

Cisto Odontogênico Calcificante: Relato de 2 Casos com Considerações sobre o Tratamento

Calcifying Odontogenic Cyst: Report of 2 Cases and Treatment Considerations

Arlei Cerqueira
Adriane Subtil de Oliveira
Manoel Sant'ana Filho
Elaine Bauer Veeck

RESUMO

O presente artigo relata dois casos de cisto odontogênico calcificante, o primeiro associado a um odontoma e outro associado a um ameloblastoma. Isto modifica completamente o plano de tratamento, devido ao comportamento biológico de cada lesão associada, podendo variar de uma curetagem a um tratamento cirúrgico radical. O que evidencia a importância de um diagnóstico preciso e uma preservação criteriosa dentro da prática odontológica.

PALAVRAS-CHAVE

Cisto Odontogênico Calcificante – Odontoma – Ameloblastoma - Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.

INTRODUÇÃO

O cisto odontogênico calcificante (COC) foi descrito pela primeira vez, como uma entidade patológica diferenciada, por Gorlin e colaboradores, em 1962. Os principais achados histopatológicos para o COC são uma cavidade revestida por epitélio odontogênico, com um padrão de queratinização semelhante a células fantasmas ocupando a luz do cisto e quantidade variável de calcificação distrófica destas células (GORLIN *et al.* 1962; BUCHNER, 1991). Segundo Satomura e seus colaboradores (1999), os focos de calcificação ocorrem a partir de vesículas espalhadas nos feixes de tonofilamentos das células fantasmas. Dentina displásica e células fantasmas podem ser observadas no interior da cápsula fibrosa próximo ao epitélio odontogênico, ocupando a periferia da lesão (BUCHNER, 1991; RUSHTON & HORNER, 1997; YOSHIMURA *et al.* 1998).

Esta é uma lesão rara podendo ocorrer em qualquer idade, não apresentando qualquer predileção por sexo ou localização - mandíbula ou maxila, sendo mais frequente na região anterior (GORLIN *et al.* 1962; BUCHNER, 1991; HONG *et al.* 1991; JOHNSON III *et al.* 1997). Apresenta-se predominantemente intra-óssea porém em 13% a 30% dos casos podem ocorrer na periferia (HONG *et al.* 1991; JOHNSON III *et al.* 1997; RUSHTON & HORNER, 1997).

Radiograficamente, os COC podem apresentar-se como áreas radiolúcidas uniloculares ou multiloculares, bem delimitadas e com áreas radiopacas de densidade e tamanho variado no seu interior (GORLIN *et al.* 1962; BUCHNER, 1991; NEVILLE *et al.* 1998). A presença de dentes impactados e reabsorção radiculares também são achados frequentes interior (GORLIN *et al.* 1962; NEVILLE *et al.* 1998; YOSHIMURA *et al.* 1998).

O COC apresenta uma grande variedade em seus aspectos clínicos e achados histopatológicos, apresentando-se como lesões císticas, sólidas ou císticas com crescimento intramurais (TOIDA, 1998). A Organização Mundial da Saúde reconheceu, a partir de 1992, o COC, com todas as suas variantes, como uma lesão neoplásica podendo apresentar uma arquitetura cística (KRAMENR *et al.* 1992).

Por se tratar de uma lesão rica em epitélio odontogênico, esta lesão exibe potencial para desenvolvimento de outras lesões odontogênicas, como odontomas, ameloblastomas, fibroma ameloblástico e tumor odontogênico adenomatóide (BUCHNER, 1991; HONG *et al.* 1991; KRAMENR *et al.* 1992). Este fato modifica o comportamento biológico da lesão, ou seja, a velocidade de crescimento e o seu potencial para invasão de tecidos vizinhos. Surge daí a importância de se estabelecer um di-

agnóstico preciso e uma terapia específica para cada caso devido a possibilidade da presença associada, ou pela degeneração do epitélio de revestimento, em lesões de comportamento biológico mais agressivo.

