

# **RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR COM PRÓTESE DE RESINA ACRÍLICA APÓS RESSECÇÃO DE AMELOBLASTOMA MULTICÍSTICO: RELATO DE CASO**

## **MANDIBULAR RECONSTRUCTION WITH ACRYLIC RESIN PROSTHESIS AFTER MULTICISTIC AMELOBLASTOMA RESECTION: CASE REPORT**

Roberto Junior De Melo Silva\*  
Lívia Mirelle Barbosa\*\*

### **RESUMO**

O ameloblastoma é um tumor benigno de origem epitelial, apesar de não demonstrar padrões de malignidade, a lesão mostra-se localmente agressiva. Sobre sua patogenia, alguns autores citam que podem surgir através do órgão do esmalte, restos de Malassez, restos de serres, epitélio heterotrópico. Não apresenta predileção por sexo nem por idade, porém, é mais comum em pacientes entre a terceira e quarta década de vida. A região mais acometida é a mandíbula, representando cerca de 80% dos casos. Os ameloblastomas podem ser classificados nos padrões unicístico, multicístico e periférico e o seu tratamento pode variar desde curetagem até amplas ressecções ósseas, com ou sem reconstrução mandibular. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente acometido por ameloblastoma multicístico, submetido a tratamento cirúrgico radical e reconstrução mandibular imediata com prótese mandibular em resina acrílica, com acompanhamento de aproximadamente seis anos. Foram executadas buscas de artigos atuais em plataformas como SCIELO e PUBMED, com a finalidade de acrescentar estudos relacionados ao tratamento de pacientes acometidos pelos ameloblastomas. Com base nos resultados observados no presente caso e nos artigos da busca literária pode-se inferir que a utilização de próteses aloplásticas confeccionadas em resina acrílica nos permite reabilitar o paciente com segurança e estabilidade, isso se dá devido suas características de biocompatibilidade, durabilidade e resistência, baixo custo desse material torna favorável sua aplicabilidade no serviço público de saúde.

**Palavras-chave:** Prótese Mandibular. Ameloblastoma. Reconstrução Mandibular.

### **ABSTRACT**

Ameloblastoma is a benign tumor of epithelial origin, although it does not show malignancy patterns, the lesion is locally very aggressive. Regarding its pathogenesis, some authors mention that it may appear through the enamel organ, remnants of Malassez, remnants of

**23 DE NOVEMBRO DE 2020**

---

\*Cirurgião-dentista; Centro Universitário Escritor Osman da Costa Lins; UNIFACOL Odontologia; robertojrrod@hotmail.com

\*\*Doutora em Odontologia; Centro Universitário Escritor Osman da Costa Lins; UNIFACOL Odontologia; dra.liviabarbosa@gmail.com

mountains, heterotropic epithelium. It has no predilection for sex or age, however, it is more common in patients between the third and fourth decade of life. The most affected region is the mandible, representing about 80% of cases. Ameloblastomas can be classified into unicystic, multicystic and peripheral patterns and their treatment can vary from curettage to extensive bone resections, with or without mandibular reconstruction.. This paper aims to discuss the clinical case of a patient suffering from multicystic ameloblastoma, who underwent radical surgical treatment and immediate mandibular reconstruction with acrylic resin mandibular prosthesis. Active searches for current articles were carried out on platforms such as SCIELO and PUBMED, in order to add studies related to the treatment and rehabilitation of patients affected by ameloblastomas. Based on the results observed in the present case and in the articles of the literary search, it can be inferred that the use of alloplastic prostheses made of acrylic resin allows us to rehabilitate the patient with safety and stability, this is due to its characteristics of biocompatibility, durability and resistance, the low cost of this material makes its applicability in the public health service favorable.

**Keywords:** Mandibular prosthesis. Ameloblastoma. Mandibular reconstruction.

## 1 INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor raro de origem epitelial benigna, localmente invasivo, que apresenta diversas alterações microscópicas consideráveis (ARGYRIS *et al.*, 2015; THILLAIKARASI *et al.*, 2010). Apesar de controversa, sua patogenia é descrita como originária dos restos epiteliais de Malassez, de células basais do epitélio que revestem os maxilares, do epitélio heterotrópico, do epitélio reduzido do órgão do esmalte, dos restos de Serres, do revestimento epitelial dos cistos de origem odontogênica ou até mesmo do órgão do esmalte (SILVEIRA *et al.*, 1993).

