

# AMELOBLASTOMA

**João Jorge Diniz Barbachan**

Professor Adjunto de Patologia e  
Terapêutica Aplicadas

**Hardy Ebling**

Professor Catedrático de Histologia

## SINOPSE

**Estudo, sob o ponto de vista clínico, radiológico e principalmente histopatológico, de casos de ameloblastoma, alguns dos quais foi feita ressecção e em outros não. Estudou-se também as tendências à recidiva.**

O objetivo deste trabalho, é o relato da experiência obtida no estudo de 20 casos de ameloblastoma, onde serão focados diversos aspectos importantes, como sejam, biópsia, diagnóstico radiográfico e o resultado obtido com diversas técnicas cirúrgicas.

O ameloblastoma é o mais agressivo dos tumores odontogênicos e 1% de todos os tumores e cistos da mandíbula são ameloblastomas. (1)

O reconhecimento precoce da lesão é de fundamental importância; e somente a «biópsia pode demonstrar a presença de tumores orais em seus estágios iniciais» (2). O procedimento mais imperativo é uma biópsia adequada (9).

É fato pacífico, que o patologista é responsável pelo diagnóstico histopatológico do material que recebe. Para que possa dar um diagnóstico significativo, é necessário que receba material que realmente represente a lesão. E para que o material possa preencher esta condição, deve se considerar:

1. aspecto radiográfico
2. onde fazer a biópsia.

O aspecto radiográfico é básico, na biópsia de tumores centrais. A biópsia se possível deve ser feita afastada de ápices dentários. O aparecimento de um processo apical, no tecido examinado, pode mascarar o verdadeiro tumor. Não se deve dar o diagnóstico de lesões extensas baseado no exame do material que vem aderido à raiz de dentes, em relação com estas lesões. O processo apical (granuloma, cisto ou abcesso) pode coexistir com um tumor verdadeiro (5), este fato tem sido observado, e já descrito por Chahér e colaboradores (8). É comum que o crescimento expansivo do tumor, movimente

dente ou dentes, para posição extra-nha, em geral com mortificação pulpar, e às vezes com formação de processo apical.

Na biópsia de casos cuja radiografia leve a conclusão de ameloblastoma, ao ser feita a biópsia, deve se evitar as grandes cavidades císticas, onde em geral o epitélio, perde mais facilmente suas características. Áreas das pequenas cavidades dão preparações mais fáceis e seguras de interpretar.

A remoção de fragmento de adequada profundidade nem sempre é fácil, usando o bisturi e o forceps, que são métodos usualmente empregados (13). Possivelmente a primeira broca para biópsia, segundo Miles (13) tenha sido patrocinada por Ellis.

Nos casos de diagnóstico tentativo de ameloblastoma, não se deve confiar no diagnóstico obtido em cortes por congelação, no momento da cirurgia. Convém lembrar que comumente vêm aderidos fragmentos ósseos que dificultam ou impedem a obtenção de bons cortes. Deve se preferir o método clássico, que permite obter uma série de cortes a diversas alturas. Isto fica bem claro quando Miglani (12) apresenta o caso de uma mulher, 31 anos, mexicana, com lesão ao nível do 3º molar inferior esquerdo até a região retro molar, que chegou a suas mãos com o diagnóstico radiográfico, de ameloblastoma, no qual foram feitas duas biópsias, negativas para tal diagnóstico. Numa terceira biópsia (cortes por congelação), ainda não foi confirmado. Por isso foi feita a

curetagem. O exame do material fixado, revelou tratar-se de um ameloblastoma.

Sempre que possível, cirurgião e patologista devem estudar o caso juntos e juntos realizarem a biópsia. Se não for possível, envie ao patologista radiografia e desenho esquemático com relações e descrição escrita e clara da peça, lembre-se o patologista não é adivinho (5).

O exame radiográfico, é de real importância. Mas um dos fatores, mais fundamentais a serem considerados, é o grau de evolução da lesão, pois em trabalho de Chahér e col. (7) de 1961, relatando dez casos de ameloblastoma, em oito o diagnóstico radiográfico, foi correto. Dando idéia de que este exame seja significativo, ao entanto o quadro radiográfico é um auxiliar e não um meio de diagnóstico (10). E deve se ter em conta a afirmativa de Robinson (10), «as aparências radiográficas do ameloblastoma da mandíbula são extremamente variáveis». Daí a conclusão de que o diagnóstico radiográfico torna-se mais simples, quanto mais evoluído o grau de desenvolvimento da lesão.

