

YOHANA VEIGA POTERALA

TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO
CLÍNICO

PONTA GROSSA
2026
YOHANA VEIGA POTERALA

TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada
como pré-requisito parcial
para obtenção do título de
Cirurgião
Bucomaxilofacial pelo
Hospital Regional dos
Campos Gerais

Orientador: Dr. Marcelo
Carlos Botoluzzi

Co-Orientador: Dr. Renan
Bordini Cardoso

PONTA GROSSA
2026

TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO CLÍNICO

RESUMO

Introdução: O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, com tendência de crescimento agressivo e risco de transformação maligna. Ocorre principalmente na quarta década de vida, em pacientes do sexo masculino, com grande predileção pela região posterior da mandíbula. Comumente assintomático e caracterizado por expansão lenta, em contrapartida, localmente invasivo e infiltrativo. Radiograficamente, apresenta-se uma lesão bem definida, uni ou multilocular, com aspecto de "bolhas de sabão". As modalidades de tratamento incluem excisão cirúrgica, enucleação, crioterapia, radioterapia e quimioterapia. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de um tratamento conservador de ameloblastoma mandibular em um paciente de 17 anos. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 17 anos, exibindo aumento de volume extraoral em terço inferior de hemiface do lado esquerdo e intra oral em região de ramo e corpo mandibular esquerdo. Os exames imaginológicos revelaram área radiolúcida, bordas irregulares, estendendo-se do corpo mandibular, acometendo angulo, ramo e coronoide da mandíbula, associado a dente incluso e reabsorção dentária. **Resultado:** Foi realizada a marsupialização da lesão sob anestesia geral, com envio de material para análise histopatológica e resultado de ameloblastoma. Após 11 meses, foi realizada enucleação do remanescente da lesão e acompanhamento da mesma. **Conclusão:** O Ameloblastoma é um tumor que apesar de benigno pode ser agressivo aos tecidos adjacentes. O cirurgião-dentista deve conhecer essa patologia para saber indicar o diagnóstico e tratamento mais adequado para o paciente.

Palavras-chave: Ameloblastoma; Marsupialização; Tumores odontogênicos.

ABSTRACT

Introduction: Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor characterized by a locally aggressive growth pattern and a potential risk of malignant transformation. It most frequently affects individuals in the fourth decade of life, with a higher prevalence in male patients, and shows a marked predilection for the posterior region of the mandible. Clinically, it is often asymptomatic and presents slow expansion; nevertheless, it demonstrates invasive and infiltrative behavior at the local level. Radiographically, ameloblastoma typically appears as a well-defined unilocular or multilocular radiolucent lesion, classically described as having a “soap-bubble” appearance. Therapeutic approaches include surgical excision, enucleation, cryotherapy, radiotherapy, and chemotherapy. **Objective:** To report a clinical case of conservative management of mandibular ameloblastoma in a 17-year-old patient. **Case Report:** A 17-year-old male patient presented with extraoral swelling involving the lower third of the left hemiface and intraoral enlargement in the region of the left mandibular body and ramus. Imaging studies revealed a radiolucent lesion with irregular margins extending from the mandibular body to the angle, ramus, and coronoid process, associated with an impacted tooth and evidence of dental root resorption. **Outcome:** Marsupialization of the lesion was performed under general anesthesia, and the surgical specimen was submitted for histopathological examination, which confirmed the diagnosis of ameloblastoma. After an 11-month follow-up period, enucleation of the residual lesion was carried out, followed by continued clinical and radiographic monitoring. **Conclusion:** Although ameloblastoma is classified as a benign tumor, it may exhibit aggressive behavior toward adjacent tissues. Therefore, dental surgeons must be knowledgeable about this pathology to ensure accurate diagnosis and to select the most appropriate therapeutic approach for each patient.

Keywords: Ameloblastoma; Marsupialization; Odontogenic tumor.

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, com tendência de crescimento agressivo e risco de transformação maligna e metástase (RAYAMAJHI, S. et al., 2022). Ocorrem principalmente na quarta década de vida (SILVA, A. L. C. de M. et al., 2023), geralmente em pacientes do sexo masculino, com grande predileção pela região posterior da mandíbula (QUISIGUIÑA-SALEM, C. M. et al., 2024). Ainda, apresenta alta taxa de recidiva (HAGE, C. A. de et al., 2023).

De acordo com a OMS, o ameloblastoma é uma "neoplasia polimórfica benigna, mas localmente invasiva, constituída por epitélio odontogênico proliferativo, geralmente com um padrão folicular ou plexiforme, e por um estroma fibroso" (MOTA, L. L. R.; MOTA, E. S. L. 2019.).

Comumente assintomático e caracterizado por expansão lenta, em contrapartida, é localmente invasivo e infiltrativo, com grande índice de destruição tecidual. Pode apresentar tumoração em região de submucosa, má-oclusão, mobilidade dentária, dor e até mesmo parestesia. Geralmente são achados imaginológicos durante exames de rotina, ou pela expansão óssea (BARROS, A.V.M. et al., 2020).

Para o diagnóstico é necessário o uso de exames de imagem, além da biópsia. A tomografia computadorizada irá evidenciar uma lesão bem definida, uni ou multilocular e hipodensa, assim como destruições corticais e reabsorções dentárias. O aspecto radiográfico do ameloblastoma é comumente denominado de "bolhas de sabão (GHAI, S. 2022).

