



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

FÁBIO EDUARDO DE SIQUEIRA  
HEDELSON ODENIR IECHER BORGES

**TRATAMENTO DOS AMELOBLASTOMAS MULTÍCISTICOS:  
REVISÃO DE LITERATURA**

Londrina-PR

2012

FÁBIO EDUARDO DE SIQUEIRA  
HEDELSON ODENIR IECHER BORGES

**TRATAMENTO DOS AMELOBLASTOMAS MULTÍCISTICOS:  
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Odontologia da Universidade Estadual de  
Londrina.

Orientador: Prof. Dr. Hedelson Odenir Iecher  
Borges

Londrina-PR  
2012

FÁBIO EDUARDO DE SIQUEIRA  
HEDELSON ODENIR IECHER BORGES

**TRATAMENTO DOS AMELOBLASTOMAS MULTÍCISTICOS:  
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Odontologia da Universidade Estadual de  
Londrina.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Orientador Hedelson O. I. Borges  
Universidade Estadual de Londrina

---

Prof. Dr. Hedelson O. I. Borges  
Universidade Estadual de Londrina

---

Prof. Dr. Ricardo Mateus  
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

# **TRATAMENTO DOS AMELOBLASTOMAS MULTICÍSTICOS: REVISÃO DE LITERATURA**

Siqueira, Fábio Eduardo de<sup>1</sup>; Borges, Hedelson Odenir Iecher<sup>2</sup>

## **RESUMO**

O ameloblastoma é um dos principais tumores que acometem a região da face tendo, portanto, grande importância na Odontologia. Este tumor é classificado como um tumor benigno, no entanto ele é localmente agressivo e apresenta alto índice de recidiva. Seu crescimento é lento e, geralmente, indolor, mas a sua tendência infiltrativa torna necessária a escolha de uma modalidade de tratamento agressiva, que muitas vezes se apresenta como um desafio para os cirurgiões-dentistas. O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre as características dos ameloblastomas multicísticos e suas modalidades de tratamento.

Palavras-chaves: Ameloblastoma; Terapia Combinada; Cirurgia Bucal; Tumores Odontogênicos.

# **TREATMENT OF AMELOBLASTOMAS MULTICYSTICS: REVIEW OF THE LITERATURE**

Siqueira, Fábio Eduardo de; Borges, Hedelson Odenir Iecher

## **ABSTRACT**

Ameloblastoma is one of leading tumors that affect the region of the face and therefore has great importance in dentistry. This tumor is classified as a benign tumor, however it is locally aggressive and has a high recurrence rate. Its growth is slow and usually painless, but its tendency infiltrative becomes necessary to choose a treatment modality aggressive, which often presents itself as a challenge for dentists. The objective of this paper is to present a review of literature about the characteristics of ameloblastomas multicystic and their treatment modalities.

**Key-words:** Ameloblastoma; Combined Modality Therapy; Surgery, Oral; Odontogenic Tumors.

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 CLASSIFICAÇÃO	9
2.2 LOCALIZAÇÕES DOS AMELOBLASTOMAS MULTICÍSTICOS	9
2.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS AMELOBLASTOMAS MULTICÍSTICOS	10
2.4 CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS DOS AMELOBLASTOMAS MULTICÍSTICOS	11
2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	12
2.6 TRATAMENTOS PARA O AMELOBLASTOMA MULTICÍSTICO	12
2.6.1 ENUCLEAÇÃO	13
2.6.2 ENUCLEAÇÃO COM CURETAGEM	14
2.6.3 CRIOTERAPIA ASSOCIADA A CURETAGEM	15
2.6.4 RESSECÇÃO MARGINAL OU PARCIAL	16
3. DISCUSSÃO	18
4. CONCLUSÃO	19
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

## 1. INTRODUÇÃO

O ameloblastoma pode ser definido como uma neoplasia benigna de origem epitelial odontogênica, originado dos ameloblastos. Representa cerca de 10% dos tumores da mandíbula e maxila e caracteriza-se por ter crescimento lento e progressivo com pouca ou nenhuma dor (Kim e Jang, 2001; Pogrel e Montes, 2009).

Os ameloblastomas são de origem epitelial odontogênica e teoricamente podem surgir dos restos da lâmina dentária, de um órgão do esmalte em desenvolvimento, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico, ou das células basais da mucosa oral (Neville *et al.*, 2009; Shafer *et al.*, 1987; Regezi e Sciubba, 1991).

Há uma predominância de casos na faixa etária dos 20 aos 50 anos e sem predileção por gênero (Shafer *et al.*, 1987; Neville *et al.*, 2009).

