

TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE EM REGIÃO POSTERIOR DE MANDÍBULA: RELATO DE CASO

ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR IN THE POSTERIOR REGION OF THE MANDIBLE: A CASE REPORT

Nathalia Farias Dantas de Figueiredo*
Laís Guimarães Pinto*
Monalisa Santos Silva**
José Murilo Bernardo Neto***
Davi Felipe Neves Costa****
Sirius Dan Inaoka****

Unitermos:

Dente impactado;
Neoplasias bucais;
Cirurgia bucal

RESUMO

Introdução: O tumor odontogênico adenomatóide (TOA) é uma neoplasia epitelial benigna, assintomática, de comportamento não agressivo e crescimento lento. Está associado a um dente incluso e afeta principalmente a região anterior da maxila. O seu diagnóstico diferencial deve ser bem conduzido para evitar cirurgias ablativas extensas. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de tumor odontogênico adenomatóide atípico, associado a um dente impactado na região posterior de mandíbula. **Descrição de caso:** Paciente do sexo feminino, 74 anos, procurou o serviço de cirurgia bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) queixando-se de dor na região posterior de mandíbula, lado esquerdo. Na avaliação física, a mucosa oral apresentava-se com discreta coloração arroxeada e um pequeno aumento de volume na região de rebordo alveolar. Ao exame radiográfico, constatou-se uma lesão radiolúcida unilocular, bem delimitada, no ramo mandibular e associada a um terceiro molar incluso. Foi realizada biópsia incisional da região, sob anestesia local e o material coletado foi encaminhado para análise histopatológica que confirmou a hipótese diagnóstica de TOA folicular intraósseo. Como tratamento, inicialmente, instalou-se um dispositivo descompressor na região que permaneceu por nove meses. Após a regressão da lesão, foi realizada exodontia do elemento dentário associada à enucleação cirúrgica do cisto e coronectomia do segundo molar devido ao risco de fratura mandibular. **Conclusão:** Como forma terapêutica eminente do TOA, a enucleação cirúrgica conservadora e a curetagem da lesão é o tratamento de escolha, com excelente prognóstico.

* Acadêmica do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, PB, Brasil.

** Acadêmica do Curso de Biomedicina do Centro Universitário Maurício de Nassau, João Pessoa, PB, Brasil.

*** Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.

**** Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.

Uniterms:

Tooth, Impacted;
Mouth neoplasms;
Surgery, Oral

ABSTRACT

Introduction: The Adenomatoid Odontogenic Tumor (AOT) is a benign non-aggressive, asymptomatic neoplasm with slow growth. It is often associated with embedded teeth and mainly affects the anterior region of the maxilla. **Purpose:** To report a case of atypical adenomatoid odontogenic, associated with an impacted tooth in the posterior region of the mandible. **Case description:** The patient was a female, 74 years old, looked for dental services in Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), complaining of pain in the posterior region of the left mandible. The oral mucosa presented itself as a slight purple color and a small increase in volume in the alveolar ridge region in the physical evaluation. In the radiographic exam, a radiolucent lesion was found on the left side of the mandibular branch, unilocular, well delimited, associated with an included the third molar, exceeding the cemento-enamel line. It was performed an incisional biopsy of the region, under local anesthesia, and the collected material and sent for histopathological analysis confirmed an adenomatoid odontogenic tumor's diagnostic hypothesis. As a treatment, initially, a decompression device was installed in the region that remains for nine months. After the lesion regressed, the tooth extraction was associated with surgical cyst enucleation and a second molar coronectomy due to mandibular fracture risk. **Conclusion:** As an eminent therapeutic form of adenomatoid odontogenic tumor, conservative surgical enucleation, and curettage of the lesion treat choice with an excellent prognosis.

INTRODUÇÃO

O tumor odontogênico adenomatóide (TOA) é uma neoplasia benigna, assintomática e incomum, de comportamento não agressivo e crescimento lento¹. Sua etiologia, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é originada do epitélio odontogênico².

