

Enucleação de fibroma meroblástico de grande magnitude: Relato de caso

Manoel Olavo Valentim Fernandes de Castilho
Conjunto Hospitalar do Mandaqui - SP

Karen Tamires Viau
Centro Universitário Guairacá – PR

Tulio Avelar Ferreira
Instituição: Universidade de Franca - SP

Ana Luísa Bacile Katsui
Universidade Cidade de São Paulo – SP

Emilly Anne Teixeira Pereira
Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – SP

Lucas Fernando da Silva Moraes
Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – SP

RESUMO

Embora o fibroma ameloblástico seja uma neoplasia benigna o mesmo possui taxas consideráveis de recidiva e transformação maligna em um fibrossarcoma ameloblástico. Neste contexto, buscamos fornecer informações importantes sobre a apresentação clínica, diagnóstico e tratamento desse tumor raro e desafiador. Para tal, apresentamos um relato de caso de uma paciente de 24 anos com aumento de volume assintomático em região mandibular esquerda juntamente com RX Panorâmico evidenciando área radiolúcida multilocular envolvendo região de ramo, ângulo e corpo mandibular associado a elemento 47 incluso. Conduta clínica inicial foi exames complementares acompanhados de biopsia incisional sob AL com resultado anatomopatológico de Fibroma ameloblástico, tratamento de escolha foi enucleação + osteotomia periférica da lesão sob AG. Atualmente segue em acompanhamento de um ano sem evidências de recidivas e com neoformação óssea saudável no local. O fibroma ameloblástico é uma lesão odontogênica benigna rara que apresenta alta taxa de recidiva e potencial de transformação maligna. O tratamento de escolha é a enucleação e curetagem, podendo ser necessária a ressecção com margem de segurança em casos de lesões maiores e recidivas. O acompanhamento a longo prazo é essencial para o monitoramento de possíveis recidivas. Sendo assim o tratamento deve ser individualizado, levando em consideração fatores como idade, localização, recidivas e morbidade do paciente pós-operatório.

Palavras-chave: Mandíbula, Patologia, Cirurgia bucal, Neoplasias.

1 INTRODUÇÃO

O fibroma ameloblástico é uma neoplasia odontogênica benigna rara, mista composta por tecido conjuntivo e epiteliais, sendo originado do órgão do esmalte. (MELO, 2015 e SLOOTWEG 2006) Embora seja um tumor benigno, sua alta taxa de recorrência e potencial de transformação maligna em um fibrossarcoma ameloblástico torna importante a sua correta identificação e tratamento. A idade média de

apresentação é de 10 a 20 anos, com predominância discreta no gênero masculino. A literatura indica que a região mais comum de ocorrência é a mandíbula, seguida pela maxila, com preferência pela região posterior. O diagnóstico é realizado por meio de exames clínicos, radiográficos, histopatológicos e imuno-histoquímicos (CHRCANOVIC, 2017). O tratamento mais comum é a enucleação e curetagem. Embora a cirurgia seja bem-sucedida em muitos casos, a recorrência ainda é um problema significativo (CHEN, 2007 e SLOOTWEG, 2006).

2 OBJETIVO

No contexto anterior, apresentamos um relato de caso de uma mulher de 24 anos que foi submetida à exérese de fibroma ameloblástico por meio de tratamento de enucleação e curetagem. Buscamos, assim, fornecer informações importantes sobre a apresentação clínica, diagnóstico e tratamento desse tumor raro e desafiador.

3 RELATO DE CASO

Paciente de 24 anos, sexo feminino, procurou atendimento no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Conjunto Hospitalar do Mandaqui de São Paulo, apresentando aumento de volume discreto, assintomático em mandíbula a direita (Figura 1A) em conjunto com achado radiográfico identificado em exame de RX Panorâmico após consulta com dentista particular há aproximadamente 30 dias. Negava dificuldade para mastigar, parestesia ou qualquer desconforto local. A paciente apresentava-se sistemicamente bem, não relatando nenhuma comorbidade, vício ou uso de medicações.

