

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Isabella Cristina Eloy Rodrigues
Mariana Veloso dos Santos

MIXOMA ODONTOGÊNICO

TAUBATÉ – SP
2019

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Isabella Cristina Eloy Rodrigues
Mariana Veloso dos Santos

MIXOMA ODONTOGÊNICO

Trabalho de graduação apresentado para obtenção do Grau acadêmico pelo curso de Odontologia do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté.

Orientador: Prof. Ms Alexandre Cursino de Moura Santos

TAUBATÉ – SP
2019

SIBi - Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

R696m Rodrigues, Isabella Cristina Eloy
Mixoma odontogênico / Isabella Cristina Eloy Rodrigues, Mariana
Veloso dos Santos. – 2019.
31f. : il.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento
de Odontologia, 2019.

Orientação: Prof. Me. Alexandre Cursino de Moura Santos,
Departamento de Odontologia.

1. Mandíbula. 2. Maxila. 3. Mixoma. 4. Neoplasia benigna. 5. Tumor
odontogênico I. Santos, Mariana Veloso dos. II. Universidade de
Taubaté. III. Título.

CDD 616.993

Ficha catalográfica elaborada por Angela de Andrade Viana – CRB-8/8111

AUTOR

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alexandre Cursino de Moura Santos - Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Carlos Colombo - Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Marcelo Gonçalves Cardoso - Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Dedicamos este trabalho,

bem como todas as nossas demais conquistas, aos amados pais Marcelo e Ana Cláudia. Aos avós Maria José e Laerte. A mãe de Mariana, Terezinha e seu esposo Paulo Henrique. Nossos melhores e maiores presentes. Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho. Valeu a pena a distância, todo sofrimento, todas as renúncias. Valeu a pena esperar. Hoje estamos colhendo, juntos, os frutos do nosso empenho. Esta vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Ms Alexandre Cursino de Moura Santos, pela habilidade com que orientou nosso trabalho, sobretudo pela sua amizade e confiança.

Agradecemos nossas famílias que sempre nos apoiaram, depositaram confiança, e acreditaram no nosso futuro. Sem eles nada disso seria possível.

Aos nossos amigos que estiveram conosco durante a faculdade, e que tornaram esses anos muito mais agradáveis, que levaremos todos em nossos corações.

Aos professores, por todo o conhecimento compartilhado, que dedicaram seu tempo e paciência para nos transmitir sabedoria em cada disciplina.

Sobretudo, dedicamos e agradecemos a Deus que foi nossa maior força nos momentos difíceis, nos permitindo saúde e sabedoria para chegarmos até aqui.

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante. Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível. ”

Charles Chaplin

RESUMO

O mixoma odontogênico, é um tumor benigno, assintomático, de crescimento lento e localmente invasivo com altas taxas de recidiva. Tem predileção pela região posterior da mandíbula, podendo afetar áreas dentadas ou edêntulas, como o ramo da mandíbula e a sínfise. Não tem preferência por sexo, idade, raça; porém acomete mais pacientes do gênero feminino, entre segunda e terceira décadas de vida. Radiograficamente apresenta-se como uma imagem radiolúcida, bem definida, pode ser uni ou multilocular, com aspecto de “favo de mel”, “raquete de tênis” ou “bolha de sabão”. Seu diagnóstico pode ser dado com auxílio de tomografias computadorizadas e radiografias, porém só pode ser confirmado através de exames histopatológicos. O mixoma em seu tamanho menor, só é detectado através de radiografias periapicais, seu tratamento cirúrgico é feito com enucleação e curetagem; já quando assume seu maior tamanho é visível a olho nu, pois há uma expansão da cortical óssea; é feito a ressecção em bloco; a reconstituição do osso retirado pode ser feita com placas de titânio ou aço no mesmo ato cirúrgico ou após alguns dias. Esta revisão de literatura teve como objetivo relatar sobre mixoma odontogênico, e seus aspectos clínicos, radiográficos, histológicos e possíveis condutas para seu tratamento.

Palavras-chave: Tumor odontogênico; Mixoma; Mandíbula e Maxila.

