

MIXOMA ODONTOGÊNICO: RELATO DE CASO DE LONGA EVOLUÇÃO

José Lucas Henrique de Lima^a, Larissa Gonçalves Simões^a, Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior^b, Ruy Gomes Fonseca Dória^c.

^(a) *Graduandos em Odontologia – Universidade Tiradentes;* ^(b) *PhD. Professor Titular Pleno da Disciplina de Patologia Oral e Maxilofacial – Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes;* ^(c) *Cirurgião Buco Maxilo Facial - Hospital Urgência de Sergipe.*

RESUMO

O mixoma odontogênico (MO) é uma neoplasia benigna, de crescimento lento e localmente agressiva que afeta os ossos gnáticos, derivada de tecidos odontogênicos mesenquimais, que compreende menos de 5% dos tumores odontogênicos. Neste estudo é relatado um caso de uma mulher de 45 anos com aumento de volume assintomático na mandíbula anterior, que surgiu há 10 anos, com consistência pétreia, exibindo expansão das corticais ósseas mandibulares. A tomografia computadorizada de feixe cônico revelou lesão multilocular com loci pequenos e regulares e bordas bem definidas. O exame histopatológico da biópsia incisional revelou tecido conjuntivo celular frouxo de aparência mixomatosa. O diagnóstico foi mixoma odontogênico. A paciente foi submetida à ressecção mandibular parcial e não se observou recorrência após 2 anos de seguimento. Embora benigno, o MO pode ter uma resposta terapêutica adversa devido a seu crescimento infiltrativo e desenvolvimento progressivo. Neste caso, pretende-se discutir os diferentes aspectos de seu comportamento biológico e critérios diagnósticos.

Palavras-chaves: mixoma, tumores odontogênicos, diagnóstico diferencial, tratamento cirúrgico.

ABSTRACT

Odontogenic myxoma (OM) is a benign, slow-growth, mesenchymal-stemmed and locally aggressive neoplasia of the maxilla-mandibular, derived from mesenchymal odontogenic tissues, that comprises less than 5% of odontogenic tumors. In this study we report a case of a 45-year-old female presenting an asymptomatic swelling in the anterior mandible, with stony consistency and 10 years evolution, causing expansion of the lower ridges. Cone beam CT scan revealed multilocular lesion with small and regular loci, and well-defined borders. Histopathological examination of the incisional biopsy revealed a cellular loose connective tissue of myxomatous appearance. The diagnosis was odontogenic myxoma. The patient underwent partial mandibular resection and no recurrence was observed after 2 years follow-up. Although benign, OM may have an adverse clinical outcome as a result of their infiltrative growth and progressive development. In this case, we intend to discuss the different aspects of its biological behavior and diagnostic criteria.

Key-Words: mixoma, odontogenic tumors, differential diagnosis, surgical management.

1 Introdução

O mixoma é um tumor benigno incomum que afeta os ossos gnáticos, e representa de 3 a 6% dos tumores odontogênicos (De Souza et al.,2014). Desde a primeira vez que foi relatado por Thomas e

Goldman em 1947, a origem desse tumor não foi bem esclarecida; acredita-se que seja originado de tecidos ectomesenquimais odontogênico (RAM et al.,2008).

Clinicamente, o mixoma apresenta crescimento lento, infiltrativo, mas não apresenta potencial metastático. Geralmente a lesão se apresenta como aumento de volume indolor com características agressivas, que pode atingir grandes proporções

(KANSY et al., 2012). Sinais e sintomas como dor, parestesia, reabsorção dental e deslocamento podem ocorrer, mas são considerados raros (CHAUDHARY et al.,2015). Este tumor é mais observado em adultos jovens entre segunda e terceira década de vida, com predileção pela região posterior de mandíbula, e sem predileção por sexo (ARUL et al.,2013)

Radiograficamente, o mixoma apresenta aspecto radiolúcido uni ou multilocular, este último exibindo loci ósseos grandes e irregulares, que lembram bolhas de sabão, ou pequenos e regulares, com traves ósseas em ângulos retos, assemelhando-se a raquete de tênis (GHALAYANI et al.,2013). As margens do tumor podem ser bem definidas, mal definidas ou difusas, e às vezes margens escleróticas podem estar presentes, podem ser observados deslocamentos e reabsorção dos dentes adjacentes (FRIEDRICH et al.,2012). A tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) são consideradas ferramentas úteis de diagnóstico, e superiores às radiografias simples no estabelecimento dos limites do tumor (TORO et al.,2016). De acordo com CASTRO et al (2003) tais exames mostram, no caso de mixomas, medula óssea circunjacente intacta, lesão delimitada e homogeneidade de densidade. Uma vez que o aspecto imaginológico do mixoma se assemelha a várias outras lesões, o exame histológico torna se essencial para definir o diagnóstico (GUO et al.,2014)

Histopatologicamente, o mixoma se caracteriza por tecido conjuntivo frouxo, de aspecto mixomatoso, apresentando células fusiformes e ovóides esparsamente distribuídas e interpretadas como fibroblastos e miofibroblastos, associadas à quantidade variável de colágeno; são encontradas também trabéculas ósseas residuais, bem como capilares dispersos por toda lesão. Eventualmente, podem ser observadas ilhotas quiescentes de epitélio odontogênico (BRITES 2015; MURPHY et al.,2016). Devido a seu aspecto fibromixomatoso, o mixoma pode ser confundido microscopicamente com outras neoplasias mixóides dos maxilares, como o raro fibroma condromixóide e neurofibroma (DE MELO et al., 2008)

Devido a seu caráter infiltrativo e recidivante, a ressecção marginal é o tratamento mais indicado para o mixoma; porém alguns autores sugerem que pode ser realizada a enucleação e curetagem vigorosa da lesão (MOURÃO et al.,2010). Essas variações na abordagem de tratamento do mixoma podem ocorrer em função, principalmente, do tamanho e localização do tumor, assim como da idade do paciente. Registra-se ainda que macroscopicamente, a peça cirúrgica ou a biópsia incisional do mixoma apresentam aspecto gelatinoso típico, o que pode ser bastante contributivo para o seu diagnóstico (MOURÃO et al.,2010).

O prognóstico dessa lesão é bastante satisfatório quando é realizado um procedimento cirúrgico cauteloso e bem feito; por outro lado, devido ao grande potencial infiltrativo do mixoma, caso não seja feito o tratamento cirúrgico adequado, representado por enucleação e curetagem em lesões pequenas ou uma ressecção com boa margem de segurança para lesões extensas, a possibilidade de recidiva será consideravelmente alta (DE MELO et al., 2008).

Diante do exposto, o presente relato objetiva descrever um caso raro de mixoma de mandíbula com longa evolução. Com esse trabalho, pretende-se discutir os achados clínicos, as nuances do diagnóstico diferencial, e abordagem terapêutica, bem como a evolução atípica desta lesão, visando contribuir para seu melhor conhecimento e entendimento.

2 Relato do caso

Paciente do sexo feminino, melanoderma, 45 anos, procurou atendimento odontológico do IPES Saúde (Instituto de Promoção de Assistência à Saúde do estado de Sergipe) queixando-se de “dificuldade de mastigar” (sic). Ao exame físico extraoral observou-se aumento de volume na região inferior direita da face, provocando discreta assimetria facial, bem como leve projeção do lábio inferior. Não havia sintomatologia, limitação na abertura bucal ou linfadenopatia cervical. Durante a anamnese, a paciente revelou que a lesão surgiu aproximadamente há 10 anos, bem como ausência tanto de hábitos nocivos quanto de doenças de base em sua história médica (Figura 1).



Figura 1. Aspecto extraoral da paciente mostrando abaulamento em região mentoniana (A) Visão frontal, (B) lateral esquerda e (C) lateral direita..

No exame físico intraoral a paciente apresentava edentulismo total e aumento de volume em região de

rebordo alveolar inferior, com expansão evidente da cortical vestibular e lingual, que se estendia da região onde estaria localizado o dente 32 ao 47. A tumefação apresentava consistência pétreo à palpação e superfície íntegra de coloração semelhante à mucosa circunjacente. (Figura 2).



Figura 2. Aspecto intraoral da lesão, mostrando expansão da cortical vestibular e lingual, recoberta por mucosa íntegra, sem sinais flogísticos.

Por tratar-se de lesão intraóssea, foram solicitadas radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de feixe cônico (Figuras 3 e 4, respectivamente). As imagens que revelaram lesão osteolítica expansiva, multilocular, na região de corpo mandibular estendendo-se do lado esquerdo (região equivalente ao 37) ao direito (região de ângulo de mandíbula), com rompimento da cortical vestibular e expansão e adelgaçamento da cortical lingual. A lesão mostrava traves ósseas pequenas e mais bastante regulares, com formação de ângulos caracteristicamente retos, conferindo à imagem um aspecto descrito na literatura como semelhante a “raquete de tênis”.

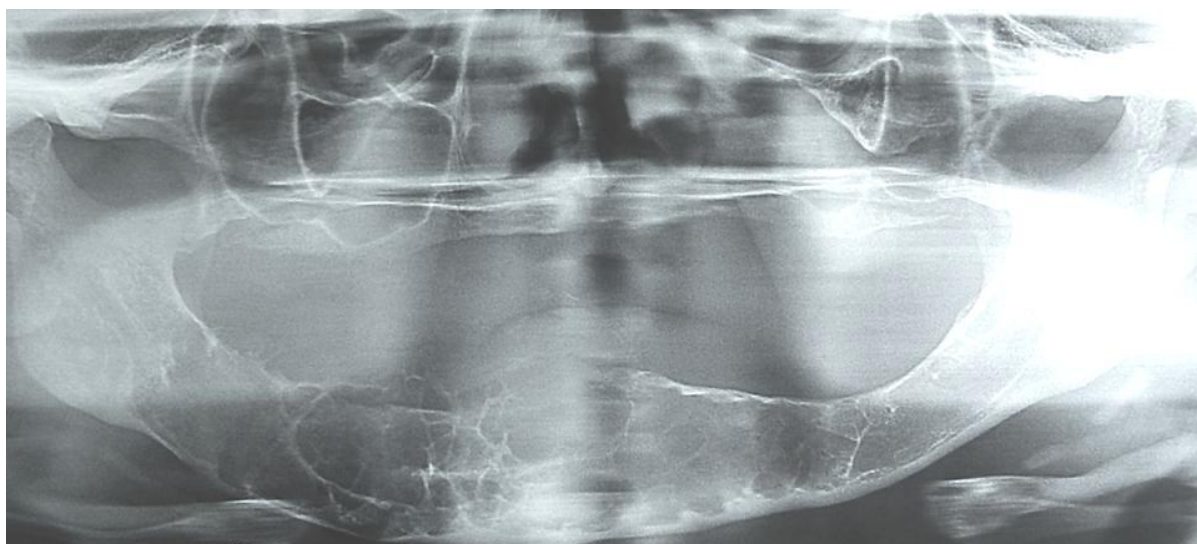


Figura 3. Radiografia panorâmica mostrando imagem radiolúcida multilocular na região de corpo mandibular estendendo-se do lado esquerdo (região equivalente ao 37) ao direito (região de ângulo de mandíbula). A lesão mostrava traves ósseas pequenas e mais bastante regulares com ângulos tipicamente retos, conferindo à imagem um aspecto semelhante a “raquete de tênis”.