Ao exame clínico observou-se assimetria facial discreta por aumento de volume em região de ângulo mandibular direito com ausência de linfadenomegalia associada, ou outros sinais flogísticos locais. Intraoral, apresentava ausência do elemento 47, discreto abaulamento da região de rebordo alveolar vestibular e lingual com mucosas em aspecto e coloração normal, ausência de débito purulento ou sangramento intraoral ativo, discreta mobilidade do elemento 46 e boa higiene oral (Figura 1B). A palpação, apresentava aparente expansão das corticais ósseas de consistência endurecida envolvendo região de ângulo e ramo mandibular direito.

Radiograficamente, observou-se lesão radiolúcida multilocular extensa em padrão de “bolhas de sabão” afetando região de ramo, ângulo e corpo mandibular, com fenestrações ósseas e dente 47 associado a lesão, localizado em corpo mandibular abaixo do ápice do elemento 46, ao qual apresentava reabsorção óssea expressiva ao redor de sua raiz distal (Figura 2).

Em tomografia computadorizada, observou-se imagem hipodensa, multilocular, de limites bem definidos, envolvendo todo processo coronoide, ramo, ângulo e corpo mandibular até próximo ao ápice do

elemento 45, com abaulamento de cortical vestibular e lingual, apresentando pequenas áreas de fenestração óssea medindo cerca de 88x51x42mm (Figura 3).

Em primeiro momento foi realizado uma biopsia incisional sob anestesia local a fim de se obter diagnóstico preciso e determinar o plano de tratamento. O fragmento submetido a anatomopatológico demonstrou presença de componente epitelial formado por cordões ou trabéculas anastomosantes componentes mesenquimais formado por células estrelarias ou triangulares. As células epiteliais são semelhantes a ameloblastos, bem como ao retículo estrelado do órgão do esmalte, sendo o histopatológico sugestivo de Fibroma Ameloblástico (Figura 4).

O caso foi discutido em equipe junto do paciente, sendo optado pelo tratamento cirúrgico conservador, envolvendo a enucleação total da lesão associada e osteotomia periférica devido a idade precoce da paciente e ao grande tamanho da lesão. Tal opção terapêutica foi exaustivamente discutida com a paciente, expondo-se de forma clara e precisa as possibilidades de recidiva, bem como os riscos e benefícios de um tratamento mais conservador.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral com acesso intraoral por uma incisão prolongada desde região retromolar até o dente 41. Após exposição total da lesão (Figura 5A), foi realizada exodontia do elemento 46, ao qual apresentava expressiva reabsorção óssea periradicular e reabsorção de raiz distal; extração de elemento 47 incluso e associado a lesão enucleação total da lesão em toda a sua extensão (Figura 5B), com osteotomia periférica (Figura 5C e D). A osteotomia foi realizada com broca diamantada esférica em toda a cortical óssea residual, com cuidado em preservar a integridade do nervo alveolar inferior seguido de uma revisão cuidadosa da região de fenestrações ósseas a fim de remover possíveis remanescentes lesionais em tecido mole, seguindo para a sutura por planos de forma criteriosa. A lesão removida apresentava cerca de 9 cm, apresentando consistência borrachoide (Figura 5E).

No pós-operatório a paciente apresentou discretoedema compatível com o procedimento cirúrgico, recebendo alta hospitalar no dia seguinte a cirurgia, sendo orientada a manter dieta líquida por cerca de 28 dias. Atualmente a paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 1 ano, não apresentando sinais de recidiva da lesão ou complicações pós-operatórias. Apresenta bom aspecto de cicatrização e remodelação óssea, bem como preservação da condição dentária e do rebordo alveolar.

Figura 1. (A) Aspecto extraoral apresentando assimetria facial discreta (B) Aspecto clínico intraoral da lesão.



