

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-  
MAXILO-FACIAL

LUIZ HENRIQUE GODOI MAROLA

**EXTENSO MIXOMA ODONTOGÊNICO EM MANDÍBULA – RELATO DE CASO.**

FLORIANÓPOLIS  
2020

LUIZ HENRIQUE GODOI MAROLA

**EXTENSO MIXOMA ODONTOGÊNICO EM MANDÍBULA – RELATO DE CASO.**

Trabalho de conclusão de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Gil

FLORIANÓPOLIS  
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Marola, Luiz Henrique Godoi  
Extenso mixoma odontogênico em mandíbula - relato de  
caso / Luiz Henrique Godoi Marola ; orientador, Luiz  
Fernando Gil, 2020.  
30 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de  
Residência Uniprofissional em Cirurgia e Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. 3.  
Mixoma odontogênico. I. Gil, Luiz Fernando. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Residência  
Uniprofissional em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo  
Facial. III. Título.

**LUIZ HENRIQUE GODOI MAROLA**

**EXTENSO MIXOMA ODONTOGÊNICO EM MANDÍBULA – RELATO DE CASO.**

Este trabalho de Conclusão de Residência foi julgado adequado para obtenção de Título de Pós-graduação em Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial e aprovado em sua forma final por esta banca.

Florianópolis, 19 de fevereiro de 2020

---

Prof. Dr. Luiz Fernando Gil  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Luiz Fernando Gil  
Orientador

---

Dra. Carolina Schaffer Morsch  
Membro Titular

---

Me. Maurício Assunção Pereira  
Membro Titular

## RESUMO

O mixoma odontogênico (MO) é um tumor derivado do ectomesênquima odontogênico e se enquadra como neoplasia benigna localmente agressivas, invasiva, mas não metastatizante. Radiograficamente, apresenta-se geralmente como lesões multiloculadas com septos intratumorais formando ângulos retos. O tratamento do MO varia na literatura, porém, os maiores índices de sucesso estão associados à ressecção com margem de segurança associada e longos períodos de acompanhamento. Este trabalho descreve um caso clínico de um paciente masculino, 50 anos, diagnosticado com extenso mixoma odontogênico em mandíbula, tratado com ressecção e margem de segurança, e reconstrução tardia com enxerto livre de crista ilíaca.

**Palavras-chave:** Mixoma. Neoplasias Maxilomandibulares. Mandíbula.

## **ABSTRACT**

Odontogenic myxoma (OM) is a benign neoplasm derived from odontogenic ectomesenchyme, considered as locally aggressive, invasive, but not metastatic. Radiographically, OM appears as multilocular radiolucency with intratumoral right-angle septa. Currently, resection with safety margins is standard for the treatment of these lesions, resulting in higher rate of cure when compared to conservative therapies such as curettage and enucleation. The aim of this study was to present a case-report of an extensive mandibular OM diagnosed in a 50 year old man, treated by resection with safety margins, followed by a late free iliac crest bone graft reconstruction.

**Keywords:** Odontogenic myxoma. Maxillomandibular neoplasms. Mandible.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - A)</b> – Cortes axiais da mandíbula evidenciando aspecto irregular da lesão. <b>B)</b> Cortes sagitais demonstrando a extensão antero-posterior da lesão. ....	<b>21</b>
<b>Figura 2 - A)</b> Demarcação da osteotomia. <b>B)</b> Placa 2.4mm locking adaptada e fixada em mandíbula já submetida à ressecção marginal. <b>C)</b> Peça cirúrgica removida. <b>D)</b> Tomografia pós-operatória imediata .....	<b>22</b>
<b>Figura 3 - A)</b> Blocos de osso ilíaco removidos. <b>B)</b> Remoção da basilar mandibular. <b>C)</b> Adaptação dos blocos à placa de reconstrução. <b>D)</b> Radiografia panorâmica em pós-operatório de 3 meses.....	<b>23</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>16</b>
<b>3. ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO – Aprovação CEPESH/UFSC .....</b>	<b>30</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Os tumores odontogênicos derivam do epitélio ou mesênquima odontogênicos, podendo ainda serem mistos, quando apresentarem ambas origens. Dentre os que se originam exclusivamente do mesênquima odontogênico estão o fibroma odontogênico, tumor odontogênico de células granulares, cementoblastoma e o mixoma odontogênico (ou fibromixoma, ou ainda mixofibroma) (LOUREDO et al., 2017; NEVILLE et al., 2009).

O mixoma odontogênico é uma neoplasia benigna dos maxilares que normalmente se inicia em áreas próximas à formação dentária, sobretudo em região posterior de mandíbula, seguido pelo corpo e sínfise mandibulares, região posterior de maxila e região anterior e média de maxila (FRIEDRICH; SCHEUER; HÖLTJE, 2016; NEVILLE et al., 2009).

Esse tumor é localmente agressivo, invasivo e não metastatizante (SATO et al., 2019). Seu crescimento é normalmente lento, com aumento de volume progressivo e normalmente indolor. A incidência é maior no sexo feminino (57.6% dos casos) com diagnóstico geralmente na terceira década de vida, sendo a mandíbula o maxilar mais acometido (56.4%) (BOFFANO, et al., 2011; CHRCANOVIC; GOMEZ, 2018; KAUKE et al., 2017; NALABOLU et al., 2016).

