

Tumor odontogênico adenomatoide folicular em maxila - Relato de Caso

Follicular adenomatoid odontogenic tumor in maxilla – Case report

Recebido em 17/06/15
Aprovado em 06/08/15

Radamés Bezerra Melo

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPA)

Fábio Luiz Neves Gonçalves

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz (UPE); Staff da Residência de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxiloFacial do Hospital Universtário João de Barros Barreto (UFPA).

Priscilla Flores Silva

Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital da Restauração(SES/PE); Staff da Residência de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-Facial do Hospital Universitário João de Barros Barreto(UFPA).

Maria Clara Lopes de Almeida

Aluna de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Pará(UFPA). Estagiária do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universtário João de Barros Barreto.

Caio de Andrade Hage

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal do Pará(UFPA). Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPA)

Hélder Antônio Rebelo Pontes

Doutor em Odontologia (Patologia Bucal) pela Universidade de São Paulo – USP. Coordenador da Residência de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPA)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário João de Barros Barreto
Radamés Bezerra Melo.
Correspondência: Rua dos Mundurucus, 4487, CEP 66073-000- Guamá, Belém, Pará, Brasil.
Email: radamesbmelo@hotmail.com

RESUMO

Tumor odontogênico adenomatoide (TOA) é uma lesão benigna incomum de origem odontogênica, caracterizado pelo crescimento lento, progressivo, indolor, de consistência firme, cujo tamanho, normalmente não atinge grandes proporções. Há predileção pela região anterior de maxila e o envolvimento de um dente impactado; geralmente o canino, é recorrente, caracterizando a variante folicular. O TOA apresenta três variantes: folicular, extrafolicular e periférica, que não se distinguem microscopicamente, porém são diferenciadas com achados clínicos ou imaginológicos. O presente trabalho descreve um caso de tumor odontogênico adenomatoide folicular, presente em maxila tratado por enucleação e curetagem. O paciente encontra-se em acompanhamento pós-cirúrgico de 30 meses, sem quaisquer sinais clínicos e radiográficos de recidivas da lesão.

Palavras-Chave: Tumores Odontogênicos; Patologia; Maxila

ABSTRACT

Adenomatooid odontogenic tumor (AOT) is an uncommon benign lesion of odontogenic origin, characterized by slow growth, progressive painless, firm consistency, with size that normally does not reach large proportions. There is a predilection for the anterior maxilla and the involvement of an impacted tooth, usually the canine, is recurrent, featuring follicular variant. The TOA have three variants: follicular, extrafollicular and peripheral, which are not distinguishable microscopically, but clinically or imaging. This paper describes a case of follicular adenomatoid odontogenic tumor present in the maxilla, treated by enucleation and curettage with 30 months follow-up without clinical and radiographic signs of injury recurrence.

Keywords: Odontogenic tumors; Pathology; Maxilla

INTRODUÇÃO

Reconhecido pela primeira vez como uma entidade patológica distinta por Stafne em 1948, o tumor odontogênico adenomatoide (TOA) foi considerado pela Organização Mundial de Saúde em sua atual classificação de tumores odontogênicos de 2005^{1,2,3}, uma neoplasia com origem epitelial

de variados padrões histoarquiteturais, envoltos por um estroma de tecido conjuntivo maduro, de baixo e progressivo crescimento.

O tumor odontogênico adenomatoide é uma lesão benigna, incomum, de origem epitelial, de comportamento não agressivo e crescimento lento, que constitui cerca de 3% de todos os tumores odontogênicos.^{3,4}

Clinicamente, o TOA caracteriza-se pelo seu crescimento lento, progressivo e indolor, de consistência firme, sem atingir no entanto, grandes proporções. Possui predileção pelo gênero feminino (2:1), com maior acometimento na região anterior de maxila em pacientes de primeira a terceira década de vida, principalmente a segunda década, e envolvimento de um dente impactado, frequentemente canino e incisivo lateral.⁴

De maneira menos expressiva, pode ocorrer expansão cortical, deslocamento dos dentes adjacentes e mobilidade dental. Pode se apresentar na forma intraóssea e periférica, incluindo três variantes referidas como folicular intraóssea (73%), extrafolicular intraóssea (24%) e periférica extraóssea (3%), que não se distinguem microscopicamente, porém clinicamente divergentes entre si. A variante folicular apresenta-se como um tumor associado à coroa de um dente não irrompido, sendo confundida com um cisto dentígero. A variante extrafolicular 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 confundida 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.^{5,6}

