

# Ciência Atual

Revista Científica  
Multidisciplinar das  
Faculdades São José

2015

Volume 5 | Nº1



FACULDADES  
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

# ASPECTOS IMAGENOLÓGICOS DE UM AMELOBLASTOMA MULTICÍSTICO LOCALIZADO NA REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA - RELATO DE CASO

IMAGING ASPECTS OF A MULTICYSTIC AMELOBLASTOMA LOCATED IN THE ANTERIOR  
MANDIBLE - A CASE REPORT

---

## **Anna Paula Nigri**

Aluna de pós-graduação em Ortodontia/ UFRJ

## **Mônica Simões Israel**

Mestre e Doutora em Patologia/UFF, Professora Adjunta de Estomatologia/UERJ, Coordenadora do Curso de atualização clínica e cirúrgica em Estomatologia/UERJ e do curso de Especialização em Estomatologia/São Leopoldo Mandic, Professora de Patologia Geral e Patologia Bucal das Faculdades São José, Rio de Janeiro, Brasil.

## **Raul Guilherme Megre**

Especialista em Radiologia Odontológica/UERJ

## **Carlos Guilherme Ewald Malini**

Professor Assistente de Radiologia/UERJ, Professor de Radiologia das Faculdades São José, Rio de Janeiro, Brasil.

## **Alexandre Perez Marques**

Professor Adjunto de Radiologia da Faculdade de Odontologia/UERJ, Professor de Radiologia das Faculdades São José, Rio de Janeiro, Brasil.

Endereço para correspondência:

Nome: Mônica Israel

Rua: Av. Boulevard 28 de Setembro, 157, Vila Isabel - Rio de Janeiro – RJ.

CEP: 20551-030, telefone (21) 2868-8284,

E-mail: monicasisrael@yahoo.com.br

## RESUMO

O ameloblastoma consiste em um tumor de origem odontogênica que tem como localização preferencial a região posterior de mandíbula e que acomete indivíduos de várias idades, sendo predominante nas 4ª e 5ª décadas de vida. Ele denota atenção devido à sua frequência, capacidade de infiltração e índice de recidiva. O objetivo deste artigo é relatar um caso de ameloblastoma multicístico, assintomático, em região anterior de mandíbula em um paciente leucoderma de 52 anos, diagnosticado após exames imagenológicos de rotina, dando ênfase à importância destes exames no diagnóstico do tumor e fazendo uma breve revisão de literatura.

**Palavras-Chave:** ameloblastoma, tumores odontogênicos, radiologia.

## ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor which is frequently located in the posterior region of the mandible and affects individuals of various ages being predominant in the 4th and 5th decades of life. It draws attention because of its frequency, infiltration capacity and rate of recurrence. The aim of this study is to report a case of multicystic ameloblastoma located in the anterior mandible of a white patient of 52 years-old diagnosed after routine imaging exams, emphasizing the importance of these tests in the diagnosis of the tumor and a brief review of the literature.

**Keywords:** ameloblastoma, odontogenic tumors, radiology.

## INTRODUÇÃO

O ameloblastoma foi reconhecido como entidade patológica há mais de um século e meio e, segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicada em 2005, é um tumor de origem epitelial odontogênica. (8,9) Em sua maioria apresentam curso benigno, de crescimento lento, e tem como localização preferencial a mandíbula (80% dos casos), em especial a região de molares, sendo incomuns na maxila. (6) Características clínico-radiográficas separam os ameloblastomas em quatro diferentes tipos: o ameloblastoma sólido convencional ou multicístico, o unicístico, o periférico e o desmoplásico. (4) Este artigo relata um caso de ameloblastoma multicístico em região anterior de mandíbula, dando ênfase à importância dos exames imagenológicos no diagnóstico desse.

