
ASPECTOS RADIOGRÁFICOS VARIADOS DO FIBRODONTOMA AMELOBLÁSTICO

Jorge Omar Lopes da Silveira *, Fablana Ckless Moresco **

RESUMO: Os autores fazem uma ampla revisão da literatura e descrevem dois casos de Fibrodontoma Ameloblástico, cujos aspectos radiográficos se apresentam sob duas formas distintas.

SUMMARY: The authors do a large literature review about Fibrodontoma Ameloblastic and present two cases with two different radiographic aspects.

Palavras-chave: Tumores odontogénicos, Fibrodontoma ameloblástico, Diagnóstico diferencial.

Key-words: Odontogenic tumors, Ameloblastic fibrodontoma, Differential diagnosis.

Silveira, JOL e col. Aspectos Radiográficos Variados do Fibrodontoma Ameloblástico. Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac. 1996; Vol. 37 (2): págs. 119-123

INTRODUÇÃO

Em 1988, publicámos (9) o relato do caso de uma criança com Fibrodontoma Ameloblástico cujo aspecto radiográfico era uma extensa lesão radiolúcida, no qual não se observavam massas radiopacas no interior.

Neste artigo, relatamos outro caso desta mesma neoplasia, cujo aspecto radiográfico era bem distinto do primeiro e que se caracterizava por uma significativa massa radiopaca envolta por uma fina área radiolúcida.

REVISÃO DA LITERATURA

Considerações gerais

Shafer e col (8) observam que o fibrodontoma

ameloblástico (F.O.), na literatura antiga, era confundido com o odontoma ameloblástico.

Ebling (3) considera possível que o F.O. seja uma neoplasia com as características de um fibroma ameloblástico, porém contendo dentina e esmalte. Acrescentou ainda a possibilidade de um "amadurecimento" destas neoplasias, ou seja, um fibroma ameloblástico poderia transformar-se em dentinoma, o mesmo em fibrodontoma ameloblástico e este, por sua vez, em odontoma.

Hooker (3) em 1967, estipula a diferença entre fibrodontomas e odontomas ameloblásticos, e posteriormente Sloodweg (10) concluiu que o fibroma ameloblástico seria uma neoplasia verdadeira, não se diferenciando em fibrodontoma ameloblástico. Acrescenta, ainda, que o fibrodontoma ameloblástico representaria de facto um odontoma complexo imaturo.

* Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial

Professor de Cirurgia Odontológica na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, cidade de Porto Alegre, Brasil.

** Mestranda em Patologia Bucal na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cidade de Porto Alegre, Brasil.

Características clínicas

Bhaskar (1) cita que a incidência de F.O. representa cerca de 3,0% das neoplasias odontogénicas dos maxilares. Shafer e col (8) acrescentam que a lesão é frequente e assintomática e que as duas maiores queixas relatadas, são a falta de erupção de um dente e/ou tumefação local.

A idade de aparecimento da lesão é na infância e na juventude, sendo em quase todos os casos, em pacientes com menos de quinze anos.

No quadro 1 apresentam-se estudos de autores fornecendo dados com o número de casos estudados, média e faixas etárias, proporção homens/mulheres e localização maxilo ou mandibular.

QUADRO 1

EPIDEMIOLOGIA DO FIBRODONTOMA AMELOBLÁSTICO

Autor Dados	Gorlin ⁴	Hooker ⁵	Sloot- weg ¹⁰	Clausen ²
Nºcasos	28	26	50	28
Média de idade	11	11	8	10
Proporção Homem/ /Mulher	1:1	3:1	1:1	2:1
Localiza- ção Mandíbula/ maxila (propor- ção nº de casos)	17:11	13:13	31:19	7:11

Na série de Hooker (5), 9 dos 13 casos na maxila e 10 dos 13 casos na mandíbula ocorreram na área de molares e encontravam-se associados a um dente retido, sendo que três casos envolveram o seio maxilar. Na série de Slootweg (10), em 62% das lesões mandibulares, 54% ocorreram na região de molares.

Esta neoplasia ocorre predominantemente em crianças e adultos jovens, sendo a média de idade de cerca de 12 anos mas, o limite superior pode estender-se até aos 40 anos. A área molar e do ramo da mandíbula é a localização preferencial desta lesão, embora qualquer região possa ser afetada. Não há predileção por sexo (7).

