



## Tumor odontogênico adenomatóide de grande extensão: Relato de caso

### Large adenomatoid odontogenic tumor: Case report

DOI: 10.56238/isevjhv3n2-012

Recebimento dos originais: 29/03/2024

Aceitação para publicação: 19/04/2024

#### **Tagna de Oliveira Brandão**

ORCID: 0000-0002-8276-3145

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do OSID/UFBA/HGE,  
Salvador, Bahia, Brasil

#### **Bruna Borges Nery**

ORCID: 0000-0001-8211-0550

Interna do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do OSID/UFBA/HGE,  
Salvador, Bahia, Brasil

#### **Dara Vitória Pereira Lopes Silva**

ORCID: 0000-0001-8660-833X

Interna do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do OSID/UFBA/HGE,  
Salvador, Bahia, Brasil

#### **Davi Matos de Ferreira**

ORCID: 0000-0002-0791-7706

Interno do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do OSID/UFBA/HGE,  
Salvador, Bahia, Brasil

#### **Carolina Rosa Barros Oliveira**

ORCID: 0000-0002-4993-1135

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do OSID/UFBA/HGE,  
Salvador, Bahia, Brasil

#### **Lorran de Andrade Pereira**

ORCID: 0000-0002-1389-5662

Cirurgião Bucomaxilofacial pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do  
OSID/UFBA/HGE, Salvador, Bahia, Brasil

#### **Juliana Maria Araújo Silva**

ORCID: 0000-0002-3053-4690

Cirurgiã Bucomaxilofacial pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do  
OSID/UFBA/HGE, Salvador, Bahia, Brasil

#### **Edval Reginaldo Tenório Júnior**

ORCID: 0000-0001-9604-9850

Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do OSID/UFBA, Salvador,  
Bahia, Brasil



## RESUMO

O tumor odontogênico adenomatóide (TOA) é uma neoplasia benigna, incomum, de origem epitelial odontogênica, acredita-se que é originado dos restos da lâmina dentária ou do órgão do esmalte, representando de 2-7% de todos os tumores odontogênico. Clinicamente, apresentam crescimento lento, assintomáticos, e raramente excedem 3,0 cm de diâmetro. O TOA tem três variantes clínico-patológicas distintas sem quaisquer diferenças clínicas e radiográficas relevantes entre si: folicular intraósseo (associada a impacção de dentes compondo geralmente 70% dos casos); extra folicular intra-ósseo (presente entre os dentes erupcionados, representando 25% dos casos); e periférico (extra-óssea, 5% dos casos). Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de tumor odontogênico adenomatóide de grande extensão e agressivo. Paciente, sexo masculino, 13 anos de idade, cursando com um aumento de volume em maxila a direita com evolução de 01 mês. Ao exame físico notou-se aumento de volume em terço médio de face a direita, causando assimetria facial, ao exame intra-oral notou-se abaulamento em fundo de vestibulo maxilar a direita de consistência firme, mucosas com aspecto de normalidade, ausência de unidade dentária 13, oclusão dentária estável, boa abertura bucal, higiene oral insatisfatória. Ao exame de imagem (Tomografia de face) notou-se imagem hipodensa em região de maxila a direita, osteolítica, bem circunscrita, com halo radiopaco, causando expansão de corticais ósseas sem rompimento delas, associada a unidade dentária 13 inclusa e impactada. Realizou-se enucleação e curetagem completa da lesão da lesão e exodontia da unidade 13 associada, e se observou no transoperatório uma lesão apresentando um capsula fibrosa. O paciente encontra-se em acompanhamento com a equipe, sem sinais de recidiva até o momento. Desse modo, apresenta-se uma evolução rápida e agressiva, sendo perceptível e confundida clinicamente com o comportamento de um amelolastoma, entretanto o diagnóstico histopatológico de TOA foi confirmado, além disso a lesão respondeu bem a técnica cirúrgica conservadora através da enucleação e curetagem, apresentando um excelente resultado.

**Palavras-chave:** Cirurgia bucal, Neoplasias maxilares, Patologia bucal.

## 1 INTRODUÇÃO

O tumor odontogênico adenomatóide (TOA) é uma neoplasia benigna, incomum, de origem epitelial odontogênica, acredita-se que se origina dos restos da lâmina dentária ou do órgão do esmalte, representando de 2-7% de todos os tumores odontogênico<sup>1,2</sup>.

