

# Tumor odontogênico cístico calcificante com proliferação ameloblastomosa em seio maxilar

Primeira submissão em 01/02/12  
Última submissão em 22/03/12  
Aceito para publicação em 24/03/12  
Publicado em 20/08/12

## *Calcifying cystic odontogenic tumor with ameloblastoma proliferation in the maxillary sinus*

Maria Carolina Gonçalves Carnasciali<sup>1</sup>; Thays Almeida Alfaya<sup>2</sup>; Patricia Niveloni Tannure<sup>3</sup>;  
Ruth Tramontani Ramos<sup>4</sup>; Roberta Barcelos<sup>5</sup>; Cresus Vinicius Depes Gouvêa<sup>6</sup>

unitermos	resumo
Cisto odontogênico calcificante	O tumor odontogênico cístico calcificante (TOCC) com proliferação ameloblastomosa é uma variante rara entre os cistos maxilares. Este trabalho objetiva apresentar o relato clínico de um paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, que apresentava aumento de volume extra e intraoral do lado esquerdo da maxila, firme à palpação, de característica normocrômica e indolor. A conduta consistiu em realização de tomografia Cone Beam, biópsia incisional, remoção completa da lesão, curetagem e fixação maxilar. O paciente encontra-se em acompanhamento clínico e radiográfico sem recidiva após doze meses. Dessa forma, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce, a conduta clínica empregada e o acompanhamento periódico.
Ameloblastoma	
Diagnóstico bucal	

abstract	key words
<i>Calcifying cystic odontogenic tumors (CCOT) with proliferative ameloblastoma are a rare variant among maxillary cysts. This study aims to present a clinical report of an 18-year-old male patient with extra and intra oral swelling of the left maxilla, firm to touch, with normochromic characteristics and painless. The clinical approach comprised cone-beam tomography, incisional biopsy, complete removal of the lesion, curettage and maxilla fixation. His clinical and radiographic follow-up has revealed no relapse after 12 months. Hence, this study corroborates the importance of early diagnosis, clinical approach and periodical follow-ups.</i>	<i>Calcifying odontogenic cyst Ameloblastoma Diagnosis oral</i>

1. Especialista em Estomatologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); cirurgia-dentista.
2. Especialista em Estomatologia pela UERJ; mestranda em Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense (FOUFF).
3. Doutora em Odontologia (Odontopediatria) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora auxiliar de Odontopediatria da Universidade Veiga de Almeida (UVA).
4. Mestre em Patologia Buco-dental pela UFF; professora auxiliar de Estomatologia da UVA.
5. Doutora em Odontologia (Odontopediatria) pela UFRJ; professora adjunta da UFF – Polo Universitário de Nova Friburgo (PUNF).
6. Doutor em Prótese Dentária pela UFF; professor titular da FOUFF.

## Introdução

O tumor odontogênico cístico calcificante (TOCC) foi descrito pela primeira vez por Gorlin, em 1962<sup>(6)</sup>, e representa 1% dos cistos maxilares relatados<sup>(1)</sup>. É predominantemente uma lesão intraóssea originada de tecidos que dão origem ao órgão dentário e suas estruturas, acometendo, preferencialmente, a segunda e a terceira décadas de vida<sup>(2, 7)</sup>, sem predileção por sexo<sup>(11)</sup>.

Esse tumor manifesta-se como uma tumefação de crescimento lento, com expansão da cortical óssea principalmente na região de caninos<sup>(11)</sup>. Apresenta variável diversidade histopatológica, podendo apresentar-se na forma cística ou neoplásica<sup>(11, 12)</sup>. Além disso, pode associar-se à presença de outras lesões, como odontomas, tumores odontogênicos adenomatoides e ameloblastomas<sup>(11)</sup>.

A variante ameloblastomosa é considerada rara<sup>(1)</sup>. Caracteriza-se por apresentar espaço cístico revestido por epitélio odontogênico, retículo estrelado<sup>(9)</sup>, células fantasmas e proliferação epitelial<sup>(1)</sup>. A conduta nesses casos consiste naquelas utilizadas para o tratamento do ameloblastoma, isto é, enucleação do tumor seguido por curetagem ou ressecção em bloco<sup>(11)</sup>. Marsupialização e posterior enucleação do tumor também podem ser preconizadas<sup>(4)</sup>. O acompanhamento deve ser periódico devido ao comportamento agressivo dos ameloblastomas<sup>(11)</sup>.

Este artigo objetiva apresentar a conduta clínica adotada diante de um caso de TOCC com proliferação ameloblastomosa.

## Relato clínico

Paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, melânoderma, compareceu ao atendimento odontológico, no Serviço de Estomatologia, com queixa principal de aumento de volume na face. De acordo com o paciente, a lesão havia aparecido há cerca de 30 dias. Na anamnese, não foram relatadas doenças de relevância, exceto as habituais da infância.

