

# Tumor odontogênico adenomatóide associado a pré-molar retido

Elismauro Francisco de Mendonça\*  
Hugo Alexandre de Sousa\*\*

O tumor odontogênico adenomatóide (T.O.A.) é um raro tumor benigno, que de acordo com Raubenheimer e colabs. (1991)<sup>8</sup> existem registrados na literatura inglesa apenas 170 casos. Este tumor geralmente ocorre em pessoas jovens, mais no sexo feminino e comumente incide na região anterior da maxila. Embora a maioria dos tumores odontogênicos sejam descobertos durante a realização de exames radiográficos de rotina, os pacientes poderão apresentar um inchaço no local, com discreta sintomatologia e desenvolver até chegar a uma assimetria facial.

Os achados radiográficos, geralmente revelam uma lesão radiolúcida bem delimitada associada a um elemento dentário, não irrompido na cavidade bucal, usualmente o canino da maxila. Focos radiopacos, permeando a área radiolúcida também são um dos aspectos comumente encontrados nos exames radiográficos do T.O.A.

Ajabge e colabs<sup>1</sup>, em 1985 relataram que o tamanho do T.O.A. varia entre 1,5 e 3 cm, mas existem tumores que medem aproximadamente 9 cm.

De acordo com Lucas (1984)<sup>7</sup>, no diagnóstico diferencial dos tumores odontogênicos adenomatóides podem ser do ponto de vista radiográfico, diagnosticados como cisto folicular e periodontal lateral. Já para Saito & Memura (1983)<sup>10</sup> como cisto residual, e para Kuntz & Reichard (1986)<sup>6</sup> e Glickman e col. (1983)<sup>5</sup> como cisto glóbulo maxilar.

Nos casos em que calcificações estão presentes no interior da lesão, no diagnóstico diferencial deverão ser incluídos o cisto odontogênico calcificante, fibroma central ossificante, tumor odontogênico epitelial calcificante e o fibrodontoma ameloblástico.

Com referência ao aspecto histo-

lógico, Lucas define como um tumor que apresenta uma cápsula bem definida, circundando lâminas, cordões e massas nodulares de células epiteliais, que formam estruturas semelhantes a tubos e rosetas.

De acordo com Regesi & Sciuba (1991)<sup>9</sup> embora o T.O.A. seja de origem odontogênica, a presença de estruturas ductiformes ou semelhantes a glândulas são as respon-

sáveis pelo sufixo "adeno". Embora tenha recebido também a denominação de adenoameloblastoma, a diferença clínica e histológica entre o T.O.A. e o ameloblastoma é extremamente clara.

A intenção deste artigo é relatar um caso clínico de T.O.A. associado a pré-molar superior do lado direito e discutir o caso com base na literatura consultada.

## RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente M.C.G., sexo feminino, cor branca, com 19 anos de idade procurou o serviço de diagnóstico do Hospital Araújo Jorge, em julho de 1991 com queixa principal de "caroço no rosto" (Fig. 1). A paciente relatou que havia percebido a lesão há mais ou menos dois meses antes de procurar o Hospital. Não apresentava relatos de sintomatologia dolorosa local ou sistêmica. Ao exame clínico extra-bucal observou-se uma discreta assimetria facial do lado direito com apagamento brando do sulco nasogeniano.

Ao exame clínico intra-bucal constatou-se uma tumefação na região do canino superior direito até a região do 1º molar superior do mesmo lado. A palpação, a tumefação era de consistência rígida e a mucosa apresentava coloração de aspecto normal (Fig. 2). Em uma vista oclusal dos dentes envolvidos observava-se que havia expansão tanto da tábua óssea vestibular quanto da palatina (Fig. 3).

Foi realizado uma rinoscopia anterior e não foi constatado nenhuma alteração clínica nas fossas nasais.

Palpação das cadeias ganglionares da cabeça e pescoço, não foi significativa para complementar o diagnóstico e apresentavam-se dentro da normalidade.

Exames radiográficos panorâmico, oclusal e periapical foram realizados na paciente. Havia a evidência de uma lesão radiolúcida bem delimitada, associada ao 1º pré-molar superior direito e promovendo divergência radicular entre o canino e o 2º pré-molar superior direito, e permanência na arcada do 1º molar superior decíduo, que se apresentava com acentuado processo de rizólize (Fig. 4).

Permeando a área radiolúcida existiam inúmeros focos radiopacos sugerindo mineralização no interior da lesão.

