

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIXOMA ODONTOGÊNICO COM ENXERTO ÓSSEO AUTÓGENO: RELATO DE DOIS CASOS

Surgical treatment of odontogenic myxoma with autogenous graft: report of two cases

PAULO ROBERTO MULLER¹, ALVARO TADEU ABELARDINO², NELSON REBELLATO³,
ABRÃO RAPOPORT⁴, CINTIA MUSSI MILANI CONTAR⁵, JOÃO RODRIGO SAROT⁶

Resumo

Tumor odontogênico de origem mesodérmica, com comportamento benigno, embora localmente invasivo e recidivante, o mixoma odontogênico acomete com maior frequência a mandíbula de adolescentes, com leve predominância no sexo feminino. Clinicamente se manifesta como uma expansão óssea lenta e indolor; radiograficamente observa-se uma imagem radiolúcida de contorno indefinido multi ou unilocular, comumente associada a um dente incluso. O tratamento é cirúrgico e a recidiva frequente. Acompanhamento pós-operatório de longo prazo é necessário e, no caso de recidiva, nova intervenção cirúrgica, mais radical, deve ser executada. Foram relatados dois casos de mixomas em que foram necessárias novas intervenções cirúrgicas para tratamento de recidivas e a utilização de enxerto ósseo autógeno na reconstrução das áreas lesadas.

Palavras-chave: Mixoma; Tumor ósseo; Tumor odontogênico; Cirurgia; Enxerto autógeno.

Keywords: Myxoma; Osseous tumor; Odontogenic tumor; Surgery; Autogenous graft.

1. Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia II do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná.
2. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.
3. Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia II do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná.
4. Coordenador do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde do Complexo Hospitalar Heliópolis, São Paulo, SP.
5. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Federal do Paraná.
6. Especialista em Periodontia pela Universidade de Santo Amaro, São Paulo, SP; Professor da Pós-Graduação em Implantodontia do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná.

Endereço para correspondência: Rua Dep. Mário de Barros, 826 - apt. 11 - Curitiba - PR - CEP 80530-280 - Tel.: (041) 252-2211 / 3024-3396 - e-mail: jrsarot@aol.com

Introdução

Mixomas são neoplasias de origem mesodérmica, de comportamento benigno, embora localmente invasivos e recidivantes¹. Podem ocorrer em várias regiões, como coração, ossos, pele, tecidos moles, trato gastrointestinal, sistema urogenital e muito raramente nos tecidos moles das órbitas¹⁻³. As ocorrências mais frequentes são no coração, seguidas dos maxilares e músculos das extremidades².

Os mixomas ósseos são encontrados com maior frequência na mandíbula¹. Nela, as regiões mais acometidas por ordem de frequência são: ângulo, ramo e corpo mandibular, sendo muito raro em região anterior. Na maxila, a área mais acometida é o processo zigomático e a região alveolar posterior¹. Acredita-se que sejam originários da porção mesenquimal que formaria a papila dentária⁴, sendo, portanto, classificados como tumores odontogênicos⁵. Os mixomas representam de 3% a 6% dos diagnósticos de todos os tumores odontogênicos⁶⁻⁷.

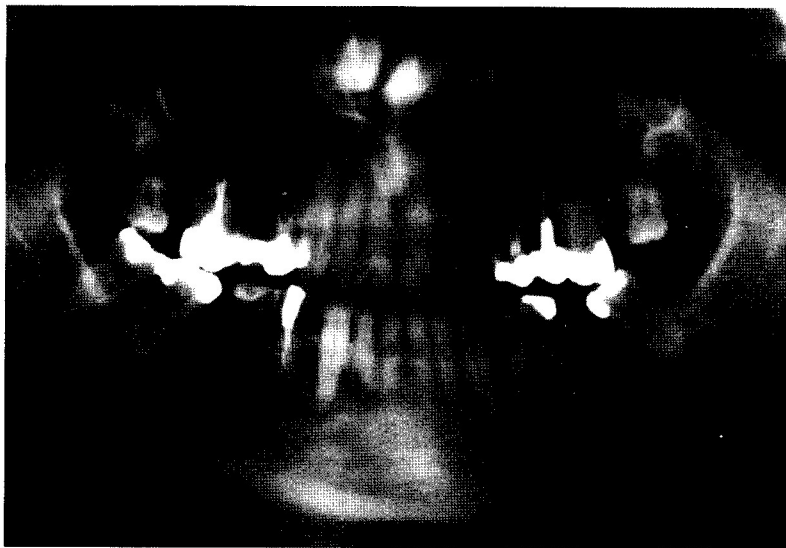


Figura 1: Radiografia panorâmica inicial do caso nº 1, evidenciando lesão radiolúcida de contorno irregular, em corpo mandibular direito, envolvendo raízes de pré-molares e canino

Para Deron⁸, o mixoma odontogênico geralmente ocorre em adolescentes, sendo raro em crianças e de acordo com Harder⁹ o mixoma raramente ocorre antes dos dez ou após os cinquenta anos de idade. Com relação à distribuição por sexo, existe uma leve predileção pelo sexo feminino^{3,5,10}.

