

Ameloblastoma: estudo retrospectivo dos casos diagnosticados no Laboratório de Histopatologia Oral da UFPE

Ameloblastoma: a retrospective study of cases diagnosed at the Oral Histopathological Laboratory of UFPE

Viviana Fiel da Costa Cabral¹
Andreza Veruska Lira Correia²
Raphaella Juvenal da Silva³
Jurema Freire Lisboa de Castro⁴
Elaine Judite de Amorim Carvalho⁵

1- Aluna de graduação do curso de Odontologia da UFPE
2- Aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPE
3- Aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPE
4- Professora Adjunta da Disciplina de Patologia Oral da UFPE
5 - Professora Adjunta de Patologia Oral Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva UFPE.

RESUMO

O ameloblastoma é classificado como um tumor odontogênico benigno, de origem epitelial que, pela frequência, subtipos clínicos, histológicos e agressividade tem chamado atenção dos estudiosos na área. Realizar estudo retrospectivo dos casos diagnosticados histopatologicamente como ameloblastoma no Laboratório de Histopatologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no período de 1992 a 2009. Foram selecionados casos de ameloblastoma correspondentes ao período da pesquisa. Informações sobre idade, sexo, localização da lesão, aspecto radiográfico e diagnóstico histopatológico foram compilados das fichas de fichas clínicas e/ou requisição. Depois do levantamento e da revisão das lâminas para confirmação do diagnóstico de ameloblastoma, a amostra totalizada foi de 6 casos. O sexo masculino e pacientes maiores de 40 anos foram os mais acometidos. Todos os casos ocorreram na mandíbula, sendo a região posterior a mais afetada. Por falhas de preenchimento das fichas clínicas e/ou requisição, não foi possível determinar o aspecto radiográfico mais prevalente. No exame histopatológico, observamos o padrão folicular e plexiforme como os mais frequentes. Dado o caráter variável dos aspectos clínicos e histopatológicos do ameloblastoma, o preenchimento correto das fichas clínicas e/ou solicitação é imperioso para que possamos mapear com fidedignidade as características deste tumor e auxiliar, assim, o pronto diagnóstico desta lesão.

Palavras-chave: Ameloblastoma; Tumor odontogênico; Dados demográficos

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor of epithelial origin which has received considerable attention due to its frequency, clinical subtypes and aggressiveness. Objective: To perform a retrospective study of ameloblastoma cases histopathologically diagnosed at the Oral Histopathological Laboratory of UFPE from 1992 to 2009. We have selected all cases of ameloblastoma corresponding to the period of this research. Data such as age, gender, location of lesion, radiographic features and histopathological diagnosis have been compiled from patients' records. After the investigation and review of slides for confirmation of the diagnosis of ameloblastoma, the sample comprised 6 cases. Most patients with ameloblastoma were male older than 40 years. All lesions were in the mandible, mainly in the posterior region. Due to incomplete clinical records, it was not possible to determine what were the major radiographic aspect. Histopathologically, plexiform and follicular types were more prevalent. Due to the variable character of the clinical and histopathological aspects of the ameloblastoma, complete documentation in the clinical records is imperative for mapping the characteristics of this tumor to aid in the correct diagnosis of this lesion.

Key words: Ameloblastoma; Odontogenic tumors; Demographic dates

Correspondência:
Viviana Fiel
Rua Madre Linch, nº151, apt-101.
Macaxeira. Recife-PE. CEP: 52090-300
vivi_fiel@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos compreendem um extenso grupo de lesões

heterogêneas, tanto nos aspectos clínicos quanto nos aspectos histopatológicos. O ameloblastoma, classificado como neoplasia odontogênica benigna, tem sido foco de

vários estudos devido ao seu comportamento agressivo. Com histogênese no epitélio odontogênico, pode surgir a partir dos remanescentes celulares do órgão do esmalte, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico, das células da camada basal da mucosa oral ou dos remanescentes da lâmina própria^{1, 2}.

Do ponto de vista epidemiológico, afeta quatro vezes mais a mandíbula que a maxila, sendo as regiões dos molares e ramo ascendente mais atingidas²⁻⁵. É um tumor considerado raro em crianças e a média de idade mais encontrada na literatura é acima dos 30 anos, mulheres são mais afetadas do que homens^{4,5}. Representa cerca de 1% dos tumores e cistos odontogênicos os quais acometem o complexo maxilo-mandibular²⁻⁶.

