

## Ameloblastoma em crianças e adolescentes: revisão da literatura

### *Ameloblastoma in children and adolescents: literature review*

Alexandre Prado Scherma  
Rafaela Mendrot Monteiro  
Rafael Vieira de Oliveira

Correspondência: apscd27@yahoo.com.br  
Submetido: 03/10/2012 Aceito: 19/12/2012

#### RESUMO

O ameloblastoma é um processo patológico que pode trazer consequências graves para a saúde bucal, logo, se faz necessário à realização de um diagnóstico precoce e a instituição de tratamento adequado, de acordo com as características da lesão, como forma de determinação de um bom prognóstico. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi rever a literatura sobre o tema enfocando a sua ocorrência em crianças e adolescentes. Verificou-se que, apesar do número de casos de ameloblastoma nestes grupos não serem tão expressivos, é de suma importância o cirurgião-dentista conhecer as características clínicas desta patologia, visto que muitas vezes o ameloblastoma apresentará diagnóstico tardio em decorrência da sua pobre sintomatologia, portanto, um diagnóstico precoce e um tratamento adequado impedirão a possibilidade de progressão, complicação e recidiva de um processo patológico que pode interferir não só na qualidade de saúde bucal, mas sim na condição de saúde geral deste paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ameloblastoma; Tumores odontogênicos; Crianças e jovens.

#### ABSTRACT

Ameloblastoma is a pathological process that can cause serious consequences for dental health, therefore it is necessary to carry out early diagnosis and adequate treatment according to the characteristic of the lesion as a way of determining a good prognosis. The objective of this study was to review the literature on the topic focusing its occurrence in children and adolescents. It was found that although the number of ameloblastoma case in these groups are not as expressive, it is extremely important that a dentist knows the clinical aspects of the disease. Since the ameloblastoma often presents late diagnosis due to its poor symptomatology, early diagnosis and proper treatment will prevent the possibility of progression, recurrence and complication of this disease process that can affect oral health and overall health.

**KEY WORDS:** Ameloblastoma; Odontogenic tumors; Children and adolescents.

---

1. Universidade de Taubaté, Taubaté, Brasil

## INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é o tumor odontogênico de maior significado clínico, sendo o segundo tumor odontogênico benigno mais frequente logo após os odontomas. Origina-se principalmente do epitélio odontogênico da lâmina dentária, pode originar-se também a partir de remanescentes celulares do órgão do esmalte, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico ou de células da camada basal da mucosa bucal. São tumores de crescimento lento, localmente infiltrativos, que têm um curso benigno, na maioria dos casos. Pode se apresentar na forma sólida convencional ou multicística, na forma unicística ou na forma periférica [1].

Seu crescimento local persistente na área maxilofacial e sua capacidade para produzir deformidade acentuada, antes de conduzir a uma debilidade séria, contribui provavelmente para seu reconhecimento precoce. É uma lesão de adultos que ocorre predominantemente na quarta e quinta décadas de vida, sendo que a média de idade mais comum tem sido entre 35 e 45 anos, mas a variação na faixa etária pode ser muito ampla. Não existe predileção por gênero e as lesões raras que ocorrem em crianças são tipicamente unicísticas. Pode ocorrer em qualquer localização na mandíbula ou maxila, embora a região de molares e o ramo da mandíbula sejam os locais mais acometidos. Geralmente são assintomáticos, sendo descobertos durante um exame radiográfico de rotina ou graças à expansão assintomática dos maxilares, podendo inclusive envolver deslocamento dentário, reabsorção das raízes ou maloclusões. Radiograficamente aparecem como processos osteolíticos apresentando aspecto uni ou multilocular. Como são de crescimento lento, os limites radiográficos são geralmente bem definidos e com halo de esclerose. Diversos padrões histológicos são verificados, sendo comum a todos os tipos a polarização das células ao redor dos ninhos de proliferação, num padrão semelhante ao do órgão do esmalte, e, centralmente a estas células, encontram-se células dispostas frouxamente que imitam o retículo estrelado do órgão do esmalte [2].

