

# RECONSTRUÇÃO DE MANDÍBULA COM RETALHO LIVRE DA FÍBULA EM UM CASO DE AMELOBLASTOMA

## MANDIBULE RECONSTRUCTION WITH FREE FIBULA FLAP IN AN AMELOBLASTOMA CASE

Fabrizio Rezende AMARAL<sup>1</sup>; Thalita RIOS<sup>2</sup>; Patricia Alves Drummond de OLIVEIRA<sup>3</sup>; Carlos Henrique Bettoni Cruz de CASTRO<sup>4</sup>; Gustavo Meyer de MORAES<sup>5</sup>; Soraya de Mattos Camargo Grossmann ALMEIDA<sup>6</sup>; Antônio Albuquerque de BRITO<sup>7</sup>

1 - Doutor em Farmacologia Bioquímica e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Professor Titular do Curso de Odontologia da Faculdade de Estudos Administrativos (FEAD) e do Centro Universitário Newton Paiva.

2 - Bacharel em Odontologia pela Faculdade de Estudos Administrativos (FEAD).

3 - Doutora e Mestre em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Professora Adjunta e Coordenadora do Curso de Odontologia da Faculdade de Estudos Administrativos (FEAD).

4 - Mestre em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Professor do Curso de Aperfeiçoamento em Cirurgia Bucomaxilofacial da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG).

5 - Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Coordenador do Programa de Residência Médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG).

6 - Doutora em Odontologia (Patologia Bucal) pela Universidade Federal de Minas Gerais, Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC-MG).

7 - Mestre em Odontologia pela Universidade Metodista de São Paulo.

### RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de ameloblastoma na mandíbula, do tipo histológico plexiforme, com remoção completa da lesão e reconstrução com enxerto livre da fíbula. Materiais e métodos: Paciente do sexo feminino, 19 anos de idade, ASA I, atendida na Clínica Odontológica da Faculdade de Estudos Administrativos (FEAD), em Belo Horizonte, queixando-se de inchaço e incômodo na mandíbula do lado direito. O diagnóstico foi dado por exames clínicos e radiográficos e confirmado pelo exame anatomopatológico, que indicou ameloblastoma do tipo histológico plexiforme. O tratamento foi a hemimandibulectomia por meio do acesso submandibular do lado direito e reconstrução da área removida com enxerto livre da fíbula da paciente. Resultados: Remoção total da lesão com margem de segurança, reconstrução mandibular com placa óssea removida da fíbula. No pós-operatório foi realizada a laserterapia para melhor cicatrização e encaminhamento para tratamento fonoaudiológico para ajudar na

fonética e recuperação da função muscular, devido à excisão do nervo alveolar inferior, que teve como consequência uma parestesia definitiva comprometendo a fonética e a função. A paciente encontra-se há 2 anos sem sinais de reaparecimento do tumor e ausência de alterações funcionais. Conclusão: O tratamento adequado para este tipo de lesão neoplásica é controverso e sua indicação deve ser individualizada. A ressecção marginal é o tratamento mais seguro por remover completamente a lesão, determinar a cura por longo prazo e favorecer menor taxa de recorrência. A reconstrução mandibular com fíbula é considerada padrão-ouro por apresentar benefícios trans e pós-operatórios, levando-se em consideração riscos, benefícios e impacto na qualidade de vida do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ameloblastoma; Enxerto livre fibular; Reconstrução mandibular.

### INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um tumor odontogênico benigno que tem origem nos remanescentes da lâmina dentária, na porção epitelial do órgão dentário, epitélio de revestimento de cistos ou das células da camada basal da mucosa bucal<sup>1</sup>. Esse tumor, normalmente, acomete a região posterior de corpo e ramo ascendente da mandíbula e apresenta crescimento lento e progressivo, sendo localmente agressivo e com altas taxas de recidivas<sup>2,3</sup>.

