

Ameloblastoma folicular: revisão e relato de caso

Follicular ameloblastoma: review and case report

Resumo

O ameloblastoma é um tumor odontogênico, benigno, localmente agressivo e infiltrativo, clinicamente persistente e que tem sua maior incidência na região posterior da mandíbula. Corresponde a 1% de todos os cistos e tumores dos maxilares. O presente artigo fez uma revisão bibliográfica sobre a patologia, abordando sua origem, aspectos clínicos, histopatológicos e radiográficos. Relata também um caso clínico de um homem de 54 anos de idade, portador de um ameloblastoma folicular localizado na região anterior da mandíbula.

Palavras-chave: ameloblastoma, adamantinoma e tumor odontogênico.

Introdução

O ameloblastoma é uma neoplasia verdadeira, benigno, localmente agressivo e infiltrativo, originário do epitélio odontogênico, sem a participação do ectomesênquima e constituído pela proliferação de epitélio ameloblástico num estroma fibroso. Inicia-se, insidiosamente, como uma lesão central, que é lentamente destrutiva, mas que tende a expandir o osso ao invés de perfurá-lo (Yoshimura e Saito, 1990). O tumor raramente é doloroso, a menos que infectado secundariamente. Ocasionalmente, os pacientes deixam um ameloblastoma persistir por muitos anos sem tratamento. Nesses casos, embora a expansão possa ser extremamente desfigurante, não ocorre o crescimento do tipo fungoso, ulcerativo, característico do carcinoma.

Origem histológica

Small e Waldron (1955) relatam que o ameloblastoma poderia se desenvolver a partir de rema-

nescentes epiteliais diversos, relacionados com distúrbios ou restos celulares do órgão do esmalte, epitélio de cistos odontogênicos, do epitélio de revestimento ou do epitélio deslocado de outras partes do corpo.

Alguns estudos (Bhaskar, 1973; Regezi e Sciubba, 1991; Neville et al., 1995) mencionam que esses tumores podem se originar de remanescentes celulares do órgão do esmalte, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico ou das células da camada basal da mucosa bucal.

Segundo Shafer et al. (1983), a literatura sugeriu a semelhança entre o órgão do esmalte e o ameloblastoma e que o neoplasma seria derivado de uma parte deste órgão ou de células potencialmente capazes de formar tecido dentário, tais como:

- restos do órgão do esmalte, tanto remanescentes da lâmina dentária como remanescentes da bainha de Hertwig - os restos epiteliais de Malassez;

Elcio Gomes Carneiro Júnior¹
Agenor Montebelo Filho²
Frab Norberto Bóscolo³
Elder Santos Carneiro⁴

¹ Aluno do curso de mestrado em Radiologia Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp.

² Professor Assistente Doutor da área de Radiologia Odontológica do Departamento de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp.

³ Professor Titular da área de Radiologia do Departamento de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp.

⁴ Especialista em Ortodontia e Cirurgia.

- epitélio de cistos odontogênicos, particularmente do cisto dentígero e de odontomas;
- distúrbios do desenvolvimento do órgão da esmalte;
- células basais do epitélio da superfície dos maxilares;
- epitélio heterotópico de outras partes do corpo, especialmente da glândula pituitária.

Características clínicas

Estudos de Small e Waldron (1955) e Robinson Martinez (1977) revelaram que a ocorrência do ameloblastoma é aproximadamente igual em ambos os sexos. A raça branca, aparentemente, parece ser mais afetada que a raça negra. A idade média dos pacientes é de 33 anos. Oitenta por cento dos casos originam-se na mandíbula e cerca de três quartos desses aparecem nas áreas de ramo da mandíbula e molares. Dez a quinze por cento das lesões têm associação com dentes impactados; as lesões na maxila são menos comuns. Em um terço dos pacientes, a lesão só foi diagnosticada após dois anos de desenvolvimento. Tipicamente, a lesão é indolor, de crescimento lento, causando aumento e deformação facial.

Smith (1968) relatou a proporção de homens para mulheres de 2:1. Foi encontrado o tumor em pessoas de todas as idades, prevalecendo a de 41 anos. A região posterior da mandíbula teve 90% dos casos e não houve predileção racial.