As características radiográficas do mixoma odontogênico são variáveis e incluem expansão óssea (93.5%), perfuração de cortical (75.1%), radiolucidez multilocular (62.9%) (aspecto de favos de mel) com septos intratumorais formando ângulos retos (34.7%), não sendo a reabsorção radicular uma característica forte em tumores menores (19.2%) que, no entanto, causa deslocamento dentário (53.8%) (CHRCANOVIC; GOMEZ, 2018; FRIEDRICH, SCHEUER; HÖLTJE, 2016). As características clínicas e radiográficas do tumor podem, inclusive, sugerir sua taxa de agressividade em relação à recidiva. Os fatores mais relacionado com o aumento da recorrência foram: ausência de expansão óssea, perfuração da cortical óssea, lesões multiloculares e reabsorções dentárias (CHRCANOVIC; GOMEZ, 2018).

Histologicamente o mixoma odontogênico apresenta células casualmente arranjadas em formato estrelado, fusiforme, fibras colágenas e com estroma mixóide abundante. Os fibromixomas ou mixofibromas contém uma quantidade maior de fibras colágenas, entretanto, tais variantes não merecem consideração diferenciada em relação ao seu tratamento (NEVILLE et al., 2009).

Em relação ao tratamento do mixoma odontogênico, a literatura sugere terapias variadas, como curetagem, enucleação seguida de curetagem, enucleação e brocagem

periférica, ressecção marginal e ressecção segmentar (BOFFANO et al., 2011; CHAUDHARY et al., 2015; CHRCANOVIC; GOMEZ, 2018). Os trabalhos mostram que os índices de recidiva são maiores quando o tratamento de escolha é conservador (BOFFANO et al., 2011; CHRCANOVIC; GOMEZ, 2018). Por não ser um tumor encapsulado, sua infiltração local em trabéculas acontece em nível celular, não sendo possível estabelecer uma margem de segurança fiel para se tratar por métodos conservadores como a curetagem ou brocagem periférica (BOFFANO et al., 2011; CHRCANOVIC; GOMEZ, 2018; SATO et al., 2019). Sato et al (2019), após tratar 30 casos de mixoma odontogênico por enucleação e curetagem, obteve seis recidivas em até quatro anos de acompanhamento.

Os pacientes submetidos à ressecção apresentam deformidades faciais e prejuízos funcionais como dificuldade de mastigação, deglutição, retenção salivar, que são acompanhados de problemas psicológicos (CHIAPASCO et al., 2008). Sendo assim, a melhor maneira para reabilitá-los seria associar reconstrução óssea a implantes osseointegrados e próteses implanto suportadas, resultando em melhora na qualidade de vida desses pacientes (PAPPALARDO et al., 2018). Contudo, a literatura é controversa e não estabelece o melhor tipo e momento de aplicação dos enxertos ósseos.

A reconstrução dos defeitos mandibulares pode ser realizada com a utilização de enxertos vascularizados ou livres (não vascularizados). Os primeiros geralmente são retirados da crista ilíaca, escápula ou fíbula e, por carregarem seu suprimento sanguíneo, apresentam uma menor taxa de reabsorção e infecção pós-operatória. Permitem ainda o transporte de tecido mole e a instalação de implantes no mesmo ato da enxertia, estando indicados em sítios irradiados (MERTENS et al., 2009; POGREL et al., 1997). Apresentam como desvantagens maior custo, tempo cirúrgico, morbidade e tempo de hospitalização, quando comparados aos enxertos livres (POGREL et al., 1997; VAN GEMERT et al., 2009)

Estes últimos, por sua vez, são removidos usualmente da crista ilíaca, sendo a deficiência em qualidade e/ou quantidade do tecido mole de cobertura da área ressecada sua única possível limitação (CHIAPASCO et al. 2008). Revisão sistemática acerca desses enxertos demonstrou uma taxa de complicações pós-operatórias de 33,2%, o que não impediu que a taxa de sucesso fosse de 87,6%. As complicações mais prevalentes foram infecção, deiscência de sutura e perda do enxerto (MOURA et al., 2016)

A reconstrução óssea pode ser realizada imediatamente ou tardiamente (ANDRADE et al., 2008; SAMPSON; POGREL, 1999). As vantagens de se aplicar a reconstrução no mesmo momento da ressecção seriam a necessidade de um único tempo cirúrgico, melhor manutenção do contorno facial e menor tempo total de tratamento. Já a opção pela

reconstrução tardia se apoia no melhor controle pós-operatório de uma possível recidiva, bem como na menor taxa de infecção e possibilidade de exposição precoce dos enxertos (SCHLIEVE et al., 2015).

Independentemente do tipo e momento da reconstrução óssea é necessário que a mesma garanta osso em quantidade e qualidade, para permitir a instalação dos implantes osseointegrados. Esses podem ser inseridos no momento da enxertia, ou também tardiamente, o que não influencia a taxa de sobrevivência e sucesso, que se assemelha a implantes instalados em áreas não enxertadas (CHIAPASCO et al., 2006, 2008; ZOU et al., 2015). Desse modo, a reabilitação integral do paciente, estética e funcionalmente, é garantida através da instalação de próteses implanto-suportadas, o que está relacionado diretamente com a melhora da sua qualidade de vida (PAPPALARDO et al., 2018).

