

Epidemiologia dos cistos e tumores odontogênicos tratados sob anestesia geral, em um hospital filantrópico de Salvador-Bahia

Epidemiology of odontogenic cysts and tumors treated under general anesthesia in a philanthropic hospital in Salvador, Bahia

Caetano Guilherme Carvalho Pontes^I | Antônio Irineu Trindade Neto^{II} | Igor Lerner Hora Ribeiro^I | Viviane Almeida Sarmiento^{III} | Jean Nunes dos Santos^{IV} | Roberto Almeida Azevedo^V

RESUMO

Objetivo: A proposição do presente trabalho foi analisar a frequência relativa dos vários tipos histológicos de cistos e tumores odontogênicos benignos. **Metodologia:** Por meio do estudo retrospectivo de prontuários dos pacientes submetidos a tratamento no Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador-BA, Brasil, sob anestesia geral, durante o período de 2004-2010. Foram avaliados: idade, gênero, tipo histológico, sítio anatômico, tratamento realizado e recorrência. **Resultados:** Observaram-se 34 pacientes do gênero feminino e 24 do gênero masculino. O ameloblastoma (43%) foi o tipo histológico mais frequente, seguido do tumor odontogênico ceratocístico (26%), mixoma odontogênico (10%) e odontoma (9%). Entre os cistos, o maior percentual foi de cisto paradentário (60%). A média de idade foi de 28,1 anos. A principal localização anatômica foi a mandíbula em região posterior.

Descritores: Cistos odontogênicos; Tumores odontogênicos; Epidemiologia.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study was to analyze the relative frequency of the various histologic types of odontogenic cysts and tumors. **Methodology:** A retrospective study was conducted based on the medical records of patients undergoing treatment at Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador-BA, Brazil, under general anesthesia during the period 2004-2010. Age, gender, histological type, anatomic site, treatment performed and recurrence were evaluated. **Results:** The study comprised 58 patients (34 females and 24 males). Ameloblastoma (43%) was the most common histological type, followed by the keratocystic odontogenic tumor (26%), odontogenic myxoma (10%) and odontoma (9%). Among the cysts, the paradental cyst showed the highest percentage (60%). The mean age was 28.1 years. The main anatomical location was the posterior region of the mandible.

Descriptors: Odontogenic cysts; Odontogenic tumors; Epidemiology.

- I. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, UFBA/Hospital Santo Antônio(Obras Sociais Irmã Dulce); Salvador, BA.
- II. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Santo Antônio(Obras Sociais Irmã Dulce)/UFBA; Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital Cleriston Andrade; Feira de Santana-Bahia.
- III. Doutora em Estomatologia Clínica (PUCRS - Porto Alegre/RS). Prof. Adjunto (UFBA). Prof. Adjunto (DSAU/UEFS).
- IV. Doutor em Patologia Bucal. Professor de Patologia e Coordenador do Laboratório de Patologia Cirúrgica. Faculdade de Odontologia- UFBA. Salvador - BA.
- V. Mestre e Doutor em Odontologia; Professor adjunto da UFBA; Coordenador do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Santo Antônio(Obras Sociais Irmã Dulce)/UFBA.

INTRODUÇÃO

Os cistos e tumores odontogênicos (CTOs) representam um relevante grupo de lesões da patologia oral e maxilofacial. Os cistos odontogênicos (COs), principalmente os de natureza inflamatória, são diagnosticados na prática odontológica de maneira relativamente comum, enquanto os tumores odontogênicos (TOs) são lesões incomuns. Até mesmo nos laboratórios de histopatologia oral, menos de 1% de todas as amostras recebidas é constituído por TOs¹.

Os COs podem ser classificados em cistos de desenvolvimento ou inflamatórios, de acordo com sua origem. Fatores precipitantes que iniciam a formação dos cistos de desenvolvimento são desconhecidos e não parecem surgir em consequência de reação inflamatória¹.

Os TOs constituem um grupo de lesões incomuns da maxila e mandíbula, que se originam dos tecidos derivados do aparato de formação dentária. São exclusivos dos maxilares e representam a única situação em patologia, onde o tumor epitelial primário pode ser encontrado dentro do osso^{1,2}. Formam um grupo heterogêneo de doenças que demonstram diversas características clínicas e radiográficas em comum, podendo resultar em sérias dificuldades diagnósticas, principalmente com lesões mais agressivas².

