

Ameloblastoma: Estudo Clínico-Histopatológico

Ameloblastoma: a clinical-histopathological study

Clarissa Rocha Martinez^I
Rosana Mara Giordano de Barros^{II}
Nancy Raquel Orué^{III}
Janayna Gomes Paiva Oliveira^{IV}
João Carlos Castro Monteiro^V

Recebido em 20/07/2007
Aprovado em 15/10/2007

RESUMO

O ameloblastoma constitui uma neoplasia intra-óssea de grande interesse, devido à frequência com que é relatada em diversos estudos e à capacidade que possui em invadir agressivamente a região maxilofacial, podendo deixar seqüelas mutilantes e, até mesmo, colocar em risco a vida dos pacientes. O objetivo do presente trabalho busca analisar as características clínico-histopatológicas dos casos de ameloblastomas ocorridos no estágio diagnóstico avançado clínico e histopatológico das doenças de boca da Faculdade de Odontologia Prof. Albino Coimbra Filho (FAODO/UFMS) entre o período de 1999 a 2007. Foram encontrados 18 casos, nos quais verificou-se uma leve tendência para o gênero feminino (55,6%); a faixa etária mais acometida variou entre 20-50 anos (72,2%), e o tipo clínico mais freqüente foi o multicístico (72,2%). O aspecto radiográfico multilocular foi o mais encontrado (81,3%); a localização preponderante, a mandíbula, o tipo histopatológico predominante, o folicular, e o tratamento de eleição, a ressecção cirúrgica radical para quase a totalidade dos casos. O conhecimento deste tumor é de fundamental importância para a determinação do tipo de tratamento. Diante desta realidade e frente aos desafios que a clínica odontológica oferece, é importante que os cirurgiões-dentistas estejam preparados para reconhecer o ameloblastoma, caso haja suspeita da lesão.

Descritores: Ameloblastoma/epidemiologia; Neoplasias Maxilomandibulares; Tumores Odontogênicos.

ABSTRACT

Ameloblastoma consists of an intra-osseous neoplasia of great interest due to its high incidence and aggressive capacity of tissue infiltration, which may mutilate the patient and even threaten his life. The goal of this study is to evaluate the clinical and pathological features of reported cases of ameloblastoma in patients seen at the outpatient clinic of the Public University of the Brazilian state of Mato Grosso do Sul between 1999 and 2007. Among the 18 cases reported, a slight predominance of females was observed (55.6%). The 20- 50 age group was the most affected and the polycystic pathological form was the most prevalent (72.2% for both). Most of the patients (81.3%) were polycystic according the radiographic images and the mandible was the preferred site while surgical resection was the treatment of choice for almost all cases. Finally, the follicular form of the ameloblastoma was found in most patients. Awareness of the exact type of tumor determines the treatment

-
- I. Cirurgiã-dentista, Professora Substituta da disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia Prof. Albino Coimbra Filho (FAODO) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
II. Mestre e Doutora em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de São Paulo e UnB. Professora titular da disciplina de Patologia Bucal da FAODO/UFMS. Coordenadora do Estágio avançado clínico histopatológico das doenças de boca.
III. Cirurgiã-dentista, colaboradora do Estágio avançado clínico histopatológico das doenças de boca.
IV. Cirurgião-dentista. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da UFMS.

to be performed. Thus, it is extremely important that dental surgeons recognize ameloblastoma as quickly as the condition is suspected.

Descriptors: Ameloblastoma/epidemiology; Jaw Neoplasms; Odontogenic Tumors

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor que acomete os ossos maxilares, sendo composto por epitélio odontogênico, sem a participação de ectomesênquima. É uma neoplasia benigna, que se desenvolve a partir de remanescentes epiteliais da embriogênese dentária¹.

A incidência dos ameloblastomas quanto ao gênero não é conclusiva. Embora muitos autores tenham verificado que sua ocorrência é aproximadamente igual entre homens e mulheres¹⁻⁵, alguns trabalhos demonstram uma maior predileção para o gênero masculino^{6,7}.

Considerando a variável idade e relacionando-a com os tipos clínicos, há relatos, na literatura, de que o tipo unicístico acomete pacientes mais jovens, predominantemente na segunda década de vida, o tipo sólido ocorre entre a terceira e a sétima década, e o tipo periférico, em pacientes na quinta década^{7,8}. Contudo, a maioria dos tumores ocorre entre 20 e 50 anos de idade^{1-4,7,9,10}.

