

Ameloblastoma: revisão de literatura

Ameloblastoma: literature review

Manoela Domingues Martins¹; Orsine Alves Rosa Junior²; Marco Antônio Trevizani Martins³; Sandra Kalil Bussadori⁴; Kristianne Porta Santos Fernandes⁵

1 Doutora em Patologia Bucal – FO-USP; Especialista em Patologia Bucal – CRO; Professora de Semiologia do curso de Odontologia – Uninove. São Paulo – SP [Brasil] mano@apcd.org.br

2 Graduando do 4º ano de Odontologia – Uninove. São Paulo – SP [Brasil] orsinejr@yahoo.com.br

3 Mestre em Diagnóstico Bucal; Especialista em Radiologia e Estomatologia; Professor de Semiologia do curso de Odontologia – Uninove. São Paulo – SP [Brasil] kekomartins@yahoo.com.br

4 Doutora em Odontopediatria e Mestre em Materiais Dentários – FO-USP; Professora de Odontopediatria e Odontohebiatria – Uninove. São Paulo – SP [Brasil] skb@osite.com.br

5 Doutora em Imunologia – ICB/USP; Mestre em Odontologia da Área de Concentração Endodontia; Especialista em Endodontia; Professora de Endodontia do Curso de Odontologia – Uninove. São Paulo – SP [Brasil] kristianneporta@terra.com.br

O ameloblastoma é um tumor epitelial odontogênico que, embora benigno histologicamente, possui comportamento infiltrativo local. É responsável por, aproximadamente, 10% a 30% de todos os tumores de natureza odontogênica, e a mandíbula é a sede da maioria dos ameloblastomas. Em razão de sua evolução silenciosa, o ameloblastoma é, de modo geral, detectado por meio de radiografias com finalidade clínica. O tratamento pode ser conservador ou radical, a depender da extensão da lesão, seu potencial agressivo e recidivante. Neste trabalho, objetiva-se revisar e discutir a literatura a respeito dos aspectos epidemiológicos, clínicos, histopatológicos e terapêuticos do ameloblastoma.

Palavras-chave: Ameloblastoma. Lesões ósseas. Tumores odontogênicos.

Ameloblastoma is an odontogenic epithelial tumor. In spite of their benign histological appearance, they possess infiltrative local behavior. It is responsible for approximately 10% to 30% of all the odontogenic tumors. The jaw is headquarters of 80% of ameloblastomas, being that of these, 70% are in molar region. Had its quiet evolution, ameloblastoma, is usually discovered by X-rays taken for clinical purpose. The classic radiographic aspect of ameloblastoma is a radiolucent area joined or multilocular with cortical expansion. The surgical treatment in virtue of recurrence and aggressiveness potential of ameloblastomas, is very complex varying of boardings conservatives to radical procedures. The aim of this work was to revise the literature regarding the epidemiology, clinical, histopathological and treatment aspects of ameloblastoma.

Key words: Ameloblastoma. Odontogenic tumors. Osseous lesions.

1 Introdução

O ameloblastoma é um tumor epitelial benigno de origem odontogênica e a mais frequente das neoplasias. Descrito pela primeira vez, em 1868, por Broca, desde o início, despertou grande controvérsia sobre a sua origem e sinonímia (FONSECA et al., 1986).

Malassez, em 1885, descreveu essa neoplasia com o nome de epiteloma adamantino, tendo proposto, em conjunto com Broca, a sua etiologia odontogênica provável (FONSECA et al., 1986).

Desde os primeiros relatos, o ameloblastoma teve, como sinônimo, os seguintes termos: epiteloma adamantino, tumor de células basais, adamantinoma, odontoma epitelial, adamantinoblastoma, cistoadenoma adamantino, adamantinoma epitelial e carcinoma de resíduos de germe dental (FONSECA et al., 1986; JORGE; MIRACCA; SANTOS, 1988).

Atualmente, a denominação mais usada e aceita é a de ameloblastoma, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (FONSECA et al., 1986).

O ameloblastoma corresponde a, aproximadamente, 10% a 30% de todos os tumores de natureza odontogênica (JORGE; MIRACCA; SANTOS, 1988; SILVA et al., 1990). Embora benigno histologicamente, tem crescimento infiltrativo com alto poder destrutivo local, o que exige intervenção terapêutica mais cuidadosa e, muitas vezes, radical.

