melhor alternativa de tratamento dos ameloblastomas, pois promove remoção completa da lesão e reabilitação estética e funcional do paciente no mesmo procedimento cirúrgico. Além disso, a reabilitação bucal com implantes osseointegrados pode ser feita após período relativamente curto, proporcionando ao paciente retorno às funções mastigatórias normais.

Chidzonga (1996) relatou ameloblastoma em crianças submetidas à ressecção segmentar e reconstrução no mesmo momento cirúrgico em 15 casos; apenas em 2 casos a reconstrução foi feita em um segundo tempo, em decorrência de alta taxa de infecção.

Lunardi et al. (2000), em estudo de 7 casos de ameloblastoma tratados por ressecção, fizeram a colocação de enxerto de crista ilíaca, fixados com placas de titânio e aço inox; desses 7 casos, 3 apresentaram exposição da placa quando a lesão ultrapassava a linha média, e 4 não tiveram nenhuma complicação. Os resultados, mesmo para os que tiveram exposição, foram positivos e um bom método para reconstrução.

Simon et al. (2006) estudaram 11 pacientes portadores de ameloblastoma que tiveram a cirurgia seguida de reconstrução da mandíbula em um único procedimento operatório na Tanzânia. Foi utilizado enxerto particulado de crista ilíaca. Após a

ressecção do tumor, foram instaladas placas de titânio recobertas por enxerto em partículas e plasma rico em plaquetas (PRP). Todos os pacientes tiveram sucessos de reabilitação e não houve complicações.

Vayvada et al. (2006) acompanharam 11 pacientes submetidos à hemimandibulectomia para remoção de ameloblastoma e imediata reconstrução com retalho microcirúrgico de fíbula e crista ilíaca. O acompanhamento desses pacientes foi de 29,3 meses e não houve nenhuma recorrência do ameloblastoma. A reconstrução teve bons resultados estéticos e funcionais. As atividades sociais não foram afetadas após tratamento.

Bueno et al. (2007) reabilitaram um paciente tratado com ressecção para cura de ameloblastoma com placa de reconstrução para fixar um enxerto de crista ilíaca e plasma rico em plaquetas coberto por membrana de fibrina. Após quatro meses de espera houve ótimo resultado na consolidação do enxerto.

Montoro et al. (2008) relataram um paciente de 47 anos, acometido por ameloblastoma em região posterior de mandíbula, tratado com ressecção completa de segmento mandibular. A reconstrução no mesmo tempo operatório utilizou enxerto ósseo de crista ilíaca fixado com placas e parafusos de titânio. Após oito meses completou-se a reabilitação com implantes de elementos dentários na área do enxerto, sem recidiva.

Sannomiya et al. (2008) reabilitaram um paciente usando o planejamento pré-operatório com o uso de 3D Biomodelos, ajudando a aumentar a precisão da margem ressecada e aumentar a visualização dos pontos a serem remodelados no osso autógeno de fíbula, que vai reproduzir a mandíbula, reduz o tempo cirúrgico e melhora as condições pós-operatórias do paciente. Kalavrezos, Baldwin e Walker (2001) afirmam

que ameloblastomas gigantes podem ser tratados e reabilitados em um único momento cirúrgico, evitando a permanência hospitalar prolongada e morbidade.

Zemman et al. (2007) trataram 7 pacientes com ameloblastoma por ressecção segmentar. No momento da reconstrução utilizaram imagens 3D da tomografia computadorizada e prototipagem.

Bianchi et al. (2009), após avaliarem enxertos em bloco colocados em 352 pacientes que tiveram falha de 4% e complicações em 47%, afirmaram que é necessária seleção cuidadosa dos pacientes que receberão os enxertos a fim de reduzir os riscos de complicações pós-operatórias e melhorar a qualidade de vida e o resultado estético e funcional.

Martins e Fávaro (2004) relataram recidiva em enxerto de osso ilíaco após 16 anos numa região na qual foram feitos hemimandibulectomia e enxerto imediato. As ressecções extensas devem incluir a remoção do osso e tecidos moles adjacentes ao tumor, pois as recidivas podem aparecer a partir do periósteo adjacente envolvido pelo tumor.

Ameloblastoma recorrente após um ano de cirurgia é raro, mas são retratados como mostram Ferretti, Polakow e Coleman (2000), que relataram a presença de dois casos de ameloblastoma tratados com ressecção e imediata reconstrução com placa de titânio, que tiveram recorrência após seis meses de cirurgia. Alguns fatores que aumentam a taxa de recidiva são a inadequada cirurgia, tipo histológico do ameloblastoma e localização anatômica do tumor. (FERRETTI, POLAKOW E COLEMAN, 2000)

Ferretti, Polakow e Coleman (2000) afirmam ser vantajoso as margens cirúrgicas serem avaliadas por biópsia por congelamento no transoperatório a fim de impedir a necessidade de outros procedimentos e permitir a reconstrução imediata.

2.9.1 Implantes em áreas tratadas previamente de ameloblastoma

O problema da reconstituição parcial ou até mesmo a completa substituição de membros inteiros em seres vivos trouxe ao mundo o desafio de se criar soluções eficazes que pudessem dar ao indivíduo a possibilidade de, dentro do possível, gozar de uma melhor qualidade de vida.

Ao longo dos últimos vinte anos, os implantes dentários osseointegráveis passaram por modificações significativas no desenho do corpo e na superfície do implante, para aumentar o sucesso em ossos menos densos, através do hipotético ganho de uma melhor ancoragem e uma maior área de superfície, para a distribuição das cargas oclusais (MORAES et al., 2009).

O tratamento da superfície dos implantes é importante com têm como objetivo ajudar a reduzir o tempo de carregamento após a cirurgia, acelerar o crescimento e maturação óssea para permitir o carregamento imediato, aumentar a estabilidade primária, garantir o sucesso na aplicação em osso com menor qualidade e quantidade, obter crescimento ósseo diretamente na superfície do implante, obter maior área possível de osseointegração, obter contato osso-implante sem a interposição de camadas protéticas amorfas, atrair células osteoblásticas, préosteoblásticas e mesenquimais, atrair proteínas de ligação específicas para células osteogênicas e obter maior concentração possível de proteínas de ligação celular (ELIAS et al., 2008)

Morais et al. (2004) relataram um caso de ameloblastoma que sofreu ressecção mandibular, sendo preservada a continuidade do arco da mandíbula, possibilitando em 1 ano e 6 meses a instalação de enxerto de íliaco, e após 6 meses a instalação dos implantes osseointegrados para reabilitação protética.

Zemman et al. (2007) afirmaram que o uso de implantes precocemente melhora a reabilitação oral.

Bueno et al. (2007) reabilitaram caso de ameloblastoma em que após 8 meses sem recidiva de tratamento utilizaram enxerto de osso de crista ilíaca com a posterior colocação de quatro implantes dentais na região dos dentes 38 a 31. Após 6 meses de espera houve a abertura dos implantes e colocada uma prótese fixa implanto suportada, assim reabilitando oralmente o paciente com baixa morbidade e devolvendo a sua qualidade de vida.

Zemann et al. (2007) colocaram enxerto em 7 pacientes tratados por ressecção de ameloblastoma, e após 6 meses de colocação desses sem recidiva, foi realizado a instalação de implantes dentais. Após o tempo de espera para osseointegração as próteses foram instaladas com muito êxito quanto aos aspectos funcionais e estéticos.

Zemann, et al. (2007) afirmaram que mesmo reabilitando os pacientes o acompanhamento é necessário por causa da alta taxa de recidiva do ameloblastoma; no seu estudo, os 7 pacientes foram acompanhados duas vezes por ano nos primeiros cinco anos e nos anos seguintes uma vez ao ano, e esse acompanhamento tem que ser de no mínimo 10 anos.

3. PROPOSIÇÃO

Avaliar casos de pacientes submetidos à colocação de implantes osseointegrados e próteses implanto suportadas por uma mesma equipe, no período de 1995 a 2009, e que haviam sido previamente submetidos a tratamento cirúrgico nas áreas implantadas decorrentes de tratamento de ameloblastoma.

4. PACIENTES E MÉTODOS

4.1 PACIENTES

Pacientes submetidos à colocação de implantes osseointegrados e próteses implanto suportadas pelo professor Luciano Lauria Dib e equipe, no período de 1995 a 2009, e que haviam sido previamente submetidos a ressecções nas áreas implantadas decorrentes de tratamento de ameloblastoma.

Trabalho aprovado pelo comitê de ética (Anexo 1)

Critérios de Exclusão:

- Pacientes submetidos a implantes osseointegrados que apresentavam tratamento prévio de ameloblastoma, mas não realizaram a colocação de próteses implanto suportadas.

4.2 Métodos

4.2.1 Avaliação de Prontuários

Os prontuários dos pacientes selecionados foram avaliados por meio de um questionário (Anexo 02), com a finalidade de obter dados relevantes sobre o método da reabilitação dental com implantes osseointegrados nos pacientes previamente submetidos a tratamento de ameloblastoma.

4.2.2 Critérios avaliados nos casos

A. Nome e procedência do caso

A identificação dos pacientes deste estudo se deu por meio das iniciais do nome e sobrenome e procedência do caso.

B. Idade

A idade considerada foi a do momento do tratamento cirúrgico, a da reconstrução e da reabilitação com os implantes.

C. Gênero

Subdivisões feminino e masculino.

D. Grupo Étnico

Os pacientes serão divididos em duas categorias, de acordo com a cor predominante da pele em: a) Leucodermas b) Feoderma, c) Xantoderma e d) melanoderma.

E. Tumor

Os tumores foram classificados quanto ao seu tipo histológico por meio da coleta dos resultados dos exames histopatológicos existentes nos prontuários.

F. Localização

Os dados foram coletados por meio de radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas dos prontuários.

A localização foi dividida em: a) mandíbula anterior; b) ramo da mandíbula; d) corpo da mandíbula; e) maxila anterior; f) maxila posterior; e g) seio maxilar

Os lados serão subdivididos em: a) direito; e b) esquerdo.

G. Aspectos clínicos e radiográficos

Os dados foram coletados nos prontuários quanto às características clínicas e radiográficas da lesão, reconstrução e reabilitação.

H. Tipo de tratamento

Os dados foram coletados nos prontuários quanto ao tipo de tratamento realizado para a remoção do tumor.

O tratamento cirúrgico foi dividido em: a) ressecção segmentar; b) ressecção seccional; c) curetagem; d) ostectomia periférica; e) crioterapia; f) solução de carnoy; g) marsupialização; h) radioterapia; i) quimioterapia; j) eletrocauterização.

I. Enxertos para instalação dos implantes

Os dados coletados nos prontuários da realização de enxertos e o momento da instalação e o tipo de enxerto.

A instalação de enxertos foi dividida em: a) pacientes que receberam enxertos; b) pacientes que não receberam enxertos.

J. Implantes

Os implantes foram avaliados quanto ao número de implantes utilizados para cada reabilitação, comprimento, diâmetro e superfície tratada ou não.

K. Recidiva

Os pacientes que apresentaram ou não recidiva do tumor foram avaliados por meio da análise de relatos documentados nos prontuários. A recidiva, quando presente, foi dividida em: a) antes da reabilitação oral; b) após a reabilitação oral.

L. Tipos de Próteses

As próteses dentais realizadas sobre os implantes foram divididas em: a) próteses fixas; b) overdenture e c) não utilizam a prótese.

M. Intervalos de Tempo

As datas coletadas foram referentes a cada procedimento realizado como: a) tratamento cirúrgico para remoção do tumor; b) data da instalação dos enxertos; c) primeiro tempo cirúrgico para instalação dos implantes; d) abertura dos implantes.

N. Sucesso da Osseointegração

Os implantes instalados foram divididos em:

- a) Osseointegrados

- b) Implantes perdidos: aqueles que apresentaram em algum momento dor, mobilidade, infecção local, sendo essencial a remoção do mesmo.

O. Sucesso da Reabilitação

As próteses instaladas serão divididas conforme sua evolução clínica em:

- a) Sucesso: as próteses que não apresentaram problemas durante o período de que vinham sendo utilizadas.
- b) Insucesso: as próteses que por algum motivo de insucesso dos implantes, motivos funcionais clínicos e/ou protéticos, entre outros, não estavam sendo utilizadas pelos pacientes.

P. Riscos e benefícios do método

Análise descritiva de caso a caso dos riscos e benefícios do método de reabilitação com implantes osseointegrados utilizados para cada defeito decorrente do tratamento do ameloblastoma.

Q. Número de dentes perdidos

Avaliado o número de dentes perdidos com após o tratamento cirúrgico do ameloblastoma.

R. Análise Estatística

A análise estatística será realizada por meio de estatística descritiva, e para a análise dos dados será utilizado o programa Microsoft Excel 2008.

5. RESULTADOS

O estudo avaliou 7 pacientes tratados por ameloblastoma e detalhes da instalação de implantes dentais nas áreas ressecadas.

PACIENTE 01-

Paciente MSP, do gênero masculino, 18 anos de idade, foi avaliado em maio de 1993, apresentando aumento de volume no terço inferior direito da face.

Ao exame clínico intraoral observaram-se aumento de volume mandibular progressivo e abaulamento nas corticais vestibular e lingual da mandíbula, que se estendiam do canino ao segundo molar do lado direito. Nos exames de imagem (tomografia computadorizada e radiografia panorâmica – figura 1), observou-se extensa imagem lítica em corpo de mandíbula e reabsorção radicular do primeiro e segundo molares do lado direito. No TC visualizam-se a expansão das corticais e áreas com afilamento sem rompimento das mesmas (figura 2 e 3).

Foi feita biópsia incisional da lesão. O laudo histopatológico foi de ameloblastoma. Diante do diagnóstico e das grandes dimensões da lesão, a proposta terapêutica clássica seria a hemimandibulectomia, que levaria a sequelas funcionais e estéticas, difíceis de serem reabilitadas por meio de procedimentos cirúrgicos de enxerto ou transplantes.

Dessa maneira, considerando a experiência da equipe, realizou-se a curetagem ampla da lesão, ostectomia periférica e ampliação da margem de segurança por meio de três ciclos de crioterapia. A evolução pós-operatória imediata foi satisfatória, sem fraturas ou infecções, sendo que no acompanhamento ao longo dos anos observou-se neoformação óssea, sem sinais de recidiva (figura 4).

Após período de acompanhamento de 8 anos, o paciente foi submetido a reabilitação da perda dos dentes do lado direito, por meio de 3 implantes osseointegrados. A instalação dos implantes foi realizada sem intercorrências ou dificuldades por causa da estrutura óssea neoformada. Após 4 meses de integração, uma prótese fixa de 4 dentes foi instalada sobre os implantes (figura 7 e 8). O paciente é acompanhado até os dias atuais, sem sinais de recorrências do ameloblastoma e com a prótese em ótima função.

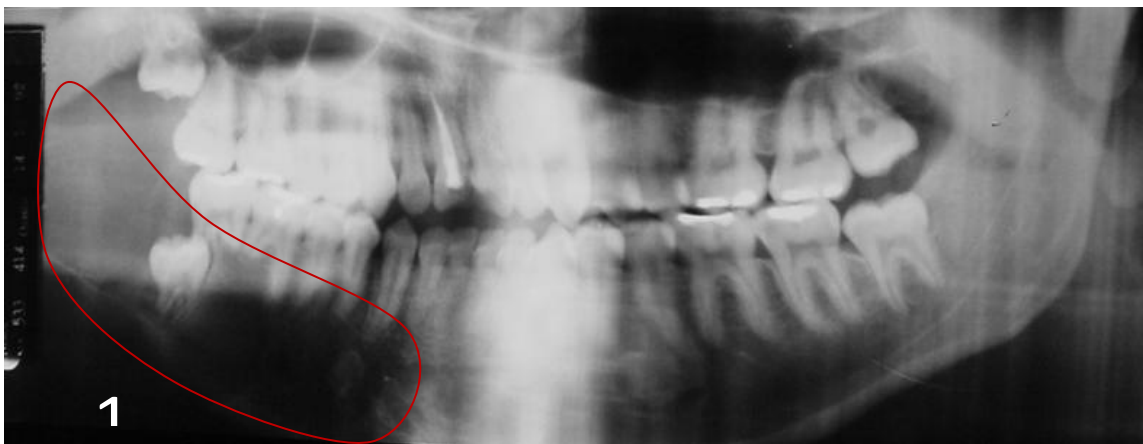


Figura 1. Radiografia panorâmica evidencia imagem radiolúcida multilobulada envolvendo a região de corpo e ramo com grande destruição e afilamento das corticais e basilar, do lado direito da mandíbula. Reabsorção radicular dos molares e o dente 48 incluído e impactado.



