

CISTO DE GORLIN ASSOCIADO A ODONTOMA E CISTO DENTÍGERO – RELATO DE CASO

**VICTÓRIA VACARI DE BRUM¹; BHÁRBARA MARINHO BARCELLOS²; MARCOS
ANTÔNIO TORRIANI³**

¹Universidade Federal de Pelotas – victoriavbr@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – bharbarambarcellos@hotmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – marcostorriani@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O cisto odontogênico calcificante (COC) ou Cisto de Gorlin, é uma lesão rara que consiste em uma proliferação do epitélio odontogênico com ninhos dispersos de células fantasmas e calcificações que, ocasionalmente, podem ser formadas. Os odontomas são conhecidos como tumores benignos hamartomatosos que surgem a partir do epitélio odontogênico. Histologicamente eles são subdivididos em odontoma complexo e composto, onde diferem-se em sua organização tecidual. O cisto dentígero (CD) é um cisto de desenvolvimento formado pela separação entre o folículo pericoronário e a coroa de um dente incluso (NEVILLE, 2009). Lesões odontogênicas que possuem ocorrência simultânea são designadas na literatura como lesões distintas, às quais possuem diferenças clínicas, epidemiológicas, radiográficas e histológicas (GAMOH, 2017). Dessa forma, o exame de Tomografia Computadorizada de Cone Beam (TCCB) torna-se um método de imagem radiográfica imprescindível para observação das dimensões, estruturas internas e associações das lesões. O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de um paciente de 19 anos de idade, diagnosticado com COC associado a odontoma e CD simultaneamente localizados em região mandibular.

2. METODOLOGIA

Paciente do sexo masculino, 19 anos de idade, melanoderma, foi encaminhado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para investigação de lesão em mandíbula. O paciente não possuía conhecimento prévio da lesão e não apresentava sintomatologia dolorosa. Ao exame clínico não foi observada expansão óssea aparente ou sinais de assimetria facial.

O paciente compareceu à consulta apresentando uma radiografia panorâmica previa, na qual foi possível visualizar uma imagem de densidade mista, unilocular, de formato arredondado, bem definido e com halo radiopaco, localizada em região anterior do corpo mandibular direito. Ainda foi possível observar outra imagem radiolúcida, unilocular, com halo radiopaco, envolvendo a coroa do dente 43 incluso. Diante disso, foi solicitado um exame de Tomografia Computadorizada Cone Beam (TCCB) para que houvesse uma visualização detalhada, obtendo suas medidas em três dimensões, suas estruturas internas e relações entre tais lesões. A TCCB revelou uma lesão mista, unilocular, bem definida, com halo hiperdenso, medindo cerca de 14mm de altura e 23mm de largura, estendendo-se horizontalmente desde distal da raiz do dente 42 até a mesial da raiz do dente 45. As áreas hiperdensas no interior da imagem apresentavam densidade compatível com tecido ósseo cortical.

Além disso, próximo à base da mandíbula, visualizava-se o dente 43 inclusivo, em posição horizontal, cuja coroa estava envolta por uma imagem hipodensa, unilocular, com halo hiperdenso, medindo cerca de 13mm de largura e 10mm de altura. As reconstruções tomográficas sagitais demonstraram uma comunicação entre a imagem mista e a imagem hipodensa associada à coroa do dente 43 inclusivo. Nesse contexto, a hipótese de diagnóstico clínico e radiológico foi de COC associado a CD.

Sendo assim, o paciente foi submetido à cirurgia sob anestesia geral para enucleação das lesões císticas em mandíbula, curetagem óssea e exodontia de dente 43 inclusivo. O procedimento foi realizado sem intercorrências transoperatórias. O laudo histopatológico da biópsia apontou a presença de COC associado a odontoma e a CD. Atualmente, o paciente está em acompanhamento regular.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente caso apresenta pontos clínicos importantes, a saber: o COC, o odontoma e o CD podem ocorrer de forma simultânea em uma cavidade. A ocorrência síncrona entre as lesões consiste em um evento raro, sendo que estas entidades patológicas apresentam características clínicas, epidemiológicas e microscópicas diferentes. A presença das lesões levou à suspeita do diagnóstico de COC associado a CD através dos exames imaginológicos. No entanto, o diagnóstico definitivo foi obtido somente através do exame histopatológico, revelando ainda, a presença de um odontoma.

Os odontomas são os tipos mais comuns de tumores odontogênicos. O CD também é considerado relativamente comum, representando 18% dos cistos odontogênicos em mandíbula. Entretanto, o COC é raro, pois representa apenas 2% dos cistos e tumores odontogênicos (GORLIN, 1962). O COC não possui predileção por sexo e raça e a idade média de prevalência é de 33 anos. O CD é descoberto mais comumente em pacientes entre 10 e 30 anos, possuindo uma leve predileção pelo sexo masculino e leucoderma. Os odontomas não possuem predileção por sexo e raça e a idade média é de 14 anos. Todavia, vale ressaltar que os COC's associados aos odontomas tendem ocorrer em pacientes mais jovens, com idade média de 17 anos (NEVILLE, 2009). Nossa caso está de acordo com a idade prevista na literatura visto que ocorreu uma associação entre as lesões.

