

Mixoma odontogênico mandibular: relato de caso

Odontogenic myxoma: a case report

Andreza Veruska Lira Correia ¹
Marcelo Fernando do Amaral ²
Marcelo Ferreira Lima Falcão ³
Suely Baptista Oliveira Szyfer ⁴
Jurema Freire Lisboa de Castro ⁵

RESUMO

O mixoma odontogênico é uma lesão benigna rara, diagnosticado muitas vezes após exame radiográfico de rotina ou quando atinge proporções que ocasionem aumento de volume perceptível, podendo acarretar dor, mobilidade e deslocamentos dentais. Radiograficamente caracteriza-se por uma imagem radiolúcida uni ou multiloculada com aspecto semelhante a "favo de mel, bolhas de sabão, ou de raquete de tênis". Histologicamente observa-se células arredondadas, fusiformes e estreladas dispostas em abundante estroma mixóide frouxo. O presente artigo vem relatar um caso clínico de mixoma odontogênico na região mandibular, em um paciente do sexo masculino com 21 anos de idade, tratado cirurgicamente através de enucleação e curetagem, com recidiva da lesão após dois anos.

Palavras-chave: Mixoma; Fibromixoma; Tumores Odontogênicos

1 - Mestre em Odontologia, Universidade Federal de Pernambuco

2- Cirurgião Dentista, residente em Cirurgia Buco Maxilo Facial do Hospital da Restauração

3- Mestre em Cirurgia Buco Maxilo Facial, Universidade de Pernambuco, Cirurgião Buco Maxilo Facial do Hospital Geral de Areias.

4- Doutora em Radiologia, professora adjunto da Universidade Federal de Pernambuco

5- Doutora em Estomatologia, professora adjunto da Universidade Federal de Pernambuco

ABSTRACT

An odontogenic myxoma is a rare, benign tumor, often diagnosed either through a routine radiographic exam or when reaching proportions that cause a perceptible increase in volume, which can cause pain, tooth mobility and tooth displacement. It is radiographically characterized as a unilocular or multilocular radiolucent image, resembling a "honeycomb, soap bubbles or tennis racket". Histologically, the cells are round, spindle-shaped and stellate, arranged in abundant loose myxoid stroma. The present article reports a clinical case of odontogenic myxoma in the mandibular region in a male patient, 21 years of age, surgically treated through enucleation and curettage, with a recurrence of the lesion after two years.

Key words: Myxoma; Odontogenic Tumors

Correspondência:

Profa Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro
Universidade Federal de Pernambuco
Av. Prof. Moraes Rego,1235
Recife-PE CEP 50670-901
Fone-81-21268338
email- juremalc@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O mixoma é uma neoplasia benigna que pode afetar o coração, ossos, derme, tecidos aponeuróticos, trato gênito – urinário e músculo esquelético¹. Quando ocorre em tecidos ósseos, manifesta-se quase que exclusivamente nos maxilares, sendo denominado como mixoma odontogênico². Possui uma maior predileção pela mandíbula, podendo atingir áreas dentadas e edêntulas como a sínfise e ramo mandibulares, processo coronóide e condilar^{3,4}. Foi descrito inicialmente por Rudolph Virchow em 1863, sendo atualmente caracterizado como um tumor

benigno raro, localmente agressivo e invasivo, apresentando padrão de crescimento lento e indolor, podendo em algumas ocasiões provocar destruição óssea, parestesia, deslocamento de estruturas anatômicas, expansão cortical com deformidade facial, má – oclusão, deslocamento dentário e risólise, porém, sendo incapaz de promover metástases⁵.

O aspecto radiográfico do mixoma odontogênico pode variar desde uma imagem radiolúcida unilocular a uma lesão radiolúcida multilocular com aspecto semelhante a "bolhas de sabão", "favos de mel" ou "raquete de tênis"^{2,5,6}. Muitas vezes as margens da lesão são irregulares e

festonadas, podendo conter finas trabéculas de osso que se mostram arranjadas em ângulos retos umas com as outras⁷.

Microscopicamente, é reconhecido pela presença de células arredondadas, fusiformes e estreladas dispostas em abundante estroma mixóide frouxo. Ninhos de epitélio odontogênico são raramente visualizados, não sendo considerados como elementos decisivos para o diagnóstico². Seu aspecto semelhante ao germe dentário pode causar equívocos no diagnóstico ao patologista não familiarizado com as peculiaridades da histologia oral⁴.

