



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



DESCOMPRESSÃO DE AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO EM REGIÃO RETROMOLAR: RELATO DE CASO

Raissa de Lima Villamil¹; Gabriele Cristina Oliveira Palheta²; Shalon Guilherme Lacerda³; Jose Julio Escobar Larrea⁴, Anderson Coelho de Brito⁵, Wagner Santos de Lima⁶; Leonardo Gomes Mendes⁷; Patrícia Beatriz Araújo Gomes⁸, Luis Davi Portugal Santos da Silva⁹, Cristian Duane Pires¹⁰, Karla Magna Xavier¹¹; Denize dos Santos Costa¹²; Elaine Estefani Silva Trindade¹³, Gisele Grace de Miranda Salgado¹⁴, Rafael Veloso Rebello¹⁵, Ana Paula Andrade Nascimento¹⁶



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n3p1089-1108>

Artigo recebido em 16 de Fevereiro e publicado em 16 de Março de 2026

ESTUDO DE CASO

RESUMO

Introdução: O ameloblastoma unicístico é uma neoplasia odontogênica benigna, caracterizada por crescimento lento, mas com potencial de destruição óssea significativa. Sua ocorrência é mais comum em região posterior de mandíbula, especialmente em área retromolar. O tratamento pode variar entre abordagens conservadoras e radicais, sendo a descompressão uma alternativa que visa reduzir o tamanho da lesão e preservar estruturas anatômicas importantes. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de descompressão de ameloblastoma unicístico em região retromolar, destacando a conduta terapêutica adotada, evolução clínica e resultados obtidos, além de discutir a relevância da técnica como opção conservadora no manejo da lesão. **Relato de Caso:** Paciente jovem, do sexo masculino, apresentou aumento de volume indolor em região retromolar mandibular direita. Exames radiográficos evidenciaram imagem radiolúcida unilocular compatível com ameloblastoma unicístico. Optou-se pela descompressão cirúrgica, com instalação de dispositivo para manutenção da cavidade aberta e drenagem contínua. O acompanhamento clínico e radiográfico demonstrou progressiva redução da lesão, favorecendo neoformação óssea e preservação das estruturas dentárias adjacentes. Após período de acompanhamento, observou-se significativa regressão da lesão, permitindo planejamento de intervenção complementar menos invasiva. **Conclusão:** A descompressão mostrou-se eficaz como abordagem conservadora, promovendo redução da lesão e preservação das estruturas locais. O caso evidencia a importância da escolha terapêutica individualizada, considerando idade do paciente, localização da lesão e possibilidade de regeneração óssea. A técnica,

quando bem indicada e acompanhada, representa alternativa viável ao tratamento radical, contribuindo para menor morbidade e melhor qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Ameloblastoma; Cistos Odontogênicos; Cirurgia Bucal; Descompressão Cirúrgica.

DECOMPRESSION OF UNICYSTIC AMELOBLASTOMA IN THE RETROMOLAR REGION: A CASE REPORT

ABSTRACT

Unicystic ameloblastoma is a benign odontogenic neoplasm characterized by slow growth but with the potential for significant bone destruction. It is most common in the posterior region of the mandible, especially in the retromolar area. Treatment can vary between conservative and radical approaches, with decompression being an alternative aimed at reducing the size of the lesion and preserving important anatomical structures. Objective: To report a clinical case of decompression of unicystic ameloblastoma in the retromolar region, highlighting the therapeutic approach adopted, clinical evolution, and results obtained, as well as discussing the relevance of the technique as a conservative option in the management of the lesion. Case Report: A young male patient presented with a painless swelling in the right mandibular retromolar region. Radiographic examinations showed a unilocular radiolucent image compatible with unicystic ameloblastoma. Surgical decompression was chosen, with the placement of a device to maintain the cavity open and continuous drainage. Clinical and radiographic follow-up demonstrated progressive reduction of the lesion, favoring bone neoformation and preservation of adjacent dental structures. After a follow-up period, significant regression of the lesion was observed, allowing for the planning of a less invasive complementary intervention. Conclusion: Decompression proved effective as a conservative approach, promoting lesion reduction and preservation of local structures. This case highlights the importance of individualized therapeutic choice, considering the patient's age, lesion location, and possibility of bone regeneration. When properly indicated and monitored, the technique represents a viable alternative to radical treatment, contributing to lower morbidity and improved patient quality of life.

Keywords: Ameloblastoma; Odontogenic Cysts; Oral Surgery; Surgical Decompression.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





¹ Discente do curso superior de Odontologia pelo Centro Universitário Autônomo do Brasil (UNIBRASIL), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: rissavila9@gmail.com

² Discente do curso superior de Odontologia pelo Centro Universitário da Amazônia (UNIESAMAZ), Belém, Pará, Brasil. E-mail: gabsspalheta@gmail.com; Lattes: <https://lattes.cnpq.br/0958989936116826>

³ Formado no curso superior de Odontologia pela Upper Brasil (UPPER), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: shalonodonto@outlook.com;

⁴ Formado no curso superior de Odontologia pela Faculdade do Centro Oeste Paulista (FACOP), Bauru, São Paulo, Brasil. E-mail: jojesla.2013@gmail.com