Os ameloblastomas geralmente são assintomáticos e descobertos durante exames radiográficos de rotina. Quando se tornam sintomáticos, são percebidos: expansão das corticais ósseas, edema, dor, maloclusão e mobilidade dentária^{1,11}. Imagens uni ou multiloculares, septação, associação com dentes inclusos e reabsorção de raízes são achados radiográficos freqüentes³.

O aspecto radiográfico do ameloblastoma pode apresentar grande variação, não sendo, portanto, patognomônico da lesão, justificando-se a inclusão no diagnóstico diferencial de outros tumores e cistos que acometem os maxilares^{3,12}.

No ameloblastoma sólido ou multicístico, o aspecto radiográfico mais característico é uma lesão radiotransparente multilocular (aparência de bolhas

de sabão ou favo de mel). No unicístico, geralmente, as lesões aparecem como uma área radiotransparente, que circunda a coroa de um terceiro molar inferior incluso, assemelhando-se a um cisto dentífero. O ameloblastoma periférico freqüentemente se apresenta como uma lesão da mucosa alveolar ou da gengiva, pedunculado ou sésil, não-ulcerada e indolor⁸.

Aproximadamente 80% dos casos de ameloblastoma ocorrem na mandíbula, principalmente na área de molares e ramo ascendente^{1,6,8,12-15}. Nos casos em que acometem a maxila, a região posterior é também a mais afetada^{1,8,12,16} havendo, no entanto, estudos conflitantes¹⁷.

Os padrões histopatológicos mais freqüentes são o folicular e o plexiforme^{1,8,11,12,16,18}. Outros padrões, como o acantomatoso, de células granulosas, de células basais e desmoplásico, embora raros, podem também ser observados^{8,11,12,17}. A histopatologia do ameloblastoma consiste basicamente, na proliferação de células epiteliais que se dispõem em padrões variáveis, que, por vezes, se fazem presentes no mesmo tumor⁸.

O tratamento preconizado para o ameloblastoma é o cirúrgico¹³, cuja extensão depende do tamanho da lesão. Como pode haver recidiva, pode ser necessário o tratamento mais agressivo^{8,13,19}. Muitos autores^{1,14,20} defendem a ressecção cirúrgica com margem de segurança para o ameloblastoma sólido ou multicístico em virtude do seu alto índice de recidiva que varia de 50 a 90% após tratamentos conservadores^{1,13,19}. As lesões unicísticas, especialmente aquelas menores, podem ser tratadas somente por enucleação e curetagem^{1,8}, apesar de uma média de 10% a 20% de recorrências⁸. Os ameloblastomas periféricos também podem ser tratados de maneira conservadora semelhante aos

unicísticos^{1,7,8}. Contudo, em todos os tipos de ameloblastomas, o paciente deverá ser acompanhado clínica e radiograficamente por um período de tempo prolongado^{7,8}.

Esta pesquisa teve como objetivo realizar um levantamento dos casos clínico-histopatológicos de ameloblastoma, diagnosticados no Estágio diagnóstico avançado clínico-histopatológico das doenças de boca da Faculdade de Odontologia Prof^o Albino Coimbra Filho da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), no período de 1999 a 2007, a fim de verificar dados, como: gênero e idade, tipo clínico, aspectos radiográficos, localização, padrão histopatológico, tratamento e recidiva.

METODOLOGIA

O presente estudo consistiu em uma análise de todos os casos de ameloblastomas diagnosticados através de biópsias, no período de 1999 a 2007, do Estágio diagnóstico avançado clínico-histopatológico das doenças de boca da UFMS. Após a seleção da amostra, foram coletados, a partir das fichas de requisição para biópsia e prontuários, dados sobre: gênero e idade, tipo clínico, aspectos radiográficos, localização da lesão, padrão histopatológico, tratamento e história de recidiva.

Os dados levantados foram tabulados e submetidos à análise estatística descritiva.

RESULTADOS

No período de tempo avaliado, foram diagnosticados 18 casos de ameloblastoma. Quanto à variável gênero, foi observada uma ocorrência relativamente igual em ambos os sexos, com discreta tendência para o gênero feminino, sendo que 10 casos (55,6%) ocorreram em mulheres, e 8 casos (44,4%), em homens. A faixa etária mais acometida, em ambos os gêneros, foi a compreendida entre 20 a 50 anos, conforme pode ser visualizado na Tabela 1.

Faixa etária	Nº	%
20-50 anos	13	72,2
< 20 anos	4	22,2
> 50 anos	1	5,6
Total	18	100

Tabela 1 – Distribuição, em valores absolutos e percentuais dos casos de ameloblastoma, segundo a faixa etária, diagnosticados no período de 1999 a 2007. Campo Grande (MS), 2008.

