

TUMOR ODONTOGÊNICO CÍSTICO CALCIFICANTE EM PACIENTE PEDIÁTRICO

CALCIFYING CYSTIC ODONTOGENIC TUMOR IN PEDIATRIC PATIENT

CAMILA CARLA MARIA XIMENES OLIVEIRA¹, JOSÉ ALCIDES ALMEIDA DE ARRUDA², LENI VERÔNICA DE OLIVEIRA SILVA³, IVA FERREIRA DE SOUZA NETA⁴, PAMELLA RECCO ÁLVARES⁵, LEORIK PEREIRA DA SILVA⁶, LUCIANO BARRETO SILVA⁷, MARCIA MARIA FONSECA DA SILVEIRA^{8*}, ANA PAULA VERAS SOBRAL⁹, ANA CLÁUDIA AMORIM GOMES DOURADO¹⁰

1. Cirurgiã-dentista, Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Universidade de Pernambuco; 2. Acadêmico do curso de graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco; 3. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco; 4. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco; 5. Cirurgiã-dentista, Mestre pela Universidade de Pernambuco, Professor Assistente da Faculdade Integrada de Pernambuco; 6. Cirurgião-dentista, Mestre pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 7. Cirurgião-dentista, Mestre pela Universidade de Pernambuco; 8. Cirurgiã-dentista, Doutora pela Universidade de São Paulo, Professor Adjunto da disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco; 9. Cirurgiã-dentista, Doutora pela Universidade de São Paulo, Professor Associado da disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco e Professor Titular da disciplina de Patologia Bucal e Estomatologia da Faculdade Integrada de Pernambuco; 10. Cirurgiã-dentista, Doutora pela Universidade de Pernambuco, Professor Adjunto da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

* Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Av. Newton Cavalcanti, 1650, Camaragibe, Pernambuco, Brasil. CEP: 54753-020. marcia.m.fs@hotmail.com

Recebido em 01/03/2016. Aceito para publicação em 25/05/2016

RESUMO

Tumor Odontogênico Cístico Calcificante (TOCC) é uma lesão pouco frequente, clinicamente, manifesta-se como lesão cística, não neoplásica e assintomática, provocando expansão óssea, podendo exibir perfuração das corticais. Radiograficamente a lesão pode-se apresentar unilocular radiotransparente bem definida ou multilocular. A forma de tratamento mais preconizada é a enucleação cirúrgica. Esse trabalho apresenta uma forma conservadora de tratamento para o TOCC em um paciente pediátrico. Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, compareceu ao serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, com queixa de aumento de volume indolor em mandíbula. Foi realizado tomografia computadorizada, evidenciando lesão hipodensa unilocular em região anterior e lateral direita de mandíbula. Foi realizada biópsia incisiva da lesão e o resultado confirmou se tratar de um TOCC. Salienta-se a importância do diagnóstico histopatológico e do tratamento conservador com acompanhamento para melhorar o prognóstico dos pacientes acometidos por este tumor.

PALAVRAS-CHAVE: Tumores odontogênicos, cisto de Gorlin, diagnóstico, tratamento.

ABSTRACT

Calcifying Cystic Odontogenic Tumor (CCOT) is an uncommon injury, clinically manifested as cystic lesion, non-neoplastic and asymptomatic, causing bone growth and may show perforation of cortical. Radiographically injury can present unilocular radiolucent well defined or multilocular. The most recommended form of treatment is surgical enucleation. This paper presents a

conservative form of treatment for CCOT in a pediatric patient. A 13-year-old-male patient attended the service of maxillofacial surgery and traumatology of the Oswaldo Cruz University Hospital, with volume up complaint painless mandibular. It was performed CT scan showing a hypodense unilocular lesion in the anterior and right side of the jaw. Incisional biopsy of the lesion was performed and results confirmed it is a CCOT. We emphasize the importance of the histopathologic diagnosis and conservative treatment monitoring to improve the prognosis of patients affected by this tumor.

KEYWORDS: Odontogenic tumors, Gorlin's cyst, diagnosis, treatment.

1. INTRODUÇÃO

Os cistos e tumores que se originam a partir de tecidos odontogênicos representam um grupo composto de lesões que refletem os desvios do padrão normal da odontogênese, podem variar desde proliferações auto-limitadas hamartomas até tumores malignos¹. O Tumor Odontogênico Cístico Calcificante (TOCC) foi reconhecido pela primeira vez por Gorlin em 1962 e descrito como Cisto Odontogênico Calcificante ou Cisto de Gorlin. Desde então, seu reconhecimento como lesão odontogênica específica, tem gerado controvérsia sobre a existência de entidades neoplásicas e não-neoplásicas, pois as lesões císticas e massas tumorais sólidas compartilham muitas características histomorfológicas e moleculares^{2,3,4}.

