

Osteotomia periférica no tratamento de cisto odontogênico glandular

Peripheral osteotomy in the treatment of glandular odontogenic cyst

Osteotomía periférica en el tratamiento del quiste odontogénico glandular

RESUMO

O objetivo deste artigo é relatar um caso de COG em sínfise mandibular, tratado com enucleação e osteotomia periférica. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 58 anos de idade, foi encaminhada para avaliação de uma lesão mandibular, apresentando-se assintomática no momento da consulta. Foi observado um leve aumento de volume vestibular na região da sínfise mandibular, sem sensibilidade ao toque. Na tomografia foi observada imagem hipodensa, multiloculada, bem delimitada, na região de sínfise, próxima as raízes dentárias e a basilar mandibular, além de um dente incluso intralesional. Foi realizada biópsia incisional e exame histopatológico, através do qual foi estabelecido o diagnóstico de COG. Como forma de tratamento, o paciente foi submetido a enucleação com curetagem de toda lesão e a osteotomia periférica, além da remoção do dente incluso. Após um ano de acompanhamento, a paciente encontra-se livre de recorrências. Conclusão: Por fim, este caso destaca a importância de um tratamento eficaz de COG com a osteotomia periférica, considerando o tamanho da lesão, suas características e sua localização, a fim de reduzir suas chances de recidiva. **Palavras-chaves:** Osteotomia Mandibular; Cistos Maxilomandibulares; Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

The aim of this article is to report a case of COG in mandibular symphysis, treated with enucleation and peripheral osteotomy. Case Report: A 58-year-old female patient was referred for evaluation of a mandibular lesion, instrument was asymptomatic at the time of consultation. An increase in vestibular volume was observed in the region of the mandibular symphysis, without sensitivity to touch. The tomography showed a hypodense, multiloculated, well-delimited image in the symphysis region, close to tooth roots and a mandibular basilar, in addition to an intralesional impacted tooth. An incisional biopsy and histopathological examination were performed, through which the diagnosis of COG was established. As a form of treatment, the patient underwent enucleation with curettage of the entire lesion and peripheral osteotomy, in addition to removal of the impacted tooth. After a year of follow-up, the patient is free from recurrences. Conclusion: Finally, this case highlights the importance of an effective treatment of COG with peripheral osteotomy, considering the size of the lesion, its characteristics and its location, in order to reduce its chances of recurrence. **Key-words:** Mandibular Osteotomy; Maxillomandibular Cysts; Oral Surgery.

RESUMEN

El objetivo de este artículo es reportar un caso de COG en la sínfisis mandibular, tratado con enucleación y osteotomía periférica. Caso Clínico:

Emerson Filipe de Carvalho Nogueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4560-7733>
Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco, Brasil
E-mail: emerson_filipe@hotmail.com

Priscila Lins Aguiar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3004-0578>
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: aaguiar.priscila@gmail.com

Tatiane Fonseca Faro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9389-2567>
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: tatianefonsecafaro@gmail.com

Rayane Pereira de Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3183-4019>
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil
E-mail: rayodonto111@outlook.com

Pedro Paulo Ribeiro de Farias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0134-402X>
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: pedrofariasodontologia@gmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Emerson Filipe de Carvalho Nogueira
– Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco, Avenida Conselheiro Rosa e Silva, s/n – Espinheiro, Recife – PE, CEP: 52020-020.
E-mail: emerson_filipe@hotmail.com

Paciente feminino, de 58 años de edad, fue remitida para valoración de lesión mandibular, presentándose asintomática al momento de la consulta. Se observa ligero aumento de volumen vestibular en la región de la sínfisis mandibular, sin sensibilidad al tacto. En la tomografía se observó una imagen hipodensa, multiloculada, bien delimitada en la región de la sínfisis, próxima a las raíces dentarias y la base de la mandíbula, además de un diente intralesional. Se realizó biopsia incisional y examen histopatológico, a través del cual se estableció el diagnóstico de GOC. Como forma de tratamiento, el paciente fue sometido a enucleación con curetaje de toda la lesión y osteotomía periférica, además de extracción del diente impactado. Después de un año de seguimiento, un paciente está libre de recurrencias. Conclusión: Finalmente, este caso destaca la importancia de un tratamiento efectivo de la GOC con osteotomía periférica, considerando el tamaño de la lesión, sus características y su ubicación, para reducir sus posibilidades de recurrencia. **Palabras Clave:** Osteotomía mandibular; quistes maxilomandibulares; Cirugía Oral.

