INVESTIGAÇÃO

Estudo Anatomo-Clínico de Quistos Maxilares

Luís Monteiro *, Jesus de la Peña **, António Paiva ***, Maria José Bento ****, José Barbas do Amaral *****

Resumo: *Os autores fazem uma análise anatomo-clínica de 126 biópsias orais com diagnóstico de quisto maxilar, realizadas no Hospital Geral de Santo António-Porto entre 1999 e 2001. Foram estudadas variáveis clínicas como a idade, sexo, localização, diagnóstico clínico, assim como o diagnóstico histológico. Os quistos inflamatórios radiculares foram os mais frequentes (47,6%), seguidos dos quistos dentígeros (20,6%), dos quistos residuais (17,5%), e dos queratoquistos (11,9%). A manifestação clínica mais comum foi a tumefacção (63,5%). A idade mostrou estar associada ao tipo de quisto, expressando as características etiopatogénicas de cada um. Podemos concluir que o diagnóstico definitivo se baseia numa tríade formada pela clínica, pela radiologia e pela histologia, o que pressupõem uma cooperação activa entre o médico dentista e o anatomo-patologista.*

Palavras-Chave: Patologia oral; Quistos maxilares; Quistos odontogénicos; Síndroma de Gorlin

Abstract: *The authors make an anatomo-clinic analysis of 126 oral biopsies with maxillary cyst diagnosis, which took place in Hospital Geral de Santo António-Oporto, between 1999 and 2001. Several clinical variables such as age, sex, location, clinical diagnosis, as well as histological diagnosis were studied. The radicular cysts were the most frequent (47,6%), followed by dentigerous cysts (20,6%), residual cysts (17,5%) and keratocysts (11,9%). The most common clinical manifestation was the tumefaction (63,5%). The age showed to be linked to the type of cyst, expressing the ethiopathogenic characteristics from each. We may conclude that the definite diagnostic is based in a triangle formed by the clinical part, the radiology area and by the histology, which presumes an active cooperation between the dentist and the pathologist.*

Key-words: Oral pathology; Maxillary cysts; Odontogenic cysts; Gorlin´s syndrome

* Médico Dentista. Assistente estagiário de Biopatologia e Anatomia Patológica do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (ISCS-N).

** Interno complementar de Anatomia Patológica do Hospital Geral de Santo António –Porto (HGSA-P).

*** Consultant Histopathologist. South Manchester University Hospitals, U.K.

****Médica. Assistente graduada de Saúde Pública. Serviço de Epidemiologia do Instituto Português de Oncologia - Porto

*****Médico Estomatologista. Assistente graduado de Estomatologia no serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial do HGSA-P.

INTRODUÇÃO

A patologia dos maxilares deve muito das suas características particulares à presença dos dentes e dos tecidos a eles associados. A natureza especial desta patologia tende a estar relacionada com o desenvolvimento de peças dentárias e da interacção dinâmica de elementos epiteliais com elementos mesenquimatosos. Por outro lado, existem numerosas oportunidades para o desenvolvimento de processos patológicos, uma vez que há cinquenta e duas estruturas formadoras de dente, que iniciam a sua actividade e função aproximadamente na sexta semana de vida intra-uterina e terminam por volta da terceira década de vida.

Durante a fase final do desenvolvimento dentário a lâmina dentária começa a fragmentar, resultando em restos epiteliais odontogénicos residuais. Algumas destas estruturas persistem na mucosa alveolar, junto ao osso alveolar. Estes remanescentes da lâmina dentária localizados na mucosa alveolar são chamados de *restos de Serres*. Outra origem de restos epiteliais odontogénicos é a *bainha epitelial de Hertwig*, estrutura associada ao desenvolvimento radicular cujos remanescentes persistem como restos epiteliais de Malassez. Tanto os restos de Serres como os de Malassez, assim como quaisquer outros resíduos do órgão de esmalte, podem ser fontes de epitélio possibilitando a formação de quistos e/ou tumores odontogénicos[1-3].

Um quisto é uma cavidade patológica com conteúdo líquido, semilíquido, ou gasoso, revestida por um epitélio, que por sua vez é revestido por uma cápsula de tecido conjuntivo. São entidades que merecem a nossa atenção, nomeadamente pelas complicações que podem originar, como alterações estéticas da face e dos dentes, fracturas maxilares, infecções, ou ainda pela neoplasia ocasional do seu epitélio[4-7].

