

CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO DOS AMELOBLASTOMAS

BIBLIOGRAFIA

BRONKHORST, G. J. M. & VAN DER
KAMMEN, J. P. M. (1978) The
odontogenic epithelium. A review
of its histology and embryology.
J. Oral Pathol., 5: 1-15.

DESCRITORES

Ameloblastoma
Carcinoma

RESUMO

*João Jorge D. Barbachan**
*Pantelis Varvaki Rados**
*Manoel Sant'Ana Filho**
*Onofre Francisco de Quadros**

*Professores de Patologia da FO/UFRGS e PUCRS
Trabalho apresentado durante o 6º Congresso Odontológico Riograndense, em
Porto Alegre, julho de 1985.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARBACHAN, João Jorge D. et alii.
Considerações sobre o estudo dos
ameloblastomas. *Revista da Fa-
culdade de Odontologia de Porto
Alegre*, 27: 13-25, 1985.

DESCRITORES

- Ameloblastoma
- Cistos Odontogênicos

RESUMO

Com a finalidade de atualizar os conhecimentos sobre o ameloblastoma, foi feita revisão da literatura e o estudo de 26 casos arquivados no Laboratório de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde foi possível o exame histopatológico de mais de uma área do tumor. Em 21 dos casos observamos a presença de dois ou mais tipos histológicos, sendo os mais frequentes do tipo plexiforme e folicular.

São apresentados ainda, dois casos pouco frequentes quanto a localização (maxilar) e faixa etária (crianças).

CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO DOS AMELOBLASTOMAS

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor benigno, dos tumores odontogênicos o mais agressivo, e apresenta características histológicas bastante peculiares, além do que, tivemos a oportunidade de estudar dois casos raros, quanto a faixa etária e localização. Estes fatos nos levaram a revisar o arquivo da disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia da U.F.R.G.S., selecionando outros 24 casos, onde fosse possível observar, do ponto de vista histológico, mais de uma área da lesão.

REVISÃO DA LITERATURA

Já fazem aproximadamente 160 anos que o ameloblastoma foi descrito como lesão tumoral distinta (9, 16, 27). Durante este tempo muitos avanços foram feitos no sentido da melhor compreensão deste tumor.

As suas características epidemiológicas são bem conhecidas, é um tumor de idade adulta (9, 16, 26, 27), sendo rara a sua observação em crianças (2, 6, 7, 20, 37), é diagnosticado a partir da segunda década de vida, sem preferência por sexo ou raça (9, 13, 14, 26), com localização eletiva pela mandíbula (1, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 26, 27, 29) 80% e o restante, 20% dos casos tem localização na maxila (11, 14, 13, 9, 26), representa 1% em termos de tumores de boca.

Radiograficamente o ameloblastoma é descrito como uma lesão de imagem radiolúcida, com aspecto de favos de mel ou bolhas de sabão que representam as múltiplas cavidades císticas que o tumor pode apresentar (31, 16, 12, 27), mas são descritos casos em que o tumor apresenta imagem cística uni e multiloculares (2, 7, 20).

Existem trabalhos clássicos (32, 33, 36, 7, 8, 22, 23, 24), que demonstram a possibilidade de evolução de ameloblastomas a partir de cistos dentígeros em uma proporção variável em torno de 30%, e mais raramente a partir de outras lesões odontogênicas (9, 16, 25, 27, 18). Recentemente Vickers e Gorling (36) apresentaram um estudo de 10 casos de cistos de origem odontogênica e descreveram alterações iniciais nas células epiteliais que se transformariam em células tumorais.

O ameloblastoma é um tumor de crescimento misto expansivo e infiltrativo, comportamento este que explicaria as constantes recidivas e deformidade facial que o crescimento do tumor determina. Em relação a forma de tratamento porém as correntes são divergentes (1, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 15, 17, 20, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 34, 35), alguns autores preconizam uma intervenção mais conservadora, curetagem (5, 23, 24, 34, 35) e outros indicam a cirurgia radical com margem de segurança (1, 3, 4, 6, 11, 14, 17, 26, 28, 29).

Levando-se em conta que o ameloblastoma é um tumor que apresenta recidivas tardias, e analisando-se a literatura mais detidamente se constata que os casos de ameloblastomas curados pela cirurgia conservadora (curetagem) na realidade são outros tumores que não ameloblastomas ou então apresentam um tempo de proervação muito curto (5, 11, 15, 29, 34, 35). Já nos casos relatados em que a forma de tratamento

