



REMOÇÃO DE CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR: RELATO DE UM CASO INCOMUM EM MAXILA

GLANDULAR ODONTOGENIC CYST REMOVAL: REPORT OF AN UNCOMMON MAXILLARY CASE

Ávilla Pessoa Aguiar¹, Elaine Cristie Nascimento Xavier¹, Georgia Gabrielle Veloso Gouveia², Joelli Gomes Silva Lima¹, Yara Gabriela Soares Moreira¹, Thalles Moreira Suassuna³

¹ Acadêmica de Odontologia do Centro Universitário - UNIESP, Cabedelo- Paraíba – Brasil

² Acadêmico de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) – João Pessoa, Paraíba – Brasil

³ Professor de Odontologia do Centro Universitário - UNIESP, Cabedelo- Paraíba - Brasil

Correspondência: Thalles Moreira Suassuna – Catulo da Paixão Cearense, 77, Jardim Luna. – CEP: 580330-60. **E-mail:** thallesms_@hotmail.com

Editor Acadêmico: Thiago Lucas da Silva Pereira

Received: 05/05/2023 / **Review:** 30/06/2023 **Accepted:** 30/07/2023

Como citar este artigo: Aguiar AP, Xavier ECN, Gouveia GGV, Lima JGS, Moreira YGS, Suassuna TM. Remoção de Cisto Odontogênico Glandular: Relato de um Caso Incomum em Maxila. RevICO. 2023; 21:e009

RESUMO

Introdução: O cisto odontogênico glandular (COG) é um cisto de desenvolvimento raro que foi descrito pela primeira vez em 1987. Embora seja aceito como sendo de origem odontogênica, ele também exibe características glandulares ou salivares que, presumidamente, são uma indicação da pluripotencialidade do epitélio odontogênico. É definido como um cisto que surge nas áreas de erupção dos dentes, localizadas na mandíbula e na maxila, caracterizado por um epitélio formado por células cubóides ou colunares, ambas na superfície e criptas dentro da espessura do epitélio. **Objetivo:** Revisar e discutir os aspectos clínicos e de tratamento relevantes sobre o COG, ilustrando com um caso clínico de lesão recidivante. **Relato de caso:** Paciente MDFS, 44 anos, faioderma, sexo feminino, compareceu ao ambulatório de Buco-Maxilo-Facial com relato de aumento de volume e sintomatologia álgica em face com cerca de um ano de evolução. Referia já ter realizado cirurgia para remoção de cisto na região há cerca de 10 anos. Após exame clínico e tomográfico, foi realizada uma biópsia incisional e instalação simultânea de um dispositivo de pressão negativa para descompressão do mesmo. Após conclusão diagnóstica e passados 3 meses a lesão foi submetida a exérese através de enucleação e curetagem. A paciente evoluiu sem complicações e permanece em acompanhamento pós-operatório há dois anos sem exibir sinais de recorrência. **Conclusão:** A lesão em questão pode apresentar comportamento agressivo e recidivante de forma que o tratamento cirúrgico e preservação longitudinal é a conduta recomendada para seu manejo.

Descritores: Cistos Odontogênicos. Biópsia. Cirurgia Bucal.



Introdução

O Cisto Odontogênico Glandular (COG) é benigno e raro, e foi descrito pela primeira vez por Padaayache e Van Wyk em 1987, sob o termo de cisto “sialo-odontogênico”, que outrora, também veio a ser denominado de cisto odontogênico produtor de muco. No decorrer dos anos esta lesão foi descrita com outras nomenclaturas. Contudo, em 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) o definiu como Cisto Odontogênico Glandular, pois o considerou como uma entidade patológica independente, e o classificou como um cisto epitelial odontogênico de desenvolvimento¹.

Clinicamente, nos procedimentos de biópsia, e ao realizar-se a punção aspirativa não são observadas características específicas, o que tende a dificultar a especificação do diagnóstico do COG. Os líquidos coletados durante a punção aspirativa podem variar desde líquidos claros e de baixa viscosidade até líquidos de alta viscosidade, marrom-avermelhados, ou apresentar punção negativa².

Ao exame histopatológico, o COG apresenta 10 características histológicas que podem diferenciá-lo de outras lesões, como o cisto periodontal lateral, cisto odontogênico botrióide e carcinoma muco epidermoide².

As opções de tratamento para o COG variam, incluindo desde abordagens conservadoras como descompressão, enucleação e curetagem até a ressecção marginal cirúrgica. A modalidade terapêutica costuma ser determinada pela apresentação clínica da lesão e em propensão à recorrência. Portanto, o planejamento cirúrgico deve ser individualizado para as 10 características clínicas de cada caso tratado⁶.