Muitas classificações de quistos maxilares têm sido propostas e usadas, atendendo a factores como a origem embriológica, etiologia, patogenia, ou às suas manifestações clínico-morfológicas. A classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) mais recente, classifica os quistos epiteliais ou quistos verdadeiros, em quistos odontogénicos e em quistos não odontogénicos. Nos primeiros podem existir duas categorias: inflamatórios e de desenvolvimento. Os quistos não odontogénicos são também quistos de desenvolvimento e incluem o quisto nasopalatino, o quisto naso-alveolar, entre outros. Quistos sem revestimento epitelial, também chamados de pseudoquistos, são actualmente considerados lesões ósseas não neoplásicas e incluem o quisto ósseo solitário e o quisto aneurismático[8].

O objectivo deste trabalho foi estudar a frequência dos vários tipos de quistos maxilares e algumas das suas características clínico-patológicas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo. Foi recolhida a totalidade (n=155) dos relatórios anatomo-patológicos de lesões da cavidade oral com o diagnóstico histológico de quisto maxilar, realizados no serviço de Anatomia Patológica do Hospital Geral de Santo António, num período de três anos, compreendidos entre Janeiro de 1999 e Dezembro de 2001. De todos os casos foram revistas as preparações histológicas e analisados os processos clínicos, juntamente com os meios complementares de diagnóstico (nomeadamente ortopantomografias e tomografias computadorizadas).

Foram excluídos 29 casos, por falta de informação clínica, ou não concordância de dados. A amostra final ficou assim com 126 doentes com quistos maxilares.

Foram estudadas variáveis como a idade, o sexo, a profissão, a localização, manifestações clínicas, características radiológicas, os diagnósticos clínicos e histológicos. A presença de recidiva foi analisada num período de "follow-up" máximo de três anos e mínimo de 1 ano.

A classificação das lesões foi feita segundo a OMS[8]. A classificação dos grupos socioprofissionais foi baseada na *British Registrar-General*[9]. A localização das lesões quísticas foi sistematizada em maxilar ou mandibular e sector anterior (incisivos e caninos) ou posterior (pré-molares e molares).

A análise estatística incluiu o teste do qui-quadrado para análise das variáveis categoriais e o teste t de Student e o teste de Kruskal-Wallis para a análise das variáveis contínuas. Foi utilizado para o efeito o programa específico SPSS 8.0®. Em algumas tabelas de contingência não foi possível aplicar o teste do qui-quadrado pois o valor esperado em mais de 25% das células era menor que 5. O nível de significância admitido foi de $p < 0,05$.

Este trabalho foi aprovado pela *Comissão de Ética para a Saúde* do Hospital Geral de Santo António – Porto.

RESULTADOS

A amostra analisada era composta por 126 indivíduos, dos quais 72 eram do sexo masculino (57,1%) e 54 do sexo feminino (42,9%).

Os quistos mais frequentes na amostra foram os quistos radiculares com 60 casos (47,6%), seguidos de 26 quistos dentígeros (20,6%), de 22 quistos residuais (17,5%), de 15 queratoquistos (11,9%), de 2 quistos nasoalveolares (1,6%) e por último por um quisto paradentário (0,8%) (fig. 1).

Figura 1 – Distribuição dos tipos de quistos maxilares

O intervalo de idade onde se registaram maior número de casos (24,6%) foi o de 30 a 39 anos (fig. 2). A mediana das idades da amostra correspondeu a 35 anos, com a idade mínima de 7 anos e a máxima de 79 anos. Quando relacionamos cada tipo de lesão com a idade, os quistos dentígeros foram mais frequentes na 2º e 3º década, os quistos radiculares foram mais frequentes na 4º década, os quistos residuais apresentaram maior frequência na 4º, 5º e 6º década e os queratoquistos foram mais frequentes na 2º e 3º

Figura 2 – Distribuição por idade dos tipos de quistos maxilares

década de vida. A distribuição das medianas de cada tipo de quisto, assinaladas na tabela II mostrou uma diferença significativa (p=0,002).

A actividade sócio-profissional mais frequente na amostra era a do grupo semi-especializados 46,6% (tabela I).

