



ELSEVIER



Relato de caso

Ameloblastoma: uma análise clínica e terapêutica de seis casos[☆]

Frederico Barra de Moraes^{a,*}, Rhanderson Miller Nascimento Cardoso^b,
Sinara Vieira Rodrigues^b, Marcus Vinícius Ferreira Dutra^b,
Uiara Rios Pereira^b e Thiago Raphael Sousa Alencar Borges^b

^a Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

^b Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 1 de maio de 2013

Aceito em 7 de maio de 2013

On-line em 28 de fevereiro de 2014

Palavras-chave:

Ameloblastoma/etiologia
Ameloblastoma/diagnóstico
Ameloblastoma/cirurgia
Neoplasias mandibulares

Keywords:

Ameloblastoma/etiology
Ameloblastoma/diagnosis
Ameloblastoma/surgery
Mandibular neoplasms

RESUMO

Os ameloblastomas são tumores odontogênicos, localmente invasivos e de crescimento lento. Sua etiologia ainda não foi bem definida e as formas de tratamento são amplamente discutidas, por causa de possíveis recidivas do tumor e complicações pós-operatórias. Neste trabalho, foram avaliados seis pacientes diagnosticados com ameloblastoma na região mandibular e tratados no Departamento de Ortopedia e Traumatologia do HC-UFG, de 1958 a 1963. Foram avaliadas as características radiológicas, clínicas e terapêuticas. Não houve predomínio em relação ao gênero na amostra estudada. Os sintomas mais apresentados pelos pacientes foram dor e tumoração. As características radiológicas de maior incidência são de uma lesão multilocular e o tratamento usado em todos os pacientes foi o cirúrgico radical. A recidiva foi nula em um tempo mínimo de um ano e sete meses de seguimento.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Ameloblastoma: a clinical and therapeutic analysis on six cases

ABSTRACT

Ameloblastomas are odontogenic tumors that are locally invasive and slow-growing. Their etiology is still not well defined, but the forms of treatment have been widely discussed because of the possibility of tumor recurrence and postoperative complications. In this study, six patients who were diagnosed with ameloblastoma in the mandibular region and were treated in the Department of Orthopedics and Traumatology of Hospital das Clínicas, Federal University of Goiás, between 1958 and 1963, were evaluated. The radiological, clinical and therapeutic characteristics were evaluated. There was no predominance regarding gender in the sample studied. The symptoms most often presented by the patients were pain and tumor formation. The radiological characteristics with greatest incidence were

[☆] Trabalho realizado no Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: frederico_barra@yahoo.com.br (F.B. de Moraes).

multilocular lesions and the treatment used for all the patients was radical surgery. There was no recurrence over the minimum follow-up period of one year and six months.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Os tumores odontogênicos são neoplasias derivadas das células responsáveis pela odontogênese.¹ De acordo com a origem tecidual, são classificados em epiteliais, mesodérmicos e mistos. O ameloblastoma é o tumor de origem epitelial mais comum e representa em torno de 23% dos tumores odontogênicos.²

Descrito pela primeira vez por Cusack em 1827 apud Chagas et al.,³ o ameloblastoma é localmente agressivo e altamente infiltrativo. É um tumor com alta taxa de recidiva, estimada em torno de 50%. Apesar dessas características, é uma neoplasia que raramente sofre metástases.⁴

Geralmente é assintomático em estágios iniciais, o que implica diagnóstico tardio, quando o tumor já atingiu grandes proporções. Os sintomas mais comuns são inchaço, dor e desconforto local.^{3,5}

O objetivo deste trabalho é relatar e discutir os aspectos clínico-radiológicos de seis pacientes portadores de ameloblastoma atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG).

Metodologia

Foram revistos os prontuários de seis pacientes atendidos no Departamento de Ortopedia e Traumatologia (DOT) do HC-UFG em cinco anos (1958 a 1963). Trata-se, portanto, de um estudo descritivo retrospectivo. Foram estudadas todas as informações quanto a idade, sexo, manifestações clínicas, localização do tumor, tempo de início dos sintomas, características radiológicas, forma de tratamento, tempo de seguimento e recorrência.

