

TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATOIDE EXTRAFOLICULAR MIMETIZANDO CISTO PERIODONTAL LATERAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

EXTRAFOLLICULAR ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR MIMICKING LATERAL PERIODONTAL CYST: CASE REPORT

AGNALDO ROCHA PRATA-JÚNIOR^{1*}, GABRIEL VIEIRA DIAS², GABRIELLA DANTAS DE ALMEIDA², LUIZ CARLOS PIRES SOBRINHO³, LUIZA PEREIRA SANTANA AMARAL², THAUANA BRITO DE ALMEIDA², YSLEIDE PASSOS ALMEIDA², GERMANO SOUZA ANGARANI⁴

1. Cirurgião-dentista, Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, HUGOL/SES, Goiânia, Goiás, Brasil; 2. Acadêmico de Odontologia, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil; 3. Acadêmico de Odontologia, Centro Universitário Goyazes, Trindade, Goiás, Brasil. 4. Cirurgião Bucocomaxilofacial, Mestre em Clínica Odontológica, Doutorando, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

* Avenida Anhanguera, 14527, Santos Dumont, Goiânia, Goiás, Brasil. CEP: 74463-350. prata.aiesec@gmail.com

RESUMO

O tumor odontogênico adenomatoide (TOA) é um tumor odontogênico epitelial benigno, de crescimento lento e indolente, porém progressivo, usualmente diagnosticado na porção anterior da maxila, especialmente em crianças e adolescentes, com predileção em mulheres. O tratamento preconizado consiste em enucleação. Neste relato, paciente do sexo masculino, 17 anos, queixando-se de dor do lado direito da face. Ao exame de tomografia computadorizada, imagem hipodensa unilocular anterior à raiz do dente 3.4 provocando abaulamento da cortical vestibular. Com as hipóteses diagnósticas de cisto periodontal lateral, queratocisto, TOA, entre outros, realizou-se a biópsia excisional e consequente enucleação da lesão. O exame macroscópico da peça mostrou fragmento de tecido mole redondo, acastanhado, de consistência fibrosa, que após secção mostrou no interior áreas císticas e sólidas. O diagnóstico histopatológico foi de TOA. O paciente encontra-se atualmente em quatro anos de preservação, sem sinais de recidiva. O presente relato ilustra o caso de um tumor odontogênico infrequente, em uma apresentação clínica pouco usual, a extrafolicular interradicular, ocorrendo em mandíbula e exibindo densas áreas císticas.

PALAVRAS-CHAVE: Patologia; mandíbula; histologia; diagnóstico.

ABSTRACT

Adenomatoid Odontogenic Tumor (AOT) is a slow and indolent but progressive growing benign epithelial odontogenic tumor, usually diagnosed in the anterior maxilla, especially in children and adolescents, with a preference for women. Enucleation is the indicated treatment. This article focuses on a 17-year-old male student, complaining of pain on the left side of the face. Cone-beam Computed Tomography showed unilocular hypodense image anterior to the 3.4 tooth's

root causing buccal cortical bulging. With the diagnostic hypotheses of lateral periodontal cyst, keratocyst, AOT, among others, excisional biopsy was performed with consequent enucleation of the lesion. Macroscopic examination of the specimen showed a round soft tissue fragment, brownish, of fibrous consistency, which after section showed cystic and solid areas inside. The histopathological diagnosis was TOA. The patient is currently in the fourth year of preservation, with no signs of relapse. The present report illustrates the case of an infrequent odontogenic tumor, in an unusual clinical presentation, the interradicular extrafollicular, occurring in the mandible and showing dense cystic areas.

KEYWORDS: Pathology; mandible; histology; diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

O Tumor Odontogênico Adenomatoide (TOA) é uma neoplasia benigna de origem do epitélio odontogênico relativamente incomum, resultando em menos de 5% dos tumores odontogênicos^{1,2}.