Os TOs podem representar um significativo desafio diagnóstico para o patologista por causa da sua relativa baixa incidência, sobrepondo-se a histologia com sutis características de diferenciação².

Estudos a respeito da prevalência dos CTOs têm sido realizados em vários países, entretanto informações sobre o perfil demográfico dessas lesões são escassos³.

O presente trabalho tem como objetivo determinar e analisar a frequência relativa dos vários tipos histológicos de cistos e tumores odontogênicos, verificando a existência de associação entre os seguintes aspectos: idade, gênero, tipo histológico,

sítio anatômico, tratamento realizado e recorrência, por meio do estudo retrospectivo de prontuários médicos dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico sob anestesia geral, no Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador-BA, Brasil.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Santo Antônio – OSID (Protocolo nº 24/11 – Anexo A).

O presente estudo retrospectivo analisou 58 prontuários médicos dos pacientes com diagnóstico histopatológico de CTOs, submetidos a tratamento cirúrgico sob anestesia geral, no período compreendido entre janeiro de 2004 e dezembro de 2010, no Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador-BA, Brasil.

Os dados da pesquisa foram coletados por um único examinador, por meio de uma ficha de avaliação específica. Os aspectos relevantes foram analisados descritivamente, incluindo idade, gênero, tipo histológico, sítio anatômico, tratamento realizado e recorrência.

Os CTOs foram categorizados, de acordo com uma classificação histológica adaptada da OMS/1992 e 2005^{1,2}:

Em relação à localização anatômica, a mandíbula e a maxila foram divididas em duas regiões: anterior (da linha média até a superfície distal do segundo pré-molar) e posterior (da superfície mesial do primeiro molar até mais distalmente). Nos casos das lesões de grandes dimensões, envolvendo a região anterior e posterior simultaneamente, a localização foi definida como ântero-posterior. A determinação da localização da lesão foi realizada de acordo com a região do dente incluso associado, ou com a localização da parte central do cisto ou tumor, caso não houvesse dente incluso, nos casos anatomicamente limítrofes.

O tipo de tratamento realizado foi categorizado, de acordo com Carlson (2004), em enucleação e/ou curetagem, que consiste na remoção local do tumor por instrumentação em contato direto com a lesão e em ressecção, quando é feita a remoção do tumor pela incisão por meio de tecidos circunjacentes não envolvidos, mantendo-se o tumor sem contato direto, durante a instrumentação.

ANÁLISE DOS DADOS

Após a obtenção da amostra, o banco de dados foi tabulado no programa Microsoft Office Excel 2007® e analisado, utilizando-se o pacote estatístico SPSS (v. 12.0)®, no qual o teste qui-quadrado foi aplicado.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 58 prontuários médicos, sendo 58,6% dos pacientes do gênero feminino e 41,4 % do gênero masculino. A média de idade foi de 28,12 anos.

Dos casos estudados, 53 foram diagnosticados histologicamente como TOs (91,4%) e 5 como COs (8,6%).

Na Figura 1, observa-se a distribuição percentual dos casos selecionados, segundo tipo histológico. Verifica-se que, dentre os casos de TOs, 43% (n= 25) foram de ameloblastoma e 26% (n= 15) de TOC.

A figura 2 apresenta a distribuição percentual dos TOs, podendo-se constatar que a maior porcentagem foi de ameloblastoma (47%; n= 25), seguido do TOC (28%; n= 15).

Em relação aos casos de COs, observa-se, na Figura 3 que o maior percentual foi de cisto paradentário (n= 3; 60%). Todavia, a amostra dos cistos foi bastante reduzida, não sendo estatisticamente significativa.

Ao se examinarem os casos de COs, verificou-se que dos cinco casos encontrados, quatro foram

diagnosticados em homens, com idade até 24 anos, todos localizados em mandíbula, na região posterior, sem recorrência, com tratamento de enucleação e curetagem (Figura 3).