Figuras 2 e 3. Tomografia computadorizada em cortes axiais mostrando o abaulamento e a destruição das corticais lingual e vestibular com áreas afiladas.

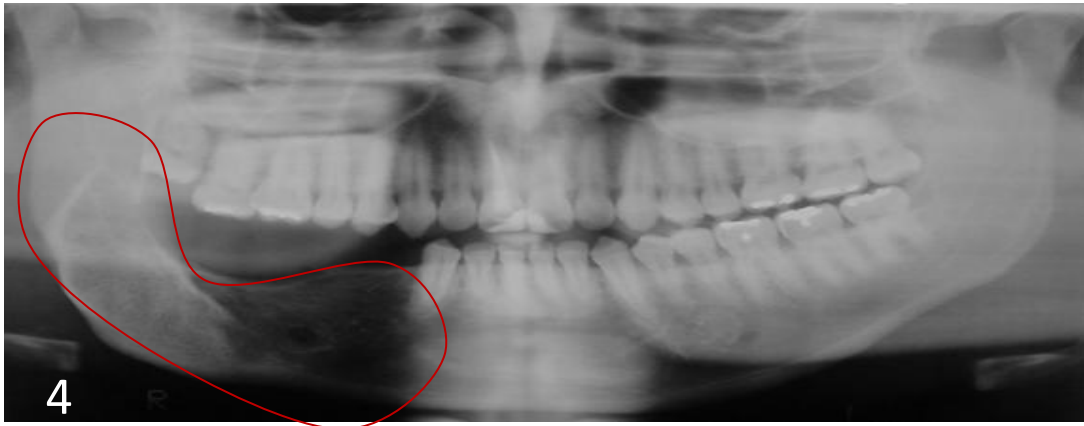


Figura 4. Radiografia panorâmica mostrando remodelação óssea mandibular completa após 8 anos, sem sinais de recidiva e ausência dos dentes 44, 45, 46 e 47.

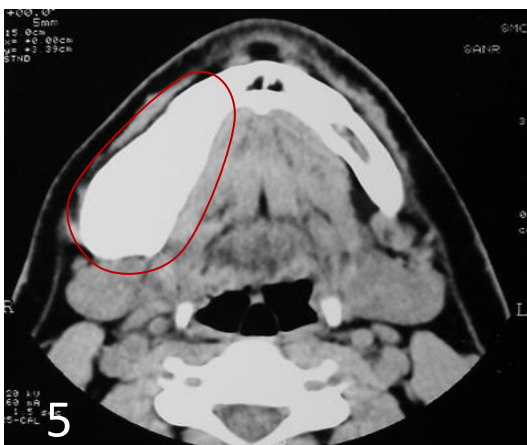


Figura 5. Tomografia computadorizada, corte axial mostrando neoformação óssea preenchendo todo corpo de mandíbula, com maior largura óssea decorrente da expansão das corticais.

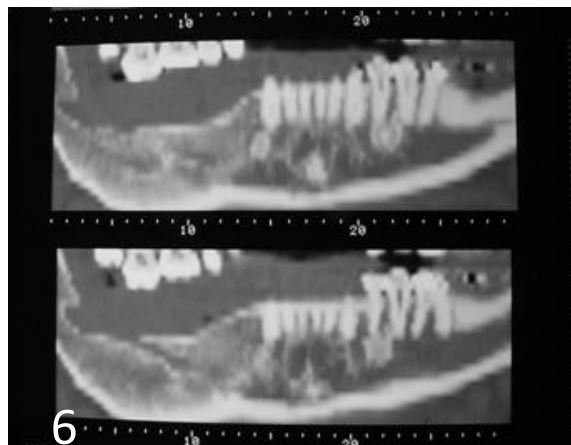
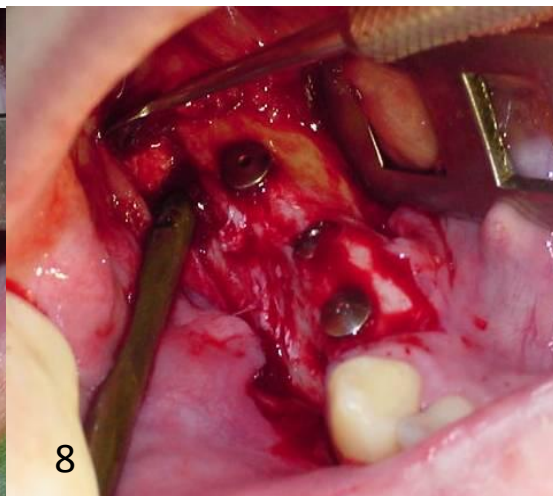


Figura 6. Tomografia computadorizada, evidenciando a reparação da altura alveolar e do canal do nervo alveolar mandibular sem sinais de recidiva.



Figuras 7 e 8. Fotografia do transoperatório no momento da fixação dos implantes dentais. Observa-se a espessura do rebordo alveolar.

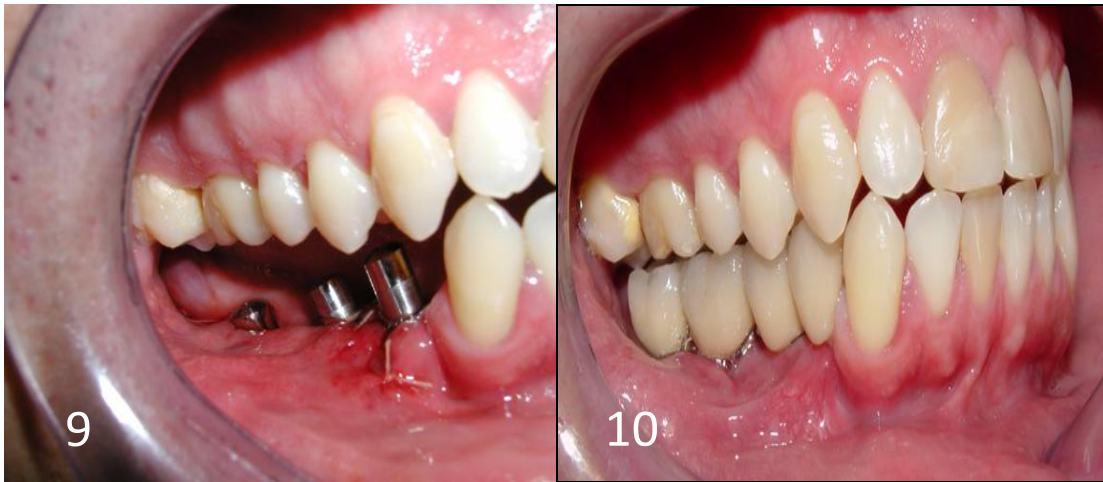


Figura 9 e 10. Detalhe dos pilares conectores dos implantes e da prótese fixa instalada promovendo reabilitação estética e funcional.

PACIENTE 02 –

Paciente ESS, gênero feminino, com histórico de já haver sido submetida a ressecção segmentar de mandíbula do lado esquerdo, como tratamento de ameloblastoma de corpo e ramo de mandíbula (figuras 11 e 12). Ainda relatou ter sido submetida a reconstrução de mandíbula por meio de enxerto livre de crista ilíaca em 1989, que corrigiu o deslocamento mandibular e preservou o contorno facial, embora não tenha promovido significativo ganho de altura na região de rebordo alveolar.

Em fevereiro de 1995, foi avaliada pela equipe, apresentando aumento de volume da região e deslocamento dos dentes remanescentes na região anterior de mandíbula. O exame radiográfico panorâmico da época apresentou lesão lítica expansiva, compatível com recidiva do ameloblastoma (figura 13). A lesão foi biopsiada e o diagnóstico foi confirmado.

Nesta situação, diante de uma recidiva, optou-se por ressecção seccional, extração dental da região anterior e ampliação das margens de segurança por meio de crioterapia no leito remanescente (figura 14). A região do enxerto foi preservada, pois estava livre de recidiva. O tratamento foi bem-sucedido, removendo a doença definitivamente até o momento.

Após 4 anos, diante da dificuldade pela falta de dentes, que impossibilitava o uso adequado de prótese, repercutindo na alimentação e na estética, optou-se pela fixação de implantes dentais para retenção da prótese.

No entanto, a quantidade de osso remanescente na mandíbula era de pouca espessura e altura, e diante dos recursos da época, foram implantados apenas 3 implantes curtos (Figuras 15 e 16). Após a integração foi construída uma prótese do tipo “*overdenture*” apoiada em uma barra que fazia a união dos implantes, apresentando ótima estabilidade, retenção e devolvendo à paciente boa condição mastigatória e estética (figuras 17 e 18).

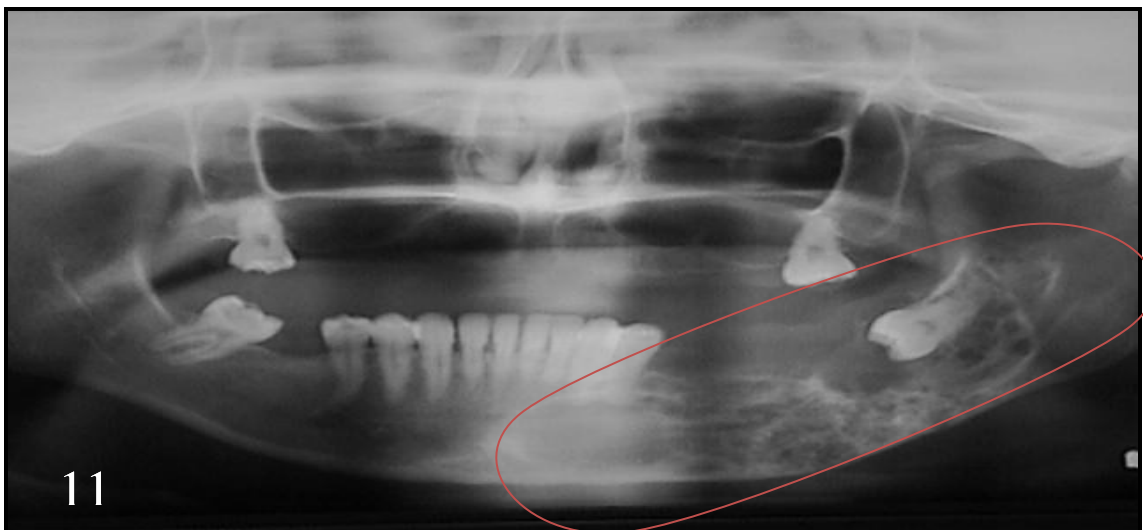


Figura 11. Radiografia panorâmica apresentando aspecto multilocular do extenso ameloblastoma envolvendo todo o corpo de mandíbula do lado esquerdo e uma imagem cística em região anterior de mandíbula no ápice dos dentes incisivos.



Figura 12. Radiografia panorâmica do pós-operatório mostrando a ressecção segmentar da mandíbula do lado esquerdo, levando a descontinuidade mandibular.

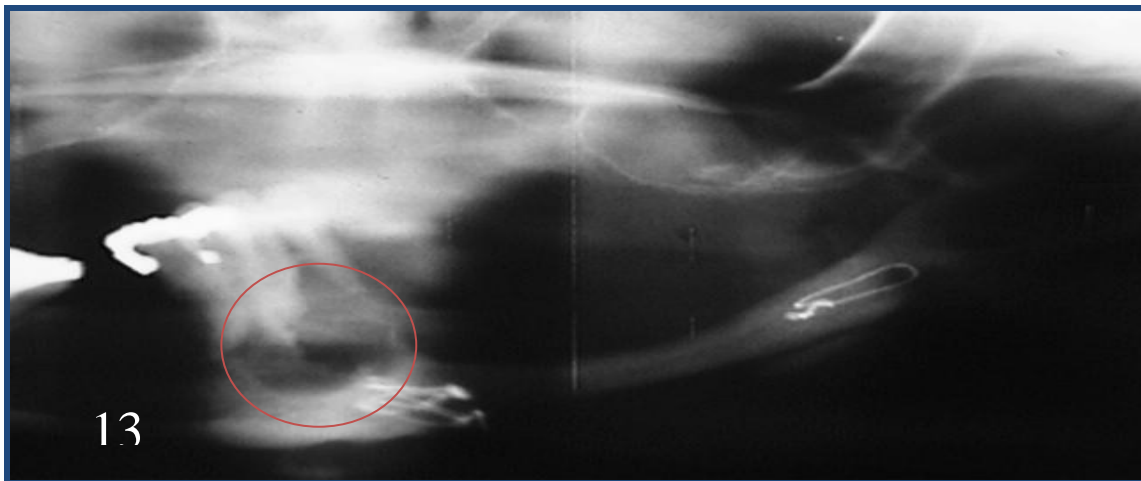


Figura 13. Radiografia panorâmica de controle em 1995, mostrando o enxerto de osso de crista ilíaca e a recidiva em região de sínfise mandibular com aspecto unilocular.

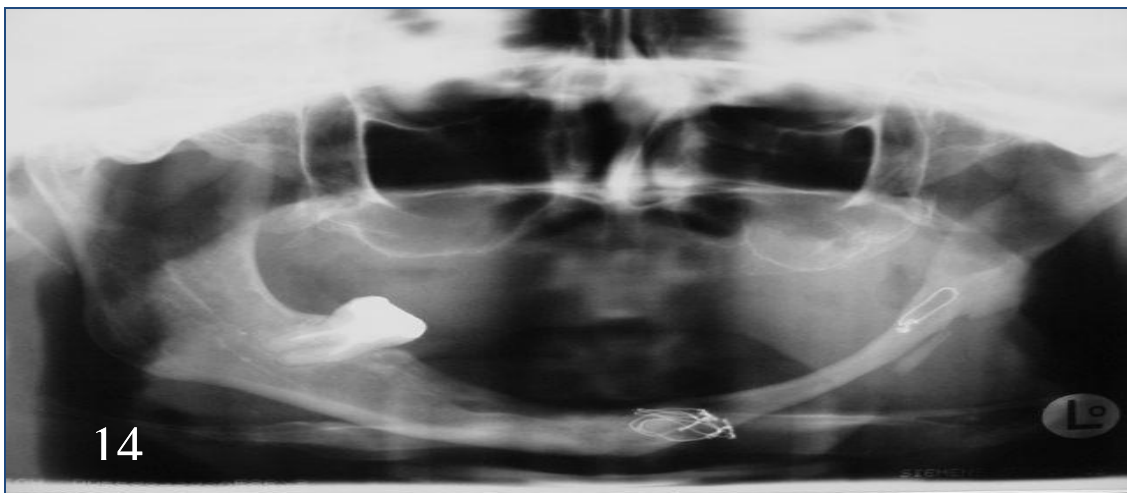


Figura 14. Radiografia panorâmica do pós-operatório da segunda intervenção cirúrgica, após a ressecção seccional, extração dos dentes e crioterapia. Notar a pouca altura e espessura do remanescente ósseo mandibular.