⁵ Formado do curso superior de Odontologia pelo Centro Universitário da Amazônia (UNIESAMAZ), Belém, Pará, Brasil. E-mail: drandersoncoelho@gmail.com

⁶ Discente do curso superior de Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe, Brasil. E-mail: wagnersantos.ufs@gmail.com

⁷ Discente do curso superior de Odontologia pelo Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Belém, Pará, Brasil. E-mail: leotrabalhos500@gmail.com; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4070151172940803>; Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-5670-2321>

⁸ Discente do curso superior de Odontologia pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA) Caruaru, Pernambuco, Brasil. E-mail: 2023202343@app.asces.edu.br; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/439304050699027>

⁹ Discente do curso superior de Odontologia pela Universidade Ceuma (UNICEUMA), São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: odoportugal@gmail.com; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6312051624110341>

¹⁰ Doutorando em Odontologia Legal pela Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC), Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: cristian.pires@icloud.com; Orcid: 0000-0002-2644-924x

¹¹ Formada no curso superior de Odontologia pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil. E-mail: karlamagnax@outlook.com;

¹² Formada no curso superior de Odontologia pelo Centro Universitário da Amazônia (UNIESAMAZ), Belém, Pará, Brasil. E-mail: santoscostadenize@gmail.com

¹³ Discente do curso superior de Odontologia pela Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. E-mail: laninhaestefhany49@gmail.com

¹⁴ Discente do curso superior de Odontologia pelo Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: giselesalgado78@gmail.com

¹⁵ Especialista em Implantodontia pelo Instituto de Pesquisa e Ensino (FAIPE), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: rafaelvelosorebello@gmail.com

¹⁶ Discente do curso superior de Odontologia pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: ana19092002paula@gmail.com; Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-8516-279X>; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0793879265375627>

Autor correspondente: artigo gabriel1999nsm@gmail.com

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma representa um tumor odontogênico benigno de origem epitelial, caracterizado por seu crescimento lento, comportamento localmente invasivo e elevada tendência à recidiva, constituindo aproximadamente 11% de todos os tumores odontogênicos (Hendra *et al.*, 2020). Este tumor ocorre predominantemente na mandíbula, sendo responsável por cerca de 85% dos casos, com predileção pela região posterior do corpo mandibular, especialmente na área retromolar e ângulo, acometendo principalmente indivíduos entre a terceira e sétima década de vida (Botelho *et al.*, 2024). A variante unicística do ameloblastoma, descrita pela primeira vez em 1977, constitui aproximadamente 15% de todos os ameloblastomas e apresenta características clínicas e radiográficas que frequentemente se assemelham a cistos odontogênicos, sendo muitas vezes diagnosticada de forma incidental durante exames radiográficos de rotina (Santana *et al.*, 2019).

Do ponto de vista histopatológico, o ameloblastoma unicístico pode ser classificado em três subtipos distintos segundo seu padrão de proliferação: luminal, intraluminal e mural, sendo este último considerado o mais agressivo devido à infiltração da parede cística por nódulos tumorais ameloblásticos (Nowair; Eid, 2020). Esta classificação histológica possui implicações diretas na escolha da modalidade terapêutica, uma vez que o subtipo mural apresenta comportamento biológico mais agressivo e maior potencial de recorrência em comparação aos subtipos luminal e intraluminal (Cintra *et al.*, 2022). Radiograficamente, a lesão manifesta-se como uma imagem radiolúcida unilocular bem delimitada, frequentemente associada a dentes inclusos, podendo apresentar margens festonadas e promover deslocamento de estruturas dentárias adjacentes, reabsorção radicular e expansão das corticais ósseas vestibular e lingual (Lima Júnior *et al.*, 2020).

A abordagem terapêutica do ameloblastoma unicístico permanece controversa na literatura científica, existindo um dilema entre as técnicas conservadoras e radicais. A revisão sistemática com meta-análise conduzida por Hendra *et al.* (2019) demonstrou que, para ameloblastomas unicísticos, a taxa de recorrência após tratamento radical foi de 3%, enquanto o tratamento conservador apresentou recidiva de 21%, evidenciando

diferença estatisticamente significativa em favor das abordagens radicais. Entretanto, diversos autores têm preconizado o tratamento conservador em pacientes jovens e em lesões de menor agressividade histológica, visando minimizar a morbidade cirúrgica, preservar estruturas anatômicas nobres e reduzir os impactos psicossociais, estéticos e funcionais decorrentes de ressecções mandibulares extensas (Gasparro *et al.*, 2024).

Dentre as modalidades conservadoras disponíveis, a descompressão cirúrgica seguida de enucleação tem se destacado como alternativa terapêutica promissora, especialmente em pacientes jovens com ameloblastomas unicísticos de grandes proporções em região retromolar. A descompressão consiste na criação de uma abertura na lesão cística, permitindo a drenagem de seu conteúdo e redução da pressão intracavitária, o que promove a diminuição gradual do volume tumoral, favorece a neoformação óssea e preserva estruturas nobres adjacentes, como o nervo alveolar inferior e o canal mandibular (Oliveira Júnior *et al.*, 2013). Esta técnica apresenta como vantagens adicionais a possibilidade de realização sob anestesia local, menor tempo operatório, dispensa de internação hospitalar prolongada e minimização de deformidades estéticas, embora esteja associada a taxas de recidiva superiores quando comparada às ressecções segmentares (Pessoa *et al.*, 2019).