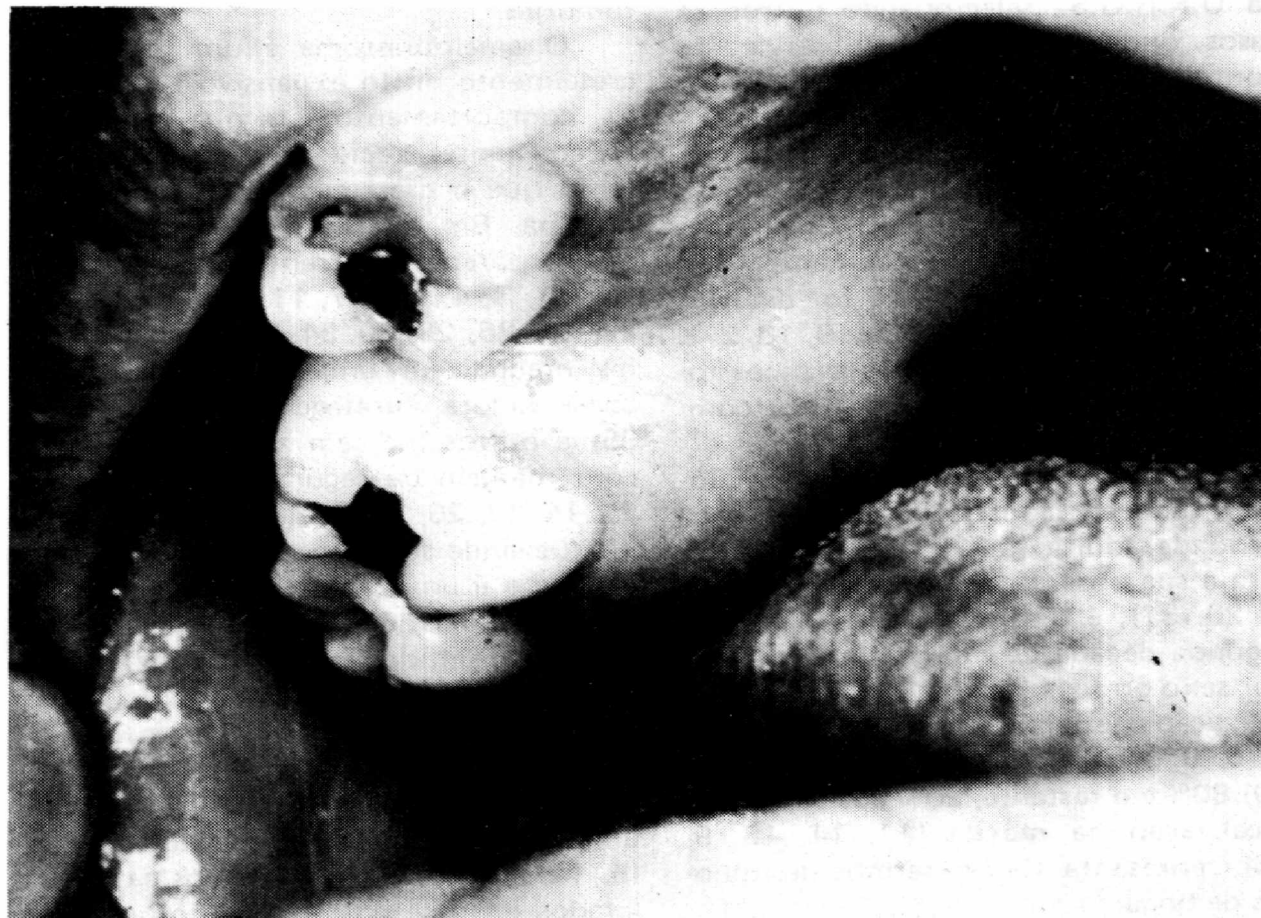
foi a cirurgia radical com a margem de segurança se tem uma proporção de cura maior (4, 9, 11, 12, 16, 17, 26, 28) e com o tempo de preservação alto, acima de 10 anos. Convém salientar aqui novamente a possibilidade de recidivas tardias o que levou Ebling (9) a escrever que a "preservação dos pacientes tratados de ameloblastomas só termina com a morte do paciente ou do profissional." Quanto ao quadro histopatológico o ameloblastoma apresenta ilhas e cordões de epitélio odontogênico sobre um conjuntivo fibroso, estas ilhas e cordões apresentam uma fileira de células na periferia que lembram os pré-ameloblastos (9, 12, 16, 27) e no interior das ilhas se vê um tecido tipo geléia do órgão do esmalte, em torno das ilhas algumas vezes são vistas áreas de conjuntivo hialiniza-

do que representaria uma tentativa de indução (19, 28).