ABSTRACT

The odontogenic myxoma is a benign, asymptomatic, slowly growing, locally invasive tumor with high recurrence rate. It has a predilection for the later region of the jaw, which can affect toothed or edentulous areas, such as the mandibular branch and the symphysis there is no preference for gender, age, breed; however, it affects more female patients between the second and third decades of life. Presented radiographically as a well-defined radiolucent image, it can be uni or multilocular, with the appearance of “honeycomb”, “tennis racket” or “soap bubble”. Its diagnosis can be made with the help of computed tomography and radiographs, but can only be confirmed by histopathological exams. The smaller myxoma is detected only through periapical radiographs, its surgical treatment is performed with enucleation and curettage, when it is big, it is visible at naked eyes, because there is an increase in the cortical bone; block resection is performed; the reconstitution of the retired bone can be done with titanium or steel plates at the same surgical procedure or after a few days. Objective: this review of the literature aims to inform about the odontogenic myxoma, its clinical, radiographic, histological aspects and possible methods for its treatment.

Key words: odontogenic tumor; myxoma, jaw and jaw.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Aspecto clínico pré-operatório	29
Figura 2 -	Aspecto radiográfico inicial	29
Figura 3 -	Aspecto transcirúrgico	30
Figura 4 -	Aspecto macroscópico da peça operatória	30
Figura 5 -	Aspecto radiográfico aos 15 meses pós-operatório	31
Figura 6 -	Exame histopatológico	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 PROPOSIÇÃO	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
4 Discussão	25
5 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	30

1 INTRODUÇÃO

O mixoma é uma neoplasia rara que representa pequena parte dos tumores odontogênicos, é benigno, de crescimento lento, assintomático, tem altas chances de recidiva e possui grande potencial de infiltração nas estruturas duras, com a expansão da cortical óssea e em tecidos moles. É originário da papila dentária ou do ligamento periodontal. Acomete mais região posterior da mandíbula, podendo também afetar áreas dentárias causando mobilidades, e edêntulas como o ramo da mandíbula e a sínfise. Uma pequena porcentagem deste tumor acomete a maxila. Quando isto ocorre a destruição é maior porque pode atingir o seio maxilar e o osso zigomático.

Acomete mais a segunda e terceira décadas de vida, sem predileção por sexo, mas alguns estudos relatam que ocorre mais em mulheres.

Lesões menores de mixoma, serão observados em exames de rotina como radiografias periapicais, já quando assume seu maior tamanho, tem expansão da cortical óssea e é visto clinicamente.

Os exames de imagens recomendados para visualização do mixoma incluem radiografias periapicais, panorâmicas e tomografias computadorizadas.

Radiograficamente é visto como imagem radiolúcida uni ou multilocular, com margens bem delimitadas e apresentam aspecto de “bolha de sabão”, “favo de mel” ou “raquete de tênis”.

Seu tratamento inclui cirurgias de enucleação e curetagem no seu estágio inicial e ressecção em bloco quando o tumor está mais avançado. Quimioterapia e radioterapia não tem eficácia no tratamento do mixoma odontogênico pois mesmo com comportamento invasivo, o mesmo não é capaz de produzir metástase.

2 PROPOSIÇÃO

Este trabalho é uma revisão de literatura sobre mixomas odontogênicos e teve como objetivo mostrar todos os aspectos clínicos, radiográficos, histológicos e tratamento da doença, por se tratar de uma patologia rara.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Martorelli & Henrique (2008), publicaram na revista Brasileira de otorrinolaringologia um artigo sobre mixoma odontogênico envolvendo o lado direito da maxila, mostrando os aspectos clínicos e radiográficos da doença. Eles relataram que o mixoma tem todas as características de uma doença maligna, mas é benigno e não escolhe raça nem sexo. Sua característica clínica pode se confundir com outras doenças, por isso é necessário um diagnóstico diferencial. O mixoma é uma neoplasia benigna que pode ocorrer em tecidos duros e moles, é um tumor raro. Quando é diagnosticado na maxila, ele pode atingir o seio maxilar indo para outras estruturas; geralmente quando o mixoma aparece na maxila o diagnóstico é feito tardiamente. De acordo com estudos realizados essa doença é assintomática, causando dor só em casos em que o mixoma assume maior tamanho; seu crescimento é lento, mas agressivo, tem predileção pela mandíbula na região posterior e com maior incidência entre pessoas de dez a trinta e nove anos. Quanto aos aspectos radiográficos, os mixomas são sempre radiolúcidos, em forma de bolha de sabão ou favo de mel; existem alguns relatos de raio de sol. Radiografias convencionais e tomografias devem ser utilizadas para verificar forma e contorno dos mixomas, bem como a possibilidade de perfuração óssea. O diagnóstico diferencial pode incluir querubismo, cisto odontogênico, ameloblastoma, cisto ósseo traumático e displasia fibrosa.