O ameloblastoma é classificado em quatro tipos: unicístico, sólido/multicístico, desmoplásico e periférico. As modalidades de tratamento incluem a excisão cirúrgica, enucleação, curetagem, crioterapia, radioterapia e quimioterapia. A excisão cirúrgica ampla com margens de segurança tem sido o

método de tratamento preferido, devido aspecto infiltrativo da lesão (HAGE, C. A. de et al., 2023)

O objetivo deste estudo é apresentar um relato de caso clínico de um tratamento conservador de um ameloblastoma mandibular em um paciente de 17 anos.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 17 anos, melanoderma, procurou atendimento no ambulatório de lesões bucais do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, paciente se apresentava acianótico, normocorado, normotenso, afebril, normocardico, pupilas isofotorreagentes. Paciente ausente de comorbidades, sem medicações de uso contínuo e nega alergias.

Em agosto de 2024, paciente compareceu em consulta apresentando aumento de volume em região mandibular do lado esquerdo, com histórico de evolução de dois anos, duro à palpação e presença de queixa álgica recente. Relatou que nas últimas três semanas prévias a consulta, houve aumento de volume considerável associado a dor.

À inspeção intraoral, aumento de volume em região de ramo, sem dor à palpação, mobilidade dentária associada ao dente 37 e ausência do dente 38, com abertura bucal de 40mm.

Em exame físico extraoral, notou-se aumento de volume em terço inferior da face do lado esquerdo.

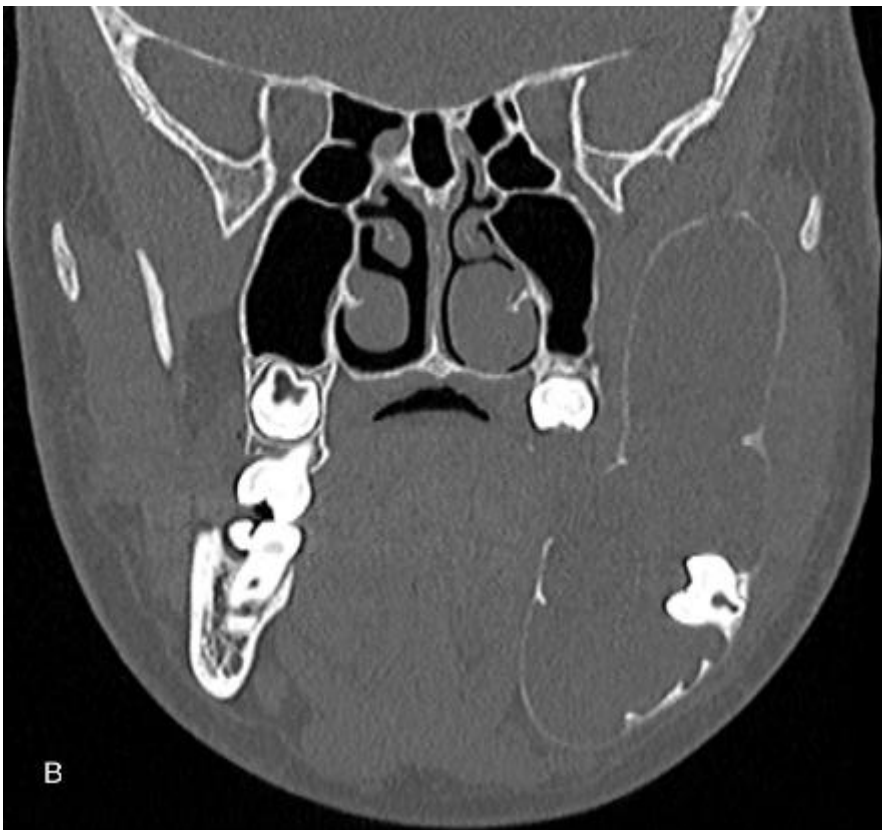
Figura 1: imagem clínica do aumento de volume em terço inferior de hemiface esquerda.