Ao exame físico, apresentava aumento de volume extra e intraoral do lado esquerdo da maxila, firme à palpação, de características normocrômica e indolor (**Figura 1**). Solicitou-se tomografia tipo Cone Beam, sendo possível observar lesão unilocular medindo cerca de 4 cm em seu maior diâmetro, na região do seio maxilar do lado esquerdo (**Figura 2**). As hipóteses diagnósticas foram cisto dentífero, mixoma odontogênico e ameloblastoma unicístico.



Figura 1 – Aspecto clínico da lesão

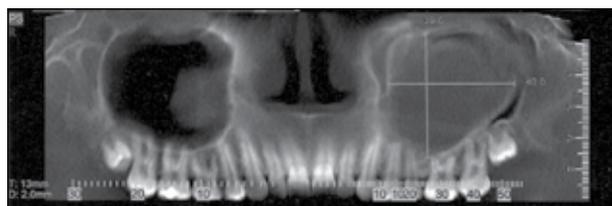


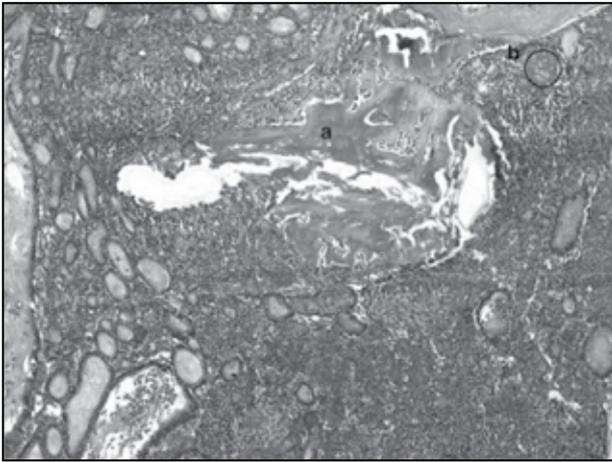
Figura 2 – Tomografia Cone Beam: imagem panorâmica da lesão acometendo seio maxilar esquerdo

A primeira conduta consistiu em punção aspirativa e biópsia incisional da lesão, cujos resultados foram esfregaço hemorrágico e neoplasia odontogênica de padrão ameloblastomoso, respectivamente.

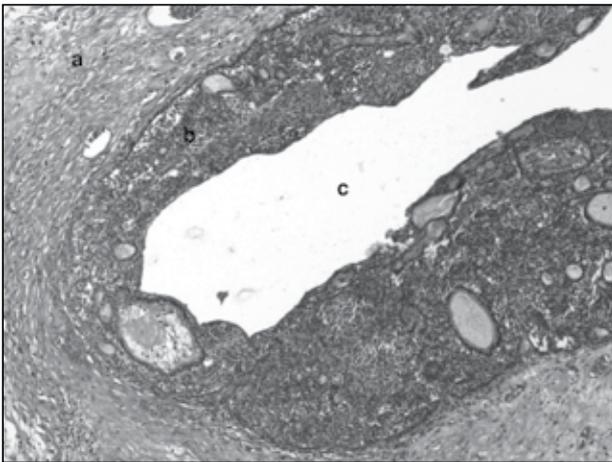
Em um segundo tempo operatório, optou-se pela remoção completa da lesão por meio de excisão do tipo Le Fort I. No transoperatório, a lesão mostrou-se bem encapsulada, sendo possível a curetagem da região, seguida de fixação maxilar. O laudo histopatológico confirmou presença de TOCC, com proliferação ameloblastomatosa (**Figuras 3 e 4**). O paciente encontra-se em acompanhamento clínico e radiográfico (**Figura 5**) e, após 12 meses, não foi observado qualquer sinal de recidiva.

## Discussão

Os TOCCs consistem em um grupo de lesões raras<sup>(11)</sup> que podem estar associadas a outros tumores, sendo o odontoma o mais comum<sup>(13)</sup>. Embora as proliferações ameloblastomosas sejam variante incomum<sup>(1)</sup>, há alguns relatos na literatura a respeito das duas patologias associadas<sup>(1, 3-5, 8-10, 14)</sup>.



**Figura 3** – Aspecto histopatológico  
(a) material mineralizado sugestivo de material dentinoico; (b) células fantasmas (HE, 100x).  
HE: hematoxilina e eosina.



**Figura 4** – Aspecto histopatológico  
(a) cápsula de tecido conjuntivo; (b) tecido epitelial; (c) luz do cisto (HE, 100x).  
HE: hematoxilina e eosina.



**Figura 5** – Ortopantomografia trinta dias após a ressecção cirúrgica da lesão

O TOCC associado ao ameloblastoma caracteriza-se, microscopicamente, como uma cavidade cística delimitada por epitélio com células basais do tipo colunares, similar aos ameloblastos e ao retículo estrelado. A característica marcante da lesão se deve à presença de células fantasmas, ou seja, células largas, circulares, sem núcleo e referidas como células em necrose, podendo ainda ocorrer calcificação e coalescimento, formando massas eosinofílicas<sup>(1,9)</sup>. As características do exame histopatológico do caso apresentado assemelham-se aos descritos na literatura.