O presente artigo tem por objetivo relatar um caso clínico de um mixoma odontogênico em região mandibular, em um paciente do sexo masculino com 21 anos de idade, e recidivado dois anos após o primeiro diagnóstico, descrevendo suas particularidades clínicas, histopatológicas bem como o tratamento realizado.

RELATO DO CASO

Paciente R.S. do gênero masculino, faioderma, 21 anos, estudante, procurou o Hospital da Face situado na cidade do Recife com queixa de aumento de volume indolor em região de corpo mandibular esquerdo há aproximadamente oito meses. O paciente negava qualquer história de trauma prévio, odontalgia ou outra patologia associada. Referia bom estado de saúde geral, sem uso de medicamentos contínuos ou tratamento médico/odontológico. Ao exame extra-bucal, apresentava aumento de volume endurecido à palpação de aproximadamente 06 centímetros envolvendo a região de corpo mandibular esquerdo, sem linfadenopatia regional (Fig.1).



FIGURA 1 - Exame extra-oral. Nota-se discreto aumento de volume em região de corpo mandibular esquerdo.

Ao exame intra-bucal, a mucosa de revestimento apresentava-se íntegra, com coloração normal, sem a presença de secreções. Os elementos dentários 35, 36 e 37 apresentavam mobilidade grau II e respondiam positivamente aos testes de vitalidade pulpar. Foram solicitados exames de imagem que demonstraram imagem radiolúcida multilocular estendendo-se da região dos elementos dentários 34 a 38, respeitando as suas respectivas raízes (Fig.2).

FIGURA 2 - Lesão radiolúcida multilocular



envolvendo os periápices dos elementos 34, 35, 36 37 e 38.

Após a solicitação de exames hematológicos, bioquímicos e parecer cardiológico foi optado pela equipe a realização de uma biópsia incisional, na qual ficou comprovada o diagnóstico histopatológico de mixoma odontogênico. A lesão foi tratada cirurgicamente através de enucleação e curetagem com exodontia dos elementos dentários que apresentavam mobilidade grau II (elementos 35, 36 e 37).

O exame macroscópico constava de um fragmento medindo 4,0 × 5,0 cm., de coloração branco-acinzentada, consistência fibrosa que ao corte mostrava superfície lisa fibrosa, com áreas de calcificação. Em anexo havia a presença de três elementos dentários (elementos 35, 36 e 37) (Fig.3).

Ao exame microscópico, nas sessões examinadas e coradas com HE, observou-se proliferação de células de formato estrelado, alongadas, lembrando células da papila dentária envoltas em matriz mixóide frouxa. No tecido conjuntivo, havia a presença de material calcificado semelhante ao tecido ósseo (Fig.4).

O paciente foi mantido em acompanhamento ambulatorial durante dois anos através de controle clínico e

radiográfico, após os quais, evidenciou-se o surgimento de uma lesão radiolúcida unilocular, de limites precisos, medindo aproximadamente 1,5 cm, centralmente à área de reparação óssea resultante do procedimento cirúrgico. O paciente foi submetido a uma nova biópsia incisional. As secções, examinadas e coradas com HE evidenciaram a presença de um estroma mixóide frouxo, contendo poucas fibras colágenas permeadas por células arredondadas, estreladas e fusiformes caracterizando o diagnóstico morfológico de mixoma odontogênico (Fig.5). O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico tipo curetagem com ampliação da área de osteotomia periférica (Fig.6) e, atualmente, mantém-se sobre rígido controle clínico-radiográfico.

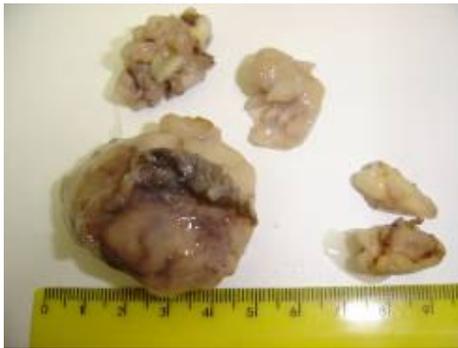


FIGURA 3 – Aspecto macroscópico da lesão com elementos dentários.

