

Mixoma odontogênico - relato de caso

Odontogenic mixoma - case report

Juliana Andréa Corrêa Travessas*

Célia Regina Winck Mahl**

André Wiltgen***

Resumo

O mixoma odontogênico é uma neoplasia benigna de ocorrência rara, crescimento lento, assintomática, localmente invasiva e de origem mesenquimal. Pode ocorrer em qualquer idade e não demonstra predileção por sexo. O aspecto radiográfico é radiolúcido, uni ou multilocular, de contornos bem definidos e com finas trabéculas ósseas em seu interior. Na maioria dos casos, provoca deslocamento dentário e aumento de volume na região afetada. Os autores relatam um caso cujas características clínicas e radiográficas, por não serem típicas, não possibilitaram o diagnóstico, salientando a importância da execução do exame histopatológico no diagnóstico definitivo da lesão.

Palavras-chave: mixoma odontogênico, diagnóstico, radiografia, tumor odontogênico, lesões radiolúcidas.

Introdução

O mixoma odontogênico, também chamado de “mixofibroma” ou “fibromixoma” (GORLIN e GOLDMAN, 1970) é considerado uma neoplasia odontogênica rara (OCHSENIUS et al., 2002) que apresenta variações quanto às manifestações clínicas e aspectos radiográficos, podendo ser semelhante a outras lesões (KAFFE, NAOR e BUCHNER, 1997). Assim, constitui-se em lesão de difícil diagnóstico (CHINELLATO, DAMANTE e ALVARES, 1987).

Apresenta-se como uma neoplasia odontogênica benigna de crescimento lento, assintomática, localmente invasiva e de origem mesenquimal (GOLDMAN, 2000). Alguns autores o descrevem como encapsulado (TOMMASI et al., 1989); outros, como não encapsulado (NEVILLE et al., 2004).

A faixa etária em que ocorre esta neoplasia é bastante variada. Neville et al. (2004) relatam ocorrência frequente em adultos jovens, com média de 25 a 30 anos, podendo,

contudo, ocorrer em qualquer idade, sem predileção por sexo. Kaffe, Naor e Buchner (1997), em estudo com 164 casos, verificaram que a idade dos pacientes no momento do diagnóstico variou de 1 a 73 anos. A maioria dos casos (75%) foi diagnosticada entre a segunda e a quarta década e a maior parte das lesões (66%) localizava-se na mandíbula. Neste mesmo estudo, o mixoma foi mais prevalente em mulheres (61%) do que em homens (39%).

Radiograficamente, de acordo com Langlais, Langland e Nortjé (1995), apresenta-se como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular, com margens regulares, podendo conter em seu interior finas trabéculas de osso arranjadas em ângulo reto ou com aspecto de bolhas de sabão ou favos de mel. Pode provocar abaulamento das corticais ósseas, chegando a perfurá-las. Um caso descrito por Azevedo et al. (2000) mostrava na radiografia oclusal expansão das corticais e ausência de assimetria facial.

Para Whaites (2003), o aspecto radiográfico típico é de uma

* Especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia pela Sobrarcursos.

** Especialista em Radiologia Odontológica pela UFSC, Mestre em Odontologia na área de concentração Radiologia Odontológica pela UFRGS, professora Adjunta de Radiologia Odontológica da Faculdade de Odontologia Ulbra.

***Especialista em Radiologia Odontológica pela UFSC, professor Assistente de Radiologia Odontológica da Faculdade de Odontologia Ulbra.

Recebido: 04.10.2004 Aceito: 21.01.2005

área radiolúcida multilocular de contornos bem definidos com corticalização variável, septos ósseos apresentando forma de raquete de tênis, podendo ter dentes adjacentes deslocados e, ocasionalmente, raízes reabsorvidas. Este relato demonstra concordância com Wuehrmann e Manson-Hing (1977), que afirmam que o mixoma odontogênico pode causar deslocamento dentário, não sendo comum a reabsorção radicular.

