

## Tumor odontogênico adenomatoide: aspectos relevantes ilustrados por um caso clínico

### *Adenomatoid odontogenic tumor: relevant aspects illustrated by a clinical case*

Carlos Henrique Silveira de Castro<sup>1</sup>, Ramon Barreto Mendes<sup>2</sup>, Milena Couto Carneiro<sup>2</sup>, Bráulio Carneiro Júnior<sup>3</sup>, Roberto Almeida de Azevedo<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Residentes do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce); <sup>2</sup> Cirurgiã-dentista e interna do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce); <sup>3</sup> Mestre em Clínica Odontológica pela Universidade Federal da Bahia; Cirurgião Bucomaxilofacial e Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce); <sup>4</sup> Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial pela PUCRS e Doutor em Radiologia; Cirurgião Bucomaxilofacial e Coordenador do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce).

#### Resumo

**Tumor Odontogênico Adenomatoide é uma lesão relativamente incomum, que acomete preferencialmente indivíduos do sexo feminino durante a segunda década de vida. Exibe como sítio de predileção a região anterior da maxila, sendo geralmente associado à coroa de um dente incluso e, a partir disso, possui três variantes: folicular, extrafolicular e extraóssea ou periférica. Apresenta-se mais comumente assintomática e com crescimento lento e progressivo, caracterizando-se ainda por ser lesão benigna e com baixa tendência à recidiva. Este trabalho tem o objetivo de apresentar uma revisão de literatura, a qual será ilustrada por um caso clínico de Tumor Odontogênico Adenomatoide localizado em região anterior da maxila. Pretende-se ainda abordar suas características clínicas, radiográficas e histológicas, além do tratamento cirúrgico de eleição. Palavras-chave: tumor odontogênico adenomatoide – características – tratamento cirúrgico.**

#### Abstract

*Adenomatoid odontogenic tumor is a relatively uncommon lesion which mainly affects women during the second decade of life. It presents as a site of predilection for the anterior region of the jaw, generally associated with the crown of an unerupted tooth, and from that has three variants: follicular, follicular and extra-bone or peripheral. It is more commonly asymptomatic and slow-growing and progressive, it further characterizes this lesion to be benign and low recurrences. This paper aims to present a literature review which will be illustrated by a case of adenomatoid odontogenic tumor, and this is located in the anterior maxilla. The aim is also to address its clinical, radiographic and histological features, in addition to surgical treatment of choice.*

**Keywords:** adenomatoid odontogenic tumor - relevant aspects - surgical treatment.

#### INTRODUÇÃO

O Tumor Odontogênico Adenomatoide (TOA) é uma lesão relativamente incomum, que foi descrita primeiramente por Gash, em 1934, e reconhecida como entidade distinta em 1948, por Stafne<sup>1</sup>. Até então, era considerada uma variante do ameloblastoma, sendo denominada como “odontoameloblastoma” ou “tumor adenomatoide ameloblástico”<sup>2</sup>. Somente em 1969, Philipsen e Birn estabeleceram a denominação atual, que foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1971.<sup>2,3</sup>

Na classificação dos Tumores Odontogênicos apresentada pela OMS em 1992, o TOA era considerado como um tumor do epitélio odontogênico com ectomesênquima odontogênico, com ou sem formação de tecido duro. A partir de conhecimentos gerados por estudos

genéticos da lesão, a OMS reclassificou o TOA, em 2005, enquadrando-o entre os tumores do epitélio odontogênico com estroma fibroso maduro e sem ectomesênquima odontogênico<sup>4</sup>. Sendo assim, a lesão é definida atualmente como um tumor odontogênico benigno, composto por epitélio odontogênico, em variados padrões histológicos, e por estroma de tecido conjuntivo maduro.<sup>5</sup>

Este artigo se propõe a apresentar uma revisão de literatura ilustrada por um caso clínico de tumor odontogênico adenomatoide tratado no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce.

#### REVISÃO DA LITERATURA

Trata-se de uma lesão com frequência relativa de 2,2 a 7,1% entre os tumores odontogênicos, acometendo mais comumente pacientes do sexo feminino (2:1) e jovens, entre 10 e 30 anos, com pico na segunda década de vida.<sup>4,5,6</sup>

Recebido em 19 de outubro de 2009; revisado em 31 de maio de 2010.  
Correspondência / Correspondence: Carlos Henrique Silveira de Castro.  
Rua Amir Macedo, nº 31, apt. 301, Edf. Tâmara - Brotas. 40.285-460  
Salvador -BA - Brasil. Tel: (71) 9951-6283 / 3015-9699. E-mail:  
carloshsilveirac@hotmail.com

