

Cisto odontogênico calcificante: relato de caso

Calcifying Odontogenic Cyst: Case Report

RESUMO

Introdução: O Cisto Odontogênico Calcificante (COC), também conhecido como Cisto de Gorlin, é uma lesão odontogênica rara, descrita como neoplasia cística benigna, de origem odontogênica. Tem aspecto clínico variável e manifesta-se como lesão cística, não neoplásica, assintomática, de crescimento lento, podendo ser localmente agressivo. Não há predileção por gênero; ocorre normalmente na 2ª e na 3ª década de vida, sendo mais comum em regiões anteriores, podendo acontecer tanto na maxila quanto na mandíbula. O presente trabalho tem como objetivo o relato de um caso envolvendo uma paciente atendida na Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. **Relato de caso:** A paciente apresenta um COC em região anterior de maxila, caracterizado pelo aumento de volume da área paranasal à direita, sem característica dolorosa à palpação. Ao exame radiográfico, denota-se uma imagem radiolúcida, apresentando reabsorção radicular e imagens radiopacas sugestivas de calcificação interna. **Considerações Finais:** O tratamento realizado foi a enucleação e curetagem da loja óssea.

Palavras-chaves: Cisto odontogênico calcificante; Diagnóstico; Cirurgia.

ABSTRACT

Introduction: The Calcifying Odontogenic Cyst (COC), also known as Gorlin cyst is a rare odontogenic lesion, described as benign cystic neoplasm of odontogenic origin. It has variable clinical appearance and manifests as a cystic lesion, non-neoplastic, asymptomatic, slow growing and may be locally aggressive. It has no gender predilection, usually occurs in the second and third decades of life, and it is more common in the anterior regions, may occur either in the maxilla or in the jaw. This study aims to report a case involving a patient treated at the Stomatology Clinic of University of São Paulo, Dentistry School. **Case report:** The patient has a COC in the anterior maxilla, characterized by the swelling of the paranasal area to the right without painful characteristic to palpation. On the radiographic exam is denoted a radiolucent image, showing radicular resorption and radiopaque suggestive images of internal calcification. **Final considerations:** The treatment provided was enucleation and curettage of bone cavity. **Key-words:** Calcifying odontogenic cyst; Diagnosis; Surgery.

Wandré Souza Silva

Discente do curso de Odontologia do Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio – INAPÓS

Renan Gomes Adão

Discente do curso de Odontologia do Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio – INAPÓS

Renata Mendes Moura

Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração Patologia Bucal Básica e Aplicada pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Docente das disciplinas de Patologia Bucal e Estomatologia do curso de Odontologia do Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio – INAPÓS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Renata Mendes Moura
Rua José Galdino, 520 - Nossa Senhora de Fátima - Itajubá-MG/Brasil.
CEP: 37502-524.
Email: profa.renatamoura@inapos.edu.br.

INTRODUÇÃO

O Cisto Odontogênico Calcificante (COC) foi relatado como entidade distinta em 1962 por Gorlin. Trata-se de uma patologia de origem odontogênica rara, que exibe complexidade tanto histológica quanto morfológica^{1,2}.

O COC é originado dos remanescentes do epitélio odontogênico, que permanecem na maxila, mandíbula ou gengiva. Atualmente, é considerado uma lesão neoplásica cística benigna, de origem odontogênica, caracterizado por um epitélio semelhante ao do ameloblastoma, com células fantasmas, que podem calcificar-se^{1,3}.

Este trabalho objetiva realizar uma breve revisão de literatura e exibir um caso clínico de uma paciente acometida pelo COC, buscando enfatizar os aspectos relevantes para o correto diagnóstico e tratamento da patologia.

RELATO DE CASO

Paciente, 19 anos, sexo feminino, leucoderma compareceu à Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da USP, queixando-se do “rosto inchado há 3 meses”, sic. Ela relata que há 3 meses notou um aumento de volume no lábio superior, progressivo e indolor. Procurou cirurgião-dentista que solicitou avaliação e conduta. Nega febre, odontalgia e trauma na região.

Ao exame físico extraoral, verificou-se uma assimetria facial por aumento de volume em região paranasal à direita, com apagamento do sulco nasogeniano e elevação da asa do nariz bilateralmente. O exame de rinoscopia não apresentou alterações.

Ao exame físico intraoral, constatou-se o aumento do volume na região do rebordo alveolar dos elementos 11, 12 e 13, com apagamento do fórnix maxilar à direita e abaulamento das corticais vestibular e palatina. A mucosa que recobre a lesão era de aspecto e coloração normais. Durante a palpação, foi possível notar a presença do fenômeno de “*choq au return*”. O teste de vitalidade resultou positivo para os elementos envolvidos na lesão.