Os achados radiográficos geralmente apontam para imagens radiolúcidas associadas a um dente não irrompido e/ou impactado, com focos radiopacos, evidenciando pontos de calcificação; seu aspecto amplamente vasto permite diversos diagnósticos diferenciais, visto que o TOA mimetiza outras lesões, como cisto residual, cisto periodontal lateral, cisto dentígero, ceratocisto, ameloblastoma, tumor odontogênico epitelial calcificante, dentre outros.^{2,6}

Por ser normalmente pouco invasivo, ele é tratado com sucesso através de enucleação cirúrgica conservadora ou curetagem da lesão, ambas guiadas

pelas características clínicas e imaginológicas típicas desse tumor, bem como ratificação por exame histopatológico em uma biópsia incisiva prévia.⁶ Este trabalho relata um caso de tumor odontogênico adenomatoide, diagnosticado por meio de biópsia incisiva que direcionou o plano de tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente V.M.M., 21 anos de idade, sexo feminino, feoderma, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário João de Barros Barreto-Belém –PA – com queixa principal de aumento de volume assintomático em região de fundo de sulco vestibular em maxila, lado esquerdo, com mucosa de coloração e aspecto normal (Fig.1A).

O exame radiográfico revelou a presença do canino permanente esquerdo, impactado em região anterior de maxila, visualizada pela reconstrução em 3D (Fig. 1B) e radiolucência circunscrita, com halo esclerótico, focos de calcificação, com extensão do dente 22 ao dente 27 (Fig. 1C e D).

Foi realizada biópsia incisiva, na qual os cortes histológicos revelaram grande quantidade de células ovoides e fusiformes, gerando forma de roseta e/ou ductiformes, estando o núcleo dessas células polarizadas em direção oposta aos espaços centrais, visualizadas no círculo vermelho. Corpos ovoides e basofílicos foram interpretados como focos de calcificação (círculo azul), tendo como resultado histopatológico o Tumor Odontogênico Adenomatoide (Fig. 2E).

Subsequentemente, a paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico sob anestesia geral para enucleação e curetagem da lesão (Fig. 2A-D). A paciente encontra-se atualmente em acompanhamento pós-operatório, o qual já perdura por trinta meses, sem quaisquer sinais clínicos e radiográficos de recidivas da lesão (Fig. 3).

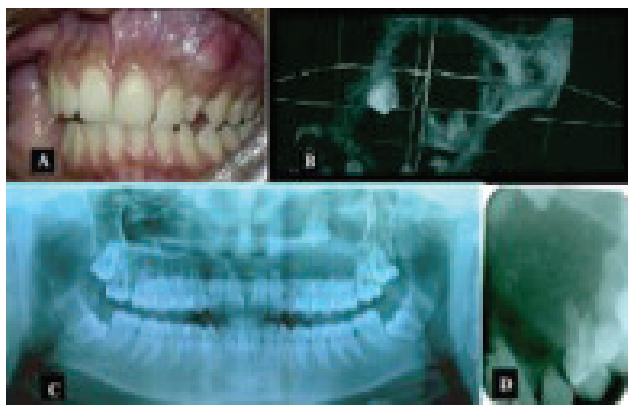


Figura 1 - A. Vista frontal da lesão mostrando aumento de volume na região de maxila esquerda; B. Reconstrução em 3D mostrando lesão odontogênica com canino impactado; C. Radiografia Panorâmica, D. Radiografia periapical da região de canino superior esquerda, evidenciando focos radiopacos e destruição óssea na área do canino.

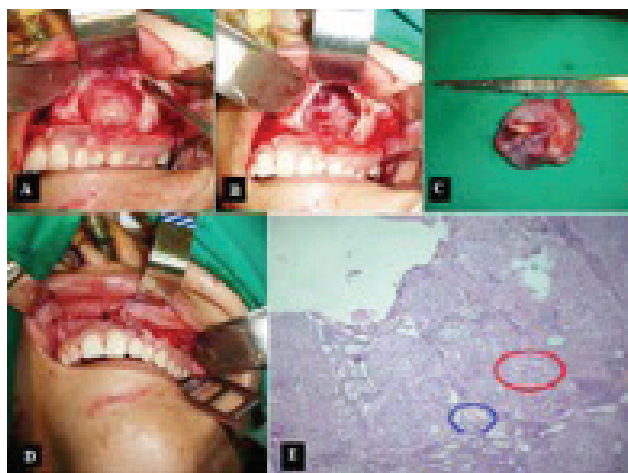


Figura 2 - A. Acesso cirúrgico evidenciando a massa tumoral; B. Exérese da lesão com exposição da loja cirúrgica; C. Peça cirúrgica; D. Sutura; E. Cortes histológicos evidenciando roseta e/ou estruturas ductiformes, estando o núcleo dessas células polarizadas em direção oposta aos espaços centrais (círculo vermelho), bem como focos de calcificação (círculo azul)



Figura 3 - A Imagem intraoral 30 meses após o procedimento cirúrgico; B. Radiografia panorâmica 30 meses após o procedimento cirúrgico.