De acordo com os tipos clínicos, dos 18 casos de ameloblastomas analisados, 13 pertenciam ao tipo sólido ou multicístico (72,2%), 3, ao tipo unicístico (16,7%) e 2, ao tipo periférico (11,1%), resultados praticamente iguais aos observados por alguns pesquisadores^{4,8,11}.

Quanto aos aspectos radiográficos, excluindo os 2 casos de ameloblastoma periférico, sem aspecto radiográfico, observaram-se 13 casos com aspecto multilocular e 3 casos com aspecto unilocular, os quais estavam associados a: lesões osteolíticas, reabsorções de raízes, expansão das corticais ósseas e presença de dentes inclusos. Estes achados concordaram com relatos radiográficos^{1,3,12}.

Quanto à localização (Tabela 2), foi observado que a maioria dos tumores encontravam-se na mandíbula, sendo a região posterior a mais afetada, resultados estes semelhantes aos encontrados por diversos autores^{6,11,14,15}. Apenas em 1 paciente (5,6%) acometia a maxila, também presente na região posterior como relatado em alguns estudos^{11,16}. Contudo, em uma pesquisa sobre ameloblastomas desmoplásicos dos maxilares, mostrou-se que a maioria deles estavam localizados na região anterior da maxila¹⁷.

Localização Anatômica	Mandíbula	Maxila
Ângulo e Ramo	1	-
Corpo e Ramo	5	-
Região de molar	6	-
Região posterior e anterior	4	-
Mucosa alveolar posterior	-	1
Mucosa alveolar anterior	1	-
Total	17	1

Tabela 2 - Distribuição, em valores absolutos dos casos de ameloblastoma, segundo a localização anatômica, diagnosticados no período de 1999 a 2007. Campo Grande (MS), 2008.

Quanto ao padrão histopatológico, foram encontrados: 10 foliculares (55,5%), 7 plexiformes (38,9%) e somente 1 acantomatoso (5,6%). Estes resultados assemelharam-se aos resultados de algumas pesquisas^{4,16}. Em contrapartida, outros autores verificaram que o padrão plexiforme foi o mais freqüente, vindo em seguida o folicular¹¹.

No que diz respeito ao tratamento, a indicação terapêutica para os ameloblastomas intra-ósseos foi a ressecção cirúrgica do tumor (Tabela 3), com resultados praticamente iguais aos já descritos^{6,14,20}. No entanto, autores relataram um caso de ameloblastoma sólido intra-ósseo no qual foi realizada a enucleação seguida de ostectomia periférica, discutindo e enfatizando as novas tendências para o emprego de procedimentos mais conservadores com sucesso terapêutico²¹. O tratamento dos ameloblastomas multicísticos, por meio de curetagem seguida de crioterapia, com nitrogênio líquido em spray, reduz a freqüência de recidivas, proporciona uma menor morbidade e uma maior preservação da estética e função, melhorando a qualidade de vida dos pacientes²².

Tratamento	Nº	%
Ressecção cirúrgica do tumor	16	88,9
Enucleação total do tumor	2	11,1
Total	18	100

Tabela 3 - Distribuição, em valores absolutos dos casos de ameloblastoma, de acordo com a técnica cirúrgica utilizada, diagnosticados no período de 1999 a 2007. Campo Grande (MS), 2008.

Os casos de ameloblastoma extra-ósseo encontrados tiveram como indicação terapêutica a sua enucleação total. Porém, autores afirmaram que o tratamento de escolha para o ameloblastoma periférico é a ressecção cirúrgica conservativa supraperiosteal, com margem de segurança⁷.

Com relação à recidiva, dos 18 casos de ameloblastoma, somente 6 pacientes foram acompanhados por um tempo máximo de 3 anos, sem ter sido verificada recidiva neste período. Contudo, do total dos pacientes atendidos, 3 casos foram reportados como recidivantes. Vale destacar que, para se obterem dados precisos a respeito de todos os casos

de recidivas, durante o acompanhamento pós-cirúrgico, é necessário o retorno periódico dos pacientes. Esta freqüência ideal de retorno não foi alcançada neste trabalho, visto que os pacientes não retornaram para o acompanhamento. Tais dificuldades foram também reportadas em outros trabalhos^{9,11}.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados encontrados, pode-se concluir que:

- O ameloblastoma acometeu uma ampla faixa etária, havendo uma leve predileção pelo gênero feminino.
- Dos tipos clínicos existentes, predominou o multicístico ou sólido, sendo o aspecto radiográfico multilocular observado na maioria dos casos. O padrão histopatológico mais freqüente foi o folicular.
- O local de maior acometimento foi na mandíbula, sendo a região posterior a mais afetada.
- O tratamento preconizado, na maioria dos casos, foi a ressecção cirúrgica radical.
- Após a cirurgia, os pacientes com ameloblastoma devem ser rigorosamente acompanhados a longo prazo, pois o ameloblastoma é potencialmente recidivante.