Independentemente de ser realizada ou não a reabilitação do paciente, o período recomendado de acompanhamento pós-operatório do mixoma odontogênico varia entre os autores, sendo sugerida preservação por cinco anos, porém, há relatos de recidiva em até 15 anos da primeira cirurgia (CHRCANOVIC; GOMEZ, 2018; FRIEDRICH, SCHEUER; HÖLTJE, 2016).

## **2. OBJETIVO**

O objetivo do presente trabalho é descrever um caso clínico de um paciente masculino, 50 anos, diagnosticado com extenso mixoma odontogênico em mandíbula, submetido ao tratamento de ressecção com margem de segurança, e reconstrução tardia com enxerto livre de crista ilíaca.

### **3. ARTIGO CIENTÍFICO**

Extenso mixoma odontogênico em mandíbula – relato de caso.

Extensive mandibular odontogenic myxoma – case report.

*De acordo com as normas da Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia  
Buco-maxilo-facial.*

Autores:

Luiz Henrique Godoi Marola

Heitor Fontes da Silva

Luiz Fernando Gil

## RESUMO

O mixoma odontogênico (MO) é um tumor derivado do ectomesênquima odontogênico e se enquadra como neoplasia benigna localmente agressivas, invasiva, mas não metastatizante. Radiograficamente, apresenta-se geralmente como lesões multiloculadas com septos intratumorais formando ângulos retos. O tratamento do MO varia na literatura, porém, os maiores índices de sucesso estão associados à ressecção com margem de segurança associada e longos períodos de acompanhamento. Este trabalho descreve um caso clínico de um paciente masculino, 50 anos, diagnosticado com extenso mixoma odontogênico em mandíbula, tratado com ressecção e margem de segurança, e reconstrução tardia com enxerto livre de crista ilíaca.

**Palavras-chave:** Mixoma. Neoplasias Maxilomandibulares. Mandíbula.

## **ABSTRACT**

Odontogenic myxoma (OM) is a benign neoplasm derived from odontogenic ectomesenchyme, considered as locally aggressive, invasive, but not metastatic. Radiographically, OM appears as multilocular radiolucency with intratumoral right-angle septa. Currently, resection with safety margins is standard for the treatment of these lesions, resulting in higher rate of cure when compared to conservative therapies such as curettage and enucleation. The aim of this study was to present a case-report of an extensive mandibular OM diagnosed in a 50 year old man, treated by resection with safety margins, followed by a late free iliac crest bone graft reconstruction.

**Keywords:** Odontogenic myxoma. Maxillomandibular neoplasms. Mandible.

## INTRODUÇÃO

O mixoma odontogênico (MO) é uma neoplasia benigna dos maxilares, de gatilho desconhecido, que normalmente se inicia em áreas próximas à formação dentária, sobretudo em região posterior de mandíbula, seguido pelo corpo e sínfise mandibulares, região posterior de maxila e região anterior e média de maxila. Trata-se de uma entidade agressiva, de crescimento lento, indolor, invasiva e não metastatizante <sup>1</sup>.

O diagnóstico do MO é realizado por biopsia incisional e posterior avaliação macroscópica (onde apresenta-se com aspecto branco leitoso de consistência gelatinóide) associada ao laudo histopatológico que mostrará células arranjadas em formato estrelado, arredondado ou fusiforme com um extenso estroma frouxo e mixóide<sup>1</sup>.

As características clínicas e radiográficas do tumor podem inclusive sugerir sua taxa de agressividade em relação à recidiva, sendo fatores mais relacionados com a recorrência: ausência de expansão óssea, perfuração da cortical óssea, lesões multiloculares e reabsorções dentárias <sup>2</sup>.

Para seu tratamento, a literatura sugere terapias variadas como curetagem, enucleação seguida de curetagem, enucleação e brocagem periférica, ressecção marginal e ressecção segmentar <sup>2,3</sup>. O trabalho de Chrcanovic e Gomez <sup>2</sup> mostra que os índices de recidiva são maiores quando o tratamento de escolha é conservador, o que garante a ressecção ainda como o melhor meio de tratamento. Entretanto, pacientes submetidos à ressecção apresentam deformidades faciais e prejuízos funcionais como dificuldade de mastigação, deglutição, retenção salivar, que são acompanhados de problemas psicológicos. Isso requer uma forma de reabilita-los e reinseri-los na sociedade.

A reconstrução dos defeitos pós-operatórios pode ser realizada com a utilização de enxertos vascularizados ou livres, no mesmo tempo cirúrgico da ressecção ou em segundo momento<sup>4</sup>.

Reabilitar funcionalmente esses pacientes é o passo final de todo tratamento e deverá ser realizado tão logo quanto a incorporação do enxerto ao osso remanescente se mostre finalizada, que conforme Chiapasco et al.<sup>5</sup> se dá em 6 ou 7 meses. A preferência é que essa reabilitação seja realizada com implantes osseointegrados e próteses implanto-suportadas, por oferecer maior proximidade com a dentição natural <sup>5</sup>.