Para prevenir recorrência da lesão, sugere-se um acompanhamento de no mínimo três a sete anos, justificado pelo comportamento biológico agressivo. As taxas de recorrência média são de 30%, podendo variar de acordo com o local e tamanho da lesão. Os COG grandes e multiloculares são mais propensos a terem recidiva, e a maior taxa está relacionada a lesões que causam perfurações ósseas, que podem recorrer mesmo após vários anos⁷.

Objetivo

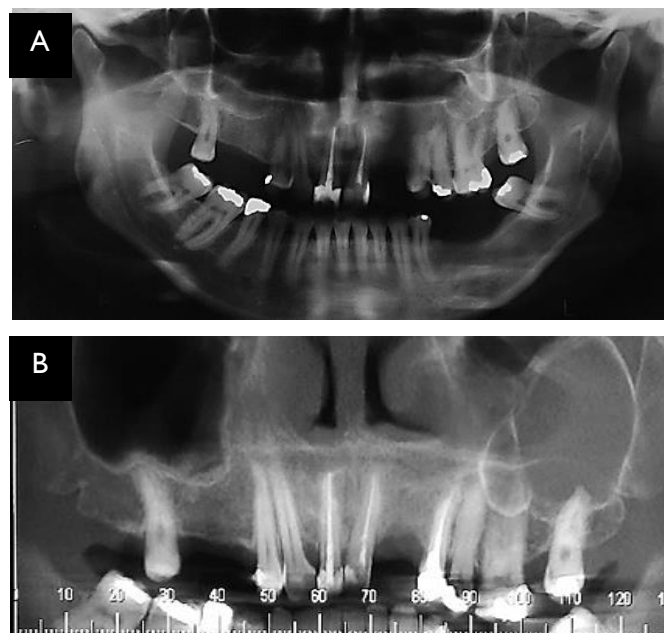
Revisar e discutir os aspectos clínicos e de tratamento relevantes sobre o COG, ilustrando com um caso clínico de lesão recidivante.

Relato de Caso

Paciente MDFS, 44 anos, faioderma e do sexo feminino compareceu ao ambulatório de Buco-Maxilo-Facial com relato de aumento de volume e dor na região esquerda da face com cerca de um ano de evolução. A mesma relatou já ter sido submetida a tratamento cirúrgico há cerca de 10 anos para tratamento de lesão cística na mesma região, mas não tinha conhecimento do diagnóstico, nem apresentou exames e laudos.

Foram solicitados exames de imagem: Raio X Panorâmico e Tomografia Computadorizada. Estes apresentaram imagem hipodensa, revestida por halo ligeiramente hiperdenso, de margens regulares e limites bem definidos ocupando o seio maxilar esquerdo e causando erosão óssea em suas paredes, especialmente na parede anterior e medial do seio maxilar (figura 1).

Figura 1. Radiografia panorâmica inicial (A) e tomografia computadorizada Cone Beam (B). Evidenciando lesão expansiva em seio maxilar esquerdo causando alteração na densidade radiográfica e ligeira alteração nos contornos ósseos.



Fonte: Arquivo próprio (2018).

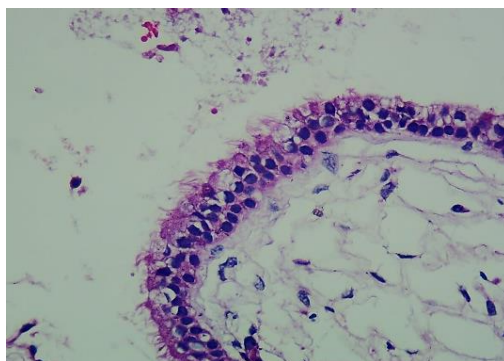
O tratamento iniciou-se com uma biópsia incisional e a instalação de um dreno de borracha (1 cm de diâmetro) para descompressão do cisto, a fim de diminuir as suas dimensões e facilitar a abordagem definitiva, pois o epitélio viria a se encontrar mais espessado (figura 2).



Fonte: Arquivo próprio (2018).

Figura 2. Aspecto clínico intra-oral onde observa-se a localização o cisto com abaulamento e dreno para descompressão cística instalado.

O exame histopatológico apresentou um revestimento de epitélio escamoso estratificado com células colunares ciliadas na superfície, quadro que, correlacionado com os achados clínicos, levou ao diagnóstico de Cisto Odontogênico Glandular (figura 3).



