

● Fibro-Odontoma Amelobástico em Terço Médio da Face

INTRODUÇÃO

O Fibro-odontoma ameloblástico (FOA) é um tumor odontogênico benigno, caracterizado pela presença de todos os tecidos envolvidos na formação do dente, podendo apresentar diferentes aspectos radiográficos⁴. A Organização Mundial da Saúde descreveu a lesão como sendo similar ao fibroma ameloblástico, porém apresentando processos indutivos que levam a formação de esmalte e dentina.^{7,11}

O tumor tem sido descrito como uma lesão de crescimento lento e assintomático, podendo ser descoberta em exames radiográficos de rotina.²

O presente caso relata os aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos de um FOA atípico, de grande extensão, envolvendo o rebordo alveolar superior esquerdo, com extensão em direção ao assoalho da órbita, abrangendo o seio maxilar e o zigoma, em um paciente de 30 anos. A lesão envolvia um terceiro molar incluso e provocava o deslocamento do primeiro molar superior esquerdo.

RELATO DE CASO

Um paciente do sexo masculino, com 30 anos de idade, auxiliar de enfermagem, foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar da Santa Casa, para diagnóstico e tratamento de um aumento de volume indolor no lado esquerdo da face, que provocava deslocamento do dente 26.

Durante a anamnese, o paciente não relatou nenhum problema sistêmico. Também negou passado de alcoolismo e tabagismo. Com relação à história dentária, referiu a perda do dente 27 por exodontia. A lesão havia sido percebida por ele há cerca de três meses.

Ao exame físico extra-bucal, a região da maxila esquerda apresentava um aumento de volume. Visualizava-se que a pele que recobria a região demonstrava coloração normal. O paciente não referiu parestesia na região infra-orbitária.

Ao exame intra-bucal, foi observado um aumento de volume, de consistência endurecida, no rebordo alveolar superior esquerdo e deslocamento vestibular do dente 26. A mucosa apresentava-se sem sinais de ulceração (Fig 1).

O paciente relatou dor à palpação dos linfodos cervicais. Em um primeiro momento, foram solicitados exames radiográficos de Waters, Pósterio-Anterior de Face e uma Tomografia Computadorizada (TC), para um melhor diagnóstico da extensão óssea da lesão. Os exames mostraram uma lesão radiolúcida, circundada por margem de esclerose óssea, com pequenas áreas radiopacas e a presença de um dente incluso no seu interior, correspondendo ao terceiro molar. O seio maxilar esquerdo apresentava-se parcialmente ocupado pelo tumor (Fig 2).

Segundo análise da TC, a lesão se estendia do primeiro molar superior esquerdo até a região da tuberosidade e cranialmente até o assoalho de órbita, envolvendo o seio maxilar e zigoma. Os exames séricos solicitados não apresentaram nenhuma alteração. Baseado nos achados clínicos e radiográficos, o paciente foi então submetido a uma biópsia incisiva, e o diagnóstico definitivo de FOA foi determinado.

A conduta adotada para o tratamento do paciente foi a realização de um amplo acesso cirúrgico intra-bucal, sob anestesia geral. Para isso foi feita uma incisão,

- Mauricio Roth Volkweis

Mestre e Especialista em CTBMF, Doutor em Estomatologia, Professor do Curso de Especialização em CTBMF do Complexo Hospitalar Santa Casa - SOBRACID/Porto Alegre-RS.

- Roberta Weirich Mottin

Aluna do Curso de Especialização em CTBMF do Complexo Hospitalar da Santa Casa - SOBRACID/Porto Alegre-RS.

- Pantelis Varvaki Rados

Mestre e Doutor em Patologia Bucal, Professor da Disciplina de Patologia Bucal da FO/UFRGS e PUCRS e do PPG Odontologia da UFRGS.

- João Carlos Birnfield Wagner

Especialista, Mestre e Doutor em CTBMF, Chefe do Serviço e Coordenador do Curso de Especialização em CTBMF do Complexo Hospitalar da Santa Casa - SOBRACID/Porto Alegre-RS.

CONTATO C/ AUTOR:

E-mail: pantelis@ufrgs.br

DATA DE RECEBIMENTO:

Outubro/2004

DATA DE APROVAÇÃO:

Fevereiro/2005



Fig. 1 - Aspecto clínico intra-bucal da lesão (exame inicial).