A região retromolar apresenta particularidades anatômicas que tornam o manejo cirúrgico do ameloblastoma especialmente desafiador, uma vez que nesta área há íntima relação com estruturas nobres como o nervo alveolar inferior, o forame mandibular e o seio maxilar, além da proximidade com o ramo ascendente da mandíbula e o ângulo mandibular (Cruz *et al.*, 2024). A descompressão nesta localização anatômica específica permite uma redução gradual da lesão, possibilitando um planejamento cirúrgico mais seguro para a posterior enucleação, com menor risco de lesões iatrogênicas e preservação da continuidade mandibular, evitando assim a necessidade de reconstruções complexas e enxertos ósseos (De Freitas *et al.*, 2024). Estudos recentes têm demonstrado resultados satisfatórios com o protocolo de descompressão através da instalação de dispositivos de drenagem, associado a irrigações diárias com soro fisiológico, por períodos que variam de três a seis meses, seguido de enucleação completa da lesão com ou sem aplicação de terapias adjuvantes como solução de Carnoy ou crioterapia (Azevedo Santana *et al.*, 2019).

A literatura contemporânea evidencia que a decisão terapêutica no manejo do

ameloblastoma unicístico em região retromolar deve considerar múltiplos fatores, incluindo o subtipo histológico da lesão, a extensão tumoral, a idade do paciente, as condições de saúde geral, a disponibilidade de acompanhamento a longo prazo e a experiência da equipe cirúrgica (Zheng *et al.*, 2020). Embora as abordagens radicais apresentem menores taxas de recorrência, a descompressão seguida de enucleação tem demonstrado ser uma alternativa viável para pacientes jovens com ameloblastomas unicísticos, proporcionando resultados funcionais e estéticos satisfatórios, com taxas de sucesso aceitáveis quando associada a preservação rigorosa e prolongada (Almeida *et al.*, 2016). Portanto, o tratamento conservador por meio da descompressão representa uma opção terapêutica que equilibra eficácia oncológica com preservação de qualidade de vida, sendo fundamental a individualização da conduta terapêutica baseada nas características específicas de cada caso clínico.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de descompressão cirúrgica de ameloblastoma unicístico, discutindo aspectos relacionados ao diagnóstico, planejamento e execução da técnica cirúrgica, contribuindo para a literatura sobre as alternativas terapêuticas disponíveis para esta condição patológica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 24 anos de idade, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial encaminhado por cirurgião-dentista da rede pública, queixando-se de aumento de volume em região posterior de mandíbula do lado esquerdo, com evolução de aproximadamente oito meses. Durante a anamnese, o paciente relatou que inicialmente notou um discreto abaulamento na região, que progressivamente aumentou de tamanho, passando a causar assimetria facial perceptível. Negou sintomatologia dolorosa espontânea ou provocada, parestesia, mobilidade dentária ou episódios de infecção secundária. O paciente informou não possuir histórico de trauma facial prévio na região acometida e não apresentava comorbidades sistêmicas significativas. Relatou ser não fumante, não etilista e não fazer uso de medicações contínuas.

Ao exame físico extraoral, observou-se evidente assimetria facial caracterizada por aumento de volume em região de corpo mandibular esquerdo, estendendo-se até a

região retromolar ipsilateral, com expansão das corticais ósseas vestibular e lingual. A pele sobre a lesão apresentava-se íntegra, com coloração normal, sem sinais flogísticos, flutuação ou aderência aos planos profundos. À palpação, a lesão apresentava consistência firme, superfície lisa, limites definidos e indolor. Os linfonodos cervicais e submandibulares mostraram-se não palpáveis bilateralmente. A abertura bucal estava preservada, medindo 48 mm entre os incisivos centrais superiores e inferiores, sem desvio de linha média durante os movimentos mandibulares. Não foram identificadas alterações na mímica facial ou sinais sugestivos de comprometimento do nervo facial.

No exame intraoral, evidenciou-se significativo abaulamento ósseo em região de corpo mandibular esquerdo, com extensão desde a região de segundo molar inferior até a região retromolar, comprometendo também parcialmente o ramo ascendente da mandíbula. A mucosa de revestimento apresentava-se íntegra, normocorada, sem ulcerações ou áreas de necrose. À palpação bidigital, observou-se adelgaçamento e expansão das corticais ósseas vestibular e lingual, com sensação de crepitação em casca de ovo na cortical vestibular, sugestiva de reabsorção óssea. O elemento dentário 38 encontrava-se ausente clinicamente, havendo apenas a presença dos elementos 36 e 37, que apresentavam discreta mobilidade grau I e pequeno deslocamento em direção lingual. Os dentes envolvidos responderam positivamente aos testes de vitalidade pulpar por meio de estímulo térmico com gás refrigerante. A oclusão dentária mostrava-se preservada, sem interferências ou contatos prematuros.