De todos os tumores odontogênicos, o TOA representa 3% a 7%, com maior incidência nas mulheres, na faixa etária de 10 a 30 anos de idade, principalmente na segunda década de vida. A maioria dos casos afeta maxila em sua porção anterior, incluindo um dente impactado ou supranumerário, com maior acometimento em caninos e incisivos laterais superiores^{3,2}.

O TOA apresenta três variantes: 1) a folicular intraóssea associada a um dente incluído (70% dos casos); 2) a extrafolicular intraóssea sem associação com dente incluído (24% dos casos), e 3) a variante periférica, que é extraóssea e, geralmente, localiza-se em gengiva superior anterior (0 a 6,7% dos casos)⁴.

Radiograficamente, a lesão intraóssea se apresenta como imagem radiolúcida, bem

delimitada, unilocular, envolvendo um dente incluído, com focos radiopacos, que evidenciam pontos de calcificação no seu interior e reabsorção da cortical vestibular. Geralmente, o TOA é descoberto em exames radiográficos de rotina¹⁻².

Suas características mais marcantes são abaulamento da cortical óssea com expansão e/ou obliteração do vestibulo, mobilidade dental, deslocamento de dentes, reabsorções dentárias com atraso ou não erupção de um dente permanente, sem qualquer sintomatologia. Em casos raros, podem apresentar-se como lesão multilocular².

Os aspectos clínico e radiográfico do TOA se assemelham a outras lesões odontogênicas. Seu diagnóstico diferencial é o cisto residual, cisto periodontal lateral, cisto dentígero (77% dos casos de TOA são inicialmente diagnosticados como cisto dentígero), ceratocisto, ameloblastoma, tumor odontogênico epitelial calcificante (TOEC), porém o diagnóstico conclusivo da lesão é dado por meio de análise histopatológica^{5,1,2}.

Histologicamente, apresenta-se como estruturas tubulares ou semelhantes a ductos que podem ser proeminentes, escassos ou, até mesmo, ausentes em uma determinada lesão. Essas estruturas consistem em um espaço central delimitado por uma camada de células epiteliais colunares ou cúbicas⁵.

O tratamento de sucesso para o TOA incide em enucleação cirúrgica conservadora ou curetagem da lesão, ambas com prognóstico favorável e baixas taxas de recidivas. Ademais, para a execução do tratamento são utilizadas como guias as características clínicas e imaginológicas, bem como a evidência histopatológica de uma biópsia incisiva prévia².

De acordo com a incidência relatada na literatura, o tumor odontogênico adenomatóide pode ocorrer em mandíbula, apesar de sua prevalência em maxila⁵. Portanto, o objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de TOA folicular, localizado no lado esquerdo do ramo da mandíbula, tratado cirurgicamente.

Em contrapartida à literatura, esse artigo relata a ocorrência de um caso atípico de TOA folicular na região posterior de mandíbula em paciente com idade avançada, tratado cirurgicamente. Apesar da baixa incidência de TOAs em mandíbula, é possível observar relatos científicos que descrevem a ocorrência de casos incomuns desse tipo de tumor na região anterior de mandíbula⁵.

Estudos descreve que a distribuição na mandíbula acomete 69% dos casos na região anterior 27%, na região pré-molar e poucos na região molar⁶. Com a escassez de relatos

científicos de TOA em mandíbula na região molar, o presente estudo torna-se um caso raro de tumor odontogênico adenomatóide localizado na região posterior de mandíbula em uma mulher de 74 anos.

Sendo assim, o objetivo desse artigo é demonstrar a importância de uma avaliação minuciosa, baseada em evidências clínicas, radiográficas e histopatológicas, com a finalidade de remeter-se ao correto diagnóstico e selecionar o tratamento mais conservador. Dessa forma, é possível viabilizar a preservação da função estomatognática do paciente.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente leucoderma, sexo feminino, 74 anos, hipertensa, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) com queixa álgica na região posterior de mandíbula do lado esquerdo, que a impedia de fazer uso da prótese total há cerca de 6 meses. No exame físico, a mucosa exibia aumento de volume, flácido à palpação e discreta coloração arroxeada na região de rebordo alveolar do elemento dentário 38 (Figura 1).