Em razão de sua incidência e de seu comportamento clínico, o ameloblastoma vem despertando o interesse dos pesquisadores e clínicos na área de saúde. Assim, este estudo visou realizar uma revisão de literatura sobre a origem, a epidemiologia, as características clínicas, os aspectos imageológicos e histopatológicos e o tratamento do ameloblastoma.

2 Revisão de literatura

De acordo com as enumerações a seguir.

2.1 Origem

A origem odontogênica dos ameloblastomas é aceita universalmente, segundo Fonseca e colaboradores (1986), mormente em razão de sua ocorrência diminuir após os 30 anos de idade, época em que cessam os fenômenos da odontogênese.

Segundo Neville e colaboradores (2004), existem várias teorias que buscam explicar a gênese do ameloblastoma a partir de:

- remanescentes da lâmina dental do órgão do esmalte e da bainha de Hertwig;
- do epitélio do órgão do esmalte;
- do epitélio de cistos odontogênicos, principalmente o dentígero;
- de células basais do epitélio da mucosa bucal que, por invaginação ou ectopia, permanecem no interior do osso.

Para Jorge, Miracca e Santos (1988), a transformação de cisto dentígero em ameloblastoma não é viável; entretanto, não há uma razão teórica para não admitir o fato, uma vez que o epitélio cístico e o ameloblastoma são derivados da mesma fonte embriológica.

De acordo com Barbachan e colaboradores (1985), o patologista, muitas vezes, analisa apenas um corte histológico da peça cirúrgica que, por sua vez, pode ter áreas que simulem cistos dentígeros. Assim, é importante realizar vários cortes seriados do material para assegurar se estamos diante de um cisto dentígero ou ameloblastoma.

Shafer, Hine e Levy (1985) descrevem o ameloblastoma como um verdadeiro neoplasma de tecido do tipo do órgão do esmalte, que não sofre diferenciação até chegar ao ponto de formar esmalte.

2.2 Características clínicas

Os ameloblastomas correspondem a, aproximadamente, 1% dos tumores e cistos dos

maxilares (NEVILLE et al., 2004) e acometem, com maior incidência, a mandíbula na segunda ou terceira décadas de vida (OLAITAN; ADEOLA; ADEKEYE, 1993; NEVILLE et al., 2004; REICHART; PHILIPSEN; SONNER, 1995; SATO et al., 1997; AROTIBA; OGUNBIYI; OBIECHINA, 1997). Na literatura, o relato de maior ou menor ocorrência do ameloblastoma em homens ou em mulheres é controverso. Alguns autores não encontram diferenças entre ambos os sexos na incidência dessa neoplasia (REICHART; PHILIPSEN; SONNER, 1995; SAMPSON; POGREL, 1999; ANJOS et al., 2003; SADDY, 2003). No entanto, outros apontam o predomínio no sexo feminino (AROTIBA; OGUNBIYI; OBIECHINA, 1997; D'AGOSTINO et al., 2001).

A mandíbula é sede de 80% dos ameloblastomas e essa predominância é consenso na literatura. Entretanto, estudos na Europa e na América indicam que há maior ocorrência de ameloblastomas na região dos terceiros molares inferiores (GARDNER, 1996; NEVILLE et al., 2004).

De acordo com a OMS (1991), o ameloblastoma é dividido em três tipos clínicos: sólido ou multicístico, unicístico e periférico. A forma multicística representa 85% dos casos e possui uma tendência localmente invasiva, com alto índice de recidiva, se não for tratada corretamente. O ameloblastoma unicístico corresponde a 14% das ocorrências, possui uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso e baixo índice de recidiva. O ameloblastoma periférico é raro, corresponde a 1% dos casos e ocorre unicamente em tecidos moles que circundam a região dentária (NEVILLE et al., 2004).

Olaitan, Adeola e Adekeye (1993), em sua revisão de 315 casos, encontraram 281 ameloblastomas multicísticos, 30 unicísticos e apenas 4 periféricos. Ambos os sexos são igualmente afetados, mais freqüentemente na terceira e quarta décadas de vida, sem predomínio de raça. A mandíbula é muito mais afetada que a maxila, principalmente na região dos molares e do ramo ascendente.

A evolução do ameloblastoma é lenta e sem sintomatologia; por isso, geralmente, o tumor não é diagnosticado em seus estágios iniciais. Disso decorre a dificuldade em diagnosticar uma faixa etária de maior incidência. Segundo a literatura, a maioria dos ameloblastomas é diagnosticada entre a terceira e quarta décadas de vida. (CAWSON; ODELL, 1998).