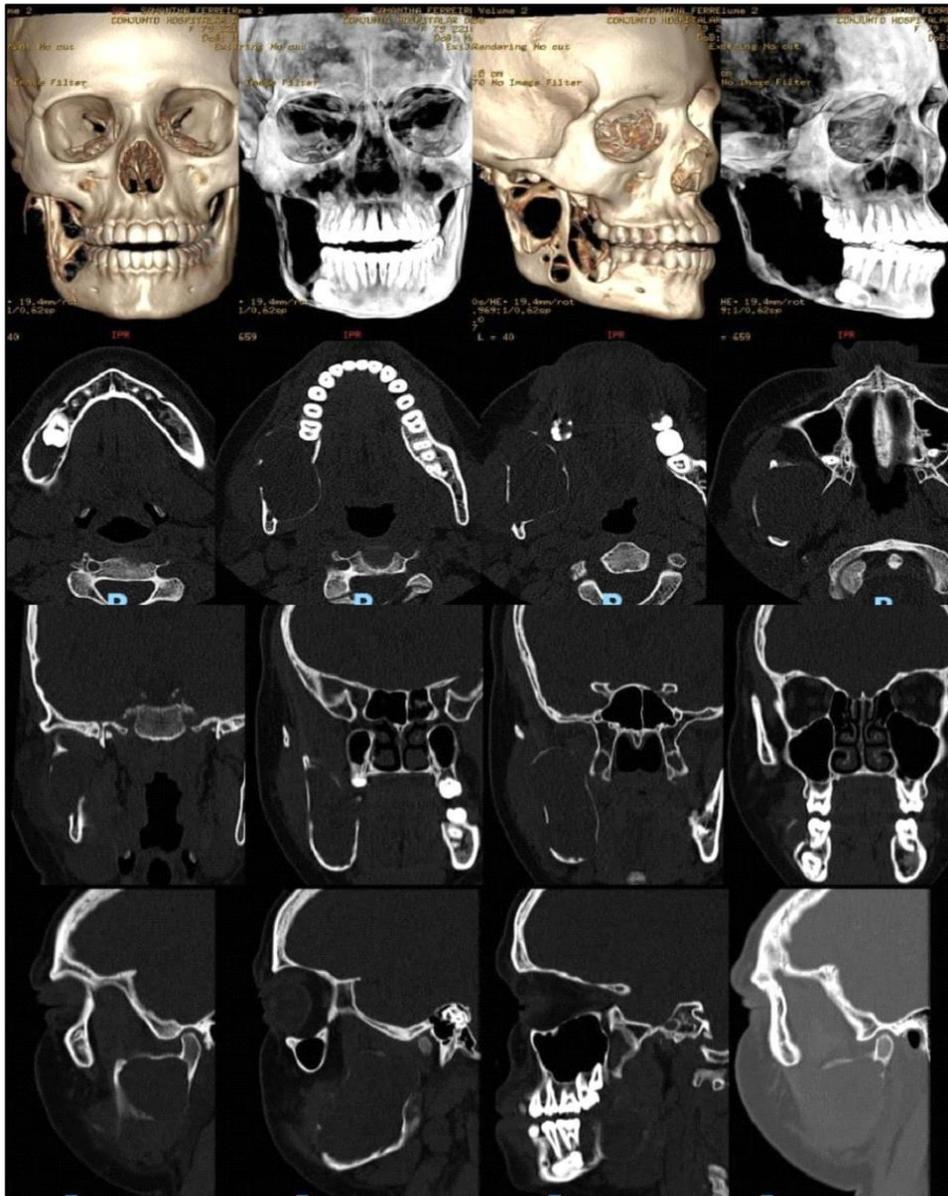
Fonte: Divisão de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Conjunto Hospitalar do Mandaqui

Figura 2. Radiografia panorâmica pré-operatória.



Fonte: Divisão de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Conjunto Hospitalar do Mandaqui.

Figura 3. Lesão radiolúcida multilocular extensa em padrão de “bolhas de sabão” afetando região de ramo, ângulo e corpo mandibular associado a dente 47.



