



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

**ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
 ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS**

**STATE OF THE ART OF ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR WITH EMPHASIS ON ITS
 CLINICAL, PATHOLOGICAL, AND IMAGING FINDINGS**

**ESTADO DEL ARTE DEL TUMOR ODONTOGÉNICO ADENOMATOIDE CON ÉNFASIS EN SUS
 HALLAZGOS CLÍNICO PATOLÓGICOS Y DE IMAGEN**

Amanda Raquel de Oliveira¹, Wallisson Alexandre Soares², Arthur Cesar Bessa de Carvalho³, Heitor Menezes Dias⁴, Helvécio Marangon Júnior⁵, Victor da Mota Martins⁶, Aletheia Moraes Rocha⁷

e555187

<https://doi.org/10.47820/recima21.v5i5.5187>

PUBLICADO: 05/2024

RESUMO

O tumor odontogênico adenomatóide (TOA) é uma neoplasia benigna, assintomática e incomum que acomete os maxilares, possuindo comportamento não agressivo e crescimento lento. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão narrativa de literatura acerca do tumor odontogênico adenomatóide. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Pubmed, Scielo e Google Acadêmico no período de 2012 a 2023 usando as seguintes palavras-chave: “Características clínicas e radiográficas”, “Tumor odontogênico adenomatóide” e “Neoplasia benigna”. Clinicamente a lesão é relatada como um aumento de volume dos maxilares, de crescimento lento e progressivo. Acomete especialmente a região anterior da maxila, em pacientes do gênero feminino, na segunda década de vida. Suas características principais são abaulamento da cortical óssea com expansão do vestibulo, mobilidade e/ou deslocamento dentário, reabsorções dentárias, podendo ser notado atraso ou não da erupção do dente permanente, sendo seu tratamento de eleição a enucleação cirúrgica e curetagem, apresentando prognóstico favorável, geralmente sem recidiva.

PALAVRAS-CHAVE: Características clínicas e radiográficas. Tumor odontogênico adenomatóide. Neoplasia benigna.

ABSTRACT

Adenomatoid odontogenic tumor (AOT) is a benign, asymptomatic and uncommon neoplasm that affects the jaw, with non-aggressive behavior and slow growth. The objective of this work is to carry out a narrative review of the literature about adenomatoid odontogenic tumor. A bibliographical search was carried out in the Pubmed, Scielo and Google Scholar databases from 2012 to 2023 using the following keywords: “Clinical and radiographic characteristics”, “Adenomatoid odontogenic tumor” and “Benign neoplasm”. Clinically, the lesion is reported as an increase in volume of the jaws, with slow and progressive growth. It especially affects the anterior region of the maxilla, in female patients, in the second decade of life. Its main characteristics are bulging of the cortical bone with expansion of the vestibule, mobility and/or tooth displacement, tooth resorption, with a delay or lack of eruption of the permanent tooth, with the treatment of choice being surgical enucleation and curettage, presenting a favorable prognosis, usually without recurrence.

KEYWORDS: *Clinical and radiographic features. Adenomatoid odontogenic tumor. Benign neoplasm.*

¹ Discente do curso de Odontologia do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

² Discente do curso de Odontologia do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

³ Cirurgião-Dentista, graduado pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

⁴ Cirurgião-Dentista, graduado pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

⁵ Cirurgião-Dentista, graduado pela Universidade Estadual de Montes Claros - (UNIMONTES); Mestrado em Clínicas Odontológicas pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas; Coordenador do curso de Odontologia do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

⁶ Cirurgião-Dentista, graduado pela Faculdade Cidade de Patos de Minas - FPM; Mestrado em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); Doutorado em Clínica Odontológica Integrada pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

⁷ Cirurgião-Dentista, graduada em Odontologia pela Universidade de Uberaba (UNIUBE); Mestrado em Ciências da Saúde em Patologia Clínica pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Doutorado em Ciências da Saúde em Patologia Clínica pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

RESUMEN

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es una neoplasia benigna, asintomática y poco frecuente que afecta a la mandíbula, de comportamiento no agresivo y de crecimiento lento. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión narrativa de la literatura sobre el tumor odontogénico adenomatoide. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo y Google Scholar de 2012 a 2023 utilizando las siguientes palabras clave: "Características clínicas y radiográficas", "Tumor odontogénico adenomatoide" y "Neoplasia benigna". Clínicamente la lesión se reporta como un aumento de volumen de los maxilares, con crecimiento lento y progresivo. Afecta especialmente a la región anterior del maxilar, en pacientes del sexo femenino, en la segunda década de la vida. Sus principales características son abultamiento del hueso cortical con expansión del vestíbulo, movilidad y/o desplazamiento dentario, reabsorción dentaria, con retraso o falta de erupción del diente permanente, siendo el tratamiento de elección la enucleación quirúrgica y legrado, presentando un pronóstico favorable, generalmente sin recurrencia.