## RELATO DE CASO

Paciente leucoderma, sexo masculino, 52 anos, compareceu à seção de odontologia do Centro de Medicina Aeroespacial (CEMAL) a fim de realizar sua inspeção de saúde periódica (anual). Após confecção de radiografia panorâmica de rotina (Fig. 1) e complementação com oclusal (Fig. 2) e periapicais (Fig. 3A, 3B, 3C), foi observada uma imagem radiolúcida, multiloculada, de limites bem definidos, medindo cerca de 3 cm de altura por 5,5 cm de largura, localizada em região anterior de mandíbula, estendendo-se por entre os ápices dos incisivos e caninos inferiores e pré-molares inferiores direito. Observava-se ligeira reabsorção radicular de alguns desses dentes. Durante anamnese não houve relato de sintomatologia, exceto mobilidade dos dentes anteriores inferiores. O paciente ressaltou, ainda, ter iniciado tratamento endodôntico do elemento 43 devido à mobilidade e imagem radiolúcida observada em radiografia periapical confeccionada em consultório particular. Como hipótese diagnóstica foi sugerido o granuloma central de células gigantes, o tumor odontogênico ceratocístico e o ameloblastoma. Foi solicitado, então, biópsia para confirmação. O exame histopatológico ratificou a suspeita de ameloblastoma, sendo este do tipo plexiforme. Ele foi orientado a procurar um serviço de cirurgia bucomaxilofacial para tratamento da lesão. O paciente retornou à seção de odontologia do CEMAL após ter sido submetido ao tratamento, tendo sido preconizado o tratamento endodôntico dos elementos anteriores inferiores e dos elementos 44 e 45 anteriormente ao tratamento proposto, o qual consistiu em exérese da lesão. A biópsia da peça confirmou o resultado do primeiro histopatológico: ameloblastoma multicístico (sólido) folicular (Fig.4). O paciente encontra-se atualmente sob controle clínico e radiográfico (Fig.5).

## DISCUSSÃO

O ameloblastoma sólido convencional ou multicístico é um tumor odontogênico epitelial, ou seja, é originário do epitélio de formação dentária. Este tumor, geralmente assintomático, é descoberto em exames de rotina, e ao exame clínico é comum a presença de expansão da cortical óssea assim como a ocorrência de reabsorção das raízes dos dentes adjacentes a ele.(6) Pacientes com ameloblastoma geralmente têm como queixa principal o aumento de volume e assimetria facial.(3) Esta lesão acomete indivíduos com diversas faixas etárias, sendo predominante nas 4ª e 5ª décadas de vida.(9)

Radiograficamente, o ameloblastoma se apresenta como uma lesão osteolítica, mais comumente como uma lesão radiolúcida multilocular com margens bem definidas que podem, porém, ter festonamento irregular. Contudo, o ameloblastoma sólido pode também se apresentar como uma lesão radiolúcida unilocular, que pode se assemelhar com qualquer lesão cística. (6,9) Ameloblastomas multiloculares verdadeiros não são frequentemente encontrados, uma vez que quando visualizados pela tomografia computadorizada lesões que parecem ser multiloculares em filmes planos geralmente mostram reabsorção irregular da cortical óssea ao invés de compartimentos separados por septos ósseos verdadeiros. As lesões radiográficas deste tumor, em 15% a 40% de todos os casos, estão associadas com dentes impactados, em especial o terceiro molar.(3)

Analisando os aspectos radiográficos são diversos os diagnósticos diferenciais que devem ser levados em consideração incluindo, o granuloma central de células gigantes, que tem como local de predileção a região anterior de mandíbula, frequentemente cruzando a linha média e se apresenta radiograficamente como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular (6), o tumor odontogênico ceratocístico, o qual se apresenta como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular, esférica ou ovoide, com margens bem definidas (2), o mixoma odontogênico, que se manifesta como uma lesão radiolúcida, uni ou multilocular, estando associado ou não a dentes inclusos, geralmente com limites bem definidos, porém, assim como a lesão anterior, tem como local de predileção a região de molares inferiores (7,8) e até mesmo uma lesão cística inflamatória. As características imagenológicas e clínicas são de extrema importância para o diagnóstico diferencial do tumor, entretanto, não devem ser interpretadas isoladamente, pois não proveem sinais patognomônicos dessas lesões, e devem, portanto ser analisadas juntamente com as características histopatológicas.