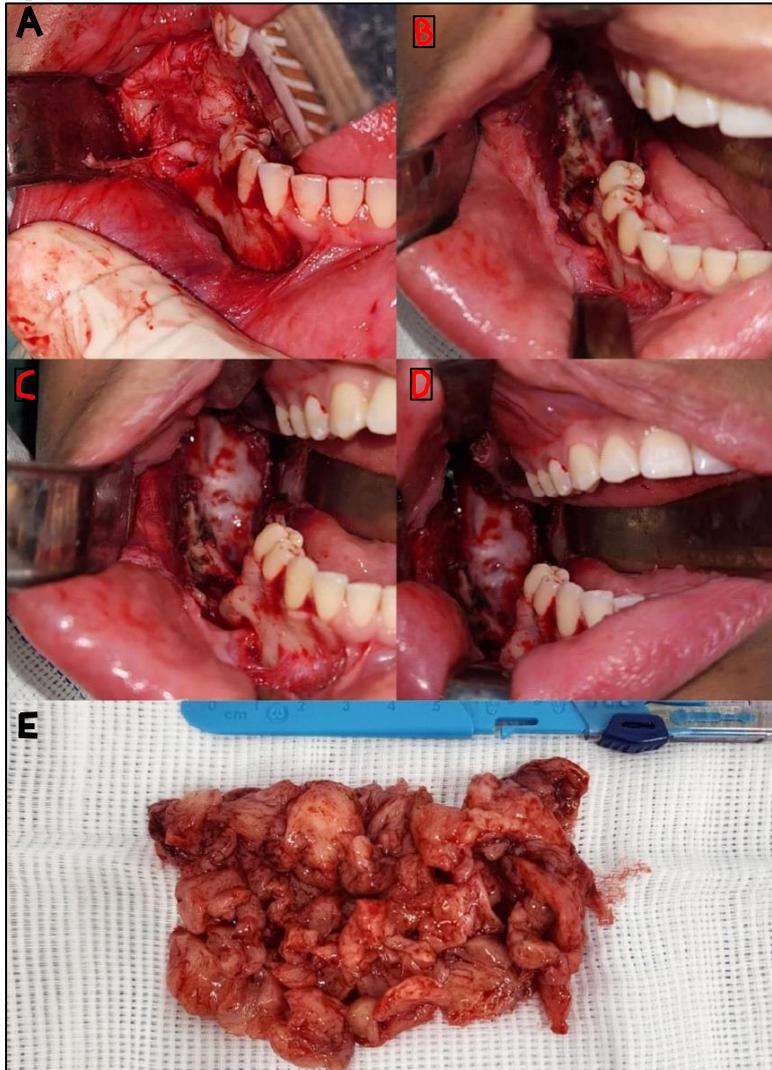
Fonte: Divisão de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Conjunto Hospitalar do Mandaqui.

Figura 4. Resultado de exame anatomopatológico.

<p>Macroscopia: Bloco e lâminas (2 HE) para consulta.</p> <p>Microscopia: Os cortes mostram neoplasia odontogênica mista caracterizada pela presença de componente epitelial formado por cordões ou trabéculas anastomosantes, e componente mesenquimal formado por células estrelárias ou triangulares. As células epiteliais são colunares semelhantes a ameloblastos e geralmente dispõem-se em cordões de duas fileiras. Por vezes há também a formação de ilhotas epiteliais com as células centrais semelhantes a retículo estrelado do órgão do esmalte. Em raras ocasiões há metaplasia escamosa nas células centrais. O componente mesenquimal é composto de células triangulares ou estrelárias em estroma mixomatoso. Há áreas de poucas células e outras mais celulares.</p> <p>Diagnóstico: Mandíbula: Fibroma ameloblástico</p>
--

Fonte: Divisão de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Conjunto Hospitalar do Mandaqui.

Figura 5. (A) Acesso intra-oral e exposição total da lesão. (B) Aspecto clínico imediato após exérese da lesão e exodontia de elemento incluído associado e elemento 46. (C) Aspecto clínico após curetagem. (D) Aspecto clínico após osteotomia periférica (E) Peça Cirúrgica medindo aproximadamente 9cm.