Pequenas lesões, que representam tumores na fase inicial de seu desenvolvimento, são descobertas por meio de radiografias com finalidade clínica. No entanto, na maioria dos casos, quando o profissional ou o paciente percebem o tumor, ele já apresenta um volume considerável, o que pode resultar até em assimetria facial, e essa ocorrência é freqüente (Foto 1) (PIAZZA, 1984; NEVILLE et al., 2004; STORNI et al., 1999).

O quadro clínico dos ameloblastomas é pobre, e parestesias e dor raramente são relatadas. Edema gengival, abaulamento de cortical óssea mandibular, mobilidade dentária, perda espontânea de dentes, alterações da oclusão e deslocamento ou reabsorção de raízes dentais podem ser identificados como queixas. Os ameloblastomas periféricos, pelas próprias características, apresentam quadro clínico distinto e são diagnosticados precocemente (NEVILLE et al. 2004; STORNI et al., 1999; SANTOS; LIMA; MORAIS, 2000).

Fonseca e colaboradores (1986) analisaram 56 prontuários de ameloblastomas tratados no Hospital do Câncer A. C. Camargo, em São Paulo, no período de 1953 a 1980. A idade dos pacientes variou entre 9 e 77 anos, com ocorrências uniformes entre a segunda e a quinta década de vida, correspondendo a 72,5% de todos os casos. A incidência das lesões no gênero masculino foi de 51,7%, e no gênero feminino, de 48,2%. Quanto à raça, a ocorrência foi de 53,3% na branca, 25% na negra, 17,8% na parda e 3,5% na amarela. Entre os casos de tumor em maxila e mandíbula, a maior incidência foi na mandíbula, (93%), contra 7% na maxila. Ainda na mandíbula, especificamente na região anatômica, 25% dos casos ocorreram na região de sín-

fise; 15,7%, na região de molares e ramo esquerdo juntos; 15%, na região de molares esquerda; 10,5%, na região de molares direita. Além disso, foram constatados 14% de processos bastante volumosos na mandíbula, envolvendo várias regiões anatômicas. Na maxila, verificou-se a ocorrência de tumor na região de molares esquerda em 3,5% dos casos, seguida da região de molares do lado direito e região anterior, com um caso em cada uma delas. No tratamento de 48 casos, foi realizada cirurgia radical, em um foi aplicado tratamento conservador; em seis, curetagem e crioterapia, e somente em um caso não foi indicado o tratamento, por causa do tamanho da lesão.

Em estudo realizado por Saddy (2003), foram analisados 52 pacientes diagnosticados histopatologicamente com ameloblastoma e tratados no Departamento de Estomatologia do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer A. C. Camargo, no período de 1960 a 2001. A idade variou de 6 a 73 anos, como maior incidência na terceira e na quarta décadas de

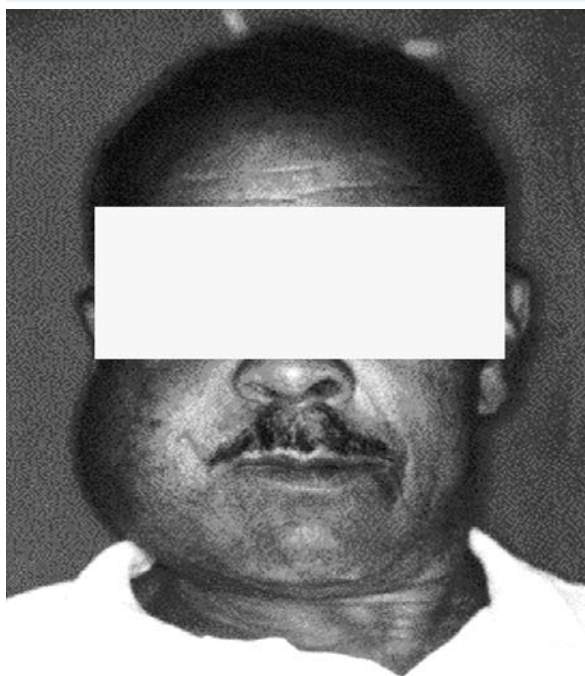


Foto 1: Aspecto clínico. Paciente portador de ameloblastoma na mandíbula, com assimetria facial do lado direito e sem sinais flogísticos

Fonte: Os autores.

vida. A ocorrência de lesões no gênero masculino chegou a 44,2%, e no gênero feminino, a 55,8%. Nesse estudo, não houve prevalência de um grupo étnico sobre outro. Quanto à localização, houve predominância de tumores na mandíbula (86,5% dos casos) e, especificamente, na região posterior da mandíbula (82,8%); a região do ramo ascendente foi a de maior incidência, com 61,5%. O padrão radiográfico com maior ocorrência de tumores foi o do ameloblastoma multilocular, correspondendo a 65,4% dos casos.