Os ameloblastomas têm diversos padrões histopatológicos que normalmente não têm relação com o comportamento clínico do tumor e com o prognóstico deste. Os padrões mais comuns são o folicular e o plexiforme. Diversos estudos mostram a presença de mais de um padrão histopatológico na mesma lesão. O ameloblastoma do caso relatado é do tipo plexiforme, o qual consiste em cordões anastomosantes ou lençóis de epitélio odontogênico circundados por células colunares ou cúbicas, semelhantes à ameloblastos.(6)

A localização preferencial do tumor é a região posterior de mandíbula, sendo incomum na maxila. Em casos na maxila, podem ocorrer dor peri-auricular, obstrução nasal e empiema de seio maxilar. A proximidade com estruturas como a base do crânio, o cérebro e a órbita dificulta a completa remoção do tumor, que por ter características infiltrativas deve ser feita com margem de segurança, o que aumenta a possibilidade de recidiva.(1,11) Os ameloblastomas de mandíbula ocorrem 12 anos mais cedo que os de maxila. Embora o tumor não tenha predileção por raça ou por gênero e o local mais comum seja a região de molares, em melanodermas a região anterior dos maxilares é frequentemente mais acometida.(10)

O tratamento do ameloblastoma deve ser decidido de acordo com a situação individual de cada paciente e com o bom senso do cirurgião.(8) Este é um tumor benigno de crescimento lento que pode, porém, apresentar comportamento local agressivo. Antes mesmo de a reabsorção óssea aparecer radiograficamente o ameloblastoma sólido se infiltra nas trabéculas do osso esponjoso na periferia da lesão, assim sendo, o tratamento pode variar de uma enucleação seguida de curetagem, à ressecção em bloco. O acompanhamento pós-operatório é importante no tratamento do ameloblastoma. (5,10)

## CONCLUSÃO

Os ameloblastomas chamam a atenção devido à sua frequência, capacidade de infiltração e índice de recidiva. O artigo relata um caso relativamente incomum de ameloblastoma devido à sua localização menos frequente na região anterior de mandíbula. Ressalta-se a importância de exames imagiológicos de rotina, em especial a radiografia panorâmica, tanto na descoberta de lesões, como o ameloblastoma, como também no diagnóstico destas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HENRIQUES ACG et al, Considerações sobre a Classificação e o Comportamento Biológico dos Tumores Odontogênicos Epiteliais: Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(2): 175-184

ISRAEL MS, BRAGA CL, DIAS EP. Ceratocisto Odontogênico:Revisão Da Literatura E Relato De Caso; Revista Brasileira de Patologia Oral 2004; 3(2): 53-56

KESSLER HP, Intraosseous ameloblastoma. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am, 2004; 16:309–322

KITTIPONG DHANUTHAI et al. Ameloblastoma: a multicentric study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2012; 113(6): 782-8.

LEITE SEGUNDO AV, FARIA DLB, BARBOSA, CAG. Ameloblastoma de sínfise mandibular: Relato de Caso Clínico Odontologia. Clín.-Científ. Recife. 2003; 2 (2): 135-140.

NEVILLE WN, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JR. Patologia Oral & Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 703-711.

NOLETO JW, ISRAEL MS, MOURÃO CFAB, LEÃO E, BRAGA CL, YANG S. Mixoma Odontogênico:Tratado Por Ressecção Segmentar; ABOMI; 2009; 2: 63-68.

PHILIPSEN HP, REICHART P, SLOOTWEG PJ, SLATER LJ. ODONTOGENIC TUMOURS. IN: BARNES L, EVESON JW, REICHART P, SIDRANSKY D. World Health Organization classification of tumors, pathology and genetics of head and neck tumors. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2005; 283-328.

REGEZI JA, SCIUBBA JJ, JORDAN RCK. Patologia Oral - Correlações Clínicopatológicas. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 261-268.

REICHART PA, PHILIPSEN HP, SONNER S. Ameloblastoma: Biological profile of 3677 cases. Eur J Cancer B Oral Oncol.1995;31: 86-99.