São classificados, de acordo com suas características clínicas e radiográficas, em três tipos básicos, sendo eles: sólido convencional ou multicístico, unicístico e periférico (Gardner e Pecak, 1980).

O crescimento do ameloblastoma é lento, localmente invasivo, apresentando um curso benigno. Mostra um crescimento agressivo na maioria dos casos, se não for removido totalmente tem grandes chances de recidivar e caso fuja do controle terapêutico, pode causar morbidade significativa e, por vezes, o óbito, mesmo sem diferenciação maligna (Neville *et al.*, 2009; Olaitan e Adekeye, 1966; Kim e Jang, 2001; Taylor *et al.*, 2003; Yoon *et al.*, 2009).

Os sintomas dos ameloblastomas costumam ser discretos e podem ser representados por tumoração submucosa de crescimento lento, mal oclusão, parestesia, dor, obstrução nasal, edema facial, compressão do assoalho de órbita, perda de dentes, problemas periodontais e deformação facial. Entretanto esse tumor frequentemente é assintomático, e clinicamente pode apresentar-se como uma tumefação indolor e se não for tratada pode atingir grandes proporções (Rodrigo *et al.*, 2010; Kruschewsky *et al.*, 2010).

Radiograficamente as lesões multiloculares são descritas como “bolhas de sabão” (grandes regiões radiolúcidas) ou como “em favos de mel”. Em muitos casos há um dente não irrompido associado a imagem radiolúcida, sendo geralmente o terceiro molar inferior e é comum as raízes de dentes adjacentes ao tumor estarem reabsorvidas (Neville *et al.* 2009).

Na literatura há diferentes modalidades de tratamento para o ameloblastoma que varia desde tratamentos conservadores como a enucleação à tratamentos radicais como ressecção.

Devido a isso, o objetivo deste trabalho é correlacionar os achados da literatura sobre suas modalidades de tratamentos.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 CLASSIFICAÇÃO**

Os ameloblastomas ocorrem em três diferentes situações clínico-radiográficas, que merecem ser consideradas devido às considerações terapêuticas e ao prognóstico que são diferentes. Esses tipos são solido convencional ou multicístico, unicístico e periférico (Neville *et al.* 2009).

Ameloblastoma unicístico se caracteriza por cerca de 13% de todos os ameloblastomas, sendo que este é menos agressivo, com predominância durante a segunda década de vida, mais encontrado na região posterior de mandíbula, geralmente assintomático podendo ter um aumento de volume indolor nos ossos gnáticos. Radiograficamente se apresenta como uma imagem radiolúcida circunscrita que envolve a coroa de um terceiro molar inferior (Neville *et al.* 2009).

Os ameloblastomas periféricos são responsáveis por cerca de 1% de todos os ameloblastomas, se apresentando como uma lesão indolor, não ulcerada, séssil ou pediculado, acometendo a mucosa gengival ou alveolar posterior, geralmente medindo menos de 1,5cm, sendo mais frequente em pessoas de meia-idade e encontrado em região de mandíbula sem envolvimento ósseo significativo (Neville *et al.* 2009).

O ameloblastoma multicístico é o tipo mais frequente entre eles. Em um estudo de 121 casos de ameloblastoma, foi relatado que 113 dos 121 casos foram classificados como multicístico (93%), 7 casos eram unicístico (6%) e 1 dos caso era periférico (1%) (Fregnani *et al.*, 2010).

### **2.2 LOCALIZAÇÕES DOS AMELOBLASTOMAS MULTICÍSTICOS**

Cerca de 80 a 85% dos ameloblastomas ocorrem em mandíbula, afetando mais a região posterior (Neville *et al.*, 2009).

Em um estudo, observaram que 93,5% dos casos eram em mandíbula, e a maior parte desses casos ocorreram em região de ramo, corpo e ângulo (Tharanon *et al.*, 1999).

Em uma análise de 3677 casos foi observado que houve uma predileção pela mandíbula em uma proporção de 5,4 casos em mandíbula para 1 em maxila. Também



observaram que a região mais afetada da mandíbula foi a região posterior (Reichart *et al.*, 1995).