Lesões odontogênicas que possuem ocorrência simultânea, são designadas na literatura como lesões híbridas ou distintas (GAMOH, 2017). O comitê de classificação de tumores da OMS expôs a associação do COC com outros tumores odontogênicos, sendo o odontoma o mais prevalente, pois representa 20% dos casos de COC (BARNES, 2005; NEVILLE, 2009). Além disso, Hirshberg *et al.* descreveram 52 casos de COC associado a odontoma e observaram as possíveis patogênese de COCaO. Uma possibilidade é que COC e odontoma possam representar justaposição coincidente. Vários investigadores sugeriram também a possibilidade de que o COC se desenvolve secundariamente a partir do epitélio odontogênico que participa da formação do odontoma. No entanto, foi sugerido ainda que o odontoma se desenvolve secundariamente a partir do epitélio de revestimento do COC, tendo relação com a capacidade do COC de induzir a formação de tecido dentário (LUCCHESE, 2011). Além disso, Chindasombatjaroen *et al.* relataram o caso de um paciente com COC associado a um odontoma, um CD e um dente supranumerário que ocorriam concomitantemente em maxila. Nesse caso foi sugerido que a formação do CD pode ter surgido a partir do epitélio do esmalte do dente inclusivo devido à perturbação causada pela presença do COC.

associado ao odontoma durante o processo de erupção dentária. Portanto, postulamos que as lesões simultâneas tenham se iniciado após o desenvolvimento dos dentes anteriores permanentes, o que é consistente com relatórios descritos anteriormente na literatura.

A Tomografia Computadorizada (TC) é considerada indispensável para o planejamento cirúrgico deste tipo de lesão, visto que o Exame de TCCB, neste caso, permitiu a investigação das estruturas internas das lesões e o envolvimento de estruturas vizinhas, com alta reprodutibilidade das dimensões e medidas. Além disso, esse exame mostrou a presença de calcificação no interior de uma das lesões, sendo uma característica significativa para o diagnóstico presuntivo do COC. O tratamento preconizado para o CD é a enucleação cirúrgica do cisto junto da excisão do dente não erupcionado. O COC possui enucleação e curetagem óssea como métodos terapêuticos preferenciais. O tratamento de escolha para o odontoma é sua total excisão cirúrgica. Em todas as lesões o prognóstico é excelente (NEVILLE, 2009). O tratamento realizado nesse caso foi o mesmo relatado na literatura como consenso entre os autores e o paciente está em acompanhamento clínico-radiográfico regular.

4. CONCLUSÕES

Em conclusão, com este relato de caso de COC associado a odontoma e CD acrescentamos à rara literatura existente sobre lesões odontogênicas simultâneas e intercomunicáveis. Ressaltamos a importância do exame de TCCB, sendo uma ferramenta essencial na avaliação detalhada das lesões, pois exibiu a comunicação entre as entidades patológicas e permitiu a visualização interna da lesão, evidenciando os depósitos de calcificação, o que auxiliou na hipótese de diagnóstico presuntivo. Além disso, destacamos que o exame histopatológico garante ao cirurgião-dentista o diagnóstico definitivo e a eficiência no tratamento de escolha.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARNES, L.; EVESON, J.; REICHART, P.; SIDRANSKY, D.; **World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours**. Lyon: IARCPress, 2005, 1v.

CHINDASOMBATJAROEN, J.; POOMSAWAT, S.; KLONGNOI, B. Calcifying cystic odontogenic tumor associated with other lesions: case report with cone-beam computed tomography findings. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**. St Louis Missouri, v. 112, n.3, p. 414–420, 2012.

GAMOH, S.; AKIYAMA, H.; FURUKAWA, C.; MATSUSHIMA, T.M.; WATO, M.; TANAKA, A.; MORITA, S.; SHIMIZUTANI, K. Calcifying cystic odontogenic tumor accompanied by a dentigerous cyst: A case report. **Oncology Letters**. Rethymnon, v.1, n.5, p.5785-5790, 2017.

GORLIN, R.; PINDBORG, J.; CLAUSEN, F.; VICKERS, R. The calcifying odontogenic cyst: a possible analogue of the cutaneous calcifying epithelioma of Malherbe. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**. St. Louis Missouri, v.1, p.1235-1243, 1962.

HIRSHBERG, A.; KAPLAN, I.; BUCHNER, A. Calcifying odontogenic cyst associated with odontoma: A possible separate entity (odontocalcifying odontogenic cyst). ***Journal of Oral and Maxillofacial Surgery***. Rosemont, v.52, n.6, p. 555-558, 1994.

LUCCHESE, A.; PETRUZZI, M.; SCIVETTI, M.; Calcifying odontogenic cysts associated with odontomas: confocal laser scanning microscopy analysis of 13 cases. ***Ultrastructural Pathology***. Oslo, v. 35, n. 3, p. 146-150, 2011.

NEVILLE, B.; ALLEN, C.; DAMM, D.; BOUQUOT, J. **Patologia: Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 3v.