



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

JOÃO VICTOR MORAIS DE LIMA

MIXOMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: CASO CLÍNICO
COM REVISÃO DE LITERATURA

SOBRAL

2022

JOÃO VICTOR MORAIS DE LIMA

MIXOMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: CASO CLÍNICO COM REVISÃO DE
LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade
Federal do Ceará – *Campus* Sobral, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Hélen Imaculada
Pereira de Oliveira

SOBRAL

2022

Dados Internacionais de Catalogação na
Publicação Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L698m Lima, João Victor Morais de.
Mixoma odontogênico periférico: Caso clínico com relato de caso / João Victor Morais de Lima. –
2022.32 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de
Sobral, Curso de Odontologia, Sobral, 2022.

Orientação: Profª. Dra. Denise Hélen Imaculada Pereira de Oliveira.

1. Mixoma odontogênico. I. Título.

CDD 617.6

JOÃO VICTOR MORAIS DE LIMA

MIXOMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: CASO CLÍNICO COM REVISÃO DE
LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade
Federal do Ceará – *Campus* Sobral, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Hélen Imaculada
Pereira de Oliveira.

Aprovado em: _____, ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Denise Hélen Imaculada Pereira de Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Filipe Nobre Chaves
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por tudo o que está acontecendo em minha vida, e tenho a consciência que sem Ele nada disso seria possível. Sou grato pela minha família, meus pais, Ronaldo e Tatiana, meus irmãos, Arthur Vinícius e Pedro Lucas, minhas avós, Helena e Maria, e todos os meus tios e tias, principalmente Talisson e Rodésio, sem todos não chegaria até aqui.

Aos professores que contribuíram não somente em conhecimento mas também na formação de caráter, como professora Denise, professor Filipe, Marcelo Sampiere, Jacques, serei eternamente grato por tudo o que aprendi.

Sou grato a todas as amizades construídas na graduação que eu sei que levarei para a vida, como minhas duplas que foram fundamentais nesse trajeto, Águida e Raimundo, aos amigos Alice, Carlos Aragão, Felipe, João Pedro, Katlyn, Lucas, Mihatovit, Renan, Thiago, Vanuel, Vitória, Walyson e Yasmin.

RESUMO

O mixoma odontogênico periférico (MOP) é uma variante rara e extra-óssea do mixoma odontogênico (MO), classificado como tumor odontogênico benigno relativamente raro, porém apresentando comportamento localmente agressivo. Possui como principal área de acometimento a região posterior de mandíbula, com uma idade prevalente entre 10 a 40 anos. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de MOP em paciente de 75 anos, localizado em maxila direita e, além disso, realizar uma revisão bibliográfica dos dados em relação aos aspectos clínicos, radiográficos, hipótese de diagnóstico e tratamento. Paciente do sexo masculino, 75 anos, ao exame clínico constatou-se a presença de nódulo, de superfície lisa, no rebordo alveolar superior direito, medindo 20 x 25 mm, de coloração semelhante à mucosa, consistência amolecida, envolvendo os dentes 14 e 15, e com tempo de evolução indeterminado. A hipótese diagnóstica foi de fibroma ossificante periférico e diagnóstico diferencial de lesão periférica de células gigantes. Uma biópsia excisional foi realizada juntamente com a exodontia dos dentes envolvidos. O exame histopatológico e a reação histoquímica confirmaram o diagnóstico histopatológico de MOP. O caso relatado é extremamente raro devido à apresentação clínica da lesão, causando reabsorção óssea com mobilidade dentária. Além disso, a faixa etária de acometimento é muito diferente da apresentada na literatura, entre a segunda e a quarta década de vida. O diagnóstico final foi muito importante, por se tratar de uma lesão com grande potencial de recidiva, o seguimento em longo prazo deve ser mais cuidadoso e, em caso de recidiva, nova intervenção deve ser realizada.

Palavras-chave: Mixoma odontogênico; Patologia oral; Odontologia; Cavidade oral.

ABSTRACT

Peripheral odontogenic myxoma (POM) is a rare and extra-osseous variant of odontogenic myxoma (OM), classified as a relatively rare benign odontogenic tumor, yet presenting locally aggressive behavior. The objective this manuscript is to report a case of POM in a 75-year-old patient, located in the right maxilla, and in addition, to perform a literature review of the data in relation to clinical, radiographic aspects, hypothesis of diagnosis, and treatment. A male patient, 75 years old, clinical examination found the presence of a nodule, with a smooth surface, on the right upper alveolar ridge, measuring 20 x 25 mm, with a color similar to the mucosa, a softened consistency, involving teeth 14 and 15, and with an undetermined time of evolution was observed. The diagnostic hypothesis was a peripheral ossifying fibroma and differential diagnosis of peripheral giant cell lesion. An excisional biopsy was performed together with extraction of the involved teeth. Histopathological examination and histochemical reaction was confirm the histopathological diagnosis of POM. The reported case is extremely rare due to the clinical presentation of the lesion, causing bone resorption with tooth mobility. In addition, the age range of involvement is very different from that presented in the literature, between the second and fourth decade of life. The final diagnosis was very important, as it is a lesion with a great potential for recurrence, long-term follow-up should be more careful, and in case of recurrence, a new intervention must be performed.

