

ACHADOS TOMOGRÁFICOS CONTRIBUEM PARA O DIAGNÓSTICO DE UMA LESÃO ÓSSEA EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO

TOMOGRAPHIC FINDINGS CONTRIBUTE TO THE DIAGNOSIS OF A BONE LESION IN THE JAW: CASE REPORT

Marielly Mendes Diniz¹, Luciano Sandoval Carneiro², Giselle Barbosa de Oliveira³, Renerson Gomes dos Santos⁴

¹Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Paulista – UNIP, Brasília, DF.

²Professor Adjunto de Radiologia no Curso de Odontologia da Universidade Paulista – UNIP, Brasília, DF; Cirurgião-dentista Radiologista da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES, Brasília, DF.

³Cirurgiã-dentista Radiologista da Clínica Radiodente, Trindade, GO.

⁴Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário Goyazes, Trindade, GO; Presidente do Conselho Regional de Odontologia de Goiás, Goiânia, GO.

Autor para correspondência:

Prof. Luciano Sandoval Carneiro
Universidade Paulista – Campus Brasília – Instituto de
Ciências da Saúde - Curso de Odontologia
SGAS Quadra 913, s/nº - Conjunto B - Asa Sul, Brasília - DF
CEP 70390-130
Fone: (61) 2192-7000
E-mail: lucsanc@yahoo.com.br

Declaramos a inexistência de conflito de interesse relacionado a esse trabalho.
Concordamos com a transferência de todos os direitos autorais à
Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde.

RESUMO

Os tumores odontogênicos benignos geralmente evoluem lentamente, muitas vezes sem repercussão clínica por um longo período, dificultando a detecção precoce. Alguns deles progridem destruindo o tecido ósseo sem acarretar sintomatologia ou alteração clínica. Assim, os exames de imagem são decisivos para o processo diagnóstico dessas entidades patológicas com a maior brevidade possível, favorecendo o prognóstico. O objetivo desse estudo foi relatar o caso clínico de uma paciente portadora de uma lesão óssea extensa na mandíbula, submetida à tomografia computadorizada por feixe cônico (TCFC), bem como demonstrar a contribuição das imagens seccionais para sugerir uma hipótese de tumor odontogênico adenomatóide (TOA). Uma radiografia panorâmica dos maxilares permitiu a detecção de uma lesão radiolúcida, unilocular, bem delimitada

envolvendo a coroa do dente 34 retido. A paciente adiou o tratamento da lesão durante 6 anos, nos quais os exames de imagem revelaram a progressão e a caracterização dessa entidade patológica. A importância desse relato é o acompanhamento da lesão a longo prazo, bem como a demonstração do potencial da TCFC no processo diagnóstico. Não foi possível novo contato com a paciente. Assim, outras hipóteses devem ser incluídas no diagnóstico diferencial, tais como cisto dentífero e ameloblastoma. Concluiu-se que a integração dos dados clínicos com os achados tomográficos permitiu sugerir o TOA como primeira hipótese diagnóstica. Porém, o exame anatomopatológico será fundamental para o diagnóstico final da entidade patológica.

Palavras-chave: Tumor odontogênico adenomatóide; Radiografia panorâmica; Tomografia computadorizada.

ABSTRACT

The benign odontogenic tumors usually grow slowly with no clinical changes for a long time so that early detection becomes difficult. Some of them destroy bone tissue asymptotically and with no clinical repercussion. Thus, imaging exams are very important for the early diagnosis of such pathological entities, providing a favorable prognosis. The aim of this study was to report the case of a patient presenting an extensive mandible bone lesion and underwent to cone beam computed tomography (CBCT) scan. Moreover, to show the important role of sectional images for suggesting a hypothesis of adenomatoid odontogenic tumor (AOT). A panoramic radiography revealed a radiolucent, unilocular and well-defined bone lesion around the crown of the retained

mandibular left first premolar. The patient postponed lesion treatment through six years and so imaging exams showed progression and characteristics of such pathological entity. The importance of this paper is the long-term follow-up of the lesion as well as to show the high performance of CBCT in the diagnosis. It was not possible to contact the patient again. Thus, other hypothesis must be included in the differential diagnosis, such as dentigerous cyst and ameloblastoma. In conclusion, associated clinical and tomographic findings allowed suggesting AOT as the first diagnostic hypothesis. However, the final diagnosis depends on microscopic examination.