Clinicamente, os mixomas manifestam-se como uma expansão óssea lenta e indolor. No exame radiográfico, observa-se uma imagem radiolúcida de contorno indefinido, cujo osso adjacente mostra aspecto de roído de traça (sic)¹¹ e com frequência está associada a um dente incluído¹². Alguns autores relatam casos em que a lesão pode aparecer como uma imagem mista radiolúcida e radiopaca⁵. Frequentemente, a lesão apresenta aspecto multilocular, mas pode também ocorrer de forma unilocular. De acordo com alguns estudos¹³⁻¹⁴, o deslocamento de raízes dentárias em vez de reabsorção é a regra para o mixoma odontogênico.

O tratamento deste tumor é cirúrgico e a recidiva é bastante comum. Acompanhamento pós-operatório de longo prazo é necessário e, no caso de recidiva, uma cirurgia mais radical deve ser realizada³.

Relato dos casos

Caso 1

Paciente de 49 anos, sexo masculino foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Fraturas XV, com queixa de aumento de volume em corpo mandibular direito e dor em dente 45.

Ao exame clínico observava-se expansão de cortical óssea vestibular em região de pré-molares e canino e dor à palpação vestibular das raízes destes dentes. A radiografia panorâmica mostrava lesão radiolúcida de contornos irregulares, estendendo-se da distal do 45 à mesial do 43, intimamente relacionada com as raízes destes dentes (figura 1).

Realizada a biópsia, o resultado do exame anatomopatológico foi de cisto, procedendo-se então à cirurgia para curetagem total da lesão.

No controle radiográfico de 21 meses pós-operatório, observou-se sinais de recidiva da lesão (figura 2). Realizada nova biópsia, o resultado do anatomopatológico foi o mesmo, procedendo-se à nova cirurgia para curetagem.

Três anos após esta segunda intervenção cirúrgica, houve nova recidiva da lesão, sendo repetida a biópsia e o anatomopatológico foi o mesmo: cisto com processo inflamatório. Optou-se por um procedimento mais invasivo, realizada osteotomia em bloco para remoção com-

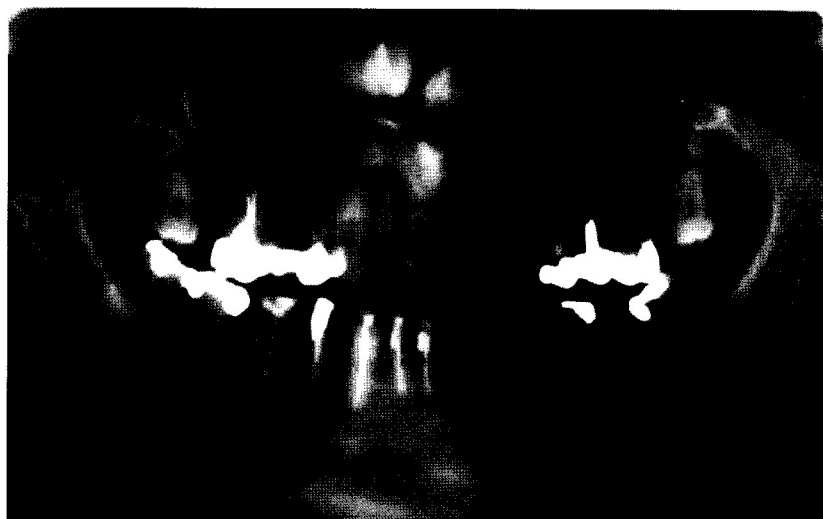


Figura 2: Radiografia panorâmica de controle com sinais de recidiva da lesão



Figura 3: Transoperatório evidenciando linhas de osteotomia para remoção da lesão em bloco



Figura 4: Transoperatório com a colocação do enxerto ósseo de íliaco e fixação com placa e parafuso de titânio

pleta da lesão e dentes a ela associados com enxerto ósseo autógeno de crista ilíaca, fixado com placa e parafusos de titânio (figuras 3 e 4). O resultado do exame anatomopatológico da peça cirúrgica foi mixoma.

Dois anos após esta terceira cirurgia, não havendo sinais de recidiva, foi realizada reabilitação da área com implantes osseointegrados (figura 5).

No controle radiográfico anual observamos a presença de tecido ósseo sadio, sem evidência de recidiva até a presente data.