A classificação do ameloblastoma pode ser definida de acordo com a peculiaridade apresentada de cada lesão, podendo diferenciar-se quanto sua forma, evolução, localização, como também características clínicas e radiográficas. Surgindo em três padrões diferentes: unicístico, multicístico e periférico. O tipo unicístico, é caracterizado pelo aparecimento do tumor internamente a uma cápsula cística, e geralmente está relacionado a um dente impactado. O multicístico é caracterizado como a forma mais agressiva da lesão, de acordo com alguns autores essa variação é denominada como sólida. O periférico diferencia-se pela sua localização, onde a lesão se manifesta extraóssea, tem seu desenvolvimento no tecido da mucosa gengival e sem envolvimento ósseo direto (DA SILVA *et al.*, 2004; BISINELLI *et al.*, 2010).

Cada ameloblastoma demonstra um comportamento biológico individual, o que torna necessário a análise minuciosa e específica de cada caso, a qual será decisiva na escolha das medidas terapêuticas e sobre sua evolução (BARNES *et al.*, 2005).

Os ameloblastomas unicísticos mostra uma maior incidência em pacientes jovens durante a segunda década de vida. A região posterior da mandíbula é o local mais acometido, representando 80% dos casos, e menos frequente no osso maxilar, onde sua prevalência gira em torno de 20%. A lesão geralmente é assintomática, embora lesões grandes possam causar aumento de volume indolor na região mandibular (JAIN *et al.*, 2017; NEVILLE, *et al.*, 2016; SOM PM, BERGERON RT, 1991; SCHOLL *et al.*, 1999).

Os ameloblastomas multicísticos geralmente apresentam-se de forma intraóssea, entretanto podem se manifestar em qualquer direção, ocupando partes dos tecidos locais, causando um grande potencial de destruição óssea. Radiograficamente em lesões com maior loculação tem aparência semelhante a "bolhas de sabão", e em lesões menores mostra-se em forma de "favo de mel" (CHAPELLE *et al.*, 2004; DÍAZ *et al.*, 2014). O ameloblastoma periférico é um tumor pouco comum, raro, e não pode ser diagnosticado através de radiografia, quando comparado com as outras variações, é o que se apresenta com menor frequência (RALDI *et al.*, 2010).

O diagnóstico de ameloblastoma é realizado através de exame histológico, somados a achados clínicos e estudos por imagem, como tomografia computadorizada (TC) e radiografias panorâmicas. Estes exames promovem uma maior colheita de informações, para alcançar o diagnóstico final (DE SÁ *et al.*, 2004).

Para o tratamento de ameloblastoma teremos uma grande variação de técnicas cirúrgicas que poderão ser abordadas, com curetagem, ou até mesmo amplas ressecções ósseas, que dependendo do caso poderá necessitar de reconstrução prévia. A lesão apresenta resistência à radiação, logo, a utilização da radioterapia é contraindicada. Na literatura também é encontrado o uso de eletrocauterização, criocirurgia e utilização de agentes esclerosantes como opção para realizar o tratamento (BATAINEH AB, 2000).

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo discutir sobre a epidemiologia, a etiopatogenia e o tratamento do ameloblastoma, através de uma revisão de literatura e apresentação de um relato de caso, no qual um paciente portador de ameloblastoma

multicístico foi submetido à ressecção do tumor e reconstrução mandibular com prótese de resina acrílica.

## **2 MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um relato de caso clínico sobre reconstrução mandibular com prótese de resina acrílica após ressecção de ameloblastoma multicístico, baseado e discutido por meio de levantamento bibliográfico, foram realizadas buscas em plataformas online denominadas bases de dados como SCIELO e PUBMED.

Este trabalho foi todo realizado de forma remota, através de pesquisa em computadores com acesso a internet, softwares de pesquisa de referências e software para produção do artigo, as pesquisas foram realizadas utilizando os termos: Prótese Mandibular. Ameloblastoma; Reconstrução Mandibular.

Realizado de forma individual, foram encontradas mais de 80 referências onde destas foram selecionadas 47 com base na compatibilidade com o tema proposto. Os artigos selecionados contribuíram de forma incisiva para produção deste trabalho, através de informações sobre novas técnicas de abordagem cirúrgica, formas de tratamento e reabilitação de pacientes afetados por ameloblastoma e suas variações.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

De acordo com Saddy *et al.* (2005) os ameloblastomas são tumores que se originam do epitélio odontogênico e podem surgir através de remanescentes celulares do órgão do esmalte, remanescentes da lâmina dental, do epitélio do cisto dentífero ou de células basais da mucosa oral, apresentam um crescimento lento, porém localmente invasivo. A prevalência do ameloblastoma representa cerca de 1% de todos os tumores e cistos que afetam a maxila e mandíbula (INTAPA, 2017), e cerca de 23% dos tumores odontogênicos, sendo o mais comum de origem epitelial (AVELAR *et al.*, 2008).

