

FIBRO-ODONTOMA AMELOBLÁSTICO REVISÃO BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

OSCAR COSTA*, PAULO COELHO**, MANUELA GONÇALVES***, TALHAS DOS SANTOS****

RESUMO

O fibro-odontoma ameloblástico é um tumor odontogénico misto, com definição recente, sugerindo-se que resulta da conjugação numa só lesão do fibroma ameloblástico e do odontoma complexo. Clinicamente tem características comuns ao odontoma complexo do qual difere por ter maior potencial de crescimento e de destruição local. O diagnóstico é histológico e o tratamento consiste na curetagem ou excisão da lesão.

Palavras-chave: fibroma, odontoma, ameloblástico

ABSTRACT

Ameloblastic fibro-odontoma has been described as a mixed odontogenic tumour with recent definition, that seems to result from interrelationship of ameloblastic fibroma and complex odontoma. Clinically it is similar to complex odontoma from whom it differs because it has a bigger growth potential and local invasion. Diagnosis is histological and treatment consists of curettage or excision.

Key-words: fibroma, odontoma, ameloblastic

INTRODUÇÃO

O Fibro-odontoma ameloblástico é um tumor odontogénico misto, calcificante, raro, em que o fibroma ameloblástico e o odontoma complexo parecem estar combinados em uma só lesão^(14,17). Em 1967, Hooker⁽⁷⁾ definiu pela primeira vez a lesão como uma entidade separada, num estudo sobre 26 casos, justificando a separação por o fibro-odontoma ameloblástico não demonstrar os componentes epiteliais agressivos do ameloblastoma simples e do odontoma ameloblástico, uma forma extremamente rara de ameloblastoma e por apresentar histologicamente preponderância de elementos dentários "papila-like".

Alguns autores consideram que o fibroma

ameloblástico representa um odontoma complexo em fase inicial, indiferenciado, e que o fibro-odontoma ameloblástico é simplesmente um odontoma em maturação, mais diferenciado^(4,8). Slootweg⁽¹⁸⁾ defende que o fibroma ameloblástico não se diferencia em fibro-odontoma ameloblástico que representaria de facto um odontoma complexo imaturo e seria mais uma lesão hamartomatosa do que uma lesão neoplásica verdadeira. Eversole⁽³⁾, após analisar vários aspectos clínicos dos tumores odontogénicos mistos, postulou que as lesões individuais eram incapazes de mais diferenciação. Miller⁽¹⁰⁾ concluiu assim que a preponderância de tecido dentário ("papila-like") indica que se trata de uma lesão separada do ponto de vista histomorfológico, com comportamento clínico não agressivo e com boa resposta à curetagem simples, que deveria ser definida por fibro-odontoma ameloblástico.

*Interno do Internato Complementar de Cirurgia Maxilofacial do Hospital de S. José

**Assistente Hospitalar de Cirurgia Maxilofacial do Hospital de S. José.

***Assistente Hospitalar Graduada de Anatomia Patológica do Hospital de S. José

**** Director do Serviço de Cirurgia Maxilofacial do Hospital de S. José

EPIDEMIOLOGIA

Embora possa ocorrer em qualquer idade, o tumor ocorre mais comumente nas primeira e segunda décadas de vida, que é também o grupo etário preferencial do odontoma e do fibroma ameloblástico.

Não parece haver predominância de sexos, apesar de alguns estudos revelarem maior incidência no sexo masculino.

Anatomicamente parece localizar-se preferencialmente na mandíbula (ramo horizontal / ângulo), embora possa encontrar-se a lesão em qualquer local do maxilar ou da mandíbula, geralmente associada a um dente não erupcionado.

ETIOPATOGENIA

A etiologia exacta do tumor, tal como da maioria dos tumores odontogénicos, é desconhecida, embora tal como discutido anteriormente, pareça evidente que resulta da conjugação de duas lesões.

Histologicamente o tumor tem três componentes, tecido conjuntivo fibroblástico imaturo, semelhante à polpa dentária primitiva, componente ectodérmico caracterizado por ilhas ou colunas de células odontogénicas e um componente mineralizado constituído por estruturas irregulares, típico do odontoma composto.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

O tumor tem crescimento lento e insidioso, aparecendo como tumefacção na região afectada, geralmente assintomático podendo ser um achado secundário, embora quando não tratado possa atingir proporções consideráveis.