Assim, o objetivo do presente trabalho trabalho é relatar um caso clínico de ressecção de um extenso mixoma odontogênico em mandíbula e a reconstrução do defeito mandibular

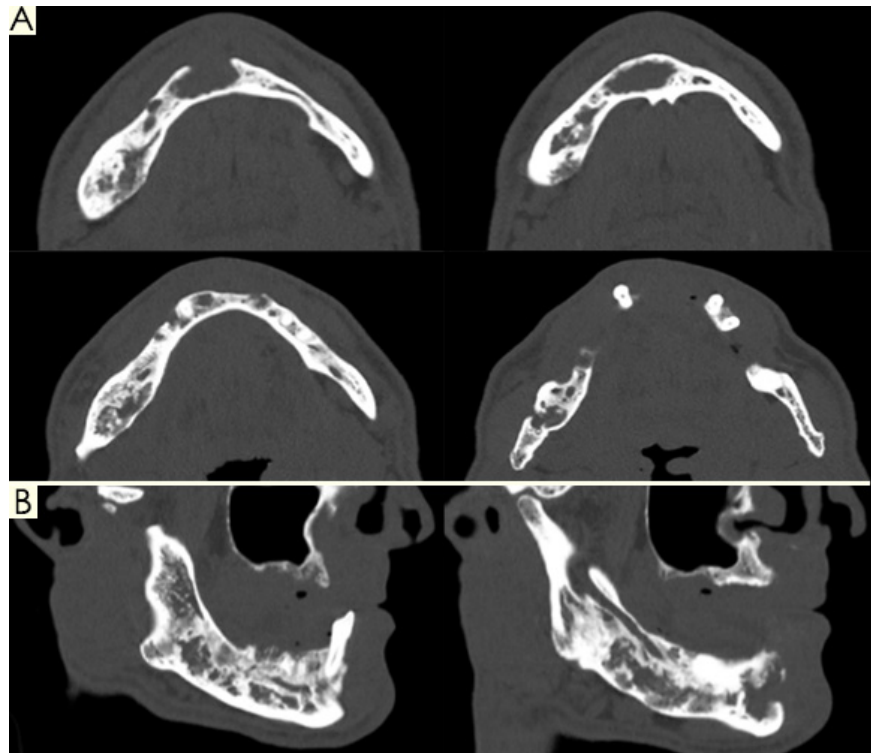


com enxerto ósseo livre de crista íliaca, objetivando a posterior reabilitação com implantes osseointegrados.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 50 anos, melanoderma, tabagista, sem comorbidades sistêmicas, foi encaminhado ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Polydoro Ernani São Thiago – HU/UFSC/EBSERH por um achado radiográfico em exame solicitado para reabilitação com implantes dentários em mandíbula. Paciente não apresentava queixas ou alterações ao exame clínico. Exame de tomografia cone beam evidenciou uma lesão radiolúcida, multilocular, expansiva, que se estendia do ângulo mandibular direito à sínfise mandibular (Figura 1). O paciente foi abordado sob anestesia local para biópsia incisional no mesmo mês de entrada e, após análise histopatológica, o laudo de mixoma odontogênico foi obtido.

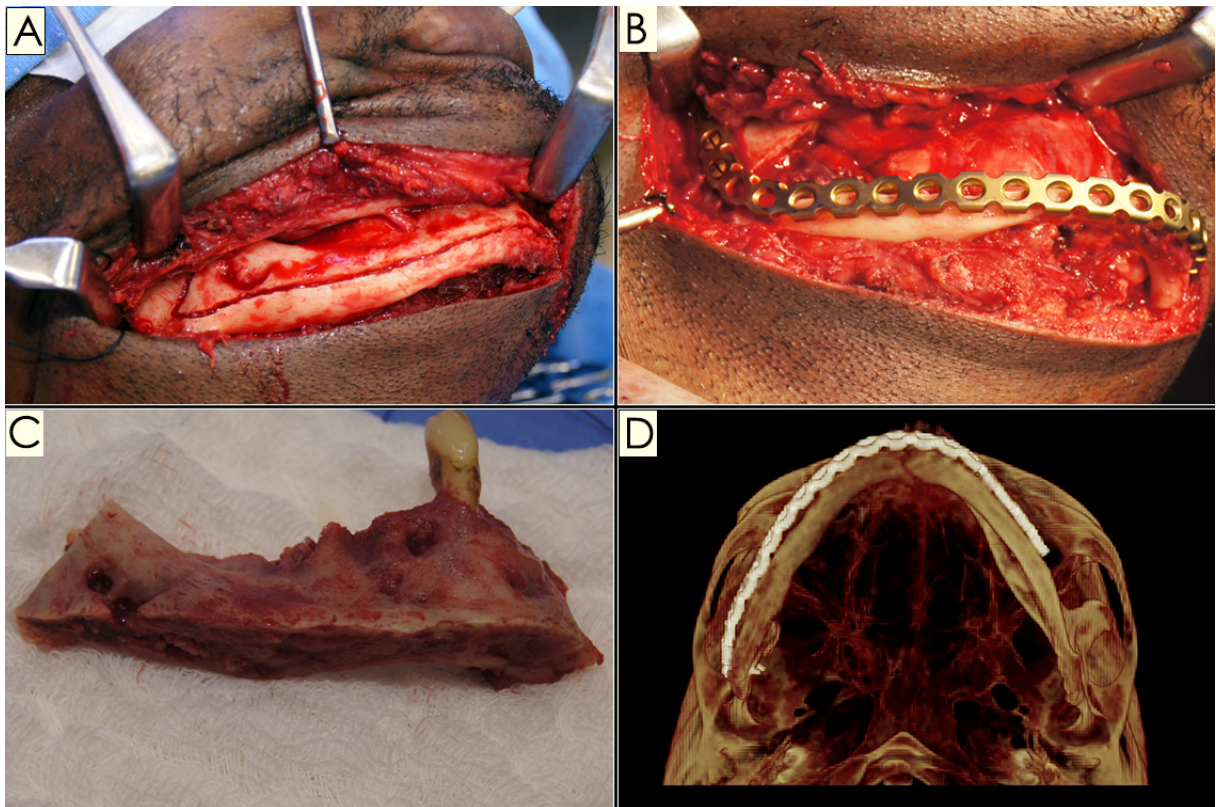
**Figura 1 - A)** Cortes axiais da mandíbula evidenciando aspecto irregular da lesão. **B)** Cortes sagitais demonstrando a extensão antero-posterior da lesão.



