

Tumores odontogênicos mandibulares: Dois casos de evolução agressiva

Mandibular odontogenic tumors: Two cases of aggressive evolution

Guilherme M. de Carvalho • Alexandre Caixeta Guimarães • Eliane M. I. Amstalden • Albina M. A. Altemani • Carlos T. Chone
Leopoldo N. Pfeilsticker

RESUMO

Tumores odontogênicos benignos costumam ser localmente agressivos e determinam lesões extensas quando negligenciados. Relatamos dois pacientes apresentando formas particularmente agressivas de tumor queratocístico odontogênico e ameloblastoma unicístico resultando em danos mandibulares avançados que foram tratados de forma conservadora.

Palavras-chave: mandíbula; ameloblastoma; tumores odontogênicos

ABSTRACT

Benign odontogenic tumors are bone lesions locally aggressive and can determine serious consequences if neglected. We report two cases of advanced lesions (keratocystic odontogenic tumor and ameloblastoma).

Keywords: jaw; ameloblastoma; odontogenic tumors

INTRODUÇÃO

Tumores odontogênicos de natureza benigna são localmente agressivos e podem determinar lesões extensas quando negligenciados.

O tumor queratocístico odontogênico (anteriormente denominado queratocisto odontogênico) apresenta alto potencial de crescimento e propensão à recorrência. Embora tenha alto nível de proliferação de células epiteliais e correlacione-se com alterações na função do gene supressor tumoral chamado PTCH, permanecem controvérsias sobre sua evolução e tratamento^{1,2}.

Raro, o ameloblastoma unicístico é um tumor epitelial odontogênico benigno que ocorre comumente em mandíbulas de crianças, tem potencial destrutivo, mas geralmente é assintomático e descoberto em avaliações radiológicas rotineiras³. Derivada do epitélio e tecidos dentários em suas várias fases de desenvolvimento, esta neoplasia localiza-se em sua grande maioria no ângulo e ramo mandibular e apresenta crescimento lento e progressivo⁴.

Relatamos dois pacientes apresentando formas particularmente agressivas destes tumores odontogênicos que resultaram em lesões mandibulares avançadas.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Paciente do sexo feminino, 28 anos, queixava-se de abaulamento na mandíbula à direita há 18 anos. Relatava que aos 13 anos de idade iniciou dor e hiperemia na região do ângulo mandibular direito com drenagem espontânea de secreção purulenta na cavidade oral, quadro com resolução espontânea. Evoluiu com recidivas cada vez mais frequentes da secreção, progressão do abaulamento, piora da dor, dificuldade para abrir a boca e episódios de hipoestesia em território do nervo alveolar inferior direito. Negava

Guilherme M. de Carvalho

Otorrinolaringologista, Mestre em Medicina, Disciplina de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Campinas, São Paulo, Brasil

Alexandre Caixeta Guimarães

Médico residente (interno) de Otorrinolaringologia R2, Disciplina de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Campinas, São Paulo, Brasil

Eliane M. I. Amstalden

Prof.ª Dr.ª do Departamento de Anatomia Patológica, Departamento de Anatomia Patológica - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Campinas, São Paulo, Brasil

Albina M. A. Altemani

Prof.ª Dr.ª do Departamento de Anatomia Patológica, Departamento de Anatomia Patológica - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Campinas, São Paulo, Brasil

Carlos T. Chone

Otorrinolaringologista, Prof. Dr. Coordenador do Serviço de Otorrinolaringologia Cabeça e Pescoço, Disciplina de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Campinas, São Paulo, Brasil

Leopoldo N. Pfeilsticker

Otorrinolaringologista, Cirurgião Crânio-Maxilo-Facial, Assistente Coordenador do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Maxilo-Facial, Disciplina de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Campinas, São Paulo, Brasil

Correspondência:

Guilherme Machado de Carvalho
Rua Conde de Assumar, 59 - Bairro Tucuruvi- Código Postal: 02255-020
Cidade de São Paulo/SP, Brasil -
Telefone +55 11 75342634, + 55 19 82228485, +55 19 35217563 (FAX)
e-mail: guimachadocarvalho@gmail.com

FIGURA 1

Observar abaulamento de região de corpo e ângulo de mandíbula direita do caso 1. Tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional do caso 1 evidencia lesão expansiva de grande volume com aparente preservação basilar da mandíbula. Não se observam remanescentes dentários

