

Tumor odontogênico adenomatóide em mandíbula

Tumor odontógeno adenomatoide de la mandíbula

Adenomatoide odontogenic tumor in mandible

Roberto de Almeida Azevedo^I, Bráulio Carneiro Júnior^{II}, Lúcio Costa Safira Andrade^{III}, Carlos Henrique Silveira de Castro^{IV}

^I Doutor em Radiologia. Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial. Cirurgião Bucomaxilofacial. Licenciado em Odontologia. Hospital Santo Antônio, Brasil.

^{II} Mestre em Clínica Odontológica pela Universidade Federal da Bahia. Cirurgião Bucomaxilofacial facial. Licenciado em Odontologia. Hospital Santo Antônio. (Obras Sociais Irmã Dulce), Brasil.

^{III} Mestre em Clínica Odontológica. Cirurgião Bucomaxilofacial. Licenciado em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia, Brasil.

^{IV} Licenciado em Odontologia. Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce), Brasil.

RESUMEN

El tumor odontógeno adenomatoide es una lesión relativamente infrecuente que afecta principalmente a las mujeres durante la segunda década de vida, porque su sitio predilecto es la región anterior de la mandíbula, con una lesión por lo general asociada con la corona del diente. Se reporta un caso de tumor odontógeno adenomatoide en la región anterior de la mandíbula junto con sus resultados clínicos, radiológicos e histológicos así como su tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: tumor odontógeno adenomatoide, adenoameloblastoma, tumor odontógeno.

ABSTRACT

Adenomatoid odontogenic tumor is a relatively uncommon lesion, which affects mainly individuals of the female during the second decade due, showing as a site of predilection for the anterior region of the maxilla presenting lesion usually associated with the crown of a tooth incluso. Os authors report a case of an adenomatoid odontogenic tumor in the anterior region of mandible, together with their clinical, radiographic and histological and its surgical treatment.

Key words: adenomatoid odontogenic tumor, adenoameloblastoma, odontogenic tumor.

RESUMO

Tumor odontogênico adenomatóide é uma lesão relativamente incomum, que acomete preferencialmente indivíduos do sexo feminino durante a segunda década de vida. Exibe como sítio de predileção a região anterior da maxila, é geralmente associado à coroa de um dente incluso. Este trabalho tem o objetivo de apresentar um caso clínico de tumor odontogênico adenomatóide. Este se apresenta localizado em região anterior da mandíbula. Pretende-se ainda abordar suas características clínicas, radiográficas e histológicas, além do tratamento cirúrgico conservador de eleição.

Descritores: tumor odontogênico adenomatoide, adenoameloblastoma, tumor odontogênico.

INTRODUÇÃO

O tumor odontogênico adenomatóide (TOA) é uma lesão relativamente incomum, de origem do epitélio odontogênico, que foi descrita primeiramente por Gash, em 1934. Stafne (1948), porém, foi o primeiro a reconhecê-lo como entidade. Até então, a lesão era considerada uma variante do ameloblastoma e era denominada odontoameloblastoma.¹ Somente em 1969, Philipsen e Birn estabeleceram sua denominação atual, sendo reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1971, como uma neoplasia benigna de origem ectodérmica.^{2,3}

Clinicamente, apresenta-se como uma lesão de crescimento lento, com pouca ou nenhuma sintomatologia dolorosa, causando expansão óssea. Acomete, preferencialmente, a região de caninos e pré-molares, tanto na maxila quanto na mandíbula, sendo a predominância pela maxila evidente, na proporção de 2:1.⁴⁻⁶

Considerado uma lesão pouco freqüente que representa aproximadamente 3 % dos tumores odontogênicos. Philipsen (1991) realizou um estudo com 499 casos de TOA, onde constatou que o sexo feminino é mais acometido, numa proporção de 2:1, e que é diagnosticado numa restrita faixa etária -entre os 10 e 30 anos- com a maioria dos casos aparecendo na segunda década de vida.⁷⁻¹⁰ A intra-óssea é mais comum na maxila que na mandíbula, numa relação de 2,1:1, e a periférica é encontrada quase que exclusivamente, na região anterior de maxila.^{11,12}

Radiograficamente, o TOA apresenta-se como uma área radiolúcida de contornos bem definidos por uma cortical óssea, que, dependendo do estágio de maturação da lesão, poderá ou não conter em seu interior focos radiopacos compatíveis com zonas calcificadas.¹³⁻¹⁵ Contudo a lesão pode ou não estar associada a um dente não irrompido, dos quais 60% são caninos.^{16,17}

Philipsen subclassificou o TOA, de acordo com três variantes:⁸

Folicular: onde o tumor está associado à coroa de um dente não irrompido e corresponde a 73 % das lesões intra-ósseas; essa variante é bastante confundida com o cisto dentígero.