Sobre a sua incidência a preferência por gênero é controversa, havendo discordâncias estatísticas expressa na literatura, no estudo de Martins *et al.* (2007) ele relatou

que o tumor não tem uma maior prevalência diante determinado sexo ou raça, porém manifestou-se um maior acometimento entre pessoas de 20 e 30 anos de idade.

Relata-se na literatura que o ameloblastoma apresenta uma maior predominância entre a terceira e quarta década de vida, mas o seu aparecimento pode ocorrer em todas as idades (BORRELLO *et al.*, 2016). A região mais acometida por esta lesão é o ramo e corpo da mandíbula onde é encontrado cerca de 80 a 85% dos ameloblastomas convencionais. Porém, foi relatado em alguns estudos na Europa e na América onde evidenciaram que há uma maior ocorrência na região dos terceiros molares inferiores (NEVILLE *et al.*, 2016; GARDNER, 1996).

O diagnóstico precoce geralmente não é realizado, porque o ameloblastoma apresenta uma evolução lenta e assintomática, o que também indica uma problemática para realizar estudos sobre a sua incidência. Entretanto, pode provocar deslocamento, mobilidade e reabsorção dentária, assim como parestesia. O ameloblastoma apresenta potencial de expansão de corticais e/ou erosão das mesmas, com invasão de tecidos moles, que é geralmente nesses estágios que o paciente pode apresentar sintomatologia (CAWSON e ODELL 1998; POZOJA, 2010).

Os ameloblastoma são classificados em três tipos diferentes: unicístico, multicístico e periférico. O tipo unicístico representa 14% dos episódios de ameloblastoma, tem como característica uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso e uma pequena taxa de recidiva quando tratado corretamente. Já o tipo multicístico, além dos altos índices de recorrência, simboliza cerca de 85% dos casos e possui tendência localmente invasiva. O ameloblastoma periférico, pouco comum, reflete apenas 1% dos casos e ocorre nos tecidos moles na região dos dentes (NEVILLE *et al.*, 2016). De acordo com Brown *et al.* (2015) ainda se apresenta um quarto tipo de variação, que segundo o autor se manifesta de forma singular e pouco comum, o tipo Desmoplásico.

O ameloblastoma unicístico é raro e geralmente ocorre em populações mais jovens. Sendo caracterizado por crescimento lento, seu principal local de acometimento é na porção posterior da mandíbula, contornando dentes impactados. Radiograficamente, apresenta lesão unilocular com uma borda bem delimitada. Existem três tipos de variantes dos ameloblastomas unicístico: mural, intraluminal e luminal. No aspecto mural, acontece a infiltração de nódulos tumorais na parede do cisto fibroso, o que torna essa variação a forma mais agressiva entre os ameloblastoma unicístico (DÍAZ *et al.* 2014).

O tipo multicístico é a variante mais agressiva entre todas as classificações de ameloblastoma, essa característica se dá devido sua alta capacidade de infiltração nas trabéculas ósseas, o que possibilita uma maior recorrência da lesão, geralmente devido à remoção incompleta do tumor no ato cirúrgico. Esse tipo de ameloblastoma apresenta predileção nos pacientes entre 30 e 70 anos (NEVILLE *et al.*, 2016; GARDNER, 1996; GOMES *et al.*, 2002).

Num estudo realizado por Siqueira e Borges (2012) foram analisados 121 casos de ameloblastoma, onde 7 casos enquadraram-se como ameloblastoma unicístico (6%), 113 multicístico (93%), e 1 dos casos periférico (1%). O ameloblastoma periférico é considerado um tumor incomum, o exame radiográfico é incapaz de fechar seu diagnóstico, ocorrendo com menor frequência entre todas as classificações dos ameloblastomas.

Pelos padrões histológicos, os ameloblastomas classificam-se em plexiforme, folicular, basalóide, de células granulares, desmoplástico e acantomatoso. Dentre essas variações, o tipo folicular é o mais comum, seguido do plexiforme. As aparições dos outros tipos de ameloblastomas são raras, relativamente inócuas, sem envolvimento ósseo e podem ser suficientemente abordados com uma excisão na região afetada e o acompanhamento anual do sítio cirúrgico (RALDI *et al.*, 2010; CHAE *et al.*, 2015).

O diagnóstico definitivo de ameloblastoma é realizado através de um exame clínico minucioso, alinhado aos exames de imagens e o resultado da análise histopatológica. Sobre as radiografias convencionais, essas podem não trazerem algumas informações cruciais para que possamos fechar o diagnóstico diferencial, desta maneira pode-se lançar mão de outros artifícios como a tomografia computadorizada (TC), especialmente em pacientes que apresentem lesões mais extensas (SILVA *et al.*, 1990; RODRIGUES *et al.*, 2010).

