

# Tumor Odontogênico Adenomatoide: Relato de Caso

## Adenomatoide Odontogenic Tumor: Case Report

Marcelo Farias de Medeiros<sup>I</sup> | Fabrício de Souza Landin<sup>II</sup> | Pedro Thalles Nogueira<sup>II</sup> | Mariana Vasconcelos da Cruz Gouveia<sup>III</sup> | Ana Clara Nunes Santos<sup>III</sup> | Tatiane Fonseca Faro<sup>III</sup>

### RESUMO

O Tumor Odontogênico Adenomatoide (TOA) é uma rara lesão benigna, que acomete, mais comumente, pacientes do sexo feminino (2:1) e jovens. A maxila é o local de maior ocorrência, com predileção pela região anterior com envolvimento do canino permanente. Clinicamente apresenta-se com um crescimento lento, progressivo e indolor, de consistência firme, que geralmente não atinge grandes proporções. Essa lesão é comumente descoberta em exames radiográficos de rotina. O TOA apresenta três variantes clínico-patológicas: folicular, extrafolicular e a forma periférica. As características radiográficas do TOA podem variar de acordo com o tipo da lesão. O presente artigo objetiva fazer o relato de um tumor odontogênico adenomatoide, presente na região anterior da maxila de uma paciente, apresentando suas características clínicas, radiográficas e histopatológicas assim como a terapêutica empregada.

**Descritores:** Tumores Odontogênicos; Patologia; Maxila.

### ABSTRACT

The Adenomatoid Odontogenic Tumor (AOT) is a rare benign lesion, that is common in young females patients (2:1). This injury is more frequent in anterior jaw, generally involves the permanent canine. Clinically, this tumor presents slow, painless and progressive growth, firm consistency, that in general doesn't grows to large proportions. This lesion is detected in routine radiographic exams. AOT presents three clinic-pathologic nuances: follicular, extra follicular and peripheral. This paper presents an adenomatoid odontogenic tumor of a female patient aged 30 years old in the region of the right maxilla presenting their clinical, radiographic, histopathologic and therapy used. This article aims to report an adenomatoid odontogenic tumor present in the anterior maxilla of a female patient, presenting their clinical, radiological and histopathological features as well as the therapy employed.

**Descriptors:** Odontogenic tumors; Pathology; Maxilla

### INTRODUÇÃO

A denominação Tumor Odontogênico Adenomatoide (TOA) refere-se a uma neoplasia de origem odontogênica, epitelial, não agressiva e pouco incidente<sup>1</sup>.

O TOA foi inicialmente descrito em 1934 por

Gash e, em 1948, reconhecido como entidade distinta por Stafne. Anteriormente, acreditava-se que o TOA era uma variante do ameloblastoma, sendo denominado "odontoameloblastoma" ou "tumor adenomatoide ameloblástico". No entanto, em 1969, Philipsen e Birn estabeleceram a deno-

I. Cirurgião BMF do Hospital da Restauração, Recife - PE.

II. Residente de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC - UPE.

III. Cirurgiã-Dentista. Graduada pela Universidade de Pernambuco - UPE.

minação atual que foi adotada pela organização mundial de saúde em 1971<sup>2</sup>.

O TOA é uma rara lesão benigna, que compreende aproximadamente 3% de todos os tumores odontogênicos<sup>3</sup>, acometendo, mais comumente, pacientes do sexo feminino (2:1) e jovens entre 10 e 30 anos, com pico na segunda década de vida<sup>2</sup>. A maxila é o local de maior acometimento, com 60 a 75% de incidência nesse osso, com predileção pela região anterior, com envolvimento do canino permanente em aproximadamente 41.7% dos casos<sup>1</sup>.

Clinicamente apresenta-se ou com um crescimento lento, progressivo e indolor<sup>4</sup>, de consistência firme, que geralmente não atinge grandes proporções, podendo ou não gerar abaulamento da cortical vestibular e/ou palatina<sup>2</sup>. Essa lesão é comumente descoberta em exames radiográficos de rotina<sup>5</sup>.

O TOA apresenta três variantes clínico-patológicas: folicular (73%), extrafolicular (24%) e a forma periférica (3%)<sup>4</sup>, sendo as duas primeiras as formas infraósseas mais comuns (97%), e a periférica a forma extraóssea, mais rara (3%)<sup>5</sup>. A variante folicular apresenta-se como um tumor associado à coroa de um dente não irrompido, sendo bastante confundida com um cisto dentígero. A variante extra-folicular não está associada a um dente incluso; encontra-se em posição inter-radicular, provocando geralmente o afastamento das raízes dos dentes adjacentes. À lesão, podendo ser confundido com o cisto residual ou o cisto periodontal lateral. A variante periférica ou extraóssea apresenta-se semelhante a um fibroma gengival ou epúlide fibrosa, podendo apresentar discreta erosão da cortical óssea alveolar. Essas variantes são idênticas histologicamente<sup>3,6</sup>.