Fig. 2 - Tomografia Computadorizada (pré-operatório), evidenciando o seio maxilar esquerdo preenchido pelo tumor. Nota-se a presença do dente incluso.

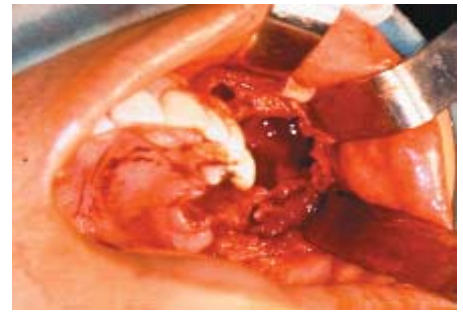


Fig. 3 - Trans-operatório: aspecto cirúrgico após a retirada do tumor

iniciando na região do canino superior esquerdo, estendendo-se até a tuberosidade. Foi realizado o descolamento do retalho, evidenciando a cápsula do tumor até a região do assoalho da órbita (Fig 3). Com sucessivos pinçamentos, utilizando-se pinças de Allis, o tumor foi sendo divulsionado das estruturas ósseas, de forma a preservar-se o plano cirúrgico ou anatômico. No momento da remoção, ocorreu o rompimento da cápsula do tumor, ocasionando a sua retirada em fragmentos. O dente 28 foi localizado e removido juntamente com a massa tumoral. Também foi realizada a extração do dente 26, cujas raízes encontravam-se completamente envolvidas pela lesão. A massa tumoral apresentava odor fétido e continha fragmentos mineralizados (Fig 4).

O diagnóstico histopatológico da peça cirúrgica foi realizado no laboratório de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Com relação ao aspecto macroscópico, lesão foi descrita como inúmeros fragmentos de tecido mole, de coloração parda, apresentando superfície rugosa e consistência fibrosa.

Ao exame histopatológico, utilizando-se coloração de H.E, os cortes mostraram tecido conjuntivo tipo polpa dentária, onde se notava a presença de ilhas e cordões de epitélio odontogênico. As células epiteliais periféricas eram colunares e estavam dispostas em paliçada. As células centrais lembravam o retículo estrelado do órgão do esmalte. Observou-se matriz de esmalte e tecido dentinóide. Em outras porções observou-se tecido conjuntivo fibroso com inflamação sobreposta e epitélio estratificado hiperplásico, revestindo membrana cística (Fig 5 e 6). O diagnóstico histopatológico foi de Fibro-odontoma ameloblástico.

O pós-operatório imediato transcorreu sem complicações. Aos sete dias, os tecidos apresentavam boa cicatrização, sem presença de deiscência de sutura. Como a sutura havia sido realizada com Vicryl 4.0, apenas aguardou-se sua reabsorção.

Na terceira semana de pós-operatório, o paciente retornou com queixa de secreção nasal, que ocorreu por aproximadamente duas horas. Novos exames radiográficos foram solicitados, porém não foi constatada nenhuma alteração. Também queixou-se de parestesia na região infra-orbitária, que regrediu após seis meses. Ao final do segundo ano de acompanhamento pós-operatório, novas TC foram realizadas e os exames indicaram neoformação óssea. Clinicamente, o paciente não apresentou qualquer sinal de recorrência do tumor (Fig 7). Ainda assim, permanecerá em acompanhamento anual

até que sejam completados cinco anos de pós-operatório, tempo necessário, segundo a OMS¹¹, para que se considere o paciente curado em relação ao FOA.

DISCUSSÃO

O FOA é um tumor odontogênico benigno, que ocorre mais freqüentemente em crianças e adultos jovens¹¹. É classificado pela OMS como um tumor odontogênico de epitélio odontogênico com ectomesênquima odontogênico, com ou sem a formação de tecido dentário duro¹¹. Muitos estudos apontam uma média de idade de ocorrência em torno dos 8 anos^{9, 14, 18}. Hooker¹⁰ relata uma média de idade de 11,5 anos. Segundo estudo de Philipsen et al.,¹³ 98,8% dos casos ocorrem antes dos 20 anos de idade. Dos 86 casos estudados pelos autores, apenas um foi relato com idade acima dos 20 anos. Já Regezi e Sciubba¹⁵ afirmam que a média de idade é de 12 anos e o limite superior pode estender-se até os 40 anos. No caso descrito, a idade do paciente era de 30 anos, diferindo da maioria dos achados descritos na literatura.