Keywords: Adenomatoid odontogenic tumor; Panoramic radiography; Computed tomography.

Enviado: 05/2021

Aceito: 09/2021

Revisado: 11/2021

INTRODUÇÃO

O tumor odontogênico adenomatóide (TOA) é uma lesão benigna, de origem epitelial, mais precisamente do epitélio reduzido do órgão do esmalte. Trata-se de um tumor relativamente incomum, caracterizado por um crescimento lento, progressivo, geralmente associado a uma tumefação e assimetria facial, com ou sem sintomatologia associada. Frequentemente acomete região anterior de maxila de pacientes do sexo feminino, na segunda década de vida.¹

Quanto ao aspecto radiográfico, apresenta-se como uma lesão radiolúcida, unilocular, bem delimitada e com focos radiopacos no interior, normalmente associada a um canino incluso². Muitas vezes a entidade patológica pode causar expansão das corticais ósseas. Como resultado da expansão do tumor, os dentes adjacentes podem sofrer deslocamento e reabsorção radicular externa, sendo que o referido deslocamento é mais frequente.³

Em relação às características microscópicas, essa lesão apresenta vários arranjos, oriundos do tecido epitelial, agrupados em estruturas semelhantes a rosetas e manifestando escassez de tecido conjuntivo.

A proliferação do tecido epitelial pode ocasionar estruturas tubulares, denominadas pseudoductos. Material eosinófilo amorfo pode ou não ser encontrado entre os arranjos. Às vezes, pode-se deparar com calcificações entre os pseudoductos.⁴

O diagnóstico diferencial pode ser complexo e deve incluir outras lesões associadas a dentes, como o cisto dentífero e o ameloblastoma¹. O cisto dentífero manifesta-se como uma lesão totalmente radiolúcida, unilocular e bem delimitada, envolvendo a coroa de um dente retido. Os caninos superiores e terceiros molares superiores ou inferiores são os dentes mais comumente afetados. Geralmente a lesão apresenta-se assintomática e com tumefação associada. Um aspecto importante para o diagnóstico é que esse cisto muitas vezes está unido à junção cimento-esmalte do dente retido. Além disso, é comum deslocar e/ou reabsorver dentes adjacentes. Quanto ao ameloblastoma, trata-se de um tumor benigno com grande potencial para causar expansão, adelgaçamento e perfuração de corticais ósseas, bem como reabsorção radicular severa nos dentes adjacentes. Geralmente manifesta-se na região posterior de mandíbula. O aspecto radiográfico é radiolúcido com possibilidade de

ser uni ou multilocular⁵. A lesão pode envolver um dente retido, geralmente um terceiro molar inferior⁶.

A calcificação radiopaca intralesional é considerada uma das características distintas do TOA. Portanto, para auxiliar no diagnóstico diferencial é essencial um exame radiográfico capaz de identificar os focos radiopacos no interior da lesão⁷. Assim, a tomografia computadorizada por feixe cônico (TCFC), exame seccional que proporciona grande riqueza de detalhes, pode

contribuir bastante no diagnóstico dessa lesão, não só por evidenciar as hiperdensidades intralesionais, mas também por revelar a relação da lesão com estruturas adjacentes.²

O objetivo desse trabalho foi relatar o caso clínico de uma paciente portadora de uma lesão óssea extensa na mandíbula, submetida à tomografia computadorizada por feixe cônico (TCFC), bem como demonstrar a contribuição das imagens seccionais no processo diagnóstico para sugerir uma hipótese de TOA.

