

LESÃO RADIOLÚCIDA INTER-RADICULAR EM PRÉ-MOLARES INFERIORES: ESTUDO DE CASO DE MIXOMA ODONTOGÊNICO

INTERRADICULAR RADIOlucent LESION IN MANDIBULAR PREMOLARS: A CASE REPORT OF ODONTOGENIC MYXOMA

GABRIELLE COSTA¹, WANESSA GODINHO¹, MARCELO NEWTON CARNEIRO², DOUGLAS GUIMARÃES^{3*}

1. Acadêmica do curso de graduação do Curso de Odontologia do Centro Universitário do Pará; 2. Professor Doutor, Disciplina odontologia e no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Clínica Odontológica do Centro Universitário do Pará; 3. Professor Doutor, Curso de Odontologia e do Mestrado Profissional em Clínica Odontológica (MPCO) do Centro Universitário do Pará.

*Rua 9 de janeiro nº 927, Belém, Pará, Brasil CEP 66013-090. douglas.guimaraes@prof.cesupa.br

Recebido em 20/04/2026. Aceito para publicação em 27/04/2026

RESUMO

O mixoma odontogênico é uma neoplasia benigna rara, de comportamento infiltrativo e potencial recidivante, cujo diagnóstico pode ser desafiador, especialmente em apresentações atípicas. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de lesão radiolúcida unilocular entre as raízes de pré-molares inferiores, enfatizando o papel dos métodos de imagem no diagnóstico diferencial e no acompanhamento evolutivo. Trata-se de paciente do sexo feminino, 21 anos, com achado radiográfico incidental, assintomático, inicialmente sugestivo de lesão de menor agressividade. A abordagem cirúrgica inicial foi seguida de recidiva precoce, evidenciada por tomografia computadorizada, que demonstrou padrão expansivo e comportamento infiltrativo. A análise histopatológica confirmou o diagnóstico de mixoma odontogênico. Após intervenção cirúrgica ampliada, observou-se evolução clínica satisfatória, sem sinais de recidiva ativa em seguimento de aproximadamente três anos. O caso evidencia que apresentações uniloculares podem mimetizar lesões odontogênicas menos agressivas, reforçando a importância da correlação entre achados clínicos, imaginológicos e histopatológicos. Destaca-se, ainda, o papel fundamental da tomografia computadorizada na avaliação da extensão da lesão e no monitoramento pós-operatório, bem como a necessidade de seguimento prolongado diante do potencial infiltrativo dessa neoplasia.

PALAVRAS-CHAVE: Mixoma odontogênico; Lesão radiolúcida; Tomografia computadorizada; Diagnóstico diferencial; Recidiva.

ABSTRACT

Odontogenic myxoma is a rare benign neoplasm characterized by infiltrative behavior and a tendency for recurrence, and its diagnosis may be challenging, particularly in atypical presentations. The present study aims to report a case of a unilocular radiolucent lesion located between the roots of mandibular premolars, emphasizing the role of imaging methods in differential diagnosis and longitudinal follow-up. A 21-years-old female with an incidental, asymptomatic radiographic finding, initially suggestive of a less aggressive

lesion. The initial surgical approach was followed by early recurrence, as demonstrated by computed tomography, which revealed an expansile pattern associated with infiltrative behavior. Histopathological analysis confirmed the diagnosis of odontogenic myxoma. Following an extended surgical intervention, the patient showed satisfactory clinical evolution, with no evidence of active recurrence during approximately three years of follow-up. This case highlights that unilocular presentations may mimic less aggressive odontogenic lesions, reinforcing the importance of correlating clinical, imaging, and histopathological findings. It also underscores the fundamental role of computed tomography in assessing lesion extent and in postoperative monitoring, as well as the need for long-term follow-up given the infiltrative potential of this neoplasm.

KEYWORDS: Odontogenic myxoma; Radiolucent lesion; Computed tomography; Differential diagnosis; Recurrence.