Keywords: Odontogenic myxoma; Oral pathology; Dentistry; Oral cavity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resultados da revisão (dados epidemiológicos, localização, tratamento e recorrência de lesões).....	24
-----------------	---	----

LISTA DE IMAGENS

Figura 1	Presença de nódulo de superfície lisa na crista alveolar superior direita, medindo 20 x 25 mm, de coloração semelhante à mucosa, consistência macia, envolvendo os dentes 14 e 15.....	26
Figura 2	Radiografia periapical mostrando que a lesão causou reabsorção óssea irregular envolvendo os dentes 14 e 15 que havia mobilidade.....	26
Figura 3	Fragmento de lesão completa e dentes 14 e 15 após realização de procedimento cirúrgico (biópsia excisional + extrações) realizadas em regime ambulatorial.....	27
Figura 4	Imagem histológica revelando a presença de grandes células mesenquimais, com núcleos fusiformes e ovóides com projeções citoplasmáticas basofílicas no meio da matriz mixóide, permeadas por áreas fibrosas.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MOP	Mixoma odontogênico periférico
MO	Mixoma odontogênico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	12
3	CAPÍTULO	13
4	CONCLUSÃO.....	27
5	REFERÊNCIAS	28
6	ANEXO.....	30

1 INTRODUÇÃO

O mixoma odontogênico (MO) é um tumor benigno raro originado do ectomesênquima odontogênico. Clinicamente é localmente invasivo e com crescimento lento (OLIVEIRA et al., 2018; AYTAC-YAZICIOGLU et al., 2008; JAIN et al., 2013; LEISER et al., 2009; TASMINE et al., 2016; RAUBENHEIMER et al., 2012; DOTTA et al., 2020). Radiograficamente apresenta-se como lesão osteolítica bem delimitada, podendo observar aspectos semelhantes a bolha de sabão, favo de mel ou trabeculação em forma de raquete de tênis (OLIVEIRA et al., 2018; JAIN et al., 2013; LEISER et al., 2009). Os MOs podem ser classificados em dois tipos, mixomas centrais, localizados em tecido ósseo e mixomas odontogênicos periféricos (MOPs), localizados extra-ósseo ou nos tecidos moles sobrejacentes a áreas de suporte dentário (AYTAC-YAZICIOGLU et al., 2008).

O MOP é uma lesão rara e, devido a sua baixa incidência há uma escassez de informações no que se refere a suas características clínico-patológicas (KANITKAR et al., 2017). Comumente apresentam-se como massas pedunculadas ou sésseis, assintomático, exofíticas e localizadas em gengiva, sendo a maioria dos casos relatadas ente a 4ª e 6ª década de vida, mostrando também uma leve predileção pelo sexo feminino e os casos relatados em literatura mostram maior incidência na maxila. (AYTAC-YAZICIOGLU et al., 2008).

Clinicamente, os MOPs podem mimetizar lesões semelhantes, como lesões odontogênicas periféricas, granuloma periférico de células gigantes, fibroma, lipoma, granuloma piogênico, fibroma de células gigantes, fibroma traumático, neurofibroma, mucinose oral focal e outros tecidos conjuntivos malignos e metastáticos. (AYTAC-YAZICIOGLU et al., 2008).

Radiograficamente, o MOP em alguns casos por mostram deslocamento de dentes associados, sem reabsorção radicular, observando também erosão localizada em osso alveolar (AYTAC-YAZICIOGLU et al., 2008).

Histologicamente, o MOP caracteriza-se por células estreladas, fusiformes e redondas orientadas aleatoriamente com processos citoplasmáticos longos, finos, anatomizantes pálidos ou levemente eosinofílicos que se estendem a partir do núcleo central. As células estão uniformemente dispersas em um abundante estroma mucóide ou mixóide que contém apenas algumas fibras finas de colágeno. (AYTAC-YAZICIOGLU et al., 2008; LEISER et al., 2009; JAIN et al., 2013; TASMINE et al., 2016; RAUBENHEIMER et al., 2012).

O MOP sem envolvimento ósseo é tratado com excisão cirúrgica simples, já os casos em que há, a excisão cirúrgica e curetagem marginal fazem-se necessárias (KANITKAR et al.,

2017; JAIN *et al.*, 2013).

2 OBJETIVO

Relatar um caso raro de MOP em paciente de idade avançada, juntamente com uma revisão de literatura. O conhecimento de lesões consideradas raras é de fundamental importância para o correto manejo e tratamento, proporcionando assim melhores práticas clínicas.

3 CAPÍTULO

Este trabalho está baseado nas normas que regulam o trabalho de conclusão de curso do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral, que regulamenta o formato de artigo em seu Capítulo III, artigo 8º, desde que seja um tema de relevância para Odontologia e siga as normas do periódico selecionado para publicação.

Artigo publicado no periódico *RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT*, v. 10, p. e26910615797, 2021.

Página de Títulos

**PERIPHERAL ODONTOGENIC MYXOMA: CLINICAL CASE WITH A
LITERATURE REVIEW**
MIXOMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: CASO CLÍNICO COM REVISÃO
DE LITERATURA
MYXOMA ODONTOGÉNICO PERIFÉRICO: CASO CLÍNICO CON
REVISIÓN DE LITERATURA

Carlos Eduardo Nogueira Nunes^a ; Anne Diolina Araújo Morais^a; João Victor Morais de Lima^b; Filipe Nobre Chaves^c ; Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri^c; Denise Hélien Imaculada Pereira de Oliveira^c

^aDDS, MSc Student, Postgraduate Program, Health Sciences, Federal University of Ceará *Campus* Sobral, Ceará-Brazil.

^bGraduate student, Federal University of Ceará *Campus* Sobral, Ceará-Brazil.