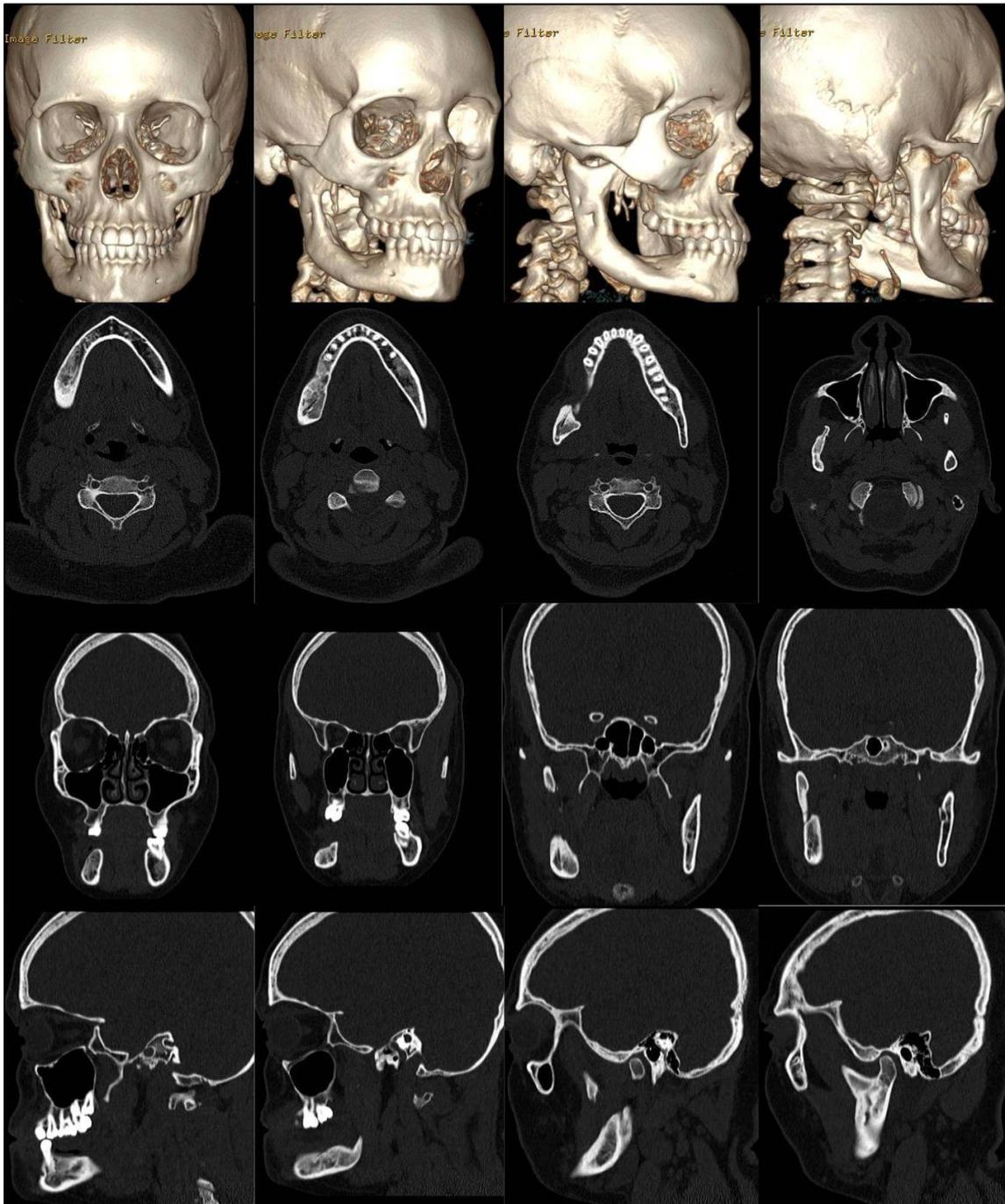
Fonte: Divisão de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Conjunto Hospitalar do Mandaqui.

Figura 6. (A) Aspecto Extra oral após 1 ano, sem evidências de assimetrias facial. (B) Aspecto intra oral após 1 ano, mantendo todo perímetro mandibular, mucosas saudáveis, oclusão estável e mantida.



