

Tratamento cirúrgico de cisto odontogênico epitelial calcificante

Surgical treatment to calcifying epithelium odontogenic cyst

LUCAS CAVALIERI-PEREIRA¹, RENAN CAVALIERI-PEREIRA², LARISSA GONÇALVES LUCIANO GOMES CAVALIERI-PEREIRA³

RESUMO

O cisto odontogênico epitelial calcificante (COEC) é uma lesão rara, que apresenta comportamento clínico e radiográfico variáveis. Foi descrito em 1962, por Gorlin, porém somente em 1971 foi reconhecido pela OMS como entidade patológica distinta e classificado como lesão cística não-neoplásica. O objetivo neste estudo foi relatar um caso de COEC.

Descritores: Cisto odontogênico calcificante. Tumores odontogênicos. Cistos maxilomandibulares.

ABSTRACT

The calcifying epithelium odontogenic cyst (COEC) is a rare injury that it presents clinical and radiographic behavior variable. He was described in 1962 for Gorlin, however in 1971 he was only recognized for the OMS as pathological entity distinct e, classified as a non neoplastic cystic injury. The aim of this study was report a COEC case.

Keywords: Calcifying odontogenic cyst. Odontogenic tumors. Jaw cysts.

1. Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-UNICAMP) da Universidade Estadual de Campinas, Doutorando em CTBMF pela FOP-UNICAMP, Especialista em CTBMF, Professor Assistente do Serviço de CTBMF da Santa Casa de Misericórdia de Marília, titular do Centro de Reabilitação Oral e Maxilofacial – CROM, Pompéia, SP, Brasil.
2. Especialista em Implantodontia ABO-UNICSUL, Cirurgião dentista do Centro de Reabilitação Oral e Maxilofacial – CROM, Pompéia, SP, Brasil.
3. Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Dermato-Funcional, Fisioterapeuta do Centro de Reabilitação Oral e Maxilofacial – CROM, Pompéia, SP, Brasil.

Correspondência: Lucas Cavalieri Pereira
CROM - Centro de Reabilitação Oral e Maxilofacial
Av. Benjamin Constant, 408 – Flandria – Pompéia, SP, Brasil – CEP 17580-000
E-mail: lucascavaliERPereira@yahoo.com.br / crompompeia@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O cisto odontogênico epitelial calcificante (COEC) é uma lesão rara, representando menos de 2% de todos os cistos e tumores odontogênico^{1,2}. Foi descrito inicialmente por Gorlin, em 1962³, como cisto odontogênico derivado do epitélio reduzido do esmalte, a partir de ameloblastos bem diferenciados, ou ainda por epitélio odontogênico ativo⁴. Somente em 1971 foi reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como entidade patológica distinta e, classificado como lesão cística não-neoplásica⁵. Atualmente, a OMS define o COEC como tumor odontogênico, incluindo todas as suas variantes.

Apresenta-se como lesão central (intraóssea), ocorrendo igualmente na mandíbula e na maxila, preferencialmente na região anterior^{6,7}. Não tem predileção por sexo ou raça, porém atinge indivíduos entre a 3ª e 4ª década de vida⁸. Clinicamente, o cisto de Gorlin manifesta-se como lesão não-neoplásica, indolor, provocando expansão da cortical óssea, podendo exibir perfuração da tábua óssea^{9,10}. No exame radiográfico, observa-se, principalmente, lesão unilocular radiotransparente bem definida, ainda que ocasionalmente multilocular^{11,12}. O diagnóstico é firmado após realização e avaliação de exames microscópicos.

O prognóstico desse tipo de lesão é favorável e, quanto à forma de tratamento, há um consenso entre os autores para a preconização da enucleação cirúrgica^{12,13}. Diante do pressuposto, um caso de COEC é relatado e discutido, desde o atendimento inicial até a completa resolução do quadro em questão.

RELATO DO CASO

O paciente do gênero masculino, leucoderma, 14 anos de idade, compareceu ao Centro de Reabilitação Oral e Maxilofacial (CROM), queixando-se de abaulamento indolor em maxila esquerda, com evolução de cerca de 18 meses. Ao exame físico, observou-se abaulamento da cortical óssea vestibular na região entre os elementos 22 e 23 (Figura 1), com deslocamento dos mesmos. A mucosa da região era normocorada e os elementos responderam positivamente ao teste de vitalidade pulpar.

Radiograficamente (Figura 2), observava-se presença de lesão radiolúcida bem circunscrita, com aproximadamente 20 mm no seu maior diâmetro, acometendo região anterior de maxila. Em decorrência das características da lesão, optou-se pela enucleação total.

