

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CISTO ODONTOGÊNICO CALCIFICANTE: RELATO DE CASO

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CALCIFYING ODONTOGENIC CYST: CASE REPORT

Isabella A. D. L. Mello ¹; Jonathan R. da Silva ²

Acadêmica do 5º ano do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO – 2020; ² Cirurgião Bucomaxilofacial, Doutor em CTBMF, Coordenador da Especialização em CTBMF (HCTCO – UNIFESO), Docente em Anatomia e Cirurgia Oral (UNIFESO), Fellow AOCMF “Hospital Universitário Doce de Outubro” Madri, Membro titular e coordenador do CAP VIII do Colégio Brasileiro de CTBMF.

RESUMO

A Patologia Bucal é uma área importante na Odontologia, juntamente com os seus critérios que incluem principalmente diagnóstico correto e tratamento adequado, através de características clínicas específicas de certa doença. O sucesso de um tratamento depende do diagnóstico correto da patologia. Os cistos fazem parte dessa gama de patologias a ser estudada diagnosticada e tratada, este é representado por uma cavidade patológica, na maioria das vezes preenchida por líquido ou material semissólido que é revestida por epitélio. Os cistos oriundos da inclusão do epitélio, sendo derivados do epitélio odontogênico são os cistos odontogênicos, esses são subclassificados de acordo com sua origem como de desenvolvimento ou inflamatório, este último é resultado de uma inflamação. O Cisto Odontogênico Calcificante (COC) ou Cisto de Gorlin possui inúmeras classificações e nomenclaturas, este também pode ser conhecido como Tumor Dentinogênico de Células Fantasmas e Tumor Odontogênico Cístico Calcificante. Este artigo visa definir o Cisto de Gorlin; Apresentar os métodos de diagnóstico, características clínicas, sinais e sintomas, características radiográficas e histopatológicas dessa patologia; Descrever os métodos de tratamento e relatar um caso clínico.

Palavras-chave: Diagnóstico; Patologia Bucal; Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Oral Pathology is an important area in Dentistry, along with its criteria that mainly include correct diagnosis and adequate treatment, through specific clinical characteristics of a certain disease. The success of a treatment depends on the correct diagnosis of the pathology. Cysts are part of this range of pathologies to be studied diagnosed and treated, this is represented by a pathological cavity, most often filled with liquid or semi-solid material that is lined by epithelium. The cysts arising from the inclusion of the epithelium, being derived from the odontogenic epithelium are the odontogenic cysts, these are subclassified according to their origin as being developmental or inflammatory, and the latter is the result of an inflammation. Calcifying Odontogenic Cyst (COC) or Gorlin Cyst has numerous classifications and nomenclatures; this can also be known as Ghost Cell Dentinogenic Tumor and Calcifying Cystic Odontogenic Tumor. This article aims to defining Gorlin's Cyst; to present the diagnostic methods, clinical characteristics, signs and symptoms, radiographic and histopathological characteristics of this pathology; describe the treatment methods and report a clinical case.

Keywords: Diagnosis; Pathology Oral; Surgery Oral.

INTRODUÇÃO

A área da Patologia se caracteriza como o estudo de mudanças estruturais, funcionais e bioquímicas nas células, órgãos e tecidos que tem o objetivo de avaliar os sinais e sintomas de cada doença. A Patologia Bucal é uma área importante na Odontologia, juntamente com os seus critérios que incluem principalmente diagnóstico correto e tratamento adequado, através de características clínicas específicas de certa doença. O sucesso de um tratamento depende do diagnóstico preciso do problema encontrado (NEVILLE *et al.*, 2009).

Os cistos fazem parte dessa gama de patologias a ser estudada, diagnosticada e tratada, este é representado por uma cavidade patológica, na maioria das vezes preenchida por líquido ou material semissólido que é revestida

por epitélio. Os cistos oriundos da inclusão do epitélio, sendo derivados do epitélio odontogênico são os cistos odontogênicos, esses são subclassificados de acordo com sua origem como de desenvolvimento ou inflamatório, este último é resultado de uma inflamação (NEVILLE *et al.*, 2009).

O Cisto Odontogênico Calcificante (COC) ou Cisto de Gorlin possui inúmeras classificações e nomenclaturas, este também pode ser conhecido como Tumor Dentinogênico de Células Fantasmas e Tumor Odontogênico Cístico Calcificante (PRAETORIUS *et al.*, 1981; NEVILLE *et al.*, 2009; FELIX *et al.*, 2019).