INTRODUÇÃO

O cisto odontogênico glandular (COG) é um cisto odontogênico de desenvolvimento, clinicamente raro e histopatologicamente incomum, com comportamento imprevisível e potencialmente agressivo. Compreende aproximadamente 0,4% de todos os cistos odontogênicos e pode apresentar-se na forma de pequenas lesões de 1 cm até lesões de grandes dimensões. Ocorre comumente em adultos de meia-idade, com predileção pelo sexo masculino.^{1,2}

Clinicamente, o COG apresenta-se comumente como pequenas lesões assintomáticas, de crescimento lento. Entretanto, quando na forma de grandes lesões, podem causar reabsorção, deslocamento dentário e expansão óssea acompanhadas de dor e parestesia. Também é comum a associação desse cisto com dentes impactados. Radiograficamente, pode se apresentar na forma unilocular, mas ocorre mais frequentemente como um cisto multilocular com margens radiopacas bem definidas.³

As modalidades de tratamento para o COG variam de acordo com a dimensão, localização da lesão e escolha do cirurgião, podendo variar desde enucleação e curetagem à ressecção mandibular. Abordagens mais conservadoras, como enucleação e curetagem podem ser utilizadas em associação com a osteotomia periférica, a fim de diminuir o potencial de recidiva, graças a remoção de restos celulares tumorais com

margem de segurança óssea, o que acarreta um bom prognóstico do tratamento da lesão.²⁻⁵

Esse artigo tem como objetivo relatar um caso de COG mandibular tratado com enucleação, curetagem e osteotomia periférica, bem como discutir sobre as opções terapêuticas para esse tipo de lesão.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 58 anos de idade, foi encaminhada para avaliação de lesão em mandíbula, assintomática, encontrada em exame radiográfico de rotina. Ao exame físico observou-se leve aumento de volume vestibular na região dn e sínfise mandibular, sem sensibilidade ao toque, e sem alteração de coloração da mucosa. A tomografia computadorizada demonstrou imagem hipodensa, multiloculada, bem delimitada em proximidade com as raízes dentárias e basilar mandibular, além de presença de um dente incluso intralesional (Figura 1).

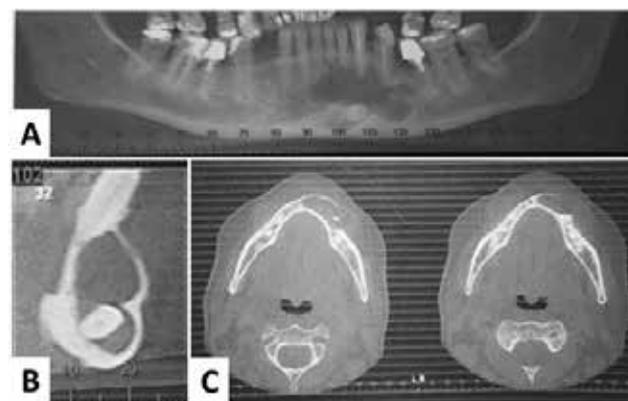


Figura 1 - Tomografia computadorizada de mandíbula em: A) corte panorâmico; B) corte parassagital; C) cortes axiais

Inicialmente foi realizada biópsia incisional, a partir da qual foi encontrada, na análise histopatológica um revestimento de epitélio escamoso estratificado não queratinizado, apresentando células colunares superficiais ciliadas. A camada superficial do epitélio apresentou células cuboidais eosinofílicas, que tornavam a superfície irregular. Pequenos microcistos e agrupamentos de células mucosas estavam presentes.^{1,4} Concluindo assim o diagnóstico definitivo de cisto odontogênico glandular. Devido a extensão da lesão foi solicitado prototipagem para um melhor planejamento operatório.