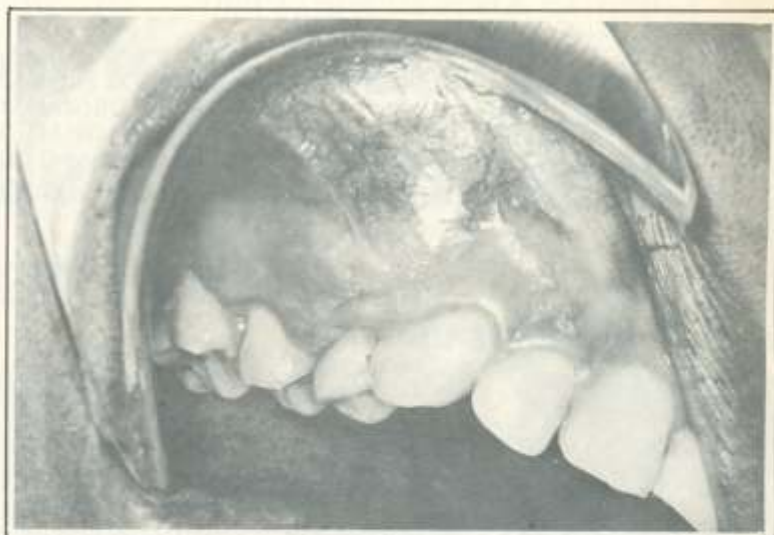
Punção aspirativa foi realizada confirmando a natureza sólida da lesão.

Com base nos achados clínicos, radiográficos e da punção, hipótese diagnóstica de tumor odontogênico adenomatóide foi estabelecida e solicitado os exames pré-operatórios de rotina.

Após a enucleação total da lesão com remoção do dente envolvido o material foi encaminhado para o serviço de anatomopatologia do Hospital Araújo Jorge, e o diagnóstico definitivo firmado como tumor odontogênico adenomatóide (Fig. 5 e 6). Atualmente a paciente está sendo preservada pelo Serviço de Odontologia do Hospital Araújo Jorge.



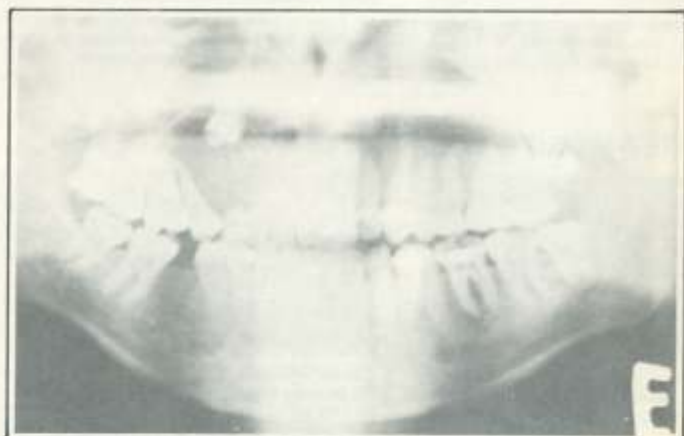
*Fig. 1 - Discreta  
assimetria  
facial do lado  
direito*



*Fig. 2 - Divergência dentária  
entre o canino e o  
2º Pré-molar  
Superior Direito*



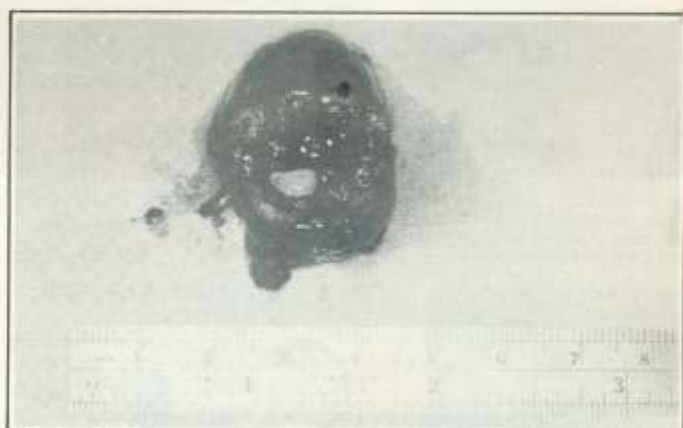
*Fig. 3 - Vista oclusal. Expansão da tábua  
óssea vestibular e palatina*



*Fig. 4 - Lesão osteolítica radiolúcida bem delimitada permeada por focos radiopacos. (visão panorâmica)*



*Fig. 5 - Enucleação do tumor odontogênico*



*Fig. 6 - Peça cirúrgica seccionada*

## DISCUSSÃO

A histogênese do T.O.A. não é conhecida, entretanto, há possibilidade do desenvolvimento ser a partir do epitélio reduzido do esmalte ou da lâmina dental, de acordo com evidências de Shear (1962)<sup>12</sup> e Spouge (1967)<sup>13</sup>.

