

AMELOBLASTOMA E SUAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RADIOGRÁFICAS: RELATO DE CASO CLÍNICO

AMELOBLASTOMA AND ITS CLINICAL AND RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS: CLINICAL CASE REPORT

KANANDRA MATEUS SANTANA¹

ROSEMARY PESSOA SILVA²

NÁDIA CRISTINA FECCHIO NASSER HORIUCHI³

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno raro que afeta a região mandibular. Possui um crescimento localizado, também pode ser infiltrativo e persistente, assintomático, com estímulo desencadeador desconhecido. Sua prevalência ocorre com maior frequência em pacientes entre a quarta e quinta década de vida. Além de ser um relato de caso clínico, o presente estudo visa esclarecer as características clínicas, radiográficas, histopatológicas, condutas e opções durante o tratamento e o prognóstico para os diversos tipos de ameloblastomas, sendo realizada a radiografia panorâmica, a tomografia computadorizada e exame histopatológico, obtendo o diagnóstico da variante unicística que possui as características como uma cavidade monocística bem definida e radiograficamente apresenta radiolucências expansivas uniloculares com margens bem definidas. O tratamento inicial proposto foi a marsupialização, remoção à marsupialização na qual uma janela cirúrgica comunicando com a cavidade bucal, suturada junto à mucosa adjacente, é aberta para o esvaziamento progressivo do conteúdo interno da lesão, acarretando em sua descompressão, conseqüente diminuição. Após a reavaliação do caso foi observada a necessidade de remover toda a lesão, realizando a ressecção parcial da mandíbula com um melhor prognóstico.

UNITERMOS: Tumor; Ameloblastoma; Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos são neoplasias que derivam das células responsáveis pela odontogênese, considerados raros, de difícil diagnóstico. São neoplasmas derivados de tecidos epiteliais, ectomesenquimais ou mesenquimais.¹ Existem renomados artigos/trabalhos descritos sobre os tumores odontogênicos no mundo, entretanto, há controvérsias de entendimentos correlacionados ao tema, sendo necessário para realizar um correto diagnóstico utilizar análises imuno-histoquímicas e da genética para diferenciação, de modo que, alguns tipos de lesões antes relacionadas a um grupo, hoje estão atribuídas a outro tipo de subgrupos.²

O ameloblastoma é considerado um tumor odontogênico por desenvolver-se a partir das células epiteliais, elementos e tecidos dentais em suas várias fases de desenvolvimento. Possui um comportamento agressivo e infiltrativo, com crescimento lento e assintomático, caracterizando-se pela expansão do osso da mandíbula, principalmente na região dos

molares e ramo mandibular, onde as metástases são raras, mas possuem grande capacidade recidiva. Em estágio inicial são considerados assintomáticos, o que implica no seu diagnóstico. Tendo como sintomas: dor, inchaço e desconforto local em estágio avançado.³ Tem prevalência entre a quarta e quinta década de vida, sendo de origem rara em crianças e idosos, sem predileção de sexo e raça, com estímulo desencadeador desconhecido.⁴

Os ameloblastomas classificam-se em três diferentes situações clínicas, radiográficas e histológicas que devem ser reconhecidas e diferenciadas para se obter um diagnóstico preciso e o tratamento adequado seja instituído. São eles, sólido ou multicístico, unicístico e periférico.⁵

O ameloblastoma unicístico é raro e geralmente ocorre em populações mais jovens. Sendo caracterizado por crescimento lento, localmente agressivo, seu principal local de origem é na porção posterior da região da mandíbula, envolvendo dentes impactados. Radiograficamente, apresenta lesão unilocular com uma borda bem delimitada.⁶

1 Acadêmica do curso de Odontologia da Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO, Brasil.

2 Acadêmica do curso de Odontologia da Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO, Brasil

3 Cirurgiã – Dentista. Mestre em Periodontia pela universidade UNIFEB. Docente da Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO, Brasil.

