

"WHO" Classification For Odontogenic Tumours

Análise da Classificação Atual dos Tumores Odontogênicos

Segundo a Organização Mundial da Saúde - Aspectos Radiográficos

INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos resultam da proliferação de células e tecidos envolvidos na odontogênese, ou seja, são neoplasias que têm como origem os tecidos e formadores do dente.

Existem tumores odontogênicos benignos e malignos, estes podem ser de origem epitelial, mesenquimal, ou mista. Várias classificações foram criadas com o intuito de agrupar esses tumores, mas a classificação vigente atualmente e mundialmente aceita foi apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1992.

Por vezes esses tumores apresentam aspectos morfológicos, radiográficos e clínicos semelhantes entre si, ou a certas lesões como os cistos da boca. De acordo com os detalhes radiográficos e dados clínicos, deve ser estabelecida hipótese diagnóstica para o caso, e, portanto, é importante que radiologista não só conheça, mas também saiba reconhecer pequenas diferenças radiográficas entre essas lesões.

Com este objetivo, foi realizada análise das neoplasias reconhecidas como tumores odontogênicos pela OMS, com ênfase nos aspectos radiográficos, salientando as mudanças ocorridas quando comparamos a classificação antiga com a atual.

REVISÃO DA LITERATURA

Em 1971 foi apresentada pela OMS a primeira classificação de tumores odontogênicos KRAMER &, PINBORG², a qual segue a seguir:

Tumores benignos
Ameloblastoma
Tumor odontogênico epitelial calcificante
Fibroma ameloblástico
Tumor odontogênico adenomatóide
Cisto odontogênico calcificante (cisto de Gorlin)
Dentinoma
Fibro-odontoma ameloblástico
Odonto-ameloblastoma
Odontoma complexo
Odontoma composto
Fibroma (fibroma odontogênico)
Mixoma (mixofibroma)
Cementomas
Cemetoblastoma benigno
Fibroma cementificante
Displasia cementária periapical (displasia fibrosa periapical)
Cementoma gigantiforme (cementoma múltiplo familiar)

- **Fabiana Pastana Silva Dias**

Mestre em Odontologia - C.P.O. São Leopoldo Mandic/Campinas/SP

- **José Luiz Cintra Junqueira**

Professore Doutore do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do CPO São Leopoldo Mandic/Campinas/SP

- **Edmaar José Borges de Santana**

Professor Titular da UFBA

- **Maria Carmeli Sampaio Correia**

Professora titular da UFBA

Os AA analisam as classificações antiga e atual realizadas pela O.M.S., sobre tumores odontogênicos, dando ênfase nos aspectos radiográficos

Tumor melanótico neuroectodérmico da infância (prognoma melanótico, melano-ameloblastoma)

Tumores malignos

Carcinomas Odontogênicos

Ameloblastoma maligno

Carcinoma intra-ósseo primário

Outros carcinomas com origem em epitélio odontogênico, incluindo-se aqueles que se originam a partir dos cistos odontogênicos

Sarcomas odontogênicos

Fibrossarcoma ameloblástico

Odontossarcoma ameloblástico

Essa classificação foi revisada e apresentada novamente em 1992 em nome da OMS por KRAMER, PINDBORG & SHEAR³, como segue a seguir:

Neoplasias e outros tumores relacionados com o germe dentário:

Tumores benignos

1. Epitélio odontogênico sem ectomesênquima odontogênico

Ameloblastoma

Tumor odontogênico escamoso

Tumor odontogênico epitelial calcificante

Tumor odontogênico de células claras

2. Epitélio odontogênico com ectomesênquima odontogênico, com ou sem formação de tecido duro

Fibroma ameloblástico

Fibroentinoma ameloblástico (dentinoma)

Odontoameloblastoma

Tumor odontogênico adenomatóide

Cisto odontogênico calcificante (cisto de gorlin)

3. Ectomesênquima odontogênico com ou sem epitélio odontogênico incluído

Odontoma complexo

Odontoma composto

Fibroma odontogênico

Mixoma (fibromixoma, mixoma odontogênico)

Cementoblastoma (cementoma verdadeiro)

Tumores malignos

1. Carcinomas odontogênicos

Ameloblastoma maligno

Carcinoma intra-ósseo primário

Variantes malignas de outros tumores epiteliais odontogênicos

Alterações malignas nos cistos odontogênicos

2. Sarcomas odontogênicos

Fibrossarcoma ameloblástico

Fibroentinossarcoma ameloblástico e fibro-odontossarcoma ameloblástico

Carcinossarcoma odontogênico

Neoplasias e outras lesões relacionadas com o tecido ósseo

1. Neoplasias osteogênicas

Fibroma cimento-ossificante (fibroma cementificante, fibroma ossificante)

