

Manuel António B. Baptista

**Imagiologia de lesões quísticas ou tipo quisto da maxila e
mandíbula**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Manuel António B. Baptista

**Imagiologia de lesões quísticas ou tipo quisto da maxila e
mandíbula**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Manuel António B. Baptista

**Imagiologia de lesões quísticas ou tipo quisto da maxila e
mandíbula**

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em
Medicina Dentária.

(Manuel Baptista)

Resumo

O desenvolvimento de qualquer investigação pressupõe a existência de algo que nos inquieta e nos induz curiosidade e este trabalho não constitui uma exceção. Assim sendo, formulou-se como objetivo de investigação, a análise de alguns artigos científicos sobre o tema das “lesões quísticas da mandíbula e da maxila”.

O presente estudo reporta-se a uma revisão sistemática de literatura, como metodologia de investigação. Teve como objetivo descrever o conhecimento produzido acerca das lesões quísticas da mandíbula e da maxila. Foi utilizado o método de PICOD para a análise, avaliação e síntese da evidência empírica a incluir neste estudo. Os achados finais resultam da análise de 22 artigos, quer de perfil qualitativo, quer do perfil quantitativo, dos quais são todos estudos primários. Foram encontrados 4 temas centrais: lesões quísticas, quistos odontogénicos da mandíbula e maxila, quistos de desenvolvimento, etiopatogenia.

As principais conclusões do estudo evidenciaram no seu conjunto que existe um conjunto de lesões, tanto ao nível da mandíbula como a maxila que diariamente os profissionais de medicina dentária se confrontam. Cada uma destas patologias apresenta a sua própria complexidade e sinais clínicos, radiológicos e histológicos.

Palavras-chave: lesões quísticas, quistos odontogénicos da mandíbula e maxila, quistos de desenvolvimento, etiopatogenia.

Abstract

The development of any research presupposes the existence of something that disturbs us and induces us curiosity and this work is no exception. Thus was formulated as objective research, analysis of some scientific papers on the topic of "cystic lesions of the mandible and maxilla" articles.

The present study refers to a systematic literature review as a research method. Aimed to describe the knowledge produced about cystic lesions of the mandible and maxilla. PICOD the method for the analysis, evaluation and synthesis of empirical evidence to include in this study was used. The final findings resulting from analysis of 22 articles, either qualitative profile of either the quantitative profile of which is all primary studies. Four central themes were identified: cystic lesions, odontogenic cysts of jaw and jaw cysts development, pathogenesis.

The main findings of the study showed that there is a whole set of injuries, both at the jaw the daily dental professionals are confronted level of the jaw. Each of these conditions has its own complexity and clinical, radiological and histological signs.

Keywords: cystic lesions, odontogenic cysts of the mandible and maxilla, cyst development, pathogenesis.

Índice geral

| | |
|--|-----|
| Resumo..... | V |
| Abstract | VI |
| Índice geral..... | VII |
| Índice de figuras | IX |
| Abreviaturas e siglas | XII |
| Introdução..... | 1 |
| 1. Desenvolvimento | 3 |
| Materiais e métodos | 3 |
| 2. Lesões quísticas da mandíbula e maxila, contextualização e conceitos principais | 4 |
| 2.1 Quistos Odontogénicos..... | 4 |
| 2.2 Meios auxiliares de diagnóstico dos quistos | 7 |
| 3. Etiopatogenia dos Quistos Odontogénicos | 9 |
| 3.1 Queratoquisto Odontogénico | 9 |
| 3.2 Quisto periapical | 12 |
| 3.2.1 Aspectos radiológicos..... | 14 |
| 3.3 Quistos Foliculares | 17 |
| 3.3.1 Características radiológicas..... | 19 |
| 3.4 Quisto Odontogénico Adenomatóide | 20 |
| 3.4.1 Características radiológicas..... | 21 |
| 3.5 Quisto paradentário inflamatório | 22 |
| 3.5.1 Aspectos radiológicos..... | 25 |
| 3.6 Quisto de erupção..... | 26 |
| 3.6.1 Aspectos radiológicos..... | 28 |
| 3.7 Quisto odontogénico glandular (Sialo-odontogénico)..... | 28 |
| 3.7.1 Aspectos radiológicos..... | 29 |
| 3.8 Quisto Odontogénico Calcificante | 31 |
| 3.8.1 Aspectos radiológicos..... | 32 |
| 3.9 Quisto nasolabial | 33 |
| 3.9.1 Aspectos radiológicos..... | 34 |
| 3.10 Quisto mediano-palatino, mediano-alveolar e mediano-mandíbula | 36 |

| | |
|-------------------|----|
| Conclusão | 38 |
| Bibliografia..... | 39 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 - quistos odontogénicos | 5 |
| Figura 2 – Radiografia panorâmica de quistos odontogénicos de um paciente | 8 |
| Figura 3 - Tomografia computadorizada cone beam, de um quisto de retenção mucoso associado a dente com comprometimento endodôntico..... | 9 |
| Figura 4 – Queratoquisto Odontogénico | 10 |
| Figura 5 - Aspeto histológico do revestimento epitelial de um queratoquisto onde é possível observar a paraqueratinização e as células dispostas em paliçada. 400x HE. Caso do Serviço de Cirurgia Oral. | 11 |
| Figura 6 – radiografia panorâmica dos maxilares, demonstra lesão da região apical dos elementos 44,46,47,48 | 12 |
| Figura 7 – Quisto Radicular ou Periapical | 13 |
| Figura 8 – radiografia panorâmica de um quisto radicular com origem no dente 36 ausente..... | 14 |
| Figura 9 – radiografia panorâmica que revelou uma imagem do aro radiopaco na sobreposição 22, 23 e 24. | 15 |
| Figura 10 – Radiografia panorâmica do visto oclusal que demonstra uma expansão de placa cortical vestibular, com múltiplos focos de calcificação | 16 |

| | |
|--|----|
| Figura 11 - Lesão radiolúcida bem definida com margens corticadas presentes entre 33 e 34..... | 16 |
| Figura 12 – caso de um rapaz de 12 anos que se apresentou com a queixa de um incisivo central superior direito ausente..... | 18 |
| Figura 13 - presença de um osso periférico muito denso com um centro radiolúcido, unicolor ou multilocular | 19 |
| Figura 14 –Quisto dentífero lesão radio-transparente unicolor bem delimitada..... | 20 |
| Figura 15 - tumor odontogénico Adenomatoide..... | 21 |
| Figura 16 - tumor odontogénico Adenomatoide..... | 22 |
| Figura 17 – Quisto paradentário inflamatório | 24 |
| Figura 18 - Radiografia panorâmica mostra uma radiolucencia forma semilunar-bem definida, delimitada por uma linha radiopaca fina na face vestibular da esquerda e direita nos primeiros molares inferiores..... | 25 |
| Figura 19 - Presença de radiolucencia no espaço folicular distal do primeiro molar permanente | 25 |
| Figura 20 – Quisto de Erupção | 26 |
| Figura 21 - Radiografia periapical mostra a erupção na cavidade cística não visível | 28 |
| Figura 22 - Quisto odontogénico glandular representado por um espessamento focal em que há a produção de mucina e pequenos espaços pseudo-glandulares. | 29 |
| Figura 23 – Aspeto radiológico do quisto odontogénico glandular..... | 30 |

| | |
|---|----|
| Figura 24 - calcificação odontogénica quística | 31 |
| Figura 25 – Quisto Odontogénico Calcificante | 31 |
| Figura 26 – Aspeto radiológico do quisto odontogénico Calcificante..... | 33 |
| Figura 27 – Quistos nasolabiais | 34 |
| Figura 28 – Ressonância magnética, quisto nasolabial..... | 35 |
| Figura 29 – Quisto mediano-palatino | 36 |

Abreviaturas e siglas

RM Ressonância magnética

TC Tomografia computadorizada convencional

TCCB Tomografia computadorizada *cone beam*

Introdução

Os avanços tecnológicos em odontologia criaram novas oportunidades de diagnóstico, planejamento do tratamento e de quase todas as especialidades da profissão.

Um quisto é definido como uma cavidade patológica limitada por um epitélio e, de uma forma geral, preenchida por um fluido. Segundo a sua origem são classificados em odontogénicos, quando derivam do epitélio associado ao desenvolvimento do órgão do esmalte, e em não-odontogénicos que originam-se através do epitélio retido ao longo das linhas de fusão (Neville et al., 1998).

O objetivo principal desta investigação é o de fornecer uma ampla revisão sistemática da literatura em relação à frequência dos quistos odontogénicos mais comuns e os tumores. Teve como objetivo descrever o conhecimento produzido sobre o fenómeno das *lesões quísticas da mandíbula e maxila*. Foi utilizado o método de PICO para a análise, avaliação e síntese de evidência empírica a incluir neste estudo.

Como metodologia foi utilizado o método de PICO¹ para a análise, avaliação e síntese da evidência empírica a incluir neste estudo. Da pesquisa efetuada, existem 5321 artigos identificados e, destes 10 artigos preenchem os critérios de inclusão que descrevem os quistos odontogénicos, 12 artigos atenderam aos critérios de inclusão dos tumores odontogénicos.

Os achados finais resultam da análise de 22 artigos, quer de perfil qualitativo, quer do perfil quantitativo, dos quais 5 são primários. Foram encontrados 4 temas centrais: lesões quísticas, quistos odontogénicos da mandíbula e maxila, quistos de desenvolvimento, etiopatogenia.

Na análise primária aos artigos que descreviam os quistos odontogénicos, a frequência dos quistos radiculares mediu cerca de 37,9% para 84,5% de quistos dentíferos.

¹ PICO representa um acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho).

Os critérios de inclusão foram: os artigos devem descrever a frequência e / ou a prevalência dos quistos ou tumores odontogénicos; deve ser identificado o sistema de identificação e classificação da OMS; os artigos que descrevem os tumores odontogénicos, que utilizam a classificação da OMS 2005, devem informar os tipos de tumores existentes; serem artigos com pelo menos 5 anos.

Os critérios de exclusão são: estudos com mais de 5 anos, com pouca descrição patológica de quistos odontogénicos e sem interesse científico.

1. Desenvolvimento

Materiais e métodos

Para a elaboração desta monografia foi necessária uma pesquisa em bases de dados como PubMed, Scielo, Elsevier e B-on. Nestas bases de dados foram introduzidos filtros para limitar os resultados da pesquisa restringindo os resultados a documentos escritos na língua Portuguesa, Espanhola e Inglesa, estudos realizados em humanos e foram utilizadas como palavras-chave: lesões quísticas, quistos odontogénicos da mandíbula e maxila, quistos de desenvolvimento, etiopatogenia.

Foram também utilizados livros científicos presentes na biblioteca da Universidade Fernando Pessoa, biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e em forma de eBook, como também diversas revistas relacionadas com o trabalho. Para ilustrações explicativas de definições necessárias para melhor compreensão do tema em questão foram utilizadas páginas de livros e Web informativas e não necessariamente de cariz exclusivamente científico.