Cerca de 10,3% dos doentes (n=13) tinham mais que um quisto, o que faz com que o número de quistos na amostra total seja de 146. Assim, 89,7% dos doentes apresentaram um quisto (n=113), 5,6% dos doentes tinham 2 quistos (n=7), 2,4% dos doentes tinham três quistos (n=3) e 2,4% apresentaram 4 quistos (n=3).

Grau Sócio-Profissional	*n*	*%*
- I (Diferenciados)	5	4,3
- II (Técnicos)	7	6,0
- III (Qualificados)	9	7,8
- IV (Semi-especializados)	54	46,6
- V (Não especializados)	41	35,3

Tabela I – Distribuição por actividade sócio-profissional

No que se refere à localização dos quistos (n=146), 54,1% (n=79) dos quistos afectaram a maxila e 45,9% (n=67) a mandíbula. Na maxila o sector mais atingido foi o anterior (60,8%, n=45), ao contrário da mandíbula, em que o sector posterior foi mais afectado (81,5%, n=53) (p <0.001).

A manifestação clínica mais frequente foi a tumefacção, presente em 63,5% dos casos (n=80), destacando-se dos outros sinais e sintomas. Seguem-se por ordem decrescente a drenagem espontânea de fluidos que ocorreu em 20,6% dos indivíduos (n=26), a infecção (19,8%) (n=25), dor (17,5%) (n=22), cáries (15,1%) (n=19), a celulite da face (7,1%) (n=9), mobilidade dentária (2,4%) (n=3), sinusite (1,6%) (n=2), trismo (1,6%) (n=2), alteração da cicatrização alveolar (1,6%) (n=2), e parestesias (0,8%) (n=1). Com elevada frequência estas queixas estavam associadas no mesmo paciente. É de referir que 35,8% dos casos foram achados radiográficos ocasionais (n=44).

Os diagnósticos clínicos efectuados antes do respectivo diagnóstico histológico tiveram uma confirmação histológica positiva em 83,2% dos casos (n=94).

Os tratamentos consistiram na enucleação quística onde 85,7% (n=108) das cirurgias foram realizadas sob anestesia geral e 14,3% (n=18) com anestesia loco-regional.

As complicações pós-cirúrgicas registadas mais frequentes, foram o edema facial (n=12), hipostesias e parestesia (n=7), infecção (n=4), vómitos e náuseas (n=4), fístulas oroantrais (n=3), dor intensa (n=3) e hemorragia tardia (n=3), entre outras.

Do total da amostra, em apenas 21,4 % (n=27) dos doentes encontramos o registo da realização de punção aspirativa. Em 40,7% destes casos aspirou-se liquido amarelo-citrino, liquido purulento em 25,9%, hemopurulento em 22,9%, espesso leitoso em 3,7% e hemático em 3,7%. Em cerca de 3,7% das punções efectuadas não houve saída de líquido. O estudo citológico foi sempre inespecífico relativamente à natureza do quisto.

A imagem radiológica dos quistos (n=146) mais frequente foi a unilocular (89,2%, n=116), seguida da unilocular com margens lobuladas (6,2%, n=8) e por último da imagem multilocular (3,1%, n=4).

O tamanho dos quistos variou entre 1 cm e 10 cm. Os quistos radiculares apresentaram um tamanho mediano de 2 cm, sendo menores que os quistos dentígeros ou que os queratoquistos (mediana = 3 cm). Esta diferença foi significativa (p=0.02).

A presença de recidiva ocorreu em cerca de 4,3% de todos os casos.

Relativamente aos quistos radiculares, os sintomas e sinais clínicos mais frequentes foram a tumefacção (61,7%, n=37), cáries (28,3%, n=17), dor (16,7%, n=10), infecção (21,7%, n=13) e a drenagem espontânea de fluidos (15,0%, n=9). Outras variáveis relativas aos quistos radiculares e outros quistos odontogénicos estão assinaladas na tabela II.

No grupo dos quistos dentígeros a manifestação clínica mais frequente foi a tumefacção (69,2%, n=18), tendo sido verificadas outras queixas como por exemplo, a drenagem espontânea de fluidos (26,9%, n=7), dor (23,1%, n=6), abcesso (11,5%, n=3), infecção (26,9%, n=7), mobilidade dentária (7,7%, n=2), sinusite (7,7%, n=2) e trismo (3,8%, n=1) (fig. 3 e 4).

