
MIXOMA DA MANDÍBULA: CONSIDERAÇÕES E APRESENTAÇÃO DE UM CASO*

Sérgio Luís de Miranda¹, Geraldo Jotz², Onivaldo Cervantes³, Márcio Abrahão³

RESUMO: Os autores apresentam um caso de mixoma de mandíbula associado a presença de elemento dental incluso, ressaltando a importância da tomografia computadorizada e da ressonância nuclear magnética, no estudo da delimitação do tumor.

Sendo descrita o uso de placa de reconstrução e enxerto ósseo autógeno, no tratamento destes tumores.

ABSTRACT: The authors report one case of myxoma of mandible, associated with impacted tooth.

Emphasized the importance of the computerized tomography (C.T.) and magnetic resonance (M.R.) for the study in delimitation of tumor.

The use of reconstruction plate and autogenous bone graft is described.

Palavras-chave: Mixofibroma, fibromixoma, tumor odontogénico

Key-words: myxofibroma, fibromyxoma, odontogenic tumors

Miranda SL e Col. Mixoma da mandíbula: considerações e apresentação de um caso. Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac. 1995; Vol. 36 (1):13-17

INTRODUÇÃO

Os tumores odontogénicos mesenquimais têm origem na porção mesenquimal do germe dentário relacionado à papila dental, podendo originar-se também no ligamento dental (13).

Os mais frequentes são o fibroma odontogénico, dentinoma, displasia periapical do cimento, cementoblastoma, cementoma gigantiforme, fibroma cementificante e o mixoma odontogénico, objecto deste trabalho e que tem como sinónimos, mixofibroma e fibromixoma (8). Este representa 4% de todos os tumores odontogénicos. Não há predileção quanto ao sexo ou grupos étnicos. São raros antes dos 10 e após os 50 anos de idade, sendo que 60% dos mesmos ocorrem entre a segunda e terceira década de vida (5,6,8,11).

Geralmente, são lesões unilaterais que respeitam os limites da linha média, ocorrendo em sua quase totalidade nas regiões onde estão presentes os elementos dentais erupcionados ou inclusos. Sua localização mais frequente é na mandíbula, mas podem aparecer na porção posterior da

* Trabalho realizado no Sector de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da disciplina de Otorrinolaringologia da Escola Paulista de Medicina/Hospital São Paulo.

¹ Médico e cirurgião dentista e cirurgião Buco-Maxilo-Facial, pós graduando do Sector de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Escola Paulista de Medicina e professor de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Santo Amaro.

² Médico e pós graduando do Sector de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Escola Paulista de Medicina.

³ Médico e professor adjunto da disciplina de Otorrinolaringologia do Departamento de Otorrinolaringologia e distúrbios da Comunicação Humana da Escola Paulista de Medicina.

maxila.

Apresentam-se de forma regular, podendo seu contorno e tamanho serem bem determinados. À palpação observamos um tumor de consistência endurecida, fixo, às vezes doloroso e podem invadir partes moles, quando há, por expansão, rotura das corticais, onde teremos a presença de nódulos teciduais, saindo através do compartimento ósseo.

Os primeiros sintomas e sinais surgem entre 2 a 3 anos antes da procura do tratamento. O crescimento pode ser incrementado após trauma local, como exodontias ou acidentes, onde aparecem tumefações assintomáticas. Migrações ou abaulamentos dos dentes e parestesia do nervo trigémio são indicativos da presença de tumor, que pode ser descoberto também num exame radiográfico odontológico de rotina (1,7,9,11,14).

O tumor não dá metástase cervical ou à distância (9).

CASO CLÍNICO

R.B., 13 anos, masculino, natural e procedente da cidade de São Paulo, procurou o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Escola Paulista de Medicina/Hospital São Paulo com queixa de "sensação de dentes inferiores (à direita) amolecidos há uma semana". A mãe referia discreta assimetria facial há \pm ano, na região da mandíbula direita, acompanhada de episódios de dor.

Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, com assimetria facial à direita, na região do corpo mandibular, sem alterações da oclusão dentária (fig. 1a). À palpação externa notava-se um tumor em região do corpo mandibular e que internamente, se estendia da região do ângulo até



Fig. 1a — Pré-operatório, assimetria mandibular à direita.



Fig. 1b — Pós-operatório com 6 meses, melhora da simetria mandibular.

à parassínfise, com abaulamento das corticais vestibular e lingual, bem delimitado, endurecido, doloroso e com discreta mobilidade dentária do primeiro e segundo molares inferiores do lado direito.