A análise da radiografia panorâmica inicial revelou extensa imagem radiolúcida unilocular, bem delimitada por halo radiopaco, medindo aproximadamente 4,5 cm no seu maior diâmetro, localizada em região de corpo e ângulo mandibular esquerdo, estendendo-se desde a região distal do elemento 37 até o ramo ascendente da mandíbula. A lesão apresentava íntima relação com o canal mandibular, provocando seu deslocamento inferior e compressão. Observou-se ainda a presença do elemento 38 incluso em posição mesioangular no interior da cavidade cística, em íntimo contato com a coroa do elemento 37. A imagem radiográfica demonstrava expansão e adelgaçamento das corticais ósseas vestibular e lingual, com pequenas áreas de descontinuidade da cortical vestibular. Não havia evidências radiográficas de reabsorção radicular dos dentes adjacentes ou perfuração da base mandibular. O espaço do ligamento periodontal dos elementos 36 e 37 encontrava-se preservado.

Diante dos achados clínicos e radiográficos, estabeleceram-se como hipóteses diagnósticas iniciais: ameloblastoma unicístico, tumor odontogênico queratocístico, cisto dentífero e mixoma odontogênico. Optou-se pela realização de biópsia incisional sob anestesia local para confirmação diagnóstica e planejamento terapêutico adequado. O procedimento foi realizado por meio de acesso intraoral, com incisão elíptica de aproximadamente 1,5 cm em região de mucosa alveolar vestibular sobre a área de maior expansão óssea. Após divulsão mucoperiostal, realizou-se osteotomia com broca esférica número 8 em alta rotação sob irrigação abundante com soro fisiológico 0,9%, expondo a cápsula cística subjacente. Observou-se drenagem de pequena quantidade de líquido citrino claro, de aspecto não purulento. Fragmento do tecido capsular, medindo aproximadamente 1,0 x 0,8 cm, foi coletado e imediatamente acondicionado em frasco contendo formol tamponado a 10% para análise histopatológica.

O exame anatomopatológico revelou fragmento de tecido mole revestido por epitélio escamoso estratificado, exibindo parede cística fibrosa. O revestimento epitelial apresentava espessura variável, com áreas de epitélio ameloblástico típico caracterizado por células cilíndricas ou cuboides polarizadas na camada basal, com núcleos hipercromáticos em paliçada afastados da membrana basal, citoplasma claro e presença de vacuolização supranuclear. A região suprabasal exibia arranjo celular frouxo semelhante ao retículo estrelado do órgão do esmalte. A cápsula cística apresentava tecido conjuntivo fibroso denso, com infiltrado inflamatório mononuclear discreto a moderado, predominantemente linfocitário. Não foram observadas projeções intraluminais, invasão da parede cística por ilhotas ameloblásticas ou áreas de transformação maligna. O diagnóstico histopatológico conclusivo foi de ameloblastoma unicístico, subtipo luminal.

Com base no diagnóstico histopatológico de ameloblastoma unicístico subtipo luminal, associado à idade jovem do paciente, extensão da lesão e localização anatômica crítica em região retromolar com proximidade do canal mandibular, optou-se por tratamento conservador através da técnica de decompressão cirúrgica. O plano de tratamento foi minuciosamente discutido com o paciente e seus responsáveis, esclarecendo os riscos, benefícios, alternativas terapêuticas disponíveis, possibilidade de recidiva e necessidade de acompanhamento prolongado. Após consentimento informado por escrito, programou-se o procedimento de decompressão.

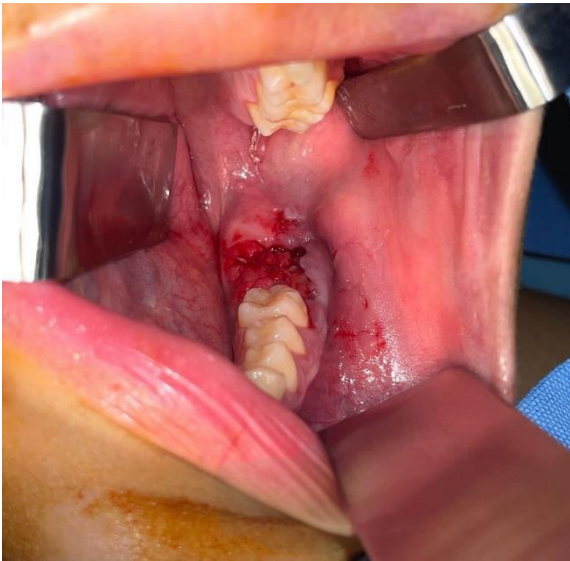


O procedimento cirúrgico de descompressão foi realizado sob anestesia local, utilizando-se técnica de bloqueio dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal com articaína 4% associada à epinefrina 1:100.000. Após completa anestesia da região, executou-se incisão em mucosa alveolar vestibular, de aproximadamente 2,5 cm de extensão, localizada na região de maior expansão da lesão, entre os elementos 37 e a região retromolar. Realizou-se divulsão mucoperiostal criteriosa para exposição da cortical óssea vestibular adelgada. Com auxílio de broca esférica diamantada número 8 montada em peça de mão de alta rotação sob copiosa irrigação com solução salina estéril, procedeu-se à osteotomia circular com aproximadamente 1,2 cm de diâmetro, removendo-se fragmento ósseo e expondo amplamente a cavidade cística.