Em relação aos quistos residuais a tumefacção foi o sinal mais frequente (63,6%, n=14), seguida da drenagem espontânea (40,9%, n=9), infecção (18,2%, n=4) e alteração da cicatrização alveolar (9,1%, n=2).

Nos queratoquistos (n=15) a manifestação clínica mais vezes verificada foi a tumefacção (60,0%, n=9), embora também se tenha registado dor (20,0%, n=3), drenagem espontânea de fluidos (6,7%, n=1), trismo (6,7%, n=1) e infecção (6,7%, n=1).

Figura 3 – Imagem de TC com quisto dentígero no 2º quadrante

Figura 4 – Histologia do quisto dentígero anterior(HE)

Histologicamente cerca de 86,7 % dos casos de queratoquistos corresponderam ao tipo paraqueratótico (n=13).

De todos os casos de queratoquistos, foram encontrados três síndromas de Gorlin, em indivíduos que apresentavam múltiplos queratoquistos. Manifestavam também alterações típicas desta síndroma como sejam vários nevos basocelulares, hidrocefalia, calcificações cerebrais, nariz em sela, hipertelorismo, antecedentes de carcinomas basocelulares, ligeiro atraso mental e antecedentes familiares que relatavam a existência de quistos maxilares e calcificações cerebrais.

Verificamos que 47,8% (n=11) dos queratoquistos encontravam-se associados a dentes inclusos ($p < 0,001$).

É de referir que 18,2% (n=4) dos queratoquistos recidivaram, enquanto que os outros quistos raramente recidivaram (fig. 5 e 6).

.

Figura 5 – Ortopantomografia onde se evidencia uma imagem multiloculada no ramo ascendente da mandíbula do 3º Q correspondente a um queratoquisto

Figura 8 – Histologia correspondente do quisto nasoalveolar anterior (coloração utilizando anticorpo monoclonal anti-multicitoqueratinas)

Figura 6 – A histologia corresponde a um queratoquisto de tipo paraqueratinizado (HE)

Figura 7 – Imagem de TC de um quisto nasoalveolar

Os quistos nasoalveolares (n=2) foram ambos encontrados em indivíduos do sexo feminino, na região nasoalveolar da maxila. A sintomatologia apresentada foi tumefacção maxilar e o diagnóstico histológico confirmou o diagnóstico clínico.

O quisto paradentário (n=1) ocorreu num indivíduo de 30 anos, do sexo feminino, localizado na mandíbula, nomeadamente no sector posterior. Correspondeu a uma achado radiográfico ocasional e o diagnóstico histológico confirmou o diagnóstico clínico (fig. 7 e 8).

DISCUSSÃO

Do total dos casos analisados, 98,4% (n=124) corresponderam a quistos odontogénicos e 1,6% (n=2) a quistos não odontogénicos. Os quistos odontogénicos inflamatórios corresponderam a 65,9% (n=83) da amostra total e 32,5% (n=41) a quistos odontogénicos de desenvolvimento. Os quistos inflamatórios mais frequentes foram os radiculares que corresponderam a 47,6% (n=60) da amostra total, seguidos dos residuais. Nos quistos odontogénicos de desenvolvimento os

	Quistos Radiculares n (%)	*Quistos Dentígeros n (%)*	*Quistos Residuais n (%)*	*Queratoquistos n (%)*
Sexo				
M	34 (56,7)	17 (65,4)	14 (63,6)	7 (46,7)
F	26 (43,3)	9 (34,6)	8 (36,4)	8 (53,3)
Idade				
Mediana (mín.-máx.)	34 (14-78)	26 (7-70)	45 (25-79)	28 (14-73)
Localização				
Maxila	53 (76,8)	8 (29,6)	13 (54,2)	3 (13,0)
Mandíbula	16 (23,2)	19 (70,4)	11 (45,8)	20 (87,0)
Sector maxilar				
Anterior	32 (65,3)	2 (25,0)	7 (58,3)	2 (66,7)
Posterior	17 (34,7)	6 (75,0)	5 (41,7)	1 (33,3)
Sector mandibular				
Anterior	6 (40,0)	1 (5,6)	1 (9,1)	4 (20,0)
Posterior	9 (60,0)	17 (94,4)	10 (90,9)	16 (80,0)
Achado radiográfico				
Sim	16 (28,1)	10 (38,5)	8 (36,4)	9 (60,0)
Não	41 (71,9)	16 (61,5)	14 (63,6)	6 (40,0)
Concordância clínico-histológica				
Sim	50 (90,9)	23 (92,0)	12 (70,6)	6 (46,2)
Não	5 (9,1)	2 (8,0)	5 (29,4)	7 (53,8)
Imagem radiológica				
Unilocular	60 (95,2)	21 (95,5)	23 (95,8)	11 (61,1)
Unilocular lobulada	3 (4,8)	1 (4,5)	1 (4,2)	3 (16,7)
Multilocular	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (22,2)
Recidiva				
Sim	0 (0)	1 (4,0)	1 (4,3)	4 (18,2)
Não	66 (100,0)	24 (96,0)	22 (95,7)	18 (81,8)