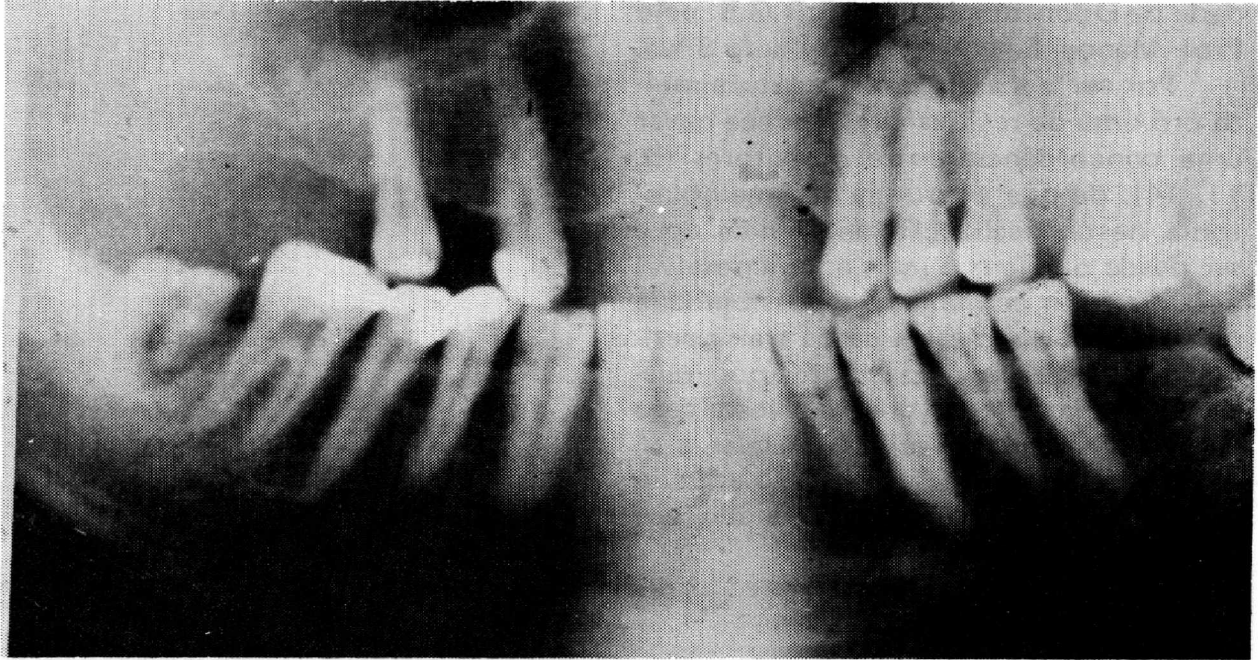
A OMS (19) apresenta variantes histológicas de ameloblastomas, e de acordo com a própria OMS e uma série de outros autores (9, 12, 16, 18, 27, 13, 26), estas variantes não interferem no comportamento clínico dos ameloblastomas.

AMELOBLASTOMA DA MAXILA

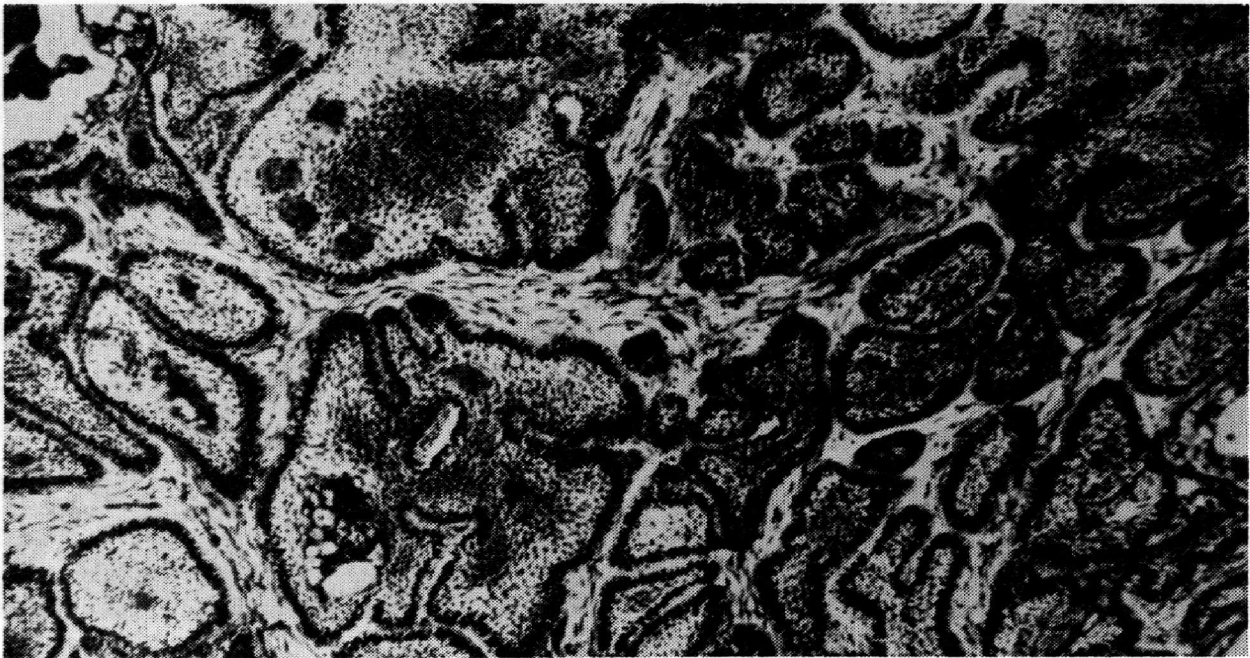
Este caso nos foi encaminhado pelo Dr. Paulo Silva e se tratava de um paciente do sexo masculino, com 49 anos, que tinha a queixa de um crescimento indolor e expansivo na maxila do lado esquerdo, e que estava começando a desestabilizar a prótese removível. (fig. 1)



O exame radiográfico revelou um aumento de radiopacidade no interior do seio maxilar do lado correspondente, e a destruição da tuberosidade que mostrava áreas multicísticas. (fig. 2)