PALABRAS CLAVE: *Características clínicas y radiográficas. Tumor odontogénico adenomatoide. Neoplasia benigna.*

INTRODUÇÃO

O tumor odontogênico adenomatóide (TOA), inicialmente chamado de "adamantinoma cístico" por Harbitz (1915), é uma lesão epitelial benigna de origem odontogênica, relativamente rara, que compreende cerca de 3 a 7% de todos os tumores odontogênicos (Costa *et al.*, 2021; Botero *et al.*, 2017).

O termo "tumor odontogênico adenomatóide" foi relatado pela primeira vez em 1969, por Philipsen e Birn, tendo, anteriormente, uma variedade de nomenclaturas como adenomeloblastoma, epitelioma adenomatóide e odontoma teratomatoso. Posteriormente, em 1971, o termo "adenomatóide" foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na classificação de tumores odontogênicos, sendo descrito como um tumor odontogênico composto de epitélio formador de dentina dentro de um estroma de tecido conjuntivo maduro, apresentando uma variedade de padrões histoarquiteturais (Freitas *et al.*, 2020; Duc *et al.*, 2022; Sadasivan *et al.*, 2020).

O TOA apresenta predileção por pacientes jovens, sendo mais comum o acometimento anterior aos 30 anos de idade, com uma média de idade de 13,2 anos. Costuma também aparecer com mais frequência em mulheres do que em homens na proporção 9:1, sendo sua ocorrência mais acentuada nas populações asiáticas. A lesão, na maioria dos casos, se apresenta como uma massa sólida, podendo também se apresentar em forma cística, com sua progressão transcorrendo em um processo lento, se apresentando clinicamente como um aumento de volume assintomático que, em maiores proporções pode apresentar também expansão das corticais ósseas (Botero *et al.*, 2017; Freitas *et al.*, 2020; Krishnamurthy *et al.*, 2014).

O TOA pode ser classificado de acordo com três variantes: o subtipo folicular (imagem 01), que ocorre de forma intraóssea e está associado a coroa de um dente impactado; o subtipo extrafolicular (imagem 01), que também ocorre intraósseo e se apresenta acima, entre, ou sobreposto às raízes de dentes permanentes irrompidos, não sendo associado a um dente impactado; e o subtipo periférico (imagem 01), o mais raro (constituindo apenas 3% de todos os TOAs), que ocorre



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

extraósseo, geralmente tendo como localização o tecido mole que recobre a área de suporte do dente ou a mucosa alveolar, se assemelhando a um fibroma gengival ou uma hiperplasia fibrosa (Freitas *et al.*, 2020; Bansal *et al.*, 2022; Kumar *et al.*, 2012).

Em relação aos aspectos radiográficos, o tumor odontogênico adenomatóide se apresenta como uma lesão radiolúcida unilocular com bordas bem delimitadas, podendo ter a forma arredondada ou ovoide, muitas das vezes com um “formato de pêra”, que em grande parte dos casos estará associado a um dente incluso. O tipo extrafolicular em específico pode ser subdividido em quatro tipos (E1-E4: imagem 01), variando de acordo com a localização da radioluscência. O tamanho do TOA tende a não exceder três centímetros de diâmetro, embora já tenham sido relatados casos de lesões com maiores proporções. O tratamento é feito de forma conservadora, optando-se pela enucleação juntamente com a curetagem da lesão, sendo que o tumor apresenta uma baixa taxa de recidiva e um prognóstico favorável (Costa *et al.*, 2021; Saini *et al.*, 2020; Kumar *et al.*, 2012).

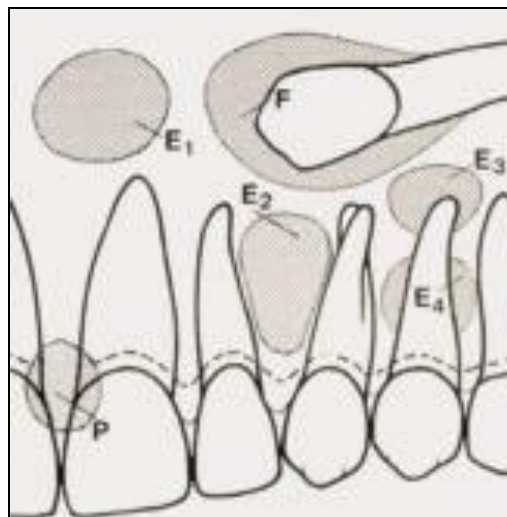


Imagem 01: Apresentação clínica do Tumor Odontogênico Adenomatóide, onde “F” representa o padrão folicular; “E1”, “E2”, “E3” e “E4” representam o padrão extrafolicular e “P” representa o padrão periférico extraósseo (Barnes *et al.*, 2005).