Geralmente acomete paciente jovens, com predileção pelo sexo feminino, ocorrendo principalmente durante a segunda ou terceira década de vida, sendo que dois terços de todos os casos são diagnosticados quando o paciente apresenta entre 10 a 19 anos. A região anterior de maxila e a mandíbula são os locais mais comuns de se ocorrer, sendo que é encontrado duas vezes mais na maxila (65%) do que na mandíbula<sup>1,2,3</sup>.

Clinicamente, apresentam crescimento lento, são assintomáticos, e raramente excedem 3,0 cm no seu maior diâmetro, no entanto, podem alcançar até 7 cm<sup>3,4</sup>. Em geral, o aumento de volume é percebido como um dos primeiros sintomas, podendo provocar expansão de corticais ósseas além

de causar deslocamento de unidades dentária. Reabsorção radicular, destruição cortical e infiltração de tecidos moles, são características incomuns<sup>2</sup>.

O TOA tem três variantes clínico-patológicas distintas sem quaisquer diferenças clínicas e radiográficas relevantes entre si: folicular intraósseo (associada a impacção de dentes compondo geralmente 70% dos casos); extra folicular intra-ósseo (presente entre os dentes erupcionados, representando 25% dos casos); e periférico (extra-óssea, 5% dos casos)<sup>5,6</sup>.

Radiograficamente, cerca de 75% dos casos, o tumor aparece como um radioluscência unilocular, bem definida, que envolve a coroa de um dente não irrompido, na maioria das vezes um canino. Podem demonstrar algum grau de calcificação em seu interior, cuja natureza varia de glóbulos inespecíficos a cimento. Esses tumores são sustentados por uma conexão fibrosa espessa, cápsula de tecido ativo que faz a separação da lesão do dente e do osso circundante facilmente. Diante disso, podem ser confundidos com um cisto apical, cisto dentígero, cisto odontogênico calcificante, ceratocisto odontogênico, e também ameloblastoma<sup>1,3</sup>.

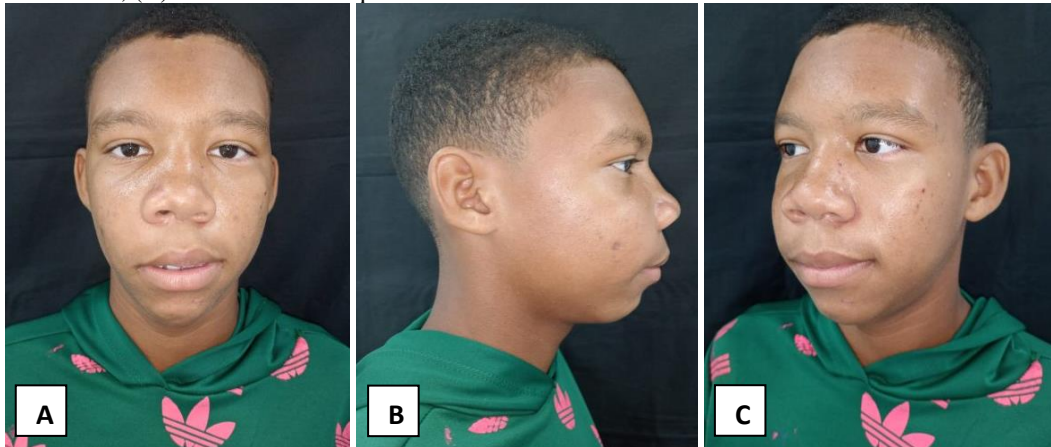
A recorrência foi descrita, mas é extremamente rara, tornando desnecessário realizar abordagens cirúrgicas extensas e agressivas. O manejo cirúrgico desta lesão seria ser enucleação junto com o dente impactado associado por causa de sua cápsula; é enucleado facilmente a partir do osso<sup>1,7</sup>.

O objetivo desse trabalho é relatar um caso de tumor odontogênico adenomatóide de grande extensão, agressivo, em um paciente jovem do sexo masculino.