^cDDS, MSc, PhD, Professor, Postgraduate Program, Health Sciences, Federal

*Corresponding author and reprint requests:

Denise Hélien Imaculada Pereira de Oliveira

Curso de Odontologia

Universidade Federal do Ceará *Campus* Sobral

Rua Coronel Estanilau Frota, S/N,

CEP 62010-560 Sobral, CE, Brasil

Phone/Fax: +55 88 3695-4601

denisehelen2011@hotmail.com

Resumo

O mixoma odontogênico periférico (MOP) é uma variante rara e extra-óssea do mixoma odontogênico (MO), classificado como um tumor odontogênico benigno agressivo. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de MOP em paciente de 75 anos, localizado em maxila direita e, além disso, realizar uma revisão bibliográfica dos dados em relação aos aspectos clínicos, radiográficos, hipótese de diagnóstico e tratamento. Paciente do sexo masculino, 75 anos, ao exame clínico constatou-se a presença de nódulo, de superfície lisa, no rebordo alveolar superior direito, medindo 20x25 mm, de coloração semelhante à mucosa, consistência amolecida, envolvendo os dentes 14 e 15, e com tempo de evolução indeterminado. A hipótese diagnóstica foi de fibroma ossificante periférico e diagnóstico diferencial de lesão periférica de células gigantes. Uma biópsia excisional foi realizada juntamente com a exodontia dos dentes envolvidos. O exame histopatológico e a reação histoquímica confirmaram o diagnóstico histopatológico de MOP. O caso relatado é extremamente raro devido a apresentação clínica da lesão causando reabsorção óssea com mobilidade dentária. Além disso, a faixa etária de acometimento é muito diferente da apresentada na literatura, entre a segunda e quarta década de vida. O diagnóstico final foi muito importante por se tratar de uma lesão com grande potencial de recidiva, o seguimento em longo prazo deve ser muito cuidadoso e, em caso de recidiva, nova intervenção deve ser realizada.

Palavras-chave: Mixoma odontogênico; Patologia oral; Odontologia; Cavidade oral

1. Introdução

O mixoma odontogênico (MO) é um tumor mesenquimal benigno, incomum, de crescimento lento, localmente invasivo e classificado como um tumor odontogênico devido à grande semelhança histológica que apresenta com o ectomesênquima odontogênico (Dotta et al, 2020; Francisco et al, 2016; Kawase-Koga et al, 2014; Leiser et al, 2009). Isso além de sua localização em áreas de dentes suporte nos ossos maxilares e sua associação ocasional com dentes ausentes ou hígidos (Oliveira et al, 2018; Raubenheimer et al, 2012; Aytac-Yazicioglu et al, 2008; Kapoor et al, 2015). Os MOs são classificados em duas variantes: mixoma odontogênico central, (o mais comumente encontrado), e mixoma odontogênico periférico (MOP) (Aytac-Yazicioglu et al, 2008; Tasnime et al, 2016; Singh et al, 2013).

O MOP é considerada uma variação rara da MO, com poucos casos presentes na literatura, caracteriza-se como menos agressivo em termos de infiltração local, e também apresenta menor taxa de recorrência (Raubenheimer et al, 2012; Aytac-Yazicioglu et al, 2008; Kapoor et al, 2015). Algumas teorias argumentam que se forma através da ação de fibroblastos e miofibroblastos alterados, considerado capaz de produzir mucopolissacarídeos em excesso, mas geralmente incapaz de formar colágeno maduro (Aytac-Yazicioglu et al, 2008; Perrotti et al, 2006). No entanto, não há consenso na literatura quanto à formação desse subtipo de MO (Aytac-Yazicioglu et al, 2008; Perrotti et al, 2006; Chrcanovic & Gomez, 2019).

Atualmente, há poucos dados na literatura que comparem os MOPs aos mixomas odontogênicos centrais, no entanto, alguns estudos argumentam que essas lesões têm predileção pelo sexo masculino e geralmente localizam-se no palato duro, região parotídea, mucosa jugal ou assoalho bucal (Perrotti et al, 2006; Shimoyama et al, 2000; Elzay et al, 1978; Singh et al, 2013; Chrcanovic & Gomes, 2019). Devido ao amplo espectro de lesões de tecidos moles descritas na literatura com características clínicas semelhantes ao MOP, o diagnóstico deste tumor é um grande desafio (Kanitkar et al, 2017). Um diagnóstico definitivo e adequado o tratamento só pode ser formulado quando os componentes clínico, histológico e radiográfico são combinados (Dotta et al, 2020; Kanitkar et al, 2017). O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico raro de MOP, ao mesmo tempo em que realiza uma ampla

revisão dos casos relatados na literatura.

2. Metodologia

Este artigo centra-se na procura de uma resposta prática para os profissionais de saúde sobre como lidar com casos de lesões orais raras, difícil diagnóstico e com variadas possibilidades terapêuticas. Este artigo é um relato de caso clínico e revisão de literatura com abordagem qualitativa e descritiva. Segundo Estrela et al. (2018), tal estudo é caracterizado como uma pesquisa em que ocorre a coleta direta de dados, sendo o pesquisador o instrumento primordial. Este estudo foi legalmente amparado por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Universidade Federal do Ceará - *Campus* Sobral, setor de estomatologia.