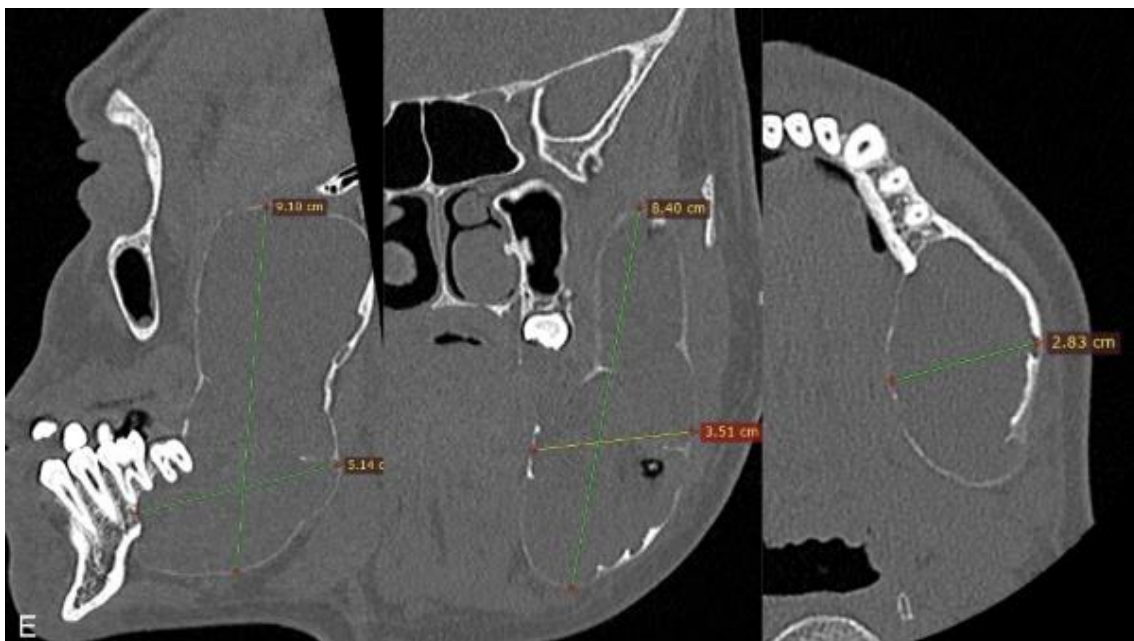
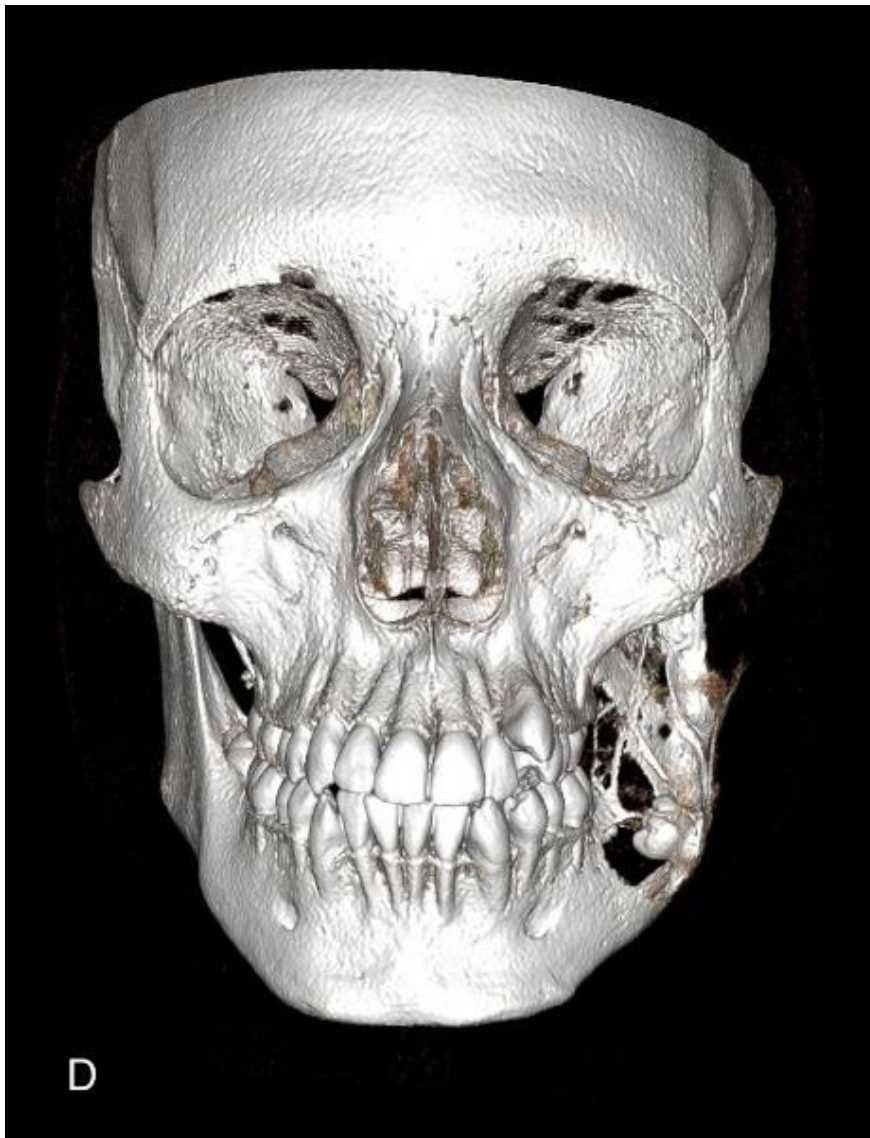
Fonte: imagem obtida pela autora.

Após realizado exame de imagem (tomografia computadorizada de feixe cônico- TCCB), constatou-se lesão cística insulflativa no corpo e ramo mandibular esquerdo com o terceiro molar no interior da lesão e envolvendo parte da raiz do segundo molar. Apresenta conteúdo hipodenso homogêneo com afilamento difuso da cortical, não havendo componente de partes moles ao redor, ocupando quase a totalidade do espaço mastigatório ipsilateral, medindo aproximadamente 89 X 48 X 36 mm (CC x AP x LL), inespecífica.

Figura 2: A- corte axial da mandíbula; B: corte coronal da mandíbula C: corte sagital da maxila; D: reconstrução tridimensional da face, mostrando região da lesão; E - dimensões da lesão no pré-operatório.