Segundo Mourão & Junior (2010), o mixoma odontogênico é atualmente caracterizado como um tumor benigno raro, localmente agressivo e invasivo, de crescimento lento e indolor, podendo provocar destruição óssea, má-oclusão, deformidade facial e rizólise, porém incapaz de promover metástase.

Filho et al. (2008) publicaram na Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, sobre mixoma odontogênico na maxila, O mixoma é tumor incomum com característica de outras lesões bucais semelhantes; é necessário exame histopatológico para o fechamento do diagnóstico e correto tratamento.

De acordo com Andrade et al. (2010) o tumor tem células estreladas, arredondadas, fusiformes, dispostas num citoplasma com estroma mixoide frouxo, com poucas fibras colágenas. Não tem predileção por sexo, mas autores afirmam predominância em mulheres, geralmente acomete mais a mandíbula, parte posterior, ângulo e ramo, mas pode ocorrer na maxila. Quando na maxila a destruição tende a ser maior, afetando o seio maxilar e o osso zigomático. O mixoma é indolor de crescimento lento; lesões menores são detectadas somente com radiografias, já lesões maiores o paciente tem dor, tumefação e o crescimento pode ser rápido. Radiograficamente é uma lesão radiolúcida, uni ou multilocular, com bordas bem delimitadas. A forma mais incomum é a unilocular, que é menos destrutivo, geralmente apresentando-se mais em crianças, região anterior da maxila. Sua forma multilocular é mais agressiva, tem maior poder de infiltração e tem bordas pobremente demarcadas. Na maxila, quando acomete o seio maxilar a imagem é difusa. O diagnóstico só é confirmado com exames radiográficos, tomografias e histopatológicos; 4.299 lesões foram diagnosticadas no laboratório, sendo 685 delas tumores odontogênicos, destes treze era mixomas.

Andrade et al. (2010), relatou, portanto, que os mixomas apresentam 2,3% das lesões diagnosticadas, e 1,89% de tumor odontogênico.

Brites (2012) indica fazer o enxerto já na seção de ressecção do tumor, reabilitação protética precoce, para estabelecer a função e estética do paciente, e acompanhamento mensal após a cirurgia devido ao alto risco de recidiva.

Nonaka et al. (2007) publicaram um estudo clínico-patológico de quatorze casos de mixoma odontogênico. A análise morfológica revelou como achado característico de mixoma, a abundante presença de tecido de aspecto mixoide interposto por delgados feixes de fibras colágenas e poucos vasos sanguíneos. Além disso, verificaram fibroblastos exibindo formas variando de estrelado a fusiforme associados a prolongamentos citoplasmáticos delgados e alongados, exibindo citoplasma intensamente eosinofílico e núcleos densamente basofílicos.

O estudo realizado por White et al. (2006) avaliou 9 casos de mixoma odontogênico encontrados nos arquivos de patologia da Universidade de Temple e consistiu em avaliar secções coradas com hematoxilina por luz microscópica e um caso por microscopia eletrônica. Classificou os mixomas tendo origens odontogênicas ou osteogênicas, em casos de tumores longes da área dentada e sendo os osteogênicos mais agressivos. O tamanho e a extensão da lesão determinaram o tratamento indicado sendo a curetagem a mais utilizada e apenas um dos casos apresentou recidiva. Achados microscópicos indicaram células tumorais metabolicamente ativas em porção da lesão.

