

# TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE: RELATO DE CASO CLÍNICO

## ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR: A CASE REPORT

*Maurício dos Santos SILVA\**  
*Esdras Guimarães FREIRE\**  
*Edvaldo Dória DOS ANJOS\*\**  
*Luiz Carlos Ferreira DA SILVA\*\*\**

Recebido em jan/2003  
Aprovado em set/2004

---

### RESUMO

Os autores apresentam um caso de Tumor Odontogênico Adenomatóide em adulto do sexo feminino. Após uma breve revisão da literatura científica, a lesão é discutida e relatada através dos achados clínicos, radiográficos, histopatológicos e cirúrgicos.

**Descritores:** tumor odontogênico adenomatóide, tumores odontogênicos, neoplasias maxilares.

---

### ABSTRACT

The authors report a case of adenomatoid odontogenic tumor in an adult female patient. After a short review of the literature the lesion is presented and its clinical, radiological and histological aspects discussed.

**Descriptors:** adenomatoid odontogenic tumor, odontogenic tumors, maxillary neoplasm

---

### INTRODUÇÃO

A denominação tumor odontogênico adenomatóide (TOA) refere-se a uma neoplasia de origem odontogênica, epitelial, não agressiva e pouco incidente. Acredita-se que esta lesão tenha sido primeiramente descrita por STAFNE, 1948.

O TOA possui características clínicas microscópicas, comportamento biológico e prognósticos distintos do ameloblastoma. Porém, por muito tempo, se acreditou ser este um subtipo do ameloblastoma, sendo então erroneamente

denominado adenoameloblastoma e tumor adenomatóide ameloblástico. A distinção entre estas entidades é extremamente importante, uma vez que o tratamento indicado para o TOA é conservador, requerendo apenas a exérese da lesão, enquanto que para o ameloblastoma é necessária uma abordagem cirúrgica mais invasiva (WHITE et al, 2000).

Em 1971, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua classificação histológica dos tumores odontogênicos, adotou a terminologia tumor

---

\* Acadêmicos do 9º período do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes (UNIT).

\*\* Mestre em Patologia Oral (UFRN), Professor Titular das Disciplinas Cirurgia II e Terapêutica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Tiradentes (UNIT).

\*\*\* Professor Assistente, Mestre, Responsável pela Disciplina Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe.

odontogênico adenomatóide. A última classificação dos cistos e tumores da OMS, de 1992 descreve esta lesão como um tumor oriundo de epitélio odontogênico, constituído de estrutura semelhante a ductos, com níveis variáveis de alterações indutivas no tecido conjuntivo (PHILIPSEN, 1996).

## REVISÃO DA LITERATURA

O TOA representa aproximadamente 3% de todos os tumores odontogênicos, sendo uma lesão pouco comum que acomete indivíduo de ampla faixa etária. Porém, aproximadamente, 50 a 70% das lesões ocorrem em jovens na segunda década de vida. Este tumor apresenta uma predileção pelo sexo feminino (2:1) e acomete mais a maxila, com 60 a 75% das lesões incidindo neste osso, com predileção pela região anterior superior com envolvimento do canino permanente superior em aproximadamente 41.7% dos casos (PHILIPSEN, 1996).

O TOA tem sido classificado, baseado em topografia, em lesões centrais e periféricas (2,8%), com as primeiras sendo predominantes (97,2%) e subdividindo em duas: as foliculares, associadas a dentes não irrompidos e as extrafoliculares (não foliculares). A maioria das lesões centrais é do tipo folicular (73%) e são identificadas precocemente às não foliculares, provavelmente devido ao sinal clínico de ausência do dente no arco dentário. (CAVALIERI et al., 1996; FREITAS et al., 2003).

Clinicamente, todas as variantes (central e periférica) do TOA são caracterizadas por um crescimento lento, porém progressivo, acompanhado de uma tumefação ou assimetria frequentemente associada a um dente não irrompido, com uma sintomatologia dolorosa discreta ou ausente. A expansão cortical é um achado mais comum nas variantes centrais, sendo a perfuração óssea rara.

