

Tratamento cirúrgico de fibroma ameloblástico: relato de caso

ANA AMÉLIA BERTONI*, MICHELLE PALMIERI**, FERNANDO SIMÕES MORANDO**, CLAUDIO NOBA***,
GLÁUCIO UMAKOSHI**, MAURÍCIO AMBROGINI**, WALDYR ANTONIO JORGE****

*Especializanda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia (FUNDECTO/USP) – São Paulo/SP.

**Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia (FUNDECTO/USP); Professores assistentes de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da FUNDECTO/USP – São Paulo/SP.

***Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia (FUNDECTO/USP); Professor assistente de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD) – São Paulo/SP.

****Professor livre-docente da Universidade de São Paulo e coordenador do curso de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNDECTO/USP) – São Paulo/SP.

Resumo

O Fibroma Ameloblástico (FA) é um tumor odontogênico benigno misto relativamente raro, cujos componentes epiteliais e ectomesenquimais são neoplásicos. O presente estudo teve como objetivo relatar um caso de FA, tratado de forma cirúrgica. Neste estudo um paciente do gênero feminino, 20 anos, foi encaminhada para avaliação de imagem radiolúcida e multilocular em região de mandíbula esquerda, com primeiro e segundo molares envolvidos na lesão. Após o diagnóstico de FA, o tratamento realizado foi a enucleação do tumor associado a uma ostectomia periférica da loja cirúrgica com broca multilaminada de grosso calibre. Após três anos de acompanhamento clínico e radiográfico não houve sinais de recidiva, obtendo-se, assim, um prognóstico favorável.

DESCRIPTORIOS

Fibroma. Terapêutica. Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O Fibroma Ameloblástico (FA) é um tumor odontogênico benigno misto (formado por tecidos mesenquimal e epitelial) e raro¹. Constitui cerca de 1,5 a 4,5% de todos os tumores odontogênicos e foi relatado pela primeira

vez na literatura por Kruse em 1891⁵. Acometendo normalmente pacientes jovens⁸ e sem predileção pelo gênero, este tipo de tumor é encontrado com maior frequência em regiões posteriores de mandíbula, e em 75 % dos casos está associado a um dente incluso¹⁴.

O FA pode ser inicialmente descoberto por exames radiológicos de rotina, apresentando-se como lesão radiolúcida, circunscrita, com halo radiopaco, unilocular ou multilocular. Apesar de assintomático o tumor, quando muito extenso, pode originar abaulamento da cortical óssea, causando assimetria facial¹³.

O tratamento do FA ainda é controverso na literatura, podendo ser conservador ou radical. O tratamento conservador consiste na enucleação do tumor e curetagem; entretanto, no caso de lesões extensas o tratamento radical como a ressecção mandibular e/ou maxilar é indicado¹⁵.

A ressecção mandibular ou a hemimandibulectomia deve ser empregada nos casos de recidivas do FA, pois nesses casos o tumor pode aumentar seu potencial de malignização.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 20 anos de idade, leucoderma, ASA I, foi encaminhada para a especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL) no mês de setembro de 2005, para avaliação e conduta referente à alteração de imagem na região de ângulo de mandíbula esquerda (Figura 1). Através do exame radiográfico foi constatada uma lesão radiolúcida, circunscrita, com halo radiopaco e mal definido, não sendo esclarecida se unilocular ou multilocular, entre o primeiro e segundo molar inferior esquerdo.

Trabalho realizado no Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha (Hospital Municipal do Campo Limpo)

Endereço para correspondência:

Ana Amélia Bertoni

Endereço: Rua Corina, 165 – Centro

CEP 07110-180 – Guarulhos/SP

Fone: (11) 2358-8757

E-mail: ana_rainbow@yahoo.com.br

Foi também observado que a lesão avançou para a região anterior e também expandiu do segundo molar inferior esquerdo para a região de ângulo mandibular.

A paciente não relatava nenhuma queixa principal, uma vez que a lesão foi um achado radiográfico de rotina. Ao exame clínico extraoral não foi constatado nenhum aumento de volume digno de nota. Ao exame clínico intraoral foi observado ausência de alteração de cor da mucosa referente à área anatômica, bem como formato, volume e superfície óssea que pudessem ser relevantes.

Foi primeiramente proposto para a paciente que fosse realizada a biópsia incisional e, posteriormente, o tratamento adequado da lesão. Agendada a cirurgia da biópsia, a paciente não compareceu, retornando ao serviço somente após dois anos (2007) devido a um tratamento de neoplasia maligna em vísceras. Novos exames radiológicos foram solicitados e foi observado aumento do perímetro da lesão e do padrão, estendendo-se até a raiz do primeiro molar inferior esquerdo (Figura 2).