Mittal et al. (2016) relataram um caso clínico sobre gestão recorrente de mixoma odontogênico que é um tumor localmente agressivo, indolor, de crescimento lento. É caracterizado histologicamente por células em forma de fuso,

cunha ou estreladas dispostas em estroma mucóide. Nas radiografias podem variar de imagem radiolúcida unilocular a multilocular com margens definidas ou difusas. O tratamento pode incluir curetagem e enucleação ou em casos mais avançados, ressecção, hemimandibulectomia e maxilectomia

Segundo Correia et al. (2008), os mixomas acometem predominantemente o gênero feminino entre 2º e 3º décadas de vida. Outros estudos relatam distribuição entre os maxilares e pacientes do sexo masculino, tais incongruências podem ser explicadas pelo número reduzido de amostras já que se trata de uma lesão rara. Por se tratar de uma lesão incomum e potencialmente destrutivo, o diagnóstico precoce é fundamental.

Fernandes et al. (2013), explicaram o mixoma odontogênico como um tumor benigno, mas agressivo de crescimento lento, geralmente acometendo mandíbula e maxila também. Seu diagnóstico diferencial apresenta ameloblastomas, tumores queratocísticos entre outros. Seu tratamento é cirúrgico pois não reage a quimioterapia e a radioterapia. A cirurgia de lesões menores é por curetagem, e as lesões maiores são por exérese total ou ressecção óssea, com margem de segurança e substituindo a parte retirada.

Francisco et al. (2017) publicaram um artigo sobre Mixoma Odontogênico, que é uma neoplasia benigna, rara e tem grandes chances de recidiva após o tratamento. O estudo foi feito com lesões mixoma odontogênico de 1980 a 2010. Foram encontrados quatorze casos de mixoma, maioria do sexo feminino, com idade de sete a cinquenta e um anos. As principais queixas dos pacientes eram aumento na área onde se instalou o tumor e defeitos na erupção dentária. A mandíbula era a mais acometida, e na radiografia apareceu imagem multilocular com bordas não definidas. Nos pacientes foram feitas as cirurgias, com a técnica

de curetagem. Destes, três pacientes foram submetidos a mandibulectomia, feita a reconstrução incluindo retalho microvascular da crista ilíaca. Três pacientes tiveram complicações, e quatro tiveram recidiva da doença. O mixoma é um tumor agressivo e raro, cada paciente deve ter o tratamento individualizado levando em conta as características e tamanho da lesão.

Goel & Dinkar (2016), publicaram no Journal of Clinical and Diagnostic Research, artigo sobre Mixoma Odontogênico da mandíbula, sendo um relato de caso. Paciente, sexo feminino, dezoito anos, apresentou um pequeno edema do lado direito, que aumentou gradualmente em quatro meses, apresentava-se com dificuldade na mastigação, mas não se queixava de dor, trauma ou parestesia. O exame intrabucal revelou assimetria facial devido ao inchaço no corpo direito da mandíbula que media cerca de 8x6 cm. O local onde estaca o inchaço, se encontrava sensível a palpação e de consistência firme, localizado na região dos dentes 43 ao 47; o inchaço encontrava-se na região de pré-molar e molar, os dentes 43 ao 48 e 33 ao 38 no teste de sensibilidade foi positivo. Paciente foi encaminhado para exames laboratoriais, radiográfico e tomografias computadorizadas para confirmação do diagnóstico de mixoma odontogênico. A radiografia revelou uma imagem radiolúcida, multilocular que acometia a distal do incisivo lateral inferior direito aos três molares inferiores direito, e metade do ramo inferior da mandíbula. Diagnóstico diferencial assemelha-se com o osteossarcoma, ameloblastoma. Foi feito biópsia incisional e submetido ao exame histopatológico. Observou-se um tecido com estroma mixomatoso solto, com células estreladas, onde foram encontrados também fibroblastos e fibras de colágeno, sugestivo de mixoma odontogênico. A paciente foi internada para cirurgia de hemi mandibulectomia, foram preservados o côndilo e o processo

coronário da mandíbula, na região onde foi extraído o tumor, foi feita reconstrução com enxerto da região fibular, e foi mantido uma contenção por quarenta e cinco dias. Paciente foi acompanhada por um ano e não houve recidiva da doença.

