

TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE: RELATO DE CASO

ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR: A CASE REPORT

Neurinéia Margarida Alves de Oliveira¹, Lairds Rodrigues dos Santos¹, Fernanda Ferreira Lopes², Cláudia Maria Coêlho Alves²

Resumo

Introdução: Tumor Odontogênico Adenomatóide (TOA) é uma lesão epitelial benigna incomum de origem odontogênica, representando 1,3 a 4% dos tumores odontogênicos e acomete principalmente jovens mulheres na segunda década de vida sendo mais comum na maxila, estando mais comumente associado ao canino superior não irrompido. Em função da demora em buscar tratamento, geralmente a lesão é grande, podendo gerar receio de intervenção pelo profissional. **Objetivo:** Analisar as características clínicas, radiográficas, histológicas e o tratamento de um portador de TOA. **Método:** Relato de caso, mostrando uma lesão localizada na região anterior da maxila. Foi realizada a biópsia incisional sob anestesia local com um retalho de espessura total com o intuito de preservar as estruturas adjacentes (gengiva e osso). **Conclusão:** Após raspagem e curetagem, a lesão foi removida. Não houve recidiva até um ano de pós-operatório.

Palavras-chave: Patologia. Diagnóstico. Tumores odontogênicos.

Abstract

Introduction: Adenomatoid Odontogenic Tumor (AOT) is an uncommon benign epithelial lesion of odontogenic origin, representing 1.3 to 4% of odontogenic tumors and affects mainly young women in the second decade of life. It is more common in the maxilla and is most commonly associated with maxillary canines unerupted. Due to the delay in seeking treatment, usually the lesion is large, which may cause fear of intervention by the professional. **Objective:** To analyze the clinical, radiographic, histologic, and treatment of a patient with AOT. **Method:** A case report showing a lesion located in the anterior maxilla. Incisional biopsy under local anesthesia with a flap debridement in order to protect adjacent structures was performed (gums and bone). **Conclusion:** After scaling and curettage, the lesion was removed. There was no recurrence within one year after surgery.

Keywords: Pathology. Diagnosis. Odontogenic Tumors.

Introdução

O Tumor Odontogênico Adenomatóide (TOA) é uma lesão epitelial benigna incomum de origem odontogênica, representando aproximadamente 3,0% de todos os tumores odontogênicos^{1,2}. O TOA é um tumor de crescimento lento, progressivo e não agressivo. Clinicamente apresenta ausência ou impação de dentes, ausência de dor, expansão óssea e deformidade do rosto quando a lesão se desenvolve e cresce¹.

É mais comumente encontrado em pacientes jovens, especialmente na segunda década de vida. O sexo feminino é mais afetado pelo TOA com mais frequência que o masculino³. De acordo com Rick, seu perfil clínico-patológico é único entre tumores odontogênicos porque a maioria das lesões ocorre em associação com um canino maxilar não irrompido em adolescente do sexo feminino⁴. A maxila é o local de predileção de ocorrência, quase duas vezes mais que a mandíbula, e a parte anterior desta última mais frequentemente envolvida que a parte posterior. O canino superior não irrompido é o dente mais comumente associado com o TOA³.

O TOA pode ocorrer de três formas: a do tipo foliolar, extrafoliolar e periférico. O tipo foliolar ocorre extraósseo e apresenta-se como uma estrutura bem definida, radiolucidez unilocular associada à coroa e

muitas vezes parte da raiz de um dente incluso semelhante a um cisto dentífero^{5,6}. O extrafoliolar também ocorre dentro do osso mas não está associado com um dente não irrompido. Esta variante apresenta-se como uma estrutura bem definida, radiolucidez unilocular encontrada entre, acima ou sobrepondo-se às raízes de dentes permanentes erupcionados. A forma periférica ocorre de modo extraósseo e muitas vezes aparece como um fibroma gengival ou epúlida^{2,3}. Esta variante pode mostrar erosão da crista óssea alveolar, mas raramente produz alterações detectáveis radiograficamente².