Fung [3] considerando a característica do ameloblastoma de lesão destrutiva e de baixo crescimento propôs várias formas de tratamento levando em consideração a idade do paciente, interesse funcional, tamanho e localização da lesão, características clínicas e radiográficas. Radiograficamente verificou que os ameloblastomas se apresentam, geralmente, como destruições ósseas numa ampla cavidade cística multilocular com aparência de favos de mel. Um contorno festonado de esclerose pode estar presente ou existir uma borda mal definida de destruição difusa. Assim, quanto mais difusa é a destruição, mais rápido pode ser o crescimento e a resposta tecidual menos favorável. Diante desses fatores, quando a lesão é inicial, indica-se um tratamento conservador como a incisão em bloco (para pequenos tumores, bem delimitados da mandíbula) ou curetagem (finalidade biópsia, pois, muitas vezes, não é possível saber se a lesão é um cisto ou um ameloblastoma) e quando a lesão é grande ou em casos de recidiva (ocorrem geralmente 4-5 anos após a primeira cirurgia), a indicação é ressecção com enxerto imediato. Neste último caso, existe a necessidade de se ter um bom planejamento pré-operatório, adequada cobertura de tecido mole sobre o enxerto e uma imobilização do enxerto e dos segmentos restantes da mandíbula para que ocorra a revascularização.

Diante do exposto, pode-se verificar que o ameloblastoma é um processo patológico capaz de trazer consequências graves para a saúde bucal, logo, é de suma importância a realização de um diagnóstico precoce e a instituição de tratamento adequado de acordo com as características da lesão como forma de determinação de um bom prognóstico. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi rever a literatura sobre o tema enfocando a sua ocorrência em crianças.

## REVISÃO DA LITERATURA

A literatura disponível sobre ameloblastomas de maxilares foi revisada e comparada à última grande revisão publicada por Small e Waldron em 1995, com o objetivo de produzir um perfil biológico atualizado do ameloblastoma usando dados publicados de relato de casos de revisões menores no período de 1960 a 1993; os autores compararam também os achados atuais com aqueles da revisão supracitada e identificaram parâmetros para o prognóstico relevando a terapia usada. Chegou-se a conclusão que a média de idade dos pacientes com ameloblastoma é de 36 anos. Em países em desenvolvimento, o ameloblastoma ocorre em pacientes jovens. Homens e mulheres são igualmente afetados. As mulheres são geralmente quatro anos mais jovens que os homens quando o primeiro ameloblastoma ocorre, e os tumores parecem ser maiores nas mulheres. Os sintomas clínicos predominantes como tumefação indolor e baixo crescimento não são patognomônicos. A proporção de ameloblastoma mandíbula/maxila é de 5:1. Os ameloblastomas da mandíbula ocorrem 12 anos mais cedo do que aqueles da maxila e acometem mais frequentemente a região de molar da mandíbula. Em negros, os ameloblastomas ocorrem mais frequentemente na região anterior dos maxilares. Radiograficamente, 50% dos ameloblastomas aparecem como lesões radiolúcidas multiloculares com boa delimitação. Histologicamente, 1/3 são do tipo plexiforme, 1/3 são foliculares e outras variações como o ameloblastoma acantomatoso ocorrem em pacientes idosos. Ameloblastomas unicísticos ocorrem em pacientes jovens, na porcentagem de 6%. Quanto ao tratamento, quimioterapia e radioterapia são contraindicadas. Os ameloblastomas de maxila e mandíbula devem ser tratados com cirurgia radical sempre que possível. Porém, ameloblastomas que aparecem radiograficamente como lesões uniloculares podem ser tratados de forma mais

conservadora (enucleação / curetagem), desde que todas as áreas do lúmen cístico estejam sobre controle durante a cirurgia. Os ameloblastomas unicísticos, que ocorrem em pacientes 15 anos mais jovens do que aqueles com ameloblastomas multicísticos, podem ser tratados de forma conservadora exceto em casos em que ocorre proliferação mural de epitélio no interior da parede do cisto. Taxas diferentes de recidiva foram encontradas para as variações histológicas do ameloblastoma, ameloblastomas foliculares parecem recidivar mais frequentemente do que o tipo plexiforme e os ameloblastomas unicísticos revelaram taxas mais baixas de recidiva que os ameloblastomas não unicísticos. O acompanhamento pós-operatório é o passo mais importante na terapia do ameloblastoma porque mais de 50% de todas as recidivas ocorrem nos primeiros cinco anos de pós-operatório [4]. Bingham e Boyle [5] relataram o caso de ameloblastoma em um menino de 3 anos de idade, cujo os pais observaram um aumento de volume no lado esquerdo da mandíbula, um mês antes de procurarem a Universidade Médica Central de Missouri. A lesão era indolor, não havia limitação na movimentação da mandíbula, nem dificuldade para mastigar e deglutir. O exame físico revelou uma massa firme, sem movimentação, na junção do corpo com o ramo da mandíbula. Radiograficamente a lesão se mostrava radiolúcida e unilocular, associada ao desenvolvimento parcial de uma falsa coroa de primeiro molar permanente. A lesão foi removida por inteiro através de um acesso externo, analisada histologicamente e diagnosticada como ameloblastoma simples. O paciente foi acompanhado por cinco vezes em um ano e o acompanhamento radiográfico mostrou formação óssea progressiva.