Adotado pela primeira vez em 1971 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o nome Tumor Odontogênico Adenomatoide foi proposto por Philipsen *et al.* (1991)³. Em 2005, o TOA foi definido como um tumor composto de epitélio odontogênico numa variedade de modelos histológicos e arquiteturais, embebidos num estroma de tecido conectivo maduro e caracterizado por um crescimento lento, porém progressivo⁴. Recentemente, conforme a última classificação de tumores odontogênicos da OMS, em 2017, o TOA foi considerado um tumor epitelial benigno⁵.

O TOA é uma lesão odontogênica benigna (hamartomatoso) que tem sido considerada uma neoplasia não invasiva e não agressiva. Dois terços dos

TOAs são diagnosticados na segunda década de vida e mais da metade dos casos é encontrada em adolescentes (13 a 19 anos)⁶⁻⁸.

Embora o local mais comum do TOA seja a região anterior da maxila, raros estudos têm demonstrado uma leve predisposição para a região mandibular⁹. Os dentes mais associados ao TOA são os caninos superiores, mas há relatos que sugerem a lesão em molares não irrompidos¹⁰.

Apesar do TOA ser um tumor assintomático, os pacientes podem notar edema gengival indolor ou abaulamentos ósseos em mandibulares, de crescimento lento, muitas vezes associadas a dentes não irrompidos.

Dada a sua baixa taxa de recidiva (0,2%), associado ao seu caráter benigno, o tratamento do TOA costuma ser conservador, sendo a enucleação da lesão o tratamento definitivo. Com possibilidade de tratamento ortodôntico para tracionamento dos dentes não erupcionados¹¹.

Esse relato de caso descreve características morfológicas, exames radiográficos e histopatológicos, terapia cirúrgica e desfecho clínico de um TOA extrafolicular, desenvolvido em região de mandíbula anterior de um jovem do gênero masculino.

2. CASO CLÍNICO

Um jovem rapaz, VPA, 17 anos, estudante, feoderma procurou o serviço de Diagnóstico Oral de um Hospital Universitário queixando-se de “dor e aumento de volume do lado direito da mandíbula”. Relata que há quatro meses notou o surgimento de um nódulo na região de gengiva adjacente ao dente 34, apresentando dor espontânea, com exacerbação do processo álgico no período noturno.

Não existiam antecedentes familiares ou pessoais relevantes ao caso. Ao exame físico extraoral, não há alteração digna de nota. Ao exame físico intraoral notou-se lesão nodular sésil, de consistência rígida, com coloração semelhante à mucosa oral, sem dor à palpação, medindo aproximadamente 2cm x 1cm na topografia dos ápices radiculares dos dentes 33, 34 e 35. Ao teste de vitalidade pulpar, positivo para todos os dentes testados, definiu-se que não existia comprometimento pulpar com demais dentes hígidos clínico e radiograficamente.

A radiografia panorâmica revelou área radiolúcida que circunscrevia a raiz do dente 34 por completo e matinha contato com a distal e mesial das raízes, respectivamente, dos dentes 33 e 35.

Na Tomografia Computadorizada Cone Beam, foi evidenciado uma área hipodensa de formato esférico, unilocular, com bordas bem definidas, medindo cerca de 1cm³, envolvido numa delgada área hiperdensa sugestiva de cortical óssea, estando 04mm cima do canal do nervo mentoniano direito e mostrando íntima relação com as raízes dos dentes 33, 34 (neste, sobrepondo-a) e 35.

A partir das análises, estabeleceram-se como possíveis hipóteses diagnósticas o cisto periodontal lateral, ameloblastoma unicístico, queratocisto

odontogênico e tumor odontogênico adenomatoide.

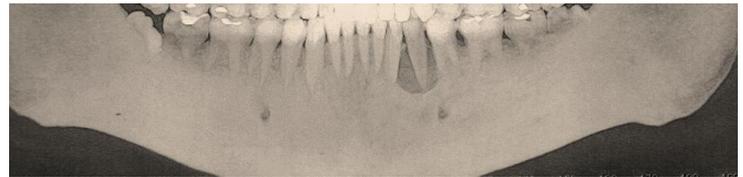


Figura 1. Reconstrução Panorâmica da Tomografia Computadorizada Cone Beam.