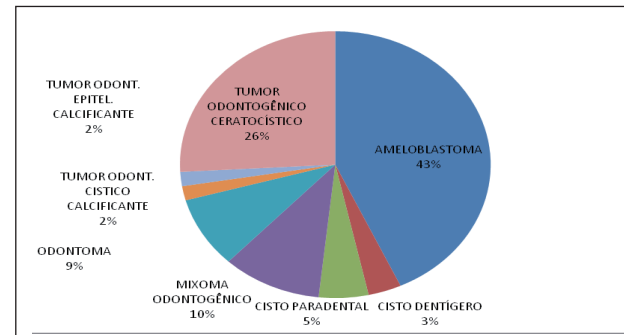


Figura 1. Distribuição percentual dos tumores e cistos odontogênicos, segundo amostra estudada, HSA-OSID, Salvador-BA, Brasil, 2004-2010.

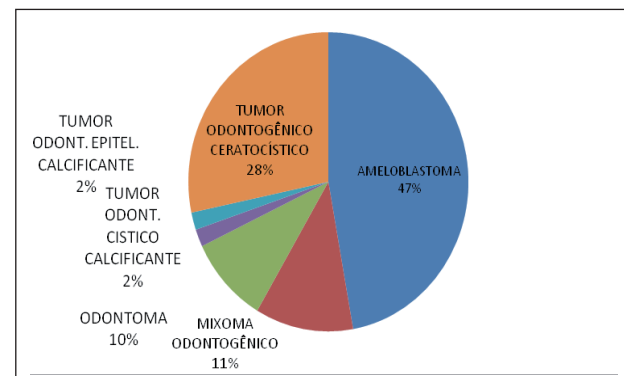


Figura 2. Distribuição percentual dos tumores odontogênicos, segundo amostra estudada, HSA-OSID, Salvador-BA, Brasil, 2004-2010.

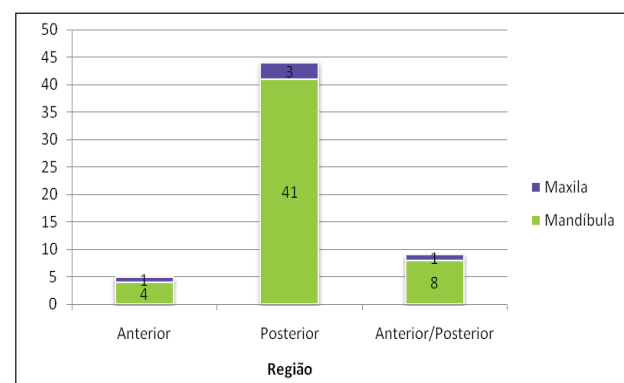


Figura 3. Distribuição dos cistos e tumores odontogênicos, de acordo com localização anatômica. HSA-OSID, Salvador-BA, Brasil, 2004-2010.

Em relação à localização anatômica, a maioria dos COs foi encontrada na mandíbula (91,4%; n= 53), em região posterior (75,9%; n= 44).

Quanto à forma de tratamento dos TOs, em 60,3% (n= 30) dos casos, foi realizado enucleação e curetagem, e, em 39,7% (n= 23), foi feita ressecção (Figura 4).

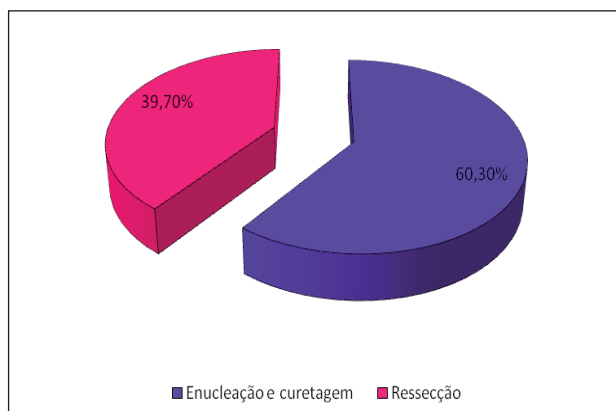


Figura 4. Distribuição percentual da forma de tratamento realizada. HSA-OSID, Salvador-BA, Brasil, 2004-2010.

96

Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa quando se comparam, por meio do teste Qui-quadrado, os tumores estudados e as variáveis gênero, idade, localização, região anatômica e presença de recorrência ($p > 0,05$). Entretanto, ao comparar-se o tipo de tratamento realizado, verificou-se que, dentre os casos de enucleação e curetagem, 46,7% foram realizados em TOCs e a maioria dos casos de ressecção (73,9%) encontraram-se em ameloblastomas ($p = 0,01$).