Aspectos radiográficos

Shafer e col, (8) Bhaskar (1) e Ebling (3) descrevem-na como uma lesão circunscrita, radiolúcida contendo no seu interior uma pequena massa radiopaca solitária ou múltipla, correspondendo a parte do odontoma. Esta lesão ocasiona a expansão do osso, variando de 1 a 2cm de diâmetro, podendo, entretanto, atingir grandes proporções, envolvendo consideravelmente o corpo e estendendo-se para o ramo da mandíbula.

Miller e col (6), observaram um F.O. de grandes dimensões, onde somente a massa calcificada atingiu o tamanho de 6 por 7cm.

Radiograficamente, esta lesão é bem delimitada e geralmente está circundada por uma margem de esclerose. Podem ser uniloculares ou multiloculares e podem estar associadas à coroa de um dente incluso (7).

Aparece como uma área radiolúcida contendo no seu interior formações radiopacas que correspondem ao odontoma (11).

Aspectos histopatológicos

Shafer e col (8) e Ebling (3) concluíram que a lesão seria formada pelo mesmo tecido encontrado no fibroma ameloblástico, ou seja, encontrar-se-iam cordões, prolongamentos digitiformes de células epiteliais cubóides ou cilíndricas primitivas, lembrando frequentemente a lamina dentária. Dentina e esmalte também são encontrados em quantidade e formas variadas, desde pequenas quantidades até a formação de coroas de denticulos, formando um típico odontoma.

Esta lesão tem uma configuração lobulada, e geralmente está circundada por uma cápsula fibrosa. A massa tumoral é composta predominantemente de

um tecido conjuntivo primitivo de aspecto mixóide. A ausência geral de colágeno fornece a este componente uma semelhança com a polpa dental. Distribuído uniformemente através do mesênquima tumoral estão lençóis ou faixas de epitélio odontogénico que possuem claramente duas fileiras de células de espessura. O componente epitelial tem sido comparado microscopicamente com a lamina dentária que prolifera a partir do epitélio oral, nas fases iniciais do desenvolvimento dentário. As células em um ou mais focos continuam o processo de diferenciação e produzem esmalte e dentina. Este processo pode ser sob a forma de um odontoma composto ou complexo e a sua presença não altera o tratamento ou prognóstico (7).

Tratamento

Bhaskar (1); Tommasi (11), Shafer e col (8) e Ebling (3) relataram que o tratamento indicado seria a curetagem. Tsagaris (12) investigando a incidência de recidivas, através deste tipo de tratamento, observou apenas uma recidiva em 77 casos investigados.

Esta lesão é tratada por meio de cirurgia conservadora, como curetagem ou excisão, por ser encapsulada e apresentar ausência geral de capacidade invasiva. Recidivas têm sido documentadas, porém são pouco comuns (7).

CASOS CLÍNICOS

Caso I

Paciente D.M.C.S., quatro anos, branca, do sexo feminino, com queixa principal de aumento de volume indolor, assintomático, crescimento lento (mais ou menos 2 anos), na região mandibular.

Ao exame clínico, foi observada deformidade facial, lesão localizada no corpo e ângulo da mandíbula, no lado direito, duro e indolor à palpação, sem sinais de processo inflamatório. No exame intrabucal foi encontrada uma massa tumoral na região supracitada, com aumento do fundo do sulco gengivo-geniano, sem sinais de processo inflamatório; ausência do dente

85 e mucosa intacta.

Foram observados os seguintes aspectos radiográficos (Fig.1): extensa lesão radiolúcida, bem definida, com expansão das corticais, deslocamento dos dentes 85 e 46 em sentido do processo basilar da mandíbula e sem sinais de calcificação no seu interior.

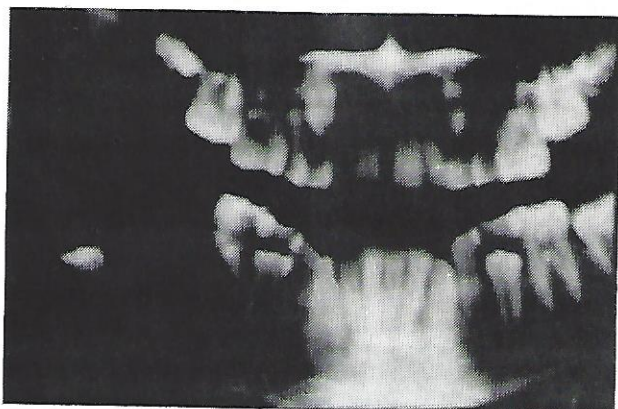


Fig. 1— Observa-se extensa área radiolúcida na mandíbula.

