

Faculdades Integradas de Patos
 Curso de Medicina
 v. 5, n. 3, jul/set. 2020, p. 1-7.
 ISSN: 2448-1394



Journal of Medicine
 and Health Promotion

TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATOIDE EXTRAFOLICULAR EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO

EXTRAFOLLICULAR ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR IN MANDIBLE: CASE REPORT

George Borja de Freitas
 Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
george_borja@hotmail.com

Arthur José Barbosa de França
 Hospital Getúlio Vargas – HGV – Recife – Pernambuco - Brasil
arthur.jb.franca@hotmail.com

Jhonatan Thiago Lacerda-Santos
 Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
thiagolacerda11@hotmail.com

André Gustavo Góes da Silva
 Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife – Pernambuco - Brasil
andregoes1992@gmail.com

Miqueias Oliveira de Lima Júnior
 Hospital Getúlio Vargas – HGV – Recife – Pernambuco - Brasil
miqueias_lima_junior@hotmail.com

Riedel Frota Sá Nogueira Neves
 Hospital Getúlio Vargas – HGV – Recife – Pernambuco - Brasil
riedelfrota@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Este trabalho tem por objetivo relatar as características clínicas e radiográficas de um tumor odontogênico (TOA) extrafolicular em mandíbula, tratado cirurgicamente com ressecção marginal. **Método:** Paciente do sexo feminino, 31 anos de idade, apresentando assimetria em face com aumento de volume em hemi-mandíbula esquerda há aproximadamente 10 anos. O exame tomográfico evidenciou imagem hipodensa em região posterior de mandíbula esquerda, com aproximadamente 04 cm em seu maior diâmetro. Após biópsia incisional e análise histopatológica, chegou-se ao diagnóstico de Tumor Odontogênico Adenomatoide. Através de um acesso intraoral foi realizada a enucleação total da lesão com ressecção marginal. Realizou-se a instalação de placa de fixação e reconstrução através de enxerto da crista ilíaca. **Resultados:** A partir do tratamento realizado, a paciente está em proervação há 2 anos, sem indícios clínicos de recidiva da lesão. **Conclusão:** O presente caso relatado aumenta o conhecimento sobre características clínicas, radiográficas, histopatológicas e tratamento cirúrgico do TOA extrafolicular em região posterior da mandíbula.

Palavras-Chave: Tumores Odontogênicos. Neoplasias Maxilomandibulares. Mandíbula.

ABSTRACT

Objective: This work aims to report the clinical and radiographic characteristics of an extrafolicular Odontogenic Tumor (AOT) in the mandible, surgically treated with marginal resection. **Method:** Female patient, 31 years old, presenting asymmetry in the face with increased volume in the left hemi-mandible for approximately 10 years. The tomographic examination showed a hypodense image in the posterior region of the left mandible, with approximately 04 cm in its largest diameter. After incisional biopsy and histopathological analysis, the diagnosis of Adenomatoid Odontogenic Tumor was reached. Through intraoral access, total enucleation of the lesion was performed with marginal resection. The fixation and reconstruction plate was installed by grafting the iliac crest. **Results:** Based on the treatment performed, the patient has been in treatment for 2 years, with no clinical evidence of lesion recurrence. **Conclusion:** The present case report increases the knowledge about clinical, radiographic, histopathological characteristics and surgical treatment of extrafolicular TOA in the posterior region of the mandible.

Keywords: Odontogenic Tumors. Jaw Neoplasms. Mandible.

1. Introdução

O tumor odontogênico adenomatoide (TOA) é um tumor odontogênico benigno, raro, de origem epitelial, que corresponde a aproximadamente 3% de todos os tumores odontogênicos¹⁻². O termo "tumor odontogênico adenomatoide" foi relatado pela primeira vez em 1969, por Philipsen e Birn³. Posteriormente, em 1971 foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na classificação de tumores odontogênicos e descrito como um tumor odontogênico composto apenas por epitélio odontogênico em uma variedade de padrões histoarquiteturais⁴.

O TOA é classificado em três variantes: o subtipo folicular, que ocorre intra-ósseo e está associado a coroa de um dente impactado; o subtipo extrafolicular, que também ocorre intra-ósseo e se apresenta acima, entre, ou sobreposta às raízes de dentes permanentes irrompidos; e o subtipo periférico, que ocorre extraósseo e geralmente aparece na gengiva como um fibroma gengival ou epúlida^{1,5-7}. O subtipo folicular, representa a variante mais comum com até 70% dos casos⁵.