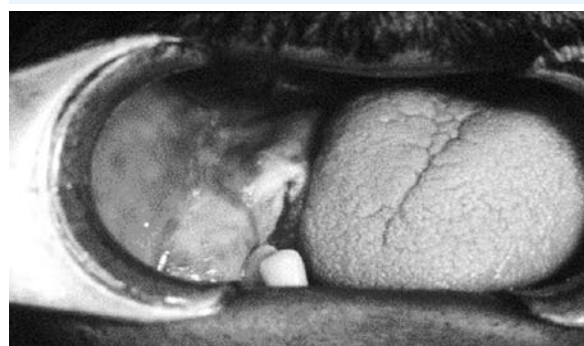


Foto 2: Aspecto clínico intrabucal. Nota-se apagamento do fundo de sulco na mandíbula do lado direito

Fonte: Os autores.

2.3 Características de imagens

Em sua maioria, os ameloblastomas apresentam-se, radiograficamente, como lesões multicísticas radiolúcidas, com limites bem definidos formando padrões do tipo “favos de mel” ou “bolhas de sabão”. Em menor número, apresentam-se como lesões unicísticas radiolúcidas uniloculares, que, em geral, circundam a coroa de um dente incluso e comumente são confundidas com cistos dentígeros (CAWSON; ODELL, 1998; GARDNER, 1996).

O aspecto radiográfico clássico do ameloblastoma sólido ou multicístico é de área radiolúcida unilocular ou multilocular, com expansão da cortical apresentando septos que dividem os compartimentos. Esses septos, provavelmente, seriam restos da cortical da peri-

feria da lesão, resultantes de uma reabsorção irregular do osso (FONSECA et al., 1986).

Conforme Neville e colaboradores (1995), o ameloblastoma sólido ou multicístico, muitas vezes, é descrito com o aspecto de bolhas de sabão quando as loculações são grandes, e com o de favo de mel, quando pequenas. Frequentemente está presente uma expansão da cortical lingual e bucal. É comum a reabsorção de raízes de dentes adjacentes ao tumor. Em muitos casos, um dente incluso, em geral um molar inferior, está associado com a lesão radiotransparente. O tipo unicístico é descrito como áreas, radiograficamente, bem definidas que podem apresentar reabsorção radicular, principalmente na região de molares inferiores.

Em estudo realizado por Saddy (2003), as características radiográficas mais frequentes demonstram o aspecto de lesão multilocular na região de ramo ascendente da mandíbula, com limites expansivos, porém preservando a cortical basilar. Segundo Saddy, as radiografias convencionais, como as intrabucais, extrabucais e panorâmicas, não devem ser utilizadas como único meio de diagnóstico pré-operatório. O uso de tomografias computadorizadas, programas de reconstruções odontológicas e tridimensionais é imprescindível para verificar a localização, a extensão, os limites e a correlação do tumor com as estruturas circunvizinhas, como o rompimento das corticais, que só pode ser observado por meio das reconstruções das tomografias computadorizadas. As lesões infiltrativas demonstram maior poder de reabsorção do osso medular, expandindo as corticais e respeitando a cortical da base da mandíbula, com maior taxa de recidiva. Os ameloblastomas uniloculares possuem a característica de preservar as corticais da base da mandíbula em 89% dos casos e não apresentam deslocamento dentário em 94,4% deles. Os multiloculares adelgaçam ou rompem as corticais em 50% dos casos e possuem maior probabilidade de provocar um deslocamento dentário.

Silveira e Barbachan (2000) compararam o limite radiográfico com o histológico de

ameloblastomas para verificar a existência e a distância de infiltrações neoplásicas nas margens tumorais e concluíram que, apesar de os ameloblastomas apresentarem limites radiograficamente definidos, são histologicamente infiltrativos. Essas infiltrações variam de 0,1 centímetro (cm) a 1,4 cm da extremidade radiográfica do neoplasma.



Foto 3: Aspectos radiográficos do ameloblastoma sólido. Lesão radiolúcida em mandíbula multilocular com padrão de bolhas de sabão e de limites imprecisos

Fonte: Os autores.