Já o ameloblastoma multicístico origina-se centralmente, mas geralmente cresce em todas as direções, invadindo o tecido local, provocando destruição óssea. As lesões não são encapsuladas. O ameloblastoma extraósseo é composto por 1,3-10% de todos os ameloblastomas, estão principalmente localizados na área gengival e na mucosa alveolar, é assintomático, com aparência de nódulos sésseis da gengiva, firmes, superfície lisa e coloração normal.⁶

O ameloblastoma periférico é considerado como incomum, não podendo ser diagnosticado por exame radiográfico, ocorrendo com menor frequência entre todas as classificações dos ameloblastomas. Pelos padrões histológicos são classificados entre folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulares, basalóide e desmoplástico. O ameloblastoma folicular é o mais comum, seguido do plexiforme. As outras variações distintas ocorrem com menor frequência.⁵

O diagnóstico diferencial é utilizado para confirmação do diagnóstico, sendo os mais frequentes o cisto dentífero, tumor odontogênico queratocístico e cisto ósseo simples.⁷

O cisto dentífero é um dos cistos odontogênicos de desenvolvimento que ocorrem com maior frequência. Tem predileção pelo gênero masculino e geralmente os pacientes não apresentam sintomatologia dolorosa, na maioria das vezes são detectados em exames radiográficos de rotina. Clinicamente, apresentam crescimento lento e assintomático, principalmente nas três primeiras décadas de vida. Apesar disso, podem crescer consideravelmente e causar expansão da cortical óssea ocorrendo deformação facial, promovendo impactação e deslocamento de dentes e estruturas ósseas adjacentes.⁷

Radiograficamente apresentam, na maioria das vezes, uma cavidade unilocular com radiotransparência e margem esclerótica bem definida, envolvendo a coroa de um dente não irrompido, partindo da junção cimento-esmalte, embora aspectos multiloculares possam também ocorrer nas grandes lesões. Este cisto, quando situado na mandíbula, pode provocar o deslocamento e a reabsorção da parede do canal mandibular, e também reabsorção radicular de dentes adjacentes ou até mesmo a fratura patológica mandibular.⁸ As variações encontradas nas radiografias são associadas em relação ao cisto e coroa do dente incluso, e podem ser classificadas como central, lateral e circunferencial.⁹

O tumor odontogênico queratocístico é uma lesão intraóssea dos maxilares de comportamento invasivo-destrutivo com alta taxa de recidiva, sendo predominantemente encontrado na região posterior de mandíbula, com incidência em pacientes do gênero masculino, na segunda década de vida. Apresenta altas taxas de recidivas, geralmente é

assintomático. Ocorre, principalmente, em região de ângulo mandibular, podendo ou não estar relacionado a um elemento dentário. As causas dos altos índices de recidiva observados nesta lesão estão na dependência de fatores como: faixa etária, localização e tamanho da lesão, gênero, tipo de tratamento e variante histológica.¹⁰

Radiograficamente, podem ser uni ou multiloculares e têm, em sua maioria, aspecto radiolúcido, bem delimitado, com limite esclerótico fino, podendo ou não envolver um dente retido. Nas radiografias panorâmicas, apresentam inúmeros casos, uma visualização do diagnóstico não especificada, pois a área radiotransparente bem evidenciada com cortical marginal satisfatoriamente definida, pode ser reflexo de lesões grandes e multiloculares, assemelhando-se a ameloblastomas, além de ser também similar ao cisto dentífero.¹⁰

O cisto ósseo simples é classificado como uma lesão não neoplásica relacionada aos ossos.¹¹ Clinicamente, essa lesão tem predileção pela segunda década de vida, em pacientes do gênero masculino. Ocorre com maior frequência nos molares inferiores, mas pode ocorrer em maxila e zigoma. Expansão mandibular é rara e a polpa dentária preservada. É assintomático e diagnosticado por exames de rotina. A sintomatologia relatada pelos pacientes são: dor, inchaço, sensibilidade dentária, fistula e parestesia, com crescimento lento e não expansiva, devido à pequena quantidade de medula óssea e baixa vascularização. Trata-se de uma lesão rara. Somente 15% dos pacientes têm idade superior a 40 anos.¹²

