

# Ameloblastoma: consequências de um caso mal diagnosticado

## *Ameloblastoma: consequences of a misdiagnosed case*

Augusto César Sette Dias<sup>1</sup>, Evandro Neves Abdo<sup>2</sup>, Leandro Napier de Souza<sup>3</sup>, Ricardo Santiago Gomez<sup>4</sup>, Marcelo Drumond Naves<sup>4</sup>

### RESUMO

O presente relato descreve um caso de ameloblastoma ocorrido em região de incisivos inferiores, diagnosticado, erroneamente, como alteração periapical de origem endodôntica e periodontal. O paciente foi tratado por um período de 4 anos, durante o qual não foi observada a regressão da lesão. Quando o paciente foi encaminhado para a clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, através dos exames clínico, radiográfico e biópsia incisional, a lesão foi diagnosticada como ameloblastoma. O paciente foi submetido à cirurgia de ressecção parcial em bloco da mandíbula. O caso expõe a mutilação extensa ocorrida como consequência de um equívoco no diagnóstico inicial.

**Descritores:** Ameloblastoma. Tumores odontogênicos.

### INTRODUÇÃO

Ameloblastoma é um tumor odontogênico epitelial com estroma fibroso maduro, sem ectomesenquima odontogênico<sup>1</sup>. É um tumor relativamente raro, variando a incidência de 0,3 a 6,1 casos por milhão de pessoas, conforme alguns autores<sup>2-3</sup>. Cerca de 85% dos tumores ocorrem na mandíbula e 15% na maxila<sup>4</sup>. A faixa etária comprometida é ampla, mas sua maior ocorrência está relacionada à 3ª e 7ª décadas de vida, não sendo observados predileção por sexo ou raça<sup>5</sup>.

Clinicamente os ameloblastomas apresentam-se assintomáticos, sendo descobertos durante exame radiográfico de rotina ou devido à expansão óssea dos maxilares<sup>6</sup>. Quanto à evolução caracterizam-se por crescimento lento, sendo localmente invasivos podendo causar o rompimento das corticais ósseas. São classificados clinicamente em sólido multicístico, unicístico e periférico<sup>5</sup>. Embora o ameloblastoma seja considerado um tumor benigno, raros casos de metástases pulmonares têm sido descritos<sup>7</sup>.

Radiograficamente apresentam-se como imagens radiolúcidas similares às lesões císticas.

Comumente na mandíbula são multiloculados com aspecto de “bolhas de sabão” e margens irregulares, podendo apresentar-se também como lesões uniloculadas, sendo freqüentemente relacionados à raiz dentária<sup>8</sup>.

O ameloblastoma no estágio inicial pode apresentar dificuldades no diagnóstico simulando outras lesões ósseas. Além de cisto radicular e granuloma periapical, os cistos odontogênicos, tumor odontogênico adenomatóide, lesão central de células gigantes, osteomielite crônica e displasia cemento-óssea são as principais entidades patológicas que se confundem com o ameloblastoma<sup>9-10</sup>.

No diagnóstico diferencial do ameloblastoma com outras entidades que podem mimetizá-lo, devem ser levadas em consideração, a idade do paciente, a localização e características radiográficas em conjunto. O ameloblastoma geralmente deve ser diferenciado de outras entidades menos agressivas e com taxa de recidiva também menores, o que interfere em tratamento e prognósticos distintos<sup>6</sup>.

Embora o ameloblastoma apresente características infiltrativas e recidivantes locais, o diagnóstico precoce pode diminuir a extensão dos tratamentos mutiladores<sup>9</sup>.