O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de COC tratados de forma distinta, devido a presença concomitante de lesões de comportamento biológico diferentes, enfatizando a importância do diagnóstico diferencial e do estudo histopatológico das lesões encontradas na clínica odontológica.

CASO CLÍNICO 1

Paciente do sexo feminino de 8 anos de idade, mestiça, com a queixa de ausência clínica do incisivo central e lateral superior direito (ICSD e ILSD) procurou o Serviço de Cirurgia da Faculdade de Odontologia da PUCRS. Ao exame físico notava-se ausência clínica do ICSD e ILSD, além de um discreto aumento de volume vestibular, no rebordo, medindo aproximadamente 1,5cm de diâmetro (FIGURA 1). Ao exame radiográfico periapical, pôde-se observar a presença do ICSD e ILSD no interior do alvéolo, impactados por uma lesão radiolúcida de, aproximadamente 2,0cm de diâmetro preenchida com material calcificado ocupando a região de incisivos desde a linha média até a região de canino. Este último, apresentava-se compatível com a cronologia de erup-

* Graduado pela Faculdade de Odontologia da UFBA

Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela PUCRS
Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

** Graduada pela Faculdade de Odontologia da UFG

Mestra em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela PUCRS

Professora do Curso de Especialização em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da FOPLAC - Brasília

*** Doutor em Estomatologia

Professor das Disciplinas de Patologia Bucal das Faculdades de Odontologia da UFRGS e PUCRS

**** Doutora em Estomatologia

Professora Titular da disciplina de Radiologia Odontológica da FO-PUCRS

ção (FIGURA 2). Foi realizado biópsia excisional sob anestesia local, com a curetagem total da lesão, preservando-se os dentes permanentes e, posteriormente, feito o acompanhamento radiográfico para a avaliação da erupção. O feixe vasculonervoso do canal incisivo apresentava-se envolvido

na lesão, no entanto pôde ser preservado (FIGURA 3A e 3B). O material removido, com diagnóstico presuntivo de odontoma composto, foi encaminhado para o estudo histopatológico no Serviço de Patologia da FOPUCRS que evidenciou tratar-se de um Cisto Odontogênico Calcificante variante produto-

ra de Odontoma (FIGURA 4A e B). Através da preservação radiográfica de três anos, não foi possível identificar sinais de recidiva, no entanto, foi realizado uma nova intervenção para a extração do ICSD que devido a dilaceração radicular não foi capaz de ocupar sua posição no arco.

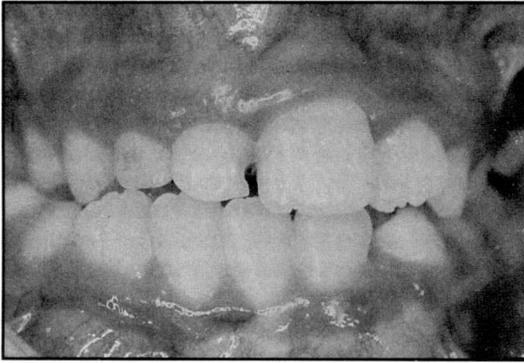


Figura 1 - Aspecto clínico da paciente com 8 anos de idade.

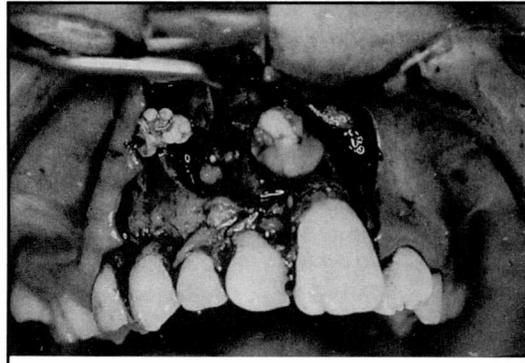


Figura 3A e B - Aspecto intraoperatório da lesão e a preservação do feixe vasculonervoso.