2.4 Características histopatológicas

Histologicamente, são descritos cinco tipos de ameloblastomas: folicular, plexiforme, acantomatoso, de células basais e granulosas (NEVILLE et al., 1995; BARBACHAN et al., 1985; FONSECA et al., 1986). As variantes foliculares e plexiformes são as mais observadas. Na primeira, as ilhotas epiteliais encontram-se dispersas no estroma conjuntivo de densidade variável, constituídas por células colunares dispostas em paliçada, que se parecem com os ameloblastomas. Essas células delimitam uma área central formada por células semelhantes ao retículo estrelado do órgão do esmalte, com aspecto frouxo. Na segunda, observam-se cordões uniformes, ramificados no estroma. Frequentemente, os tipos folicular e plexiforme são encontrados em cortes de um mesmo tumor, dependendo do número e da incidência dos fragmentos examinados, não havendo variação entre o tipo

histológico e a evolução terapêutica, e mesmo o prognóstico. Podem ser encontradas, ainda, modificações na estrutura básica do tumor, como a metaplasia escamosa ou a presença de células granulosas (BARBACHAN et al., 1985; FONSECA et al., 1986; NEVILLE et al., 1995).

Em estudo realizado por Anjos e colaboradores (2003), foram avaliados 41 casos de ameloblastoma do tipo clínico sólido ou multicístico. Os padrões histológicos observados foram o plexiforme em 13 casos (31,71%), o folicular em sete (17,07%), o desmoplásico em quatro (9,75%), o acantomatoso, o de células basais e o de células granulosas em um caso (2,44%), e cada padrão, assim como a combinação de mais de um padrão, em 14 casos (34,14), caracterizados pela presença do folicular com o acantomatoso, do plexiforme com o acantomatoso, do folicular com o de células claras, do folicular com o plexiforme e o acantomatoso, do folicular com o plexiforme, do plexiforme com o de células basais e do de células basais com o de células granulosas. Na faixa etária dos 20 anos, houve oito casos, um do tipo folicular (12,5%), seis do tipo plexiforme (75%) e um classificado como outros (12,5%). Não houve caso de ameloblastoma do tipo histológico combinado nessa faixa. Na de 20 a 50 anos, foram 26 casos, com cinco do tipo folicular (19,23%), seis do tipo plexiforme (23,08%), sete do tipo combinado (26,92%) e oito no grupo de outros (30,77%). Na faixa acima de 50 anos, ocorreram 13 casos, sendo um do tipo folicular (7,69%), um do tipo plexiforme (7,69%), sete do tipo combinado (53,85%) e quatro com outros tipos histológicos (30,77%).

2.5 Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial radiográfico do ameloblastoma inclui displasia fibrosa em sua fase radiolúcida, lesão central de células gigantes, mixoma, odontoma, cisto dentígero, queratocisto e lesões do tumor marrom do hiperparatireoidismo (NEVILLE et al., 2004; SADDY, 2003).

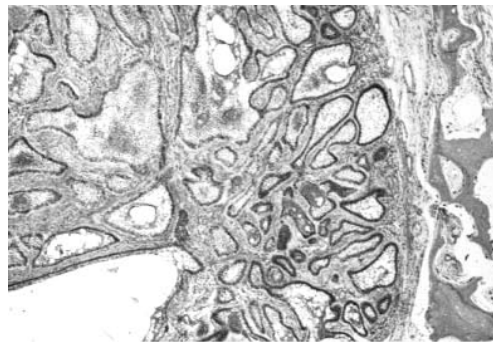


Foto 4: Ameloblastoma folicular. Ilhotas de células epiteliais em meio a estroma de tecido conjuntivo denso

Fonte: Os autores.

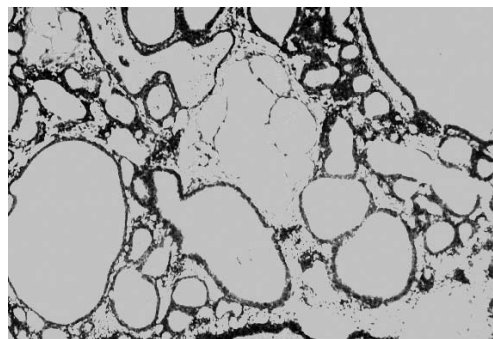


Foto 5: Ameloblastoma plexiforme. Proliferação de células epiteliais formando cordões que se anastomosam

Fonte: Os autores.