1. INTRODUÇÃO

As lesões radiolúcidas uniloculares localizadas entre as raízes dentárias representam um desafio diagnóstico, exigindo a diferenciação entre cistos de desenvolvimento, lesões inflamatórias e neoplasias odontogênicas. O cisto periodontal lateral é uma das entidades mais características nessa localização, ocorrendo predominantemente na região de pré-molares inferiores e preserva a vitalidade dos dentes adjacentes^{1,2}. Além disso, outra condição relevante é o ceratocisto odontogênico, que, embora frequentemente multilocular em grandes dimensões, pode apresentar-se como uma lesão unilocular entre raízes em estágios iniciais, exigindo atenção devido ao seu potencial de crescimento agressivo e recidiva³. Adicionalmente, o tumor odontogênico adenomatoide (TOA), em sua variante extrafolicular, também deve ser considerado no diagnóstico diferencial, especialmente na região anterior da maxila⁴. Por outro lado, é clinicamente essencial descartar o cisto radicular lateral, que se diferencia das demais por estar associado à necrose pulpar do elemento dentário, resultante da presença de um canal lateral

acessório¹.

Nesse contexto, o mixoma odontogênico manifesta-se como uma lesão radiolúcida, podendo apresentar padrão multilocular (“bolhas de sabão”) ou unilocular. Dotta *et al.*⁵ relatam que a variante unilocular ocorre em cerca de 32,8% dos casos, sendo mais frequentemente observada em lesões de menor dimensão ou em pacientes jovens. Em apresentações atípicas, especialmente quando localizada em região inter-radicular de pré-molares inferiores, essa configuração pode mimetizar cistos odontogênicos simples, configurando importante desafio diagnóstico. Dessa forma, Kharbouch *et al.* (2022)⁶ destacam que a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) desempenha papel fundamental na avaliação da extensão da lesão, permitindo identificar adelgaçamento e eventual ruptura das corticais ósseas, contribuindo para maior acurácia diagnóstica.

Entretanto, apesar da relevância dos achados de imagem, Kheir *et al.* (2013)⁷ e Tan *et al.* (2023)⁸ demonstram que o estroma mixoide apresenta caráter inespecífico, podendo estar presente em diferentes entidades patológicas, desde neoplasias benignas até sarcomas de tecidos moles e lesões hematopoiéticas. Dessa forma, sobretudo quando o exame histopatológico não é conclusivo, a integração entre dados clínicos, imaginológicos e histopatológicos constitui o padrão-ouro para o diagnóstico diferencial.

Do ponto de vista histopatológico, Graadt van Roggen *et al.* (1999)⁹ descrevem as células mixoides como células com morfologia caracterizada por matriz extracelular abundante e mucoide, rica em glicosaminoglicanos, especialmente ácido hialurônico. Nos ossos maxilares, essa característica está associada ao mixoma odontogênico, neoplasia benigna rara de origem ectomesenquimal, derivada de estruturas do germe dentário⁵. Epidemiologicamente, corresponde a aproximadamente 3% a 6% dos tumores odontogênicos, acometendo principalmente indivíduos entre a segunda e a quarta décadas de vida, com discreta predileção pelo sexo feminino¹⁰.

Além dos aspectos histopatológicos, o mixoma odontogênico apresenta comportamento biologicamente agressivo e infiltrativo, associado à ausência de cápsula fibrosa, o que favorece a disseminação tumoral além dos limites radiograficamente visíveis e explica taxas de recorrência de até 25% após abordagens conservadoras^{5,10}. Nesse contexto, o manejo terapêutico permanece controverso, pois abordagens radicais reduzem a recidiva, porém à custa de maior morbidade funcional e estética¹¹.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo descrever e analisar o processo diagnóstico de uma lesão radiolúcida unilocular em região inter-radicular de pré-molares inferiores, enfatizando o papel dos métodos de imagem na diferenciação diagnóstica e no planejamento terapêutico.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 21 anos, procurou

atendimento odontológico para realizar tratamento ortodôntico, sendo solicitada documentação ortodôntica complementar. Na radiografia panorâmica foi observado imagem radiolúcida inter-radicular entre os pré-molares inferiores direitos associada a remanescente radicular do segundo molar decíduo (Figura 1).

Ao exame clínico, a paciente encontrava-se assintomática, negando algia e hipoestesia, com normoclusão e ausência de alterações funcionais evidentes. Não foram observados sinais de expansão cortical ou mobilidade dentária, e os elementos adjacentes apresentavam vitalidade pulpar preservada, afastando, inicialmente, comprometimento endodôntico.



Figura 1. Radiografia panorâmica inicial evidenciando imagem radiolúcida inter-radicular entre os dentes 44 e 45.

Diante dos achados clínico-radiográficos, foram considerados como diagnósticos diferenciais: lesões inflamatórias associadas a remanescentes radiculares, cisto lateral periodontal, ameloblastoma unicístico, e granuloma central de células gigantes. Diante disso, procedeu-se à enucleação da lesão associada à remoção de remanescente radicular, com posterior encaminhamento do material cirúrgico para análise histopatológica.

