

Maxillomandibular myxoma in neonates

Mixoma maxilo-mandibular em neonato

Adriano Santana Fonseca¹, Vanessa Rolim Barreto Cavalcante², Anderson Castelo Branco³

Keywords: jaw abnormalities, myxoma, jaw neoplasms.

Palavras-chave: anormalidades maxilo-mandibulares, mixoma, neoplasias maxilo-mandibulares.

INTRODUÇÃO

Mixomas são tumores mesenquimais benignos raros, constituídos por células estreladas indiferenciadas em matriz mucoide^{1,2,3}. Normalmente sua cápsula fibrosa é incompleta e infiltra-se nos tecidos adjacentes. Pode afetar o coração, ossos, derme, tecidos aponeuróticos e músculo-esqueléticos⁴. Ocorrem raramente na região da cabeça e do pescoço, acometendo especialmente mandíbula ou maxila¹. Apresentam crescimento lento e assintomático, porém invasivo localmente, atingindo grandes proporções. O aumento da região afetada é, frequentemente, o motivo para que o paciente procure auxílio médico. Mobilidade dentária pode ser observada e decorre das alterações alveolares¹.

Esta neoplasia acomete mais frequentemente pacientes jovens, entre 10 e 29 anos, sendo muito raramente encontrada em menores de 10 anos^{2,5}. É relatada uma discreta predileção por mulheres, numa proporção de 1,75:12. Contrariamente à maioria dos tumo-

res benignos, os mixomas não são tumores encapsulados e seus limites clínicos e radiológicos aparentes podem não representar seus verdadeiros limites identificados na histologia⁶.

O diagnóstico diferencial deve ser feito entre: fibroma odontogênico, ameloblastoma, cisto dentífero, displasia fibrosa, granuloma central de células gigantes, osteossarcoma e condrossarcoma⁶.

Os mixomas apresentam taxa de recidiva média em torno de 25% e, quanto maior a agressividade cirúrgica, menor a taxa de recorrência². O acompanhamento pós-operatório desses pacientes deve ser feito indefinidamente, mas as recidivas acontecem mais comumente nos primeiros dois anos⁶.

APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente masculino, com 1 ano de idade, natural de Salvador/BA, e histórico de aumento progressivo de volume em região mandibular direita, e maxilar esquerda, desde os primeiros 15 dias de vida, evoluindo com deformidade facial já à época.

Ao exame físico, a mucosa oral apresentava-se íntegra, porém com extenso alargamento da mandíbula à direita, se estendendo da porção subcondilar até a altura do incisivo lateral direito.

À tomografia computadorizada, observava-se área radiolúcida do tipo multilocular, com aspecto de "favos de mel" no corpo mandibular à direita, estendendo-se da região parasinfisária ao ramo mandibular, provocando expansão e destruição das corticais ósseas vestibular e lingual. Tal área envolvia os processos condilar e coronoide da mandíbula e deslocava os germes dentários ipsilaterais. Havia ainda área hipodensa com formações mineralizadas em processo alveolar da maxila esquerda.

Foi realizada biópsia prévia cujo diagnóstico foi de fibroma. Como a lesão continuava em expansão, já comprometendo a eclosão dos primeiros dentes, ipsi e contralaterais, optou-se pelo tratamento cirúrgico. Este consistiu na excisão cirúrgica de toda tumoração mandibular e maxilar, com margem (hemimandibulectomia direita + ressecção parcial de processo alveolar da maxila esquerda).



Figura 1. Mixoma Maxilo-Mandibular. Conjunto fotográfico ilustrando o aspecto tomográfico e macroscópico da lesão e a exérese da hemimandíbula direita.

O exame histopatológico da peça evidenciou massa tumoral composta por matriz mixoide levemente acidófila e raras células fusiformes ou levemente estreladas, picnóticas, com áreas de osteogênese típica, extra-tumoral, e medula hematopoiética normal. Compatível com mixoma de comportamento biológico incerto e margem cirúrgica livre de neoplasia.

A reconstrução hemifacial está planejada para um segundo tempo, com distração osteogênica associada. (Figura 1)

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS FINAIS

O tratamento conservador do mixoma (enucleação, curetagem, radioterapia) é indicado apenas em lesões próximas a estruturas vitais, porém tem altos índices de recidiva¹. A ressecção com margens adequadas é o tratamento de escolha para evitar recidivas¹. As reconstruções crânio faciais com distração osteogênica permitem uma abordagem mais agressiva e, consequentemente, mais curativa destas lesões, com a vantagem de permitir um adequado controle oncológico, uma vez que minimizam a necessidade de enxertos locorregionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melo GM, Tavares TV, Curado TAF, Cherobin G. B, Gonçalves G N H, Ribeiro C M F. Mixoma do Tecido Mole Cervical: Relato de Caso e Revisão da Literatura. Arq Int Otorrinolaringol. 2008; 12 (4), 587-90.
2. Melo Filho MR, Claros CRMM. MIXOMA ODONTOGÊNICO: REVISÃO DA LITERATURA E ANÁLISE DE 320 CASOS QUANTO AO SEXO, LOCALIZAÇÃO E IDADE. Científica. 2001;1(1), 1-11.
3. Nonaka CFW, Cavalcante RB, Piva MR, Souza LB, Pinto LP. Mixoma odontogênico: estudo clínico-patológico de 14 casos. Cienc Odontol Bras. 2007; 10 (2), 61-7.
4. Correia AVL, Amaral MF, Falcão MFL, Szyfer SOB, Castro JFL. Mixoma odontogênico mandibular: relato de caso. IJD. 2008; 7 (3), 194-8.
5. Caminha GP, Santiago AA, Manfrin JAG. MIXOMA DE ANTRÓ MAXILAR. Rev Bras Otorrinolaringol. 1997; 63 (4), 362-4.
6. Melo AUC, Martorelli SB, Cavalcanti PHH, Gueiros LA, Martorelli FO. Mixoma odontogênico maxilar: relato de caso clínico comprometendo seio maxilar. Braz J Otorhinolaryngol. 2008; 74 (3), 472-5.

¹ Especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelo HC/UNICAMP. Cirurgião Crânio-Maxilo-Facial pela Aborl/SBCP/SBCCP. Professor assistente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Salvador - Hospital Santa Izabel. Professor titular de Anatomia de Cabeça e Pescoço da UNIME. Disfagologista e Cirurgião de Cabeça e Pescoço do NOEV/Hospital da Bahia.

² Médica residente de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Izabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Médica residente do terceiro ano de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Izabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

³ Preceptor de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial da Residência de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Coordenador do Departamento de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial da ABORL-CCF. Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

Endereço para correspondência: Vanessa Rolim Barreto Cavalcante - Praça Conselheiro Almeida Couto 600/405 Bairro Nazaré Salvador BA 40050-410.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 22 de setembro de 2009. cod. 6656

Artigo aceito em 20 de outubro de 2009.