Extra-folicular: onde o tumor não está associado a um dente incluso, encontrando-se em uma posição interradicular, provocando, na maioria das vezes, afastamento radicular das unidades vizinhas à lesão. Nesses casos, o diagnóstico diferencial é feito com o cisto residual e o cisto periodontal lateral.

Extra-óssea ou periférica: geralmente essa variante é diagnosticada como fibroma gengival ou epúlida fibrosa, podendo apresentar discreta erosão da cortical óssea alveolar.

Histologicamente, nota-se a proliferação de células epiteliais semelhantes aos pré-ameloblastos que se agrupam em massas, formando estruturas semelhantes a ductos denominadas pseudo-ductos. Nessas massas, as células tomam forma cuboidal.^{18,19} Esses pseudo-ductos, em algumas áreas, estão preenchidos por material eosinófilo e, em outras regiões, esse material é escasso ou completamente inexistente. Algumas vezes, materiais calcificados são encontrados entre esses pseudo-ductos.^{10,20-22}

O TOA deve ter seu diagnóstico bem diferenciado de algumas lesões, a exemplo de ameloblastoma, uma vez que o prognóstico desse é bem mais duvidoso por se tratar de um tumor mais agressivo e devido a sua associação com dentes não irrompidos, deve-se incluir o cisto dentígero.^{9,23,24} Acrescenta-se, ainda, o cisto residual, cisto periodontal lateral e, quanto à presença de focos radiopacos, o diagnóstico diferencial deve ser realizado com cisto odontogênico calcificante e o tumor odontogênico epitelial calcificante.⁴ Considerando que o TOA é um tumor benigno e apresenta comportamento não agressivo, caracterizado por crescimento lento e progressivo, baixa tendência à recidiva e pela presença de uma cápsula indicativa de ausência de invasão aos tecidos circunjacentes, o tratamento eleito é cirúrgico conservador por excisão e curetagem.^{17,19,25} De acordo com a posição e do envolvimento do dente não irrompido associado à lesão, deve-se ou não preservá-lo, tracionando-o ortodonticamente.⁶

Este artigo informa um caso de tumor Odontogênico Adenomatoide localizado em região de sínfise mandibular abordando suas características clínicas, radiográficas e histológicas, além do tratamento cirúrgico conservador de eleição.

RELATO DO CASO

Paciente (MNCS), 17 anos de idade, gênero feminino, faioderma, procedente de Jequié-BA, compareceu ao ambulatório do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio-Associação Obras Sociais Irmã Dulce

com queixa de aumento de volume em região mentoniana. Durante a anamnese relatou que a tumefação estava presente há cerca de 06 meses, sem dor ou sangramento e que lhe causava uma grande deficiência estética (Fig. 1). Ao exame clínico extrabucal, observou-se significativo aumento de volume em região anterior de mandíbula. No exame intrabucal, constatou-se uma tumefação na região compreendida entre os pré-molares com mau posicionamento dentário das unidades envolvidas e ausência da unidade 3.2. À palpação, a lesão possuía consistência firme e a mucosa apresentava coloração de aspecto normal (Fig. 2).



Fig. 1. Apresentando aumento de volume em região mentoniana.



Fig. 2. Apresenta aumento de volume com observação intra-oral.

Exames radiográficos panorâmico e oclusal foram realizados na paciente, onde evidenciavam uma zona radiolúcida bem delimitada com poucos focos radiopacos em seu interior envolvendo, por completo, a unidade dental 3.2. Estendia-se do 1º pré-molar esquerdo ao 2º pré-molar direito, sendo que as raízes das unidades

envolvidas apresentavam-se bastante divergentes e algumas com processo de reabsorção (Fig. 3). Foi realizada uma biópsia incisional sob anestesia local, juntamente com uma punção aspirativa que confirmou a natureza sólida da lesão. Os achados histológicos de parede do cisto revestidos pela proliferação células epiteliais com formação central de células acinares-similes com material eosinofílico central e ainda com deposição de calcioesferita confirmaram o diagnóstico de (TOA), o que contrariou a suspeita clínica inicial de ameloblastoma, devido às características clínico-radiográficas da lesão.



Fig. 3. Apresenta visão radiográfica da lesão evidenciando a unidade 3.2 inclusa.