Jones et al. [6] relataram o caso de uma criança com 10 anos de idade, leucoderma, com doença mental, quadraplegia espástica e dependente de medicamentos como fenobarbitol, fenitoin e albuterol. A criança apresentou, segundo os pais, uma lesão de desenvolvimento rápido em um período de uma semana. Na região anterior da maxila verificou-se uma massa cística (5,0x 3,0cm) encobrindo gengiva e mucosa alveolar. Foi realizada biópsia incisiva da lesão, curetagem, exodontia de segundo pré-molar, canino e incisivo lateral da maxila direita e gengivectomia dos quadrantes. O diagnóstico foi de ameloblastoma unicístico, caracterizando um caso raro, uma vez que só existem 19 relatos, além disso, este foi o primeiro relato de ameloblastomas unicísticos apresentando massa expansiva de tecido mole gengival.

Coen [7] relatou um caso de regeneração espontânea depois de ressecção óssea em garoto de seis anos de idade que apresentava ameloblastoma no lado direito da mandíbula, a ressecção de uma grande porção da mandíbula foi a escolha de tratamento, já que o tumor estava crescendo rapidamente, passado algum tempo após a retirada da lesão houve regeneração espontânea do osso removido. Concluiu-se que a regeneração espontânea e inesperada pode ser explicada pelo fato de que o periosteio, como uma fonte de células osteogênicas, possivelmente é responsável por este processo.

Daniel e Marsh [8] relataram o trigésimo primeiro caso de ameloblastoma em crianças com menos de nove anos de idade. Segundo os autores, o ameloblastoma diagnosticado em crianças pode ser um tipo diferente de lesão daquelas vistas em adultos, sendo a excisão local destas lesões a escolha de tratamento.

Qureshi, Medhi e Kane [9] relataram o caso de um ameloblastoma unicístico na mandíbula de um garoto de 10 anos de idade. Juntamente com aumento de volume mandibular, o paciente apresentava proliferação tecidual, que mascarou o ameloblastoma como uma lesão neoplásica maligna.

Besinelli et al. [10] examinaram o caso de uma garota de 14 anos e 4 meses, que apresentava dentes anteriores tortos e inclinados para frente, o dente mais baixo do lado esquerdo da mandíbula apresentava um aumento do espaço pericoronário, compatível com cisto dentígero. O tratamento conservador foi feito e a lesão completamente removida. Foi necessário controle clínico e radiográfico por 10 anos, inicialmente a cada seis meses durante dois anos, depois anualmente, já que existe risco de recidiva. O exame histopatológico do tecido removido confirmou o diagnóstico de ameloblastoma, já que a lesão não apresentava sua forma clássica e estava em um local atípico, neste caso envolvendo um dente ainda não erupcionado.

Daramola, Ajagbe e Oluwasanmi [11] examinaram pacientes em torno de 18 anos de idade com ameloblastoma tratados no Hospital Universitário de Ibadan, Nigéria. Em 15 dos 16 casos, o tumor foi achado em mandíbula e sete casos apresentaram sintomatologia. Destes pacientes, dez eram do gênero masculino e seis do gênero feminino, com proporção de mulheres de 1,7: 1, a média da idade dos pacientes foi de 13,4 anos com média entre cinco e 17 anos. A média de duração do tumor naquele momento do exame foi de um ano e oito meses. Nove dos tumores foram tratados previamente. O lado da mandíbula seccionada sob anestesia geral foi preservado em 12 dos 16 pacientes (75%). Dez desses 12 submeteram-se à reconstrução imediata da mandíbula usando ilíaco, reforço de enxerto e reabilitação por prótese. Três dos pacientes tiveram seus tumores curetados. Nenhuma recorrência foi vista no momento do acompanhamento. Muitos casos tiveram correlação com irritação, injúria traumática e infecção bucal.

