

ADAMANTINOMA

José Chahér

Catedrático de Patologia e Terapêutica Aplicadas.

Hardy Ebling

Prof. Adjunto de Patologia e Terapêutica Aplicadas

Aron L. Kac

Prof. Adjunto de Patologia e Terapêutica Aplicadas.

J. Jorge Barbachan

Inst. de Ensino de Patologia e Terapêutica Aplicadas

Egon A. Kilian

Inst. de Ensino de Patologia e Terapêutica Aplicadas

Onofre Quadros

Inst. de Ensino de Patologia e Terapêutica Aplicadas.

SINOPSE:

Estudam-se dez casos de adamantinoma, considerando-se os seguintes fatores: idade, sexo, côr, localização, aspecto radiográfico, duração do tumor, tipo de cirurgia e recidiva. Destaca-se a importância do tipo de cirurgia no problema recidiva dos adamantinomas.

O adamantinoma é um tumor de crescimento lento e provém do epitélio do órgão do esmalte (1).

Seu volume varia desde o tamanho de um grão de milho até o de uma cabeça de feto a termo. São muito mais freqüentes na mandíbula que na maxila e principalmente ao nível do ângulo da mandíbula. Desenvolvem-se em qualquer idade. O fato de serem observados na idade adulta nada significa, «não devem ser conside-

rados termos sinônimos a idade em que aparece ou se inicia o tumor, e a idade em que o enfermo se apresenta para seu reconhecimento» (2, 3, 4, 5).

A recidiva local é a regra, a não ser que a lesão original tenha sido erradicada de uma maneira completa (6). A curetagem e a drenagem do tumor não garantem nunca sucesso permanente (7).

O cirurgião geral ou o cirurgião oral podem não encontrar este tumor com a freqüência necessária para apreciar sua habilidade a recidivar localmente e destruir a mandíbula ou a maxila como estrutura funcionante. Como consequência eles podem ser tentados a tratar este tumor pela curetagem ou outro procedimento comprometedor, particularmente quando êle é pequeno. Isto indubitavelmente tem contribuído para a história de múltiplas recorrências tão freqüen-

temente encontradas nesta doença (8).

A escassa média de cura de ameloblastomas é definitivamente por remoção incompleta e não por alto grau de malignidade, devendo se salientar, que a remoção com-

pleta por meio da curetagem, é difícil senão impossível (9).

A revisão do arquivo, no que diz respeito a adamantinomas, da cadeira de Patologia e Terapêutica Aplicadas da Faculdade de Odontologia de Pôrto Alegre, nos permitiu organizar o seguinte quadro:

FICHA	IDADE	COR	SEXO	LOCALIZAÇÃO	DURAÇÃO	RAIO X	CIRURGIA	RECIDIVA	OBSERVAÇÕES
113		B	F	Retro-molar	30 meses	Adamantinoma	Não foi feita ressecção	SIM	O tempo de 30 meses é o intervalo entre a última cirurgia e a atual (1950)
125	15	B	F	Região MSE até tuberosidade	15 dias	N/característico	Não foi feita ressecção		
137	27	B	F	M.I. até o ramo montante		Adamantinoma	Não foi feita ressecção	SIM	Peça de 1950. A paciente volta em 1957 com recidiva
288	35	B	F	Mandíbula E. da linha média para além do ramo montante	13 anos	Adamantinoma	RESSECÇÃO		
334	27	B	M	2 PMID até 3 MIE	5 anos	Adamantinoma	RESSECÇÃO	SIM	Uma cirurgia há 2 anos passados (1955)
347	19	B	M	Da linha média até 2 MIE	12 anos	Adamantinoma	Não foi feita ressecção	SIM	Foi operado aos 7, 12, 15, 16 e aos 19 anos
634	34	B	F	Molares inferiores até ramo montante		Adamantinoma	Não foi feita ressecção	SIM	Recidiva da peça 137
1157	39	P	M	Mandíbula D ramo horizontal	± 4 anos	Adamantinoma	RESSECÇÃO		
1392	16	B	F	Região retro molar E	3 anos	N/característico	RESSECÇÃO		
1115	26	B	M	Ângulo direito da mandíbula	9 meses	Adamantinoma	RESSECÇÃO	SIM	Já havia cirurgia anterior na mesma região

Idade média aproximada: 24 anos 6 meses.

Côr: 9 brancos — 1 preto

Sexo: 7 femininos — 3 masculinos.

Localização: 9 tumores tem sua localização na mandíbula, sendo apenas um localizado no maxilar.

Duração média aproximada: 4 anos e dez meses.

Exame radiográfico: é significativo, pois 7 dos casos foram diagnosticados pelo raio-X.

Cirurgia: em 4 casos foi feita a ressecção, nos demais 6 a remoção do tumor (curetagem).

Recidiva: dos casos considerados 5 são de recidiva, de cirurgias anteriores.

E deve se destacar, a necessidade de um contróle rigoroso post-operatório. Mas um contróle ativo, caso o paciente não venha no dia marcado, escrever-lhe uma carta, solicitando sua presença. Caso persista a ausência, fazer-lhe uma visita em casa. E' necessário que o paciente sinta o interêsse pela sua pessoa.

E isto é necessário para que se possa avaliar com correção a recidiva de adamantinoma. Não se deve jamais dar o doente por curado pelo simples fato dêle não se apresentar para uma nova consulta.

SYNOPSIS:

Ten cases of adamantinomas were studied. The following facts were considered: age, sex, color,

localization, radiographic aspects, duration of tumor, type of surgery and recidivation of tumor. The importance of surgery type in adamantinomas recidivation was emphasized.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, W. A. D. — Pathology. St. Louis, Mosby, 1948, 795 p.
2. CHAHER, J. — Adamantinomas. Pôrto Alegre, 1949.
3. THOMA, K. H. — Patologia bucal. 2 ed. Mexico, UTEHA, 1946.
4. CENTENO, G. A. R. — Cirurgia bucal. Buenos Aires, Ateneo, 1945.
5. GESCHICKTER, C. F. & COPPELAND, M. M. — Tumores de hueso. 3 ed. Buenos Aires, Suescum-Barranchea, 1953.
6. CAHN, L. R. — Patologia da cavidade oral. Rio de Janeiro, Cientifica, 1955.
7. SCHRIRE, T. — Adamantinoma of the mandible. Dental Abstracts, Chicago, 3: 400, Jul., 1958.
8. BONTA, J. A. & JAMES, A. G. — Adamantinoma. Dental Abstracts, Chicago, 2: 134, Mar. 1957.
9. SMALL, I. A. & WALDRON, C. A. — Ameloblastoma of jaws. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology, St. Louis, 8: 293, 1955.