## 2 CASO CLÍNICO

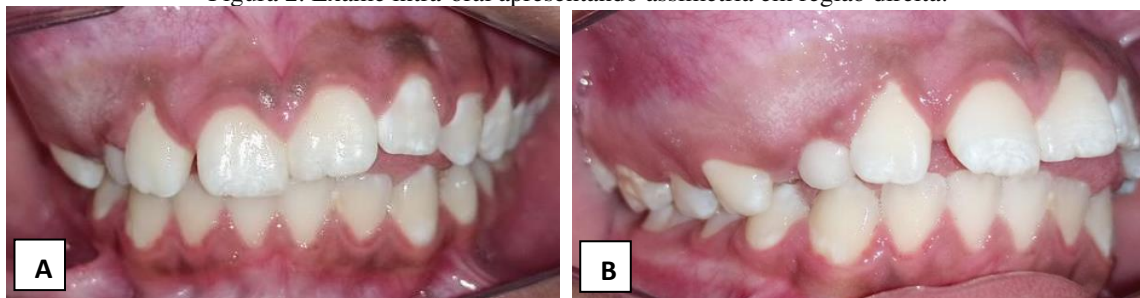
Paciente, sexo masculino, 13 anos de idade, melanoderma, compareceu ao ambulatório de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Universitário Professor Edgar Santos, localizado em Salvador-Ba. cursando com um aumento de volume em maxila a direita com evolução de 01 mês, com dor a palpação, Ao exame físico notou-se aumento de volume em terço médio de face a direita, causando assimetria facial (figura1).

Figura 1. (A) Vista frontal pré-operatória após realização do exame físico; (B) Vista lateral à direita apresentando aumento de volume; (C) Vista lateral à esquerda.



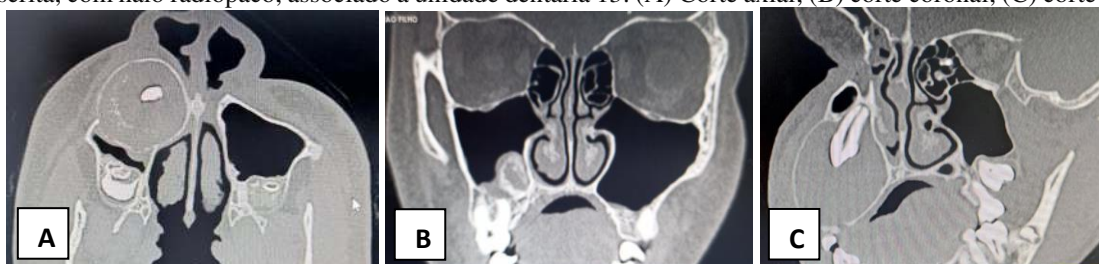
Ao exame intra-oral noto abaulamento em fundo de vestibulo maxilar a direita de consistência firme, mucosas com aspecto de normalidade, ausência de unidade dentária 13, oclusão dentária estável, boa abertura bucal, higiene oral insatisfatória (figura 2).

Figura 2. Exame intra-oral apresentando assimetria em região direita.



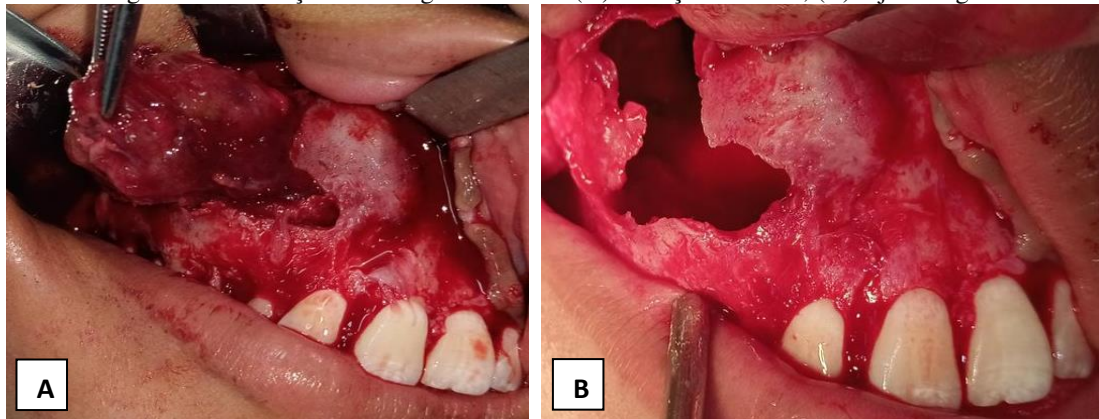
Ao exame de imagem (tomografia computadorizada de face), noto imagem hipodensa em região de maxila a direita, osteolítica, bem circunscrita, com halo radiopaco, causando expansão de corticais ósseas sem rompimento delas, associada a unidade dentária 13 inclusa e impactada, de modo que a suspeita inicial foi de ameloblastoma (figura 3).

Figura 3. Tomografia de face evidenciando a região hipodensa com expansão da cortical na maxila a direita, circunscrita, com halo radiopaco, associado a unidade dentária 13. (A) Corte axial; (B) corte coronal; (C) corte sagital.