Partindo do pressuposto da complexidade e características perspicazes do ameloblastoma, e sabendo da importância do conhecimento e da capacitação dos cirurgiões dentistas para que estes estejam aptos a diagnosticar precocemente e elaborar um correto plano de tratamento para as variantes do ameloblastoma, o presente trabalho apresenta-se com uma oportunidade de incentivar a prevenção, detecção precoce, terapêutica e alavancar o conhecimento acerca deste tumor odontogênico fascinante.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente gênero masculino, 42 anos, leucoderma, apresentando bom estado de saúde, compareceu a Faculdade FAMP queixando-se de “dor de dente e um dente que virou pra dentro da boca” (Fig.1). No exame clínico apresentou discreto aumento de volume na região anterior da mandíbula (Fig.2), sem limitação funcional dos movimentos, sem quadro febril. Foi realizado teste de vitalidade pulpar (Fig.3) tendo como resultados: dentes não vitalizados - lado esquerdo: 33, 32, 31, lado direito: 41, 42, 43, 44 e 45. Relatou formigamento no lábio inferior direito, aproximadamente, um mês. Discreta assimetria facial. No exame radiográfico (radiografia panorâmica inicial e tomografia

computadorizada) foi observada área radiolúcida, com contornos corticalizados bem definidos, na região anterior da mandíbula, com reabsorção das raízes dos elementos 44, 43, 42, 41, 31, 32 e 33 (Fig.4-9). Para o concreto diagnóstico foi efetuado a punção da lesão e após o resultado do exame histopatológico (Fig.10-11), o tratamento proposto foi a marsupialização removendo parte da lesão (Fig. 12). Foi introduzido um dreno para melhor higienização e limpeza da cavidade (Fig.13). Após 7 meses, foi observado presença de recidiva, sendo necessário a ressecção parcial da mandíbula, fixando uma placa de fixação (Fig. 14) e futuramente será realizado um implante na área onde foi removido os dentes.

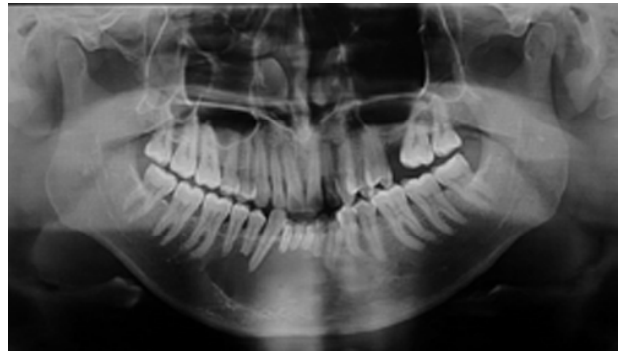


Fig. 4 – Exame Radiográfico 04/11/2018



Fig. 1 – Exame Físico



Fig. 5 - Tomografia computadorizada (Reformatação Digital)



Fig. 2 – Exame intrabucal

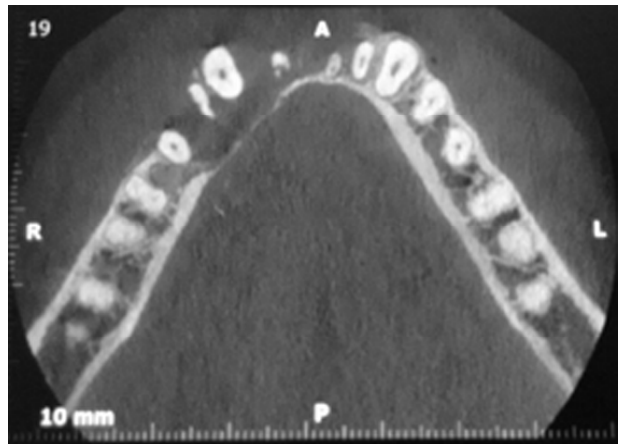


Fig. 6 - Tomografia Computadorizada (Reformatação axial)