Bhaskar (1973) e Eversole et al. (1984) verificaram que o ameloblastoma ocorre com maior prevalência entre vinte e cinquenta anos; 80% dos casos na mandíbula, dos quais 80% na área de molares.

Regezi et al. (1978) estudaram tumores odontogênicos e relataram que o ameloblastoma apresentou um total de 11% desses. A idade de maior prevalência foi de quarenta a cinquenta anos, sendo os indivíduos do sexo masculino a maioria e a região posterior da mandíbula a área mais prevalente.

Um estudo realizado por Waldron e Samir (1987) mostrou 61% dos

ameloblastomas envolvendo a região posterior da mandíbula, 12% dos casos na região anterior e 12% localizados na maxila. Dos 116 tumores estudados, 63 foram encontrados em homens e 52 em mulheres. Foram encontrados tumores em pacientes de todas as idades, sendo 43 anos a idade média. Não houve conclusões a respeito da predileção racial.

Segundo estudo com 57 casos de ameloblastomas unicísticos realizados por Ackermann et al. (1988), 34 casos ocorreram em homens e 23, em mulheres. Cinquenta e um pacientes foram da raça negra; cinquenta e dois casos foram localizados na mandíbula e três, na maxila. Onze casos foram relacionados com dentes impactados. A idade média foi de 23,8 anos.

Estudos de Kahn (1989) sobre a incidência de ameloblastoma em pessoas jovens mostraram que a idade variou de 7 a 19 anos, com média de 14,8 anos. Dos 38 casos estudados, 18 foram mulheres e 20, homens; todos os casos foram localizados na mandíbula. Dos 38 casos apresentados, 36 eram intra-ósseos e dois extra-ósseos. Vinte e nove casos (80,6%) localizavam-se no ramo mandibular na região de molares; três (8,3%), na região de pré-molares e caninos. Dos 38 casos, nove eram totalmente assintomáticos; vinte e quatro tinham associação com dentes impactados; dois casos apresentavam reabsorção de dentes e um caso provocou trismo. Apenas dois pacientes relataram sintomatologia dolorosa.

Segundo Regezi e Sciubba (1991), essa é uma lesão que ocorre predominantemente na quarta e quinta décadas de vida, não existindo preponderância de sexo. Ocorre, em maior parte, na região posterior da mandíbula; na região anterior, a prevalência é de apenas 10%. É geralmente assintomático e provoca deslocamento dentário e mal-oclusão.

Estudos de Odukoya (1995) com 1511 pacientes portadores de neoplasias mostraram que 19,13% dos casos eram odontogênicos, perfazendo um total de 289 casos. Desse total, 169 (58,47%) eram ameloblastomas. A porcentagem

encontrada em homens (56%) foi maior que em mulheres (44%). A idade variou de dois a oitenta anos, porém a média dos casos foi de 31 anos. O local de maior predileção foi o ramo posterior da mandíbula (74%).

Olaitan e Adekeye (1996) realizaram um estudo com trinta pacientes menores de 18 anos portadores de ameloblastoma. Nesses, prevaleceu o sexo masculino. A maioria dos pacientes (93,3%) tiveram deformação facial; 23% tinham dor e 3,3% apresentavam mobilidade dental.

Lu et al. (1998) relataram um estudo de 759 casos de tumores odontogênicos, dos quais 58% eram ameloblastomas. Estes apresentaram uma diferença de 1,5:1 em relação a homens e mulheres; a idade de maior prevalência foi de 20 a 29 anos e a região posterior da mandíbula foi a área mais afetada (60,4%).