Em ambiente ambulatorial, iniciou-se o procedimento cirúrgico por meio da anestesia local. A incisão foi iniciada na linha mediana, entre os elementos 21 e 22 até a papila disto-vestibular, na região do elemento 24, sendo que foi realizada nesse ponto uma incisão oblíqua em direção ao fundo de sulco gengivo-labial. Prosseguiu-se com o descolamento mucoperiosteal e acesso à lesão. No ato da excisão, observou-se rompimento da cortical óssea (Figuras 3 e 4). A peça retirada foi encaminhada para análise microscópica (Figuras 5 a 8), obtendo diagnóstico final de cisto de Gorlin (cisto odontogênico epitelial calcificante).

Os controles pós-operatórios foram realizados em 7, 14, 28 e 64 dias até 1 ano, quando o paciente apresentou a condição de alta ambulatorial, observando-se total finalização no processo de cicatrização das abordagens cirúrgicas, tanto nos aspectos clínicos (Figura 9) como radiográfico (Figura 10). Nos primeiros dois meses, realizou-se drenagem linfática facial e exercícios de motricidade labial, para regressão de edema e diminuição de fibrose cicatricial.

Figura 1 – Abaulamento das corticais ósseas.



Figura 2 – Lesão radiolúcida circunscrita.



Figura 3 – Incisão.



Figura 4 – Rompimento da cortical óssea.



Figura 7 – Sutura.



Figura 5 – Excisão da lesão.



Figura 8 – Peça ressecada para análise microscópica.

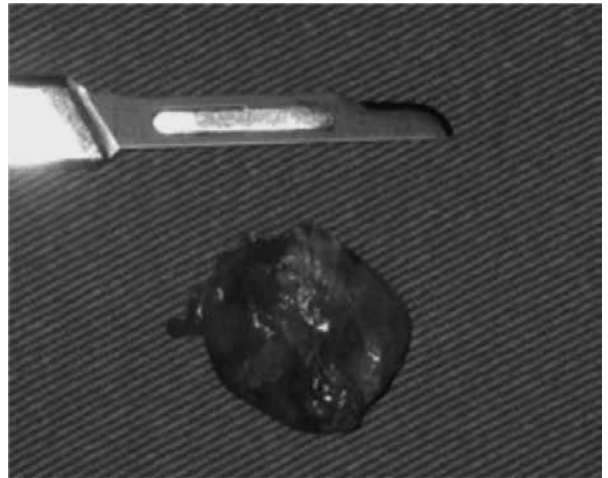


Figura 6 – Aspecto da cavidade cirúrgica remanescente.

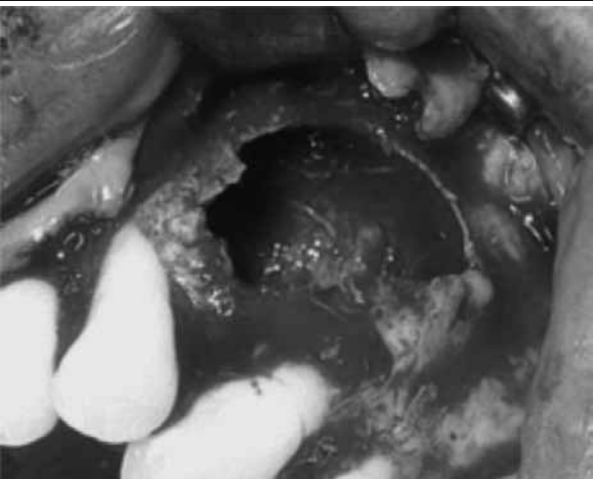
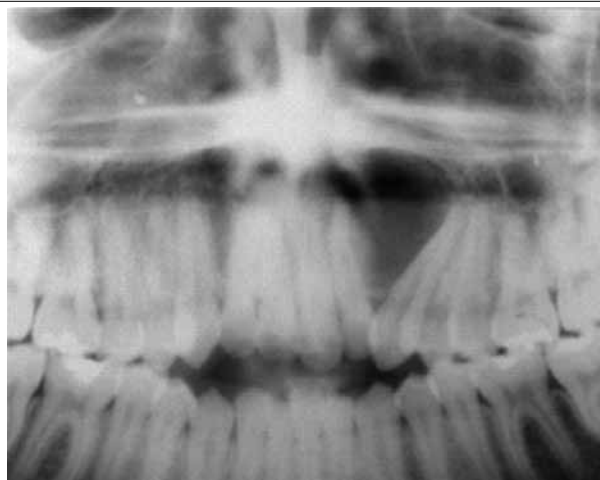


Figura 9 – Pós-operatório de 1 ano.