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão narrativa da literatura sobre o tumor odontogênico adenomatóide, relatando suas características clínicas, radiográficas, histológicas, diagnóstico diferencial e tratamento.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender, por meio de uma revisão narrativa da literatura, a importância do cirurgião-dentista conhecer as características clínicas, radiográficas e histológicas do tumor odontogênico adenomatóide.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

Objetivos específicos

- Citar o diagnóstico diferencial;
- Identificar as modalidades de tratamento.

JUSTIFICATIVA

O tumor odontogênico adenomatóide é uma lesão relativamente rara, com origem ainda desconhecida e com capacidade de dificultar a qualidade de vida dos pacientes, sendo, portanto, um tema necessário de ser abordado e estudado por parte dos cirurgiões-dentistas.

O conhecimento acerca das características clínicas, das variantes do tumor, dos aspectos imaginológicos e histológicos e dos possíveis diagnósticos diferenciais são imprescindíveis para um correto diagnóstico e uma adequada escolha de tratamento.

REVISÃO DA LITERATURA

O tumor odontogênico adenomatóide (TOA) é uma lesão epitelial rara, pouco invasiva, benigna (hamartomatosa), de crescimento lento e progressivo e que tem origem odontogênica, podendo ser chamada também de “tumor de dois terços” pelo fato de ocorrer em cerca de dois terços de pacientes do gênero feminino, por dois terços dos casos envolverem a maxila, por dois terços estarem relacionados a dentes inclusos e por dois terços estarem associados a caninos. A origem do TOA ainda é indefinida, podendo teoricamente surgir do revestimento epitelial de um cisto dentífero, do órgão do esmalte ou de remanescentes da lâmina dentária e com seu crescimento ocorrendo dentro ou adjacente a um folículo dentário (Costa *et al.*, 2021; Patel *et al.*, 2020).

O TOA é uma lesão relativamente rara, correspondendo a 3% de todos os tumores de origem odontogênica, sua ocorrência é mais frequente em crianças, geralmente na segunda década de vida, com idade média de 13,2 anos de idade, sendo incomum em pacientes acima da terceira década. A prevalência pelo gênero feminino tem uma proporção de 9:1 em relação ao sexo masculino, tendo um aumento considerável na população asiática. A distribuição de TOAs nas diferentes partes do mundo é: Ásia 1-16%, América do Sul 4-7%, América do Norte, 2-7%, Oriente Médio 2-4% e Europa 1- 4% (Donohue-Cornejo *et al.*, 2016; Bansal *et al.*, 2022).

Características clínicas

O tumor odontogênico adenomatóide é relatado com maior frequência na maxila do que na mandíbula na proporção de 6:1, sendo 53% dos casos relatados na maxila anterior e 9% na região de pré-molar superior, sendo frequentemente associado a um canino incluso (Donohue-Cornejo *et al.*, 2016; Al-Shimari *et al.*, 2017).

É uma lesão normalmente assintomática, apesar de já ter sido relatado inchaço gengival indolor, em que o crescimento acontece de forma lenta e expansiva, sem infiltração ou destruição de estruturas adjacentes. A lesão pode apresentar também alterações indutivas no tecido conjuntivo como áreas de calcificação que podem variar de formas e tamanhos (Siriwardena *et al.*, 2020).

RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

Clinicamente o TOA pode ser dividido em duas variantes: a intraóssea (97,7) e a extraóssea (2,3%) (Botero *et al.*, 2017). Fato esse observado no estudo de Siriwardena (2020) no qual foram analisados 116 casos, todos eles se apresentaram como a variante intraóssea, que pode ser subdividida em pericoronária, estando associada a um dente impactado, geralmente o canino; e em extrafolicular, que não está relacionada com um dente impactado. O tumor odontogênico adenomatóide intraósseo tem a capacidade de expandir a cortical óssea e causar assimetria facial. A variante extraóssea pode gerar deslocamento dos dentes e também tem a capacidade de causar reabsorções radiculares (Botero *et al.*, 2017).