Nos casos em que o ameloblastoma envolve dente retido/impactado, o diagnóstico diferencial tanto clínico quanto radiográfico das neoplasias é feito com o cisto dentígero (KRAMER, 1992).

2.6 Diagnóstico final e terapêutica

Classicamente, o diagnóstico do ameloblastoma é dado com base na anamnese, exames físicos e radiográficos e biópsia.

Para obter-se o diagnóstico final é feita biópsia incisional, seguida de exame histopatológico do espécime. Nos casos em que o cirurgião opta pelo tratamento sem a confirmação prévia do diagnóstico, é fundamental que seja realizado o exame histológico por congelamento

no transoperatório, para definir o procedimento cirúrgico ideal a ser empregado, visto que o tratamento depende do diagnóstico definitivo da lesão.

O tratamento do ameloblastoma pode ser conservador ou radical. A forma conservadora varia da curetagem simples à seguida de crioterapia (CURI; DIB; PINTO, 1997). Esta última é um novo método que é empregado, apenas em alguns casos, em lesões pequenas, com base mandibular íntegra, e em pacientes que podem ser acompanhados por longos períodos de tempo. O tratamento cirúrgico radical implica a remoção total da lesão, com margem de segurança que, muitas vezes, resulta na amputação de parte da mandíbula do paciente (hemimandibulectomia).

Segundo Ebling e colaboradores (1974), os casos de tratamento com curetagem levam a recorrências precoces, uma vez que esse procedimento remove apenas parte da neoplasia e induz também à implantação de células neoplásicas em outras áreas. Ao estudar as recidivas dos ameloblastomas, encontraram os seguintes achados:

- Todos os casos de ameloblastoma submetidos à curetagem recidivaram no período de 1 a 15 anos;
- Dos casos indicados de mandibulectomia parcial, quatro recidivaram no período de 3 a 15 anos;
- Dos casos submetidos à hemimandibulectomia, um caso recidivou 24 anos após a cirurgia.

Para Santos, Lima e Morais (2000), o tratamento cirúrgico radical é a terapêutica eleita para todos os tipos de ameloblastomas. Mesmo nos estágios mais avançados dessa doença, os recursos tecnológicos e as novas técnicas de cirurgia craniofacial permitem o tratamento cirúrgico radical, com elevada probabilidade de cura.

O tratamento cirúrgico conservador (curetagens e enucleações), a despeito de relatos da

literatura, deve ser evitado mesmo nos estágios iniciais ou nos ameloblastomas unicísticos.

A radioterapia só pode ser utilizada, quando combinada à cirurgia, nos casos de lesões com grande comprometimento de tecidos moles e, isoladamente, nos raros casos de invasões em estruturas cuja ressecção seja incompatível com a vida. Duas condições contra-indicam o uso da radioterapia: a possibilidade de osteorradionecrose e a transformação maligna.

Conforme Saddy (2003), a escolha do tratamento adequado, devido ao potencial agressivo e recidivante dos ameloblastomas, é muito complexa. Em sua pesquisa, a maioria optou pelo tratamento conservador, curetagem e crioterapia (78,9% dos casos). Há autores que preconizam, porém, o uso de terapias mais radicais, como ressecção, para o tratamento dessas neoplasias. Contudo, o índice de recidiva verificado por Saddy não apresentou diferença significativa em relação ao tipo de tratamento. Observou-se que, nos pacientes tratados com ressecção, a recidiva foi de 27,3%; nos tratados com curetagem, 25%, e com crioterapia, 29,7%. Em relação aos limites, pôde-se notar uma taxa maior de recidiva nos ameloblastomas infiltrativos (57,1%). Um fator muito recomendado pela literatura é a preservação a longo prazo.

De acordo com Nakamura e colaboradores (2002), o tratamento conservativo, como marsupialização e enucleação, seguido de uma curetagem óssea adequada, mostrou-se bastante eficiente, reduzindo a necessidade de ressecção cirúrgica e reforçando a indicação de tratamentos conservativos para ameloblastomas.

Em estudo, Piazza (1984) observou que, de 12 casos de ameloblastoma tratados com cirurgia radical, em apenas um houve a recidiva, o que lhe permitiu concluir que o tratamento radical com ampla margem de segurança é o único capaz de determinar a cura a longo prazo. As repetitivas cirurgias conservadoras, ou mesmo as radicais, com insuficiente margem de segurança, influem decisivamente na recidiva do tumor, dificultando, assim, a sua eliminação cirúrgica na razão direta do número

de cirurgias realizadas. Seja qual for o método de tratamento empregado, é indispensável para sua avaliação uma longa preservação dos pacientes tratados.