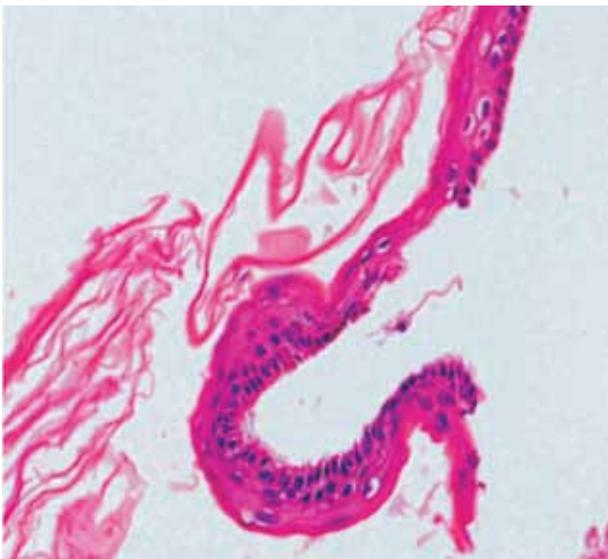


febre, emagrecimento ou outras queixas. Apresentava antecedentes de hipertensão arterial, amigdalectomia na infância e exérese de cisto de ovário direito na adolescência, sem intercorrências.

No exame físico observamos abaulamento em região de corpo e ângulo de mandíbula direita com aproximadamente cinco centímetros, endurecido, indolor a palpação e sem sinais flogísticos (Figura 1). A abertura bucal diminuída media 2,5 cm. A palpação cervical encontrava-se sem alterações.

FIGURA 2

Imagem do exame anátomo patológico - caso 1, confirmando o diagnóstico de tumor queratocístico. Observar a camada córnea (H&E 400x)



A tomografia computadorizada evidenciou formação expansiva na região de ângulo e ramo direito da mandíbula com aproximadamente 3,5 cm, limites ósseos bem definidos e insuflados, sem evidências de rupturas corticais, trabeculações ou calcificações nos cortes sem reconstrução e com conteúdo hipoatenuante. Não foram observados remanescentes dentários (Figura 1). Após a biópsia confirmar um tumor queratocístico odontogênico, realizamos a exérese da lesão por via intra-oral sem intercorrências (Figura 2). Como sugerido nas reconstruções 3-D, constatamos na cirurgia ampla erosão da cortical óssea mandibular correspondente a parede cística lateral e medial. Nestes locais foi impossível certificar-nos da remoção completa do tumor e foi usada com liberalidade a cauterização bipolar dos tecidos moles. O nervo alveolar inferior não pode ser identificado e nenhum preenchimento da cavidade foi utilizado.

Atualmente, após 12 meses do tratamento cirúrgico, a paciente encontra-se bem, com evolução favorável e sem sinais de recorrência, apesar da hipoestesia persistente na área de inervação do nervo mentoniano direito.

Caso 2

Paciente sexo feminino, 16 anos, queixava-se de edema súbito e indolor na região mandibular a direita há aproximadamente cinco meses. Relatava acentuado emagrecimento, por volta de 15 kg no período, secundário a diminuição da ingestão alimentar. Negava parestesias ou outras queixas e não apresentava comorbidades.

No exame físico observamos tumoração acometendo

corpo e ângulo mandibular direito, estendendo-se até altura do 1º molar e indolor na palpação (Figura 3). Abertura de boca sem restrições, oclusão classe II de Angle e sem alterações nas articulações temporomandibulares. A palpação cervical encontrava-se sem alterações.

A tomografia computadorizada mostrou lesão de aspecto osteolítico envolvendo ramo, ângulo e corpo da mandíbula direita do limite superior do terceiro molar até o segundo pré-molar, acometendo a cortical óssea e em contato com as raízes de todos os molares (Figura 3). Após biópsia prévia sugerindo um cisto epitelial

odontogênico sem sinais de malignidade, foi submetida à enucleação da lesão onde, contrariando todas as expectativas, não evidenciamos erosão da cortical óssea ou exposição das raízes dentárias relacionadas (Figura 4). Em virtude da extrema fragilidade da parede cística esta foi removida em fragmentos. O nervo alveolar inferior foi identificado e preservado, suspenso em meio à cavidade que não foi preenchida ao final do procedimento (Figura 4). O anatomopatológico definiu a lesão como um ameloblastoma unicístico mural associado a outro componente cístico compatível com cisto dentífero (Figura 4).