Figura 4. Tomografia computadorizada de feixe cônico da lesão. Seleção de cortes axiais mostrando lesão hipodensa multilocular. Destaque para o abaulamento, adelgaçamento e descontinuidade da cortical vestibular, e discreto abaulamento da cortical lingual.

Com base no aspecto clínico e imaginológico as hipóteses diagnósticas estabelecidas foram de mixoma odontogênico, ameloblastoma e tumor odontogênico ceratocístico. Foi então realizada punção aspirativa, com obtenção de conteúdo semifluido de aspecto levemente oleaginoso, seguida de biópsia incisional. Fragmentos de tecido ósseo e mole foram removidos e encaminhados para exame histopatológico. As secções histológicas revelaram proliferação fusocelular esparsa em meio a tecido conjuntivo frouxo de aspecto mixomatoso e pouco vascularizado. Análise imunohistoquímica do espécime mostrou positividade difusa para vimentina e focal para α -SMA e fator XIIIa, mas negatividade para proteína S100. O diagnóstico foi de mixoma odontogênico (Figura 5).

Diante do laudo histopatológico, indicou-se o tratamento cirúrgico da paciente por meio de um acesso cirúrgico submandibular, devido à grande extensão da lesão, seguido de ressecção mandibular envolvendo o ramo direito até o final de corpo de mandíbula esquerdo, realizada margem de segurança de aproximadamente 0,5 cm e placa de reconstrução de titânio 2.4 com fixação rígida (Figura 6). O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências e, ao final da cirurgia, a paciente ficou internada para recuperação pós-anestésica, recebendo alta no dia seguinte. Foi também prescrito antibiótico (Cefalexina 500mg, 06/06h) por sete dias, anti-inflamatório (Ibuprofeno 600 mg, 08/08h) durante cinco dias e analgésico (Dipirona Sódica 1g, 06/06h) por cinco dias (Figura 7).

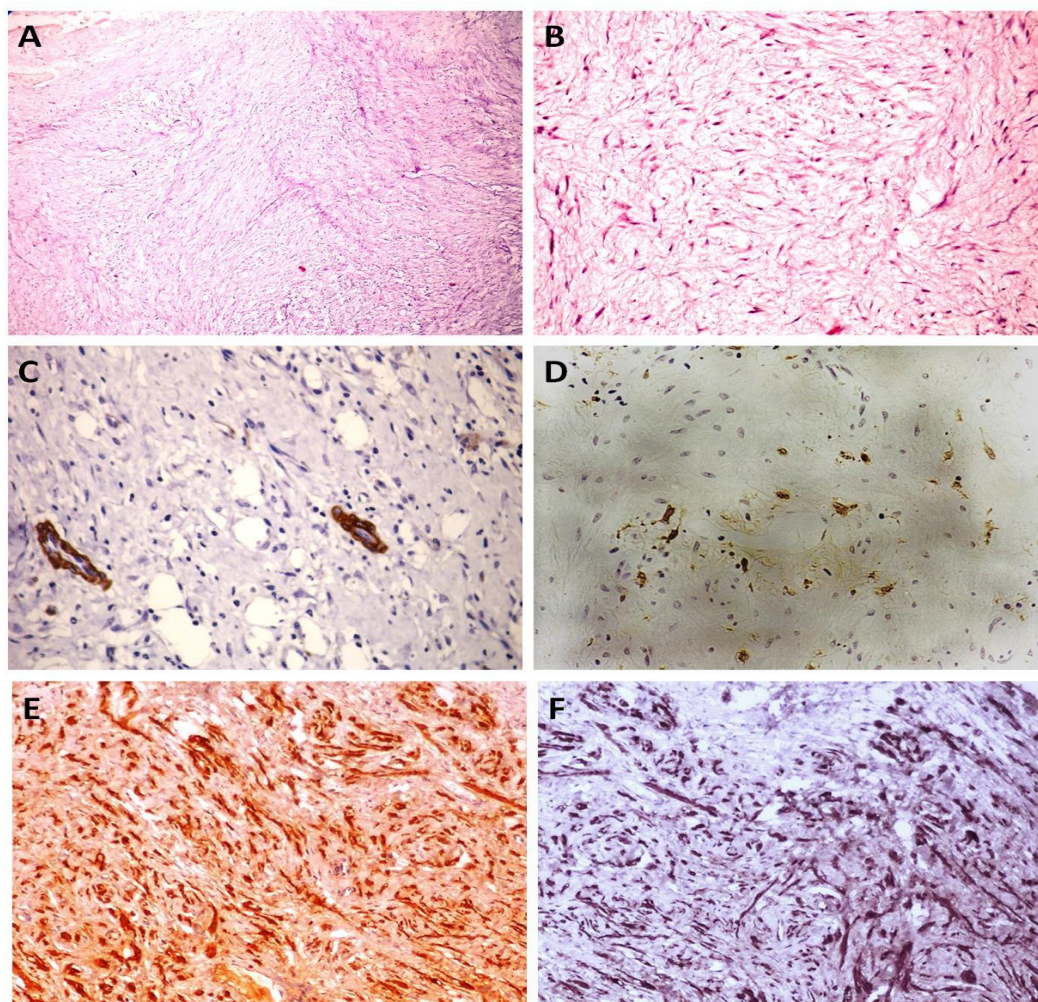


Figura 5. Fotomicrografia de secções histológicas da biópsia incisional. (A) Proliferação fusocelular disposta difusamente em um tecido conjuntivo frouxo sustentado por discreta rede vascular (HE, 100 \times). (B) Detalhe da população de células fusiformes com prolongamentos citoplasmáticos interconectados (HE, 400 \times). (C) Expressão de α -SMA focal e basicamente limitada a periquitos das paredes vasculares (SABC, 400 \times). (D) Expressão focal do Fator XIIIa em células dendríticas satélites (SABC, 400 \times). (E) Expressão intensa e difusa da vimentina e negatividade para proteína S-100 (SABC, 400 \times).

A paciente retornou ao ambulatório para reavaliação com sete e 14 dias após procedimento cirúrgico, quando a mesma se encontrava perceptivelmente com autoestima elevada e sem queixas consideráveis, apesar de ter perdido muita estrutura óssea e ter tido alteração do contorno facial e movimentos mastigatórios. A remoção dos pontos de sutura foi realizada na reavaliação de 21 dias. Após 42 dias, foram realizados novos exames imaginológicos e, associados aos dados clínicos, determinou-se um prognóstico satisfatório. A paciente está sob acompanhamento clínico e radiográfico a cada seis meses, sendo percebida grande satisfação durante sua evolução. Até o momento não há sinais clínicos ou radiográficos de recidivas.

3 Discussão

O MO é um raro tumor benigno não encapsulado (CHRCANOVIC et al.,2010). Este tumor é classificado segundo a OMS, como odontogênico de origem ectomesenquimal por causa da semelhança histológica com um germe dental em desenvolvimento e prevalência nos ossos maxilares(LIN et al., 2010., MANNE et al., 2012). O MO apresenta incidência semelhante em ambos os sexos (LAHEY et al .,2013), embora alguns autores relatem uma leve predisposição pelo sexo feminino (FRIEDRICH et al.,2012., MANNE et al., 2012), como no presente caso.

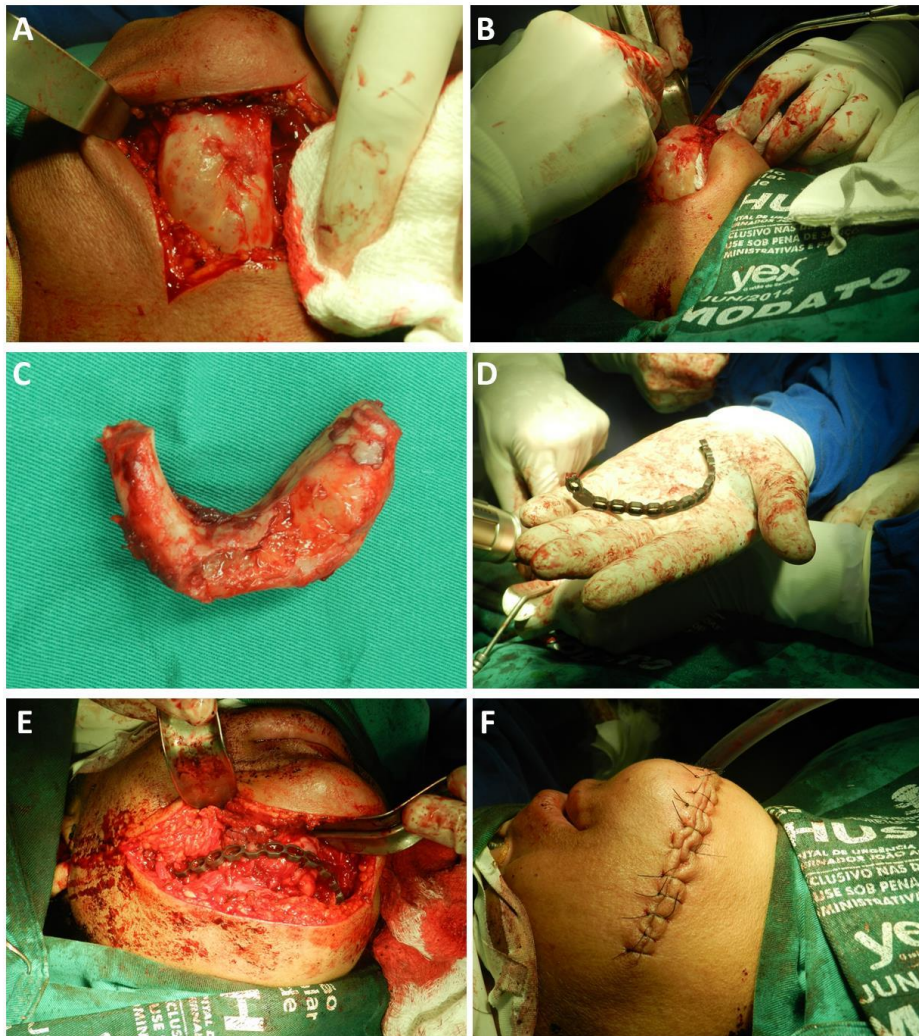


Figura 6. Tratamento cirúrgico da paciente. (A e B) Incisão cirúrgica submandibular e submentoniana para acesso a lesão tumoral (C) peça cirúrgica. (D) Placa de reconstrução pré moldada. (E) Placa de fixação estabilizada. (F) Sutura final.