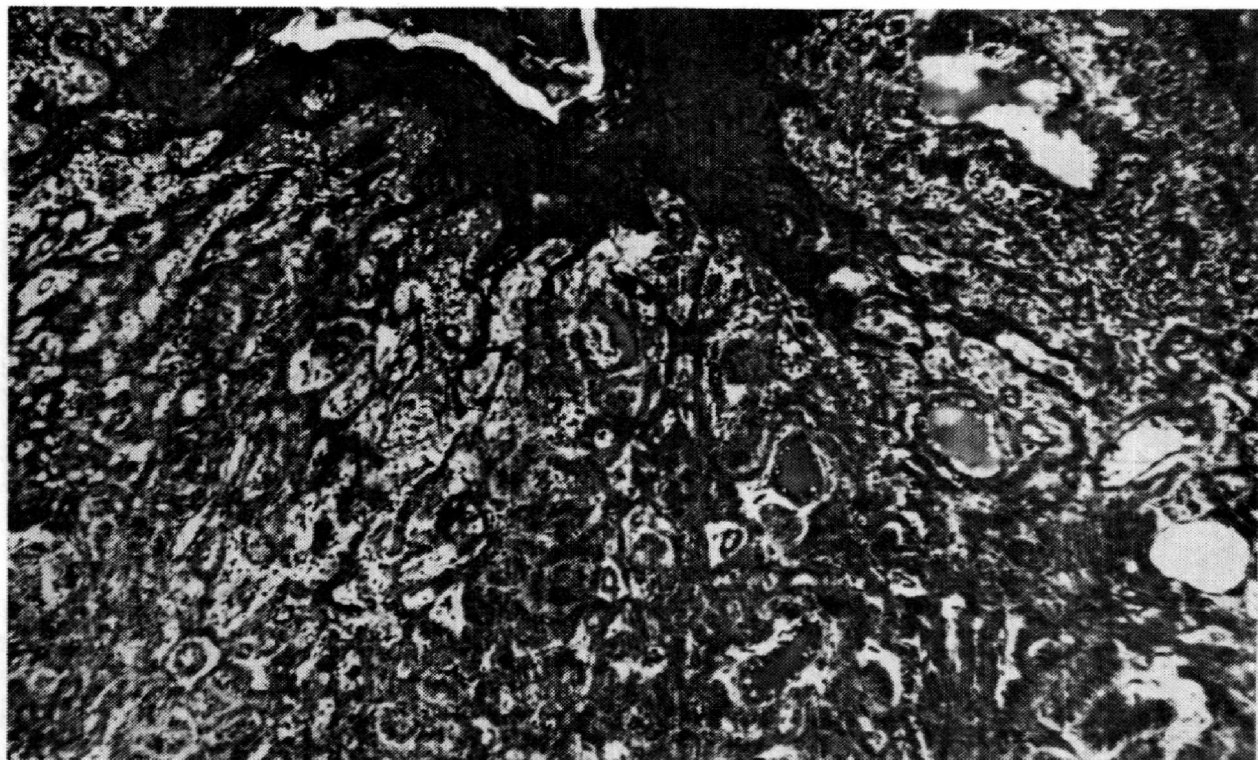


A biópsia revelou tratar-se de um ameloblastoma de células basais e em algumas áreas do tipo plexiforme. (fig.3)



A cirurgia foi feita pelo Dr. Nedio Stefen e Dr. Lauro Rosa, após a cicatrização completada foi confeccionada uma prótese na disciplina de Prótese e Traumatologia Maxilo Facial da Faculdade de Odontologia da U.F.R.G.S. pelo Prof. Manoel Sant'Ana e Dr. Paulo Silva.

Por ser a maxila uma estrutura muito próxima de regiões vitais parece haver uma concordância entre os autores (5, 11, 14), de que a cirurgia do ameloblastoma nesta localização anatômica deve ser desde o início o mais ampla possível para diminuir ao máximo a possibilidade de recidivas que nestes casos traria perigos maiores para os pacientes por invadir ossos da base do crânio. Neste caso específico foi possível comprovar a união entre o epitélio tumoral e o epitélio da superfície, fato este já relatado por diversos autores (9, 10). (fig. 4)