2. Lesões ósseas não neoplásicas

Displasia fibrosa do complexo maxilo-mandibular

Displasias cimento-ósseas

Displasia cementária periapical (displasia fibrosa periapical)

Displasia cimento-óssea florida (cementoma gigantiforme, cementoma múltiplo familiar)

3. Outras displasias cimento-ósseas

Querubismo

Granuloma central de células gigantes

Cisto ósseo aneurismático

Cisto ósseo solitário

As neoplasias benignas apresentam evolução lenta, são assintomáticas, excepcionalmente apresentando sinais como parestesia e dor. Em sua maioria mostram crescimento expansivo e raramente apresentam-se de modo infiltrativo. Por seu caráter lento e assintomático, geralmente são detectadas pelo exame radiográfico e costumam apresentar limites nítidos e definidos. A imensa maioria dos tumores odontogênicos corresponde a neoplasias benignas, e geralmente acometem a mandíbula na região posterior, com exceção principalmente do tumor odontogênico adenomatóide que é mais freqüente na maxila NEVILLE et al.⁴.

Dentre as neoplasias benignas, os ameloblastomas têm um papel de destaque. Estudos retrospectivos de grandes séries mostram que mais de 50% dos tumores odontogênicos encontrados correspondem ao ameloblastoma, e mais de 95% de todas essas neoplasias são benignas OUKOYA et al.⁵, YONG et al.⁸.

Em relação aos aspectos radiográficos, esta lesão mostra áreas radiolúcidas uni ou multiloculares, septação, reabsorção radicular, associação com dentes incluídos e ausência de mineralização. O osso muitas vezes parece estar substituído por várias áreas radiolúcidas bem definidas, que dão a lesão o aspecto classicamente descrito como "favos de mel" ou "bolhas de sabão". Na maxila a lesão produz freqüentemente uma cavidade monocística e quando o seio maxilar é envolvido, os achados são: espessamento da membrana do seio maxilar e opacificação e destruição das paredes do mesmo FREITAS et al.¹, TOMMASI⁷, NEVILLE et al.⁴.

O tumor odontogênico escamoso é uma neoplasia rara, mas com um comportamento local agressivo. Afeta a terceira década, sem predileção por sexo, e maxila e mandíbula são igualmente acometidos. A lesão pode ser multicêntrica, mas em geral, radiograficamente aparece como radiolucência unilocular. O tumor odontogênico de células claras também é raro e localmente infiltrativo e foi recentemente descrito, portanto uma compreensão mais aprofundada sobre essa lesão ainda não foi possível KRAMER, PINDBORG & SHEAR³.

O tumor odontogênico epitelial calcificante (Tumor de Pindborg), foi descrito como entidade distinta somente em 1958 e antes disso, recebeu várias denominações como ameloblastoma com calcificações, odontoma maligno e outras. SHAFER et al.⁶, 1987 atribuíram a essa lesão o nome de tumor de Pindborg como homenagem ao autor que o identificou. Geralmente, essa lesão se apresenta como uma massa de crescimento lento e indolor. Radiograficamente aparece como uma área radiolúcida irregular, contendo massas radiopacas, e pode estar localizada próxima à coroa de um dente incluído NEVILLE et al.⁴.

O fibroma ameloblástico geralmente expande-se lentamente abaulando as corticais em vez de perfurá-las, até se tornar

extremamente grande. A lesão pode estar associada a dentes inclusos. Aparece radiograficamente como uma área de radiolúcência uniforme, de limites regulares e bem definidos. Frequentemente a lesão desloca os dentes de sua posição normal, e as raízes são afastadas pelo crescimento tumoral. No interior da área radiolúcida não se encontra material mineralizado FREITAS et al.¹. O fibro-odontoma ameloblástico e o fibrodentinoma ameloblástico são lesões semelhantes ao fibroma ameloblástico, mas ambos induzem o mesênquima à formação de dentina (fibrodentinoma) ou dentina e esmalte (fibro-odontoma). Radiograficamente se caracterizam por uma área radiolúcida bem delimitada contendo quantidades variáveis de material radiopaco KRAMER, PINDBORG & SHEAR³; FREITAS¹. O odontoameloblastoma caracteriza-se pela ocorrência simultânea de um ameloblastoma e um odontoma, e também apresenta radiograficamente uma lesão radiolúcida com presença de massas radiopacas, as quais por vezes podem apresentar características morfológicas de dentículos. Todas essas lesões contendo tecidos mineralizados são lesões descritas como contendo elementos mistos, principalmente de fibroma ameloblástico e odontoma SHAFER et al.⁶.