Figura 7. Pós-operatório imediato da paciente. (A) Visão frontal e (B) lateral, sem sinais flogísticos ou edema substancial. (C) Radiografia panorâmica pós operatória evidenciando placa de reconstrução mandibular.

Ainda corroborando os achados observados neste relato, sua localização mais frequente é a mandíbula, embora, em contraposição aos achados descritos neste trabalho, a região posterior seja mais acometida que a anterior (MANNE et al., 2012). É importante destacar que, segundo ARUL et al (2013), o MO também pode acometer a maxila e, nesses casos, o caráter agressivo é mais expressivo, provavelmente em razão do osso ser mais esponjoso, o que facilitaria a infiltração tumoral nos espaços medulares adjacentes.

Apesar de poder ocorrer em qualquer idade, o MO é mais observado entre a segunda e terceira décadas de vida (RAM, et al., 2008) sendo considerado raro em pacientes com menos de 10 anos e mais de 50 anos (SINGARAJU, et al., 2010). Dados semelhantes relacionados a idade e sexo foram observados por CHAUDHARY, et al (2015). No caso relatado a paciente, de 45 anos, notou o aumento de volume há aproximados 10 anos, o que a insere dentro do perfil etário descrito na literatura para o MO.

O MO apresenta usualmente crescimento lento (ALTUG et al., 2011), embora já tenham sido relatados casos em que houve crescimento rápido (ARUL et al., 2013). Contudo, casos descritos com uma evolução tão longa, como no presente caso, são considerados extremamente incomuns. Desta forma, o relato em questão se reveste de grande importância, posto que sugere que lesões odontogênicas, como o MO, não devem ser excluídas do diagnóstico diferencial de lesões osteolíticas dos maxilares com longa duração.

De acordo com LAHEY, et al. (2013) o MO geralmente é assintomático, muitas vezes sendo

descoberto durante exames de rotina. A presença de sinais e sintomas em casos de MO tem provável relação com a progressão da lesão (GHALAYANI et al., 2013). Dor, úlceras, mobilidade dental, deslocamento, reabsorção radicular, parestesia, exoftalmia são alguns dos sintomas que já foram relatados (MANNE et al., 2012, RAM et al., 2014). No caso relatado, a paciente apresentou aumento de volume com expansão das corticais e queixa de dificuldade de mastigar, mas não referiu qualquer sintomatologia dolorosa. A justificativa para esse último achado pode estar no fato de que, a despeito da longa duração, o tumor aqui relatado não atingiu proporções realmente compatíveis com o período de evolução. Corroborando esta teoria, SINGARAJU et al. (2010) afirmam que a presença de sintomatologia estaria relacionada diretamente com a proporção que o tumor atinge e não apenas com o seu tempo de evolução.

Radiograficamente, o MO apresenta-se mais comumente como uma radiolucência multilocular, formando loci ósseos pequenos, regulares e com traves ósseas em ângulos retos, conferindo aparência típica de raquete de tênis ou favos de mel (LAHEY et al., 2013). Os achados imaginológicos ilustrados no presente caso correspondem àqueles descritos na literatura. Expansão cortical e distorção da parede do seio também podem ocorrer (ARUL, et al., 2013) e existem poucos registros na literatura de lesão radiográfica apresentando calcificações (LAHEY et al., 2012). Menos comumente, lesões uniloculares bem delimitadas, com aparência radiográfica que se assemelha a cistos gnáticos também podem ser observadas em casos de MO (GHALAYANI et al., 2013). De fato, FRIEDRIC et al. (2012) fizeram uma

análise de radiografias convencionais dos maxilares e crânio de 14 pacientes com diagnóstico comprovado histologicamente de MO. Os autores observaram que a aparência radiográfica do MO varia consideravelmente, concluindo pequenas lesões não distinguíveis de granulomas, cistos ou outras lesões odontogênicas. Estes dados sugerem que apesar do aspecto radiográfico multilocular típico, o MO deve ser considerado como hipótese de diagnóstico clínico também em lesões uniloculares menores. Portanto, a análise histopatológica torna-se essencial no estabelecimento do correto diagnóstico e por consequente correto tratamento do MO (TORO et al., 2016).

Os aspectos macroscópicos descritos nos casos de MO de mandíbulas geralmente referem espécimes resilientes ou fibrorresilientes, mas com encapsulamento verdadeiro mínimo (LI et al., 2006), dados que foram plenamente corroborados quando da análise macroscópica do presente caso. A maioria dos MOs são histologicamente monótonos e hipocelulares com uma preponderância de células fusiformes e estrelárias, exibindo processos citoplasmáticos muitas vezes longos e anastomosados. Os núcleos geralmente são pequenos e discretamente hiper cromáticos e embora células binucleadas possam estar presente, mitose e multinucleação são achados incomuns (LI et al., 2006, DE SOUZA et al., 2014).

Algumas variações morfológicas singulares também têm sido descritas em casos de MO, como no caso relatado por LIN, BASILE (2010), cujos achados microscópicos mimetizavam em algumas áreas, uma lesão fibro-óssea benigna. Além disso, ETEMAD-MOGHADAM et al. (2014) relataram que estas lesões podem apresentar número considerável de ilhotas de epitélio odontogênico quiescente ou acúmulos focais de mastócitos, o que poderia levar a diagnósticos equivocados de fibro odontogênico central e neurofibroma intraósseo, respectivamente. No entanto, o aspecto distintivo de um tecido conjuntivo abundantemente mixoide e a presença de prolongamentos citoplasmáticos interdigitantes são características importantes para o diagnóstico diferencial entre o MO e outras lesões centrais dos maxilares que possam apresentar estroma de tecido conjuntivo fibroso frouxo. Positividade histoquímica da matriz extracelular para a coloração de alcian blue (HIGO et al., 2015) e imunohistoquímica para vimentina e bcl-2, e negatividade para proteína S-100 (MARTÍNEZ-MATA et al., 2008) também pode ser contributiva para a identificação do MO em casos de difícil diagnóstico. No presente caso, a positividade intensa para vimentina indica a origem ectomesenquimal do parênquima tumoral, enquanto que a negatividade para S-100 e α -SMA sugerem que

não há diferenciação terminal neural ou muscular/miofibroblástica. Destaca-se que a positividade para este último antígeno nas paredes vasculares é esperada, já que pericitos expressam essa proteína. A positividade apenas focal para o fator XIIIa, um marcador de células dendríticas, indica que esta população celular é apenas satélite e não participa efetivamente do componente proliferativo tumoral. Conquanto o presente caso tenha apresentado características imagiológicas e histopatológicas bastante clássicas, e um perfil imunohistoquímico consistente com mixoma odontogênico, não foi necessária a realização de colorações especiais (Alcian blue) ou de reações imunohistoquímicas confirmatórias com anticorpos anti-bcl-2 para o estabelecimento seguro do diagnóstico.

O tratamento inicial para o MO é eminentemente cirúrgico, mas parece haver alguma controvérsia sobre a melhor abordagem. KAWASE-KOGA et al. (2014) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre o efeito da modalidade terapêutica sobre os índices de recorrência do MO e concluíram que a enucleação e curetagem apesar de representaram uma abordagem eficaz em vários casos, aumenta substancialmente o risco de recorrência e a necessidade de nova intervenção cirúrgica. BOFFANO et al. (2011) também sugeriram que o tratamento conservador por enucleação e curetagem é recomendado quando o diâmetro de um mixoma odontogênico é menor que 3 cm em lesões próximas a estruturas vitais, ao passo que uma ressecção segmentar com reconstrução imediata é preferida em pacientes com tumores maiores. Desta forma, no presente caso, a ressecção mandibular em bloco com reconstrução com placa de titânio foi o tratamento de escolha para a lesão, embora haja o intuito de posteriormente se realizar uma enxertia óssea micro vascularizada.

Até o presente momento não houve sinais de recorrência da lesão. A paciente continua sob acompanhamento e reavaliações periódicas utilizando radiografias panorâmicas para ver a relação da placa de reconstrução e as estruturas adjacentes e monitorar possíveis recidivas.

4 Conclusão

Mixomas são tumores incomuns localmente agressivos e com características clínicas e radiográficas inconclusivos. Um diagnóstico histopatológico preciso, planejamento cirúrgico são necessários para um bom prognóstico.

