



AMELOBLASTOMA – IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO

Nº 13



Inês Côrte-Real ¹, Levy Rau ², Rafael Marques Varela ³, Paulo Júlio Almeida ¹, Maria João Ponces ^{4*}, Paula Vaz ⁵

¹ Professor/a Auxiliar Convitado/a da FMDUP

⁴ Professora Auxiliar da FMDUP

² Estudante de Doutoramento da FMDUP

⁵ Professora Auxiliar com

Agregação da FMDUP

³ Residente do Curso de Pós-graduação de CTBME – UNISUL

INTRODUÇÃO

O Ameloblastoma é um tumor odontogénico raro composto por epitélio de origem ectodérmica ^{1, 2}. Em consequência da sua associação com os dentes e com as suas estruturas anexas é muito raro a ocorrência deste tipo de lesão externamente aos ossos maxilares. Este tipo de tumor corresponde a cerca de 1% da totalidade dos tumores dos maxilares, mas são os segundos tumores odontogénicos mais comuns ¹. Radiologicamente caracteriza-se pela presença de lesões radiolúcidas uni- ou multiloculares, com predileção para a região posterior da mandíbula, e que podem estabelecer uma relação próxima com as raízes dos dentes adjacentes ^{3, 4, 5}. Maioritariamente, são tumores benignos de crescimento lento mas com comportamento agressivo local, porém podem raramente evoluir ou estar associados a malignidade, tais como o ameloblastoma maligno ou carcinoma ameloblástico ¹.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 18 anos de idade, do género masculino, diagnosticado com ameloblastoma em mandíbula, comprometendo grande parte do corpo mandibular direito. Em estudo imagiológico, por ortopantomografia e tomografia computadorizada (Figura 1), foi detetado uma lesão radiolúcida no corpo da mandíbula direita, unilocular e lobulada, entre os dentes 32 e 47, e com reabsorção radicular dos dentes 44, 45 e 46. A opção terapêutica preconizada consistiu na ressecção óssea em bloco com margem de segurança (Figura 2). Histologicamente foi identificado um ameloblastoma folicular unicístico, ulcerado, com áreas mixoides. No controlo radiográfico após dois anos de pós-operatório foi observada regeneração óssea espontânea do segmento mandibular o que possibilitou a instalação de implantes para reabilitação oral do paciente (Figura 3).



Figura 1 – Ortropantomografia inicial e construção 3D por tomografia computadorizada.



Figura 2 – Fases cirúrgicas da ressecção óssea em bloco.

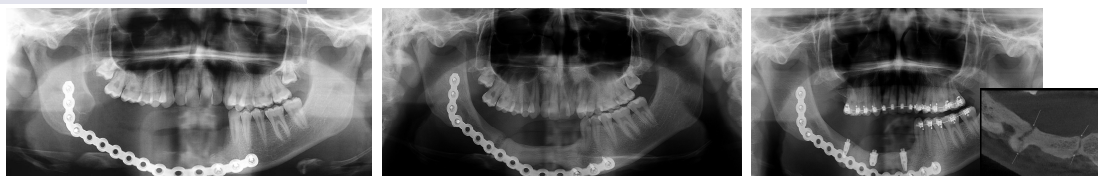


Figura 3 - Ortropantomografias de controlo pós-operatório, após 2,5 anos e após reabilitação implantar com estudo de tomografia computadorizada respetivamente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O estabelecimento de um diagnóstico precoce e imediato é essencial em consequência do seu comportamento agressivo local. Nesta condição patológica deve-se ter em particular atenção interpretações erróneas como situações inflamatórias que possam levar a tratamentos desnecessários e ao atraso no estabelecimento do diagnóstico correto e consequentemente no tratamento cirúrgico adequado.

BIBLIOGRAFIA

1. Palanisamy JC, Jenzer AC. Ameloblastoma. 2022 Jul 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 ; 2. Soimu G, Netto JD, Miranda AM, Perez DE, Armada L, Pires FR. Ameloblastomas mimicking apical periodontitis: a case series. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2022 Jul 1;27(4):e397-e402; 3. Ledesma-Montes C, Mosqueda Taylor A, Carlos Bregini R, Romero de León E, Palma-Guzmán JM, Páez-Valencia C. Ameloblastomas: a regional Latin-American multicentric study. Oral Dis. 2007;13:303-7; 4. Fregnani ER, da Cruz Perez DE, de Almeida OP, Kowalski LP, Soares FA, de Abreu Alves F. Clinicopathological study and treatment outcomes of 121 cases of ameloblastomas. Int J Oral Maxillofac Surg. 2010;39:145-9; 5. Filizola AJ, Dos Santos TCRB, Pires FR. Ameloblastomas: clinicopathological features from 70 cases diagnosed in a single oral pathology service in an 8-year period. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014;19:e556-61.