Ele é uma lesão incomum que apresenta grande diversidade histopatológica e comportamento clínico distinto, apesar de serem largamente classificados por autores como um cisto, alguns autores o classificam como uma

neoplasia devido o seu comportamento variável, podendo estar associado a tumores odontogênicos como o Ameloblastoma (CERQUEIRA *et al.*, 2002; FELIX *et al.*, 2019).

Este foi relatado na literatura pela primeira vez por Gorlin em 1962 como uma entidade patológica distinta e por Gold em 1963 como um Cisto Odontogênico Calcificante e Queratinizado, porém a classificação de Gorlin foi a mais aceita. O COC é originado de remanescentes do epitélio odontogênico. Sua prevalência equivale a apenas 0,3% das biópsias da cavidade oral e 2% entre cistos e tumores odontogênicos (MEDEIROS *et al.*, 2007; SILVA, ADÃO e MOURA, 2019).

Sua classificação desde o início é bem ampla, esta inclui o Tipo Cístico; Uni cístico simples, Produtor de Odontoma; Proliferante ameloblastoso e o Neoplásico. Também está incluído em uma segunda classificação, sendo chamado de Cisto Odontogênico Calcificante de Células Fantasmas ou Tumor Odontogênico Epitelial de Células Fantasmas (MEDEIROS *et al.*, 2007).

A distribuição relativa dos COC nos ossos gnáticos leva em consideração a maior prevalência na região de incisivos e caninos da maxila (38%), seguido da região anterior da mandíbula (27%), logo após região de pré-molares maxilares (12%), depois região posterior de mandíbula (10% e 11%) e por fim região de molares maxilares (2%). (NEVILLE *et al.*, 2009).

Os métodos de tratamentos propostos na literatura são bem amplos e variam de acordo com a extensão da patologia, sua etiologia, morbidade, gravidade e experiência do cirurgião. Cada profissional adota o protocolo de tratamento de acordo com seus achados clínicos na etapa do diagnóstico e esses dependem da sua classificação, comportamento, fisiologia, características clínicas, sinais e sintomas, características histopatológicas obtidas através do exame de biópsia e características radiográficas obtidas através dos exames de imagens (NEVILLE *et al.* 2009).

As principais modalidades de tratamento são: A Enucleação; Marsupialização; Enucleação após Marsupialização e a Enucleação seguida de curetagem. Estas foram mencionadas nesse trabalho (HUPP *et al.*, 2015).

OBJETIVOS

Objetivo Primário

Destacar a importância do diagnóstico correto do Cisto Odontogênico Calcificante e relatar um caso clínico de uma paciente com (COC) tratada no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano.

Objetivos Secundários

Definir o Cisto de Gorlin; Apresentar os métodos de diagnóstico, características clínicas, sinais e sintomas, características radiográficas e histopatológicas dessa patologia; Descrever a classificação e principais métodos de tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA

Os cistos e tumores que se originam dos tecidos

odontogênicos representam um grupo amplo de lesões que refletem um desvio do padrão de normalidade da fase da odontogênese. Desta maneira, é difícil a compreensão da patogênese dessas lesões, apoiando-se na histogênese dos tecidos dentários (MORELI, MOREIRA e CARVALHO, 2002; FELIX *et al.*, 2019).

O Cisto Odontogênico Calcificante (COC) ou Cisto de Gorlin é uma lesão de patogênese desconhecida e equivale a apenas 0,3% das biópsias da cavidade oral e em 2% de todos os cistos e tumores odontogênicos, sendo assim é uma lesão rara (MEDEIROS *et al.*, 2007).

Somente em 1971, a Organização Mundial de Saúde o classificou como uma entidade patológica distinta, podendo estar associado a outras anomalias, como: Odontoma, Ameloblastoma e, até mesmo, a dentes inclusos, sendo definido como uma lesão de neoplasia odontogênica (CARVALHOSA *et al.*, 2005; SILVA, ADÃO e MOURA, 2019).

Dessa forma, por se tratar de uma lesão rica em epitélio odontogênico, esta exige um potencial para desenvolvimento de outras lesões odontogênicas, como os Odontomas, Ameloblastomas, Fibromas Ameloblásticos e o Tumor Dentinogênico Adenomatóide (CERQUEIRA *et al.*, 2002).

Diferentes termos são usados para sua nomenclatura, sendo observado a sua diversidade de apresentações, sendo denominado por diversos autores como Tumor Odontogênico Calcificante (FELIX *et al.*, 2019).

Atualmente é classificado como uma lesão cística não neoplásica pelo Centro de Referência Internacional para a Definição e Classificação Histológica dos Tumores Odontogênicos, Cistos dos Maxilares e Lesões afins da OMS (SILVA, ADÃO e MOURA, 2019).