Foram enunciados os seguintes diagnósticos clínicos:

- 1 - Fibroma ameloblástico
- 2 - Fibrodontoma ameloblástico
- 3 - Dentinoma
- 4 - Quisto dentífero

Após punção exploratória, não se obtendo líquidos pela aspiração e com o paciente sob anestesia geral, e considerando-se a probabilidade de fractura mandibular, realizou-se uma incisão ampla com bisturi eléctrico na altura do processo coronóide, dirigindo-se para a gengiva vestibular do canino decíduo. A seguir, foi efetuada a divulsão do mucoperiósteo, osteotomia na cortical mandibular, exérese e curetagem cuidadosa. Após limpeza da cavidade, procedeu-se a sutura com pontos isolados de mononylon 4-0.

O resultado do exame histopatológico consistiu em ilhas ou cordões de epitélio odontogénico, tecido conjuntivo frouxo, lembrando a papila dentária. Em outras áreas, foi observado formação de esmalte e dentina, num tecido conjuntivo densamente fibroso. O diagnóstico histopatológico foi de Fibrodontoma ameloblástico.

Caso II

Paciente C.C., 16 anos, sexo feminino, com queixa principal de ausência do dente 36.

Ao exame clínico, observamos a ausência do dente 36, mucosa normal, sem aumento de volume intra ou extra-bucal e a paciente não relatou sintomatologia dolorosa.

Radiograficamente, observa-se uma massa radiopaca significativa na região do 36, a qual está envolta por uma fina área radiolúcida e cujo dente 36 se apresenta deslocado para a porção basilar da mandíbula; não havia a princípio sinais de presença de esmalte dentário (Fig 2).

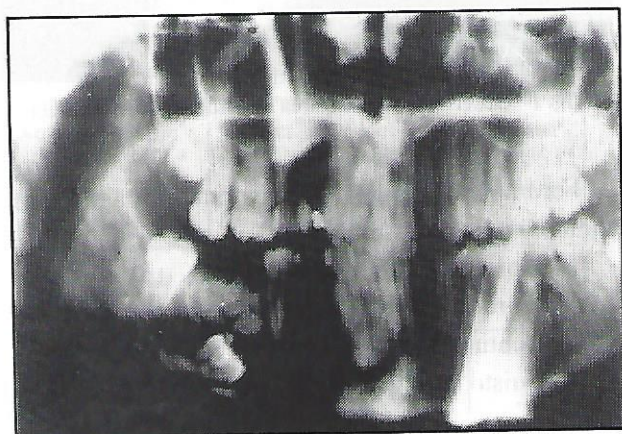


Fig. 2 – Observam-se densas áreas radiopacas circunscritas por linha radiolúcida

Foram enunciados os seguintes diagnósticos clínicos:

- 1 - Dentinoma
- 2 -Fibroma cementificante central
- 3 - Fibrodontoma Ameloblástico
- 4 - Odontoma Ameloblástico

À punção exploratória observamos a presença de cortical íntegra e compacta.

No trans-operatório, após a incisão e divulsão muco-periosteal, visualizámos a integridade da cortical óssea vestibular e esta não apresentava aumento de volume. Feita a osteotomia, observou-se uma massa

calcificada de aspecto amarelado e que em alguns pontos possuía pontos brilhantes, a qual sugeria a presença de tecido mineralizado semelhante a esmalte, passando o diagnóstico de Fibrodontoma Ameloblástico a ser a primeira hipótese de diagnóstico (Fig.3).

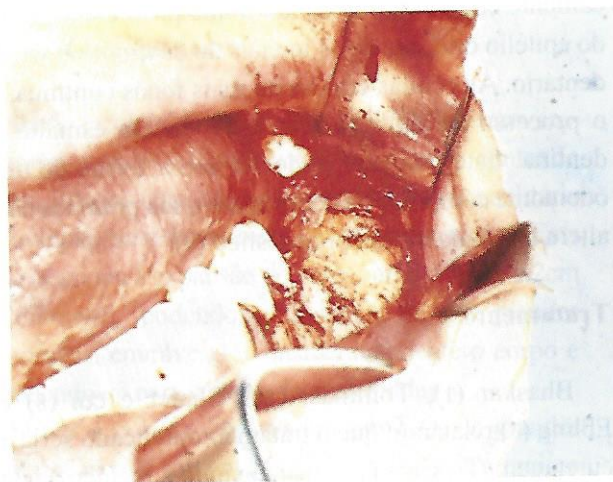


Fig. 3 – Aspecto trans-operatório da massa mineralizada.