Fonte: Divisão de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Conjunto Hospitalar do Mandaqui.

Figura 5. Imagens de TC pós-operatórias de acompanhamento de 1 ano evidenciando neoformação óssea saudável e sem aspecto de recidiva da lesão.



Fonte: Divisão de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Conjunto Hospitalar do Mandaqui.

4 DISCUSSÃO

O fibroma ameloblástico é uma neoplasia odontogênica benigna rara, que representa cerca de 1,5% a 4,5% dos tumores odontogênicos. Sua etiologia é desconhecida, mas pode estar relacionada a mutações genéticas, lesões traumáticas e anormalidades dentárias. Apesar do progresso recente na compreensão da patogênese e no manejo do FA, ainda há lacunas no conhecimento sobre a doença, como sua origem e patologia subjacente (MELO, 2015; TOZOGLU, 2016).



Embora seja uma lesão benigna, o FA apresenta um comportamento biológico potencialmente agressivo, com casos relatados de invasão local e recidiva. A taxa de recidiva do FA pode chegar a 18% dependendo da extensão da lesão, invasão ou não de tecidos moles após fenestração óssea e da técnica cirúrgica utilizada. Além disso, o fibroma ameloblástico possui um potencial de transformação maligna em um fibrossarcoma ameloblástico com taxas de recidiva próximas a 45%, tornando importante seu diagnóstico e tratamento (KULKARNI, 2013).

Clinicamente apresenta-se como uma lesão assintomática, bem delimitada, de crescimento lento, geralmente é descoberta em exames de rotina, como no caso descrito, porém em casos de maior extensão pode ocorrer mobilidade dental, parestesia e reabsorção radicular, também observados no caso descrito. É um tumor odontogênico misto verdadeiro, composto por tecido conjuntivo e epiteliais sendo originado do órgão do esmalte, com ou sem formação de tecido duro dentário (CHEN, 2007; TOZOGLU 2016).

O FA apresenta-se radiograficamente como uma lesão radiolúcida unilocular ou multilocular quando atinge maiores proporções, ocorrendo predominantemente em região posterior de mandíbula, frequentemente associado a um dente incluso, com predileção por pacientes jovens entre a primeira e segunda década de vida e leve predileção pelo sexo masculino (MELO, 2015; CHRCANOVIC, 2017; CHRCANOVIC, 2017). A expansão de cortical é comum, sendo observada em cerca de 80% dos casos (CHRCANOVIC, 2017). No caso relatado, todas características convergem para o diagnóstico, sendo o único diferencial que a paciente é do sexo feminino.

É considerado o tumor odontogênico misto mais comum em pacientes jovens, tendo como diagnóstico diferencial o mixoma odontogênico, ameloblastoma sólido, cisto dentígero, ceratocisto e odontoma (MELO, 2015), hipóteses que foram consideradas prévias a realização da biópsia incisiva inicial. Sendo assim, o exame anatomopatológico se torna imprescindível para diagnóstico da lesão e plano de tratamento. Não há um consenso para o tratamento do FA, o mais indicado é a enucleação e curetagem, técnica essa que foi adotada para o caso; porém, pode-se optar por uma ressecção marginal ou segmentar a depender de cada caso, levando em consideração tamanho, estágio, idade do paciente e recidivas, logo que a sua variante maligna vem sendo mais associada a pacientes com lesões maiores, com grande invasão de tecidos moles, recidivas e a depender da idade do paciente. Sendo assim o tratamento deve ser individualizado para cada caso. A literatura sugere que para lesões maiores e/ou pacientes mais velhos o tratamento de escolha seja a ressecção com margem de segurança (CHRCANOVIC, 2015).

No caso apresentado, apesar do tamanho da lesão e acometimento de tecidos moles o tratamento foi amplamente debatido entre a equipe e paciente que, devido a idade, boas condições de higiene oral, dificuldade de encontrar no Sistema público de saúde local que se faça a ressecção segmentar associado a enxerto microvascularizado (o que seria necessário para o caso, se optado por esta técnica) e



capacidade/colaboração correta da paciente, concordou em realizar um tratamento mais conservador para o caso, gerando menos morbidade pós-operatória para paciente.