RELATO DE CASO

Paciente R.M.C., 28 anos, gênero feminino, buscou atendimento odontológico em uma clínica privada de Trindade - GO em janeiro de 2014. Para o planejamento do tratamento, foi obtida uma radiografia panorâmica dos maxilares (FIGURA 1). Além da presença de múltiplas cáries dentárias, a imagem revelou uma lesão radiolúcida, unilocular, bem delimitada envolvendo a coroa do dente 34 retido. A paciente estava impossibilitada de se submeter ao tratamento.



FIGURA 1 – Radiografia panorâmica dos maxilares obtida inicialmente (em janeiro de 2014): detecção de lesão óssea radiolúcida envolvendo o dente 34 retido (seta).

Após cinco anos, em janeiro de 2019, a paciente apresentava um aumento volumétrico assintomático no corpo da mandíbula do lado esquerdo sem evidência de sinais flogísticos. Por isso, buscou novo atendimento odontológico, sendo obtida uma

nova radiografia panorâmica (FIGURA 2), cujos achados revelaram o avanço da lesão osteolítica em direção posterior. A imagem também evidenciou reabsorção radicular externa envolvendo o terço apical do dente 35. A paciente adiou o tratamento novamente.



FIGURA 2 - Radiografia panorâmica dos maxilares obtida após 5 anos (em janeiro de 2019), revelando um aumento na extensão da lesão até a região do dente 36 (seta) e reabsorção radicular externa no dente 35 (cabeça de seta).

Em janeiro de 2020, após 6 anos da descoberta da lesão, a paciente se submeteu a uma nova consulta odontológica em Trindade – GO, quando foi solicitada uma TCFC. As imagens seccionais revelaram evidência de lesão hipodensa e unilocular, contendo no interior pontos hiperdensos esparsos e envolvendo o dente 34 retido. A alteração estende-se da mesial do dente 32 até a distal do dente 36, da parede superior da cortical basilar da mandíbula à crista do rebordo alveolar do sítio do dente 34 (FIGURAS 3A e 3B), da cortical óssea vestibular à lingual. Nota-se expansão significativa da cortical óssea vestibular e, em menor

magnitude, da cortical óssea lingual. Evidência de adelgaçamento de ambas as corticais ósseas em toda a extensão da lesão. Verifica-se o rompimento da cortical óssea vestibular no sítio do dente 36 (FIGURA 4A). Também é perceptível a reabsorção radicular externa no terço apical dos dentes 33, 35 e 36. A lesão estende-se apicalmente à junção cimento-esmalte do dente 34, retido em posição disto-angular (FIGURA 3A). A coroa desse dente situa-se adjacente à cortical óssea lingual (FIGURA 4B) e a raiz, em toda a extensão, entre as corticais ósseas vestibular e lingual. O ápice, em contato com a base da mandíbula.