A revisão da literatura foi realizada, sem restrições de data até dezembro de 2019, na base de dados PubMed/Medline. Os termos utilizados foram: “mixoma periférico” e “oral”. Os critérios de inclusão foram: 1. Relato de caso ou série de casos do MOP contendo informações completas sobre os aspectos clínicos e histopatológicos, e 2. Uma série de casos de tumores odontogênicos, relatando pelo menos um caso de MOP devidamente caracterizado. Os critérios de exclusão foram: 1. Estudos em animais e revisões de literatura; 2. Artigos de MOP com foco diferente do mencionado nos critérios de inclusão; 3. Tumores híbridos parcialmente composto por um MOP, (que pode se comportar de forma diferente); e 4. Qualquer idioma que não seja o inglês.

O foco feito apenas na variante do mixoma periférico, considerada rara, reduziu muito nossos achados em comparação com outras revisões semelhantes que abordaram inteiramente o mixoma (Dotta et al, 2020).

A revisão resultou em um total de 42 títulos/resumos, sendo que 11 atenderam aos critérios de inclusão. Dos 11 artigos selecionados para revisão, nove eram relatos de casos clínicos e dois envolviam mais de um caso clínico (dois casos e quatro casos), totalizando 15 casos diagnosticados com MOP. As informações foram compiladas em uma planilha por um revisor e verificadas por um segundo revisor.

3. Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 75 anos, paraplégico, procurou o serviço de

estomatologia com queixa de edema maxilar indolor. Nos destacam que durante a anamnese e preenchimento do prontuário odontológico, o paciente foi informado de que o ambiente do serviço era uma escola de odontologia e que seu caso seria objeto de estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao exame clínico, foi constatada a presença de um nódulo, de superfície lisa, na crista alveolar superior direita, medindo 20 x 25 mm, de coloração semelhante à mucosa, de consistência mole, envolvendo os dentes 14 e 15 (Figura 1), e com tempo de evolução indefinido.

O paciente relatou ausência de qualquer procedimento cirúrgico prévio na área envolvida, e ausência de sintomas ou comorbidade sistêmica. O exame de imagem revelou que a lesão gerou reabsorção óssea irregular envolvendo os dentes 14 e 15, que apresentava mobilidade, porém a lesão não apresentava envolvimento intra ósseo (Figura 2).

A hipótese diagnóstica foi fibroma ossificante periférico e diagnóstico diferencial de lesão periférica de células gigantes. Uma biópsia excisional foi realizada juntamente com a extração dos dentes envolvidos (Figura 3).

O exame histopatológico revelou grandes células mesenquimais, núcleos fusiformes e ovóides com projeções citoplasmáticas no meio da matriz mixóide, permeadas por áreas fibrosas (Figura 4). A reação histoquímica alcian-blue foi positiva para o material mixóide, indicando a presença de glicosaminoglicanos ácidos no mixóide. estroma, confirmando o diagnóstico histopatológico de MOP. A análise imuno-histoquímica adicional revelou positividade para vimentina, corroborando uma provável origem mesenquimal para MOP.

4. Resultados e discussão

O presente estudo investigou os aspectos clínico-patológicos da MOP relatados na literatura. O pequeno número de casos revisados está presente na Tabela 1 e pode sugerir tratar-se de uma lesão rara. Em geral, observou-se uma leve predominância do sexo feminino. No entanto, estudos anteriores relatam uma predileção por homens (Aytac-Yazicioglu et al, 2008; Elzay et al, 1978; Tse & Vander, 1985). A maioria dos pacientes por idade de acometimento estava entre a segunda e quarta décadas de vida. Isso está de acordo com parte da literatura, que relatou ocorrências em uma população mais jovem, entre a segunda e a quarta década de vida (Jain et al, 2013; Dotta et al, 2020).

No entanto, de acordo com a literatura, a idade grupo mais acometido está entre a quarta e sexta décadas de vida (Aytac-Yazicioglu et al, 2008; Kapoor et al, 2015; Kanitkar et al, 2017; Chrcanovic & Gomez, 2019). No relato de caso atual, representando um paciente idoso com MOP, um paciente de 75 anos paciente do sexo masculino foi acometido.

Devido ao baixo número de casos de MOP relatados na literatura, a região bucal mais acometida por essa lesão não foi estabelecida pelos autores. No entanto, nesta revisão, evidenciou-se que a localização mais comum nos 16 casos foi a região anterior da mandíbula, seguida pela região anterior da maxila. Assim como no relatório atual, Yazicioglu, Eren e Görgün em 2008 relataram um caso localizado na gengiva posterior da maxila; e também afirmaram que mixomas localizados na gengiva têm origem odontogênica e, portanto, não podem ser classificados como mixomas de tecidos moles (Aytac Yazicioglu et al, 2008).

Na literatura, outras regiões também são citadas, como o palato duro, a mucosa jugal e o espaço infratemporal. (Kapoor et al, 2015; Elzay et al, 1978). O MOP, ao apresentar destruição óssea, tende a ocorrer em pacientes idosos, mas menos frequentemente em homens (Miettinen et al, 1985; Hill et al, 1990). Além disso, os casos que apresentam destruição óssea crescem mais rapidamente quando comparados com aqueles sem destruição óssea (Miettinen et al, 1985; Hill et al, 1990). O caso atual provou ser associado a uma área de reabsorção óssea envolvendo os dentes 14 e 15, que apresentavam mobilidade. Devido à sua raridade, é improvável que o diagnóstico clínico desse tipo de lesão chegue a uma hipótese diagnóstica inicial de MOP. Normalmente a lesão é inicialmente diagnosticada como lesão periférica de células gigantes, fibroma ossificante periférico, lesão traumática fibroma e lesões originárias de glândulas salivares menores (Aytac-Yazicioglu et al, 2008; Tasnime et al, 2016; Perrotti et al, 2006; Shimoyama et al, 2000; Elzay et al, 1978; Kanitkar et al, 2017; Shenoy et al, 2014). Isso aconteceu no presente caso, onde essas também foram as hipóteses diagnósticas dadas, com base no aspecto clínico e radiográfico. Foi necessário exame histopatológico para confirmar que se tratava de um MOP, onde foi possível observar uma neoplasia de origem odontogênica.