O acompanhamento pós-operatório é fundamental, uma vez que a recidiva pode ocorrer de forma tardia, mesmo após anos da cirurgia. A maioria dos casos de recidiva ocorre nos primeiros dois anos após o tratamento, porém. Portanto, é recomendado o monitoramento regular com exames de imagem e clínicos para detectar recorrência (MELO, 2015; CHRCANOVIC, 2017). No caso o acompanhamento clínico foi feito semanalmente até completar aproximadamente 42 dias de pós-operatório, sendo alterado para mensalmente até completar 6 meses, e um novo retorno após outros 6 meses, completando assim 01 ano de acompanhamento.

Atualmente paciente segue em acompanhamento de um ano, não apresenta sinais de recidiva, com uma boa e saudável neoformação óssea local, ausência de parestesia e boa remodelação óssea, diminuído a assimetria causada pela expansão cortical da lesão. Ela está devidamente orientada que deverá seguindo um acompanhamento radiográfico anual para o caso.

É importante salientar que, apesar do potencial de transformação maligna, o fibrossarcoma ameloblástico é uma variante rara do fibroma ameloblástico. A transformação maligna ocorre em menos de 1% dos casos, sendo caracterizada pela presença de áreas de alto grau de atipia celular, invasão de tecidos adjacentes e metástase para linfonodos regionais (MELO, 2015; CHRCANOVIC, 2017; KULKARNI, 2013).

Em suma, O fibroma ameloblástico é uma lesão odontogênica benigna rara que apresenta alta taxa de recidiva e potencial de transformação maligna. O tratamento de escolha é a enucleação e curetagem, podendo ser necessária a ressecção com margem de segurança em casos de lesões maiores e recidivas. No caso apresentado, a paciente optou por um tratamento cirúrgico mais conservador e foi acompanhada por um ano sem recidivas e com formação óssea normal até o momento. O acompanhamento a longo prazo é essencial para o monitoramento de possíveis recidivas. O sucesso do tratamento do fibroma ameloblástico depende de um diagnóstico preciso, planejamento cuidadoso e abordagem cirúrgica apropriada, seguida de um acompanhamento pós-operatório regular. Com essas medidas, podemos proporcionar aos pacientes uma melhor qualidade de vida e reduzir os riscos de complicações e recidivas.



REFERÊNCIAS

MELO, L.A. et al. Ameloblastic fibroma: A rare case report with 7-year follow-up. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, v. 143, n. 3-4, p. 190–194, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2298/sarh1504190a>

CHRCANOVIC, B. R. et al. Ameloblastic fibroma and ameloblastic fibrosarcoma: A systematic review. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, v. 47, n. 4, p. 315–325, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jop.12622>

CHEN, Y.; WANG, J.-M.; LI, T.-J. Ameloblastic fibroma: A review of published studies with special reference to its nature and biological behavior. *Oral Oncology*, v. 43, n. 10, p. 960–969, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2007.05.009>

TOZOGLU, S. et al. Extensive ameloblastic fibroma of the mandibula in a female adult patient: A case report with a follow-up of 3 years. *European Journal of Dentistry*, v. 10, n. 01, p. 139–143, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4103%2F1305-7456.175700>

SLOOTWEG, P. J. Odontogenic tumours—An update. *Current Diagnostic Pathology*, v. 12, n. 1, p. 54–65, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cdip.2005.10.003>

KULKARNI, R. S.; SARKAR, A.; GOYAL, S. Recurrent Ameloblastic Fibroma: Report of a Rare Case. *Case Reports in Dentistry*, v. 2013, p. 1–4, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1155%2F2013%2F565721>

MUNISEKHAR, M. S. et al. Ameloblastic fibrosarcoma – A rarity? *JPRAS Open*, v. 21, p. 56–62, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016%2Fj.jpra.2019.05.001>