Keszler e Dominguez [12] revisaram um total de 92 ameloblastomas encontrados entre 1960 e 1984 no Departamento de Anatomia e Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Buenos Aires. Oito dos 92 casos revisados ocorreram em pacientes com idade inferior a 16 anos de idade. Os pacientes tinham de quatro a 15 anos (média de 10,8 anos). Pacientes do gênero feminino e masculino foram acometidos com frequências iguais. Todas as lesões estavam localizadas nas regiões de pré-molares, molares e ramo da mandíbula, com exceção de três lesões que estavam localizadas na área de sínfise. O tratamento cirúrgico inicial em todos os casos consistiu de uma simples enucleação com ressecção do osso cortical vestibular. Este procedimento foi acompanhado de curetagem óssea em dois pacientes. Três casos de ameloblastomas recidivaram após um ano da remoção cirúrgica.

Arotiba [13] avaliou tipo e distribuição de 174 tumores dos tecidos orofaciais de crianças negras africanas com até 15 anos, que se apresentaram no Hospital Lagos University Teaching num período de 13 anos. Foi verificado que 1/5 de todos os tumores orofaciais ocorreram no grupo pediátrico. A razão gênero masculino / feminino foi de 1,4 para 1; e, a idade de 11 a 15 anos foi a mais frequentemente afetada. Os tumores benignos (59,8%) prevaleceram mais que os tumores malignos (40,2%). No total, 18,4% dos tumores eram de origem odontogênica, 42,5% eram tumores benignos não odontogênicos e 39,1% eram tumores malignos não odontogênicos. Dos tumores odontogênicos, o mais frequente foi o ameloblastoma (6,3%), que na maioria dos casos estava localizado na mandíbula (68,8%). A razão gênero masculino / feminino para esta lesão foi de 1,6 para 1, atingindo indivíduos de 2,5 a 15 anos de idade. Na maioria dos casos o tratamento foi a ressecção cirúrgica. Nos casos tratados com enucleação houve recidiva e então o tratamento foi realizado através de ressecção. Os autores concluíram que as diferenças observadas no tipo e distribuição neste estudo comparado a estudos anteriores podem ser atribuídas às diferenças genéticas e geográficas nas populações estudadas.

Chidzonga [14] realizou um estudo retrospectivo de 20 pacientes com idade abaixo de 18 anos com ameloblastoma, observados durante um período de 10 anos no Hospital Harare Central, em Harare, Zimbábue. O gênero feminino e o masculino foram igualmente afetados, um maior número de casos ocorreu na mandíbula (95%), sendo a área de canino a pré-molar a mais afetada (69,1%). A incisão para biópsia foi feita antes da ampla ressecção cirúrgica e 20% das lesões possuíam aparência radiográfica unilocular que se assemelhava a cistos dentígeros.

Olaitan e Adekeye [15] avaliaram 206 pacientes com ameloblastoma em região crânio-facial por um período de 11 anos, dos quais 14,6% eram pacientes em torno de 18 anos. O tumor teve maior prevalência em homens (1,5:1). Com relação ao tratamento verificou-se que enucleação com curetagem dos ossos circundantes parece adequada para lesões unicísticas. Já as lesões multicísticas foram resolvidas por ressecção radical da mandíbula com ou sem reconstrução imediata do defeito com enxerto ósseo ou por ressecção da lesão com estrutura dento alveolar e preservação da borda mais baixa da mandíbula.

Sato et al. [16] inspecionaram 250 tumores orais e maxilofaciais que estavam presentes em crianças com menos de 15 anos de idade e que foram diagnosticados e tratados no Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Medicina e Odontologia de Tóquio durante 28 anos. Os resultados mostraram que, dos 232 pacientes, 93% tinham tumores benignos e 7% tinham tumores malignos. O tumor benigno mais comum era o hemangioma (n=69) e o maligno mais comum era o sarcoma (n=14). O tumor odontogênico mais comum era o odontoma (n=47) e o tumor não odontogênico mais comum era o fibroma ossificante (n=5). A localização mais comum de tecido mole era a língua (n=65) e a localização mais comum dos tumores ósseos era a mandíbula (n=62). Cerca de 1/3 dos tumores se desenvolveu em pacientes com idade entre seis e 11 anos. A maioria dos hemangiomas se desenvolveu em pacientes com menos de seis anos de idade, e a maioria dos ameloblastomas em pacientes com mais de 12 anos de idade.