Reddy et al. (2014), publicaram um artigo sobre mixoma odontogenico relato de caso. É um tumor odontogenico mesenquimal, originário da papila dentaria, folículo ou ligamento periodontal, é benigno, raro, encontrado com maior frequência na mandíbula, ele é localmente invasivo, de crescimento lento, pode ou não causar assimetria na face. Atinge com mais frequência pré-molares e molares da mandíbula, tem preferência pelo sexo feminino, entre a segunda e terceira década de vida, pode causar mobilidade dentaria, aumento da cortical óssea.

Harder et al. (2010) publicaram um estudo sobre Mixoma odontogênico dos maxilares, que é um tumor raro, geralmente originário do folículo dentário ou ligamento periodontal. Foi estudado um grupo de pacientes. Em treze pacientes o tumor foi diagnosticado entre as idades de dez e cinquenta anos. Um paciente apresentou o tumor aos nove anos de idade e um aos sessenta e cinco anos. A idade média no início foi de vinte e nove anos. Os mixomas foram localizados tanto na maxila e mandíbula com uma ligeira preferência pela mandíbula. O tumor é assintomático de crescimento lento. Em quatro pacientes o mixoma estava relacionado com algum dente, e em um caso foi diagnosticado em exame de rotina. Radiograficamente pode aparecer uma imagem radiolúcida, unilocular ou multilocular, bem delimitada. Histologicamente aparece como células estreladas e pouco colágeno. Em dez pacientes o tratamento foi conservador, com a enucleacao e curetagem. Em um caso foi feito a hemimandibulectomia. Após o tratamento cirúrgico apenas quatro pacientes não tiveram recidiva. O mixoma não

tem predileção por sexo, tem grandes chances de recidiva, é encontrado na terceira a quarta década de vida, imagens radiográficas podem se confundir com outras doenças, como cistos, ameloblastomas, fibromas, granuloma central de células gigantes. Alguns estudos relatam que o mixoma mandibular surge do tecido odontogênico relacionado com os elementos dentários. Apesar do mixoma ser localmente agressivo, e em alguns casos causar grandes destruições, é considerado benigno.

Carnero, Bachur e Geldeman publicaram no jornal Oral Maxilofacial Surg, um artigo sobre Mixoma Odontogenico. Mixoma é um tumor benigno, localmente agressivo, não causa metástase, geralmente originário do tecido mesenquimal do folículo dentário. Quando aparece na mandíbula acomete pacientes jovens adultos, embora idosos e crianças também podem ser afetados. Dor e parestesia aparecem quando o tumor está em seu maior tamanho. Radiograficamente aparece como uma imagem radiolúcida, com bordas bem delimitadas, multilocular, com aspecto de bolha de sabão, favo de mel, pode também ter reabsorção das raízes onde o tumor se instalou. O mixoma também pode ser unilocular, que causa menos destruição. O mixoma pode ser extenso acometendo também o côndilo e o ramo mandibular, até mesmo metade da mandíbula ou maxila. Na maxila pode atingir o seio maxilar, podendo ocorrer também exoftalmia. O tumor tem consistência mole, mas quando contém um pouco de colágeno ele fica um pouco mais firme.

Segundo Koga, et al. (2014) o mixoma odontogênico. Mixoma é um tumor benigno, raro, localmente invasivo e não há relatos claros sobre o seu tratamento. Relato de caso: paciente sexo masculino, quarenta anos de idade, mixoma na mandíbula, do lado direito, fez um tratamento de enucleação e curetagem, que é

um tratamento conservador. Há grandes chances de recidiva, mas em dez anos após a cirurgia conservadora não houve traços de recidiva do tumor no paciente. O mixoma geralmente acomete mandíbula e maxila, corresponde 3-6% dos casos de tumores odontogênicos, é um tumor assintomático; as taxas de recorrência são supostamente altas, em torno de 25%, especialmente quando uma abordagem mais conservadora é adotada. O tratamento conservador tem mais vantagens sobre o tratamento radical.