Fig.3 - Teste de vitalidade

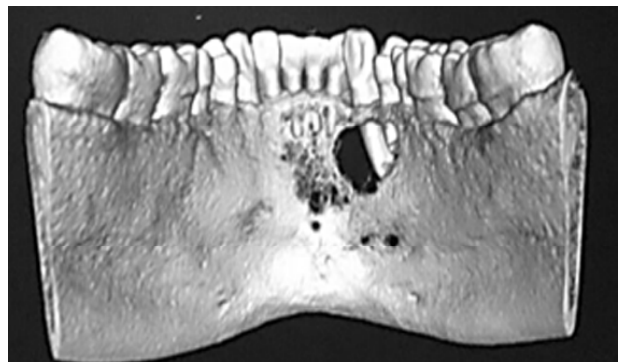


Fig. 7 - Reconstrução 3D



Fig. 8 - Reconstrução 3D



Fig. 9 - Reconstrução 3D



Fig. 10 - Punção e biópsia incisional

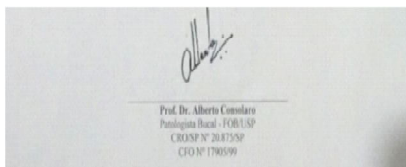
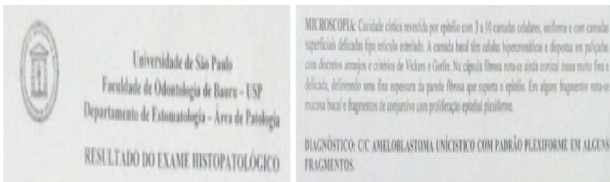


Fig. 11 – Resultado da biópsia



Fig. 12 - Marsupialização

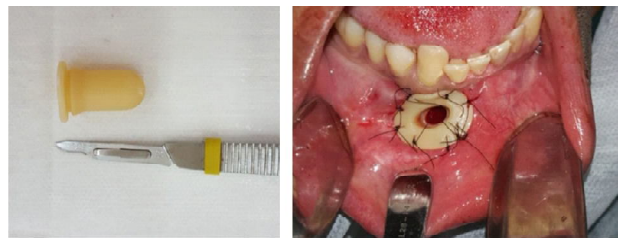


Fig. 13 – Adaptação do dreno

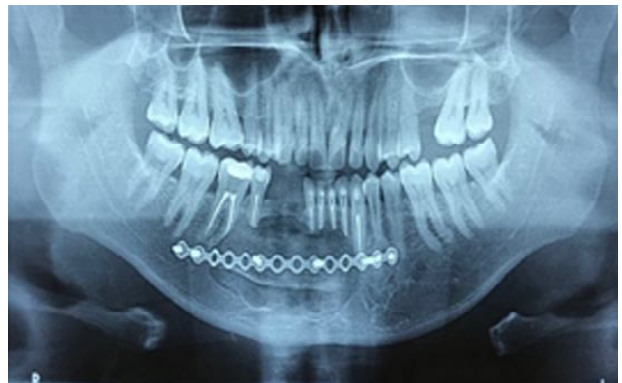


Fig. 14 – Placa de fixação em posição

DISCUSSÃO

Os ameloblastomas correspondem, aproximadamente 1% de todos os tumores odontogênicos, com maior incidência na mandíbula, sem predileção de raça sexo ou gênero.¹³

Segundo Raldi o ameloblastoma folicular é o mais comum, seguido do plexiforme. As outras variações distintas ocorrem com menor frequência.⁵

Rezende e colaboradores ressaltam que o ameloblastoma multicístico possui tendência localmente invasiva com alto índice de recidiva, acometendo pacientes entre 30 a 70 anos de idade. Radiograficamente, caracteriza-se por apresentar aspecto radiolúcido multiloculares com padrão de “bolhas de sabão” ou “favos de mel”, apresentando bordas irregulares, podendo ou não, estar associado a um dente incluso.¹⁴

Já Muniz e colaboradores consideram a variante multicística como mais prevalente nos relatos de casos clínicos. Cerca de 80% possuem tendência de serem mais agressivos, e com maior taxa de recidivas. Também apresentam padrões radiográficos, com limites definidos de formas semelhantes a “favo de mel” ou “bolhas de sabão”.¹³