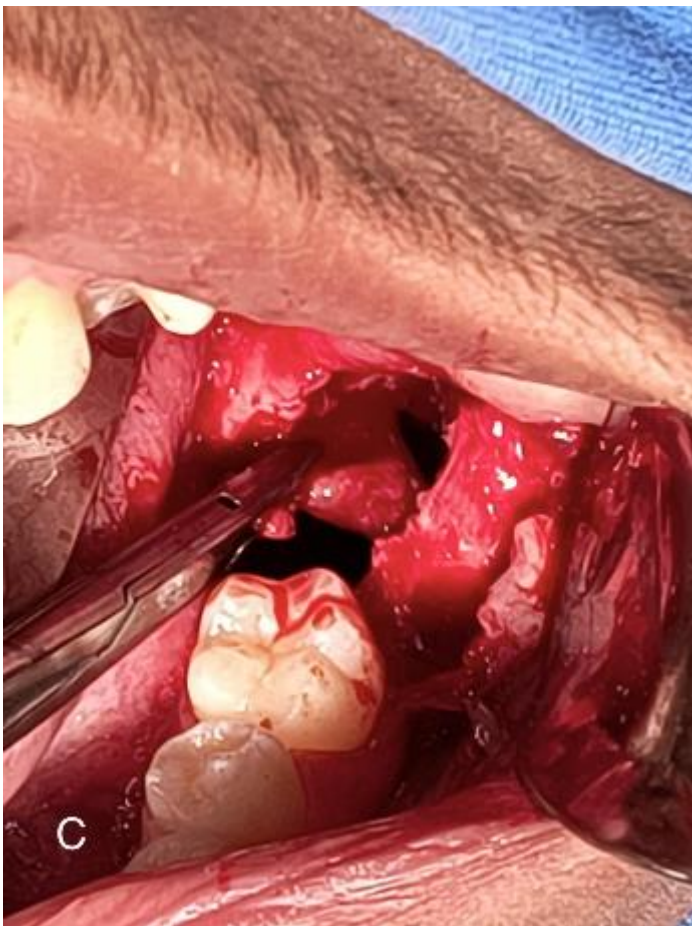
Fonte: imagens obtidas pela autora.

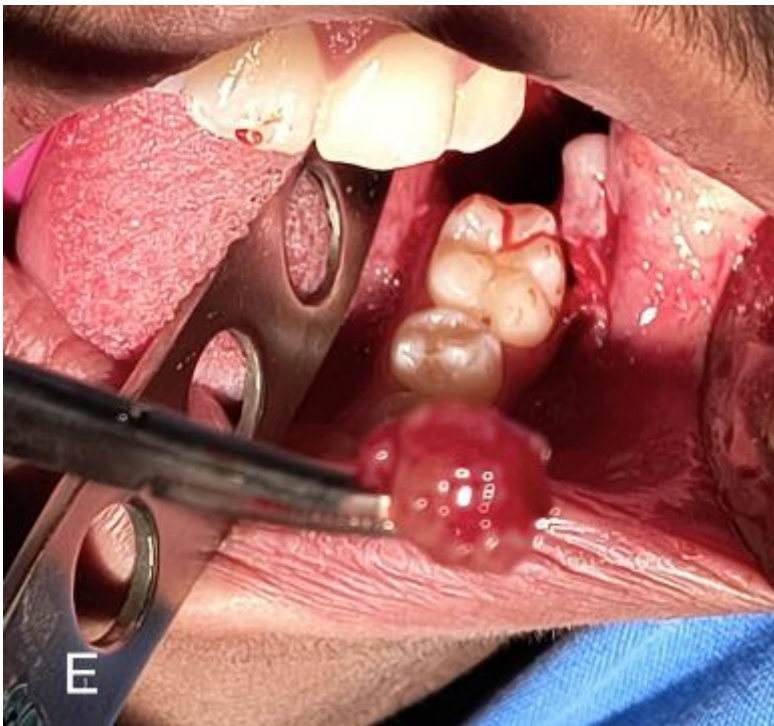
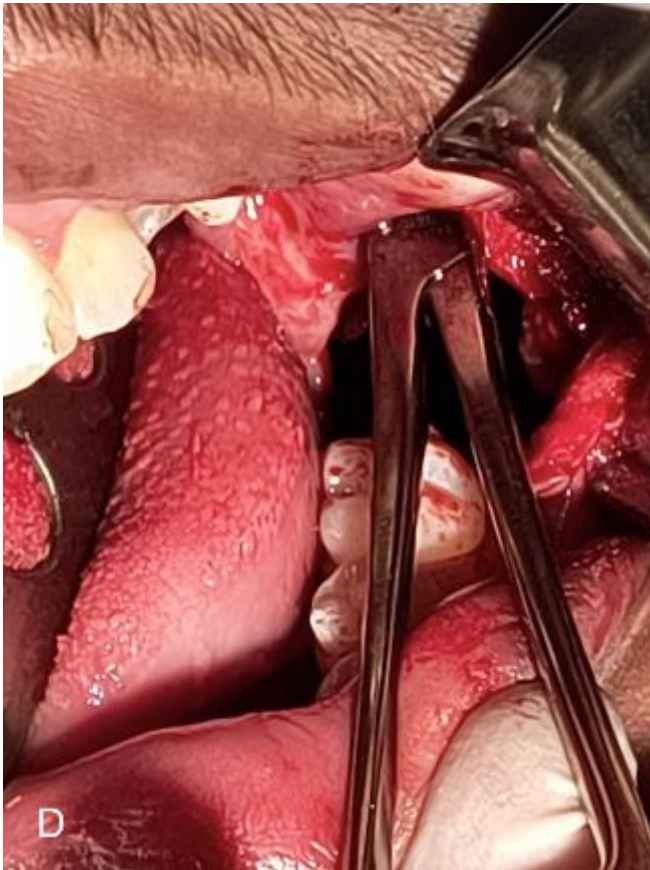
Após consulta pré-anestésica, o paciente retornou ao ambulatório de lesões bucais, acompanhado do pai, para esclarecimento da necessidade de abordagem cirúrgica de marsupialização, com informação dos riscos e possíveis complicações relacionadas ao procedimento.