Não há predileção por sexo e a lesão pode aparecer em qualquer região, mas as áreas de molar e ramo mandibular são as mais afetadas.^{7,10,20} Clinicamente, observa-se a expansão das corticais ósseas.²⁰ Quando envolve a maxila, a predileção é pela região anterior, em contraste com a região posterior da mandíbula.⁶ Okura e Nakahara¹² relatam dois casos de FOA localizados na região de molares inferiores; Baker e Swift¹ relatam a ocorrência da lesão na região anterior de maxila e Furst et al.⁷ descrevem um caso de FOA na região posterior de mandíbula, envolvendo corpo, ângulo e ramo mandibular. Contrapondo o exposto na literatura, este paciente apresentava uma lesão que envolvia a região posterior de maxila, assoalho de órbita e osso zigomático.

Piette e Tidemen¹⁴ descrevem um caso também atípico: um FOA em um paciente do sexo masculino, 7 anos de idade, que provocava a expansão da maxila direita, estendendo-se cranialmente ao assoalho da órbita e, dorsalmente, à região pterigóide.

Eventualmente, o desenvolvimento do FOA em folículos pericoronários é responsável pela não erupção do dente envolvido.²⁰ Radiograficamente, pode ser uni ou multilocular, podendo apresentar uma linha de esclerose óssea. Observar-seão focos radiopacos no interior da lesão.^{4,11,12,20} Neste relato, o desenvolvimento do FOA foi responsável pela não-erupção do terceiro molar superior, indo ao encontro dos achados da literatura²⁰. Radiograficamente, observou-se uma lesão



Fig. 4 - Aspecto macroscópico da lesão.

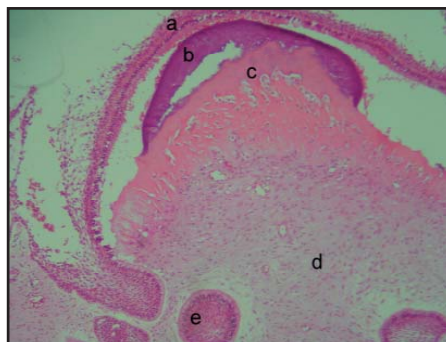


Fig 5 - Fotomicrografia evidenciando as estruturas que compõem tumor (H.E): tecido epitelial com células colunares (a), Matriz de esmalte (b), Dentinóide (c), Tecido conjuntivo do tipo papila dentária (d), Ilhota (e).

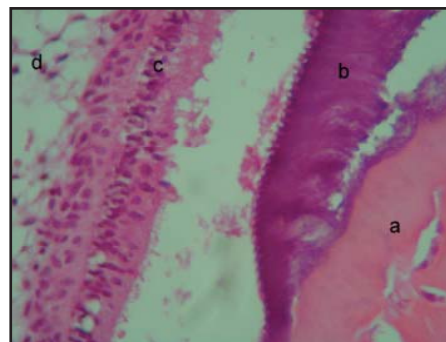


Fig 6 - Fotomicrografia em maior aumento evidenciando: Tecido dentinóide (a), Esmalte (b), Ameloblastos maduros (c), Células do tipo retículo estrelado (d).

radiolúcida, unilocular, circundada por margem de esclerose e com pequenas áreas radiopacas no seu interior, correspondendo à descrição feita pelos autores^{4,11,12,20}.

Microscopicamente, o componente epitelial do tumor é caracterizado por ilhas e cordões proliferativos de epitélio odontogênico. Os cordões, freqüentemente, lembram a lâmina dentária dos dentes em início de desenvolvimento, com uma camada dupla ou tripla de células colunares. As porções centrais das ilhas podem lembrar o retículo estrelado do órgão do esmalte. O componente ectomesenquimal do tumor é um mesênquima rico em células que lembram a papila dentária e o tecido pulpar primitivo. Observa-se matriz de esmalte e dentina, ou tecido dentinóide.¹³

Tanto Philipsen et al.,¹³ quanto Slootweg¹⁸, defendem que as características do FOA o fazem parecer uma lesão precursora do odontoma complexo. Regezi e Sciubba,¹⁶ entretanto, acreditam que o FOA seja derivado do Fibroma ameloblástico e Gardner⁸ postula que cada um dos tumores odontogênicos mistos seja uma entidade separada.