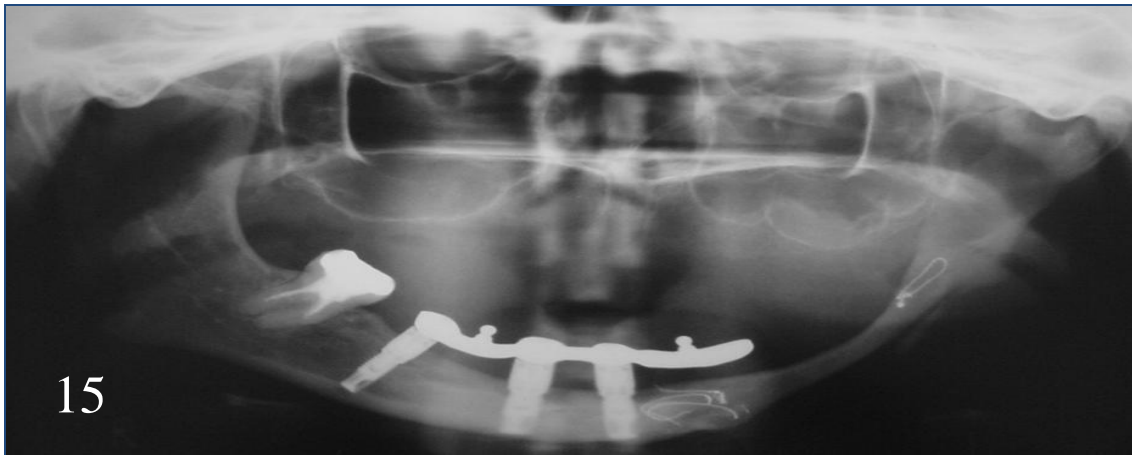


Figura 15. Radiografia panorâmica exibindo os implantes fixados no remanescente mandibular, ocupando toda a altura da mandíbula (10mm). Observar que a área de enxerto livre de crista ilíaca foi útil para a reconstrução do contorno facial, porém não permitiu a fixação de implantes.



Figura 16. Detalhe da barra metálica para retenção da prótese total. Optou-se por prótese removível para facilitar a higiene e inspeção clínica da área operada.

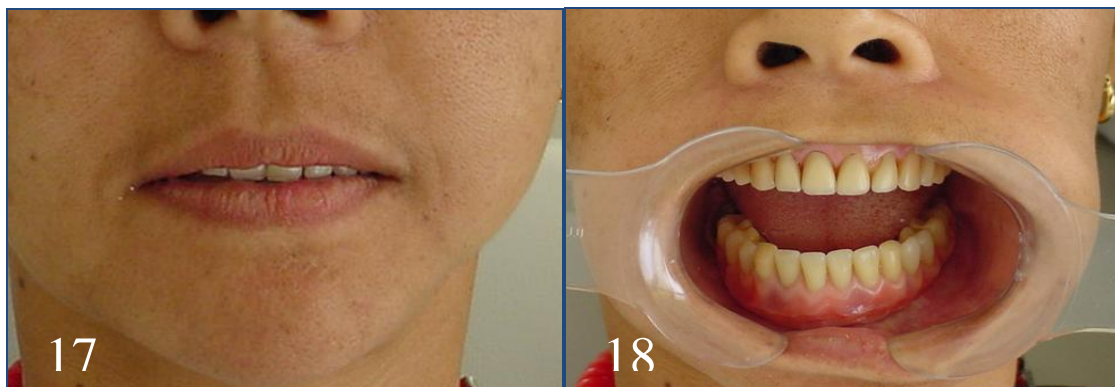


Figura 17. Fotografia extraoral da paciente após a reabilitação, mostrando os contornos faciais bem definidos.

Figura 18. Fotografia intraoral da prótese instalada, proporcionando uma boa sustentação dos músculos e lábios. A estética dental e função mastigatória foram restabelecidas.

Paciente EFR do gênero feminino, 50 anos de idade, procurou atendimento em março de 1994, com um aumento de volume na região posterior de mandíbula do lado esquerdo.

Ao exame intraoral apresentava aumento de volume em corpo de mandíbula do lado esquerdo. O exame radiográfico revelou imagem multilocular e radiolúcida que se estendia da região de segundo molar do lado esquerdo até segundo pré-molar do mesmo lado (figura 19).

A paciente foi submetida a biópsia incisional, com diagnóstico de ameloblastoma. Foi então realizada ressecção seccional preservando a região basilar mandibular, que recebeu três ciclos de crioterapia como margem de segurança no leito remanescente. Durante o transoperatório o feixe vaso-nervoso foi preservado.

O acompanhamento foi realizado durante 3 anos, e as imagens radiográficas não apresentaram sinais de recidiva (figura 20). Visando à reabilitação dentária, programou-se a fixação de implantes na região operada. Como a sensibilidade do nervo alveolar estava preservada, optou-se por aumento da crista mandibular com enxerto livre de bloco de crista ilíaca simultaneamente à fixação dos implantes (figura 21).

A osseointegração e a neoformação óssea ocorreram de forma satisfatória, e 6 meses depois foi instalada prótese fixa sobre os implantes. Mesmo devolvendo o aumento da crista óssea, o rebordo gengival na área operada era mais rebaixado do que a crista gengival dos demais dentes presentes na mandíbula, fato que na época tornou necessário usar conectores mais longos, facilitando a higienização da prótese (figura 22). A paciente vem sendo acompanhada desde então, sem sinais de recidiva e com a prótese em perfeita função.

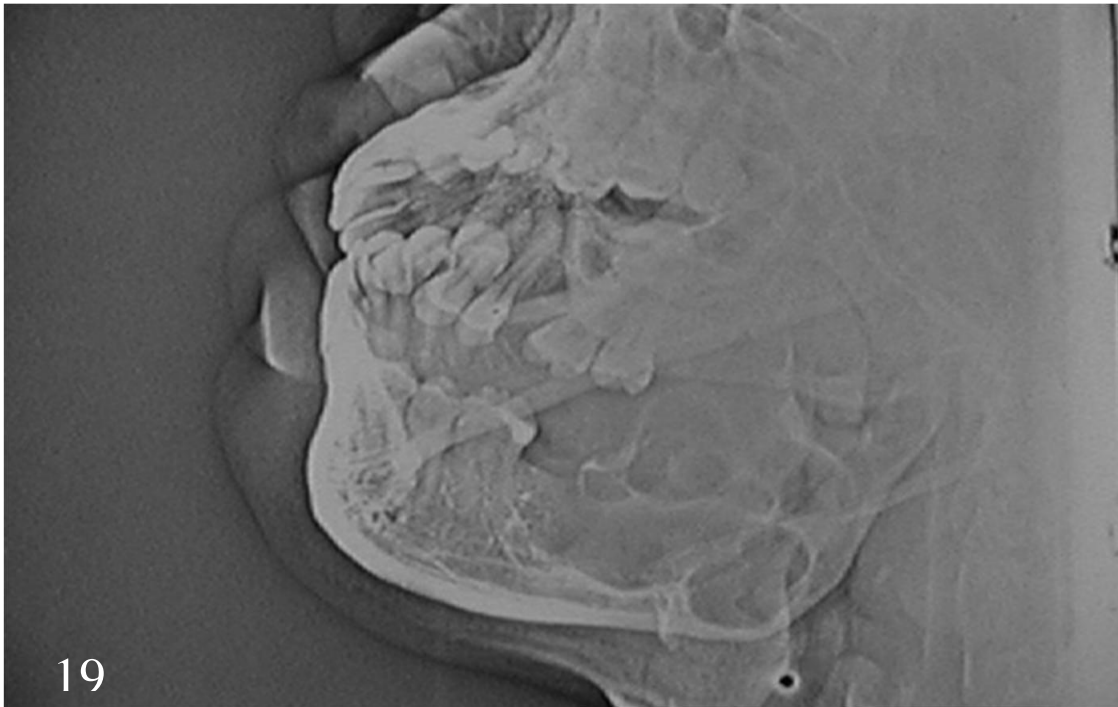


Figura 19. Radiografia lateral mostrando imagem multilocular extensa da lesão, presente em corpo e ramo de mandíbula do lado esquerdo.



Figura 20. Radiografia panorâmica mostrando a área ressecada e a manutenção do corpo mandibular, sem sinais de recidiva.

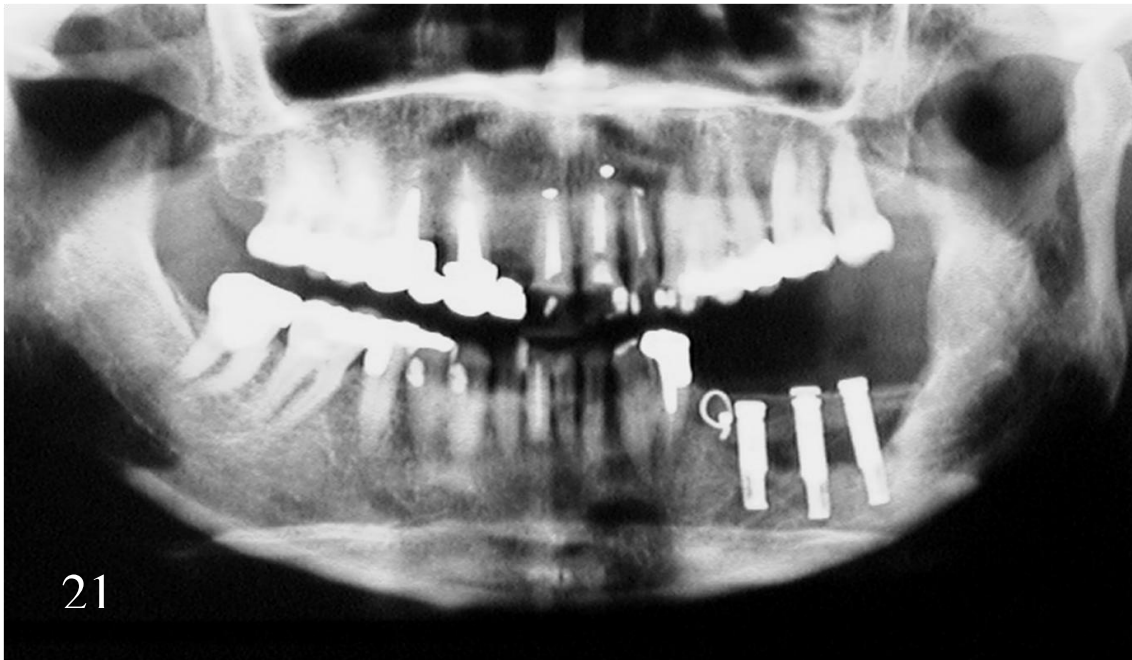


Figura 21. Radiografia panorâmica mostrando a instalação dos implantes osseointegrados e a fixação simultaneamente do enxerto de crista ilíaca, que tinha por função devolver a altura alveolar, preservando o canal mandibular por causa da presença de sensibilidade.



Figura 22. Fotografia intraoral da prótese fixa implanto suportada, que apresenta 4 dentes e conectores longos para facilitar a higiene sob a peça.

PACIENTE 04

Paciente DDF do gênero masculino, 23 anos de idade, procurou o atendimento em janeiro de 2000, portando radiografia panorâmica que apresentava extensa lesão lítica em corpo e ramo da mandíbula do lado direito. O paciente procurou outro serviço de atendimento odontológico 20 dias antes, para solucionar uma sensibilidade dolorosa na região do dente 48, sendo submetido à extração do dente 48 sem radiografias prévias. Após 20 dias, ainda relatando certo incômodo, foi realizada radiografia panorâmica e observou-se a lesão em mandíbula do lado direito.

O exame físico apresentava discreta assimetria facial e abaulamento das corticais. Ao exame radiográfico a lesão acometia corpo e ramo de mandíbula com imagens lítica multiloculada (figura 23). Pela tomografia computadorizada foi possível observar a expansão da cortical por vestibular e o afinamento da cortical por lingual (figuras 24, 25 e 26).

O paciente foi submetido à anestesia geral, sendo realizada biópsia por congelamento; o diagnóstico foi de ameloblastoma. Diante do resultado foi realizada a remoção da neoplasia por meio de ampla curetagem, seguida de ostectomia periférica e crioterapia no leito remanescente. Os dentes 47, 46 e 45, que se encontravam junto à lesão, também foram removidos.

Após 3 anos sem ocorrência de recidiva e com neoformação óssea satisfatória, decidiu-se iniciar procedimentos para reabilitação dental, com fixação de implantes.

Foram instalados 4 implantes no corpo de mandíbula do lado direito, respeitando a altura do conduto mandibular, que estava preservada (figura 30). Após 4 meses de

osseointegração dos implantes, foi confeccionada prótese fixa implanto suportada, com 5 dentes, devolvendo ao paciente a função mastigatória e a estética dental.

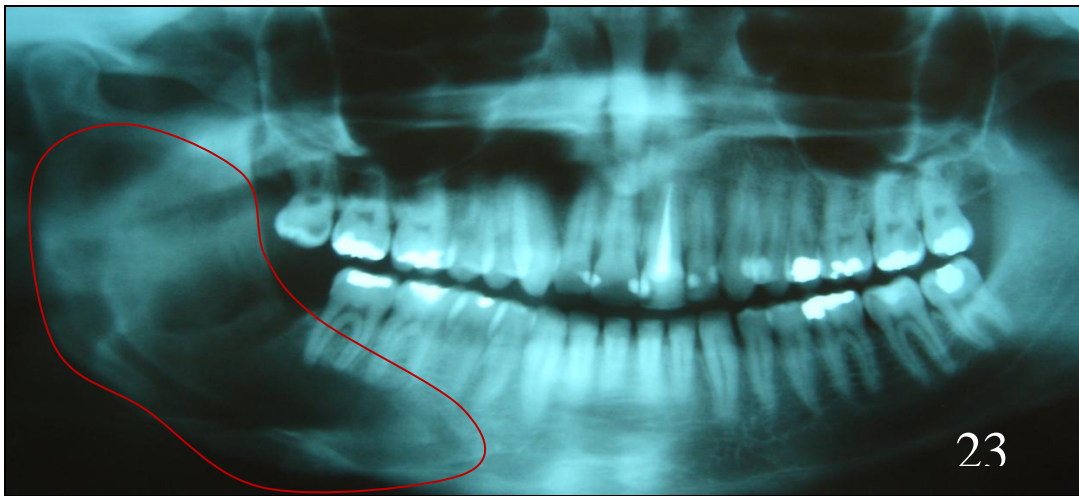
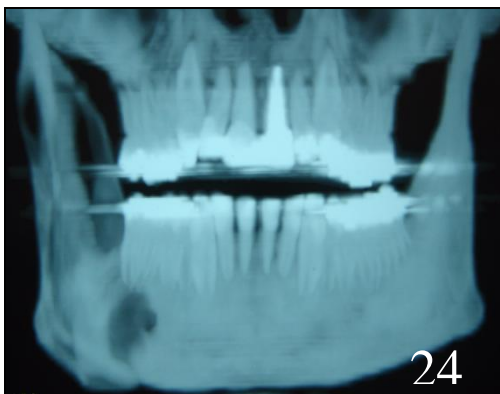


Figura 23. Radiografia panorâmica mostrando lesão radiolúcida em corpo de mandíbula que começava no segundo pré-molar e se estendia para ramo mandibular com aspecto multilobular. Também se observa a presença do alvéolo da recente extração do dente 48.



Figuras 24 e 25. Tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional mostrando abaulamento da cortical por vestibular e maior insuflação da parede lingual.