Caso 2

Em 1977, paciente do sexo masculino, 21 anos, foi encaminhado ao Serviço para remoção de segundo pré-molar inferior direito com lesão cística associada. Clinicamente observava-se discreto aumento de volume local. A radio-

grafia lateral oblíqua de mandíbula evidenciava a presença de pré-molar incluso próximo a base da mandíbula, completamente envolvido em uma área radiolúcida de contornos irregulares que se estendia de canino a segundo molar, com aspecto sugestivo de cisto dentífero (figura 6).

Foi realizada cirurgia sob anestesia geral para remoção do dente incluso e curetagem de toda lesão cística. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico clínico inicial de cisto dentífero.

O paciente não fez o controle radiográfico anual, conforme solicitado, retornando somente três anos depois com

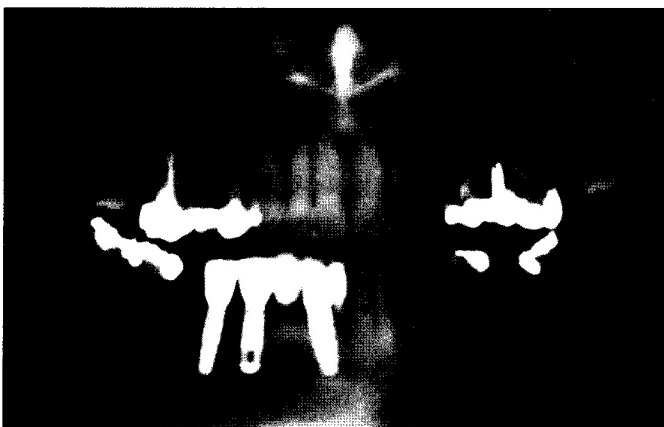


Figura 5: Reabilitação da região com implantes osseointegrados, dois anos após colocação do enxerto ósseo



Figura 6: Radiografia lateral oblíqua de mandíbula direita do caso nº 2, evidenciando presença de pré-molar incluso com lesão radiolúcida característica de cisto dentífero associada

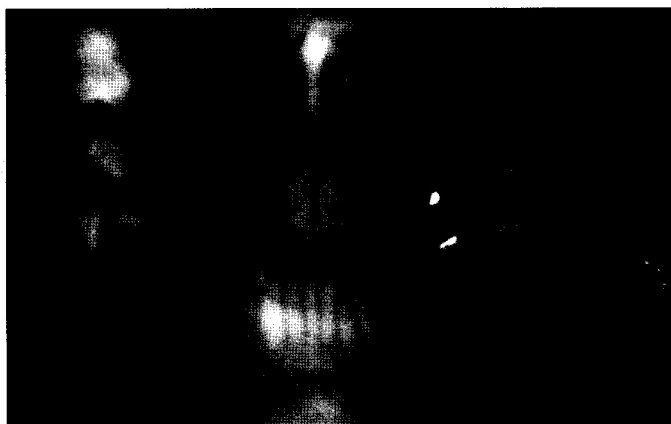


Figura 7: Radiografia panorâmica, três anos após intervenção cirúrgica inicial, evidenciando recidiva da lesão

recidiva da lesão. Clinicamente apresentava aumento de volume em corpo mandibular direito e na radiografia panorâmica observava-se lesão radiolúcida de contorno regular, biloculada, que se estendia do primeiro pré-molar ao segundo molar, envolvendo até a base da mandíbula (figura 7).

Realizada biópsia, o anatomopatológico foi o mesmo inicial: cisto dentígero. Procedeu-se nova cirurgia para curetagem da lesão e remoção dos dentes envolvidos com a mesma.

No acompanhamento radiográfico, em 1991, onze anos após esta segunda cirurgia foram detectados sinais de recidiva da lesão (figura 8). Observou-se uma área radiolúcida biloculada em região posterior de corpo mandibular, à meia distância de rebordo alveolar e base de mandíbula.



Figura 9: Radiografia panorâmica, evidenciando recidiva com comprometimento de feixe vâsculo-nervoso alveolar inferior



Figura 8: Radiografia panorâmica, onze anos após a segunda cirurgia (1991), evidenciando nova recidiva da lesão

Novamente procedeu-se à biópsia, e o anatomopatológico foi mais uma vez cisto dentígero. Nova intervenção foi realizada para curetagem da lesão.

O acompanhamento radiográfico continuou sendo feito anualmente e em 1998 houve nova recidiva, sendo repetida a biópsia e o anatomopatológico, cisto dentígero. Novamente foi realizada cirurgia para curetagem da lesão.

Dois anos depois ocorreu outra recidiva e o anatomopatológico foi de cisto dentígero com comprometimento de feixe alveolar inferior (figura 9).