Em outubro de 2024, procedeu-se então à abordagem cirúrgica de marsupialização sob anestesia geral. Procedimento sob anestesia geral (intubação nasotraqueal), paciente em posição de decúbito dorsal horizontal, realizado assepsia e antisepsia intra e extraoral com clorexidina 2% degermante e alcoólica respectivamente, infiltração de anestésico local lidocaína 2% com vasoconstritor epinefrina 1:200.000 em região de acesso (região mandibular posterior do lado esquerdo) incisão da região e descolamento periosteal, exérese do elemento 37, o qual ofereceu uma janela óssea cirúrgica devido extensão e comprometimento da lesão. Com a janela cirúrgica adequada, foi realizado curetagem do conteúdo da lesão, assim como a exérese do elemento 38 que se encontrava no interior dela.

Figura 3 – A – elemento 37; B – elemento 38 removido do interior da lesão; C – janela óssea obtida; D – profundidade da lesão através de uma pinça hemostática curva longa; E – tecido removido do interior da lesão.







Fonte: imagens obtidas pela autora.

Nas bordas de mucosa oral na região de acesso, foi realizado suturas contínuas festonadas com fio reabsorvível (vycril 4-0) (figura 4). A abertura resultante possuía aproximadamente 3,0cm, permitindo acesso adequado para irrigação e controle pós-operatório.

Figura 4 – A – aspecto após sutura de margens.



Fonte: imagem obtida pela autora.

Procedimento decorreu desprovido de qualquer intercorrência e todas as peças removidas foram acondicionadas em frascos com formol e enviadas para análise anatomopatológica. Após 48 horas de pós-operatório, o paciente recebeu alta hospitalar. O mesmo foi devidamente instruído e orientado quanto a necessidade de irrigação durante a recuperação em casa, utilizando de 20ml de clorexidina 0,12% e 40ml de soro fisiológico 0,9%, três vezes ao dia.

No pós-operatório de cinco dias, paciente relatou parestesia em nervo alveolar inferior esquerdo, apresentando suturas em posição, sem qualquer sinal de infecção ou saída de secreção e abertura bucal de aproximadamente 30mm. No interior da ferida cirúrgica, era possível identificar a formação inicial de

epitélio. Paciente relatou estar mantendo as irrigações de forma adequada em casa e durante a consulta foi realizado irrigação assistida.

O paciente foi acompanhado a cada sete dias no ambulatório em que era paciente. Pode-se observar durante as consultas pós-operatórias o crescimento de tecido epitelial no interior da lesão.

Figura 5 – A - região de marsupialização após um mês de abordagem; B - após dois meses; C - após oito meses.

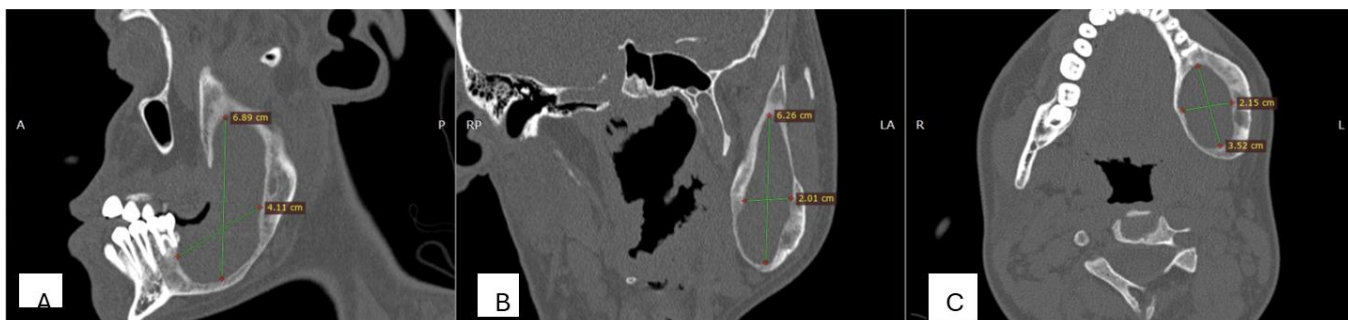




Fonte: imagem obtida pela autora.

Após sete meses de pós-operatório, paciente não apresentava nenhuma alteração clínica, foi então solicitado nova TCCB, a qual apresentou pequena neoformação óssea em relação ao exame anterior, sem sinais de recidiva.