<sup>1</sup>Pesquisador voluntário – Faculdade de Odontologia / UFMG

<sup>2</sup>Professor Adjunto - Faculdade de Odontologia / UFMG

<sup>3</sup>Professor do Centro Universitário Newton Paiva

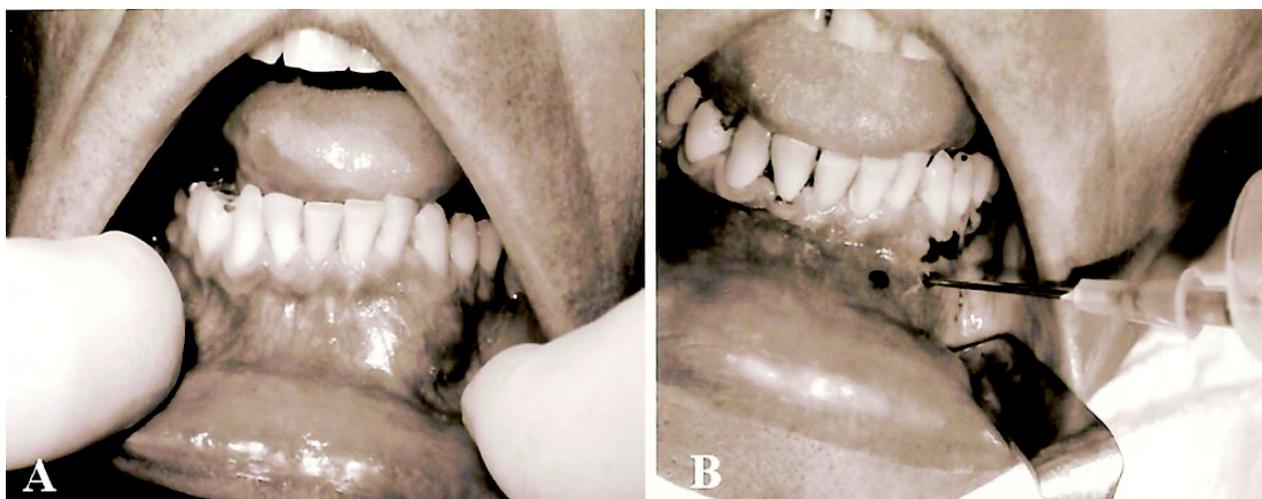
<sup>4</sup>Professor Associado - Faculdade de Odontologia / UFMG

O relato a seguir discute um caso de ameloblastoma ocorrido na região anterior de mandíbula, tratado como doença periodontal e como alteração periapical de origem endodôntica, por período de quatro anos, retardando o correto tratamento e, conseqüentemente, aumentando a mutilação do paciente.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, idade 42 anos, leucoderma, foi encaminhado ao serviço de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG), apresentando aumento de volume na região anterior

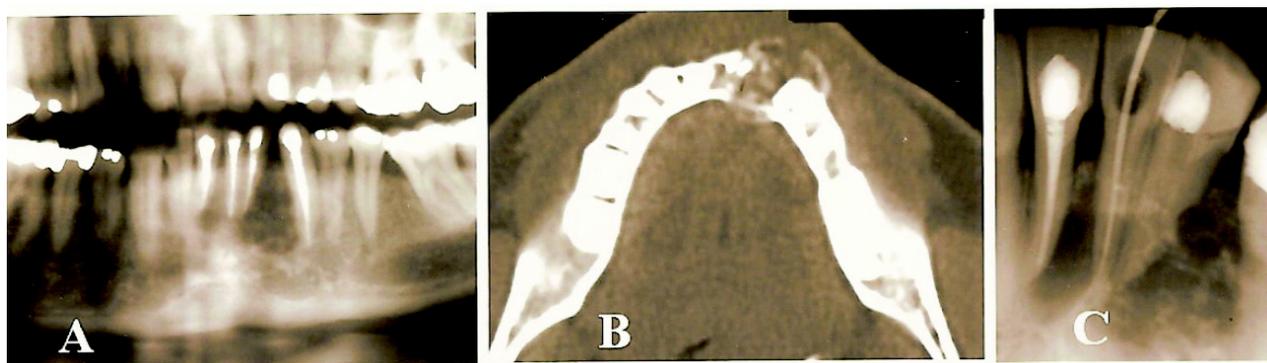
de mandíbula (Figura 1-A). À anamnese, relatou que percebeu a alteração há 4 anos, tendo procurado um dentista em sua cidade. Foi então instituído tratamento periodontal e não havendo involução do caso, foi realizado tratamento endodôntico nos dentes anteriores relacionados à lesão. Em função da não resolução do quadro, o paciente foi encaminhado a FOUFMG, quando se constatou: tumefação de consistência firme recoberta por mucosa íntegra, na região anterior da mandíbula, com expansão vestibular e lingual (Figura 1-A). Clinicamente não se observou a presença de bolsa periodontal ou secreções. Realizou-se punção aspirativa com o resultado negativo (Figura 1-B).