À palpação, este tumor pode-se apresentar resiliente ou semelhante a um cisto, firme ou ainda mimetizar lesão fibro-óssea.

O TOA, principalmente o subtipo não folicular, poderá causar deslocamento nos dentes adjacentes, mas não há descrições de reabsorção radicular externa. Embora haja relatos de tumores extensos, o tamanho das lesões intra-ósseas varia, geralmente, de 1 a 3 cm de diâmetro (AROTIBA et al., 1997).

A origem do TOA permanece obscura. Entretanto, os autores concordam com sua origem odontogênica, devido ao fato deste tumor ocorrer exclusivamente em áreas dentadas; está freqüentemente associado a dentes não irrompidos e possuir componentes citológicos semelhantes àqueles do órgão do esmalte, da lâmina dentária ou de seus remanescentes. Trata-se de tumor oriundo do epitélio odontogênico que, provavelmente, seria melhor classificado como um hamartoma do que como uma neoplasia (WHITE et al., 2000).

O toa apresenta-se radiograficamente como uma área radiolúcida circunscrita e de limites corticalizados, em geral, associada a um canino ou a outro elemento dentário anterior da maxila e a aparência de pontos calcificados no interior da lesão, que se apresentava bem delimitada por uma linha esclerótica óssea (FREITAS et al., 1994; REIS et al., 1991).

A imagem radiográfica mais comumente associada ao TOA, do subtipo folicular, é de uma radiotransparência associada a um dente não irrompido.

O aspecto pode ser similar àquele do cisto dentífero, embora do mesmo modo que com outros tumores odontogênicos, a borda esclerótica que circunda a lesão estende-se além da coroa do dente não irrompido, inserindo-se nas proximidades da região apical. Esta cortical delimitante apresenta-se bem definida, não festonada (CARR et al., 1995).

No diagnóstico diferencial do TOA, deveriam ser consideradas as radiotransparências periapicais, incluindo: o cisto dentífero, o ameloblastoma, o fibroma ameloblástico.

Entretanto, quando há presença de focos radiopacos no seu interior, o TOA passa a fazer diagnóstico diferencial com cisto odontogênico epitelial calcificante, fibro-odontoma ameloblástico, tumor odontogênico epitelial calcificante, lesões fibro-ósseas (AROTIBA et al., 1997). As variantes (central e periférico) do TOA demonstram um mesmo comportamento biológico benigno e se apresentam bem encapsuladas. Uma abordagem cirúrgica conservadora, com exérese total da lesão, constitui-se no procedimento padrão, devido ao TOA ser facilmente separado do osso adjacente e não ser localmente invasivo (CARR et al., 1995).

## RELATO DO CASO

Paciente G.P.M., 22 anos, sexo feminino, leucoderma, procurou o ambulatório da Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes (UNIT) com queixa de cefaléia, sinusite e aumento de volume em região maxilar do lado esquerdo, com evolução de aproximadamente um ano (SIC). Ao exame clínico extra-oral, evidenciou-se face assimétrica, devido ao edema na região esquerda da face, ausência de gânglios enfiados e demais estruturas anatômicas sem alterações clínicas e radiográficas.



**Figura 1: Vista crânio caudal mostrando aumento de volume em região naso-geniana (E)**

No exame intra-oral, observou-se aumento de volume na região anterior do lado esquerdo da maxila, com mucosa de coloração normal, ausência das unidades dentárias 23, 46 e 36 e destruição total da coroa da unidade 22.

Foram feitos exames radiográficos periapical e panorâmico, nos quais evidenciou-se área radiolúcida unilocular, envolvendo a coroa do canino superior esquerdo além de diversos pontos de radiopacidades com diferentes tamanhos no interior da lesão, que se apresentava bem delimitada por uma linha esclerótica óssea. Constataram-se também a permanência do canino decíduo e a inclusão do canino permanente com deslocamento das raízes dos 1º e 2º pré-molares, devido à presença da lesão.