Figura 1 - Radiografia inicial (Set. 2005).

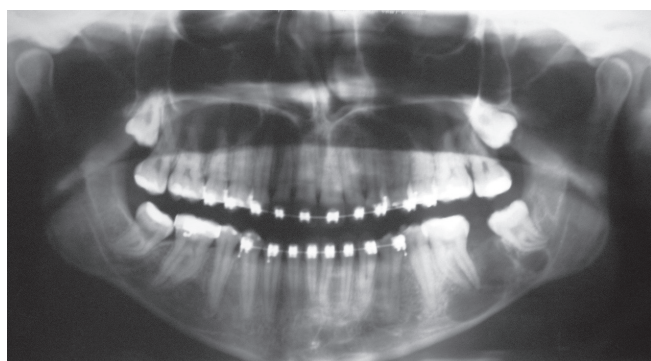


Figura 2 - Radiografia após dois anos de lesão (2007).

A biópsia incisional foi realizada, e diagnosticado Fibroma Ameloblástico.

O tratamento inicial sugerido era de descompressão tumoral, porém o tumor não respondeu de forma positiva ao tratamento da descompressão. Consequentemente, a lesão foi removida por completo juntamente com o primeiro e segundo molar inferior esquerdo (Figuras 3–7). Na cavidade tumoral, além da enucleação também foi realizado o tratamento mecânico da superfície óssea com ostectomia periférica, com auxílio de brocas multilaminadas. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, com ausência queixas álgicas ou neuroprias.



Figura 3 - Exame clínico.



Figura 4 - Transoperatório.

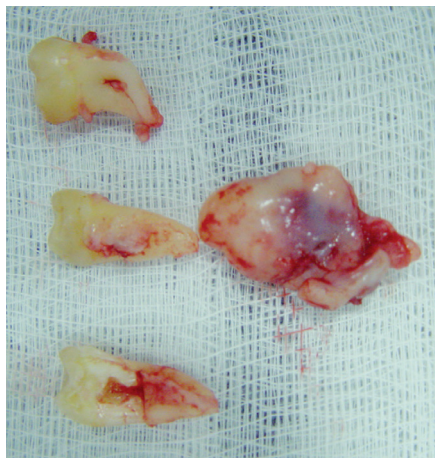


Figura 5 - Peça cirúrgica.



Figura 8 - Radiografia panorâmica P.O. imediato.

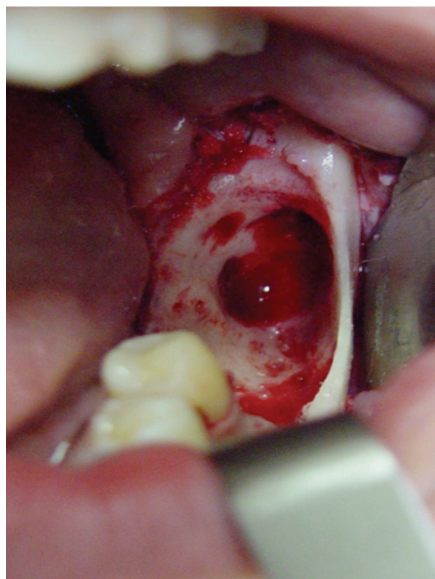


Figura 6 - Loja cirúrgica.

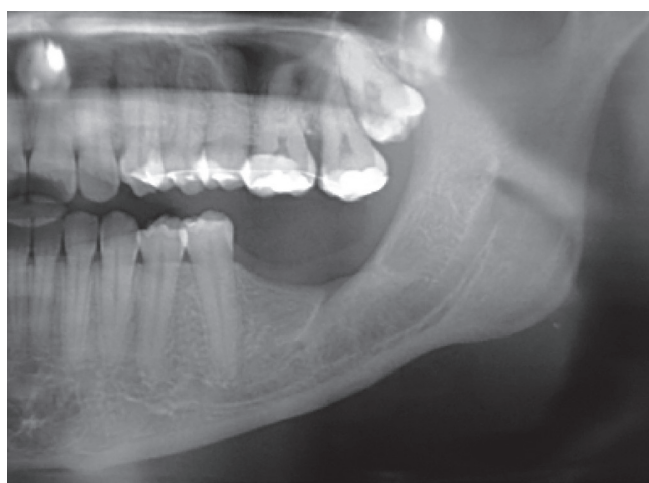


Figura 9 - Radiografia panorâmica atual.