De acordo com Ellis (2005) alguns fatores são primordiais para nortear a escolha da terapia adequada para o ameloblastoma. Sendo a agressividade da lesão o fator determinante para definir o tratamento. Fatores como localização anatômica, seu confinamento ao osso, tempo da lesão e os possíveis métodos para reconstrução influenciam no planejamento cirúrgico da lesão.

Segundo os estudos de Batineh e Jordan (2000) os recursos terapêuticos para o tratamento de ameloblastoma podem ser realizados através de crioterapia, eletrocautério, agentes esclerosantes, curetagem, excisão radical em bloco, como também

hemimandibulectomia, que tem como resultado amputação de parte da mandíbula. A literatura mostra-se bastante controversa quanto à escolha do tratamento apropriado, onde devem ser observadas as manifestações e características individuais de cada padrão da lesão.

O tratamento de ameloblastoma realizado através de criocirurgia, mostra-se um recurso bastante viável, isso se dá devido à cirurgia promover a remoção da lesão sem envolver os problemas anatômicos consequentes da cirurgia radical. Esse tipo de técnica vem sendo utilizada não só para ameloblastoma como também em outras patologias ósseas localmente invasivas. Devido às baixas temperaturas ( $-198^{\circ}\text{C}$ ), em poucos segundos que o nitrogênio líquido pode chegar, proporciona o tratamento local do osso pela desvitalização e manutenção de sua matriz inorgânica, limitando por muitas vezes a indicação prévia da ressecção cirúrgica (GOMES, 2002).

O tratamento por enucleação consiste na divisão da lesão com conservação da continuidade óssea, de acordo com a característica da patologia, a mesma pode aprestar-se delimitada no interior de uma cápsula de tecido conjuntivo (GOMES *et al.*, 2002).

De acordo com Silveira e Barbachan (2000) foi observado que o ameloblastoma mostrar-se bem delimitado quando observado em exames de imagens, entretanto, em sua visão histológica é altamente infiltrativo, apresentando invasões para outras regiões em distâncias variáveis. Nesse mesmo estudo observou-se o aparecimento de células do tumor a um espaço de 1,4 cm além da margem radiográfica evidente, desta forma a melhor opção como tratamento seria a ressecção óssea com margem de segurança de 2 cm.

Analizadas as opções de recursos terapêuticos, chegou-se a conclusão que o tratamento radical com margem de segurança é a melhor abordagem cirúrgica, pois, as taxas de sucesso giram em torno de mais de 90%. Observado os casos de tratamento conservador, as taxas chegam a 80%, quando utilizando técnicas de curetagem e ou enucleação, isso nos casos em que o ameloblastoma for unicístico. Já nos casos que forem multicístico esse percentual é cerca de 50% (MENDENHALL *et al.*, 2007).

#### **4 RELATO DE CASO**

Paciente J.I.S., do sexo masculino, 30 anos de idade, compareceu ao Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital da Restauração, Recife - PE, durante a anamnese o paciente relatou um aumento de volume na região mandibular

posterior do lado esquerdo, com evolução de cerca de dois anos e não apresentava sintomatologia dolorosa. Feito o exame intraoral foi observado uma tumefação local e mucosa com aspecto granulomatoso e eritematoso (Figura 1).

Em análise da tomografia computadorizada observou-se uma grande área hipodensa unilocular, com as dimensões de aproximadamente 7,0 X 5,0 X 5,0 cm envolvendo a região de corpo e ramo da mandíbula com extensão ao processo coronóide (Figura 2). Com base nos achados clínicos e tomográficos levantou-se a hipótese diagnóstica de ameloblastoma. Sob anestesia local, foi realizada biópsia incisiva na região da lesão e o material coletado foi encaminhado para análise histopatológica, confirmando assim o diagnóstico de Ameloblastoma multicístico.

A partir do diagnóstico conclusivo, realizou-se o planejamento da etapa cirúrgica do tratamento, que compreendeu por ressecção de toda parte óssea envolvida pelo tumor, com 01 cm além dos limites radiográficos da lesão como margem de segurança, combinado com reabilitação imediata com prótese personalizada em resina acrílica. A fixação foi realizada com placa de reconstrução. O biomodelo prototipado foi empregado no planejamento da osteotomia, confecção da prótese em resina acrílica termopolimerizável e modelagem da placa de reconstrução (Figura 3).