2. Lesões quísticas da mandíbula e maxila, contextualização e conceitos principais

A patologia cirúrgica oral e maxilofacial estão relacionadas com as lesões quísticas e tumorais. São essencialmente, os profissionais de saúde oral que têm um papel importante no diagnóstico destas lesões com alta morbilidade (Rodriguez, 2003).

Um quisto é definido como uma cavidade patológica limitada por um epitélio e, de uma forma geral, preenchida por um fluido. Segundo a sua origem são classificados em odontogénicos, quando derivam do epitélio associado ao desenvolvimento do órgão do esmalte, e em não-odontogénicos que originam-se através do epitélio retido ao longo das linhas de fusão (Neville et al., 1998).

É pertinente referir que a maioria dos quistos do maxilar e da mandíbula é revestida de um epitélio derivado de epitélio odontogénico, por esta mesma razão se designa de quistos odontogénicos (Chiappasco, 2004).

2.1 Quistos Odontogénicos

Os quistos odontogénicos representam a forma mais comum de lesões quísticas que afetam a região maxilofacial e, são geralmente, classificados como grupo de desenvolvimento, incluem os queratoquistos e quistos radiculares (Highth et al., 1993). Este tipo de quistos odontogénicos é assintomático, embora tenham a particularidade de se tornarem grandes e, causar uma expansão e erosão cortical (Ledesma-Montes et al., 2000).

Os quistos odontogénicos são constituídos por uma parede fibro-conjuntiva de espessura variável, por um revestimento intra-cavitário epitelial e por um lúmen. As lesões são diferenciadas histologicamente, através do revestimento epitelial, característico em cada tipo de quisto.

Os quistos odontogénicos, estudados ao longo dos anos, representam um grupo de patologias bastante diverso e extenso, afetam principalmente, os maxilares e as mucosas

orais. Em 1921, Ruffer (1992) através dos seus estudos paleontológicos no Egito Antigo, descreveu as lesões maxilares em três múmias com cerca de 4500 a.C., que eram semelhantes a quistos radiculares. Já posteriormente, Dascoulis (1960) observou um crânio do período Helenístico com cerca de 200 anos a.C., uma cavidade de um presumível quisto radicular.

A primeira descrição de um quisto odontogénico ocorreu em 1956, por Phillipsen. Histologicamente, estes quistos são caracterizados por um cápsula fibrosa e um revestimento de epitélio escamoso queratinizado (Reichard et al., 2006; Shariff et al., 2010). Com base no comportamento biológico, as pesquisas recentes sobre anomalias cromossómicas e genéticas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) considerou o tumor odontogénico como um tumor benigno. Na Classificação Internacional de Tumores Odontogénicos (2005) ficou claro que o queratoquisto odontogénico é definido como uma neoplasia benigna de origem odontogénica, com células fantasma (Prætorius & Ledesma-Montes, 2005).

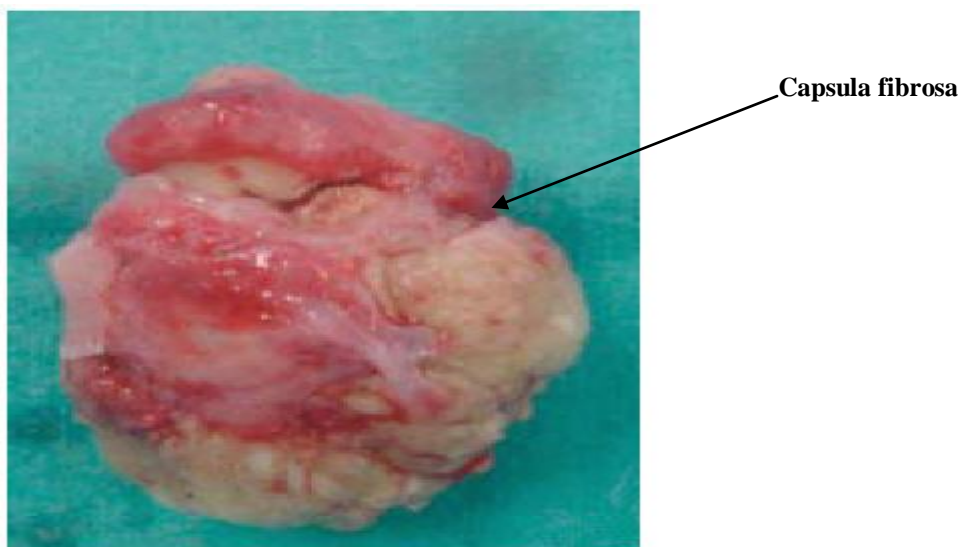


Figura 1 - quistos odontogénicos

Fonte: Guerrisi et al., 2007

Os tumores odontogénicos fazem parte de um grande grupo heterogéneo de lesões que proveem do epitélio (Ladeide et al., 2005). Este tipo de tumores incluem as neoplasias

benignas, entre as quais, algumas mais agressivas e as neoplasias malignas com possibilidade de metáteses (Philipsen & Reichart, 1992; Mosqueda et al., 2003). Os tumores odontogénicos representam entre 1 a 28% das lesões orais de vários estudos (Guerrisi et al., 2007).

Assim, segundo a sua origem os quistos epiteliais são divididos em quistos odontogénicos e quistos não odontogénicos. A tabela seguinte demonstra a sua classificação.

| Classificação | Quistos |
|--------------------------|---|
| ODONTOGÉNICOS | <p>Quisto gengival de infância (Pérolas de Epstein)</p> <p>Queratoquisto odontogénico* (Quisto primordial)</p> <p>Quisto dentífero (Quisto folicular)</p> <p>Quisto de erupção</p> <p>Quisto periodontal lateral</p> <p>Quisto gengival dos adultos</p> <p>Quisto odontogénico glandular (Sialo-odontogénico)</p> |
| NÃO ODONTOGÉNICOS | <p>Quisto do ducto nasopalatino (Canal incisivo)</p> <p>Quisto Nasolabial (Naso-alveolar)</p> <p>Quisto mediano-palatino, mediano-alveolar e mediano-mandibular</p> <p>Quisto globulomaxilar</p> |

| | |
|----------------------|--|
| INFLAMATÓRIOS | <p>Quisto radicular (apical e lateral)</p> <p>Quisto residual</p> <p>Quisto paradentário (Inflamatório colateral, mandibular infetado bucal)</p> |
|----------------------|--|

Tabela 1 – Classificação de quistos odontogênicos, OMS (2005)

2.2 Meios auxiliares de diagnóstico dos quistos

Os meios auxiliares de diagnóstico são importantes na detecção de patologias da cavidade oral. Assim, a radiografia panorâmica representa uma técnica especializada de tomografia, que tem como finalidade a apreciação de forma global do estado de dentição (Boeddinghaus & Whyte, 2008).

Várias modalidades de imagem estão disponíveis para uso na avaliação de quistos e tumores das maxilas. Muitas lesões são detetadas em radiografias intraorais de rotina utilizadas para a seleção, propósitos ou para a avaliação de outras doenças, como a cárie dental. Porque as radiografias intraorais tais como a radiografia periapical ou *bite-wing* são mais frequentemente utilizados, este rastreio pode ser a primeira oportunidade de avaliar uma lesão assintomática.

As radiografias intraorais têm a vantagem de oferecer um excelente detalhe, a distância filme-a-objeto é pequeno e, este filme é colocado imediatamente adjacente ao osso envolvido. Isto elimina as estruturas ósseas sobrejacentes.

A principal desvantagem é a falta de disponibilidade destas radiografias fora de um consultório odontológico, as suas limitações de tamanho, e sua incapacidade de avaliar as áreas que não são acessíveis a colocação de película; estes são do ramo, côndilo, e contorno inferior da mandíbula.

A tomografia computadorizada (CT) não é um método eficaz de avaliar os quistos e tumores odontogênicos. Há certas indicações para o uso da tomografia computadorizada.

A CT é útil na definição do grau de lesões muito grandes, especialmente se houver distorção significativa da anatomia normal, que faz com que as radiografias simples sejam de difícil avaliação.



Figura 2 – Radiografia panorâmica de quistos odontogênicos de um paciente

Fonte: wortodontexpress.com, acessada a 18/09/2014

Existem outros meios de diagnóstico por imagem como a tomografia computadorizada convencional (TC), a tomografia computadorizada *cone beam* (TCCB) e a ressonância magnética (RM).

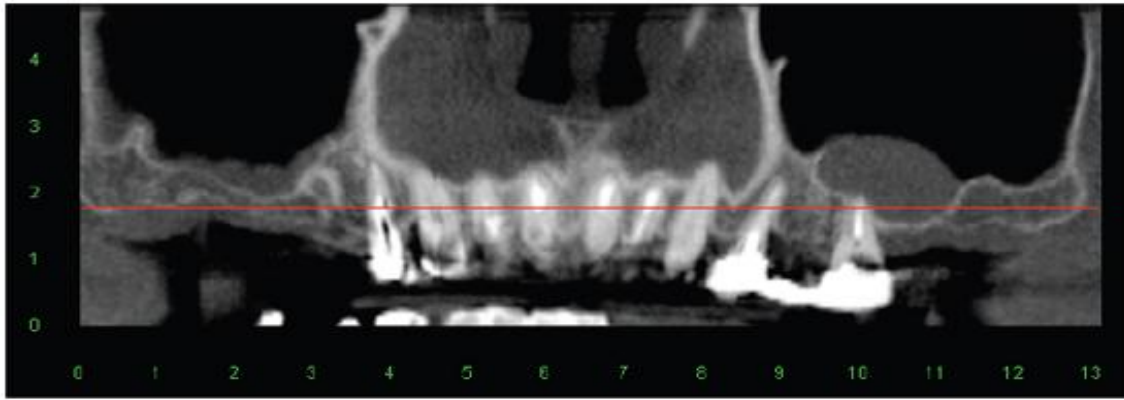


Figura 3 - Tomografia computadorizada cone beam, de um quisto de retenção mucoso associado a dente com comprometimento endodôntico.

Fonte: wortodontexpress.com, acessada a 18/09/2014

3. Etiopatogenia dos Quistos Odontogênicos

3.1 Queratoquisto Odontogênico

O queratoquisto odontogênico localiza-se no corpo mandibular posterior. Ao nível radiográfico, o queratoquisto está bem demarcado, e uma das suas principais características é o facto de crescer sempre num determinado sentido, o sentido ântero-posterior (Stoelinga, 2003). É um quisto que corresponde a uma lesão epitelial e que se localiza na maxila e na mandíbula, acompanhado de um grande crescimento, expansão e invasão local (Reichard et al., 2006; Sharif et al., 2010).