Referências

1. ALTUG, H.A.; GULSES, A.; SENCIMEN, M. Clinico-Radiographic Examination of Odontogenic Myxoma with Displacement of Unerupted Upper Third Molar: Review of the Literature. **Int. J. Morphol.**, Temuco , v. 29, n. 3, p. 930-933, Sept. 2011.
2. ARUL, A.S.; VERMA, S.; ARUL, A.S.; VERMA, R. Infiltrative odontogenic myxoma of the posterior maxilla: Report of a case. **J Nat Sci Biol Med.** v4,n.2,p.484-7,2013 Jul.
3. based on biopsy Material over a 40-Year Period. **J Contemp Dent Pract.** v.15,n.2,p.137-141,2014.
4. BOFFANO, P.; GALLESIO, C.; BARRECA, A.; BIANCHI, F.A.; GARZINO-DEMO, P.; ROCCIA, F. Surgical treatment of odontogenic myxoma. **J Craniofac Surg;**v.22,n.3,p.982-7,2011 May.
5. BRITES, F.C. Ressecção cirúrgica completa de mixoma odontogênico mandibular. **Revista da ACBO.** v. 4, n. 1,2015.
6. CASTRO, ALVIMAR LIMA DE; KANNO, CLÁUDIA MISUE; CALLESTINI, RENATA; SICCHIERI, LUCIANA GONÇALVES, MUNHOZ, FELIPE CAMARGO. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.24, n.2, p. 23-27, Agosto/Dezembro, 2003.
7. CHAUDHARY, Z.; SHARMA, P.; GUPTA, S.; MOHANTY, S.; NAITHANI, M.; JAIN, A. Odontogenic myxoma: Report of three cases and retrospective review of literature in Indian population. **Contemp Clin Dent.** p.6,n.4,p.522-8, 2015 Oct-Dec.
8. CHRCANOVIC, B.R.; DO AMARAL, M.B.; MARIGO, H.D.E. A.; FREIRE-MAIA, B. An expanded odontogenic myxoma in maxilla. **Stomatologija.** v.12,n.4,p.122-8,2010.
9. DE MELO, AUC, MARTORELLI, SBdeF, CAVALCANTI, PHdeH, GUEIROS, LA, MARTORELLI, FdeO. (2008).. Maxillary odontogenic myxoma involving the maxillary sinus: case report. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 74, n. 3, p. 472-475, June 2008 .
10. DE SOUZA, J.G.O.; CLAUS, J.D.P.; OURIQUES, F.D.; GIL, L.F.; GIL, J.N.; Cardoso, A.C.; BIANCHINI, M.A. Treatment of Odontogenic Myxoma: A Multidisciplinary Approach-6-Year Follow-Up Case. **Case Rep Dent.** V.2014,n.795808,p.1-4, Nov/dez.,2014
11. ETEMAD-MOGHADAM, S.; CHOOKHACHIZADEH,S.; BAGHAIL, F.; ALAEDDINI, M. Odontogenic Myxoma: A study
12. FRIEDRICH, R.E.; SCHEUER, H.A.; FUHRMANN, A.; ZUSTIN, J.; ASSAF, A.T. Radiographic findings of odontogenic myxomas on conventional radiographs. **Anticancer Res.** v.32,n.5,p.2173-7, 2012 May.
13. GHALAYANI, P.; JAHANSHAHI GR.; MOHAGHEGHIYAN, HR. Odontogenic Myxoma of Maxilla in an Atypical Location: A Case Report. **J Dent Shiraz Univ Med Scien;** v.14,n.1,p. 41-45,2013.
14. GUO, Y.J.; LI, G.; GAO, Y.; MA, X.C. An unusual odontogenic myxoma in mandible and submandibular region: a rare case report. **Dentomaxillofac Radiol.** V.43,n.8,p.3-6,2014 Oct.
15. HIGO, M.; KASAMATSU, A.; OGAWARA, A.; SHIIBA, M.; UZAWA, U.; TANZAWA, H. A case of a rapidly expanding odontogenic myxoma of the mandible. **Oral Science International.** Volume 12, Issue 1, January 2015, Pages 22–26.
16. KANSY, K.; JUERGENS, P.; KROL, Z.; PAULUSSEN, M.; BAUMHOER, D.; BRUDER, E.; SCHNEIDER, J.; ZEILHOFER, H.F.; SCHWENZER-ZIMMERER, K. Odontogenic myxoma: diagnostic and therapeutic challenges in paediatric and adult patients--a case series

- and review of the literature. **J Craniomaxillofac Surg.** 2012 Apr;v.40,n3,p.271-6,2011 May.
17. KAWASE-KOGA, Y.;SAIJO, H.; HOSHI, K.; TAKATO, T.; MORI, Y.SURGICAL management of odontogenic myxoma: a case report and review of the literature. **BMC Res Notes.** n.5,p.1-7,2014 Apr.
 18. LAHEY, E.; WOO, S.B.; PARK, H.K. Odontogenic myxoma with diffuse calcifications: a case report and review of the literature. **Head Neck Pathol.**v.7n.1,p.97-102 2013 Mar.
 19. LI, T.J.; SUN, L.S.; LUO, H.Y.Odontogenic myxoma: a clinicopathologic study of 25 cases. **Arch Pathol Lab Med.**v.130n.12,p.1799-806, 2006 Dec.
 20. LIN, Y.L.; BASILE, J.R. A case of odontogenic myxoma with unusual histological features mimicking a fibro-osseous process. **Head Neck Pathol.**v.4,n.3,p.253-6,2010 Jul 6.
 21. MANNE, R.K.; KUMAR, V.S.; VENKATA, P.S.; ANUMULA, L.; MUNDLAPUDI, S.; TANIKONDA, R.Odontogenic myxoma of the mandible. **Case Rep Dent.** N.2012,p.1-6. Epub 2012 Jul.
 22. MARTÍNEZ-MATA, G.; MOSQUEDA-TAYLOR, A.; CARLOS-BREGNI, R.; DE ALMEIDA, O.P.; CONTRERAS-VIDAURRE, E.; VARGAS, P.A.; CANO-VALDÉZ, A.M.; DOMÍNGUEZ-MALAGÓN, H. Odontogenic myxoma: clinico-pathological, immunohistochemical and ultrastructural findings of a multicentric series. **Oral Oncol.**v.44,n.6,p.601-7, 2008 Jun.
 23. MOURÃO, C.F.A.B.; JÚNIOR JOSÉ, W.N.R. Tratamento para o mixoma odontogênico: revisão de literatura. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço,** v.39, nº 4, p. 293-296, outubro / novembro / dezembro 2010
 24. MURPHY, C.; HAYES, R.; MCDERMOTT, M.; KEARNS, G.J.Odontogenic myxoma of the maxilla: surgical management and case report. **Ir J Med Sci.** 2016 Mar 14.
 25. RAM, H.; MEHTA, G.; KUMAR, M.; LONE, P. Odontogenic myxoma in a 52-year-old woman. **BMJ Case Rep.** V.37,n4,p.206-9, December 2008
 26. SINGARAJU, S.; WANJARI, S.P.; PARWANI, R.N.Odontogenic myxoma of the maxilla: A report of a rare case and review of the literature. **J Oral Maxillofac Pathol.**v.14,n.1,p.19-23,2010 Jan.
 27. TORO, M.D.C.; Barreto, I.S.; AMSTALDEN EMI, C.H.O.N.E.C.T.;PFEILSTICKER, L.N.; **Odontogenic Myxoma in Children: A Case Report and Literature Review. Case Rep Oncol Med.** 2016;2016:9017421, Epub 2016 Mar 15.

MIXOMA ODONTOGÊNICO: RELATO DE CASO COM 10 ANOS DE EVOLUÇÃO



Ac. Larissa Gonçalves Simões

Ac. José Lucas Henrique de Lima

CD. Ruy Gomes Fonseca Dória

Prof. Dr. Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior

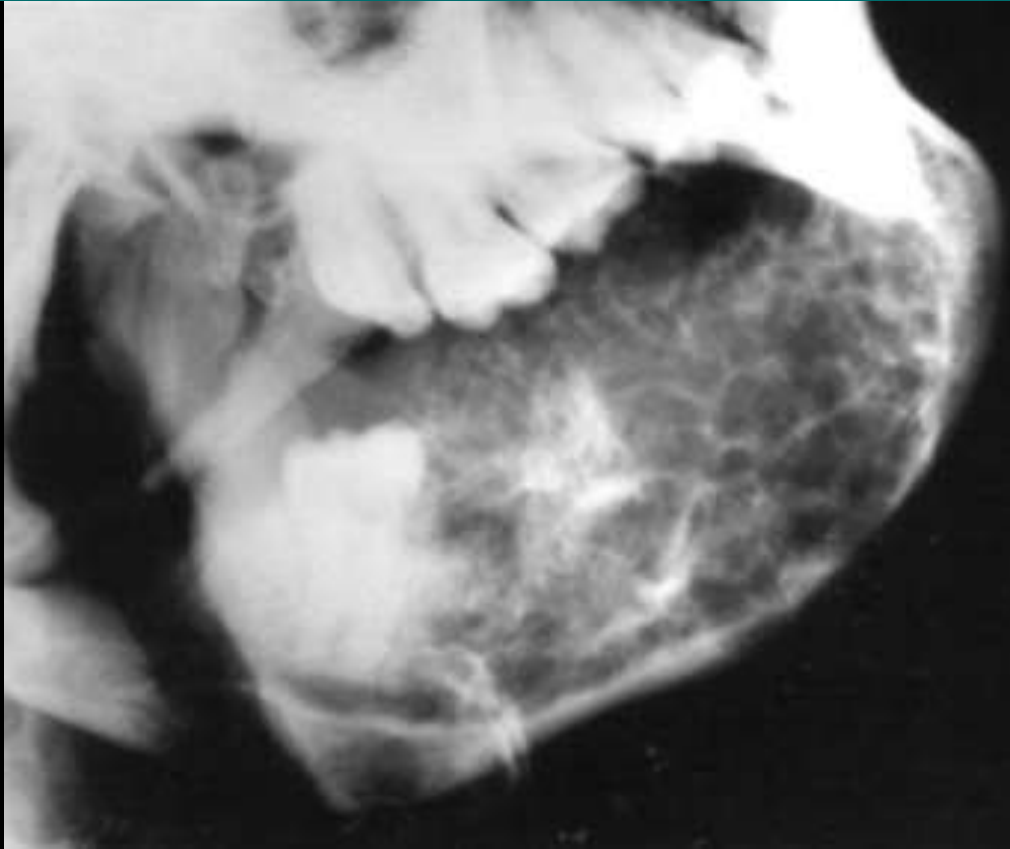
INTRODUÇÃO

Aspectos de interesse clínico

- Neoplasia benigna rara em ossos gnáticos (<6%);
- Crescimento lento e infiltrativo
- 2^a e 3^a década de vida – Idade média de 27,9;
- Sem predileção por sexo;
- Afeta mais comumente a mandíbula – região posterior.

