EFICÁCIA DA DESCOMPRESSÃO CIRÚRGICA NO TRATAMENTO DO CISTO DE GORLIN

EFFECTIVENESS OF SURGICAL DECOMPRESSION IN TREATING THE GORLIN CYST

JONH ELTON REIS **RAMOS**[1*], LETYCIA MARIA LOPES DE **OLIVEIRA**[2], ABEL JARA **DE SOUZA**[3], LAIZ VIEIRA **DE SOUZA**[4], MARCIO TADASHI **TINO**[5], ALESSANDRO ROCHA **LELLIS**[6], ITALO CORDEIRO DE **TOLEDO**[7], GIOVANNI **GASPERINI**[8]

1. Graduado em Odontologia pela UFMA. Residente do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas de Goiás HC/UFG; **2.** Graduada em Odontologia pela FO/UFU. Residência Multiprofissional com atenção em oncologia pela FAMED/UFU. Residente do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas de Goiás HC/UFG; **3.** Graduado em Odontologia pela UNESP. Residente do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas de Goiás HC/UFG; **4.** Graduado em Odontologia pela EBMSP; Residente do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas de Goiás HC/UFG; **5.** Graduado em Odontologia pela USP; Especialização/residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Mestre em Odontologia pela UFG; Preceptor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas de Goiás HC/UFG. **6.** Graduado em Odontologia pela UFG; Especialização/residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Associação Brasileira de Odontologia, Goiás. Especialização em Implantodontia pela Universidade Cidade de São Paulo. Preceptor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas de Goiás HC/UFG. **7.** Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis; Mestre em Odontologia-diagnóstico bucal UFG; Especialização/residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial OSID/UFBA. Preceptor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas de Goiás HC/UFG. **8.** Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis; Especialização/residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial HU/UFSC; Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial FO/UFU; Doutor em Ciências da Saúde FM/UFG. Coordenador da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas de Goiás HC/UFG.

* Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial,1ª Avenida, S/N, Setor Leste Universitário, Goiânia, Brasil. CEP: 74605-020. jonhreisbuco@gmail.com

RESUMO

Descrito como tumor, o cisto odontogênico calcificante (cisto de Gorlin) foi reclassificado em 2017 pela OMS, atualmente classificado atualmente classificado como um cisto benigno neoplasia de origem odontogênica. A descompressão foi considerada um efetivo tratamento de lesões císticas odontogênicas para minimizar o tamanho. O objetivo do presente relato de caso é demonstrar a descompressão cirúrgica de cisto odontogênico calcificante localizado na região de ângulo mandibular direito estendendo a região de corpo, associada a dois molares inferiores inclusos, enfatizando a eficácia da descompressão cística previamente ao tratamento cirúrgico de exérese da lesão. Diminuição do tamanho da lesão após a descompressão permite completa enucleação como procedimento mais seguro e mais previsível, reduzindo o risco de complicações trans e pós operatórias.

PALAVRAS-CHAVE: Cistos odontogênicos, descompressão, terapêutica.

ABSTRACT

Described as a tumor, the calcifying odontogenic cyst (Gorlin cyst) was reclassified in 2017 by the WHO, currently classified as a benign cyst neoplasm of odontogenic origin. Decompression was considered an effective treatment for odontogenic cystic lesions to minimize size. The purpose of this case report is to demonstrate the surgical decompression of a calcifying odontogenic cyst located in the region of the right mandibular angle extending the body region, associated with two lower molars included, emphasizing the effectiveness of cystic decompression prior to surgical treatment of lesion excision. . Decreasing the size of the lesion after decompression allows complete enucleation as a safer and more predictable procedure, reducing the risk of postoperative complications.

KEYWORDS: Odontogenic cysts, decompression, therapy.

1. INTRODUÇÃO

Os cistos e tumores originários dos tecidos odontogênicos representam um grupo diversificado de lesões que refletem desvios do padrão normal da odontogênese. Assim, qualquer tentativa de entender a patogênese dessas lesões reside na compreensão da histogênese dos dentes[1].