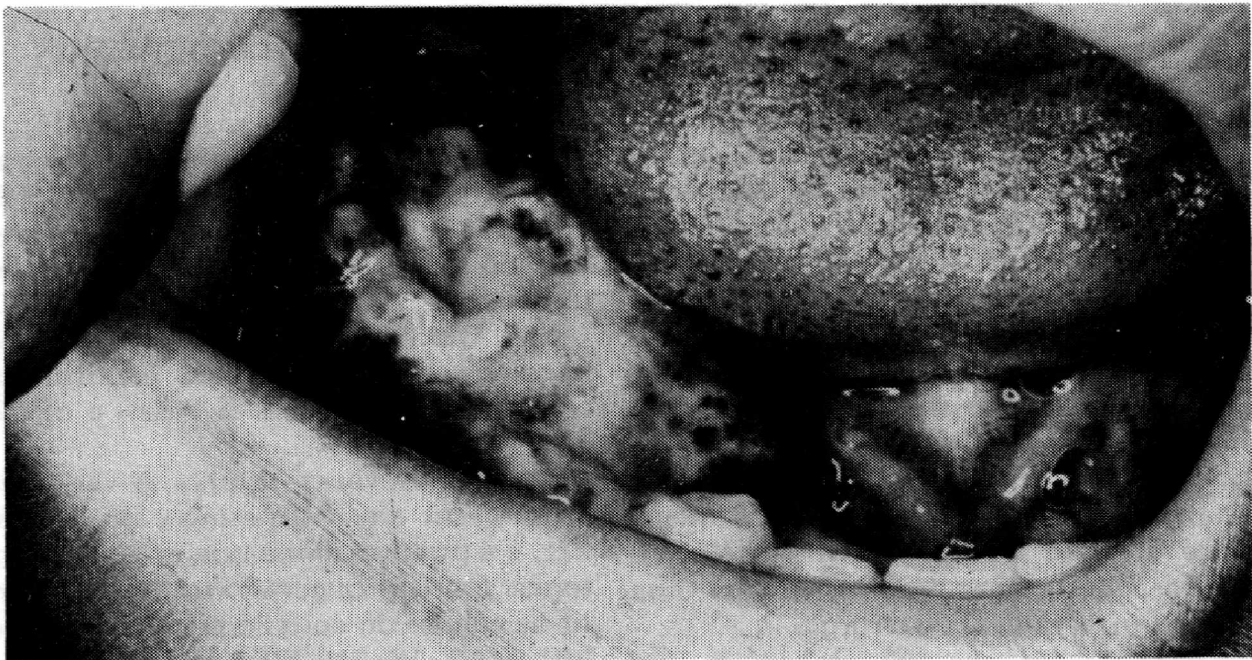
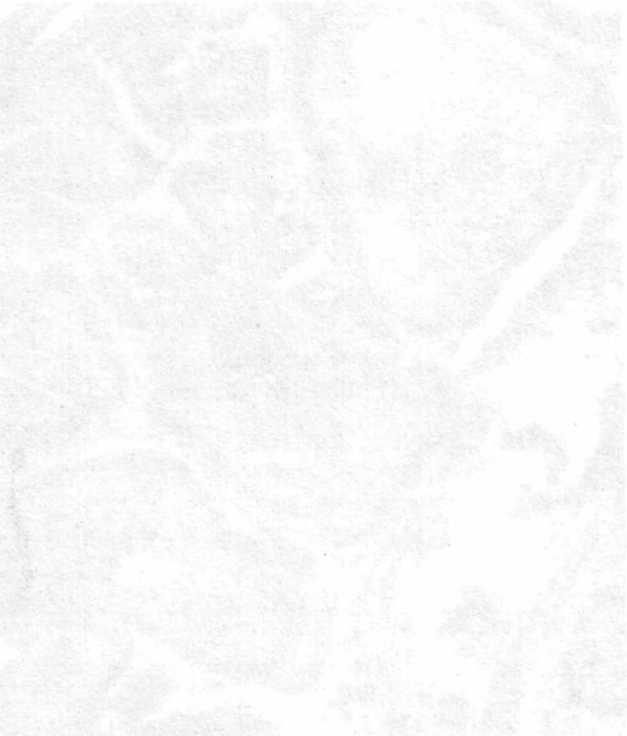


O aspecto radiográfico dos ameloblastomas na maxila fica bastante modificado em relação com os casos de mandíbula, devido as características do osso maxilar e pela possibilidade do tumor invadir o seio maxilar (14, 26, 31), além disso Imai et alli (14) salientam a necessidade de se fazer diagnóstico diferencial do ponto de vista radiográfico entre o ameloblastoma e outras lesões císticas comuns na maxila, principalmente quando as lesões forem uniloculares.