Optou-se por uma cirurgia mais invasiva com curetagem da lesão e osteotomia, colocação de enxerto autógeno de íliaco, com fixação de placa e parafuso de titânio (figura 10). O anatomopatológico da peça cirúrgica foi mixoma.



Figura 10: Transoperatório após remoção completa da lesão, com colocação de enxerto ósseo de íliaco e fixação

O acompanhamento radiográfico anual vem sendo feito desde então, não havendo sinal de recidiva três anos após esta última intervenção cirúrgica (figura 11).

Discussão

Os dois casos relatados encaixam-se nas características clínicas e radiológicas descritas na literatura. Os dois pacientes encontravam-se na faixa etária (21 e 49 anos) de maior acometimento deste tipo de tumor⁸⁻⁹.

Em ambos, a localização ocorreu em corpo mandibular¹, com expansão lenta¹¹, apresentando dor somente à palpação na região vestibular das raízes dos dentes associada à lesão do primeiro paciente. O segundo não relatava dor.

Os aspectos radiográficos eram semelhantes nas duas lesões, com imagens radiolúcidas sem contornos definidos¹¹, e intimamente relacionadas às raízes dos elementos dentários adjacentes, com a presença de um dente incluso associado à lesão¹² do segundo caso relatado.

Inicialmente, os anatomopatológicos indicaram cistos dentígeros para ambos os casos. Resultado que se repetiu em biópsias realizadas nas recidivas subseqüentes,



Figura 11: Radiografia panorâmica final

chegando ao diagnóstico de mixoma somente quando da opção por um procedimento cirúrgico mais radical, com novo exame executado após o mesmo.

Este relato reforça a necessidade do acompanhamento freqüente e de longo prazo para tratamento de lesões que reúnem estas características descritas, e a importância da opção pelo tratamento cirúrgico mais radical quando ocorre a recidiva.

Abstract

Odontogenic tumor of mesenchymal origin, benign behavior, although locally invasive and recurrent, odontogenic myxoma often occurs in the mandible of teenagers with slight predilection for feminine gender. The clinical aspect shows a slow-growing, non-painfull osseous expansion. Radiographically we can observe a radiolucency uni or multilocular with poorly defined borders often associated with an impacted tooth. Surgical treatment must be done and recurrence is common. Long-term follow-up is mandatory and in case of recurrence more aggressive surgery is recommended. In this article we relate two cases of osseous myxoma of the mandible when after recurrences it was necessary a more aggressive surgery with iliac autogenous bone graft to reconstruct the areas where the tumor was removed.

Referências Bibliográficas

1. Uvo SAB, Beretta EM. Mixoma da maxila em criança: descrição de caso e revisão de literatura. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo 1996; 51:99-102.
2. Quintal MC, Tabet JC, Oligny L, Russo P. Oral soft tissue. myxoma: report of a case and review of the literature. J Otolaringol 1994; 23:42-5.
3. Allphin AL, Maniglia AJ, Gregor RT, Sawyer R Myxomas of the mandible and maxilla. Ear Nose Throat J 1993; 72:280-4.
4. Araújo NS. Cistos e tumores odontogênicos. In: Tommasi AF, editor. Diagnóstico bucal. 2.ed. São Paulo: Pancast; 1989. p.278-300.
5. Kaffe I, Naor H, Buchner A. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma of the jaws. Dentalmaxillofacial Rad 1997; 26:299-303.
6. Matterson SR. Benign tumors of the jaws. In: White SC, Pharoah MJ, Goaz PW. Oral radiology: principles and interpretation. 3rd ed. St. Louis; C.V. Mosby; 1994. p.450-6.

7. Farman AG, Nortje CJ, Wood RE. Oral and maxillofacial diagnostic imaging. St. Louis: C.V. Mosby, 1993. Multilocular radiolucencies; p.257-60..
8. Deron PB, Nikolovski N, den Hollander J, et al. Myxoma of the maxilla: a case with extremely aggressive biologic behavior. Head Neck 1996;18:459-64.
9. Harder F. Myxomas of the jaws. Int J.Oral Surg 1978; 7:148-55.
10. Kimura A, Hasegawa H, Satou K, Kitamura Y. Odontogenic myxoma showing active epithelial islands with microcystic features. J Oral Maxillofac Surg 2001; 59:1226-8.
11. Boraks S. Semiologia e alterações dos ossos maxilares. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. Semiologia e alterações dos ossos maxilares: p.274-6.
12. Barros, RE, Dominguez FV, Cabrini RL. Myxoma of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1969; 27:225-36.
13. Regezi JA, Sciubba J. Oral pathology, clinical-pathologic correlation. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1993. Odontogenic tumors; p.379-83.
14. Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral lesions. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1991. Multilocular radiolucencies; p.415-7.