Anteriormente descrito como tumor, o cisto odontogênico calcificante (cisto de Gorlin) foi reclassificado em 2017 pela OMS, atualmente classificado atualmente classificado como um cisto benigno neoplasia de origem odontogênica, caracterizada por epitélio semelhante ao ameloblastoma com células fantasmas que pode calcificar[2].

Sua natureza odontogênica se dá, por conta de características como: presença de lesões associadas com um dente em desenvolvimento ou não irrompido, histologia exibindo uma camada celular basal consistindo em ameloblástico células e a produção ou indução de dentinóides material e desenvolvimento de lesões próximas à Alguns pesquisadores acreditam que a neoplasia se desenvolve a partir do epitélio reduzido

do esmalte ou de restos de lâmina dentária a partir do topo do dente folículo de um dente não irrompido[3].

Clinicamente, o cisto apresenta comportamento expansivo, embora permaneça assintomático, a menos que seja acometido de infecção secundária. A mandíbula e maxila tem a mesma predisposição, que na maioria das vezes se estende dos incisivos centrais aos pré-molares. Os pacientes podem ser acometidos entre a primeira e a oitava década de vida, predominando entre segunda e terceira décadas[4].

Radiograficamente podem apresentar-se como radiolucências uniloculares com margens discretas e bem marcadas. Dentro da radiolucência pode haver calcificações dispersas, de tamanhos irregulares. Tais opacidades podem produzir um padrão tipo sal e pimenta, com distribuição igual e difusa. Em alguns casos, a mineralização pode desenvolver-se de tal forma que as margens radiográficas da lesão são difíceis de determinar[3,5].

Semelhanças histológicas são notadas em comparação com tumores odontogênicos como odontoma complexo, ameloblastoma, fibroma ameloblástico e fibro-odontoma ameloblástico. O Cisto de Gorlin é classificada como entidade distinta somente se a lesão apresentar na arquitetura um lúmen com revestimento epitelial[6].

O objetivo do presente relato de caso é demonstrar a descompressão cirúrgica de cisto odontogênico calcificante localizado na região de ângulo mandibular direito estendendo a região de corpo, associada a dois molares inferiores inclusos, enfatizando a eficácia da descompressão cística previamente ao tratamento cirúrgico de exérese da lesão.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, melanoderma, compareceu ao ambulatório do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Góias, apresentando pequeno aumento de volume no terço inferior direito da face, com evolução de cerca de dois anos, sem apresentar dor. Ao exame clínico intra-oral observou-se aumento de volume na região posterior ao primeiro molar do lado direito, com expansão na cortical óssea vestibular, outros sinais e sintomas estavam ausentes. Foi solicitado exame complementar de imagem - radiografia panorâmica (Figura 1).

Figura 1. Radiografia panorâmica inicial.

Ambulatorialmente, foi realizada punção aspirativa (Figura 2), positivo para líquido amarelo citrino, seguido de biópsia incisional na região retromolar e o material foi encaminhado ao Centro Goiano de Doenças da Boca (CGDB) da Federal de Góias (UFG). O laudo descreveu o diagnóstico de Cisto Odontogênico Calcificante (Cisto de Gorlin). Devido ao tamanho da lesão, proximidade com estruturas nobres e possibilidade de fratura patológica, foi optado pela descompressão, com instalação de dispositivo em região retromolar (Figura 3).

Figura 2. Punção aspirativa positiva – líquido amarelo citrino característico de lesão cística

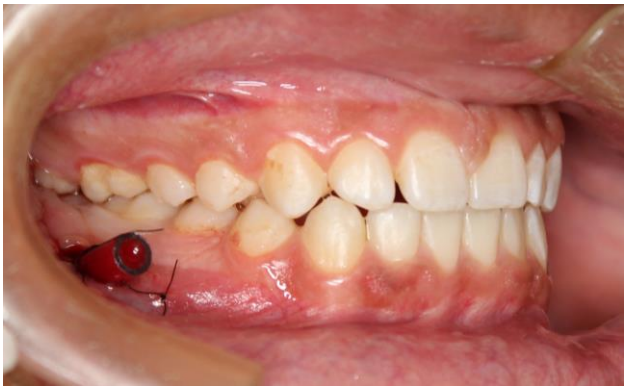

Figura 3. Instalação de dispositivo de descompressão

Foi realizado rigoroso acompanhamento clínico e radiográfico, durante 6 meses. Ao controle radiográfico notou-se regressão satisfatória da lesão após a descompressão (Figuras 4, 5 e 6). Uma nova abordagem cirúrgica sob anestesia geral foi realizada, permitindo excisão total.