A localização foi dividida em mandíbula ou maxila e, em caso de localização em mandíbula, foi pesquisado se o tumor atingia corpo, ângulo, ramos da mandíbula ou qualquer combinação. De acordo com a quantidade de compartimentos radiolúcidos da lesão, os tumores foram classificados em unilocular ou multilocular, nesse caso assumindo aspecto de “favos de mel” ou de “bolhas de sabão”.⁶⁻⁹ O tratamento cirúrgico foi classificado em radical e não radical. Segundo essa divisão, o tratamento dito não radical consiste em enucleação ou curetagem, enquanto o tratamento radical é composto pela ressecção cirúrgica do tumor, parcial ou completa.¹⁰

Resultados

O grupo consiste em três homens e três mulheres. A idade média foi de 37,5 anos (intervalo de 25 a 50). Em todos os pacientes a localização do tumor era na mandíbula. Dois casos envolviam apenas o corpo da mandíbula, dois corpo e ângulo e dois corpo, ângulo e ramos mandibulares.

Os sintomas mais comuns apresentados foram queixa de aumento do volume da mandíbula, isto é, tumoração e dor (espontânea ou durante a mastigação), presentes em todos os pacientes. Em apenas dois pacientes houve sintomas adicionais, os quais foram limitação do movimento e formação de fistula para dentro da cavidade oral com saída de conteúdo purulento e sanguinolento.

O tempo desde o início dos sintomas à consulta no HC-UFG variou entre um a oito anos para cinco pacientes sem tratamento prévio. Há um caso específico em que os sintomas tiveram início 24 anos antes da consulta nesse hospital, mas trata-se de um caso diferenciado, pois a paciente já havia passado por dois tratamentos não radicais (curetagem) com recidiva do tumor.

Não havia descrição da radiografia no prontuário de dois pacientes. O restante apresentou radiografia com aspecto multilocular (fig. 1). Foi possível notar em todos os casos que esses tumores haviam atingido tamanhos enormes e foram descritos de acordo com parâmetros usados na época, como tamanho de um “limão” ou de uma “laranja grande”. Essas medidas equivalem a aproximadamente 4 cm x 5 cm x 5 cm para o menor e 8 cm x 8 cm x 9 cm para o maior tumor. Isso justifica o tratamento adotado em todos os casos, a ressecção cirúrgica do tumor, ou seja, o tratamento radical.

Cinco pacientes foram seguidos após o tratamento cirúrgico. O tempo de seguimento variou de um ano e sete meses a sete anos e dois meses. Nenhum desses pacientes apresentou recidiva (tabela 1 e fig. 2).

Discussão

A relação entre os sexos foi de 1:1 neste estudo. Isso está em conformidade com a literatura, que normalmente demonstra



Figura 1 – Pré-operatório.

Tabela 1 – Características clínicas dos pacientes com ameloblastoma

Sexo	F	M	F	F	M	M
Idade	48	32	38	32	25	50
Localização	Mandíbula	Mandíbula	Mandíbula	Mandíbula	Mandíbula	Mandíbula
Parte da mandíbula	Corpo	Corpo e ângulo	Corpo, ângulo e ramos	Corpo, ângulo e ramos	Corpo e ângulo	Corpo
Manifestações clínicas	Tumoração e dor	Tumoração e dor	Tumoração, dor, limitação do movimento e formação de fistula com conteúdo piosanguinolento	Tumoração, dor, limitação do movimento e formação de fistula com conteúdo piosanguinolento	Tumoração e dor	Tumoração e dor
Tempo de início dos sintomas	24 anos	1 ano e 6 meses	1 ano	8 anos	5 anos	5 anos
Características radiológicas	Multilocular	-	Multilocular	-	Multilocular	Multilocular
Tratamento	Radical	Radical	Radical	Radical	Radical	Radical
Tempo de seguimento	4 anos e 11 meses	-	2 anos e 6 meses	1 ano e 7 meses	6 anos e 11 meses	7 anos e 2 meses
Recorrência	N	-	N	N	N	N
Tamanho aproximado	“Limão” 4×5×5 cm	-	“Laranja bahia grande” 7×7×8 cm	“Abacate grande” 8×8×9 cm	-	“Laranja pequena” 6×6×7 cm

não haver variação importante quanto ao gênero na ocorrência do ameloblastoma.^{1,3,8,11,12} Em um estudo feito com 116 pacientes, a relação entre os gêneros masculino e feminino foi de 1,2:1⁵ e em apenas um trabalho analisado essa relação se mostrou 2:1, com predomínio do sexo masculino.¹³

Quanto à idade dos pacientes, a média foi de 37,5 anos. Isso também é confirmado pela literatura, que demonstra uma predominância desses tumores em indivíduos adultos, geralmente na quarta ou quinta década de vida.^{3,12}

