

## FIBROMA AMELOBLÁSTICO

### Apresentação de um caso

**Sinônimos: . . tumor misto de origem dentária,  
odontoma mole**

**Hardy Ebling**

Professor de Histologia

**José Chahér**

Professor de Patologia e Terapêutica  
Aplicadas

#### SINOPSE

Apresenta-se caso de fibroma ameloblástico, em moça de 16 anos, região retro-molar E. Chama-se a atenção para o fato de que possivelmente o prognóstico é muito melhor do que para o ameloblastoma, conforme tem sido publicado na literatura. E pela importância deste fato, é necessário que o patologista seja perfeitamente capaz de diferenciá-los e alertar o cirurgião.

É extremamente importante para o patologista reconhecer e classificar o fibroma ameloblástico, distinguindo-se do ameloblastoma, pois "desde que um diagnóstico de ameloblastoma é freqüentemente uma licença para uma cirurgia radical, a importância de reconhecer o comportamento deste tipo de tu-

mor, especialmente em pacientes jovens torna-se clara." (8).

"Este é um erro que gostaríamos de corrigir, pois o prognóstico e a terapia nas duas lesões são muito diferentes. (5).

#### APRESENTAÇÃO DE CASO

E. F., 16 anos. Fem.

Biópsia da região retromolar E. (novembro de 1960).

Duração: Cerca de três anos.

#### ASPETO MICROSCÓPICO

Neoplasma formado por vários lóbulos, circunscrito por cápsula. A morfologia do epitélio neoplástico lembra a da lâmina dentária: cordões de pouco diâmetro, podendo apresentar em certas regiões, partes dilatadas. As células da pe-

riferia, morfológicamente, são semelhantes aos ameloblastas. Nas partes dilatadas também são encontradas células do tipo da geléia do esmalte. Este epitélio neoplástico está distribuído num conjuntivo também neoplástico que se assemelha ao da papila dentária. Em geral as ilhotas epiteliais são menores e de menor diâmetro do que nos ameloblastomas. O mais importante é a presença de mesenquima primitivo que não aparece nos ameloblastomas. Em vários pontos observa-se que o conjuntivo em torno do epitélio está hialino. Num setor há a formação de um esboço de denticulo.

Digno de nota é o fato de que no interior da cápsula pode existir epitélio neoplástico, exatamente do mesmo modo como frequentemente aparece nos tumores mistos de glândula salivar.

### DISCUSSÃO

Grande mérito merecem os primeiros a ressaltar o fato de que o prognóstico é diferente no ameloblastoma e no fibroma ameloblástico. O mérito deve ser repartido pois os trabalhos aparecem quase simultaneamente e foram enviados às revistas sem conhecimento prévio: Em 1955 Small e Waldron (8) escreviam: "nós acompanhamos vários casos nos quais após uma cirurgia muito conservadora segue-se a cura."

Neste mesmo ano Shafer (7) chama a atenção para que "não houve recidiva após simples curetagem". "Presentemente cureta-

gem é o tratamento recomendado para o fibroma ameloblástico." (9).

Para o patologista não alertado o quadro histológico do fibroma ameloblástico é semelhante ao do ameloblastoma. Entretanto é importante ressaltar a diferença histológica, pois clinicamente o comportamento do tumor é diferente.

O patologista deve evitar a tentação de observando epitélio adamantino, chegar a conclusão de que se trata de um ameloblastoma. Após verificar o epitélio adamantino deve averiguar se este não está envolvido por mesenquima primitivo. Caso positivo deve perceber que o neoplasma é epitelial e conjuntivo. Daí o nome também usado: tumor misto de origem dentária.

Alguns patologistas dão grande valor ao halo que pode ser observado, as vezes, em torno do epitélio adamantino, nos ameloblastomas. Note-se entretanto que este halo, também pode aparecer no epitélio adamantino dos fibromas ameloblásticos. Portanto este halo não permite distinguir o ameloblastoma do fibroma ameloblástico. Significa somente um poder indutivo de epitélio sobre o conjuntivo.