DISCUSSÃO

O tumor odontogênico adenomatóide (TOA) consiste em uma lesão de origem epitelial, com caráter benigno, raro, de crescimento lento e progressivo. Sua etiologia é incerta, entretanto se acredita que seja oriunda do órgão do esmalte, lâmina dentária, epitélio reduzido do esmalte, bainha epitelial de Hertwige, seus remanescentes.^{5,7}

Sua ocorrência representa 3% de todos os tumores odontogênicos. A população feminina possui a maior incidência dos casos relatados, com faixa etária prevalente de 10 a 30 anos de idade, principalmente a segunda década de vida. A maioria dos casos relatados afeta maxila em sua porção anterior, incluindo um dente impactado ou supranumerário, que pode ser o canino ou incisivo lateral superior, em que o primeiro é o mais acometido.^{5,7} O relato de caso em questão encontra-se dentro do grupo de maior incidência, visto que a paciente é do gênero feminino, estando na faixa etária de maior predileção, 21 anos, e com envolvimento de região anterior de maxila associado a um canino impactado.

Por tal razão, o TOA é também designado

de “tumor dos dois terços”, visto que 2/3 dos casos ocorre em maxila, 2/3 em pacientes jovens do sexo feminino, 2/3 com acometimento de um dente impactado, 2/3 de envolvimento do canino.^{5,8}

As características mais marcantes desse tumor 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 quaisquer sintomatologias. Em raros casos, podem apresentar-se como lesão multilocular.^{8,9,10} O caso relatado exibe abaulamento da cortical óssea vestibular com apagamento do sulco gengivo-labial, impacção de canino, destruição óssea evidente e ausência de sintomatologia dolorosa.

O TOA apresenta-se sob três formas típicas, de acordo com suas características clínico-radiográficas: o tipo folicular intraósseo associado à coroa de um dente não irrompido, mimetizando um cisto dentífero; o tipo extrafolicular intraósseo não se associa com um dente incluso, porém se posiciona entre raízes de dentes, admitindo aparência de um cisto residual ou cisto periodontal lateral; por fim, o tipo periférico extraósseo, que se assemelha a um fibroma gengival, podendo causar discreta erosão da cortical óssea alveolar. O caso clínico em questão é da variante folicular, cujo diagnóstico diferencial principal é o cisto dentífero.

Radiograficamente, o TOA aparece como uma imagem radiolúcida associado a um dente impactado ou lateralmente a raízes de dentes, com presença de calcificações, de forma variada, reabsorção externa, aumento do espaço periodontal ou perda do ligamento periodontal podem ser visualizadas.⁵ Esses fatos puderam ser observados nos exames radiográficos desse caso clínico, como a imagem radiolúcida associada a um dente impactado com presença de calcificações (Figura 1B, Figura 1C, Figura 1D).

A ênfase em um diagnóstico auxiliado por imagens, através de exames radiográficos e tomográficos, correlacionada com os sinais clínicos foi capaz de direcionar o tratamento cirúrgico adequado no presente caso clínico, sem, no entanto, excluir a necessidade de confirmação por exame histopatológico.

O exame histopatológico, entretanto, admite as mesmas características, independentemente da variante clínico-radiográfica. As características

histológicas do TOA mostram um tumor de epitélio odontogênico com estruturas semelhantes a ductos e rosetas, que consistem em aparência glandular e de massas nodulares de células colunares ou cuboides, respectivamente, ambos dispersos em um estroma escasso de tecido conjuntivo maduro, conjuntamente a material amiloide e focos de calcificação de diversos formatos a exemplos de esferas e formas globulares.^{3,10} Ocasionalmente, moderado pleomorfismo pode ser evidenciado na forma de figuras mitóticas, aumento da vascularização, pleomorfismo nuclear, degeneração e hiper Cromáticos nuclear. Anastomoses delgadas de células basaloides, imitando o padrão plexiforme do ameloblastoma, ser encontradas, bem como necrose, hialinização, pigmentação melânica dentre outros.¹⁰ No presente caso, foi encontrado o padrão de ductos com células que possuíam seus núcleos inversamente polarizados aos espaços centrais; estruturas em forma de rosetas ou nódulos com células fusiformes e focos de calcificação confirmaram o diagnóstico de TOA.