No exame radiográfico panorâmico, constatou-se uma lesão radiolúcida no lado esquerdo do ramo da mandíbula, unilocular, bem delimitada, medindo aproximadamente 20 mm, associada a um terceiro molar incluso horizontal, que ultrapassava a linha amelocementária (Figura 2).



Figura 1. Aspecto intraoral inicial - evidencia aumento de volume na região de rebordo alveolar e discreta coloração arroxeada.

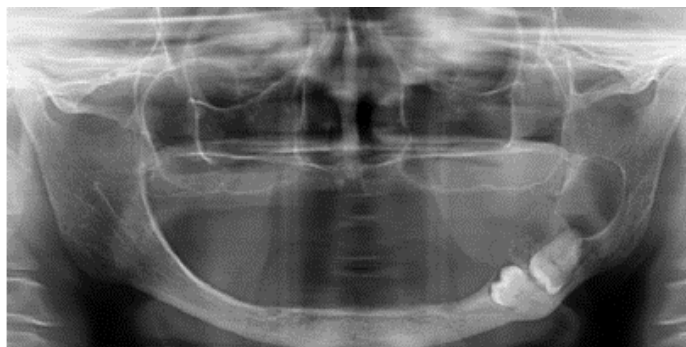


Figura 2. Avaliação pós-operatória realizada 14 dias após remoção da lesão.

A paciente foi submetida à biópsia incisional (Figura 3A) sob anestesia local com articaína 4% associado com adrenalina 1:100.000. No mesmo tempo cirúrgico foi instalado um dispositivo para descompressão e utilizou-se uma sonda de aspiração número 8 (Figura 3B). Ao final do procedimento, foi prescrito analgésico e anti-inflamatório não esteroidal (Dipirona 500mg de 6 em 6 horas e Meloxicam 7,5mg de 12 em 12 horas ambos por 3 dias).

O material coletado foi acondicionado em formol 10% e encaminhado para análise histopatológica, que teve como resultado o diagnóstico de tumor odontogênico adenomatóide. Foram solicitadas radiografias panorâmicas a cada 3 meses para acompanhamento do tamanho da lesão. Após 9 meses de descompressão, foi observada regressão da lesão e então decidido realizar a enucleação completa (Figura 4).

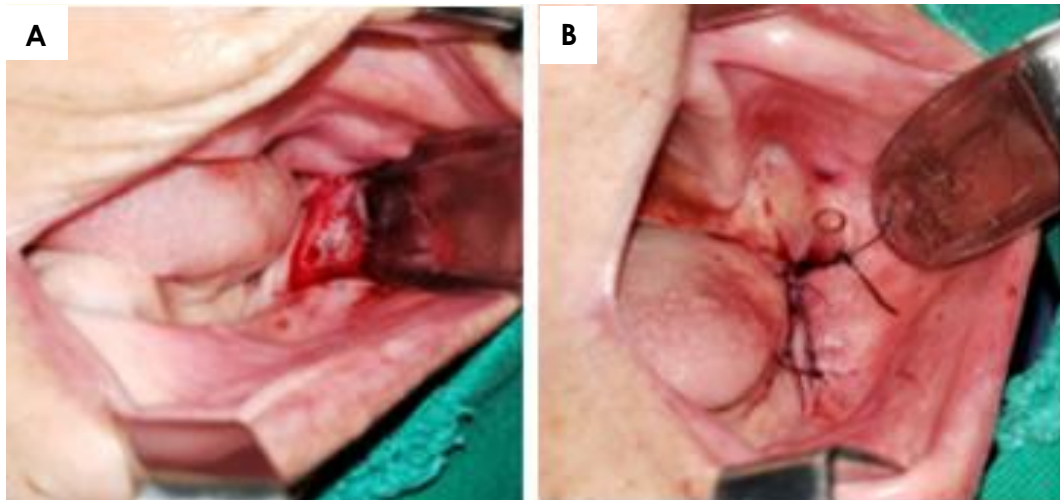


Figura 3. Procedimento cirúrgico - Aspecto trans-operatório da biópsia incisional (A) e Instalação do dispositivo de descompressão (B).