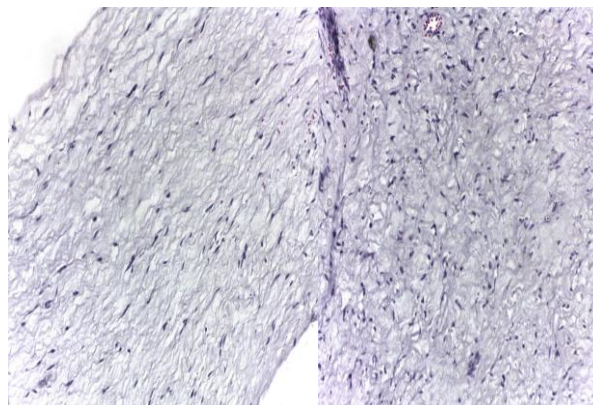


Figura 2. Análise histopatológica inicial compatível com mixoma odontogênico.

A análise microscópica revelou tecido conjuntivo frouxo constituído por células fusiformes com prolongamentos citoplasmáticos delgados, distribuídas em matriz extracelular mixoide, contendo finos feixes de fibras colágenas (Figura 2), além de ilhas de epitélio odontogênico e áreas hemorrágicas, sem atipias significativas. Os achados histopatológicos foram compatíveis com mixoma odontogênico, com recomendação de seguimento clínico rigoroso.

No seguimento clínico, em fevereiro de 2022, a paciente relatou episódio isolado de dor leve na região operada, sendo solicitada tomografia computadorizada para avaliação complementar. Em abril de 2022, o exame tomográfico evidenciou recidiva precoce da lesão, novamente na região entre os dentes 44 e 45, caracterizada por área hipodensa de padrão expansivo, com adelgaçamento da cortical óssea lingual, sem reabsorção radicular significativa (Figura 3).

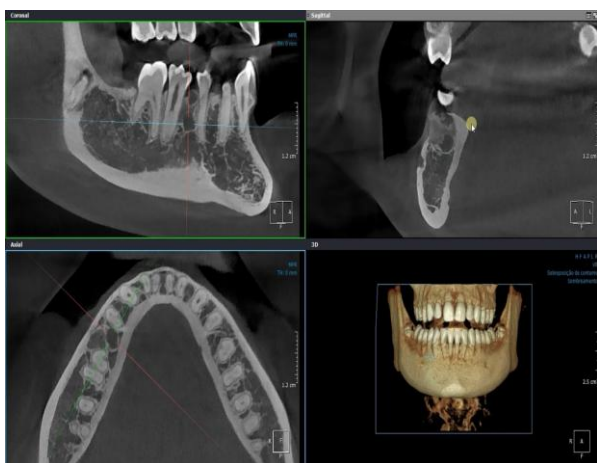


Figura 3. Tomografia computadorizada demonstrando lesão hipodensa com caráter expansivo na região mandibular direita sugerindo recidiva.

Diante da recidiva, indicou-se nova abordagem cirúrgica sob anestesia geral. A paciente foi classificada como ASA I e submetida ao procedimento em junho de 2022, sendo o material coletado encaminhado novamente para análise histopatológica, que confirmou o diagnóstico inicial de mixoma odontogênico. No seguimento clínico tardio, ao longo de 2023, observou-se evolução satisfatória. Exame tomográfico realizado em junho de 2023 evidenciou redução da área de alteração óssea na região de pré-molares direitos, sugerindo processo de reparação óssea (Figura 4).

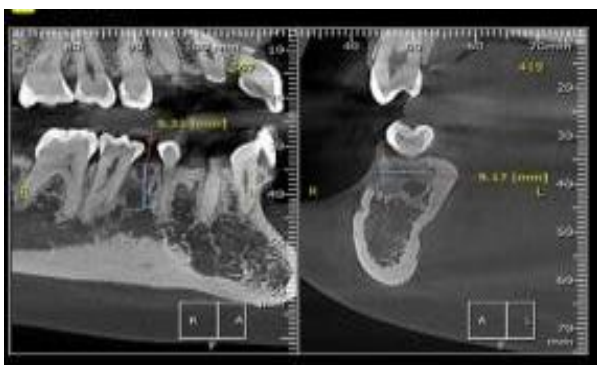


Figura 4. Tomografia computadorizada de acompanhamento após um

ano, evidenciando redução da área de alteração óssea em região de pré-molares direitos.