No caso do tumor descrito, o diagnóstico diferencial inclui lesões com padrões radiográficos mistos, tais como: Tumor Epitelial Odontogênico Calcificante (TEOC), Cisto Odontogênico Calcificante (COC), Odontoma Complexo e Tumor Odontogênico Adenomatóide (TOA).^{15,19}

O Tumor Epitelial Odontogênico Calcificante (TEOC), ou Tumor de Pindborg, ao contrário do FOA, é observado entre a segunda e a décima década de vida, com uma média em torno dos 40 anos. Sua localização preferencial é na região de pré-molares e molares mandibulares. Diferentemente do FOA, o TEOC é um tumor invasivo e recidivante. Ao exame microscópico, observam-se grandes células poliédricas eosinófilas de núcleo vesicular e nucléolos bem marcados. As células podem apresentar pleomorfismo acentuado e os núcleos podem atingir tamanhos gigantes. Há presença de áreas de calcificação concêntrica nas células epiteliais e entre as mesmas.¹

O COC é encontrado em todos os grupos etários, com predileção pela região de incisivos e caninos.^{16,17} Segundo Shear¹⁶, a localização mais comum do COC tem sido a região de maxila. Tais características o difere do FOA, que é encontrado em crianças e adultos jovens, com predileção pela região de molar e ramo mandibular.^{7,15,20} Clinicamente, observa-se no COC

uma massa exofítica, sésil, recoberta por mucosa normal.⁴ Tal aspecto clínico não condiz com a descrição do FOA, onde está presente um aumento de volume das corticais. A histopatologia do COC é caracterizada pela presença de uma camada basal proeminente com células cubóides ou colunares e, na camada adjacente, células semelhantes ao retículo estrelado do órgão do esmalte. Essas características e a presença de células fantasma (células epiteliais que vão sofrendo processo de ceratinização, perdendo os detalhes do núcleo e do citoplasma) são essenciais para o diagnóstico de COC.⁴

O TOA é encontrado, principalmente, na segunda década de vida e apresenta predileção pela região anterior da maxila, geralmente associado a coroa de dentes inclusos.¹⁵ A localização preferencial da lesão o difere do FOA, comumente encontrado na região de molar e ramo mandibular. Além disso, a histopatologia do TOA apresenta uma proliferação epitelial constituída por células poliédricas ou fusiformes. O padrão é com freqüência lobular, e rosetas ou estruturas ductiformes de células epiteliais colunares conferem à lesão seu aspecto microscópico característico.¹⁵

O tratamento recomendado para o FOA é a cirurgia conservadora. A enucleação cuidadosa da lesão, bem como o acompanhamento clínico e radiográfico, oferecem um excelente prognóstico. Geralmente o dente associado é removido no mesmo momento^{3,10, 12, 13, 20}.

Furst et al.⁷ descreveram um caso de recorrência de um FOA em um paciente de 9 anos de idade, onde foi feita a enucleação da lesão, que envolvia o aspecto posterior dos segundos molares decíduos até o processo coronóide da mandíbula, preservando-se o primeiro molar permanente incluso na lesão. Após dois anos de acompanhamento, houve a recidiva do tumor.

No caso relatado, o tratamento proposto foi o mesmo recomendado pela literatura: enucleação cuidadosa da lesão, bem como remoção dos dentes envolvidos no tumor.

CONCLUSÃO

A partir do caso apresentado, pode-se concluir que uma abordagem cirúrgica, com curetagem cuidadosa da lesão, mostrou-se eficaz para o tratamento do FOA. O diagnóstico diferencial só foi obtido através do exame histopatológico.



Fig. 7 - Aspecto clínico intra-bucal (2 anos de pós-operatório).

RESUMO

O Fibro-Odontoma Ameloblástico (FOA) é um tumor benigno de origem odontogênica, encontrado com frequência na região de molar e ramo mandibular. É descrito como uma lesão de crescimento lento e assintomático, comum em crianças e adultos jovens, com média de idade em torno dos oito anos. Os autores apresentam um caso atípico, de um paciente do sexo masculino, trinta anos de idade, portador de um FOA de crescimento rápido e de grande extensão, envolvendo a região de maxila, assoalho da órbita e zigoma. A lesão estava associada à presença de um terceiro molar incluído e provocava o deslocamento do primeiro molar superior esquerdo. O tratamento realizado foi a enucleação da lesão e remoção dos dentes envolvidos na mesma. Após dois anos de proservação, os exames clínico e radiográfico demonstraram neoformação óssea, indicando que o tratamento realizado foi eficaz para a cura do paciente.