Os achados radiográficos desse tumor são amplamente variados, podendo simular cisto dentígero, cisto peri apical, ameloblastoma, cisto odontogênico calcificante, entre outros. A lesão

folicular apresenta-se como uma área radiolúcida, unilocular, bem definida por uma cortical óssea, associada à coroa de um elemento dentário, que, por sua vez, pode estar deslocado devido à presença do tumor. O padrão extrafolicular é caracterizado por apresentar-se como uma lesão também radiolúcida e bem delimitada, entretanto sem relação com a coroa dentária, mimetizando uma lesão periapical. A depender do estágio de maturação da lesão, ambos os tipos podem apresentar focos radiopacos em seu interior, compatíveis com zonas de calcificação<sup>1,2,5,6,7</sup>.

Histologicamente, esse tumor é bem definido e remete à presença de variados arranjos, oriundas do epitélio odontogênico, agrupados em estruturas semelhantes a rosetas e escasso estroma de tecido conjuntivo. Proliferação de células epiteliais semelhantes a pré-ameloblastos podem arrumar-se em estruturas tubulares parecidas com ductos, denominadas de pseudoductos, que não são ductos verdadeiros. Material eosinofílico amorfo pode ou não ser observado entre os arranjos celulares característicos. Algumas vezes, calcificações são encontradas entre esses pseudoductos. As células epiteliais podem ainda formar arranjos complexos, sob a forma de cordões, que comumente apresentam invaginações. Nódulos de células poliédricas, eosinofílicas e de aparência escamosa, com frágil adesão celular e proeminentes pontes intercelulares podem ocorrer. Material amorfo semelhante à amiloide e massas globulares de material calcificado podem ser encontrados em tais nódulos. Ocasionalmente, moderado pleomorfismo pode ser evidenciado nos núcleos<sup>2,6</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente S.M.S., 30 anos de idade, sexo feminino compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital da Face – Recife – PE, com história de aumento de volume em hemiface

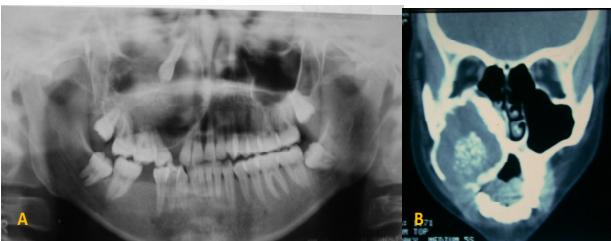
direita e obstrução nasal progressiva em narina ipsilateral com 3 anos de evolução. Ao exame físico extrabucal, observou-se apagamento do sulco nasogeniano com aumento de volume na região geniana direita e assimetria facial (Fig.1 A).

À inspeção intrabucal, visualizou-se expansão da cortical vestibular e abaulamento em forma de cúpula na região palatina de canino a primeiro molar superior direito (Fig.1 B). À palpação, a lesão apresentava-se com consistência firme, sem sintomatologia dolorosa e sem sinais flogísticos.



**Figura 1:** A- Vista frontal mostrando aumento de volume e apagamento do sulco nasogeniano; B - Vista intraoral da lesão mostrando aumento de volume do lado direito da maxila.

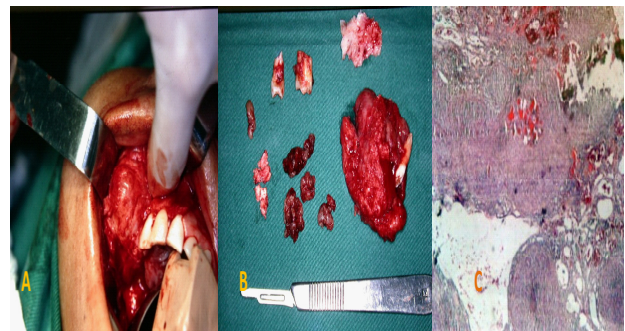
Ao exame radiográfico e tomográfico, ficou evidenciada a presença de lesão radiolúcida unilocular de grandes dimensões, promovendo a invasão do seio maxilar direito com envolvimento do elemento 13 incluso. Observaram-se, no interior da lesão, pequenas áreas de calcificação (Fig.2 A e B), caracterizando uma lesão com todas as características descritas na literatura, porém de grande extensão, o que não é frequente.



**Figura 2:** A - Radiografia panorâmica mostrando maxila direita com presença de canino incluso no seu interior; B- Tomografia computadorizada, em corte coronal, mostrando calcificação em seu interior.

Foi realizada a biópsia incisional sob anestesia local, e o histopatológico revelou tratar-se de TOA (Fig.4).