A análise longitudinal dos exames de imagem demonstrou reparo ósseo da lesão após a segunda intervenção, com manutenção de defeito ósseo estável e ausência de sinais de recidiva ativa. O acompanhamento clínico e radiográfico por aproximadamente três anos reforça a importância do seguimento prolongado em lesões com comportamento infiltrativo.

3. DISCUSSÃO

O mixoma odontogênico é uma neoplasia benigna de origem ectomesenquimal, caracterizada por crescimento lento, comportamento localmente invasivo e elevada capacidade de infiltração nos espaços intratrabeculares ósseos, o que dificulta a delimitação precisa de suas margens e contribui para taxas significativas de recorrência^{5,10}. Esse comportamento biológico explica a limitação de abordagens conservadoras, frequentemente associadas a recidivas precoces, conforme amplamente descrito na literatura.

Do ponto de vista epidemiológico, observa-se maior incidência entre a segunda e a quarta décadas de vida, com discreta predileção pelo sexo feminino e maior acometimento da mandíbula posterior^{10,11}. Entretanto, variações quanto à localização anatômica, como lesões localizadas em regiões inter-radulares de pré-molares, embora menos frequentes, ampliam o espectro de apresentação clínica e devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.

A apresentação clínica assintomática e o diagnóstico incidental em exames de imagem são frequentemente relatados, especialmente em estágios iniciais⁶. Contudo, a ausência de sinais clínicos expansivos pode levar à subestimação da agressividade tumoral, impactando a escolha terapêutica inicial.

Radiograficamente, o padrão multilocular é classicamente descrito; entretanto, formas uniloculares podem ocorrer em aproximadamente um terço dos casos, especialmente em fases iniciais ou em pacientes jovens, podendo simular lesões císticas odontogênicas⁵. Dessa maneira, essa sobreposição de padrões radiográficos reforça a limitação da análise isolada por radiografia convencional.

Nesse contexto, a tomografia computadorizada assume papel central, permitindo melhor delimitação da extensão da lesão, avaliação do comprometimento cortical e identificação de características sugestivas de comportamento infiltrativo. A superioridade dos métodos tomográficos em relação à radiografia convencional está bem estabelecida na literatura, especialmente no planejamento cirúrgico⁷.

A dificuldade diagnóstica é amplamente reconhecida, uma vez que lesões radiolúcidas dos maxilares compartilham características semelhantes, incluindo ameloblastoma, ceratocisto odontogênico e granuloma central de células gigantes^{12,13}. Dessa forma, a integração entre achados clínicos, imaginológicos e histopatológicos permanece essencial para o diagnóstico definitivo.

Do ponto de vista histopatológico, o padrão mixoide caracteriza-se por matriz rica em glicosaminoglicanos e células fusiformes ou estreladas dispersas, podendo conter ilhas de epitélio odontogênico^{9,14}. Entretanto, esse padrão não é exclusivo do mixoma odontogênico, estando presente em outras neoplasias, o que reforça a necessidade de correlação diagnóstica integrada¹⁵.

No que se refere ao manejo terapêutico, há consenso de que abordagens conservadoras, como enucleação e curetagem, estão associadas a maiores taxas de recorrência, variando entre 19% e 25%, enquanto ressecções mais amplas apresentam menores índices de recidiva, porém maior morbidade^{11,16}. Assim, a escolha terapêutica deve considerar o equilíbrio entre controle oncológico e preservação funcional.

A resposta favorável após abordagem cirúrgica ampliada, associada à ausência de recidiva em seguimento de médio prazo, corrobora evidências de que intervenções mais extensas podem ser mais eficazes em lesões com comportamento infiltrativo.

O acompanhamento clínico e radiográfico prolongado é essencial, uma vez que recidivas tardias são descritas, sendo recomendado seguimento superior a cinco anos^{17,18}. Esse aspecto reforça a necessidade de vigilância contínua, mesmo após tratamento aparentemente resolutivo.

Adicionalmente, a literatura recente evidencia que o mixoma odontogênico pode apresentar comportamento variável, incluindo padrões radiográficos incomuns e apresentações clínicas atípicas, o que pode levar a atrasos diagnósticos ou condutas inadequadas^{19,20}. Nesse sentido, o reconhecimento dessas variações é fundamental para aprimorar a acurácia diagnóstica e o planejamento terapêutico.