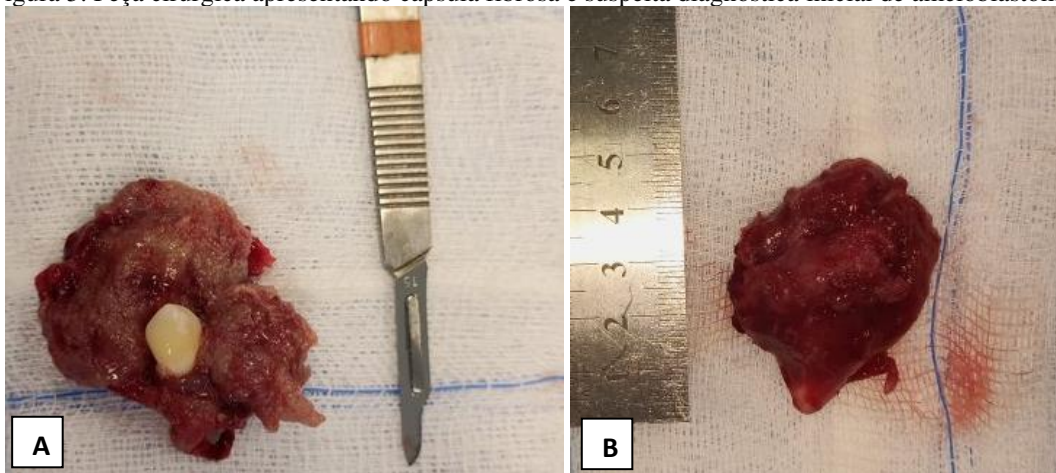
Para a abordagem cirúrgica foi realizado acesso em fundo de vestibulo maxilar direito, descolamento mucoperiosteal, devido a expansão da lesão o osso se encontrava frágil e delgado, portanto, não foi necessário utilizar instrumentos rotatórios para osteotomia. No trans-cirúrgico, notou-se lesão apresentando cápsula fibrosa, com bom ponto de clivagem, realizando-se a enucleação e curetagem da lesão, bem como exodontia da unidade dentária 13 inclusa e impactada, associada a lesão (figura 4)

Figura 4. Enuclação e curetagem da lesão. (A) remoção da lesão; (B) loja cirúrgica.



A peça cirúrgica foi acondicionada em formol 10% e encaminhada para avaliação anatomopatológica, cujo diagnóstico final tumor odontogênico adenomatóide.

Figura 5. Peça cirúrgica apresentando cápsula fibrosa e suspeita diagnóstica inicial de ameloblastoma.

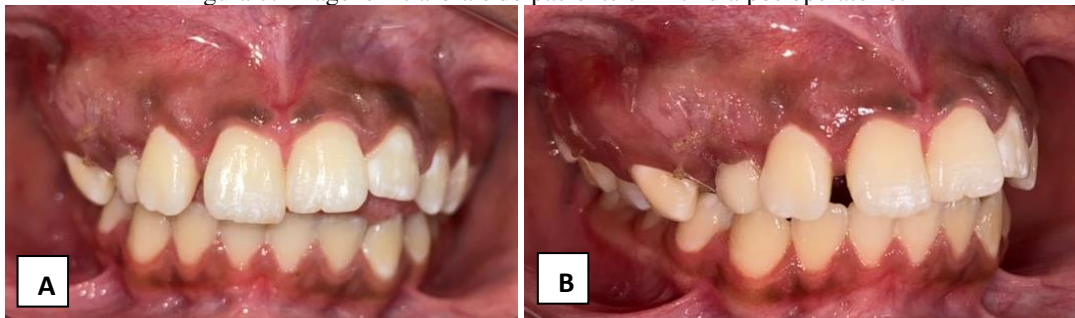


Paciente encontra-se em acompanhamento com equipe de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, sem sinais de recidiva até o momento e com o seguinte aspecto clínico.

Figura 6. Imagens extraorais do paciente em 27º dia pós operatório. (A) vista frontal; (B) lateral esquerda; (C) lateral direita.



Figura 7. Imagens intra-orais do paciente em 27º dia pós operatório.