Por vezes, diante de uma lesão rara, é realizada análise imuno-histoquímica para confirmar a origem das células tumorais. No caso da MOP, a origem é miofibroblástica e histiocítica (Jain et al, 2013). Assim, em muitos estudos, o marcador imuno-histoquímico vimentina é o mais utilizado para confirmar a origem miofibroblástica e histiocítica

(Raubenheimer et al. al, 2012; Perrotti et al, 2006; Kanitkar et al, 2017). Além da análise imuno-histoquímica com vimentina, Tasmine et al., 2016 também realizou análise histoquímica, (como no presente caso) via coloração com *alcian blue*, que indica a presença de glicosaminoglicanos ácidos no estroma mixóide, confirmando o diagnóstico histopatológico de MOP.

Devido às suas baixas taxas de recorrência, abordagens intraorais, como enucleação e curetagem, têm sido descritas como procedimento de tratamento eficaz para MOP (Perrotti et al, 2006; Shenoy et al, 2014). De acordo com a literatura, na atual pesquisa, e também no presente caso, o tratamento mais comumente realizado é a excisão cirúrgica simples. No entanto, a eficácia deste tipo de tratamento nos casos notificados não pode ser tida como certa, uma vez que, por vezes, o acompanhamento é problemático (como foi observado nestes artigos). Assim, seja qual for o tratamento escolhido, o monitoramento/acompanhamento do paciente é de fundamental importância nos casos em que o laudo histopatológico revela um MOP (Perrotti et al, 2006; Kanitkar et al, 2017). Ao chegar ao diagnóstico de MOP, o tratamento do paciente deve ser individualizado levando em consideração as especificidades características da lesão do paciente (Francisco et al, 2016; Leiser et al, 2009). No entanto, as técnicas de tratamento conservador são preferíveis em comparação com técnicas mais agressivas, pois o potencial de recorrência nas modalidades cirúrgicas é semelhante (Dotta et al, 2020). Além disso, as técnicas conservadoras apresentam vantagens como serem menos invasivas, mais econômicas e com menor tempo de internação estadia (Kawase-Koga et al, 2014). Assim, monitorar o paciente para evitar possíveis recaídas é mais importante do que usar técnicas agressivas que causam acentuada morbidade e diminuição da qualidade de vida do paciente.

5. Conclusão

O diagnóstico final foi muito importante, pois se trata de uma lesão com grande potencial de recidiva, o acompanhamento a longo prazo deve ser mais cuidadoso e, em caso de recorrência, uma nova intervenção deve ser realizada.

Novos relatos de casos devem ser publicados sempre que os profissionais se deparam com casos raros como este, demonstrando sua conduta para que outros profissionais adquiram essa experiência e saibam como lidar quando também se

depararem com casos como esse.

Em um futuro próximo, com um número satisfatório de relatos e acompanhamento de longo prazo, é possível realizar uma revisão sistemática de qualidade para esclarecer exatamente qual é a melhor abordagem para lesões raras como esta.

Referências

- Aytac-Yazicioglu, D., Eren, H., & Görgün, S. (2008). Peripheral odontogenic myxoma located on the maxillary gingiva: Report of a case and review of the literature. *Oral and Maxillofacial Surgery*, 12(3), 167–171. <https://doi.org/10.1007/s10006-008-0122-8>
- Dotta, J. H., Miotto, L. N., Spin-Neto, R., & Ferrisse, T. M. (2020). Odontogenic Myxoma: Systematic review and bias analysis. *European Journal of Clinical Investigation*, 50(4), 1–14. <https://doi.org/10.1111/eci.13214>.
- Jain, V. K., & Reddy, S. N. (2013). Peripheral odontogenic myxoma of maxillary gingiva: A rare clinical entity. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 17(5), 653–656. <https://doi.org/10.4103/0972-124X.119287>.
- Kanitkar, S., Kamat, M., Tamagond, S., Varekar, A., & Datar, U. (2017). Peripheral odontogenic myxoma in a 12-year-old girl: A rare entity. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 43(3), 178–181. <https://doi.org/10.5125/jkaoms.2017.43.3.178>.
- Leiser, Y., Abu-El-Naaj, I., & Peled, M. (2009). Odontogenic myxoma - A case series and review of the surgical management. *Journal of Cranio- Maxillofacial Surgery*, 37(4), 206–209. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2008.10.001>.
- Oliveira, S. V., Rocha, A. C., Cecchetti, M. M., Gallo, C. de B., & Alves, F. A. (2018). Odontogenic Myxoma in a Child treated with enucleation and curettage. *Autopsy and Case Reports*, 8(3). <https://doi.org/10.4322/acr.2018.042>.
- Raubenheimer, E. J., & Noffke, C. E. (2012). Peripheral Odontogenic Myxoma: A Review of the Literature and Report of Two Cases. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 11(1), 101–104. <https://doi.org/10.1007/s12663-011-0194-0>
- Tasnime, S., Saxena, C., Bansal, V., & Wadhwan, V. (2016). Peripheral odontogenic myxoma. *Indian Journal of Dental Research*, 27(4), 437–440. <https://doi.org/10.4103/0970-9290.191896>.