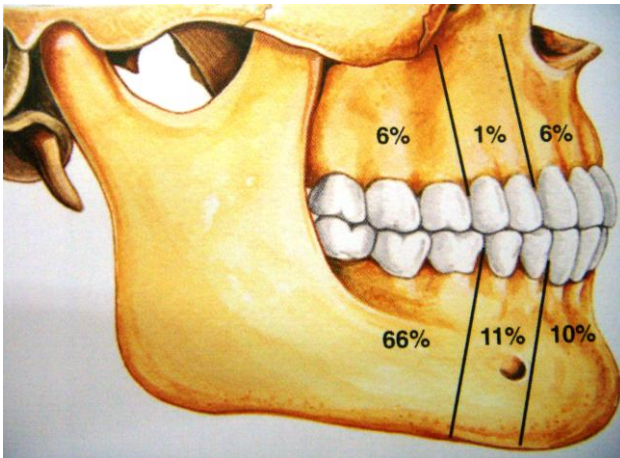
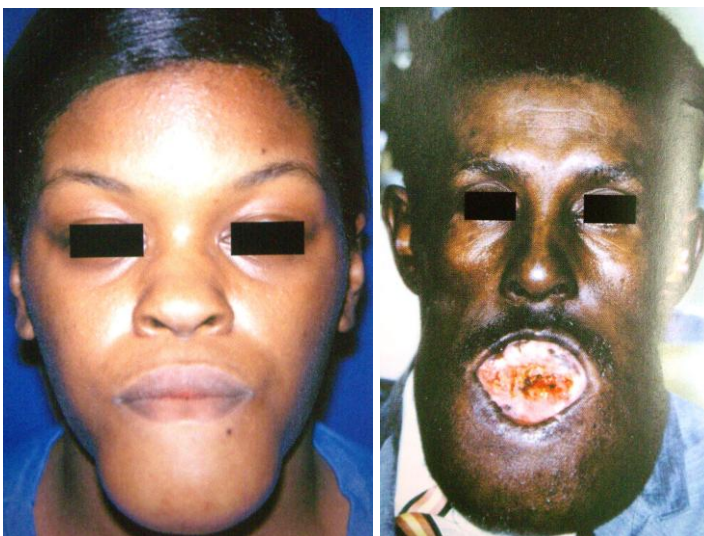


Imagem ilustrativa da possível localização dos ameloblastomas (Neville *et al.*, 2009)

### 2.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS AMELOBLASTOMAS MULTICÍSTICOS

O ameloblastoma multicístico é incomum em crianças, prevalente na terceira a sétima décadas de vida, sem predileção por gênero e mais frequente em região posterior de mandíbula. Como esta patologia se apresenta com crescimento lento, expansão dos ossos gnáticos, assintomático, indolor, podendo atingir grandes proporções, seu tratamento varia desde excisão cirúrgica até ressecção, sendo que tratamentos conservadores possuem alta taxa de recidiva (Regezi *et al.*, 1991; Gorlin, 1970; Guimarães, 1982; Neville *et al.*, 2009).

Em um estudo foi observado que a queixa principal dos pacientes são as deformidades faciais, devido ao tamanho e localização do tumor (Tharanon *et al.*, 1999).



Imagens de face com aumento de volume significativo em região anterior de mandíbula (Neville *et al.*, 2009).

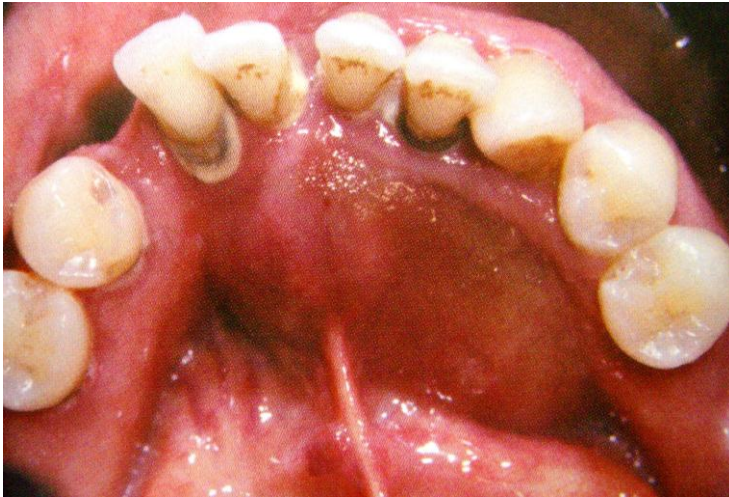


Imagem da cavidade bucal com aspecto de expansão de cortical óssea (Neville *et al.*, 2009).

#### **2.4 CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS DOS AMELOBLASTOMAS MULTICÍSTICOS**

Apresenta-se como imagem radiolúcida multilocular ou unilocular se assemelhando a lesões císticas, com margens irregulares, sendo descritos como “bolhas de sabão” ou em “favos de mel”. Geralmente há expansão vestibular e lingual das corticais e reabsorções das raízes dos dentes adjacentes são comuns (Neville *et al.*, 2009; Tomasi *et al.*, 2002; Shafer *et al.*, 1987; Regezi e Sciubba 1991).