Clinicamente, todas as formas do TOA são caracterizadas por crescimento progressivo lento, com pouco ou nenhum sintoma subjetivo. Em variantes intra-ósseas, a expansão cortical é um achado comum, enquanto a perfuração da placa cortical é incomum^{7,8}.

Microscopicamente, o TOA é geralmente rodeado por uma cápsula fibrosa bem desenvolvida e o tumor é composto de nódulos sólidos de células epiteliais fusiformes, poligonais ou cubóides que formam ninhos, pseudo-ductos e cordões de epitélio com uma configuração trabecular². Entre as células epiteliais e no centro dos pseudo-ductos está presente material amorfo eosinofílico (muitas vezes descritos como "gotículas tumorais"). Além disso, quantidades variáveis de material calcificado estão presentes na maioria das lesões⁹.

¹. Acadêmico. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

². Professor. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Cláudia Maria Coêlho Alves. E-mail: cmcoelhoa@gmail.com

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 calcificadas¹⁰⁻¹². Contudo, a lesão pode ou não estar associada a um dente não irrompido, dos quais 60% são caninos, mas também ocorre em pré-molares^{13,14}.

Dependendo da posição e do envolvimento do dente não irrompido associado à lesão, deve-se ou não preservá-lo, tracionando-o ortodonticamente². 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 dos tecidos circunjacentes, o tratamento eleito é cirúrgico e conservador por excisão e curetagem¹⁵⁻¹⁸. No entanto, nos relatos pesquisados, não há menção dos autores em relação à remoção por meio de retalho de espessura total. Considerando estas características, o presente relato apresenta um caso de TOA localizado na maxila, associado a um canino não erupcionado abordando suas características clínicas, radiográficas e histológicas bem como o tratamento.

Relato do Caso

Paciente do sexo feminino, com 12 anos de idade, compareceu à clínica de Periodontia, do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão queixando - se de aumento de volume na região do canino superior esquerdo. Ao realizar a anamnese da paciente, constatou-se que apresentava um bom estado geral, não exibia doenças de base, não usaria de qualquer medicamento de uso constante e, não possuía quadro de alergia a nenhum fármaco ou substância.

À inspeção intrabucal observou-se um aumento volumétrico vestibular na região anterior da maxila esquerda, e à palpação a lesão apresentava-se com consistência firme, sem sintomatologia dolorosa e sem sinais flogísticos. Não foi observada mobilidade dos dentes adjacentes ou ainda parestesia na região (Figura 1).



Figura 1 - Vista frontal e posterior intraoral da lesão com aumento de volume (a e b).

Ao exame radiográfico, ficou evidenciada a presença de lesão radiolúcida unilocular com área circunscrita e de limites corticalizados envolvendo o elemento 23 (incluso). Observou-se ainda, que a lesão se apresentava bem delimitada por uma linha esclerótica óssea, caracterizando uma lesão com todas as características descritas na literatura. Não foram observadas reabsorções ósseas radiculares nem deslocamentos dentários pela lesão associada ao dente retido (Figura 2).

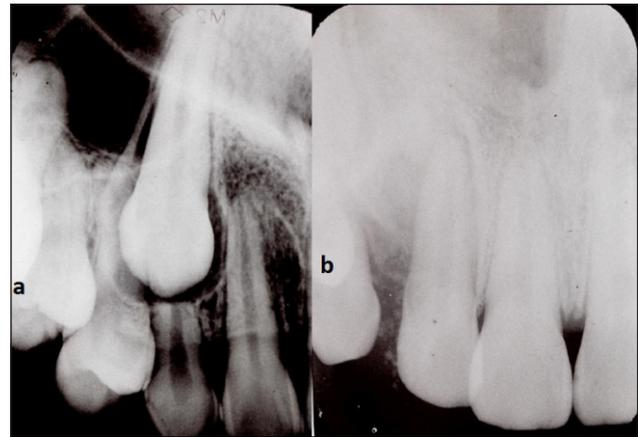


Figura 2 - Radiografia periapical mostrando presença de canino incluso no seu interior. Aspecto radiográfico do pós-operatório (a e b).