A localização dos ameloblastomas ocorre na mandíbula em cerca de 80% dos casos e na maxila nos 20% restantes.^{3,8,11,12,14} Em nosso estudo todos localizavam-se na mandíbula e se aproximavam dos dados encontrados por Kim e Jang,⁵ que num estudo com 71 casos observaram ocorrência de ameloblastoma na mandíbula em 93,9% desses. Nesse mesmo estudo demonstrou-se localização apenas no corpo da mandíbula em 60,6% dos casos, no corpo e no ângulo em 2,8% dos casos e não foi demonstrada localização simultânea no corpo, ângulo e ramo da mandíbula.⁵ Tumores mais volumosos podem acometer de modo infiltrativo os tecidos moles adjacentes, até promovendo erosão e reabsorção das raízes dentárias.¹

**Figura 2 – Pós-operatório.**

Nossa casuística apresenta dois casos com acometimento exclusivo do corpo mandibular, dois do corpo e do ângulo e dois do corpo, do ângulo e dos ramos da mandíbula. Provavelmente isso se deve ao longo período de evolução. Os tumores já haviam atingido grandes tamanhos. Justifica-se, assim, o acometimento de corpo, ângulo e ramos simultaneamente, não relatado em outros trabalhos.

A manifestação clínica mais comumente apresentada pelos pacientes foi de tumoração (100%) e dor (100%), seguidas por limitação de movimento (33,3%) e formação de fístulas com drenagem de pus e/ou sangue (33,3%). Os autores analisados são unânimes em afirmar que os ameloblastomas são em sua vasta maioria tumores de crescimento lento e que, portanto, raramente se manifestam com outros sinais que não tumoração local, o achado mais comum.^{3,5,13} Medeiros et al.¹⁴ ainda citam Neville et al.¹⁶ para afirmar que esses tumores raramente são dolorosos, a menos que infectados secundariamente, e que raramente há sinais ou sintomas de comprometimento de nervo, mesmo em tumores grandes. Assim, a alta prevalência de dor nos casos relatados pode ser indicativa de processos infecciosos associados, principalmente quando se leva em consideração que houve um grande hiato de tempo em alguns casos entre início dos sintomas e busca de auxílio médico.

A característica mais comumente encontrada pela análise radiográfica é o padrão multilocular (65,4%), como foi no estudo de 52 casos de Saddy et al.¹⁵ Em nosso estudo, também houve predomínio do padrão multilocular. Mesmo com o aspecto radiográfico claramente determinado, deve-se procurar o diagnóstico definitivo do ameloblastoma por meio da associação com o exame histopatológico da lesão.³

Quanto ao padrão histopatológico, podem-se diferenciar três tipos de tumores: sólido ou multicístico, unicístico e periférico. A forma multicística corresponde a cerca de 85%

dos casos, é localmente invasiva e tem número grande de recidivas. O unicístico representa cerca de 14% dos casos, é menos invasivo e não há grande número de recidivas. O periférico é raro, responde por menos de 1% dos casos relatados e acomete apenas tecidos moles que circundam a região dentária.¹⁶

A sintomatologia do ameloblastoma é pobre e tardia, o que dificulta a identificação desse tumor em fases iniciais.⁹ Estudos demonstram que quando o tumor é percebido pela própria pessoa ou pelo profissional, já se apresenta um volume considerável. Outro grande empecilho é que, em muitos casos, os pacientes percebem a tumoração de consistência óssea, mas acabam por procurar atendimento médico depois de algum tempo de evolução, que pode chegar a anos depois. Nessa série de casos todos os pacientes eram pessoas de baixa classe social e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Por isso, eram tumores com maior tempo de evolução e, portanto, de grandes dimensões. Houve relato de infiltração de tecidos moles adjacentes, que pode ocorrer em tumores mais volumosos.¹ Um desses casos até teve um tempo de evolução desde o início dos sintomas de oito anos e foi o que apresentou maior tumoração em aspectos dimensionais, comparado a um abacate grande.

O tratamento do ameloblastoma é feito de forma cirúrgica, não radical ou radical. Radioterapia não é indicada, pois as lesões são radiorresistentes. O tratamento não radical é normalmente usado nos tumores unicísticos. De acordo com Nakamura et al.,¹⁷ entretanto, tal modalidade de tratamento, que inclui marsupialização e enucleação, seguida de uma curetagem óssea adequada, mostrou-se bastante eficiente, reduziu a necessidade de uma ressecção cirúrgica e reforçou, assim, a indicação de tratamentos não radicais para ameloblastomas.