De acordo com Martins (2006), os aspectos radiográficos dos ameloblastomas podem sugerir expansão cortical apresentando septos. Também cita que o uso das tomografias computadorizadas, programas de reconstruções odontológicas e tridimensionais são imprescindíveis para verificar a localização, a extensão, os limites e as correlações do tumor com estruturas vizinhas, como o rompimento da cortical óssea da lesão, que somente pode ser observado por meio das reconstruções das tomografias computadorizadas.

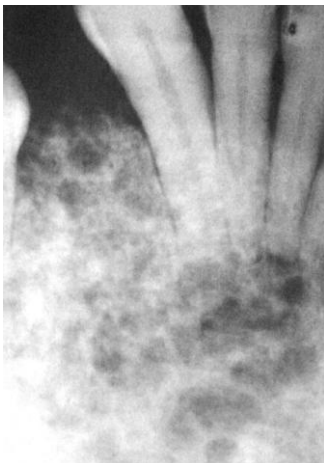


Imagem com aspecto de favo de mel (Neville *et al.*, 2009).

## **2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Radiograficamente os ameloblastomas multiloculares se assemelham com Cistos multiloculares, Granuloma de células gigantes, Granuloma de células centrais, Lesões gigantes celulares do hiperparatireoidismo (primário e secundário), Querubismo, Cistos ósseos aneurismáticos e Mixoma, pois estes podem se apresentar como imagem em forma de “bolhas de sabão”. Também os Hemangiomas, Mixomas e Tumores metastáticos dos maxilares, devido ao aspecto de favo de mel (Wood, 1983).

Clinicamente o ameloblastoma ocorre mais em mandíbula na região posterior, predominante dos 20 aos 50 anos e sem predileção por gênero. No diagnóstico diferencial clínico podem ser incluídos: Ceratocistos odontogênicos, que são predominantes em mandíbula na região de terceiros molares e geralmente entre os 10 a 30 anos; Cistos primordiais, que não possuem predileção por gênero, predominantes entre os 10 a 30 anos e acometem mais a mandíbula na região de terceiros molares; Defeito ósseo de desenvolvimento, ocorre mais em mandíbula em região de terceiros molares; Tumores não-odontogênicos benignos, mais frequentes na mandíbula em região de molar e ramo; e Granuloma Central de Células Gigantes, predominante em jovens com menos de 30 anos, ocorrendo mais em mandíbula na região dos segundos molares para frente (Wood, 1983).

No diagnóstico diferencial dos ameloblastomas encontramos, tumores odontogênicos, tumor epitelial odontogênico calcificante, mixomas odontogênicos, cisto dentífero e ceratocisto odontogênico. Em pacientes jovens, lesões radiograficamente semelhantes ao ameloblastoma incluem lesões não odontogênicas como granuloma central de células gigantes, fibroma ossificante, hemangioma central e histiocitose idiopática (Regezi e Sciubba, 1991).

O ameloblastoma folicular mostra uma imagem radiolúcida, regular e uniforme na região de ângulo e ramo de mandíbula, e pode envolver a coroa do terceiro molar inferior, se assemelhando radiograficamente com cisto dentífero e ceratocisto (Boraks, 2001).

## **2.6 TRATAMENTOS PARA O AMELOBLASTOMA MULTICÍSTICO**

Para o diagnóstico, o exame clínico do paciente é fundamental, no qual a inspeção e a palpação das estruturas envolvidas são de extrema importância e os sinais e sintomas devem ser observados cuidadosamente, levando em consideração o tempo de evolução da lesão. Nem sempre as técnicas radiográficas convencionais são suficientes para fechar um diagnóstico e

plano de tratamento, desta forma pode-se utilizar de outros meios como a tomografia computadorizada, principalmente em casos de lesões mais extensas que envolvam estruturas nobres do complexo Buco-Maxilo-Facial (RODRIGUES *et al.*, 2010).

O principal objetivo da cirurgia é a remoção da lesão patológica, mas também é necessário permitir uma reabilitação funcional ao paciente. Desta forma deve ser avaliado durante o pré-operatório, necessidade de enxerto, fixação, déficit de tecido mole, reabilitação odontológica e preparo do paciente para obtenção de melhores resultados (Peterson *et al.*, 2005).