A massa mineralizada foi removida em blocos, por seccionamento e removida a sua cápsula fibrosa junto com o dente retido 36. A cavidade óssea resultante, após a curetagem, era bem delimitada.

A peça cirúrgica foi enviada para exame histopatológico, cujo laudo descreveu: extensa área de dentina canalicular contendo nódulos de matriz de esmalte, observa-se presença de cimento celular e um ponto de tecido lembrando polpa e ilhas de epitélio odontogênico; o diagnóstico histopatológico foi de Fibrodontoma Ameloblástico.

DISCUSSÃO

As observações obtidas, com os casos descritos neste trabalho, vêm ao encontro da literatura consultada, no que se refere ao aparecimento na infância, queixa principal de aumento de volume, assintomático, crescimento lento, localização em molares na mandíbula e características histopatológicas.

A imagem radiográfica observada no Caso I (lesão radiolúcida sem calcificação no interior), não descrita na revisão, poderia ocasionar uma tendência do diagnóstico clínico para fibroma ameloblástico, portanto, o mesmo deveria ser incluído como diagnóstico diferencial.

No Caso II, a imagem radiográfica assemelha-se à descrita na revisão da literatura, contudo neste caso não se visualizava claramente a presença de tecido mineralizado próprio de esmalte, dificultando o diagnóstico clínico, o que pode sugerir uma lesão de origem mesenquimal ou mista.

CONCLUSÃO

Baseados na revisão da literatura e no caso descrito, concluímos que o fibrodontoma ameloblástico é uma neoplasia odontogénica, de crescimento lento, assintomático, sendo a queixa principal, a tumefação (neoplasias grandes) ou a ausência de dentes (neoplasias pequenas). Apresenta-se, preferencialmente, na região de molares, afetando igualmente ambos os maxilares, sem predomínio de sexo, com idade média, de manifestação de lesão aproximada aos 10 anos. O tratamento eletivo consiste em excisão cirúrgica ou em curetagem, resultando em quase absoluta ausência de recidiva.

Quanto aos aspectos radiográficos, verificou-se que poderia representar desde uma lesão radiolúcida, sem calcificações visíveis, podendo levar ao diagnóstico errôneo de fibroma ameloblástico, até como uma lesão com pequenas ou volumosas massas radiopacas no seu interior.

O fibrodontoma ameloblástico deve distinguir-se sempre histopatologicamente do odontoma ameloblás-

tico, pois o tratamento cirúrgico de ambos são diferentes, pelo facto de o odontoma ameloblástico requerer ressecção ampla com margem de segurança, pois apresenta alta incidência de recidiva se curetado ou enucleado conservadoramente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BHASKAR, S. N. Patologia Bucal. 4. ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1976
2. CLAUSEN, F. P. Les Odontomes Ameloblastiques. *Stomatologie*. 60: Paris, 1959. 590-609.
3. EBLING, H. Cistos e Tumores Odontogénicos. 3. ed. Porto Alegre: McGrawHill, UFRGS, 1977.
4. GORLIN, R.J. et CHAUDMRY, A.P., PINDBORG, J.J. Odontogenic Tumour, classification histopathology, and clinical behavior in man and domesticated animal. *Cancer: Philadelphia*, 1961. 14. 73. 181
5. HOOKER, S.P. Ameloblastic Odontoma; an analysis of twenty-six cases. *Oral Surg*. 1967. 24: 375.
6. MILLER, A.S.; LOPEZ, C.F.; PULLON, P.A.; and ELZAY, R.P.; Ameloblastic fibrodontoma. *Oral Surg*. 41: 354, 1976.
7. REGEZI, Joseph R.; SCIUBBA, James J. *Patologia bucal - Correlações Clinicopatológicas*, 1991. Guanabara Koogan, p. 269-271.
8. SHAFER, W.G. et HINE, M.K.; LEVY, B.M. *Tratado de Patologia Bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
9. SILVEIRA, J.O.; WAGNER, J.E. Neoplasma Odontogénico: Relato de um caso. *Revista de Odonto Ciência*. v. 4, n. 5, PUCRS, Porto Alegre, 1988, p. 49- 54.
10. SLOOTWEG, P.J. An analysis of the interrelation ship of the mixed odontogenic tumors-ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma, and the odontomas. *Oral Surg*. 1981, 51: 266.
11. TOMMASI, A.F. *Diagnóstico em patologia bucal*. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1989, p. 295.
12. TSAGARIS, G.T. A review of the ameoblastic fibro-odontoma. Washington, D.C. M.C. Thesis, George Washington University, 1971.