Características radiográficas

Radiograficamente, os ameloblastomas apresentam imagens radiolúcidas de aspecto unilocular ou multilocular. A aparência unilocular define uma lesão cavitária de tamanho e formas variáveis e de contornos definidos (Guimarães et al., 1982; Eversole et al., 1984; Regezi e Sciubba, 1991; Langlais et al., 1995). Essa aparência confere-lhe aspecto semelhante a um cisto (Guimarães et al., 1982). A aparência multilocular revela uma lesão pluricavitária ou multicística (Bhaskar, 1973; Guimarães et al., 1982; Yoshimura e Saito, 1990). De acordo com o número e tamanho das cavidades, as lesões cavitárias são descritas como tendo o aspecto de bolhas de sabão ou de favos de mel (Bhaskar, 1973; Olaitan e Adekeye, 1996; Araújo e Araújo, 1984). Geralmente, a periferia da lesão é regular, embora essa regularidade não possa ser constatada no momento da cirurgia (Bonn e Deboom, 1988). Nas lesões avançadas que produzem expansão dos maxilares, o adelgaçamento das corticais

pode ser observado principalmente na radiografia oclusal (Bhaskar, 1973). São encontradas essas lesões em associação a dentes inclusos e reabsorções radiculares (Regezi e Sciubba, 1991).

Estudos de Kahn (1989) mostraram que o número de lesões uniloculares chega a ser três vezes maior que o de multiloculares.

Kawai et al. (1998), comparando radiografias convencionais com tomografia computadorizada e ressonância magnética em casos de ameloblastomas recorrentes na maxila, sugerem o último como o melhor método de diagnóstico por imagem, pois estabelece a exata extensão da lesão, seguido da CT com uso de contraste.

Características histopatológicas

Do ponto de vista histopatológico, o parênquima dos ameloblastomas é constituído exclusivamente de epitélio odontogênico, apresentando-se como massa celular sólida ou como cordões ou ilhas cujas células periféricas, via de regra, assumem o aspecto colunar ou cuboidal semelhante ao dos ameloblastos (Guimarães et al., 1982; Bhaskar, 1973). As células mais centralmente localizadas algumas vezes mostram morfologia semelhante à do retículo estrelado do órgão do esmalte. O estroma é constituído por tecido conjuntivo pouco irrigado. Os padrões de arranjo das células tumorais determinam diferentes tipos de ameloblastomas (Guimarães et al., 1982): padrão folicular, plexiforme, acantomatoso, células granulares, basalóide e desmoplástico.

Waldron e Samir (1987), em seus relatos de 116 casos de ameloblastoma, encontraram 45% do tipo folicular, 12% do tipo plexiforme, 9% misto, 11% unicístico e 14% desmoplástico. Histo logicamente, essa variação significa, segundo Yoshimura (1990), ser o ameloblastoma desmoplástico um tumor atípico.

Segundo Kahn (1989), dos 38 casos estudados, 18 eram do tipo folicular, 16 do tipo plexiforme, dois do

tipo misto, um acantomatoso e um de células granulosas com componente folicular e plexiforme.

Segundo Odukoya (1995), o ameloblastoma folicular é o mais comum (55,1%), seguido pelo plexiforme (33,3%) e pelo misto (11,6%). As outras variações de ameloblastoma representam uma pequena porcentagem na seguinte ordem: padrão acantomatoso, células granulosas e unicístico.

Tratamento

Regezi e Sciubba (1991) relatam que nenhum tipo único de tratamento deve ser advogado para pacientes com ameloblastoma. Preferencialmente, cada caso deve ser julgado com seu mérito próprio. As lesões sólidas multicísticas recidivam em 50 a 90% dos casos quando a curetagem é realizada. Langlais et al. (1995) relatam uma taxa de recidiva de 90% na mandíbula e de 100% na maxila. Para Regezi e Sciubba (1991), Langlais et al. (1995) e Rocha et al. (1975), a excisão ou ressecção em bloco geralmente deve ser realizada em lesões maiores. Ashman et al. (1993) e Olaitan e Adekeye (1996) relatam a remoção cirúrgica de toda a lesão com uma margem de segurança de 1 cm. Lesões unicísticas, especialmente as menores, exigem somente a enucleação e não devem receber tratamento exagerado. A radioterapia tem sido pouco utilizada porque esses tumores são geralmente radorresistentes (Regezi e Sciubba, 1991).

Ebling et al. (1974), em revisão de 21 casos de ameloblastomas registrados nas faculdades de odontologia das universidades federais do Rio Grande do Sul e Minas Gerais, encontraram os seguintes resultados: 1) todos os casos submetidos à curetagem recidivaram num período que variou de 1 a 15 anos; 2) dos casos submetidos à mandibulectomia parcial, quatro recidivaram num período de 3 a 15 anos; 3) dos casos submetidos à hemimandibulectomia, um recidivou após 24 anos.

Relato de caso clínico

Paciente do gênero masculino, melanoderma, 54 anos, procurou o consultório odontológico queixando-se de crescimento na região anterior



Figura 1a - Paciente R. S., melanoderma, de 54 anos, masculino, com abaulamento na região anterior da mandíbula (vista frontal).



Figura 1b - Perfil do mesmo paciente.

da mandíbula (Fig. 1a e 1b).

No exame clínico, o paciente apresentou um abaulamento e tumefação na região anterior da mandíbula. Relatou ter observado

um aumento na região mentoniana há aproximadamente dois anos; não havia sintomatologia dolorosa, nem mobilidade dental. A coloração da mucosa apresentava-se normal e o tumor, firme à palpação (Fig. 2). Foram realizadas radiografias panorâmicas (Fig. 3) e oclusais (Fig. 4 e 5) cujas imagens mostraram uma lesão expansiva, com radiolucidez mista, multilocular, com aspecto de bolhas de sabão na região anterior da mandíbula. Os limites da lesão apresentavam-se bem definidos, deslocando os dentes 31, 32, 33, 34, 35, 41 e 42, que não apresentavam aspecto de reabsorção radicular externa. A borda inferior da mandíbula apresentava-se intacta, sem evidência de adelgaçamento, erosão ou expansão. O diagnóstico presumível foi de um ameloblastoma, lesão fibroóssea ou tumor odontogênico calcificante. Para estabelecer o diagnóstico definitivo, não foi realizada punção, mas uma biópsia incisional sob anestesia local. O exame histopatológico demonstrou fragmentos de tecido conjuntivo contendo trabéculas ósseas, em meio às quais havia vários grupos micronodulares de ameloblastos, envolvendo esboços de retículo estrelado e com diferenciação escamosa e queratinização e, mais centralmente, pequenas cavidades. O diagnóstico histopatológico foi de ameloblastoma folicular.

Foi realizada a remoção cirúrgica de todo o tumor, com uma margem de segurança em tecido sadio de 1 cm, restando apenas o osso basal na região mentoniana (Fig. 6 a 9). Os dentes envolvidos foram retirados junto com o tumor. O paciente foi medicado no pós-operatório com antibióticos e analgésicos. Foi feito o controle clínico e radiográfico após três meses, seis meses e um ano, não apresentando sinal de recidiva.

Discussão e conclusão

No caso apresentado, o paciente era do sexo masculino, concordando com Smith (1968), Regezi et al. (1978), Waldron e Samir (1987),



Figura 2 – Aspecto clínico intrabucal da lesão.



Figura 3 – Radiografia panorâmica apresentando os aspectos radiográficos do ameloblastoma.



Figura 4 – Radiografia oclusal total mostrando o aspecto multilocular da lesão.



Figura. 5 – Radiografia oclusal de sínfise.

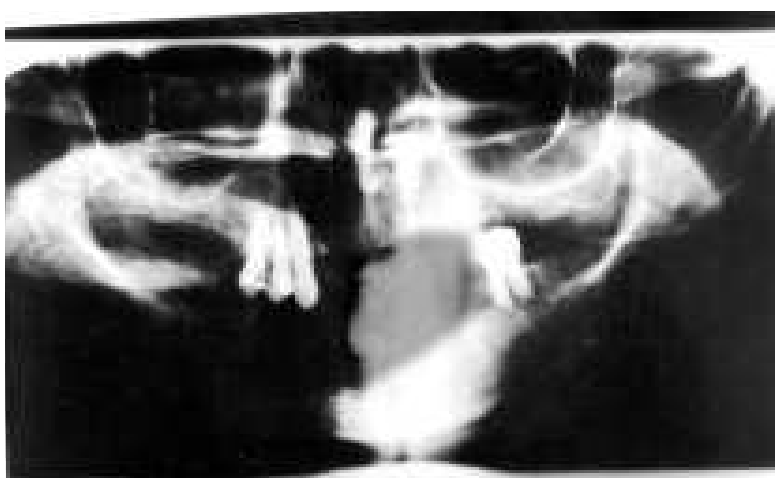


Figura. 6 - Radiografia panorâmica do pós-operatório.



Figura. 7 – Controle pós-operatório com radiografia oclusal.

Ackermam et al. (1988); já Small e Waldron (1955), Robinson (1977), Kahn (1989) não encontraram prevalência em relação ao sexo. A maioria dos autores também não encontrou predileção em relação à raça (Smith, 1968; Waldron e Samir, 1987), porém o caso apresentado de um paciente melano-derma concorda com Ackermam

et al. (1988).

A média das idades é bastante variada: para Small e Waldron (1955), 33 anos; para Smith (1968), 41 anos; para Bhaskar (1973) e Eversole et al. (1984), 20 a 50 anos; para Regezi et al. (1978) e Regezi e Sciubba (1991), 40 a 50 anos; para Waldron e Samir (1987), 43 anos. No

caso clínico apresentado, o paciente tinha 54 anos.

Todos os autores mencionados concordam em que o ameloblastoma é um tumor de crescimento lento, indolor e geralmente apresenta deformidade facial. A maioria dos pacientes relataram história de dois anos desde o aparecimento dos primeiros sinais da lesão até o diagnóstico.

Entre 60% e 90% dos casos, o ameloblastoma está localizado na mandíbula, principalmente na região de molares e ramo ascendente (Small e Waldron, 1955; Smith, 1968; Bhaskar, 1973; Eversole et al., 1984; Ackermam et al., 1988; Odukoya, 1995). O ameloblastoma na região anterior da mandíbula relatado nesse caso clínico tem uma predileção de apenas 10% (Waldron e Samir, 1987; Regezi e Sciubba, 1991).

O padrão histológico folicular relatado neste caso clínico concorda com uma porcentagem média de 45% a 55% (Waldron e Samir, 1987; Kahn, 1989; Odukoya, 1995). O aspecto radiográfico multilocular apresentando favos de mel também é relatado por Bhaskar (1973), Araújo e Araújo (1984) e Olaitan e Adekeye (1996).

A conduta operatória escolhida, de remoção cirúrgica de todo o tumor com a margem de segurança de 1cm concorda com os trabalhos de Ebling et al. (1974), Ashman et al. (1993) e Olaitan e Adekeye (1996).

Abstract

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor, locally aggressive and penetrating, clinically persistent and has its great prevalence in the posterior region of the jaw. This prevalence is about one percent (1%) relative to all maxillary cysts and tumors. The aim of this study is to present a retrospective literature review about this lesion, approaching the etiology, clinical aspects, and histological and radiographic characteristics. This article reports a 54-year-old man's case who has a follicular ameloblastoma located in the anterior region of the jaw.



Figura 8 – Aspecto clínico pós-operatório.

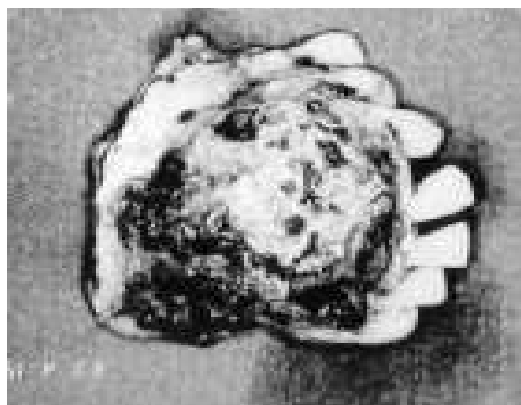


Figura 8 – Fragmento de mandíbula e dentes, removidos no transoperatório.

Key words: ameloblastoma, adamantinoma, odontogenic tumor

Referências bibliográficas

ACKERMANN, G.L.; ALTINI, M.; SHEAR, M. The Unicystic ameloblastoma: a clinicopathological study of 57 cases. *J Oral. Pathol.*, v. 17, n. 9, p. 541-546, 1988.

ASHMAN, S.G. et al.. Desmoplastic ameloblastoma. A case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, v. 75, p. 479-482, 1993.

ARAÚJO, N.S.; ARAÚJO, V.C. *Patologia bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1984.

BHASKAR, S.N. *Synopsis of oral pathology*. Sait Louis, 1973.

BONN, G.E.; DEBOOM, G.W. Multilocular radiolucent area of the posterior mandible. *Jada*, v. 116, n. 3, p. 393-395, 1988.

EVERSOLE, L.R.; LEIDER, A.S.; HANSEN, L.S. Ameloblastomas with pronounced desmoplasia. *J. Oral Maxillofac Surg.*, v. 42, p. 735-740, 1984.

EBLING, H. et al. Recidivas de ameloblastomas. Apresentação de 21 casos na mandíbula. *Arq. Cent. Est. Cur. Odont.*, v. 11, n. 2, p. 127-142, 1974.

GUIMARÃES, S.A.C.. *Patologia básica da cavidade bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

KAHN, M.A. Ameloblastoma in young persons: a clinicopathologic analysis and ethiologic investigation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, v. 67, n. 6, p. 706-715, 1989.

KAWAI, T. et al. Diagnostic imaging in two cases of recurrent maxillary ameloblastoma: comparative evaluation of plain radiographs, CT and MR images. *Br J Oral Maxillofac Surg.*, v. 36, p. 304-310, 1998.

LANGLAIS, R.P.; LANGLAND, O. E.; NOR-TJÉ, C. J. *Diagnostic imaging of the jaws*. Copyright Mosby, 1995.

LU, Y.; XUAN, M. et al. Odontogenic tumors. A demographic study of 759 cases in a chinese population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, v.86, p. 707-714, 1998.

NEVILLE, B. W. et al. *Oral & maxillofacial pathology*. Copyright Mosby, 1995.

OLAITAN, A. A.; ADEKEYE, E. O. Clinical features and management of ameloblastoma of the mandible in children and adolescents. *Br. J. Oral Maxillofac Surg.*, v. 34 p.-248-251, 1996.

ODUKOYA, O. Odontogenic tumors: analysis of 289 nigerian cases. *J. Oral. Pathol., Med.*, v.24, p. 454-457, 1995.

REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. *Patologia bucal*. Correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

REGEZI, J.A.; KERR, D.A.; COURTNEY, R.M. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surgery.*, v.36, n.10, p. 771-778, 1978.

ROBINSON, I.; MARTINEZ, M. G. Unicystic ameloblastoma. A prognostically distinct entity. *Cancer*, v. 40, p. 2278, 1977.

ROCHA, E.; COSTA, H. N.; SOUZA, L. P. Ameloblastoma. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 23, n. 1, p. 40-52, 1975.

SHAFFER, W.G.; HINE, M.K.; JEVY, B.M. *A Textbook of oral pathology*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1983.

SMITH, J.F. The controversial ameloblastoma. *O.S., O.M. & O.P.*, v. 26, n.1, p. 45-67, 1968.

SMALL, I.A.; WALDRON, C.A. Ameloblastomas of the jaws. *Oral Surg Oral Med. Oral Pathol.*, v.8, p.281-297, 1955.

YOSHIMURA, Y.; SAITO, H. Desmoplastic variant of ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg.*, v. 48, p. 1231-1235, 1990.

WALDRON, C.A.; SAMIR, K. A histopathologic study of 116 ameloblastomas with special reference to the desmoplastic variant. *Oral Surg Oral Med. Oral Pathol.*, v. 63, n.4, p. 441-551, 1987.

Endereço para correspondência

Prof. Agenor Montebelo Filho
Faculdade de Odontologia de Piracicaba –
Unicamp
Área de Radiologia Odontológica
Av. Limeira 901,
CEP 13414-900
Piracicaba - SP