Pelo fato de possuir caráter infiltrativo através das trabéculas ósseas dos maxilares, esse tumor provoca expansão das corticais

vestibular e lingual e pode atingir estruturas vitais. Clinicamente o ameloblastoma é dividido em três tipos: ameloblastoma; ameloblastoma unicístico; ameloblastoma periférico ou extra-ósseo e ameloblastoma maligno<sup>1,4</sup>. Entre estes, o convencional é considerado o mais comum, representando 86% dos casos<sup>3-6</sup>. Independente do seu comportamento agressivo, raramente esses tumores apresentam metástases, com uma taxa menor do que 1% dos ameloblastomas. Quando são encontradas metástases, as áreas mais comuns são o pulmão e os ossos<sup>1,7</sup>.

Normalmente, o ameloblastoma é assintomático e, muitas vezes, é descoberto em exames radiográficos de rotina. Algumas

características como alteração na oclusão, edema facial, mobilidade dentária, processos ulcerativos na mucosa oral, podem ser encontrados em associação a algumas lesões<sup>8</sup>. Além disso, a reabsorção das raízes dos dentes e a presença de um terceiro molar inferior impactado são condições radiográficas comuns associadas ao ameloblastoma<sup>19</sup>.

Radiograficamente, o aspecto clássico é uma lesão radiolúcida multilocular ou unilocular com padrão de “bolhas de sabão” ou “favos de mel” que variam de acordo com o tamanho de suas loculações<sup>10,11</sup>. Existem alguns achados radiológicos sugestivos como reabsorção radicular e migração dentária<sup>11,12</sup>.

Histologicamente esse tumor apresenta vários padrões que são: plexiforme, folicular, acantomatoso, desmoplásico, de células granulomatosas e de células basais. Clinicamente não há diferenças entre esses diferentes padrões. Os tipos mais encontrados são os padrões plexiforme e folicular. O exame histopatológico do fragmento, obtido por meio de biopsia, é fundamental para a confirmação do diagnóstico do ameloblastoma bem como do seu subtipo histológico<sup>1,3-5,9,13</sup>.

O ameloblastoma do tipo plexiforme é um dos subtipos mais comuns e tem como características histológicas a presença de cordões longos de epitélio odontogênico anastomosados, o qual são bem delimitados por células colunares ou cúbicas. Estas células são semelhantes aos ameloblastos, envolvendo centralmente células epiteliais arranjadas frouxamente que lembram o retículo estrelado<sup>1,3,14</sup>.

As modalidades cirúrgicas consideradas como conservadoras para o tratamento do ameloblastoma incluem procedimentos como curetagem, enucleação, marsupialização, criocirurgia, uso de soluções adjuvantes, osteotomias periféricas ou associação destas<sup>15</sup>. Já os tratamentos radicais são as mandibulectomias e maxilectomias, podendo ser totais ou parciais. A opção pela realização do tratamento radical ocorre em função de o tumor apresentar um comportamento altamente invasivo e destrutivo no interior do trabeculado ósseo, evolução silenciosa e possibilidade de recidiva quando instituída terapia conservadora. Além disso, na maioria dos casos, o diagnóstico é feito já em um estágio avançado da neoplasia. Dessa forma, há a necessidade de reconstrução da área removida com enxerto ósseo ou materiais biocompatíveis<sup>16</sup>.

Visto que existem várias formas de tratamento para esse tumor benigno, a ressecção cirúrgica associada ao enxerto ósseo autógeno não é comum para alguns tipos de ameloblastomas, por ser um procedimento muito invasivo. Portanto, o objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de paciente com ameloblastoma localizado na região de corpo da mandíbula, do tipo plexiforme, que foi tratado com hemimandibulectomia, com remoção de todo o bloco da área afetada e colocação de enxerto ósseo autógeno retirado da fíbula.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 19 anos de idade, classificada como ASA I, atendida na Clínica Odontológica da Faculdade de Estudos Administrativos (FEAD) de Belo Horizonte, queixando-se de inchaço e incômodo na mandíbula do lado direito e para exodontia dos terceiros molares. Durante a realização do exame objetivo observou-se na avaliação extraoral um discreto aumento de volume do lado direito, na região de corpo

da mandíbula, com sintomatologia dolorosa à palpação (Figura 1). No exame intraoral observou-se na região próxima ao dente 47 uma lesão tumoral com áreas ulcerativas e eritematosas, além da presença de secreção purulenta na região de contato da lesão com a superfície vestibular da coroa do dente 47 (Figura 2).