Segundo Gorlin e Goldman (1970) e Stafne e Gibilisco (1982), pode ser difícil diferenciar o mixoma odontogênico quanto às características radiográficas de lesões como displasia fibrosa, ameloblastoma e lesão central de células gigantes.

Para White e Pharoah (2000), o diagnóstico diferencial deve incluir, além de lesões como ameloblastoma e granuloma de células gigantes, também o querubismo, o cisto ósseo aneurismático e o hemangioma central.

De acordo com Kaffe, Naor e Buchne (1997), a maior parte das lesões é multilocular, sendo maiores do que as uniloculares. Além disso, o mixoma odontogênico deveria ser incluído não só no diagnóstico diferencial de lesões radiolúcidas como também no de lesões mistas, uma vez que, segundo Wood e Goaz (1983), o mixoma pode ser misto ou radiolúcido, uni ou multilocular, e seus limites podem ser tanto bem como mal definidos.

Macroscopicamente, apresenta-se como uma estrutura gelatinosa, e o seu aspecto microscópico é caracterizado pela presença de células arredondadas, fusiformes e estreladas num estroma mixóide frouxo. A substância intercelular é mucóide e rica em ácido hialurônico (NEVILLE et al., 2004; CASTRO et al., 2003). O diagnóstico histopatológico do mixoma odontogênico não apresenta dificuldade (BUCICI et al., 1991). Em alguns casos, pode apresentar ilhas epiteliais odontogênicas inativas, dispersas na substância fundamental mixóide (STAFNE e GIBILISCO, 1982; WOOD e GOAZ, 1983). Ainda, pequenas áreas de material calcificado, semelhante ao cimento (GOR-

LIN e GOLDMAN, 1970) ou ao tecido ósseo (MAGRO-FILHO et al., 1994), podem ser encontradas na lesão.

O tratamento do mixoma odontogênico deve ser cirúrgico por enucleação e curetagem ou ressecção em bloco. O prognóstico é bom, uma vez que não há metástases, porém podem ocorrer recidivas (RUBEGA, FRANCO e CAMARGO, 1999). Ao tratamento cirúrgico conservador pode-se associar a crioterapia, terapêutica indicada para o tratamento de lesões que infiltram ou possuem células neoplásicas em suas cápsulas (MAGRO-FILHO et al., 1994).

Neste trabalho apresenta-se um caso de mixoma odontogênico cujas características clínicas e radiográficas não possibilitaram um diagnóstico definitivo, determinando a execução de outros recursos semiotécnicos.

Relato do caso

Paciente do gênero feminino, 42 anos, foi encaminhada à disciplina de Radiologia Odontológica da Faculdade de Odontologia da ULBRA para avaliação de possível cisto periapical envolvendo o segundo pré-molar e o primeiro molar inferiores esquerdos, visualizada parcialmente em radiografia periapical da região (Fig. 1).



Figura 1 - Radiografia periapical da região de molares esquerdos, mostrando parte da lesão

Foi realizada uma radiografia panorâmica (Fig. 2), que mostrou uma lesão radiolúcida unilocular, estendendo-se da distal do primeiro molar inferior esquerdo à distal do canino inferior direito, atingindo a cortical basilar da mandíbula e infiltrando-se entre as raízes dos dentes envolvidos. A lesão apresentava margens bem definidas, corticalizadas em alguns pontos, e trabéculas ósseas em seu interior, próximo às bordas. Foi constatada também, no interior da lesão, uma área com radiopacidade semelhante à do cimento. A lesão não provocou deslocamento dentário nem reabsorção radicular. O exame intrabucal (Fig. 3) e a radiografia oclusal (Fig. 4) não revelaram aumento de volume na região ou expansão das corticais. À palpação da região de pré-molares, por vestibular, foi percebida consistência papirácea, sugerindo um adelgaçamento da cortical vestibular.