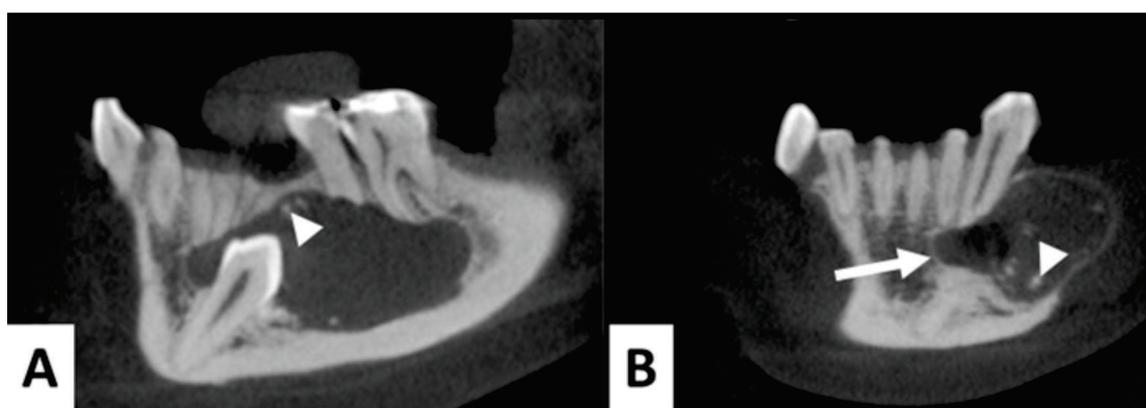


FIGURA 3 – Imagens de TCFC adquiridas em janeiro de 2020 (6 anos após a descoberta da lesão). A imagem sagital (A) revela a extensão da lesão nos sentidos méso-distal e ínfero-superior, o dente 34 retido e reabsorção radicular externa nos dentes 33, 35 e 36. A imagem coronal (B) demonstra que a lesão se estende até a mesial do dente 32 (seta). Vide em ambas as imagens pontos hiperdensos no interior da lesão (cabeças de seta).

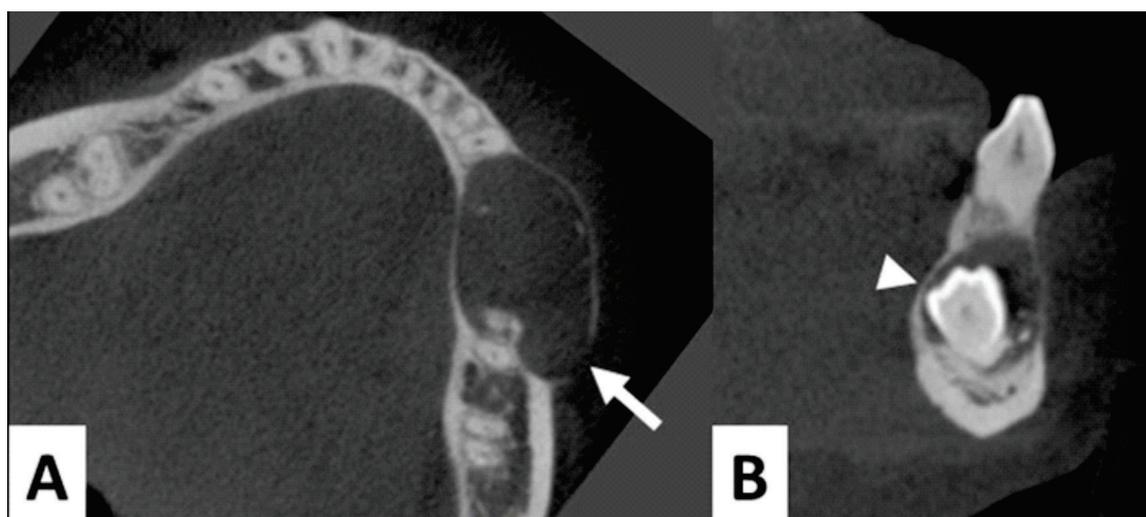


FIGURA 4 – Imagens da mesma TCFC. A imagem axial (A) revela a extensão da lesão no sentido véstíbulo-lingual, bem como a expansão e adelgaçamento das corticais ósseas vestibular e lingual. Também evidencia o rompimento da cortical óssea vestibular no sítio do dente 36 (seta). A imagem coronal (B) demonstra a proximidade entre a coroa do dente 34 e a cortical óssea lingual (cabeça de seta).

DISCUSSÃO

Há um consenso entre Bulut *et al.*⁴ (2001), Vasconcelos *et al.*⁸ (2008), Câmara *et al.*⁷ (2016) e Silva *et al.*⁹ (2004), que consideram a localização do TOA duas vezes mais frequente em maxila do que em mandíbula. Esses achados não são confirmados no presente caso clínico, visto que a lesão se apresenta na mandíbula. Entretanto, Mosavat *et al.*³ (2018), Azevedo *et al.*¹⁰ (2011), Narayanan *et al.*¹¹ (2013), More *et al.*¹² (2013) e Chugh *et al.*¹³ (2020) relataram casos de TOA em mandíbula.