### 3 DISCUSSÃO

O TOA é uma lesão odontogênica benigna que foi considerado não invasivo, porém agressivo, de crescimento lento e progressivo, de modo eu essa natureza de pode fazer com que os pacientes tolerem o inchaço por anos até produzir uma deformidade óbvia<sup>8,9,10</sup>. Muitas vezes causa expansão das corticais ósseas circundante e deslocamento de dentes adjacentes<sup>10</sup>. Geralmente é considerado um tumor incomum, entretanto é responsável por aproximadamente 3% a 7% dos tumores odontogênico sendo considerado o quarto mais frequente dentre eles<sup>7,8</sup>.

Estudos tem observado sua prevalência em mulheres em uma proporção de 2:1 em relação aos homens, sendo diagnosticado com mais frequência na segunda década de vida, o que torna o presente estudo atípico, por acometer um indivíduo de 13 anos de idade, do sexo masculino. Além disso, afeta predominantemente região anterior da maxila, sendo 2,6 vezes mais afetados do que a mandíbula<sup>4,8,11</sup>.

Está bem estabelecido que o TOA apresenta três variantes clinicas que foram originalmente descritas pelo grupo de pesquisa de Philipsen et al. em duas publicações (1991)<sup>12</sup> e (1992)<sup>13</sup>. Essas variantes são as seguintes: Variantes centrais (ou intraósseas): (1) O tipo folicular (ou pericoronal)

em que o TOA é associado à coroa de um dente não erupcionado; (2) O tipo extrafolicular (ou Extracoronal) em que o TOA não tem associação com a coroa de um não erupcionado dente e (3) a variante periférica (ou gengival) (TOAP). O caso apresentado é tradicionalmente classificado como TOA do tipo central folicular.

Nesse sentido, a variante folicular tem representado 71% das lesões de TOA, de modo que a literatura relata que os caninos estão envolvidos e 59% desses casos, especialmente os superiores<sup>8,11</sup>. No caso relatado, a lesão encontrava-se associada a unidade dentária 13, que foi deslocada até próximo a região de assoalho de orbita.

As radiografias convencionais, como a radiografia panorâmica e as radiografias periapicais, é frequentemente usada como um primeiro passo no diagnóstico do TOA, uma vez que, geralmente é descoberto através de exames radiográficos de rotina<sup>8</sup>. Entretanto, a radiografias convencionais não fornece detalhes suficientes sobre a extensão exata da lesão e sua relação com estruturas vizinhas, devendo-se lançar mão da tomografia computadorizada<sup>15</sup>.

O diagnóstico diferencial do TOA é desafiador devido à sua semelhança clínica e radiográfica com outras lesões odontogênicas, como o cisto dentífero, queratocisto, tumor odontogênico calcificante e ameloblastoma. O principal diagnóstico diferencial é o cisto dentífero e ameloblastoma, visto que correspondem ao cisto e tumor odontogênico odontogênico mais comum<sup>15</sup>. Segundo Câmara et al. (2016)<sup>16</sup>, 77% dos casos de TOA são inicialmente diagnosticados como cisto dentífero e, o que vai diferenciar o TOA e outras lesões odontogênicas é que no TOA nota-se focos de radiopacidade em seu interior. O caso relatado apresentou uma evolução rápida e agressiva, sendo perceptível e confundida clinicamente com o comportamento de um ameloblastoma. Entretanto, no exame histopatológico foi possível observar a presença de estruturas semelhantes a ductos, focos de calcificação e áreas de células com citoplasma claro e padrão, tendo como diagnóstico histopatológico de TOA.

Quanto ao tratamento, a enucleação cirúrgica e a curetagem da lesão é principal o tratamento de escolha, visto que o tumor é encapsulado, o que permite a remoção completa<sup>17</sup>. Phillipsen et al. (2007)<sup>15</sup> conduziram um estudo colaborativo retrospectivo que incluiu uma análise abrangente do perfil clínico e epidemiológico do TOA. Os resultados desse estudo reforçam a eficácia da remoção cirúrgica como tratamento principal para o TOA. Existem estudos que sugerem a utilização de dispositivos de descompressão em alguns casos, como por exemplo, em casos de mandíbula atrófica, para diminuição da lesão e posterior enucleação, afim de evitar fratura indesejada<sup>18</sup>. No presente caso, a lesão respondeu bem a conduta terapêutica cirúrgica através da enucleação e curetagem, sem sinais de recorrência até o momento e com um prognóstico excelente.



#### 4 CONCLUSÃO

O tumor odontogênico adenomatoide é uma neoplasia benigna com características clínicas, radiográficas e histológicas distintas. Sendo assim, vale ressaltar a importância do diagnóstico correto, envolvendo uma combinação de avaliação clínica, exames de imagem e análise histopatológica, como no caso em questão. A abordagem cirúrgica é o principal pilar e, apesar da taxa de recorrência ser baixa após a remoção completa da lesão, o acompanhamento regular é imprescindível.