Dentre os tumores odontogênicos, o TOCC representa

cerca de 1% a 5% de todos os cistos e tumores odontogênicos^{5,6,7,8}. Apresenta como características clínicas, o acometimento em ampla faixa etária, sendo o pico de incidência da lesão na segunda e terceira décadas de vida, ausência de predileção por sexo, normalmente diagnosticado como aumento de volume assintomático e a região anterior dos maxilares é o sítio mais acometido. As recidivas são raras e seu prognóstico é considerado favorável na maioria dos casos^{4,9}.

Este trabalho tem por objetivo apresentar um relato de caso clínico, com diagnóstico histopatológico de TOCC e tratado de forma conservadora em um paciente pediátrico.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz de Pernambuco, com queixa de aumento de volume indolor em mandíbula. Ao exame clínico, apresentava aumento de volume em região lateral direita e anterior de mandíbula, causando assimetria facial. A tumefação era bem evidenciada na visão frontal, (Figura 1A), bem como abaulamento da cortical óssea vestibular, que se estendia dos dentes 33 ao 45, com mucosa íntegra e normocorada, firme e indolor à palpação (Figura 1B).



Figura 1. A) Aspecto extra-bucal; B) aspecto intrabucal da lesão.

A tomografia computadorizada evidenciou lesão hipodensa unilocular em região anterior e lateral direita de mandíbula, de aproximadamente 5 cm de diâmetro, com limites bem definidos, gerando expansão da cortical óssea vestibular. Entretanto, não foi evidenciado reabsorção das raízes dos dentes envolvidos (Figura 2A). A reconstrução 3D ilustra a magnitude da destruição óssea (Figura 2B). Foi realizada biópsia incisional da lesão, sob anestesia local, e o fragmento enviado ao laboratório para exame histopatológico. O resultado confirmou se tratar de um TOCC, caracterizado por uma cavidade revestida por epitélio ameloblastomatoso com presença de inúmeras células fantasmas, sem indícios morfológicos de

malignidade na amostra analisada. (Figura 3A). O tratamento instituído foi cirúrgico conservador, devido à idade do paciente. Sob anestesia geral, procedeu-se a enucleação total do tumor com curetagem da cavidade óssea, sem remoção dos dentes relacionados (Figura 3B).

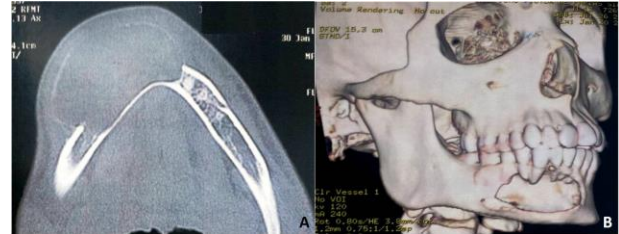


Figura 2. A) Imagem de tomografia computadorizada corte axial; B) Imagem de tomografia computadorizada em reconstrução 3D. Observavam-se lesão em região de mandíbula.



Figura 3. A) Aspecto microscópico do TOCC, exibindo epitélio revestindo a cavidade (HE 100X); B) Aspecto inicial da lesão após descolamento subperiosteal.

Após um ano de acompanhamento pós-operatório o paciente encontra-se assintomático, sem queixas funcionais, sem assimetria facial sem alterações mucosas de recidiva da lesão (Figura 4A). A tomografia realizada após um ano demonstra a ausência de lesão osteolítica e pode se observar formação óssea da cortical vestibular evidenciando a ausência de progressão tumoral (Figura 4B). Os dentes 32 e 33 não responderam ao teste de sensibilidade pulpar e foi realizado tratamento endodôntico.

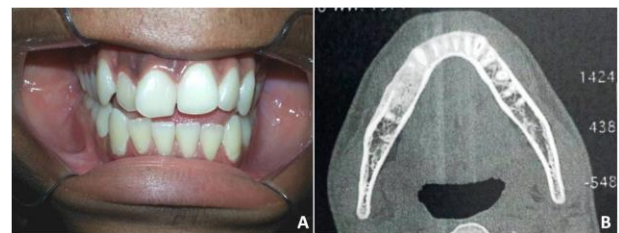


Figura 4. A) Vista intraoral no pós-operatório de um ano e B) Imagem de tomografia computadorizada corte axial no pós-operatório de um ano.

3. DISCUSSÃO

O TOCC é uma lesão incomum que apresenta comportamento clínico variável e características histopatológicas peculiares, além de uma grande diversidade de terminologias, devido às suas variáveis clínicas, radiográficas e microscópicas¹⁰. A existência dessa variedade de denominações é um reflexo da sua diversidade histopatoló-

gica e da confusão ainda presente a respeito de sua natureza cística, neoplásica ou hamartomatosas^{4,11}. Trata-se de uma lesão pouco frequente, onde a incidência varia entre alguns estudos de 0,3% a 5% das lesões diagnosticadas^{6,7,8,12}.