Após a confirmação diagnóstica, programou-se a cirurgia, sob anestesia geral, para a exérese total da lesão. Foi realizada exérese através de um retalho mucoperiosteal de espessura total, com posterior osteotomia da parede óssea vestibular e preensão da cápsula fibrosa do tumor. Após a exérese da lesão, foi possível se observar a loja cirúrgica, sem resquícios da lesão e sem comunicação com a cavidade orbitária (Fig. 3 A e B). Foram removidos o 2º pré-molar e o 1º molar que estavam associados com a lesão, uma vez que apresentavam mobilidade acentuada decorrente da falta de suporte ósseo. A amostra foi enviada para análise anatomopatológica, e foi confirmado o diagnóstico de TOA (Fig.3 C). Após uma semana, foram removidas as suturas, e a paciente evoluiu com discreto edema e sem queixas importantes. Aos 6 meses, e após 1 ano, a paciente foi reavaliada clínica e radiograficamente, não havendo indícios de recidiva da lesão.



**Figura 3:** A- Aspecto cirúrgico da lesão, sendo removido através da enucleação; B - Peça cirúrgica envolvendo o dente no seu interior; C - Aspecto histológico

## DISCUSSÃO

O caso apresentado é tradicionalmente classificado como TOA do tipo central folicular. As características do TOA são semelhantes entre quase todos os autores<sup>1,2,4,6,8</sup>. É uma lesão benigna incomum, que acomete, preferencialmente, mulheres jovens;

ocorre duas vezes mais frequentemente na maxila, sendo caninos e pré-molares os mais envolvidos. Todas essas características assemelham-se com as do caso relatado.

Neste trabalho, apresenta-se um caso clássico da lesão que envolve a região de canino superior. No entanto, na literatura, a presença desse tumor na mandíbula também é relatado<sup>7,8,9</sup>.

Geralmente o diagnóstico da lesão é obtido com exames radiográficos de rotina, já que seu crescimento é lento e indolor. No entanto a paciente buscou o serviço de CTBMF já com um aumento de volume em hemiface bem como queixa de obstrução progressiva das vias aéreas, sendo esse sintoma comum em lesões maiores que 5.0cm situadas na maxila<sup>6</sup>.

Como descrito na literatura, radiograficamente, a lesão apresentou-se com uma área radiolúcida, unilocular, bem definida<sup>1,6,7,8</sup> por uma cortical óssea, associada ao elemento dentário 13 (canino) incluso e a focos radiopacos em seu interior, compatíveis com zonas de calcificação.

O achado histológico da peça corrobora a maioria dos autores<sup>1,4,5,7</sup>, mostrando proliferação de células epiteliais semelhantes a pré-ameloblastos em estruturas tubulares parecidas com ductos, que são o aspecto característico do tumor e material eosinofílico amorfo.

O tratamento de eleição é a enucleação cirúrgica e curetagem, com prognóstico excelente, como foi realizada na paciente. O caso da paciente relatado neste artigo foi preservado por 1 ano, sem apresentar recidiva. Como a maioria dos autores cita: é uma lesão benigna de fácil tratamento, sendo extremamente infrequente a recorrência<sup>2,5,6,7,8</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que as características clínicas e radiográficas do TOA podem ser confundidas com outras patologias. Sendo assim, torna-se indispensável a realização de exame histopatoló-

gico para se estabelecer o correto diagnóstico e, conseqüentemente, adotar a terapia adequada. Destaca-se o baixo índice de recidiva após exérese, visto que a espessura da cápsula da lesão favorece a remoção por inteiro, sendo suficiente o tratamento cirúrgico conservador.

## REFERÊNCIAS

- 1- Silva et al. Tumor odontogênico adenomatóide: relato de caso clínico. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial v.4, n.4, p. 246 - 251, out/dez – 2004.
- 2- Castro, C.H.S. Tumor odontogênico adenomatóide: aspectos relevantes ilustrados por um caso clínico. R. Ci. méd. biol. 9(2):179-182, 2010.
- 3- Ogata et al. Tumor odontogênico adenomatóide extrafolicular: uma apresentação infrequente de um tumor raro Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v. 37, nº 4, p. 234 - 235, outubro / novembro/ dezembro 2008.
- 4- Philipsen, H.P. Adenomatoid odontogenic tumour: facts and figures. Oral Oncology, 35 125±131, 1998.
- 5- Swasdison, S. Adenomatoid odontogenic tumors: an analysis of 67 cases in a Thai population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod;105:210-5. 2008.
- 6- Philipsen, H.P Adenomatoid odontogenic tumor mimicking a periapical (radicular) cyst: A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 94:246-8, 2002.
- 7- Vasconcelos, BVE et al. Tumor Odontogênico Adenomatóide. Ver Bras Otorrinolaringol; 2008; 74(2):315.
- 8- Azevedo, R.A. Tumor odontogênico adenomatóide em mandíbula. Revista Cubana de Estomatologia. 48(2):172-180. 2011.

- 9- Manjunatha et al. Adenomatoid Odontogenic Tumor (AOT) Arising from a Dentigerous Cyst: Literature Review and Report of a Case. J. Maxillofac. Oral Surg. 2012.

### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Marcelo Farias de Medeiros

Rua Clóvis Bevilaqua, 50/1802, Madalena

Recife-PE,

CEP: 50710-330

E-mail: marcelomedeiros@smart.net.br