Segundo Silva *et al.*⁹ (2004), Azevedo *et al.*¹⁰ (2011) e Medeiros *et al.*¹⁴ (2014), este tumor apresenta maior predileção pelo sexo feminino, numa proporção de 2:1. Quanto à faixa etária, Genno *et al.*⁶ (2017) reportaram que a lesão geralmente ocorre em pacientes com idade entre 10 e 30 anos. Essas características são compatíveis com o presente relato de caso clínico, no qual a paciente é do sexo feminino e apresenta 28 anos de idade.

Quanto ao aspecto radiográfico, Jiang *et al.*² (2014), Mosavat *et al.*³ (2018) e Vasconcelos *et al.*⁸ (2008) concordam que o TOA se apresenta como uma lesão radiolúcida, unilocular, bem delimitada, podendo estar associada à expansão de corticais ósseas. Além disso, geralmente há um dente retido envolvido com a entidade patológica^{1,7,9,11}. Esses relatos confirmam os achados do presente caso.

Câmara *et al.*⁷ (2016), Azevedo *et al.*¹⁰ (2011) e Medeiros *et al.*¹⁴ (2014) reportaram que o TOA está frequentemente associado a um canino superior incluso. Por outro lado, os estudos de Seo *et al.*¹ (2015) e Narayanan *et al.*¹¹ (2013) apresentaram casos desse tumor envolvendo outros dentes, como incisivos inferiores. More *et al.*¹² (2013) relataram 2 casos envolvendo pré-molares inferiores. Em um estudo mais recente, foi apresentado um caso de TOA com características semelhantes às do presente relato, pois estava associado ao dente 34 incluso¹³. Portanto, o presente caso corrobora essa possibilidade de a entidade patológica envolver outros dentes que não sejam caninos superiores, pois a lesão está associada ao dente 34.

Quanto ao rompimento da cortical

óssea vestibular no sítio da lesão, bem como a evidência de reabsorção radicular externa em dentes adjacentes, características detectadas no presente relato de caso, são consideradas raras em associação ao TOA¹¹. Entretanto, esses autores relataram um caso de TOA agressivo manifestando as referidas características. Adicionalmente, há outros relatos de TOA associados à reabsorção radicular externa de dentes adjacentes, sendo um caso no trabalho de Chugh *et al.*¹³ (2020) e outros dois no estudo de More *et al.*¹² (2013).

Vários autores ressaltaram que a lesão pode apresentar focos radiopacos em seu interior (calcificações intralesionais)^{7,9,10,13,14}. Os achados do presente caso corroboram essa conclusão, pois as imagens seccionais evidenciaram pontos hiperdensos no interior da alteração patológica.

Em relação ao diagnóstico diferencial dessa entidade patológica, considerando-se o envolvimento de dente retido, deve-se incluir o cisto dentífero, o ameloblastoma e o queratocisto odontogênico. Como a lesão estende-se apicalmente à junção cimento-esmalte e apresenta radiopacidades no interior, há menor possibilidade de se tratar de um cisto dentífero. Afinal, esse cisto comumente se associa à referida junção e apresenta-se totalmente radiolúcido⁵. Quanto ao ameloblastoma, há uma maior possibilidade, pois a lesão está associada a uma significativa expansão, adelgaçamento de corticais ósseas e reabsorção radicular severa de dentes adjacentes. Entretanto, a maior ocorrência do ameloblastoma é na região de molares inferiores ou no ramo da mandíbula^{5,6}. Já o queratocisto odontogênico geralmente acarreta pouca ou nenhuma expansão de corticais ósseas¹³, diferenciando-se da presente entidade patológica. A presença de radiopacidades no interior da lesão permite incluir entre as hipóteses o tumor odontogênico epitelial calcificante e o cisto odontogênico calcificante. Entretanto, essas entidades comumente apresentam maior evidência de radiopacidades, com aspecto de lesão de padrão misto radiolúcido-radiopaco¹³.