Grande parte dos tumores odontogênicos adenomatóides são de tamanho relativamente pequeno, muito raramente excedendo três centímetros de comprimento, apesar de já terem sido relatadas lesões com um tamanho consideravelmente grande, de consistência dura e fixa ao osso subjacente. Graças ao fato desta lesão apresentar tamanho pequeno, combinado com a falta de sintomas, sua descoberta costuma acontecer a partir de exames de rotina ou devido à falta de um dente no arco (Perez *et al.*, 2016; Khan *et al.*, 2022).

Características radiográficas

O TOA apresenta três variantes radiográficas, sendo elas a folicular (70%), que é intraóssea e está associada a um dente incluso, a extrafolicular (23,3%), também intraóssea, mas que não tem relação com dentes inclusos, e a periférica, que é extraóssea e normalmente tem como localização a gengiva superior anterior, sendo esta última menos comum (6,7%) (Câmara, *et al.* 2016). A variante folicular aparece como uma lesão central radiolúcida, unilocular e geralmente está associada a um dente irrompido, na maioria das vezes sendo o canino (80%) (Donohue-Cornejo *et al.*, 2021). A lesão do tipo extrafolicular é bem definida, unilocular e radiolúcida, sendo encontrada anteriormente e sobreposta as raízes de dentes erupcionados. A periférica é relatada como um aumento de volume gengival e pode estar associada com uma leve erosão da crista óssea alveolar (Perez *et al.*, 2016).

Em grande parte dos casos o tumor odontogênico adenomatóide se apresentará como uma lesão radiolúcida unilocular com bordas bem delimitadas que normalmente envolve a coroa de um dente impactado. Essa característica radiográfica muitas vezes pode acabar levando a um diagnóstico errado e fazendo com que o TOA seja confundido com um cisto dentígero. O cisto dentígero é considerado um diagnóstico diferencial importante do tumor odontogênico adenomatóide. Levando isso em consideração, é importante saber diferenciá-los. Pode se constituir como diferencial, o fato de o TOA geralmente estar associado a um dente para além da junção amelocementária (JAC), consequentemente envolvendo parte da raiz do dente acometido. Essas características foram relatadas por Khan (2022), que observou, em radiografias ortopantomográficas, o deslocamento do canal alveolar inferior, enquanto o cisto dentígero não ultrapassava a JAC (Perez *et al.*, 2016; Câmara *et al.*, 2016).



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

Características histológicas

O tumor odontogênico adenomatóide é uma lesão circundada por uma cápsula fibrosa espessa, possuindo em seu conteúdo células epiteliais organizadas em nódulos sólidos de tamanhos variáveis com células cúbicas ou colunares de epitélio odontogênico formando ninhos ou estruturas semelhantes a rosetas em volta de uma área central que pode conter tecido eosinofílico ou não (imagem 02). A presença de material eosinofílico pode também ser notada como conteúdo amorfo (calcificações distróficas) na área central, calcificações essas que podem se apresentar em uma forma ovoide. A presença de estruturas que se assemelham a ductos pode ser percebida, sendo por isso chamados de pseudoductos (imagem 03). Tais estruturas são formados por células epiteliais cilíndricas em uma conformação de fileiras, com a presença de um núcleo polarizado longe do lúmen, que pode conter material hialino eosinofílico amorfo (gotículas eosinofílicas), detritos celulares ou pode estar completamente vazio (Barnes *et al.*, 2005; Botero *et al.*, 2017; Sadasivan *et al.*, 2020).

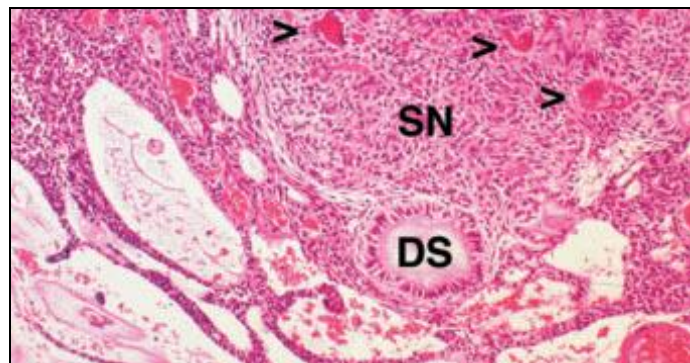


Imagem 02: Tumor odontogênico adenomatóide com um nódulo sólido de células epiteliais cúbicas (SN) contendo várias “gotículas” amorfas e eosinófilas (ponta das setas). Uma estrutura semelhante a um ducto (DS) revestida por uma fileira única de células epiteliais colunares pode ser percebida. Na periferia, filamentos de epitélio em padrão cribiforme são observados (aumento de 100X) (BARNES *et al.*, 2005)

O conteúdo eosinofílico já descrito anteriormente confere ao tumor seu aspecto microscópico característico, e sua aparência radiográfica pode ser estabelecida a partir do tamanho, número e grau de calcificação desses focos (Perez *et al.*, 2016).