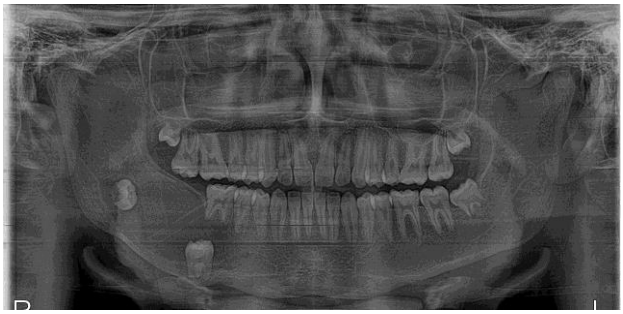

Figura 4. Radiografia panorâmica (02 meses após instalação do dispositivo de descompressão).

Toda a lesão foi excisada mais facilmente devido um plano de clivagem definido entre o cisto e o osso. Curetagem adicional foi realizada. Os elementos dentários 37 e 38 foram removidos. Foi encaminhado ao exame histológico, evidenciando cápsula cística

fibrosa com revestimento epitelial mostrando células basais colunares, semelhantes a ameloblastos, com camadas superiores um tanto frouxas contendo e células fantasmas agrupadas, consistentes com o diagnóstico de Cisto Odontogênico Calcificante.

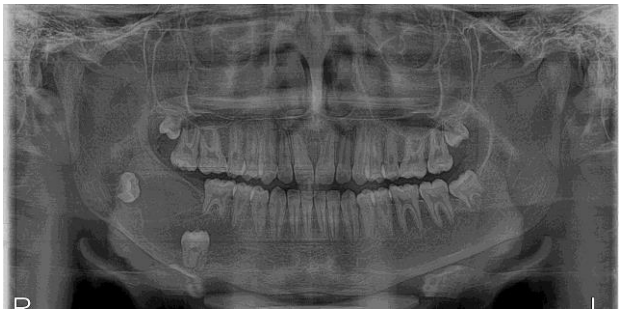

Figura 5. Radiografia panorâmica (04 meses após instalação do dispositivo de descompressão).

Figura 6. Radiografia panorâmica (06 meses após instalação do dispositivo de descompressão).

Figura 7. Aspecto radiográfico 06 meses de pós-operatório.

3. DISCUSSÃO

Embora as células epiteliais do Cisto epitelial calcificante possam compartilhar características semelhantes com as neoplasias da cavidade oral, a lesão é de natureza cística. Dependendo da quantidade de células fantasmas e da proliferação do revestimento epitelial em sua cavidade, o comportamento agressivo e recorrências podem acontecer, devido a cistos de satélite que estão inseridos no revestimento epitelial[7].

Dependendo de sua extensão, o tratamento usual da doença é a excisão em uma etapa. No presente caso, optou-se pela descompressão inicialmente, levando em consideração o grande tamanho da lesão e a envolvimento de estruturas vizinhas, semelhante ao manejo do ameloblastoma unicístico. No presente estudo, uma biópsia do revestimento cístico para diagnóstico patológico foi realizada após a criação de uma janela cirúrgica na descompressão A abordagem inicial conservadora, obteve resposta satisfatória[8].

A descompressão foi considerada um efetivo tratamento de lesões císticas odontogênicas para minimizar o tamanho[9]. No entanto, a taxa de redução é diferente para várias lesões císticas após descompressão. Anavi (2011)[10] relatou que a descompressão média tempo foi de 7,6 meses em pacientes com 18 anos ou menos, que é significativamente menor do que em adultos. Pacientes menores de 19 anos tiveram uma taxa de redução de RR (porcentagem de redução por mês de descompressão) de 0,14 comparado com 0,09 em pacientes mais velhos (P <0,05).