Foi solicitada à paciente a realização de um exame tomográfico. No exame tomográfico observou-se, na reconstrução panorâmica, imagem hipodensa, unilocular, bem definida, no corpo da mandíbula do lado direito, estendendo-se da região do dente 47 até o ramo da mandíbula com a presença do dente 48 associado e deslocado posteriormente em direção ao ramo da mandíbula. Este se encontrava incluso e impactado. A imagem mostrou extensão da lesão em direção à base da mandíbula com envolvimento do canal mandibular (Figura 3).



Figura 1 - Paciente em vista frontal apresentando aumento de volume do lado direito da região de corpo da mandíbula



Figura 2 - Exame intra oral mostrando crescimento intra oral do tumor na região do dente 47



Figura 3 - Reconstrução panorâmica feita a partir do exame tomográfico mostrando imagem hipodensa, unilocular bem delimitada, no corpo da mandíbula estendendo à região de ramo mandibular com deslocamento do canal mandibular e do dente 48

A paciente foi encaminhada para consulta com o cirurgião bucomaxilofacial para realização da biópsia incisional. Foi realizada punção aspiratória prévia à biópsia, que foi negativa para conteúdo líquido. O fragmento da lesão removida durante a biópsia foi acondicionado em um recipiente contendo formol a 10% e a peça foi encaminhada para realização da análise anatomopatológica.

O laudo histopatológico revelou neoplasia odontogênica caracterizada pela proliferação de cordões e ninhos de epitélio odontogênico que se encontravam anastomosados. Esses cordões e ninhos são formados por células colunares ou cúbicas que se assemelham a ameloblastos delimitando células arranjadas frouxamente no seu interior. O diagnóstico anatomopatológico foi de ameloblastoma do tipo plexiforme (Figura 4).

A paciente foi encaminhada para o médico cirurgião de cabeça e pescoço, que em conjunto com o cirurgião bucomaxilofacial e o médico ortopedista planejaram como forma de tratamento a hemimandibulectomia, que é a ressecção total da lesão com margem de segurança sob anestesia geral, por meio do acesso submandibular do lado direito e reconstrução da área removida com enxerto livre da fíbula da paciente. Realizou-se o planejamento prévio com a prototipagem, em que o biomodelo permitiu no pré-operatório a modelagem da placa óssea de reconstrução mandibular utilizada da fíbula da própria paciente (Figura 5), facilitando sobremaneira a fixação da placa e dos parafusos de titânio no procedimento de reconstrução (Figura 6). A prototipagem é importante por permitir uma avaliação criteriosa e dessa forma obter uma melhor previsibilidade de tratamento. Após a remoção, a peça cirúrgica foi encaminhada para análise anátomo-histopatológica (Figura 7).

Após o procedimento cirúrgico foi realizada a laserterapia para melhor cicatrização da área operada. Esta terapêutica age como um biomodelador e possui efeitos terapêuticos como ação analgésica e anti-inflamatória, auxilia na regeneração nervosa, estimula a cicatrização de feridas e do tecido ósseo<sup>17</sup>. A paciente foi encaminhada para tratamento fonoaudiológico, que pode ajudar na fonética e recuperação da função muscular, devido à excisão do nervo alveolar inferior, que teve como consequência uma parestesia definitiva comprometendo a fonética e a função. A paciente encontra-se há 2 (dois) anos em acompanhamento, sem sinais de reaparecimento do tumor e ausência de alterações funcionais, além de ter sido reestabelecida de forma satisfatória a estética facial (Figuras 8 e 9).