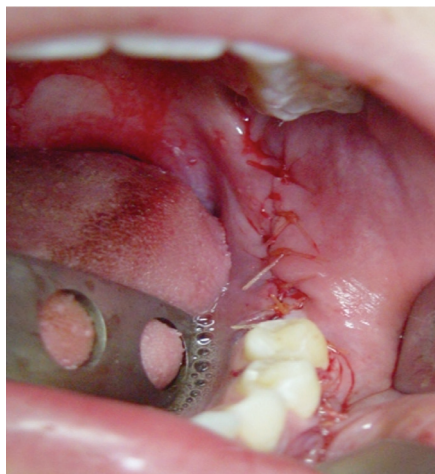


Figura 7 - Sutura.

No pós-operatório imediato (2007/2008) foi possível observar pela radiografia panorâmica a cavidade tumoral (Figura 8). A última radiografia de controle foi solicitada após três anos da remoção total da lesão, na qual pudemos constatar a regeneração óssea total (Figura 9). A paciente ainda se encontra em acompanhamento clínico e radiográfico. O diagnóstico final do tumor foi de fibroma ameloblástico.

DISCUSSÃO

O tratamento do FA ainda permanece controverso na literatura. Alguns autores como Chen *et al.*³, Baroni *et al.*², Junquera *et al.*⁸, Mosby *et al.*¹³, Mc Guinness *et al.*¹², López *et al.*¹¹, Anesi *et al.*¹ e Costa *et al.*⁶ preconizam a simples enucleação com curetagem do tumor. Outros autores (Vasconcelos *et al.*¹⁵)

defendem que a ressecção mandibular é a melhor alternativa. A escolha do tratamento depende de alguns fatores, como prognóstico incerto, tamanho da lesão e recidiva do tumor, podendo variar de um caso a outro.

Chen *et al.*³ publicaram artigos na literatura, relatando alguns casos de pacientes com FA tratados de forma conservadora, e outros com a ressecção radical. Em 1991, Chen *et al.*³ relataram um caso de “ameloblastoma combinado com fibroma ameloblástico”, no qual foram observadas características histológicas tanto de FA quanto de ameloblastoma, e que foi tratado com simples enucleação e curetagem, não havendo recidivas. Contudo, esses mesmos autores em 2005 estudaram 13 casos de FA, dos quais 6 casos foram tratados com enucleação e curetagem, 6 casos tratados com ressecção mandibular e apenas em 1 caso foi realizada a hemimandibulectomia. Neste estudo recidivaram quatro casos, dos quais todos os quatro foram tratados primeiramente com enucleação e curetagem. Desses quatro casos de recidivas, dois sofreram transformações malignas. Os autores enfatizaram novamente, em 2007, que a simples enucleação e curetagem aumenta o prognóstico de malignização do tumor baseando-se em 123 casos estudados⁴.

Em contrapartida, autores como Junquera *et al.*⁸, Mosby *et al.*¹³, Lopez *et al.*¹¹, Anesi *et al.*¹, Nelson e Folk¹⁴ e Costa *et al.*⁶ publicaram casos de FA em que a simples enucleação e curetagem foi empregada e obtiveram sucesso, sem nenhuma recidiva nos casos estudados.

Estudos como o de Kusama *et al.*¹⁰ relataram que o prognóstico é mais favorável nos casos em que o tratamento agressivo é empregado. Concordando com este

mesmo tipo de tratamento, Vasconcelos *et al.*¹⁵ realizaram a ressecção parcial da mandíbula com imediata fixação rígida e placa reconstrutiva em um paciente que apresentava FA. Esses autores enfatizaram ainda nesse caso que, se o FA não for tratado adequadamente, pode sofrer transformações malignas para o fibrossarcoma ameloblástico ou carcinoma ameloblástico.

Seguindo a mesma linha de estudo, mas não relacionada ao tratamento cirúrgico, Baroni *et al.*², López *et al.*¹¹ e Nelson e Folk¹⁴ acreditam que o FA possui um potencial de malignização. Sendo assim, Kobayashi *et al.*⁹ publicaram um caso de recidiva de FA onde houve a transformação para fibrossarcoma ameloblástico.

Apesar disso, De Lair *et al.*⁷ descreveram um caso de tumor maligno originado de um FA, tendo como tratamento inicial a hemimandibulectomia com placa de reconstrução. Após dois anos de acompanhamento observou-se ausência de recidivas e metástases.

