

CISTO ODONTOGÊNICO CALCIFICANTE: RELATO DE CASO

Calcifying Odontogenic Cyst: Report of a Case

Recebido em 20/07/2005
Aprovado em 07/08/2005

Antonio Varela Cancio*
Ricardo Viana Bessa-Nogueira**
Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos***
Emanuel Sávio de Souza Andrade****

RESUMO

O Cisto Odontogênico Calcificante (COC) é uma rara lesão odontogênica. Foi relatado pela primeira vez como uma entidade distinta em 1962, por Gorlin et al. É uma lesão derivada do epitélio odontogênico remanescente da maxila ou mandíbula. O COC possui a mesma ocorrência na maxila e mandíbula, porém a região de canino é a mais afetada, quando comparada com outras regiões, 65% dos casos. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso, envolvendo um paciente atendido no serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz/UPE, que apresenta um COC em região anterior de mandíbula, caracterizado com aumento de volume doloroso à palpação, ao exame radiográfico observa-se imagem radiolúcida bem circunscrita, apresentando reabsorção radicular e imagens radiopacas sugestivas de calcificação interna. O tratamento realizado foi a enucleação.

Descritores: Cisto odontogênico calcificante/diagnóstico. Cisto odontogênico calcificante/cirurgia.

ABSTRACT

The calcifying odontogenic cyst (COC) is a rare odontogenic lesion. It was reported for the first time as a distinct entity by Gorlin et al. in 1962. It is a lesion derived from the residual odontogenic epithelium of the maxilla or mandible. The COC has the same rate of occurrence in both bones, but the canine region is the most affected area, representing 65% of cases. The aim of this study was to report the case of a patient treated in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery of Oswaldo Cruz University Hospital of the University of Pernambuco who had a COC in the anterior region of the mandible, characterized by a painful local mass. Radiography produced a radiolucent, well-circumscribed image showing root reabsorption and radiopaque images suggestive of internal calcification. The treatment given was enucleation.

Descriptors: Calcifying odontogenic cyst; diagnosis; therapy.

INTRODUÇÃO

O Cisto Odontogênico Calcificante (COC) é uma rara lesão odontogênica (LU et al. 1999), tem sido relatado, pela primeira vez, como uma entidade distinta em 1962 por Gorlin et al. (JOHNSON III, 1997). O

COC é uma lesão derivada do epitélio odontogênico remanescente da maxila ou mandíbula. O COC é lesão de ocorrência central, ou seja, intra-ósseo, podendo ocorrer as variantes periféricas, que ocorrem na gengiva e mucosa alveolar. A faixa etária média

* Aluno do curso de especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

** Aluno do programa de doutorado em Odontologia, área de concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

*** Coordenador do programa de mestrado e doutorado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

**** Professor da disciplina de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

para o diagnóstico é de 33 anos, podendo variar entre a segunda e terceira décadas de vida.

Com relação ao gênero, não há predileção (TOIDA, 1998), e igual ocorrência acontece na maxila e mandíbula, porém a região de canino é a mais afetada quando comparada com outras regiões, 65% dos casos. Expansão óssea pode ou não apresentar sintomatologia dolorosa sendo outro achado clínico significativo (MOLERI; MOREIRA; CARVALHO, 2002).

As características histológicas da lesão são: camada cística fibrosa e uma linha de epitélio odontogênico, formado por células basais do tipo colunares ou cubóides com agregado celular lembrando ameloblastos. Abaixo desta, há presença de um tecido lembrando o retículo estrelado do órgão do esmalte. Uma característica marcante dessa lesão é a presença de células largas, circulares, sem núcleo e levemente eosinofílicas, denominadas células-fantasma (FREGNANI, 2003).

Radiograficamente é uma lesão destrutiva produzindo imagens radiolúcidas bem definidas, podendo apresentar-se unilocular ou multilocular. Deslocamento e reabsorção radicular são achados comuns. A calcificação distrófica produz uma imagem radiopaca no interior da lesão. O tratamento preconizado é a enucleação cirúrgica, sendo rara a recidiva. No entanto se o COC estiver associado à outra patologia, o tratamento deve levar em consideração a presença da lesão associada (YOSHIDA, 2001). Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de COC atendido no serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz/UPE, Recife-PE.

RELATO DE CASO

Paciente de 43 anos, gênero masculino, faioderma, compareceu ao ambulatório do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Pernambuco, relatando como queixa principal dor e aumento de volume em região anterior da mandíbula, compreendendo o intervalo entre os dentes 34 a 44.

Ao exame clínico, ficou constatado o aumento

de volume na região da mandíbula anteriormente relatada (Figura 1). Foram solicitados exames de imagem tipo: ortopantomografia (Figura 2) e radiografia oclusal da região (Figura 3). Uma imagem radiolúcida, unilocular, bem delimitada, com massas radiopacas em seu interior, apresentando deslocamento e reabsorção radicular dos dentes 32 e 31, foi observada em região de sínfise.



Figura 1 - Aspecto clínico da lesão, apresentando aumento de volume na região anterior da mandíbula, por vestibular.

