

QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO

ODONTOGENIC KERATOCYSTIC IN MANDIBLE: CASE REPORT

JONH ELTON REIS RAMOS¹, LETYCIA MARIA LOPES DE OLIVEIRA¹, MARCELLO ARRIGHI CAIAFFA MENDONÇA PERILLO DE FREITAS¹, LUCAS BORGES FLEURY FERNANDES¹, UANDER DE CASTRO OLIVEIRA¹, ITALO CORDEIRO DE TOLEDO², GIOVANNI GASPERINI³

1. Residente do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas (HC-UFG), Goiânia, GO, Brasil; 2. Preceptor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas (HC-UFG), Goiânia, GO, Brasil; 3. Coordenador da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas (HC-UFG), Goiânia, GO, Brasil.

* Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, 1ª Avenida, S/N, Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, Brasil CEP: 74605-020. jonhreisbuco@gmail.com

Recebido em 09/09/2019. Aceito para publicação em 22/10/2019

RESUMO

O queratocisto odontogênico é uma lesão de comportamento biológico benigno dos ossos gnáticos, entretanto de caráter infiltrativo e agressivo. A 2ª e 3ª década de vida é onde se encontra maior predileção, sendo a região posterior da mandíbula a região anômica de maior incidência, com predisposição ao gênero masculino. A marsupialização, descompressão e enucleação estão entre as opções de tratamento, associadas a medidas adjuvantes como a osteotomia periférica, solução de carnoy e crioterapia, visto que a lesão tem alta taxa de recorrência. O presente estudo tem por objetivo relatar um caso clínico de uma paciente de 52 anos de idade, feoderma, que foi encaminhada ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com hipótese diagnóstica de lesão cística. Ao exame imaginológico, detectou-se lesão radiolúcida unilocular de limites definidos associado a terceiro molar inferior direito. Ao exame físico observou-se ausência de sintomatologia, corticais ósseas sem alterações. Foi realizado biópsia incisional e após análise anatomopatológica foi obtido diagnóstico de queratocisto odontogênico. Esta foi submetida à enucleação da lesão juntamente com a exodontia do elemento 48, sob anestesia geral. No momento, segue em acompanhamento de um ano, não apresentando sinais de recidiva.

PALAVRAS-CHAVE: Queratocisto, cistos odontogênicos, terapêutica.

ABSTRACT

The odontogenic keratocyst is a lesion of benign biological behavior the gnatic bones, however of infiltrative and aggressive character. The 2nd and 3rd decade of life is where the greatest preference is found, with the posterior region of the mandible being the anatomical region with the highest incidence, predisposed to the male gender. Marsupialization, decompression and enucleation are among the treatment options associated with adjuvant measures such as peripheral osteotomy, carnoy's solution and cryotherapy, since the lesion has a high recurrence rate. The aim of the present study is to report a case report of a 52-year-old female patient, who was referred of the Oral and Maxillofacial Surgery service of the Clinical Hospital of the Federal University of Goiás, with a diagnostic hypothesis of cystic lesion. Imaging revealed

unilocular radiolucent lesion of defined limits associated with right lower third molar. Physical examination revealed no symptoms, bone cortical without alterations. An incisional biopsy was performed and after pathological analysis a diagnosis of odontogenic keratocyst was obtained. It was submitted to enucleation of the lesion together with extraction of element 48 under general anesthesia. At the moment, it is followed up for one year, showing no signs of relapse.

KEYWORDS: Keratocyst, odontogenic cysts, therapy.

1. INTRODUÇÃO

Descrito pela primeira vez por Philipsen em 1956, o queratocisto odontogênico é uma lesão de comportamento biológico benigno dos ossos gnáticos¹. Por conta do seu comportamento agressivo e infiltrativo até 2005 a OMS classificou como tumor odontogênico, entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2017 reclassificou esta lesão como um cisto odontogênico de desenvolvimento².