(DE SOUZA et al 2014; KANSY et al 2013; ARUL et al 2013)

Aspectos imaginológicos



- Apresenta aspecto radiolúcido uni ou multilocular
- A tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM)

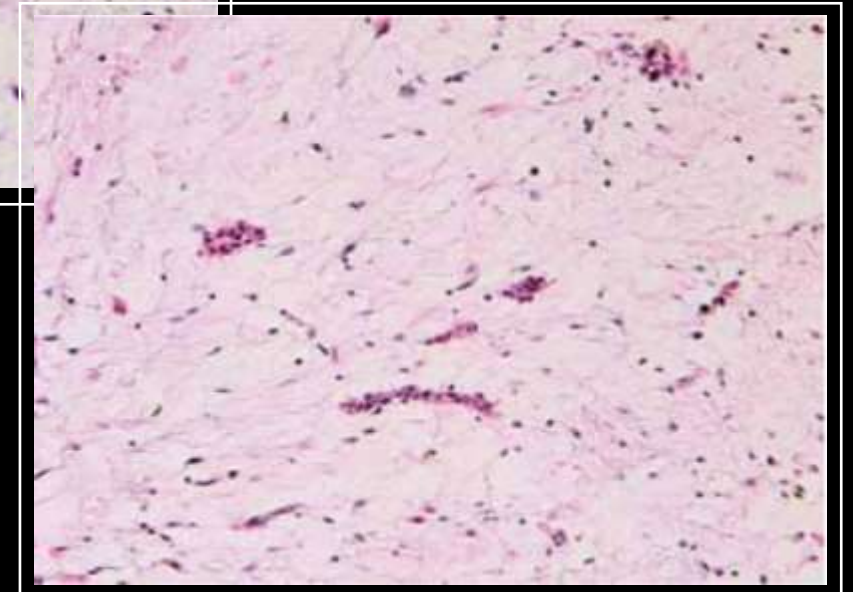
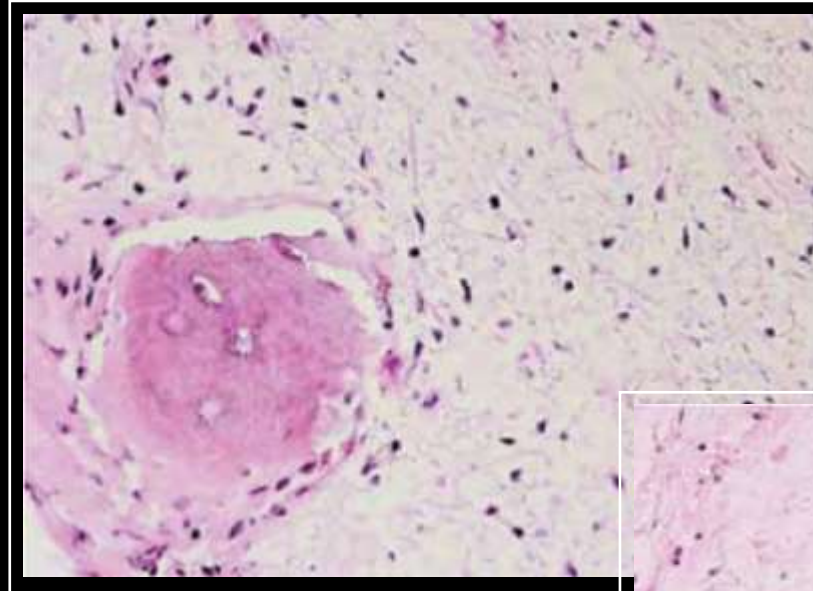
(GHALAYANI et al.,2013; TORO et al 2016;FRIEDRICH et al

2012)

Fonte: **Etemad-Moghadam S**, Chookhachizadeh S, Baghail F, Alaeddini M. Odontogenic Myxoma A Study based on Biopsy Material over a 40-Year Period. J Contemp Dent Pract. Mar 1;15(2):137-41. **2014**.

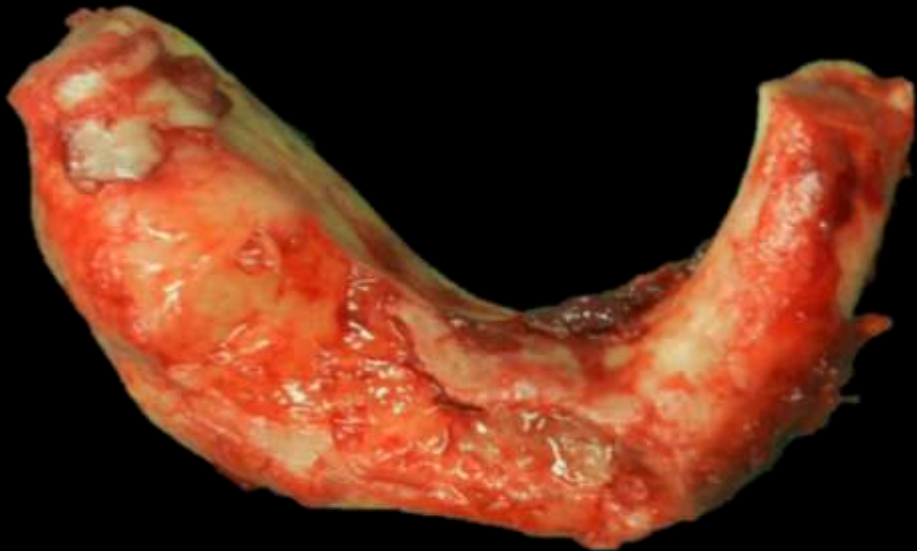
Aspectos histopatológicos

- Tecido conjuntivo frouxo, de aspecto mixomatoso com presença de vasos capilares dispersos por toda lesão.
- Células fusiformes e ovóides esparsamente distribuídas e interpretadas como fibroblastos e miofibroblastos.
- Ocasionais trabéculas ósseas residuais e ilhotas inativas de epitélio odontogênico.



Tratamento e Prognóstico

Macroscopicamente: aspecto gelatinoso típico



- Excisão local, curetagem ou ressecção radical;
- Acompanhamento clínico e radiográfico regulares – Recidiva.

OBJETIVO

Descrever um caso raro de mixoma de mandíbula com longa evolução. Com esse trabalho, pretende-se discutir os achados clínicos, as nuances do diagnóstico diferencial, e abordagem terapêutica, bem como a evolução atípica desta lesão, visando contribuir para seu melhor conhecimento e entendimento.

RELATO DO CASO

Dados clínicos

- Sexo feminino
- 45 anos
- Melanoderma
- Edentulismo total
- Aumento de volume na região anterior da mandíbula
- 10 anos de evolução
- Ausência de hábitos nocivos e doenças de base
- Sem dor, limitação na abertura bucal ou linfadenopatia cervical