Clinicamente, o TOA se apresenta como um aumento de volume, assintomático, de crescimento lento e progressivo⁸⁻⁹. Lesões em maiores proporções, podem apresentar expansão das corticais ósseas¹⁰. Acomete principalmente a região anterior da maxila, em pacientes do sexo feminino, na segunda década de vida^{2,5}. Microscopicamente, o TOA é caracterizado por células epiteliais fusiformes dispostas em espirais ou rosetas, podendo apresentar estruturas tubulares, material amilóide e mineralização¹¹, envolvido por uma cápsula fibrosa bem desenvolvida¹. Pequenos focos de calcificação podem ser observados dispersos por todo o tumor e ocasionalmente, pode apresentar moderado pleomorfismo nuclear⁸.

Geralmente, este tumor é descoberto através de exame radiográfico de rotina, no qual se observa lesão radiolúcida, unilocular, associada a coroa de um dente não erupcionado¹². E o elemento dentário impactado mais associado a esta lesão é o canino².

O tratamento do TOA consiste na remoção cirúrgica através de enucleação e curetagem, apresentando prognóstico favorável e raramente pode causar recidiva^{2,13}.

O presente artigo tem como objetivo relatar as características clínicas e radiográficas de um Tumor Odontogênico Adenomatóide extrafolicular em região posterior de mandíbula, submetido à tratamento cirúrgico através de ressecção marginal mandibular.

2. Caso Clínico

Paciente, sexo feminino, 31 anos de idade, encaminhada para o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas, em Recife/PE, com queixa de "inchaço no rosto" notado há aproximadamente 10 anos. Ao exame físico facial observou-se assimetria em face com aumento de volume em hemi-mandíbula esquerda, firme, endurecida à palpação, coloração de mucosa normal, sem sinais de infecção e sintomatologia só a partir do oitavo ano de evolução.

Inicialmente, foi solicitado o exame ortopantomográfico, que evidenciou lesão radiolúcida unilocular, bem definida, com áreas radiopacas em seu interior, envolvendo o ápice dos elementos 34 e 35 (Figura 1). Ao exame tomográfico, observou-se imagem hipodensa em região posterior de mandíbula esquerda, com aproximadamente 04cm em seu maior diâmetro. Após biópsia incisional e análise histopatológica, o diagnóstico foi Tumor Odontogênico Adenomatóide.

Figura 1: Exame ortopantomográfico evidenciando lesão radiolúcida unilocular envolvendo o ápice dos elementos 34 e 35.



Fonte: Autoria própria (2019).

Previamente a cirurgia, foi realizada a impressão do biomodelo tridimensional da mandíbula com finalidade de planejamento cirúrgico e preparação da placa de fixação (Figura 2). O acesso cirúrgico de escolha foi intraoral, por vestibular para exposição do tumor (Figura 3A), com instalação de placa de reconstrução do sistema 2.4mm (Figura

3B) e posterior ressecção marginal mandibular, removendo toda a lesão (Figura 3C). A região da ressecção foi reconstruída através de enxerto da crista ilíaca (Figuras 3D, 3E e 3F). O espécime foi encaminhado para avaliação histopatológica, tendo como resultado a ratificação do diagnóstico inicial de Tumor Odontogênico Adenomatóide.

Figura 2: Impressão de biomodelo com finalidade de planejamento e preparação da placa de fixação. (A) vista frontal. (B e C) vista lateral evidenciando a lesão.



Fonte: Autoria própria (2019).

Figura 3: (A) Acesso intraoral para exposição da lesão; (B) Instalação e adaptação da placa de fixação; (C) Espécime cirúrgico; (D) Crista ilíaca utilizada para reconstrução mandibular; (E) Mensuração da espessura do enxerto ósseo; (F) Estabilização do enxerto ósseo de crista ilíaca na placa de fixação.



Fonte: Autoria própria (2019).

A paciente retornou ao 21º dia de pós-operatório e não apresentava quadro doloroso na região operada, com ausência de edema em região mandibular e facial, suturas sem infecção ou deiscência, oclusão dentária satisfatória, sem relato de queixas. A paciente está em preservação há 2 anos, sem indícios clínicos de recidiva da lesão.

3. Discussão

O TOA é um tumor, benigno, relativamente raro, correspondendo a 3% de todos os tumores odontogênicos¹⁴. Segundo um levantamento da literatura apenas 1558 casos foram relatados em um total de 436 publicações até julho de 2018¹⁵. A maioria dos casos acomete pacientes do sexo feminino numa proporção de 2:1^{5,14}, que afeta com maior frequência a segunda e terceira década de vida^{2,16-17}.

Quanto a região de acometimento, há preferência pela região anterior dos ossos gnáticos, acometendo duas vezes mais a maxila¹⁶. O estudo de Matos et al. (2012) realizou um levantamento de TOA em um Serviço de Patologia Oral do nordeste brasileiro. Foram identificados 273 casos, sendo 66,7% acometidos na maxila e destes, 93,3% estavam localizados na região anterior⁹. Ainda que seja frequente a incidência do TOA em região anterior da maxila, o presente caso evidencia que este tumor pode acometer a mandíbula. Corroborando um estudo recente que demonstrou uma proporção de ocorrência na maxila e na mandíbula de 1:1¹⁸.