Quanto a sua etiologia, existem estudos que afirmam que tem a formação de lesões císticas através da proliferação de restos epiteliais do órgão do esmalte, a partir de ameloblastos diferenciados, por epitélio odontogênico ainda no processo de desenvolvimento embrionário maxilo-mandibular (CARVALHOSA *et al.*, 2005).

O COC é uma lesão na maioria das vezes intraóssea, porém estudos apontam que 13% a 30% tem sua apresentação como uma lesão extra óssea. Quanto a sua localização, tanto na sua forma intraóssea quanto a extra óssea ocorrem com frequência mais ou menos iguais na maxila e na mandíbula (CERQUEIRA *et al.*, 2002; NEVILLE *et al.*, 2009; FELIX *et al.*, 2019).

A idade descrita é variável, apontando a média entre a terceira e quarta década de vida, com a maior prevalência nos 33 anos de idade. Os COC associados à Odontomas tendem a aparecer em pacientes mais jovens, por volta dos 17 anos (CAVALIERI-PEREIRA, 2012; FELIX *et al.*, 2019).

Em relação às suas características clínicas, se apresentam como uma lesão radiolúcida, unilocular, circunscrita, às vezes aparecendo multilocular. Estruturas radiopacas estão presentes na lesão em cerca de um terço a metade dos casos, essas estruturas podem ser de calcificações irregulares ou de densidades parecidas com osso. A

lesão pode estar relacionada a um dente não-erupcionado, frequentemente o canino (CANCIO *et al.*, 2005; NEVILLE *et al.*, 2009).

De 86% a 98% das vezes é visto como uma lesão cística bem definida com uma cápsula fibrosa e um limitante epitelial de 4 a 10 células, podendo ser colunares ou cuboídes que lembram ameloblastos e as camadas do epitélio são arrançadas frouxamente lembrando assim, o retículo estrelado do esmalte (CARVALHOSA *et al.*, 2005; NEVILLE *et al.*, 2009; SILVA, ADÃO e MOURA, 2019).

A lesão é indolor e é vista como uma tumefação de crescimento lento e localmente agressiva, afetando por igual maxila e mandíbula, tendo predileção por região anterior (incisivos e caninos) e não tem predileção por sexo (UTUMI *et al.*, 2012; SILVA, ADÃO e MOURA, 2019).

Normalmente os COC se manifestam acometendo adultos jovens, na terceira e quarta década de vida, porém a literatura já relatou casos clínicos com acometimento até mesmo em crianças (CAVALIERI-PEREIRA, 2012; NETO *et al.*, 2017; FELIX *et al.*, 2019).

Os tamanhos dos COC variam de 2 a 4 cm no seu maior diâmetro, no entanto podem ser observadas lesões de até 12 cm na literatura, podem ser vistas reabsorções radiculares e divergências dos dentes adjacentes com alguma frequência (NEVILLE *et al.*, 2009).

Os COC na forma extra óssea revelam massas gengivais sésseis ou pediculadas, podendo se assemelhar a fibromas gengivais, cistos ou granulomas de células gigantes periféricos (NEVILLE *et al.*, 2009).

Radiograficamente é observada uma imagem radiolúcida com halo radiopaco, unilocular ou multilocular e pode conter áreas radiopacas irregulares, podendo estar associadas a dentes não-erupcionados, as corticais geralmente são finas e expandidas, podendo causar deslocamento dentário e reabsorção do dente adjacente (NETO *et al.*, 2017).

No exame histopatológico observa-se um revestimento epitelial com células basais coloidais ou colunares, semelhantes à Ameloblastos e são arrumadas frouxamente. De acordo com Jonhson *et al.* (1997):

[...] Um aspecto importante nesta lesão é que possuem quantidades variáveis de células epiteliais sem núcleo, classificadas como células fantasmas, em alguns casos, o cisto está associado a uma área mais extensa de formação de tecido duro dentário, que se assemelha a um Odontoma composto ou complexo. [...] (JONHSON *et al.*, 1997).

Os principais achados de caráter histopatológico para o COC são uma cavidade revestida por epitélio odontogênico com padrão de queratinização semelhantes a células fantasmas ocupando a luz do cisto e apresentando

quantidade variável de calcificação distrófica das células (CERQUEIRA *et al.*, 2002; PONTES *et al.*, 2010).

Os focos de calcificação ocorrem através de vesículas espalhadas nos feixes de tonofilamentos das células fantasmas, podem ser observada dentina displásica no interior da cápsula fibrosa próximo ao epitélio odontogênico, fazendo parte da periferia da lesão (CERQUEIRA *et al.*, 2002).