Tabela II – Distribuição de características clinico-radiológicas segundo o tipo de quistos odontogénicos

quistos dentígeros (20,6%, n=26) foram os mais frequentes. Os quistos não odontogénicos corresponderam a quistos nasoalveolares. Grande parte dos estudos efectuados coincidem com estes resultados. Daley e col[10] num estudo realizado em 40000 biopsias de cavidade oral do Serviço de Diagnóstico e Patologia Oral da Universidade de Westen Ontário (Canadá) obtiveram uma percentagem de 64,9% para quistos radiculares, 24,1% em quistos dentígeros e apenas 4,8% para queratoquistos. Sousa e col[11], numa revisão clínica com 163 pacientes no HGSA-Porto obtiveram uma percentagem de 3,7% nos queratoquistos que é relativamente baixa quando comparada com a do nosso estudo (11,9%). Por outro lado, Taylor e col[12], numa análise de 856 casos de quistos odontogénicos realizada no México obtiveram uma percentagem de queratoquistos de 21,5%. A frequência dos queratoquistos é assim variável em vários estudos, talvez por diferentes critérios de diagnóstico histológico, falta de diálogo clinico-histológico, ou pela heterogeneidade das populações estudadas. Já Shear e col[13], referem um estudo de 2616 quistos diagnosticados no departamento de Patologia Oral da Universidade de WitWatesrand na África do Sul, onde obtêm uma frequência de quistos radiculares de 52,3% e queratoquistos de 11,2%, frequências muito aproximadas às do nosso trabalho.

A amostra estudada mostrou uma frequência ligeiramente superior do sexo masculino. Também nos vários tipos de quistos maxilares, o sexo masculino foi o mais afectado, excepto no grupo dos queratoquistos e dos quistos nasoalveolares. A maioria dos estudos revela igualmente uma ligeira frequência superior do sexo masculino[11,12,14,15]. No grupo dos queratoquistos da nossa amostra, o sexo feminino foi mais afectado, ao contrário da maioria dos estudos[1,12,16]. Taylor e col[12], na sua amostra encontraram também o sexo feminino mais afectado mas apenas nos quistos radiculares, enquanto que o sexo masculino foi o mais atingido no grupo dos queratoquistos e quistos dentígeros. Estes resultados estarão relacionados com o tipo de população estudada e não propriamente com características específicas de certos tipos de quistos.

Verificamos que estas patologias surgiram desde muito cedo até idades muito avançadas. A quarta década de vida mostrou ser a mais atingida. Porém, certas décadas podem ser mais típicas de certos tipos de quisto, o que se pode comprovar pela mediana de idades verificadas. Os quistos dentígeros foram mais frequentes em indivíduos jovens, enquanto que os quistos radiculares e os quistos residuais parecem ser mais típicos de indivíduos adultos e idosos. Tais resultados, em parte também verificados noutros estudos[16], expressam as características etio-patogénicas de cada tipo de quisto.

A localização mais frequente dos quistos inflamatórios (quistos radiculares e residuais) foi a maxila enquanto que para os quistos de desenvolvimento (queratoquistos e quistos dentígeros) foi a mandíbula, nomeadamente o sector posterior.

O facto de não se terem encontrado lesões ósseas não neoplásicas ou quistos de erupção poderá estar relacionado, além da sua baixa frequência, com a opção de tratamento não cirúrgico, não se realizando exame histológico, o que elimina desde logo a inclusão destes casos na amostra estudada.