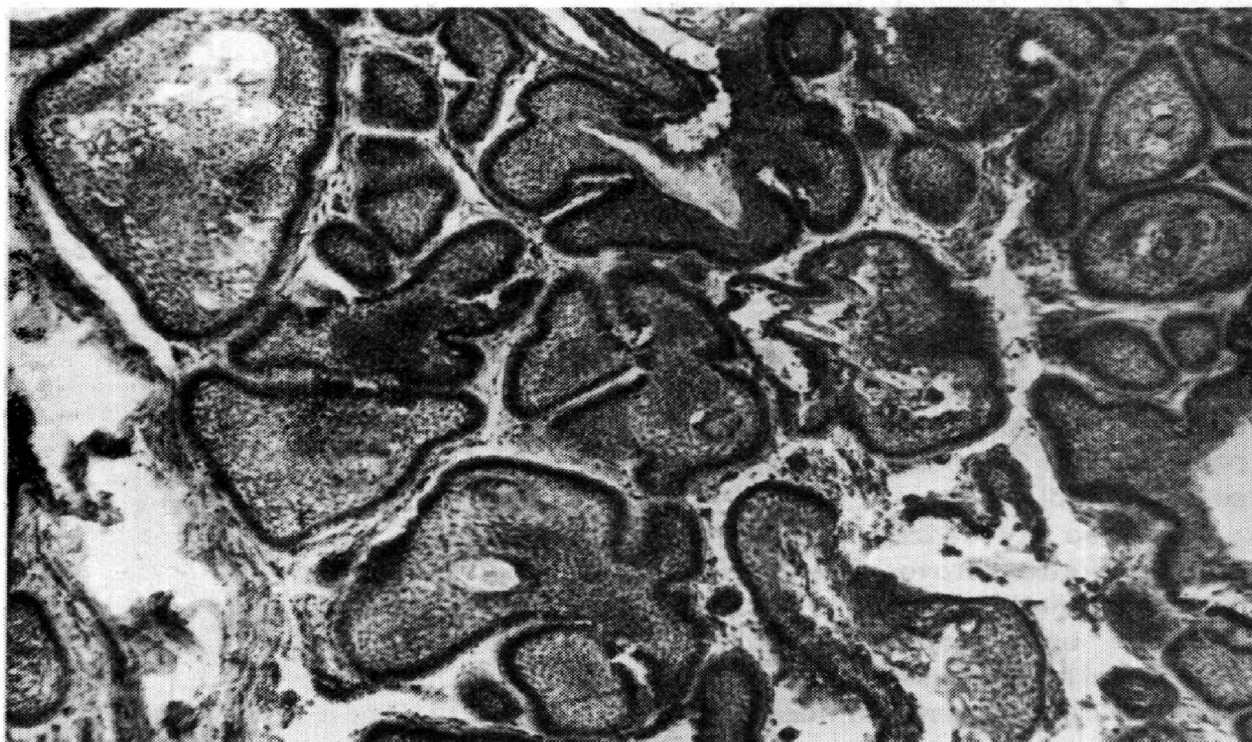
AMELOBLASTOMA EM CRIANÇA

Este caso nos foi enviado pela Dra. Eva P. Legal da Sta. Casa de Misericórdia de Porto Alegre e se tratava de um paciente com 11 anos já com diagnóstico de ameloblastoma.

A lesão se localizava na mandíbula do lado direito e provocava expansão da cortical vestibular. Ao exame intra-bucal notava-se uma extensa área ulcerada conseqüência da oclusão dos dentes antagonistas sobre a massa tumoral (fig. 5), a lesão era indolor.



Uma nova biópsia foi solicitada e confirmou o diagnóstico de ameloblastoma do tipo plexiforme, (fig. 3). A lesão foi curetada e o paciente deve permanecer em proervação.



O aparecimento de ameloblastoma em crianças é um fato bastante raro (2, 6, 7, 9, 20, 37), e a sua comprovação histológica deve ser feita por um patologista bucal, e o estudo em diferentes alturas da peça para se afastar a possibilidade de confusão de diagnóstico entre lesões odontogênicas que tem tipos de tratamentos diferentes e quadros histológicos muito semelhantes (9, 11, 29).

Uma das possibilidades de tratamento dos ameloblastomas em pacientes jovens pode ser a cirurgia conservadora, curetagem, (2, 6, 7, 20, 37) até que a face atinja o seu desenvolvimento completo e neste momento instituir-se uma forma mais radical de cirurgia.

VARIANTES HISTOLÓGICAS DOS AMELOBLASTOMAS

É sabido que os ameloblastomas apresentam variantes histológicas (9, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21) que não interferem no comportamento clínico destes tumores.

A OMS (19) apresenta 5 variantes histológicas: tipo folicular, plexiforme, acantomatoso, de células basais e de células granulosas.

Algumas vezes observa-se variantes histológicas em um mesmo caso (9, 13, 22), e é possível ainda que os ameloblastomas tenham origem extra óssea a partir de células do epitélio de revestimento (10, 9, 12, 16, 21, 27).

Os ameloblastomas tem a característica de apresentarem cavidades císticas fato que do ponto de vista histológico é uma constante.

A partir do estudo de 26 casos de ameloblastoma e de sua observação em diversos cortes tivemos a possibilidade de comprovar que a maioria dos casos estudados apresentam variantes histológicas concomitantes e que se mantém em várias áreas observadas, 22 casos, (Tabela 1). Em cinco dos casos exami-

nados 2, 7, 11, 24 e 26 foi possível observar que além da presença das variantes histológicas concomitantes, o tumor mudou integralmente de tipo histológico, quando examinado em diferentes alturas. Três destes cinco casos representam ameloblastomas que recidivaram e o quadro histológico da recidiva era diferente, passando do tipo plexiforme para o tipo folicular. (figs. 7/8)



O fato de um mesmo ameloblastoma mostrar quadros histológicos diferentes talvez justifique porque os diversos tipos histológicos deste tumor não modificam o seu comportamento clínico.

Na nossa casuística, o tipo histológico mais freqüente foi o plexiforme (tabela 1), fato que discorda dos achados de Happonem & Newland (13) que encontraram o tipo folicular como o mais freqüente.

As áreas de hialinização sobre o conjuntivo foram observadas em 5 casos. Nos 2 casos de ameloblastoma em criança o tipo histológico era semelhante, plexiforme.

Dos 26 casos estudados se constatou que 19 tinham localização na mandíbula, 01 na maxila e 06 não traziam na ficha de biópsia localização, 16 pacientes eram do sexo feminino, 14 da raça branca e a idade variou entre 11 e 74 anos.

Uma constatação importante da tabela 1 diz respeito a ausência de informações elementares em algumas fichas de biópsia, como por exemplo a localização da lesão, sexo e idade dos pacientes. O preenchimento correto e comple-

to da ficha de biópsia é um procedimento simples e imprescindível para que o patologista tenha uma visão o mais aproximada possível da lesão, e para futuras análises epidemiológicas não ficarem comprometidas.