A biópsia excisional sob anestesia local foi planejada e executada. A área afetada foi acessada por retalho vestibular em incisão de Neumann modificada. Foi realizada a punção aspirativa da lesão, com pequena quantidade de sangue como resultado após grande pressão negativa. O tumor estava encapsulado e após descolamento, foi removido por completo. Após exérese da lesão, observou-se exposição radicular completa do dente 34 e distal do 33, procedeu-se, então, com leve curetagem radicular, irrigação copiosa com soro fisiológico e síntese do retalho.

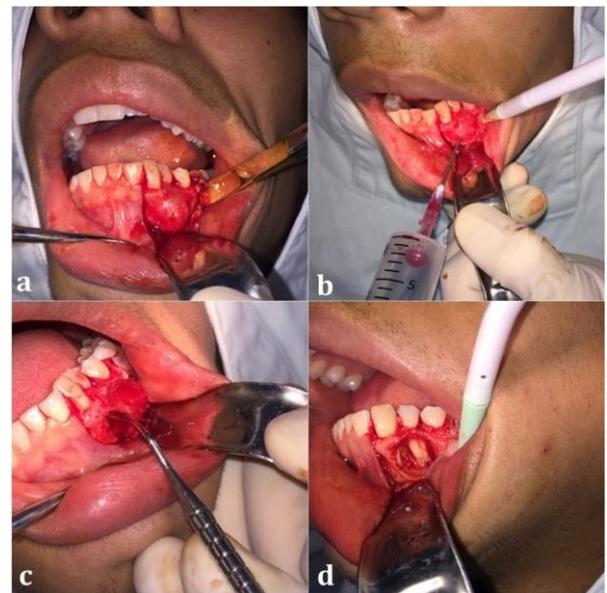


Figura 2. Transcirúrgico. a) Exposição da região após rebatimento do retalho. b) Punção aspirativa. c) Exérese da lesão. d) Aspecto da loja óssea após remoção da lesão.

A peça foi encaminhada ao laboratório de patologia em recipiente apropriado. Na análise histológica, notou-se proliferação nodular de células epiteliais poliédricas de provável origem odontogênica, organizadas em densos espaços císticos com material basofílico intraluminal ou em ninhos sincicial e trabecular. O estroma era pouco celular, intensamente eosinofílico ou amorfo, com algumas calcificações. O diagnóstico de TOA foi então estabelecido.

O pós-operatório do paciente foi satisfatório. No primeiro retorno ambulatorial, após sete dias, notou-se a presença de equimose intraoral que se estendia por todo fundo de vestibulo direito de mandíbula. Aos quinze dias, não havia presença da equimose e a área encontrava-se totalmente cicatrizada.

Após três meses de acompanhamento, o teste de vitalidade pulpar era negativo no dente 34. Dessa

forma, o paciente foi encaminhado ao endodontista, que confirmou necrose pulpar e necessidade de tratamento endodôntico.

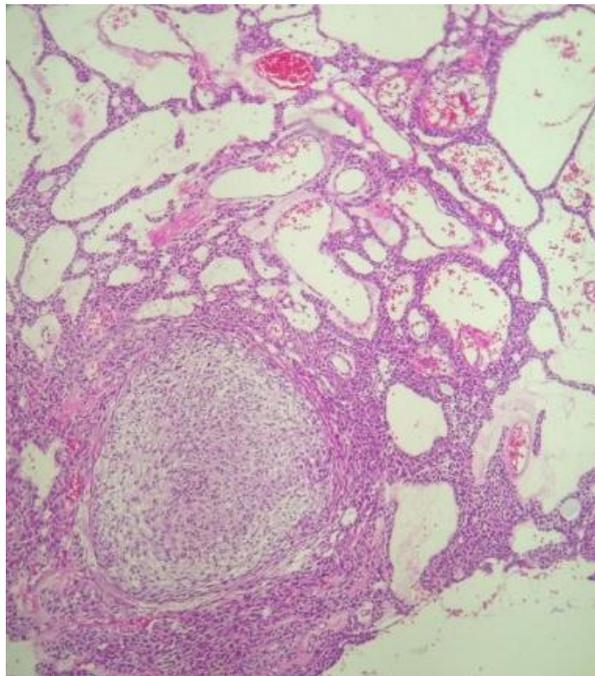


Figura 3. Recorte histopatológico.