As células fantasmas são caracterizadas pela ausência de núcleo e o diagnóstico diferencial deste tipo de cisto é feito pela presença de material calcificado dentro da loja cística, englobando várias possibilidades: Cisto dentígero, Odontoma, Fibroma Ossificante e Tumor Odontogênico Adenomatóide (UTUMI *et al.*, 2012; NETO *et al.*, 2017).

Existem alguns métodos propostos na literatura para o tratamento do Cisto de Gorlin, são estes: A Enucleação, que consiste na remoção de toda lesão cística, permitindo tratar a lesão por completo. A Marsupialização, que também pode ser chamada de Operação de Partsch I é definida como a criação de uma janela cirúrgica na parede do cisto, com o esvaziamento do seu conteúdo e a manutenção entre o cisto e o meio externo. A Enucleação após Marsupialização, que pode ser definida como Partsch II visa realizar a Enucleação em um segundo tempo cirúrgico após a diminuição do tamanho da lesão. Já a Enucleação seguida de curetagem é o procedimento cirúrgico que visa remover 1 a 2 mm de osso adjacente após a Enucleação da lesão a fim de remover remanescentes epiteliais presentes na periferia da parede do cisto (HUPP *et al.*, 2015; PINTO *et al.* 2015).

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado por meio de uma revisão de literatura, com busca de termos como: “Diagnóstico, patologia, cirurgia e Cisto de Gorlin” em inglês e português, nas bases de dados Scielo, Pubmed, Lilacs, Medline, BVS Saúde e Google Acadêmico, sendo incluídos artigos do ano de 1981 até 2019 no formato de artigo científico em revistas e relatos de caso nos quais foram avaliados casos com condutas similares á este relato de caso, bem como os tipos de diagnóstico e tratamentos abordados.

De acordo com os seguintes artigos, foi apresentado um caso clínico de uma paciente diagnosticada com Cisto de Gorlin.

O estudo segue os preceitos da Resolução número 466/12 do CNS no que diz respeito á dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, sendo submetida é aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa do UNIFESO através da Plataforma Brasil.

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o tratamento foi realizado de acordo com o Plano de Tratamento proposto e com a autorização da paciente. (Anexo A). Número do Parecer: 3.935.955

O cenário do estudo foi o Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano (HCTCO). A inclu-

são da participante no estudo esteve relacionada á aceitação da mesma em relação ao tratamento proposto.

Foram excluídos desse estudo pacientes que não apresentaram Cisto de Gorlin e pacientes que não apresentaram nenhuma patologia oral desse seguimento. A coleta de dados foi realizada a partir do registro em prontuário, anamnese, exame clínico, tomografia computadorizada, reconstrução 3D, exame histopatológico e fotografias.

Os riscos do estudo foram: A possível não adaptação da paciente em relação ao tratamento proposto; O cisto poderia ter recidivas após ser tratado; A paciente poderia ter apresentado complicações pós-operatórias.

RELATO DE CASO

Paciente A.S.S., gênero feminino, parda, 16 anos, saudável, compareceu ao ambulatório do UNIFESO com a queixa principal de que o seu rosto estava inchado (Figuras 1; 1.1 e 1.2).

Durante a anamnese, não relatou queixa álgica e ao exame físico foi constatado tumefação na região posterior de mandíbula com aumento de volume na região de molares inferiores de lado direito (Figuras 2 e 2.1).

Durante a avaliação da tomografia computadorizada (Figuras 3; 3.1 e 3.2) e reconstrução 3D (Figuras 4; 4.1 e 4.2) foi observado à presença de imagem radiolúcida, unilocular, extensa, circular e bem delimitada por um halo radiopaco, na região do elemento 48 impactado, com deslocamento do mesmo. Constatou-se expansão da cortical óssea.

FIGURA 1: Foto vista frontal. Pré-operatório.



Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

FIGURA 1.1: Foto vista lateral perfil direito. Pré-operatório.



Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

FIGURA 1.2: Foto vista lateral perfil esquerdo. Pré-operatório.



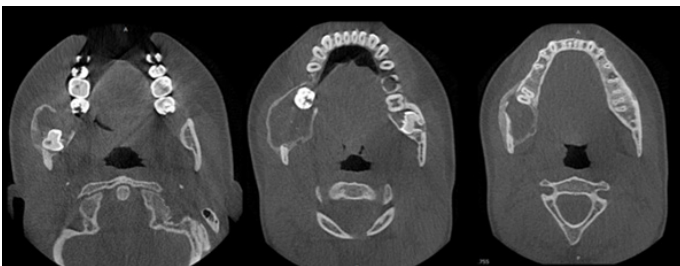
Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

FIGURA 2: Foto intraoral.