**Figura 1-A-** Aspecto clínico no momento do exame na FOUFMG. **B-** Punção aspirativa negativa

Radiograficamente observou-se lesão multiloculada, não delimitada, envolvendo os dentes

34 a 41, evidenciando tratamento endodôntico dos elementos 33, 32, 31, 41 (Figura 2).

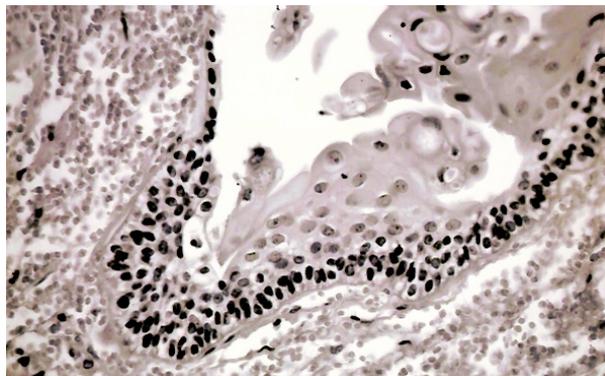


**Figura 2-** A- Aspecto radiográfico pré-operatório em radiografia panorâmica. B- Tomografia Computadorizada em corte axial mostrando expansão vestibular e lingual do tumor. C- Radiografia periapical obtida durante o tratamento endodôntico, evidenciando imagem não compatível com lesão de origem pulpar.

O fragmento obtido pela biópsia incisional foi encaminhado ao laboratório de patologia da FOUFMG e o exame histopatológico mostrou cortes histológicos com lençóis de células epiteliais exibindo

na periferia morfologia colunar, núcleos hipercromáticos e polarizados. Nas áreas centrais foram identificadas células poliédricas com metaplasia escamosa associada a degeneração

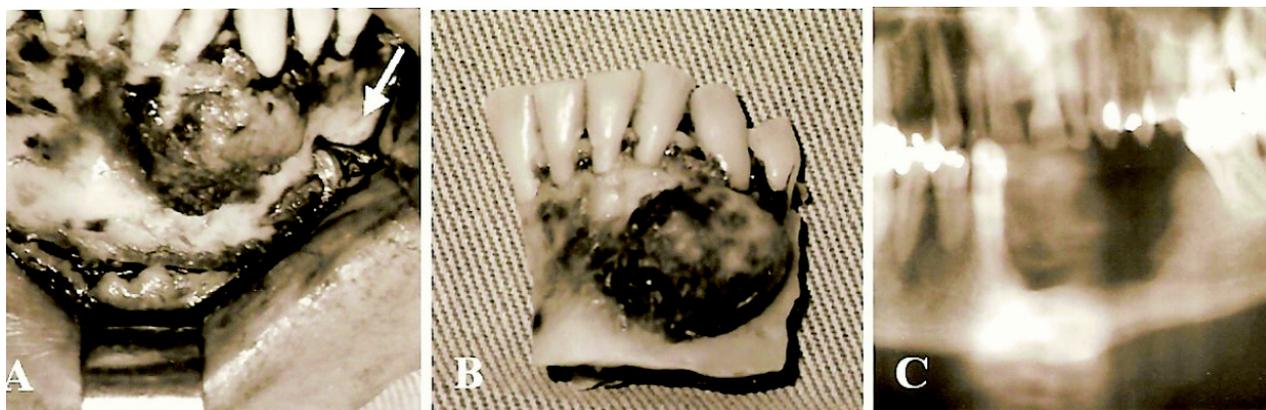
cística. O estroma da lesão apresentava-se fibroso celularizado com áreas hemorrágicas. Constatando-se assim se tratar de ameloblastoma (Figura 3).