Ao final do quarto ano de acompanhamento, novos exames de imagem foram solicitados, evidenciando neoformação óssea local e sem sinais de recidivas da lesão. O paciente nega qualquer sintomatologia dolorosa local.

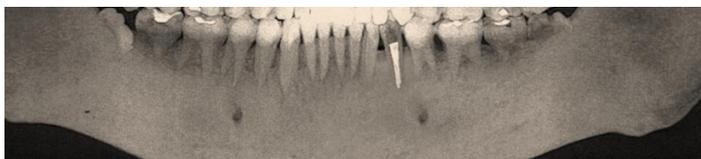


Figura 4. Reconstrução Panorâmica de Tomografia Computadorizada Cone Beam, após quatro anos de acompanhamento.

3. DISCUSSÃO

Na classificação de tumores odontogênicos de 2005 da OMS, o TOA foi classificado no grupo de tumores de epitélio odontogênico sem ectomesênquima, devido à ausência de ectomesênquima na coloração imuno-histoquímica e na dentina displásica. Com isso, o TOA agora é considerado resultante de um processo metaplásico em vez da interação epitélio-ectomesênquima¹².

Existem três variantes básicas do TOA: a) folicular, b) extrafolicular e c) periférica. O tipo extrafolicular, presente no caso em questão, se apresenta como uma lesão intraóssea, mas não está relacionado a nenhum dente não irrompido, é visto principalmente entre as raízes dos dentes em erupção¹³.

Philipsen, em uma ampla revisão bibliográfica, descreve três variantes do TOA, sendo a variante folicular a mais prevalente (70%). O caso em questão, dessa forma, não é comum, visto que se manifesta

como uma variante extrafolicular¹⁴.

O tumor é mais visto na segunda década de vida, com predileção por maxila, sem presença de dor e em pacientes do gênero feminino, o que destoa completamente deste relato, que traz um paciente do gênero masculino, com dor associada à lesão e acometendo a mandíbula.

O cisto periodontal lateral, por sua vez, tem ligeira predileção pelo gênero masculino, maior incidência em região anterior de mandíbula, estando predominantemente entre as raízes de incisivos, caninos e pré-molares¹⁵. Além disso, O TOA geralmente envolve coroa e raiz do dente, já o cisto periodontal lateral margeia, comumente, a raiz – periodonto – da unidade dentária associada, assim como a apresentação clínica e imagiológica do caso em questão. Sendo estabelecido, então, o caráter de mimetismo entre essas lesões.

Antes da aquisição da tomografia computadorizada, não havia certeza da relação da lesão com as raízes dos dentes associados, principalmente no que diz respeito ao 34, que mesmo tendo respondido positivamente aos testes pulpares, poderia ter uma lesão circunscrita a sua raiz.

Após aquisição da tomografia e evidenciação da não relação entre raízes dentárias e lesão, além de levar em consideração a sua apresentação como uma área radiolúcida bem circunscrita, localizada lateralmente à raiz de um dente vital¹⁶ e com expansão da cortical óssea vestibular, estabeleceu-se como hipótese diagnóstica mais provável a de cisto periodontal lateral.

A literatura mostra que tanto o TOA como o cisto periodontal lateral trazem um abaulamento de corticais progressivo e sem dor, sendo comumente um achado radiográfico.¹⁵ A característica de dor associada ao caso em questão parece ter relação com a proximidade da lesão em relação ao nervo mentoniano que, conforme a reconstrução tomográfica, era de aproximadamente 04mm.