Após a definição do planejamento, o paciente foi submetido à cirurgia sob anestesia geral e intubação naso-traqueal. Devido à extensão da lesão, foi escolhido o acesso submandibular estendido e posteriormente a ressecção do segmento ósseo e bloqueio maxilomandibular para a fixação da prótese em resina acrílica com a placa de reconstrução e parafusos do sistema 2.4 mm lock, previamente modelada (Figura 4).

Em acompanhamento pós-operatório de 30 dias evidenciou-se reparo tecidual sem sinais clínicos de infecção, ausência de reação de corpo estranho. O paciente evoluiu com boa abertura bucal, contorno mandibular adequado, oclusão satisfatória, sem queixas estéticas e funcionais. A imagem tomográfica pós-operatória permite visualizar a estabilidade posicional da prótese fixada com placa de reconstrução (Figura 5).

Em acompanhamento pós-operatório de 6 anos é possível evidenciar a manutenção dos resultados positivos da cirurgia reconstrutiva. Como pode ser observado a dimensão de abertura bucal do paciente na Figura 6. Bem como, analisar o contorno



mandibular e o acesso cirúrgico mantido sem nenhum sinal de infecção na Figura 7, e observar os aspectos clínicos faciais na Figura 8. O paciente evoluiu sem queixas estéticas e funcionais.

Figura 1 - Imagem do aspecto extraoral e intraoral pré-operatório



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 2 - Imagens pré-operatórias da Tomografia Computadorizada



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 3 - Planeamento cirúrgico utilizando biomodelo prototipado



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 4 –Aspecto transoperatório



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 5–Aspecto clínico e tomográfico em acompanhamento pós-operatório de 30 dias



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 6 - Exame clínico para avaliação de abertura bucal do paciente em acompanhamento pós-operatório de 6 anos



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 7 - Contorno da mandíbula e o acesso cirúrgico mantido



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 8 - Aspecto clínico do paciente em acompanhamento pós-operatório de 6 anos



Fonte: Arquivo pessoal

## 5 DISCUSSÃO

O presente caso relata o tratamento de um paciente diagnosticado com ameloblastoma multicístico em região mandibular posterior esquerda, submetido à ressecção segmentar com margem de segurança de 01 centímetro além dos limites tomográficos da lesão e reabilitação imediata com prótese individualizada confeccionada em resina acrílica termopolimerizável.

Diante a escolha proposta como tratamento do paciente, alguns fatores foram essenciais para a seleção da terapia adequada, principalmente devido às particularidades da lesão, como no caso descrito, onde o tumor é do tipo multicístico, essa variação apresenta altas taxas de recorrência quando comparadas ao tipo unicístico, isso se dá devido sua grande capacidade de infiltração nas trabéculas ósseas do osso esponjoso na região periférica da lesão, que, apesar de mostrar-se bem delimitada, pode acometer além da margem clínica e radiograficamente evidente. (MONTORO *et al.*, 2008; BATAINEH AB, 2000; CHAPELLE *et al.*, 2004). Analisadas as informações sobre o tipo de ameloblastoma, o recurso terapêutico selecionado foi à ressecção segmentar com margem de segurança de 01 centímetro além dos limites tomográficos, devido à alta capacidade infiltrativa do tumor.

O planejamento para reprodução cirúrgica e confecção da prótese foi todo realizado de forma virtual, através de prototipagem 3D previamente produzida diante a tomografia do paciente. Criado o biomodelo, poderemos executar ações sobre ele, como osteotomias digitais e o software nos trará projeções mediante a movimentação realizada, desta forma irá nos possibilitar reproduzir movimentos planejados nos ossos e tecidos moles do paciente (DE BARROS DIAS *et al.*, 2016).

As ressecções muito extensas com perda óssea significativas, como no caso relatado acima, uma hemimandibulectomia parcial, irá acarretar um grande agravona vida do paciente, problemas esses que se manifestam através de alterações oclusais, movimentação limitada, desvio da mandíbulae deformidade estética. Mediante essas implicações, foi sugerida a reconstrução mandibular como tratamento reabilitador, o material escolhido para confecção dessa prótese foi a resina acrílica, que apresentou como proposta a correção das deficiências de tecido mole e ósseo da região (MONTORO *et al.*, 2008).

De acordo com Paiva (2010) e Muniz *et al.* (2014) encontra-se uma diversidade de materiais à disposição para a reabilitação de tecidos perdidos decorrente dos procedimentos cirúrgicos. Sua escolha será determinada a partir da especificidade de cada caso, quanto ao tamanho da lesão, custo do material, além das condições socioeconômicas do paciente e também do serviço de cirurgia onde o procedimento foi ou será realizado. Existem vários tipos de enxertos: enxerto heterógeno ou autógeno, prótese em titânio ou prótese em resina acrílica.

