

# Lesões quísticas ou tumorais na região oral: breve diagnóstico diferencial de dois casos da coleção identificada Trocas Internacionais (Coimbra, primeira metade do século XX)

Luís Miguel Marado<sup>1,2</sup> e Ana Maria Silva<sup>1,2</sup>

luismarado@gmail.com; amgsilva@antrop.uc.pt

<sup>1</sup>Departamento de Ciências da Vida, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra;

<sup>2</sup>CIAS – Centro de Investigação em Antropologia e Saúde



Os maxilares podem ser afectados por crescimentos de várias categorias: a) tumores, massas anormais de tecido que podem ser benignas (mais comuns) ou malignas, consoante a velocidade do seu crescimento e a sua capacidade de invadir outros tecidos (1); b) quistos, massas líquidas ou semi-sólidas envolvidas por uma membrana (2); e c) hamartomas, massas de tecido normal que se desenvolve em excesso (3).

São descritos dois casos da coleção Trocas Internacionais, identificados aquando da observação da morfologia oral de 600 indivíduos das colecções identificadas da Universidade de Coimbra.

## Caso 1

O indivíduo nº 836 (♂, 66 anos) apresenta uma depressão ( $\pm$  1,9cm por 1,3cm) bem delimitada de margens e paredes regulares na região posterior do palato, na área do *foramen* incisivo, revelando os canais incisivos (Figuras 1 e 2).

As características desta lesão são compatíveis com um quisto nasopalatino (2, 4-7). Contudo, o diagnóstico diferencial enquadra ainda as seguintes condições: outros quistos maxilares (quistos “primordiais”, radiculares, foliculares e naso-alveolares); ducto nasopalatino aumentado; comunicação buconasal ou buco-sinusal; osteíte com fístula palatal; e granuloma central de células gigantes (2, 4).

A posição da lesão e a sua distância em relação aos tecidos dentários permitem excluir quistos de origem odontogénica ou radicular. O tamanho e a forma da lesão excluem ainda o aumento do ducto nasopalatino. A conservação e a aparência fisiologicamente normal do osso cortical permitem rejeitar o diagnóstico de osteíte, a presença de comunicações buconasal ou buco-sinusal e quisto naso-alveolar.

O granuloma central de células gigantes (GCCG) -- lesão reactiva ou tumoral que afecta mais comumente as mulheres, indivíduos entre 20 e 30 anos, e a mandíbula -- pode manifestar-se com crescimento lento e não perfurar o osso cortical, mas é tipicamente uma lesão intraóssea que pode causar destruição trabecular e cortical, bem como alteração das posições das raízes dentárias (8, 9). A idade do indivíduo (66 anos), o seu sexo ♂, a localização da lesão no maxilar e as suas características não parecem coadunar-se com GCCG; este diagnóstico, ainda assim, não pode ser posto de parte.

O quisto nasopalatino manifesta-se na linha média do palato anterior; é o quisto de origem não-odontogénica mais frequente, entre os 40 - 60 anos, e em homens. Dor, inchaço e drenagem são alguns sintomas deste quisto, que é frequentemente assintomático (2, 4-7). Tem etiologia diversa (trauma, infecção, genética, bloqueio de ductos, etc). A confirmação clínica do diagnóstico é histológica, e portanto impossível neste caso (2). Habitualmente estes quistos apresentam-se claramente circunscritos por margens de osso cortical (7).

## Conclusões

A identificação de lesões tumorais, quísticas ou hamartomatosas em material esquelético é importante para a caracterização da sua paleoepidemiologia. A observação macroscópica permite reduzir as hipóteses diagnósticas, mas não admite diagnósticos definitivos. Mesmo o uso de microscopia, radiografia ou outros métodos imagiológicos podem não permitir um diagnóstico definitivo, dependendo da lesão (1, 11, 12).

## Referências

1. Bartelink, EJ; Wright, LE. 2011. International Journal of Osteoarchaeology, 21: 351.
2. Cecchetti, F, et al. 2012. ORAL & Implantology, V: 47.
3. Koregol, AC, et al. 2014. Research and Reviews: Journal of Dental Sciences, 2: 29.
4. Escoda Francolí, J, et al. 2008. Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal, 13: E438.
5. Ely, N, et al. 2001. International Journal of Paediatric Dentistry, 11: 135.
6. Nelson, BL; Linfesty, RL. 2010. Head and neck pathology, 4: 121.
7. Vasconcelos, RF, et al. 1999. Oral Diseases, 5: 325.
8. Ciorba, A, et al. 2004. Acta Otorinolaryngologica Italica, 24: 26.
9. Regezi, JA. 2002. Modern Pathology, 15: 331.
10. Oliveira, BH, et al. 2001. Pediatric Dentistry, 23: 151.
11. Silva, AM; Wasterlain, SN. 2009. International Journal of Osteoarchaeology, 20: 579.
12. Kay, LW. 1971. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 64: 550.

**Agradecimentos**DCV-FCTUC; CIAS; Comissão Organizadora das IV Jornadas Portuguesas de Paleopatologia; revisores anónimos.

LMM é apoiado pela FCT (Fundação para a Ciência e a Tecnologia), com a Bolsa de Doutoramento SFRH/BD/70183/2010.

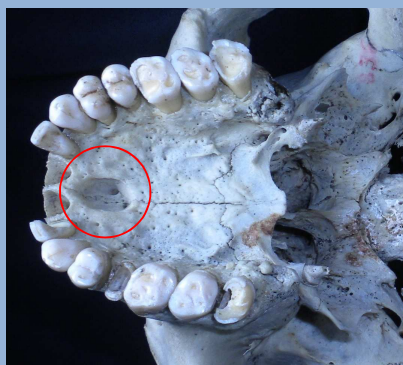


Fig. 1 – Palato do indivíduo 481 (caso 2). Lesão no centro da imagem. Diferente posição da fonte de luz.

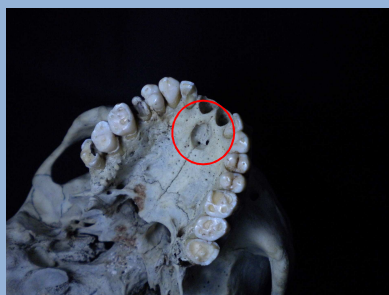


Fig. 2 – Palato do indivíduo 481 (caso 2). Lesão no centro da imagem.



Fig. 3 – Vista oclusal do ramo direito da mandíbula do indivíduo 836 (caso 1).



Fig. 4 – Vista oclusal do ramo direito da mandíbula do indivíduo 836 (caso 1).



PEst-OE/SADG/UI0283/2013