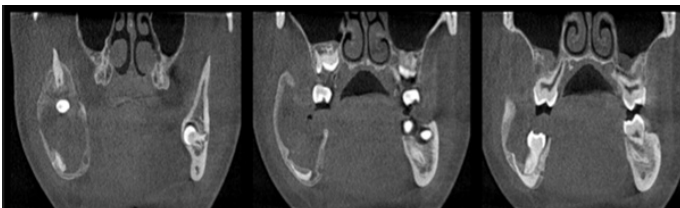
Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

FIGURA 2.1: Foto intraoral.

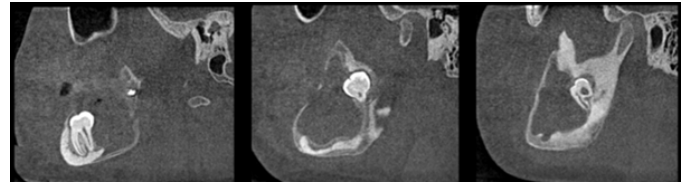
Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

FIGURA 3: Tomografia computadorizada. Corte Axial.

Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

FIGURA 3.1: Tomografia computadorizada. Corte coronal.

Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

FIGURA 3.2: Tomografia computadorizada. Corte sagital.

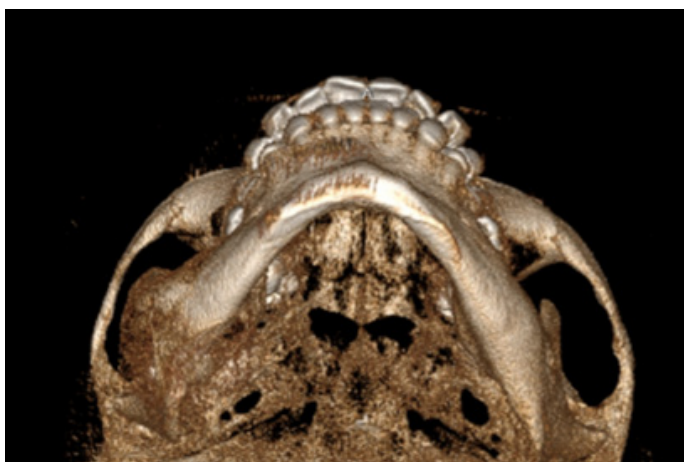
Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

FIGURA 4: Reconstrução 3D.

Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

FIGURA 4.1: Reconstrução 3D.

Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

FIGURA 4.2: Reconstrução 3D.


Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

Após a anamnese, exame clínico e avaliação da tomografia computadorizada e reconstrução 3D, foi realizada uma biópsia incisional com técnica anestésica local e após exame histopatológico foi confirmado o diagnóstico de Cisto Odontogênico Calcificante (Cisto de Gorlin). O tratamento proposto foi a Marsupialização, por conta do tamanho da lesão (3,0 x 2,0 cm) a fim de evitar uma fratura patológica e pela sua proximidade com estruturas vitais como o Nervo Alveolar Inferior, não permitindo uma excisão da lesão por completo.

A paciente foi internada no dia 28 de julho de 2019 e a cirurgia foi realizada no dia 29 de julho de 2019 pelo Staff Jonathan Ribeiro da Silva; R3 Maurosam Jr. Falcini e R2 Emmanuel Escudeiro. Então foi dado o início à técnica de Marsupialização, foi feita uma incisão circular, permitindo a criação de uma janela cirúrgica em seu revestimento de 2,5 cm na cavidade cística, esta incisão se estendeu do osso em direção à cavidade cística. Foi retirado o conteúdo cístico e realizada uma inspeção visual do revestimento cístico e logo após foi irrigado o local com abundância com a finalidade de remover qualquer fragmento residual (Figura 5).

Não foram observadas áreas de ulceração ou espessamento da parede cística o que descartou a possibilidade de alterações displásicas ou neoplásicas na parede do cisto. O revestimento cístico tinha um bom espessamento, sendo assim, o acesso permitiu que o perímetro da parede do cisto ao redor da janela fosse suturado à mucosa oral. As instruções pós-operatórias foram devidamente passadas a paciente no dia da sua alta hospitalar.

Figura 5: Transoperatório.


Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

RESULTADOS

Após dois meses de acompanhamento pós-cirúrgico, foi realizada uma radiografia panorâmica (Figura 6) e constatou-se uma diminuição da lesão cística e a paciente se adaptou bem ao tratamento. Posteriormente, será realizada uma Enucleação do cisto, com a finalidade de removê-lo por completo, visto que a lesão já está com um tamanho consideravelmente menor. A equipe está aguardando a retomada total das Cirurgias Eletivas após esse período da pandemia Covid-19, para realizar a mesma.

Figura 6: Radiografia Panorâmica. Dois meses de pós-operatório.


Fonte: Professor Dr. Jonathan Ribeiro da Silva.

DISCUSSÃO

A variedade de comportamento do COC fez com que inúmeros autores o classificassem primeiramente como um tumor até 2005, porém em 2016 a OMS o reclassificou como Cisto e relacionado à sua origem tem várias teorias atreladas à derivação das células do epitélio reduzido do esmalte, de ameloblastos diferenciados e até

mesmo do epitélio odontogênico ativo (SILVA; ADÃO e MOURA, 2019).

Em um estudo feito avaliando 215 casos intraósseos, 62% apresentaram expansão da tábua óssea e 4,5% apresentaram perfuração da mesma, 16% dos dentes tiveram reabsorção radicular e 32% estavam associados a dentes não-erupcionados (CARVALHOSA *et al.*, 2005; CAVALIELI-PEREIRA *et al.*, 2012).

Utumi *et al.* (2012), afirmaram que a tomografia computadorizada é uma ferramenta importante para visualização da estrutura interna do cisto e seu envolvimento com as estruturas vizinhas, tendo alta reprodutibilidade, sendo considerada útil no planejamento terapêutico. Em seu estudo as imagens da tomografia revelaram características que não foram achadas na radiografia panorâmica convencional como: Fenestração, calcificação e estruturas dentiformes. Essa afirmação entra em concordância com o presente trabalho, pois a tomografia computadorizada foi muito importante para a conclusão do diagnóstico do caso relatado.

Os COC, quando estão associados à Odontomas habitam ser comum em pacientes jovens, na faixa dos 17 anos, isso entra em discordância com este trabalho, visto que a paciente em questão tinha 16 anos de idade e foi diagnosticada com Cisto de Gorlin, porém sem estar associado ao Odontoma (CERQUEIRA *et al.*, 2002)

O fato de estar associado a outras lesões modifica completamente o comportamento biológico da lesão, ou seja, a velocidade de crescimento e o seu potencial para invasão dos tecidos vizinhos, frisando assim, mais uma vez a importância de um diagnóstico preciso e uma terapia específica para cada caso (CERQUEIRA *et al.*, 2002).

A preocupação com o diagnóstico correto também se dá pela possibilidade da presença da lesão associada, ou pela degeneração do epitélio de revestimento, em lesões com o comportamento mais agressivo, sendo assim, o comportamento biológico da lesão sempre orientará o tratamento (CERQUEIRA *et al.*, 2002).

Medeiros *et al.* (2006), descrevem que o pico de idade para ocorrência do COC é dos 10 aos 19 anos e dos 60 aos 69 anos, corroborando com os achados na maioria das literaturas e com o caso clínico proposto. De acordo com esse estudo, lesões centrais tem maior prevalência na segunda década de vida e as lesões periféricas por volta da quinta década, concordando com o presente trabalho.

O tratamento das lesões centrais geralmente envolvem Enucleação seguida de curetagem, já o tratamento das lesões periféricas, consiste na excisão local da lesão na periferia e de 13% a 50% dos casos avaliados, tem associação de dentes não erupcionados (MEDEIROS *et al.*, 2006).

Cerqueira *et al.* (2002); Cancio *et al.* (2005); Carvalhosa *et al.* (2005); Medeiros *et al.* (2007); Pontes *et al.* (2010); Utumi *et al.* (2012); Cavaliere-Pereira *et al.* (2012); Neto *et al.* (2017); Silva; Adão e Moura (2019) e Felix *et al.* (2019) lançaram mão da técnica de Enucleação para o tratamento do Cisto de Gorlin e também dos seus casos variantes, visando a realização do histopatológico de

toda a lesão; O tratamento da lesão por completo e também porque esta técnica não necessita da colaboração pós operatória do paciente em relação aos cuidados com a ferida cirúrgica, discordando do caso clínico citado no presente trabalho. Porém, a Enucleação tem desvantagens como o comprometimento de estruturas vitais adjacentes e maior morbidade na cirurgia (HUPP *et al.*, 2015).