O artigo “mixoma odontogénico; presentación de una série de quatro casos clínicos y revisión de La literatura” escrito por Reverand et al. (2017) descreveu três casos de mixoma odontogênico e um caso de fibromixoma, que é uma variante com alto teor de fibras de colágeno no estroma mixóide; e realizou uma revisão de literatura enfocando epidemiologia e tratamento. Para o estudo realizado foram utilizados artigos publicados no PubMed de janeiro de 2010 a outubro de 2016. E casos tratados de 2000 a 2016. Revisando a literatura, os autores selecionaram vinte e quatro artigos com trinta e sete casos; dos quais vinte e dois eram mulheres (59%), vinte dos casos com envolvimento mandibular (54%). Para quinze pacientes o tratamento foi enucleação e curetagem, um paciente biópsia excisional, e os vinte e um restantes com cirurgia de ressecção. Houve recorrência em apenas um caso. Concluiu-se que o mixoma e fibromixoma são tumores raros. Invasivos localmente, com baixa taxa de recidiva pois não houve casuística na literatura levantada. Dependendo do tratamento, um plano ressectivo será escolhido como mais ou menos agressivo.

Segundo et al. (2006) o mixoma odontogênico é um tumor mandibular incomum, benigno, mas localmente invasivo com alta taxa de recorrência se submetido a procedimentos menos invasivos. Está atribuído a uma origem

mesenquimal, uma vez que compartilha achados morfológicos e histológicos semelhantes com a papila dentária; porém a histogênese é controversa pois os mixomas foram descritos com localização extra maxilar.

González, et al. (2006) estudaram diversas técnicas cirúrgicas para a reconstrução de lesões segmentares e defeitos mandibulares causados por mixoma odontogênico mandibular. Em comparação com outros retalhos livres, o retalho fibular livre vascularizado suporta maior quantidade de osso devido à natureza do suprimento vascular. Uma completa liberdade no local da osteotomia é presente. Com a técnica de reconstrução microvascular, retalhos ósseos livres e outros procedimentos como distração osteogênica se tornaram técnicas de grande valor na reconstrução de defeitos mandibulares segmentares após cirurgia respectiva. Existem diversas vantagens para o retalho fibular livre vascularizado se comparado com outros tipos de retalhos de osso utilizados na reconstrução mandibular. Dentre as vantagens, temos: abordagem de duas equipes, ossos mais longos e liberdade na escolha da osteotomia mandibular local, devido a sua irrigação periostal; entretanto, devido ao diâmetro fibular limitado em relação a pacientes dentados sem atrofia maxilar, a dimensão vertical pode ser significativa para o plano oclusal após colocação de implante. Devemos esperar resultados melhores em termos de sobrevivência do retalho. Estudos prospectivos mais controlados devem ser realizados para comparar essa técnica com convencional desempenho do arco mandibular no local do receptor.

Altug, Gulses e Sencimen (2011) relataram um caso de um paciente de vinte anos de idade do sexo masculino que se queixava de inchaço indolor na região do canino superior direito até a região do primeiro molar superior direito. Exames de imagem e histopatológico confirmaram mixoma odontogênico. A

tomografia computadorizada mostrou uma massa expansiva na maxila do lado direito, difusa no sulco bucal no primeiro pré-molar superior direito estendendo-se de volta a tuberosidade maxilar com aparência bem definida. Discutindo o caso e revisando a literatura, os autores relataram a dificuldade de estabelecer um diagnóstico correto que requer interação do radiologista, do cirurgião e do patologista. A aparência radiográfica também deve ser integrada com o histórico clínico e achados físicos.

4 DISCUSSÃO

O mixoma foi descrito inicialmente por Rudolph Virchow (Correia et al. 2008), mas (Koga et al. 2014; Reddy (2014) relatam que foi descrito em 1947 por Thoma e Goldman.

Todos os autores concordam que é uma neoplasia benigna, rara, indolor, de crescimento lento e localmente invasivo.

Segundo Nonaka et al. (2007) dos tumores odontogênicos, o mixoma representa de 3 a 9% dos casos, enquanto Andrade et al. (2010) afirmam cerca de 3 a 8%, e Koga et al. (2014) que a prevalência é de 3 a 6%.

A maioria dos autores relatam que o mixoma acomete pessoas entre segunda e terceira décadas de vida, mas Nonaka et al. (2007); González et al. (2006); Mittal, Chug, Varghese et al. (2016), afirmam que acomete entre segunda e quarta década.

Apesar de não ter preferência por sexo, costuma acometer mais pacientes do gênero feminino. Todos os autores foram unânimes em relação a isso.