Fonte: Acervo da equipe CTBMF - HU/UFSC/EBSERH

A cirurgia de ressecção marginal do tumor foi realizada sob anestesia geral, através de um acesso submandibular direito e submentoniano. A área de osteotomia foi delimitada com broca 703 (JET®), respeitando uma margem de segurança de 5mm. Em seguida, foi moldada e instalada uma placa de reconstrução 2.4mm locking (Depuy Synthes®) e as osteotomias completadas com serra recíprocante (NSK®), mantendo-se a porção basilar que recebeu brocagem periférica, completando, assim, a ressecção marginal (Figura 2). A ferida cirúrgica foi lavada e inspecionada, seguido pela sutura por planos com fio de poligalactina 4-0 (Shalon®) em planos musculares/subcutâneo e nylon 5-0 (Shalon®) em pele. Orientações de cuidados pós-operatórios foram entregues. O paciente evoluiu sem complicações pós-operatórias.

**Figura 2 - A)** Demarcação da osteotomia. **B)** Placa 2.4mm locking adaptada e fixada em mandíbula já submetida à ressecção marginal. **C)** Peça cirúrgica removida. **D)** Tomografia pós-operatória imediata.

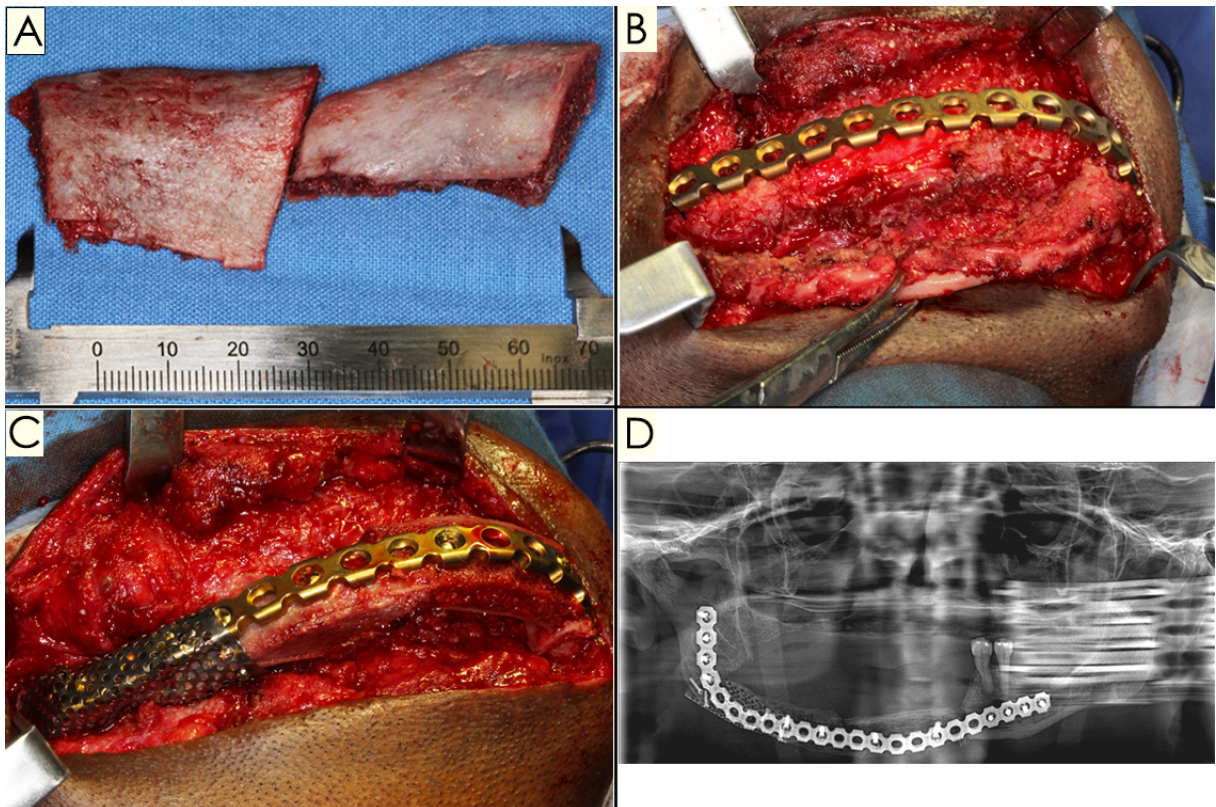


Fonte: Acervo da equipe CTBMF - HU/UFSC/EBSERH

Após dez meses da abordagem ressectiva, o paciente foi submetido à reconstrução mandibular com enxerto livre proveniente de crista ilíaca anterior esquerda, também sob

anestesia geral. Após incisão e exposição do sítio cirúrgico, optou-se pela remoção da basilar por apresentar áreas de reabsorção ao longo do seu perímetro. Em seguida, dois blocos de crista ilíaca foram obtidos, adaptados no leito receptor e fixados com parafusos (TechImports®) na placa previamente instalada. Na porção de ângulo mandibular direito foi realizada uma complementação da enxertia com osso ilíaco particulado associada à malha de titânio (TechImports®), objetivando-se o aumento do volume da porção basilar (Figura 3). A sutura por planos foi realizada com fio de poligalactina 4-0 (Shalon®) em planos musculares/subcutâneo e nylon 5-0 (Shalon®) em pele.

**Figura 3 - A)** Blocos de osso ilíaco removidos. **B)** Remoção da basilar mandibular. **C)** Adaptação dos blocos à placa de reconstrução. **D)** Radiografia panorâmica em pós-operatório de 3 meses.



Fonte: Acervo da equipe CTBMF - HU/UFSC/EBSERH

Em consulta pós-operatória de 14 dias, o paciente compareceu com quadro infeccioso local. A antibioticoterapia foi iniciada com Amoxicilina 500mg + Clavulanato de potássio

125mg (8 em 8 horas) em associação com Metronidazol 500mg (8 em 8 horas), ambos por 21 dias. Ao final deste período, foi notada completa remissão dos sinais e sintomas de infecção.