Segundo Moreira, o ameloblastoma unicístico é uma variante distinta e apresenta melhor prognóstico com baixo índice de recidiva, por possuir um tratamento menos agressivo, mesmo sendo tratado com cirurgias conservadoras, como enucleação e curetagem, acometendo pacientes entre a 2ª e 3ª década de vida.¹⁵

Já Nascimento, caracteriza o ameloblastoma unicístico com um padrão menos agressivo, respondendo melhor ao tratamento conservador, o qual consiste na marsupialização, curetagem a enucleação.¹⁶

No tratamento do ameloblastoma preconiza-se remover a lesão, sem mutilação de partes. Tratamentos mais agressivos apresentam a remoção completa da lesão com margens ósseas livres, mesmo que se tenha uma provável mutilação.¹⁷

Vasconcelos e colaboradores consideram a enucleação como um procedimento menos invasivo, apresentando a uma pequena janela cirúrgica onde é realizada no interior da cavidade cística, sendo mantida por um cateter ou tubo, para assegurar constante drenagem e reduzir a pressão intracística. Esta técnica reduz a cavidade e ao atingir um tamanho menor realiza-se a cirurgia, enucleando-se completamente a membrana cística e dessa forma eliminando as desvantagens da cirurgia pela enucleação, que pode comprometer a vitalidade de dentes adjacentes.¹⁸

A marsupialização é uma forma de tratamento muito comum para alguns tipos de cistos e tumores odontogênicos. É uma técnica que tem por objetivo reduzir a pressão interna da lesão com a retirada de fluído, que leva, conseqüentemente, à redução progressiva da lesão, para posterior enucleação. O que difere as duas técnicas é que na descompressão é necessária a instalação de um artifício (dispositivo) para manutenção da abertura cirúrgica. Realização de procedimento cirúrgico simples: realiza-se uma incisão, geralmente circular, e cria-se uma janela ampla, para comunicação da lesão com a cavidade oral, que é suturada junto à mucosa adjacente, e ao retirar parte da cápsula da lesão, ela já fornece material para o exame histopatológico. A técnica é muito utilizada em casos de lesões extensas, visando à preservação de estruturas nobres.¹⁷

CONCLUSÃO

Através deste trabalho buscou-se informações sobre o ameloblastoma para o meio acadêmico, visto que o diagnóstico é de extrema importância para

fechamento do tratamento e seu prognóstico. O tratamento varia desde o conservador até abordagens mais agressivas. O exame histopatológico é conclusivo para o fechamento do diagnóstico.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a rare benign odontogenic tumor that affects the mandibular region, has a localized growth, may also be infiltrative and persistent, asymptomatic, with unknown triggering stimulus. Its prevalence occurs more frequently in patients between the fourth and fifth decade of life. In addition to being a clinical case report, the present study aims to clarify the clinical, radiographic, histopathological, behavioral and options characteristics during the treatment and the prognosis for the various types of ameloblastomas. Panoramic radiography, computed tomography and histopathological examination obtaining the diagnosis of the unicystic variant that has the characteristics as a well defined monocytic cavity and radiographically presents expansive unilocular radiolucencies with well defined margins. The initial proposed treatment was the marsupialization removal to marsupialization in which a surgical window communicates with the oral cavity, sutured adjacent to the adjacent mucosa, is opened for progressive emptying of the internal contents of the lesion, leading to its decompression and consequent decrease. After the reassessment of the case, it was observed the need to remove the entire lesion, performing partial resection of the mandible with a better prognosis.

UNITERMS: tumor; Ameloblastoma; diagnosis.