Queratocistos odontogênicos são de grande interesse entre os cirurgiões bucomaxilofaciais por conta de sua alta taxa de recorrência. A literatura atual relata uma taxa de recidiva de 0% a 46%³. A lesão pode ocorrer em qualquer região dos ossos maxilares, entretanto, tem predileção pelo corpo e ramo ascendente da mandíbula^{2,3}.

Radiograficamente, pode ser evidente, área radiolúcida, bem delimitada, multilocular ou unilocular, é possível apresentar halo esclerótico, com margens regulares ou ondulares, envolvendo ou não um dente retido. Deslocamento de dentes impactados ou irrompidos, reabsorção radicular, extrusão de dentes irrompidos são outros possíveis achados radiográficos^{2,4}. Histologicamente, seu aspecto é definido por uma cápsula cística composta por epitélio estratificado pavimentoso, com ortoparaqueratina, uma camada de células basais em paliçadas e parede de tecido fibroso com células satélites³.

Várias modalidades de tratamento foram usadas no queratocisto odontogênico, podendo ser classificados como abordagens conservadoras ou agressivas. Dentre

as possibilidades terapêuticas conservadoras estão a marsupialização e descompressão. Abordagens agressivas variam de enucleações à ressecções, tendo com possibilidade de terapia adjuvante a aplicação de solução de carnoy, crioterapia ou osteotomia periférica^{5,6}.

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de queratocisto odontogênico em região posterior de mandíbula, associado a dente incluído, tendo como opção de tratamento a enucleação com osteotomia periférica, afim de evitar possíveis recidivas.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 52 anos de idade, Feoderma, procurou atendimento no ambulatório CTBMF do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com hipótese diagnóstica de lesão cística. Ao exame físico intraoral, observou-se uma lesão de aspecto tumoral, localizada na região retromolar inferior do lado direito, medindo cerca de 4,0 cm em seu maior diâmetro, de coloração semelhante à da mucosa e de consistência flácida. O exame radiográfico revelou a presença de uma imagem radiolúcida com limites bem definidos na região posterior da mandíbula, do lado direito, associado a terceiro molar incluído, sugerindo uma lesão de origem odontogênica. (Figura 1 e 2)

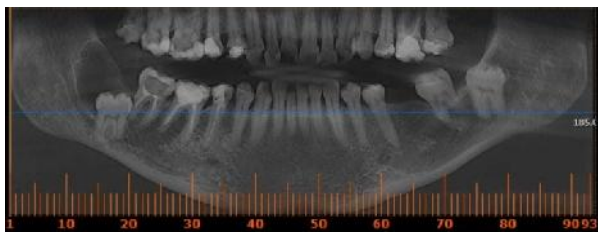


Figura 1. A) Tomografia Computadorizada Cone Beam inicial (reconstrução panorâmica), evidenciando lesão hipodensa circundando coroa dente 48



Figura 2. Discreto aumento de volume localizado por vestibular em região retromolar recoberto por mucosa normal

Como planejamento foi realizado primeiramente uma punção aspirativa, sendo positiva para líquido citrino e biópsia incisional da lesão juntamente com envio para exame anátomopatológico, tendo como resultado histopatológico o diagnóstico de queratocisto

odontogênico. (Figura 3)

A paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para realização da cirurgia sob anestesia geral, intubação oral, infiltração com bupivacaína e epinefrina (5 ml), antisepsia intra e extra-oral com clorexidina aquosa 2%, aposição dos campos e instalação do tampão orofaríngeo; acesso intraoral em fundo de vestibulo mandibular direito, descolamento mucoperiosteal, exérese da lesão e exodontia elemento 48 (Figura 4 e 5). Optou-se realizar osteotomia periférica da região como tratamento adjuvante, visando menor risco de recidiva. Suturas dos acessos com vicryl 4-0, remoção do tampão orofaríngeo, reversão da anestesia geral, extubação e encaminhamento a sala de recuperação pós anestesia.