O tratamento radical, por sua vez, implica remoção total da lesão, geralmente com margem de segurança de um a dois centímetros,^{1,13} e é o mais indicado para lesões mais agressivas, como no ameloblastoma multicístico ou mesmo no unicístico com característica infiltrante. Em nossos casos, optou-se pelo tratamento cirúrgico radical em todos os pacientes, principalmente por causa do diagnóstico tardio desses pacientes, com tumores já de grandes dimensões. Nessa série de casos a conduta terapêutica radical não apresentou recidiva nos cinco casos que foram seguidos. Um desses casos até já havia apresentado recidivas após curetagem feita previamente em outro serviço.

Quanto ao tempo de seguimento, nossos casos não mostraram recidiva em um período mínimo de um ano e sete meses. Porém, deve-se considerar que dois dos casos foram seguidos por menos de três anos. A maioria dos estudos avalia a recidiva a partir de quatro a cinco anos, em média.¹³ Contudo, como todos os casos foram tratados com ressecção cirúrgica total e com um tempo médio de seguimento de quatro anos e sete meses, em concordância com outros estudos,^{18,19} podemos considerar a recidiva nula em nossa série como válida.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- Sá AC, Zardo M, Paes Júnior AJ, Souza RP, Neme MP, Sabedotti I, et al. Ameloblastoma da mandíbula: relato de dois casos. *Radiol Bras*. 2009;37(6):465-8.
- Avelar RL, Antunes AA, Santos TS, Andrade ESS, Dourado E. Tumores odontogênicos: estudo clínico-patológico de 238 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008;74(5):668-73.
- Chagas JF, Toledo Júnior JI, Pascoal MBN, Pascoal MI, Aquino JL, Campos JLG, et al. Ameloblastomas: aspectos clínicos e terapêuticos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007;36(3):159-62.
- Ciment LM, Ciment AJ. Malignant ameloblastoma metastatic to the lungs 29 years after primary resection. *Chest*. 2002;121(4):1359-61.
- Kim SG, Jang HS. Ameloblastoma: a clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 2001;91(6):649-53.
- Swan JS. The teeth, jaws, and salivary glands. In: Juhl JH, Crummy AB, Kuhlman JE, editors. *Paul & Juhl's essentials of radiologic imaging [versão digital]*. 7^a. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998. p. 13-31.
- Ogunsalu C, Daisley H, Henry K, Bedayse S, White K, Jagdeo B, et al. A new radiological classification for ameloblastoma based on analysis of 19 cases. *West Indian Med J*. 2006;55(6):36-41.
- Martinez CR, Barros RM, Orú NR, Oliveira JGP, Monteiro JCC. Ameloblastoma: estudo clínico-histopatológico. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2008;8(2):55-60.
- Martins MD, Rosa Junior OA, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS. Ameloblastoma: revisão de literatura. *ConScientia e Saúde*. 2007;6(2):269-78. Disponível em: <http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/1108/886>.
- Gardner DG, Pecak AM. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Câncer*. 1980;46(11):2514-9.
- Martins RH, Andrade J, Sobrinho, Rapoport A, Rosa MP. Histopathologic features and management of ameloblastoma: study of 20 cases. *São Paulo Med J*. 1999;117(4):171-4.
- Costa DO, Ecard MB, Oliveira SP, Silva LE, Dias EP, Lourenço SQC. Estudo retrospectivo dos casos diagnosticados como ameloblastoma no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Antônio Pedro entre 1997 e 2007. *J Bras Patol Med Lab*. 2008;44(6):441-7.
- Lagares DT, Cossío PI, Guisado JMH, Pérez JL. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004;10(3):231-8.
- Medeiros M, Porto GG, Laureano JR, Filho, Portela L, Vasconcellos RH. Ameloblastoma em mandíbula. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008;74(3):478.
- Saddy MS, Chilvarquer I, Dib LL, Sandoval RL. Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos do ameloblastoma. *Rev Pós Grad*. 2005;12(4):460-5. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/revistas/rpg/EDICOES/RPG-4.09.684.pdf>.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial*. 2^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2004.
- Nakamura N, Híguchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;93(1):13-20.
- Olaitan AA, Arole G, Adekeye EO. Recurrent ameloblastoma of the jaws: a follow-up study. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1998;27(6):456-60.
- Olaitan AA, Adekeye EO. Unicystic ameloblastoma of the mandible: A long-term follow-up. *J Oral Maxillofac Surg*. 1997;55(4):345-8.