Takahashi, Miyauchi e Sato [17] verificaram que entre os 27 ameloblastomas de mandíbula tratados no Departamento de Cirurgia oral da Universidade de Chiba, durante 13 anos, seis (22%) foram de pacientes com menos de 16 anos de idade; quatro destes eram uniloculares e dois eram multiloculares, todas na região de ramo da mandíbula. Três técnicas foram usadas: curetagem, marsupialização e ressecção marginal. Todos os casos foram tratados inicialmente com cirurgia conservadora e foram observados resultados satisfatórios sem deformidades, assim, uma intervenção mais radical era realizada somente quando as técnicas mais conservadoras não tinham efeito.

Tanaka et al. [18] estudaram fichas médicas de 105 pacientes menores de 15 anos que foram tratados para tumores orais e maxilo-faciais no período de 1976 a 1997. Quanto aos tumores de tecido mole o mais comum foi o ameloblastoma e o local de ocorrência mais frequente foi a mandíbula. A maioria dos tumores odontogênicos (89,3%) desenvolveu-se em pacientes com mais de seis anos de idade. Ressecção e enucleação foram o tratamento de escolha, houve três casos de recorrência para ameloblastoma. A enucleação com preservação de periósteo foi efetiva e a regeneração óssea ocorreu rapidamente.

Ogunsalu et al. [19] descreveram casos de ameloblastoma em jovens jamaicanos, com ênfase especial nos achados radiográficos; com o objetivo de introduzir uma classificação radiográfica de acordo com o comportamento biológico, tratamento cirúrgico e médico realizado. Foi formado um grupo de 19 casos de ameloblastoma na mandíbula de jamaicanos com menos de 20 anos de idade, atendidos no Departamento de Cirurgia oral e maxilofacial nos dois maiores hospitais da Jamaica, entre 1980 e 1995. Todos os diagnósticos foram confirmados radiográfica e histologicamente. A idade média dos pacientes foi 16,1 anos (variação de 13 para 19 anos de idade), a relação gênero masculino/feminino foi de 1,1:1. Dos 19 casos, 42% eram uniloculares e 58 eram multiloculares. Trinta e dois por cento dos casos apresentavam associação com dentes não erupcionados e 32 apresentavam reabsorção radicular. Os autores concluíram que ameloblastoma em jovens jamaicanos surgem mais no período da adolescência, são predominantemente unicísticos e raros na maxila.

Regezi, Kerr e Courtney [20] verificaram que dos 706 tumores odontogênicos estudados mais de 65% eram odontomas, 10% eram ameloblastomas e aproximadamente 25% outras categorias de tumores odontogênicos. Foram encontrados 78 casos de ameloblastoma (11% dos casos), a média de idade foi em torno dos 45 anos e o gênero masculino o mais afetado. A localização mais frequente foi a mandíbula (51 casos). A taxa de recorrência foi de 22%. Apenas um caso de metástase de ameloblastoma foi encontrado, com exceção desse caso, nenhum sinal de malignidade nos tumores odontogênicos foi encontrado.

Adekey [21] examinou 109 casos de ameloblastoma de mandíbula em africanos no Hospital Universitário de Kaduna-Nigéria. Os pacientes tinham entre 9-70 anos com média de 30,5 anos. De 109 pacientes, 68 (60,2%) eram mulheres. A maioria dos pacientes teve um crescimento gradual com aumento indolor do osso afetado e expansão do aspecto bucal e lingual do processo alveolar da mandíbula, além de erosão da cortical óssea com penetração do periósteo e em 38 casos (34,9%) houve invasão dos tecidos moles adjacentes. As lesões foram removidas por ressecção radical ou por excisão em bloco com preservação do bordo inferior da mandíbula. Trinta e cinco pacientes não participaram dos acompanhamentos e, dos 74 que foram acompanhados, 31 (41,9%) estavam livres de doenças por cinco anos ou mais.