## DISCUSSÃO

O MO é uma neoplasia benigna, localmente agressiva, invasiva, mas não metastatizante. É mais frequente na região posterior de mandíbula, apresentando uma predileção pelo sexo feminino, com faixa etária média de 30 anos. Com crescimento lento e indolor, muitos casos apresentam lesões extensas durante a consulta de diagnóstico, como o observado no presente caso, podendo ser este o motivo de nosso paciente não se enquadrar na idade mais acometida<sup>1,2,3,6</sup>.

Considerando os métodos de tratamento, Chrcanovic e Gomez<sup>2</sup> demonstraram que terapias conservadoras como enucleação e curetagem, mesmo que acompanhadas de métodos coadjuvantes, apresentam maiores índices de recidiva quando comparados a modalidades radicais, como a ressecção. Vale salientar que dos fatores expressivos mostrados pelos autores como aumento das chances de recorrência (a ausência de expansão óssea, perfuração de cortical óssea, lesões multiloculares e reabsorções dentárias), o caso aqui descrito só não apresentou reabsorção radicular<sup>2</sup>. Sobre a margem cirúrgica indicada, Takahashi et al.<sup>7</sup> realizaram uma revisão de 12 casos de MO submetidos a tratamentos cirúrgicos, sendo dois casos abordados por enucleação simples, um caso de enucleação e curetagem e nove casos de ressecções com margens de segurança de 5mm. Somente os casos tratados com terapia radical não apresentaram recidivas.

No presente caso clínico optou-se pela ressecção marginal com margens de segurança de 5mm, a partir dos limites tomográficos proximais e distais da lesão, pela brocagem periférica da região basilar, porção essa que precisou ser removida na cirurgia de enxertia. O defeito mandibular criado, com perda de amplo segmento da mandibular, exigiu a instalação de fixação interna rígida com placa de reconstrução.

A continuidade mandibular deve ser reestabelecida através de enxertos ósseos, uma vez que as placas possuem o potencial de fratura do parafuso ou fratura e exposição da placa ao meio bucal. A opção pela reconstrução tardia no caso apresentado, realizada após 10 meses da ressecção, se apoia no melhor controle pós-operatório de uma possível recidiva, bem como na menor taxa de infecção e possibilidade de exposição precoce dos enxertos. Apesar disso, o paciente apresentou quadro infeccioso pós-reconstrução, mostrando que a enxertia realizada em um segundo momento pode diminuir, mas não evitar, essa complicação pós-operatória.

Vale ainda salientar que o paciente é tabagista crônico de longa data.