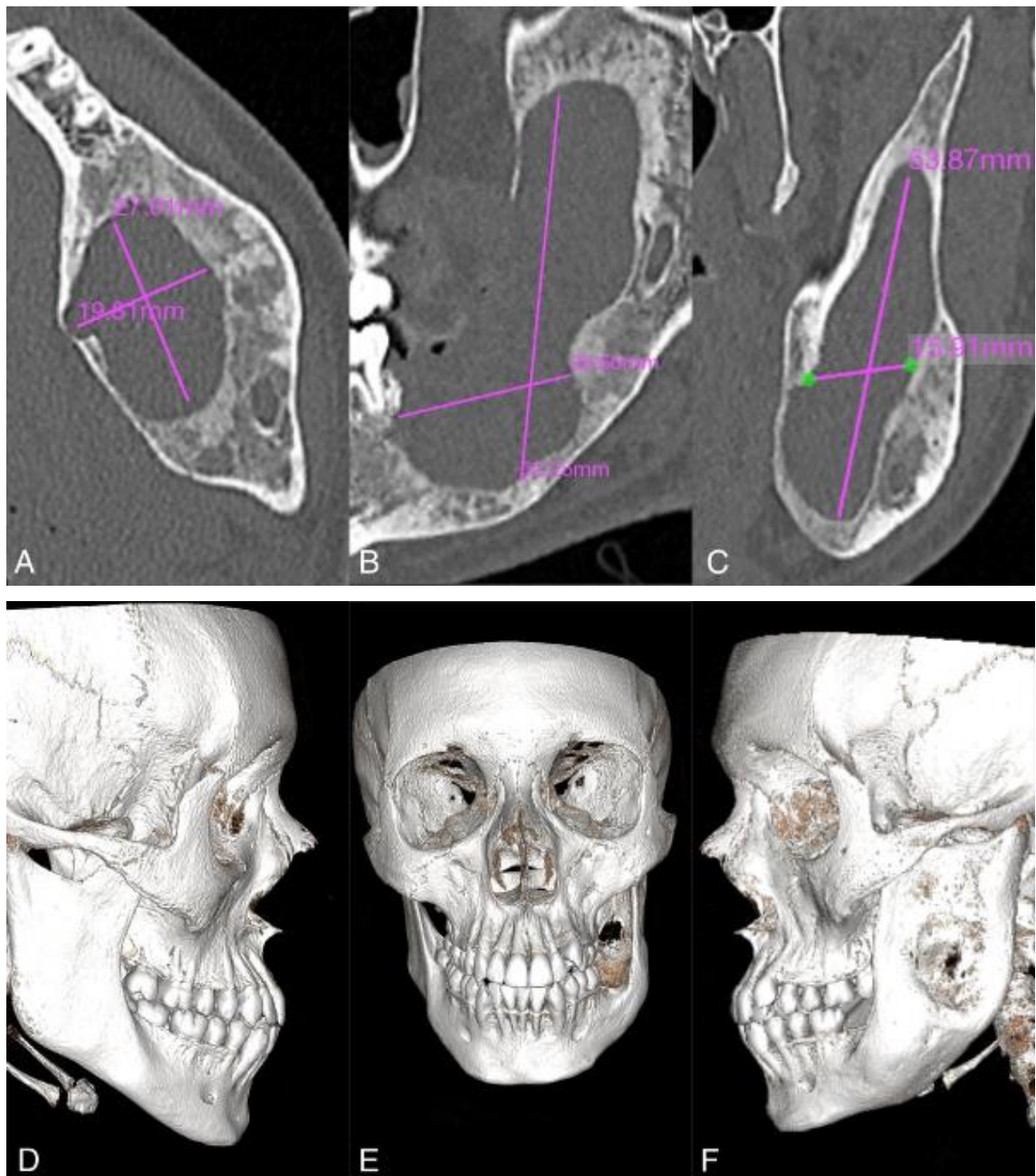
Figura 6 – A – corte sagital apresentando neoformação óssea; B – corte coronal; C – corte axial.



Fonte: imagens obtidas pela autora.

Após 11 meses da abordagem inicial de marsupialização, o paciente foi submetido a uma nova abordagem cirúrgica para realizar enucleação completa da lesão remanescente. Foi realizada nova TCCB prévia ao procedimento cirúrgico.

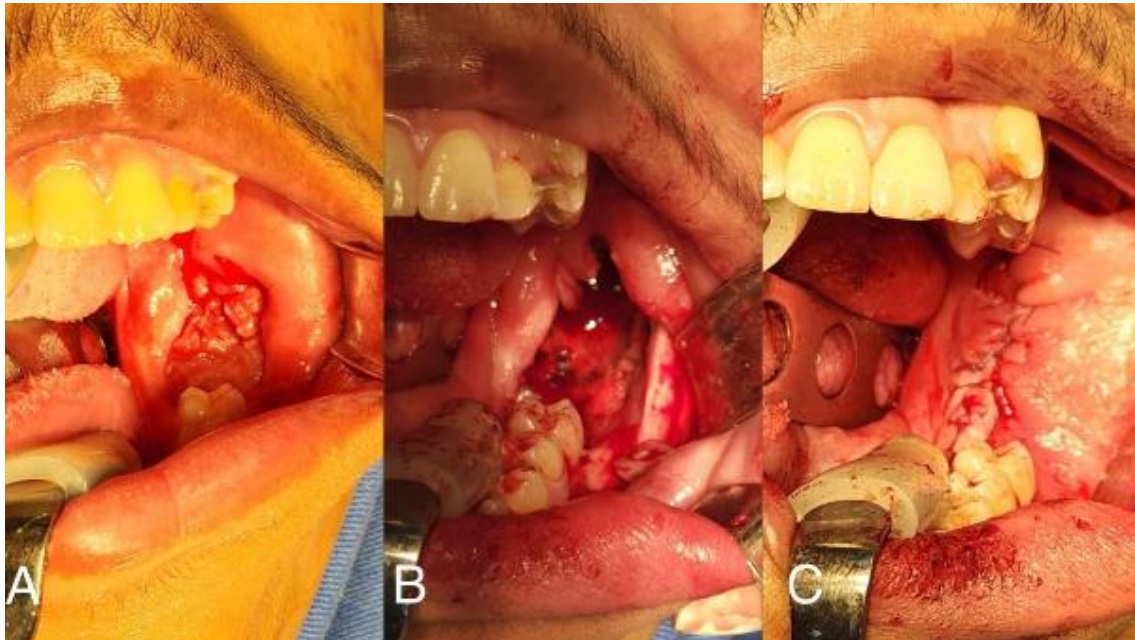
Figura 7 - Dimensões da lesão após 11 meses – A – corte axial; B – corte sagital; C – corte coronal; D – vista lateral 3D direita; E – vista frontal; F – vista lateral esquerda



No centro cirúrgico, o procedimento foi conduzido sob anestesia geral e intubação nasotraqueal, paciente em posição de decúbito dorsal horizontal, realizado assepsia e antisepsia intra e extraoral com clorexidina 2% degermante e alcoólica respectivamente, infiltração de anestésico local lidocaína 2% com vasoconstritor epinefrina 1:200.000 em região de acesso (região mandibular posterior do lado esquerdo). Foi realizada uma incisão sobre a região e divulsão dos tecidos mucoperiosteais, possibilitando adequada exposição da região a ser manipulada. O tecido presente foi devidamente curetado, com completa remoção e manutenção dos contornos ósseos. Realizou-se

fechamento por primeira intenção com fio reabsorvível (vycril 4-0). O procedimento ocorreu sem qualquer intercorrência.