Figura 10 – Aspecto radiográfico pós-operatório de 1 ano.

DISCUSSÃO

Na grande maioria dos casos, o cisto de Gorlin manifesta-se como lesão indolor, que causa aumento volumétrico e se distribui preferencialmente na região anterior de maxila e mandíbula. Não apresenta predileção por sexo¹⁴ ou raça, surgindo especialmente por volta dos 40 anos de idade⁸. É uma lesão incomum, constituindo 0,37% a 2,1% de todos os cistos e tumores odontogênicos¹⁵. No caso clínico relatado, o cisto acometia a região anterior da maxila em um adolescente de 14 anos, idade pouco descrita na literatura no aparecimento dessa patologia.

Buchner⁷, em 1991, revisou 215 casos de COEC central e destes, 62% apresentaram expansão da tábua óssea e 4,5% perfuração da mesma. O COEC é descrito como lesão radiolúcida unilocular ou multilocular, bem delimitada, podendo causar expansão e perfuração da tábua óssea, além de deslocamento dental^{9,11,12}. Esses resultados corroboram com o presente estudo, já que o mesmo se tratou de lesão radiolúcida, unilocular, com expansão e perfuração da cortical vestibular e deslocamento dental.

Pode-se comprovar que o tratamento resume-se na enucleação cirúrgica com prognóstico favorável, já que a taxa de recidiva é considerada baixa pelos autores^{4,12,13}. Isso é congruente com o resultado no presente trabalho a partir do emprego dessa técnica cirúrgica.

CONCLUSÃO

O COE é uma entidade patológica distinta, incomum e com características clínicas e radiográficas variáveis.

Apesar da ocorrência mais evidente entre a 3ª e 4ª década de vida, o cisto de Gorlin pode acometer outras faixas etárias e o cirurgião buco-maxilo-facial deve estar atento para realizar o diagnóstico dessa doença.

O tratamento consiste basicamente na enucleação total da lesão, obtendo um bom prognóstico, raramente com recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Swan RH, Houston GD, Moore SP. Peripheral calcifying odontogenic cyst (Gorlin cyst). *J Periodontol.* 1985;56(6):340-3.
2. Iglesias-García S, Aguado-Santos A, Seoane-Lestón JM, Suárez-Quintanilla JM, Vázquez-Vázquez C. Quiste odontogênico calcificante associado com odontoma. Caso clínico. Revisión de la literatura. *Rev Esp Cirurg Oral Maxilofac.* 1997;19(3):140-4.
3. Gorlin RJ, Pindborg JJ, Clausen FP, Vickers RA. The calcifying odontogenic cyst: a possible analogue of cutaneous calcifying epithelioma of Malherbe. An analysis of fifteen cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1962;15:1235-43.
4. Dorso BC, Ribeiro DA, Ferreira FBA. Cisto de Gorlin: revisão de literatura. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2005;5(3):291-5.
5. Pindborg JJ, Kramer IRH, Torloni H. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts, and allied lesions. Geneva: World Health Organization; 1984. p.72-6.
6. Yoshida M, Kumamoto H, Ooya K, Mayanagi H. Histopathological and immunohistochemical analysis of calcifying odontogenic cysts. *J Oral Pathol Med.* 2001;30(10):582-8.
7. Buchner A. The central (intraosseous) calcifying odontogenic cyst: an analysis of 215 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49(4):330-9.
8. Gallana-Alvarez S, Mayorga-Jimenez F, Torres-Gómez FJ, Avellá-Vecino FJ, Salazar-Fernandez C. Calcifying odontogenic cyst associated with complex odontoma: case report and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005;10(3):243-7.
9. Neville BW, Damm D, Allen CM, Bouquet JE. Patologia oral e maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2004.
10. Regesi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1994.
11. Tanimoto K, Tomita S, Aoyama M, Furuki Y, Fujita M, Wada T. Radiographic characteristics of the calcifying odontogenic cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1988;17(1):29-32.
12. Iida S, Fukuda Y, Ueda T, Aikawa T, Arizpe JE, Okura M. Calcifying odontogenic cyst: radiologic findings in 11 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;101(3):356-62.
13. Shear M. Developmental odontogenic cysts. An update. *J Oral Pathol Med.* 1994;23(1):1-11.
14. Araújo NN, Araújo VC. Cisto da boca. In: Patologia bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1984. p.109.
15. Erasmus JH, Thompson IO, van Rensburg LJ, van der Westhuyzen AJ. Central calcifying odontogenic cyst. A review of the literature and the role of advanced imaging techniques. *Dentomaxillofac Radiol.* 1998;27(1):30-5.