Fonte: Arquivo próprio (2018).

Figura 3. Corte histológico, corado com hematoxilina e eosina (HE/100X).

A paciente permaneceu com o dispositivo de descompressão por cerca de 3 meses sem apresentar regressão significativa nas dimensões da patologia. Foi conduzida para o tratamento cirúrgico definitivo que consistiu na exérese do cisto por enucleação. O procedimento foi realizado sob anestesia geral e após acesso vestibular com a incisão realizada cerca de 5 mm acima da linha mucogengival superior, expondo a maxila esquerda.

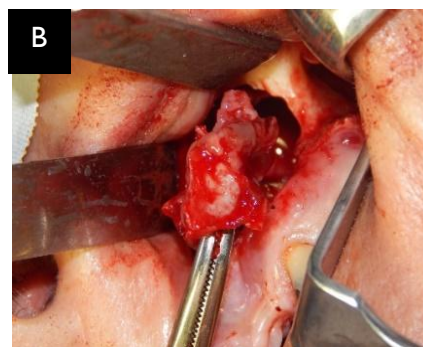
Em seguida foi realizada a enucleação da lesão por curetagem, removendo toda a lesão com o mínimo de fragmentação. Como terapia complementar, realizou-se ostectomia periférica em locais de difícil acesso, onde a eficiência da remoção do epitélio cístico foi duvidosa.

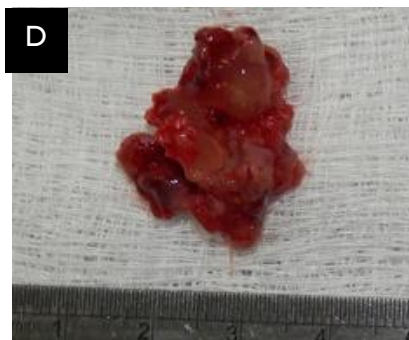
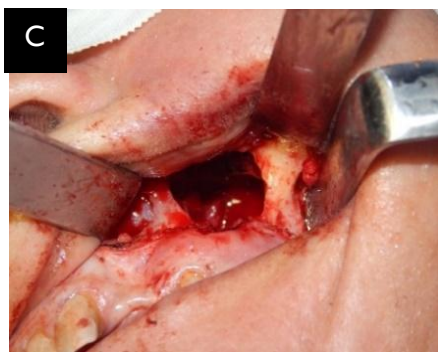
Realizou-se ainda o controle da hemostasia e a síntese dos tecidos. A paciente evoluiu sem intercorrências e/ou qualquer outra complicação.

O espécime da lesão foi encaminhado novamente para análise histopatológica, em solução neutra de formol a 10%, o qual confirmou o diagnóstico prévio.

Atualmente, a paciente se encontra em acompanhamento pós-operatório de dois anos, ciente da necessidade de acompanhamento longitudinal e sem exibir sinais clínicos e tomográficos de recidiva.

Figura 4. Imagens trans-operatórias. (A) Adelgaçamento ósseo na parede anterior do seio maxilar e áreas de erosão causadas pela patologia. (B) Cápsula do cisto após a sua curetagem do osso. Encontrou-se tecido friável e contínuo com os tecidos adjacentes, em muitos locais sem plano de clivagem evidente, principalmente no lado medial e posterior. (C) Sítio cirúrgico após enucleação cística. Observe o defeito ósseo remanescente, não passível de reconstruções imediatas. (D) Cisto após sua exérese.





Fonte: arquivo próprio (2018).

Foram realizadas consultas pós-operatórias, as quais consistem em exames clínicos, radiográficos e tomografias com o intuito de observar o processo de cicatrização dos tecidos moles e duros. Verificou-se resposta cicatricial positiva gradativa culminando com um aspecto geral satisfatório após 12 meses de acompanhamento (figura 5).

Figura 5. Pós-operatório exibindo área cicatricial. Avaliação intrabucal após a curetagem onde foi observada ausência de sinais de recidiva da lesão após 01 ano de acompanhamento.



Fonte: arquivo próprio(2018).

Discussão

O COG é uma lesão rara, representando apenas 0,2% a 0,8% de todos os cistos odontogênicos, que compartilha algumas das suas características microscópicas com outras lesões císticas e neoplásicas. A etiologia do COG, que tem sua histogênese relacionada aos remanescentes da lâmina dentária, permanece desconhecida. A mandíbula é afetada em 70% a 80% dos casos, dos quais cerca de 55,9% ocorrem em região anterior⁸.