A paciente foi submetida a anestesia geral, e seguiu-se com acesso cirúrgico em vestibulo anterior de mandíbula, descolamento subperiosteal, enucleação e curetagem de toda lesão, além da

remoção do dente incluso. Como terapia adjuvante optou-se pela osteotomia periférica com broca de desgaste Maxicut e auxílio de azul de metileno para melhor definição das regiões removidas, bem como da extensão da osteotomia (Figura 2). Ao final, a cavidade foi irrigada copiosamente com soro fisiológico 0,9% e realizada sutura com fio reabsorvível Vicryl 4-0 (Ethicon ®).



Figura 2 - A) Aplicação do azul de metileno na cavidade após a enucleação. B) Aspecto transoperatório após a osteotomia periférica.

A paciente esteve em acompanhamento por 12 meses, sem sinais clínicos e imaginológicos de recidiva da lesão, e demonstrando imagens sugestivas de neoformação óssea (Figura 3).

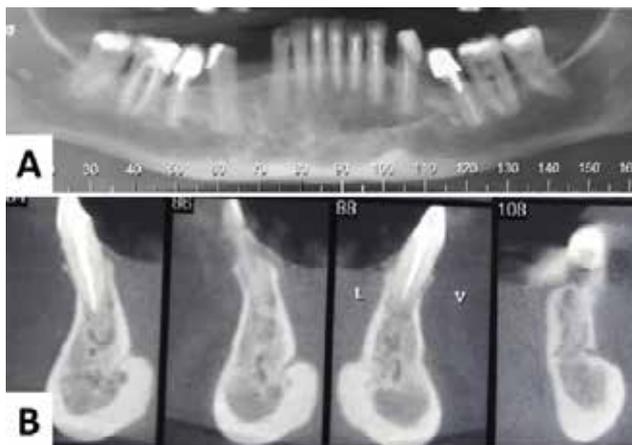


Figura 3 - Acompanhamento radiológico pós-operatório (12 meses). A) Panorâmica digital. B) Cortes parassagitais.

DISCUSSÃO

O COG é um cisto incomum com padrão agressivo de crescimento e com alta taxa de recidiva. Sua etiopatogenia tem relação com estruturas do remanescente da lâmina dentária, porém ainda permanece desconhecida.³

Essa lesão demonstra predileção por pacientes do sexo masculino entre a quinta e sexta década de vida, e pela região de sínfise e do corpo mandibular. No caso clínico relatado a paciente apresentava 58 anos e uma lesão localizada na região anterior de mandíbula, corroborando com a literatura a respeito da faixa etária e da

localização de maior acometimento, no entanto o sexo feminino é o de menor prevalência associado à condição. Geralmente o COG é assintomático, contudo, quando a lesão alcança grandes dimensões o paciente pode apresentar alterações clínicas como aumento de volume em 85,7% dos casos, seguido de dor (28,5%) e parestesia (14,2%).^{1,3}

Foram analisados 169 casos de cisto odontogênico glandular registrados na literatura e os achados dessas lesões apresentavam as seguintes características: cerca de 26% tinham sinais de perfuração da cortical óssea, 73% de expansão óssea e apenas 24,3% dos pacientes apresentavam sintomas. Aproximadamente 31% das lesões foram associadas a deslocamento dentário ou a um dente não irrompido.^{3,6} Em conformidade à prevalência das características apontadas nesse estudo, a lesão do caso relatado apresentou expansão óssea com rompimento da cortical óssea vestibular e presença de um dente não irrompido intralesional, além da ausência de qualquer sintomatologia na região anterior da mandíbula.⁶

Não há característica radiológica patognomônica para o COG. Radiograficamente, essa lesão pode aparecer como uma lesão radiolúcida unilocular ou multilocular, com bordas bem definidas e escleróticas em alguns casos e bordas mal definidas em outros, muitas vezes atingindo grandes dimensões. A expansão e o afinamento das corticais podem ser observados ocasionalmente em radiografias oclusais ou cortes tomográficos axiais.^{3,4,7} No presente caso, a tomografia computadorizada exibiu uma lesão multilocular, bem delimitada em proximidade com as raízes dentárias do elemento 35 ao ápice do 46 e da basilar mandibular, além da presença de um dente incluso intralesional, com o rompimento da cortical vestibular anterior do corpo mandibular, o que reitera o caráter agressivo dessa lesão.