Até então, o enxerto de osso autógeno é o material mais indicado para reabilitação de perdas ósseas. Esses tipos de enxertos são os mais biocompatíveis e tecnicamente têm fácil utilização, devido sua capacidade de se integrar rapidamente com os segmentos mandibulares residuais, desta forma, apresentou a melhor forma para a reconstrução. Porém, sua utilização se restringe a pequenos defeitos mandibulares, menores que 5 cm, o que impossibilitaria a utilização no caso descrito acima (ALFARO *et al.*, 2012; MONTORO *et al.*, 2008).

A técnica de reconstrução mandibular com retalhos ósseos vascularizados é o padrão ouro da cirurgia reabilitadora. Encontram-se muitas normas para seleção do retalho mais adequado, entretanto o mais significativo é a escolha do tipo e quantidade de osso e tecidos moles que serão utilizados. Porém, o seu uso requer materiais de alto valor no mercado e uma equipe especializada em cirurgia microvascular, o que torna inviável sua aplicabilidade em alguns serviços de saúde (BRAGA *et al.*, 2005).

Por volta do ano de 1937, na intenção de sobrepor um material utilizado na época, começaram os primeiros estudos sobre a aplicação da resina acrílica a base de polimetilmetacrilato (PMMA) para confecções de próteses. Desta forma, foram acrescentados pigmentos para a sua melhor caracterização. A resina acrílica é utilizada até nos dias atuais, tem indicação em leitos anatômicos onde requer pouca movimentação de tecidos, como nos casos de substituição mandibular. É um material acessível, e sujeito a reparos, além de boa longevidade e bom grau de dureza (MALLER *et al.*, 2010).

Ao se analisar as formas de reabilitação para o paciente em comparação a materiais utilizados em próteses internas, como osso autógeno e titânio, a resina acrílica apresentou algumas vantagens. As placas de titânio apesar de demonstrar bons resultados como material reabilitador tem um alto valor de mercado, o enxerto microvascularizado também requer equipamentos de alto custo e equipe especializada em cirurgia microvascular, o que inviabiliza sua utilização nos serviços públicos de saúde. A

resina acrílica demonstrou resultados semelhantes quando comparados a esses materiais, e apresentou resposta biológica favorável, boa tolerância pelo tecido de suporte, resistência à corrosão, reabilitação de grandes defeitos ósseos, fácil customização e principalmente seu menor custo, o que torna viável sua aplicabilidade no serviço público de saúde. (AKAN *et al.*, 2011; TAMIMI *et al.*, 2012).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de ameloblastoma geralmente é realizado através do método cirúrgico radical, a escolha dessa técnica se aplica devido os exames de imagem e o olhar clínico não serem capazes de retratar verdadeiramente a dimensão exata de cada lesão, como também as altas taxas de recidiva devido ao tipo de abordagem inadequada escolhida como opção de tratamento. A utilização dessa técnica cirúrgica acaba resultando em mutilações dos pacientes, que irá acarretar prejuízos através de dificuldades na alimentação, fonética e estética.

Mediante essa situação, têm-se a necessidade de reabilitação do paciente, onde teremos uma vasta variedade de material como opção de escolha. Entretanto, para seleção desse material, teremos que levar em consideração alguns pré-requisitos, quanto a sua longevidade, custo, aplicabilidade no serviço público, e se têm a necessidade de equipe especializada para o manejo do mesmo. A opção de reabilitação com enxerto ósseo microvascularizado, seria a melhor opção de escolha como tratamento, porém, a sua utilização requer materiais de alto custo e uma equipe especializada em cirurgia microvascular, o que impossibilita sua aplicabilidade no serviço público de saúde, assim como as próteses de titânio, que se mostram como uma opção de reabilitação bastante confiável, porém, apresenta um alto valor de mercado.

Essas adversidades na escolha do material implicam na seleção de um produto alternativo. As próteses aloplásticas confeccionadas sobre a resina acrílica nos trazem um bom grau de satisfação quanto a sua segurança para reabilitação orofacial, apresentam um custo de mercado baixo, não necessitam de equipe especializada e cumprem as necessidades dos pacientes afetados por ameloblastomas que necessitam de reabilitação protética, agindo na recuperação da estética da face e o retorno das funções estomatognáticas.