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

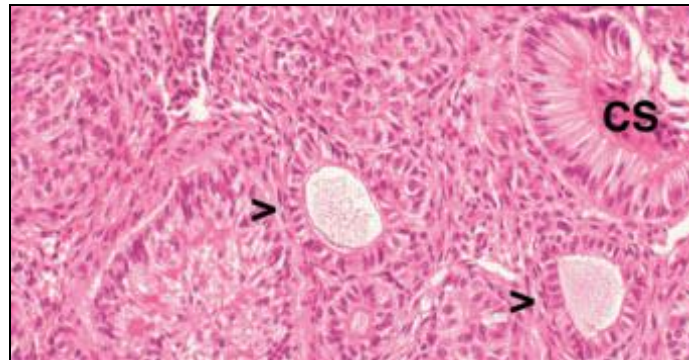


Imagem 03: Tumor odontogênico adenomatóide com ampla área sólida e rica em células e com tecido conjuntivo estromal mínimo, mostrando estruturas semelhantes a ductos (setas) e estrutura convoluta (CS) de células epiteliais colunares altas (aumento de 100X) (Barnes *et al.*, 2005)

Além de formar ductos, as células cúbicas a colunares podem formar cordões celulares em complexos padrões que muitas vezes exibem invaginações. Outro padrão celular característico é composto por nódulos constituídos por células epiteliais poliédricas e eosinófilas de aparência escamosa com limites celulares distintos. Os núcleos podem ocasionalmente revelar pleomorfismo leve (degenerativo). Esses nódulos podem conter coleções de material amorfo tipo amiloide e massas globulares de substâncias calcificadas. A pigmentação da melanina do tecido lesional e das células do estroma tem sido descrita. A ocorrência de um material hialino, displásico ou osteodentina calcificada podem ser encontrados em TOA. É provável que seja o resultado de um processo metaplásico, pois o ectomesênquima odontogênico não está presente, e, portanto, não deve ser interpretado como fenômeno de indução, embora em raros casos, material semelhante à dentina contendo túbulos dentinários pode ocorrer. O estroma maduro de tecido conjuntivo da TOA é geralmente estruturado por tecido conjuntivo frouxo e que contém vasos sanguíneos congestionados de paredes finas (Barnes *et al.*, 2005).

Diagnóstico diferencial

É fundamental ter conhecimento de que além do cisto dentígero, que se assemelha ao TOA em função da sua estrutura e acometimento de um dente incluso, o diagnóstico diferencial deve ser feito, também, a partir da interpretação radiográfica com o cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico epitelial calcificante, ameloblastoma unilocular, fibroodontoma ameloblástico, tumor odontogênico ceratocístico e com um odontoma que esteja em processo de maturação. Além das semelhanças descritas, a variante periférica do tumor odontogênico adenomatóide ainda pode ser diagnosticada erroneamente como um granuloma piogênico, granuloma periférico de células gigantes ou até mesmo a um fibroma ossificante periférico, levando a planos de tratamento inadequados (Botero *et al.*, 2017; Dwivedi *et al.*, 2019; Krishnamurthy *et al.*, 2014).

Áreas semelhantes ao tumor odontogênico epitelial calcificante encontradas em TOA devem ser consideradas uma variante histológica do TOA (imagem 04), assim como as áreas de TOA que



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

simulam cistos odontogênicos de células fantasmas calcificantes, desenvolvendo odontomas ou outros tumores odontogênicos ou hamartomas (Barnes *et al.*, 2005).

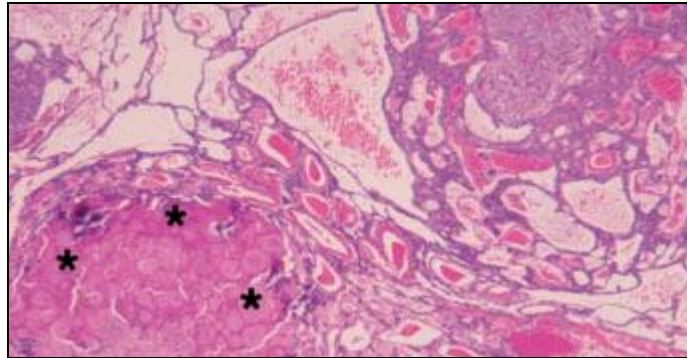


Imagem 04: Tumor odontogênico adenomatóide combinado com tumor odontogênico epitelial calcificante TOA/TOEC. O tumor mostra áreas de focos semelhantes a TOEC (asteriscos) em um TOA com padrão cribiforme típico com presença de filamentos epiteliais e vários vasos dilatados de paredes finas no estroma esparso (aumento de 100X) (Barnes *et al.*, 2005)