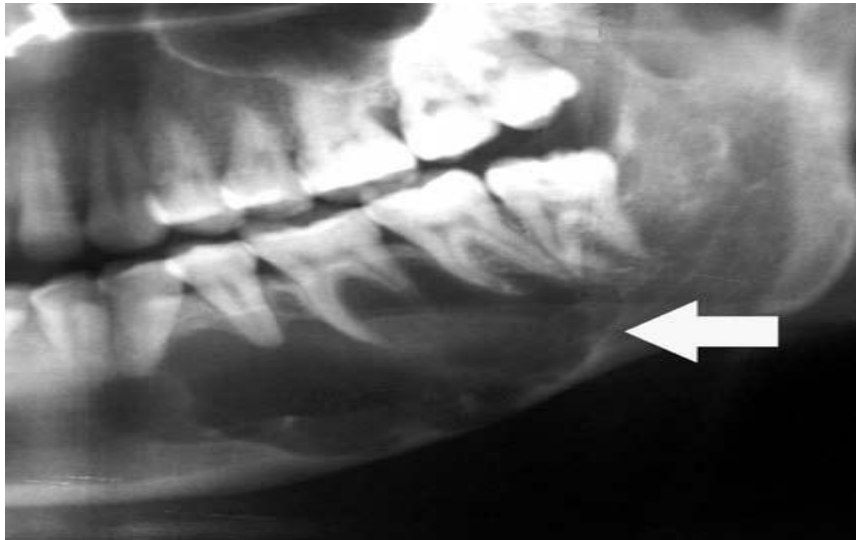


Figura 4 – Queratoquisto Odontogénico

Fonte: Gadodia et al., 2008

O tecido odontogénico produz a dentina e o esmalte, pela ocorrência de interações entre o mesenquima odontogénico e o epitélio. Segundo Lucchese et al. (2007) a formação dos dentes dá-se através do mesenquima odontogénico associado à diferenciação espacial específica. Ocorre por vezes, a produção de calcificações anormais com características histológicas semelhantes ao cimento ósseo, quando existe uma diferenciação do tecido odontogénico. Observa-se assim, que as calcificações odontogénicas representam características importantes no tumor odontogénico (Badger e Gardner, 1997).

O queratoquisto odontogénico é uma patologia importante pois possui um elevado potencial destrutivo e recidivo (Habibi et al., 2007; Kramer et al., 1992; School et al., 1999; Tsukamoto et al., 1999). É caracterizado por uma fina cápsula fibrosa e revestimento de epitélio escamoso estratificado queratinizado, com uma espessura de cinco a oito células e sem cristas interpapilares (Habibi et al., 2007; Regezi, 2002; Kramer et al., 1992; Tsukamoto et al., 1999). Histologicamente, na ausência de inflamação a parede é fina, a camada basal do epitélio é distintiva e bem definida, constituída por células colunares ou cuboides em paliçada (Regezi, 2002; Kramer et al., 1992; Tsukamoto et al., 1999).

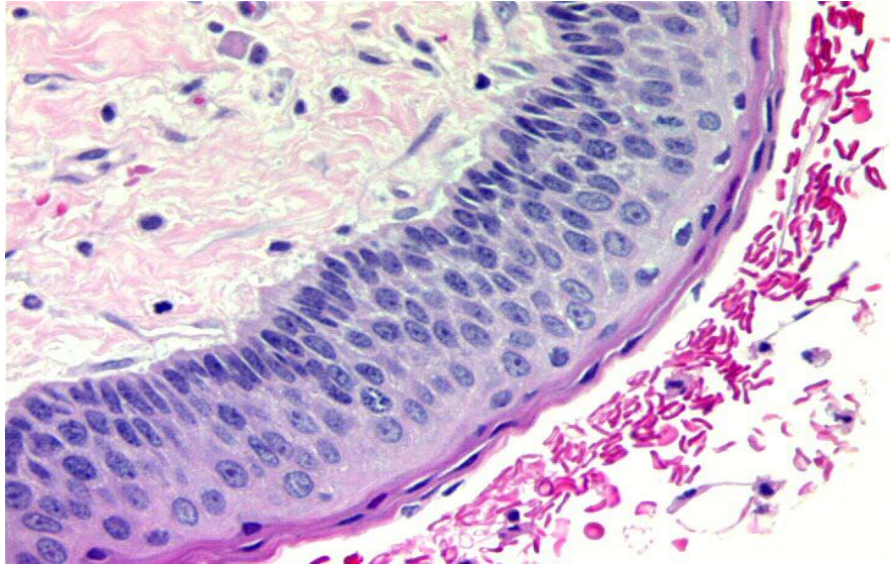


Figura 5 - Aspeto histológico do revestimento epitelial de um queratoquisto onde é possível observar a paraqueratinização e as células dispostas em paliçada. 400x HE. Caso do Serviço de Cirurgia Oral.

Fonte: Sloomweg, 2008

As alterações inflamatórias visíveis podem tornar-se extensas, e não possibilitam o diagnóstico de queratoquisto odontogénico, nem estabelecem uma distinção com outros tipos de quistos, pelo facto de poder estar escondida por alterações secundárias similares (Sloomweg, 2008; Regezi, 2002).

Ao nível radiográfico, o queratoquisto apresenta uma imagem radiolucida, mais ou menos extensa, bem delimitada, com uma margem esclerótica radiopaca e de contornos esféricos ou ovalados (Sloomweg, 2008; Regezi, 2002).

Um estudo realizado por Gehani et al. (2005) teve como objetivo identificar e diagnosticar através de 2190 biopsias efetuadas entre Janeiro de 1990 e Dezembro de 2005, na população da Líbia. Foram diagnosticados 326 casos de pacientes com quistos odontogénicos, em que destes 189 eram do género masculino e 137 do género feminino. Os quistos mais diagnosticados foram o quisto radicular, dentígero e queratoquisto odontogénico. A parte mais envolvida nestas lesões foi a maxila, especificamente no maxilar anterior, em comparação com os quistos da mandíbula, numa proporção de 1,3: 1.

A maioria dos estudos realizados com foco nos quistos odontogénicos preocupa-se com os fatores clínicos e etiológicos, embora abranjam uma pequena população (Kreidler et al, 1993; Rengaswamy, 1977).

As lesões dos quistos odontogénicos podem ser uniloculadas, lobuladas ou multiloculadas. Observa-se, por vezes, a reabsorção radicular e deslocamento nestes quistos.



Figura 6 – radiografia panorâmica dos maxilares, demonstra lesão da região apical dos elementos 44,46,47,48

Fonte: Barnes & Eveson, 2005

3.2 Quisto periapical

O quisto periapical representa o quisto odontogénico mais comum, em patologias dentárias. A etiologia mais usual diferencia-se pelo facto de ocorrência de um dente infetado, conduzindo à necrose da polpa. As toxinas que são libertadas através do ápice do dente, conduzem a uma infeção periapical, que posteriormente, estimula os restos epiteliais, resultando na formação de um granuloma periapical. Por outro lado, as lesões que não se detetam clinicamente, pelo seu tamanho reduzido, só são detetáveis através das radiografias (Saatchi et al., 2007).



Figura 7 – Quisto Radicular ou Periapical

Fonte: ShokShi et al., 2007

As lesões periapicais são sequelas de infecção endodôntica causada por uma cárie ou trauma, manifestam-se como resposta do hospedeiro ao desafio microbiano que nasce do sistema de canais radiculares. É contextualizado como um conjunto de fatores microbianos em associação com as defesas do hospedeiro, na interface entre a polpa radicular infetada e o ligamento periodontal que resulta em inflamação local, conduz em algumas situações, a reabsorção dos tecidos duros e à destruição de outros tecidos periapicais (ShokShi et al., 2007).

A maior parte das lesões periapicais pode ser classificada como granuloma dental, quisto radicular ou abscesso (ShokShi et al., 2007). A sua incidência varia entre os 6 e os 55% (Nair et al., 1998). Os quistos radiculares representam os mais comuns de todos os quistos das maxilas. Anatomicamente, estes quistos ocorrem em todos os locais da maxila e da mandíbula, embora sejam mais frequentes na mandíbula. No maxilar superior, a região anterior é mais vulnerável a este tipo de quistos enquanto que, na mandíbula, os quistos radiculares ocorrem em maior intensidade na região pré-molar (Borg et al., 1974; Ozan et al., 2005).

As revisões sistemáticas de Ng et al. (2007/2008/2010) sobre o estado periapical e sobrevivência dos dentes, após o tratamento endodôntico não cirúrgico, revelou que as condições necessárias para uma boa cicatrização, está dependente de vários fatores pré, intra e pós-operatório, nomeadamente, a extensão apical e a qualidade de obturação,

uma restauração coronária adequada, a ausência de complicações de tratamento, e o tipo de dente (Kvist et al., 2004; Peters & Wesselink, 2002).

3.2.1 Aspectos radiológicos

Maior parte dos quistos radiculares surge como uma lesão radiolúcida unilocular de forma redonda ou elíptica na região periapical. De uma forma geral, a infecção secundária do quisto, em decorrência do episódio de inflamação, resulta na perda de definição dos limites da lesão. A estrutura interna nos quistos com muito de tempo de ocorrência, pode apresentar uma calcificação distrófica que se assemelha a um conjunto de partículas rádio-opacas. Este tipo de quisto surge por vezes, na região mesial ou distal na emergência de um canal acessório.



Figura 8 – radiografia panorâmica de um quisto radicular com origem no dente 36 ausente

Fonte: Pedro Simões Costa, FMP, 2009

Na sua maioria podem surgir no maxilar, na região anterior e, igualmente, devido à inclinação distal da raiz dos incisivos laterais superiores, podem invaginar para a região antral (Boeddinghaus & White, 2008; White, 2004; Scholl et al., 1999; Dufee et al., 2006; Kramer et al., 1992). Surgem também nos molares decíduos não vitais, e posicionam-se de forma vestibular ao pré-molar definitivo em desenvolvimento (White, 2004). Pode ocorrer o deslocamento dentário e a reabsorção radicular em quistos

extensos, com um padrão externo curvilíneo (Boeddinghaus & White, 2008; White, 2004; Scholl et al., 1999; Dufee et al., 2006; Kramer et al., 1992).

A radiografia periapical intraoral (IOPA) revela um poço de aro radiopaco mal definida na sobreposição 22, 23, 24 que se estende desde a superfície mesial de 22 a superfície distal de 24 e alargamento do espaço do ligamento periodontal na superfície mesial com 23 (figura 9). A vista oclusal demonstra uma expansão de placa cortical vestibular, com múltiplos focos de calcificação (figura 10).



Figura 9 – radiografia panorâmica que revelou uma imagem do aro radiopaco na sobreposição 22, 23 e 24.