Sandler, Novo e Rudner [22] fizeram um estudo recuperando lesões que estavam documentadas de um total de 40.000 casos que ocorreram entre 1930 e 1980 no Departamento de Patologia da Universidade de Nova York. Foi encontrado um total de 87 ameloblastomas representando 0,2% de todos os casos disponíveis. Os autores verificaram que o início destas lesões é insidioso, frequentemente sem dor e com baixo crescimento. As lesões iniciaram antes dos 33 anos de idade, a proporção gênero masculino/gênero feminino foi de 56% para 44%, respectivamente. O tumor ocorreu em 86% dos casos em mandíbula e 14% em maxila. Histologicamente, o tipo folicular foi o mais frequente. Os outros tipos observados foram: plexiforme, células basais, células granulares e acantomatoso. Sete lesões recidivaram e todas ocorreram na sexta década de vida com exceção de uma menina de 17 anos. Também concluíram que o tipo de procedimento cirúrgico necessário a se realizar é dependente do tamanho, localização da lesão e idade do paciente.

Diaz e Piedra [23] acompanharam o pós-cirúrgico de 10 pacientes com ameloblastoma no hospital geral "Josina Machel" de Luanda na República Popular da Angola, todos os casos foram em mandíbula. O ameloblastoma é um tumor de alta incidência neste país, que apesar dos escassos recursos é tratado mediante o uso de enxerto autógeno. O tratamento consiste na exérese em bloco dos tumores com margem de segurança e reconstrução facial mediante o uso de enxerto ósseo autógeno ilíaco e controle clínico e radiográfico imediato. As idades variavam entre 15-37 anos e não houve predomínio em relação aos gêneros. Os casos foram preservados e não apresentaram recidivas.

Günhan et al. [24] apresentaram os resultados de um estudo envolvendo 409 casos de tumores odontogênicos na Turquia. Os resultados mostraram que 403 tumores eram benignos e seis eram malignos. A média de idade para os pacientes foi de 31 anos para os tumores benignos e 24,6 anos para os tumores malignos, com idade variando de dois a 86 anos. Dos casos, 203 acometeram o gênero masculino e 196 o gênero feminino. Os tumores foram predominantes nas regiões lateral e posterior de mandíbula e maxila (76%). Apenas 24% de todos os tumores se localizavam na região anterior. O tumor mais frequente foi o ameloblastoma (36,5%), seguido pelos odontomas (18%) e cementomas (15%). Setenta e um por cento dos ameloblastomas envolviam a área posterior da mandíbula, a localização predominante de todos tumores odontogênicos. Segundo os autores, algumas das variações na incidência dos tumores podem ser atribuídas às diferenças geográficas, bem como às variações étnicas e sócio-econômicas.

Em 1997, foi verificada a incidência de tumores odontogênicos na Nigéria num período de 15 anos (1980-94). Dos 415 pacientes com tumores bucais e/ou de maxilares, 128 possuíam tumores odontogênicos confirmados histologicamente. Destes, 21,6% apresentavam ameloblastoma, a idade dos pacientes variava entre oito e 75 anos (média de 33), a relação gênero masculino/feminino foi de 3:2 e a relação maxila/mandíbula 1:9 [25].

Kim e Jang [26] compararam aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos de 71 ameloblastomas intraósseos e verificaram que os pacientes submetidos à biópsia possuíam idades entre 11-70 anos (média de 30,4 anos), 54,9% eram do gênero masculino e 45,1% do gênero feminino, 87,3% dos ameloblastomas estavam localizados na mandíbula. Aumento de volume foi o sintoma mais comum observado em 38% dos casos. Radiograficamente, 59,2% dos 71 tumores eram uniloculares com margem bem delimitada. O padrão histológico mais comum foi o plexiforme. As taxas de recorrências foram de 21,1% e a média de idade foi de 26,4 anos.

## DISCUSSÃO

A literatura aqui apresentada revela a importância do ameloblastoma dentro das neoplasias odontogênicas, visto ser uma lesão que apresenta ampla capacidade de produzir deformidades acentuadas, comprometendo desta forma a condição de saúde bucal e geral do paciente.