## DISCUSSÃO

O caso clínico apresentado relata um ameloblastoma para qual se indicou a terapia radical de ressecção em bloco e reconstrução imediata com enxerto da fíbula.

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno que se origina de remanescentes da porção ectodérmica do órgão dentário. Segundo Cavalcante et al.<sup>18</sup> (2016), numa revisão de literatura de 156 casos, 85.9% destes, eram ameloblastoma na região da mandíbula, o qual comprova a neoplasia odontogênica de maior ocorrência nesta região. Cerca de 79.9% desses tumores tem maior pré-disposição na arcada inferior e incidência na terceira ou quarta década de vida<sup>1,3,5</sup>. Em concordância com a literatura, a paciente relatada tem o desenvolvimento do tumor no corpo e no ramo da mandíbula. Porém, a paciente encontra-se

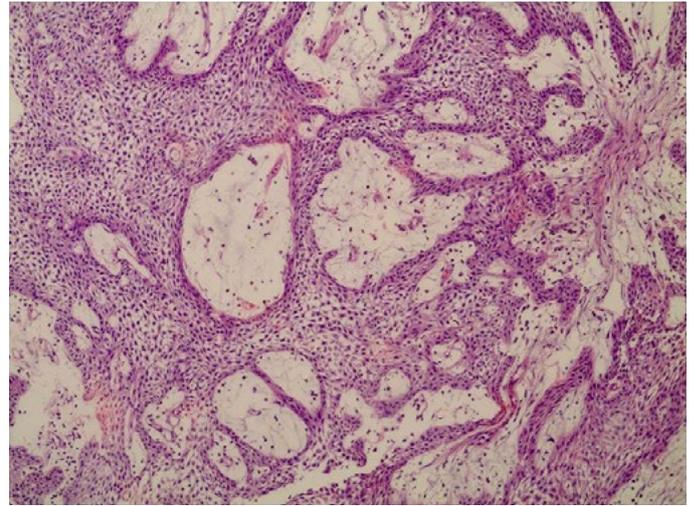


Figura 4 - Corte histológico do fragmento removido durante a realização da biópsia incisional. Ameloblastoma plexiforme (100x)



Figura 5 - Dissecção do retalho da fíbula



Figura 6 - Incisão submandibular com reconstrução da hemimandíbula direita com osso autógeno de fíbula após remoção do tumor

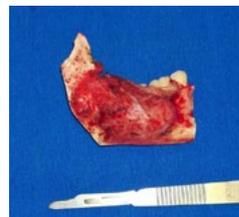


Figura 7 - Peça cirúrgica removida com margem de segurança



Figura 8 - Radiografia panorâmica realizada em um período pós-cirúrgico de 2 anos, evidenciando a fixação adequada do retalho fibular



Figura 9 - Vista frontal da paciente mostrando função estética preservada em um período pós-cirúrgico de 2 anos

na segunda década de vida, fase em que o tipo clínico unicístico é o de maior incidência<sup>1,4,15,19</sup>.

Existem alguns fatores que são levados em considerações para auxiliar na escolha do tratamento conservador ou radical como: idade do paciente, localização anatômica, variedades histológicas-radiológicas, tipo de ameloblastoma desenvolvido, metástase e malignização, e a possibilidade de recorrências<sup>15,20,21</sup>. No caso relatado, a área tumoral se estendeu por uma grande porção da mandíbula, já com rompimento da cortical por vestibular. Além disso, o diagnóstico foi feito tardiamente, fazendo com que fosse feita a opção por um tratamento radical, a fim de diminuir a possibilidade de recidiva, que é uma característica comum desta neoplasia quando há a opção por um tratamento conservador.