Apesar da definição de provável hipótese diagnóstica de TOA, o procedimento de biópsia e posterior exame microscópico serão fundamentais para o diagnóstico final.

CONCLUSÃO

A integração dos dados clínicos com os achados tomográficos permitiu direcionar o diagnóstico diferencial para uma provável hipótese de TOA. As imagens seccionais foram essenciais por revelarem detalhes como expansão e adelgaçamento de corticais ósseas, reabsorções radiculares externas, pontos hiperdensos no interior da lesão e término da área osteolítica apicalmente à junção cimento-esmalte. O exame microscópico será fundamental para o diagnóstico final da entidade patológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seo WG, Kim CH, Park HS, Jang JW, Chung WY. Adenomatoid odontogenic tumor associated with an unerupted mandibular lateral incisor: a case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2015; 41: 342-345.
2. Jiang M, You M, Wang H, Xu L. Characteristic features of the adenomatoid odontogenic tumour on cone beam CT. *Dentomaxillofacial Radiology.* 2014; 43: 1-9.
3. Mosavat F, Rashtchian R, Zeini N, Pour DG, Charlie SM, Mahdavi N. An extrafollicular adenomatoid odontogenic tumor mimicking a periapical cyst. *Case Reports in Radiology.* 2018; 1-5.
4. Bulut E, Tasar F, Akkocaoglu M, Ruacan S. An adenomatoid odontogenic tumor with unusual clinical features. *Journal of Oral Science.* 2001; 43 (4): 283-286.
5. White SC, Pharoah MJ. *Radiologia Oral: fundamentos e interpretação.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
6. Genno NK, Aoun N, Toum SE. Adenomatoid odontogenic tumor associated with an impacted maxillary incisor: a case report with five-year follow-up. *Case Reports in Dentistry.* 2017; 1-5.
7. Câmara PR, Dutra SN, Carmo AB, Júnior AT, Azevedo RS. Tumor odontogênico adenomatóide: relato de um caso clínico destacando os seus principais diagnósticos diferenciais. *Rev Bras Odontol.* 2016; 73 (4): 348-352.
8. Vasconcelos BCE, Frota R, Cardoso AB, Porto GG, Carneiro SCAS. Adenomatoid odontogenic tumor. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008; 78 (2): 315.
9. Silva MS, Freire EG, Dos Anjos ED, Da Silva LCF. Tumor odontogênico adenomatóide: relato de caso clínico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.* 2004; 4 (4): 246-251.
10. Azevedo RA, Júnior BC, Andrade LCS, Castro CHS. Tumor odontogênico adenomatóide em mandíbula. *Revista Cubana de Estomatologia.* 2011; 48 (2): 172-180.
11. Narayanan VS, Naidu G, Ragavendra R, Mhaske-Jedhe S, Haldar M. Adenomatoid odontogenic tumor of the mandible with unusual radiographic features: a case report. *Imaging Science in Dentistry.* 2013; 43 (2): 111-115.
12. More CB, Das S, Gupta S, Bhavsar K. Mandibular adenomatoid odontogenic tumor: radiographic and pathologic correlation. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine.* 2013; 4 (2): 457-462.
13. Chugh A, Srivastava I, Khatana S, Nalwa A, Bharti JN. Case series of adenomatoid odontogenic tumour of jaws with variations in presentation. *BMJ Case Rep.* 2020; 13: 1-4.
14. Medeiros MF, Landin FS, Nogueira PT, Gouveia MVC, Santos ACN, Faro TF. Tumor odontogênico adenomatóide: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* 2014; 14 (1): 27-32.