Alvares e Tavano [27] citaram o ameloblastoma como o mais agressivo dos tumores odontogênicos, devido às reabsorções radiculares, aos grandes abaulamentos e ao alto potencial de recidiva. Podem ocorrer em qualquer localização na mandíbula ou maxila, embora a região de molares e o ramo da mandíbula sejam os locais mais acometidos.

Apesar de ser uma lesão de adultos que ocorre predominantemente na quarta e quinta décadas de vida [2], verificou-se uma variação muito ampla na faixa etária nos trabalhos revisados.

Geralmente são assintomáticos sendo descobertos durante um exame radiográfico de rotina ou graças à expansão assintomática dos maxilares, podendo inclusive envolver deslocamento dentário, reabsorção das raízes ou maloclusões [2]. Em alguns casos apresenta-se como lesão indolor, sem limitação de movimentação,

nem dificuldade para mastigar e deglutir [5], em outras situações pode apresentar-se juntamente com proliferações teciduais, que acabam por mascarar o ameloblastoma dificultando seu diagnóstico [9].

O aspecto radiológico dos ameloblastomas, assim como seus padrões histopatológicos podem apresentar ampla variação.

Segundo Reichart et al. [4] 50% dos ameloblastomas aparecem como lesões radiolúcidas multiloculares com boa delimitação, já Bingham e Boyle [5] ao relatarem um caso clínico verificaram que radiograficamente a lesão se mostrava radiolúcida e unilocular, associada ao desenvolvimento parcial de uma falsa coroa de primeiro molar permanente, Chidzonga [14] verificou que 20% das lesões por ele estudadas possuíam aparência radiográfica unilocular que se assemelhava a cistos dentígeros, e, Kim e Jang [26] avaliaram que radiograficamente 59,2% dos 71 tumores estudados eram uniloculares com margem bem delimitada.

Com relação aos achados histopatológicos, Reichart et al. [4] encontraram em seus estudos 1/3 de lesões do tipo plexiforme, 1/3 de foliculares e, outras variações como o ameloblastoma acantomatoso em pacientes idosos, já Sandler et al. [22] realizaram um levantamento dos casos de ameloblastoma, e verificaram que o tipo folicular foi o mais frequente, os outros tipos observados foram: plexiforme, células basais, células granulares e acantomatoso, e, Kim e Jang [26] observaram como padrão histopatológico mais comum o plexiforme.

Além disso, o comportamento do ameloblastoma tende a ser bastante agressivo nas recidivas, com maior potencial de invasão e destruição óssea do que a lesão original [28]. Portanto, é de suma importância a realização de uma avaliação clínica inicial cuidadosa para o estabelecimento de um tratamento (conservador ou não) em função do tamanho, tipo, localização e características histopatológicas da lesão. Segundo Fung [3], para lesões iniciais indica-se um tratamento conservador como a incisão em bloco ou curetagem e quando a lesão é grande ou em casos de recidiva a indicação é ressecção com enxerto imediato. Já Reichart et al. [4] acreditam que os ameloblastomas de maxila e mandíbula devem ser tratados com cirurgia radical sempre que possível, no entanto, os ameloblastomas que aparecem radiograficamente como lesões uniloculares podem ser tratados de forma mais conservadora (enucleação / curetagem).