Existem várias formas de reconstrução e tipos de enxertos para a porção mandibular excecionada. Enxertos da crista ilíaca, calota craniana, costela, escápula, rádio e fíbula são os mais utilizados<sup>15,19,22-24</sup>. No presente caso, a área doadora para a retirada do enxerto ósseo foi a fíbula e a fixação realizada com placas e parafusos de titânio, em função de haver necessidade de remoção de metade da mandíbula e, conseqüentemente, uma maior quantidade óssea para a reconstrução. Além disso, possibilitaria também posterior reabilitação com a colocação de implantes dentários osseointegrados, morbidade baixa na área doadora, comprimento ósseo maior do que os outros tipos de enxertos e vascularização preservada.

O enxerto fibular permite a reabilitação oral dentária mais rápida, pois, a abordagem tradicional é a colocação dos implantes de 3 a 6 meses após o procedimento de retalho livre para consolidação óssea adequada<sup>25</sup>. Em um estudo retrospectivo, concluiu-se que a fíbula é uma escolha confiável, por ter baixa morbidade e permitir a reabilitação futura de forma adequada e segura. O estudo mostra que a taxa de sucesso é alta em relação aos outros tipos de enxertos que podem ser utilizados por ter menor índice de infecções pós-cirúrgicas e possibilitar a reconstrução do condilo com bastante precisão utilizando um único enxerto<sup>20</sup>.

As etapas cirúrgicas para obtenção e reposição da fíbula são cruciais e criteriosas para se obter maior eficácia nos resultados funcionais e estéticos. A presença de parafusos de fixação evita o deslocamento da mandíbula residual, garantindo o perfil da mandíbula e a correta oclusão dentária posteriormente<sup>26</sup>. Estas etapas têm como desvantagens um maior tempo cirúrgico e espessura óssea não compatível com a da mandíbula, tendo que ser adaptada. Porém, o retalho livre de fíbula possui diversas vantagens como grande circunferência da cortical óssea, que são essenciais para suportarem forças mastigatórias e implantes osseointegrados adequadamente; comprimento ideal para restaurar os defeitos mandibulares causados por neoplasias; reconstruir defeitos de tecidos moles quando usada a pele do local doador, que possibilita uma inervação sensorial e osteotomias variadas<sup>26,27</sup>.

A escolha da enxertia fibular pode trazer complicações no momento cirúrgico como hematoma cervical, necrose parcial ou total do retalho livre, infecções, trombose venosa/arterial, fístula salivar, e até óbito do paciente<sup>27</sup>.

Apesar de as características clínicas e radiográficas dos ameloblastomas estarem bem descritas e detalhadas pela literatura, não existe um tratamento padronizado para todos os tipos dessa neoplasia, sendo as possibilidades terapêuticas

analisadas separadamente para cada caso. Embora o cirurgião-dentista clínico geral não execute todo o tratamento, sua participação no estabelecimento do diagnóstico é de extrema importância. Além de se deparar com a lesão em estágio inicial, evitam-se diagnósticos errados e tratamentos desnecessários. Sendo assim, o tratamento adequado continua controverso, sendo a ressecção marginal a forma mais segura por remover completamente a lesão, determinar a cura por longo prazo e menor a taxa de recorrência. Por isso, no caso relatado acima optou-se por essa modalidade de tratamento.

## CONCLUSÃO

A reconstrução mandibular com a fíbula é considerada padrão-ouro atualmente por ter grande comprimento de osso oferecendo melhor modelação, transferência de tecidos vascularizados, fácil manuseio da peça cirúrgica, resultado satisfatório da reabilitação funcional com implantes, pouca morbidade da área doadora, permitir combinação com retalhos cutâneos, possibilidade de executar várias osteotomias, fácil obtenção por executar a cirurgia com equipes diferentes simultaneamente e por não interferir no crescimento de pacientes que ainda se encontram em desenvolvimento. A dificuldade encontrada nesse tipo de enxerto é seu alto custo, por necessitar de uma equipe multidisciplinar, aumento do tempo cirúrgico e, conseqüentemente, aumento do período de internação. O tratamento é considerado pela literatura uma técnica nova. Seja qual for a conduta e o método de tratamento empregado é indispensável uma preservação definitiva dos pacientes tratados para controle.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a colaboração do Dr. Roberto Zimmer Prados.