O tratamento cirúrgico realizado foi a exérese do tumor por curetagem, sob anestesia geral, após constatação da normalidade dos exames pré-operatórios solicitados. O tumor apresentava-se encapsulado, o que tornou possível sua completa excisão e preservação dos feixes vásculo-nervosos mentonianos bilateralmente. A unidade dental 3.2 foi removida juntamente com a lesão e as outras unidades foram mantidas para a realização de tratamento endodôntico posterior. Durante o período de 03 meses, a paciente foi acompanhada e não houve qualquer relato de incômodo no pós-operatório, nem mesmo parestesia ou qualquer sinal de recidiva da lesão. A radiografia panorâmica de cerca de 100 dias após a cirurgia confirma tal achado clínico e evidencia neo-formação óssea na região. A paciente continua sendo acompanhada e encontra-se sob tratamento endodôntico das unidades dentais próximas à lesão (Figs. 4 y 5).



Fig. 4. Aspecto radiográfico demonstrando formação óssea, observado em de retorno de 100 dias.



Fig. 5. Aspecto facial da paciente na consulta de retorno de 100 dias, demonstrando contorno facial harmonioso.

DISCUSSÃO

O TOA tem características bem definidas, sendo a maior incidência é encontrada na maxila. Na maioria dos casos está associada a dentes retidos, com maior frequência relacionada aos dentes caninos. O tamanho geralmente varia entre 1,5 a 3 cm, mas

existem relatos de tumor com aproximadamente 9 cm.³ Segundo os relatos geralmente se localiza na região anterior da maxila, porém neste caso a lesão foi observada na região anterior da mandíbula. Mede em seu maior diâmetro 0,5 cm, e está associado a um dente incisivo.

Há predominância para este tipo de tumor é o sexo feminino, numa proporção 2:1, com maior frequência na segunda década de vida,^{2,4,16,20-23} sendo essas características encontradas neste presente caso, o qual a paciente do sexo feminino e 17 anos de idade.

A incidência é mais comum na maxila que na mandíbula, numa relação de 2,1:1, o que diferiu quanto ao caso encontrado em nosso serviço, pois este se apresentou em região anterior de mandíbula.^{2,6} Na maioria dos casos a imagem radiográfica é uma área radiolúcida, bem limitada, circunscrita, unilocular associada a um canino superior incluso o que difere do caso encontrado, pois estava associado a um incisivo lateral inferior.^{8,26}

Deve-se atentar para que não haja erro diagnóstico entre TOA e o ameloblastoma, pois mesmo que ambas lesões tenham origem odontogênica, elas diferem quanto à idade, sexo, a incidência, localização anatômica, tipo de tratamento e recidiva, além de também terem distintivo aspectos histológicos.^{1,4} Neste presente trabalho, o grande aumento do volume encontrado levou a suspeita clínica de ameloblastoma, no entanto, a biópsia incisional prévia ao tratamento final revelou a verdadeira natureza do tumor, permitindo a elaboração de um plano de tratamento adequado.

O TOA é tratado cirurgicamente por enucleação e curetagem, com exclusividade remoção da lesão, sem tendência de recidiva.^{4,15,17-19} No presente caso, a abordagem cirúrgica permitiu uma neoformação óssea na região, verificada pela radiografia de controle, bem como o regresso das raízes que haviam sido encontradas deslocadas da sua posição inicial.

É importante relatar que radiograficamente se torna praticamente impossível o diagnóstico preciso, pois pode ser confundido com uma série de outras patologias. Destaca-se a intervenção cirúrgica conservadora como forma de tratamento de eleição nos casos de tumores odontogênicos adenomatóides e a estrutura patológica incluindo o elemento dentário atingido devem-se obrigatoriamente serem enviados a avaliação histopatológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Philipsen HP, Birn H. The adenomatoid odontogenic tumor; ameloblastic adenomatoid tumor; or adenoameloblastoma. *Acta Pathol Microbiol Scand.* 1969;75:375.
2. Philipsen HP, Reichart PA, Zhang KH. Adenomatoid odontogenic tumor: Biologic profile based on 499 cases. *J Oral Pathol Med.* 1991;20:149.
3. Lee JK, Lee KB, Hwang BN. Adenomatoid odontogenic tumor: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58:1161-4.
4. Neville BW, Douglas DD, Carl MA, Jerry EB. *Patologia oral e maxilofacial.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1998. p. 703.