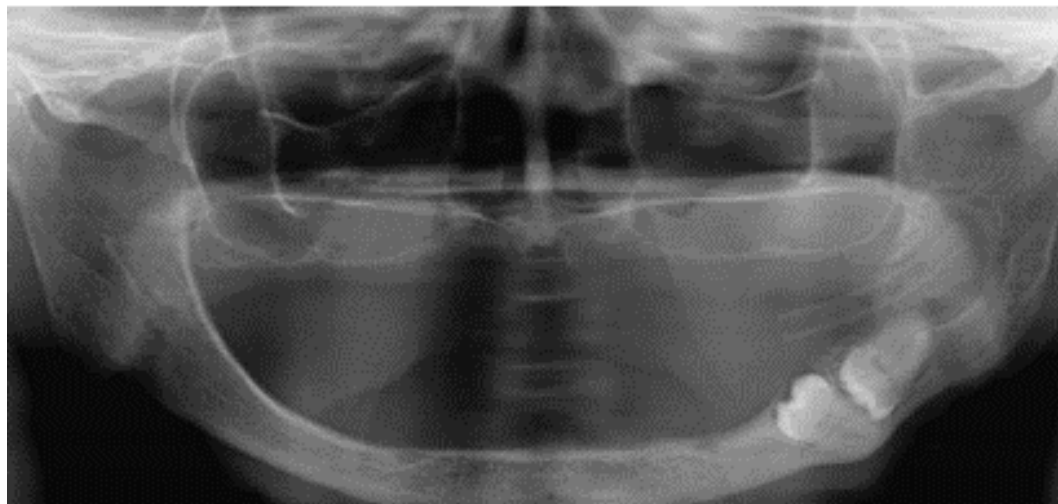


Figura 4. Radiografia panorâmica após 9 meses de descompressão - evidencia formação óssea e redução da lesão.

A cirurgia de enucleação da lesão remanescente foi realizada sob anestesia geral. Primeiramente foi removido o dispositivo de descompressão e então um retalho mucoperiosteal no rebordo alveolar mandibular esquerdo. Foi realizada exodontia do elemento dentário 38 por meio osteotomia da parede

óssea vestibular e uso de elevadores e em seguida a enucleação cirúrgica do cisto foi executada com uso de curetas. Optou-se por realização de coronectomia da unidade 37 devido ao risco de fratura mandibular e não envolvimento com a lesão (Figuras 5A e 5B).

O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências. A peça cirúrgica foi acondicionada em formol 10% e encaminhada para avaliação anatomopatológica, que confirmou o diagnóstico inicial de TOA. A paciente encontra-se em acompanhamento e a

radiografia panorâmica de 1 ano de controle evidencia formação óssea, ausência de sinais de recidiva e raiz residual do elemento 37 (Figura 6). A paciente segue sem queixas e sem dificuldades de usar a prótese dentária.

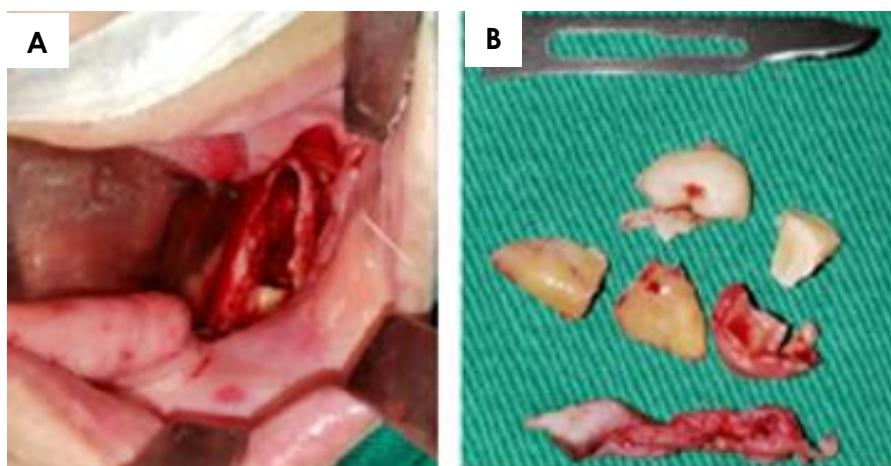


Figura 5. Aspecto transoperatório da cavidade cística após enucleação cirúrgica da lesão (A) e Lesão remanescente removida e remanescentes dentários da exodontia do 38 e da coronectomia do 37 (B).