Em termos dimensionais, o COG pode manifestar-se como lesões pequenas (em torno de 1 cm) ou como grandes lesões que podem envolver uma porção significativa dos maxilares. A lesão pode estar acompanhada de sintomas, e nem sempre há aumento de volume aparente. Radiograficamente, a lesão se apresenta radiolúcida, bem definida e com as bordas escleróticas, podendo ser uni ou multilocular, com ou sem dentes associados à lesão⁹.



Pacientes diagnosticados com o cisto odontogênico glandular podem ou não apresentar dor, e a condição é usualmente descoberta através de uma radiografia de rotina. O aumento de volume sem associação com qualquer sintomatologia costuma ser o sinal mais comum do desenvolvimento desses cistos. Elementos dentários quando estiverem presentes na área acometida e se estiverem associados a esta condição, geralmente apresentam vitalidade pulpar ¹⁰.

Em alguns casos onde o COG é grande, essa lesão pode estar associada à dor, aumento de volume, drenagem de secreção purulenta e parestesia. Esses sintomas podem ser causados por compressão neurovascular e infecção secundária, entretanto, são sintomas incomuns ⁸.

Outra característica marcante do COG é sua alta taxa de recidiva. Normalmente, possui predileção pela região anterior de mandíbula, expandindo-se além da linha média. Pode ser diagnosticado em qualquer idade, mas, é mais comum em adultos entre 30 e 48 anos de idade ¹⁰.

A maioria dos casos de cisto odontogênico glandular tem sido tratada mediante enucleação e curetagem. Contudo, esse cisto mostra uma propensão para recidiva, o que se observa em cerca de 30% dos casos. As recidivas parecem ser mais comuns dentre as lesões que possuem aspecto multilocular. Devido a sua natureza potencialmente agressiva e tendência a recidivas, alguns estudos preconizam o uso de ressecção em bloco, particularmente para lesões multiloculares. Marsupialização e descompressão podem ser realizadas em lesões extensas para promover a redução do tamanho da lesão antes da cirurgia de remoção ².

O tratamento do COG inclui desde abordagens cirúrgicas conservadoras, como enucleação, marsupialização e curetagem, por vezes com terapias adjuvantes (solução de Carnoy e crioterapia), até abordagens agressivas, como a ressecção marginal. A escolha do tratamento depende do estado do paciente, local de envolvimento e tamanho da lesão¹¹.

Em relação ao aspecto histológico, certas características são fundamentais para o diagnóstico do COG, como: células eosinofílicas cuboides/colunares, revestimento epitelial escamoso com paredes de tecido conjuntivo não queratinizado, epitélio com variações de espessura ao longo do revestimento cístico e estruturas glandulares intraepiteliais semelhantes a ductos¹³.

No relato descrito, as características fundamentais estavam presentes e permitiram, já na biópsia incisional, o diagnóstico definitivo de COG. Entretanto, os diagnósticos diferenciais sempre devem ser mantidos em mente, pois existem semelhanças clínicas entre o COG e outros cistos e tumores odontogênicos, como o cisto periodontal lateral, o cisto dentígero, o queratocisto e o ameloblastoma.

Portanto, é de suma importância que o cirurgião-dentista seja criterioso e tenha boa noção da prevalência destes cistos e tumores, bem como de suas características clínico-radiográficas, para orientar o diagnóstico e o tratamento adequado para cada caso.

Conclusões

No presente caso, optou-se por um tratamento conservador, onde foi realizada a enucleação da lesão por curetagem, removendo toda a lesão com o mínimo de fragmentação. Como terapia complementar, realizou-se ostectomia periférica em locais de difícil acesso, onde a eficiência da remoção do epitélio cístico foi duvidosa. Levando-se em consideração a possibilidade de recorrência tardia dos COGs, o acompanhamento dos pacientes a longo prazo é de grande valia.



Já em relação à melhor escolha de um tratamento, o mais conservador é uma opção que pode proporcionar bons resultados, mas é fundamental que o acompanhamento pós-cirúrgico seja feito por períodos maiores para confirmação da cura da patologia. Diante do exposto sobre as características clínicas agressivas e recidivantes do Cisto Odontogênico Glandular, podemos concluir que esta lesão necessita de tratamento cirúrgico de forma a buscar a sua erradicação e diminuir as possibilidades de recidiva.