## REFERÊNCIAS

01. Wright JM, Vered M. Update from de 4th edition of the World Health Organization classification of the head and neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumors. *Head and Neck Pathol.* 2017; 11(1): 68-77.
02. Ortiz CP, Machado MAM, Bernal JMA. Ameloblastoma unicístico plexiforme. A proposito de un caso. *Revista ADM.* 2015; 72(6): 324-328.
03. Filizzola AI, Santos TCRB, Pires FR. Ameloblastomas: clinicopathological features from 70 cases diagnosed in a single oral pathology service in an 8-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014; 19(6): e556-e561.
04. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: Biological Profile of 3677 cases. *Oral Oncology, Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1995; 31(2): 86-99.
05. Adebisi KE, Ugboko VI, Omoniyi-Esan GO, Ndukwe KC, Oginni FO. Clinicopathological analysis of histological variants of ameloblastoma in a suburb an Nigerian population. *Head Face Med.* 2006; 2(1): 42-49.
06. Krishnapillai R, Angadi. A clinical, radiographic, and histology creview of 73 cases of ameloblastoma in an Indian population. *Quintessence Int.* 2010; 41(5): e90-e100.
07. Allen CM, Henderson JM, Sonnet JR, Schlesinger C, Ord RA. Pulmonary metastasis of ameloblastoma: case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999; 88(2): 170-176.

08. Bianchi B, Ferri A, Ferrari S, Leporati M, Copelli C, Ferri T, Sesenna E. Mandibular resection and reconstruction in the management of extensive ameloblastoma. *J Oral and Maxillofac Surg.* 2013; 71(3): 528-537.
09. Ueno S, Nakamura S, Mushimoto K, Shirasu R. A clinicopathologic study of ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 44(5): 361-365.
10. Zhang J, Gu Z, Jianf L, Zhao J, Tian M, Zhou J, Duan Y. Ameloblastoma in children and adolescents. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 48(7): 549-554.
11. Figueiredo NR, Meena M, Dinkar AD, Khorate M. Ameloblastoma of the acanthomatous and plexiform type in the mandible presenting as a unilocular radiolucency. *Indian J Oral Sci.* 2016; 6(1): 34-37.
12. Valls A, Montané E, Bescós C, Saez M, Munill M, Alberola M. Manejo quirúrgico del ameloblastoma. *Rev Esp Cirurg Oral y Maxilof.* 2012; 34(3): 98-104.
13. Tanimoto K, Takata T, Sueti Y, Wada T. A case of desmoplastic variant of a mandibular ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991; 49(1): 94-97.
14. Morgan PR. Odontogenic tumors: a review. *Periodontol* 2000. 2011; 57(1): 160-176.
15. Gomes CA, Silva EDO, Albert DGM, Lira MFC. Conceito Atual no Tratamento dos Ameloblastomas. *Rev Cir Traumatol Buco Maxilo Fac.* 2006; 6(3): 9-16.
16. Butt FMA, Guthua SW, Awange DA, Dimba EAO, Macigo FG. The pattern and occurrence of ameloblastoma in adolescents treated at a university teaching hospital, in Kenia: a 13-year study. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012; 40(2): 39-45.
17. Prockt AP, Takahashi A, Pagnoncelli RM. Uso de Terapia com Laser de Baixa Intensidade na Cirurgia Bucomaxilofacial. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2008; 49(4): 247-255.
18. Cavalcante RM, Costa MJF, Silva NS, Souza LB, Santos PPA. Epithelial odontogenic tumors: analysis of 156 cases in a brazilian population. *Int J Odontostomat.* 2016; 10(1): 113-118.
19. Hidalgo DA, Pusic AL. Free-flap mandibular reconstruction: a 10-year follow-up study. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 110(1): 438-49.
20. Lim WTW, Teh LY, Yong LT, Tan HK, Peck RHL. Retrospective Analysis of Vascularised Free Fibula Grafts in Oromandibular Reconstruction and Dental Rehabilitation following Resection of Ameloblastoma. *Proc Sing Health.* 2014; 23(1): 42-52.
21. Gempel RG, Sobreira T, Gaião L, Souza WD. Tendências de abordagens cirúrgicas no tratamento de ameloblastomas. *Rev Bras Patol Oral.* 2003; 2(1): 13-7.
22. Cardoso IF, Sbalchiero JC, Batista AS, Ohana BMB, Chedid R, Cardoso GF, Leal PRA. Uso do retalho osteocutâneo microcirúrgico de fíbula na reconstrução dos defeitos complexos de mandíbula. *Rev Bras Cir Plást.* 2011; 26(1): 42-7.
23. Chem RC, Wagner JC, Volkweis MR, Valente DS, Valente DS, Grandi G, Gerhadt E. Uso de retalho livre de fíbula no complexo bucomaxilo-facial: relato de dois casos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2005; 5(4): 23-30.
24. Portinho CP, Jungblut CF, Bonilha LZ, Berteli JR, Collares MVM. Reconstrução microcirúrgica de mandíbula com retalho livre de fíbula. *Rev AMRIGS.* 2015; 59(1): 39-54.
25. Qaisi M, Kolodney H, Swedenburg G, Chandran R, Caloss R. Fibula Jaw in a Day: State of the Art in Maxillofacial Reconstruction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 74(6): 1284.e1-1284.e15.
26. Pellini R, Mercante G, Spriano G. Step-by-step mandibular reconstruction with free fibula flap modelling: tecnica di ricostruzione mandibolare con lembo libero di fíbula. *Acta otorhinolaryngol Ital.* 2012; 32(6): 405-409.
27. Shahrokh CB. Revisão clínica de cirurgia bucomaxilofacial. São Paulo: Elsevier; 2014.