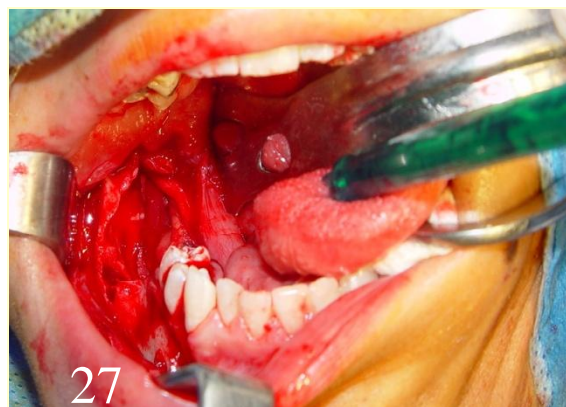
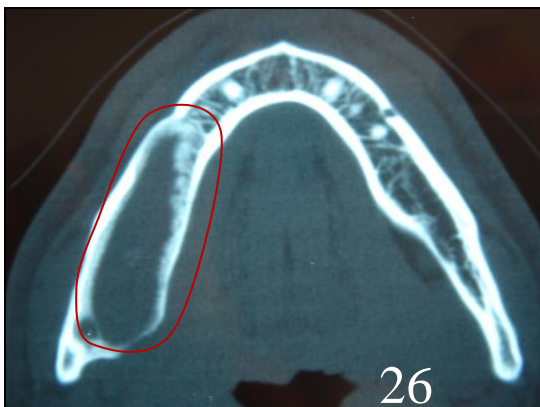


Figura 26. Corte axial da tomografia computadorizada mostrando imagem das corticais expandidas, com áreas de afilamento quase gerando ruptura. A imagem também mostra a extensão da lesão até processo coronóide.

Figura 27. Fotografia do transoperatório mostrando a remoção da neoplasia e preservação das corticais.

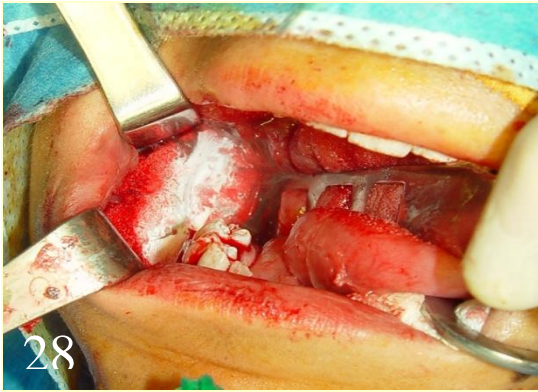


Figura 28. Fotografia do trãns cirúrgico, mostrando o leito remanescente após a aplicação do nitrogênio líquido.

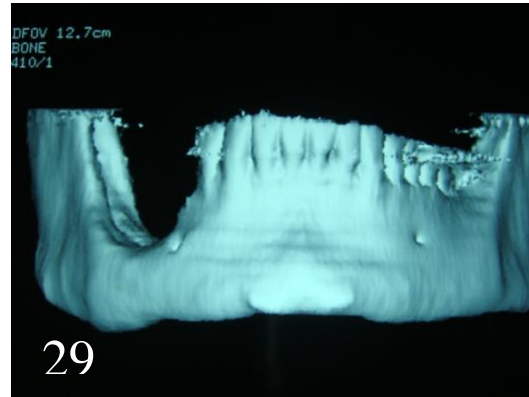


Figura 29. Imagem tridimensional da tomografia computadorizada, mostrando neoformação óssea na área ressecada. A crista alveolar após tratamento se apresentou com pouca altura e sem sinais de recidiva.



Figura30. Panorâmica mostrando a instalação dos implantes osseointegrados em mandíbula, respeitando o limite do nervo alveolar. Devido ao rebaixamento da crista óssea, foram necessários abutments longos para a confecção da prótese fixa.



Figura 31. Reabilitação oral mostrando a prótese fixa instalada sobre os implantes com 4 dentes. A reabilitação devolveu ao paciente função mastigatória e estética.

PACIENTE 05-

Paciente LM, do gênero masculino, 14 anos de idade, em setembro de 2000 procurou atendimento, queixando-se de incômodos dolorosos e assimetria facial do lado direito da face.

Ao exame intraoral, notou-se aumento de volume na mandíbula, progredindo para apagamento do fundo de sulco, estendendo-se do primeiro pré-molar ao segundo molar do lado direito, que ainda estava ausente na arcada. A lesão acometia todo o corpo e ramo de mandíbula do lado direito.

Ao exame radiográfico (panorâmica), observou-se extensa área radiolúcida, desaparecendo os limites anatômicos normais da mandíbula (figura 32). Na TC observou-se a extensão da lesão, uma cortical afilada sem rompimento (figuras 33, 34, 35 e 36). O paciente realizou biópsia incisional que teve como diagnóstico ameloblastoma.

A extensão da lesão levaria à terapêutica clássica de hemimandibulectomia, mas sendo paciente jovem, com padrões radiográficos de lesão unicística, sem rompimento de corticais, optou-se por ressecção seccional com preservação da continuidade mandibular, e aplicação de crioterapia no leito remanescente (figuras 37 e 38).

O paciente foi acompanhado por 8 anos, sem recidiva. No ano de 2008 o paciente foi submetido à instalação de 3 implantes osseointegrados na mandíbula (figura 39). Após a integração dos implantes foi confeccionada prótese fixa de 4 dentes sobre os implantes, recuperando a função e estética (figuras 40 e 41).

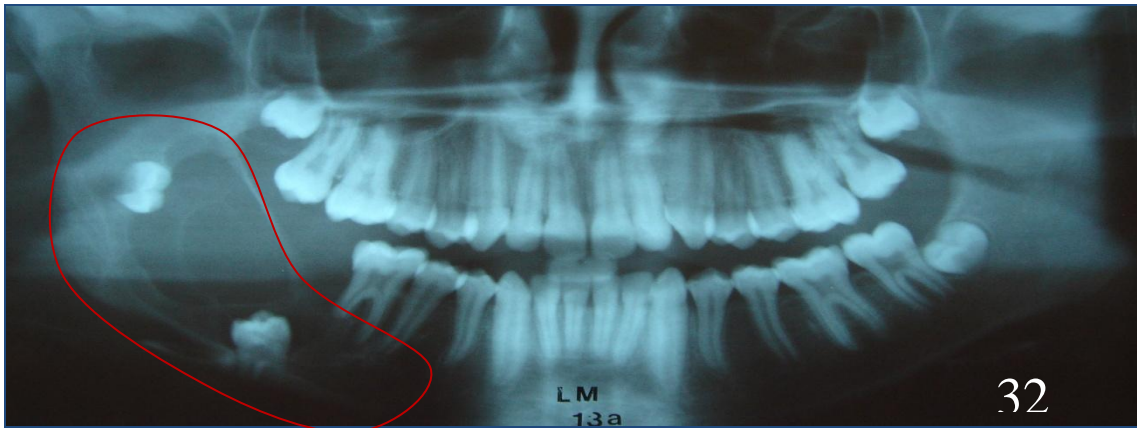
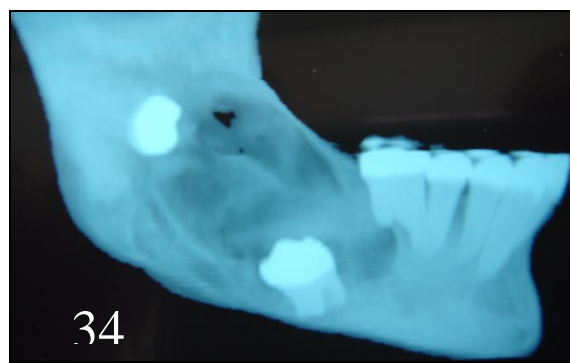
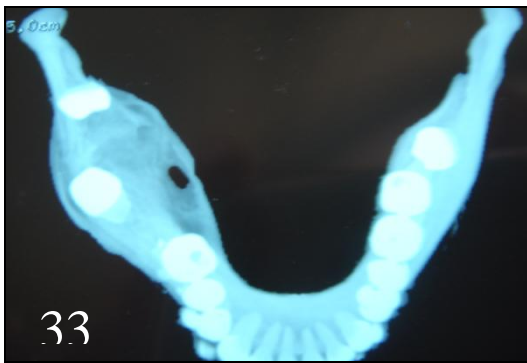
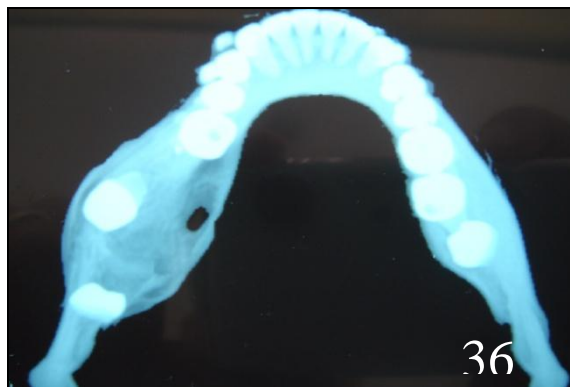


Figura 32. Radiografia panorâmica, com extensa imagem radiolúcida, com aspecto cístico em corpo e ramo de mandíbula. A imagem também apresenta molares 47 e 48 não erupcionados e reabsorção radicular do dente 46.



Figuras 33 e 34. Tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional, mostrando o abaulamento das corticais por vestibular e lingual sem rompimento das mesmas.



Figuras 35 e 36. Corte axial da tomografia computadorizada, em que se observa afinamento de toda a cortical por lingual e vestibular, sem rompimento ou invasão dos tecidos moles.

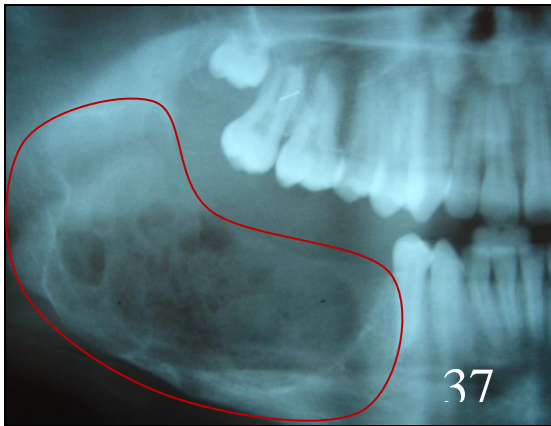


Figura 37. Radiografia panorâmica de controle pós-operatório mostrando a área de remoção da neoplasia e a preservação da basilar mandibular.

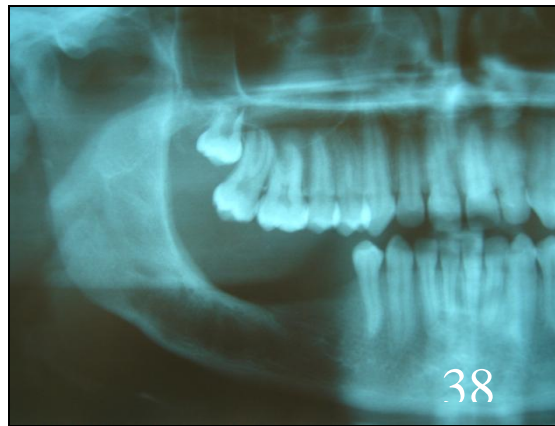


Figura 38. Radiografia panorâmica de controle pós operatório de 8 anos, sem sinais de recidiva e presença de neoformação óssea de corpo e ramo mandibular.

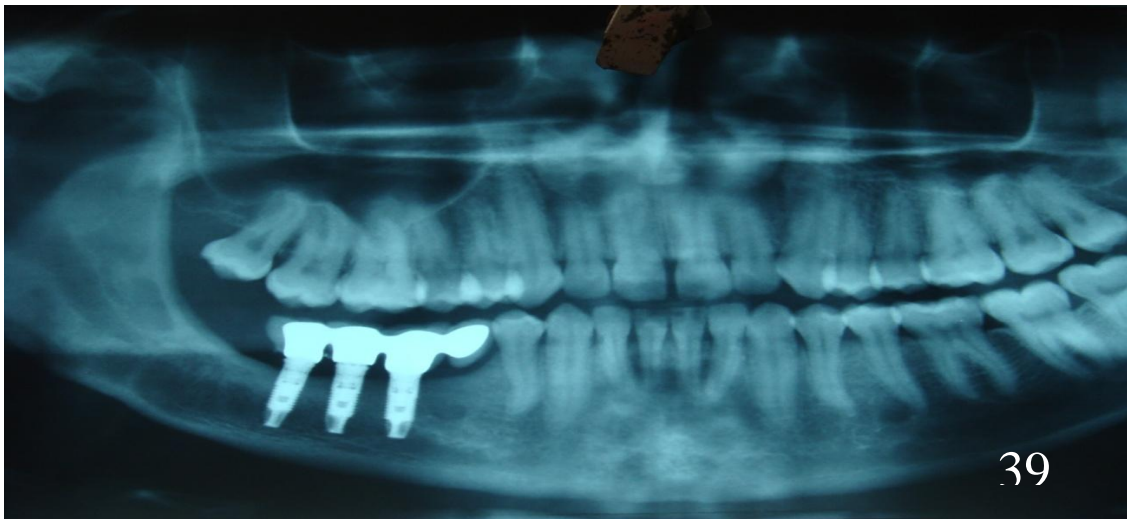


Figura 39. Radiografia panorâmica mostrando a fixação dos 3 implantes osseointegrados em mandíbula e a instalação da prótese convencional fixa de 4 dentes sobre os implantes.



Figura 40. Fotografia da instalação dos conectores para a fabricação da prótese. Sendo um caso mais recente e com boa preservação da altura da crista alveolar, não foi necessário pilares longos ou gengiva artificial.



Figura 41. Fotografia da instalação da prótese fixa implanto suportada com 4 dentes.

PACIENTE 06-

Paciente MNP do gênero feminino, 45 anos de idade, procurou atendimento em setembro de 2004, com queixa principal de aumento de volume na região anterior de maxila. Ao exame intra-oral observou-se a presença de alguns dentes superiores e um abaulamento na maxila anterior. Ao exame radiográfico, foi observada uma imagem radiolúcida na maxila compatível com lesão cística odontogênica (figura 42).

A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico sob anestesia local, quando foram realizadas a curetagem e ostectomia da lesão, bem como a extração dos dentes. O material removido foi enviado para exame anatomopatológico e, surpreendentemente, revelou tratar-se de ameloblastoma folicular.

Diante do laudo, a conduta foi expectante, com a possibilidade de novo procedimento na ocorrência de recidiva. Entretanto, como o uso da prótese convencional era muito difícil, com baixa retenção e estabilidade, optou-se por abordagem cirúrgica precoce para exploração da área e, no caso de ausência da lesão, enxertia para aumento do rebordo ósseo.

Assim, em 2006, apenas um ano e meio após a ressecção, a paciente foi novamente abordada cirurgicamente, quando por meio de acesso do tipo LeFort constatou-se a ausência de lesão residual, e assim foi realizado o enxerto da crista ilíaca, devolvendo o contorno da maxila e proporcionando aumento de rebordo ósseo (figuras 44 e 45).

Seis meses depois da pega do enxerto, foram fixados 7 implantes distribuídos pela maxila. Após a integração dos implantes, foi construída prótese fixa de 12 dentes

(figuras 46 e 47). A instalação da prótese devolveu à paciente suporte labial, função mastigatória e estética facial e dental (figuras 48 e 49).

O acompanhamento radiográfico da lesão ainda é realizado e não apresenta sinais de recidiva do tumor até o último controle, em 2009.