O aspecto radiológico mais frequente das lesões foi o unilocular, tendo o aspecto multilocular aparecido apenas nos queratoquistos (22,2%, n=4), parecendo ser uma característica destas

lesões. Num estudo de queratoquistos odontogénicos realizado por Zhao e col[15] na Universidade de Wuhan, na China, verificou-se que 16% dos queratoquistos eram multiloculares. É de ressalvar que a identidade radiológica unilocular lobulada e multilocular podem ser distintas, embora se possam confundir em radiologia convencional. Por isso se deve usar imagens de tomografia computadorizada na sua classificação, como fizemos neste estudo. Foram também os queratoquistos aqueles que apresentaram maior recidiva em três anos de follow-up, com uma percentagem de 18,28% (n=4). O aspecto radiológico não mostrou relação com a recidiva. O carácter recidivante é uma característica típica destes quistos, principalmente nos 10 anos seguintes à primeira apresentação[7,14,16]. Por isso o controlo radiográfico e clínico destas lesões mesmo passados vários anos, é fundamental.

Encontramos três síndromas de Gorlin (em 20% dos casos com queratoquistos, n=3) associados a múltiplos queratoquistos de tipo paraqueratinizado. Nem todos os trabalhos publicados apresentam resultados semelhantes. Oda e col[14] num estudo realizado nos Estados Unidos com 393 doentes com queratoquistos verificaram que a síndroma de Gorlin estava presente em cerca de 5% dos casos. De 87 casos reportados por Kakarantza-Angelopoulou[17], num estudo realizado em Atenas, 8,8% manifestavam o referido síndroma. Em trabalho publicado por Cabral e col[16] numa amostra com 238 quistos maxilares epiteliais nenhum síndroma de Gorlin foi encontrado. Quando o diagnóstico de queratoquisto surge, principalmente em lesões múltiplas, recidivantes, é fundamental rastrear uma possível síndroma de Gorlin.

Sendo os quistos, lesões de evolução lenta, expansivas e geralmente assintomáticas, é compreensível que a manifestação clínica mais frequente no estudo fosse a tumefacção, o que representa já um estado avançado da patologia. O trismo esteve mais relacionado com quistos de desenvolvimento (queratoquistos e quistos dentígeros), talvez por estes afectarem sobretudo a região posterior da mandíbula.

Verificou-se que muitas vezes os vários tipos de quisto são achados radiológicos. Aliás, 35,8% (n=44) dos casos da amostra total foram achados radiográficos. Isto demonstra a importância da realização de exames radiológicos de relativa periodicidade, para o rastreio deste tipo de patologias. Os queratoquistos foram os que corresponderam a mais achados radiográficos (60,0%, n=9). Foram estes que apresentaram menos manifestações clínicas e quando estas existiam, geralmente já a lesão se encontrava em estado avançado. É de referir que em alguns casos outros sinais e sintomas foram identificados após a descoberta radiológica. Pelo contrário, os quistos radiculares foram aqueles com menor frequência de detecção radiográfica ocasional, provavelmente pela existência de manifestações clínicas abundantes como tumefacção, infecção e/ou fístulas.

A punção aspirativa mostrou ser uma ajuda importante no diagnóstico de quisto. Porém, o exame citológico correspondente foi sempre inespecífico relativamente à natureza do quisto. A utilidade da citologia nos quistos maxilares é importante no sentido do diagnóstico diferencial com lesões malignas e sempre analisada no conjunto dos achados clínico-radiológicos.

Em vários casos o diagnóstico clínico não correspondeu ao diagnóstico histológico (16,8%, n=19), o que demonstra a importância da

realização do exame anatomo-patológico. A concordância clínica é mais elevada no caso dos quistos dentígeros, seguida dos quistos radiculares, que traduz que estas patologias têm um carácter clínico-radiológico mais evidente que outros tipos de quisto como os queratoquistos. Estes últimos foram aqueles que obtiveram menor concordância clínica na nossa amostra, mostrando que para o seu diagnóstico, a histologia é de importância capital. Pensamos que a presença de dentes inclusos facilita o diagnóstico clínico para os quistos dentígeros, mas é um factor de erro para o diagnóstico presuntivo dos queratoquistos. Aliás, quase metade dos queratoquistos na nossa amostra estavam associados a dentes inclusos, pelo que pode haver confusão com quisto dentígero. Por isso, nestes casos, a histologia permite a confirmação de quistos dentígeros, ou então pode diagnosticar a presença de queratoquistos, ou até lesões de tipo neoplásico.