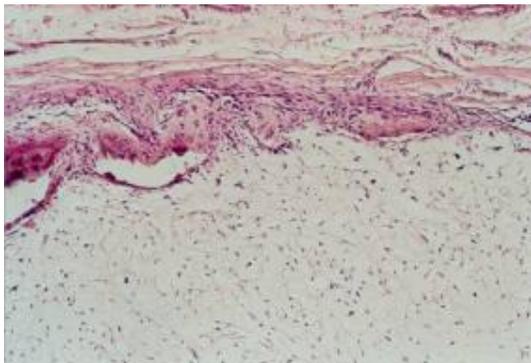


FIGURA 4 – Fotomicrografia em menor aumento exibindo células arredondadas e fusiformes dispostas em um estroma mixomatoso (HE 40x).

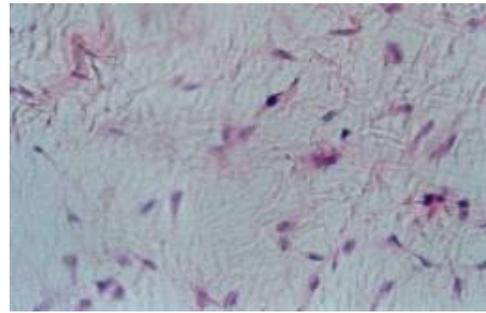


FIGURA 5 – Fotomicrografia em maior aumento exibindo a presença de células em formato estrelado envoltas em matriz de tecido mixóide. (HE 400x)



FIGURA 6 – Rx panorâmico de controle após dois anos do tratamento cirúrgico primário: imagem radiolúcida multilocular sugestiva de recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

Os mixomas odontogênicos são considerados tumores de crescimento lento, potencialmente infiltrativos, capazes de produzir expansão das corticais ósseas e com alto índice de recidiva.

Acometem predominantemente o gênero feminino, entre a 2ª e a 3ª décadas de vida, com uma maior prevalência para a mandíbula, atingindo predominantemente a região posterior⁸⁻¹². Entretanto, alguns estudos não relatam correlação com o sexo, referindo também igual distribuição entre os maxilares¹³⁻¹⁵. Esses resultados conflitantes podem ser explicados pelo tamanho reduzido das amostras utilizadas, conseqüentes à raridade dessas lesões, o que indica a necessidade de maiores estudos e relatos de casos visando uma maior representatividade do tamanho amostral.

O aspecto radiolúcido do tipo multilocular semelhante a "bolhas de sabão,

favos de mel ou raquete de tênis" é referido pela maioria dos autores^{2,6}, muito embora a lesão possa apresentar aspectos radiográficos variados que as tornem indistinguíveis de outros processos patológicos dos maxilares¹⁶.

Por se tratar de uma lesão incomum e potencialmente destrutiva, seu diagnóstico precoce torna-se fundamental. Entre possíveis diagnósticos diferenciais, podemos incluir o fibroma odontogênico, ameloblastoma, cisto dentígero, displasia fibrosa, granuloma central de células gigantes, osteossarcoma, fibrossarcoma e condrossarcoma¹⁵.

Por isso, exames de imagem tornam-se imprescindíveis para a definição do diagnóstico, sendo o raio-X panorâmico dos maxilares o exame padrão ouro, muito embora métodos de imagem mais sofisticados como a tomografia computadorizada possam ser habilmente utilizados^{6,17}. Entretanto, o diagnóstico definitivo dessas lesões só pode ser feito através do exame histopatológico.

Quanto ao tratamento do mixoma odontogênico, são universalmente aceitos tratamentos que incluem desde a enucleação, curetagem, curetagem com osteotomia periférica (com margem de 1 a 1,5 mm), até a ressecção em blocos (com margem de 1 a 1,5 cm) com ou sem reconstrução imediata¹⁸. A taxa de recorrência gira em torno de 25% nas intervenções cirúrgicas menos agressivas como a enucleação e a curetagem¹⁹. Quanto mais agressivo for o ato cirúrgico, menores as chances de recorrência²⁰. No caso apresentado, o tratamento primário foi representado pela enucleação e curetagem, visto que a lesão era facilmente destacada do tecido sadio circunjacente, promovendo assim um menor comprometimento estético e funcional ao paciente. No entanto, a recidiva da lesão ocorreu após dois anos, denotando a importância do acompanhamento clínico-radiográfico a longo prazo.