A respeito dos casos de recorrência, observou-se que ocorreram oito casos (15%). Desse percentual, metade foi constituída de casos de TOC tratados por meio de enucleação e curetagem (Figura 5). Dos trinta casos de TOs tratados por enucleação e curetagem, verificou-se recidiva em 16,7%. Por outro lado, nos casos tratados por ressecção, houve recorrência em 13%, sendo dois casos de ameloblastoma e dois de mixoma odontogênico.

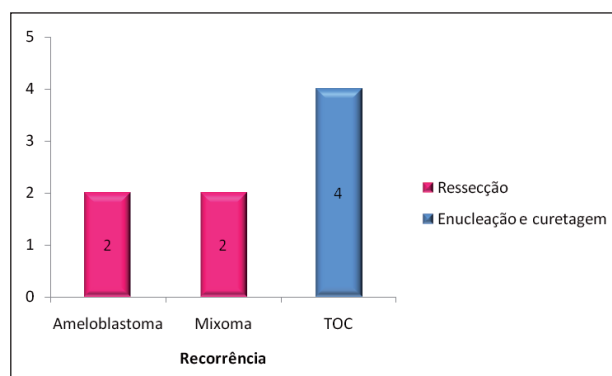


Figura 5. Distribuição das recorrências dos tumores de acordo com a forma de tratamento. HSA-OSID, Salvador-BA, Brasil, 2004-2010.

DISCUSSÃO

De acordo com os relatos da literatura sobre a incidência e a frequência relativa dos CTOs, as lesões mais comumente diagnosticadas são respectivamente os cistos radiculares e o dentígero⁵. Dentre os TOs, a maioria dos autores concorda que os TOs mais comuns são o odontoma e o ameloblastoma⁶.

Nossos resultados mostraram que o maior percentual dos COs foi de cisto paradentário (CP) - 60%, seguido do cisto dentígero (40%). Entretanto, a amostra de COs do presente trabalho foi bastante reduzida e não, estatisticamente significativa. Possivelmente, o fato de o estudo avaliar somente os casos tratados sob anestesia geral contribuiu para o número reduzido de casos de cistos, pois grande parte dessas lesões é abordada em ambiente ambulatorial, sob anestesia local.

Sobre os TOs, em um estudo semelhante sobre a sua prevalência na população brasileira, Osterne et al., (2011) encontraram uma predileção pelo gênero feminino, com média de idade de 30.5 anos, sendo o ameloblastoma seguido do TOC os mais frequentes. Nossos achados também mostraram uma prevalência do gênero feminino, com média de idade de 28.1 anos. O ameloblastoma foi o mais comum, seguido do TOC.

De acordo com Zhang et al. 2010, o amelo-

blastoma é o tumor odontogênico mais comum, ocorrendo em aproximadamente 1% dos tumores e cistos dos maxilares e 10% dos tumores odontogênicos. Todavia, Jordan e Speight (2009) o consideram como o mais comum tumor odontogênico após o odontoma. Ocorre em todos os grupos etários, mas o pico de incidência é na terceira e na quarta década de vida⁸. A alta frequência do ameloblastoma encontrada no presente estudo (43%) e sua localização preferencial em região posterior da mandíbula são condizentes com estudos realizados em outros países e com os trabalhos de pesquisadores de várias partes do mundo^{6,9,10,11}. Implica afirmar que sua natureza insidiosa e silenciosa faz com que o tratamento radical, sob anestesia geral, predomine devido ao diagnóstico tardio e/ou a necessidade de ressecção.

A ressecção marginal ou em bloco é o tratamento mais utilizado para o ameloblastoma sólido convencional ou multicístico, porém taxas de recidivas de até 15% foram descritas¹.

Foram observados neste levantamento dois casos de recorrência de ameloblastoma sólido em pacientes tratados por meio de ressecção e nenhum caso de recorrência de ameloblastoma unicístico em pacientes tratados com enucleação e curetagem. De acordo com Waldron (2009), a lesão tende a se infiltrar entre as trabéculas do osso esponjoso intacto podendo, a margem verdadeira do tumor pode se estender além de seu aparente limite radiográfico ou clínico, o que mais tarde se manifesta como recidiva.