Em contra partida, Felix *et al.* (2019), apresentaram um caso clínico em que o tratamento proposto inicialmente foi a Marsupialização com uma posterior Enucleação, o que corrobora com o presente estudo. Felix *et al.* (2019), trataram o Cisto de Gorlin visando as vantagens da técnica de Marsupialização como a proteção de estruturas vitais como nervos, tecidos e até mesmo porque uma Enucleação pode provocar a desvitalização de dentes adjacentes.

Outras vantagens dessa técnica são a menor taxa de recidiva, pois a lesão primeiramente é descomprimida para posteriormente ser completamente removida e quando a lesão está associada a dentes não-erupcionados esta abordagem permite a continuidade da erupção do mesmo (HUPP *et al.*, 2015).

A Marsupialização é um procedimento mais simples, com menor morbidade e seguro, esta segurança está ainda mais presente quando a lesão tem um tamanho significativo como a do caso clínico descrito acima, visto que uma técnica de Enucleação pode promover recidiva e complicações posteriores (HUPP *et al.*, 2015).

De acordo com Pontes *et al.* (2010) o Cisto de Gorlin e seus variantes acomete mais pacientes jovens, com uma média de 16,5 anos e afeta duas vezes mais as mulheres do que os homens, isso corrobora com o caso clínico apresentado nesse estudo, visto que a paciente tinha 16 anos e é do gênero feminino.

Em contra partida, Neto *et al.* (2017), afirmaram que o Cisto de Gorlin tem leve predomínio de acometimento no sexo masculino na faixa dos 30 anos, o que entra em contradição com os achados citados nesse trabalho.

CONCLUSÃO

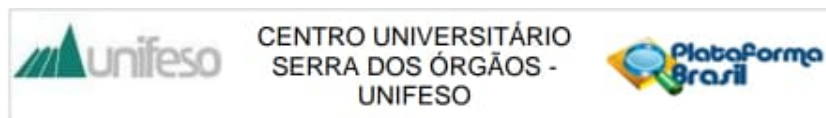
O caso relatado veio apresentar a necessidade de um diagnóstico correto, lançando mão de anamnese, exames complementares, tomografia computadorizada e até mesmo a reconstrução em 3D da região a ser operada, pois o Cisto Odontogênico Calcificante ou Cisto de Gorlin tem seu potencial para desenvolvimento de Tumores Odontogênicos, tendo a necessidade de um diagnóstico preciso para nortear um tratamento adequado ao paciente, evitando assim, inúmeras consequências em sua fase de recuperação.

Neste caso a Marsupialização permitiu a diminuição do Cisto de Gorlin, evitando uma fratura patológica e lesão do Nervo Alveolar Inferior com a diminuição progressiva do diâmetro da lesão será possível uma futura Enucleação de forma segura e menos mórbida.

REFERÊNCIAS

1. CANCIO, A. V. *et al.* Cisto odontogênico calcificante: relato de caso. **Revista cirurgia traumatologia buco-maxilo-facial**, v. 1, n. 1, p. 23-28, 2006.
2. CARVALHOSA, A. A. *et al.* Cisto de Gorlin: revisão de literatura. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, São Paulo, v.5, n.3, p. 291-295, jul./set. 2005.
3. CAVALIELI-PEREIRA, L. *et al.* Tratamento cirúrgico do cisto odontogênico epitelial calcificante. **Revista brasileira cirurgia craniomaxilofacial**, v. 15, n.2, p. 101- 104. 2012.
4. CERQUEIRA, A. *et al.* Cisto odontogênico calcificante: relato de 2 casos com considerações sobre o tratamento. **Revista da faculdade Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 43, n. 2, p. 44-47, dez. 2002.
5. FELIX, V.B. *et al.* Tumor odontogênico cístico calcificante (Cisto de Gorlin): relato de caso. **Gep news**, Maceió, v.2, n.2, p.338-244, abr./jun.2019.
6. HUPP, J.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. Tratamento cirúrgico das lesões patológicas. *In:* **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 6. Ed. Elsevier Brasil, 2015, Cap.22, p. 1.018-1.048.
7. JONHSON, A. *et al.* Calcifying odontogenic cyst: A clinicopathologic study of 57 cases with immunohistochemical evaluation for Cytokeratin. **J. Oral Maxillofac. Surg**, v. 55, n. 7, p. 679-683, 1997.
8. MEDEIROS, P. B. *et al.* Cisto de Gorlin: relato de caso e revisão de literatura. **Revista cirurgia traumatologia buco-maxilo-facial**, v. 7, n. 1, p. 59-64, 2007.
9. MORELI, A.B.; MOREIRA, L.C.; CARVALHO, J.J. Comparative morphology of 7 new cases of calcifying odontogenic cysts. **J. Oral Maxillofac. Surg**, v. 60, n. 6, p. 689-696, 2002.
10. NETO, H.L.R. *et al.* Perfil clínico e histopatológico do cisto odontogênico calcificante: relato de caso. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n.4, p. 415-420, out. /dez. 2017.
11. NEVILLE, B. W. *et al.* Cistos e tumores odontogênicos. *In:* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3 ed. São Paulo: Elsevier, 2009, Cap.15, p. 696, 698.
12. PINTO, G. N. S. *et al.* Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos; relato de dois casos. **RFO UPF**, v. 20, n. 3, p. 361-366, 2015.
13. PONTES, H. A. R. *et al.* Tumor odontogênico cístico calcificante em mandíbula: relato de caso e revisão de literatura. **Rev. Para. Med**, Nazaré-Belém-Pará, v. 1, n.1, p. 1-5. 2009.
14. PRAETORIUS, F. *et al.* Calcifying odontogenic cyst: range, variations and neoplastic potential. **Acta Odontol. Scand**, v. 39, n.4, p. 227-240, 1981.
15. SILVA, W. S.; ADÃO, R. G.; MOURA, R. M. Cisto odontogênico calcificante: relato de caso. **Revista cirurgia traumatologia buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 19, n.3, p.25-29, jul./set. 2019.
16. UTUMI, E. R. *et al.* Distintas manifestações do tumor odontogênico cístico calcificante. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 366-370, 2012.