Outro investigador, Chambers<sup>3</sup>, em 1973; sugeriu que a origem histológica do T.O.A. estaria relacionada com os restos epiteliais de Malassez do ápice dos dentes decíduos. Seu argumento se baseava em parte, no fato do T.O.A. nunca ocorrer em associação com dente decíduo e nem em locais onde não existe a presença de elementos dentários decíduos. A existência dessas lesões não associadas com dentes não irrompidos, e além do mais a não origem a partir do epitélio reduzido do esmalte, são os fatos que procuram explicar a teoria de Chambers.<sup>3</sup> É importante ressaltar que no caso clínico apresentado por nós, em íntimo contato com o T.O.A. existia a presença do 1º molar decíduo.

Courtney e Kerr (1975)<sup>4</sup> após um estudo de 20 casos corroborados por outros autores acreditavam que a lesão era um hamartoma e não um tumor benigno. Nós acreditamos, no entanto, que a lesão seja realmente um tumor benigno devido ao seu potencial de crescimento, e em decorrência da diferenciação dos tecidos dentais, fato também defendido por Ajagbe et al, e outros.

Com relação a detecção dessas lesões com tamanho variando em média 3 cm, provavelmente está relacionada com o diagnóstico precoce dessas lesões, em decorrência da presença prolongada de dentes decíduos na arcada e retenção de elementos dentais na cavidade bucal, fatos que geralmente levam o paciente a procurar o cirurgião-dentista.

Com referência ao tratamento a literatura é unânime em indicar a excisão conservadora, pois não tem sido relatado casos de recidiva. Portanto, de acordo com Shaffer e col, parece-lhes que este tumor apresenta realmente um comportamento muito mais benigno que o ameloblastoma, já que não é invasivo localmente.<sup>3, 9, 11.</sup>

## RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico de tumor odontogênico adenomatóide associado ao 1º pré-molar superior retido e discutem alguns pontos referentes a origem desse tumor no complexo maxilo-mandibular.

## SUMMARY

The authors show a clinic case of adenomatoid odontogenic tumour associated to the retained 1st pré-molar superior and discuss some points concerning its origin in the regions maxillo facials.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - AJABGE, H.A. e cols. . Adenomatoid odontogenic tumour in a black african population . J. Oral Maxillofac. Surg. . 1985, 43:683-7
- 2 - ARAÚJO & ARAÚJO. Patologia Bucal, 1ª edição. Artes Médicas São Paulo, SP. 1984, 151-2.
- 3 - CHAMBERS, K. S. . The adenameloblastoma Bn. J. Oral Surg., 1973, 10:310-20
- 4 - COURTNEY, R.M. & KERR, D.A. . The odontogenic adenomatoid tumour. A comprehensive study of twenty new cases. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 1975, 39:424-35.
- 5 - GLICKMAN, R. et al. An. adenomatoid odontogenic tumour simulating globulomaxillary cyst. J. oral Med. 1983, 38:26-9.
- 6 - KUNTZ, A. & REICHART, P.A. . Adenomatoid odontogenic tumour mimicking a globulo-maxillary cyst. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1986, 15:632-6.
- 7 - LUCAS R. B. Pathology of Tumors of the Oral Tissues, 4th edn. London: Churchill Livingstone, 1984, 61-6
- 8 - RAUBENHEIMER, E. J. et al. Adenomatoid odontogenic tumour: a report of two large lesions. DentoMaxillo Fac. Radiol., 1991, 20(1): 43-5
- 9 - REGEZI & SCIUBBA. Patologia Bucal. Correlações clínico-patológicas. 1ª edição. Ed. Guanabara Koogan. Riko de Janeiro, RJ; 1991, 260.
- 10 - SAITO, I & UEMURA, S. An usual adenomatoid odontogenic tumour presenting as a residual cyst. J. Oral Maxillofac. Surg. 1983, 41:539-5
- 11 - SHAFFER, et al. Patologia Bucal, 3ª edição. Interamericana, 1974:227-9
- 12 - SHEAR, M. . The histogenesis of the "tumour of enamel organ epithelium". Br Dent J., 1962, 112: 494-8
- 13 - SPOUGE; J. D. .The adenameloblastoma. Oral Surg. Oral Med.

\* Mestre e doutor em Diagnóstico Bucal  
Professor de Patologia Bucodental  
FO/UFG

\*\* Especialista em Cirurgia

Bucomaxilofacial  
Professor de Cirurgia da FO/UFG  
Coordenador do Serviço de Odontologia  
do Hospital Araújo Jorge