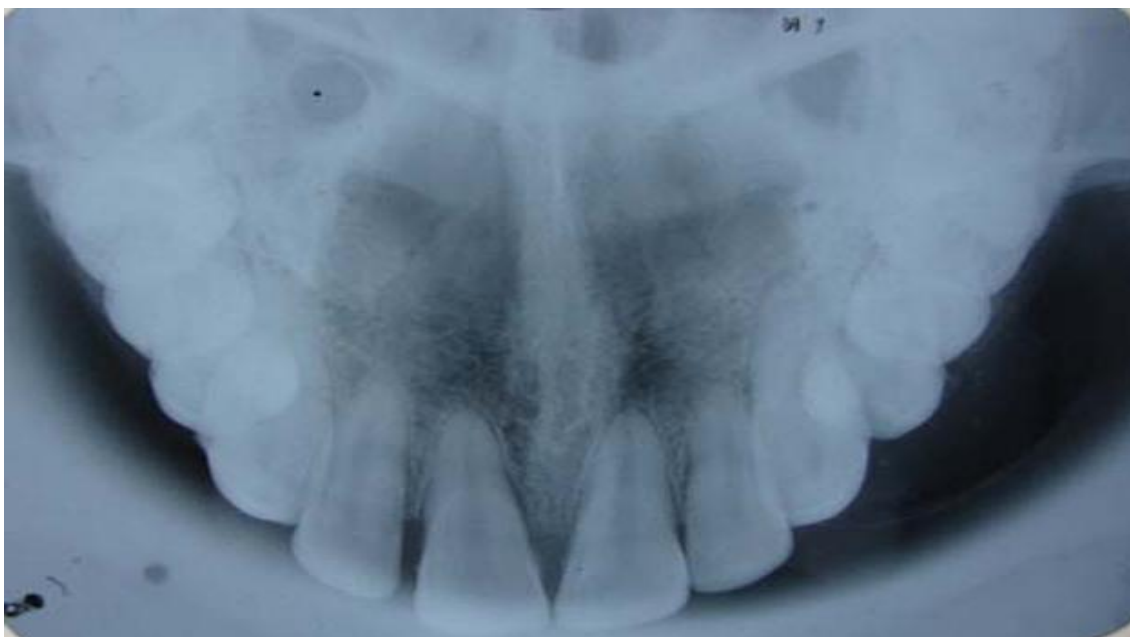


Figura 10 – Radiografia panorâmica do visto oclusal que demonstra uma expansão de placa cortical vestibular, com múltiplos focos de calcificação



Figura 11 - Lesão radiolúcida bem definida com margens corticadas presentes entre 33 e 34.

Fonte: Prasad et al., 2011

3.3 Quistos Foliculares

Os *quistos foliculares* ou *quistos dentígeros* são quistos odontogênicos de desenvolvimento em torno da coroa do dente incluso totalmente formado. A sua maioria é identificada em radiografias de rotina. Este tipo de quisto é encontrado geralmente, nas faixa etária dos 20 aos 40 anos de idade, e as principais áreas para a ocorrência dos quistos dentígeros são, o terceiro molar mandibular, terceiro molar superior, caninos e segundo pré-molar. São o segundo tipo mais comum dos quistos das maxilas, cerca de 15 a 18%, que estão associados ao cimento ósseo. As lesões consequentes são bem definidas, radiolúcidas e expansivas, são de crescimento lento e benigno.



Tabela 2 - *quistos foliculares* ou *quistos dentígeros*

Fonte: Philipsen, 2004

Este tipo de quistos foram primeiramente descritos por Ghosh em 1934 como um adamantinoma da maxila e reconhecido por Stafne² em 1948.

Phillipsen & Richard (1991) referem que se trata de uma lesão assintomática, causa maioria das vezes, um inchaço intra ou extra-oral. As suas principais complicações

² Stafne EC. Epithelial tumors associated with developmental cysts of the maxilla: a report of three cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1948;1(10):887–894.

correspondem à destruição óssea, infecção, enfraquecimento da mandíbula, deslocamento dos dentes e a reabsorção das raízes dos dentes adjacentes.

Estes quistos são descobertos em exames radiográficos de rotina ou acidentalmente durante a remoção cirúrgica de dentes supranumerários (Dinkar et al., 2007).

Kalaskar & Kalaskar (2011) realizaram um estudo de investigação com o objetivo de relatar casos que descrevem a gestão bem-sucedida do incisivo central superior, impactado. Utilizaram um conjunto de técnicas cirúrgicas e ortodônticas no sentido de melhorar o resultado do tratamento com maior preservação de tecidos duros e moles. Foram removidos os dentes supranumerários e o quisto dentífero na fase de cirurgia, na fase posterior, foi alinhado os incisivos centrais superiores num plano oclusal.

Um dos casos apresentados pelos autores, relata um menino de 12 anos que se apresentou com a queixa de um incisivo central superior direito ausente. O exame intraoral revelou a ausência clínica de um incisivo superior direito permanente, no entanto sem evidência de erupção. O plano de tratamento multidisciplinar centrou-se em remover cirurgicamente os dentes supranumerários e uma correção ortodôntica do incisivo superior permanente (Kalaskar & Kalaskar, 2011).



Figura 12 – caso de um rapaz de 12 anos que se apresentou com a queixa de um incisivo central superior direito ausente

Fonte: (Kalaskar & Kalaskar, 2011).

Foram muitos os estudos realizados, para a detecção das características clínicas dos quistos dentígeros ou foliculares. Zanirato et al. (1998) descreveram o caso de um paciente de 50 anos de idade, género masculino, e que apresentava um grande aumento de volume na região hemifacial direita da maxila, o que causa um deslocamento visível na asa do nariz.

3.3.1 Características radiológicas

O exame radiográfico da lesão demonstra uma área radiolúcida unicolar que está geralmente, associada à coroa de um dente incluído. Nos estágios iniciais visualiza-se somente um aumento do espaço peri-coronário que pode alcançar 2,5 mm de amplitude em 80% dos casos. Em alguns casos, apresenta-se como uma radio-transparência bem definida e unicolar, em associação com a coroa de um dente não erupcionado. O envolvimento da coroa apresenta-se de forma simétrica, e são raros os casos onde ocorre a reabsorção radicular. Observa-se radiologicamente, a presença de um osso periférico muito denso com um centro radiolúcido, unicolar ou multilocular (Kalaskar & Kalaskar, 2011).



Figura 13 - presença de um osso periférico muito denso com um centro radiolúcido, unicolar ou multilocular

Fonte: (Kalaskar & Kalaskar, 2011).



Figura 14 – Cisto dentífero lesão radio-transparente unicolar bem delimitada

Fonte: www.scielo.br

Ille et al. (2004) relataram que o quisto dentífero apresenta-se como uma lesão radio-transparente unicolar que está associada à coroa de um dente incluso. Esta área radio-transparente apresenta uma margem bem definida e esclerótica, embora em situações de inflamação, o quisto poderá mostrar limites mal definidos.

3.4 Quisto Odontogénico Adenomatóide

O quisto odontogénico Adenomatóide é um tumor raro de origem epitelial compreende cerca de 3% dos tumores odontogénicos (Handschel et al., 2005; Komal & Vibnakar, 2011). Em 1907, este tipo de quisto foi descrito como um pseudo-adenameloblastoma por Dreibradt. Em 1948, Stafne considerou o tumor odontogénico Adenomatóide como uma entidade diferente e, outros investigadores consideravam-no como uma variante do ameloblastoma (Rasmi et al., 2009; Dia et al., 1997). Em 1971, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o termo "tumor odontogénico Adenomatóide". Max e Stern, em 2003, criaram o nome "quisto odontogénico Adenomatóide". Este tipo de tumor, é um tumor benigno, indolor, não-invasivo e de crescimento lento (Deepi et al., 2009). Surge como um inchaço intraoral e extra-oral na maxila (Deepi et al., 2009; Pavitra et al., 2011).

A origem do tumor odontogénico Adenomatóide é controversa. Acredita-se que surge a partir do epitélio odontogénico porque ocorre nas áreas de suporte de dente da mandíbula, é frequentemente associado com o dente impactado, e tem vários

componentes do órgão do esmalte, lâmina dentária, epitélio reduzido do esmalte, e / ou os seus remanescentes (Dia et al., 1997).

Geralmente, este tipo de tumor é cercado por uma cápsula de tecido conjuntivo desenvolvido. Representa uma massa sólida, com vários espaços quísticos pequenos. O tumor é composto de células fusiformes ou poligonais que formam folhas e massa num estroma escasso e tecido conjuntivo. O material amorfo é contextualizado como eosinofílico entre as células epiteliais, bem como no centro da estrutura do tipo roseta (Deepi et al., 2009; Pavitra et al., 2011).



Figura 15 - tumor odontogénico Adenomatoide

3.4.1 Características radiológicas

Ao nível radiológico o tumor odontogénico Adenomatoide apresenta características distintas. Surge como uma lesão mista ou radiopaca e radiolúcida, corticada bem definida e com contornos escleróticos, em torno de um dente incluso. Contém calcificações em forma de variáveis múltiplas ou focos radiopacos. Estes depósitos calcificados estão presentes em cerca de 78% das lesões (Motamedi et al., 2005; Kipping et l., 2005).



Figura 16 - tumor odontogênico Adenomatóide

Fonte: González et al., 2009

3.5 Quisto paradentário inflamatório

No ano de 1930, Hofrath (1930) foi o primeiro autor a relatar vários casos de quistos da mandíbula distal e terceiro molar inferior. Ao analisar as características clínicas, radiológicas, e histológicas deste tipo de quisto, pode-se salientar que pertence à definição atual de quistos paradentários (Philipsen et al., 2004).

Algumas hipóteses têm sido levantadas sobre a etiologia de quistos paradentários. Um conjunto de autores acreditam que o epitélio reduzido do esmalte e restos epiteliais são as chaves para a formação de quistos paradentários (Philipsen et al., 2004; Kanno et al., 2006). Acredita-se que estes restos epiteliais em resposta a estímulos inflamatórios podem proliferar, dando assim origem a vários quistos odontogênicos diferentes, incluindo o quisto paradentário (Ackermann et al., 1987).

O quisto paradentário inflamatório está associado com o terceiro molar e, embora com menor frequência com o segundo e primeiro molares. Segundo Philipsen et al. (2004) cerca de 61,4% de 342 casos analisados, foram associados com o 3º molar inferior, e 35,9% encontrado em associação com o primeiro e segundo mandibular. O

reconhecimento da sua distribuição restrita pode aumentar a consciência sobre o quisto paradentário inflamatório.

Colgan et al. (2002) salientaram que o quisto inflamatório resulta do processo de comparação de alimentos nos tecidos moles conduzindo à oclusão da abertura de uma bolsa peri-coronária. Os fluidos acumulam no interior da bolsa obstruída por um processo de osmose, como consequência da inflamação que, por sua vez leva à expansão quística.

A presença de uma pequena projeção de esmalte dentro da área de bifurcação das raízes no vestibular dos dentes foi mencionada por vários autores, como parte da etiologia de quistos paradentários inflamatórios (Craig, 1976; Kanno et al., 2006; Colgan et al., 2002).

O quisto paradentário inflamatório apresenta as mesmas características histopatológicas de outro quisto odontogénico de origem inflamatória (Craig, 1976; Morimoto et al., 2006; Silva et al., 2002), ou seja, uma cápsula de tecido conjuntivo, um epitélio hiperplásico estratificado e não queratinizado (Craig, 1976; Colgan et al., 2002; Belly et al., 2002). O teste de vitalidade pulpar representa um fator importante no diagnóstico diferencial destas lesões, isto porque apresentam as mesmas características histopatológicas (Kanno, 2006). Apresenta como aspetos cirúrgicos, a cavitação óssea, conteúdo quístico e localização da lesão (Kanno, 2006).