Aspecto extraoral



Aspecto intraoral



Aspectos imaginológicos da lesão



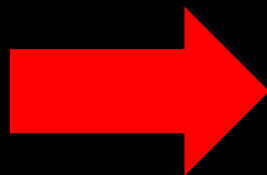


Conduta clínica

HIPÓTESES DE DIAGNÓSTICO

- MIXOMA ODONTOGÊNICO
 - Ameloblastoma
 - Tumor Odontogênico Ceratocístico

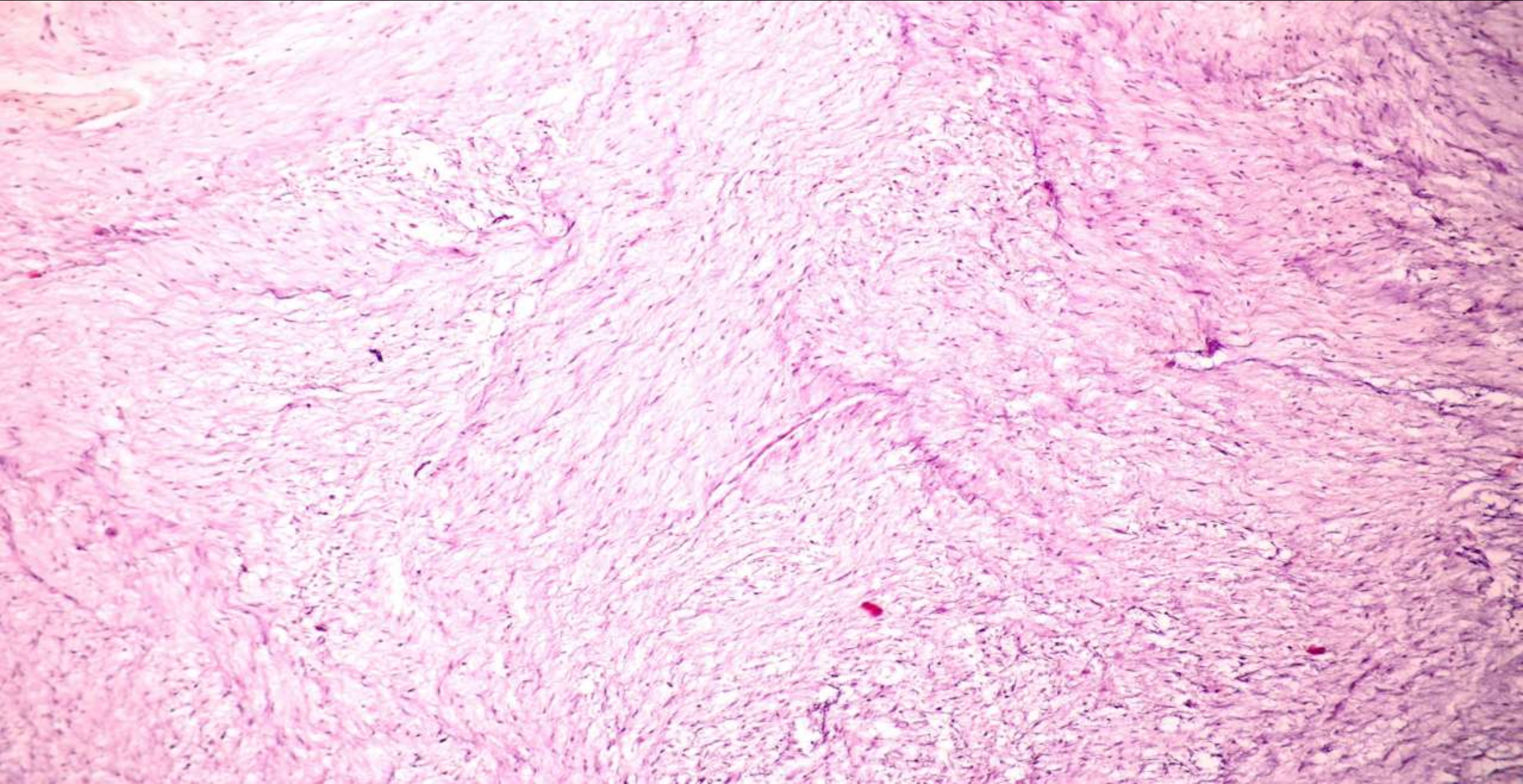
PUNÇÃO ASPIRATIVA



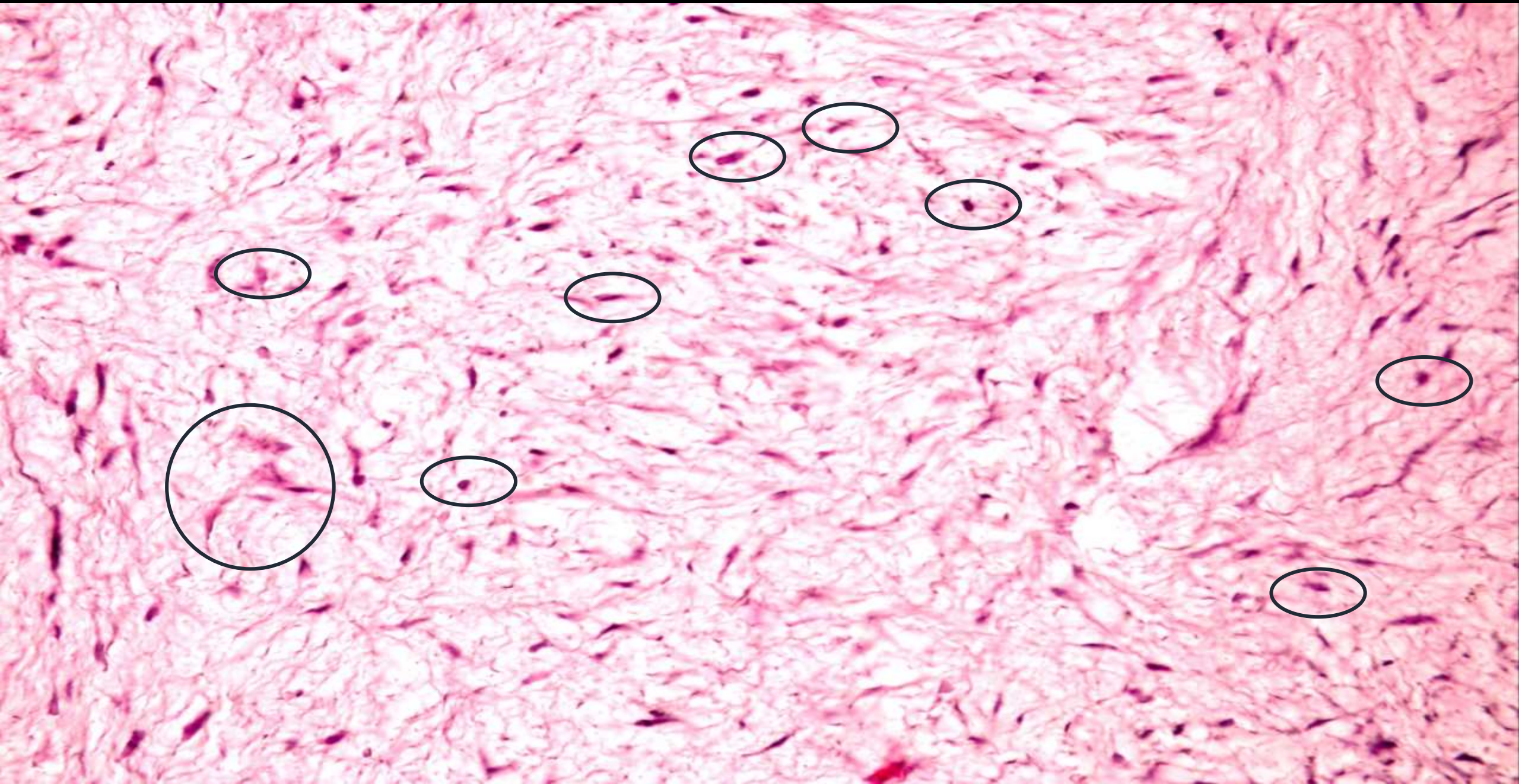
BIÓPSIA INCISIONAL



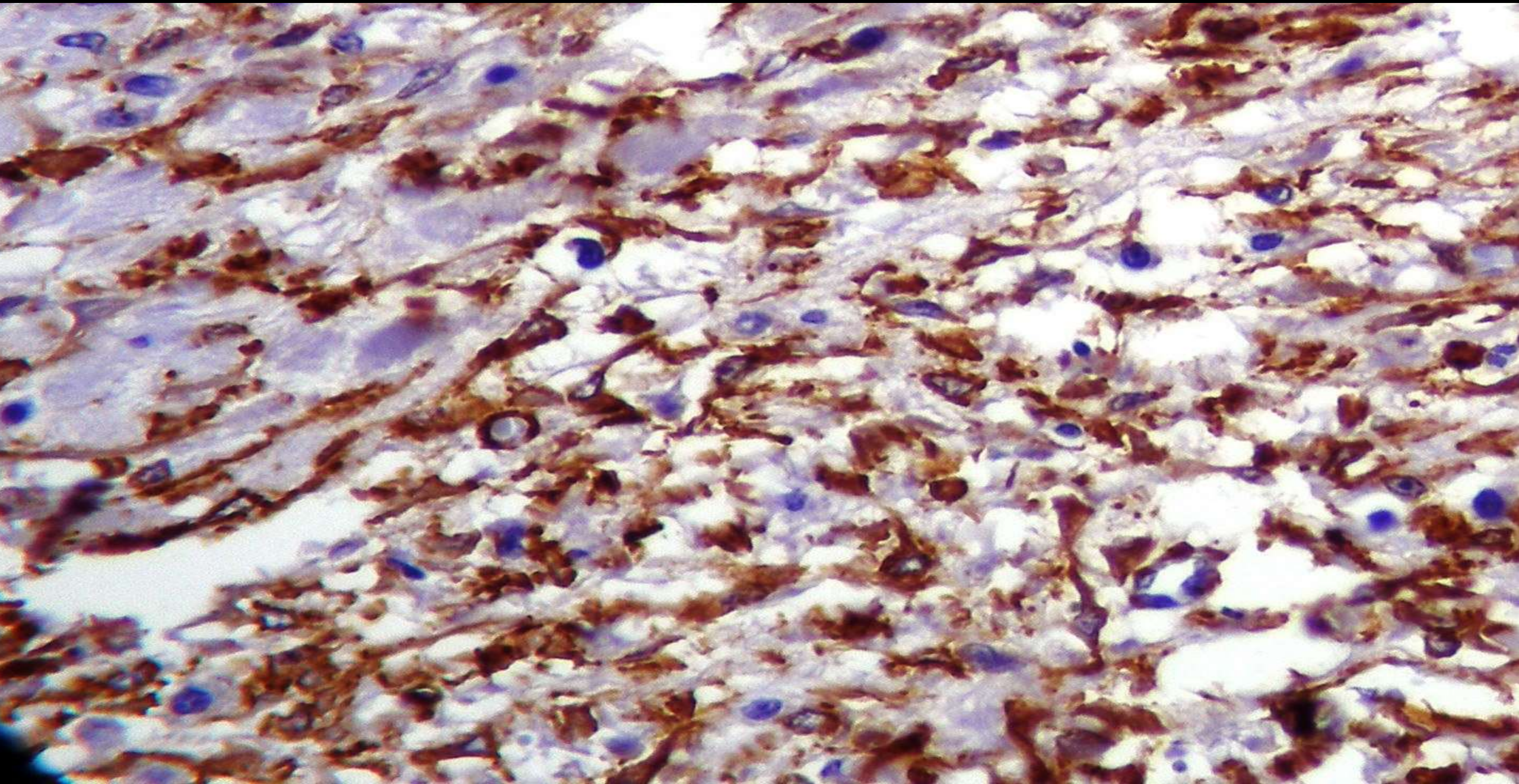
HE – 100 X



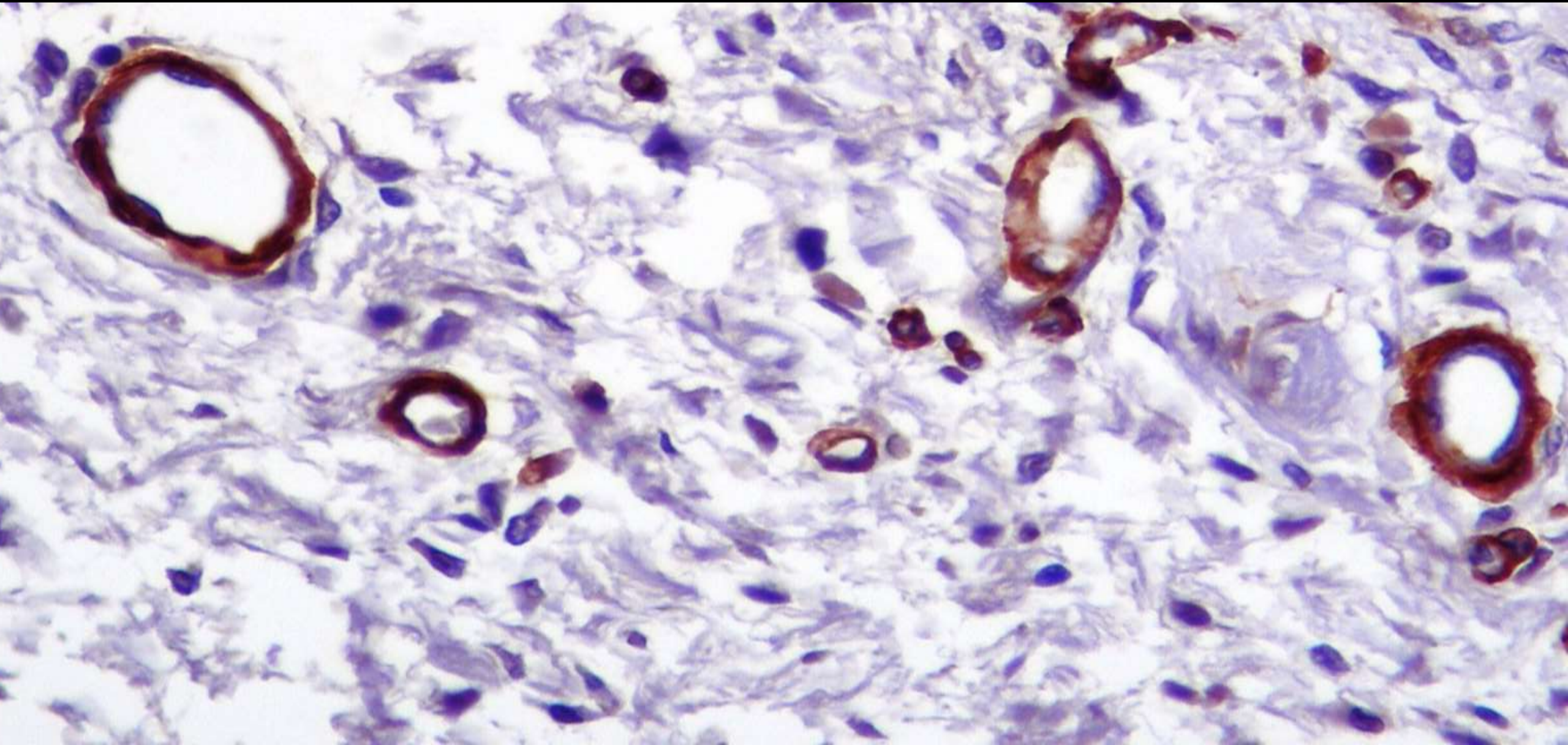
HE – 400 X



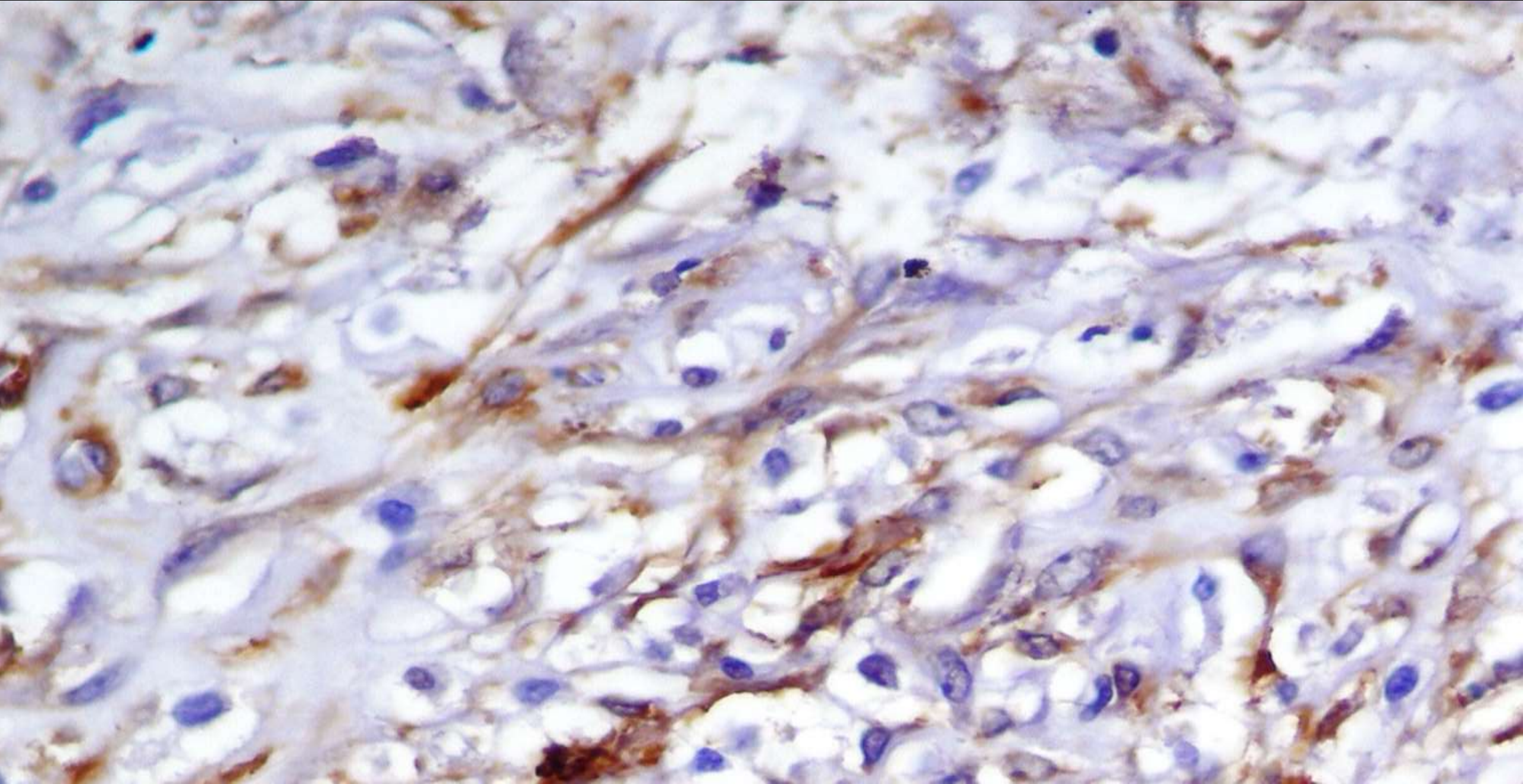