**Figura 3-** Aspecto histológico, em coloração HE, com aumento de 400x, mostrando imagem compatível com ameloblastoma.

Foi então solicitada uma tomografia da região de mandíbula para planejamento cirúrgico (Figura 2-B) e exames pré-operatórios de rotina para cirurgia sob anestesia geral.

O paciente foi submetido à ressecção parcial da mandíbula (Figura 4-A e B) com margem de segurança de 2,0 cm, envolvendo a região referente aos dentes 34 a 41, no Hospital Municipal Odilon Behrens da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, através do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial vinculado à FOUFMG. O paciente encontra-se em fase de controle pós-operatório, atualmente com 2 anos e 8 meses, sem evidências de recidiva (Figura 4-C), aguardando o momento para reconstrução mandibular.



**Figura 4 –** A- Imagem transcirúrgica mostrando a extensão do tumor. A seta indica o nervo metoniano. B- Peça cirúrgica. C- Controle pós-operatório com 2 anos e 8 meses.

## DISCUSSÃO

O presente relato aborda um caso de ameloblastoma, clinicamente sólido, radiograficamente multiloculado, em homem de 42 anos de idade estando de acordo com a literatura quanto à faixa etária de maior ocorrência, uma vez que o ameloblastoma sólido multicístico ocorre entre a terceira e a sétima décadas de vida<sup>5</sup>.

A avaliação imaginológica inicial como forma de diagnóstico pode ser feita por radiografias panorâmicas, periapicais, oclusais ou por tomografia computadorizada (cortes axiais e coronais), com finalidade de auxiliar o diagnóstico, delimitação da lesão e sua relação com as estruturas e tecidos vizinhos, planejamento cirúrgico e controle evolutivo<sup>8</sup>.

Os tumores de origem odontogênica podem mimetizar lesões perirradiculares de origem periodontal e endodôntica<sup>11</sup>. Acreditamos que mesmo nesses casos a confusão pode ocorrer apenas no aspecto radiográfico, havendo recursos clínicos para

diferenciação. Para lesão de origem endodôntica seria necessário teste de sensibilidade pulpar. Os dentes associados com lesões perirradiculares radiolúcidas de origem endodônticas apresentam polpas necrosadas e, portanto não respondem aos testes de sensibilidade. Por outro lado, como as lesões de origem não endodônticas geralmente não afetam o suprimento sangüíneo ou nervoso das polpas dos dentes adjacentes, a vitalidade desses dentes permanece inalterada<sup>12</sup>. Entendemos que na avaliação inicial do paciente deveria ter sido levado em conta esses aspectos que devem ser do conhecimento do cirurgião-dentista. O aumento de volume, associado à imagem radiográfica multilocular no caso descrito (Figura 1 e 2) não é compatível com lesões perirradiculares de origem endodôntica.

O exame realizado na clínica de Estomatologia ocorreu quatro anos após o início dos sinais. Poderia-se supor que o diagnóstico diferencial no início do tumor tenha sido dificultado principalmente para profissionais sem experiência

neste tipo de lesão. Ressalta-se, porém que as radiografias iniciais (Figura 2-C) já mostravam um aspecto em nada compatível com doença periodontal ou periapicopatia.

Na alteração periodontal devem estar presentes, sangramento gengival e mudança na coloração gengival bem como bolsas periodontais profundas e perda de inserção na junção cimento-esmalte<sup>13-14</sup>. A bolsa periodontal, uma das características clínicas importantes da doença periodontal, não foi observado, durante exame clínico.