Figura 8 – A – aspecto inicial; B - região de loja óssea após remoção de conteúdo; C – fechamento por primeira intenção.



Fonte: imagens obtidas pela autora.

Figura 9 – Peças removidas para acondicionamento e envio para análise histopatológica.



Fonte: imagem obtida pela autora.

Em 24 horas pós-operatórias, o paciente apresentava suturas em posição, sem deiscência, sem secreções ou demais alterações. Devido boa recuperação, o paciente recebeu alta hospitalar.

Em duas semanas de pós-operatório, houve deiscência do tecido, sem sinais flogísticos ou queixas álgicas por parte do paciente. Devido, foi orientado a realizar irrigação para manutenção da higiene e fechamento da ferida cirúrgica por segunda intenção.

O paciente segue em acompanhamento pós-operatório no ambulatório de lesões orais do HURCG.

Figura 10 – laudo histopatológico

DADOS CLÍNICOS:

Lesão INTRA-ÓSSEA, em MANDÍBULA, ANTERIOR E POSTERIOR, ESQUERDO, medindo 15,0 x 10,0 x 10,0 cm, com 2 ano(s) de evolução.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Lesão radiolúcida, única, de bordas nítidas, centro radiolúcido, reabsorvendo o(s) dente(s) adjacente(s).

Número de frascos enviados: 1.

Origem/Região biopsiada: Intra-Óssea/ MANDÍBULA, ANTERIOR E POSTERIOR, ESQUERDO

Procedimento/material: Biópsia Incisional/ Tecido mole

DADOS MACROSCÓPICOS:

Recebemos 4 fragmento(s) de tecido Mole, de formato Irregular, coloração Amarelado, em agregado medindo 30 x 15 x 4 mm, fixado em Formol por 13 dia(s).

DIAGNÓSTICO: AMELOBLASTOMA

Convencional

Fonte: imagem obtida pela autora.

DISCUSSÃO

O ameloblastoma é reconhecido como uma neoplasia odontogênica epitelial benigna, mas que se destaca pelo seu comportamento localmente invasivo, agressivo e de crescimento ilimitado. Mundialmente, ele representa cerca de 1% a 10% de todos os tumores odontogênicos. (SILVA, A. L. C. de M. et al., 2023). O diagnóstico histopatológico do paciente, classificado como Ameloblastoma Convencional (sólido/multicístico), o enquadra na variante mais comum, a qual, em contrapartida, possui um alto potencial de recidiva (BARROS, A.V.M. et al., 2020). Devido à natureza infiltrativa do ameloblastoma sólido entre o trabeculado ósseo esponjoso, a margem real do tumor frequentemente se estende além da sua apresentação clínica ou radiográfica, o que torna o manejo cirúrgico complexo e o risco de recorrência significativo. (HAGE, C. A. de et al., 2023)

O manejo cirúrgico do ameloblastoma, em especial o tipo convencional/sólido, é um dos temas mais controversos na Cirurgia Bucomaxilofacial. Existem duas abordagens principais: a radical e a conservadora. A escola radical preconiza a ressecção cirúrgica ampla com margens de segurança (tipicamente 1 a 1,5 cm). Embora esse método seja o preferido para o ameloblastoma sólido devido ao seu aspecto infiltrativo (HAGE, C. A. de et al., 2023), ele está associado às menores taxas de recidiva, variando de 0% a 15% após ressecção com margem (RAYAMAJHI, S. et al., 2022). No entanto, o tratamento radical impõe grandes sequelas, necessitando de reconstruções e gerando impactos funcionais, estéticos e psicológicos significativos. (TITINCHI, Fadi; BRENNAN, Peter A., 2022).

Em contraste, o tratamento conservador (que inclui a enucleação, curetagem e/ou marsupialização) visa remover a lesão preservando o tecido ósseo adjacente (BARROS, A.V.M. et al., 2020). O tratamento conservador traz baixos impactos funcionais, estéticos e psicológicos ao paciente (SILVA, A. L. C. de M. et al., 2023), podendo, inclusive, ser realizado em ambiente ambulatorial. O principal inconveniente do tratamento conservador é a alta taxa de recidiva, especialmente para o ameloblastomasólido/multicístico, que pode atingir taxas entre 60% e 90% quando tratado apenas com curetagem. (MOTA, L. L. R.; MOTA, E. S. L. 2019.)