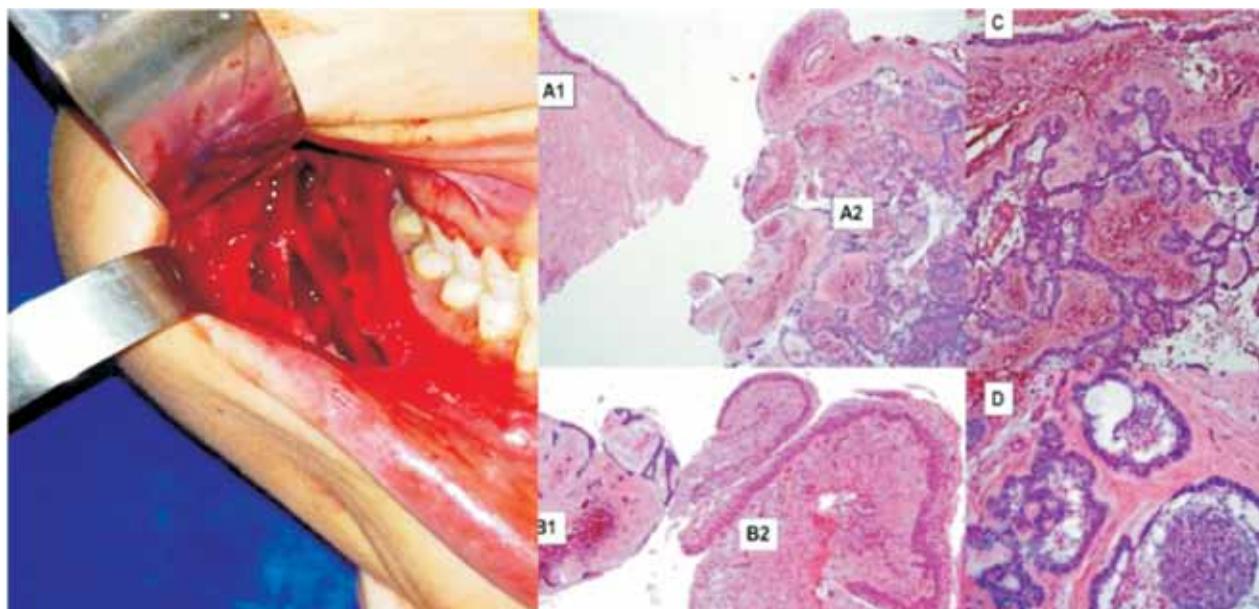
FIGURA 3

Atentar para abaullamento mandibular à direita no caso 2. Tomografia computadorizada em reconstrução tridimensional do caso 2. Notar lesão de aspecto osteolítico e características agressivas como a erosão da cortical



FIGURA 4

Visão no intra-operatório do caso. Exame histológico: Ameloblastoma. Cisto Dentífero: Observa-se tecido ameloblástico neoplásico (padrão folicular e plexiforme: A2; C e D) infiltrativo com área de padrão cístico (B1). Presença de outro componente cístico associado, revestido por epitélio escamoso, compatível com cisto dentífero (A1 e B2).



A paciente encontra-se sem recorrência até o momento, já tendo 12 meses de seguimento pós operatório.

DISCUSSÃO

Os tumores queratocísticos odontogênicos representam entre 2 a 11% de todos os cistos maxilo-mandibulares e ocorrem em qualquer idade. Mais comuns em homens que em mulheres na proporção de 2:1, têm índices de recorrência variando de 3 a 60%⁵. Os sítios mais frequentemente acometidos são a região do terceiro molar, o ângulo e o ramo ascendente da mandíbula⁶. O tratamento habitual é a enucleação, mas ressecções ósseas marginais ou em bloco, crioterapia e uso da solução de Carnoy na cavidade tem sido propostas para evitar recorrências.

Como a regeneração óssea é esperada mesmo em grandes defeitos mandibulares e pode ocorrer na área correspondente à enucleação do tumor sem utilização de enxertos, deve-se escolher o tratamento de menor custo econômico e biológico, levando-se em consideração a idade do paciente, os princípios cirúrgicos e o tempo de reabilitação^{7,8}. O auxílio endoscópico permite explorar adequadamente as áreas de difícil acesso potencializando a remoção completa da lesão⁹.

Embora raros, existem relatos de carcinomas espinocelulares originados da camada epitelial de tumores queratocísticos odontogênicos^{10,11}.