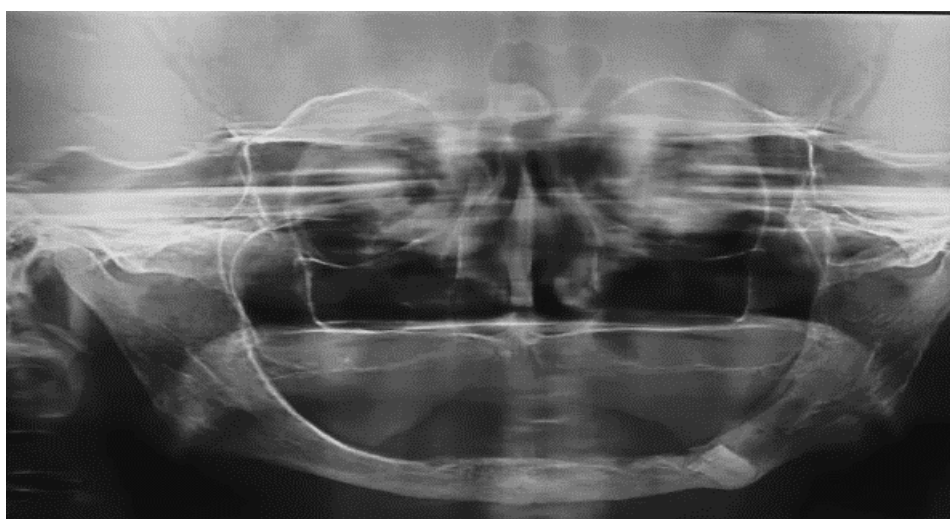


Figura 6. Radiografia pós-operatória de 1 ano evidenciando ausência da lesão e raiz residual do 37.

DISCUSSÃO

O correto diagnóstico do tumor odontogênico adenomatóide é imprescindível para evitar procedimentos cirúrgicos ablativos e estar fundamentado em um exame anatomopatológico minucioso⁵. O presente

caso torna-se intrigante devido à presença atípica do TOA em faixa etária e em localização anatômica incomuns associado a um terceiro molar impactado⁵.

O TOA apresenta uma incidência de 3 a 7%

de todos os tumores odontogênicos e ocupa o quinto lugar, superado apenas pelos odontomas, cementoblastomas, mixomas e ameloblastomas⁸. O estudo de Matos (2012), corrobora com a prevalência descrita e aponta relatos que dois terços desses tumores são diagnosticados em mulheres em relação aos homens, em sua segunda década de vida e que 90% dos casos são encontrados antes dos 30 anos⁹. Ademais, esse tumor é definitivamente incomum em pacientes com mais de 30 anos¹⁰.

A prevalência na distribuição de gêneros pode variar dependendo da região geográfica¹¹. Em alguns países asiáticos como a Sri Lanka essa incidência pode chegar a ser 3,2: 1 e no Japão, 3: 1,6¹². Em contrapartida, esse estudo relata um caso incomum, já que foi diagnosticado em uma mulher de 74 anos, com o acometimento da região posterior da mandíbula, associada a um terceiro molar impactado.

As variantes do TOA são descritas como folicular intraósseo, extrafolicular intraósseo e periférico. A folicular é a mais comum, com uma representatividade de 70% dos casos, seguido pelo tipo extrafolicular intraósseo, responsável por 24%, e uma variante rara do tipo periférico, com apenas 2,3% de todos os TOAs^{11,12}. O tumor odontogênico adenomatóide do tipo extrafolicular tende a se manifestar em pacientes mais velhos do que os outros tipos¹³. Sendo assim, o presente relato de caso, contribuiu com mais uma incidência de TOA folicular intraósseo associado a um terceiro molar impactado.