Para o sucesso da técnica de descompressão, um fator primordial é a manutenção do dreno no interior da lesão. Um período entre trinta dias é suficiente para que o cisto perca sua capacidade de expansão e crescimento, entretanto, em lesões mais extensas, é necessário um controle clinico radiográfico, no sentido de monitorar a regressão da lesão e neoformação óssea da região afetada. Outro fator importante é a irrigação do dispositivo, afim de evitar acumulo de detritos em seu interior, minimizando os riscos de infecção[11].

A eficácia do a descompressão cirúrgica é sustentada pela teoria de que, com a redução da pressão cística interna, a progressão da lesão será dificultada, promovendo assim sua diminuição. Embora não haja contra-indicação relatada para descompressão cirúrgica, o paciente pode reclama do cheiro desagradável mesmo depois das manobras de higiene com soro fisiológico. O acompanhamento meticuloso da descompressão é altamente aconselhável, com base nos padrões radiográficos e na clínica comportamento, uma vez que o revestimento do epitélio pode apresentar uma proliferação excessiva em resposta a este procedimento cirúrgico[12].

4. CONCLUSÃO

A descompressão e posterior enucleação das lesões císticas constituem tratamento alternativo em grandes lesões císticas da mandíbula. Diminuição do tamanho da lesão após a descompressão permite completa enucleação como procedimento mais seguro e mais previsível, reduzindo o risco de complicações trans e pós operatórias e proporcionando menor morbidade aos pacientes.

REFERÊNCIAS

[1] Hong SP, Ellis GL, Hartman KS: Calcifying odontogenic cyst: A review of ninety-two cases with reevaluation of their nature as cysts or neoplasms, the nature of ghost cells, and subclassification. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1991; 72:56.

[2] Tolentino, E. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou? Revista Da Faculdade De Odontologia – UPF. 2018; 23(1).

[3] Neville BVV, Damm DD, Allen CM et al. Patologia Oral & Maxilofacial, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.

[4] Altini I, Farman AG: The calcifying odontogenic cyst:

Eight new cases and a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1975; 40:751.

[5] Buchner A: The central (intraosseous) calcifying odontogenic cyst: An analysis of 215 cases. J Oral Maxillofac Surg. 1991; 49:330.

[6] Ledesma-Montes C, Gorlin RJ, Shear M, et al. International collaborative study on ghost cell odontogenic tumours: calcifying cystic odontogenic tumour, dentinogenic ghost cell tumour and ghost cell odontogenic carcinoma. J Oral Pathol Med. 2008; 37(5):302-8.

[7] Praetorius F, Hjørting-Hansen E, Gorlin RJ, Vickers RA. Calcifying odontogenic cyst. Range, variations and neoplastic potential.Acta Odontol Scand. 1981; 39(4):227- 40.

[8] Fregnani ER, Pires FR, Quezada RD, Shih IM, Vargas PA, de Almeida OP. Calcifying odontogenic cyst: clinicopathological features and immunohistochemical profile of 10 cases. J Oral Pathol Med. 2003; 32(3):163-70.

[9] Marker P, Brøndum N, Clausen PP, et al: Treatment of large odontogenic keratocysts by decompression and later cystectomy: A long-term follow-up and a histologic study of 23 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1996; 82:122.

[10] Anavi Y, Gal G, Miron H. Decompression of odontogenic cystic lesions: Clinical long-term study of 73 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011; 112: 164.

[11] Bodner L, Bar-Ziv J: Characteristics of bone formation following marsupialization of jaw cysts. Dentomaxillofac Radiol 1998; 27:166.

[12] Matsuzaka K, Inoue T, Nashimoto M, et al. A case of an ameloblastic fibro-odontoma arising from a calcifying odontogenic cyst. Bull Tokyo Dent Coll. 2001; 42(1):51- 5.