Levando-se em consideração a idade e o sexo do paciente, bem como as características clínicas e radiográficas da lesão, outras hipóteses diagnósticas aventadas seriam o ceratocisto odontogênico e o mixoma odontogênico. O ceratocisto pode apresentar radiograficamente como lesão multiloculada expansão das corticais ósseas, à punção aspirativa mostra-se positiva<sup>5</sup>. O mixoma odontogênico também mostra expansão óssea sem erosão cortical, radiograficamente apresenta-se como lesão radiotransparente podendo ter aspecto multilocular<sup>6</sup>. Entretanto no caso por nós relatado o resultado da punção aspirativa foi negativo, descartando desta forma a possibilidade de se tratar de um ceratocisto, restando, portanto, como possibilidades diagnósticas o mixoma odontogênico e o ameloblastoma sendo este último confirmado na biópsia incisiva.

Alguns autores recomendam realização de procedimentos terapêuticos menos invasivos para o ameloblastoma inclusive multicísticos sólidos convencionais, levando-se em conta características clínicas e radiográficas para tal planejamento<sup>15</sup>. Outros autores, no entanto, afirmam que a recidiva é considerável em tratamento conservador de ameloblastoma principalmente sólido multicístico<sup>3</sup>, encontrando o percentual de 45.65% de recidiva nos pacientes tratados de modo conservador<sup>16</sup>.

Uma desvantagem da recessão marginal com margem de segurança é que essa leva a deformidade facial bem como uma perda de função, necessitando de posterior reconstrução cirúrgica. Entretanto a manutenção das bordas se possível reduz esses efeitos e parece não aumentar o risco de recidiva<sup>17</sup>.

No relato em questão optou-se pela ressecção do tumor com margeamento, levando em conta as características clínicas, imaginológica (Figura 2) e histopatológicas apresentadas na biópsia incisiva. Esperamos desta forma diminuir a possibilidade de recidiva e também posteriores intervenções cirúrgicas, o que seria ainda mais mutilador ao paciente tanto sob o ponto de vista físico quanto psicológico.

Nossa opção terapêutica é fundamentada pelo trabalho de Silveira & Barbachan (2000)<sup>18</sup> que realizaram um estudo sobre a relação da distância entre infiltrações de células neoplásicas no osso (exame histopatológico) e o limite radiográfico no ameloblastoma. Os autores selecionaram seis peças cirúrgicas integras e com limites radiográficos imprecisos, enviados para exame. Cada peça foi submetida ao exame radiográfico e cortes histológicos seriados. Foram encontrados como resultado, infiltrações de células neoplásicas em poucos e distintos locais distando de 0,1 cm a 1,4 cm além da extremidade radiográfica. A partir desses achados os autores concluíram que apesar do ameloblastoma apresentar radiograficamente limites definidos é histologicamente infiltrativo, sugerindo assim a utilização de margem de segurança de 2 cm<sup>18</sup>.

Devido à natureza infiltrativa local do ameloblastoma e a alta taxa de recidiva e as características cirúrgicas utilizadas para a remoção do mesmo acreditamos que o diagnóstico precoce seria uma etapa importante do tratamento conservador.

Acreditamos que o tratamento conservador de curetagem do ameloblastoma é indicado apenas nos casos de ocorrência unicística da lesão onde a taxa de recidiva é menor e nas situações que for possível fazer o acompanhamento periódico do paciente. Nos casos de ameloblastomas multicístico em que a recidiva é mais freqüente quando tratados de forma conservadora seria mais indicado o tratamento utilizando margem de segurança de 2 cm.