A partir disso, foi, então, solicitada uma radiografia panorâmica na qual se evidenciou a presença de uma área radiolúcida não delimitada, com presença de áreas radiopacas próximas à raiz do elemento 11. Percebeu-se, ainda, a presença de reabsorção radicular do elemento 12 e divergência entre as raízes dos elementos 11 e 12.

Para análise tridimensional da área afetada, foi solicitada tomografia computadorizada na qual se observou, no corte axial, a presença de uma

cavidade cística à direita na maxila, com presença de imagem radiopaca dentro desta (**Figura 1**). No corte coronal, pode-se evidenciar a presença das mesmas características.



Figura 1 - Tomografia Computadorizada em corte axial.

A partir dos dados colhidos por meio do exame clínico e radiográfico, a hipótese diagnóstica inicial foi de um Cisto do Ducto Nasopalatino ou de um COC (Cisto de Gorlin). Dessa forma, o tratamento proposto foi uma biópsia excisional após punção aspirativa que mostrou resultado positivo com aspiração de líquido de coloração amarelada, fazendo-se, a seguir, a biópsia excisional e, por último, a curetagem da loja óssea.

O aspecto transoperatório da lesão foi de uma lesão cística benigna, apresentando-se o osso subjacente com aspecto sadio (**Figura 2**). Na macroscopia, observou-se uma lesão cística com áreas de tecido calcificado.

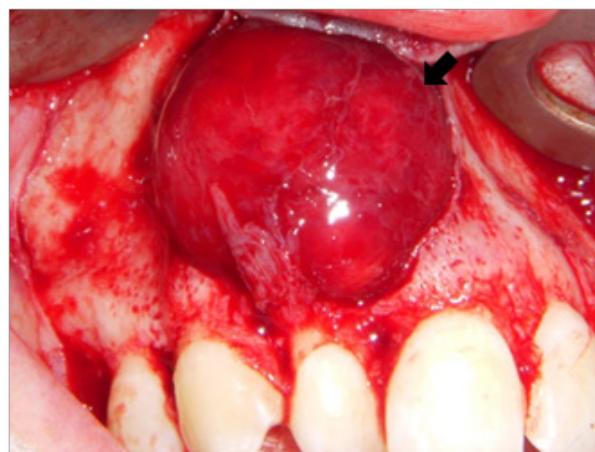


Figura 2 - Lesão cística

A peça cirúrgica foi encaminhada ao Serviço de Patologia da Faculdade de Odontologia da USP – São Paulo. Ao exame microscópico, observou-se uma lesão cística, revestida por um epitélio odontogênico cujas células da camada basal apresentavam-se colunares, e as células

das camadas superiores estavam dispostas em um arranjo epitelial frouxo. Percebeu-se, ainda, a presença de células eosinofílicas e anucleadas, caracterizando-se como “células fantasmas” (**Figura 3**). Constatou-se, também, a presença de áreas de produção de tecido dentinário maduro. Confirmou-se o resultado de Cisto Odontogênico Epitelial Calcificante.

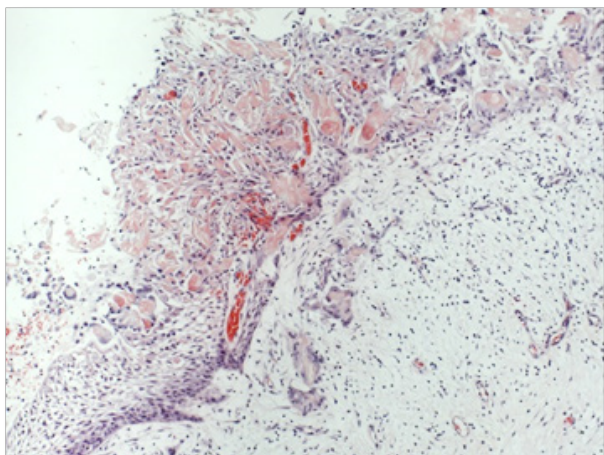


Figura 3 - Presença de células fantasmas eosinofílicas e anucleadas

Durante o acompanhamento pós-operatório, 15 dias após a excisão cirúrgica, a paciente apresentou uma cicatrização adequada com recuperação do aspecto normalidade.

DISCUSSÃO

O Cisto Odontogênico Calcificante, descrito por Gorlin em 1962, é uma lesão considerada rara, constatada em 0,3% das biópsias da cavidade oral e em 2% de todos os cistos e tumores odontogênicos. Somente em 1971, a Organização Mundial de Saúde o lançou como uma nova entidade clínica, podendo estar associado a outras anomalias, como: odontomas, ameloblastos e, até mesmo, a dentes inclusos, sendo definido como uma lesão de neoplasia odontogênica^{1,3}.