Os ameloblastomas não tratados têm comportamento maligno, dada a possibilidade de invadir a base do crânio e outras estruturas vitais. Por este motivo devem ser encarados como tumores malignos e completamente ressecados. Como método de tratamento, a curetagem não é satisfatória, uma vez que a recidiva local é a regra (4), daí ser a remoção completa do tumor com uma longa margem de tecido são, o

melhor procedimento (11). Uma conduta que o patologista deve adotar como rotina, é o exame dos bordos distal e mesial, da peça cirúrgica enviada ao laboratório, para evidenciar a possibilidade de permanência de tecido tumoral. É preciso que o patologista se esforce, para evidenciar se permanece tumor. Os pacientes portadores destes tumores e submetidos a cirurgia econômica simples, com frequência apresentam recidiva, provavelmente por tumor residual (6). Casos de recidiva são relatados por vários autores. Schultz e colaboradores (14) relatam um caso, homem, 49 anos, com massas recorrentes na mandíbula direita e ossos faciais, durante vinte anos. Em 1947, a localização do tumor era na região do 3º molar inferior direito, sendo operado como cisto da mandíbula. Houve recorrência nos seis primeiros meses. Em 1948 o paciente apresentava um tumor solitário, sólido, envolvendo o ramo ascendente e o corpo da mandíbula, anterior à área do 1º molar inferior direito. Foi feita hemimandibulectomia direita. O resultado do exame histopatológico foi: ameloblastoma da mandíbula. Retornou em 1954, com massa tumoral, na região temporal direita. A massa foi removida «in toto», e o exame histopatológico foi: ameloblastoma envolvendo a região temporal. Em 1954, o paciente notou aumento de volume na região zigomática direita; em 1956 se apresentava dura, firme e séssil. Operado, o exame histopatológico, revelou ameloblastoma incompletamente removido. Finalmente em 1958, quando o

caso foi relatado, o paciente apresentava condições de inoperabilidade. Sharp e colaboradores (15) relatam três casos, o primeiro recidivou em nove anos após a ressecção em bloco parcial; e concluem que o prognóstico está na dependência do estabelecimento de um diagnóstico histopatológico definitivo e da ressecção em bloco.

A recidiva de um tumor sempre se reveste de importância. Muitas vezes o cirurgião não toma conhecimento da recidiva, pois o paciente inconformado com o resultado da primeira cirurgia, procura outro. E pode acontecer que o primeiro cirurgião considere, e mesmo publique, o caso como curado. E isto pode acontecer particularmente com os ameloblastomas, onde as recidivas dão-se em geral, anos após. Outro fator importante é o apontado por Bonta e James (3), o controle deve ser feito, durante toda a vida do paciente, considerando que o cirurgião geral ou oral, podem não encontrar este tumor com a frequência necessária, para apreciar sua habilidade de recidivar localmente e destruir a mandíbula ou a maxila como estruturas funcionantes, podem ser tentados a tratar este tumor pela curetagem, ou outro procedimento comprometedor, particularmente quando ele é pequeno. Isto indubitavelmente, tem contribuído, para as histórias de múltiplas recorrências, tão frequentemente encontradas nesta doença. O controle dos pacientes deve ser efetivo e por espaço de tempo bastante grande. E na apresentação de casos deve se referir sempre, ao tem-

po decorrido; dizer simplesmente não houve recidiva, não só é incorreto, como pode levar os menos experientes a tentar o mesmo método de tratamento.

## SYNOPSIS

**Resected and unresected cases of ameloblastoma were studied from the clinical, radiologic and mainly histopathologic point of view and as to their tendency to recurrence.**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BHASKAR, S.N. — **Synopsis of oral pathology**. St. Louis, Mosby, 1961. 207. p.
2. BOLLA, A. & DUSI, U. — Sponge biopsy in instances of oral tumors. **Dental Abstracts**, Chicago, 5:267, 1960.
3. BONTA, J.A. & JAMES, A.G. — Adamantinoma. **Dental Abstracts**, Chicago, 2:134, mar. 1957.
4. CAHN, L.R. — **Patologia da cavidade oral**. Rio de Janeiro, Científica, 1955.
5. CALHOUN, et alii — Ameloblastoma; report of a case. **Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology**, St. Louis, 10:111-117, 1957.
6. CAPELLANO, R. — Ameloblastomas; considerações sobre 15 casos. **Boletim de Oncologia (Revista Brasileira de Cirurgia)**, São Paulo, 43:347-362, 1962.
7. CHAHÉR, J. et alii — Adamantinoma. **Revista da Faculdade de Odontologia de Pôrto Alegre**, 3:103-105, 1961.
8. CHAHÉR, J. et alii — Tumores raros estudados no 1º semestre de 1954. **Anais do 5º Congresso Odontológico Brasileiro**, São Paulo, p. 201-206, 1954.
9. HEITZ, J. Adamantinoma. **Acta Chirurgica Scandinavica**, Stockholm, 102:405, 1952.
10. LEVY, B.M. et alii — Ameloblastoma; a symposium. **Oral Surgery, Oral Medicina & Oral Pathology**, St. Louis, 8:682-689, 1955.
11. MADEN, R. — Ameloblastoma developing from a dentigerous cyst. **Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology**, St. Louis, 13:781, 1960.
12. MIGLANI, D.C. — Ameloblastoma of mandible followed by resection and prosthetic repair; report of a case. **Journal of Oral Surgery, Anesthesia and Hospital Dental Service**, Chicago, 19:341-345, 1961.
13. MILES, A.E.W. — The use of the biopsy drill and punch in the diagnosis of oral lesions. **British Dental Journal**, London, 91:7, 1951.
14. SCHULTZ, L.W. et alii — Recurrent ameloblastoma following hemimandilectomy; report of a case. **Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology**, St. Louis, 11:578-583, 1958.
15. SHARP, et alii — Ameloblastoma of jaws. **Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology**, St. Louis, 8:1013-1025, 1955.