Da mesma forma, várias foram as situações em que o anatomo-patologista só conseguiu classificar o tipo de quisto após receber as informações clínicas e radiológicas, o que também demonstra a importância da clínica e radiologia. É de salientar a importância do envio de todas as lesões removidas cirurgicamente para exame histológico, em meios de transporte apropriados, juntamente com as informações clínicas e radiológicas de modo a permitir a realização de um diagnóstico adequado, completo e conclusivo. O anatomo-patologista pode ter dúvidas nomeadamente quanto à classificação do tipo de quisto. A morfologia típica de cada quisto pode em certos casos estar ausente ou alterada, por exemplo, pela presença de inflamação e infecção[18]. Aliás, no nosso estudo verificamos que uma das manifestações clínicas relativamente frequente é a fístulização com drenagem de fluidos e infecção. Por isso, um relatório histológico deve sempre mencionar dúvidas ou características pouco habituais que eventualmente possam existir na peça analisada.

Podemos dizer que o diagnóstico definitivo se baseia numa tríade formada pela clínica, pela radiologia e pela histologia, o que pressupõem um diálogo e uma cooperação activa entre o médico dentista/cirurgião e o anatomo-patologista.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prof. Dr. Vicente Gonçalves, director do serviço de Anatomia Patológica do Hospital Geral de Santo António – Porto, pela revisão do artigo e à Dr. Conceição Cerqueira directora do serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial do mesmo Hospital pela colaboração prestada. Expressamos também o nosso particular agradecimento ao Prof. Dr. Oliveira Torres pelos conselhos e colaboração prestada.

BIBLIOGRAFIA

1. Cawson RA, Odell EW. Essentials of oral pathology and oral medicine, 6th ed. Churchill Livingstone, 1998
2. Greer RO. The Oral Cavity. In: Silverberg SG et al. Principles and practice of surgical pathology and cytopathology. 3rd edition Churchill Livingstone:1399-1411
3. Regezi JA, Sciubba JJ. Oral Pathology clinical pathologic correlations. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1999
4. Gulbranson SH, Wolfrey JD, Raines JM, McNally. Squamous cell carcinoma arising in a dentigerous cyst in a 16-month-old girl. Otolaryngol Head Neck Surg 2002;127:463-4
5. Keszler A, Piloni MJ. Malignant transformation in odontogenic Keratocysts. Case report. Medicina Oral 2002;7:331-5
6. Pomatto E, Carbone V, Giangrandi D, Falco V. Primary intraosseous verrucous carcinoma developing from a maxillary odontogenic cyst: case report. Tumori 2001;87:444-6
7. Stoelinga PJ. Long term follow-up on Keratocysts treated according to a defined protocol. Int J Oral Maxillofac Surg 2001;30:14-25
8. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. Histologic typing of odontogenic tumors, 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 1992
9. Abramson JH. Defining Variables. In: Survey and Methods in Community Medicine. 4ºed. Churchill Livingstone:102-103
10. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaws cysts in a Canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;77:276-280
11. Sousa RC, Amaral JB, Moreira CG. Quistos maxilares. Revisão casuística. Arq Med 1999;13(2):117-120
12. Taylor AM, Camacho ME, Franco MA, Tejero AT. Odontogenic Cysts. Analysis of 856 cases. Med Oral 2002;7:89-96
13. Shear M. Cysts of oral Regions. Oxford: Wright 1992
14. Oda D, Rivera V, Kenny EA, Dawson KH. Odontogenic Keratocyst: The Northwestern USA Experience. J Contemp Dent Prac 2000;1(2):1-10
15. Zhao YF, Wei JX, Wang SP. Treatment of odontogenic keratocysts: A follow-up of a 255 Chinese patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod 2002;94:151-6
16. Cabral CT, Ramalhão J, Mesquita P et al. Analise retrospectiva de 724 biópsias da cavidade oral. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2000;41:169-175
17. Kakarantza-Angelopoulou E, Nicolatou O. Odontogenic Keratocysts: clinicopathologic study of 87 cases. J. Oral Maxillofac Surg 1990; 48:593-99
18. Batista de Paula AM, Carvalhais JN, Domingues MG, et al. Cell proliferation markers in the odontogenic Keratocyst: effect of inflammation. J Oral Pathol Med 2000;29:477-82