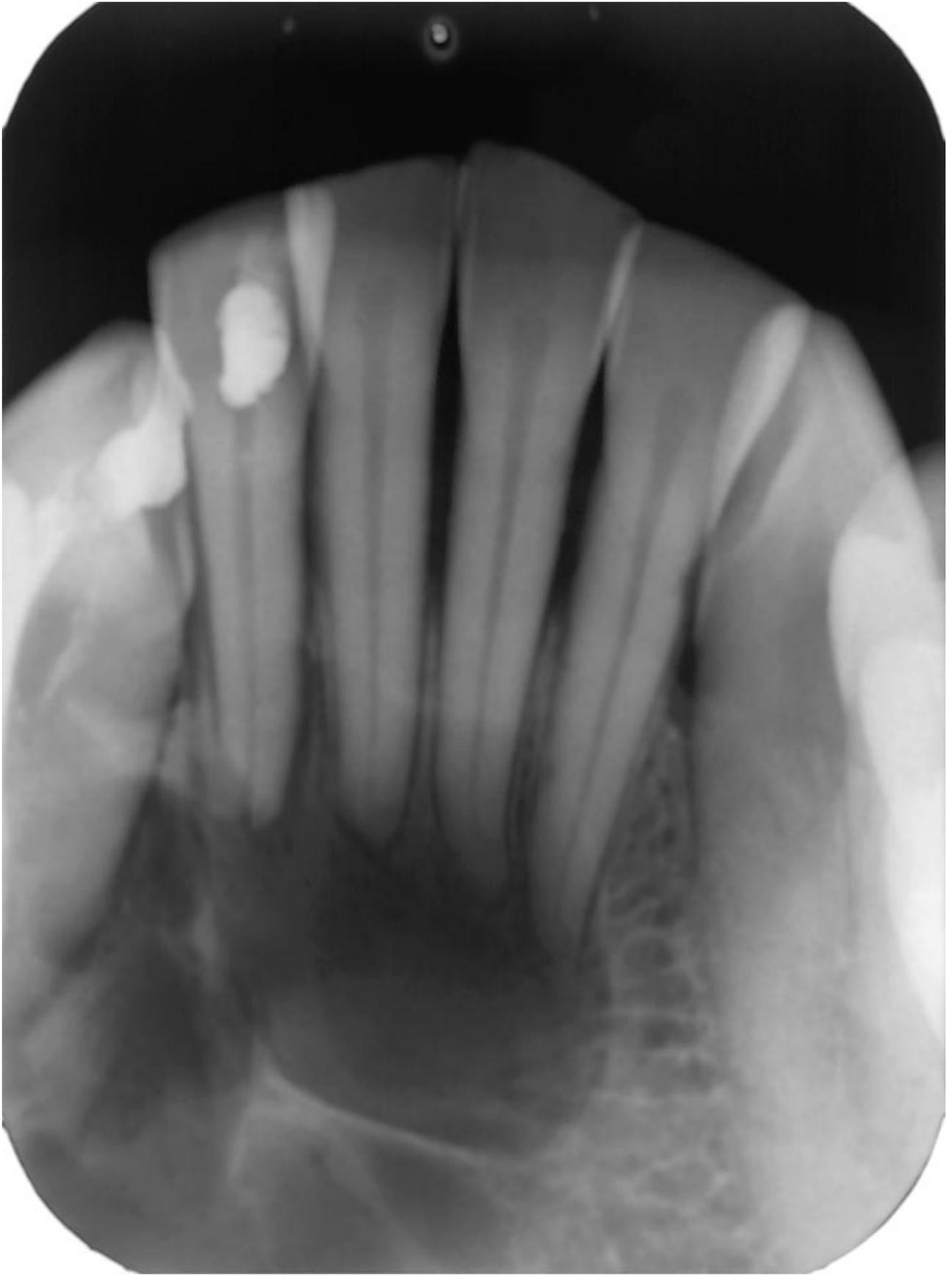
SILVA BF, SANTOS JÚNIOR JF, ABRAHÃO M, CERVANTES O, MIRANDA SL. Ameloblastoma: Revisão de Literatura; Revista Brasileira De Cirurgia De Cabeça E Pescoço. 2004; 33(1): 7-13.



Fig. 1- Radiografia panorâmica inicial.



Fig. 2 – Radiografia oclusal inicial.