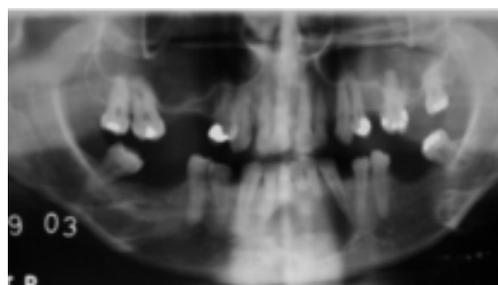


Figura 2 - Aspecto da lesão encontrada na Ortopantomografia

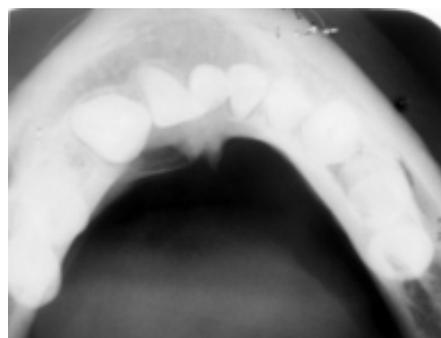


Figura 3 - Aspecto radiográfico da lesão na radiografia Oclusal

A hipótese diagnóstica, fundada nos achados clínicos e radiográficos, foi de Cisto Odontogênico Calcificante. Com esse diagnóstico prévio, formulou-se o plano de tratamento que constou de biópsia

incisional, com enucleação da lesão. Foi realizada punção intralesional, que se mostrou positiva para líquido citrino. O aspecto transoperatório da lesão foi sugestivo de uma lesão cística benigna, e o osso adjacente apresentava-se sadio (Figura 4). A peça cirúrgica foi encaminhada ao serviço de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

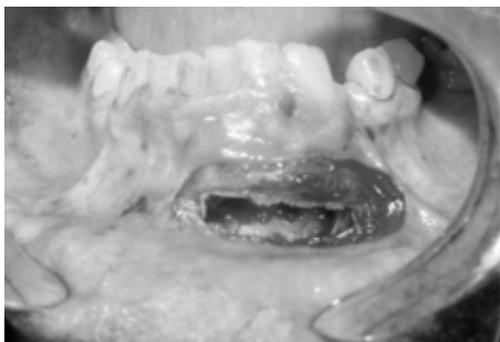


Figura 4 - Aspecto trans cirúrgico do osso adjacente a lesão. Aspecto de normalidade.

No exame histopatológico, foram observados fragmentos de lesão cística revestida com epitélio odontogênico, cujas células da camada basal são cúbicas e colunares com núcleos polarizados, e as células suprabasais são fortemente eosinofílicas sem evidências de núcleos, conferindo o aspecto característico de 'células-fantasmas'. Essas células apresentam várias áreas de calcificação. A cápsula cística é formada por tecido conjuntivo fibroso (Figura 5).

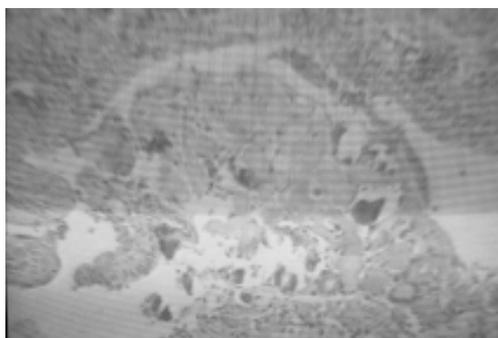


Figura 5 - Aspecto histopatológico da lesão.

Paciente ficou sob acompanhamento pós-operatório por um período de 3 meses, sem apresentar recidiva da lesão ou queixas outras associadas (Figura 6).

DISCUSSÃO

O Cisto Odontogênico Calcificante é uma lesão incomum e mostra extrema diversidade em suas características clínicas e histológicas bem como em seu comportamento biológico. Por causa dessa diversidade, tem havido alguma confusão e discordância com relação à terminologia e classificação (MOLERI; MOREIRA; CARVALHO, 2002).

Conhecido, também como cisto de Gorlin, tumor odontogênico de células-fantasmas, ameloblastoma atípico, tumor bucal de Malherbe, cisto odontogênico calcificante e queratinizante, tumor odontogênico calcificante de células fantasmas (FREGNANI et al., 1998). Existem duas concepções para se classificar o COC, uma delas é a de que se trate de um tumor com tendência à formação cística, enquanto que a outra seria em entidade cística e neoplásica. Baseado na primeira concepção, a OMS definiu o COC como uma lesão de natureza neoplásica, porém muitas lesões são císticas em sua arquitetura e aparentam ser não-neoplásica. Autores que levam em consideração a segunda concepção dividem sua classificação a depender do aspecto da lesão, podendo variar de cística, neoplásica (sólida) ou maligna (TOIDA, 1998).