A paciente foi orientada quanto aos riscos de fratura na região, caso ela sofresse algum trauma de maior intensidade, devendo, assim, evitar esportes de contato ou qualquer atividade que colocasse em risco a estrutura óssea. Foram realizadas radiografias controles a cada seis meses. (Figura 6)

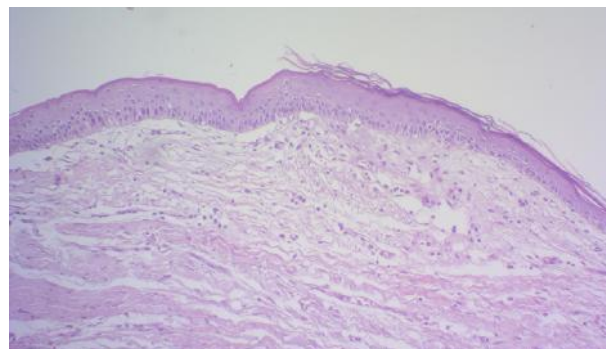


Figura 3. Fotomicrografia revelando o epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado corrugado



Figura 4. Aspecto transcirúrgico, após exérese da lesão e exodontia do elemento 48, evidenciando a presença da cavidade cística em corpo e ramo mandibular.

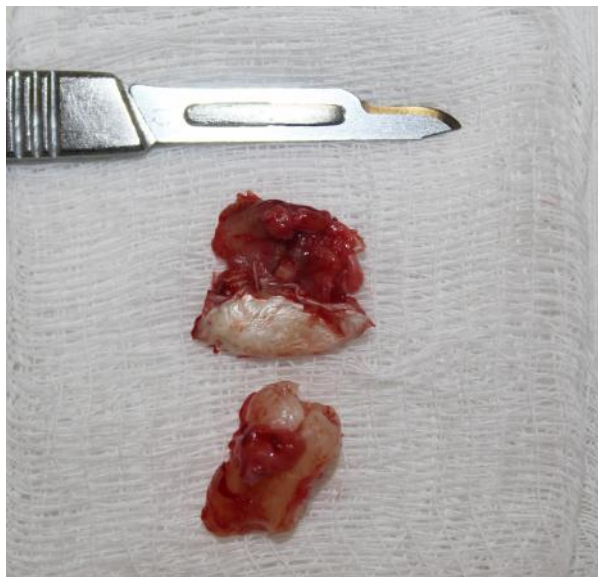


Figura 5. Peça cirúrgica removida com o elemento dental



Figura 6. Radiografia panorâmica de controle da lesão após 01 ano do tratamento

3. DISCUSSÃO

Embora a literatura contenha muitas formas de tratamento do queratocisto odontogênico, o debate ainda existe quanto a terapêutica mais efetiva para essa lesão. Como em qualquer lesão odontogênica, a avaliação inicial deve incluir uma história completa, exame físico, estudos radiográficos, e o desenvolvimento de um provável diagnóstico diferencial. Dependendo do tamanho, localização, e comportamento, o cirurgião bucomaxilo deve decidir sobre um biópsia incisional ou excisional, a punção aspirativa prévia pode ser útil^{3,6}.

Em pacientes com múltiplos queratocistos odontogênicos, a avaliação para a presença da síndrome do carcinoma nevóide basocelular (síndrome de Gorlin Goltz) deve ser realizada. Queratocistos maiores, com possível perfuração cortical, merecem exames de imagem especializados, como tomografias computadorizadas^{7,9}.

O tratamento do queratocisto odontogênico varia de enucleação e curetagem a ressecção óssea. Vários fatores devem ser considerados na seleção de um tratamento apropriado, incluindo extensão, localização, presença de perfuração ou comprometimento dos tecidos moles, idade, natureza individual e primária ou recorrente de lesão. Recomenda-se acompanhamento a

longo prazo, levando em consideração que a lesão apresenta recidivas tardias^{5,8,10}.