## REFERÊNCIAS

- AKAN M, KARACA M, EKER G, KARANFIL H, AKOZ T. Is polymethylmethacrylate reliable and practical in full-thickness cranial defect reconstructions. **J Craniofac Surg.** 2011;22(4):1236-1239.
- ALFARO FH, MAGAZ VR, CHATAKUN P, MARTÍNEZ RG. Mandibular reconstruction with tissue engineering in multiple recurrent ameloblastoma. **Int J Periodontics Restorative Dent** 2012;32:e82–e86.
- AL-TAMIMI YZ, SINHA P, TRIVEDI M, *et al.* Comparison of acrylic and titanium cranioplasty. **Br J Neurosurg.** 2012;26(4):510-513.
- ARGYRIS PP, MCBEAIN MJ, RAKE A, PAMBUCCIAN SE, GOPALAKRISHNAN R, KOUTLAS IG. Recurrent ameloblastoma of the mandible with unusual granular cell component. **Int J Surg Pathol.** 2015.
- AVELAR RL, ANTUNES AA, SANTOS TS, ANDRADE ESS, DOURADO E. Tumores odontogênicos: estudo clínico-patológico de 238 casos. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia.** 2008.
- BARNES L, EVESON J, REICHART P, SIDRANSKY D. world health organization Classification of tumours. **Pathology & Genetics: Head and Neck Tumours.** 2005.
- BATAINEH AB. 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,** 2000.
- BATAINEH, A.; JORDAN, I. Effect of Preservation of The Inferior Border on Recurrence of Ameloblastomas of The Mandible. **Oral. Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.,** v. 90, n. 02, p. 155-163, Aug. 2000.
- BISINELLI JC, IOSHII S, RETAMOSO LB, MOYSES ST, MOYSES SJ, TANAKA OM. Conservative treatment of unicystic ameloblastoma. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.** 2010;137(3):396-400.
- BORRELLO, R.; BETTIO, E.; BACCI, C.; *et al.*, A Conservative Approach to a Peripheral Ameloblastoma. **Case Reports in Dentistry,** vol. 2016, Article ID 8254571. 2016.
- BRAGA-SILVA J, MARTINS PDE, ROMÁN JA, GEHLEN D. Reconstrução do seguimento ósseo Mandibular. Comportamento dos implantes Ósseo-Integrados nos Retalhos Vascularizados de Crista Ilíaca e Fíbula. **Rev. Bras. Cirurgia Plástica.** 2005.
- BROWN N.A., BETZ B.L. Ameloblastoma: A Review of Recent Molecular Pathogenetic Discoveries. **Biomarkers in Cancer.** 2015



C.P.; RODRIGUES, W.C.; XAVIER, S.P.; DE MELO, W.M.; OKAMOTO, R.; SHINOHARA, E.H. Ameloblastoma unicístico de mandíbula: tratamento conservador por descompressão. **Rev Odontol UNESP**. 2014.

CARDOSO, M. S.; ARAÚJO, P. G.; CARDOSO, A. J.; CARDOSO, S. M.; MORAIS, L.C. CERQUEIRA, Arlei, *et al.* Reconstrução de bossa frontal com implante de polimetilmetacrilato: relato de dois casos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia BucoMaxilo-facial**. v.11, n.3, p. 61-68, Camaragibe jul./set. 2011.

CAWSON, R. A.; ODELL, E. W. Essentials of oral pathology and oral medicine. 6. ed. **New York: Churchill Livingstone**, 1998.

CHAE, M.P.; SMOLL, N. R.; HUNTER-SMITH, D. J.; ROZEN, W. M. Establishing the Natural History and Growth Rate of Ameloblastoma with Implications for Management: Systematic Review and Meta-Analysis. **Elsalanty M**, ed. PLoS ONE. 2015.

CHAPELLE KAOM, STOELINGA PJW, DE WILDE PCM, BROUNS JJA, VOORSMIT RACA. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenickeratocysts. **Br J Oral Maxillofac Surg** 2004; 42(5):381-90.

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

DA SILVA BF, DOS SANTOS JÚNIOR JF, ABRAHÃO M, CERVANTES O, DE MIRANDA SL. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, Vol. 33, Nº 1 (2004).

DE BARROS DIAS, B. S., PASCUAL, C., SCHNEIDER, T., GUEDES, F. P., SEABRA, R., FILHO, L. C. Planejamento virtual: uma realidade no tratamento das deformidades dentofaciais. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press** v. 15, n. 3, 2016.

DE SÁ, A.C.D; ZARDO, M; PAES JUNIOR, A. J. O; SOUZA, R. P; NEME, M. P; SABEDOTTI, I; LOVATO, A. F. G; COSTA, K. D; RAPOPORT, A; Ameloblastoma da mandíbula: relato de dois casos. **Radiol. Bras**, 2004.

DE SIQUEIRA, F.E; BORGES, H.O.I. tratamento dos ameloblastomas multísticos: revisão de literatura. **Londrina-PR** 2012.