A radiografia periapical mostrava discreta alteração do trabeculado ósseo, com maior radiotransparência (trabeculação fina) e elementos dentais preservados. Na radiografia panorâmica observava-se osteólise mandibular, envolvendo a região do ângulo mandibular, unilocular, apresentando germe dentário de terceiro molar inferior direito incluso e estendendo-se até a região da parassínfise, na altura de primeiro pré-molar inferior direito, bem delimitada e com demais elementos dentais normais (fig. 2a).

A tomografia computadorizada mostrava assimetria facial devido à lesão expansiva, comprometendo o ângulo e o corpo da hemimandíbula direita, com espessamento ósseo das corticais, associado a áreas preenchidas por tecido fibroso, que também era observado na ressonância nuclear magnética, a qual não mostrava envolvimento de partes moles nem rompimento das corticais (fig. 3a e 3b).

A biopsia foi realizada sob anestesia local troncular, por via endoral, e complementada no fundo do sulco gengival da região de primeiro molar inferior direito e mostrou tratar-se de um mixoma. Apresentava histopatologicamente, trabéculas ósseas delgadas, circundados por osteoblastos, espaço medular com proliferação celular, com células fusiformes e poligonais, tendo o núcleo ovalado que variava levemente de diâmetro e sem hiper cromasia. As células estavam dispostas em meio à matriz frouxa, com pequena quantidade de fibras colágenas no seu interior.

O tratamento realizado foi a ressecção em

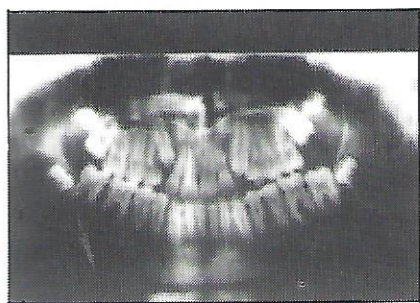


Fig. 2a — Panorâmica de mandíbula, mostrando extensa lesão unilocular à direita.

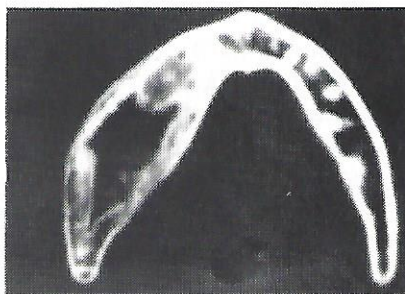


Fig. 3a — Tomografia-mostrando limites da lesão em corpo mandibular.



Fig. 2b — Panorâmica de mandíbula, num pós operatório de 5 meses, mostrando boa integração de enxerto ósseo.

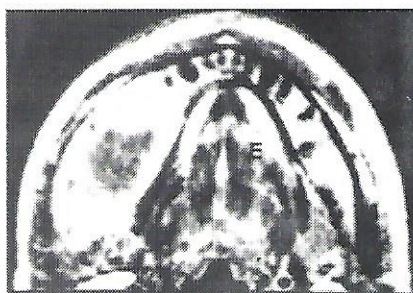


Fig. 3b — R.N.M. — mostrando não comprometimento de partes moles.

bloco, usando-se tanto o acesso intra como extra-oral. Pela primeira foram removidos os elementos dentais, feito o descolamento do periósteo da face vestibular e lingual da região do ângulo à parassínfise, além da alveolectomia para realização de uma sutura bem coaptada. Posteriormente, pelo acesso extra-oral, demarcamos os limites

de ressecção e modelamos a placa de reconstrução em titânio, fixando-a com 3 parafusos em cada extremidade. A fim de mantermos o contorno mandibular, retiramos a placa e fizemos as osteotomias, com ressecção do tumor e novamente a fixamos com 3 parafusos bicorticais em cada extremidade, nos orifícios feitos previamente (fig. 4).