REFERÊNCIAS

- 1- Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia Bucal - Correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- 2- Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de Patologia Bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
- 3- Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1998.
- 4- Santos J, Pinto L, Figueredo C, Souza L. Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. Pesqui Odontol Bras.

- 2001; 15(4): 300-13.
- 5- Fregnani E, Faria P, Rangel A, Almeida O, Vargas P. Tumores odontogênicos: análise de 113 casos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP. RPG Rev Pós Grad. 2003; 10(4): 355-9.
- 6- Hatada k, Noma H, Katakura A, Yama M, Takano M, Ide Y *et al.* Clinicostatistical study of ameloblastoma treatment. Bull Tokio Dent Coll. 2001; 42(2): 87-95.
- 7- Philipsen H, Reichart P, Nikai H, Takata T, Kudo Y. Peripheral ameloblastoma: biological profile based an 160 cases from the literature. Oral Oncol. 2001; 37: 17-27.
- 8- Neville BW, Dam DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral & Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 9- Gardner DG. Critique of the 1995 review by Reichart et al. of the biologic profile of 3677 ameloblastomas. Oral Oncology. 1999; 35: 443-9.
- 10- Ladeinde A, Ajayi O, Ogunlewe M, Adeyemo W, Arotiba G, Bamgbose B *et al.* Odontogenic tumors: A review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005; 99(2): 191-5.
- 11- Anjos E, Andrade E, Pinto L, Souza L. Estudo clínico-patológico de ameloblastomas: análise de casos. Rev Bras Patol Oral. 2003; 60(4): 224-8.
- 12- Araújo NS, Araújo VC. Patologia Bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1984.
- 13- Ebling H. Cistos e tumores odontogênicos. 3 ed. São Paulo: Editora Mc Graw Hill do Brasil; 1977.
- 14- Storni V, Karma V, Feitosa A, Gola V. Ameloblastoma na região anterior da mandíbula- uso da placa de reconstrução. Rev Assoc Paul Cirurg Dent. 1999; 53(5): 395-7.
- 15- Martins R, Sobrinho J, Rapoport A, Rosa M. Histopathologic features and management of ameloblastoma: study of 20 cases. Rev Paul Med. 1999; 117(4): 171-4.
- 16- Nastri A, Wiesenfeld D, Radden B, Eveson J, Scully C. Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases. Br J Oral Maxillofac Surg. 1995; 33: 28-32.
- 17- Kishino M, Murakami S, Fukuda Y, Ishida T. Patologic of the desmoplastic ameloblastoma. J Oral Pathol Med. 2001; 30(1): 35-40.
- 18- Pereira J, Torres B, Genú P, Vasconcelos B. Avaliação histológica de ameloblastomas: estudo retrospectivo dos casos diagnosticados no laboratório de histopatologia da FOP/PE entre 1991 a 2001. Rev ABO Nac. 2004; 12(1): 49-52.
- 19- Wagner J, Wagner J, Volkweis M, Gerhardt E, Ebling H. Ameloblastoma: Relato de caso com recidiva extra-óssea após 32anos. R Fac Odontol. 2000; 41(1): 29-32.
- 20- Silveira H, Barbachan J. Estudo comparativo entre limites radiográfico e histológico em ameloblastomas. R Fac Odontol. 2000; 41(1): 49-54.
- 21- Queiroz S, Amorim R, Godoy G, Freitas R. Tratamento conservador em um caso de ameloblastoma sólido: Novos conceitos e abordagens terapêuticas. Rev Bras Patol Oral. 2002; 1(1): 39-46.
- 22- Curi MM, Dib LL, Pinto DS. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spray cryosurgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997; 84(10): 339-44.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Clarissa Rocha Martinez

End: Rua Antonio Corrêa, 920 BL 2/apto 33 - Monte

Líbano - Campo Grande/MS

CEP: 79004-430

Tels: (0XX67) 3027-1939, 9215-7729 e/ou (0XX34)

3455-1254

E-mail: clarism@yahoo.com.br