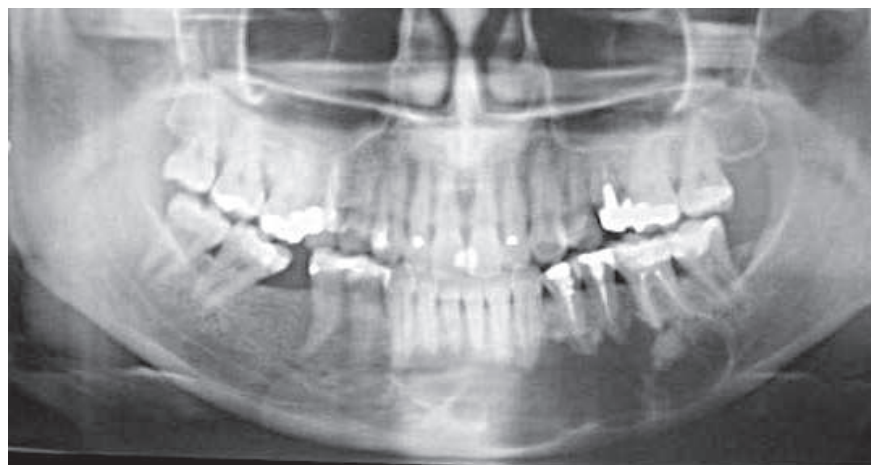


Figura 2 - Radiografia panorâmica mostrando a extensão da lesão

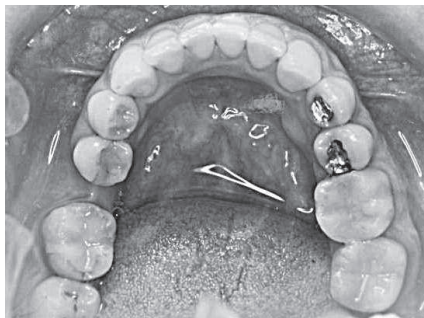


Figura 3 - Aspecto clínico intrabucal evidenciando ausência de sinais clínicos



Figura 4 - Radiografia oclusal mostrando ausência de aumento de volume e radiolucidez na região anterior

A tomografia computadorizada (Fig. 5, 6 e 7) definiu os limites da lesão, mostrando leve expansão das corticais e revelando áreas de destruição da cortical vestibular.