Suporte Financeiro

Não houve suporte financeiro.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não ter conflitos de interesse

Disponibilização dos dados

Os dados usados para dar suporte aos achados deste estudo podem ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

ABSTRACT

Introduction: The glandular odontogenic cyst (COG) is a rare development cyst that was first described in 1987. Although it is accepted as being of odontogenic origin, it also exhibits glandular or salivary characteristics that, presumably, are an indication of the pluripotentiality of the odontogenic epithelium. It is defined as a cyst that arises in the areas of eruption of the teeth, located in the mandible and maxilla, characterized by an epithelium formed by cuboid or columnar cells, both on the surface and crypts within the thickness of the epithelium. **Objective:** To review and discuss relevant clinical and treatment aspects about COG, illustrating with a clinical case of recurrent lesion. **Case report:** Patient MDFS, 44 years old, phaioderma, female, attended the Maxillofacial Outpatient Clinic with a report of increased volume and pain symptoms due to about a year of evolution. He reported having already performed surgery to remove a cyst in the region about 10 years ago. After clinical and tomographic examination, an incisional biopsy was performed and a negative pressure device was simultaneously installed to decompress it. After the diagnosis was concluded and after 3 months, the lesion was submitted to exeresis through enucleation and curettage. The patient evolved without complications and persistent in postoperative follow-up for two years without showing signs of recurrence. **Conclusion:** The lesion in question can present aggressive and recurrent behavior, so that surgical treatment and longitudinal follow-up is the recommended approach for its management.

Keywords: Odontogenic Cysts. Biopsy. Oral surgery.

Referências

1. DOMINGOS, A.C.; ALMEIDA, S.M.; BOSCOLO, F.N. Cisto odontogênico glandular: uma lesão rara. *Odontologia Clín-Científ.* 2002; 1:165-8.
2. NEVILLE, Brad W. et al. *Patologia oral e maxilofacial.* 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
3. MITTAL, Ankur et al. Glandular Odontogenic Cyst of Mandible: a rare entity. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research*, [S.L.], v. 12, n. 9, 1 dez. 2015. JCDR Research and Publications. <http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2015/15005.6901>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4717785/>. Acesso em: 22 nov. 2019.
4. OLIVEIRA NETO, P. et al. Anterior Mandibular Swelling. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 68, n. 2, p. 436–441, 2010. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(09\)01729-7/](https://www.joms.org/article/S0278-2391(09)01729-7/). Acesso em: 30 set. 2019.
5. ARAÚJO DE MORAIS, H. et al. Glandular odontogenic cyst: Case report and review of diagnostic criteria. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, v. 40, n. 2, p. e46–e50, fev.



2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21459013/>. Acesso em: 30 set. 2019
6. ZANON, C.; CAVALCANTI, M. A.; HESPANHOL, W. Cisto odontogênico glandular : uma condição patológica incomum – revisão de literatura. *ClipeOdonto - UNITAU*, v. 8, n. 1, p. 38–43, 2016. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/13606/2/Julio_Menezes_Viana_de_Almeida%26Taigor_Alves_Azevedo.pdf. Acesso em: 22 nov. 2019
 7. MENDONÇA, S. J. L. Patologia cística de origem odontogênica: classificação, histologia e embriologia. 2018. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7602/1/PPG_29736.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.
 8. RAJU, Srinivasa Pathapati et al. Glandular odontogenic cyst of the anterior mandible. *North American Journal Of Medical Sciences*, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 65-69, fev. 2015. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/1947-2714.152081>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4358051/>. Acesso em: 10 ago. 2019.
 9. FOWLER, Craig B. et al. Glandular Odontogenic Cyst: analysis of 46 cases with special emphasis on microscopic criteria for diagnosis. *Head And Neck Pathology*, [S.L.], v. 5, n. 4, p. 364-375, 14 set. 2011. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-011-0298-3>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21915706/>. Acesso em: 10 out. 2019.
 10. MORAIS, Hécio Henrique Araújo de et al. Glandular odontogenic cyst: case report and review of diagnostic criteria. *Journal Of Cranio-Maxillofacial Surgery*, [S.L.], v. 40, n. 2, p. 46-50, fev. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2011.03.018>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21459013/>. Acesso em: 15 ago. 2019.
 11. GUERRA, Luiz Antonio Portela et al. Tratamento conservador de múltiplos tumores odontogênicos ceratocísticos em paciente não sindrômico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 13, n. 2, p. 43-50, 2013. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102013000200007. Acesso em: 10 out. 2019.
 12. ALMEIDA, Julio Menezes Viana de; AZEVEDO, Taigor Alves. Quão conservadores podemos ser no tratamento do cisto odontogênico glandular? Relato de caso com enfoque cirúrgico. 2020. Repositório Institucional da Universidade Federal de Sergipe - RI/UFS. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/13606>. Acesso em: 10 out. 2019.