São conhecidas três variantes do tumor: folicular, extrafolicular e extraóssea ou periférica<sup>7</sup>. Os padrões folicular e extrafolicular são lesões intraósseas e totalizam 97% dos casos<sup>4</sup>. As lesões foliculares apresentam-se associadas à coroa de um dente não-irrompido, e as extrafoliculares não apresentam tal associação, posicionando-se interradicularmente e provocando, na maioria das vezes, afastamento radicular das unidades vizinhas. As lesões extraósseas ou periféricas são mais raras e podem provocar discreta erosão da cortical óssea alveolar.<sup>8</sup>

Clinicamente, apresentam-se como lesões, em geral, assintomáticas, de crescimento lento e progressivo<sup>6</sup>. Na maioria dos casos, não atingem grandes proporções<sup>9</sup>, embora possam abaulamento da cortical vestibular e (ou) palatina, sendo possível a palpação de uma lesão de consistência firme. Deslocamentos de dentes vizinhos devido à expansão do tumor podem ser observados<sup>7</sup>. Acometem, preferencialmente, as regiões de canino e pré-molares, sendo os tumores intraósseos mais comuns na maxila (2:1)<sup>10</sup>, e a variante periférica com ocorrência quase que exclusiva na região anterior da maxila.<sup>11</sup>

**Figura 1** – Caso clínico: aspecto intraoral pré-operatório

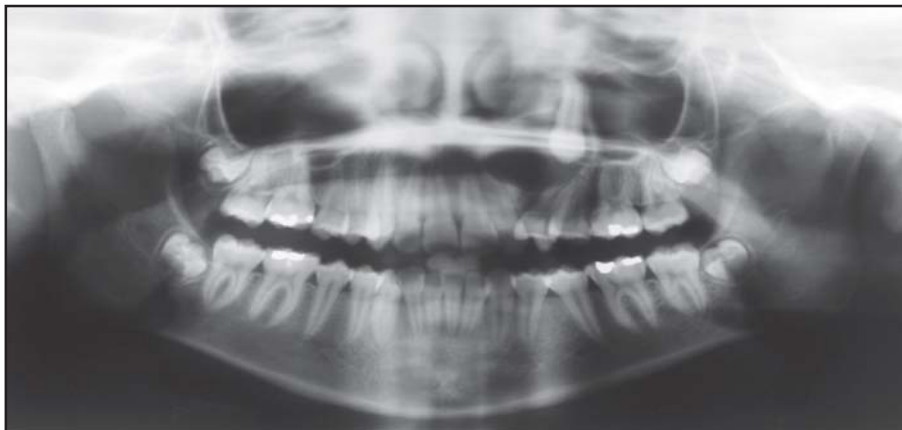


As características radiográficas do TOA podem variar de acordo com o tipo da lesão<sup>5</sup>. A lesão folicular apresenta-se como uma área radiolúcida, unilocular, bem definida por uma cortical óssea, associada à coroa de um elemento dentário, que, por sua vez, pode estar deslocado devido à presença do tumor<sup>4</sup>. O padrão extrafolicular é caracterizado por apresentar-se como uma lesão também radiolúcida e bem delimitada, entretanto sem relação com a coroa dentária<sup>12</sup>. A depender do estágio de maturação da lesão, ambos os tipos podem apresentar focos radiopacos em seu interior, compatíveis com zonas de calcificação.<sup>13</sup>

O corte histológico desse tumor remete à presença de variados arranjos, sendo encontradas células cuboidais ou colunares, oriundas do epitélio odontogênico, agrupadas em nichos ou estruturas semelhantes a rosetas e escasso estroma de tecido conjuntivo<sup>14</sup>. Proliferação de células epiteliais semelhantes a pré-ameloblastos podem arrumar-se em estruturas parecidas com ductos, denominadas de pseudo-ductos<sup>15</sup>. Material eosinofílico amorfo pode ou não ser observado entre os arranjos celulares característicos. Algumas vezes, calcificações são encontradas entre esses pseudo-ductos<sup>7,10,16</sup>. As células epiteliais podem ainda formar arranjos complexos, sob a forma de cordões, que comumente apresentam invaginações. Nódulos de células poliédricas, eosinofílicas e de aparência escamosa, com frágil adesão celular e proeminentes pontes intercelulares, podem ocorrer. Material amorfo semelhante à amiloide e massas globulares de material calcificado podem ser encontrados em tais nódulos. Ocasionalmente, moderado pleomorfismo pode ser evidenciado nos núcleos.<sup>16</sup>

Faz-se necessário estabelecer o diagnóstico diferencial do TOA com algumas lesões, dentre elas, o ameloblastoma, por se tratar de um tumor mais agressivo e por apresentar prognóstico bem mais duvidoso<sup>14</sup>. O padrão folicular da lesão deve ser distinguido do cisto dentígero, uma vez que ambas as lesões apresentam associação com dentes não