Embora as características clínicas do TOA sejam bem descritas na literatura, casos incomuns podem ocorrer. Sendo assim, torna-se indispensável a realização do exame histopatológico para se alcançar o correto diagnóstico. Considerando-se que a abordagem terapêutica do TOA é mais conservadora e seu prognóstico mais favorável que o ameloblastoma, assim, reafirma-se a importância de se estabelecer o diagnóstico preciso¹⁰.

O TOA não apresenta tendência à recidiva, sendo tratado cirurgicamente por enucleação e curetagem, limitadas à remoção da lesão^{2,5,9}. A abordagem cirúrgica conservadora permite neoformação óssea na região. A preservação do dente envolvido depende do seu grau de comprometimento, pois, é possível separar a lesão associada ao elemento dentário, promovendo sua manutenção na arcada¹³.

Neste relato de caso, sexo, idade, características clínicas e histopatológicas foram consistentes com a literatura, mas a localização na região posterior da mandíbula foi o aspecto incomum. Portanto, o exame histopatológico foi fundamental para o diagnóstico definitivo e escolha correta da abordagem cirúrgica. O acesso eleito para o caso foi a incisão intra-oral, pois oferece menor morbidade à paciente, evita cicatriz extra-oral, favorece uma melhor estética pós-cirúrgica, com preservação dos vasos faciais, além de permitir exposição considerável de toda a lesão. No entanto, devido a extensão da lesão, foi necessário ressecção marginal da mandíbula posteriormente à fixação com placa de reconstrução do sistema 2.4mm, obtendo-se assim, êxito cirúrgico.

4. Considerações Finais

O presente caso relatado aumenta o conhecimento sobre características clínicas, radiográficas, histopatológicas e tratamento cirúrgico de um TOA extrafolicular em região posterior da mandíbula.

Referências

1. Philipsen HP, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumour: facts and figures. *Oral Oncol.* 1999;35(2):125–131.
2. 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; 12(4):366–369.
3. Philipsen HP, Birn H. The adenomatoid odontogenic tumour. Ameloblastic adenomatoid tumour or adeno-ameloblastoma. *Acta Pathol Microbiol Scand.* 1969;75(3):375–398.
4. Pindborg JJ, Kramer JR, Torloni H. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions. Geneva: WHO; 1971.
5. Mohamed A, Singh AS, Raubenheimer EJ, Bouckaert MM. Adenomatoid odontogenic tumour: review of the literature and an analysis of 33 cases from South Africa. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 39(9):843–846.
6. Jham BC, Passos JB, et al. Adenomatoid odontogenic tumor originated in the periodontal ligament. *Oral Oncol Extra.* 2006; 42(1):268–271.
7. Vera Sempere FJ, Artes Martínez MJ, et al. Follicular adenomatoid odontogenic tumor: Immunohistochemical study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11(1):E305–E308.
8. Philipsen HP, Srisuwan T, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumor mimicking a periapical (radicular) cyst: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 94(2):246–248.
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 Neck Pathol.* 2012;6(4):430–7.
10. Castro CHS. Tumor odontogênico adenomatoide: aspectos relevantes ilustrados por um caso clínico. *R. Ci. méd. biol.* 2010; 9(2):179–182.
11. Bilodeau EA, Seethala RR. Update on Odontogenic Tumors: Proceedings of the North American Head and Neck Pathology Society. *Head Neck Pathol.* 2019; 13(3):457–465.
12. 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.
13. Ogata DC. Tumor odontogênico adenomatoide extrafolicular: uma apresentação infrequente de um tumor raro. *R. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.* 2008; 37(4):234–235.

14. Adisa AO, Lawal AO, Effiom OA, Soyele OO, Omitola OG, Olawuyi A, et al. A retrospective review of 61 cases of adenomatoid odontogenic tumour seen in five tertiary health facilities in Nigeria. *Pan Afr Med J.* 2016; 31(24):102.
15. Chrcanovic B. R., Gomez R. S. Adenomatoid odontogenic tumor: an updated analysis of the cases reported in the literature. *J Oral Pathol Med.* 2019; 48(1):10–16.
16. Jayasooriya PR, Rambukewella IK, Tilakaratne WM, Mendis BRRN, Lombardi T. Clinico-Pathological Presentations of Cystic and Classic Adenomatoid Odontogenic Tumors. *Diagnostics.* 2019; 10(1). pii: E3.
17. La Monaca G, Pranno N, di Gioia CRT, Pompa G, Voza I, Cristalli MP. Surgical Management of Extrafollicular Variant of Adenomatoid Odontogenic Tumor in the Maxillary Posterior Region. *Case Rep Dent.* 2019; 2019(1):3787696.
18. 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; 9(11):1315–1321.