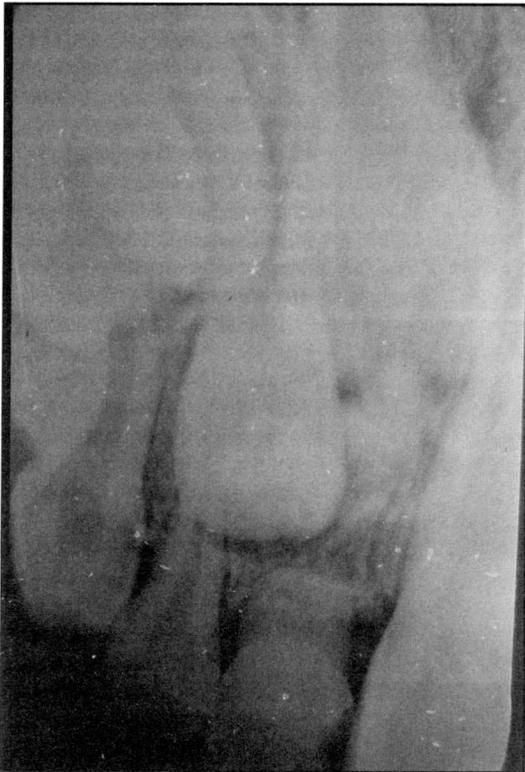


Figura 2 - Radiografia periapical evidenciando impatcação dos incisivos por massa radiopaca.

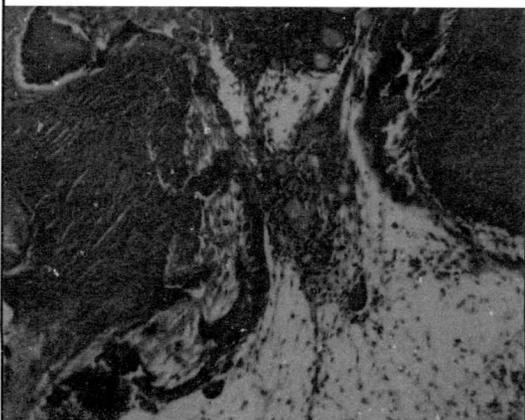
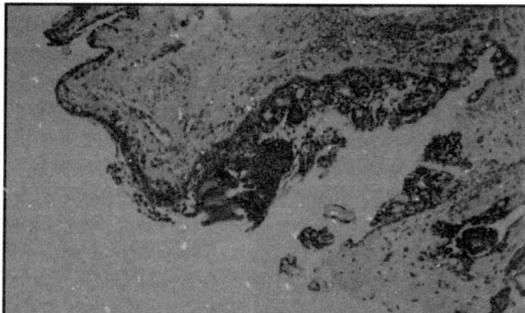


Figura 4A e B - Cavidade revestida por tecido epitelial espesso com células fantasmas (100x)
Área hialina compatível com dentina e epitélio cístico com células fantasmas (400x).

CASO CLÍNICO 2

Paciente do sexo masculino, 56 anos, negro, apresentando abaulamento na maxila causando deformidade facial com elevação da asa do nariz à esquerda (FIGURA 5). Radiograficamente, a lesão apresentava-se como uma área radiolúcida de aproximadamente 5,0cm de diâmetro, compatível com

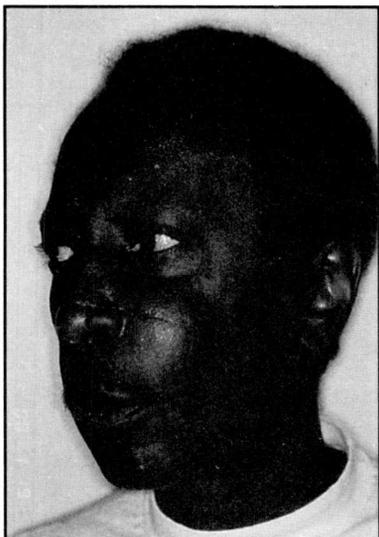


Figura 5 - Paciente com elevação da asa do nariz causada por lesão em maxila.