O objetivo terapêutico de qualquer procedimento cirúrgico é remover completamente a lesão e não deixar células que poderiam proliferar gerando uma recidiva, e estes métodos variam de acordo com a natureza da condição patológica. É necessário identificar a lesão histopatologicamente por meio de biópsia, para fazer a escolha do melhor procedimento cirúrgico que erradique a lesão com a menor destruição dos tecidos adjacentes (Hupp *et al.*, 2009).

Vários tipos de tratamento foram realizados, entre eles abordagem cirúrgica conservadora à ressecção radical dos maxilares, dependendo da idade, localização, tipo radiográfico e tipo histológico do tumor (Haider, 2009).

Dentro das cirurgias conservadoras encontram-se a técnica de enucleação, curetagem, criocirurgia e marsupialização. Já nas abordagens cirúrgicas radicais estão as técnicas de ressecção marginal, ressecção segmentar e hemisseção (GOMES 2002).

O tratamento de um modo geral é cirúrgico pela remoção total da lesão e com margem de segurança, no entanto a escolha da terapêutica vai depender de diversos fatores relacionados ao paciente, tais como a idade, extensão da lesão, localização e tipo do tumor (RODRIGUES *et al.*, 2010; Haider, 2009).

O padrão-ouro para tratamento do ameloblastoma é a ressecção agressiva e reconstrução com enxerto ósseo (Ko *et al.*, 2007).

### 2.6.1 ENUCLEAÇÃO

A enucleação deve ser realizada com cuidado para que a lesão seja removida sem fragmentação, diminuindo a recorrência, devido a remoção completa da lesão. Entretanto nem sempre é possível e pode ocorrer a ruptura durante sua manipulação (Peterson *et al.* 2005).

Após conseguir acesso a lesão, seja por via alveolar ou por acesso através da tábua óssea, utiliza-se a maior cureta de bordos finos, que possa ser acomodada pelo tamanho da

lesão e do acesso, para destacar a camada de tecido da parede da cavidade óssea, sendo que o lado côncavo deve estar em contato com a cavidade óssea e o lado convexo realizando o deslocamento da lesão. Depois de remover a lesão, a cavidade deve ser inspecionada a procura de remanescentes de tecido e caso haja remanescentes, estes podem ser removidos com cureta. Em seguida deve ser feito o arredondamento dos defeitos ósseos com limas. E por ultimo o fechamento da cavidade com suturas posicionando apropriadamente os tecidos (Peterson *et al.*, 2005).

#### 2.6.1.1 INDICAÇÃO

Pode ser indicado como tratamento de escolha para se remover ameloblastomas unicísticos (Pogrel *et al.* 2009).

#### 2.6.1.2 VANTAGEM

Tem como vantagem permitir o exame histopatológico da lesão inteira e que após a remoção e cicatrização do retalho o paciente não se sente incomodado pela cavidade (Hupp *et al.*, 2009).

#### 2.6.1.3 DESVANTAGEM

A desvantagem desta técnica, é devido sua alta taxa de recidiva. Historicamente há artigos que sugerem que a recorrência varia de 60 a 80% quando realizado somente esta técnica (Pogrel *et al.* 2009).

#### 2.6.2 ENUCLEAÇÃO COM CURETAGEM

Nessa técnica após ser feita a enucleação da lesão, a cavidade é inspecionada e em seguida é removido, cerca de 1 a 2 mm, ao redor de toda periferia da cavidade utilizando brocas com solução estéril ou curetas afiadas para osso, desta forma removendo possíveis restos de remanescentes da lesão evitando recorrência. Após curetagem cautelosa próxima às estruturas anatômicas importantes, é feita a limpeza da cavidade e o seu fechamento (Peterson *et al.*, 2005).

#### 2.6.2.1 INDICAÇÃO

É indicado quando a lesão é agressiva e tem taxa de recidiva significativa (em torno 20 a 60%) ou quando é feita somente a enucleação e houve recidiva da lesão (Hupp *et al.* 2009).

#### 2.6.2.2 VANTAGEM

Tem como vantagem a diminuição de recidiva comparando somente com a enucleação (Hupp *et al.*, 2009).

#### 2.6.2.3 DESVANTAGEM

A desvantagem desta técnica é que a curetagem remove osso adjacente e pode danificar estruturas anatômicas (Hupp *et al.*, 2009).

#### 2.6.3 CRIOTERAPIA ASSOCIADA A CURETAGEM

A técnica de crioterapia consiste na curetagem da lesão seguido da aplicação do nitrogênio líquido na cavidade óssea remanescente. Essas aplicações são realizadas em três ciclos de 1 (um) minuto e em seguida um descongelamento lento de 5 (cinco) minutos (Curi *et al.*, 1997).