É provável que muito caso diagnosticado e descrito como ameloblastoma, em crianças de até 10 anos, seja na verdade fibroma ameloblástico. E talvez possa se dizer o mesmo de ameloblastomas curados com simples curetagem.

O caso relatado apesar de apresentar lesão extensa e de ter sido operado sem ressecção da mandí-

bulo (foi operado pelo Prof. Wilson Tupinambá da Costa) não recidivou até o momento. E' claro que isso não quer dizer que não venha a recidivar daqui a um, cinco ou dez anos. A cliente está sob contrôlo.

É fácil admitir em bases teóricas que êstes neoplasmas não sejam estáticos, isto é, de que com o tempo possam sofrer alterações como acreditam ou sugerem Cahn e Blum (2), Pindberg e Clausen (6), Gorlin, Meskin e Brodey (5), Gorlin, Chaudhry e Pindborg (4), Forsberg, Lagergreen e Mårtenssen (3) e Borello (1).

## RESUMO

Os autores apresentam sob o ponto de vista histopatológico, um caso de fibroma ameloblástico, discutindo o diagnóstico diferencial com o ameloblastoma e chamam a atenção para a importância dessa circunstância, pelo fato do prognóstico ser diferente.

## SYNOPSIS

The authors presents a case of ameloblastic fibroma of a 16 year old girl. A biopsy of the left retromolar region was carried out. The tumor allegedly arose three years ago.

## SUMMARY

### **Histological findings**

Multilobed neoplasm, contained in a capsula. The structure of the

neoplastic epithelium is reminding of a dental lamina. These are of small diameter, partly dilatated in certain regions. Periferically the cells show a structure like ameloblasts. In the widened segments we also find cells of the type of enamel gelatine. This neoplastic epithelium appears enclosed in equally neoplastic conjunctive tissue resembling a dental papilla. The islands of epithelium are altogether smaller and show a shorter diameter than in ameloblastomas; the most important feature is the presence of primitive mesenchym which does not appear in ameloblastomas. The conjunctive tissue around the epithelium is found to be hyaline in certain localisations. There is also a single incipient formation of a denticle.

It is a remarkable feature that neoplastic epithelium can be found inside the capsula, exactly like in the cases of a mixed tumor of the salivary gland.

## DISCUSSION

It is the merit of relatively recent author having pointed out the differences of prognosis between cases of ameloblastoma and ameloblastic fibroma. Two different papers appeared almost at the same time and independently from one another in two periodicals. Small and Waldron wrote in 1955 (8) "we have observed various cases, in wich very conservative surgery brought a perfect cure." Shafer, in the same year stresses, that "there was no recidive after simple curettage." (7).

An unaware pathologist confound the ameloblastic fibroma with the similar structures of ameloblastoma. It is of utmost importance to emphasize the histological differences, as the clinical behavior of the tumor is different.

The pathologist, finding adamantine epithelium should resist temptation of diagnosing immediately ameloblastoma.

Noting adamantine epithelium he has to verify if it is not enclosed in primitive mesenchyma. In the later case he has to admit, that the neoplasm belongs to the epithelium *and* the conjunctive tissue. This fact suggested another term for this condition: "mixed tumor of dental origine."

A certain group of pathologist attributes a particular importance to the halo which sometimes has been observed around the adamantine epithelium in cases of ameloblastomas. It should be kept in mind, that such a halo is sometimes to be found in the adamantine epithelium of ameloblastic fibroma. Therefore such a halo does not allow do make a distinction

between ameloblastoma and ameloblastic fibroma. It only represents a inductive power of the epithelium upon the conjunctive tissue

It seems likely that many a case diagnosed and described as ameloblastoma in children up to 10 years is in reality an ameloblastic fibroma. Perhaps the same is true for ameloblastomas healed by means of a simple curettage.

