



UNIVERSIDADE EM TRANSFORMAÇÃO: INTEGRALIZANDO SABERES E EXPERIÊNCIAS

2 A 6 DE SETEMBRO/2019



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo Relato de Experiência Relato de Caso

MIXOMA ODONTOGÊNICO EM MANDÍBULA, DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO.

AUTOR PRINCIPAL: TIAGO NASCIMENTO MILETO

CO-AUTORES: CASSIAN TAPARELLO, VINÍCIOS FERRARI FORNARI, RUBENS MARTINS BASTOS, JAQUELINE COLAÇO, JOÃO VICTOR BETT, ERICA BUGONE, GISELE ROVANI

ORIENTADOR: FERDINANDO DE CONTO

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO

Citado como o terceiro tumor de origem odontogênica mais frequente, o mixoma odontogênico (MO) é classificado como uma neoplasia benigna, mas localmente agressiva e infiltrativa (Chrcanovic e Gomez, 2018). Estima-se que sua incidência varie de 0,5% a 17,7% de todos os tumores odontogênicos (Vasconcelos et al., 2017). Frequentemente é encontrado em pacientes da faixa etária de 20 a 40 anos, com predileção pelo sexo feminino, sendo a região posterior de mandíbula o local de maior ocorrência (Wang et al., 2017). O presente relato apresenta o caso de uma paciente de 29 anos que procurou o ambulatório de estomatologia da Residência em Cirurgia Bucomaxilofacial (CTBMF) da Universidade de Passo Fundo, com história de aumento de volume indolor na região anterior da mandíbula há três anos. A mesma refere desconforto nos últimos cinco meses e afirma nenhuma história de trauma na região afetada.

DESENVOLVIMENTO:



UNIVERSIDADE EM TRANSFORMAÇÃO: INTEGRALIZANDO SABERES E EXPERIÊNCIAS

2 A 6 DE SETEMBRO/2019



A paciente A.P.M., melanoderma, procura o serviço de CTBMF para investigação de lesão óssea em mandíbula. Ao exame extraoral, presença de assimetria facial em terço inferior da face, discreto desvio da linha média mandibular à esquerda e ausência de linfadenopatia regional (Fig. 1). Na cavidade bucal apresentava mucosa íntegra e coloração normal, mobilidade em cinco elementos dentários e abaulamento em fundo de sulco na região dos elementos 31 ao 34. Ainda, presença de deslocamento dentário (32 e 33) e de vitalidade pulpar em todos os dentes envolvidos.

Na radiografia panorâmica, sugestão de lesão radiolúcida multilocular em mandíbula, abrangendo os elementos 36 ao 44, com ausência de reabsorção radicular, porém com deslocamento dentário e preservação da basilar óssea mandibular (Fig. 2). Durante procedimento de biópsia incisiva, notou-se fenestração óssea vestibular na região do dente 33, com remoção de fragmentos de tecido mole esbranquiçados, quase transparentes, fusiformes e friáveis, medindo juntos 11 x 06 x 06 mm, enviados para análise histopatológica (Fig. 3). Neste momento, as hipóteses diagnósticas seriam fibroma ameloblástico ou mixoma odontogênico.

Microscopicamente, observou-se a produção exuberante de fibrilas mixóides, frouxas, com grande quantidade de substâncias intersticiais e fibroblastos estrelados. Ainda, presença de epitélio odontogênico em formato de ninhos ou cordões, com células de núcleo redondo (Fig. 4). O resultado histopatológico foi de mixoma odontogênico. Devido à extensão da lesão foi solicitada uma tomografia computadorizada para confecção de modelo de estudo prototipado 3D e planejamento cirúrgico (Fig. 5).

O tratamento cirúrgico foi planejado com a ressecção da lesão com margem de segurança de um centímetro para ambos os lados, sendo realizada a moldagem prévia da placa de reconstrução (sistema 2.7) a partir do protótipo da mandíbula da paciente (Fig. 6). Cirurgicamente, a partir do acesso intraoral, foi realizada a fixação da placa, a ressecção da lesão e a reconstrução imediata com enxerto proveniente da crista ilíaca da paciente (Fig. 7). No período pós-operatório, a paciente recebeu nutrição através de sonda nasoenteral até a cicatrização inicial da ferida operatória e atualmente encontra-se em preservação para posterior reabilitação oral. O tratamento do mixoma odontogênico depende do tamanho, natureza e comportamento da lesão (Subramaiam et al., 2015). A cirurgia é a principal modalidade, variando desde procedimentos menos invasivos, como curetagem ou mandibulectomia marginal até ressecções ampliadas. A reconstrução em defeitos menores na maior parte dos casos é feita com enxerto ósseo da crista ilíaca ou retalhos mucosos locais. Em defeitos maiores, a reconstrução geralmente é feita com enxerto de fíbula microvascularizada.



UNIVERSIDADE EM TRANSFORMAÇÃO: INTEGRALIZANDO SABERES E EXPERIÊNCIAS

2 A 6 DE SETEMBRO/2019



CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A recorrência dessa patologia é alta, especialmente quando uma abordagem mais conservadora é adotada. A principal causa de recidiva é a retirada incompleta do tumor, portanto, a lesão deve ser extirpada com margens livres da doença. O uso de protótipo para a moldagem prévia do sistema de fixação resulta na melhor previsibilidade do momento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

CHRCANOVIC, B.R.; GOMEZ, R.S. Odontogenic myxoma: An updated analysis of 1,692 cases reported in the literature. *Oral diseases*, v.25, n.3, p.676-683, 2019.

VASCONCELOS, A.C.U. et al. Odontogenic myxoma: A 63-year retrospective multicenter study of 85 cases in a Brazil population and a review of 999 cases from literature. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, v.47, n.1, p.71-77, 2018.

WANG, K. et al. Characteristic features of the odontogenic myxoma on cone beam computed tomography. *Dentomaxillofacial Radiology*, v.46, n.2, 20160232, 2017.

SUBRAMAIAM, R. et al. Odontogenic myxoma of the maxilla-a rare case report. *Journal of clinical and diagnostic research*, v.9, n.5, p.ZD29, 2015.

NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa): Número da aprovação. SOMENTE TRABALHOS DE PESQUISA

ANEXOS

Aqui poderá ser apresentada **somente UMA página com anexos** (figuras e/ou tabelas), se necessário.