Palavras-Chave: Tumores odontogênicos, fibro-odontoma ameloblástico, cistos odontogênicos.

ABSTRACT

The Ameloblastic Fibro-odontoma (AFO) is a benign odontogenic tumor, which is found frequently in the molar region and mandibular ramus. Is described as a slow growth and asymptomatic lesion, most common in children and young adults, with a medium age of eight years old. The authors present an atypical case of a male patient, thirty years old, with a quick growth, large extension AFO in the maxilar region, infraorbital rim and zygoma. The lesion was associated to the presence of an unerupted third molar and was responsible for the displacement of the superior left first molar. The treatment performed was the lesion's excision and the extraction of the teeth involved in the lesion. After two years of follow up, the clinical and radiographic examination showed bone neoformation, indicating the treatment was efficient to cure the patient.

Key Words: Odontogenics tumors, ameloblastic-fibro-odontoma, odontogenic cyst.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAKER WR, SWIFT JQ: Ameloblastic fibro-odontoma of the anterior maxilla: report of a case. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 76: 294-297, 1993.
2. BERNHART CH et al: Ameloblastic fibro-odontoma. **Int J Oral Surg** 8: 241-244, 1979.
3. CAWSON RA, BINNIE WH, EVERSON JW: **Enfermidades da Boca: correlações clínicas e patológicas**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1995.
4. EBLING H. Fibro-odontoma ameloblástico. IN: **Ebling et al. Cistos e Tumores Odontogênicos**. 3a edição. Porto Alegre: MC Grawhill do Brasil, 1997:128-131.
5. EVERSOLE LR, TOMICH CE, CHERRICK HM: Histogenesis of the odontogenic tumors. **Oral Surg** 32: 569, 1971.
6. FLAITSZ CM, HICKS J: Delayed tooth eruption associated with an ameloblastic fibro-odontoma. **Pediatric Dentistry** 23: 253-254, 2001.
7. FURST I, PHAROAH M, PHILLIPS J: Recurrence of an ameloblastic fibro-odontoma in a 9-year-old boy. **J Oral Maxillofac Surg** 57: 620-623, 1999.
8. GARDNER DG: The mixed odontogenic tumors. **Oral Surg** 58: 166-171, 1984.
9. HAWKINS PL, SADEGHI EM: Ameloblastic fibro-odontoma: report of case. **J Oral Maxillofac Surg** 44:1014-9, 1986.
10. HOOKER SP: Ameloblastic odontoma: An analysis of twenty-six cases. **Oral Surg** 24: 375, 1967. (abstr)
11. KRAMER IRH, PINDBORG JJ, SHEAR M: **Histological typing of odontogenic tumours: World Health Organization. International histological classification of tumours** (ed 2). Berlin. Germany, Springer, 1992.
12. OKURA M, NAKAHARA H: Treatment of ameloblastic fibro-odontoma without removal of the associated impacted permanent tooth: report of cases. **J Oral Maxillofac Surg** 50: 1094-97, 1992.
13. PHILIPSEN HP, REICHAERT PA PRAETORIUS F: Mixed odontogenic tumors and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. **Oral Oncology** 33: 86-99, 1997.
14. PIETTE EMG, TIDEMAN H: Massive maxillary ameloblastic fibro-odontoma: case report with surgical management. **J Oral Maxillofac Surg** 48: 526-530, 1990.
15. REGEZI J, SCIUBBA J. **Patologia Bucal: correlações clinicopatológicas**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara, 2000.
16. SHEAR M. **Cistos da Região Bucomaxilofacial: Diagnóstico e tratamento**. São Paulo, 1989.
17. SIKES JW, GHALI GE, TROULIS MJ: Expansile intraosseous lesion of the maxilla. **J Oral Maxillofac Surg** 58:1395-1400, 2000.
18. SLOOTWEG PJ: An analysis of the interrelationship of the mixed odontogenic tumors- ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma, and the odontomas. **Oral Surg** 51: 266-276, 1981.
19. STEIBERG MJ, HERRERA AF, FRONTERA Y: Mixed radiographic lesion in the anterior maxilla in a 6-year-old boy. **J Oral Maxillofac Surg** 59: 317-321, 2001.
20. VOLKWEIS MR, WAGNER JCB, GERHARDT EL: Cistos e tumores odontogênicos: Um guia para o diagnóstico diferencial. **J Bras Clin Odontol Int** 31: 36-42, 2002.