cisto, provocando deslocamento do assoalho do seio maxilar, com limites definidos, exceto por uma área mal delimitada na região dos incisivos superiores (FIGURA 6). Exames adicionais de tomografia computadorizada e ressonância magnética foram solicitados e evidenciaram detalhes da área suspeita, na região dos incisivos o qual nos orientou a realização de biópsia em dois sítios diferentes (FIGURA 7A e B). Por meio de biópsia incisival, para a realização da descompressão

da área cística, foi possível estabelecer o diagnóstico de COC. O outro sítio biopsiado, sobre a região de pequenas trabéculas próxima à região dos incisivos, revelou tratar-se de uma variante produtora de Ameloblastoma (FIGURA 8A e B). Após um período de 6 meses, para a descompressão da lesão, o paciente foi encaminhado para uma hemimaxilectomia com margem de segurança, realizada sob anestesia geral e por meio de acesso intra-bucal (FIGURA 9A e B).

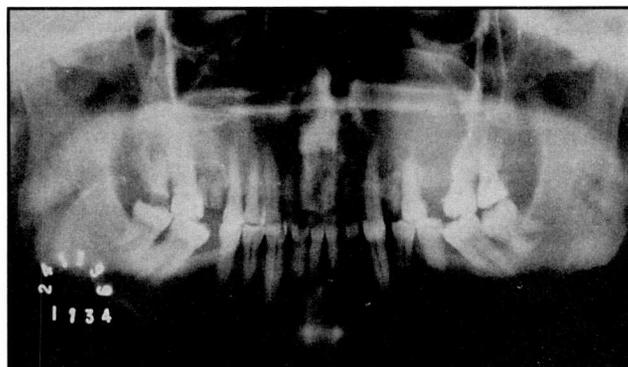


Figura 6 - Pantomografia evidenciando extensa área radiolúcida à direita associada a lesão com padrão multilocular na região de pré-maxila.

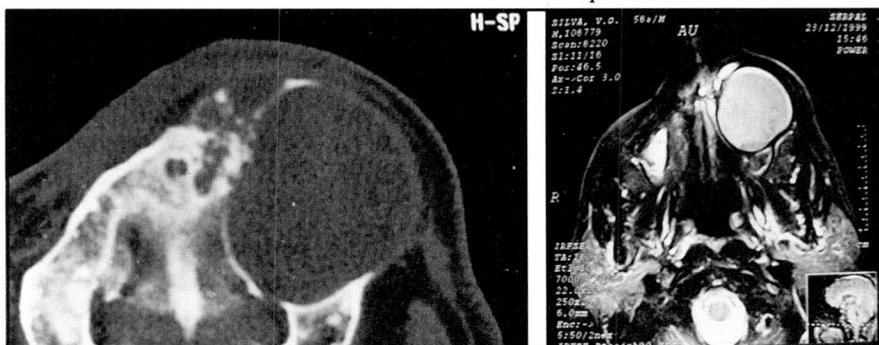


Figura 7A e B - Exames de TC e RNM para a investigação da área multilocular em pré-maxila.

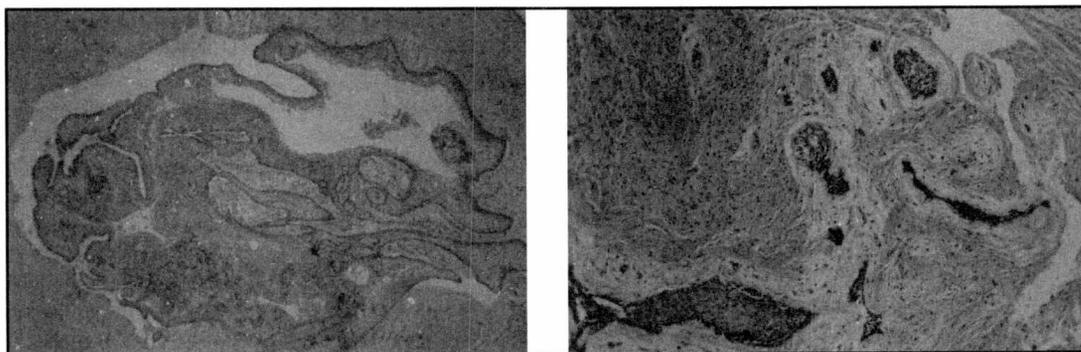


Figura 8A e B - Cavidade irregular revestida por epitélio odontogênico (100x) Cápsula da lesão com ilhas de ameloblastoma (100x).