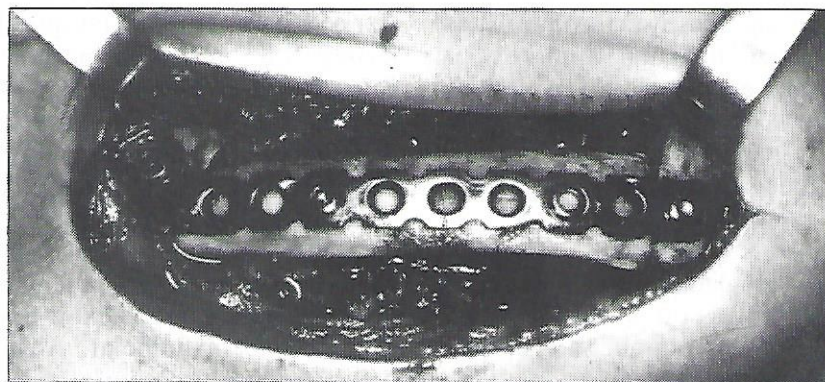


Fig. 4 — Trans-operatório, mostrando a fixação da placa de reconstrução em titânio e a colocação de enxerto ósseo de arco costal.

Usamos osso de costela autógeno, de 7 centímetros de extensão, para a reconstrução óssea, que foi mantida em posição através de um parafuso monocortical. Não fizemos o bloqueio maxilo-mandibular (B.M.M.), ficando o paciente 30 dias com dieta pastosa (fig. 1b).

Para controle pós-operatório realizamos radiografias panorâmicas de mandíbula a cada 30 dias e cintilografia óssea com metilenodifosfonado (M.D.P.) agregado ao tecnésio 99M para controle pós-operatório (fig. 2b).

DISCUSSÃO

A lesão apresentada é a forma clínica mais frequentemente vista, onde encontramos, como citado por diversos autores (1,2,4,5,13,15), o tumor na região posterior da mandíbula com envolvimento de um elemento dental incluso, havendo presença de sintomatologia dolorosa discreta, e que é contrário à opinião de Sampaio & Moreira (11), que referem serem estes tumores assintomáticos.

Do ponto de vista anátomo-patológico, apresentam à macroscopia um conteúdo de aspecto brilhante, fragmentado, formado por tecidos moles de coloração cinza clara ou amarela, de consistência mucóide ou gelatinosa para o firme, dependendo da quantidade de colágeno associado ao mesmo e substitui o osso esponjoso, causando a expansão das corticais. Microscopicamente o mixoma é formado por células fusiformes e estreladas, dispostas frouxamente, muitas das quais com prolongamentos fibrilares com tendência a formar rede. O tecido frouxo não é excessivamente celular e as existentes não mostram evidências de actividade significativa (pleomorfismo, nucléolos proeminentes ou figuras mitóticas). A substância intercelular é mucóide e um número variável de capilares encontram-se dispersos no tumor, além de feixes colágenos. Ninhos de epitélio odontogénico podem ser encontrados esporadicamente (8,13,14).

No exame radiográfico apresentam imagem radiotransparente multiloculadas, com locas variáveis em tamanho e forma, ou uniloculadas, de limites imprecisos, fazendo com que se assemelhe ao "favo de mel, bolhas de sabão ou ao entrelaçado de uma raquete de ténis", geralmente associada a elementos dentais impactados ou levando ao descolamento dos mesmos pelo tumor, porém, a

reabsorção radicular é rara (8,13,14).

O diagnóstico de certeza é firmado pelo histopatológico, porém, o estudo através de imagens é fundamental para o correcto tratamento cirúrgico, uma vez que, a lesão apesar de benigna, apresenta-se invasiva localmente, dando ao tumor um potencial de recidiva, podendo chegar a 25% (2,5).

Assim, como citado por Cohen & Mendelsohn (3), na importância da determinação dos limites da lesão, a ressonância nuclear magnética é superior à tomografia computadorizada que é superior ao raio X simples, quanto à nitidez de uma possível invasão de partes moles.

Carneiro & col. (2) citam que o tratamento cirúrgico do mixoma odontogénico varia da simples enucleação e curetagem, com ou sem cauterização, à ressecção em monobloco. O primeiro tem sido indicado para lesões pequenas, mas por ser conservador, pode apresentar uma taxa de recidiva de 25%. Apesar do tumor não ser radiosensível, estes autores salientam que o uso de radioterapia pré-operatória facilitaria a ressecção, pois delimitaria melhor a lesão, o que não é nossa opinião e, portanto, não a utilizamos.

Optamos pela ressecção em bloco, deixando uma margem de segurança de 0,5 centímetro nas suas extremidades e realizamos a reconstrução mandibular no mesmo acto cirúrgico, por apresentar a vantagem de restabelecer a função da mesma, eliminando o aspecto psicológico da deformidade e as alterações clínicas relacionadas com as vias aéreas, decorrente da falta de suporte para a língua e assoalho da boca.