O ameloblastoma convencional é incomum em pacientes pediátricos e adolescentes, sendo a variante unicística mais prevalente nessa faixa etária (BARROS, A.V.M. et al., 2020). O ameloblastoma convencional geralmente tem maior incidência entre a terceira e quarta décadas de vida (30 a 60 anos) (SILVA, A. L. C. de M. et al., 2023). A lesão apresentada, estava localizada na mandíbula posterior (corpo e ramo), o que está em consonância com a predileção do tumor, que afeta a mandíbula em cerca de 80% dos casos. A lesão era extensa (medindo aproximadamente 89 x 48 x 36 mm). Lesões de grandes dimensões e associadas à reabsorção dentária (como as observadas no caso envolvendo os dentes 37 e 38) indicam agressividade local. (TITINCHI, F.; BRENNAN, P. A., 2022), (GOYANNA, B.V.S. et al., 2023)

Embora o ameloblastoma seja frequentemente assintomático e descoberto em exames de rotina, o paciente relatou dor espontânea e aumento de volume de longa evolução. A presença de dor é um sintoma incomum que pode ocorrer devido à invasão de estruturas nervosas ou hemorragia intralesional. (URECHESCU *et al.*, 2024). A complicação pós-operatória de parestesia do nervo alveolar inferior esquerdo, relatada cinco dias após a marsupialização, é uma sequela potencial de procedimentos em lesões extensas próximas a estruturas nervosas. (RAYAMAJHI, S. *et al.*, 2022)

A escolha do tratamento cirúrgico é um dilema que deve considerar o tipo de lesão, sua localização, extensão e, crucialmente, a idade do paciente e o impacto na sua qualidade de vida. Para pacientes jovens como o relatado, a ressecção radical, que é a conduta de eleição para o ameloblastoma convencional, pode resultar em mutilações graves, afetando o crescimento maxilofacial e causando severas sequelas funcionais, estéticas e psicossociais (BARROS, A.V.M. *et al.*, 2020).

Portanto, optou-se por um tratamento conservador em duas etapas, iniciando com a marsupialização. A marsupialização foi empregada como uma técnica de descompressão primária, com o objetivo de reduzir o tamanho da lesão, promover a neoformação óssea e tornar a posterior enucleação mais segura e menos mutiladora. Esta abordagem sequencial buscou eliminar o tumor pelo método menos invasivo, priorizando a preservação da continuidade mandibular e a minimização da morbidade, o que é um protocolo aceitável em jovens. (TITINCHI, F.; BRENNAN, P. A., 2022).

A principal limitação associada ao tratamento conservador, especialmente para a variante convencional, é a alta taxa de recidiva. O ameloblastoma tem um alto potencial de recorrência, o que obriga a um acompanhamento rigoroso. A recidiva pode ocorrer décadas após a cirurgia inicial, (HAGE, C. A. de *et al.*, 2023) embora a maioria ocorra nos primeiros anos (alguns estudos indicam que 76,5% dos tumores recidivam em até 4 anos) (NWOGA, M. C., 2022)

Dada a natureza agressiva do ameloblastoma, o acompanhamento clínico e radiográfico rigoroso e periódico faz-se necessário. O uso de exames

de imagem como a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCCB) é crucial, pois permite a detecção precoce de lesões recidivantes, que são frequentemente menores e, portanto, mais simples de tratar (RAYAMAJHI, S. et al., 2022)

CONCLUSÃO

O Ameloblastoma Convencional/Multicístico é uma neoplasia agressiva que exige atenção à sua alta taxa de recidiva. O tratamento conservador sequencial (marsupialização seguida de enucleação) adotado no presente caso, embora não seja a técnica mais defendida para a variante convencional, foi a estratégia mais adequada para um paciente adolescente, minimizando a morbidade e preservando a estética e a função em um estágio crucial de desenvolvimento. Este protocolo, no entanto, torna o acompanhamento clínico e radiográfico de longo prazo imperativo, a fim de garantir a detecção precoce de possíveis recorrências e a manutenção da qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

RAYAMAJHI, S. et al. Unicystic ameloblastoma of mandible: a case report. **Journal of Nepal Medical Association**, v. 60, n. 251, p. 657-660, jul. 2022.

SILVA, A. L. C. de M. et al. Manejo conservador de um ameloblastoma unicístico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 23, n. 4, p. 38-41, 2023.

QUISIGUIÑA-SALEM, C. M. et al. Decompression, an unusual treatment option for multicystic ameloblastoma: concepts and controversies. **Case Reports in Dentistry**, v. 2024, art. 7126223, p.12, 2024.

HAGE, C. A. de et al. Características e diagnóstico do ameloblastoma multicístico: relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 43, n. 2, p. 23-27, 2023.

MOTA, L. L. R.; MOTA, E. S. L. Ameloblastoma: uma revisão de características clínicas, histopatológicas e genéticas. **RSM – Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 5, p. 48-54, 2019.

BARROS, A. V. M. de et al. Tratamento conservador de ameloblastoma sólido recidivante em paciente jovem: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 20, n. 1, p. 39-42, 2020.

GHAL, Suhani. Ameloblastoma: an updated narrative review of an enigmatic tumor. **Cureus**, [S. l.], v. 14, n. 8, 2022.

TITINCHI, F.; BRENNAN, P. A., Unicystic ameloblastoma: analysis of surgical management and recurrence risk factors. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 60, p. 337-342, 2022.

GOYANNA, B. V. S.; MOTA, A.; SANTANA, A.; VALOIS, R.; CARVALHO, T. A. C. de. Ameloblastoma: uma revisão bibliográfica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE)**, v. 9, n. 5, 2023.

URECHESCU, H.; BANU, A.; BADERCA, F.; CLOSCA, R. M.; ILAS-TAT, M. B.; URTILA, F.; PRICOP, M. Ameloblastoma of the mandible in a 16-year-old female: case report. **Medicina**, v. 60, p. 66, 2024. DOI: 10.3390/medicina60010066.

NWOGA, M. C. Recurrent tumors of ameloblastoma: clinicopathologic features and diagnostic outcome. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 25, p. 1771–1777, 2022.