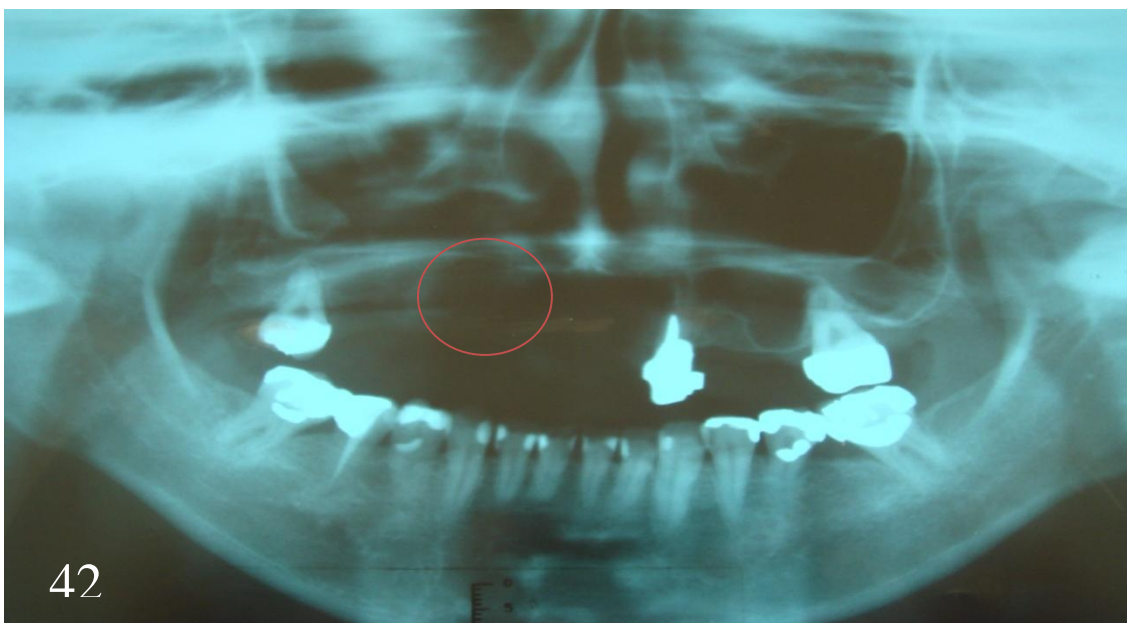


Figura 42. Radiografia panorâmica mostrando imagem radiolúcida unilocular em maxila e a presença de apenas 3 dentes, que eram apoio da prótese removível. O achado histopatológico foi considerado bastante incomum.

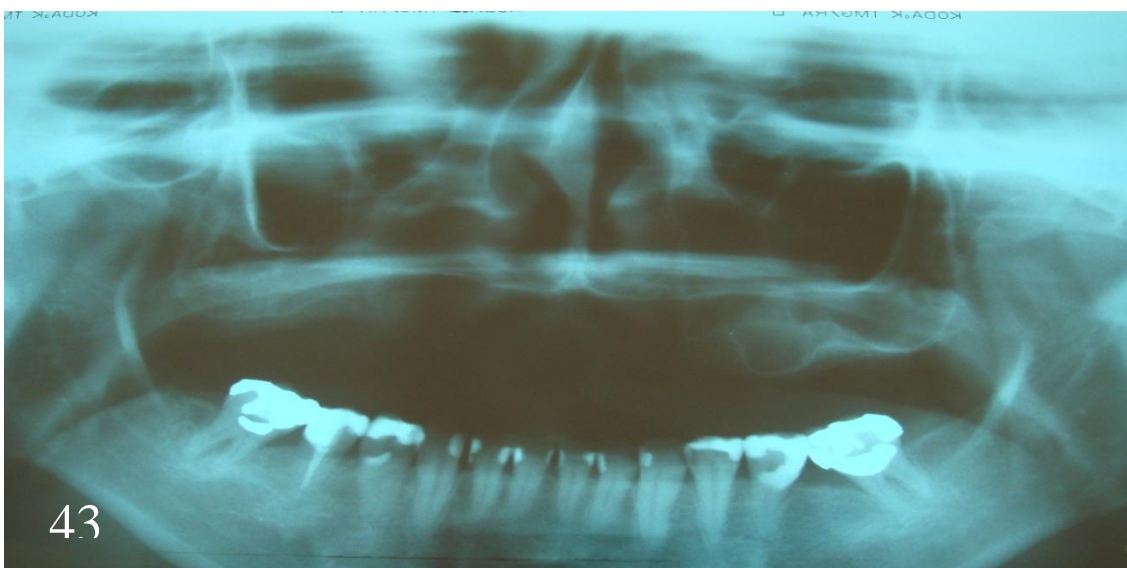


Figura 43. Radiografia panorâmica, após a remoção do tumor e dos dentes superiores, para reabilitação convencional. Notar a pouca estrutura óssea para instalação de implantes.

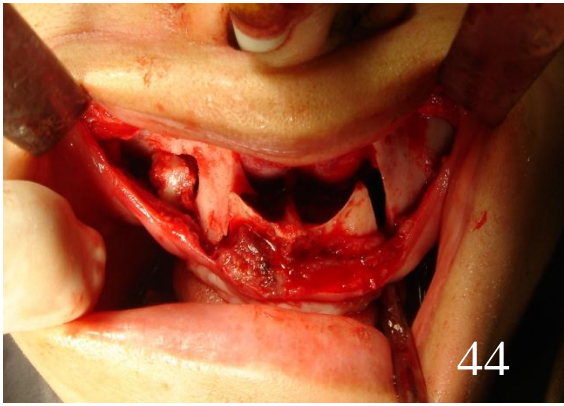


Figura 44. Fotografia do trãns cirúrgico com realização de uma osteotomia do tipo LeFort para proporcionar um leito para enxerto.

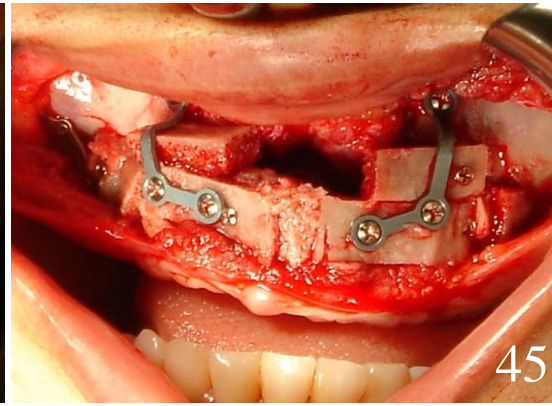


Figura 45. Fotografia do trãns cirúrgico com o enxerto moldado e fixado em região de maxila.



Figura 46. Fotografia intra-oral com a exposição dos conectores para retenção da prótese fixa.

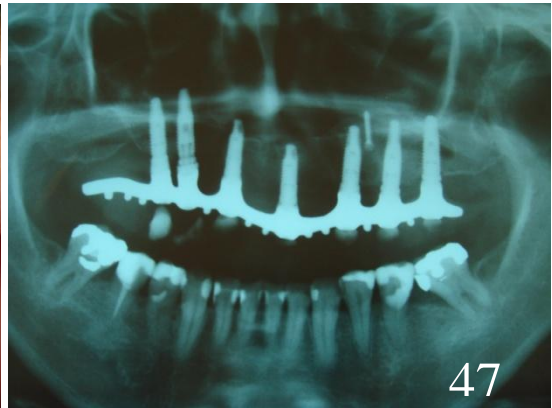


Figura 47. Panorâmica mostrando os implantes instalados e unidos por uma barra. Não apresenta sinais de recidiva.



Figura 48 e 49. Fotografia do protocolo instalado devolvendo a função e estética da paciente.

PACIENTE 07-

Paciente MHCM, do gênero feminino, 47 anos de idade, foi encaminhada em junho de 2000, após ter realizado diversos tratamentos sem sucesso em outro centro de atendimento.

Ao exame clínico intraoral observou-se aumento de volume em região anterior de mandíbula. O exame radiográfico apresentava imagem radiolúcida multilocular entre as raízes dos dentes anteriores da mandíbula. A paciente relatou ter sido submetida a 8 cirurgias prévias, com retiradas de lesões com diagnóstico de ameloblastoma, que sempre recidivavam (figura 50). A paciente relatou também ter sido submetida a tratamentos endodônticos dos dentes que estavam próximos à lesão, com tentativa de controle de recidiva (Figuras 51 e 52).

Dessa maneira, foi proposta, em junho de 2000, a ressecção seccional com extração de todos os dentes da região anterior, seguida de crioterapia. Esse procedimento revelou-se eficaz, curando a paciente, como mostram as imagens de controle pós-operatório (figura 53).

Diante da necessidade estética e funcional, em 2005 a área foi reabordada para inspeção cirúrgica, e como não havia sinais de recidiva, 4 implantes foram fixados e as lacunas ósseas preenchidas com enxerto de osso liofilizado particulado (figura 54).

Após a integração, foi confeccionada uma prótese de 6 dentes, que apresentava faixa de gengiva artificial (figura 55). O resultado estético e funcional foi satisfatório, evitando novos procedimentos cirúrgicos para aumento da altura da crista alveolar.

A paciente permanece em controle até a presente data, sem sinais de recidiva, e com ótima qualidade estética e funcional da prótese.

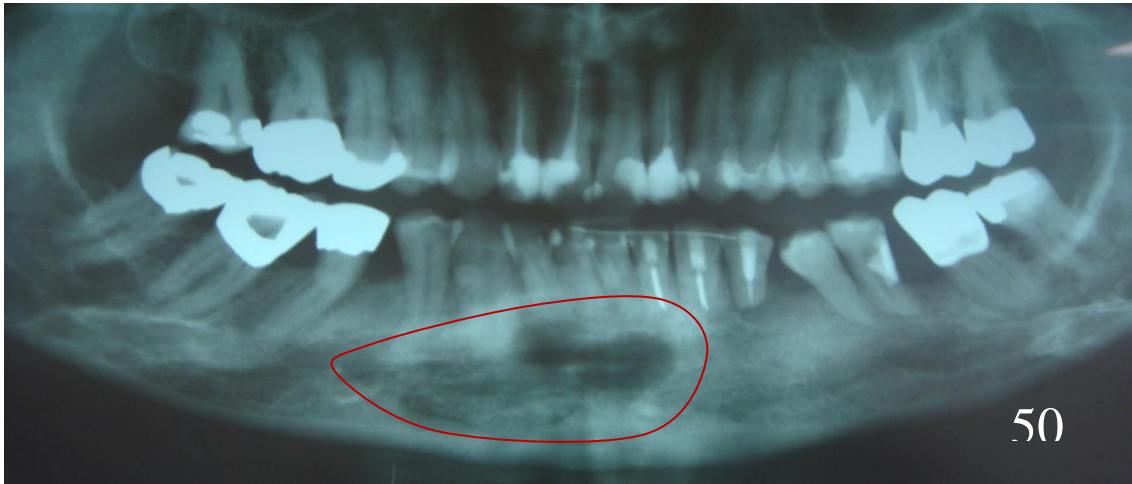
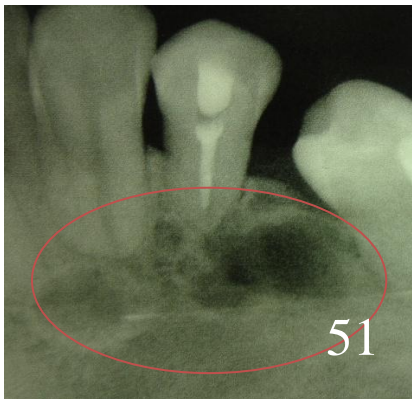


Figura 50. Panorâmica mostrando a imagem radiolúcida em região anterior de mandíbula no ápice das raízes dos dentes incisivos inferiores.



Figuras 51 e 52. Radiografia periapical mostrando imagem radiolúcida, multilocular no ápice dos dentes e realização de tratamento endodôntico como tentativa de controle da lesão.

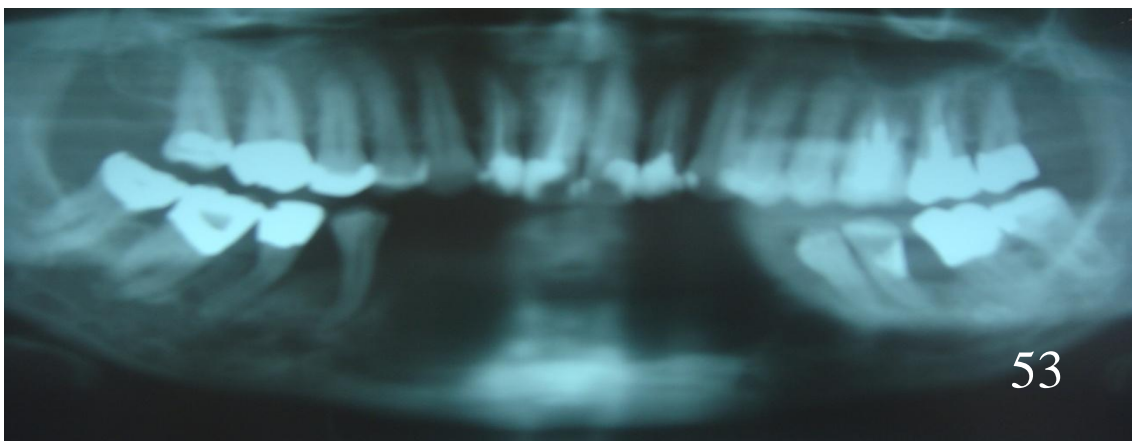


Figura 53. Radiografia panorâmica do pós-operatório, mostrando imagem da remoção da lesão e extração dos dentes que estavam junto à lesão. Houve preservação da borda inferior da mandíbula, preservando a continuidade do arco.

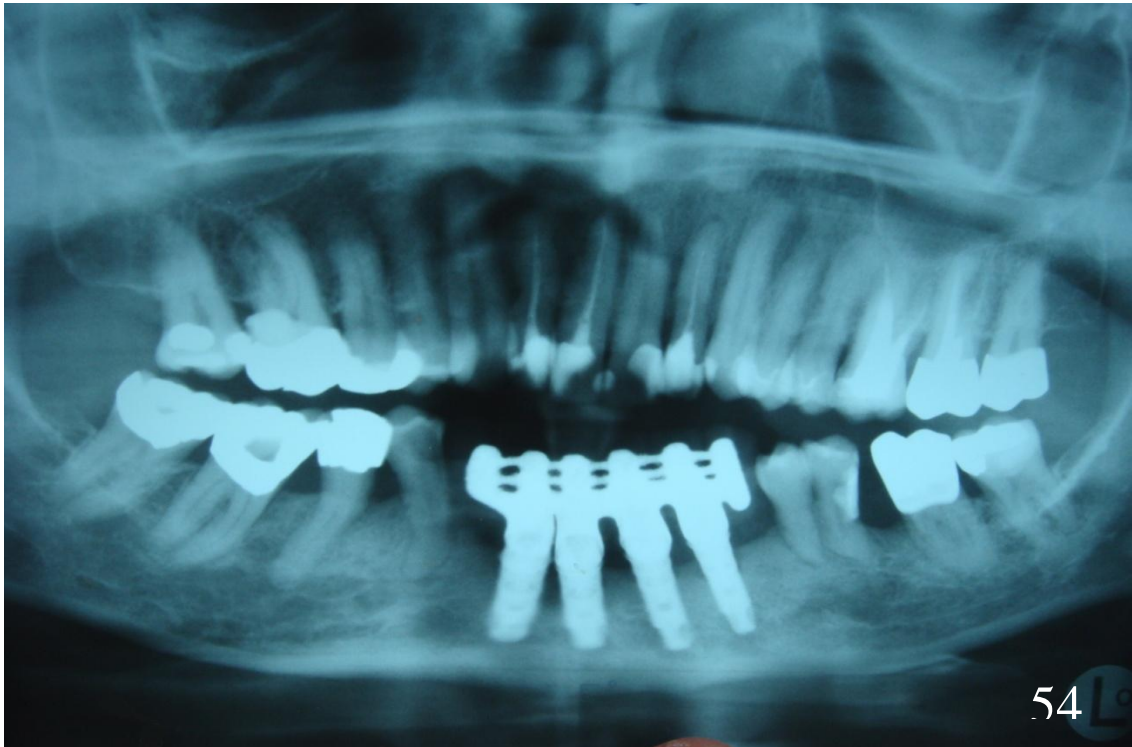


Figura 54. Radiografia panorâmica mostrando a instalação dos 4 implantes osseointegrados em mandíbula e sem sinais de recidiva. Cinco anos após a ressecção da neoplasia.