Rosa, Fontoura e Sampaio (1999) fizeram uma avaliação do tratamento executado em 12 pacientes do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hupe/Uerj, entre 1990 e 1997. Foram diagnosticados 10 ameloblastomas do tipo multicístico e 2 do unicístico. Os ameloblastomas multicísticos foram tratados por curetagem (2 casos), ressecção marginal (6 casos) e ressecção segmentar (2 casos), e os do tipo unicístico, submetidos ao tratamento por curetagem. Somente os 2 casos de ameloblastoma multicístico em que se optou pela curetagem apresentaram recidivas. Concluiu-se que a curetagem, embora eficaz no tratamento dos ameloblastomas unicísticos, não é eficiente para o ameloblastoma multicístico, e as ressecções marginal e segmentar são eficazes no tratamento do ameloblastoma multicístico, mas devem ser considerados o risco de fratura da mandíbula e as dificuldades de reconstrução após a remoção do tumor.

Curi, Dib e Pinto (1997) realizaram um estudo sobre os resultados do tratamento de ameloblastomas sólidos com a técnica de criocirurgia com *spray* líquido de nitrogênio, que minimiza os efeitos recidivantes desse tumor. Foram avaliados 36 pacientes do Departamento de Estomatologia do Hospital do Câncer A. C. Camargo, em São Paulo, com idade média de 31 anos, por um período de 20 anos. Os pacientes, nesse período, realizaram exames radiográficos de rotina, tais como radiografias periapicais, oclusais, panorâmicas e tomografia computadorizada. Da amostra avaliada, 50% pertenciam ao gênero feminino e 50% ao masculino. Foram diagnosticados ameloblastomas sólidos em 33,4% dos casos, durante a terceira década de vida, e em 36,1%, durante a quarta e a quinta décadas. Verificou-se que os ameloblastomas incidiram na mandíbula em 94,4% dos casos, e na maxila, em 5,6%. Na mandíbula, os tumores estavam localizados na re-

gião posterior em 83,3% dos casos e, na região anterior, em 11,1%. Todos os casos da maxila foram diagnosticados na região posterior. Em 30,6% deles, houve recidivas que variavam de 14 meses a 10 anos após o tratamento inicial. Concluiu-se que a criocirurgia pode reduzir a recidiva dos ameloblastomas sólidos e a indicação inicial de ressecção.

3 Considerações finais

Com base na revisão de literatura realizada, concluímos que:

1. O ameloblastoma é um tumor odontogênico que, embora seja histologicamente benigno, apresenta um comportamento infiltrativo local;
2. Esse tipo de tumor acomete, principalmente, a mandíbula na região posterior;
3. A idade em que aparece o ameloblastoma varia de acordo com o estudo analisado;
4. A evolução do ameloblastoma é lenta e sem sintomatologia, razão pela qual dificilmente é diagnosticada nos estágios iniciais. Geralmente, o profissional e o próprio paciente só percebem o tumor quando este apresenta volume considerável, o que pode resultar em assimetria facial;
5. Radiograficamente, os ameloblastomas, em sua maioria, se apresentam como lesões multicísticas radiolúcidas, que podem gerar deslocamento dentário ou reabsorção radicular;
6. Os tipos histológicos mais observados do ameloblastoma são o folicular e o plexiforme;
7. A biópsia acompanhada de avaliação histopatológica é um exame complementar importante para o estabelecimento do diagnóstico final da lesão;
8. O tratamento pode ser conservador ou radical e dependerá da extensão da lesão e da experiência do profissional.

O ameloblastoma é um tumor epitelial odontogênico que, embora benigno histologicamente, possui comportamento infiltrativo localmente. É responsável por, aproximadamente, 10% a 30% de todos os tumores de natureza odontogênica, e a mandíbula é a sede de 80% dos ameloblastomas, sendo 70% na região de molares. Em razão de sua evolução silenciosa, o ameloblastoma é, de modo geral, detectado por meio de radiografias com finalidade clínica.