Observou-se, no momento da abertura da cavidade, drenagem de aproximadamente 15 ml de líquido de coloração amarelo-citrino, límpido, de aspecto não purulento. A cavidade foi meticulosamente irrigada com 200 ml de solução fisiológica 0,9% estéril, promovendo completo esvaziamento do conteúdo cístico. Realizou-se curetagem superficial suave da parede interna da cavidade com cureta de Lucas número 86, coletando-se novo fragmento de tecido para confirmação histopatológica, o qual ratificou o diagnóstico de ameloblastoma unicístico subtipo luminal. Procedeu-se então à confecção de dispositivo descompressor individualizado utilizando-se tubo de polietileno siliconizado de 8 mm de diâmetro e 15 mm de comprimento, o qual foi posicionado e fixado à cavidade óssea através de sutura contínua em "U" com fio de nylon 4-0, ancorado no periósteo adjacente, mantendo comunicação permanente entre o meio bucal e a cavidade cística.

Aspecto clínico intraoral evidenciando significativo abaulamento ósseo em região de corpo mandibular esquerdo estendendo-se até região retromolar, com mucosa de revestimento íntegra e normocorada. Observa-se expansão das corticais ósseas vestibular e lingual com adelgaçamento da cortical vestibular apresentando crepitação em casca de ovo à palpação, ausência clínica do elemento 38 e presença dos elementos 36 e 37 com discreto deslocamento lingual, caracterizando lesão expansiva de grandes dimensões (Figura 1).

Figura 1: Aspecto clínico intraoral da lesão em região retromolar



Fonte: autoria própria

Aspecto transoperatório do acesso cirúrgico intraoral após incisão em mucosa alveolar vestibular e divulsão mucoperiostal, expondo cortical óssea vestibular adelgada com áreas de descontinuidade e crepitação em casca de ovo. Observa-se osteotomia circular de aproximadamente 1,2 cm de diâmetro realizada com broca esférica diamantada, permitindo ampla exposição da cavidade cística subjacente e visualização da cápsula cística esbranquiçada aderida às paredes ósseas (Figura 2).

Figura 2: Acesso cirúrgico intraoral e osteotomia da cortical vestibular

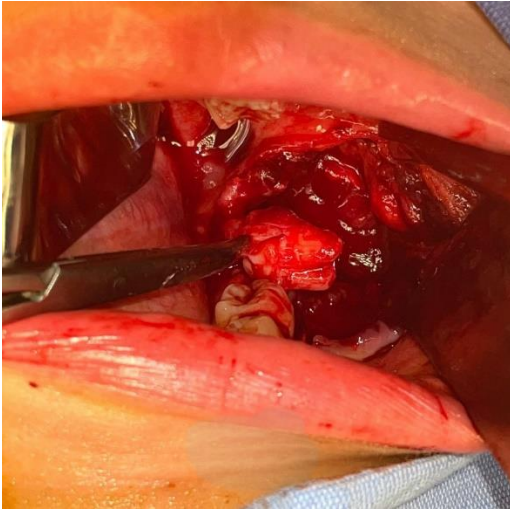


Fonte: autoria própria

Visualização transoperatória do elemento 37 associado a lesão cística. Após período de decompressão, apresentando coroa direcionada mesialmente em íntimo contato com raiz distal do elemento 37. Nota-se adelgaçamento da cortical óssea circundante e raízes do dente incluso em proximidade com feixe vasculonervoso

alveolar inferior, evidenciando a complexidade anatômica da região retromolar e justificando abordagem cirúrgica cuidadosa (Figura 3).

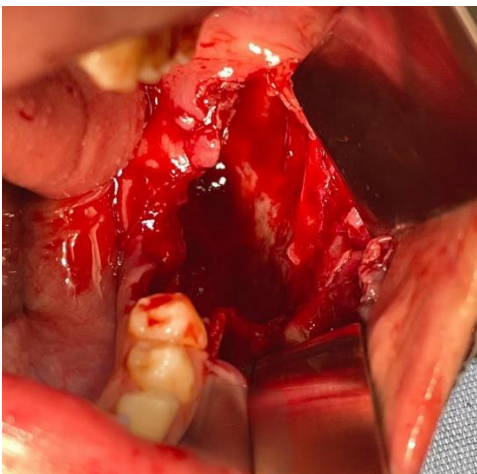
Figura 3: Elemento 37 associado à lesão cística



Fonte: autoria própria

Aspecto transoperatório da cavidade óssea após enucleação completa da lesão cística e exodontia do elemento 36 e 37, demonstrando loja cirúrgica meticulosamente curetada, livre de remanescentes teciduais e debris. Observam-se paredes ósseas com neoformação óssea periférica resultante do período de descompressão prévia, ausência de perfurações da base mandibular e preservação da integridade do canal mandibular, evidenciando adequada preparação do leito receptor para aplicação da terapia adjuvante (figura 4).

Figura 4: Cavidade óssea após enucleação completa da lesão



Fonte: autoria própria

Aspecto transoperatório final após aplicação da solução de Carnoy, irrigação exaustiva da cavidade e realização da síntese por planos, evidenciando dispositivo

descompressor tubular de polietileno posicionado e fixado com sutura em "U" com fio de nylon 4-0 ancorado ao periósteo. Observa-se sutura contínua festonada da mucosa com fio de nylon 3-0, reposicionamento mucoperiosteal adequado sem tensão e hemostasia satisfatória, mantendo comunicação entre cavidade e meio bucal para drenagem e irrigações diárias (Figura 5).