Figura 55. Prótese fixa implanto suportada com 6 dentes e gengiva artificial para recobrir o rebaixamento do rebordo alveolar, evitando cirurgias reconstrutivas da altura da crista alveolar.

A amostra foi constituída de sete pacientes (n= 7), sendo 3 pacientes do gênero masculino (42,85%) e 4 pacientes do gênero feminino (57,15%). Quanto à etnia, 5 pacientes eram leucoderma, 1 paciente era feoderma e 1 xantoderma. Nenhum paciente da amostra era melanoderma.

Tabela 1- Número de pacientes segundo as características demográficas e porcentagem.

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N (%)
Gênero	Masculino	3 (42,85%)
	Feminino	4 (57,15%)

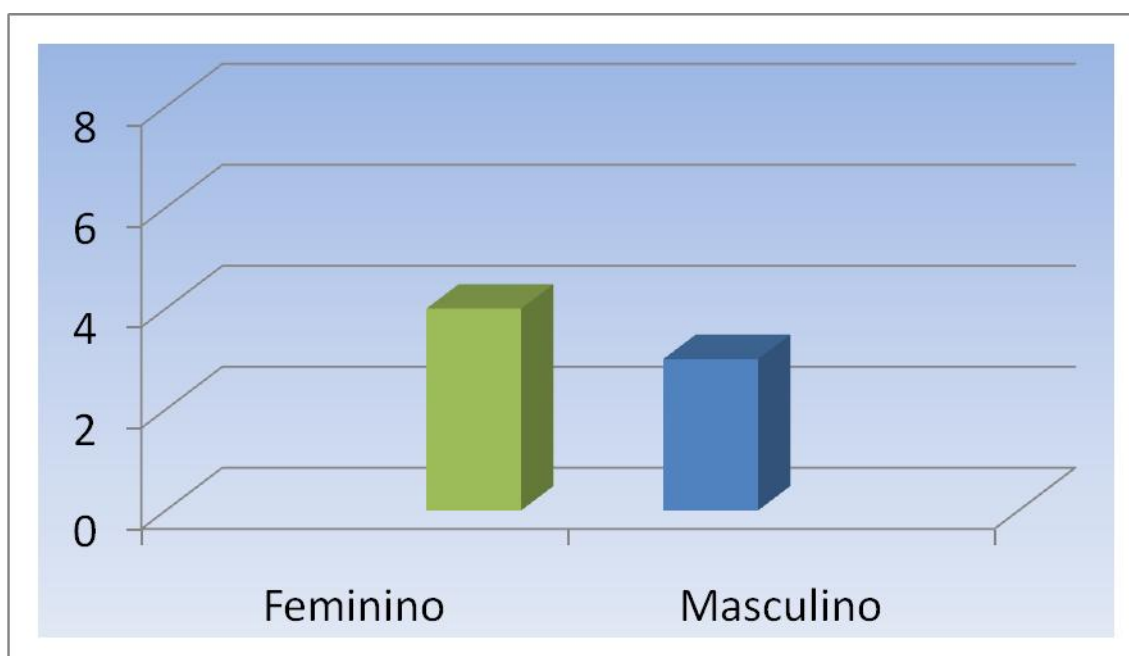


Gráfico1- Relação de pacientes segundo as características demográficas.

A média de idade, considerando o dia do atendimento para diagnóstico da lesão, foi de 32,5 anos, tendo o paciente mais velho 50 anos, e o mais novo 14 anos. (Tabela 2). Quanto à história de tabagismo e etilismo não foi levada em consideração por causa da não influência dessas características no aparecimento da lesão e falta de dados precisos.

Tabela 2- Distribuição dos pacientes de acordo com a idade

	Mínima	Máxima	Média
IDADE (anos)	14	50	32,5

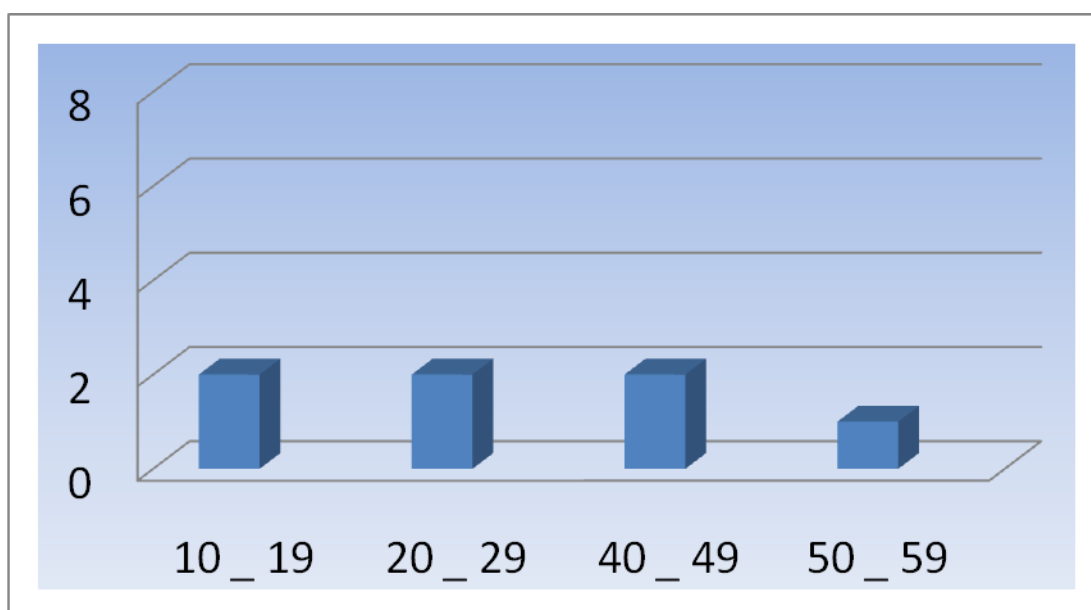
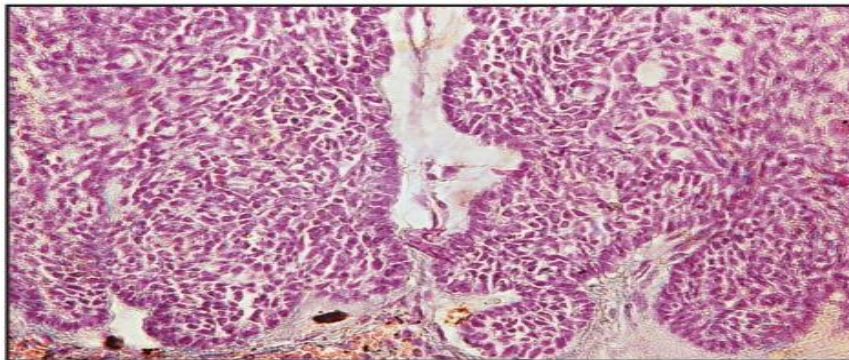


Gráfico2- Distribuição do número de pacientes por faixa etária

Todos os ameloblastomas envolvidos no estudo eram do tipo sólido e histologicamente do tipo folicular, conforme laudos histopatológicos obtidos dos prontuários e semelhantes à figura 56.

Figura 56: Imagem do laudo histopatológico de ameloblastoma.



A lesão foi mais frequente na mandíbula em 86%. Quanto à distribuição de região mais acometida na mandíbula, corpo e ramo mandibular. Apenas um paciente apresentou ameloblastoma em região de maxila anterior. Na mandíbula, a distribuição foi de uma lesão na região anterior, uma em corpo de mandíbula, e três lesões tiveram corpo e ramo mandibular acometidos ao mesmo tempo.

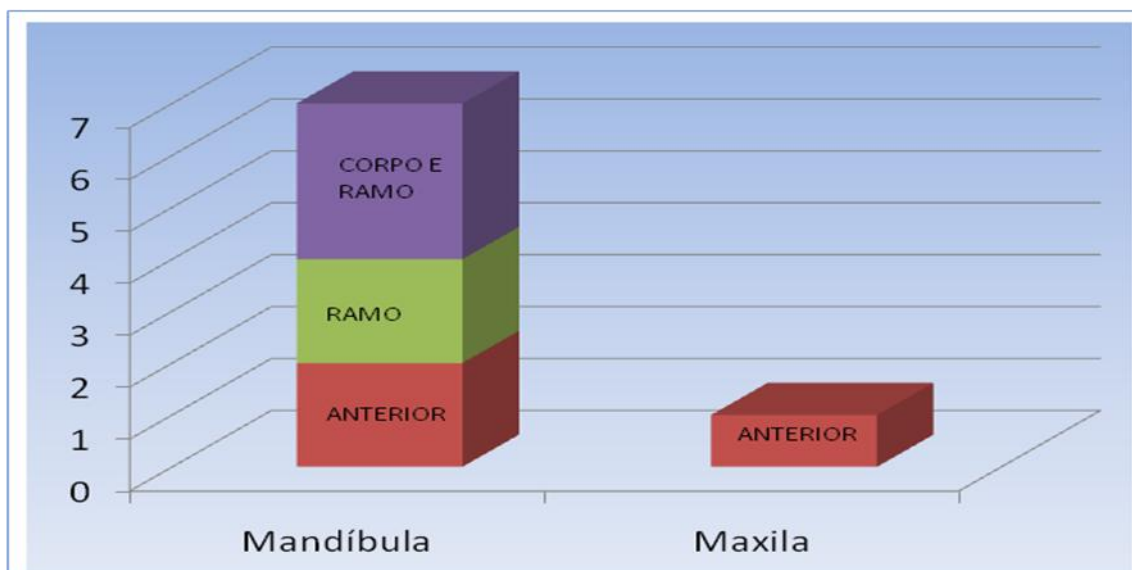


Gráfico 3- Distribuição dos pacientes por localização do tumor

O tratamento de curetagem e ostectomia foi realizado em 1 (14,28%) paciente, ressecção seccional seguida de crioterapia em 4 (57,12%) e curetagem, ostectomia periférica e crioterapia em 2 (28,56%) (Tabela 4).

Tabela 3- Número de pacientes segundo as modalidades de tratamento

TRATAMENTO	(N)	(%)
Curetagem, ostectomia e crioterapia	2	28,56
Curetagem e ostectomia	1	14,28
Ressecção seccional e crioterapia	4	57,12

A reconstrução, quando necessária, foi realizada por meio de enxerto autógeno ou não. No nosso estudo, 4 (57,16%) pacientes não precisaram de enxerto e 3 (42,84%) pacientes precisaram da utilização de enxerto para reconstrução e reabilitação (Tabela 5). Os 2 enxertos realizados foram compostos por enxertos livres de crista ilíaca e 1 por meio de osso liofilizado granulado e membrana de colágeno.

Quanto ao tempo da instalação dos enxertos, apenas 1 enxerto foi realizado em um segundo tempo cirúrgico, e 2 no ato da instalação dos implantes. Nenhum paciente teve sinais e sintomas de complicações no pós-operatório.

Tabela 4- Número de pacientes que necessitaram de reconstrução autógena de tecido ósseo

ENXERTO	(N)	(%)
Não realizou enxerto	4	57,15%
Realizou enxerto	3	42,85%

Os implantes eram do tipo parafuso rosqueável, de superfície lisa, e seu tamanho e diâmetro variaram de acordo com a finalidade de reabilitação e quantidade óssea disponível no momento da instalação dos implantes. Todos os implantes eram da marca conexão, sistema de prótese (hexágono externo) e superfície porous (ataque ácido e banho de titânio).

Foram utilizados 27 implantes dentais, sendo 7 instalados na maxila e 20 na mandíbula. Os tamanhos variaram de 11,5 mm a 18 mm, distribuídos da seguinte forma: 9 implantes de 10mm, 4 implantes de 11,5mm, 7 implantes de 13mm, 5 implantes de 15mm e 2 implantes de 18mm. A localização e tamanho dos implantes estão apresentados na tabela 6.

Do total de 27 implantes instalados, nenhum implante foi perdido, sendo assim a taxa de sucesso foi de 100% da amostra.

Tabela 5 – Características dos implantes e localização da instalação

Tamanho (mm)	Número	Maxila	Mandíbula
10mm	9	-	9
11,5mm	4	2	2
13mm	7	2	5
15mm	5	3	2
18mm	2	-	2
	N(%)	N(%)	N(%)
Total	27 (100%)	7 (25,93)	20 (74,07%)

Todos os pacientes foram acompanhados para observar recidivas e o processo de neoformação tecidual óssea.

O tempo de acompanhamento variou de 2 anos (período mais curto), até 9 anos (período mais longo), com média de 4,2 anos.

Tabela 6- Técnica de remoção do tumor e tempo de acompanhamento para instalação dos enxertos e implantes

Nome	Tratamento (Tipo e ano)	Momento da instalação do enxerto	Intervalo de tempo para instalação dos implantes
MSP	Curetagem, ostectomia e crioterapia (1993)	-----	8 anos
ESS	Ressecção seccional e crioterapia (1995)	-----	4 anos
EFR	Ressecção seccional e crioterapia (1994)	Na instalação dos implantes	3 anos
DDF	Curetagem, ostectomia e crioterapia (2000)	----	3 anos
LM	Ressecção seccional e crioterapia (2000)	----	8 anos
MNP	Curetagem e ostectomia (2004)	Segundo tempo cirúrgico após 1 ano e meio	2 anos
MHCM	Ressecção seccional e crioterapia (2000)	Na instalação dos implantes	5 anos

No presente estudo apenas 2 pacientes apresentaram histórico de recidiva, sendo que ambos haviam sido tratados anteriormente por outra equipe, não apresentando outra recorrência após o tratamento efetuado pelo nosso grupo. Já os demais pacientes virgens de tratamento não apresentaram recidiva até o momento do final do estudo, sugerindo que provavelmente a alta taxa de recidiva esteja relacionada à falha terapêutica e não à agressividade da neoplasia

Após a abertura dos implantes, foram realizadas as moldagens de estudo e trabalho, sendo confeccionadas 5 próteses fixas dentais, 1 overdenture e 1 “protocolo superior de Branemark”. Das próteses fixas dentais, 1 recebeu gengiva artificial e 2 com conectores longos. Dos 7 pacientes reabilitados, 100% utilizavam a prótese para fins estéticos e funcionais até o término do levantamento

O acompanhamento ainda é realizado e nenhum paciente apresentou recidiva após reabilitação oral.

6. DISCUSSÃO

O ameloblastoma é neoplasia benigna de origem odontogênica, normalmente assintomático, de crescimento lento e progressivo, que ocasiona grande deformidade facial, comprometimento estético e funcional, passando a afetar diretamente a qualidade de vida (Al Khateeb et al. 2003). O tratamento da neoplasia é controverso, havendo inúmeros autores que defendem tratamento radical e outros conservadores, por razões relacionadas às altas taxas de recidiva.

Neste estudo nota-se que a maioria dos pacientes se queixou do aumento de volume facial, o que foi verificado em 6 (85,72%) pacientes, sendo apenas 1 (14,28%) com aumento de volume discreto e sensibilidade dolorosa. Achados semelhantes aos de Olaitan, Adeola e Odekeye, (1993), com 14,6% aumento de volume e dor, e 42,9% apenas aumento de volume, e também semelhantes aos estudos de Kim et al. (2001), com 38% de aumento de volume.

A grande maioria dos autores afirma que a maior incidência quanto à localização do ameloblastoma é a região de mandíbula. Neste trabalho, a mandíbula foi afetada em 86% dos casos, sendo 1 caso na região anterior, 2 casos em corpo de mandíbula, e 3 casos corpo e ramo mandibular. Já na maxila foi constatada a presença de apenas 1 caso (14%). Esses achados coincidem com os relatos de Kim et al. (2001), Curi, Dib, Pinto, (1997), Saddy (2005) e Adebisi et al. (2006). Há de se destacar que o único caso de lesão na maxila se apresentou de forma incomum, por localizar-se próxima a caninos e pré-molares e apresentar pequenas dimensões. A definição do histopatológico de ameloblastoma constitui-se adendo surpreendente para a referida lesão.