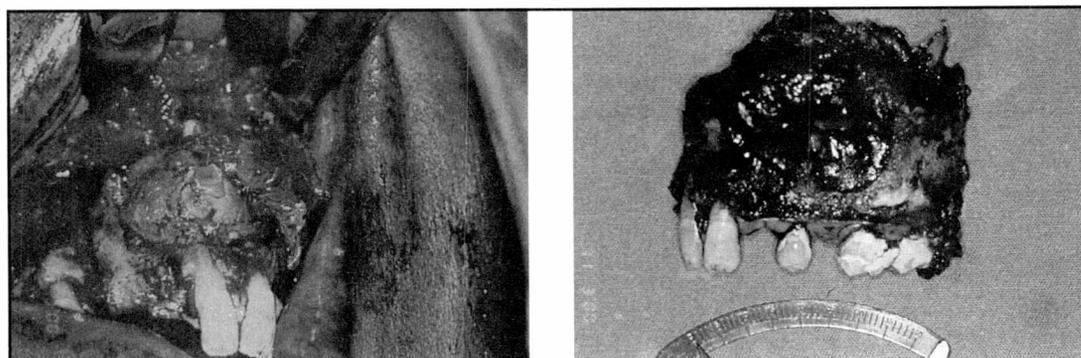


Figura 9A e B - Aspecto intraoperatório da ressecção com margem de segurança devido ao diagnóstico de ameloblastoma associado e a peça operatória.

DISCUSSÃO

A verdadeira natureza do COC – cisto ou neoplasma - tem sido motivo para discussão na literatura (TOIDA, 1998), no entanto, mesmo nos casos onde os COC apresentam padrão cístico, este fato não impossibilita a presença associada de outra lesão odontogênica de comportamento biológico mais agressivo, como ocorreu com o segundo caso relatado.

Os COC, quando associados a odontomas, costuma ser comum em pacientes mais jovens, com a média de idade de 17 anos (BUCHNER, 1991; HONG *et al.* 1991; JOHNSON III *et al.* 1997). Os casos relatados encontram-se em concordância com os achados na literatura no que diz respeito à relação faixa etária e diagnóstico.

Cabe ao profissional, uma vez suspeitando de COC, lançar mão de exames mais acurados como a tomografia computadorizada, ressonância magnética ou estudos histopatológicos para confirmar ou descartar a presença de neoplasias adjacentes antes de instituir o tratamento definitivo.

O tratamento de eleição para o COC é a enucleação cirúrgica e a recidiva não é esperada (NEVILLE *et al.* 1998). Nos casos em que o cisto estiver associado a outros tumores odontogênicos, o comportamento biológico desta nova lesão orientará o tratamento (BUCHNER, 1991). Devido ao exposto, os dois casos relatados apresentaram modalidades de tratamento tão distintas.

Segundo Buchner (1991), o COC pode alcançar grandes proporções causando deformidades faciais e, nos casos associados a outras lesões de comportamento biológico mais agressivo, seu tratamento pode determinar mutilações de difícil resolução. No segundo caso apresentado, o COC apresentava um padrão cístico, no entanto por estar associado a um ameloblastoma a abordagem necessitou ser mais invasiva.