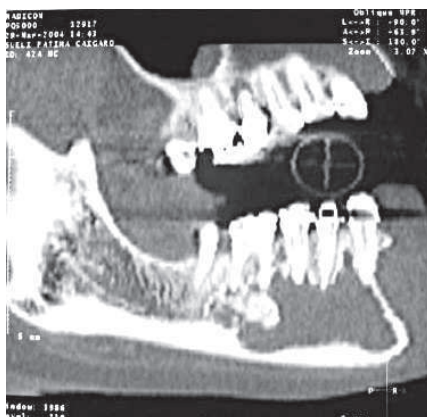


Figura 5 - Tomografia computadorizada. Corte sagital



Figura 6 - Tomografia computadorizada. Corte axial

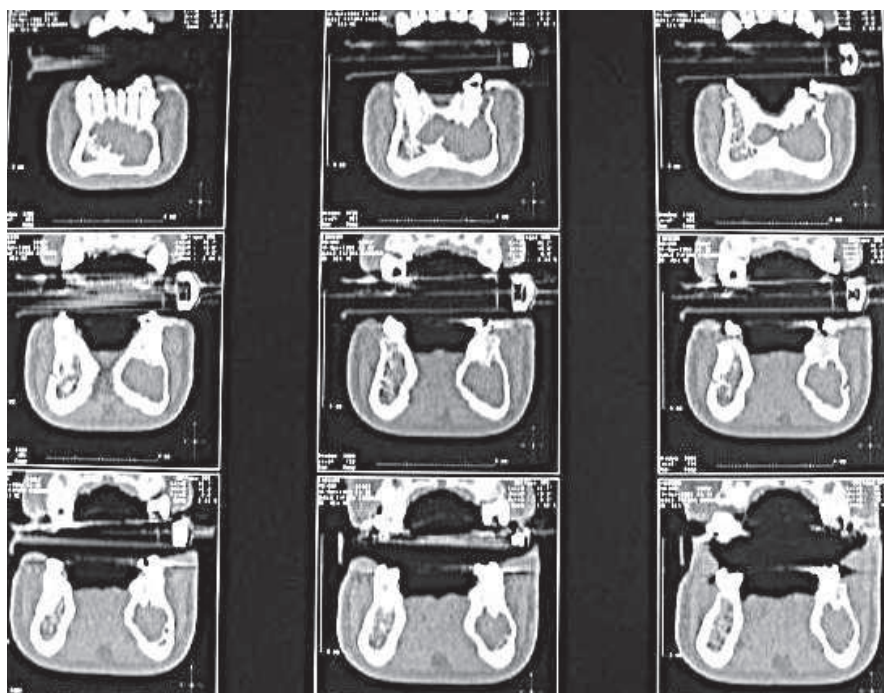


Figura 7 - Tomografia Computadorizada. Corte coronal

Não havia sintomatologia, a paciente não apresentava assimetria facial e a pele estava íntegra. Na anamnese, relatou ter sofrido um acidente de automóvel há 13 anos, no qual sofrera traumatismo na face. Entre as prováveis hipóteses diagnósticas foram incluídos cisto ósseo traumático, cisto ósseo aneurismático, lesão de células gigantes central e ceratocisto.

A paciente foi encaminhada para biópsia. De acordo com o laudo do exame histopatológico (biópsia incisional), a peça apresentava tecido conjuntivo fibroso com aspecto mixóide, áreas hemorrágicas e células do tecido conjuntivo com aspecto estrelado. Em alguns pontos foram observadas ilhas de epitélio odontogênico apresentando hialinização periférica, o que leva ao diagnóstico de mixoma odontogênico.

Discussão

Inicialmente, o diagnóstico provável não foi mixoma odontogênico pelo fato de ser uma neoplasia rara e de a lesão em estudo ser unilocular, como também encontrado por Bucci et al. (1991). A maior parte dos casos relatados na literatura é de lesões multiloculares (SCHNECK, GROSS e TABOR, 1993) semelhantes a bolhas de sabão ou favos de mel (PANELLA, DE FREITAS e COSTA, 1987), o que não foi observado neste caso. Constatou-se também, no interior da lesão, uma área com radiopacidade semelhante à do cimento, concordando com Gorlin e Goldman (1970).

A lesão não provocou deslocamento dentário, diferindo do relatado por Schneck, Gross e Tabor (1993), tampouco reabsorção radicular. Neste caso não se observaram aumento de volume na região da lesão ou expansão das corticais, como descrito num caso de Rubega, Franco e Camargo (1999). Essas características não são comuns nesse tipo de tumor, especialmente em relação ao tamanho atingido, como citado por Panella, De Freitas e Costa (1987), Schneck, Gross e Tabor (1993), Chinellato, Damante e Alvares (1987) e Magro-Filho et al. (1994).

Conforme Gorlin e Goldman (1970) e Stafne e Gibilisco (1982), pode ser difícil, senão impossível, diferenciar o mixoma, quanto às características radiográficas, de outras lesões. Por isso, é indispensável o exame histopatológico para um diagnóstico preciso, o que vem ao encontro das afirmações feitas por Neville et al. (2004).

Considerações finais

No caso apresentado os autores enfatizam a necessidade da realização de biópsia incisiva e análise dos aspectos histopatológicos dessa lesão, cujas características clínicas e radiográficas não permitiram um diagnóstico definitivo.