A lesão apresenta-se como uma radiotransparência que expande o osso, contendo uma massa radiopaca única ou múltiplas opacidades que representam o componente odontoma da lesão, bem circunscrita, envolta por uma margem esclerótica, tendo assim um aspecto opacolucente.

A tomografia computadorizada pode ser útil

ao diferenciar os padrões de calcificação dos tumores odontogénicos calcificantes⁽²⁰⁾. O fibro-odontoma ameloblástico pode ter 2 padrões distintos: nódulos calcificados distribuídos pela periferia e centro da lesão e espículas calcificadas do centro para a periferia dando um aspecto de roda. Com a evolução da lesão as espículas radiadas tendem a fundir-se para formar uma massa calcificada. Os tumores odontogénicos a serem diferenciados são o tumor odontogénico adenomatóide, tumor odontogénico epitelial calcificante e o quisto odontogénico calcificante. Estas lesões apresentam calcificações bizarras na periferia e à volta do dente impactado associado à lesão, o que as diferencia do fibro-odontoma.

O diagnóstico é histológico tendo as características já sido descritas.

Quando o tumor se apresenta com os padrões típicos relativos à idade, localização e aspecto radiológico geralmente o diagnóstico é evidente.

Clinicamente o diagnóstico diferencial deve ser feito com ameloblastoma, mixoma odontogénico, quistos dentígeros, queratoquisto odontogénico, granuloma de células gigantes e histiocitose.

Microscopicamente a lesão deve ser diferenciada do saco hiperplásico folicular fibroso, no qual há proliferação de restos odontogénicos⁽²¹⁾.

TRATAMENTO e PROGNÓSTICO

O tratamento consiste na enucleação da lesão, uma vez que não há tendência para recidivar.

O prognóstico é bom dado que é raro a lesão recidivar, no entanto parece aconselhar-se uma excisão mais alargada no caso de a histologia evidenciar um padrão alterado do tecido conjuntivo, com mais células e mais desorganizado, já que os casos descritos de malignização para fibrossarcoma ameloblástico parecem estar relacionados com estas alterações⁽⁸⁾.

Assim, é aconselhável manter-se vigilância.

CASO CLÍNICO

A.F.L.M., sexo masculino, 19 anos, raça caucasiana, recorreu à Consulta Externa de

Cirurgia Maxilofacial no contexto de quadro de tumefacção de evolução insidiosa e dor localizada ao ângulo esquerdo mandibular (fig.1), verificando-se expansão acentuada das corticais mandibulares com perfuração da mucosa (fig.2).

A ortopantomografia revelava imagem de massa radiopaca, bem circunscrita, envolta por margem esclerótica, com um aspecto característico opacolucente dentes molares inferiores incluídos (fig.3).

O tratamento consistiu na excisão da lesão, que se destacou facilmente, não havendo infiltração óssea (fig.4 a 6).

Macroscopicamente a lesão revelava múltiplas calcificações associadas ao dente impactado (fig.7).

Diagnóstico histológico: Fibrodontoma, Ameloblástico.

O pós-operatório decorreu sem complicações, não havendo evidência clínica e imagiológica de recidiva da lesão.



Fig. 1 - Tumefacção da região do ângulo esquerdo da mandíbula.



Fig. 2 - Aspecto intra-oral: calcificações aflorando a mucosa.



Fig. 3 - Ortopantomografia,



Fig. 4 - Aspecto cirúrgico: exérese do tumor.



Fig. 5 - Aspecto cirúrgico: loca residual.

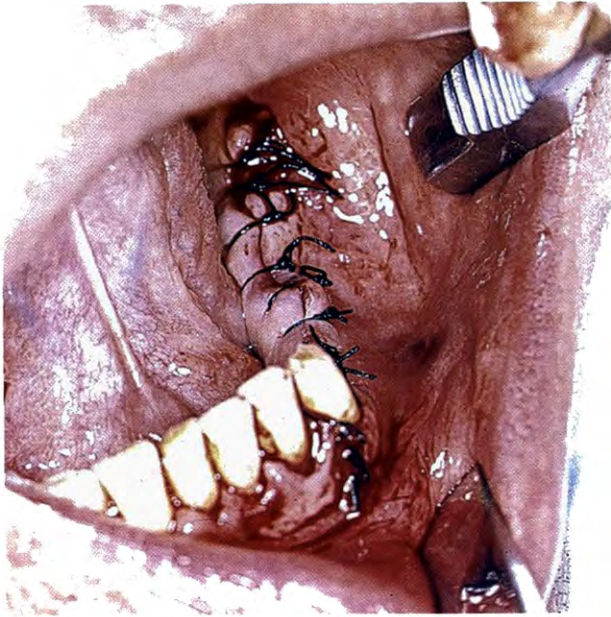


Fig. 6 - Aspecto cirúrgico final.