A ocorrência do ameloblastoma, segundo o gênero, revelou que não houve predisposição dessa neoplasia em relação ao gênero masculino ou feminino, dados compatíveis com o que mostra a literatura. (Martinez et al., 2007, Martins et al.,1999). Já a classificação quanto à etnia é de difícil realização, e dentro dessa pequena amostra os dados são irrelevantes.

A idade dos pacientes portadores de ameloblastoma é bastante variada, sendo raro seu diagnóstico na primeira década de vida. A idade foi avaliada no momento do diagnóstico da lesão e variou de 14 até 50 anos, com média de 32,5 anos de vida. Esses dados são compatíveis aos relatos de Martinez et al. (2007) e Saddy (2005). A média deste estudo está acima dos achados de Lee, Samman, Ng (2004), no qual a média foi de 23 anos, e de Ogunsalu, et al. (2006), de 16 anos, e abaixo dos achados de Di Cosola et al (2007), que foi de 39,6 anos de vida.

As características clínicas e radiográficas do ameloblastoma são muito importantes para determinar o diagnóstico e planejamento do tratamento. Os pacientes do estudo apresentaram como característica clínica principal a expansão das corticais e deformidade facial, achados semelhantes com Reichart, Philipsen e Sonner (1995), Kim et al. (2001) e Al-Khateeb e Ababned (2003). Apenas 1 paciente apresentou atraso de erupção, sendo esta característica clínica também verificada no estudo de Reichart, Philipsen e Sonner (1995).

Os pacientes fizeram exames de imagem variados, de acordo com a época do diagnóstico e tratamento da lesão. Atualmente, os recursos são diversos e a tomografia computadorizada é indispensável para o planejamento terapêutico mais adequado.

Radiograficamente, o ameloblastoma apresenta-se como lesão radiolúcida uni ou multilocular, que pode causar afilamento e rompimento das corticais. Pode ocorrer

deslocamento e reabsorção radicular dos dentes quando estes estão presentes na lesão. O aspecto radiográfico mais presente foi imagem radiolúcida multilocular em 3 pacientes, 1 apresentava imagem unilocular e multilocular simultaneamente e 2 aspecto unilocular. Rocha (2008), Saddy (2005) e Bataineh (2000) obtiveram nos seus estudos uma maior ocorrência do aspecto multilocular.

O tratamento do ameloblastoma é cercado de dúvidas, e seu planejamento depende de vários fatores, como a idade do paciente, localização, tamanho e limites da lesão e morbidade que o tratamento pode provocar (Zamorano 2008, Sampson e Pogrel 1999). O ameloblastoma tende a se infiltrar entre as trabéculas ósseas do osso esponjoso na periferia da lesão, antes de a reabsorção óssea tornar-se evidente radiograficamente. Por causa da natureza infiltrativa da lesão, muito se discute sobre a conduta terapêutica correta a fim de evitar possíveis recorrências.

As grandes ressecções segmentares são preconizadas pelo fato de permitir a remoção total da lesão e apresentar baixas taxas de recidiva, mas, no entanto, tem como desvantagem produzir deformidades faciais e perda de função quando não é possível realizar reconstruções cirúrgicas. Como exemplo, o caso da paciente ESS, que apresentou recidiva após o tratamento de ressecção segmentar e teve como consequência da ressecção, a perda da continuidade da mandíbula, reconstruída com enxerto livre não muito satisfatório.

O diagnóstico correto e precoce da lesão é fundamental para o tratamento do ameloblastoma, proporcionando a diminuição da morbidade e deformidades pela redução das grandes intervenções cirúrgicas. No presente estudo, a paciente MHCM é um exemplo de conduta inadequada, quando foi submetida a diversos procedimentos sem sucesso para o tratamento do ameloblastoma, pela falta de diagnóstico correto. Este

assunto também foi tratado por Dias et al. (2007), ao relatarem caso semelhante tratado por um período de 4 anos, sem regressão da lesão, por erro de diagnóstico.

Dos 7 pacientes do estudo, 4 (52,12%) foram tratados por ressecção seccional e crioterapia, 2 (28,56%) curetagem, ostectomia periférica e crioterapia, e apenas 1 (14,28%) foi submetido a curetagem e ostectomia. Embora 1 deles (ESS) anteriormente tenha sido submetida a ressecção segmentar por outra equipe.

A crioterapia é considerada complemento no tratamento, por meio da destruição de células neoplásicas no leito remanescente, evitando possível recidiva (Curi, Dib, Pinho, 1997). No presente trabalho, o paciente LM, embora apresentasse grande e extensa lesão, pela idade, foi submetido a tratamento de ressecção seccional e crioterapia, sendo bom exemplo de como essa técnica preservou o contorno facial e as estruturas ósseas, possibilitando a reconstituição natural da mandíbula de forma bastante simples, anos mais tarde. Al-Khateeb e Ababned (2003), em seus estudos, ressaltam a importância de se evitar as ressecções mandibulares em crianças por causa de problemas funcionais, estéticos e psicológicos.

O paciente LM não apresentou comprometimento no desenvolvimento facial. Huang et al (2007) relatam, em seu estudo, problemas de crescimento facial em pacientes jovens tratados por ressecção segmentar e reconstrução com enxerto ósseo; no caso de LM a reconstrução não foi necessária pela preservação da basilar óssea, que possivelmente evitou comprometimento facial.

Os tratamentos realizados nos pacientes do presente estudo foram planejados de acordo com as características particulares de cada caso. O paciente DDF, de 23 anos de idade, apresentava extensa lesão lítica, com destruição interna das corticais, que abrangia o corpo e ramo ascendente da mandíbula do lado direito. Diante da integridade

das corticais, o tratamento foi realizado por meio de curetagem, ostectomia e crioterapia, preservando o contorno facial e mantendo região propícia a futura reabilitação oral com implantes. Este mesmo procedimento terapêutico foi realizado no paciente MSP, de 18 anos de idade, por apresentar as corticais íntegras.

A conduta terapêutica utilizada em ambos os casos está de acordo com a proposta de Progrel e Montes (2009), que afirmam ser favorável o uso de curetagem seguido de agentes físicos e químicos, como o nitrogênio líquido, para tratamento de ameloblastoma. Pode-se ter como exemplo o caso da paciente ESS, tratada de recidiva de ameloblastoma por meio de curetagem e crioterapia. Essa técnica foi opção para preservar a basilar mandibular da região anterior, evitando maior deformidade estética e funcional, já comprometida pela prévia ressecção segmentar.

Os tratamentos realizados por meio de curetagem e crioterapia tiveram resultados favoráveis, não apresentando até o momento do término do estudo nenhuma recidiva. Esses dados são compatíveis com os estudos de Sampson e Pogrel (1999) e Curi, Dib, Pinto (1997), que afirmam que a crioterapia é opção de tratamento que busca eliminar a lesão do leito remanescente sem necessidade de extensa ressecção óssea.

Nessas condições, a preservação da continuidade da basilar mandibular visa eliminar a deformidade, diminuir a perda de função e melhorar as condições para reabilitação, sem acometer o risco de recidiva (Bataneh e Jordan 2000). Podemos ilustrar este conceito com o tratamento realizado nos pacientes EFR, MHCM e MNP, por meio de ressecção seccional e crioterapia, preservando o contorno facial e mantendo um rebordo para posterior reabilitação com implantes dentais.

O histórico de recidiva é assunto muito citado na literatura. No presente estudo apenas 2 pacientes apresentaram recidiva (ESS e MHCM), relacionados a tratamentos

prévios realizados por outra equipe, não apresentando outra recorrência após o tratamento efetuado pelo nosso grupo. Já os demais pacientes virgens de tratamento não apresentaram recidiva até o momento do final do estudo, sugerindo que provavelmente as altas taxas de recidiva estejam relacionadas à falha terapêutica e não à própria agressividade da neoplasia.

Acreditamos que a baixa taxa de recidiva observada está relacionada a uma técnica cirúrgica cuidadosa, com bom plano de tratamento, englobando todas as áreas e limites da lesão cuidadosamente, a remoção dos dentes em contato com a lesão e a utilização de agentes físicos e químicos nos remanescentes ósseos.

Os poucos relatos de reabilitação com implantes dentais em pacientes tratados previamente de ameloblastoma podem ser explicados pela necessidade de novas intervenções cirúrgicas que confrontam com as recidivas da lesão e altos custos para realização dos procedimentos (Ferretti 2000, Sampron e Progrell 1999).

Atualmente, desde o plano de tratamento deve-se pensar nas formas para reabilitar incluindo a recuperação dental. O momento oportuno para a reabilitação é assunto muito importante, considerando o risco de recidiva e as inconveniências das deformidades. No nosso estudo esse tempo variou de 2 a 8 anos, e uma média de 4,2 anos. Os pacientes mais jovens foram acompanhados por período mais longo, pela necessidade do completo crescimento ósseo facial, e nos pacientes de mais idade esse tempo foi mais precoce, pela necessidade particular de cada paciente de restabelecer a estética e função. Não se pode definir regra sobre quando reabilitar, mas na literatura a maior incidência de recidiva ocorre nos primeiros 18 a 36 meses do pós-operatório. Autores acreditam que 50% das recidivas relatadas ocorrem em média nos primeiros 5 anos após o tratamento da lesão. (Pogrel e Montes, 2009; Eckardt et al, 2009)

Os defeitos provenientes do tratamento de ameloblastoma podem levar o indivíduo a perda na qualidade de vida, por motivos estéticos e funcionais. É importante salientar que grande quantidade de variáveis pode interferir diretamente na reconstrução e posterior reabilitação com implantes como, por exemplo, o tratamento da lesão, localização, qualidade e quantidade óssea, recidiva, e especialmente a necessidade do paciente.

A reabilitação é etapa muito desejável depois da cura da lesão, portanto, é necessário devolver ao paciente situação estética e funcional próxima à realidade vivida antes do tratamento. Assim, com o avanço na reabilitação protética, não se deve mais considerar a restauração da continuidade mandibular como completo sucesso, e sim se deve pensar na instalação de implantes dentários (Bianchi, et al., 2009).

Atualmente, a utilização de implantes dentários é opção satisfatória na devolução da estética e função. Portanto, com os avanços nas cirurgias de reconstrução utilizando transplantes vascularizados e implantes osseointegrados, a morbidade está diminuindo em pacientes tratados por neoplasias (Bianchi, 2009).

Quando utilizamos implantes dentais, fator importante é a presença de suporte ósseo para a fixação dos implantes. No presente estudo, apenas 3 pacientes receberam enxertos para melhor condição no momento da instalação dos implantes.

A paciente MNP foi submetida a reconstrução com enxerto livre para devolver contorno maxilar e aumentar o rebordo alveolar, sendo obtidos bons resultados. Já a paciente EFR foi submetida a instalação do enxerto no mesmo momento da instalação dos implantes, com o intuito de devolver a altura do rebordo alveolar, por causa da sensibilidade do nervo alveolar inferior, que precisava ser preservado.

A literatura mostra que a reconstrução concomitante à ressecção promove restabelecimento anatômico e funcional do defeito, permitindo que a área reconstruída seja reparada em único procedimento cirúrgico, sem distorções, desvios, atrofia e formação de cicatrizes (Montoro et al , 2008).

O presente estudo evidenciou que os implantes podem restabelecer problemas estéticos e funcionais. A reabilitação com o uso de implantes deve ser aplicada e discutida no plano de tratamento da neoplasia.

Embora o número de implantes relatados no presente estudo seja pequeno (27), a taxa de sucesso de 100% é altamente satisfatória, com resultados compatíveis com a literatura internacional em pacientes que não apresentam morbidades. O estudo também mostra que a cirurgia prévia não alterou em nada a qualidade do osso, proporcionando condições adequadas para reabilitação com implantes.

Nos pacientes com sequelas cirúrgicas, o planejamento protético deve ser ainda mais cuidadoso, pois os tecidos moles adjacentes ao leito remanescente sofrem alterações. Os diversos tipos de próteses ilustradas no estudo documentam essa dificuldade, entretanto oferecem perspectiva otimista, sugerindo que a reabilitação deve ser sempre considerada etapa fundamental no tratamento de pacientes portadores de ameloblastoma.

7. CONCLUSÕES

- 1- O presente estudo apresentou 7 casos reabilitados com implantes osseointegrados após a ressecção por ameloblastoma.
- 2- Sete implantes foram instalados na maxila e vinte instalados na mandíbula, com taxa de sucesso de sucesso de 100%.
- 3- A utilização de enxerto na área ressecada foi necessário em 3 pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEBIYI, K.E; UGBOKO,V.I; OMONIYI-ESAN,G.O NDUKWE, K.C; OGinni, F.O. Clinicopathological analysis of histological variants of ameloblastoma in a suburban Nigerian population. **Head & Face Medicine.** v.2, p. 1-8, 2006

ADEBAYO, E.T; AJIKE, S.O; ADEKEYE. E.O. A Review of 318 Odontogenic Tumors in Kaduna, Nigeria. **J Oral Maxillofac Surg.** v.63, p. 811-819, 2005

AL-KHATEEB,T; ABABNEH, K.T. Ameloblastoma in Young Jordanians: A Review of the Clinicopathologic Features and Treatment of 10 Cases. **J Oral Maxillofac Surg.** v.61, p.13-18, 2003

AROTIBA,G.T; LADEINDE,A.L; AROTIBA,J.T; AJIKE,S.O; UGBOKO, V.I; AJAYI,O.F. Ameloblastoma in Nigerian Children and Adolescents: A Review of 79 Cases. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 63, p.747-751, 2005

BAKER, A; MCMAHON, J; PARMAR, S. Immediate Reconstruction of Continuity Defects of the Mandible after Tumor Surgery. **J Oral Maxillofac Surg.** v.59, p.1333-1339, 2001

BATAINEH, A.B. Effect of preservation of the inferior and posterior borders on recurrence of ameloblastomas of the mandible. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.90, p.155-163, 2000

BIANCHI, B; COPELLI,C; FERRARI, S; FERRI, A; SESENNA, E. Free flaps:
Outcomes and complications in head and neck reconstructions. **J Craniomaxillofac Surg.** p. 1-5, 2009

BIANCHI, S.D; TARELLO, F; POLASTRI, F; VALENTE, G. Ameloblastoma of the
mandible involving an Autogenous Bone Graft. **J Orol Moxillofac Surg.** v. 56, p.
1187- 1191, 1998

BUENO, J.M; BUENO, S.M; ROMERO, J.P; ATIN, M.S.B; REDECILLA, P. H;
MARTIN, G.R. Mandibular ameloblastoma. Reconstruction with iliac crest graft and
implants. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** v. 12, p. 73 -75, 2007

CARLSON, E.R; MARX,R.E. The Ameloblastoma: Primary, Curative Surgical
Management. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 64, p. 484-494, 2006

CHEM, R.C; WAGNER,J.C; VOLKWEIS, M.R; VALENTE, D.S; VALENTE, D.S;
GRANDI, G; GERHADT, E; Use of the Fibula Free Flap in the Oral and Maxillofacial
Complex: a Report of Two Cases. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** v.5, n.4, p.
23 - 30, 2005

CHIDZONGA,M.M; PEREZ,V.M.L; ALVAREZ,A.L.P. Ameloblastoma: The
Zimbabwean experience over 10 years. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol
Endod.** v. 82, p.38-41, 1996

CHIDZONGA, M.M. Ameloblastoma: The Zimbabwean experience. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v. 81, p.168- 170, 1996

CURI, M.M; DIB, L.L; PINTO, D.S. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spray cryosurgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.84, p. 339-344, 1997

DIAS, A.C.S; ABDO, E.N; SOUZA, L.N; GOMEZ, R.S; NAVES, M.D. Ameloblastoma: consequences of a misdiagnosed case. **Arquivos em Odontologia (UFMG).** v. 43, p. 97-101, 2007.