Com base nas evidências, existem sobreposições clínicas, radiográficas e histopatológicas que incluem no conjunto de características para o diagnóstico diferencial do COG alguns cistos e tumores, como cistos radiculares com alterações prosoplásticas, cistos botrióides, cistos periodontais laterais, cisto dentífero, ceratocisto odontogênico, cisto cirúrgico ciliado, carcinoma mucoepidermóide intraósseo de baixo grau e ameloblastoma.³

O conteúdo de fluido de aspiração de baixa viscosidade e límpido pode ser um sinal clínico indicativo para o COG, por esse motivo, a aspiração pré-operatória e inspeção de fluido podem ser recomendados. Grandes lesões devem

ser biopsiadas para estabelecer o diagnóstico definitivo antes do tratamento cirúrgico.^{3,7,8}

Vários autores apresentaram os critérios microscópicos para o diagnóstico do COG.^{1,4} Esses podem ser classificados em primários e secundários. As características primárias no diagnóstico apontadas são o revestimento por células escamosas não-queratinizadas com espessura variável no formato de esferas ou espirais, células eosinofílicas cubóides, células caliciformes e estruturas semelhantes a ductos glandulares intraepiteliais. Como critérios secundários foram apontadas a presença de células ciliares, arquitetura multicística e a presença de células vacuoladas na camada basa.^{1,9}

Existem várias modalidades de tratamento para os casos de COG, uma delas é a enucleação, com ou sem curetagem, que consiste na remoção da lesão intacta, sem o comprometimento das estruturas adjacentes. Essa está indicada para lesões de até três centímetros de diâmetro. Por ser difícil a remoção da lesão inteira, a curetagem é remove a parede cística em porções, de forma a remover grande parte de seu conteúdo.^{3,8}

Estudos recentes têm mostrado que grandes lesões também podem ser tratadas com marsupialização seguida de curetagem. Nesta modalidade, em um primeiro momento é realizada a marsupialização, que consiste em uma cavidade cirúrgica na parede do cisto, permitindo a descompressão do seu conteúdo e a manutenção da continuidade entre o cisto e a cavidade oral. Em segundo momento, com a diminuição do tamanho da lesão, é realizada a curetagem associada ou não a alguma terapia adjuvante. Em lesões multiloculares com maior risco de recidiva, modalidades de tratamento mais agressivas são indicadas, a depender do tamanho da lesão, da integridade das corticais e da proximidade da lesão às estruturas vitais. Sendo a osteotomia periférica, em conjugação com a enucleação e curetagem, realizada sempre que possível. Tratamentos mais radicais, como a ressecção marginal, às vezes podem ser considerados devido ao comportamento biológico agressivo e às taxas de recorrência dessa lesão, embora só seja recomendada para lesões grandes com frequente recorrência em áreas anatómicas difíceis, devido às chances de morbidades como assimetria facial e perda de continuidade mandibular.^{2,3,7,8}

Métodos para diminuir os índices de recidiva da lesão associado a menor morbidade são relatados na literatura. A associação de técnicas cirúrgicas e terapias adjuvantes trazem resultados mais positivos do que métodos realizados

isoladamente.⁸ A enucleação com osteotomia periférica pode ser utilizada com segurança para o tratamento de COG, pois refere-se à remoção cirúrgica da lesão por enucleação, seguida de redução do osso periférico com peça manual e brocas de desgaste para remover toda a lesão sem deixar remanescentes. Embora a enucleação com osteotomia periférica seja apontada na literatura como uma abordagem agressiva do tratamento, o nível de morbidade dessa medida terapêutica é mínima em comparação com a ressecção.¹⁰ A paciente do presente estudo foi tratada por enucleação e curetagem de toda lesão, além da remoção do dente incluso. Como terapia adjuvante optou-se pela osteotomia periférica com broca de desgaste Maxicut e aplicação do azul de metileno na cavidade para melhor definição das regiões removidas e profundidade. A enucleação associada à osteotomia periférica foi escolhida devido a três fatores: escolha do paciente, diagnóstico clínico e radiológico e tamanho da lesão. No presente caso, foi levado em consideração, na escolha do método terapêutico empregado a característica da lesão, tamanho e localização.³