Fig. 7 - Aspecto macroscópico do tumor e dentes inclusos.

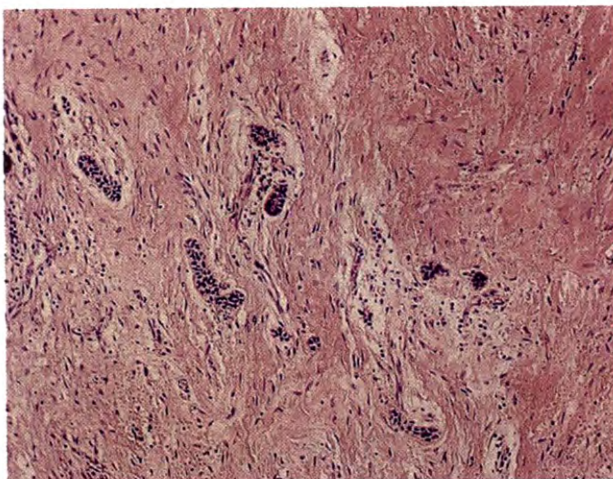


Fig. 8 - Mesênquima rico em células no seio do qual se identificam ilhotas de epitélio odontogénico (HE:40x)

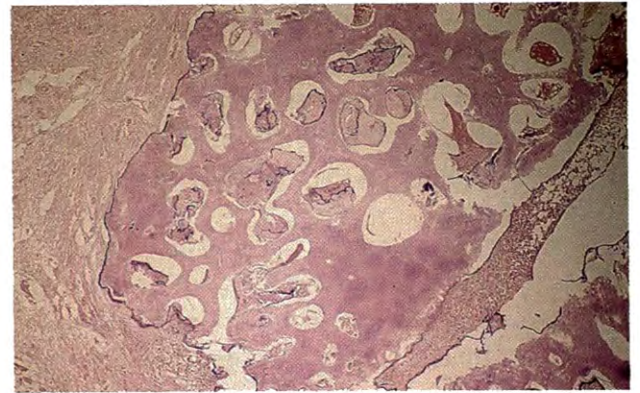


Fig. 9 - Mesênquima e ilhotas de epitélio odontogénico em que as células se dispõem em camadas duplas (HE: 100x)

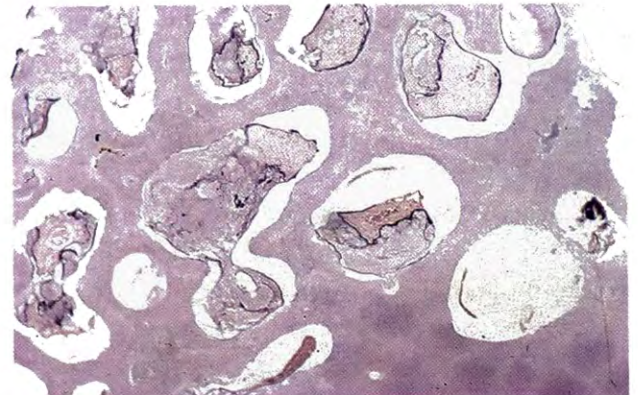


Fig. 10 - Pormenor das ilhotas de epitélio odontogénico (HE: 100x)

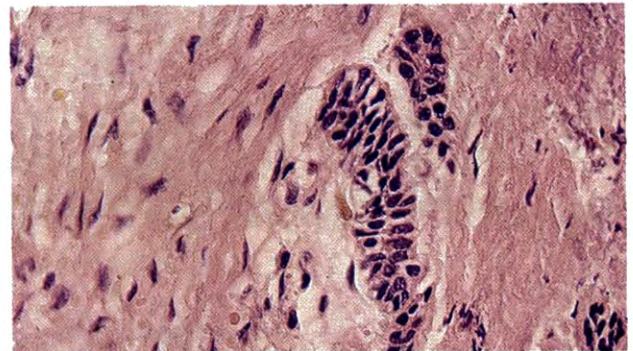


Fig. 11 - Mesênquima (à esq.) e tecidos duros dentários representados sob a forma de odontoma complexo (HE; 40x)

