

Lesão em seio maxilar esquerdo com comprometimento de maxila: relato de caso

Caiza-López, J.¹ ; Terrero-Pérez, A. ²; Chihara L.L.³ ; Sant'Ana, E. ⁴ ; Peralta-Mamani, M. ⁵

¹ Aluno de especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Faculdade do Centro Oeste Paulista.

² Doutorando do Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia Odontológica, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

³ Professora da especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Faculdade do Centro Oeste Paulista.

⁴ Professor do Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia Odontológica, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

⁵ Professora de Radiologia e Imaginologia Odontológica, Faculdade do Centro Oeste Paulista.

Homem, melanoderma, 21 anos, sem doenças sistêmicas. Chegou à consulta devido a “aumento da gengiva” e com dificuldade para respirar há 1 ano. Observou-se discreto apagamento do sulco nasogeniano esquerdo. No exame intrabucal, apresentava tumefação, dura à palpação, assintomática, de 7 cm (mesial do 23 até o 27), com expansão da cortical vestibular ao nível de pré-molares e molares, comprometendo até o fundo de sulco. Relata tempo de evolução de aproximadamente 1 ano. Realizou-se punção aspirativa por agulha fina, não apresentando líquido no interior. A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) apresentou velamento parcial do seio maxilar (SM) esquerdo com focos hiperdensos no seu interior (nível de molares) e áreas hipodensas bem delimitadas, com aspecto multilocular no osso adjacente (dentes 21 ao 26), medindo 49x47x42mm, com expansão e adelgaçamento das corticais vestibular e palatina, e alguns pontos da cortical vestibular interrompida. Além disso, a lesão elevou o assoalho da fossa nasal e comprimiu o corneto inferior esquerdo, respeitando a linha média. As hipóteses foram adenoma pleomórfico (AP), fibroma cemento-ossificante, tumor odontogênico adenomatóide. Foi feita remoção parcial da lesão sob anestesia geral. A abordagem do SM foi com incisão no fundo de sulco. Notou-se lesão sem cápsula, similar a tecido de granulação. A análise histopatológica confirmou o diagnóstico de AP. No controle de 6 meses, clinicamente a tumefação diminuiu. A TCFC revela velamento parcial do SM, com mais focos hiperdensos no interior (37x29x42mm), e mesmo aspecto do osso adjacente. Paciente relata melhora do quadro respiratório, e em breve será submetido a outro procedimento cirúrgico e seguirá em acompanhamento. Concluiu-se que o AP quando atinge grandes proporções dentro do SM pode comprometer a fossa nasal e o osso alveolar adjacente. O manejo pode ser desafiador pela localização. É importante fazer o controle periódico já que existe o risco de malignização da lesão.

Categoria: CASO CLÍNICO