## REFERÊNCIA

- Al-Shimari F, Chandra S, Oda D. Adenomatoid odontogenic tumor: Case series of 14 with wide range of clinical presentation. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(11):e1315–21.
- Nel C, Uys A, Robinson L, van Heerden WFP. Multiple adenomatoid odontogenic tumours associated with eight impacted teeth. *Oral Radiol [Internet]*. 2021;37(2):321–7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11282-020-00471-w>
- Karam Genno N, Aoun N, El Toum S. Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with an Impacted Maxillary Lateral Incisor: A Case Report with Five-Year Follow-Up. *Case Rep Dent*. 2017;2017.
- Okura S, Igarashi C, Wakae-Morita S, Eda T, Ito H, Nakashima K, et al. Differential diagnosis between calcifying odontogenic cyst and adenomatoid odontogenic tumor by computed tomography images. *Oral Radiol [Internet]*. 2021;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s11282-021-00531-9>
- Sadasivan A, Ramesh R, Kurien NM. Peripheral adenomatoid odontogenic tumor — A rare cause of gingival enlargement: A case report with CBCT findings. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2020;12:297–304.
- La Monaca G, Pranno N, di Gioia CRT, Pompa G, Voza I, Cristalli MP. Surgical management of extrafollicular variant of adenomatoid odontogenic tumor in the maxillary posterior region. *Case Rep Dent*. 2019;2019(2017):1–7.
- Thakur A, Tupkari JV, Joy T, Hanchate A V. Adenomatoid odontogenic tumor: What is the true nature? *Med Hypotheses [Internet]*. 2016;97(October):90–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2016.10.024>
- Siriwardena BSMS, Udagama MNGP, Tennakoon TMPB, Athukorala DAADW, Jayasooriya PR, Tilakaratne WM. Clinical and demographic characteristics of adenomatoid odontogenic tumors: analysis of 116 new cases from a single center. *Braz J Otorhinolaryngol [Internet]*. 2020;(xx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.06.004>
- Jayasooriya PR, Rambukewella IK, Tilakaratne WM, Nihal Mendis BRR, Lombardi T. Clinico-pathological presentations of cystic and classic adenomatoid odontogenic tumors. *Diagnostics*. 2020;10(1):1–13.
- Prakasam M, Tiwari S, Satpathy M, Banda VR. Adenomatoid odontogenic tumour. *BMJ Case Rep*. 2013;1–4.
- Philipsen HP, Khongkhunthiang P, Reichart PA. The adenomatoid odontogenic tumour: an update of selected issues. *J Oral Pathol Med*. 2016;45(6):394–8.
- Philipsen HP, Reichart PA, Zhang KH, Nikai H, Yu QX. Adenomatoid odontogenic tumor: biologic profile based on 499 cases. *J Oral Pathol Med*. 1991;20(4):149–58.
- Philipsen HP, Samman N, Ormiston IW, Wu PC, Reichart PA. Variants of the adenomatoid odontogenic tumor with a note on tumor origin. *J Oral Pathol Med*. 1992;21(8):348–52.



Ide F, Mishima K, Saito I, Kusama K. Diagnostically challenging epithelial odontogenic tumors: A selective review of 7 jawbone lesions. *Head Neck Pathol.* 2009;3(1):18–26.

Philipsen HP, Reichart PA, Siar CH, Ng KH, Lau SH, Zhang X, et al. An updated clinical and epidemiological profile of the adenomatoid odontogenic tumour: a collaborative retrospective study. *J Oral Pathol Med.* 2007;36(7):383-93.

Câmara PR, Dutra SN, Carmo AB, Júnior AT, Azevedo RS. Tumor odontogênico adenomatoide: relato de um caso clínico destacando os seus principais diagnósticos diferenciais. *Rev. Bras. Odontol.* 2016;73(4).

Katiyar A, Gupta S, Gupta K, Pandey M. Trauma to Tumor: A Hunt of Adenomatoid Odontogenic Tumor—A Rare Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019 Jul/Ago;14(4):366-69.

Figueiredo NFD, Pinto LG, Silva MS, Neto JMB, Costa DFN, Inaoka SD. Tumor odontogênico adenomatóide em região posterior de mandíbula: relato de caso adenomatoid odontogenic tumor in the posterior region of the mandible: case report *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia* 2021; 51(1): 58-65.