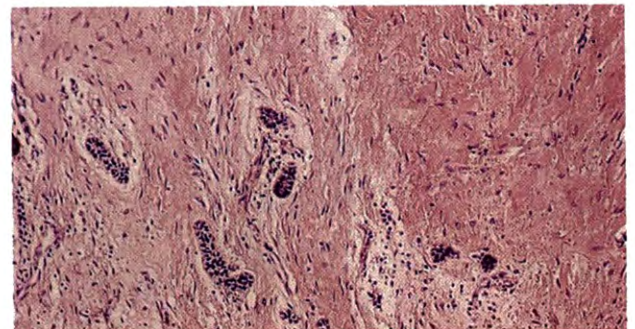


Fig. 12 - Pormenor do componente odontoma (HE: 100x)

BIBLIOGRAFIA

1. Alexander R, Weber WD, Theodos LV, Friedman JS. The treatment of large benign maxillary tumors via Le Fort I downfracture: report of two cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992 May;50(5):515-7. Review
2. Baker WR, Swift JQ. Ameloblastic fibro-odontoma of the anterior maxilla. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993 Sep;76(3):294-7.
3. Eversole LR, Tomich CE, Cherrick HM, : Histogenesis of odontogenic tumors. *Oral Surg.*, 32:569, 1971
4. Fabris GA, Ferretti S, Balderi A, Trombelli L, Calura G. [Mixed odontogenic tumors. Studies on the significance of correlations between ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma and odontoma]. *Minerva Stomatol.* 1991 Mar;40(3):167-73. Review
5. Favia GF, Di Alberti L, Scarano A, Piattelli A. Ameloblastic fibro-odontoma: report of two cases. *Oral Oncol.* 1997 Nov;33(6):444-6.
6. Hawkins PL, Sadeghi EM. Ameloblastic fibro-odontoma: report of case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986 Dec;44(12):1014-9.
7. Hooker SP. Ameloblastic odontoma: an analysis of 26 cases. *Oral Surg.*, 24:375, 1967
8. Howell RM, Burkes EJ. Malignant transformation of ameloblastic fibro-odontoma to ameloblastic fibrosarcoma. *Oral Surg.*, 43:391, 1977
9. Kitano M, Tsuda-Yamada S, Semba I, Mimura T, Nozoe E, Setoyama M. Pigmented ameloblastic fibro-odontoma with melanophages. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994 Mar;77(3):271-5.
10. Miller AS, Lopez CF, Pullon PA, Elzay RP. Ameloblastic fibro-odontoma. Report of seven cases. *Oral Surg.* 1976 Mar;41(3):354-65
11. Okura M, Nakahara H, Matsuya T. Treatment of ameloblastic fibro-odontoma without removal of the associated impacted permanent tooth: report of cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992 Oct;50(10):1094-79
12. Ozer E, Pabuccuoglu U, Gunbay U, Sarioglu S, Aktas S. Ameloblastic fibro-odontoma of the maxilla: case report. *J Clin Pediatr Dent.* 1997 Summer;21(4):329-31.
13. Piette EM, Tideman H, Wu PC. Massive maxillary ameloblastic fibro-odontoma: case report with surgical management. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990 May;48(5):526-30
14. Regezzi JA, Sciubba JJ. *Oral pathology: clinical pathologic correlations.* 3rd ed. WB Saunders Company. 1999
15. Sato M, Tanaka N, Sato T, Amagasa T. Oral and maxillofacial tumours in children: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1997 Apr;35(2):92-5.
16. Savitha K, Cariappa KM. An effective extraoral approach to the mandible. A technical note. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998 Feb;27(1):61-2.
17. Shafer WG. *Tratado de Patologia Bucal* WB Saunders Company, 1984
18. Sloop PJ. An analysis of the interrelationship of the mixed odontogenic tumors ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma, and the odontomas. *Oral Surg.*, 51:226, 1981
19. Sole MS, Jacobson SM, Edwabs RR, Pillar R. Ameloblastic fibro-odontoma. *N Y State Dent J.* 1986 Aug-Sep;52(7):20-1
20. Sumi M, Yonetsu K, Nakamura T. CT of ameloblastic fibro-odontoma. *AJR Am J Roentgenol.* 1997 Aug;169(2):599-600.
21. Toranzo Fernandez JM, Hidalgo Hurtado JA [Ameloblastic fibro-odontoma. Bibliographic review and report of a case]. *Rev Actual Estomatol Esp.* 1989 Oct;49(387):65-8. Review.