Quanto ao local acometido pelo mixoma odontogênico, autores relatam que pode aparecer na maxila atingindo o osso zigomático e seio maxilar, causando em casos mais avançados até exoftalmia (Carnero et al. 2014); na mandíbula tende a acometer mais a região posterior, atingindo áreas dentadas e edêntulas, como o

ramo e a sínfise mandibular. Contudo, a maioria das pesquisas relatam que o tumor tem preferência pela mandíbula. (Fernandes et al. (2013); Melo et al. (2008).

Goel, Goel e Dinkar (2014) afirmam que o tumor é sensível a palpação, possui consistência firme, e pode atingir tecidos duros e moles.

Visto radiograficamente como uma imagem radiolúcida podendo ser unilocular ou multilocular, com aspecto de “bolha de sabão”, “favo-de-mel”, ou “raquete de tênis”, todos os autores afirmam essas características em suas pesquisas. Grande parte dos autores afirmam que o tumor possui bordas bem definidas. Correia et al. (2008); Flemming Harder (2010).

Reddy (2014); Andrade et al. (2010); Francisco et al. (2017) apontam que histologicamente o mixoma apresenta células arredondadas, fusiformes e estreladas, enquanto o restante dos autores em suas pesquisas afirmam possuir células estreladas e fusiformes, dispostos em um estroma mixóide frouxo contendo poucas fibras colágenas.

Segundo Kilmurray e Ortega (2006), possui matriz rica em mucina; mucopolissacarídeos e ácidos, principalmente o ácido hialurônico.

É unanimidade entre os autores, o diagnóstico diferencial incluindo ameloblastoma e cisto dentífero.

O tratamento em seu tamanho menor inclui curetagem e nucleação, já em sua maior forma, está indicada a ressecção em bloco com margem de segurança ou hemimandibulectomia, afirmam todos os autores.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que:

- Mixomas odontogênicos são lesões benignas altamente invasivas que atingem o tecido ósseo;

- O exame clínico é muito importante, mas exames complementares são essenciais para o diagnóstico correto dessa lesão, principalmente o exame histopatológico;

- O tratamento cirúrgico é agressivo, pois é necessária margem de segurança para que seja evitado casos de recidivas.

REFERÊNCIAS

Carvalho de Melo, AU, de Farias Martorelli, SB, de Holanda Cavalcanti, PH, Alcino Gueiros, L, de Oliveira Martorelli, F. Mixoma odontogênico maxilar: relato de caso clínico comprometendo seio maxilar. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* [serial online].2008;74(3):472-475

Mourão CFAB, Júnior JWNR. Tratamento para o mixoma odontogênico: revisão de literatura [serial online] *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v.39, no 4, p. 293-296, outubro / novembro / dezembro 2010.

de Oliveira Veras Filho, Ruy, Santos Pinheiro, Silvano, Pinheiro de Almeida, Isabel Cristina, Silva Arruda, Maria de Loudes, de Lisboa Lopes Costa, Antonio, Mixoma odontogênico em maxila com invasão do seio maxilar. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2008;74(6):945

Andrade ESS, Camargo IB, Santos TCV, Barbosa JLV. Estudo Clínico-Patológico de Mixomas Odontogênicos [serial online] *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe v.10, n.3, p.73-80, jul./set. 2010.

Brites FC. Ressecção cirúrgica completa de mixoma odontogênico mandibular. [tese online] Rio Grande do Sul: Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana;

Nonaka CFW, Cavalcante RB, Piva MR, Souza LB, Pinto LP. Mixoma odontogênico: estudo clínico-patológico de 14 casos [serial online] *Cienc Odontol Bras* 2007 abr./jun.; 10 (2): 61-67.

White DK., Chen SY, Mohnac AM., Miller AS. Odontogenic myxoma: a clinical and ultrastructural study [serial online] 1975 June; *Oral surg*; (39):901-917.

Mittal Y, Chugh A, Varghese KG, Dwivedi S, Goyal V. Management of Recurrent Odontogenic Myxoma of Mandible: A Clinical Case Report. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(10)

Correia AVL, Amaral MF, Falcão MFL, Szyfer SBO, Castro JFL. Mixoma odontogênico mandibular: relato de caso [serial online] *Int J Dent, Recife*, 7(3):194-198, jul./set.,2008.

