

QUISTO ODONTOGÉNICO EPITELIAL CALCIFICANTE CONCEITOS ACTUAIS

A.J. Vilar Queirós*

RESUMO: O autor apresenta um artigo de revisão sobre o Quisto Odontogénico Epitelial Calcificante. Após breve historial, caracteriza a entidade quanto à distribuição, aspectos clínicos e radiológicos, diagnóstico diferencial, histologia e tratamento.

ABSTRACT: The author presents a revision work on the Calcifying Epithelial Odontogenic Cyst, analyzing its distribution, clinical and radiographic features, differential diagnosis, histology and treatment.

Palavras-chave: Quistos Odontogénicos.

Key-words: Odontogenic Cysts.

Descrito pela primeira vez por Gorlin e col. em 1962 sob o nome de Quisto Odontogénico Epitelial Calcificante (Q.O.E.C.), esta entidade tinha até então sido relatada sob várias designações, nomeadamente colesteatoma dos maxilares e variedade de ameloblastoma. Desde cedo se estabeleceu controvérsia quanto à sua classificação como quisto ou neoplasia, parecendo actualmente aceitar-se a existência das duas variantes (4,7). A designação "Quisto de Gorlin" é usada na literatura recente como sinónimo da forma quística; os termos "Tumor odontogénico epitelial de células fantasmas" e "Tumor dentinogénico de células fantasmas" têm sido utilizados para descrever a forma sólida (4,7).

El-Beialy e col., numa recente revisão da literatura (1990), relatam a existência de quase 200 casos publicados, verificando a sua ocorrência em

qualquer idade, embora com predominância nos adultos jovens, e com igual distribuição por ambos os sexos. A generalidade dos casos localiza-se na região anterior aos molares, não havendo diferenças significativas entre o maxilar e a mandíbula (1). Existem vários casos ditos periféricos, mas a maioria é intraóssea (78,5%) (1,5). Apesar de alguns surgirem associados a dentes inclusos, tal não constitui regra (3).

O Q.O.E.C. pode ser observado em associação com outros tumores odontogénicos, nomeadamente odontomas, fibrodontomas ameloblásticos, odontoameloblastomas e ameloblastomas (3,6).

A clínica não revela sintomas específicos, sendo frequente a descoberta de lesões assintomáticas em exames orais de rotina. O sinal mais comum é o aumento de volume, traduzindo um crescimento geralmente lento, que pode estar presente há vários anos (1,6), sendo a dor, embora relatada, pouco frequente (1).

Radiologicamente não há aspectos característicos. A lesão intraóssea manifesta-se como uma

* Interno de Estomatologia — HUC
Hospitais da Universidade de Coimbra
Serviços de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial
Director: Professor Doutor J.L. Maló de Abreu

área radiotransparente uni ou multilocular (1,4,6), podendo observar-se imagens de calcificações dispersas. A cortical pode apresentar-se com diminuição da espessura, expandida e mesmo perfurada. A reabsorção radicular dos dentes adjacentes, bem como o seu deslocamento, são relatados frequentemente (1,3,6).

O diagnóstico diferencial, dadas as características inespecíficas da clínica e da radiologia, deverá sempre que possível basear-se numa biópsia incisional (1).

A classificação histológica internacional de tumores odontogénicos publicada pela OMS em 1971 define o Q.O.E.C. como "uma lesão quística não neoplásica na qual o epitélio apresenta uma camada basal bem definida de células poliédricas, uma camada suprajacente com várias células de espessura podendo assemelhar-se ao retículo estrelado, e massas de células epiteliais "fantasmas" que se podem localizar no epitélio ou na cápsula fibrosa. As células fantasmas podem apresentar-se calcificadas. Pode haver deposição de dentina displásica junto à camada basal" (1).

Em 1981, Preatorius e col. publicaram uma reavaliação completa desta entidade, separando basicamente as duas formas, quística e neoplásica, subdividindo a primeira em três tipos (4): tipo IA (unicístico simples); tipo IB (produtor de odontoma); e tipo IC (proliferante ameloblastomatoso). Os tipos IA e IB podem apresentar localizações intra ou extra-ósseas, sendo o epitélio de revestimento cubóide baixo ou pavimentoso, com espessura de duas ou três células. A presença de áreas focais de retículo estrelado e células fantasmas, bem como de escassas quantidades de dentinóide é comum às duas formas. Contudo, no tipo IA não há presença de qualquer outro tecido duro, enquanto que o tipo IB há formação de tecidos calcificados na parede do quisto, podendo ainda ocorrer a proliferação de tecido semelhante a um fibroma ameloblástico com invasão do osso circundante. No tipo IC, de localização intra-óssea exclusiva, há proliferações semelhantes ao ameloblastoma na cápsula de tecido conjuntivo fibroso bem como na luz do quisto. As lesões do tipo II, semelhantes a uma neoplasia, exibem uma estrutura completamente diferente, consistindo em cordões e ilhas de epitélio odontogénico lembrando o

ameloblastoma, infiltrando o tecido conjuntivo. Há presença de células fantasmas bem como de dentinóide em contacto com o epitélio odontogénico (4).

As células fantasmas são descritas como células epiteliais degeneradas, pálidas, eosinofílicas, intumescidas, que perderam o núcleo, mostrando contudo um ténue contorno das membranas nuclear e celular (3,4). Elas não são patognomónicas do Q.O.E.C., uma vez que se encontram também no epiteloma cutâneo de Malherbe, nos craniofaringiomas e noutros tumores odontogénicos, tais como no fibrodontoma ameloblástico, odontoma complexo e ameloblastoma (3,4).

As formas de tratamento utilizadas têm sido várias, desde a simples enucleação até à excisão com ostectomia periférica, mantendo-se a controverfia quanto à necessidade de obtenção de margens cirúrgicas de segurança (7). A tendência actual seria a de evitar procedimentos radicais (1,5,6), mantendo a vigilância pós-operatória por um período que pode ir até aos dez anos, dada a possibilidade de recidiva que, embora com taxas de incidência baixas, pode acontecer (1,5,6,7).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — EL-BEIALY R.R., EL-MOFTY S., REFAI H.: Calcifying Odontogenic Cyst: Case Report and Review of Literature. *J Oral Maxillofac Surg* 48: 637-640, 1990.
- 2 — LOWNIE J.F., LURIE R.: Diagnosis and Management of Odontogenic Tumors. *Surg-Annu* 21: 73-96, 1989.
- 3 — MASCRÉS C., DONOHUE W.B., VAUCLAIR R.: The Calcifying Odontogenic Cyst: Report of a Case. *J Oral Maxillofac Surg* 48: 319-322, 1990.
- 4 — SHAFER W.G. e col.: Tratado de Patologia Bucal. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
- 5 — SHAMASKIN R.G., SVIRSKY J.A., KANGARS G.E.: Intraosseous and Extraosseous Calcifying Odontogenic Cyst (Gorlin Cyst). *J. Oral Maxillofac Surg* 47: 562-565, 1989.
- 6 — TOIDA M., ISHIMARN J-I., TATEMATSU N.: Calcifying Odontogenic Cyst Associated with Compound Odontoma: Report of a Case. *J Oral Maxillofac Surg* 48: 77-81, 1990.
- 7 — WHITT J.C., ARENDY D.M., BENSON G.S., e col.: Mixed density lesion of the anterior maxilla. *J.A.D.A.* 120: 437-438, 1990.