VIMENTINA (400 X)



**ALFA ACTINA DE MÚSCULO LISO
(α -SMA, 400 X)**



FATOR XIIIa (400 X)

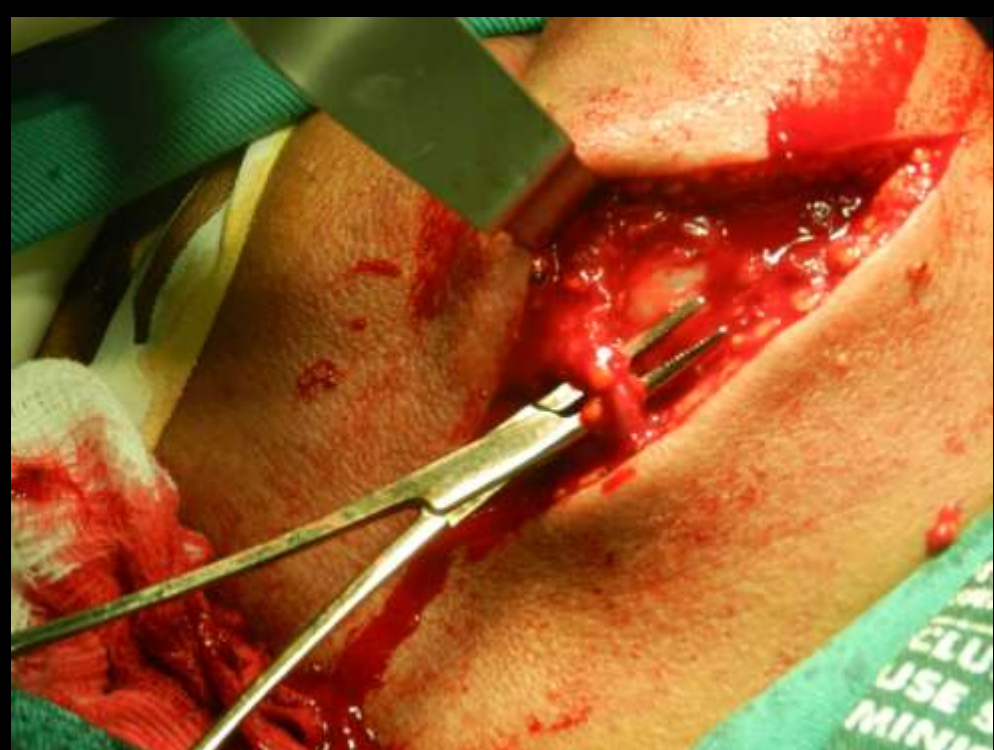


DIAGNÓSTICO

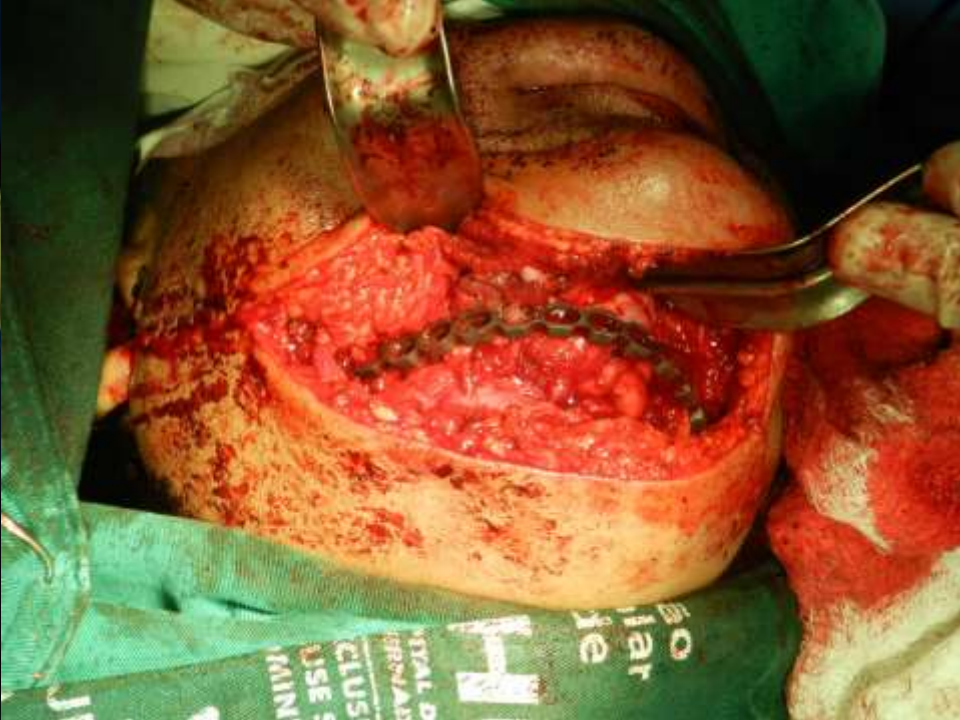
**Mixoma
Odontogênico**

Plano de tratamento

- Excisão cirúrgica







Radiografia panorâmica pós operatória













Radiografia panorâmica após operatória



DISCUSSÃO

Aspectos de interesse clínico

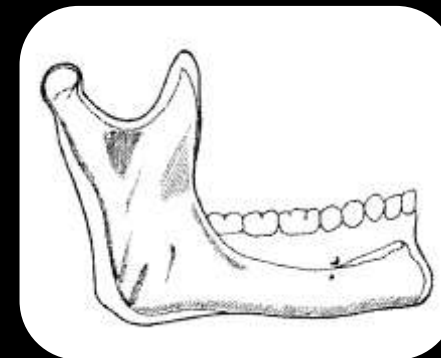
É um raro tumor benigno não encapsulado (CHRCANOVIC et al.,2010).