Devido as diversas possibilidades de aspectos radiográficos, variando de pequenas lesões radiolúcidas a extensas áreas, algumas vezes multiloculares, inúmeras possibilidades de diagnóstico diferencial podem ser aceitos RUSHTON & HORNER, 1997; YOSHIMURA *et al.* 1998; SATOMURA *et al.* 1999). A presença de calcificações não deve ser motivo para o clínico subjugar uma lesão e, até mesmo, abrir mão do estudo anatomopatológico. O primeiro caso apresentado possuía o diagnóstico presuntivo de odontoma e tendo sido revelado tratar-se de COC merece uma preservação mais criteriosa.

Uma grande quantidade de epitélio odontogênico, com potencial para formação de tumores, caracteriza o motivo pelo qual o COC pode apresentar diversas lesões odontogênicas associadas. Apesar de estudos recentes utilizando imunohistoquímica

para avaliar a presença de alterações do código genético nas células destas lesões (JOHNSON III *et al.* 1997), o agente etiológico específico, responsável pela ativação do crescimento celular, permanece desconhecido.

CONCLUSÕES

Os relatos acima reforçam a imperiosa necessidade de avaliação anatomopatológica de qualquer tecido removido dos pacientes.

O cisto odontogênico calcificante, com seu singular potencial para desenvolvimento de tumores odontogênicos, necessita ser precisamente diagnosticado a fim de estabelecer o tratamento e a preservação adequados.

ABSTRACT

This paper presents two cases of calcifying odontogenic cyst, the first in association with a odontoma and another to ameloblastoma. When this happens the treatment planning modifies drastically because the biological environment changes for each associated lesion. The treatment would be since a curettage until a block resection. This shows the importance of accurate diagnosis and a close follow-up on clinical practice.

KEYWORDS

Calcifying Odontogenic Cyst – Odontoma - Ameloblastoma - Maxillofacial Surgery.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUCHNER, A. The Central (intraosseous) Calcifying Odontogenic Cyst: an Analysis of 215 Cases. **J. Oral Maxillof. Surg.**, v.49, p.330-339, 1991.

GORLIN, R J *et al.* The Calcifying Odontogenic Cyst – a Possible Analogue of the Cutaneous Calcifying Epithelioma of Malherbe. An Analysis of Fifteen Cases. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 15, 1235 – 1243, 1962.

HONG, S. P.; ELLIS, G. L.; HARTMAN, K. S.: Calcifying Odontogenic Cyst: a Review of Ninety-two Cases with Reevaluation of their Nature as Cyst or Neoplasm, the nature of ghost cells, and subclassification. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 72, p.55–64, 1991.

JOHNSON III, A *et al.* Calcifying Odontogenic Cyst: a Clinicopathologic Study of 57 Cases with Immunohistochemical Evaluation for Cytokeratin. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 55: p. 679-683, 1997.

KRAMER, I R H; PINDBORG, J J; SHEAR, M. Calcifying Odontogenic Cyst. In: KRAMER, I R H; PINDBORG, J J;

SHEAR, M, Eds. **Histological Typing of Odontogenic Tumors**, 2nd Ed. WHO International Histological Classification of Tumors. Berlin: Springer-Verlag, 1992, p. 20-21.

NEVILLE, BW *et al.* **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 705p.

RUSHTON, V E; HORNER, K. Calcifying Odontogenic Cyst – a Characteristic CT Finding. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 35, p. 196-198, 1997.

SATOMURA, K *et al.* Initiation of Ectopic Epithelial Calcification in a Calcifying Odontogenic Cyst. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 28, p. 330-335, 1999.

TOIDA, M. So-called Calcifying Odontogenic Cyst: Review and Discussion on the Terminology and Classification. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 27, p. 49-52, 1998.

YOSHIMURA *et al.* Computed Tomographic Features of Calcifying Odontogenic Cysts. **Dentomaxillofac. Radiol.**, v. 27, p. 12-16, 1998.

Endereço para correspondência:

Prof. Manoel Sant' Ana Filho
Faculdade de Odontologia - UFRGS
Rua Ramiro Barcellos, 2492
Cx. Postal: 1118
CEP 90035-003
e-mail: manoel@ufrgs.br