## CONCLUSÃO

Apesar do número de casos de ameloblastoma que acometem crianças não ser tão expressivo, é de suma importância que o cirurgião dentista conheça as características clínicas desta patologia visando diagnóstico precoce e tratamento adequado, impedindo assim a progressão e complicação de um processo patológico que pode interferir na qualidade de saúde bucal e conseqüentemente geral deste paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & maxillofacial pathology. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002. 843 p.
2. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal – correlações clínico-patológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. 390p.
3. Fung, EH. Ameloblastomas. Int J Oral Surg 1978;7(4):305-10.
4. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. Eur J Cancer B Oral Oncol 1995;31B(2):86-9. [http://dx.doi.org/10.1016/0964-1955\(94\)00037-5](http://dx.doi.org/10.1016/0964-1955(94)00037-5)
5. Bingham HG, Boyle PO. Mandibular ameloblastoma in a 3-year-old child. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1971;32(1):75-80. [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(71\)90252-0](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(71)90252-0)
6. Jones SP, Ghali GE, Lowe B, Eichstaedt RM. Large maxillary mass in a child. J Oral Maxillofac Surg 2001;59(9):1057-61.
7. Coen Pramono D. Spontaneous bone regeneration after mandible resection in a case of ameloblastoma- a case report. Ann Acad Med Singapore 2004;33(4 Suppl):59-62.
8. Young DR, Robinson M. Ameloblastomas in children: report of a case University of Southern California School of Dentistry, Los Angeles, Calif., USA. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1962;15(10):1155-62. [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(62\)90150-0](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(62)90150-0)
9. Qureshi SS, Medhi SS, Kane SV. Unicystic ameloblastoma of the mandible masquerading as carcinoma of the oral cavity in a 10-year-old girl. Am J Surg 2008;196(3):7-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.07.036>
10. Bisinelli JC, Ioshii S, Retamoso LB, Moysés ST, Tanaka OM. Conservative treatment of unicystic ameloblastoma. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2010;137(3):396-400. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajodo.2007.10.062>
11. Daramola JO, Ajagbe HÁ, Oluwosanmi JO. Ameloblastoma of the jaws in Nigerian children. A review of sixteen cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1975;40(4):458-63. [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(75\)90242-X](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(75)90242-X)
12. Keszler A, Dominguez FV. Ameloblastoma in childhood. Oral Maxillofac Surg 1986;44(8):609-13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0278-2391\(86\)80071-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0278-2391(86)80071-4)

13. Arotiba GT. A study of orofacial tumors in Nigerian children. *J Oral Maxillofac Surg* 1996;54(1):34-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0278-2391\(96\)90299-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0278-2391(96)90299-2)
14. Chidzonga MM. Ameloblastoma in children. The Zimbabwean experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;81(2):168-70. [http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104\(96\)80408-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104(96)80408-2)
15. Olaitan AA, Adekeye EO. Clinical features and management of ameloblastoma of the mandible in children and adolescents. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1996;34(3):248-51. [http://dx.doi.org/10.1016/S0266-4356\(96\)90279-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0266-4356(96)90279-X)
16. Sato M, Tanaka N, Sato T, Amagasa T. Oral and maxillofacial tumours in children: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997;35(2):92-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0266-4356\(97\)90682-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0266-4356(97)90682-3)
17. Takarashi K, Miyauchi K, Sato K. Treatment of ameloblastoma in children. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998;36(6):453-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0266-4356\(98\)90462-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0266-4356(98)90462-4)
18. Tanaka N, Murata A, Yamaguchi A, Kohama G. Clinical features and management of oral and maxillofacial tumors in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88(1):11-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104\(99\)70186-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104(99)70186-1)
19. Ogunsalu C, Daisley H, Henry K, Beadayse, S, White K, Jagdeo B, Baldeo S. A new radiological classification for a ameloblastoma based on analysis of 19 cases. *West Indian Med J* 2006;55(6):434-9.
20. Regezi JA, Kerr DA, Courtney, RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978;36(10):771-8.
21. Adekeye EO. Ameloblastoma of the jaws: a survey of 109 Nigerian patients. *J Oral Surg* 1980;38(1):36-41.
22. Sandler KA, Novo RM, Rudner BE. A study of ameloblastoma-age, sex and location statistics. *N Y State Dent J* 1983;49(9):682-4.
23. Paredes DJC, Vergara PL. Diagnosis and treatment of ameloblastoma. *Rev Cubana Estomatol* 1989;26(4):325-30.
24. Gunhan O, Erseven G, Ruacan S, Celasun B, Aydintug Y, Ergun E, Demiriz M. Odontogenic tumours a series of 409 cases. *Dent J* 1990;35(6):518-22. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1834-7819.1990.tb04683.x>
25. Arotib, JT, Ogunbiyi JO, Obiechina AE. Odontogenic tumours: a 15-year review from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997;35(5):363-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0266-4356\(97\)90411-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0266-4356(97)90411-3)
26. Kim SG, Jang HS. Ameloblastoma: a clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;91(6):649-53. <http://dx.doi.org/10.1067/moe.2001.114160>
27. Alvares LC, Tavano O. *Curso de radiologia em odontologia*. 4ª ed. São Paulo: Livraria Editora Santos; 1998.
28. Rosenstein T, Pogrel MA, Smith RA, Regezi JA. Cystic ameloblastoma - behavior and treatment of 21 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:1311-6. <http://dx.doi.org/10.1053/joms.2001.27522>