**Figura 2: radiografia panorâmica mostrando lesão envolvendo hemimaxila (E) com presença de canino incluído no seu interior.**

A História médica pregressa é de uma paciente saudável. Com base no exame clínico e nos achados radiográficos, foi feito um diagnóstico de lesão odontogênica com calcificação. Considerando estas características, a lesão foi totalmente removida sob anestesia geral, através de enucleação e curetagem. A cavidade cirúrgica foi eletrocauterizada para favorecer hemostasia e diminuir riscos de recidiva.



**Figura 3: aspecto da lesão após elevação do retalho muco-periosteal**



**Figura 4:** aspecto cirúrgico da lesão sendo removida através de enucleação.



**Figura 5:** aspecto da cavidade cirúrgica.

A peça cirúrgica foi encaminhada para exame histopatológico, que mostrava um fragmento de tecido mole, envolvendo a coroa de um canino, estendendo-se além da junção amelo-cementária.

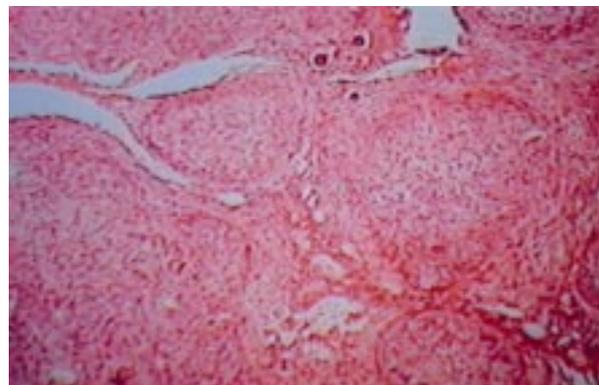


**Figura 6:** peça cirúrgica com o dente no seu interior.

Após processamento da peça, observaram-se vários focos de calcificação distrófica e estruturas tubulares formadas por ameloblastos. Havia proliferação de células pequenas, com núcleo hiper Cromático, junto a grandes células, com

citoplasma eosinofílico e núcleo picnótico, comprimido por esférulas colagênicas e calcificadas, sem atipias.

O diagnóstico foi de tumor odontogênico adenomatóide (TOA).



**Figura 7:** aspecto histológico da lesão.

A paciente encontra-se em acompanhamento clínico e radiográfico periódico. No momento, encontra-se com 1 ano de pós-operatório, sem indícios de recidiva.

## DISCUSSÃO

O caso apresentado é tradicionalmente classificado como TOA do tipo central folicular.

O tumor odontogênico adenomatóide tem características que são praticamente idênticas para todos os autores. Há predominância no sexo feminino, havendo maior incidência na segunda década de vida, com localização na maxila superior. Na maioria dos casos, está associado a dentes não erupcionados com maior frequência relacionada a caninos. Todas estas características citadas assemelham-se ao caso por nós apresentado.

Todos os autores pesquisados concordam com as características histológicas que são: proliferação epitelial, escassez de tecido conjuntivo, disposição em forma de ductos adenomatóides, massas de material hialino e eosinófilo e calcificações secundárias (PHILLIPSEN, 1996). Os ductos variam consideravelmente de diâmetro e podem estar ou não presentes em todas as lesões. No presente estudo, o exame histopatológico revelou as mesmas

características apresentadas pelos autores.

O tratamento de eleição é cirúrgico por enucleação e curetagem.

A opção pela remoção do dente junto com o tumor se deve a razões diversas, tais como mobilidade e reabsorção radicular (TOLEDO et al., 1994). No caso estudado, o tratamento de eleição foi o descrito pelos autores.