A origem destas células é muito discutida entre os autores. Alguns acreditam serem células do epitélio em necrose por coagulação (DURSO; RIBEIRO; FERREIRA, 2000), produto da ceratinização aberrante da camada epitelial (JOHNSON III et al., 1997), produto da expulsão da matriz de esmalte do epitélio odontogênico (YOSHIDA, 2001).

Células-fantasmas representam células com normal ou anormal ceratinização, derivada da transformação metaplásica do epitélio odontogênico. Apresentam preservação dos contornos celulares, resistentes à reabsorção, indutoras de granulomas do tipo corpo estranho, coalescimento, formando massas eosinofílicas e com potencial de calcificação (FREGNANI et al., 2003).

A teoria da calcificação dessas células seria a presença de retículos no interior destas células que

contem filamentos de queratina. A degeneração destas estruturas liberaria ácidos que se uniriam a íons de cálcio, originando uma calcificação distrófica, uma característica comum do COC, podendo ou não ter característica de dentina (DURSO; RIBEIRO; FERREIRA, 2004).

O COC é lesão de ocorrência central, ou seja, intra-ósseo, podendo ocorrer a variante periférica, que ocorre na gengiva e mucosa alveolar (JOHNSON III et al., 1997). A faixa etária média para o diagnóstico é de 33 anos, podendo variar entre a segunda e terceira década de vida (PISTOIA et al., 2001). Com relação à faixa etária, houve uma divergência ao encontrado na literatura, porém, com relação à ocorrência, é uma lesão central, sem a variante periférica.

Com relação ao gênero, não há predileção (JOHNSON III et al., 1997). A mesma proporção de ocorrência acontece entre maxila e mandíbula, porém a região de canino é a mais afetada, quando comparada com outras regiões, 65% dos casos (PISTOIA et al., 2001). Expansão óssea pode ocorrer com ou sem sintomatologia dolorosa que é outro achado clínico significativo (MOLERI; MOREIRA; CARVALHO, 2002). Os achados clínicos encontrados neste caso estão de acordo com a literatura, sendo uma lesão que apresentou expansão óssea, dor, situando-se em região de canino inferior esquerdo.

Radiograficamente, COC é uma lesão destrutiva produzindo imagens radiolúcidas bem definidas, podendo apresentar-se unilocular ou multilocular. Deslocamento e reabsorção radicular são achados comuns (MOLERI; MOREIRA; CARVALHO, 2002). A calcificação distrófica produz uma imagem radiopaca no interior da lesão (JOHNSON III et al., 1997), o que está de acordo com o encontrado no exame radiográfico pré-operatório.

Há um consenso entre os autores com relação ao tratamento preconizado para o COC, o qual seria a enucleação cirúrgica, apresentando um índice de recidiva muito baixa, sendo rara. No entanto, se o COC estiver associado a outra patologia, o tratamento deve levar em consideração a presença da lesão associa-

da (DURSO; RIBEIRO; FERREIRA, 2004). O tratamento proposto neste caso está de acordo com a literatura, porém, pela ausência de um controle radiográfico pós-operatório, a recidiva não pode ser detectada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o que foi pesquisado na literatura pode-se afirmar que o COC é uma lesão de origem odontogênica com características semelhantes a outras lesões bucais. O conhecimento das características da lesão, um exame detalhado bem como a utilização da biópsia pelo cirurgião-dentista são necessários para um diagnóstico precoce. O tratamento por enucleação é o mais indicado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DURSO B. C.; RIBEIRO D. A.; FERREIRA F. B. A. **Cisto odontogênico calcificante**: uma revisão de literatura. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=244&idesp=2&ler=s>>. Acesso em: 4 Mar. 2004.

FREGNANI E. R. et al. Calcifying odontogenic cyst: clinicopathological features and immunohistochemical profile of 10 cases. **J. oral pathol. med.**, Copenhagen, v. 32, p. 163-70, 2003.

JOHNSON A. et al. Calcifying odontogenic cyst: a clinicopathologic study of 57 cases with immunohistochemical evaluation for cytokeratin. **J. oral maxillofac. surg.**, Philadelphia, v. 55, p. 679-683, 1997.

MOLERI A.B.; MOREIRA L.C.; CARVALHO J.J. Comparative morphology of 7 ne cases of calcifying odontogenic cysts. **J. oral maxillofac. surg.**, Philadelphia, v. 60, p. 689-696, 2002.

PISTÓIA G.D. et al. Odontoma-Producing intraosseous calcifying odontogenic cyst: case repost. **Braz. dent. j.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 67-70, 2001.

TOIDA, M. So-called calcifying odontogenic cyst: review and discussion on the terminology as classification. **J. oral pathol. med.**, Copenhagen, v. 27, p. 49-52, 1998.

YONG, L. U. et al. Odontogenic ghost cell carcinoma of four new cases and review of the literature. **J. oral pathol. med.**, Copenhagen, v. 28, p. 323-329, 1999.

YOSHIDA M., KUMAMOTO H., OOYA K., MAYNAGI H., Histopathological and immunohistochemical analysis of calcifying odontogenic cysts. **J. oral pathol. med.**, Copenhagen, v. 30, p. 582-588, 2001.