Alguns autores preferem a reconstrução num segundo tempo, pois evitaria o risco de infecção e fístula oral mas, concordamos com Scheck e col. (12) e Miranda e col. (10) que dão preferência à reconstrução primária, pois evita um segundo acto operatório e a integração do enxerto ósseo é melhor. Uma fibrose intensa dificultaria, numa reconstrução secundária, e um cuidado especial com a sutura intra-oral, na reconstrução primária, diminuiria o risco da fístula.

O acesso intra-oral é suficiente para a ressecção de lesões pequenas, porém, em lesões maiores devemos fazer o acesso extra-oral, que facilitará a reconstrução mandibular. Alguns autores fazem o acesso intra-oral para a reconstrução secundária da mandíbula.

Miranda e col. (10) citam a importância do uso de placas como forma de manter-se o enxerto

imobilizado, além de não ser necessário o B.M.M.. Tem a vantagem de serem confeccionadas de titânio, que é o material existente mais biocompatível para a confecção das mesmas. Preferem ainda que o enxerto ósseo mais adequado é o autógeno, rico em tecido esponjoso, sendo o íliaco uma boa área doadora, porém com limitação em termos de quantidade. Assim, como opções para reconstruções maiores, temos os arcos costais, que apresenta alto índice de absorção, e o enxerto microcirúrgico, que tem como limitação a necessidade tanto de material quanto de pessoal especializado.

O controle da integração óssea do enxerto pode ser realizado através de exames radiográficos, e exame clínico periódicos.

Podemos concluir que o uso de placas de reconstrução confeccionadas em titânio, associada ao uso de enxerto ósseo autógeno é uma boa opção para o tratamento dos tumores ósseos benignos que ocorrem no osso mandibular.

REFERÊNCIAS

1. BUCCI E, MUZIO LL, MIGNONA MD & ROSA G: Odontogenic myxoma: report of a case with peculiar fractures. *J Oral Maxillofac Surg* 49: 91-94, 1991.
2. CARNERO RC, BACHUR RO & GENDELMAN H: Odontogenic myxoma: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 46: 705-709, 1988.
3. COHEN MA & MENDELSON DB: CT and MR imaging of myxofibroma of the Jaws. *J Comput Assist Tomogr* 14: 281-285, 1990.
4. GARAY JCS: Atlas de patologia del complejo bucal, 2.^a edición. Havana, Editorial Científico Técnica, p. 181-183.
5. GORLIN RJ: Odontogenic tumors, in Gorlin RJ & Goldman HM: *Thoma's Oral Pathology*, 6th ed. St. Louis, CV Mosby, vol 1, p 501-502.
6. HAYES DK, MADSEN JM & SIMPSON R: Myxoma of the maxilla in infants and children. *Otolaryngology — Head Neck Surgery* 105: 464-468, 1991.
7. HENDLER BH, ABAZA NA & QUINN P: Odontogenic myxoma. *Oral Surg* 47: 203-217, 1979.
8. HOFFMAN S, JACOWAU JR & KROLLS SO: Intraosseous and periosteal tumors of the jaw. 2th. ed., Washington, armed forces institute of pathologym, p. 126-132.
9. KELLER EE: Ressection of a myxoma of the maxilla via

MIXOMA DA MANDÍBULA: CONSIDERAÇÕES E APRESENTAÇÃO DE UM CASO

- Le Fort I osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 46: 609-613, 1988.
10. MIRANDA SL, MIYAGUSKO JM, ANTONINI RA: Reconstrução mandibular: uso de enxerto autógeno. *Acta Awho* 10:117-124, 1991.
 11. SAMPAIO RK & MOREIRA LC: Tumores odontogénicos. 1.^a ed., Rio de Janeiro, Editora Revinter, p. 104-109.
 12. SCHNECK DL, GROSS D & TABOR MW: Odontogenic myxoma: report of two cases with reconstruction considerations. *J Oral Maxillofac Surg* 51: 935-940, 1993.
 13. SHAFER WG, HINE MK & LEVY BM: Tratado de patologia bucal. Bevilacqua S, 4.^a edição, Rio de Janeiro, Interamericana, p. 272-275.
 14. WHITE DK, CHEN SY, MOHNAC AM & MILLER AS: Odontogenic myxoma. *Oral Surg* 39: 901-917, 1975.
 15. WONG GB: Large odontogenic myxoma of the mandible treated by sagittal ramus osteotomy and peripheral osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 50: 1221-1224, 1992.