Além das imagens radiográficas que auxiliarão no diagnóstico correto do tumor odontogênico adenomatóide, outros fatores também são elucidativos no momento do referido diagnóstico, como a avaliação clínica minuciosa do paciente, o reconhecimento das características clínicas mais pronunciadas da lesão, tais como: o crescimento lento e assintomático sem a presença de hematomas ou infecções locais, o tamanho que não excede os três centímetros de diâmetro e o fato de estarem associados a dentes inclusos em algumas situações (Comerón *et al.*, 2020). O TOA é mais prevalente na região anterior da maxila, mas foi relatada sua presença também na região posterior da mandíbula, fato esse bastante incomum. Além disso, pode apresentar crescimento rápido sem nenhum dente impactado associado (padrão extrafolicular). Com isso, entende-se que as variantes de TOA são verdadeiros desafios no diagnóstico diferencial.

Tratamento

Por ser uma lesão pouco invasiva, com baixa taxa de recidiva, bem encapsulada e que permite fácil clivagem, o tratamento geralmente consiste apenas no manejo cirúrgico conservador da neoplasia. Essa abordagem conservadora permite a neoformação óssea da região e faz com que o prognóstico seja mais favorável (Botero *et al.*, 2017; Freitas *et al.*, 2020).

Em tumores com um tamanho maior, pode ser necessária a ressecção parcial ou em bloco, realizadas com objetivo de evitar fraturas patológicas. Nesses casos, é fundamental realizar a regeneração tecidual guiada utilizando membranas associada a enxertos ósseos, principalmente em cavidades maiores (Botero *et al.* 2017).



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

DISCUSSÃO

O tumor odontogênico adenomatóide representa cerca de 2-7% de todos os tumores odontogênicos, sendo sua incidência comum entre 10 e 19 anos, com 87,2% dos casos relatados na segunda e terceira década de vida. É de grande necessidade o conhecimento acerca das variantes clínicas do TOA no momento de formar uma hipótese diagnóstica, sendo elas a folicular, extrafolicular e periférica. As variantes folicular e extrafolicular, ambas intraósseas, são encontradas com maior facilidade, tendo a primeira uma prevalência de 70,8% e a última constituindo 26,9% de todos os TOA, já a variante periférica (extraóssea) considerada a menos comum, relatada em apenas 2,3% dos casos (Barnes *et al.*, 2005; Saini *et al.*, 2020; Sadasivan *et al.*, 2020).

Clinicamente a lesão se caracteriza pelo aspecto não invasivo, benigno e de crescimento lento e suas variantes se diferenciam de acordo com a localização, podendo estar associados a dentes inclusos (folicular), dentes irrompidos (extrafolicular) ou na gengiva (periférico). O TOA é relatado com uma frequência maior no gênero feminino, mostrando uma relação com o gênero masculino de 1:5,3 na variante periférica e de 1:2 na intraóssea (Al-Shimari *et al.*, 2017; Saini *et al.*, 2020).

Radiograficamente, a lesão se apresenta como uma área radiolúcida, unilocular e com bordas definidas e, com o intuito de auxiliar na identificação da lesão, pode ser classificada a partir de três variantes radiográficas: (1) periférica, localizada em gengiva; (2) folicular, sendo intraóssea e comumente encontrada associada a um dente incluso; e (3) extrafolicular, também intraóssea, mas associada a dentes erupcionados. A variante extrafolicular ainda pode ser subdividida de acordo com sua aparência radiográfica, podendo variar entre os subtipos E1, não tendo relação com estruturas dentárias; E2, localizado entre duas raízes radiculares; E3, no ápice radicular; ou E4, abrangendo uma parte intermediária da raiz do dente (Chaabani *et al.*, 2022; Câmara *et al.*, 2016).

A partir da excisão completa como forma de tratamento e posterior envio da lesão para biópsia pode-se observar como células tumorais primárias um padrão de células cuboides ou colunares de epitélio odontogênico dispostas em uma variedade de padrões histomorfológicos que formam estruturas semelhantes a rosetas, possuindo em seu interior material homogêneo amorfo eosinofílico (Sadasivan *et al.*, 2020). Também é evidenciado a presença de ductos (pseudoductos) formados a partir da disposição das células colunares com o núcleo polarizado longe do lúmen, se apresentando vazio ou contendo detritos celulares (Sadasivan *et al.*, 2020; Botero *et al.*, 2017).