Apresenta crescimento lento, infiltrativo e assintomático em sua maioria, exceto quando são infectados secundariamente^{1,3,5}. A expansão das corticais ósseas é outra característica importante, a lesão se estabelece dentro do osso e aos poucos vai destruindo-o, formando um espaço oco no centro⁷. Estas neoplasias quando possuem crescimento expansivo muito avançado podem apresentar parestesia, infecção secundária e faturas patológicas. Lesões associadas a dentes não erupcionados e que causam reabsorção radicular têm maior probabilidade de recorrência^{7,8}.

Com relação às características clínicas os ameloblastomas são divididos e classificados como sólido ou multicístico (86% dos casos), unicístico (13%), e periférico (1% dos casos)¹. Radiograficamente podem ser uniloculares ou multiloculares³.

Quanto às características histológicas, estes tumores podem se apresentar nos padrões: folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulomatosas, desmoplásico e de células basais^{1,3,4,9}.

Neste trabalho, apresentamos os dados demográficos, clínicos e histopatológicos coletados a partir da análise de 6 fichas clínicas e laudos histológicos do acervo do laboratório de histopatologia oral da UFPE.

RESULTADOS

Nossos resultados apontam que o sexo masculino é mais afetado que o sexo feminino por ameloblastomas em o dobro do número de casos estudados (ver ilustração 1). A faixa etária mais acometida foi aqueles dos pacientes na quinta década de vida,

com 50% dos casos registrados (ver ilustração 2). Todas as lesões situaram-se na mandíbula, sendo a região de corpo responsável pelo aparecimento da metade dos casos, seguidos da região de ramo e sínfise, respectivamente com 2 e 1 caso (ver ilustração 3). Quanto ao aspecto imagenológico da lesão, em dois casos, não observamos qualquer referência a este dado na ficha clínica ou ficha de solicitação de exame histopatológico, estando os demais casos igualmente divididos entre os aspectos unilocular e multilocular. Ao analisarmos o padrão histopatológico das lesões, encontramos uma predominância igualmente distribuída dos tipos folicular e plexiforme. Observamos ainda, 1 caso do subtipo desmoplásico e outro caso do subtipo cístico (ver ilustração 5).

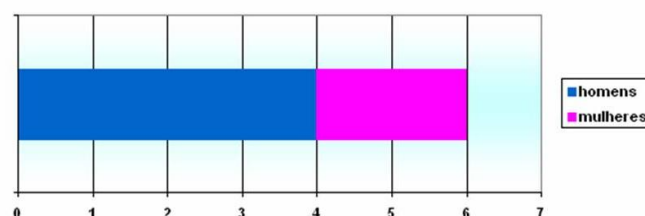


Ilustração 1: Distribuição dos casos quanto ao gênero.

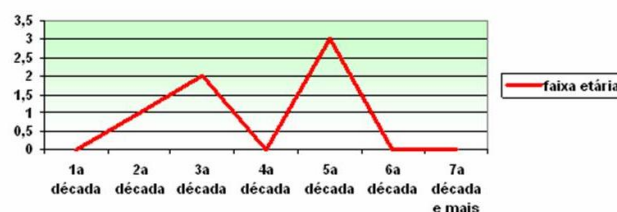


Ilustração 2: Distribuição dos casos quanto a faixa etária.

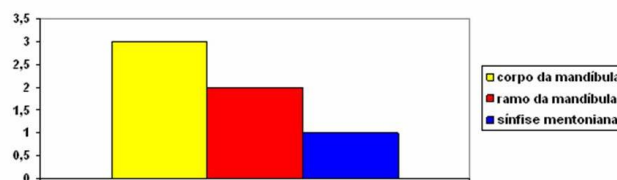


Ilustração 3: Distribuição dos casos quanto a localização anômica.