TABELA 1 – RESUMO DOS DADOS ENCONTRADOS

	Nome	T. H. Pred.	T. H. Obs.	Asp.	Loc.	Sexo	Raça	Idade	Outros Achados	Nº reg.
01	JM	Folicular	Acantomatoso	2	Mand	Fem	B	27	Constante	137 634 1675
02	NSB	Células Basais	Acantomatoso	3	Mand	Masc	B	31/36	Mudou após a recidiva	2134 2135 2177 3549
03	AR	Plexiforme	Folicular	2	Mand	Fem	B	35	Constante	288
04	LS	Folicular	Acantomatoso	2	—	Fem	B	—	Constante	113
05	JR	Folicular		1	Mand	Masc	B	27	Constante	334
06	SV	Folicular	Acantomatoso	2	Mand	Masc	B	19	Constante	347
07	MDS	Plexiforme	Acantomatoso/ Cél. Basais	3	Mand	Fem	B	40/46	Mudou após a recidiva	1670 2313
08	VS	Folicular		1	Mand	Fem	—	49	Constante	1701
09	FS	Folicular	Acantomatoso	2	—	Masc	—	74	Constante	2610
10	IVS	Plexiforme	Acantomatoso	1	Mand	Fem	B	14	Constante	3176
11	IMD	Folicular Plexiforme	Acantomatoso/ Plexiforme	3	Mand	Fem	P	27/30	Mudou após a recidiva	3491 23/74
12	JR	Folicular	Acantomatoso	2	Mand	Masc	B	26	Constante	3557
13	AS	Plexiforme	Acantomatoso	2	—	—	—	—	Constante	8/74
14	SB	Células Basais		1	Mand	Fem	—	—	Constante	3721
15	IL	Plexiforme	Células Basais	2	—	Fem	—	—	Constante	4087
16	DMO	Folicular	Acantomatoso	2	—	Fem	—	—	Constante	84/76 86/76
17	OA	Células Basais	Plexiforme	2	—	—	—	—	Constante	94/74 106/74
18	JS	Células Basais	Cél. Granulosas/ Folicular	3	Mand	Masc	P	39	Constante	1157
19	MHS	Plexiforme	Acantomatoso	2	Mand	Fem	—	—	Constante	1634
20	AMS	Plexiforme	Células Basais	2	Mand	Fem	B	20	Constante	2050 2068
21	TL	Folicular	Acantomatoso	2	Mand	Fem	B	28	Constante	1521
22	AC	Plexiforme		1	Mand	Fem	B	26	Constante	3856
23	LB	Plexiforme	Cél. Basais	2	Mand	Masc	B	11	Mudou de aspecto	5818/83
24	JC	Plexiforme	Acantomatoso	2	Mand	Fem	P	—	Mudou de aspecto	5017/79
25	AB	Plexiforme	Células Basais	2	Max.	Masc	B	49	Constante	5512/82 5524/82
26	RF	Plexiforme	Cél. Granulosas/ Folicular	3	Mand	Fem	—	37	Mudou de aspecto	5599/82

DISCUSSÃO

Nos parece válido pensar que cada ameloblastoma apresenta na maioria das vezes mais de uma variante histológica (9, 13, 19, 22), mas pode modificar o seu tipo histológico, quando da recidiva destes tumores, o que ocorreu em três dos nossos casos. Nos ameloblastomas de células granulosas foi possível, comprovar a sua formação, a partir das células da periferia das ilhas (9, 16). A forma de tratamento mais indicada ainda é a cirurgia radical com margem de segurança (1, 3, 4, 9, 11, 15, 17, 28). Convém chamar a atenção para o fato de que cada vez mais estas lesões vão sendo surpreendidas em fases iniciais, o que tem encorajado alguns a tentarem o tratamento conservador (2, 22, 23, 24).

Concordamos com Smith (30) que diz que possa se tentar conservar a basilar da mandíbula quando estes tumores estão localizados neste osso e ainda tem pequena dimensão.

SUMMARY

In order to update the knowledge about Ameloblastoma a review of the literature was carried as well as 26 cases available in the files of the Pathology Laboratory of the University Federal of Rio Grande do Sul were studied. For this purpose the only cases to be regarded were the ones in which it was possible to do a histological evolution of the tumor in more than one level of sectioning. From the overall sample, 21 showed more than two histological variables of Ameloblastomas. The most frequent variables found were plexiform and follicular.

Beside this, two cases of Ameloblastoma were reported, one concerning unusual age incidence and the other concerning unusual anatomical localization.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBACHAN, J.J. & EBLING, H. Ameloblastoma. *Rev. Fac. Odont. P. Alegre*, 8: 65-9, 1966.
2. CASTNER, O.V. et alii. Intracystic Ameloblastoma in the young patient. *Oral Surg.*, 23(1): 127-34, 1967.
3. CHANÉR, J. et alii. Adamantinoma. *Rev. Fac. Odont. P. Alegre*, 3: 103-5, 1961.
4. ————. Recidiva de Adamantinomas. *Rev. Fac. Odont. P. Alegre*, 1: 103-5, 1956.
5. CRAWLEY, W.A. & LEVIN, S.L. Treatment of Ameloblastoma: a controversy. *Cancer*, 42(1): 357-65, 1978.
6. DARAMOLA, J.O. et alii. Ameloblastoma of the jaws in Nigerian children: a review of sixteen cases. *Oral Surg.*, 40(4): 458-63, 1975.
7. DRESSER, W.J. & SEGAL, E. Ameloblastoma associated with a dentigerous cyst in a 6 years old child: report of a case. *Oral Surg.*, 24(3): 388-91, 1967.
8. EBLING, H. & CHANÉR, J. Ameloblastomas derivados de cistos dentígeros: apresentação de casos. *Rev. Fac. Odont. P. Alegre*, 7: 79-84, 1965.