O tumor odontogênico adenomatóide tem como um de seus diagnósticos diferenciais o tumor odontogênico epitelial calcificante devido a presença de focos radiopacos na lesão, podendo ser também diagnosticado de forma inadequada como ameloblastoma unilocular, tumor odontogênico ceratocístico ou com um odontoma (Câmara *et al.*, 2016; Botero *et al.*, 2017). Diante disso, é necessário um conhecimento aprofundado acerca das características clínicas, radiográficas e histopatológicas do tumor odontogênico adenomatóide para um diagnóstico preciso e uma adequada escolha de tratamento.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Pubmed, Scielo e Google Acadêmico no período de 2012 a 2023, nos idiomas português e inglês. Os termos designados para pesquisa foram “Características clínicas e radiográficas”, “Tumor odontogênico adenomatóide” e “Neoplasia benigna”, bem como seus correspondentes em inglês, “*Clinical and radiographic features*”, “*Adenomatoid odontogenic tumor*” e “*Benign neoplasm*” sendo os termos utilizados indexados aos descritores de ciência e saúde (DeCS). Os critérios de inclusão foram artigos da língua portuguesa e inglesa, publicados nos últimos 11 anos, com exclusão de artigos de opinião, editoriais e resumos, ainda que publicados em periódicos indexados. Para a seleção dos estudos, foi necessário identificar os artigos que se relacionavam ao objetivo principal, realizando a leitura dos títulos, dos resumos e dos artigos. Após análise crítica dos estudos, eles foram sintetizados e agrupados em temas pertinentes a temática principal do estudo, permitindo observar, classificar e descrever os dados adquiridos.

CONSIDERAÇÕES

A partir da pesquisa literária realizada, percebeu-se que o Tumor Odontogênico adenomatóide trata-se de uma neoplasia odontogênica benigna de origem epitelial que acomete mais prevalentemente a região anterior da maxila, sendo o local mais comum de sua ocorrência. Mais de 60% dos tumores atingem a maxila. Tal tumor atinge a maxila mais que a mandíbula, incluindo mais comumente um dente impactado ou supranumerário, sendo os dentes caninos e incisivos laterais superiores os mais prevalentes para esse feito. O TOA tem maior incidência em mulheres, com faixa etária de predileção de 10 a 30 anos de idade. O pico de aparecimento acontece principalmente na segunda década de vida, tendo assim uma predileção por pacientes jovens. Esse tumor possui padrões radiográficos e histopatológicos muito heterogêneos e o seu tratamento consiste em opções conservadoras como a enucleação e/ou a curetagem, para garantir prognóstico favorável e ausência de recidiva da lesão.

REFERÊNCIAS

- AL-SHIMARI, F.; CHANDRA, S.; ODA, D. Adenomatoid odontogenic tumor: case series of 14 with wide range of clinical presentation. **Journal of clinical and experimental dentistry**, v. 9, n. 11, p. e1315, 2017.
- BANSAL, S. P.; SHAIKH, S.; ARVANDEKAR, A. S.; DHANAWADE, S. S.; DESAI, R. S. Analysis of 55 cases of adenomatoid odontogenic tumor in an Indian population and review of literature. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 27, n. 1, p. e85, 2022.
- BARNES, L.; EVESON, J.; REICHART, P.; SIDRANSKY, D. **World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours**. [S. l.: s. n.], 2005.
- BONNE COMERÓN, R.; LOZADA GARCÍA, J.; DEL TORO GÁMEZ, Y. Tumor odontogénico adenomatóide en dos adolescentes. **Medisan**, v. 24, n. 3, p. 494-500, 2020.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

CÂMARA, P. R.; DE MORAES, S. N.; DO CARMO, A. B. C.; JÚNIOR, A. T.; DE SOUZA AZEVEDO, R. Tumor odontogênico adenomatoide: relato de um caso clínico destacando os seus principais diagnósticos diferenciais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 73, n. 4, p. 348, 2016.

CHAABANI, I.; BOUGUILA, J.; KAMMOUN, R.; CHEBBI, R.; SRIHA, B.; KHOCHTELI, H.; BEN ALAYA, T. Radiological features of Adenomatoid odontogenic tumor: Report of a maxillary case and a mandibular one. **Clinical case reports**, v. 10, n. 1, e05301, 2022. <https://doi.org/10.1002/ccr3.5301>

CORNEJO, A. D.; GATELUM, D. G.; VALENZUELA, P. C.; FLORIANO, S. C.; DE LA TORRE MORAN, G.; CALDERON, A. G.; DEL CAMPO, L. F. M. Tumor odontogênico adenomatoide: reporte de un caso. **Ciencia en la frontera**, 2021.