Taxas de recorrência parecem estar correlacionadas com a modalidade terapêutica utilizada, variando de 29% para 55%. Métodos conservadores, como enucleação e curetagem, têm sido comumente associados à recorrência do COG, especialmente em lesões grandes e multiloculares.⁷ No entanto, as abordagens cirúrgicas como a enucleação associada a osteotomia periférica, com ou sem curetagem, é o tratamento mais comum relatado na literatura e está associado a uma redução significativa do risco de recidiva do COG.^{4,5} O tratamento por enucleação, curetagem e osteotomia periférica para o caso da paciente foi preservado no período de 12 meses, e não houve qualquer recidiva da lesão. A paciente segue em acompanhamento.

Alguns relatos sugerem que a recorrência é mais comum em lesões maiores, com perfuração da cortical óssea, revestimento fino, multilocularidade do cisto, presença de microcistos e alta capacidade mitótica celular.^{3,4,7} A cauterização do tecido mole exposto com bisturi elétrico está indicado nesses casos de fenestração óssea. Vale destacar a importância de se esclarecer ao paciente a necessidade de que o acompanhamento periódico continue por até sete anos, principalmente nos casos com características associadas com maior risco de recidiva.

CONCLUSÃO

O COG é um cisto de característica agressiva, de etiopatogenia incerta e com alto índice de recidiva. O tratamento cirúrgico da lesão com a enucleação seguida da osteotomia periférica apresentou bons resultados, não havendo recidiva da lesão. Sendo considerado o tamanho da lesão, suas características (comportamento) e sua localização. A escolha do meio de tratamento teve a finalidade de reduzir a taxa de recorrência nesse caso. Além disso, é importante ressaltar que há a necessidade de que o paciente seja acompanhado durante o período de até sete anos.

REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Patologia oral e maxilofacial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
2. Oliveira LML, Oliveira GM, Cardoso SV, Rocha FS, Henriques JCG. Cisto odontogênico glandular tratamento cirúrgico por marsupialização e enucleação: relato de caso. Revista Odontológica do Brasil Central. 2020 Jan;29(88):69-72.
3. Ferreira JCB, Vêncio EF, de Sá RT, Gasperini G. Glandular Odontogenic Cyst in Dentigerous Relationship: An Uncommon Case Report. Case Rep Dent. 2019 Jul 4;8647158.
4. Poudel P, Srii R, Chaurasia N, Upadhyaya C. Glandular odontogenic cyst-Report of a rare case. Clin Case Rep. 2020 Jan 7;8(2):351-354.
5. França GM, Freitas CTS, Neto LFA, Junior LCM, Gomes PP, Galvão JC. Cisto odontogênico glandular: relato de um caso incomum na região posterior da mandíbula. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial. 2019 Dez;55(6):683-692.
6. Chrcanovic BR, Gomez RS. Glandular odontogenic cyst: An updated analysis of 169 cases reported in the literature. Oral Dis. 2018 Jul;24(5):717-724.
7. Oliveira NPJ, Avelar RL, Andrade ESS, Raimundo RC, Gomes ACA, Laureano FJR. Tratamento cirúrgico de extenso cisto odontogênico glandular: considerações clínico-cirúrgicas. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. 2009 Out./Dez;9(4):540168.
8. Marques DH, Barros MAN, Teslenko VB, Santana Junior CM, Meurer LM, Verlingue AF, Reis GN dos. Tratamento cirúrgico do ceratocisto odontogênico por meio de enucleação e osteotomia periférica: relato de caso. Arch Health Invest. 2020 Abr 21;9(6):531-4.
9. Barth CT, Chamberlain JA, Wessel JR. Treatment of a Mandibular Glandular Odontogenic Cyst with Peripheral Ostectomy, Bone Allograft, and Implant Reconstruction: A Case Report. Int J Periodontics Restorative Dent. 2017 Jul/Aug;37(4):e210-e216.
10. Karaca C, Dere KA, Er N, Aktas A, Tosun E, Koseoglu OT, Usubutun A. Recurrence rate of odontogenic keratocyst treated by enucleation and peripheral ostectomy: Retrospective case series with up to 12 years of follow-up. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2018 Jul 1;23(4):e443-e448.