Foi realizada a biópsia incisional sob anestesia local. Um procedimento periodontal se fez necessário com o intuito de preservar as estruturas adjacentes (gingiva e osso). Com a lâmina de bisturi foi realizado um retalho de espessura total que foi executado para expor a lesão sendo a mesma cuidadosamente separada do osso circundante. A massa tumoral foi enucleada e após raspagem e curetagem, a lesão foi removida e a ferida foi suturada com fio de seda 3-0.

Histologicamente, a lesão apresentava-se bem definida com a presença de variados arranjos, oriundos do epitélio odontogênico, agrupados em estruturas semelhantes a rosetas e escasso estroma de tecido conjuntivo. Foi constatado também, a proliferação de células epiteliais semelhantes a pré - ameloblastos e material eosinofílico amorfo semelhante a amiloide, assim como, massas globulares de material calcificado. Presença de estruturas semelhantes a ductos e nódulos de células poliédricas, eosinofílicas e de aparência escamosa, com frágil adesão celular também foram observadas. Proeminentes pontes intercelulares e moderado pleomorfismo foi evidenciado nos núcleos (Figura 3).

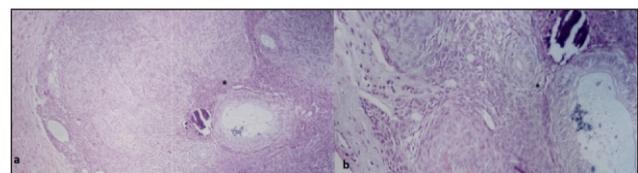


Figura 3 - Aspecto histológico da lesão. O asterisco e as setas identificam células epiteliais odontogênicas agrupadas em estruturas semelhantes a rosetas. A mesma imagem em maior aumento (a e b).

Discussão

Neste trabalho, apresenta-se um caso clássico da lesão que envolve a região de canino superior. O perfil observado no caso estudado foi de uma paciente do sexo feminino com 12 anos de idade, semelhante a outros casos relatados na literatura, tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino^{11,14,17}.

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 servi-

ço da Universidade com queixa de aumento de volume na região do canino sendo esse sintoma comum em lesões situadas na maxila, o que muitas vezes compromete a estética do paciente. A presença desse tumor na mandíbula também é relatada na literatura^{4,16,19}.

Como descrito na literatura^{16,19}, radiograficamente, a lesão apresentou-se com uma área radiolúcida, unilocular, bem definida por uma cortical óssea, associada a um canino incluso. Os achados radiográficos do caso confirmaram a associação da lesão com um elemento dentário retido, caracterizando o tipo folicular do tumor como o mais comum¹¹. O achado histológico da peça corrobora com outros autores 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^{9,17}.

O tratamento de eleição foi a enucleação cirúrgica e curetagem, com prognóstico excelente. No entanto, a utilização de um retalho de espessura total, que foi o diferencial na intervenção, permitiu que as estruturas periodontias fossem mantidas íntegras, o que facilitou a cicatrização. A abordagem cirúrgica conservadora, adotada no caso apresentado, também per-

mitiu neoformação óssea na região, indicando a eficácia do tratamento e ausência de sinais de recidiva até um ano após a remoção. A preservação do dente envolvido depende do seu grau de comprometimento da viabilidade de integração na arcada, pois é fácil o descolamento da lesão da unidade dentária, promovendo sua manutenção. O TOA é uma lesão benigna de fácil tratamento, sendo extremamente infrequente a recorrência^{7,16}.

O presente caso não é raro. É comum, mas entre os tumores odontogênicos, o TOA geralmente aparece com um percentual que varia de 1,3 a 4,0% entre o número elevado de tumores odontogênicos^{7,19}. Além disso, é fundamental ter conhecimento da lesão para estabelecer o diagnóstico correto, descartando-se a possibilidade de lesões de aspectos clínicos e imagiológicos semelhantes, em especial o ameloblastoma²⁰.

É importante ressaltar que as características clínicas e radiográficas do TOA podem ser confundidas com outras patologias, tais como o ameloblastoma. Sendo assim, torna-se indispensável a realização de exame histopatológico para se estabelecer o correto diagnóstico e, conseqüentemente, adotar a terapia adequada. O retalho de espessura total mostrou ser uma abordagem adequada, permitindo melhor cicatrização dos tecidos.