Figura 17 – Quisto parodontário inflamatório

O diagnóstico diferencial é de suma importância, desde um diagnóstico errado que pode levar a extração de dentes ou um desnecessário tratamento periodontal (Kanno et al., 2006). O exame histopatológico dos quistos periodontais tem sido amplamente estudados por muitos pesquisadores (Craig, 1976; Kanno et al., 2006). O epitélio consistia de 3 a 6 camadas de células de espessura, não-escamosas epiteliais queratinizadas e, ocasionalmente, separadas por células claras ricas em glicogênio. Outras características histológicas do quisto periodontal incluem a ausência de inflamação do tecido conjuntivo, a separação de um artefacto do revestimento epitelial a partir do tecido conjuntivo subjacente, e a helenização do tecido conjuntivo abaixo do epitélio (Craig, 1976; Kanno et al., 2006).

3.5.1 Aspectos radiológicos



Figura 18 - Radiografia panorâmica mostra uma radiolúcia forma semilunar-bem definida, delimitada por uma linha radiopaca fina na face vestibular da esquerda e direita nos primeiros molares inferiores

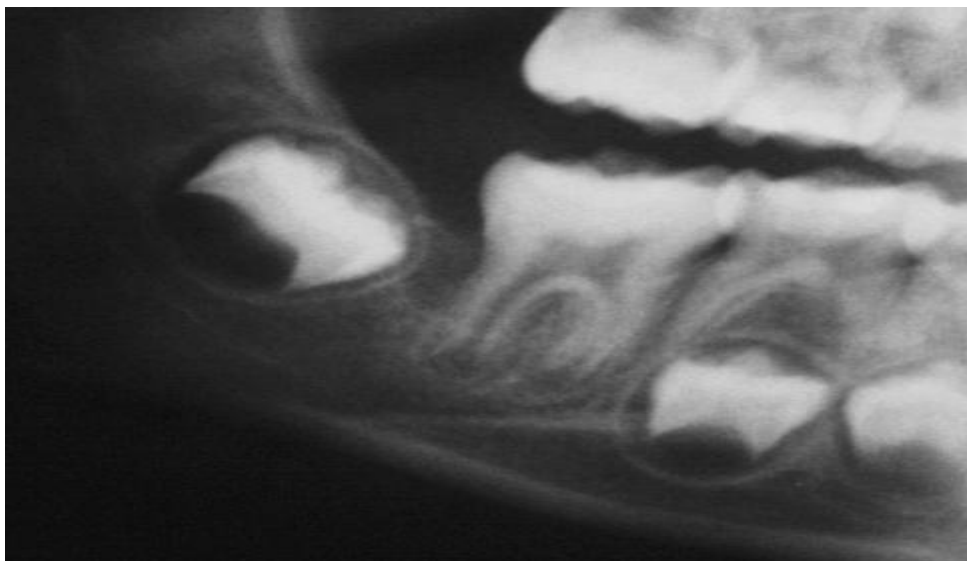


Figura 19 - Presença de radiolúcia no espaço folicular distal do primeiro molar permanente

O quisto paradentário inflamatório é recorrente da gengivite contínua que afeta o osso alveolar, provoca a destruição óssea e as bolsas ao redor dos dentes.

3.6 Quisto de erupção

Os quistos de erupção são quistos benignos que surgem na mucosa de um dente pouco antes da sua erupção. Desaparecem geralmente, por si próprios, embora no caso de infecção exigem tratamento cirúrgico.

Os cistos de erupção é uma forma de tecido mole que acompanha o quisto benigno, com uma erupção permanente ou primária. É um análogo do tecido mole dos quistos odontogénicos, embora reconhecido como entidade clínica separada (Dhawan et al., 2012).



Figura 20 – Quisto de Erupção

O quisto dentígero desenvolve-se em torno da coroa de um dente incluído no osso, o quisto erupção ocorre quando um dente é impedido na sua erupção dentro dos tecidos moles que recobrem o osso (Neville et al., 2009). A etiologia exata da ocorrência da erupção do quisto não é clara. Aguiló et al. (1998) no seu estudo retrospectivo com 36 casos, encontraram uma cárie precoce, trauma, infecção e espaço para erupção deficiente

como possíveis fatores casuais. Embora exista um número de teorias sobre a sua origem, parecem surgir da separação do epitélio do esmalte da coroa do dente, devido a uma acumulação de líquido ou sangue num espaço folicular dilatado (Bodner, 2002; Boj, 2000).

Características clínicas: aumento de volume na região de erupção de um dente, geralmente arroxeadado, em crianças com menos de 10 anos, na região de molar (mandíbula)

Segundo Neville et al. (2009), este tipo de quistos ocorre com maior frequência em crianças menores de 10 anos de idade e as localizações mais comuns são: incisivos decíduos inferiores, primeiros molares permanentes e incisivos superiores decíduos. Estudos científicos mencionam que 0,9% a 2,1% das lesões bucais encontradas em crianças são representadas por este tipo de quisto (Maia et al., 2000; Jones Franklin, 2006; Lima et al., 2008).

A erupção do quisto ocorre com maior frequência no lado direito do que no esquerdo e, mais nos homens do que nas mulheres. Segundo Pinkham et al. (2005) não existe grandes diferenças significativas entre os géneros.

Aguilo et al (1998) realizaram um estudo e demonstraram que 2,8% dos quistos de erupção ocorre nas áreas incisais e molares, e 17,2% dos restantes ocorrem nas áreas pré-molares. Clinicamente, a lesão surge como um inchaço flutuante. Quando a cavidade cística contém sangue, o inchaço aparece em azul roxo; Assim, o termo "hematoma erupção" (Mc Donald et al., 2004). O diagnóstico diferencial é hemangioma, linfangioma alveolar neonatal, granuloma piogénico, tatuagem por amálgama (Pinkman et l., 2005).

3.6.1 Aspectos radiológicos

No exame radiográfico, é difícil distinguir o espaço cístico da erupção de quisto, porque tanto o quisto e o dente estão diretamente no tecido mole da crista alveolar e há envolvimento do osso que é visto em contraste com o quisto dentífero, tem uma estrutura bem definida radiolúcida, uma área unilocular e, é observada sob a forma de uma meia-lua na coroa de um dente não eclodiram (Dhawan et al., 2011).

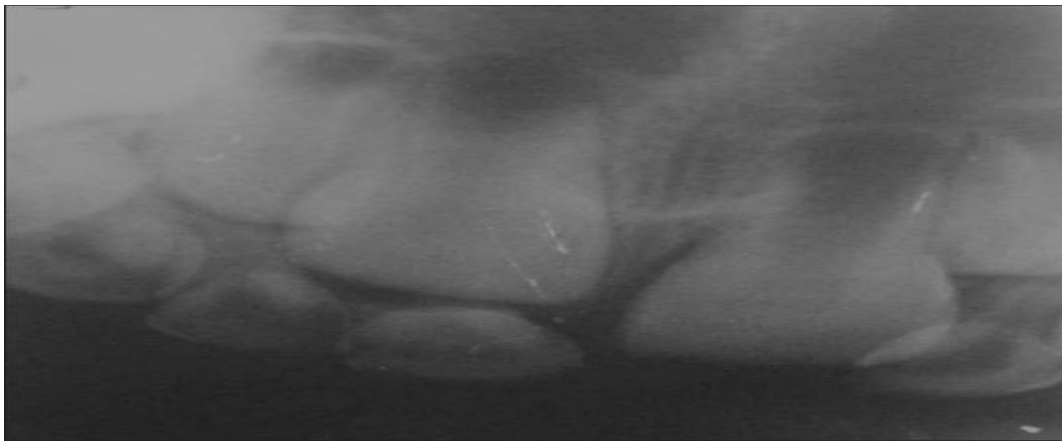


Figura 21 - Radiografia periapical mostra a erupção na cavidade cística não visível

3.7 Quisto odontogénico glandular (Sialo-odontogénico)

O quisto odontogénico glandular é um quisto raro dos maxilares. A OMS incluiu este tipo de quisto como um quisto epitelial odontogénico de desenvolvimento. Ocorre principalmente, em homens de meia-idade, na mandíbula anterior. Pode ser assintomático e de crescimento lento, com inchaço e deslocamento dos dentes (Manor et al., 2003; Thor et al., 2006).

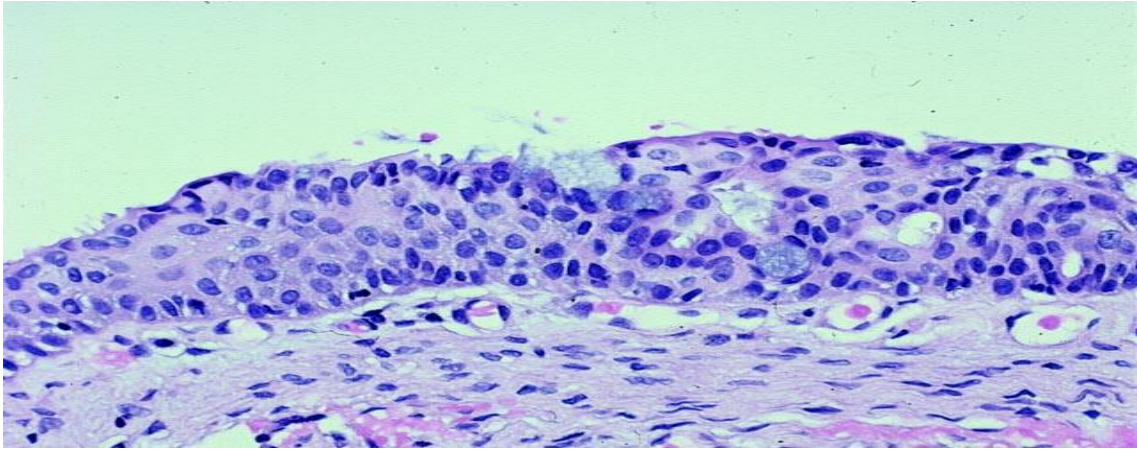


Figura 22 - Cisto odontogénico glandular representado por um espessamento focal em que há a produção de mucina e pequenos espaços pseudo-glandulares.

O quisto odontogénico glandular apresenta uma natureza agressiva e alta tendência de recidividade. O tratamento é controverso, e as taxas de ocorrência são correlacionadas com a abordagem conservadora (Oliveira et al., 2009).

As características histológicas, que apoiaram a escolha da terminologia, foram o material mucoso dentro dos espaços quísticos e o espessamento epitelial ou placas em revestimento epitelial.

Gardner (1988, cit in Oliveira et al., 2009) relataram oito casos em 1988, envolvendo a maxila e a mandíbula, abrangeu uma ampla faixa etária em ambos os sexos e recorreram se não for extirpado adequadamente

3.7.1 Aspectos radiológicos

Radiograficamente, o quisto odontogénico glandular apresenta-se bem definido radiolucencia com aparência uni ou multilocular (Manor et al., 2003; Ertas et al., 2003; Kaplan et al., 2005; Quin et al., 2005). A perda de integridade cortical e reabsorção radicular pode ocorrer. A tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética

(MRI) são recomendadas para o diagnóstico, planeamento cirúrgico e acompanhamento (Manor et al., 2003; Ertas et al., 2003; Kaplan et al., 2005; Quin et al., 2005).