9. EBLING, H. Ameloblastoma. In: EBLING, H. et alii. *Cistos e tumores odontogênicos*. 3.ed. Porto Alegre, Mc Grall Hill, p. 39-82, 1977.
10. GARDNER, D.G. Peripheral ameloblastoma a study of 21 cases, including 5 reported as Basal Cell Carcinoma of the gengiva. *Cancer*, 39(4): 1625-33, 1977.
11. GARDNER, D.G. & PEÇAK, M.J. The tratment of Ameloblastoma besead on pathologic and anatomic principles. *Cancer*, 46(11): 2514-9, 1980.
12. GORLIN, R.J. et alii. Odontogenic tumours in man and animals, pathological classifications and clinical behavior, a review. *Ann NY acad. Sci.*, 108: 722-71, 1963.
13. HAPPONEM, R.P. & NEWLAND, J.R. Cyst Formation in Ameloblastoma: a histopathologic and electron microscopic study. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, 78 (5-6): 224-31, 1982.
14. IMAI, K. et alii. Ameloblastoma of the maxilla report of five cases. *Dentoma-xillofac. Radiol.*, 9(1): 41-6, 1980.
15. JEPHCOTE, G.H.J. Ameloblastoma with pulmonary metastase: a case report. *Br. J. Oral Surg.*, 19(1): 38-42, 1981.
16. LUCAS, R.B. Ameloblastoma. In: _____ . *Pathology of tumours of the oral tissues*. 3.ed. London, Churchil Livingstone, 1976. 426p.
17. PIAZZA, J.L. *Contribuição ao estudo do tratamento do Ameloblastoma*. Por-to Alegre, 1980. 106p. Tese de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
18. PINDBORG, J.J. Ameloblastoma. In: _____ . *Pathology of the dental hard tissues*. Copenhagen, Munksgaard, 1971. p.368-77.
19. PINDBORG, J.J. et alii. Neoplasms and other tumours related to the odonto-genic apparatus. In: _____ . *Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions*. Geneve, World Health Organization, 1971. p.24-6. (International Histological Classification of Tumours, nº 5).
20. RAMARATHAN, K. & GUAN, L.S. Ameloblastoma in clildren – report of a case and review of the literature. *Dent. J. Malaysia Singapore*, 8(1): 36-41, 1968.
21. REGAZI, J.A. et alii. Keratinization in odontogenic tumours. *Oral Surg.*, 39 (3): 447-55, 1975.
22. RAPIDIS, A. et alii. Mural (intracystic) Ameloblastoma. *Int. J. Oral Surg.*, 11 (3): 166-74, 1982.
23. RITTERSMA, J. et alii. Early unicystic ameloblastoma, report of a case. *J. Oral Surg.*, 37(10): 747-50, 1979.
24. ROBINSON, L. & MARTINEZ, M.G. Unicystic Ameloblastoma: A prognosti-cally distinct entitly. *Cancer*, 40(5): 2278-85, 1977.
25. SAMPAIO, R.K.P.L. et alii. Cisto dentígero ceratinizado com evolução para Ameloblastoma. *Ars Curandi Odontol.*, 6(3): 8-10, 1979.
26. SEHDEV, M.K. Ameloblastoma of maxila and mandible. *Cancer*, 33(2): 324-33, Feb. 1974.
27. SHAFER, W. et alii. Ameloblastoma. In: _____ . *Patologia bucal*. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. p.219-26.
28. SHATKIN, S. & HOFFMEITER, F.S. Ameloblastoma: a rational approach to therapy. *Oral Surg.*, 20(4): 421-35, 1975.

29. SMALL, I. & WALDRON, C. Ameloblastoma of the jaws. *Oral Surg.*, 8(3): 281-97, 1955.
30. SMITH, J.F. The controversial ameloblastoma. *Oral Surg.*, 26(1): 45-75, 1968.
31. SOUZA, I.F. Ameloblastoma aspecto radiográfico. In: EBLING, H. et alii. *Cistos e tumores odontogênicos*. 3.ed. Porto Alegre, Mc Grall Hill, 1977. p.44-7.
32. STANLEY, H.R. & DIEHL, D.L. Ameloblastoma potential of follicular cyst. *Oral Surg.*, 29(2): 269-8, 1965.
33. STANLEY, H.R. et alii. Age changes in the epithelial components of follicles (dental sacs) associated with impacted third molar. *Oral Surg.*, 19(1): 128-39, 1965.
34. STOUT, R.A. et alii. The conservative surgical approach to ameloblastoma of the mandible. *Plast. Reconstr. Surg.*, 31: 554-62, 1963.
35. VEDTOFTE, P. et alii. Conservative surgical tratment of mandibular Ameloblastoma. *Int. J. Oral Surg.*, 7(3): 156-61, 1978.
36. VIOCKERS, R.A. & GORLIN, R.J. Ameloblastoma: delineation of early histopathologic feature of neoplasia. *Cancer*, 26(3): 699-710, 1970.
37. YOUNG, D. & ROBINSON, M. Ameloblastoma in children report of case. *Oral Surg.*, 15(10): 1155-62, 1962.