4. CONCLUSÃO

Este caso demonstra que apresentações uniloculares e inter-radiculares do mixoma odontogênico podem constituir importante armadilha diagnóstica. A tomografia computadorizada mostrou-se decisiva para a caracterização da extensão da lesão e para o acompanhamento evolutivo, enquanto a integração entre dados clínicos, imaginológicos e histopatológicos foi determinante para o diagnóstico definitivo. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de vigilância diagnóstica e seguimento prolongado em lesões com potencial infiltrativo, mesmo quando a apresentação inicial sugere menor agressividade.

5. REFERÊNCIAS

- [1]. Neville BW, Damm DD, Allen CM, *et al.* Patologia oral e maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- [2]. Chrcanovic BR, Gomez RS. Lateral periodontal cyst and botryoid odontogenic cyst: an updated clinical and radiological survey. *J Oral Maxillofac Surg* 2019; 77(10):2024-35.
- [3]. Regezi JJ, Sciubba JJ, Jordan RC. Oral pathology: clinical pathologic correlations. 7. ed. St. Louis: Saunders/Elsevier; 2017.
- [4]. White SC, Pharoah MJ. Oral radiology: principles and interpretation. 7. ed. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2014.
- [5]. Dotta JH, Miotto LN, Spin-Neto R, *et al.* Odontogenic myxoma: systematic review and bias analysis. *Eur J Clin Invest* 2020; 50(4):e13214.
- [6]. Kharbouch J, Aziz Z, Benzenzoum Z, *et al.* Maxillary and mandibular odontogenic myxomas: case report. *Pan Afr Med J* 2022; 42:103.
- [7]. Kheir E, Stephen L, Nortje C, *et al.* The imaging characteristics of odontogenic myxoma and a comparison of three different imaging modalities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013; 116(4):492-502.
- [8]. Tan Y, Wang Z, Xu M, *et al.* Oral squamous cell carcinomas: state of the field and emerging directions. *Int J Oral Sci* 2023; 15(1):44.
- [9]. Graadt van Roggen JF, Hogendoorn PC, Fletcher CD. Myxoid tumours of soft tissue. *Histopathology* 1999; 35(4):291-312.
- [10]. Vidales-Miranda R, Fiori-Chíncaro GA, Agudelo-Botero AM, *et al.* Use of current imaging tools for the study of odontogenic myxoma: a review of the literature. *Rev Cient Odontol (Lima)* 2022; 10(2):e107.
- [11]. Chrcanovic BR, Gomez RS. Odontogenic myxoma: an updated analysis of 1,692 cases reported in the literature. *Oral Dis* 2019; 25(3):676-83.
- [12]. Avril L, Lombardi T, Ailianou A, *et al.* Radiolucent lesions of the mandible: a pattern-based approach to diagnosis. *Insights Imaging* 2014; 5(1):85-101.
- [13]. Yeung AWK. Radiolucent lesions of the jaws: an attempted demonstration of the use of co-word analysis to list main similar pathologies. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(4):1933.
- [14]. Boffano P, Stathopoulos P, Ruslin M. Pathological and molecular features of odontogenic myxoma: a systematic review. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2025; 77(7):2711-8.
- [15]. Baheti AD, Tirumani SH, Rosenthal MH, *et al.* Myxoid soft-tissue neoplasms: comprehensive update of the taxonomy and MRI features. *AJR Am J Roentgenol* 2015; 204(2):374-85.
- [16]. Saalim M, Sansare K, Karjodkar FR, *et al.* Recurrence rate of odontogenic myxoma after different treatments: a systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2019; 57(10):985-91.
- [17]. Paz ALLM, Leite CA, Mariz BALA, *et al.* Rehabilitation of a patient with extensive odontogenic myxoma treated conservatively: a case report with 14 years of follow-up. *J Clin Exp Dent* 2025; 17(4):e488-92.
- [18]. Sato H, Kurihara Y, Shioyama S, *et al.* Long-term follow-up after conservative surgical treatment of odontogenic myxoma: a case report and literature review. *Case Rep Dent* 2019; 2019:1634842.
- [19]. Dangore-Khasbage S, Kambala R, Sabban H, *et al.* Rapidly expanding odontogenic myxoma: an entity with diagnostic challenges: a case report. *Case Rep Dent* 2025; 2025:5741422.
- [20]. Forte M, D'Albis G, d'Amati A, *et al.* Odontogenic myxoma associated to unerupted mandibular molar in a pediatric patient: a new case description with comprehensive literature analysis. *Children (Basel)* 2025; 12(2):158.