Embora a literatura aponte para a superioridade da ressecção em comparação com a curetagem em eliminar permanentemente o ameloblastoma, está claro que nem todos os pacientes que se submetem à terapia cirúrgica agressiva são curados¹².

Ao contrário dos COs, o TOC não cresce e expande de forma centrípeta, mas mostra crescimento mural no sentido ântero-posterior, com proliferação tecidual para dentro do osso esponjoso. Pode,

então, alcançar considerável tamanho antes de a expansão óssea tornar-se aparente clinicamente. Também tem tendência a recorrer, levando à afirmação que é agressivo e tem um inerente potencial de crescimento¹.

A depender dos locais de envolvimento, as taxas de recorrência desse tumor podem ser significativas². No presente trabalho, observou-se taxa de recorrência de 26,6%, sendo que a região posterior da mandíbula esteve relacionada com todos os casos.

A mudança da classificação da OMS em 2005 também afetou os estudos dos TOs, e o TOC ganhou um importante papel na prevalência dessas lesões. Nos estudos conduzidos por El-Gehani et al. (2009) e Jing et al. (2007), a inclusão do TOC no grupo dos TOs revelou que foi, respectivamente, a primeira e a segunda lesão mais prevalente dentre esses tumores, concordando com os nossos estudos, em que o TOC representou o segundo TO mais frequente com um percentual de 28% dos casos.

O mixoma odontogênico (MO) foi o terceiro TO mais frequente neste estudo, com um percentual de 11%. Estudos da Ásia, Europa e América apresentaram frequências entre 0.5% e 17.7%¹⁵. A maioria das lesões de MO deste estudo ocorreram em mandíbula, quando comparado com a maxila (5:1). Em ambos os maxilares, a região posterior foi mais frequente. Apesar de ocorrer em ampla faixa etária e sem predileção por gênero¹⁶, observou-se, neste levantamento, uma maior frequência entre a segunda e a terceira década de vida e maior ocorrência do MO no gênero feminino (66,7%).

O odontoma apresentou um percentual de 9% dos casos, sendo o quarto TO mais frequente neste estudo. Esses resultados não são condizentes com os achados de Waldron (2009), que consideraram o odontoma como o tipo mais comum de TO. A média de idade dos pacientes com odontoma foi de 17 anos, com predileção pelo gênero feminino (75%). Essa predileção por mulheres foi de 52.5%

no Chile e 50.4% no México¹⁷, possivelmente porque esse tipo de tumor possui um crescimento limitado, sendo tratado, na maioria das vezes, em ambiente ambulatorial, sob anestesia local.

Possivelmente, o fato de o presente trabalho abordar apenas os casos tratados em ambiente hospitalar tenha contribuído para a baixa frequência de casos de odontomas. Todavia, seus achados concordaram com a literatura em relação à faixa etária e gênero.

Apenas um caso de tumor odontogênico cístico calcificante (TOCC) e um caso de tumor odontogênico epitelial calcificante (TOEC) – foram registrados neste levantamento, o que está de acordo com os estudos de Waldron (2009).

CONCLUSÕES

- O ameloblastoma foi o tumor odontogênico mais frequente (43%), seguido do tumor odontogênico ceratocístico (26%), mixoma odontogênico (11%) e odontoma (10%). O mais comum cisto odontogênico foi o cisto paradentário.
- Observou-se uma associação estatisticamente significativa, ao se comparar o tipo de tratamento realizado. A maior parte dos casos tratados por enucleação e curetagem foi composta por tumor odontogênico ceratocístico. A maioria dos casos de ressecção (17 do total de 23 casos) encontrou-se em ameloblastomas.
- A taxa de recorrência foi de 15%, sendo mais prevalente nos casos de tumor odontogênico ceratocístico, associados ao tratamento de enucleação e curetagem.

REFERÊNCIAS

1. Waldron, C. A. Cistos e Tumores Odontogênicos. In: Neville, B. W.; Damm D. D.; Allen, C. M.; Bouquot, J. E. Patologia Oral E Maxilofacial. Rio de Janeiro: Elsevier, P.679-741, 2009.