Clinicamente, essa lesão apresenta-se como uma tumefação de crescimento lento, assintomática com predileção pela região anterior, geralmente entre incisivos e caninos^{2,3} em um estudo de 215 casos de TOOC, relatou que não parece haver nenhuma predileção quanto a localização para a maxila ou mandíbula. Dos 215 casos, 111 (51,6 %) estavam na maxila e 104 (48,4 %) na mandíbula. Em 28 casos as lesões cruzaram a linha média. Este fenômeno foi mais comum na mandíbula (86%) que na maxila (14 %). No caso apresentado, a lesão assintomática com evolução rápida, localizada na mandíbula, onde cruzava a linha média.

Por se tratar de uma lesão rica em epitélio odontogênico, este tumor exibe potencial para desenvolvimento de outras lesões odontogênicas, como o odontoma, o ameloblastoma, o fibroma ameloblástico e tumor odontogênico adenomatóide^{3,4}. Este fato modifica o comportamento biológico da lesão, ou seja, a velocidade de crescimento e seu potencial de invasão aos tecidos vizinhos¹³. Não foram diagnosticadas outras lesões associadas ao TOOC do paciente referido no presente trabalho.

O presente caso apresentou características imagiológicas de acordo com a literatura, onde, a maioria dos tumores revela uma radiolucidez unilocular, com margens bem definidas, que podem conter áreas radiopacas irregulares. Apesar de pouco prevalentes, as lesões multiloculares também podem ocorrer. A presença de dentes inclusos e reabsorção radicular também são frequentes. As placas corticais de osso são frequentemente finas e expandidas, podendo se tornar perfuradas que, usualmente, causa deslocamento dentário e reabsorção do dente adjacente.

Há um consenso entre os autores quanto à forma de tratamento, sendo a mais preconizada a enucleação cirúrgica, no entanto, quando o tumor está associado a outras lesões como odontoma ou ameloblastoma, o tratamento e o prognóstico devem levar em consideração a presença da lesão associada^{3,4}.

4. CONCLUSÃO

O TOOC pode atingir grandes proporções, causando deformidades faciais, o diagnóstico precoce e a idade do paciente foi importante para o prognóstico, mesmo apesar da grande dimensão da lesão no caso apresentado com presença de assimetria facial, sua morfologia e a ausência de associação com outra lesão facilitou seu tratamento, sendo a enucleação cirúrgica o tratamento de eleição. O paciente ainda encontra-se em acompanhamento, porém com o pós-operatório de um ano, já é possível observar a neoformação e o retorno da harmonia facial.

REFERÊNCIAS

- [01] Moleri AB, Moreira LC, Carvalho JJ. Comparative morphology of 7 new cases of calcifying odontogenic cysts. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60(6):689-96.
- [02] Gorlin RJ, Pindborg JJ, Odont, Clausen FP, Vickers RA. The calcifying odontogenic cyst: a possible analogue of cutaneous epithelioma of malherbe: an analysis of fifteen cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1962 ;15:1235-43.
- [03] Buchner, A. The central (intraosseous) calcifying odontogenic cyst: an analysis of 215 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49(4):330-9.
- [04] Masuda K, Kawano S, Yamaza H, et al. Complete resolution of a calcifying cystic odontogenic tumor with physiological eruption of a dislocated permanent tooth after marsupialization in a child with a mixed dentition: a case report. *World J Surg Oncol.* 2015; 13:277.
- [05] Li BB, Gao Y. Ghost cell odontogenic carcinoma transformed from a dentinogenic ghost cell tumor of maxilla after multiple recurrences. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;107(5):691-5.
- [06] Abdennour S, Benhalima H. Benign odontogenic tumours: epidemiological analysis of 97 cases in the Algerian population. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* 2013;114(2):67-71.
- [07] Johnson NR, Savage NW, Kazoullis S, et al. A prospective epidemiological study for odontogenic and non-odontogenic lesions of the maxilla and mandible in Queensland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013;115(4):515-22.
- [08] Servato JP, Prieto-Oliveira P, de Faria PR, et al. Odontogenic tumours: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013;42(2):288-93.
- [09] Marques YM, Botelho TD, Xavier FC, et al. Importance of cone beam computed tomography for diagnosis of calcifying cystic odontogenic tumor associated to odontoma. Report of a case. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;15(3):490-3.
- [10] Khandelwal P, Aditya A, Mhapuskar A. Bilateral Calcifying Cystic Odontogenic Tumour of Mandible: A Rare Case Report and Review of Literature. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(11):20-2.
- [11] Sonawane K, Singaraju M, Gupta I, Singaraju S. Histopathologic Diversity of Gorlin's Cyst: A Study of Four Cases and Review of Literature. *J Contemp Dent Pract.* 2011;12(5):392-7.
- [12] Gallana-Alvarez S, Mayorga-Jimenez F, Torres-Gómez FJ, et al. 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.
- [13] Chindasombatjaroen J, Poomsawat S, Boonsiririth K. Two unique cases of calcifying cystic odontogenic tumour in the maxillary posterior region. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014;118(4):497-504.