ANEXO A- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso da prototipagem e do planejamento virtual nas Cirurgias Buco-Maxilo-Faciais

Pesquisador: Jonathan Ribeiro da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30145320.7.0000.5247

Instituição Proponente: FESO FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ORGAOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.935.955

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa avaliando o uso da prototipagem e planejamento virtual em pacientes portadores de cistos e tumores dos ossos gnáticos submetidos a cirurgias muco-maxilo-faciais.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é de melhorar o tratamento dos pacientes portadores de cistos e tumores dos ossos gnáticos.

Os objetivos secundários são de:

- Demonstrar através de uma revisão de literatura o processo da prototipagem rápida;
- Demonstrar a economia de tempo cirúrgico quando utilizando a prototipagem rápida;
- Demonstrar a diminuição do custo do procedimento quando a técnica de prototipagem é utilizada;
- Avaliar a fidelidade da adaptação das placas dobradas no protótipo;
- Mensurar se houve uma diminuição das complicações pós-operatórias pelo auxílio do planejamento via protótipo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco identificado pelo autor inclui a possibilidade da placa pré-dobrada com auxílio do protótipo apresentar desadaptação, necessitando de re-dobra e maior tempo

Endereço: Av. Alberto Torres, 111
Bairro: Bairro Alto CEP: 25.964-004
UF: RJ Município: TERESOPOLIS
Telefone: (21)2641-7088 Fax: (21)2641-7088 E-mail: cep@unifeso.edu.br



Continuação do Parecer: 3.935.955

cirúrgico.

Os benefícios da pesquisa incluem obter uma diminuição do custo do procedimento, um menor tempo de procedimento e uma menor taxa de complicações pós-operatórias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em conformidade com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nenhuma consideração.

Recomendações:

Nenhuma recomendação.

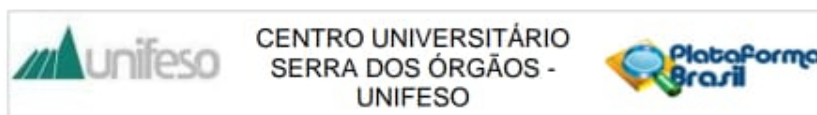
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apropriado para aprovação do CEP-UNIFESO.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1444944.pdf	19/03/2020 18:16:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	19/03/2020 18:16:28	Jonathan Ribeiro da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia.jpeg	28/02/2020 23:24:52	Jonathan Ribeiro da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/02/2020 23:24:21	Jonathan Ribeiro da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_pesquisa_prototipagem.docx	16/02/2020 18:14:47	Jonathan Ribeiro da Silva	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	12/02/2020 11:46:47	Jonathan Ribeiro da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	12/02/2020 11:46:02	Jonathan Ribeiro da Silva	Aceito

Endereço: Av. Alberto Torres, 111
Bairro: Bairro Alto CEP: 25.964-004
UF: RJ Município: TERESOPOLIS
Telefone: (21)2641-7088 Fax: (21)2641-7088 E-mail: cep@unifeso.edu.br



Continuação do Parecer: 3.935.955

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESOPOLIS, 26 de Março de 2020

Assinado por:
Mauro Geller
(Coordenador(a))