De uma forma geral, ocorre em adultos de meia-idade com média de 49 anos; na mandíbula, especificamente, na região anterior dos maxilares. Quando são quistos de pequena dimensão são assintomáticos, e quando apresentam maiores dimensões associam-se a manifestação de dor, parestesia.

Radiograficamente podem ser radiolúcidos uniloculares, porém com maior frequência são multiloculares. As margens são bem definidas, com uma borda esclerótica radiopaca.



Figura 23 – Aspeto radiológico do quisto odontogénico glandular

A radiografia oclusal revela uma radiolucidez unilocular com contornos bem definidos, envolve a região da sínfise e o corpo da mandíbula (Fig.). Lateralmente, com limites inferiores que vão desde o processo alveolar para a base inferior. Severa expansão bucal e septos finos no interior da lesão são geralmente observados. Em algumas áreas, o osso cortical vestibular é perfurado.

3.8 Quisto Odontogénico Calcificante

O quisto odontogénico Calcificante ou Gorlin é uma lesão rara de desenvolvimento que surge a partir do epitélio odontogénico. Embora a lesão tenha sido reconhecida como um cisto odontogénico benigno, Gorlin et al. (1962) descreveu em 1962 a entidade patológica, a qual abrange um espectro de comportamento clínico e histopatológico que inclui uma variante quística agressiva e neoplásica (Altini & Farman, 1975; Li et al., 2003).

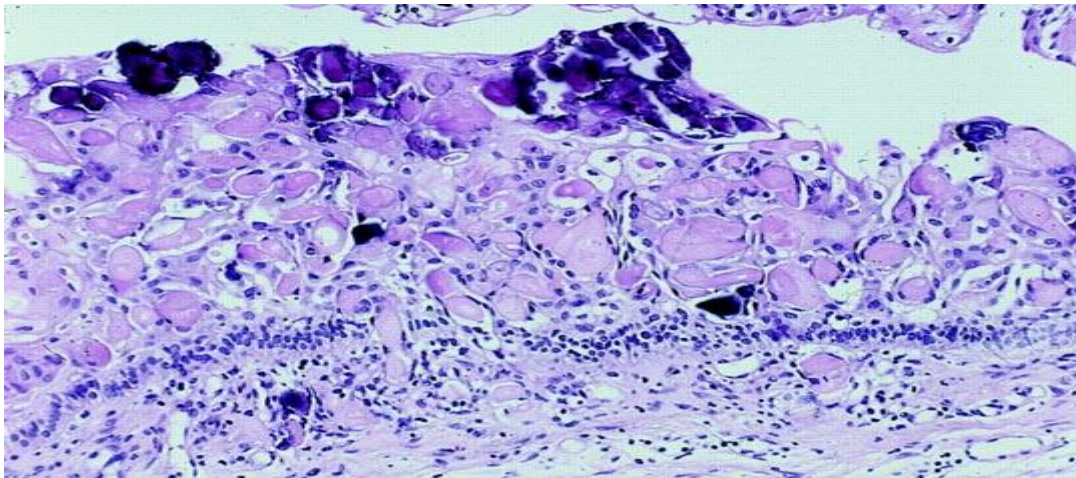


Figura 24 - calcificação odontogénica quística

Fonte: Sciubba et al., 2003

A calcificação odontogénica quística pode ocorrer em qualquer local da cavidade oral e, aproximadamente 65-67,5% dos casos ocorrem nas mandíbulas anteriores (Li et al., 2003; Neville et al., 2009). Ocorrem com igual frequência na mandíbula e na maxila. As lesões ocorrem geralmente, numa faixa etária ampla e, com pico de incidência na segunda década de vida (Sciubba et al. , 2003).



Figura 25 – Quisto Odontogénico Calcificante

A maioria dos tumores odontogênicos quísticos Calcificantes é assintomática, muitas vezes descobertos incidentalmente em exames radiográficos.

A Reabsorção radicular e a divergência são achados radiológicos comuns (Li et al., 2003; Neville et al., 2009) e uma associação com um dente impactado ocorre em aproximadamente num terço dos casos (Buchner et al., 1991; Li et al., 2003). O inchaço assintomático é um sinal de apresentação comum em ambos os locais, extra-ósseo e intraósseo com expansão das placas corticais.

Entre as características histológicas incluem um “forro ”quístico composto por uma camada exterior de um epitélio colunar basaloide odontogénica e uma camada interior que se assemelha ao retículo estrelado do órgão de esmalte. Aspectos característicos para o quisto odontogénico Calcificante incluem a presença de células fantasma e / ou dentro do revestimento calcificações quisto ou cápsula fibrosa. Representam uma lesão pouco comum, um comportamento clínico variável e podem estar associados a outros tumores odontogénicos mais comuns.

3.8.1 Aspetos radiológicos

O seu aspeto radiológico apresenta-se na forma de contornos bem definidos, uniloculares e radiolúcidos. Apresentem igualmente, estruturas radiopacas que são bastante semelhantes a dentes. Pode ocorrer uma reabsorção radicular ou divergência dos dentes adjacentes.

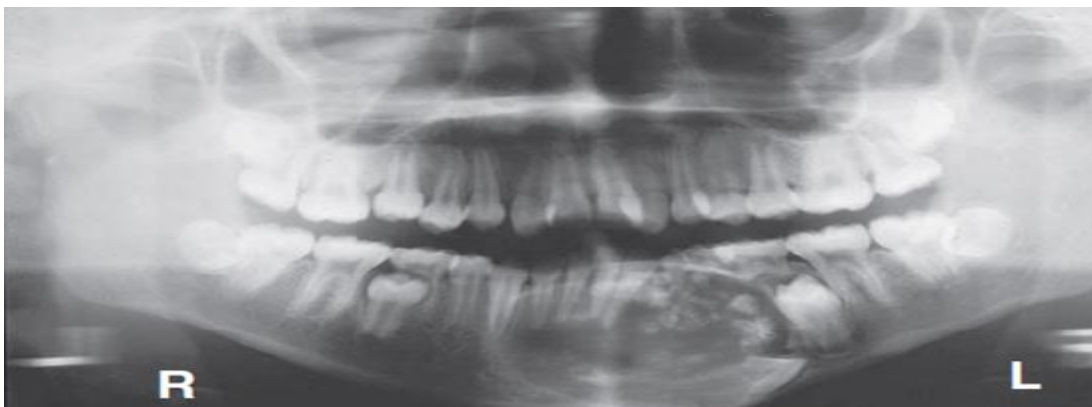


Figura 26 – Aspeto radiológico do quisto odontogénico Calcificante

As mandíbulas são hospedeiras para uma grande variedade de quistos e as neoplasias, devido em grande parte aos tecidos envolvidos na formação do dente. Muitos tumores benignos da mandíbula e vários quistos (alguns recentemente descritos), ambos de origem odontogénica e não odontogénicos, podem apresentar um curso biologicamente agressivo e podem ser de difícil diagnóstico. Histopatologia tradicional continua a ser o suporte para o diagnóstico destas lesões, como as técnicas de imuno-histoquímica e molecular, que tiveram, até agora, pouco impacto nesta área.

Pode ser uni ou multilocular e pode mostrar áreas de opacificação causada pela calcificação parcial de células. A característica distintiva microscópica da lesão, seja quística ou sólida, é as "células fantasma" queratinização do revestimento epitelial. A queratina pode sofrer calcificação distrófica e pode incitar uma reação de corpo estranho na parede do cisto, dando-lhe características semelhantes às dos pilomatrixoma de pele. As Células fantasma, por si só não fazem parte do diagnóstico, pois podem ser vistas ocasionalmente em outros tumores odontogénicos, como ameloblastomas e odontomas.

3.9 Quisto nasolabial

A patogénese do quisto nasolabial não é totalmente conhecida, embora seja definido como sendo de origem odontogénica distinta e, manifesta-se através de uma localização próxima do processo alveolar da maxila. As principais teorias propostas sugerem que tem origem no epitélio deslocado do canal nasolacrimal embrionário que repousa sobre a superfície do processo alveolar (Sumer & Sumer et al., 2010; Kamal et al., 2011).

A apresentação clínica do quisto nasolabial é assintomática e de distensão desagradável da dobra nasolabial em decorrência de um inchaço que levanta a ala nasal lateral. Esta massa, pode-se estender inferiormente no sulco labial ou lateralmente, para os tecidos moles da face (Torybio & Riehlr, 2011).

Os quistos nasolabiais são lesões incomuns que se localizam perto da cartilagem alar e estendem-se para o meato nasal inferior, sulco alveolabial superior. Estes quistos foram

descritos pela primeira vez por Zuckerkandl em 1982. É classificado como um quisto não odontogénico, de desenvolvimento e é responsável por cerca de 7% dos quistos dos maxilares (Felix, 2003; Oliveira, 2003; Regezi, 1991).



Figura 27 – Quistos nasolabiais

Fonte: oralpathologist.blogspot.com

A patogénese do quisto nasolabial é ainda incerta. Inicialmente, originam-se a partir da fusão, nasal lateral e processos maxilares, devido a proliferação de epitélio retido ao longo da linha. Atualmente, a teoria mais aceita é que se origina a partir da porção inferior e anterior do ducto nasolacrimal (Yuen et al., 2007; Su et al., 2006). Esta teoria é corroborada pelo facto de o canal nasolacrimal estar alinhado com o epitélio colunar pseudo-estratificado, que se encontra nas cavidades dos quistos nasolabiais (Yuen et al., 2007; Su et al., 2006).

3.9.1 Aspectos radiológicos

É Comum em adultos do sexo feminino entre 4^a e 5^a décadas

- Ocorre acima do lábio superior lateral à linha mediana.

- Apresenta-se como edema localizado, apagando o sulco mucolabial.
- Pode ser bilateral e resultar em obstrução nasal
- **Assintomático**, mas pode romper espontaneamente drenando para a cavidade oral ou nariz

Aspetos histológicos: Limitado por Epitélio Colunar Pseudo-Estratificado com células caliciformes e ciliadas, cápsula de tecido fibroso e tecido muscular adjacente.

- **Tratamento:** Excisão cirúrgica por acesso intra-oral

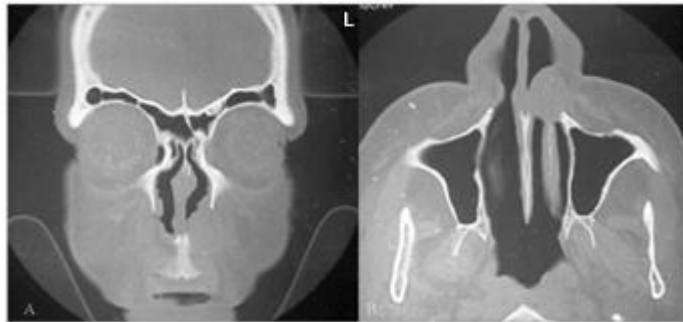


Figura 28 – Ressonância magnética, quisto nasolabial

A ressonância magnética revela a origem dos tecidos moles dos quistos nasolabiais, sem contraste homogêneo, anterior à abertura piriforme, remodelação do osso maxilar subjacente.