A maioria dos casos de COC apresenta lesões do tipo não neoplásicas ou císticas, embora existam casos relatados de lesões sólidas, sendo necessária uma subdivisão em duas variantes, uma cística e outra neoplásica¹.

O COC tem origem nos remanescentes do epitélio odontogênico e ocorre normalmente na região central, podendo, em alguns casos, acontecer em região periférica da maxila, como também ser encontrado em região de mandíbula¹.

O COC se manifesta, na maioria das vezes, com um aspecto de massa assintomática e de crescimento longo, podendo acometer tanto a região maxilar quanto a mandibular, localizando-

se preferencialmente, na região dos incisivos e caninos. Ocorre, sobretudo, em pacientes adultos jovens na faixa etária de 30 a 40 anos, sem relação com o gênero².

Os exames tomográficos são de grande importância para o diagnóstico, pois apresentam características não visíveis nas radiografias, como: fenestração, calcificação e estruturas dentiformes².

Clinicamente o COC apresenta, principalmente, uma tumefação com um crescimento relativamente lento e assintomático, com uma pequena predileção pela região anterior da maxila, com localização geralmente entre os incisivos e caninos. Por se tratar de uma lesão que apresenta rico epitélio odontogênico, possui grande potencial para desenvolvimento de outras lesões odontogênicas, como o odontoma, o ameloblastoma, o fibroma ameloblástico e o tumor de adenomatoide. Essa característica modifica o comportamento biológico da lesão, elevando o padrão de crescimento e o potencial de invasão nos tecidos adjacentes³.

O COC apresenta uma área radiolúcida unilocular ou multilocular. A imagem radiolúcida pode conter áreas radiopacas mal delimitadas, e essas lesões podem estar associadas a um dente incluso. Observa-se, também, que as placas corticais dos ossos normalmente encontram-se finas e expandidas, podendo apresentar-se perfuradas pela lesão. Normalmente, causam deslocamento dentário e reabsorção dos dentes adjacentes. As lesões extraósseas podem ocasionar a erosão dos ossos subjacentes⁴.

Histologicamente, o COC apresenta uma parede cística fibrosa, sendo esta revestida por um epitélio odontogênico, podendo conter células basais de dois tipos, cuboides ou colunares. Relata-se, também, a presença de um tecido com aspecto semelhante ao retículo estrelado do órgão do esmalte. Uma das características histológicas mais marcantes do COC é a presença de células largas, circulares, anucleadas e levemente eosinofílicas, denominadas células-fantasmas. Observa-se, também, a calcificação dessas células juntamente com a presença de dentina displásica. Essa dentina pode estar localizada próxima à camada basal do epitélio. Em alguns casos, o cisto pode apresentar uma área mais extensa de formação de tecido duro dentinário, que, muitas vezes, é associado a um odontoma composto ou complexo⁴.

Normalmente, em muitos casos relatados, o COC apresenta-se assintomático, sendo diagnosticado em radiografias de rotina. Para um diagnóstico mais preciso, é de extrema importância a associação de exames clínicos, radiográficos e

histopatológicos. No diagnóstico, é importante a realização de punção aspirativa no exame clínico, para descartar outros possíveis diagnósticos diferenciais⁵.

O tratamento do COC consiste na realização da enucleação do cisto, seguida de uma curetagem vigorosa. As taxas de recidivas são consideradas baixas, tanto para as lesões intraósseas quanto para as lesões periféricas⁵.

O COC é uma lesão com grande diversidade de características clínicas e histológicas. Diante dessa diversidade, surgiram inúmeras terminologias e classificações relacionadas a esse tipo de lesão. Para a classificação do COC, deve-se primordialmente considerar a sua tendência à formação cística e, ainda, sua entidade cística e neoplásica. De acordo com a primeira característica, a OMS definiu o COC como uma lesão de natureza neoplásica. Entretanto, pode-se evidenciar que muitas dessas lesões apresentam uma estrutura cística, porém de aparência não neoplásica^{6,9}.

Devido à variabilidade do comportamento, a OMS havia classificado como tumor até 2005, reclassificando-o como cisto em 2016. Em relação à sua origem, existem teorias relacionadas à derivação das células do epitélio reduzido do esmalte, de ameloblastos altamente diferenciados, ou ainda, do epitélio odontogênico ativo³.

A literatura mostra que esse tipo de lesão ocorre em proporção igualmente distribuída entre homens e mulheres⁵. As regiões de mandíbula e maxila apresentam semelhante incidência, tendo como característica mais predominante a alta prevalência de acometimento da região de canino. Nosso caso veio corroborar para essa predominância, ocorrendo na região do canino direito.