DI COSOLA, M; TURCO, M; BIZZOCA, G; TAVOULARI, K; CAPODIFERRO, S; ESCUDERO- CASTAÑO, N; LO MUZIO, L. Ameloblastoma of the jaw and maxillary bone: clinical study and report of our experience. **Av. Odontostomatol.** v. 23, p.367-373, 2007

ECKARDT, A.M; KOKEMULLER, H; FLEMMING, P; SCHULTZE, A. Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction - A review of twenty years. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.** v.37, p. 36 - 41, 2009

ELIAS, C.N; LIMA, J.H.C, SANTOS, M.V. Dental implant surface treatment: basic research and clinical cases. **Revista Implantnews,** v.5, p.467-476, 2008.

EL-GEHANI, R; ORAFIM; ELARBI, M; SUBHASHRAJ,K. Benign tumours of orofacial region at Benghazi, Libya: A study of 405 cases. **J Craniomaxillofac Surg.** p. 1-6, 2009

FEINBERG, S.E; STEINBERG, B. Surgical management of ameloblastoma Current status of the literature. **Oral surgery oral medicine oral pathology.** v. 81, p. 383 – 388, 1996

FERRETTI, C; POLAKOW,R; COLEMAN,H. Recurrent Ameloblastoma: Report of 2 Cases. **J Oral Maxillofac Surg.** v.58, p.800-804, 2000

GARDNER, D.G. Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.82, p. 660- 669, 1996

GUERRISI M, PILONI MJ, KESZLER A. Odontogenic tumors in children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** v. 12, p.180-185, 2007

GILIJAMSE, M; LEEMANS, C.R; WINTERS, H.A.H; SCHULTEN, E.A.J.M; VAN DER WAAL, I. Metastasizing ameloblastoma. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** v.36, p.462-464, Fev, 2007

GOMES, A.C.A; DIAS, E.; GOMES, D.O; PARAÍSO,D.P; NASCIMENTO, G.J.F;
CABRAL,R.A.A. Ameloblasma: Tratamento cirúrgico conservador ou radical? **Rev. Cir. Traumat. Buco - Maxilo-Facial.** v.2, n.2, p. 17-24, jul/dez - 2002

GOMES, A. C. A; SILVA, E. D. O; ALBERT, D.G.M; COUTINHO, M.F ;
ANDRADE, E.S.S. Conceito atual no tratamento dos ameloblastomas. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.** v. 6, p. 9-16, 2006.

HUANG, I; LAI, S; CHEN,C; CHEN,C; WEI, C; SHEN,Y. Surgical management of ameloblastoma in children. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.104, p 478-85, 2007

HONG, J; YUN, P-Y ; CHUNG,I- H; MYOUNG,H; SUH, J-D; SEO, B.M; LEE, J.H; CHOUNG, P.H; Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** v. 36, p. 283–288, 2007.

JACKSON,I.T; CALLAN, P.P; FORTE, R.A. An anatomical classification of maxillary ameloblastoma as an aid to surgical Treatment. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.** v.24, p. 230-236, 1996

JING,W; XUAN,M; LIN,Y; WU,L; LIU,L; ZHENG,X; TANG,W; QIAO,J; TIAN, W. Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** v.36, p. 20–25, 2007

JORDAN, R.C.K; SPEIGHT, P.M. Current concepts of odontogenic tumours.

Diagnostic histopathology. v.15, p.303 – 310, 2009

KALAVREZOS, N; BALDWIN, D.J; WALKER, M. Giant neglected ameloblastoma: single stage treatment and clinicopathological review. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.** v.46, p.591–593, 2008

KIM, S; JANG, H; KWANG-JU. Ameloblastoma: A clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v. 91, p. 649-653, 2001

KRAMER, I.R.H; PINDBORG, J.J; SHEAR, M. **Histological Typing of Odontogenic Tumours.** 2.ed.Germany, Springer- Verlag, 1992.118p

TORRES-LAGARES, D; COSSIO, P.I; GUISADO, J.M.H; PEREZ, J.L.G; Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** v.10, p. 231-238, 2005

LAURIANO FILHO, J.R; CAMARGO, I.B.. The use of decompression in the treatment of cystic ameloblastoma- report of case. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.** v. 3, n. 2, p. 9-15, 2003.

LAU,S.L; SAMMAN.N. Recurrence related to treatment modalities of unicystic ameloblastoma: a systematic review. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** v.35, p. 681–690, 2006

LEE, P. K; SAMMAN, N; NG, L.O. Unicystic ameloblastoma – use of Carnoy’s solution after enucleation. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** v. 33, p. 263-267, 2004

LUNARDI, D.V; FAVA, A.S; MARTINS, R.H; HOMEM, M.G.N; RAPOPORT,A; CARVALHO, M.B. Surgical treatment of the ameloblastoma of the mandible and reconstruction with non vascularized iliac crest graft – study of seven cases. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.** v. 2, p.1-9, 2000

MARTINEZ, C.R; BARROS, R.M.G; CRUÉ, N.R; OLIVEIRA, J.G.P; MONTEIRO, J.C.C. Ameloblastoma: Estudo Clínico- Histopatológico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.** v.8, p.55-60, abr/jun 2008.

MARTINS, R.H; SOBRINHO, J.A; RAPOPORT, A; ROSA, M.P. Histopathologic features and management of ameloblastoma: study of 20 cases. **Sao Paulo Med J/Rev Paul Med.** v.117, p.171-174, 1999

MARTINS, M.D; JUNIOR, O.A.R; MARTINS, M.A.T; BUSSADORI, S.K; FERNANDES, K.P.S. Ameloblastoma: Revisão de literatura. **ConScientiae Saúde.** v.6, p.269-278, 2007

MARTINS, W.D; FAVARO,D.M. Recurrence of an ameloblastoma in an autogenous iliac bone graft. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.98, p.657-659, 2004

MEDEIROS,M; PORTO,G.G; LAUREANO FILHO,J.R; PORTELA,L;
VASCONCELLOS, R.H. Ameloblastoma in the mandible. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v.74, p. 478, 2008

MONTORO, J.R.M.C; TAVARES,M.G; MELO, D.H; FRANCO, R.L; MELLO-FILHO, F.V; XAVIER, S.P; TRIVELLATO, A.E; LUCAS, A.S. Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v.74, p.155-7, 2008

MORAIS, H.H.A; FROTA, R; CAUBI, A.F; LAUREANO FILHO, J.R;
VASCONCELOS, B.E. Rehabilitation of a patient submitted to segmental resection of the mandible for the treatment of ameloblastoma with the use of an autogenous iliac bone graft and late implants. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.** v. 4, n.3, p.177-180, jul/ set 2004.

MORAES, S.L.D; CARVALHO, B.M; PELLIZZER, E.P; FALCÓN-ANTENUCC, R.M; FERREIRA JÚNIOR, J.S. Geometry of Implant Threads: a Review of the Literature. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.** v. 9, n.2, p.115-124, abril/ jun 2009.

NAKAMURA,N; HIGUCHI, Y; MITSUYASU,T; SANDRA, F; OHISHI, M.
Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* v.93, p.13-20, 2002

NEVILLE,B.W ; *Patologia Oral e Maxilofacial.* 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

NORIFUMI NAKAMURA,N; HIGUCHI,Y; TASHIRO,H; OHISHI,M.
Marsupialization of Cystic Ameloblastoma: A Clinical and Histopathologic Study of the Growth Characteristics Before and After Marsupialization. ***J Oral Maxillofac Surg.*** v.53, p.748-754, 1995

OGUN SALU, C; DAISLEY, H; HENRY, K; BEDAYSE, S; WHITE, K;

JAGDEO, B; BALDEO.S. A New Radiological Classification for Ameloblastoma based on Analysis of 19 Cases. ***West Indian Med J.*** v.55, p. 36 – 41, 2006

OKADA,H; HIROTSUGU YAMAMOTO, H; TILAKARATNE, W.M. Odontogenic Tumors in Sri Lanka: Analysis of 226 Cases. ***J Oral Maxillofac Surg.*** v. 65, p. 875-882, 2007

OLAITAN, A.A; ADEOLA, D.S; ADEKEYE, E.O. Ameloblastoma: clinical features and management of 315 cases from Kaduna, Nigeria. ***Journal of Cranio- Maxillo-Facial Surgery.*** v. 21, p. 351-355, 1993.

PIZER, M.E; PAGE,D.G; SVIRSKY,J.A. Thirteen-Year Follow-Up of Large Recurrent Unicystic Ameloblastoma of the Mandible in a 15-Year-Old Boy. **J Oral Maxillofac Surg.** v.60, p.211-215, 2002

POGREL, M.A; MONTES, D.M. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** v. 38, p. 807–812, 2009

REICHART, P.A; PHILIPSEN, H.P; SONNER,S. Ameloblastoma: Biological Profile of 3677 Cases. **Oral Oncol, Eur J Cancer.** v. 31B, p. 86 - 99, 1995

ROCHA, A.C; Estudo clínico, radiográfico e terapêutico de ameloblastoma [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008

ROSENSTEIN, T; POGREL, M.A; SMITH, R.A; REGEZI, J.A. Cystic Ameloblastoma—Behavior and Treatment of 21 Cases. **J Oral Maxillofac Surg.** v.59, p.1311-1316, 2001

SALMASSY,D.A; POGREL,M.A. Liquid Nitrogen Cryosurgery and Immediate Bone Grafting in the Management of Aggressive Primary Jaw Lesions. **J Oral Maxillofac Surg.** v.53, p.784-799, 1995

SAMPSON, D.E; POGREL, M.A. Management of Mandibular Ameloblastoma: The Clinical Basis for a Treatment Algorithm. **J Oral Maxillofac Surg.** v.57, p.1074-1077, 1999

SADDY,M.S; CHILVARQUER, I; DIB, L.L; SANDOVAL, R.L. Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos do Ameloblastoma. **RPG Rev Pós Grad.** v.12, p.460-465. 2005

SANNOMIYA, E.K; SILVA, J.V.L; BRITO,A.A; SAEZ,D.M; ANGELIERI,F; DALBEN,G.S. Surgical planning for resection of an ameloblastoma and reconstruction of the mandible using a selective laser sintering 3D biomodel. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v. 106, p. 36 -40, 2008

SANCHS, S. A. Surgical Excision With Peripheral Ostectomy: A Definitive, Yet Conservative, Approach to the Surgical Management of Ameloblastoma, **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** v. 64, n. 3, p. 476-483, 2006

SEGUNDO, A.V.L; FARIA, D.L.B; BARBOSA, C.A.G. Mandibular symphysis ameloblastoma: report of a case. **Odontologia. Clin – Cientf.** v. 2, n.2, p. 135-140, maio/ ago 2003.

SILVEIRA, H.E.D; BARBACHAN, J.J.D Estudo comparativo entre limites radiográficos e histológico em ameloblastoma. Revista Faculdade Odontologica UFRGS. v. 41, p. 49 – 54, 2000.

SILVA, B.F; JUNIOR, J.F.S; ABRAHÃO, M.; CERVANTES, S.L. Ameloblastoma: Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v.22, n.1, p.7-13, Jan/Fev/Mar, 2004

SIMON, E.N.M; MERKX, M.A.W; SHUBI, F.M; KALYANYAMA, B.M; STOELINGA, P.J.W. Reconstruction of the mandible after ablative surgery for the treatment of aggressive, benign odontogenic tumours in Tanzania: a preliminary study. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** v.35, p. 421–426, 2006

ZAMORANO, R.S; ROCHA, L.A; NUNEZ, C.B; ESPÍNOLA, D.MJ; HAITO, Y. CH; GONZÁLEZ, M.P. Agressive jaw Ameloblastoma. Reporto f one case. **Rev. Chilena de Cirurgia.** v.60, n.4, p.339-343, Ago, 2008

ZEMANN,W; FEICHTINGER, M; KOWATSCH,E; KÄRCHER,H; AUSTRIA, G. Extensive ameloblastoma of the jaws: surgical management and immediate reconstruction using microvascular flaps. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v. 103, p. 190 -106, 2007

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 (Evaluation of the Long-Term Esthetic and Functional Results). **J Oral Maxillofac Surg.** v 64, p.1532-1539, 2006

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização do Comitê de Ética.

UNIP
UNIVERSIDADE PAULISTA
Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CERTIFICADO

CERTIFICAMOS, que o protocolo nº 579/09 CEP/ICS/UNIP, sobre o projeto de pesquisa intitulado “Estudo descritivo de reabilitação com implantes Osseointegrados em pacientes portadores de Ameloblastoma”, sob a responsabilidade, LUCIANO LAURIA DIB e LUANA HELENO CARRELA, está de acordo com os Princípios Éticos, seguindo diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa.

Universidade Paulista, em São Paulo-SP, aos 22 dias do mês de outubro de 2009.


Luciene Tauil
Secretária do Comitê de Ética
em Pesquisa da UNIP



INDIANÓPOLIS
R. Dr. Bacelar, 1212 – Vila Clementino – São Paulo – SP – CEP: 04026-000
5586-4090 – Fax: (11) 5586-4073
@unip.br – <http://www.unip.br>

Anexo 02 – Ficha para a coleta de dados.

Curso de Pós-graduação em Odontologia: - Mestrado – Universidade Paulista – Unip.
Estudo descritivo de pacientes reabilitados com implantes osseointegrados portadores de ameloblastoma –

Aluna: Luana Heleno Carrela

Orientador: Prof. Dr. Luciano Lauria Dib

1. Nome: _____

2. N° da Ficha: _____ | _ |

3. Gênero: _____ | _ |

1. Masculino 2. Feminino

4. Data de Nascimento: (dd/ mm/ aa) _____ | _ | | _ | | _ | | _ | | _ |

5. Data de admissão: (dd/ mm/ aa) _____ | _ | | _ | | _ | | _ | | _ |

6. Raça: _____ | _ |

1. Branca 2. Não Branca

7. Antecedentes Médicos: _____

8. Região Anatômica _____ | _ |

1. Mandíbula anterior 2. Ramo Mandíbula
3. Corpo da Mandíbula 4. Maxila Anterior
5. Seio Maxilar 6. Maxila Posterior

11. Lado: _____ | _ |

1. Direito 2. Esquerdo 3. Linha mediana

12. Diagnóstico Histopatológico _____

13. Situação dentária no momento do diagnóstico _____

14. TRATAMENTO REALIZADO

15. Data: (dd/ mm/ aa) _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

16. Modalidade do tratamento: _____

17. Acidentes e complicações: _____

18. Pós-operatório: _____

19: RECONSTRUÇÃO CIRÚRGICA

20: Data: (dd/ mm/ aa) _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

21. Modalidade do tratamento: _____

22. Acidentes e complicações: _____

23. Pós-operatório: _____

24: REABILITAÇÃO IMEDIATA:

25: Data: (dd/ mm/ aa) _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

26. Modalidade do tratamento: _____

27. Acidentes e complicações: _____

28: IMPLANTES:

29: Data: (dd/ mm/ aa) _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

30: N° Implantes: _____ | _ |

31: Acidentes e complicações: _____

32: Segundo Tempo Cirúrgico: Data: _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

33: Implante repostado: _____ | _ |

1. Sim 2. Não

34. Recorrência da Lesão: _____ | _ |

1. Sim 2. Não

35: Data: (dd/mm/aa) _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

36: Data da cirurgia: _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Impante	Local	Tipo	Tamanho	Diâmetro
01				
02				
03				
04				
05				

37: REABILITAÇÃO COM PRÓTESES IMPLANTO SUPOSTADAS:

38: Data: (dd/mm/aa) _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

39: Tipo de prótese: _____

40: ACOMPANHAMENTO:

41: (dd/mm/aa) _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

42: Status Bucal para protético: _____ | _ |

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Não utiliza a prótese | 2. Utiliza a prótese | 3. Somente para estética |
| 4. Somente mastigar | 5. Às vezes | 6. Outros |

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)