Os quistos nasolabiais são pouco frequentes na população em geral. Embora estes quistos podem ser assintomáticos, a habitual apresentação está localizada num inchaço, dor local e obstrução nasal parcial ou total. A tomografia computadorizada é o melhor método diagnóstico. A histopatologia revela uma não-ciliado, epitélio e as células produtoras de muco. O tratamento de escolha é a enucleação cirúrgica, que tem baixas taxas de reincidência (Nixford et al., 2003).

3.10 Quisto mediano-palatino, mediano-alveolar e mediano-mandibula

O quisto mandibular mediano é considerado um quisto muito raro. Ele ocorre na linha média da mandíbula entre os incisivos centrais inferiores do epitélio preso na linha de fusão dos processos mandibulares emparelhados. Alguns patologistas acreditam que não é de origem do desenvolvimento, mas é provavelmente ser um quisto primordial de um dente supranumerário, um quisto periodontal lateral, ou um quisto radicular. O quisto é assintomático.



Figura 29 – Quisto mediano-palatino

A maioria dos casos tem uma posição posterior aos cistos nasopalatinos

- Fusão entre lâminas palatinas da maxila
- Linha média do palato duro
- Inchaço de pelo menos 2 centímetros
- Radiolucencia bem definida

Existem algumas controvérsias sobre sua patogénese. A sua origem é geralmente atribuída a restos epiteliais dentro da sutura palatina entre os dois processos laterais da maxila que se fundem para originar o palato duro.

O diagnóstico diferencial do quisto palato mediana inclui os quistos do canal incisivo, quistos maxilares anteriores palatinos, como o ducto nasopalatino

Histologicamente, apresenta uma cavidade quística, revestida por epitélio que contém células estratificadas escamosas, com componentes epiteliais respiratórios. A parede é composta de tecido fibroso e colagénio moderadamente conjuntivo denso

Como resultado da raridade do quisto palatina mediana, com a dificuldade em estabelecer um diferencial de diagnóstico com outras lesões quísticas dos maxilares, o objetivo de maior parte dos estudos é analisar as suas características histológicas e radiológicas, proporcionando assim um melhor tratamento

Conclusão

Ao finalizar o trabalho que aqui apresento, é tempo de refletir, analisar e crescer com tudo aquilo que foi desenvolvido. Espero que, com muito mais luzes do que sombras, aquilo que agora se conclui possa constituir um farol para quem, como eu, se interessa por esta área, sempre na procura constante de ser melhor profissional e melhor pessoa.

Será pertinente referir que a colheita de dados foi talvez o período mais conturbado e moroso de todo o processo, dado que a aliar ao facto de ter sido desenvolvido em período laboral era influenciado decisivamente pela minha disponibilidade. Terá sido, porventura, e tendo em conta os receios iniciais justificados pela inexperiência, uma das etapas que mais prazer me proporcionou.

Apesar das dificuldades existentes, das dúvidas iniciais e daquelas que percorreram todo o trabalho, dos momentos de apreensão e cansaço, foi possível conduzir a investigação a bom porto, respondendo ao problema inicial e confirmando as hipóteses definidas.

A realização de qualquer estudo implica a tomada de consciência de que sem objetividade e rigor científicos, a validade do mesmo será sempre questionável.

De qualquer forma, deverá ser também dado assente para o investigador que existem sempre variáveis que estão fora do seu controlo, pelo que, o trabalho acabará por reunir apesar do seu esforço, algumas limitações. A este gesto de humildade deve ser associada a ideia de que as brechas existentes numa investigação são também positivas, na medida, em que podem servir de ponto de partida para novas investigações.

Desde que assim se pretenda, uma investigação nunca está concluída e pode sempre servir de base para o surgimento de novas inquietações e consequentes estudos, daí que a ciência, em qualquer dos seus domínios, seja uma área incompleta por natureza e daí a sua riqueza particular.

Ficou claro pela análise que se efetuou que os sinais físicos e sintomas de quistos e tumores odontogénicos depende em certa medida, das dimensões da lesão. Uma

pequena lesão é improvável que seja diagnosticado num exame de rotina da boca porque os sinais não serão demonstráveis. Tais lesões são só suscetíveis de serem detetados numa fase precoce como o resultado de exames radiográficos de rotina. As exceções são algumas lesões precoces que podem apresentar-se em conjunto com um dente desvitalizado, que é detetável no exame clínico. Algumas lesões quísticas podem tornar-se secundariamente infetadas, conduzindo ao seu diagnóstico. A ausência clínica de um ou mais dentes, sem história de extração também pode ser um indicador clínico de um quisto odontogénico não diagnosticado ou tumor porque muitas dessas lesões estão associadas com dentes impactados ou congenitamente ausente.

Os achados radiográficos de vários quistos e tumores odontogénicos variam de forma considerável de lesão para lesão. A falta comum de alguns achados físicos e desenvolvimento de maioria das lesões dentro dos limites do osso, faz com que a pesquisa radiológica e a sua interpretação seja exclusivamente importante.

Este trabalho é apenas um modesto contributo para abordar um tema que além de vasto requer uma maior amplitude.

Foi um trabalho feito de avanços e recuos, com toda a ansiedade e frustração que muitas vezes se impunha. Mas independentemente do resultado final, congratula-se com a experiência e os conhecimentos obtidos. Aprender é sempre um processo de crescimento.

Bibliografia

Aguilo L. et al. (1998). Cistos. Erupção: estudo clínico retrospectivo de 36 casos J Dent Criança. 65 : p.102-6.

Altini M, Farman A. (1975). The calcifying odontogenic cyst. Eight new cases and a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol; 40: p.751-759

Anderson RA. (1990). Erupção cisto: Um estudo retrógrada J Dent Criança. 57 : p. 124-7.

- Ackermann G, Cohen M, Altini M. (1987). O cisto paradentário: um estudo clínico-patológica de 50 casos. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 64: p. 308-312
- Akshaye , D. (2012). "Incorporating the NSF/TCPP Curriculum Recommendations in a Liberal Arts Setting", EduPar Workshop, 26th IEEE International Parallel & Distributed Processing Symposium (IPDPS). (Acceptance Rate: 30%) cap.1, p.25
- Badger KV, Gardner DG. (1997). The relationship of adamantinomatous craniopharyngioma to ghost cell ameloblastoma of the jaws: a histopathologic and immunohistochemical study. *J Oral Pathol Med*; 26: p.349–355.
- Belly, J. et al. (2002). Cystic ameloblastoma-behavior and treatment of 21 cases. *J Oral Maxillofac Surg.*; 59: p.1311-1316.
- Borg G, Persson G, Thilander H (1974) A study of odontogenic cysts with special reference to comparisons between keratinizing and nonkeratinizing cysts. *S. Dent. J.* 67, p. 311–25
- Barnes L. et al. (2005). World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of tumours of the head and neck. Lyon: IARC. p.12-25
- Boeddinghaus R. (2008). Whyte A. Current concepts in maxillofacial imaging. *Eur J Radiol.* Jun;66(3): p. 396-418.
- Bodner L, J Goldstein, Sarnat H. (2004). cistos Erupção: Um relatório clínico de 24 novos casos. *J Clin Pediatr Dent.* 28 : p. 183-6
- Boj JR, Gracia-Godoy F. (2006). Múltipla cisto erupção: Relatório do caso. *J Dent Criança.* 67: p. 282-4

- Buchner, J. et al. (1991). Alternatively folded states of an immunoglobulin
Biochemistry, 30: p. 6922–6929
- Chiappasco M. (2004). Cirurgia Oral. 1ª ed. Barcelona: Masson. cap.1, p. 217-50.
- Chokshi S. et al. (2007). Nonsurgical treatment of periapical lesions using calcium hydroxide-Case series. J Dent Sci. 2: p.38–40.
- Colgan, C. et al.(2002). Paradental cysts: a role for food impaction in the pathogenesis?
Br J Oral Maxillofac Surg. 40: p.162–8.
- Craig GT. (1976). The paradental cyst: a specific inflammatory odontogenic cyst. Br Dent J. p. 141:9–14.
- Dayi E. et. al. (1997). Adenomatoid odontogenic tumour (adenoameloblastoma). Case report and review of the literature. Aust Dent J. 42: p. 315–8.
- Dia E, Gürbüz G, Bilge OM. (1997). Tumor odontogênico adenomatóide (adenoameloblastoma). Relato de caso e revisão da literatura. Aust Dent J. p. 42: 315-8
- Dhawan R., et al. (2012). HISTONE MONOUBIQUITINATION1 interacts with a subunit of the mediator complex and regulates defense against n crotrophic fungal pathogens in *Arabidopsis*. Plant Cell 21:p. 1000–1019.
- Deepti G. et al. (2009). Tumor odontogênico Adenomatóide - hamartoma ou neoplasia verdadeira: relato de caso. J Oral Sci; 51: p. 155-9
- Dinkar AD, Dawasaz AA, Shenoy S. (2007). Dentigerous cyst associated with multiple mesiodens: A case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent. P. 25:56–9.

- Dunfee B. et al. (2006). Radiologic and pathologic characteristics of benign and malignant lesions of the mandible. *Radiographics*. Nov-Dec;26(6): p.1751-68.
- Felix. J. et al. (2003). Cisto nasolabial bilateral: relato de dois casos e revisão da literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 69: p.279-82.
- El Gehani R, Krishnan B and Orafi H (2005). The Prevalence of Inflammatory and Developmental Odontogenic Cysts in a Libyan Population. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Al-Arab Medical University, Benghazi, *Libyan J Med*. 3(2): p. 75–77.
- Ertas U, Buyukkurt MC, Gungormus M, Kaya O (2003) A large glandular odontogenic cyst of the mandible: report of case. *J Contemp Dent Pract* 15, p. 53-58
- Gadodia A, Seith A, Sharma R, Thakar A (2008). Congenital salivary fistula of accessory parotid gland: imaging findings. *J. Laryngol. Otol*.122 (3): p. 125-132
- Gonzalez, E, Anderson P, Gonzalez MA, Rico L, Buscher D, Delgado M. (2009). Human adult stem cells derived from adipose tissue protect against experimental colitis and sepsis. *Gut* 58: p.929-939
- Gorlin, L. et al. (1962). The keratinizing and calcifying odontogenic cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, St. Louis, 16, (12): p. 1414-1424.
- Guerrisi M, Piloni MJ, Keszler A. (2007). Odontogenic tumors in children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 12:E. p. 180–185.
- Habibi, A. et al. (2007). Keratocystic odontogenic tumor: a 10- year retrospective study of 83 cases in an Iranian population. *Journal of Oral Science*. 49, (3) p. 229-235.