Tabela 1: Resultados da revisão (dados epidemiológicos, localização, tratamento e recorrência de lesões)

Autor/ano/n° de pacientes	Sexo / idade	Localização	Tratamento	Acompanhamento / recidivas
Una Datar/ 2017/1	FEM / 12	Anterior de mandíbula	Excisão cirúrgica e curetagem	2 anos / ausente
Tasmine/2016/1	FEM/14	Anterior de maxila	Excisão cirúrgica, curetagem e ostectomia	
Reddy/2013/1	FEM/41	Anterior de maxila	Excisão cirúrgica simples	6 meses/ ausente
Desai/2015/1	MASC/11	Espaço infra-temporal	Excisão cirúrgica com margens livres	2 anos/ ausente
Görgün/2008/1	FEM/41	Posterior de maxila	Excisão cirúrgica simples e exodontia de dente associado	1 ano/ ausente
Rao/2014/1	MASC/22	Posterior de mandíbula	Excisão cirúrgica com margens livres	
Piattelli/2006/1	MASC/42	Anterior de maxila	Excisão cirúrgica simples	4 anos/ ausente
Sah S P/2001/1	FEM/35	Posterior de maxila	Excisão cirúrgica com margens livres	1 ano/ ausente
Ide/2000/1	MASC/51	Anterior de mandíbula	Excisão cirúrgica e curetagem	
Noffke/2012/2	FEM/53	Anterior de mandíbula	Excisão cirúrgica simples	7 anos/ ausente
	FEM/38	Anterior de mandíbula	Excisão cirúrgica simples	
Richmond/1978/4	FEM/35	Palato duro	Excisão cirúrgica simples	13 anos/ ausente
	MASC/39	Mucosa jugal	Excisão cirúrgica simples	1 ano/ ausente
	MASC/48		Excisão cirúrgica simples	3 anos/ ausente
	FEM/28	Posterior de mandíbula	Excisão cirúrgica simples	3 anos/ ausente

Autor/ano/n° de pacientes	Sexo / idade	Localização	Tratamento	Acompanhamento / recidivas
Una Datar/ 2017/1	FEM / 12	Anterior de mandíbula	Excisão cirúrgica e curetagem	2 anos / ausente
Tasmine/2016/1	FEM/14	Anterior de maxila	Excisão cirúrgica, curetagem e ostectomia	
Reddy/2013/1	FEM/41	Anterior de maxila	Excisão cirúrgica simples	6 meses/ ausente
Desai/2015/1	MASC/11	Espaço infra-temporal	Excisão cirúrgica com margens livres	2 anos/ ausente
Görgün/2008/1	FEM/41	Posterior de maxila	Excisão cirúrgica simples e exodontia de dente associado	1 ano/ ausente
Rao/2014/1	MASC/22	Posterior de mandíbula	Excisão cirúrgica com margens livres	
Piattelli/2006/1	MASC/42	Anterior de maxila	Excisão cirúrgica simples	4 anos/ ausente
Sah S P/2001/1	FEM/35	Posterior de maxila	Excisão cirúrgica com margens livres	1 ano/ ausente
Ide/2000/1	MASC/51	Anterior de mandíbula	Excisão cirúrgica e curetagem	
Noffke/2012/2	FEM/53	Anterior de mandíbula	Excisão cirúrgica simples	7 anos/ ausente
	FEM/38	Anterior de mandíbula	Excisão cirúrgica simples	
Richmond/1978/4	FEM/35	Palato duro	Excisão cirúrgica simples	13 anos/ ausente
	MASC/39	Mucosa jugal	Excisão cirúrgica simples	1 ano/ ausente
	MASC/48		Excisão cirúrgica simples	3 anos/ ausente
	FEM/28	Posterior de mandíbula	Excisão cirúrgica simples	3 anos/ ausente

Figura 1 - Presença de nódulo de superfície lisa na crista alveolar superior direita, medindo 20 x 25 mm, de coloração semelhante à mucosa, consistência macia, envolvendo os dentes 14 e 15.



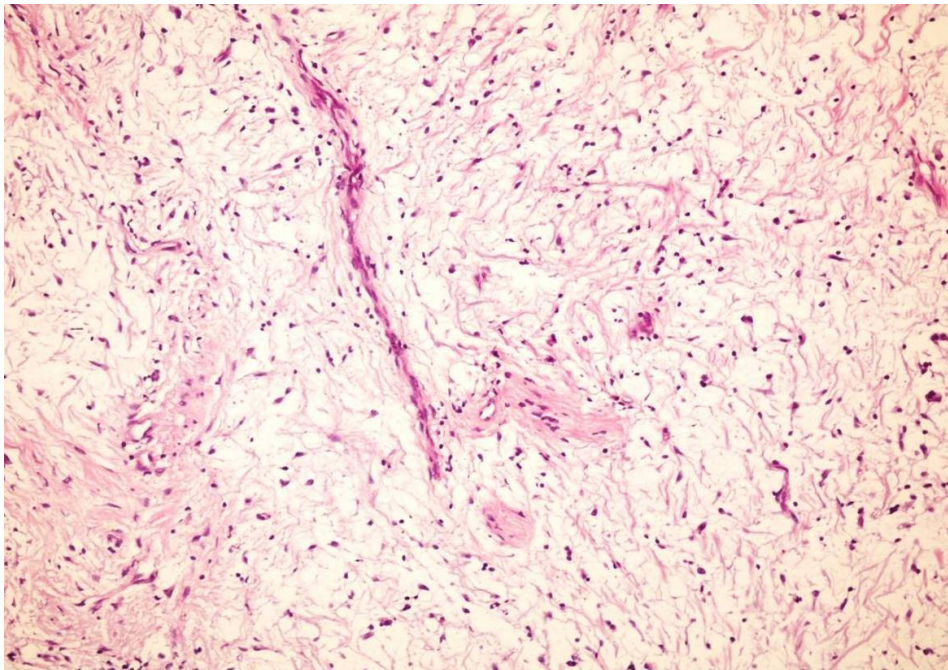
Figura 2 - Radiografia periapical mostrando que a lesão causou reabsorção óssea irregular envolvendo os dentes 14 e 15 que havia mobilidade.