**Figura 2** – Aspecto radiográfico pré-operatório.



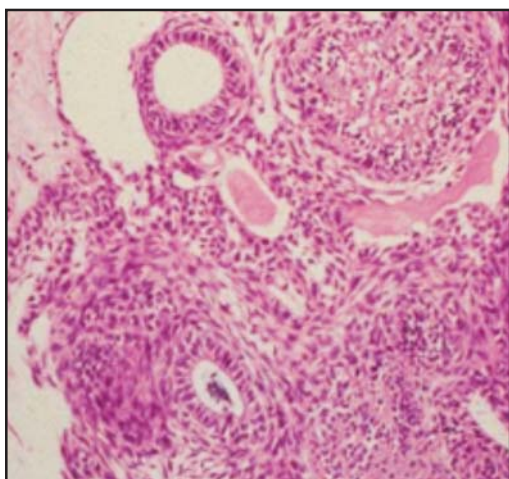
**Figura 3-** Aspecto transcirúrgico



**Figura 4-** Aspecto da unidade dentária associada à lesão.



**Figura 5 –** Aspecto histopatológico.



irrompidos<sup>17</sup>. Acrescentam-se ainda, como lesões que devem ser diferenciadas do TOA, o cisto residual e o cisto periodontal lateral. Quanto à presença de focos radiopacos, o diagnóstico diferencial deve ser realizado

com o cisto odontogênico calcificante e com o tumor odontogênico epitelial calcificante.<sup>18</sup>

Considerando-se que o TOA é um tumor benigno, de comportamento não agressivo e que possui baixa tendência à recidiva<sup>6</sup>, o tratamento eleito é o cirúrgico conservador por excisão e curetagem<sup>19, 20</sup>. O fato de ser uma lesão encapsulada, o que é indicativo de ausência de invasão em tecidos circunjacentes, reforça tal abordagem conservadora<sup>9</sup>. A biópsia incisional e a punção aspirativa são indispensáveis ao planejamento cirúrgico da lesão<sup>14</sup>. De acordo com a posição e o envolvimento do dente não-irrompido associado, pode-se ou não preservá-lo, tracionando-o ortodonticamente.<sup>9</sup>

#### DISCUSSÃO

O TOA é uma lesão benigna incomum, que acomete preferencialmente mulheres jovens, principalmente na segunda década de vida<sup>1,11,13</sup>. Esse perfil foi observado no caso estudado, uma paciente do sexo feminino com 15 anos de idade. Vasconcelos e colaboradores<sup>20</sup> relataram um caso envolvendo um paciente jovem, porém do sexo masculino.

Segundo Philipsen, Reichart e Nikai<sup>21</sup>, a frequência do TOA é duas vezes maior na maxila do que na mandíbula, sendo caninos e pré-molares os mais envolvidos. Neste trabalho, apresenta-se um caso clássico da lesão que envolve a região de canino superior. Vasconcelos e colaboradores<sup>20</sup> apresentaram três casos de TOA, sendo um deles também localizado na região anterior da mandíbula.

Dentre as variantes desse tumor, as manifestações intraósseas são as mais frequentes, totalizando, aproximadamente, 97% das lesões diagnosticadas<sup>4</sup>. Os achados radiográficos do caso confirmam a associação da lesão com unidade dentária retida, caracterizando o tipo folicular do tumor como o mais comum.<sup>14</sup>

Embora sejam divergentes quanto a idade, sexo e localização anatômica, casos incomuns podem ocorrer. Sendo assim, torna-se indispensável a realização do exame histopatológico para se alcançar o correto diagnóstico. Considerando-se que a abordagem terapêutica do TOA é mais conservadora e seu prognóstico mais favorável que o do ameloblastoma, reafirma-se a importância de se estabelecer o diagnóstico preciso.

Segundo Ogata<sup>19</sup>, o TOA não apresenta tendência à recidiva, sendo tratado cirurgicamente por enucleação e curetagem, limitadas à remoção da lesão. Chuan-Xiang e Yan<sup>6</sup>, entretanto, apresentaram um caso extremamente raro de TOA com histórico de duas recidivas. A abordagem cirúrgica conservadora, adotada no caso apresentado, permitiu neoformação óssea na região, indicando a eficácia do tratamento e ausência de sinais de recidiva até o momento. A preservação do dente envolvido depende do seu grau de comprometimento da viabilidade de integração na arcada, pois é fácil o



descolamento da lesão da unidade dentária, promovendo sua manutenção.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que as características clínicas e radiográficas do TOA podem ser confundidas com outras patologias, tais como ameloblastoma, cisto dentífero, cisto periodontal lateral, cisto residual, tumor odontogênico epitelial calcificante e cisto odontogênico calcificante. Sendo assim, torna-se indispensável a realização de exame histopatológico para se estabelecer o correto diagnóstico e, conseqüentemente, adotar a terapia adequada. Destaca-se a intervenção cirúrgica conservadora como forma de tratamento de eleição nos casos de Tumores Odontogênicos Adenomatoides.