A literatura relata que a região anterior da maxila é o local mais comum de ocorrência⁸. O tumor atinge a maxila duas vezes mais que a mandíbula^{10,11}. A razão maxila mandíbula 10:1 é relatada na variante periférica¹¹. No entanto, novos estudos relatam que a região anterior de mandíbula foi recentemente sugerida como um local de ocorrência para essa condição¹³.

No que se refere ao desenvolvimento do tumor em locais incomuns, a predileção é pelas regiões anterior e posterior da mandíbula¹¹. Neste caso o TOA estava na região posterior da mandíbula, uma região considerada rara para o surgimento do tumor.

Clinicamente, as lesões são caracterizadas como assintomáticas associadas à expansão cortical, com presença típica de edema, que

pode variar de leve não agressiva à comportamento agressivo, como também o edema pode ser ausente^{7,9,13}. A paciente do presente estudo, demonstrou aspectos semelhantes ao que a literatura relata, um aumento de volume na região de rebordo alveolar com uma discreta coloração arroxeada.

A apresentação radiográfica desse caso também é semelhante ao descrito na literatura, o que confirma um comportamento lento e benigno para essa neoplasia. Foi constatada uma lesão radiolúcida no lado esquerdo do ramo da mandíbula, unilocular, bem delimitada, medindo aproximadamente 20 mm, associada a um terceiro molar incluso, ultrapassando a linha amelocementária.

Em cerca descreve que em cerca de 75% dos casos, o tumor surge como uma lesão radiolúcida circunscrita, unilocular, que envolve a coroa de um dente não erupcionado¹⁰. A imagem radiolúcida associada ao tipo folicular do TOA se estende apicalmente ao longo da raiz, passando da junção amelocementária. Esse perfil pode ser útil para diferenciá-lo do cisto dentífero, já que no cisto a imagem radiolúcida envolve apenas a porção coronal do dente impactado¹².

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), o TOA é definido como um tumor odontogênico de origem epitelial, com estruturas do tipo ductos e com graus variados de alterações no tecido conjuntivo, conteúdo cístico, eosinofílico, estruturas foliculares com células cilíndricas em paliçada e núcleos polarizados com a presença e ou ausência de focos de calcificação^{7,11,14}. Os aspectos histopatológicos dessa lesão são específicos, no entanto alguns tumores odontogênicos adenomatoides podem apresentar áreas focais semelhantes ao tumor odontogênico epitelial calcificante, ao odontoma ou ao cisto odontogênico calcificante¹⁰.

Como forma de tratamento para esse tumor, a enucleação cirúrgica conservadora e a curetagem da lesão é o tratamento de escolha^{7,12}. Geralmente o tumor está bem encapsulado, o que permite a completa remoção do tumor sem sinais de recorrência e com um prognóstico excelente¹⁴. Para caso exposto, por se tratar de uma mandíbula atrófica e pelo risco de fratura mandibular iminente, foi instalado um dispositivo de

descompressão previamente para permitir a regressão da lesão e posteriormente realização da enucleação com menor morbidade.

O diagnóstico tardio do presente caso pode ser devido ao lento crescimento e a ausência da erupção dentária¹⁰. No acompanhamento de controle, a paciente do caso relatado permaneceu assintomática e após 1 ano do procedimento cirúrgico é possível evidenciar formação óssea, ausência de sinais de recidiva da lesão e a raiz residual do elemento 37.