Abstract

Odontogenic myxoma is a rare benign neoplasia, with slow growth, asymptomatic, locally invasive and of mesenchymal origin. It may occur at any age and has no apparent sex predilection. Radiographically, it appears as a radiolucent uni or multilocular lesion, with well-defined margins and thin bony septa. In most cases, it causes tooth displacement and bone expansion. The authors report a case whose clinical and radiographic aspects were not typical to the lesion and thus not allowing diagnosis, emphasizing the importance of histopathological examination for a definite diagnosis.

Key words: odontogenic myxoma, odontogenic tumors, radiolucent lesions, diagnosis, radiograph.

Referências

- AZEVEDO, L. R. de et al. Mixoma odontogênico: relato de caso e revisão da literatura. *Revista da ABRO*, v. 1, n. 3, p. 21-25, set./dez. 2000.
- BUCCI, E. et al. Odontogenic myxoma: report of a case with peculiar features. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 49, n. 1, p. 91-4, Jan. 1991.
- CASTRO, A. L. Mixoma odontogênico em mandíbula. *Rev Odontol Araçatuba*, 24(2):23-7, ago./dez. 2003.
- CHINELLATO, L. E. M.; DAMANTE, J. H.; ALVARES, L. C. Mixoma odontogênico. *Rev Paul Odontol*, v. 9, n. 2, p. 2-8, mar./abr. 1987.
- GOLDMAN, R. S. Tratamento cirúrgico e crioterápico de mixoma odontogênico – estudo retrospectivo de cinco casos clínicos. *JBC*, v. 4, n. 19, p. 53-56, jan./fev. 2000.
- GORLIN, R. J., GOLDMAN, H. M. *Thoma's Oral Pathology*. 6. ed. St. Louis, 1970.
- KAFFE, I.; NAOR, H.; BUCHNER, A. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma of the jaws. *Dentomaxillofac Radiol*, v. 26, n. 5, p. 299-303, Sept. 1997.
- LANGLAIS, R. P.; LANGLAND, O. E.; NORTJE, C. J. *Diagnostic imaging of the jaws*. Malvern, PA, Williams e Wilkins, 1995.
- MAGRO-FILHO, O. et al. Mixoma de maxila. *RGO*, Porto Alegre, v. 42, n. 3, p. 153-155, maio/jun. 1994.
- NEVILLE, B. D. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- OCHSENIUS, G. et al. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *J Oral Pathol Med*, v. 31, n. 7, p. 415-20, Aug. 2002.
- PANELLA, J.; DE FREITAS, A.; COSTA, C. Mixoma odontogênico: aspectos clínico-radiográficos (Apresentação de um caso). *Rev Assoc Paul Cir Dent*, v. 41, n. 6, p. 305-307, nov./dez. 1987.
- RUBEGA, E. A.; FRANCO, A. E. A.; CAMARGO, M. C. F. Mixoma odontogênico: relato de caso clínico. *Rev Paul Odontol*, v. 21, n. 1, p. 8-11, jan./fev. 1999.
- SCHNECK, D. L.; GROSS, D.; TABOR, M. W. Odontogenic myxoma: report of two cases with reconstruction considerations. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 51, n. 8, p. 935-940, Aug. 1993.
- STAFNE, E. C.; GIBILISCO, J. A. *Diagnóstico radiográfico bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.
- TOMMASI, A. F. et al. *Diagnóstico em patologia bucal*. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1989.
- WHAITES, E. *Princípios de radiologia odontológica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- WHITE, S. C.; PHAROAH, M. J. *Oral radiology: principles and interpretation*. Mosby, St. Louis, 1999.
- WOOD, N. K.; GOAZ, P. W. *Diagnóstico diferencial de lesões bucais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.
- WUEHRMANN, A. H.; MANSON-HING, L. R. *Dental radiology*. 4. ed. St. Louis, 1977.

Endereço para correspondência

Juliana A. C. Travessas
Av. Protásio Alves 1187/01.
CEP: 90410-001 - PORTO ALEGRE - RS
Fone: (51) 3388-3900
E-mail: jutravessas@terra.com.br