O tratamento mais comumente adotado e aceito é a cirurgia conservadora com exérese da lesão e curetagem local circundante¹¹. Por se tratar de um tumor benigno, não invasivo localmente e bem encapsulado, sendo fácil a sua completa remoção, o prognóstico é excelente¹⁷. Para lesões ósseas muito grandes, avaliando os quesitos como idade, condição dentária e, principalmente, anseios do paciente, pode-se pensar em regeneração óssea local, visado à reabilitação em caso de perdas dentárias, ou lançar mão da ortodontia para tracionamento dos dentes viáveis associados.

4. CONCLUSÃO

O presente caso descreveu um TOA extrafolicular que, conforme os exames de imagem, mimetizava um cisto periodontal lateral. Algumas lesões, embora tenham características que levem o cirurgião a defini-la como certa patologia, podem estar apenas mimetizando-a. Sendo assim, o trabalho em questão mostra a importância da associação entre os achados

clínicos e histopatológicos das lesões orais, reforçando que a análise histopatológica deve ser mandatória, mesmo que os achados deem certeza no diagnóstico.

5. REFERÊNCIAS

- [1] El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PWHO. Classification of Head and Neck Tumours. 4ªed. Lyon: IARC Press. 2017.
- [2] Guillén-Pérez D, Acuña-Pérez J, Bodaño-Gómez N. Tumor odontogénico adenomatoide en región mandibular. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2019; 44(4).
- [3] Philipsen HP, Reichart PA, Zhang KH, Nikai H, Yu QX. Adenomatoid odontogenic tumors: biologic profile based on 499 cases. J Oral Pathol Med. 1991. 20:149-58.
- [4] Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. 3ªed. Lyon: IARC Press. 2005.
- [5] Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization. Head and Neck Pathol. 2017; 11:68-77,
- [6] Philipsen HP, Reichart PA, Siar CH, et al. An updated clinical and epidemiological profile of the adenomatoid odontogenic tumour: a collaborative retrospective study. J Oral Pathol Med. 2007; 36:383-393.
- [7] Rick GM. Adenomatoid odontogenic tumor. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2004; 16:333-354.
- [8] Siriwardena BS, Tennakoon TM, Tilakaratne WM. Relative frequency of odontogenic tumors in Sri Lanka: Analysis of 1677 cases. Pathol Res Pract. 2012; 208:225-30.
- [9] Fernandes AM, Duarte ECB, Pimenta FJGS, Souza LN, Santos VR, Mesquita RA, et al. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. J Oral Pathol Med. 2005; 34:583-7.
- [10] Philipsen HP, Reichart PA, Siar CH, et al. An updated clinical and epidemiological profile of the adenomatoid odontogenic tumour: a collaborative retrospective study. Journal of Oral Pathology & Medicine. 2007; 36(7):383–393.
- [11] Dezza Palle J, Arce Lazo M. Tumor odontogénico: repote de caso. Odontología Sanmarquina. 2018; 21(1):41-46.
- [12] Yadav JS, Mohindra S, Gupta K. Adenomatoid odontogenic tumor of maxillary sinus. AIJCR. 2011; 4:53–6.
- [13] La Monaca G, Pranno N, di Gioia CRT, Pompa G, Vozza I, Cristalli MP. Surgical management of extrafollicular variant of adenomatoid odontogenic tumor in the maxillary posterior region. Case Rep Dent. 2019; 29.
- [14] Philipsen HP. Adenomatoid odontogenic tumor: biologic. J Oral Pathol Med. 1991; 20(4):149-58.
- [15] Neville WB, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patología oral & maxilofacial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016.
- [16] Siponen M, Neville BW, Damm DD, Allen C. Multifocal lateral periodontal cyst: a report of 4 cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011; 111:225-233.
- [17] Marín Botero ML. Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Av. Odontostomatol. 2017; 33(4):161-170.