##### 2.6.3.1 INDICAÇÃO

A técnica de nitrogênio líquido é indicada para cavidades irregulares na mandíbula (Curi *et al.*, 1997).

O spray de nitrogênio líquido tem sido mais utilizado em grandes cavidades irregulares (Bradley, 1978).

É indicado para tratamento de lesões benignas ósseas agressivas que possuem alta taxa de recidiva após enucleação e curetagem (Salmassy *et al.*, 1995).

##### 2.6.3.2 VANTAGEM

Bradley em 1978 relata que devido à erradicação de tecido patológico por congelamento sem a necessidade de excisão radical, os problemas funcionais e cosméticos são reduzidos. Também relata que o nervo pode regenerar e os vasos sanguíneos podem recanalizar para restaurar o fornecimento sanguíneo.

Tem como vantagem a desvitalização do osso viável mantendo a integridade inorgânica (Salmassy *et al.* 1995).

##### 2.6.3.3 DESVANTAGEM

Como complicações há o seqüestro ósseo, fratura patológica, deiscência, edema e parestesia (Bradley 1978 ; Curi *et al.* 1997). Salmassy *et al.* em 1995, relataram que esta técnica pode causar problemas funcionais e estéticos.

Curi *et al.* em 1997, analisaram 36 casos de ameloblastoma multicístico e observaram que 11 (30,6%) tiveram recorrência no período de 10 anos. 4 (11,1%) apresentaram fratura patológica. Deiscência ocorreu em 13 (36,1%) casos e devido a isso 2 casos apresentaram infecção da cavidade óssea. Houve parestesia em 2 (5,5%) casos.

#### 2.6.4 RESSECÇÃO MARGINAL OU PARCIAL

A técnica de ressecção marginal é um retalho mucoperiósteo completo e descolamento do osso a ser removido, utilizando serras cirúrgicas ou brocas para seccionar o osso nos locais planejados, com margem de 1 cm além do limite radiográfico, e depois remove-se o segmento. Caso a lesão tenha perfurado a lâmina cortical e tenha invadido os tecidos moles é necessário dissecar uma camada suprapariosteal do osso envolvido. A reconstrução imediata pode ser difícil, pois pode não haver tecidos moles remanecentes para fechar sobre o enxerto ósseo (Hupp *et al.* 2009).

##### 2.6.4.1 INDICAÇÃO

Essa técnica é indicada quando a lesão é agressiva e se for manter o bordo inferior da mandíbula intacto. Caso a lesão esteja próxima ao bordo inferior, deve-se remover toda a espessura da mandíbula, rompendo a continuidade da mesma e dificultando a reconstrução e restauração da função e simetria (Peterson *et al.* 2005).

##### 2.6.4.2 VANTAGEM

Como vantagem esta técnica apresenta baixa taxa de recidivas e na grande maioria dos casos é o tratamento definitivo (Paiva *et al.* 2010).

Kumar *et al.* em 2007, relata em seu trabalho que todos os casos de ameloblastoma foram tratados cirurgicamente e tiveram uma recidiva mínima.

Vaskov *et al.* em 1997, relata que em seu estudo, os casos tratados com ressecção, após 5 anos houve apenas 5% de recidivas. Também relatou que nos casos operados com tratamento conservador, houve uma recidiva de 36%.

Morita *et al.* (2005) examinaram uma relação entre os métodos de tratamento do ameloblastoma, incluindo ressecção, enucleação com curetagem, criocirurgia e

marsupialização. Encontraram uma recorrência de 0% nas ressecções, 13,2% nas enucleações com curetagem, 2,9% nas criocirurgias e 20% nas marsupializações.

#### 2.6.4.3 DESVANTAGEM

Devido a cirurgia ser radical e remover a lesão utilizando margem de segurança, pode ser que haja problemas estéticos e funcionais, além do custo com cirurgias de finalidade reconstrutiva (Paiva *et al.* 2010).

A ressecção de mandíbula causa perda de inserção de músculos, perda de inervações que causam problemas na fala, mastigação e deglutição. Também pode haver perda de suporte do lábio e língua, caso seja feita em região anterior, tendo problemas como baba, mal fechamento dos lábios e que caso não seja feita uma reconstrução desse defeito, pode afetar a vida da pessoa diminuindo a qualidade de vida da mesma, devido aos fatores funcionais, estéticos e sociais (Johannes *et al.* 2009).

Sadat *et al.* (2007) diz que a ressecção da mandíbula tem sido o tratamento principal dos ameloblastomas e que este tipo de tratamento está associado com os números de complicações como a perda de suporte ósseo da mandíbula, disfunção, deformidade e aflição psicológica, mesmo após a reconstrução da região operada.