O tumor odontogênico adenomatóide possui diversos diagnósticos diferenciais, podendo mimetizar várias lesões. Clinicamente, o TOA pode ser confundido com o cisto dentífero, tumor odontogênico epitelial calcificante (TOEC), fibroma; radiograficamente, pode ser confundido com cisto periodontal lateral, cisto residual, cisto dentífero, TOEC, cisto odontogênico calcificante, ameloblastoma unicístico e ceratocisto; histologicamente, pode ser confundido com o tumor odontogênico epitelial calcificante. Histologicamente, pode assemelhar-se com o TOEC, devendo ser realizada análise imunohistoquímica para conclusão do diagnóstico. Logo, o exame histopatológico bem como imunohistoquímico será o exame de eleição para confirmação de diagnóstico do tumor odontogênico adenomatóide.^{5,8}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de escolha para o TOA é cirúrgico com enucleação associada à curetagem. O tumor não costuma ter comportamento agressivo, e recorrências são raras. No presente caso, a paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial pós-cirúrgico de 30 meses, sem apresentar quaisquer sinais de recidivas radiográficas e clínicas.

REFERÊNCIAS

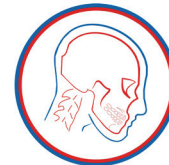
1. Reichart, P.A., Philipsen, H.P. Odontogenic tumours and allied lesions. Quintessence Publishing Co. Ltd., London; 2004; 105–16.
2. Stafne, E.C., Minn, R. Epithelial tumors associated with developmental cysts of the maxilla: report of 3 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, St. Louis, v.1, p.887, 1948.
3. Barnes L, Everson J, Reichart P. World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Tumours of the Head and Neck. Lyon, France, International Agency for Research on Cancer, 2005.
4. Kavitha K.; Ranjith S. B.; Sumana D.; Rame G. R. P. Adenomatoid odontogenic tumor in the maxillary antrum: A rare case entity. *J Pharm Bioallied Sci.* Jul 2014; v.6: S196–S199.
5. Marcelo F.M.; Fabrício S.L.; Pedro T.N. | Mariana V. C.G. | Ana C.N.S.; Tatiane F.F. Tumor Odontogênico Adenomatóide: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe, jan/mar 2014; 14(1): 27-32.
6. Vikramjeet S.; Sunder G.; Soheyl S.; P. Shambulingappa; Balwinder S.; Ravinder S. Adenomatoid odontogenic tumor with dentigerous cyst: Report of a rare case with review of literature. *Contemporary Clinical Dentistry*. Sep. 2012; v.3, S244-S247.
7. Saritha K.; Sumanth G.; Priyanka R. P.; Suryanarayana R. Y.; B. V. Ramesh R. An Adenomatoid Odontogenic Cyst (AOC) with an Assorted Histoarchitecture: A Unique Entity. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013 Jun, v.7: 1232-1235.
8. K.vasudevan;SenthilK.;Vijayasamundeeswari, Srivel V. Adenomatoid odontogenic tumor, an uncommon tumor. *Contemporary Clinical Dentistry*. Apr-Jun 2012, v. 3,245-247.
9. Veena S. N.; Giridhar N.; Raju R.; Shubangi M.J.; Maya H. Adenomatoid odontogenic tumor of the mandible with unusual radiographic features: A case report. *Imaging Science in Dentistry*. Jan. 2013; 43: 111-115.
5. Vimi S. M.; Ashish S.; Sunil S. M.; Raghu R. Adenomatoid odontogenic tumor: A unique report with histological diversity. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*. Jan - Apr 2012; v. 16, 118-121.



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

LIGA ACADÊMICA BUCO-MAXILO-FACIAL



LABMF

Disciplina: CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Contato: labmfop@gmail.com

A Universidade de Pernambuco, por meio da Faculdade de Odontologia, tem alcançado sucesso na sua missão ensino, pesquisa e extensão. Sua característica inovadora educacional proporciona uma educação profissional-escola sem igual.

Incentivar alunos de graduação em Odontologia a seguir carreira na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial é um dos objetivos da disciplina. Nesse sentido a Liga Acadêmica de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial afigura-se como mais um programa.

A Liga Acadêmica Buco-Maxilo-Facial, doravante denominada de LABMF, constitui-se em uma entidade civil, beneficente, sem fins lucrativos, de assistência social e orientação. Fundada em agosto de 2010, consiste em um programa constituído por acadêmicos de Odontologia da Universidade de Pernambuco e professores vinculados à disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia.

A liga acadêmica oferece aos alunos da graduação conhecimentos técnico-científicos, desenvolvimento de aulas, seminários, palestras, congressos, discussões de artigos e casos clínicos, produção de trabalhos científicos, além de atividades complementares de extensão, colaborando com um ensino odontológico fundamentado em base científica, com o enfoque na sociedade e com o estabelecimento da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo movido por ações não só de tratamento mas também de promoção à saúde.

Em suas ações, outros profissionais são convidados para participar dos eventos.