Foram identificados na literatura 233 casos bem documentados de ameloblastomas em crianças e adolescentes^{12,13}. O tipo unicístico representa 6 % de todos os ameloblastomas e relaciona-se às lesões císticas com comportamento clínico e radiológico de um cisto mandibular, mas cujo exame histológico mostra típico ameloblastoma recobrimdo parte da cavidade. O critério histológico mínimo para o diagnóstico de ameloblastoma unicístico é a demonstração de epitélio ameloblástico odontogênico em áreas focais do revestimento do cisto sendo definidos três grupos histológicos: luminal (confinado a superfície do cisto), intraluminal ou plexiforme (proliferação nodular mural sem invasão do tecido conjuntivo) e mural (nódulos ameloblásticos no tecido conjuntivo intramural).

A invasão mural na avaliação histológica indica a necessidade de cirurgia mais agressiva¹⁴, porém a opção cirúrgica conservadora pode ser efetiva em crianças principalmente nos tipos luminal e plexiforme. De toda maneira, não existem relatos de séries com seguimento suficiente para corroborar qualquer atitude terapêutica e o seguimento de longo prazo é indispensável uma vez que podem ocorrer recorrências tardias¹⁵.

Referências bibliográficas:

1. Li TJ. Theodontogenickeratocyst: a cyst, or a cystic neoplasm? J Dent Res. 2011 Feb;90(2):133-42.
2. Madras J, Lapointe H. Keratocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour. J Can Dent Assoc. 2008 Mar;74(2):165-165h.
3. Oliveira-Neto HH, Spindula-Filho JV, Dallara MC, Silva CM, et al. Unicystic ameloblastoma in a child: a differential diagnosis from the dentigerous cyst and the inflammatory follicular cyst. J Dent Child (Chic). 2007; 74(3):245-9.
4. Ramesh R. S., Manjunath S., H Ustad T. H., Pais S. et al. Unicystic ameloblastoma of the mandible - an unusual case report and review of literature. Head & Neck Oncology 2010, 2:1doi:10.1186/1758-3284-2-1.
5. Sharif FNj, Oliver R, Sweet C, Sharif MO. Interventions for the treatment of keratocystic odontogenic tumours (KCOT, odontogenic keratocysts (OKC)). Cochrane Database Syst Rev. 2010 Sep 8;(9):CD008464.
6. Bornstein MM, Filippi A, Altermatt HJ, Lambrecht JT et al. The odontogenickeratocyst--odontogenic cyst or benign tumor? Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2005;115(2):110-28.
7. Ihan Hren N, Miljavec M. Spontaneous bone healing of the large bone defects in the mandible. Int J Oral Maxillofac Surg. 2008 Dec;37(12):1111-6. Epub 2008 Aug 29.
8. Zhao Y, Liu B, Wang SP, Wang YN. Computed densitometry of panoramic radiographs in evaluation of bone healing after enucleation of mandibular odontogenic keratocysts. Chin J Dent Res. 2010;13(2):123-6.
9. Sembronio S, Albiero AM, Zerman N, Costa Fet al. Endoscopically assisted enucleation and curettage of large mandibular odontogenic keratocyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009;107(2):193-6. Epub 2008 Sep 17.
10. Keszler A, Piloni MJ. Malignant transformation in odontogenic keratocysts. Case report. Med Oral. 2002;7(5):331-5.
11. Goldenberg D, Sciubba J, Koch W, Tufano RP. Malignant odontogenic tumors: a 22-year experience. Laryngoscope. 2004;114(10):1770-4.
12. Li TJ, Wu YT, Yu SF, Yu GY. Unicystic ameloblastoma: a clinicopathologic study of 33 Chinese patients. Am J Surg Pathol. 2000;24(10):1385-92.
13. Zhang J, Gu Z, Jiang L, Zhao J et al. Ameloblastoma in children and adolescents. Br J Oral Maxillofac Surg. 2010;48(7):549-54. Epub 2009 Sep 24.
14. Ord RA, Blanchaert RH Jr, Nikitakis NG, Sauk JJ. Ameloblastoma in children. J Oral Maxillofac Surg. 2002;60(7):762-70; discussion, 770-1.
15. Huang IY, Lai ST, Chen CH, Chen CM, et al. Surgical management of ameloblastoma in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007;104(4):478-85. Epub 2007 May 24.