- Handsichel JG, et al. (2055). Tumor odontogênico adenomatóide da mandíbula: revisão da literatura e relato de um caso raro. *Cabeça Rosto Med.* (1): p.3
- Handsichel JG, et al. (2005). Tumor odontogênico adenomatóide da mandíbula: revisão da literatura e relato de um caso raro. *Cabeça Rosto Med.* p. 1
- High A. (1996). The polymorphous odontogenic cyst. *J Oral Pathol Med.* Jan. 25(1): p.25-31
- Ille, F. et al. (2004). Wnt/BMP signal integration regulates the balance between proliferation and differentiation of neuroepithelial cells in the dorsal spinal cord. *Dev. Biol.* 304, p. 394-408
- Jones, A. V.; Franklin C. D.(2006). An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Int J Paediatr Dent*, 16(1): p. 19-30.
- Kaplan I. et al. (2005). Glandular odontogenic cyst: treatment and recurrence. *J Oral Maxillofac Surg* 63, p. 435-441.
- Kamal R. et al. (2011). cyst. *J Nat Sci Biol Med.* 2: p. 128–130.
- Komal K, Vibhakar A. (2011). Mural tumor odontogênico adenomatóide na mandíbula: um caso raro. *Int J Oral Maxillofac Pathol.* 2: p. 35-9.
- Kvist T. et al. (2004). Microbiological evaluation of one-and two-visit endodontic treatment of teeth with apical periodontitis: A randomized, clinical trial. *J Endod.* 30: p.572–6.
- Kramer I, Pindborg J, Shear M. (1992). *Histological Typing Of Odontogenic Tumours.* 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag. p.40-1.

- Kanno C. et al. (2006). Cisto paradentário: relato de dois casos J Periodontol. 77: p. 1602-1606.
- Komal K, Vibhakar A. (2011). Mural tumor odontogênico adenomatóide na mandíbula: um caso raro. Int J Oral Maxillofac Pathol. 2 : p. 35-9.
- Kreidler JF, Raubenheimer EJ, Van Heerden WF. (1993). A retrospective analysis of 367 cystic lesions of the jaw—the Ulm experience. J Craniomaxillofac Surg; 21: p.339-4
- Kalaskar R, Kalaskar A. (2011). Multidisciplinary management of impacted central incisors due to supernumerary teeth and an associated dentigerous cyst. Contemp Clin Dent 2: p. 53-58
- Kippin, T. et al. (2005). p21 loss compromises the relative quiescence of forebrain stem cell proliferation leading to exhaustion of their proliferation capacity. Genes Dev. 19, p. 756-767
- Lima, G. et al (2008). A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center incomplete. J Appl Oral Sci. 16 (6): 397-402
- Ladeinde A. et al. (2005). A review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 99: p. 191–195
- Li T.J. and Yu S.F. (2003) Clinicopathologic spectrum of the so-called calcifying odontogenic cysts: a study of 21 intraosseous cases with reconsideration of the terminology and classification. American Journal of Surgical Pathology; 27: p. 372–384
- Lucchese, A. et al. (2007). Analysis of ghost cells in calcifying cystic odontogenic tumors by confocal laser scanning microscopy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 104: p. 391–394.

- Ledesma-Montes C. et al. (2000). Clinico-pathologic study of odontogenic cysts in a Mexican sample population. *Arch Med Res* 31, p. 373- 376
- Maia, D. M. et al. (2000). A survey of oral biopsies in Brazilian pediatric patients. *ASDC J Dent Child*, 67 (2): p. 128-31.
- Manor R, Anavi Y, Kaplan I, Calderon S (2003) Radiological features of glandular odontogenic cyst. *Dentomaxillofac Radiol* 32, p. 73-79.
- Motamedi M, Shafeie HA, Azizi T. (2005). Salvage de um canino impactado associada a tumor odontogênico anadenomatoid: Relato de caso. *Br Dent J*. p. 199: 89-90
- Mc Donald RE, Avery DR, Dean JA. (8th ed). (2004). St. Louis, Missouri: Mosby, Elsevier. *Odontologia para criança e do adolescente*; p. 160-82.
- Morimoto Y. et al. (2004). Inflammatory paradental cyst (IPC) in the mandibular premolar region in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 97: p.286–93.
- Mosqueda T. et al. (2003). Malignant odontogenic tumors. A retrospective and collaborative study of seven cases. *Med Oral*. 8: p.110–121
- Nair PN. (1998). New perspectives on radicular cysts: Do they heal? *Int Endod J*. 31: p.155–60
- Neville B. et al. (2009). Pensilvânia: Sauders, um selo da Elsevier; *Oral e Maxilofacial Patologia*; 3^a ed. pp. 682-683.
- Neville, B.W. et al. (1998). *Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. cap.2; 711p

- Neville, B.; Damm, D. D.; Allen, C. M.; Bouquot, J. J. (2009). *Patologia Oral & Maxilofacial*. 3. ed. Guanabara Koogan. Cap. 1, p.12-120
- Ng YL, Mann V, Gulabivala K. (2011). A prospective study of the factors affecting outcomes of nonsurgical root canal treatment: Part 1: Periapical health. *Int Endod J*. 44:583 –609.
- Nixdorf DR, Peters E, Lung KE.(2003). A apresentação clínica e diagnóstico diferencial de cisto nasolabial. *J Dent Assoc Can* 69. p.146-9
- Oliveira S. et al. (2003). Cisto nasolabial não odontogênico. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 7:p. 75-8.
- Ozan U, Er K. (2005). Endodontic treatment of a large cyst-like periradicular lesion using a combination of antibiotic drugs: A case report. *J Endod*. 31:898–900
- Pavitra B, Satyaranjan M, Sathya M. (2011). Tumor Odontogênico Adenomatóide: relato de dois casos com correlação histopatológica. *J Clin imagem Sci*. 1: p. 1-5
- Pindborg JJ. (1958). A calcifying epithelial odontogenic tumor. *Cancer*. 11: p. 838–843.
- Philipsen HP, Reichart PA. (2002). Revision of the 1992 edition of the WHO histological typing of odontogenic tumors. A suggestion. *J Oral Pathol Med*. 31: p. 253–258
- Philipsen H et al. (2004). O cisto inflamatório paradentário: uma revisão crítica de 342 casos de um levantamento bibliográfico, incluindo 17 novos casos a partir de arquivos do autor. *J Oral Med Pathol*. 33: p. 147-155
- Prætorius F. et al. (2005). *World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours*. Lyon: IARC Press. P. 314.

- Peters LB, Wesselink PR. (2002). Periapical healing of endodontically treated teeth in one and two visits obturated in the presence or absence of detectable microorganisms. *Int Endod J.* 35: p. 660–7.
- Pinkham J et al. (2005). St. Louis, Missouri: Saunders, um selo da Elsevier. *Odontopediatria: a infância até a adolescência.* 4 ed. Cap.3, p.14
- Qin X. et al. (2005) The glandular odontogenic cyst: clinicopathologic features and treatment of 14 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 63, p. 694-699
- Rashmi, G. et al. (2009). Tumor Odontogénico Adenomatóide. *indiano J Dent Adv.* 1: p. 67-71.
- Regezi JA, Sciubba JJ. (1991). *Oral pathology: clinical-pathologic correlations.* 2nd ed. Philadelphia: Saunders, WB. 5th ed. St. Louis: Saunders. p.12
- Regezi JA. (2002). Odontogenic cysts, odontogenic tumors, fibrousseous, and giant cell lesions of the jaws. *Mod Pathol.* Mar;15 (3): p. 331-41.
- Rengaswamy V. (1977). Clinical statistics of odontogenic cysts in west Malaysia. *Br J Sur.* 15: p. 160-65
- Reichart PA, Philipsen HP, Sciubba JJ. (2006). The new classification of Head and Neck Tumours (WHO)--any changes? *Oral Oncol.* 42: p. 757–8.
- Rodriguez M. (2003). *Cirurgía bucal. Patología y técnica.* 3^a ed. Barcelona: Masson. p. 737-46.
- Ruffer MA. (1992). *Studies on Palaeopathology fo Egypt.* Chicago: (ed R. L. Moodie) University of Chicago Press 1921. Citado por Shear M. *Cysts of the Oral Regions.* 3rd Ed. Oxford: Wright, p. 1-3.

- Scholl R. et al. (1999). Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. *Radiographics*. Sep-Oct;19 (5): p. 1107-24.
- Sharif. F. et al. (2010). Interventions for the treatment of keratocystic odontogenic tumours (KCOT, odontogenic keratocysts (OKC)) *Cochrane Database Syst Rev*. p. 8
- Silva T et al. (2003). Paradental cyst mimicking a radicular cyst on the adjacent tooth: case report and review of terminology. *J Endod*. 29: p. 73–6.
- Sharifian MJ, Khalili M. (1987). Odontogenic cysts: a retrospective study of 1227 cases in an Iranian population from 1987 to 2007. *J Oral Sci*. 53: p. 361–7.
- Stoelinga PJ. (2003). Excision of the overlying, attached mucosa, in conjunction with cyst enucleation and treatment of the bony defect with carnoy solution. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 15: p. 407–14.
- Slootweg, P. J. (2009). Lesions of the jaws. *Histopathology*, 54, p. 401-18
- Saatchi M. (2007). Healing of large periapical lesion: A non-surgical endodontic treatment approach. *Aust Endod J*. 33: p. 136–40.
- Sciubba JJ. (2003). Oral brush biopsy with computer-assisted analysis. *E Medicine Dermatology Topic 701*. Omaha, NE: eMedicine.com; updated August 11. Available at: <http://www.emedicine.com/derm/topic701.htm>. [acedido a 10/11/2014]
- Chokshi S. (2007). Nonsurgical treatment of periapical lesions using calcium hydroxide-Case series. *J Dent Sci*. 2: p. 38–40.
- Sumer A. et al. (2010). Nasolabial cyst: case report with CT and MRI findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 109: p. 92–94.

- Su C. et al. (2006). Scanning electron microscopic study of the nasolabial cyst: its clinical and embryological implications. *Laryngoscope*. 116: p. 307-11.
- Tsukamoto, G. et al. (1999). A radiologic analysis of dentigerous cysts and Odontogenic keratocysts associated with a mandibular third molar. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, St. Louis, 91, (6): p. 743-747,
- Toribio Y, Riehl MH. (2011). The nasolabial cyst: a nonodontogenic oral cyst related to nasolacrimal duct epithelium. 135: p. 1499–1503.
- Tortorici S. *et al.* (2008). Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986–2005. *J Oral Sci* 50: p. 15–8.
- White S Pharoah M. (2004). *Oral Radiology - Principles and Interpretation*. 5th ed. St Louis: Mosby p. 384-409.
- Thor, A. et al. (2007). Bone Formation of the Maxillary Sinus Floor Following Simultaneous Elevation of Mucosal Lining and Implant Installation Without Graft Material: An Evaluation of 20 Patients Treated with Astra Tech Implants. *J. of Oral and M. Surgery*, 7(1): p. 64-72.
- Yuen K. (2010). Factors that limit access to dental care for adults with spinal cord injury. *Special Care in Dent*. 30: p. 151–156.
- Yuen HW, Julian CL, Samuel CY. (2007). Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. *J Oral Maxillofac Surg*. 45: p.293-7
- Zanirato, J. B. et al. (1998). Cisto dentígero tratado por marsupialização. *Revista gaúcha de odontologia*, Porto Alegre, 46 (3): p. 149-151.