COSTA, K. B.; SANTOS, A. O. G. M.; DOS SANTOS, M. E. S. dos; OLIVEIRA, C. B. F. DE; SILVA, T. F. R. G. DA; AGUILLERA, M. DE O.; SILVA, J. C. L. DA; ANTUNES, D. M.; GAETTI JARDIM, E. C. Adenomatoid odontogenic tumor: Case report. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e11310413958, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13958>

DUC, N. Q.; LAM, V. N.; TIEN, N. P.; HANH, N. T. M.; DANG, V. D. H. A giant adenomatoid odontogenic tumor of the mandible: A case report and literature review. **International journal of surgery case reports**, v. 96, 107295, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107295>

DWIVEDI, D.; PRABHAKAR, N.; KASETTY, S.; AHUJA, R. Peripheral adenomatoid odontogenic tumor in a cloak of an epulis: report of a rare case. **BMC Oral Health**, v. 19, p. 1-10, 2019.

FREITAS, G. B. D.; LACERDA-SANTOS, J. T.; FRANÇA, A.; SILVA, A. G. G. **Tumor odontogênico adenomatoide extrafolicular em mandíbula**: relato de caso. Patos, MG: Faculdades Integradas de Patos, 2020.

KHAN, I.; SINGHAL, A.; RAZA, U.; PREMCHANDANI, S. Two sides of a coin: A report of two contrasting cases of adenomatoid odontogenic tumor with unusual presentations. **National Journal of Maxillofacial Surgery**, v. 13, n. 3, p. 475-478, 2022.

KRISHNAMURTHY, K.; BALAJI, R. S.; DEVADIGA, S.; PRASAD, R. G. R. Adenomatoid odontogenic tumor in the maxillary antrum: A rare case entity. **Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences**, v. 6, Suppl 1, S196-S199, 2014.

KUMAR, R.; SINGH, R. K.; PANDEY, R. K.; MOHAMMAD, S. Peripheral adenomatoid odontogenic tumor: report of a rare case. **Journal of Oral Biology and Craniofacial Research**, v. 2, n. 1, p. 57-60, 2012.

MARÍN BOTERO, M. L.; SÁENZ RIVERA, E DE J.; MARÍN CARDONA, M. N.; SÁNCHEZ MUÑOZ, L. B.; CASTAÑEDA-PELÁEZ, D. A. Tumor odontogênico adenomatoide. Relato de caso e revisão da literatura. **Avanços em Odontologia**, v. 33, n. 4, p. 161-170, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852017000400004&lng=es&tlng=es.

PATEL, H. B.; MOVANIYA, P. N.; DESAI, N. N.; MAKWANA, T. R.; MAKWANA, K. G.; MEHTA, P. D. Adenomatoid odontogenic tumor associated with impacted mandibular canine-A case report. **Annals of Maxillofacial Surgery**, v. 10, n. 2, p. 484-487, 2020.

PÉREZ, S. A.; DE SANTIAGO, M. D. J. G.; BERNAL, J. M. A.; JUÁREZ, V. L. H. Tumor odontogênico adenomatoide. Reporte de un caso. **Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial**, v. 12, n. 1, p. 21-27, 2016.

SADASIVAN, A.; RAMESH, R.; KURIEN, N. M. Peripheral adenomatoid odontogenic tumor - A rare cause of gingival enlargement: A case report with CBCT findings. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 12, p. 297-304, 2020. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S261308>



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

ESTADO DA ARTE DO TUMOR ODONTOGÊNICO ADENOMATÓIDE COM ÊNFASE PARA SEUS
ACHADOS CLÍNICO PATOLÓGICOS E IMAGINOLÓGICOS
Amanda Raquel de Oliveira, Wallisson Alexandre Soares, Arthur Cesar Bessa de Carvalho, Heitor Menezes Dias,
Helvécio Marangon Júnior, Victor da Mota Martins, Aletheia Moraes Rocha

SAINI, N., KADIAN, B.; RAJAIN, T.; NARANG, S.; NAMDEV, R. Extrafollicular adenomatoid odontogenic tumor in the maxillary incisor region disguised as gingival swelling. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 11, n. 2, p. 184-189, 2020.

SIRIWARDENA, B. S. M. S.; UDAGAMA, M. N. G. P.; TENNAKOON, T. M. P. B.; ATHUKORALA, D. A. A. D. W.; JAYASOORIYA, P. R.; TILAKARATNE, W. M. Clinical and demographic characteristics of adenomatoid odontogenic tumors: analysis of 116 new cases from a single center. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 88, p. 309-315, 2022.