Classificado segundo a OMS, como odontogênico de origem ectomesenquimal por causa da semelhança histológica com um germe dental em desenvolvimento e prevalência nos ossos maxilares(LIN et al., 2010., MANNE et al., 2012).

Mixoma Odontogênico

O MO apresenta incidência semelhante em ambos os sexos (LAHEY et al .,2013), embora alguns autores relatem uma leve predisposição pelo sexo feminino (FRIEDRICH et al.,2012., MANNE et al., 2012), como no presente caso.

Localização mais frequente é a mandíbula (MANNE et al.,2012)



Fonte: http://www.anatomiafacial.com/pdf/contorno_mandibula_reabsorcao.jpg


É importante destacar que...

Segundo ARUL et al (2013), o MO também pode acometer a maxila e, nesses casos, o caráter agressivo é mais expressivo, provavelmente em razão do osso ser mais esponjoso, o que facilitaria a infiltração tumoral nos espaços medulares adjacentes.

- Mais observado entre a segunda e terceira décadas de vida (RAM, et al., 2008)
- Raro em pacientes com menos de 10 anos e mais de 50 anos (SINGARAJU, et al., 2010).




- Dados semelhantes relacionados a idade e sexo foram observados por CHAUDHARY, et al (2016).
- No caso relatado a paciente, de 45 anos, notou o aumento de volume há aproximados 10 anos, o que a insere dentro do perfil etário descrito na literatura para o MO.



O MO apresenta usualmente crescimento lento (ALTUG et al., 2011) embora já tenham sido relatados casos em que houve crescimento rápido (ARUL et al., 2013)

Casos descritos com uma evolução tão longa, como no presente caso, são considerados extremamente incomuns.




Lesões odontogênicas não devem ser excluídas do diagnóstico diferencial de lesões osteolíticas dos maxilares com longa duração.



Sinais e sintomas

De acordo com LAHEY, et al. (2013) o MO geralmente é assintomático

Dor, úlceras, mobilidade dental, deslocamento, reabsorção radicular, parestesia, exoftalmia são alguns dos sintomas que já foram relatados (MANNE et al., 2012, RAM et al., 2014).



No caso relatado, a paciente apresentou aumento de volume com expansão das corticais e queixa de dificuldade de mastigar, mas não referiu qualquer sintomatologia dolorosa.

SINGARAJU et al. (2010) afirmam que a presença de sintomatologia estaria relacionada diretamente com a proporção que o tumor atinge e não apenas com o seu tempo de evolução.

Aspectos imaginológicos da lesão

Radiograficamente, o MO apresenta-se como mais comumente como uma radiolucência multilocular (LAHEY et al., 2013).

- Menos comumente, lesões uniloculares bem delimitadas, com aparência radiográfica que se assemelha a cistos gnáticos também podem ser observadas em casos de MO (GHALAYANI et al., 2013).
- Expansão cortical e distorção da parede do seio também podem ocorrer (ARUL, et al., 2013) e existem poucos registros na literatura de lesão radiográfica apresentando calcificações (LAHEY et al., 2012).

FRIEDRIC et al. (2012) fizeram uma análise de radiografias convencionais dos maxilares e crânio de 14 pacientes com diagnóstico comprovado histologicamente de MO.

O MO deve ser considerado como hipótese de diagnóstico clínico também em lesões uniloculares menores.

Portanto, a análise histopatológica torna-se essencial no estabelecimento do correto diagnóstico e por consequente correto tratamento do MO (TORO et al., 2016),

Aspectos histopatológicos

Os aspetos macroscópicos descritos nos casos de MO de mandíbulas geralmente referem espécimes resilientes ou fibrorresilientes, mas com encapsulamento verdadeiro mínimo (LI et al., 2006), dados que foram plenamente corroborados quando da análise macroscópica do presente caso.



- A maioria dos MOs são histologicamente monótonos e hipocelulares com uma preponderância de células fusiformes e estrelárias, exibindo processos citoplasmáticos muitas vezes longos e anastomosados.
- ETEMAD-MOGHADAM et al. (2014) relataram que estas lesões podem apresentar número considerável de ilhotas de epitélio odontogênico quiescente ou acúmulos focais de mastócitos, o que poderia levar a diagnósticos equivocados de fibroma odontogênico central e neurofibroma intraósseo, respectivamente.

Fonte:<http://www.eoraparoloio.it/wp-content/uploads/2014/09/microscopio.jpg>

o aspecto distintivo de um tecido conjuntivo abundantemente mixoide e a presença de prolongamentos citoplasmáticos interdigitantes são características importantes para o diagnóstico diferencial entre o MO e outras lesões centrais dos maxilares que possam apresentar estroma de tecido conjuntivo fibroso frouxo.

Mixoma Odontogênico

Tratamento

→ Enucleação e curetagem aumenta o risco de recorrência e a necessidade de nova intervenção cirúrgica (KAWASE-KOGA et al. 2014) .

→ Enucleação e curetagem quando o diâmetro da lesão for menor que 3 cm (BOFFANO et al. 2011) .

- Desta forma, no presente caso, a ressecção mandibular em bloco com reconstrução com barra de titânio foi o tratamento de escolha para a lesão.
- Até o presente momento não houve sinais de recorrência da lesão.
- A paciente continua sob acompanhamento e reavaliações periódicas utilizando radiografias panorâmicas para ver a relação da placa de reconstrução e as estruturas adjacentes e monitorar possíveis recidivas.

REFERÊNCIAS

- ALTUG, H.A; GULSES, A.; SENCIMEN, M. Clinico-Radiographic Examination of Odontogenic Myxoma with Displacement of Unerupted Upper Third Molar: Review of the Literature. **Int. J. Morphol.**, Temuco , v. 29, n. 3, p. 930-933, Sept. 2011
- [ARUL, A.S.](#); [VERMA, S.](#); [ARUL, A.S.](#); [VERMA, R.](#) Infiltrative odontogenic myxoma of the posterior maxilla: Report of a case. **J Nat Sci Biol Med.** v4,n.2,p.484-7,2013 Jul.
- BOFFANO, P.; GALLESIO, C.; BARRECA, A.; BIANCHI, F.A.; GARZINO-DEMO, P.; ROCCIA, F. Surgical treatment of odontogenic myxoma. **J Craniofac Surg**;v.22,n.3,p.982-7,2011 May.
- BRITES, F.C. Ressecção cirúrgica completa de mixoma odontogênico mandibular. **Revista da ACBO.** [v. 4, n. 1, 2015](#)
- CHAUDHARY, Z.; SHARMA, P.; GUPTA, S.; MOHANTY, S.; NAITHANI, M.; JAIN, A. Odontogenic myxoma: Report of three cases and retrospective review of literature in Indian population. **Contemp Clin Dent.** p.6,n.4,p.522-8, 2015 Oct-Dec
- [CHRCANOVIC, B.R.](#); [DO AMARAL, M.B.](#); [MARIGO, H.D.E. A.](#); [FREIRE-MAIA, B.](#) An expanded odontogenic myxoma in maxilla. **Stomatologija.** v.12,n.4,p.122-8,2010.
- DE MELO, AUC, MARTORELLI, SBdeF, CAVALCANTI, PHdeH, GUEIROS, LA, MARTORELLI, FdeO. (2008).. Maxillary odontogenic myxoma involving the maxillary sinus: case report. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 74, n. 3, p. 472-475, June 2008 .
- DE SOUZA, J.G.O.; CLAUS, J.D.P.; OURIQUES, F.D.; GIL, L.F.; GIL, J.N.; Cardoso, A.C.; BIANCHINI, M.A. Treatment of Odontogenic Myxoma: A Multidisciplinary Approach-6-Year Follow-Up Case. **Case Rep Dent.** V.2014,n.795808,p.1-4, Nov/dez.,2014
- ETEMAD-MOGHADAM, S.; CHOOKHACHIZADEH, S.; BAGHAI, F.; ALAEDDINI, M. Odontogenic Myxoma: A study based on biopsy Material over a 40-Year Period. **J Contemp Dent Pract.** v.15,n.2,p.137-141,2014.

- [FRIEDRICH, R.E.](#); [SCHEUER, H.A.](#); [FUHRMANN, A.](#); [ZUSTIN, J.](#); [ASSAF, A.T.](#) Radiographic findings of odontogenic myxomas on conventional radiographs. [Anticancer Res.](#) v.32,n.5,p.2173-7, 2012 May.
- [GHALAYANI, P.](#); [JAHANSHAHI GR.](#); [MOHAGHEGHIYAN, HR.](#) Odontogenic Myxoma of Maxilla in an Atypical Location: A Case Report. [J Dent Shiraz Univ Med Scien](#); v.14,n.1,p. 41-45,2013.
- [GUO, Y.J.](#); [LI, G.](#); [GAO, Y.](#); [MA, X.C.](#) An unusual odontogenic myxoma in mandible and submandibular region: a rare case report. [Dentomaxillofac Radiol.](#) V.43,n.8,p.3-6,2014 Oct.
- [HIGO, M.](#); [KASAMATSU, A.](#); [OGAWARA, A.](#); [SHIIBA, M.](#); [UZAWA, U.](#); [TANZAWA, H.](#) A case of a rapidly expanding odontogenic myxoma of the mandible. [Oral Science International](#). Volume 12, Issue 1, January 2015, Pages 22–26.
- [KANSY, K.](#); [JUERGENS, P.](#); [KROL, Z.](#); [PAULUSSEN, M.](#); [BAUMHOER, D.](#); [BRUDER, E.](#); [SCHNEIDER, J.](#); [ZEILHOFER, H.F.](#); [SCHWENZER-ZIMMERER, K.](#) Odontogenic myxoma: diagnostic and therapeutic challenges in paediatric and adult patients--a case series and review of the literature. [J Craniomaxillofac Surg.](#) 2012 Apr;v.40,n3,p.271-6,2011 May.
- [KAWASE-KOGA, Y.](#); [SAIJO, H.](#); [HOSHI, K.](#); [TAKATO, T.](#); [MORI, Y.](#) SURGICAL management of odontogenic myxoma: a case report and review of the literature. [BMC Res Notes.](#) n.5,p.1-7,2014 Apr.
- [LAHEY, E.](#); [WOO, S.B.](#); [PARK, H.K.](#) Odontogenic myxoma with diffuse calcifications: a case report and review of

Somos o que repetidamente fazemos.

A excelência, portanto, não é um
feito, mas um hábito.

Aristóteles