Fernandes et al. Mixoma de osso maxilar: Diagnóstico e tratamento. [serial online] Ver. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.42, nº3, p.176-179, julho/agosto/setembro 2013.

Francisco AL, Chulam TC, Silva FO, et al. Clinicopathologic analysis of 14 cases of odontogenic myxoma and review of the literature. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(4)

Goel S, Goel M, Dinkar AD. Odontogenic Myxoma of Mandible with Unusual (Sunburst) Appearance: A Rare Case Report. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(5).

Flemming Harder, Myxomas of the jaws. *Int. J. Oral Surg*. 1978: 7:148-155

Cuestas-Carnero, Ricardo et al. **Odontogenic myxoma: Report of a case** Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 46, Issue 8, 705 – 709

de Oliveira VF, R, Santos Pinheiro, S, Pinheiro de Almeida, IC, Silva Arruda, MdL, de Lisboa Lopes Costa, A. Mixoma odontogênico em maxila com invasão do seio maxilar. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* [serial online]. 2008;74(6):945.

Díaz-Reverand S, et al. Mixoma odontogénico: presentación de una serie de 4 casos clínicos y revisión de la literatura. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2017.

Francisco AL, Chulam TC, Silva FO, et al. Clinicopathologic analysis of 14 cases of odontogenic myxoma and review of the literature. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(4)

Leslie Kilmurray, Luis Ortega, Julián Sanz-Esponera, Odontogenic myxoma REV ESP PATOL 2006; Vol 39, n.o 2: 125-127

Altug Hasan Ayberk, Gulses Aydin, Sencimen Metin. Clinico-Radiographic Examination of Odontogenic Myxoma with Displacement of Unerupted Upper Third Molar: Review of the Literature. *Int. J. Morphol*. [Internet]. 2011 Sep [cited 2019 Oct 06]; 29(3): 930-933

ANEXOS



Figura 1. Aspecto clínico pré-operatório.

Figura 1 - BRITES, Fabiano Caetano. Mixoma odontogênico - tratamento cirúrgico radical. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [online]. 2012, vol.12, n.4, pp. 33-38. ISSN 1808-5210.



Figura 2. Aspecto radiográfico inicial

Figura 2 - BRITES, Fabiano Caetano. Mixoma odontogênico - tratamento cirúrgico radical. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [online]. 2012, vol.12, n.4, pp. 33-38. ISSN 1808-5210.



Figura 3. Aspecto transcirúrgico: ressecção da lesão e reconstrução por placa de titânio bicortical.

Figura 3 - BRITES, Fabiano Caetano. Mixoma odontogênico - tratamento cirúrgico radical. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [online]. 2012, vol.12, n.4, pp. 33-38. ISSN 1808-5210.



Figura 4. Aspecto macroscópico da peça operatória.

Figura 4 - BRITES, Fabiano Caetano. Mixoma odontogênico - tratamento cirúrgico radical. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [online]. 2012, vol.12, n.4, pp. 33-38. ISSN 1808-5210.



Figura 5. Aspecto radiográfico aos 15 meses pós-operatórios.

Figura 5 - BRITES, Fabiano Caetano. Mixoma odontogênico - tratamento cirúrgico radical. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [online]. 2012, vol.12, n.4, pp. 33-38. ISSN 1808-5210.

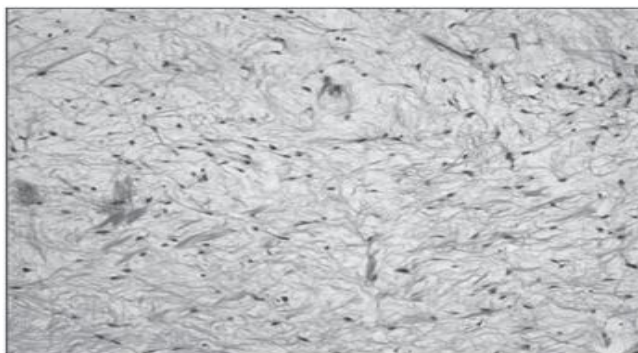


Figura 6 - Exame histopatológico mostrando células fusiformes e estreladas com núcleos arredondados.