DÍAZ, D.D.; VALDÉS, S.Y.; COBIÁN, O.G.; GÓMEZ, N.M. Ameloblastoma. Revisión de la literatura; **Revista Habanera de Ciências Médicas**. 2014.

ELLIS, E. **Tratamento Cirúrgico das Lesões Patológicas Oraís**. In: PETERSON, L.J. et al. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 4º Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, cop. 22, p.509-532.

GARDNER, D. G. Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics, St. Louis**, v. 82, n. 6, p. 660-669, 1996.

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.

HILLAIKARASI R, BALAJI J, GUPTA B, ILAYARJA V, VANI NV, VIDULA B, ET AL. Cystic granular cellameloblastoma. **J Maxillofac Oral Surg.** 2010; 9: 310–313.

INTAPA C. Analysis of Prevalence and Clinical Features of Ameloblastoma and its Histopathological Subtypes in Southeast Myanmar and Lower Northern Thailand Populations: A 13-Year Retrospective Study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research** : JCDR. 2017.

JAIN K, SHARMA G, KARDAM P, MEHENDIRATTA M. Unicystic Ameloblastoma of Mandible with an Unusual Diverse Histopathology: A Rare Case Report. **J Clin Diagn Res.** 2017; 11: ZD04–ZD05.

MALLER, U.; KARTHIK, S.; MALLER, S. **Maxillofacial Prosthetic Materials**- Past and Present Trends. *Jiads. Tiruchengode*,v.1,n. 2, p. 25-30. Jun. 2010.

MARTINS, M. D. et al. Ameloblastoma: revisão de literatura. **ComScientiae Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-278, 2007.

MENDENHALL, W.; WERNING, J. W.; FERNANDES, R.; MALYAPA, R. S.; MENDENHALL, N. P. **Ameloblastoma**. *Am. J. Clin. Oncol.*, v.30, n. 06, p. 645-648, Dec. 2007.

MONTORO JRMC, TAVARES MG, MELO DH, FRANCO RL, MELLO-FILHO FV, XAVIER SP, *et al.* Mandibular ameloblastoma treated by bone resection and immediate reconstruction. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia** 2008;74(1):155-7.

MUNIZ, V. R. V. M. *al. et.* Características Clínicas, Radiográficas e Diagnósticas do Ameloblastoma: Relato de Caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-MaxiloFacial**.v.14, n.4, p. 27-32, Camaragibe, out./dez. 2014.

NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, CHI AC. **Oral and Maxillofacial Pathology. Odontogenic cysts and tumors**. 4rd ed. Philadelphia : Saunders; 2016. pp. 654–660.

PAIVA, L. C. A. Potencial de recidiva do ameloblastoma: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial**.v.10, n.1, p. 27-34,Camaragibe jan./mar. 2010.

POZOJA, ESPINOZA J. Ameloblastoma uniuístico, bases del tratamiento conservador. Presentación de caso clínico y actualización bibliográfica. **RevEspCir Oral Maxilofac.** 2010.

RALDI, F.V.; FILHO, R.G.; MORAES, M.B.; NEVES, A.C.C. Tratamento de Ameloblastoma: treatment of ameloblastoma. **RGO.** 2010.

RODRIGUES, T. L. C. et al. Tumores benignos dos maxilares: analise retrospectiva de 10 anos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** 2010.

SADDY MS, CHILVARQUER I, DIB LL, SANDOVAL RL. Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos do ameloblastoma. **RPG Rev Pós Grad**. 2005; 12:460-5.

SCHOLL RJ, KELLETT HM, NEUMANN DP, LURIE AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. **RadioGraphics**, 1999.

SILVA R. M. et al. Contribuição ao estudo dos ameloblastomas. **RGO**, Porto Alegre, v. 38, p. 395- 399, 1990.

SILVEIRA H M, MEDEIROS P J, SAMPAIO R K, VAZ R D. Ameloblastoma unicístico: apresentação de um caso e revisão de literatura. **RBO**. 1993 jan./fev.; 50(1):23-8.

SILVEIRA, H. E. D.; BARBACHAN, J. J. D. Estudo comparativo entre limites radiográficos e histológicos em ameloblastoma. **Revista da Faculdade de Odontologia Porto Alegre**, v. 41, n. 1, p. 49-54, jul. 2000.

SOM PM, BERGERON RT. Head and neck imaging. 3rd ed. St. Louis, **MO: Mosby Year Book**, 1991.

THILLAIKARASI R, BALAJI J, GUPTA B, et al. Cystic granular cell ameloblastoma. **J Maxillofac Oral Surg**. 2010.

VAYVADA H, MOLA F, MENDERES A, et al. 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**, 2006.