### REFERÊNCIAS

1. STAFNE, E.C. Epithelial tumors associated with developmental cysts of the maxilla: report of 3 cases. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v.1, p.887, 1948.
2. PHILIPSEN, H.P.; BIRN, H. The adenomatoid odontogenic tumor: ameloblastic adenomatoid tumor or adeno-ameloblastoma. **Acta Pathol. Microbiol. Scand.**, Copenhagen, v.75, n.3, p.375-398, 1969.
3. PHILIPSEN, H.P. et al. Adenomatoid odontogenic tumor: biologic profile based on 499 cases. **J. Oral Pathol. Med.**, Copenhagen, v.20, n.4, p.149-158, Apr. 1991.
4. BORGES, S.P. et al. Tumor odontogênico adenomatoide. **R.Bras.Odontol.**, Rio de Janeiro v. 62, n.1/2, p.113-114, 2005.
5. BOTELHO, T.L. et al. Tumor odontogênico adenomatoide: relato de caso clínico. **R. Bras. Patol. Oral, Natal**, v.4, n.3, p.177-181, jul./set. 2005.
6. CHUAN-XIANG, Z.; YAN, G. Adenomatoid odontogenic tumor: a report of a rare case with recurrence. **J. Oral Pathol. Med.**, Copenhagen, v.36, n.7, p.440-443, Aug. 2007.
7. NIGAM, S.; GUPTA, S.K.; CHATURVEDI, K. Adenomatoid odontogenic tumor: a rare cause of jaw swelling. **Braz. Dent. J.**, Ribeirão Preto, v.16, n.3, p.251-253, set./dez. 2005.
8. IDE, F. et al. Rare peripheral odontogenic tumors: report of 5 cases and comprehensive review of the literature. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v.106, n.4, p.22-28, Oct. 2008.
9. PHILIPSEN, H.P.; REICHART, P.A. Adenomatoid odontogenic tumour: facts and figures. **Oral Oncol.**, Oxford, v.35, n.2, p.125-131, March 1999.
10. LEE, J.K.; LEE, K.B.; HWANG, B.N. Adenomatoid odontogenic tumor: a case report. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v.58, p.1161-1164, 2000.
11. MCGUFF, H.S. et al. Oral and maxillofacial pathology case of the month: adenomatoid odontogenic tumor. **Tex. Dent. J.**, Dallas, v.125, n.12, p.1192-1195, Dec. 2008.
12. CUDNEY, N. et al. Adenomatoid odontogenic tumor developing in association with an odontoma: report of a case. **Quintessence Int.**, Berlin, v.39, n.8, p.693-697, Sept. 2008.
13. SILVA, M.S. et al. Tumor odontogênico adenomatoide: relato de caso clínico. **R. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Recife, v.4, n.4, p.246-251, out./dez. 2004.
14. FRIEDRICH, R.E.; SCHEUER, H.A.; ZUSTIN, J. Adenomatoid odontogenic tumor (AOT) of maxillary sinus: case report with respect to immunohistochemical findings. **In Vivo**, Athens, v.23, n.1, p.111-116, Jan./Feb. 2009.
15. GARG, D. et al. Adenomatoid odontogenic tumor : hamartoma or true neoplasm: a case report. **J. Oral Sci., Tokyo**, v.51, n.1, p.155-159, Mar. 2009.
16. SANTOS, J.N. et al. Adenomatoid odontogenic tumor: an unusual case exhibiting cribriform aspect. **Quintessence Int.**, Berlin, v.39, n.9, p.777-781, Oct. 2008.
17. NONAKA, C.F.W.; SOUZA, L.B.; QUINDERÉ, L.B. Tumor odontogênico adenomatoide associado a cisto dentífero: relato de um caso incomum. **R. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo**, v.73, n.1, p.135-137, jan./fev. 2007.
18. SWASDISON, S. et al. Adenomatoid odontogenic tumors: an analysis of 67 cases in a Thai population. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v.105, n.2, p.210-215, Feb. 2008.
19. OGATA, D.C. Tumor odontogênico adenomatoide extrafolicular: uma apresentação infrequente de um tumor raro. **R. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v.37, n.4, p.234-235, out./dez. 2008.
20. VASCONCELOS, B.C.E. et al. Tumor odontogênico adenomatoide. **R. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo**, v.74, n.2, p.315, mar./abr. 2008.
21. PHILIPSEN, H.P.; REICHART, P.A.; NIKAI, H. The adenomatoid odontogenic tumour (AOT): an update. **Oral Med. Pathol.**, Fukuoka, v.2, n.2, p.55-60, 1997.