Radiograficamente, a lesão mostrou-se como uma área bem delimitada, unilocular, radiolúcida e sem presença significativa de material radiopaco. Nos casos em que se observa associação das lesões, a conduta preconizada deve ser realizada para os ameloblastomas<sup>(3,8,9,14)</sup>. A marsupialização e posterior enucleação do tumor também têm sido descritas como formas de intervenção<sup>(4)</sup>, no entanto, a associação das técnicas não foi preconizada devido a aumento do tempo de tratamento e desconforto para o paciente. Segundo o relato clínico descrito por Delgado *et al.*<sup>(4)</sup>, o tempo entre marsupialização e enucleação seria de cinco meses, período em que haveria redução da lesão e neoformação óssea na cavidade cística. Apesar de a marsupialização promover a possibilidade de remoção da lesão em ambiente clínico sob anestesia local, preconizou-se a enucleação seguida de curetagem, como descrita em outros relatos<sup>(8,14)</sup>. O aspecto encapsulado da lesão permitiu a realização dessa técnica, sem a necessidade de realizar abordagem mais agressiva, como ressecção em bloco.

Tendo em vista a agressividade que o ameloblastoma pode apresentar<sup>(11)</sup>, o paciente deve ser acompanhado periodicamente, mesmo após a remoção total da lesão, uma vez que recidivas podem ser frequentes<sup>(11)</sup>.

Uma análise de 21 casos de TOCC revelou que entre os que apresentavam proliferação ameloblastomatosa, dois sofreram recidiva com o mesmo padrão histopatológico, após a exérese do tumor<sup>(10)</sup>. Assim, nas consultas de rotina, é essencial a realização do exame físico e a solicitação de exames de imagens a fim de alcançar uma preservação criteriosa na prática odontológica.

## Referências

1. AITHAL, D. *et al.* Ameloblastomatous calcifying odontogenic cyst: a rare histologic variant. *J Oral Pathol Med*, v. 32, n. 6, p. 376-8, 2003.
2. BUCHNER, A. *et al.* Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from

- other parts of the world. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 64, n. 9, p. 1343-52, 2006.
3. CERQUEIRA, A. et al. Cisto odontogênico calcificante: relato de 2 casos com considerações sobre o tratamento. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*, v. 43, n. 2, p. 44-7, 2002.
  4. DELGADO, W. A. et al. Tumor odontogênico híbrido: tumor odontogênico quístico calcificante con odontoma complejo y focos de ameloblastoma. *Rev estomatol Hered*, v. 16, n. 2, p. 120-5, 2006.
  5. ESHGHYAR, N. et al. Calcifying odontogenic cyst: an analysis of thirty-six cases. *Acta Med Iran*, v. 44, n. 1, p. 59-62, 2006.
  6. GORLIN, R. J. et al. The calcifying odontogenic cyst-a possible analogue of the cutaneous calcifying epithelioma of Malherbe. An analysis of fifteen cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 15, p. 1235-43, 1962.
  7. GUPTA, B.; Ponniah I. The pattern of odontogenic tumors in a government teaching hospital in the southern Indian state of Tamil Nadu. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v. 110, n. 1, p. e32-9, 2010.
  8. IDE, F. et al. Ameloblastoma ex calcifying odontogenic cyst (dentinogenic ghost cell tumor). *J Oral Pathol Med*, v. 34, n. 8, p. 511-2, 2005.
  9. KAMBOJ, M.; JUNEJA, M. Ameloblastomatous Gorlins cyst. *J Oral Sci*, v. 49, n. 4, p. 319-23, 2007.
  10. LI, T. J.; YU, S. F. Clinicopathologic spectrum of the so-called calcifying odontogenic cysts: a study of 21 intraosseous cases with reconsideration of the terminology and classification. *Am J Surg Pathol*, v. 27, n. 3, p. 372-84, 2003.
  11. NEVILLE, B. W. et al. *Patologia oral & maxilofacial*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
  12. PRAETORIUS, F. et al. Calcifying odontogenic cyst. Range, variations and neoplastic potential. *Acta Odontol Scand*, v. 39, n. 4, p. 227-40, 1981.
  13. REGEZI, J. A. Odontogenic cysts, odontogenic tumors, fibrousseous, and giant cell lesions of the jaws. *Mod Pathol*, v. 15, n. 3, p. 331-41, 2002.
  14. ZHANG, W. et al. A case report of a hybrid odontogenic tumour: ameloblastoma and adenomatoid odontogenic tumour in calcifying cystic odontogenic tumour. *Oral Oncol Extra*, v. 42, n. 9, p. 287-90, 2006.

---

**Endereço para correspondência**

Roberta Barcelos  
 Rua Gavião Peixoto 343/803 – Icaraí  
 CEP: 24230-093 – Niterói-RJ  
 Tel.: (21) 2714-0167  
 e-mail: rbarcelos@id.uff.br