CONCLUSÃO

O caso relatado corrobora com o que afirma a literatura, que aponta o mixoma odontogênico como uma lesão mais prevalente na mandíbula, entre a 2ª e 4ª décadas de vida. Devido à sua raridade e potencial destrutivo e infiltrativo, mais estudos devem ser empreendidos objetivando caracterizar seus padrões

clínicos, de imagem e histopatológicos com o intuito de facilitar o diagnóstico e tratamento precoce. A despeito de qualquer terapêutica empreendida, acompanhamento ambulatorial rigoroso deve ser feito em todos os casos de mixoma odontogênico devido à alta possibilidade de recidiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mata GM. Mixomas odontogênicos: análise clinicopatológica e imunohistoquímica de 67 casos [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP; 2005.
2. Halfpenny W, Verey A, Bardsley V. Myxoma of the mandibular condyle: a case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90(3): 348-53.
3. Piattelli A, Scarano A, Antinori A, Trisi P. Odontogenic myxoma of the mandible. Report of a case and review of the literature. *Acta Stomatol Belg*. 1994;91(2):101-10.
4. Jaswal A, Jana AK, Biswas M, Sikder B, Nandi TK. Recurrent odontogenic myxoma of maxilla: a diagnostic and operative dilemma. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;60(1):41-4.
5. Spencer KR, Smith AA. Odontogenic myxoma: case report with reconstructive considerations. *Aust Dent J* 1998;43(3):209-12.
6. MacDonald-Jankowski DS, Yeung RWK, Li T, Lee KM. Computed tomography of odontogenic myxoma. *Clin Radiol* 2004;59(3):281-87.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxillofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. Kaffe I, Naor H, Buchner A. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma of the jaws. *Dentomaxillofac Radiol* 1997;26(5):299-303.
9. Melo Filho MR, Martins CR. Mixoma odontogênico: Revisão da literatura e análise de 320 casos quanto ao sexo, localização e idade. *Cientifica* 2001;1(1):1-11.
10. Ducic I, Davison SP, Woll S, Picken C. Maxillary infra orbital myxoma: reconstruction with vascularized temporal bone. *Otorrinolaringol Head Neck Surg* 2003;198:426-7.
11. Fenton S, Slootweg PJ, Dunnebie EA, Mouritis M. Odontogenic myxoma in a 17 month old child: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:734-36.
12. Nonaka CF, Cavalcante RB, Piva MR, Souza LB, Pinto LP. Mixoma odontogênico: estudo clínico-patológico de 14 casos. *Cienc Odontol Bras* 2007;10(2):61-7.
13. Kezler A, Dominguez FV, Giannunzio G. Myxoma in childhood: an analysis of 10 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53(5):518-21.
14. Waldron CA. Cistos e tumores odontogênicos. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxillofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 565-616.
15. Wachter BG, Steinberg MJ, Darrow DH, McGinn JD, Park AH. Odontogenic myxoma of the maxilla: a report of two pediatric cases. *Int J Ped Otolaryngol* 2003;67:389-93.
16. Castro AL, Kanno CM, Callestini R, Sicchieri LG, Munhoz FC. Mixoma odontogênico em mandíbula. *Rev Odontol Araçatuba* 2003;24(2):23-7.
17. Panella J, Freitas A, Costa C. Mixoma odontogênico: aspectos clínico-radiográficos; apresentação de um caso. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1987;41(6):305-07.

Mixoma odontogênico mandibular: relato de caso

18. Orgutcen TM, Sener I, Kasap V, Cakir ON. Maxillary myxoma: surgical treatment and reconstruction with buccal fat pad flap: a case report. J Contemp Dent Pract 2006;7(1):107-16.
19. Regezi J, Sciubba J. Oral Pathology:

Clinicopathologic correlations. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1991.

20. Bucci E, Lo-Muzzio L, Mignogna MD, De Rosa G. Odontogenic myxoma: report of a case with peculiar features. J Oral Maxillofac Surg 1991; 49(1):91-4.