A literatura é controversa quanto à técnica e área doadora para enxertia em relação ao tamanho do segmento ressecado. Os enxertos livres de crista ilíaca são usualmente indicados para defeitos menores de 5 cm<sup>8,9</sup>. Prém, Pogrel et al.<sup>4</sup> indicam enxertos microvascularizados apenas para defeitos maiores de 9 cm. Seguindo essa linha de enxertos maiores, 10 pacientes da série de casos de Chiapasco et al.<sup>5</sup> tinham o defeito mandibular maior que o do caso aqui apresentado, e em nenhum deles foi notado perda total do enxerto. Os autores concluíram que o sucesso do enxerto corticomedular livre de ilíaco independe do tamanho do defeito a ser reconstruído. Para além disso, o trabalho de Chiapasco et al.<sup>5</sup> trouxe que, dos 60 implantes colocados, apenas 2 foram removidos.

A literatura atual aponta os enxertos microvascularizados como detentores dos maiores índices de sucesso, entretanto, Moura, et al.<sup>10</sup> citam como desvantagens seu alto custo, aumento do tempo cirúrgico e de internação hospitalar, a necessidade de duas equipes especializadas, aumento da morbidade e complicações pós-operatórias.

Os objetivos da enxertia óssea são, além do reestabelecimento da continuidade do maxilar, a reabilitação dentária com implantes osseointegrados e próteses implanto-suportadas. Chiapasco, et al.<sup>5</sup> reabilitaram todos seus pacientes com implantes osseointegrados após 7 meses da cirurgia reconstrutiva, aguardando de 4 a 6 meses para a fase protética. Essa terapia causou grande satisfação dos pacientes, contribuindo para a melhora da qualidade de vida, o que se espera obter em um futuro próximo para o caso aqui apresentado.

Acreditamos que mais estudos envolvendo terapêuticas mais recentes como a utilização de PRF, navegação intraoperatória e laserterapia auxiliem a chegarmos em resultados mais estáveis.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O MO por ser uma lesão agressiva deve ser tratado de forma radical através de ressecção com margem de segurança, o que está atrelado a uma menor chance de recidiva. A reconstrução óssea em um defeito extenso como o apresentado, apesar de não se enquadrar na maioria das indicações de enxerto livre, se mostrou com bom resultados estáveis até o momento. Em casos como esse, realizar a reconstrução em um segundo momento, apesar de onerar fisicamente o paciente, pode ser mais seguro. Para fins de controle de eventual

recidiva, os pacientes diagnosticados com MO devem permanecer em acompanhamento periódico pelo maior período de tempo possível.

## REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, editors. *Patologia Oral e Maxilofacial* Neville.pdf. 3a. 2009. 972 p. (Chiapasco, Colletti, Romeo, Zaniboni, & Brusati, 2008)
2. Chrcanovic BR, Gomez RS. Odontogenic myxoma: An updated analysis of 1,692 cases reported in the literature. Vol. 25, *Oral Diseases*. 2019. p. 676–83.
3. Boffano P, Gallesio C, Barreca A, Bianchi FA, Garzino-Demo P, Roccia F. Surgical treatment of odontogenic myxoma. *J Craniofac Surg*. 2011;22(3):982–7.
4. Pogrel MA, Podlesh S, Anthony JP, Alexander J. A comparison of vascularized and nonvascularized bone grafts for reconstruction of mandibular continuity defects. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:1200-1206.
5. Chiapasco M, Colletti G, Romeo E, Zaniboni M, Brusati R. Long-term results of mandibular reconstruction with autogenous bone grafts and oral implants after tumor resection. *Clin Oral Implants Res* 2008;19:1074-1080.
6. Vasconcelos ACU, Silveira FM, Gomes APN, Tarquinio SBC, Sobral APV, de Arruda JAA, da Silva LP, da Silveira MMF, Barbosa LF, Kato CNAO, Jaeger F, da Silva TA, Mesquita RA. Odontogenic myxoma: A 63-year retrospective multicenter study of 85 cases in a Brazil population and a review of 999 cases from literature. *Journal Of Oral Pathology & Medicine*, [s.l.], v. 47, n. 1, p.71-77, 25 out. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jop.12647>
7. Takahashi Y, Tanaka K, Hirai H, Marukawa E, Izumo T, Harada H. Appropriate surgical margin for odontogenic myxoma: a review of 12 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology And Oral Radiology*, [s.l.], v. 126, n. 5, p.404-408, nov. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2018.06.002>.
8. Mittal Y. Management of Recurrent Odontogenic Myxoma of Mandible: A Clinical Case Report. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research*, [s.l.], p.30-31, 2016. JCDR Research and Publications. <http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2016/20917.8702>.
9. Okcu Y, Rustemeyer J. Continuity defects of the mandible: Comparison of three techniques for osseous reconstruction and their impact on implant loading. *Journal Of Cranio-maxillofacial Surgery*, [s.l.], v. 46, n. 5, p.858-867, maio 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2018.03.001>.
10. Moura LB, Carvalho PH, Xavier CB, Post LK, Torriani MA, Santagata M, et al. Autogenous non-vascularized bone graft in segmental mandibular reconstruction: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2016;45:1388-1394.



## REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, editors. **Patologia Oral e Maxilofacial Neville**. 3a. 2009. 972 p.
2. Louredo BVR, Freitas CTS de, Câmara J, Libório-Kimura TN. **Estudo epidemiológico de lesões odontogênicas provenientes do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Amazonas**. *Revistas*. 2017;74(2):126.
3. Friedrich RE, Scheuer HA, Höltje W. **Recurrent Maxillary Odontogenic Myxoma Following Partial Maxillary Resection and Consecutive Osseous Reconstruction Including Tooth Transplantation**. 2016;3160:3155–60.
4. Sato H, Kurihara Y, Shiogama S, Saka K, Kurasawa Y. **Case Report Long-Term Follow-Up after Conservative Surgical Treatment of Odontogenic Myxoma : A Case Report and Literature Review**. 2019.
5. Chrcanovic BR, Gomez RS. **Odontogenic myxoma: An updated analysis of 1,692 cases reported in the literature**. Vol. 25, *Oral Diseases*. 2019. p. 676–83.
6. Kauke M, Safi A-F, Kreppel M, Andrea G, Kickenig H-J, Zöllner JE, et al. **Size distribution and clinico-radiological signs of aggressiveness in odontogenic myxoma – three-dimensional analysis and systematic review**. *Br Inst Radiol*. 2017;(Dmd).
7. Nalabolu GRK, Mohiddin A, Hiremath SKS, Manyam R, Bharath TS, Raju PR. **Epidemiological study of odontogenic tumours : An institutional experience**. *J Infect Public Health* [Internet]. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2016.05.014>
8. Boffano P, Gallesio C, Barreca A, Bianchi FA, Garzino-Demo P, Roccia F. **Surgical treatment of odontogenic myxoma**. *J Craniofac Surg*. 2011;22(3):982–7.
9. Chaudhary Z, Sharma P, Gupta S, Mohanty S, Naithani M, Jain A. **Odontogenic myxoma : Report of three cases and retrospective review of literature in Indian population**. 2015;522–8.
10. Chiapasco M, Colletti G, Romeo E, Zaniboni M, Brusati R. **Long-term results of mandibular reconstruction with autogenous bone grafts and oral implants after tumor resection**. *Clin Oral Implants Res* 2008;19:1074-1080.
11. Pappalardo M, Tsao CK, Tsang ML, Zheng J, Chang YM, Tsai CY. **Long-term outcome of patients with or without osseointegrated implants after resection of mandibular ameloblastoma and reconstruction with vascularized bone graft: Functional assessment and quality of life**. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2018;71:1076-1085.
12. Pogrel MA, Podlesh S, Anthony JP, Alexander J. **A comparison of vascularized and nonvascularized bone grafts for reconstruction of mandibular continuity defects**. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:1200-1206.



13. Mertens C, Decker C, Engel M, Sander A, Hoffmann J, Freier K. **Early bone resorption of free microvascular reanastomized bone grafts for mandibular reconstruction--a comparison of iliac crest and fibula grafts.** J Craniomaxillofac Surg 2014;42:e217-223.
14. van Gemert JT, van Es RJ, Van Cann EM, Koole R. **Nonvascularized bone grafts for segmental reconstruction of the mandible--a reappraisal.** J Oral Maxillofac Surg 2009;67:1446-1452.
15. Moura LB, Carvalho PH, Xavier CB, Post LK, Torriani MA, Santagata M, et al. **Autogenous non-vascularized bone graft in segmental mandibular reconstruction: a systematic review.** Int J Oral Maxillofac Surg 2016;45:1388-1394.
16. Andrade WN, Lipa JE, Novak CB, Grover H, Bang C, Gilbert RW, et al. **Comparison of reconstructive procedures in primary versus secondary mandibular reconstruction.** Head Neck 2008;30:341-345.
17. Sampson DE, Pogrel MA. **Management of mandibular ameloblastoma: the clinical basis for a treatment algorithm.** J Oral Maxillofac Surg 1999;57:1074-1077; discussion 1078-1079.
18. Schlieve T, Hull W, Miloro M, Kolokythas A. **Is immediate reconstruction of the mandible with nonvascularized bone graft following resection of benign pathology a viable treatment option?** J Oral Maxillofac Surg 2015;73:541-549.
19. Chiapasco M, Biglioli F, Autelitano L, Romeo E, Brusati R. **Clinical outcome of dental implants placed in fibula-free flaps used for the reconstruction of maxillo-mandibular defects following ablation for tumors or osteoradionecrosis.** Clin Oral Implants Res 2006;17:220-228.
20. Zou D, Huang W, Wang F, Wang S, Zhang Z, Zhang C, et al. **Autologous Ilium Grafts: Long-Term Results on Immediate or Staged Functional Rehabilitation of Mandibular Segmental Defects Using Dental Implants after Tumor Resection.** Clin Implant Dent Relat Res 2015;17:779-789.

## ANEXO – Aprovação CEPESH/UFSC

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
<b>Título da Pesquisa:</b> EXTENSO MIXOMA ODONTOGENICO EM MANDÍBULA: PROJETO DE RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.	
<b>Pesquisador Responsável:</b> Luiz Fernando Gil	
<b>Área Temática:</b>	
<b>Versão:</b> 2	
<b>CAAE:</b> 21975019.8.0000.0121	
<b>Submetido em:</b> 22/11/2019	
<b>Instituição Proponente:</b> Hospital Universitario Polydoro Ernani Santhiago	
<b>Situação da Versão do Projeto:</b> Aprovado	
<b>Localização atual da Versão do Projeto:</b> Pesquisador Responsável	
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1389807	