



FIBROMA AMELOBLÁSTICO MAXILAR: RELATO DE CASO

LENZI J H H¹, FUCHT A¹, LING A C¹, MACEDO A P H¹, GASSEN N H L¹, KALLUF G H²

1 - Acadêmicos do curso de Odontologia FURB, Blumenau/SC | 2 - Docente do curso de Odontologia FURB Blumenau/SC.

INTRODUÇÃO:

O fibroma ameloblástico (FA) é um tumor odontogênico benigno e raro, de natureza mista. Clinicamente, manifesta-se como aumento de volume assintomático, geralmente associado a atraso na erupção dentária. Radiograficamente, apresenta-se como área radiolúcida bem delimitada, uni ou multilocular. O tratamento varia de enucleação com curetagem a ressecção ampla, conforme o tamanho da lesão.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino, onze anos, assintomático, encaminhado por inclusão prolongada do elemento 16 e imagem radiolúcida na região do 17. A tomografia evidenciou lesão hipodensa periconária ao 16, com extensão posterior e rompimento da cortical do assoalho sinusal, além de agenesia do 17 (Fig. 1). Sob anestesia geral, realizou-se biópsia excisional (Fig. 2A) com osteotomia periférica marginal, preservando o 16. O laudo histológico inicial foi compatível com FA (Fig. 3). O diagnóstico foi confirmado em revisão de lâmina solicitado em um segundo laboratório (Fig. 4). Após nove meses, observou-se importante involução da lesão (Fig. 5). Porém, estuda-se, junto à ortodontia, reintervenção para nova biópsia do remanescente pericoronário, bem como estratégias para tração ortodôntica.

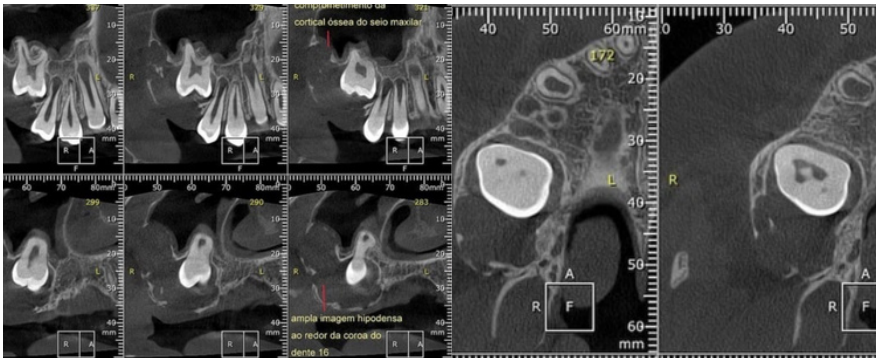


Figura 1 - Tomografia pré-operatória.

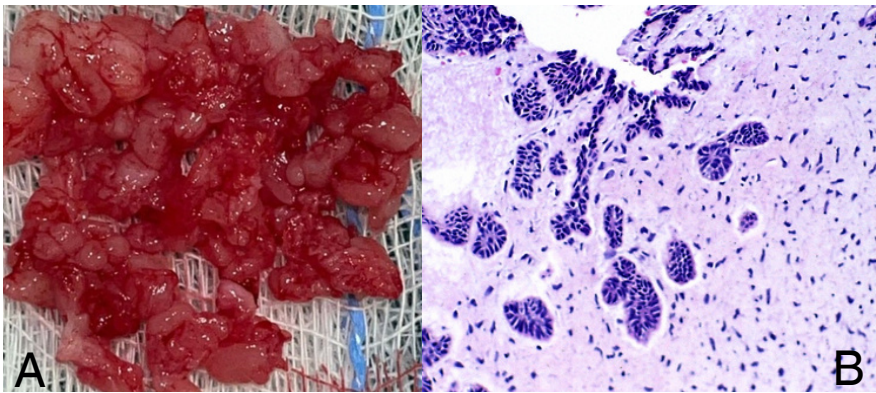


Figura 2 - Fragmentos da lesão após biópsia (A) e imagem histológica (B).

CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

▼ MAXILA DIREITA, SOE
► FIBROMA AMELOBLÁSTICO
Amostras 1 e 2.

MACROSCOPIA

Recebidos dois frascos, identificados com o nome do paciente, previamente designados, constando dos seguintes materiais fixados em solução de formol:
1) Maxila direita - posterior: Contém dois fragmentos irregulares de tecido ósseo, pardacentos, medindo o maior 1,6 x 0,7 cm, nos maiores eixos. Todo o material foi remetido ao processamento histológico, com prévia descalcificação em ácido fórmico 20%.
2) Maxila direita - posterior: Contém vários fragmentos irregulares de tecido, pardacentos, medindo o maior 2,2 x 1,4 cm, nos maiores eixos. Todo o material foi remetido ao processamento histológico.

MICROSCOPIA

1 e 2) Cortes histológicos revelam neoplasia bifásica composta por estroma mesenquimal mixoide contendo células estreladas, sem atipias ou atividade mitótica que lembra a papila dentária. De permeio há cordões alongados de células epiteliais basaloides e camada basal com posição inversa dos núcleos. Os blocos maiores mostram tecidos semelhantes ao retículo estrelado.

Figura 3 - Laudo histológico inicial (CEDAP/Joinville)

EXAME MACROSCÓPICO:

03 lâminas e 3 blocos .

EXAME MICROSCÓPICO:

Material enviado para revisão diagnóstica consta de 3 lâminas identificadas como P2510532 e 3 blocos de parafina. Trata-se de um caso de paciente do sexo masculino, 11 anos de idade, com lesão de maxila posterior direita, radiolúcida, unilocular e limites difusos acompanhado de dente 16 incluído e agenesia do elemento 17.
A análise das lâminas coradas com hematoxilina e eosina revela múltiplos fragmentos de lesão tumoral odontogênica benigna, bifásica. O componente epitelial se caracteriza por cordões longos, estreitos, ramificados, de células arranjadas usualmente por dupla camada de células ou, menos frequentemente, na forma de pequenas ilhotas que, dependendo do tamanho, apresentam centralmente células estreladas frouxamente arranjadas lembrando retículo estrelado. Em alguns desses cordões, pequenos brotamentos laterais delimitados perifericamente por células cilíndricas semelhante a ameloblastos e centralmente por células estreladas também são notados mimetizando os estágios iniciais do desenvolvimento dentário. De permeio, observa-se um estroma predominantemente mixoide, celularizado, pouco vascularizado, composto por células estreladas ou fusiformes semelhantes a fibroblastos, intercalado por estroma mais fibrótico e menos celularizado ou por áreas acidófilas, homogêneas e acelulares. Ausência de figuras de mitoses típicas e atípicas.

CONCLUSÃO APÓS MICROSCOPIA:

Os achados histopatológicos são compatíveis com fibroma ameloblástico.

Figura 4 - Revisão de lâmina confirmando o diagnóstico. (UFU-Uberlândia)



Figura 5 - Tomografia pós-operatória de nove meses.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

De ocorrência incomum na maxila, o FA demanda acompanhamento prolongado pelo potencial de recorrência e possível transformação maligna. O tratamento consiste em enucleação com curetagem, ou ressecções em quadros de recidiva. A literatura não apresenta um protocolo padrão permanente para o FA, além de ser controversa em relação à manutenção do elemento dentário envolvido na lesão. Nesse caso, considera-se a preservação do 16, não apenas pela idade, mas também pela possibilidade de aproveitá-lo, bem como pela ausência do elemento 17.

REFERÊNCIAS:

