



RECIDIVA DE TUMOR DE PINDBORG

AUTORES: Mariana Aguiar Taborda, Claiton Heitz, Fábio Maito, Fernando Andriola, Guilherme Fritscher

Especialização de CTMBF da PUCRS e Instituto Camaleão de POA

INTRODUÇÃO

O tumor odontogênico epitelial calcificante (CEOT), também denominado tumor de Pindborg, é uma neoplasia benigna rara, responsável por menos de 1% dos tumores odontogênicos. Apresenta comportamento localmente agressivo, sem predileção por sexo, e manifesta-se com maior frequência entre a 4ª e 6ª décadas de vida.

A recorrência é um aspecto relevante, com taxas descritas entre 10% e 15%, variando conforme a modalidade terapêutica.

A lesão comumente está relacionada a um dente impactado/incluso.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 39 anos, apresentou recidiva de tumor de Pindborg na região posterior da maxila direita, pela terceira vez em um intervalo de 25 anos.

O primeiro diagnóstico ocorreu em fevereiro de 1999, aos 14 anos, após biópsia incisional. A lesão foi removida cirurgicamente, com preservação dentária, mantendo-se, entretanto, um dente incluso.

Em 2012, exame de imagem de controle evidenciou nova lesão na mesma região. Biópsia confirmou recidiva tumoral. Nesta segunda intervenção, optou-se pela remoção do dente incluso, bem como dos elementos dentários em íntimo contato com a lesão.

O paciente permaneceu em acompanhamento anual por meio de exames radiográficos. Em 2021, foi identificada nova recidiva, de comportamento mais agressivo, com invasão de estruturas adjacentes, incluindo assoalho orbitário, lâminas pterigóides direitas, seio maxilar, osso zigomático e artéria palatina maior.

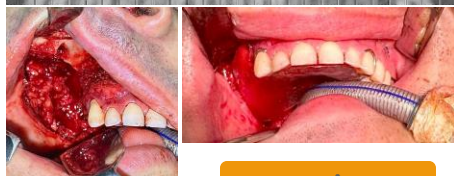
Há três semanas, em conjunto com a equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, foi realizada ressecção tumoral associada à instalação de prótese bucomaxilofacial para reabilitação imediata.

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS FINAIS

As lesões maxilares de Tumor de Pindborg apresentam maior potencial infiltrativo em virtude da arquitetura óssea e da proximidade de estruturas anatômicas críticas, justificando condutas cirúrgica com margens ampliadas.

No presente caso, o diagnóstico inicial ocorreu em associação a dentes inclusos, condição descrita em aproximadamente um terço dos casos. A etiopatogenia mais aceita sugere que o CEOT origina-se do epitélio do órgão do esmalte ou de restos da lâmina dentária, estruturas intimamente relacionadas a dentes não erupcionados. A permanência do elemento incluso após a primeira intervenção pode ter contribuído para a recidiva tumoral.

A evolução com múltiplas recidivas em maxila reforça seu caráter localmente agressivo e a importância de estratégias cirúrgicas amplas, associadas a acompanhamento radiográfico prolongado. Além disso, a atuação multidisciplinar, com participação da equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e a reabilitação bucomaxilofacial imediata, mostra-se fundamental em lesões extensas de maxila, alinhando-se às recomendações descritas na literatura.



REFERÊNCIAS