A descompressão cística seguida de irrigação promove a perda do anticorpo citoceratina-10, responsável pelo processo de queratinização, proporcionando uma diferenciação epitelial, podendo determinar a redução nos casos de recorrência, sendo utilizada como mais uma alternativa terapêutica para essas lesões¹¹. Apesar de sua agressividade, essa patologia apresenta baixo poder de transformação carcinomatosa, com doze casos encontrados na literatura^{9,12}.

Com exceção do seu alto índice de recidiva, o queratocisto odontogênico tem um prognóstico favorável para a maioria dos casos¹¹. Autores relatam que a maioria das recidivas podem ser clinicamente evidentes após 5 anos do procedimento cirúrgico, entretanto há relatos de manifestação após 10 anos, desta forma, é essencial um acompanhamento clínico das lesões. O caso relatado, terá um tempo prolongado de preservação, levando em consideração seu potencial de recorrência.

As indicações de enucleação total da lesão acompanhada de osteotomia periférica tem sido indicada por muitos autores, com a finalidade de tratamento e também de redução da taxa de recidiva. No caso em questão, optamos por essa técnica, visando a exérese de toda lesão, exodontia do elemento 48, sem sequelas funcionais. Desta forma, a paciente não foi acometida com uma morbidade inerente de um tratamento mais agressivo.

4. CONCLUSÃO

É fundamental o conhecimento aprofundado das características clínicas e radiográficas dessa lesão, visando um diagnóstico correto e uma indicação precisa da técnica cirúrgica a ser utilizada. A enucleação com curetagem seguida de osteotomia periférica, tem se mostrado uma boa opção terapêutica, levando em consideração lesões que não afetem estruturas anatômicas nobres próximos a lesão, diminuindo seu grau de morbidade e potencial de recidivas. Independentemente da opção de tratamento, o acompanhamento pós-operatório é de extrema relevância, a fim de constatar ausência de qualquer sinal de recorrência.

REFERÊNCIAS

- [1] Philipsen HP. Om keratocyster (kolesteatom) kaeberne. Tandlaegebladet. 1956; 60:963–981.
- [2] Tolentino E. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou? Revista Da Faculdade De Odontologia – UPF. 2018; 23(1).
- [3] Neville BVV, Damm DD, Allen CM et al. Patologia Oral & Maxilofacial, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.
- [4] Myoung, H. et al. Odontogenic Keratocystic: review of 256 cases for recurrence and clinic pathologic parameters. Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod. 2001; 91(3):328-333.

- [5] Pogrel MA. Treatment of keratocystics: The case For Decompression and marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63:1667-73.
- [6] Kinard BE, Chuang S-K, August M, Dodson TB. For treatment of odontogenic keratocystic is enucleation, when compared to decompression, a less complex management protocol? *J Oral Maxillofac Surg.* 2015; 73(4): 641-648.
- [7] Al-Moraissi EA, Pogrel MA & Ellis E. Enucleation with or without adjuvant therapy versus marsupialization with or without secondary enucleation in the treatment of keratocystic odontogenic tumors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* 2016; 44(9):1395–1403.
- [8] De Sousa FACG, Vieira EMM; Kantorki KZ; Rosa LEB. Queratocisto odontogênico: um estudo retrospectivo. *Ver Pós Grad.*2007; 13(4):324-7.
- [9] Jung Y-S, Lee S-H, Park H-S. Decompression of large odontogenic keratocysts of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63:267-71.
- [10] Li TJ, Browne RM, Matthews JB. Epithelial cell proliferation in odontogenic keratocysts: a comparative immunocytochemical study of 67 in simple, recurrent and basal cell neavus syndrome (BCNS) – associated lesions. *J Oral Pathol Med.* 1995; 24:221-226.
- [11] August M, Faquin WC, Troulis MJ, Kaban LB. Dedifferentiation of odontogenic keratocyst epithelium after cyst decompression. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61:678-83.
- [12] Kelser A, Piloni MJ. Queratoquiste odontogénico com transformación carcinomatosa. *Presentación de um caso. Medicina Oral.* 2002; 7:331-5.