Figura 3 - Fragmento de lesão completa e dentes 14 e 15 após realização de procedimento cirúrgico (biópsia excisional + extrações) realizadas em regime ambulatorial



Figura 4 - Imagem histológica revelando a presença de grandes células mesenquimais, com núcleos fusiformes e ovóides com projeções citoplasmáticas basofílicas no meio da matriz mixóide, permeadas por áreas fibrosas.



4 CONCLUSÃO GERAL

O presente estudo diz respeito a um relato de caso com revisão de literatura, relatando um caso MOP, em um paciente de idade avançada, enquanto a literatura relata a prevalência entre a 4ª e 6ª década de vida, o relato atual diz respeito a um indivíduo de 75 anos. Poucos casos relatados evidenciam a atipicidade da lesão, dificultando assim o seu diagnóstico clínico, devido a sua grande semelhança com outras lesões.

O diagnóstico histopatológico mostrou-se de fundamental importância para estabelecer as corretas conduções clínicas, sendo realizada a biópsia excisional e exodontia de dentes que apresentavam mobilidade associados a lesão.

Embora não há relatos de recidiva na literatura do MOP, o acompanhamento a longo prazo torna-se indispensável, sendo possível assim trazer relatos mais precisos dessa lesão pouco relatada e de raro acometimento.

5 REFERÊNCIAS

AYTAC-YAZICIOGLU, D.; EREN, H.; GÖRGÜN, S. Peripheral odontogenic myxoma located on the maxillary gingiva: report of a case and review of the literature. **Oral and maxillofacial surgery**, v. 12, n. 3, p. 167–171, 2008.

CHRCANOVIC, B. R.; GOMEZ, R. S. Odontogenic myxoma: An updated analysis of 1,692 cases reported in the literature. **Oral diseases**, v. 25, n. 3, p. 676–683, 2019.

DOTTA, J. H. et al. Odontogenic Myxoma: Systematic review and bias analysis. **European journal of clinical investigation**, v. 50, n. 4, p. e13214, 2020.

ELZAY, R. P.; DUTZ, W. Myxomas of the paraoral--oral soft tissues. **Oral surgery, oral medicine, and oral pathology**, v. 45, n. 2, p. 246–254, 1978.

ESTRELA, C. **Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa**. [s.l.] Artes Médicas, 2018.

FRANCISCO, A.-L.-N. et al. Clinicopathologic analysis of 14 cases of odontogenic myxoma and review of the literature. **Journal of clinical and experimental dentistry**, v. 9, n. 4, p. e560–e563, 2017

HILL, T. L.; JONES, B. E.; PARK, K. H. Myxoma of the skin of a finger. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 22, n. 2, p. 343–345, 1990.

JAIN, V. K.; REDDY, S. N. Peripheral odontogenic myxoma of maxillary gingiva: A rare clinical entity. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 17, n. 5, p. 653–656, 2013.

KANITKAR, S. et al. Peripheral odontogenic myxoma in a 12-year-old girl: a rare entity. **Journal of the Korean Association of oral and maxillofacial surgeons**, v. 43, n. 3, p. 178–181, 2017.

KAPOOR, P. et al. Peripheral myxoma of the infratemporal region: An unusual case report. **Journal of oral biology and craniofacial research**, v. 5, n. 3, p. 232–235, 2015.

KAWASE-KOGA, Y. et al. Surgical management of odontogenic myxoma: a case report and review of the literature. **BMC research notes**, v. 7, n. 1, p. 214, 2014.

LEISER, Y.; ABU-EL-NAAJ, I.; PELED, M. Odontogenic myxoma--a case series and review of the surgical management. **Journal of cranio-maxillo-facial surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery**, v. 37, n. 4, p. 206–209, 2009.

MIETTINEN, M. et al. Intramuscular myxoma--a clinicopathological study of twenty-three cases. **American journal of clinical pathology**, v. 84, n. 3, p. 265–272, 1985.

OLIVEIRA, S. V. et al. Odontogenic myxoma in a child treated with enucleation and curettage. **Autopsy & case reports**, v. 8, n. 3, p. e2018042, 2018.

PERROTTI, V. et al. Soft tissue myxoma: report of an unusual case located on the gingiva. **Journal of clinical periodontology**, v. 33, n. 1, p. 76–78, 2006.

RAUBENHEIMER, E. J.; NOFFKE, C. E. Peripheral odontogenic myxoma: a review of the literature and report of two cases. **Journal of maxillofacial and oral surgery**, v. 11, n. 1, p. 101–104, 2012.

SHENOY, V. S. Soft tissue myxoma- A rare differential diagnosis of localized oral cavity lesions. **Journal of clinical and diagnostic research: JCDR**, 2014.

SHIMOYAMA, T. et al. Soft tissue myxoma of the gingiva: report of a case and review of the literature of soft tissue myxoma in the oral region. **Journal of oral science**, v. 42, n. 2, p. 107–109, 2000.