5. Reis SRA, et al. Tumor odontogênico adenomatóide: relato de um caso. Rev. Fac. de Odontologia/UFBA. 1991;10:11.
6. Philipsen HP, Reichart PA, Nikai H. The adenomatoid odontogenic tumour (AOT): an update. Oral Med Pathol. 1997;2:55-60.
7. Philipsen HP, Reichart PA. Adenomatoidodontogenic tumor: facts and figures. Oral Oncology. 1998;35:125-13.
8. Cudney N, Persico J, Cordell KG, D'silva NJ. Adenomatoid odontogenic tumor developing in association with an odontoma: report of a case. Quintessence Int. 2008;39,8:693-7.
9. Nonaka CFW, Souza LB, Quinderé LB. Tumor odontogênico adenomatóide associado a cisto dentígero: relato de um caso incomum/Adenomatoid odontogenic tumour associated with dentigerous cyst: unusual case report. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73,1:135-7.
10. Ide F, Mishima K, Saito I, Kusama K. Rare peripheral odontogenic tumors: report of 5 cases and comprehensive review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;106,4:22-8.
11. Nigam S, Gupta SK, Chaturvedi KU. Adenomatoid odontogenic tumor - a rare cause of jaw swelling. Braz Dent J. 2005;16,3:251-3.
12. Santos JN, Lima FO, Romério P, Souza VF. Adenomatoid odontogenic tumor: an unusual case exhibiting cribriform aspect. Quintessence Int. 2008;39(9):777-81.
13. Friedrich RE, Scheuer HA, Zustin J. Adenomatoid odontogenic tumor (AOT) of maxillary sinus: case report with respect to immunohistochemical findings. *In vivo*. 2009;23,1:111-6.
14. Garg D, Palaskar S, Shetty VP, Bhushan A. Adenomatoid odontogenic tumor - hamartoma or true neoplasm: a case report. J Oral Sci. 2009;51,1:155-9.
15. Chuan-Xiang Z, Yan G. Adenomatoid odontogenic tumor: a report of a rare case with recurrence. J Oral Pathol Med. 2007;36,7:440-3.
16. Toledo O A, et al. Tumor odontogênico adenomatóide. RGO. 1994;42,1:31-34.
17. Ogata DC, Ioshii SO, Sassi LM, Felizola SJA, Ribeiro R. Tumor odontogênico adenomatóide extrafolicular: uma apresentação infreqüente de um tumor raro/ Extrafollicular adenomatoid odontogenic tumor: an unusual presentation of a rare tumor. Rev Bras Cir cabeça pescoço. 2008;37,4:234-5.
18. Vasconcelos BCE, Silva EDO, Frota R, Carneiro SCS. Tumor odontogênico adenomatóide em maxila. Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Fac. 2003;3,3:15-19.
19. Vasconcelos BCE, Frota R, Cardoso ÁB, Porto GG, Carneiro SCAS. Tumor odontogênico adenomatóide/Adenomatoid odontogenic tumor. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008;74,2:315-8.
20. Ajagbe HA, Daramola JO, Junaid TA. Adenomatoid odontogenic tumor in a black african population: report of thirteen cases. J Oral and Maxillofac Surg. 1985;43,9:683-7.

21. McGuff HS, Alderson GL, Jones AC, Edgin WA. Oral and maxillofacial pathology case of the month. Adenomatoid odontogenic tumor. Tex Dent J. 2008;125,12:1192-5.
22. Silva MS, Freire EG, Anjos ED, Silva LCF. Tumor Odontogênico Adenomatóide: relato de caso clínico/Adenomatoid odontogenic tumor: a case report. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac. 2004;4,4:246-51.
23. Swasdison S, Dhanuthai K, Jainkittivong A, Philipsen HP. Adenomatoid odontogenic tumors: an analysis of 67 cases in a Thai population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;105,2:210-5.
24. Botelho TL, Araujo MBG, Bueno TS, Andrade LAP, Maranhão C. Tumor odontogênico adenomatóide: relato de caso clínico/Adenomatoid odontogenic tumor: report of case. Rev Bras Patol Ora. 2005;4,3:177-81.
25. Borges SP, Santos LAN, Paula AMB, Martelli Júnior H. Tumor odontogênico adenomatóide/Adenomatoid odontogenic tumor. Rev Bras Odontol. 2005;62,1/2:113-4.
26. Stafne EC. Epithelial tumors associated with developmental cysts of the maxilla: Report of 3 cases. Oral Surg. 1948;1:887.

Recibido: 19 de enero de 2011.

Aprobado: 4 de febrero de 2011.

Dr. *Carlos Henrique Silveira de Castro*. Ladeira do Acupe de Brotas. Bairro Brotas.
E-mail: carloshsilveirac@hotmail.com