O tumor odontogênico adenomatóide foi e ainda tem sido erroneamente denominado de adenoameloblastoma, já que não é um ameloblastoma com envolvimento glandular. Radiograficamente apresenta-se como área radiolúcida com aspecto cístico, contendo mineralização discreta no se interior. O tumor apresenta cápsula fibrosa bem definida, o que lhe confere aspecto nitidamente delimitado FREITAS et al.¹.

O cisto odontogênico calcificante pode estar associado a outros tumores odontogênicos, mais frequentemente aos odontomas. Também é conhecido como tumor de células fantasma. Apresenta-se radiograficamente como uma lesão unilocular radiotransparente bem definida, ainda que ocasionalmente a lesão possa ser multilocular. Estruturas radiopacas irregulares estão presentes em aproximadamente 50% dos casos. Em 1/3 dos casos a lesão está associada a um dente incluso NEVILLE et al.⁴.

Os odontomas são considerados por alguns como distúrbios de desenvolvimento ao invés de neoplasias. Podem ser compostos quando formam estruturas semelhantes a dentes e complexos quando os tecidos envolvidos não apresentam arranjo definido KRAMER, PINDBORG & SHEAR³. Radiograficamente aparecem com massa radiopaca ou na forma de dentículos FREITAS et al.¹.

O fibroma odontogênico é uma neoplasia muito rara com dados na literatura bastante pobres. Radiograficamente pode aparecer como área radiolúcida multilocular frequentemente associada à coroa de um dente incluso. Geralmente ocorre expansão das corticais FREITAS et al.¹.

O mixoma odontogênico apresenta aspecto radiográfico por vezes típico do tumor, mostrando área radiolúcida multilocular, com margens bem definidas, com as trabéculas ósseas se dispondo de maneira a lembrar uma “raquete de tênis, bolhas de sabão ou favo de mel”. Costuma provocar abaulamento das corticais e perfuração. Pode estar associado a dentes inclusos e reabsorções radiculares na área da lesão NEVILLE et al.⁴.

O cementoblastoma é uma lesão que possui continuidade com a raiz de um elemento dental. Seu aspecto radiográfico é

de uma massa radiopaca apensa à raiz do dente e em continuidade com o mesmo. É uma lesão de limites nítidos, bem definidos, rodeados por uma linha radiopaca. A porção radicular da lesão pode estar macerada pela massa, com diferentes graus de reabsorção KRAMER, PINDBORG & SHEAR³.

As neoplasias malignas são aquelas que apresentam crescimento rápido, destrutivo e invasivo, e capazes de produzir metástases. Em geral comprometem a vida do indivíduo e por vezes são fatais.

As imagens radiográficas dos tumores odontogênicos malignos são predominantemente osteolíticas, e a principal característica que as define é a ausência de limites nítidos, com persistência de espículas ósseas radiopacas por vezes localizadas na região central da área radiolúcida. O tecido ósseo circunjacente mostra bordas irregulares e aparentemente “roídas”. Não há preservação das corticais nem das linhas de reforço ósseo. Ao atingirem os dentes, o suporte ósseo pode ser totalmente destruído, e estes ficam como que “flutuando” na área envolvida, sustentados apenas pela massa tumoral. O parênquima de algumas neoplasias pode produzir focos de mineralização, apresentando áreas de radiopacidade variáveis nas radiografias SHAFER et al.⁶.

DISCUSSÃO

A nova classificação dos tumores odontogênicos foi realizada sob os cuidados da OMS com o intuito de acrescentar novas lesões ou lesões pouco estudadas até 1971, data da primeira classificação.

No grupo das lesões epiteliais, as lesões adicionais são o tumor odontogênico escamoso e o tumor odontogênico de células claras. Radiograficamente ambos se apresentam da mesma forma (como uma área radiolúcida), mas o diagnóstico histopatológico dessas lesões é bastante específico.

O tumor odontogênico adenomatóide, considerado como de origem epitelial na classificação de 1971, ficou entre os tumores de origem mista (aquelas lesões que apresentam tanto o componente epitelial como o mesenquimal envolvidos na formação do tumor) na nova classificação.

A lesão denominada anteriormente como dentinoma passou a ser denominada fibrodentinoma ameloblástico. Além de ter a nomenclatura alterada, seu conceito também foi em parte mudado. Hoje, seria considerado um fibroma ameloblástico capaz de produzir dentina ou dentinóide. No caso de produção de dentina e esmalte, deve-se usar a denominação fibro-odontoma ameloblástico. O termo odonto-ameloblastoma ficaria reservado para o tumor constituído por um ameloblastoma juntamente com um odontoma. Deve-se tomar especial cuidado no diagnóstico dessas neoplasias, visto que todas elas são raras e aparecem radiográfica e histologicamente da mesma forma que um odontoma em formação, e esta última lesão é muito mais comum, sendo, portanto o diagnóstico mais provável.