Referências

- ANJOS, E. D. et al. Estudo clínico-patológico de ameloblastomas: análise de casos. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 224-228, 2003.
- AROTIBA, J. T.; OGUNBIYI, J. O.; OBIECHINA, A. E. Odontogenic tumours: a 15-year review from Ibadan, Nigéria. *The british Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, Edinburgh, v. 35, n. 5, p. 363-367, 1997.
- BARBACHAN, J. J. D. et al. Considerações sobre o estudo dos ameloblastomas. *Revista da Faculdade Odontologia UFRGS*, Porto Alegre, v. 27, p. 13-25, 1985.
- CAWSON, R. A.; ODELL, E. W. *Essentials of oral pathology and oral medicine*. 6. ed. New York: Churchill Livingstone, 1998.
- CURL, M. M.; DIB, L. L.; PINTO, D. S. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spray cryosurgery. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, v. 84, n. 4, p. 339-344, 1997.
- D'AGOSTINO, A. et al. Retrospective evaluation on the surgical treatment of jaw bones ameloblastic lesions. Experience with 20 clinical cases. *Minerva stomatologica*, Itália, v. 50, n. 1-2, p. 1-7, 2001.
- EBLING, H. et al. Recidivas de ameloblastomas. Apresentação de 21 casos na mandíbula. *Arquivos do Centro Estudos Círculo Odontológico*, Belo Horizonte, v. 11, p. 127-142, 1974.
- FONSECA, E. C. et al. Ameloblastoma. Apresentação de 56 casos. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, v. 40, p. 186-196, 1986.
- GARDNER, D. G. Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, St. Louis, v. 82, n. 6, p. 660-669, 1996.
- JORGE, W. A.; MIRACCA, R.; SANTOS, C. J. G. Ameloblastoma: breve revisão de literatura e apresentação de caso clínico. *Revista Paulista Odontologia*, São Paulo, v. 10, p. 34-39, 1988.
- KRAMER, I. R. H. The WHO histological typing of odontogenic tumors: a commentary on the second edition. *Cancer*, New York, v. 70, n. 12, p. 2988-2994, 1992.
- NAKAMURA, N. et al. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, St. Louis, v. 93, n. 1, p. 13-20, 2002.
- NEVILLE, B. W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- OLAITAN, A. A.; ADEOLA, D. S.; ADEKEYE, E. O. Ameloblastoma: clinical features and management of 315 cases from Kaduna, Nigeria. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, Stuttgart, v. 21, n. 8, p. 351-355, 1993.
- PIAZZA, J. L. Contribuição ao estudo do tratamento do ameloblastoma. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 32, p. 27-30, 1984.
- REICHART, P. A.; PHILIPSEN, H. P.; SONNER, S. Ameloblastoma: Biological profile of 3677 cases. *European Journal of Cancer*. Part B, Oral Oncology, Oxford, v. 31B, n. 2, p. 86-99, 1995.
- ROSA, E. A.; FONTOURA, R. A.; SAMPAIO, R. K. P. L. Ameloblastomas: avaliação do tratamento executado nos pacientes do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ, entre 1990 e 1997. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 56, p. 306-310, 1999.
- SADDY, M. S. *Estudo retrospectivo dos aspectos radiográficos do ameloblastoma*. 2003. Dissertação (mestrado em Odontologia)– Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- SAMPSON, D. E.; POGREL, M. A. Management of mandibular ameloblastoma: the clinical basis for a treatment algorithm. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, Philadelphia, v. 57, n. 9, p. 1074-1077, 1078-1079, 1999.

SANTOS, L. M.; LIMA, J. R. S.; MORAIS, L. C.

Ameloblastoma – revisão da literatura e relato de caso. *BCI - Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia*, Porto Alegre, v. 7, p. 18-21, 2000.

SATO, M. et al. Oral and maxillofacial tumours in children: a review. *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, Edinburgh, v. 35, n. 2, p. 92-95, 1997.

SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. *Tratado de Patologia bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

SILVA, R. M. et al. Contribuição ao estudo dos ameloblastomas. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 38, p. 395-399, 1990.

SILVEIRA, H. E. D.; BARBACHAN, J. J. D. Estudo comparativo entre limites radiográfico e histológico em ameloblastomas. *Revista Faculdade Odontologia UFRGS*, Porto Alegre, v. 41, p. 49-54, 2000.

STORNI, V. C. C. et al. Ameloblastoma na região anterior de mandíbula: uso da placa de reconstrução. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, v. 53, p. 395-397, 1999.

Para referenciar este texto

MARTINS, M. D. et al. Ameloblastoma: revisão de literatura. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-278, 2007.