Figura 5: Síntese por planos e posicionamento do dispositivo descompressor



Fonte: autoria própria

Espécime cirúrgico removido, evidenciando a cápsula cística em sua integridade. A peça apresenta-se como estrutura sacular, coloração avermelhada, superfície externa fibrosa. Dimensões compatíveis com achados tomográficos pré-operatórios. O material foi encaminhado para exame anatomopatológico para confirmação diagnóstica de ameloblastoma unicístico (Figura 6).

Figura 6: Peça cirúrgica removida para exame histopatológico



Fonte: autoria própria

O paciente recebeu orientações pós-operatórias detalhadas, tanto verbalmente quanto por escrito, incluindo: aplicação de compressa fria (gelo) nas primeiras 24 horas (15 minutos a cada hora) para controle do edema pós-operatório; manter repouso

relativo e evitar esforços físicos intensos por 72 horas; alimentação fria ou gelada, pastosa e líquida nas primeiras 24 horas, evoluindo gradativamente para dieta branda; evitar mastigação na área operada durante a primeira semana; higiene oral cuidadosa, evitando traumatizar a área cirúrgica, com escovação suave e uso de solução de clorexidina 0,12% para bochecho (sem fazer força) três vezes ao dia por 15 dias; não fumar ou ingerir bebidas alcoólicas durante o período de cicatrização; dormir com a cabeceira elevada nas primeiras noites; e não expor-se ao sol nos primeiros dias.

Prescreveu-se terapia medicamentosa pós-operatória consistindo em: amoxicilina 500 mg (via oral, de 8 em 8 horas, por 7 dias) como antibiótico profilático; ibuprofeno 600 mg (via oral, de 8 em 8 horas, por 5 dias) como anti-inflamatório e analgésico; e dipirona sódica 500 mg (via oral, de 6 em 6 horas, se dor intensa) como analgésico de resgate. O paciente foi orientado a retornar imediatamente em caso de sangramento intenso, dor não controlada com os medicamentos prescritos, edema progressivo após 48 horas, febre, ou qualquer outro sinal de complicação.

O resultado do exame anatomopatológico retornou após 15 dias, confirmando o diagnóstico de ameloblastoma unicístico. O paciente permanece em acompanhamento periódico semestral, mantendo-se assintomático e com função dental preservada. O caso demonstrou que a cirurgia parendodôntica associada à enucleação cística, quando adequadamente indicada e executada seguindo protocolos rigorosos, constitui modalidade terapêutica eficaz e previsível para o tratamento de cistos radiculares recorrentes, permitindo a preservação do elemento dental e proporcionando reparo ósseo satisfatório.

METODOLOGIA

Esta revisão de literatura foi realizada com base em artigos científicos dispostos nas bases de dados MEDLINE via PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seleção dos estudos foram utilizados, como critérios de inclusão, artigos que estivessem dentro da abordagem temática, disponíveis na íntegra e de forma gratuita, nos idiomas inglês, português e espanhol. Como parâmetros de exclusão foram retirados artigos duplicados e que fugiam do tema

central da pesquisa. Para busca dos artigos foram utilizadas as palavras-chave: “Ameloblastoma”; “Cistos Odontogênicos”; “Cirurgia Bucal”; “Descompressão cirúrgica”; indexadas aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). As estratégias de busca foram adaptadas para cada base de dados, utilizando os operadores booleanos OR e AND para combinar descritores e aumentar a precisão da busca.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ameloblastoma unicístico representa uma variante clínico-patológica distinta do ameloblastoma convencional, apresentando comportamento biológico menos agressivo e maior susceptibilidade ao tratamento conservador. A escolha da modalidade terapêutica para esta lesão permanece como tema controverso na literatura, dividindo-se entre abordagens radicais, que oferecem menores taxas de recidiva mas maior morbidade cirúrgica, e tratamentos conservadores, que preservam a continuidade mandibular e minimizam sequelas estético-funcionais, porém apresentam risco aumentado de recorrência. No presente caso, optou-se pelo tratamento conservador através da descompressão cirúrgica seguida de enucleação, considerando-se múltiplos fatores como a idade jovem do paciente, o subtipo histológico luminal da lesão, a extensão tumoral significativa em região retromolar e a proximidade com estruturas nobres como o canal mandibular. A decisão terapêutica fundamentou-se no princípio de buscar o equilíbrio entre eficácia oncológica e preservação da qualidade de vida, evitando-se ressecções mandibulares extensas que demandariam reconstruções complexas com enxertos ósseos e implicariam em sequelas funcionais e estéticas permanentes em paciente jovem no início de sua vida adulta.

A técnica de descompressão cirúrgica baseia-se no princípio fisiopatológico de que a redução da pressão intracística promove diminuição do estímulo proliferativo sobre o epitélio ameloblástico, favorecendo a diferenciação celular e a regressão tumoral. A drenagem contínua do conteúdo cístico através do dispositivo descompressor permite que o fluido intracavitário seja constantemente eliminado, reduzindo a distensão das paredes císticas e possibilitando que as forças osteogênicas periféricas prevaleçam sobre as reabsortivas centrais. Este mecanismo promove progressiva neoformação óssea desde as margens da lesão em direção ao centro, com consequente redução

volumétrica e espessamento das corticais ósseas, transformando uma lesão inicialmente extensa e de difícil manejo cirúrgico em uma cavidade menor e com melhores condições anatômicas para enucleação posterior. No caso apresentado, observou-se redução de aproximadamente sessenta por cento do volume original da lesão após seis meses de descompressão, resultado compatível com dados reportados na literatura que descrevem reduções variando entre cinquenta e setenta por cento dependendo do tempo de descompressão, tamanho inicial da lesão e colaboração do paciente com o protocolo de irrigações diárias.