Em relação ao fibroma odontogênico, a classificação de 1992 apenas corrobora com o que foi dito anteriormente, considerando-a como originária do ectomesênquima odontogênico, com ou sem epitélio incluído, mas, na ausência de epitélio odontogênico, existe dificuldade em se afirmar tratar-se realmente de um fibroma odontogênico, apesar de sua localização intra-óssea.

Um outro grupo de lesões que sofreu alterações foi o grupo

dos cementomas. Em 1971 eram subdivididos em 4 lesões: fibroma cementificante, cementoblastoma benigno, displasia cementária periapical e cementoma gigantiforme. Na classificação de 1992, apenas o cementoblastoma benigno, também denominado de cementoma verdadeiro, continua classificado como neoplasia de origem odontogênica por encontrar-se fusionado diretamente a raiz, as outras lesões passaram a ser classificadas como lesões relacionadas ao tecido ósseo e, portanto, não são objeto deste estudo.

Exceto as lesões discutidas anteriormente, as demais continuam conceituadas pela OMS da forma como eram anteriormente à classificação de 1992.

De acordo com o aspecto radiográfico pudemos observar imagens radiolúcidas, radiopacas ou áreas radiolúcidas com pontos de mineralização.

Entre as lesões que se apresentam como área radiolúcida temos o ameloblastoma, o fibroma ameloblástico, fibroma odontogênico, o mixoma e as lesões malignas. As lesões malignas apresentam características radiográficas de lesões agressivas como imagem irregular com o aspecto de "roído de traça". Dentre as lesões benignas radiolúcidas, as informações clínicas como idade, localização e a imagem radiográfica da presença de septações pode ser de grande valia, visto que o ameloblastoma e o mixoma, comumente se apresentam de forma multilocular e o fibroma ameloblástico e o fibroma odontogênico se apresentam geralmente como única cavidade radiolúcida.

O tumor odontogênico escamoso e o tumor odontogênico de células claras são neoplasias extremamente raras e geralmente somente diagnosticadas no exame anatoma-patológico.

Considerando-se as lesões que se mostram como área radiolúcida com pontos radiopacos, temos o tumor odontogênico adenomatóide, o cisto de Gorlin, o tumor de Pindborg, o fibro-odontoma ameloblástico e odontoameloblastoma. Essas 3 primeiras lesões apresentam-se geralmente como uma imagem cística contendo no interior graus diferentes de mineralização, mas à semelhança de "grãos de areia", e podem também estar associadas a dente incluso. As duas últimas apresentam imagens radiopacas maiores, irregulares, mas com a radiopacidade semelhante ao esmalte ou dentina dental, podendo por vezes constituir grande parte do conteúdo da lesão à semelhança então de um odontoma.

Com relação aos tumores odontogênicos que se apresentam como imagens radiopacas, incluem-se o cementoblastoma e os odontomas. Ambas lesões são de fácil reconhecimento, visto que o cementoblastoma encontra-se sempre em continuidade com a raiz dental e os odontomas se apresentam ou na forma de dentículos (composto) ou na forma de massa mineralizada irregular (complexo).

RESUMO

Foi realizada comparação entre a antiga classificação de tumores odontogênicos e a classificação atual, ambas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. As alterações ocorridas são abordadas salientando-se as novas lesões incluídas, bem como são revisados os aspectos radiográficos de todas as lesões.

Unitermos: tumores odontogênicos; aspectos radiográficos.

SUMMARY

A comparison between the new and old World Health Organization classifications for odontogenic tumours was performed. The alterations were assessed with special attention to the new included lesions, and radiographic appearance of all odontogenic tumours was revised.

Keywords: Odontogenic tumours, radiographic appearance.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FREITAS, A DE; ROSA, J.E.; SOUZA, I.F. Radiologia Odontológica. 4.ed. São Paulo. Artes Médicas, 1998, p.537.
2. KRAMER, I.R.H.; PINDBORG, J.J. Histological typing of odontogenic tumours, Jaw cysts and allied lesions. Geneva. World Health Organization, 1971, p.55.
3. KRAMER, I.R.H.; PINDBORG, J.J.; SHEAR, M. The WHO Histological typing of odontogenic tumours. Cancer, v.70, p.2988-2994, 1992.
4. NEVILLE, B.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1995, p.499.
5. ODUKOYA, O. Odontogenic tumours: analysis of 289 Nigerian cases. J Oral Pathol Med, v.24, p. 454-57, 1995.
6. SHAFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. Tratado de Patologia Bucal. 4.ed., Rio de Janeiro, Guanabara, 1987, p.255-89.
7. TOMMASI, A.F. Diagnóstico em Patologia Bucal. São Paulo. Artes Médicas, 1982. p.387.
8. YONG, L; et al. Odontogenic tumours: a demographic study of 759 cases in a chinese population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, v.86, p.707-14, 1998.