É relevante distinguir o TOA de outras entidades patológicas, uma vez que a abordagem terapêutica, o prognóstico, a reabilitação e a preservação do pós cirúrgico divergem de outras lesões. O tratamento destinado a esse tipo de tumor deve ser condizente com a literatura, a fim de proporcionar ao paciente uma terapêutica conservadora sem danos psicológicos e sociais⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desse relato incomum de tumor odontogênico adenomatóide em região posterior de mandíbula em uma mulher de 74 anos, é possível constatar que o protocolo de tratamento estabelecido é equivalente para as demais variações desse tumor. Sendo assim, a enucleação cirúrgica conservadora e a curetagem da lesão é o tratamento de eleição com prognóstico excelente. Visto que, após 1 ano do procedimento cirúrgico é possível evidenciar na radiografia panorâmica formação óssea e ausência de sinais de recidiva da lesão.

REFERÊNCIAS

1. Maia FPA, Pinto PS, Luana AHB. Tumor odontogênico adenomatóide simulando cisto periapical: relato de caso clínico. Rev. Gaúch. Odontol. 2017 Jan/Mar; 65(1):92-5.
2. Melo BR, Gonçalves FLN, Silva PF, Almeida MCL, Hage CA, Pontes HA. Tumor odontogênico adenomatóide folicular em maxila - Relato de Caso. Rev. Cir. traumatol. buco-maxilo-fa. 2015 Out/Dez;15(4):59-64.
3. Vélez JJU, Ramos TMS, Urbizo OD. Tumor odontogênico adenomatoide extrafolicular de localização mandibular. Revista de Estomatologia Cubana. 2018 Jul/Set;55(3):1-8.
4. Câmara PR, Dutra SN, Carmo AB, Takahama Júnior A, Azevedo RS. Tumor odontogênico adenomatoide: relato de um caso clínico destacando os seus principais diagnósticos diferenciais. Rev. Bras. Odontol. 2016 Out/Dez;73(4):348-52.
5. Silva LMP, Reis JBO, Cardoso JA, Uzêda e Silva VD, Cancio AV, Farias JG. Tumor odontogênico adenomatoide mimetizando um cisto radicular. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. 2015 Abr/Jun;15(2):8-12.
6. Botero MLM, Rivera EJS, Cardona MNM, Muñoz LBS, Peláez DAC. Tumor odontogênico adenomatóide. Relato de caso e revisão da literatura. Av Odontoestomatol. 2017 Julho/Agosto;33(4):3-10.
7. Katiyar A, Gupta S, Gupta K, Pandey M. Trauma to Tumor: A Hunt of Adenomatoid Odontogenic Tumor—A Rare Case Report. Int J Clin Pediatr Dent. 2019 Jul/Ago;14(4):366-69.
8. Mosavat F, Rashtchian R, Zeini N, Pour GD, Charlie SM, Mahdavi N. Extrafollicular Adenomatoid Odontogenic Tumor Mimicking a Periapical Cyst. Case Reports in Radiology. 2018 Abr/Jul;20(18):1-6.
9. Matos FR, Nonaka CFW, Pinto LP, Souza LB, Freitas RA. Adenomatoid Odontogenic Tumor: Retrospective Study of 15 Cases with Emphasis on Histopathologic Features. Head and Neck Pathol. 2012 Dez;6(4):430-7.
10. Neville, B. Patologia oral e maxilofacial. In: Cistos e tumores odontogênicos. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. p.714-718.
11. Kumar R, Singh RK, Pandey RK, Mohammad S. Peripheral adenomatoid odontogenic tumor: report of a rare case. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research. 2012 Jan/Abr;2(1):57-60.
12. Nigam S, Gupta SK, Chatuverdi KU. Adenomatoid Odontogenic Tumor - A Rare Cause of Jaw Swelling. Braz Dent J. 2005 Fev;16(3):251-53.
13. Al-shimari F, Chandra S, Oda D. Adenomatoid odontogenic tumor: Case series of 14 with wide range of clinical

- presentation. J Clin Exp Dent. 2017
Nov;9(11):1315-21.
14. Neha S, Santosh M, Sachin MG, Pooman
SR, Simranjit S, Abdul KA. Adenomatoid
- .

odontogenic tumour: An enigma. Saudi
Dental Journal. 2018 Jan/Out; 30(1):94-96.

Endereço para correspondência

Laís Guimarães Pinto
E-mail: lais_gp@hotmail.com