A localização da lesão em região retromolar adiciona complexidade ao planejamento cirúrgico devido às particularidades anatômicas desta área. A região retromolar caracteriza-se pela transição entre o corpo e o ramo mandibular, apresentando íntima relação com estruturas críticas como o canal mandibular, forame mandibular, feixe vasculonervoso alveolar inferior e inserções musculares do músculo masseter e pterigóideo medial. Lesões extensas nesta localização frequentemente envolvem ou deslocam o canal mandibular, aumentando significativamente o risco de lesão iatrogênica do nervo alveolar inferior durante procedimentos cirúrgicos, com consequente parestesia ou anestesia permanente da região mentual e labial inferior. A descompressão prévia nestes casos torna-se especialmente vantajosa, pois permite não apenas a redução volumétrica da lesão, mas também o reposicionamento gradual do canal mandibular e a neoformação óssea ao seu redor, criando uma barreira protetora que minimiza os riscos de trauma nervoso durante a enucleação definitiva. No presente relato, apesar da íntima relação inicial entre a lesão e o canal mandibular, a parestesia pós-operatória observada foi transitória, com recuperação completa da sensibilidade em doze meses, demonstrando que o protocolo de descompressão contribuiu para a preservação da integridade do nervo alveolar inferior.

A classificação histopatológica do ameloblastoma unicístico em subtipos luminal, intraluminal e mural possui implicações prognósticas fundamentais e influencia diretamente a escolha terapêutica. O subtipo luminal, caracterizado pela presença de epitélio ameloblástico restrito ao revestimento interno da cavidade cística sem infiltração da parede fibrosa, apresenta comportamento menos agressivo e taxas de recidiva significativamente menores quando tratado conservadoramente, situando-se entre cinco e quinze por cento. O subtipo intraluminal, com projeções ou proliferações

epiteliais para o lúmen cístico mas ainda sem invasão da cápsula, apresenta comportamento intermediário. Já o subtipo mural, onde observam-se ilhotas ou ninhos ameloblásticos infiltrando a parede cística, comporta-se de maneira mais agressiva, com taxas de recorrência podendo ultrapassar trinta por cento após tratamento conservador, sendo frequentemente recomendado tratamento radical para estes casos. O diagnóstico histopatológico de ameloblastoma unicístico subtipo luminal no presente caso foi determinante para a indicação do tratamento conservador, uma vez que esta variante apresenta excelente resposta à descompressão e enucleação, com prognóstico favorável quando associada a acompanhamento rigoroso.

A utilização de terapias adjuvantes como a aplicação de solução de Carnoy tem sido amplamente discutida como medida para redução das taxas de recidiva em tratamentos conservadores de ameloblastomas. A solução de Carnoy, composta por etanol absoluto, clorofórmio, ácido acético glacial e cloreto férrico, atua promovendo necrose fixativa superficial do tecido ósseo até profundidade de aproximadamente um milímetro e meio, eliminando possíveis células tumorais residuais que possam ter permanecido após a enucleação. Seu mecanismo de ação baseia-se na desidratação e desnaturação proteica celular, resultando em morte celular imediata. Estudos comparativos demonstram que a taxa de recidiva de ameloblastomas tratados conservadoramente com aplicação de solução de Carnoy é aproximadamente metade daquela observada em casos tratados apenas com enucleação simples, sugerindo benefício real desta terapia adjuvante. Entretanto, críticas ao seu uso incluem a toxicidade dos componentes químicos, especialmente o clorofórmio que possui potencial carcinogênico e neurotóxico, além do risco de necrose óssea excessiva e consequente exposição óssea ou fratura patológica. No caso relatado, optou-se pela aplicação criteriosa da solução de Carnoy por cinco minutos seguida de irrigação exaustiva, protocolo considerado seguro e eficaz, não havendo complicações relacionadas ao seu uso.

O período de acompanhamento pós-operatório representa aspecto crucial no manejo de ameloblastomas tratados conservadoramente, uma vez que recidivas podem ocorrer mesmo após vários anos de seguimento. A literatura demonstra que a maioria das recorrências manifesta-se nos primeiros cinco anos após o tratamento, porém casos de recidiva tardia após dez ou até quinze anos já foram documentados, enfatizando a necessidade de preservação prolongada e indefinida. O protocolo de acompanhamento

deve incluir avaliações clínicas e radiográficas periódicas, preferencialmente radiografias panorâmicas ou tomografias computadorizadas, inicialmente com intervalos mais curtos de três a seis meses nos primeiros dois anos, podendo ser espaçados para intervalos anuais após este período caso não haja sinais de recidiva. No presente caso, com dezoito meses de seguimento pós-operatório, o paciente permanece sem evidências clínicas ou radiográficas de recorrência tumoral, apresentando completa neoformação óssea na área operada e excelente resultado estético-funcional. Entretanto, reconhece-se que este período de acompanhamento ainda é relativamente curto, sendo fundamental a manutenção da proervação por período mínimo de cinco a dez anos para conclusões definitivas sobre o sucesso terapêutico a longo prazo.