DISCUSSÃO

A maioria dos autores consultados na literatura afirma que não há uma predileção clara de ocorrência entre os gêneros^{2,5,11-14}. Entretanto, na população africana, há relatos de maior ocorrência em homens¹⁵⁻¹⁷, i.e. há indícios que em negros, a doença afeta mais os homens. Em nossa série,

houve maior número de casos no sexo masculino. Levando-se em consideração que no Brasil a maior parte dos usuários do serviço público de atenção à saúde provem de classes sociais e econômicas menos favorecidas e que há uma correspondência com o grupo étnico afro americano¹⁸, sugere-se que a maior predominância de casos em homens possa ser explicado por questões étnicas^{1,19}.

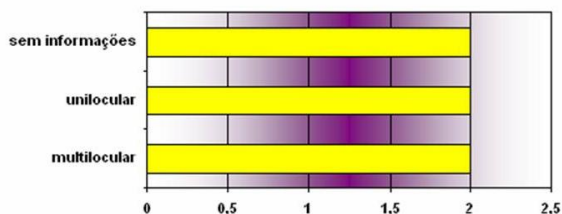


Ilustração 4: Distribuição dos casos respectivo ao aspecto imagiológico.

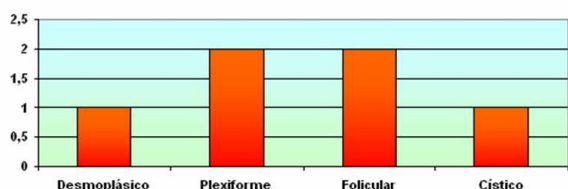


Ilustração 5: Distribuição dos casos respectivo ao padrão histopatológico.

A frequência do ameloblastoma varia de acordo com a região geográfica avaliada, que por sua vez, influi na distribuição étnica²⁰. Nos casos estudados neste trabalho, houve um pico de incidência desta lesão na 5ª. década de vida. Na literatura revisada, há consenso em que a lesão afeta sobremaneira pessoas acima de 30 anos de idade^{3-6,10}. Observamos que a maioria dos pacientes referia um tempo considerável de evolução da lesão, o que pode explicar o fato da maioria dos casos terem sido diagnosticados a partir dos 40 anos. Os atrasos da busca e procura pelos serviços de saúde oferecidos pelo sistema único de saúde no Brasil são uma constante¹⁸.

A respeito da localização da lesão, encontrou-se que o corpo da mandíbula foi o sítio mais afetado, dados que corroboram aos encontrados na revisão de literatura^{2,3,5,8}.

Um dado relevante foi o fato de que em duas fichas clínicas, não foi informado o padrão dos aspectos imagiológicos da lesão. Uma cuidadosa avaliação clínica e o estudo por imagem dos pacientes com

lesões acometendo a mandíbula, avaliando margens da lesão, arquitetura interna, mineralização e efeitos nas estruturas adjacentes, podem auxiliar na redução do diagnóstico diferencial e na melhor conduta terapêutica para cada caso, o que é particularmente significativo nos ameloblastomas, devido à sua usual agressividade local²¹.

Quanto ao subtipo histológico dos tumores estudados, houve uma predominância dos subtipos folicular e plexiforme, o que coincide com a maioria dos autores estudados^{4,9,22,23}. Muitas lesões apresentam combinações de aspectos microscópicos, sobretudo aquelas de grande extensão¹. Ainda que o subtipo histológico do ameloblastoma seja considerado pelo padrão predominante encontrado na amostra, a maioria das lesões apresenta o padrão folicular pelo menos em uma parte do tumor^{4,20}. Em alguns trabalhos, o padrão folicular foi o que acometeu pacientes em idades mais precoces e apresentou menor índice de recidiva²⁴. Entretanto, para outros autores, o subtipo histológico não desempenha nenhum papel no tratamento e prognóstico dos pacientes, sendo o tipo de tratamento escolhido o fator mais determinante nos casos de recidiva das lesões^{4,25}.

REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral & Maxilofacial. Cistos e Tumores Odontogênicos. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.
2. Saddy MS, Chilvarquer I, DIB LL, Sandoval RL. Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos do ameloblastoma. RPG, Rev Pós Grad. 2005; 12(4):460-5.
3. Ogunsalu C, Daisley H, Henry K, White K, Jagdeo B, Baldeo S. A new radiological classification for ameloblastoma based on analysis of 19 cases. West Indian Med J 2006; 55 (6): 36.
4. Martins MD, Junior OAR, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS. Ameloblastoma: revisão de literatura. ConSciencia Saúde 2007; 6(2):269-278.
5. Montoro JRMC, Tavares MG, Melo DH, Franco RL, Mello-Filho FV, Xavier SP, Trivellato AE, Lucas AS. Mandibular ameloblastoma treated by bone resection and immediate reconstruction. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74(1):155-7.
6. Avelar RL, Antunes AA, Santos TS, Andrade ESS, Dourado E. Odontogenic tumors: clinical and pathology study of 238 cases. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74(5):668-73.
7. Medeiros M, Porto GG, Filho JRL, Portela L, Vasconcellos RH. Ameloblastoma in the mandible. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74(3):478.
8. Segundo AVL, Faria DLB, Barbosa CAG. Ameloblastoma de sínfise mandibular: relato de caso clínico. Odontol Clín-Cientif 2003; 2(2): 135-140.

9. Santos JN, Souza VF, Azevêdo RA, Sarmento VA, Souza LB. Caracterização imuno-histiquímica de lesão híbrida de ameloblastoma desmoplásico e convencional. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006; 72(5):709-13.
10. Ledesma-Montes C, Mosqueda-Taylor A, Carlos-Bregni R, De León Er, Palma-Guzmán JM, Páez-Valencia C, Meneses-García A. Ameloblastomas: a regional Latin-American multicentric study. *Oral Dis*; 13(3):303-7.
11. Mendenhall WM, Werning JW, Fernandes R, Malyapa RS, Mendenhall NP. Ameloblastoma. *Am J Clin Oncol* 2007; 30(6):645-8.
12. Adeline VL, Dimba EA, Wakoli KA, Njiru AK, Awange DO, Onyango JF, Chindia ML. Clinicopathologic features of ameloblastoma in Kenya: a 10-year audit. *J Craniofac Surg* 2008; 19(6):1589-93.
13. Ide F, Mishima K, Yamada H, Horie N, Saito I, Shimoyama T, Kusama K. Unsuspected small ameloblastoma in the alveolar bone: a collaborative study of 14 cases with discussion of their cellular sources. *J Oral Pathol Med* 2008; 37(4):221-7.
14. Olaitan AA, Adeola DS, Adekeye EO. Ameloblastoma: clinical features and management of 315 cases from Kaduna, Nigeria. *J Craniomaxillofac Surg* 1993; 21(8):351-5.
15. Christos CG, Yoo MC. Ameloblastoma: clinical features and management of 21 cases. *Ethiop Med J* 2000; 38(4):247-51.
16. Odukoya O, Effiom OA. Clinicopathological study of 100 Nigerian cases of ameloblastoma. *Niger Postgrad Med J* 2008; 15(1):1-5.
17. Ribeiro MCSA, Barata Rb, Almeida MR, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ci Saúde Coletiva* 2006; 11(4), 1011-1022.
18. Shear M., Sinng S. Age – standardized incidence rates of ameloblastoma and dentigerous cyst on the witwatersand, South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1978; 6: 195-199.
19. Costa DOP, Ecard MB, Oliveira SP, Silva LE, Dias EP, Lourenço SQ. 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.
20. Sá ACD, Zardo M, Júnior AJOP, Souza RP, Neme MP, Sabedotti I, Lovato AFG, Costa AD, Rapoport A. Ameloblastoma da mandíbula: relato de dois casos. *Radiol Bras* 2004; 37(6):465-468.
21. Yavagal C, Anegundi R, Shettys S. Unicystic plexiform ameloblastoma: Na insight for pediatric dentists. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2009; 1(27).
22. Martinez CR, Barros RMG, Orué NR, Oliveira JGP, Monteiro JCC. Ameloblastoma: Estudo Clínico-Histopatológico. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac* 2008; 8(2):55 – 60.
23. Anjos ED *et al.* Estudo clínico-patológico de ameloblastomas: análise de casos. *Rev Bras Odontol* 2003; 60(4): 224-228.
24. Henriques ACG, Cazal C, Fonsêca DDD, Bello DMA, Araújo NC, Castro JFL. Considerações Sobre a Classificação e o Comportamento Biológico dos Tumores Odontogênicos Epiteliais: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2009; 55(2): 175-184