## ABSTRACT

Objective: to present a case of mandible ameloblastoma, plexiform histologic type, with complete removal of the lesion and reconstruction with free fibula graft. Materials and Methods: A 19-year-old female patient, ASA I, attended at the Dental Clinic of FEAD, in Belo Horizonte, complaining of swelling and discomfort in the right side of the jaw. The diagnosis was given by clinical and radiographic exams and confirmed by anatomopathological examination, which indicated ameloblastoma of plexiform histologic type. The treatment was hemimandibulectomy through right submandibular access and reconstruction of the area removed with free graft of the patient's fibula. Results: Total removal of the lesion with safety margin, mandibular reconstruction with bone plate removed from the fibula. No postoperative was performed to laser therapy for better healing and referral for

speech therapy, to aid in the recovery of muscle function due to excision of the inferior alveolar nerve, which resulted in a definite paraesthesia compromising a phonetics and a function. The patient has been found for 1 year and 7 months with no signs of tumor recurrence and no employee. Conclusion: The adequate treatment for this type of neoplastic lesion is controversial and its indication must be individualized. Marginal resection is the safest treatment by completely removing the lesion, determining the long-term cure, and preferring lower recurrence rates. The mandibular reconstruction with fibula is standard gold-gold for presenting trans and postoperative benefits, leading to risks, impacts and impact on the quality of life of the patient.

KEYWORDS: Ameloblastoma; Fibular free flap; Mandibular reconstruction.

## AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Patricia Alves Drummond de Oliveira  
 Faculdade de Odontologia - FEAD  
 Rua Padres Severino, 388/12  
 Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, cep.: 30330-150  
 Phone: +55 (31) 9 8939-2001  
 E-mail: patricia.a.drummond@gmail.com