*Fig. 3 A, B, C – Radiografias periapicais evidenciando detalhes da lesão radiolúcida multilocular.*

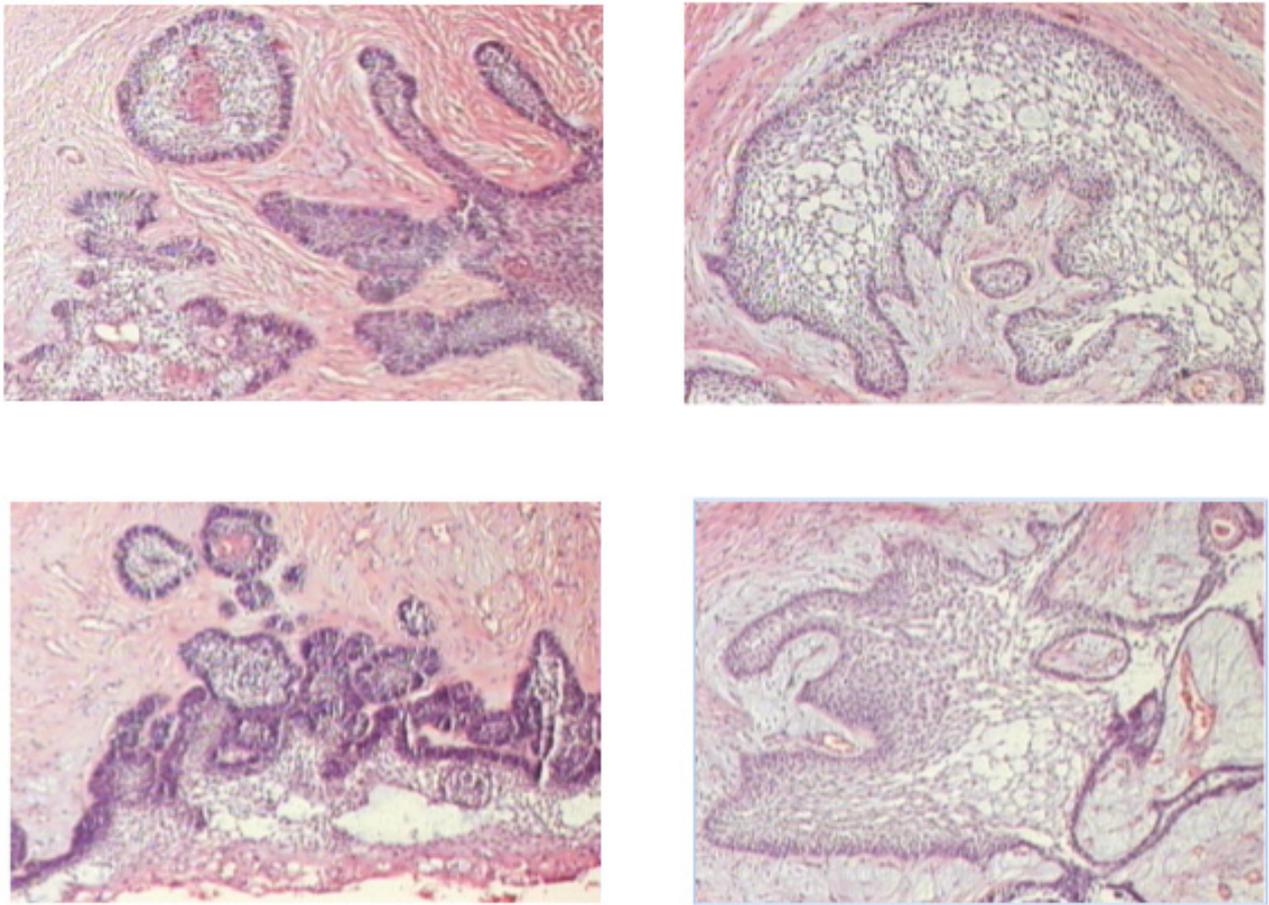


Fig. 4- Fotomicrografias em HE exibindo ameloblastoma multicístico do tipo folicular.



Fig. 5 – Radiografia panorâmica após o tratamento cirúrgico da lesão.



[www.saojose.br](http://www.saojose.br) | (21) 3107-8600  
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro