XXIX SEPE
Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão
Teaching, Research and Extension Symposium
Presente e futuro:
uso consciente da Inteligência Artificial
Today and tomorrow:
the conscious use of Artificial Intelligence
E-book
ISBN 978-65-5852-415-1
20 A 22 DE OUTUBRO DE 2025
OCTOBER 20th to 22nd, 2025
UFN Universidade Franciscana Franciscan University

DOI: https://doi.org/10.48195/sepe2025.29974

MÚLTIPLAS LESÕES CÍSTICAS RELACIONADAS A SÍNDROME DE GORLIN-GOLTZ: UM RELATO DE CASO

Arthur Antunes[1]*; Eduarda Padilha[2]; Heitor Pansard[3]; Luísa Jardim[4]

RESUMO

A Síndrome de Gorlin-Goltz é uma doença rara, de herança autossômica e descrita como uma tríade de má formação. Ela se mostra bastante agressiva, acomete pacientes de diversas idades, mas geralmente o primeiro achado clínico surge antes da segunda década de vida, sendo o ceratocisto odontogênico uma das manifestações mais constante dessa doença. O tratamento é sempre desafiador e requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais como cirurgiões bucomaxilofaciais, médico dermatologista e geneticista. Este estudo tem como objetivo relatar o caso de um paciente do sexo masculino, de 11 anos de idade, que procurou atendimento após notar um edema facial, sem relato de dor. O paciente foi tratado e acompanhado no Hospital Casa de Saúde, em Santa Maria, pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Após solicitação de exames de imagens, foram identificadas seis lesões císticas, localizadas em maxila e mandíbula. O tratamento de escolha foi utilizar duas técnicas combinadas, descompressão seguida de enucleação, com o intuito de preservar estruturas importantes e ter a mínima intervenção no crescimento ósseo. Inicialmente optou-se pela descompressão das lesões e, após 5 meses, a enucleação completa dos cistos. O paciente continuou a ser acompanhado mensalmente, foram realizadas radiografias panorâmicas após o início do tratamento, assim como tomografias computadorizadas, também foi realizado orientações pós-operatórias, avisando sobre a necessidade de acompanhamento radiográfico anual, devido ao risco de recidiva das lesões.

Palavras-chave: **Ceratocisto Odontogênico; Síndrome do Nervo Basocelular.**

1 Arthur Antunes Lopes, Acadêmico de Odontologia, UFN, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. arthur.lopes@ufn.edu.br, ORCID: https://orcid.org/0009-0004-5042-3690
2 Eduarda Donadel Padilha, Acadêmica de Odontologia, UFN, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. eduarda.padilha@ufn.edu.br
3 Heitor Boeira Pansard, Docente do curso de Odontologia, UFN, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. h.pansard@ufn.edu.br
4 Luísa Comerlato Jardim, Docente do curso de Odontologia, UFN, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. ljardim@ufn.edu.br, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7113-7651

INTRODUÇÃO

Cistos odontogênicos são anomalias comuns achadas na prática odontológica (Neville *et al*., 2009), eles podem ser definidos como cavidades patológicas, encontrados dentro do osso maxilar ou da mandíbula, também no tecido mole dos maxilares (Wakolbinger; Beck-Mannagetta, 2016), podendo ser diferenciados de acordo com a sua origem do epitélio de revestimento, ou seja, cisto de desenvolvimento ou cisto inflamatório (Neville *et al*., 2009). Radiograficamente um cisto geralmente apresenta-se como uma área radiolúcida, que pode ou não estar associado a outras estruturas (Rostock, 2000). Alguns cistos apresentam comportamentos mais agressivos, enquanto outros são assintomáticos e muitas vezes só identificados por meio de exames clínicos e radiográficos de rotina (Hupp; Ellis; Tucker, 2009).

As razões pela qual um cisto surge na cavidade bucal, bem como sua prevalência e distribuição ainda são desconhecidas. Sabe-se que avaliações clínicas, exames histopatológicos e imagens radiográficas, incluindo radiografia panorâmica, tomografia computadorizada, ressonância magnética e ultrassonografia, são essenciais para o correto diagnóstico, precisão e caracterização da lesão (Rioux-Forker, 2019). Neste sentido, pode-se destacar que as evidências radiográficas corriqueiramente indicam o diagnóstico de uma lesão e evidenciam se de fato há alterações patológicas ou se há apenas uma alteração da normalidade (Hupp; Ellis; Tucker, 2009).

Segundo a literatura, o tratamento de cistos ainda é controverso, embora para cistos de pequeno diâmetro não haja problemática sobre a estratégia de manejo, ainda não há recomendações claras diante da abordagem de cistos maiores (Wakolbinger; Beck-Mannagetta, 2016). Basicamente são descritas três principais técnicas cirúrgicas para a remoção de grandes cistos, sendo elas a enucleação, marsupialização e a descompressão (Allon *et. al* 2015).

A técnica de enucleação consiste na remoção total da lesão, sem rompimento do conteúdo cístico. Já no que diz respeito a marsupialização, cria-se uma janela cirúrgica, onde a única parte a ser removida é a porção onde haverá uma comunicação entre o cisto e o meio oral, seio maxilar ou cavidade nasal, a fim de proporcionar o esvaziamento do seu conteúdo. (Hupp; Ellis; Tucker, 2009). A técnica de descompressão, por sua vez, corresponde a uma abertura mínima, geralmente utilizando um estende para realizar a drenagem do conteúdo cístico e assim diminuir o tamanho da lesão gradativamente (Allon *et. al* 2015). Demais técnicas, também encontradas na literatura, como enucleação pós marsupialização ou enucleação seguida de

curetagem, são realizadas após uma abordagem primária, quando nos referimos a enucleação após marsupialização, a enucleação é feita com o objetivo de remover restos císticos que não obliteraram totalmente com o procedimento inicial, já na enucleação com curetagem remove-se osso com o intuito de eliminar remanescentes celulares com potenciais de recidiva (Hupp; Ellis; Tucker, 2009).

Estudos mostram que o surgimento de múltiplas lesões císticas em um único paciente não é comum, geralmente essas aparições estão relacionadas a síndromes (Pereira *et al*., 1987). A síndrome de Gorlin-Goltz, por exemplo, consiste em uma patologia onde o surgimento de vários cistos é uma de suas características principais, entretanto essa doença está associada a outras manifestações, como anomalias esqueléticas, cutâneas, neurológicas, entre outras (Lovin *et al*., 1991).

Sendo assim, o objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico sobre um paciente com múltiplos cistos, onde o surgimento destas lesões está relacionado a uma patologia sindrômica.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO DA PESQUISA

Foi realizado um relato de caso, conforme o guia de normas CARE (Case Report Guidelines). O guia auxiliou na elaboração do relato de caso, para que todos os critérios fossem elaborados, de forma que este relato ficasse completo e diminuísse o risco de viés.

PARTICIPANTE DA PESQUISA

Paciente do sexo masculino, 11 anos de idade, compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital Casa de Saúde (HCS), localizado em Santa Maria- RS. O paciente, acompanhado de seu responsável, relatou edema em face, com ausência de dor. Após anamnese, exame físico e solicitação de tomografia computadorizada, foi elaborado o plano de tratamento, o qual foi realizado no ambulatório e bloco cirúrgico no Serviço de CTBMF do Hospital Casa de Saúde.

LOCAL DA PESQUISA

Ambulatório e Bloco Cirúrgico do Serviço de CTBMF do Hospital Casa de Saúde, Santa Maria- RS.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após explicações claras sobre o objetivo da pesquisa, o paciente e o responsável assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso houvesse interesse em participação. Além disso, o documento de Autorização Institucional foi assinado pela Coordenação do Curso de Odontologia, autorizando o início do estudo. Por fim, os pesquisadores se comprometeram com o sigilo e privacidade do participante da pesquisa, através da assinatura do Termo de Confidencialidade. A pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa pela Plataforma Brasil, identificada pelo CAAE: 88248025.8.0000.5306 com parecer de aprovação 7.552.792, conforme normas institucionais.

DESCRIÇÃO DO CASO

O paciente esteve em atendimento no ambulatório do serviço de CTBMF. Nas consultas iniciais foram solicitados exames complementares, como radiografia de crânio e tórax, devido à suspeita de Síndrome de Gorlin-Goltz. Para tratar as lesões císticas, foi realizado um tratamento inicial cirúrgico, conhecido como técnica de descompressão, sob anestesia geral no bloco cirúrgico do HCS. Após isso, o paciente continuou sendo acompanhado mensalmente, de forma clínica e através de exames de imagens, para monitorar a extensão dos cistos. Dessa forma, após constatada a regressão da lesão, realizou-se a segunda intervenção cirúrgica.

Após constatar que as lesões estavam em um tamanho em que a enucleação dos cistos não atingiria nenhuma estrutura anatômica nobre, como seio maxilar, nervo alveolar inferior ou causaria uma fratura patológica da mandíbula ou maxila, foi adotada a conduta em bloco cirúrgico de enucleação das lesões císticas sob anestesia geral. Após a cirurgia e alta hospitalar o paciente retornou ao ambulatório de CTBMF do HCS para proservação do caso e conduta em eventuais complicações pós-operatórias, por tempo indeterminado, devido ao risco de recidivas dos cistos.

COLETA DE DADOS

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa foram coletados os dados do paciente realizados durante o tratamento: Tomografias Computadorizadas, RX de Face, Exames

Histopatológicos, RX de Tórax e Crânio, além de fotografias pré, trans e pós-operatórias, já documentadas no serviço de CTBMF do HCS.

RESULTADOS

Paciente I.A.M., sexo masculino, 11 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica do Centro Universitário Ingá (UNINGÁ), na cidade de Santa Maria- RS, acompanhado por seu responsável. Durante a anamnese, o paciente relatou edema facial sem presença de dor. Foi realizado exame físico (Figura 1) e solicitado uma Tomografia Computadorizada (Figuras 2, 3, 4, 5, 6 e 7). Após consulta inicial, o paciente foi encaminhado ao Serviço Ambulatorial de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Casa de Saúde, também localizado em Santa Maria- RS.

Figura 1 – Consulta inicial



Figura 2 – Tomografia da lesão 1

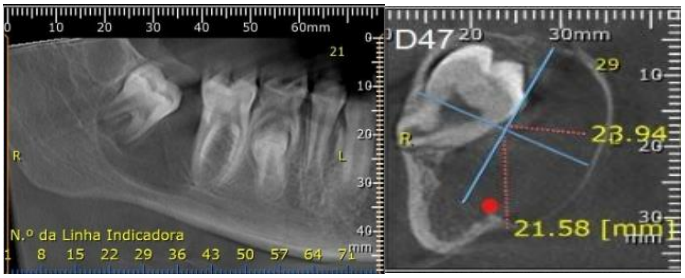


Figura 3 – Tomografia da lesão 1

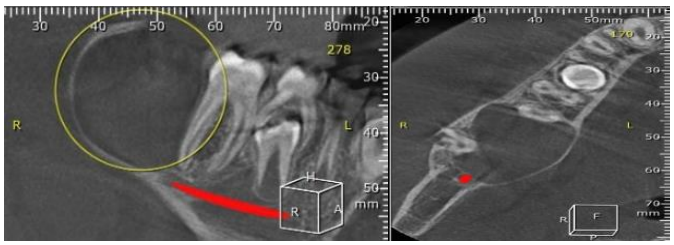
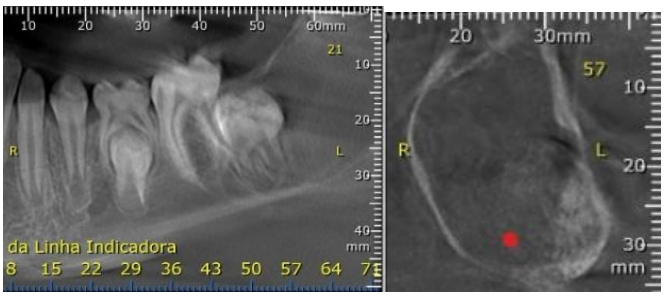


Figura 5 – Tomografia da lesão 2



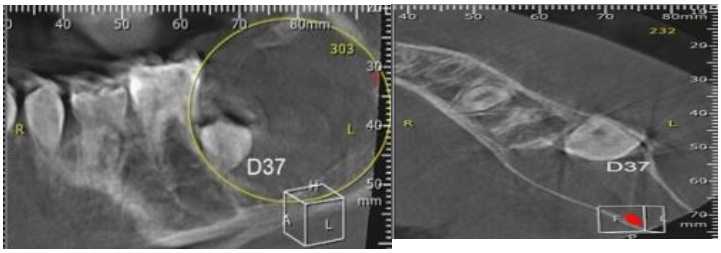
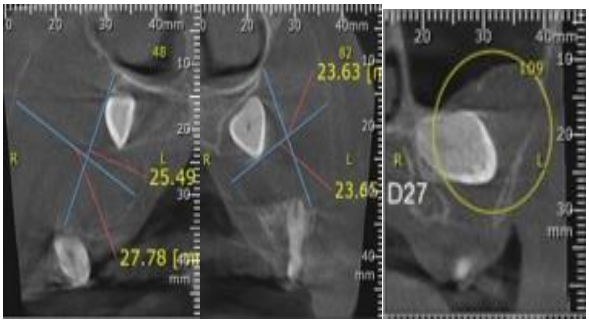


Figura 6 – Tomografia da maxila

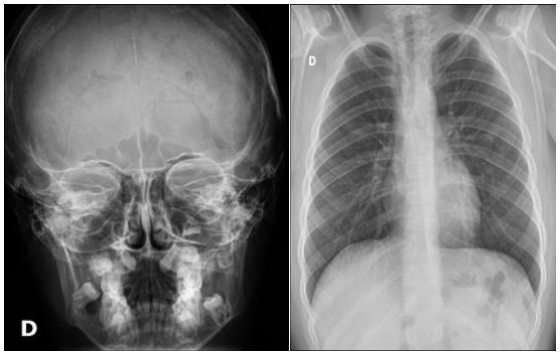


Figura 7 – Tomografia das lesões 3, 4, 5, e



Após avaliar as tomografias realizadas pelo paciente e constatar a presença de lesões, na primeira consulta no ambulatório de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, foi solicitado também exames extras, como radiografia de crânio e tórax, por suspeita de Síndrome de Gorlin-Goltz. Na Tomografia realizada pelo paciente (Figuras 2, 3, 4, 5, 6 e 7) foi possível identificar seis lesões císticas, em maxila e mandíbula, extensas e com envolvimento de estruturas nobres adjacentes. Já as radiografias de crânio e tórax (Figura 8) evidenciaram calcificação na sutura frontal e presença de costela bífida, anomalias esqueléticas indicativas da relação sindrômica.

Figura 8 – Raio X de Crânio e Tórax



A família foi orientada a buscar acompanhamento com dermatologista e geneticista devido ao risco de carcinoma basocelular associado à síndrome. Optou-se por tratamento conservador das lesões císticas, iniciando com descompressão em bloco cirúrgico sob anestesia geral, utilizando drenos de borracha e de Penrose, com coleta de material para exame histopatológico. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências, com uso de analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, além de orientações de higiene. Na primeira revisão, após sete dias, o paciente apresentava apenas leve desconforto, boa cicatrização e ausência de sinais inflamatórios.

Figura 9 – Consulta pós-operatória de 7 dias



Para acompanhar o desenvolvimento do caso, foi solicitado uma vez por mês que o paciente retornasse a consultas com radiografia panorâmica (Figuras 10, 11 e 12), dessa forma, o paciente foi acompanhado até que se constatasse a regressão esperada das lesões para que fosse possível realizar a intervenção cirúrgica sem lesar estruturas nobres adjacentes.

Figura 10 – Panorâmica 1 mês após descompressão



Figura 11 – Panorâmica 2 meses após descompressão

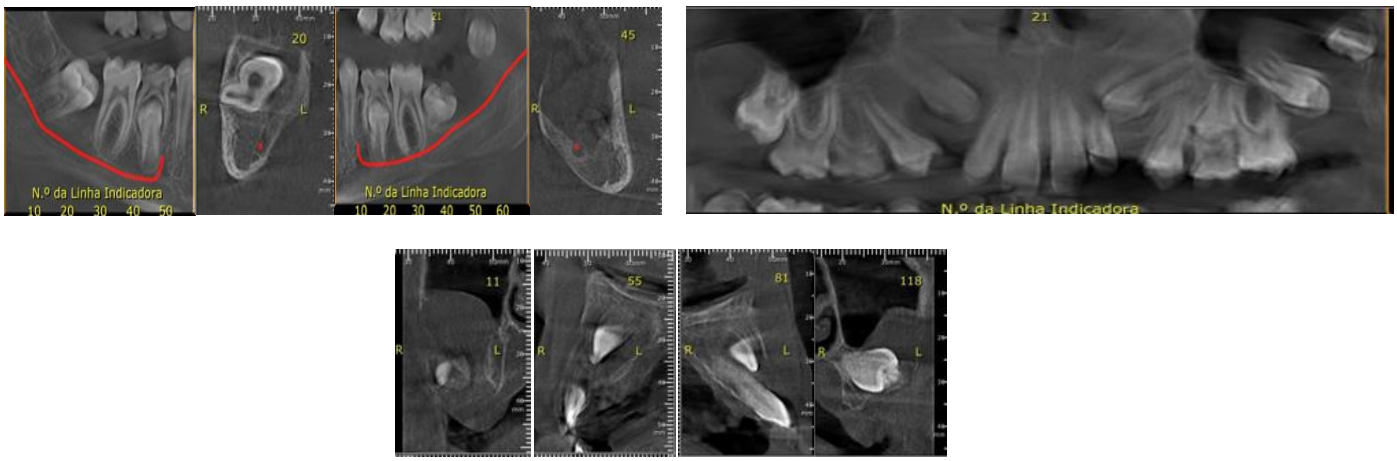


Figura 12 – Panorâmica 3 meses após descompressão



Após 3 meses, foi solicitado uma nova tomografia computadorizada (Figura 13) com o objetivo de avaliar a proximidade das lesões com estruturas nobres e realizar a enucleação de forma mais segura.

Figura 13 – Tomografia pré-cirúrgica



Constatada a viabilidade do procedimento, foi realizada a conduta cirúrgica (enucleação) em bloco, o que incluiu a exodontia dos dentes 17, 27, 37, 47 e 48, enucleação das lesões císticas 1, 2, 3, 4, 5 e 6 (Figura 14), e a colagem de dispositivos para tracionamento ortodôntico dos dentes 13 e 23 (Figura 15). As lesões removidas foram encaminhadas para análise de exame histopatológico.

Figura 14 – Enucleação das lesões císticas

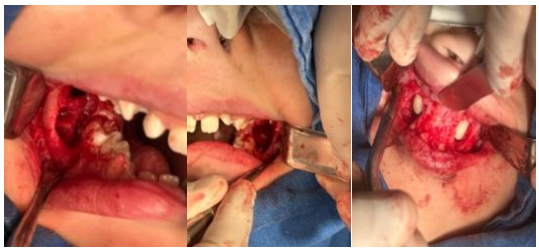


Figura 15 – Colagem de dispositivo para tracionamento ortodôntico



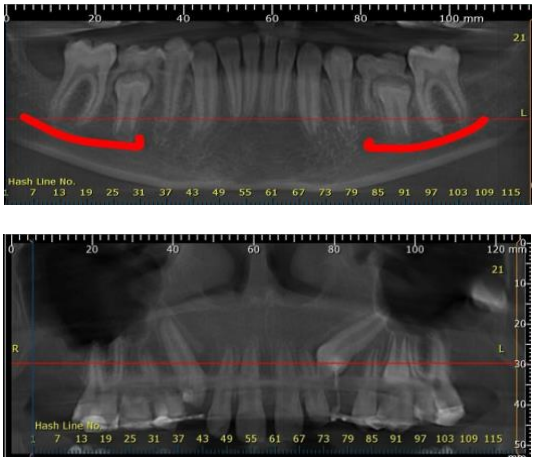
Após sete dias do procedimento cirúrgico, o paciente retornou para consulta de pós-operatório, sendo então encaminhado para realizar tratamento ortodôntico. Foi orientado também a voltar para uma consulta de acompanhamento após dois meses, com novo exame de imagem (radiografia panorâmica) (Figura 16). Na consulta seguinte, foi recebido o laudo histopatológico (Apêndice F) que identificou como membranas císticas as lesões localizadas nos lados direito e esquerdo da mandíbula, bem como a lesão na região posterior do lado esquerdo da maxila. Por outro lado, a lesão na região anterior da maxila e na região posterior do lado direito foram diagnosticadas como Ceratocisto odontogênico, o que condiz com o diagnóstico da Síndrome de Gorlin-Goltz. Diante disso, foi solicitada uma tomografia computadorizada das regiões envolvidas (Figura 17) a ser realizada cinco meses após a enucleação. Na consulta de cinco meses pós-operatória, ocorreu o último acompanhamento clínico do caso, onde o paciente encontrava-se em fase ativa de tracionamento ortodôntico, sem queixas de dor e com resultado estético satisfatório.

Por fim, foi orientado que se realize o acompanhamento radiográfico anual a fim de verificar possível recidiva das lesões.

Figura 16 – Panorâmica 2 meses pós enucleação



Figura 17 – 5 meses após enucleação



DISCUSSÃO

A associação entre múltiplos cistos dentários e outras anomalias passou a ser relacionada a síndromes a partir da década de 1930. No entanto, foi apenas em 1960 que Gorlin e Goltz descreveram um conjunto característico de achados clínicos e radiográficos, consolidando o que hoje é conhecido como Síndrome de Gorlin-Goltz (Dixit S; Acharya; Dixit PB, 2009). Diante disso, nesse estudo foram encontradas características que correspondem a relação sindrômica, como a presença de múltiplos cistos odontogênicos, calcificação na sutura frontal e costela bífida, evidências que sustentam o diagnóstico para a Síndrome.

O ceratocisto odontogênico ou KCOT, está fortemente relacionado com a síndrome, segundo Neville e colaboradores (2009), seu surgimento está presente em pelo menos 75% dos pacientes e sua remoção geralmente acontece antes dos 19 anos, como é o caso do paciente deste relato. Sendo assim, a idade do indivíduo quando surge o primeiro cisto é menor do que em pacientes que não são afetados pela síndrome e que possuem ceratocistos isolados.

O protocolo para tratar lesões císticas varia da escolha do profissional, na literatura ainda não há uma abordagem específica que defina qual o melhor método para a remoção de cistos, no entanto, dois principais métodos são frequentemente citados: enucleação e descompressão (Allon *et. al* 2015). A enucleação cirúrgica completa é um procedimento pelo qual é possível remover toda lesão cística de uma só vez, apesar da sua eficácia, apresenta por desvantagem o risco de comprometer estruturas saudáveis, como tecidos adjacentes a lesão e até mesmo fraturas ósseas (Hupp; Ellis; Tucker, 2009).

A descompressão é uma técnica conservadora que reduz gradualmente o tamanho do cisto por meio de uma abertura com dreno. Quando combinada à enucleação, especialmente em crianças, oferece vantagens como preservação de germes dentários, menor risco a estruturas anatômicas, mínima interferência no crescimento esquelético e maior aceitação por ser menos invasiva (Allon *et al.,* 2015).

Portanto, o manejo da síndrome de Gorlin requer abordagem multidisciplinar e acompanhamento vitalício, pois os múltiplos ceratocistos odontogênicos são característicos da doença e apresentam alto risco de recorrência. (Hashmi *et. al*, 2016).

CONCLUSÃO

Diante do caso apresentado, conclui-se que a abordagem por meio da técnica de descompressão seguida de enucleação mostrou-se a mais apropriada, especialmente considerando-se tratar de um paciente pediátrico. Essa escolha terapêutica permitiu a preservação das estruturas ósseas e dentárias, aspecto fundamental para minimizar impactos no desenvolvimento esquelético facial. Ressalta-se, ainda, a importância do diagnóstico precoce e da atuação de uma equipe multidisciplinar, composta por cirurgiões bucomaxilofaciais, geneticistas e dermatologistas, como fator decisivo para a condução de um tratamento completo, seguro e eficaz no que diz respeito a Síndrome de Gorlin-Goltz.

REFERÊNCIAS

ALLON, D. M.; ALLON, I.; ANAVI, Y.; KAPLAN, I.; CHAUSHU, G. Decompression as a treatment of odontogenic cystic lesions in children. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 73, n. 4, p. 649-654, abr. 2015.

DIXIT, S.; ACHARYA, S.; DIXIT, P. B. Multiple odontogenic keratocysts associated with Gorlin-Goltz syndrome. **Kathmandu University Medical Journal (KUMJ)**, v. 7, n. 28, p. 414-418, out./dez. 2009.

EVANS, D. G.; FARNDON, P. A. **GeneReviews**®. In: PAGON, R. A.; ADAM, M. P.; ARDINGER, H. H.; WALLACE, S. E.; AMEMIYA, A.; BEAN, L. J. H.; BIRD, T. D.; FONG, C. T.; MEFFORD, H. C.; SMITH, R. J. H.; STEPHENS, K. (eds.). Seattle (WA): University of Washington, 1993-2015.

GORLIN, R. J.; GOLTZ, R. W. Multiple nevoid basal cell epithelioma, jaw cysts and bifid rib. A syndrome. **The New England Journal of Medicine**, v. 262, p. 908-912, 5 maio 1960.

HASHMI, A. A.; EDHI, M. M.; FARIDI, N.; HOSEIN, M.; KHAN, M. Multiple keratocystic odontogenic tumors (KCOT) in a patient with Gorlin syndrome: a case report with late presentation and absence of skin manifestations. **BMC Research Notes**, v. 9, p. 357, 22 jul. 2016.

HUPP, J. R. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

KAMMER, P. V.; MELLO, F. W.; RIVERO, E. R. C. Comparative analysis between developmental and inflammatory odontogenic cysts: retrospective study and literature review. **Oral and Maxillofacial Surgery,** v. 24, n. 1, p. 73-84, mar. 2020.

LOVIN, J. D.; TALARICO, C. L.; WEGERT, S. L.; GAYNOR, L. F.; SUTLEY, S. S. Gorlin's syndrome with associated odontogenic cysts. **Pediatric Radiology**, v. 21, n. 8, p. 584-587, 1991.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PEREIRA, L. C. C.; PEREIRA, L. H. M. C. Lesões císticas múltiplas do complexo maxilo-mandibular: relato de um caso**.** ***Revista da APCD***, v. 41, n. 4, p. 211-214, 1987.

PRITCHARD, L. J.; DELFINO, J. J.; IVEY, D. M.; SCLAROFF, A.; GIGLIO, J. A. Variable expressivity of the multiple nevoid basal cell carcinoma syndrome. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 40, n. 5, p. 261-269, maio 1982.

RIOUX-FORKER, D.; DEZIEL, A. C.; WILLIAMS, L. S.; MUZAFFAR, A. R. Odontogenic cysts and tumors. **Annals of Plastic Surgery**, v. 82, n. 4, p. 469-477, abr. 2019.

ROSTOCK, K. H.; GUNDLACH, K. Odontogene Tumoren. **Mund Kiefer GesichtsChir,** v. 4, supl. 1, p. S187-S195, 2000.

WAKOLBINGER, R.; BECK-MANNAGETTA, J. Long-term results after treatment of extensive odontogenic cysts of the jaws: a review. **Clinical Oral Investigations**, v. 20, n. 1, p. 15-22, jan. 2016.

WALDRON, C. A. Cistos e tumores odontogênicos. In: NEVILLE, B. W. **Patologia oral e maxilofacial.** 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 679-7.

Este trabalho de acesso aberto está licenciado sob Creative Commons - Atribuição (CC BY 4.0).