2. Jordan, R. C. K.; Speight, P. M. Current concepts of odontogenic tumours. *Diagnostic Histopathology*. V. 15, N. 6, P. 303-310, 2009.
3. Souza, L. B.; Nuñez, M. A. G.; Nonaka, C. F. W.; Medeiros, M. C.; Torres, T. F.; Emiliano, G. B. G. Odontogenic cysts: Demographic profile an a brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. V. 15, N. 4, P. 783-790, 2010.
4. Carlson, E. R. Odontogenic cysts and tumors. In: Miloro, M. Peterson's Principles Of Oral And Maxillofacial Surgery. Second Edition. London: Bc Decker Inc, P. 575-596, 2004.
5. Varoli, F. P.; Costa, E.; Buscatti, M. Y.; Oliveira, J. X.; Costa, C. Keratocystic odontogenic tumour: Intrinsic features and explanation of the new Denomination odontogenic keratocyst. *J Health Sci Inst*. V. 28, N. 1, P. 80-83, 2010.
6. Adebayo, E. T.; Ajike, S. O.; Adekeye, E. O. A Review of 318 Odontogenic tumors in kaduma, Nigeria. *J Oral Maxillofac Surg*. V. 63, P. 811-819, 2005.
7. Osterne, R. L.; Brito, M. R. G.; Alves, A. P. N. N.; Cavalcante, R. B.; Sousa, F. B. Odontogenic tumors: A 5-year retrospective study in a brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011.
8. Zhang, J.; Gu, Z.; Jiang, L. Zhao, J.; Tian, M.; Zhou, J.; Duan, Y. Ameloblastoma in children and adolescents. *Br J Oral Maxillofac Surg*. P. 1-6, 2009.
9. Ladeinde, A. L.; Ajayi, O. F.; Ogunlewe, M. O.; Adeyemo, W. L.; Arotiba, G. T.; Bamgbose, B. O.; Akinwande, J. A. Odontogenic tumors: A review of 319 cases in a nigerian teaching Hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. V.99, N. 2, P. 191-195, 2005.

10. Adebiji, K. E.; Odukoya, O.; Taiwo, E. O. Ectodermal Odontogenic Tumours: Analysis of 197 nigerian cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* V.33, P. 766-770, 2004.
11. Fulco, G.M.; Nonaka C.F.W.; Souza, L.B.; Miguel, M.C.C.; Pinto, L.P.; Ameloblastoma sólido: Estudo retrospectivo clinic e histopatológico em 54 casos. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010;76(2):172-7.
12. Carlson, E. R.; Marx, R. E. The Ameloblastoma: primary, curative surgical management. *J Oral Maxillofac Surg.* V. 64, P. 484-494, 2006.
13. El-Gehani, R.; Orafi, M.; Elarbi, M.; Subhashraj, K. Benign tumours of orofacial region at benghazi, libya: A study of 405 cases. *J Cranio-Maxillofac Surg.* V. 37, P. 370-375, 2009.
14. Jing, W.; Xuan, M.; Lin, Y.; Wu, L.; Liu, L.; Zheng, X.; Tang, W.; Qiao, J.; Tian, W. Odontogenic Tumours: A retrospective study of 1642 cases in a chinese population. *int J Oral Maxillofac Surg.* V.36, P. 20-25, 2007.
15. Buchner, A.; Merrell, P. W.; Carpenter, W. M. Relative frequency of central odontogenic tumors: A study of 1088 cases from northern california and comparison to studies from other parts of the world. *J Oral Maxillofac Surg.* V. 64, P.1343-1352, 2006.
16. Noffke, C. E. E.; Raubenheimer, E. J.; Chabikuli, N. J.; Bouckaert, M. M. R. Odontogenic Mixoma: Review of the literature and report of 30 cases from south africa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* V. 104, P. 101-109, 2007.
17. Mosqueda-Taylor, A.; Ledesma-Montes, C.; Caballero-Sandoval, S. Et Al. Odontogenic tumors in mexico. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* V. 84, P. 672-675, 1997.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Caetano Guilherme Carvalho Pontes
Avenida Contorno, 1283 - Centro
Lagarto/Sergipe - CEP: 49400-000
E-mail: caetano_pontes@hotmail.com