Um estudo realizado por Tharanon *et al.* (1999), mostrou que a queixa principal dos paciente, na Tailândia, é a deformidade facial.

Em um estudo na Nigéria, relataram que os pacientes tratados com mandibulectomia total, eram de classe baixa e tinham sido esclarecidos das vantagens e desvantagens da cirurgia. Após a cirurgia alguns dos pacientes tiveram problemas psicológicos, entre eles transtornos de personalidade, depressão e fobia social. Entretanto também relata que não foi feita reconstrução após cirurgia, porque na região não havia recursos para fazer esses procedimentos (Chukwuneke *et al.* 2009).



### 3. DISCUSSÃO

Os ameloblastomas são tumores odontogênicos benignos, que devido as suas características clínicas e crescimento infiltrativo, podem gerar controvérsias a respeito da complexidade de seu tratamento.

Vaskov *et al.* (1997), relatam que os casos tratados com ressecção, após 5 anos houve apenas 5% de recidivas e que nos casos operados com tratamento conservador, houve uma recidiva de 36%. Por outro lado, Saddy (2003) em seu estudo, verificou que o índice de recidiva não apresentou diferença significativa em relação aos tipos de tratamentos.

Curi *et al.* (1997) realizaram um estudo sobre resultados de tratamento de ameloblastomas sólidos utilizando técnica de criocirurgia, e concluíram que esta técnica pode reduzir a recidiva. Assim como demonstrado no trabalho de Morita *et al.* (2005) aonde encontraram uma recidiva de 2,9% nas criocirurgias.

Piazza (1984) em 12 casos tratados com cirurgia de ressecção teve um caso de recidiva. Concordando com este, Rosa *et al.* (1999) que realizaram uma avaliação de 12 casos, sendo que apenas os casos de curetagem tiveram recidiva.

Apesar de o padrão-ouro para tratamento do ameloblastoma ser a ressecção agressiva e reconstrução com enxerto ósseo, de acordo com Ko *et al.* (2007), há lugares aonde não é possível ser realizado este tipo de tratamento devido a algumas restrições como mostrado no trabalho de Tharanon *et al.* (1999) e Chukwuneke *et al.* (2009).

#### **4. CONCLUSÃO**

Baseando-se na revisão de literatura, pode-se concluir que:

1 – Devido ao seu caráter invasivo, o diagnóstico precoce é de grande importância para que possa evitar sequelas funcionais e estéticas ao sistema orofacial do paciente;

2 – A seleção do tratamento dos ameloblastomas multicísticos, dependerá de alguns fatores como idade, estado geral do paciente, variação clínico-patológica, localização, tamanho da neoplasia, habilidade do cirurgião e aceitação do procedimento pelo paciente;

3 – O tratamento mais indicado para este tumor, são as ressecções utilizando margem de segurança e se possível realizar reconstrução, por meio de enxertos.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLEN, C. M. *et al.* Pulmonary metastasis of ameloblastoma: case report and review of literature. *Oral surg. Oral med. Oral pathol. Oral radiol. Endod.* 1999;88: 170-176.
2. BORAKS, S. *Diagnostico bucal.* Ed. Artes medicas. São Paulo. 2001.
3. BRADLEY, P.F. Modern trends in cryosurgery of bone in the maxillofacial region. *Int J Oral Surg* 1978;7:405-15.
4. CHUKWUNEKE, F. N. *et al.* Surgical challenges in the treatment of advanced cases of ameloblastoma in the developing world: the authors' experience. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2010;39: 150-155.
5. CURI, M.M.; DIB, L.L.; PINTO, D.S. Management of solid ameloblastoma of the jaw with liquid nitrogen spray cryosurgery. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontology.* 1997;84: 339-344.
6. DURIGHETTO JUNIOR, A. F. *et al.* A abordagem e o tratamento de um ameloblastoma unicístico na mandíbula. *RBPS.* 2006. 19(4): 247-252.
7. ELLIS, E.; HUPP, J.R.; TUCKER, M.R. *Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea.* Rio de Janeiro. Ed Elsevier. 2009
8. GARDNER, D.G.; PECAK, A.M.J. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Cancer.* 1980. 46:2514- 2519.
9. GOMES, A. C. A. *et al.* Ameloblastoma: tratamento cirúrgico conservador ou radical?. *Rev. Cir. Traumat. Buco – Maxilo – Facial,* v.2, n.2, p. 17-24, jul/dez – 2002.
10. GOMES, A. C. A. *et al.* Conceito Atual no Tratamento dos ameloblastomas. *Ver. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.6, n.3, p. 9 – 16, julho/setembro 2006.