Referências

1. Worawongvasu R, Tiensuwan M. Odontogenic tumors in Thailand: A study of 590 Thai patients. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol*, 2014; 27(4): 567-76.
2. Vera Sempere FJ, Artes Martinez MJ, Vera Sirera B, Bonet Marco J. Follicular adenomatoid odontogenic tumor: immunohistochemical study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006; 11(4): 305-308.
3. Lang MJ, Wang YP, Lin HP, Chen HM, Kuo YS. Adenomatoid odontogenic tumor—Report of a posterior mandibular case with the presence of ghost cells. *J Dent Sci*, 2013; 10(2): 216-222.
4. Rick GM. Adenomatoid odontogenic tumor. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 2004; 16(3): 333-354.
5. Philipsen HP, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumour: facts and figures. *Oral Oncol*, 1999; 35(2): 125-131.
6. Manjunatha BS, Mahajan A, Mody BM, Shah V. Adenomatoid Odontogenic Tumor (AOT) Arising from a Dentigerous Cyst: Literature Review and Report of a Case. *J Maxillofac Oral Surg*, 2015; 14(2): 393-397.
7. 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.
8. Leon JE, Mata GM, Fregnani ER, Carlos-Bregni R, de Almeida OP, Mosqueda-Taylor A, et al. Clinicopathological and immunohistochemical study of 39 cases of Adenomatoid Odontogenic Tumour: a multicentric study. *Oral Oncol*, 2005; 41(8): 835-842.
9. 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): 210-215.
10. Philipsen HP, Reichart PA, Zhang KH, Nikai H, Yu QX. Adenomatoid odontogenic tumor: biologic profile based on 499 cases. *J Oral Pathol Med*, 1991; 20(4): 149-158.
11. Friedrich RE, Scheuer HÁ, Zustin J. Adenomatoid odontogenic tumor (AOT) of maxillary sinus: case report to immunohistochemical findings. *In vivo*, 2009; 23(1): 111-116.
12. Garg D, Palaskar S, Shetty VP, Bhushan A. Adenomatoid odontogenic tumor -hamartoma or true neoplasm: a case report. *J Oral Sci*, 2009; 51(1): 155-159.
13. Chuan-Xiang Z, Yan G. Adenomatoid odontogenic tumor: a report of a rare case with recurrence. *J Oral Pathol Med*, 2007; 36(7): 440-443.
14. Kalia V, Kalra G, Kaushal N, Sharma V, Vermani M. Maxillary adenomatoid odontogenic tumor associated with a premolar. *Ann Maxillofac Surg*, 2015; 5(1): 119-122.
15. Ogata DC, Ioshii SO, Sassi LM, Felizola SJA, Ribeiro R. Tumor odontogênico adenomatóide extrafolicular: Uma apresentação infrequente de um tumor raro. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*, 2008; 37(4): 234-235.
16. Azevedo RA, Carneiro-Júnior B, Andrade LCS, Castro CHS. Tumor odontogênico adenomatóide em mandíbula. *Rev Cubana Estomatol*, 2011; 48(2): 172-180.
17. Vasconcelos BCE, Frota R, Cardoso ÁB, Porto GG, Carneiro SCAS. Tumor odontogênico adenomatóide. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 2008; 74(2): 315-318.
18. Borges SP, Santos LAN, Paula AMB, Martelli Junior H. Tumor Odontogênico Adenomatóide. *Rev Bras Odontol*, 2005; 62(1-2): 113-114.
19. Servato JP, Prieto-Oliveira P, de Faria PR, Loyola AM, Cardoso SV. Odontogenic tumours: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 2013; 42(2): 288-293.
20. Castro CHS, Mendes RB, Carneiro MC, Carneiro-Júnior B, Azevedo RA. Tumor odontogênico adenomatóide: aspectos relevantes ilustrados por um caso clínico. *R Ci Méd Biol*, 2010; 9(2): 179-182.