SINGH, P.; DAVIES, H. T. An ectopic tooth concealing an odontogenic myxoma. **Dental update**, v. 40, n. 1, p. 32–35, 2013.

TASNIME, S. et al. Peripheral odontogenic myxoma. **Indian journal of dental research: official publication of Indian Society for Dental Research**, v. 27, n. 4, p. 437–440, 2016.

TSE, J. J.; VANDER, S. The soft tissue myxoma of the head and neck region--report of a case and literature review. **Head & neck surgery**, v. 7, n. 6, p. 479–483, 1985.

ANEXO

RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

Diretrizes do autor

1) Estrutura do texto:

- Título nesta sequência: português, inglês e espanhol.
- Os autores do artigo (devem ser colocados nesta sequência: nome, ORCID, instituição, e-mail). NOTA: O número ORCID é individual para cada autor, sendo necessário para registro no DOI, e em caso de erro não é possível efetuar o registro no DOI).
- Resumo e Palavras-chave nesta sequência: Português, Inglês e Espanhol (o resumo deve conter o objetivo do artigo, metodologia, resultados e conclusão do estudo. Deve ter entre 150 e 250 palavras);
- Corpo do texto (deve conter as seções: 1. Introdução, em que há contexto, problema estudado e objetivo do artigo; 2. Metodologia utilizada no estudo, bem como autores que sustentam a metodologia; 3. Resultados (ou alternativamente , 3. Resultados e Discussão, renumerando os demais subitens), 4. Discussão e, 5. Considerações finais ou Conclusão);
- Referências: (Autores, o artigo deve ter no mínimo 20 referências tão atuais quanto possível. Tanto a citação no texto quanto o item de Referências, utilizar o estilo de formatação da APA - American Psychological Association. As referências devem ser completas e atualizadas. ordem alfabética crescente, pelo sobrenome do primeiro autor da referência, não devem ser numerados, devem ser colocados em tamanho 8 e espaçamento 1,0, separados entre si por um espaço em branco).

2) Disposição:

- Formato Word (.doc);
- Escrito em espaço de 1,5 cm, usando fonte Times New Roman 10, em formato A4 e as margens do texto devem ser inferior, superior, direita e esquerda de 1,5 cm;
- Os recuos são feitos na régua do editor de texto (não pela tecla TAB);
- Os artigos científicos devem ter mais de 5 páginas.

3) Figuras:

A utilização de imagens, tabelas e ilustrações deve seguir o bom senso e, preferencialmente, a ética e axiologia da comunidade científica que discute os temas do manuscrito. Nota: o tamanho máximo do arquivo a ser enviado é de 10 MB (10 mega).

Figuras, tabelas, gráficos etc. (devem ter sua chamada no texto antes de serem inseridas. Após sua inserção, a fonte (de onde vem a figura ou tabela...) e um parágrafo de comentário para dizer o que o leitor deve observar é importante neste recurso. As figuras, tabelas e gráficos ... devem ser numerados em ordem crescente, os títulos das tabelas, figuras ou gráficos devem ser colocados na parte superior e as fontes na parte inferior.

4) Autoria:

O arquivo word enviado no momento da submissão NÃO deve conter os nomes dos autores.

Todos os autores precisam ser incluídos apenas no sistema da revista e na versão final do artigo (após análise dos revisores da revista). Os autores devem ser cadastrados apenas nos metadados e na versão final do artigo por ordem de importância e contribuição para a construção do texto. NOTA: Os autores escrevem os nomes dos autores na grafia correta e sem abreviaturas no início e no final do artigo e também no sistema da revista.

O artigo deve ter no máximo 10 autores. Para casos excepcionais, é necessária a consulta prévia à Equipe da Revista.

5) Vídeos tutoriais:

- Cadastro de novo usuário: <https://youtu.be/udVFytOmZ3M>
- Passo a passo da submissão do artigo no sistema da revista: <https://youtu.be/OKGdHs7b2Tc>

6) Exemplo de referências APA:

- Artigo de jornal:

Gohn, MG & Hom, CS (2008). Abordagens teóricas ao estudo dos movimentos sociais na América Latina. *Caderno CRH*, 21 (54), 439-455.

- Livro:

Ganga, GM D.; Soma, TS & Hoh, GD (2012). *Trabalho de conclusão de curso (TCC) em engenharia de produção*. Atlas.

- Página da Internet:

Amoroso, D. (2016). *O que é Web 2.0?* <http://www.tecmundo.com.br/web/183-o-que-e-web-2-0->

7) A revista publica artigos originais e inéditos que não sejam postulados simultaneamente em outras revistas ou órgãos editoriais.

8) Dúvidas: Qualquer dúvida envie um email para rsd.articles@gmail.com ou dorlivete.rsd@gmail.com ou WhatsApp (55-11-98679-6000)

Aviso de direitos autorais

Os autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1) Os autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação com o trabalho simultaneamente licenciado sob uma Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial nesta revista.

2) Os autores podem entrar em acordos contratuais adicionais separados para a distribuição não exclusiva da versão publicada do trabalho da revista (por exemplo, postá-lo em um repositório institucional ou publicá-lo em um livro), com reconhecimento de sua publicação nesta revista.

3) Autores são permitidos e incentivados a postar seus trabalhos online (por exemplo, em repositórios institucionais ou em seu site) antes e durante o processo de submissão, pois isso pode levar a trocas produtivas, bem como a maior e maior citação de trabalhos publicados.

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços informados a este jornal são de seu uso exclusivo e não serão repassados a terceiros.