11. GORLIN, R.J.; GOLDMAN, H.M. Thoma's oral pathology. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby 1970.
12. GORTZAK, R. A. T. *et al.* Growth characteristics of large mandibular ameloblastomas: report of 5 cases with implications for the approach to surgery. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2006-35: 691-695.
13. GUIMARAES, S.A.C. Patologia basica da cavidade bucal. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan. 1982.
14. HAIDER, I.A. Study of ameloblastoma: 102 cases. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2009-38: 493-494.
15. JOHANNES, T. M. *et al.* Non-vascularized bone grafts for segmental reconstruction of the mandible - a reappraisal. *Journal of oral and maxillofacial surgery.* 2009. 67: 1446-1452.
16. KIM, S.G.; JANG, H.S. Ameloblastoma: a clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001. 91(6): 649-653.
17. KO, E. C. *et al.* Depression and debulking of mandibular ameloblastoma followed by the definitive surgical excision with peripheral ostectomy and chemical cautery with distilled water – a new concept especially for the growing patients. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2007-36: 1034-1035.
18. KRUSCHEWSKY, L. S. *et al.* Ameloblastoma: aspectos clínicos e terapêuticos. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2010. 13(4): 241-245.
19. KUMAR, R.; KRISHNAN, G.; RAO, C.B. Ameloblastoma – a review of Dharwad experience. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007-36: 1035.
20. LUCAS, R.B. Pathology of tumours of the oral tissues. 4<sup>th</sup> ed. Edinburg: Churchill Livingstone. 1984.
21. MARTINS, M. D. Ameloblastoma: revisão de literatura *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.6, n.3, p. 9 - 16, julho/setembro 2006.
22. MORITA, S. *et al.* A study of the treatment for the mandibular ameloblastoma. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2005-34: 147
23. NEVILLE, B. W. *et al.* Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan. 2009.

24. OLAITAN, A. A.; ADEKEYE, E. O. Clinical features and management of ameloblastoma of the mandible in children and adolescents. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1966. 34:248.
25. PETERSON, L. J. *et al.* Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea. Rio de Janeiro. Ed Elsevier. 2004.
26. POGREL, M.A.; MONTES, D.M. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma?. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009. 38(8):807-812.
27. QUEIROZ, S.B.F. *et al.* Tratamento conservador de um caso de ameloblastoma sólido: novos conceitos e abordagens terapêuticas. *Revista Brasileira de Patologia Oral., Natal, v.1, n.1, p.39-46, 2002.*
28. REICHART, P.A.; PJILIPSEN, H.P.; SONNER, S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1995. 31B (2):86-99.
29. REGEZI, J. A.; CIUBBA, J. J.; JORDAN, R.C.K. Patologia oral correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro. Ed. Elsevier. 1991.
30. ROBINSON, L.; MARTINEZ, M.G. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. *Cancer.* 1977. 40:2275-2285.
31. RODRIGUES, T. L. C. *et al.* Tumores benignos dos maxilares: análise retrospectiva de 10 anos. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* 2010-10: 91-96.
32. SADAT, S. M. A. *et al.* Treatment of ameloblastoma by “dredging method”. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007-36: 1035.
33. 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* 1995;53:784-90.
34. SEHDEV, M. K. *et al.* Ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer* 1974;33: 324-333.
35. SHATKIN, S.; HOFFMEISTER, F.S. Ameloblastoma: a rational approach to therapy. *Oral Surg* 1965;20:421-35.
36. SMALL, I.A.; WALDRON, C.A. Ameloblastoma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1955. 8:281-297.

37. TAYLOR, A. M. *et al.* Tumores odontogênicos malignos. Estudio retrospectivo y colaborativo de 7 casos. *Medicina Oral*. 2003. 8:110-121.
38. THARANON, W. *et al.* Ameloblastoma: an analysis of 184 cases. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1999-28: 33.
39. TOMMASI, A.F. *Diagnostico em patologia bucal*. Ed. Pancast Editorial. 2002.
40. VASKOV, I. *et al.* The ameloblastoma: a radical approach to therapy. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1997-26: 244.
41. VICKERS, R.A.; GORLIN, R.J. Ameloblastoma: delineation of early histopathologic features of neoplasia. *Cancer*. 1970. 26:699-710.
42. WOOD, N.K. *Diagnostico diferencial das Lesões bucais*. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan. 1983.
43. YOON, H. J. *et al.* Ameloblastic carcinoma: an analysis of 6 cases with review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009. 108(6):904-913.