O presente relato leva-nos a uma reflexão sobre o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico de lesões bucais. Embora o tratamento do ameloblastoma não seja realizado pelo dentista clínico geral, é este que por vezes se depara com essa lesão em sua forma inicial. Assim, também é importante a formação de um profissional de Odontologia que seja capaz de suspeitar da possibilidade de ocorrência não só do ameloblastoma, mas de qualquer alteração na região maxilo-mandibular que tanto clínica ou radiograficamente podem mimetizar lesões perirradiculares de origem inflamatórias, e saber referenciar corretamente para centros de tratamento.

## ABSTRACT

The present report shows the case of an ameloblastoma located in the mandibular incisors which was misdiagnosed both as a periapical alteration of endodontic origin as well as a periodontal alteration, treated over a 4-year period in which no

regression of the lesion could be observed. The patient then was referred to the Stomatology clinic of School of Dentistry, Universidade Federal de Minas Gerais. Clinical and radiographic exams and an incisional biopsy produced the diagnosis of an ameloblastoma. The patient then underwent surgery to remove the tumor, taking into consideration the limits found within prior studies in the literature. Such a case exposes an extensive mutilation which occurred as a consequence of a mistake made in the initial identification of the tumor, thus generating a delay in the definitive treatment.

**Uniterms:** Ameloblastoma. Odontogenic tumor. Mandibular tumor.

## REFERÊNCIAS

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Pathology & genetics. head and neck tumours. World Health Organization Classification of Tumours. IARC Press, Oxford, p 296-301, 2005.
2. Sampson DE, Pogrel MA. Management of mandibular ameloblastoma: the clinical basis for a treatment algorithm. *J Maxillofac Surg* 1999; 57:1074-7.
3. Olaitan AA, Arole G, Adekeye EO. Recurrent Ameloblastoma of the jaws: A follow-up Study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998; 6:456-60.
4. Nastri AL, Wiesenfeld D, Radden BG, Eveson J, Scully C. Maxillary ameloblastoma: retrospective study of 13 Cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995; 33:28-32.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxillofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004:798.
6. Regezzi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: Correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 1991; 390.
7. Henderson JM, Sonnet JR, Schlesinger C, Robert A. Pulmonary metastasis of ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88:170-6.
8. Isberner RK, Nagazava MM, Chiang JT, Gonçalves M, Dib LL. Diagnostico diferencial dos tumores da mandíbula e maxila. *Rev Imag* 1999; 21:65-71.
9. Cunha EM, Fernandes AV, Veriani MA, Loyola AM. Unicystic Ameloblastoma: A possible pitfall in periapical diagnosis. *Inter End J* 2005; 38:334-40.
10. Batista AC, Filho HN, Rippert Et. Periapical Raiolucency in the Mandibular Molar Region. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60:186-9.
11. Amorim RFB, Freitas RA. Ameloblastoma periapical mimetizando lesão de natureza endodontica. *Rev Bras Patol Oral* 2003; 2:36-9.
12. Walton RE, Torabinejad M. Lesões pulpare e perirradiculares. In: *Principios e prática em endodontia*. São Paulo: Santos, 1997; 29-51.
13. Genco RJ, Cohen W, Goldoman HM. Classificação e características clínicas da doença periodontal. In: *Periodontia contemporânea*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1997; 63-81.
14. Carranza FA. A bolsa periondontal. in *Periodontia clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1997; 296-312.
15. Queiroz SBF, Amorim RFB, Godoy EP, Freitas RA. Tratamento conservador de ameloblastoma sólido: novos conceitos e abordagens terapêuticas. *Rev Bras Patol Oral* 2002; 1:39-46.
16. Ueno S, Mushimoto K, Shirasu R. Prognostic evaluation of ameloblastoma based on histologic and radiographic typing. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47: 11-5.
17. Bataineh AB. Effect of Preservation of the inferior and posterior borders on recurrence of ameloblastoma of the mandibule. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90:155-63.
18. Silveira HED, Barbachan JJD. Estudo comparativo entre os limites radiográfico e histológico em ameloblastomas. *Rev Fac Odontol Po rto Alegre* 2000; 41:49-54.