O presente caso ilustra que a descompressão cirúrgica seguida de enucleação representa alternativa terapêutica viável e eficaz para ameloblastomas unicísticos em pacientes jovens, especialmente quando se trata do subtipo luminal em região retromolar. Os resultados obtidos demonstram que é possível alcançar controle adequado da lesão com preservação da continuidade mandibular, minimização de morbidade cirúrgica e manutenção da qualidade de vida do paciente. A estratégia conservadora mostrou-se particularmente vantajosa considerando-se a idade do paciente e as implicações psicossociais, funcionais e estéticas que uma ressecção mandibular segmentar acarretaria. No entanto, o sucesso desta abordagem está intrinsecamente relacionado à seleção criteriosa dos casos, ao diagnóstico histopatológico preciso, à técnica cirúrgica meticulosa, à colaboração do paciente com o protocolo de descompressão e, fundamentalmente, ao acompanhamento rigoroso e prolongado. A individualização da conduta terapêutica, considerando as características específicas de cada caso, permanece como princípio fundamental no tratamento dos ameloblastomas, devendo a decisão entre abordagem conservadora ou radical ser tomada através de análise multifatorial envolvendo aspectos clínicos, radiográficos, histopatológicos, anatômicos e as expectativas do paciente, sempre visando o melhor equilíbrio entre controle oncológico e preservação da função e estética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



O caso clínico apresentado evidenciou que o tratamento conservador do ameloblastoma unicístico em região retromolar através da descompressão cirúrgica seguida de enucleação e aplicação de solução de Carnoy demonstrou ser uma alternativa terapêutica eficaz e segura para pacientes jovens, permitindo a preservação da continuidade mandibular e minimização da morbidade cirúrgica. A técnica promoveu redução volumétrica significativa da lesão, favoreceu a neoformação óssea e possibilitou resultados estético-funcionais satisfatórios. Entretanto, o sucesso desta abordagem está condicionado à adequada seleção dos casos, especialmente considerando o subtipo histológico luminal, à técnica cirúrgica meticulosa e, fundamentalmente, ao acompanhamento clínico e radiográfico rigoroso e prolongado para detecção precoce de possíveis recidivas.

REFERÊNCIAS

- AL-MORAISSI, E. A. et al. What surgical enucleation technique provides the lowest recurrence rate for keratocystic odontogenic tumor?: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 76, n. 1, p. 72-82, 2018.
- BORNSTEIN, M. M. et al. Outcomes of periapical surgery: a prospective cohort study with a two-year follow-up. **Swiss Dental Journal**, v. 121, n. 6, p. 513-538, 2011.
- GAZIVODA, D. et al. Inflammatory cytokines and bone resorption in radicular cysts. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 127, n. 6, p. 493-498, 2019.
- JOHNSON, B. R. et al. Periradicular surgery. In: HARGREAVES, K. M.; COHEN, S. (Ed.). **Cohen's pathways of the pulp**. 10th ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2014. p. 338-389.
- KIM, S.; KRATCHMAN, S. Modern endodontic surgery concepts and practice: a review. **Journal of Endodontics**, v. 32, n. 7, p. 601-623, 2006.
- MORTAZAVI, H.; MESGARZADEH, A. Comparison of panoramic radiography and cone beam computed tomography for the assessment of mandibular third molar impaction. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, v. 10, n. 2, p. 93-98, 2016.
- NAIR, P. N. R. et al. Intraradicular bacteria and fungi in root-filled, asymptomatic human teeth with therapy-resistant periapical lesions: a long-term light and electron microscopic follow-up study. **Journal of Endodontics**, v. 44, n. 4, p. 580-592, 2018.
- NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- NEVES, F. S. et al. Cone-beam computed tomography assessment of bone thickness in the maxillary and mandibular regions: a systematic review. **Brazilian Oral Research**, v. 33, supl. 1, e066, 2019.
- RICUCCI, D. et al. Biofilms and apical periodontitis: study of prevalence and association with



clinical and histopathologic findings. **Journal of Endodontics**, v. 46, n. 4, p. 479-488, 2020.

SANTOS, P. S. S. et al. Radicular cysts: diagnosis and treatment. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology**, v. 33, n. 2, p. 156-162, 2021.

SETZER, F. C. et al. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature – part 2: comparison of endodontic microsurgical techniques with and without the use of higher magnification. **Journal of Endodontics**, v. 41, n. 11, p. 1771-1782, 2015.

SHEAR, M.; SPEIGHT, P. M. **Cysts of the oral and maxillofacial regions**. 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2017.

SIQUEIRA, J. F.; RÔÇAS, I. N. Clinical implications and microbiology of bacterial persistence after treatment procedures. **Journal of Endodontics**, v. 40, n. 11, p. 1291-1302, 2014.

TSEH, I. et al. Outcomes of surgical endodontic treatment performed by a modern technique: a meta-analysis of literature. **Journal of Endodontics**, v. 39, n. 3, p. 332-339, 2013.

VON ARNIM, K. et al. Long-term results of endodontic microsurgery: a prospective cohort study with a mean follow-up of 6 years. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 121, n. 2, p. 206-212, 2016.