Anesi *et al.*¹ e Mosby *et al.*¹³ relataram que não existe um protocolo padrão para o tratamento de FA, mas esclarecem que nos casos de recidiva do tumor o tratamento deve ser mais radical.

CONCLUSÃO

Com a enucleação e curetagem do tumor pode-se obter um prognóstico favorável ao paciente; contudo, ainda não existe na literatura um protocolo padrão para o tratamento do fibroma ameloblástico. No entanto recomenda-se que, nos casos de recidivas do tumor, o tratamento seja radical, pois este pode sofrer processos de malignização.

ABSTRACT

Ameloblastic fibroma surgical treatment: case report

Ameloblastic Fibroma is a rare benign mixed odontogenic tumor, which both components, epithelial and ectomesenchymal, are neoplastic. The aim of the present study was to report a case of Ameloblastic Fibroma in which conservative treatment was applied. In this study, a 20-year-old female patient was evaluated presenting a radiolucent, multilocular image in the posterior region of left jaw, with elements 46 and 47 involved in the lesion with the result of ameloblastic fibroma. The treatment for this patient was the enucleation of the tumor associated with bone peeling of the surgical store. After three years of follow-up, clinical and radiographic exams did not show any sign of recurrence. In this case, the conservative treatment with simple enucleation led to a favorable prognosis.

DESCRIPTORS

Fibroma. Diagnosis. Therapeutics.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anesi A, Albanese M, Gerosa R, Corrocher G, Gambarini G, Nocini PF. Mandibular ameloblastic fibroma in 6-years-old girl: a case report. *Minerva Stomatol* 2008;57(10):549-55.
2. Baroni C, Farneti M, Stea S, Rimondini L. Ameloblastic fibroma and impacted mandibular first molar. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73(5):548-9.
3. Chen SH, Katayanagi T, Osada K, Hamano H, Inoue T, Shimono M, et al. Ameloblastoma and its relationship to ameloblastic fibroma: Their histogenesis based on an unusual case and review on the literature. *Bull Tokyo Dent Coll* 1991;32(2):51-6.
4. Chen Y, Li TJ, Gao Y, Yu SF. Ameloblastic fibroma and related lesions: a clinicopathologic study with reference to their nature and interrelationship. *J Oral Pathol Med* 2005;34(10):588-95.
5. Chen Y, Wang JM, Li TJ. Ameloblastic fibroma: A review of published studies with special reference to its nature and biological behavior. *Oral Oncol* 2007;43(10):960-969.
6. Costa DOP, Alves ATNN, Maia MDC, Cruz RL, Lourenço SQ. Maxillary ameloblastic fibroma: a case report. *Braz Dent J* 2011;22(2):171-174.
7. DeLair D, Bejarano PA, Peleg M, El-Mofty SK. Ameloblastic carcinosarcoma of the mandible arising in ameloblastic fibroma: a case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103(4):516-20.
8. Junquera LM, Albertos JM, Floriano P, Calvo N, Santos J. Ameloblastic fibroma: report of two cases. *Int J Paediatr Dent* 1995;5(3):181-186.
9. Kobayashi K, Murakami R, Fujii T, Hirano A. Malignant transformation of ameloblastic fibroma to ameloblastic fibrosarcoma: case report and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg* 2005;33(5):352-355.
10. Kusama K, Miyake M, Moro I. Peripheral ameloblastic fibroma of the mandible: report of case. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56(3):399-401.
11. López RMG, Ortega L, Corchón MAG, Sandéz AB. Ameloblastic fibroma of the mandible. Report of two cases. *Med Oral* 2003;8(2):150-3.
12. McGuinness NJ, Faughnan T, Bennani F, Connolly CE. Ameloblastic fibroma of the anterior maxilla presenting as a complication of tooth eruption: a case report. *J Orthod* 2001;28(2):115-118.
13. Mosby EL, Russell D, Noren S, Barker BF. Ameloblastic fibroma in a 7-week-old-infant: A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56(3):368-372.
14. Nelson BL, Folk GS. Ameloblastic fibroma. *Head Neck Pathol* 2009;3(1):51-53.
15. Vasconcelos BCE, Andrade ESS, Rocha NS, Morais HHA, Carvalho RWF. Treatment of large ameloblastic fibroma: a case report. *J Oral Sci* 2009;51(2):293-296.

Recebido em: 22/6/12
Aceito em: 25/9/12