REFERÊNCIAS

- 1- Nalabolu, G.R.K., et al. Epidemiological study of odontogenic tumours: An institutional experience. *Journal of Infection and Public Health*. 2017; 10: 324-330.
- 2- Henriques, A.C.G., et al. Considerações sobre a Classificação e os Tumores Odontogênicos Epiteliais: Revisão de literatura. *Rev Brasileira de Cancerologia*. 2009;55(2):175-184.
- 3- Moraes, F.B., et al. Ameloblastoma: a clinical and therapeutic analysis on six cases. *Rev. bras. Ortop*. 2014; (9):305-308.
- 4- Menezes, L.M., et al. Maxillary ameloblastoma in an elderly patient: Report of a surgical approach. *Human Pathology: Case Reports*. 2017;25-29.
- 5- Raldi, F.V.; Filho, R.G.; Moraes, M.B.; Neves, A.C.C. Tratamento de Ameloblastoma: treatment of ameloblastoma. *RGO*. 2010;58(1):123-126.
- 6- Díaz, D.D.; Valdés, S.Y.; Cobián, O.G.; Gómez, N.M. Ameloblastoma. Revisión de la literatura; *Revista Habanera de Ciências Médicas*. 2014; v.13, n.6, 862-872.
- 7- Siqueira, S.P., et al. Estudo de 199 casos de cisto

- dentífero. SALUSVITA. 2016; 35(4):517-528.
- 8- Caliento, R.; Mannarino, F.S.; Vieira, E.H. Cisto Dentífero modalities of treatment. Rev Odontol UNESP. 2013;42(6):458-462.
- 9- Safira, L.C., et al. Cisto Dentífero em mandíbula: Dentigerous cyst in mandible: a case report Rev. Ci. méd. biol. 2009;8(2):225-229.
- 10- Pereira, C.C.S.; Carvalho, A.C.G.S.; Jardim, E.C.G.; Shinohara, E.H.; Junior, I.R.G. Tumor Odontogênico Queratocístico e considerações diagnosticadas: keratocystic Tumor and diagnostic considerations. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2012;10(32).
- 11- Oliveira, A.L.; Santos, J.M.; Assis, A.; Reis, S.R.A.; Medrado, A.R.A.P. Cisto Ósseo Simples: clinical case report; Revista Bahiana de Odontologia. 2014;5(3):167-173.
- 12- Paes, B.L.L.; Santos, K.C.P.; Marcucci, M.; Costa, C.; Oliveira, J.X. Cisto Ósseo Simples: radiographic, histopathological and clinical evaluation of six cases J Health Sci Inst. 2010;28(1):71-6.
- 13- Muniz, R.V.M; Freitas, D.J.S; Neri, R.F.A; Dultra, J.A; Dultra, F.K.A.A; Características Clínicas, Radiográficas e Diagnóstico: Clinical and radiographic features and diagnosis of ameloblastoma: a case report. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe. 2014;14(4):27-32.
- 14- Rezende, A.B.M.; Faber, P.A.; Pino, D.S.; Dias, J.N. Tratamento Cirúrgico de Ameloblastoma Multicístico de Mandíbula: surgical treatment of multicystic ameloblastoma of the mandible. Rev. Científica da FHO UNIRARARAS. 2014; 2(1).
- 15- Moreira, T.G.; Gonçalves, S.L.M.; Salim, M.A.A.; Prado, R. Ameloblastoma Unicístico Mural com Componente Intraluminal: mural uncystic ameloblastoma with an intraluminal component; Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac. Camaragibe. 2010;10(1):67-72.
- 16- Nascimento, M.A.; Cavalcante, W.R.J.; Cardoso, S.V.; Henriques, J.C.G.; Silva, C.J. Ameloblastoma Unicístico em Criança: case report. Rev. Odontol Bras Central. 2017;26(77):53-56.
- 17- Kruschewsky, L.S; Cincurá, C; Teixeira, F.A, Filho, F.V.M Ameloblastoma: aspectos clínicos e terapêuticos. Ameloblastoma: clinical and therapeutic aspects. Rev Bras Cir Craniomaxilofac 2010;13(4):241-5.
- 18- Vasconcelos, R.G; Queiroz, L.M.G, Júnior L.C.A; Germano, A.R; Vasconcelos, M.G. Abordagem Terapêutica em Cisto Radicular de Grandes Proporções. :Therapeutic Approach in Radicular Cyst of Great Proportions: a Case Report Revista B.C.S. 2012 16(3):467-474.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
NÁDIA CRISTINA FECCHIO NASSER HORIUCHI
Rua Hortência; Qd. 08; Lt.01;
Jardim das oliveiras.
Mineiros-GO
CEP:75835131