In spite of being rather extended and having been operated without resection of the mandible (surgeon Prof. Dr. Wilson Tupinambá da Costa) the case here described showed no recidive. This of course does not exclude a recidive in one, five or ten years. The patient is going to be periodically reexamined.

It is easy to admit that the theoretical bases of the knowledge about such neoplasm are not well established, and could be altered in the times to come, as believed or suggested by Cahn and Blum (2), Pindborg and Clausen (6), Gorlin, Chaudhry and Pindborg (4), Fersberg, Lagergreen and Mårtenssen (3), and Borello (1).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BORELLO, E.D. — Patogenia y clasificación de los tumores odontogénicos. *Revista de la Asociación Odontológica Argentina*. Buenos Aires, 52:81-89, 1964.
2. CAHN, L.R. & BLUM, T. — Ameloblastic odontoma; case report critically analyzed. *Journal of Oral Surgery*, Chicago, 10: 169-170, 1952.
3. FORSBERG, A. et alii -- Ameloblastic odontoma. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology*. St. Louis. 14: 726-729, 1961.
4. GORLIN, R.J. et alii -- Odontogenic tumors; classification, histopathology and clinical behavior in man and domesticated animals. *Cancer*, Philadelphia, 14: 73-101, 1961.
5. GORLIN, R.J. et alii — Odontogenic tumors in man and animals; pathologic classification and clinical behavior, a review. *Annals of New York Academy of Sciences*, New York, 108: 722-771, 1963.
6. PINDBORG, J.J. & CLAUSEN, F. — Classification of odontogenic tumors; suggestion. *Acta Odontológica Scandinavica*, Estocolmo, 16: 293-301, 1958.
7. SHAFER, W.G. — Amaloblastic fibroma. *Journal of Oral Surgery*, Chicago, 12: 317-321, 1955.
8. SMALL, I.A. & WALDRON, C.A. — Ameloblastoma of the jaws. *Oral Surgery, Oral Medicina and Oral Pathology*, St. Louis, 8: 281-297, 1955. W
9. SEDANO, H.O. — Ameloblastic fibroma. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology*. St. Louis. 17: 475-483, 1964.

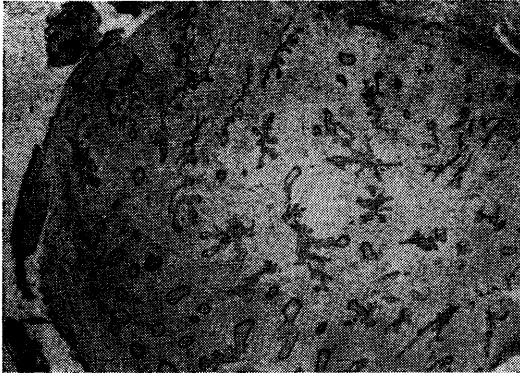


Fig. 1 — Aumento aproximado 15 diâmetros. Epitelio adamantino distribuido num conjuntivo tipo mesemquina primitivo.

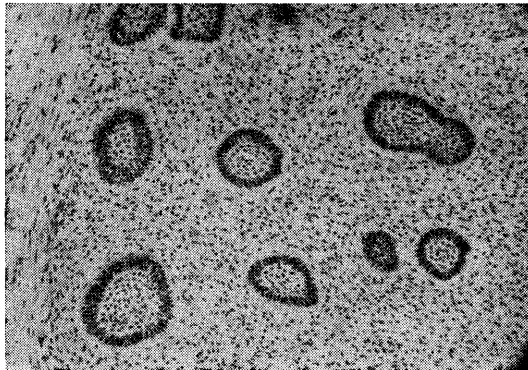


Fig. 2 — Aumento aproximado 100 diâmetros. Notar o aspeto de mesemquina primitivo envolvendo cordões de epitelio adamantino cortado transversalmente.