Em relação à faixa etária, a variabilidade de distribuição dos picos de prevalência da lesão pode ser estabelecida para os períodos dos 10 aos 19 anos e dos 60 aos 69 anos⁶. Entretanto, alguns autores determinam a segunda e a terceira década de vida como a faixa de maior incidência de acometimento do COC⁸. Com relação à faixa etária da paciente do caso, confirmou-se o que é descrito na literatura.

A expansão óssea pode vir acompanhada da sintomatologia dolorosa, tratando-se de uma característica muito comum na maioria dos casos de COC⁹. Nosso caso confirma a literatura, apresentando expansão devido à lesão intraóssea, porém sem sintomatologia dolorosa.

Radiograficamente, o COC apresenta áreas radiolúcidas relacionadas à característica destrutiva da lesão, com margens bem definidas. Em sua maioria, apresentam radiolucidez unilocular, embora alguns

relatos (cerca de 5% a 13%) denotam a presença de lesões multiloculares^{6,9}. O deslocamento e a reabsorção radicular são frequentemente relatados nos casos descritos pela literatura^{8,9}. A presença de calcificações distróficas, que são achados comuns nesse tipo de lesão, produz imagens radiopacas no interior da lesão cística¹⁴. Nosso caso, embora não apresentasse uma margem tão bem definida na radiografia panorâmica, evidenciou reabsorção da raiz do elemento 12 e um deslocamento das raízes dos elementos 11 e 12. Nota-se, ainda, a presença de uma imagem radiopaca próxima à raiz do elemento 11, relacionada à presença de uma calcificação distrófica.

Histologicamente, pode-se dizer que a presença de células-fantasma sugere a presença de COC. As células-fantasma são formadas a partir de derivação metaplásica das células do epitélio odontogênico, podendo apresentar normal ou anormal ceratinização^{6,8}. No exame histológico da lesão, nota-se, ainda, a presença de células eosinofílicas e anucleadas, caracterizando-se a presença das células-fantasma. A presença de dentina displásica, próxima à camada basal do epitélio, é uma característica relatada em alguns estudos^{6,9}. No caso relatado, podemos evidenciar a presença de áreas de produção de tecido dentinário maduro.

Com relação ao tratamento da variação cística, a literatura preconiza como padrão para o COC a enucleação cirúrgica com curetagem da lesão intraóssea, realizando, ainda, a excisão local das lesões periféricas^{6,8}. O tratamento realizado nesse caso foi o mesmo relatado na literatura como consenso entre os autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O COC é uma patologia, que envolve diferentes comportamentos no que diz respeito às características clínicas. Esse tipo de lesão pode causar deformidades faciais, visto que pode atingir grandes proporções na dimensão cística. O caso relatado veio corroborar para a necessidade de um diagnóstico precoce, evitando, assim, grandes consequências ao processo de recuperação do paciente. Os exames radiográficos, associados ao correto diagnóstico clínico, norteiam o correto tratamento da patologia. O exame histológico, devido às diferentes características clínicas que o COC pode apresentar, garante ao cirurgião-dentista não só a confirmação do diagnóstico clínico mas também a eficiência em relação ao tratamento de escolha.

REFERÊNCIAS

1. Pontes H A R, *et al.* Tumor Odontogênico cístico calcificante em mandíbula: relato de caso e revisão de literatura. *Rev. para. Med;* 2009 1 (23):27-31.
2. Utumi E R, *et al.* Distintas manifestações do tumor odontogênico cístico calcificante; 2012 *Rev. Einstein.* 3(10): 366-370.
3. Silva V O, *et al.* Tumor Odontogênico Cístico Calcificante em paciente pediátrico. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR;* 2016 1(15): 57-59.
4. Dias S L, *et al.* Tumor Odontogênico Cístico Calcificante associado a Odontoma. *Revista Cubana de Estomatologia;* 2014 1(51):121-129.
5. Regezi, Joseph. *Patologia Oral: correlações clinicopatológicas.* Elsevier Brasil, 2012.
6. Medeiros, P B. *et al.* Cisto de Gorlin: relato de caso e revisão de literatura. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac;* 2007 1 (7): 59-64.
7. Dias S L, *et al.* Tumor Odontogênico Cístico Calcificante associado a Odontoma. *Revista Cubana de Estomatologia;* 2014 1 (51) : 121-129.
8. Cancio A V, *et al.* Cisto odontogênico calcificante: relato de caso. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac;* 2006 1(6):23-28.
9. Moleri A B. Comparative morphology of 7 new cases of calcifying odontogenic cysts. *Journal of oral and maxillofacial surgery;* 2002 6(60):689-696, 2002.