A grande maioria dos autores é unânime ao afirmar que se trata de um tumor benigno e que não há relato de recidivas. Há, entretanto, apenas um caso citado por PHILLIPSEN et al. (1991) de quatro ocorrências na mesma paciente, com invasão do espaço intracraniano.

### CONSIDERAÇÕES FINAS

O tumor odontogênico adenomatóide é um tumor benigno de crescimento lento quase ou totalmente assintomático, causando abaulamento e mobilidade dental.

Em sua maioria, o TOA está relacionado à coroa de um dente incluso, principalmente do canino. Ocorre com maior frequência com o gênero feminino na região de maxila superior.

É importante relatar que radiograficamente se torna praticamente impossível o diagnóstico preciso, pois pode ser confundido com uma série de outras patologias. O tratamento se constitui na remoção cirúrgica conservadora da estrutura patológica incluindo o elemento dentário atingido.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - AROTIBA, G.T. et al. The adenomatoid odontogenic tumor: an analysis of 57 cases in black African population. *J Oral and Maxillofac Surg*, v. 55, n.2, p. 146-150, 1997.

2 - CARR, R. F. et al. Odontogenic adenomatoid tumors associated with orthodontic treatment. *Am J Orthod*, v. 107, n. 6, p. 648-650, June, 1995.

3 - CAVALIERI, D. et al. Tumor Odontogênico

Adenomatóide. *RGO*, v. 44, n. 6, p. 340-344, Nov/Dez, 1996.

- 4 - CURRAN, A. E. MILLER, E. J. MURRAH, V. A. Adenomatoid odontogenic tumor presenting as periapical disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodont*, v. 84, n.5, p. 557-560, Nov, 1997.
- 5 - DARE, A et al. Limitation of panoramic radiography in diagnosing adenomatoid odontogenic tumors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodont*, v.77, n.6, p.662-668, June, 1994.
- 6 - FREITAS, A., ROSA, J. E., SOUZA, I. F. et al. *Radiologia Odontológica*. 3ª Ed, Editora Artes Médicas, 1994.
- 7 - FREITAS, C et al. Tumor Odontogênico Adenomatóide. Revisão de literatura: *RBO*, v. 60, n-1, Jan/Fev, 2003.
- 8 - GORACY, E., STRATIGOS, G. T. Adenoameloblastoma: report of a case. *J Amer Dental Assoc*, v. 86, p 672-674, March, 1973.
- 9 - GUINAZU, M. et al. Tumor odontogênico adenomatoso (presentación de un caso) *Rev Asoc Odont. Argent.*, v 65, n 4, p. 207-211, Nov-Diec, 1977.
- 10 - MOSQUEDA-TAYLOR, A. et al. Odontogenic tumors in Mexico. A collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodont*, v. 84, n. 6, p. 672-675, Dec, 1997.
- 11 - NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M., et al. *Patologia Oral & Maxilofacial*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2ª ed, 2004.
- 12 - PHILIPSEN, H. P., REICHART, P. A. The adenomatoid odontogenic tumor: ultra structure of tumor cells and non-calcified amorphous masses. *J Oral Pathol Med*, v. 25, n. 9, p. 491-496, 1996.
- 13 - PHILIPSEN, H. P. et al. Adenomatoid odontogenic tumor: biologic profile based on 499 cases. *J Oral Pathol Med*, v. 20, p. 149-158, 1991.

- 14 - REIS, S. R. A., et al. Tumor odontogênico adenomatóide: relato de um caso. Rev. Fac. de Odontologia / UFBA, v. 10-11, Jan/Dez, 1991.
- 15 - TOLEDO, O. A., et al. Tumor odontogênico adenomatóide. RGO, v. 42, n. 1, p. 31-34, Jan/Fev., 1994.
- 16 - WHITE, S. C., PHAROAH, M. J. Oral radiology. Principles and interpretation. 4<sup>a</sup> ed., Saint Louis: Mosby, 2000.