

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO MANDIBULAR AGRESSIVO DE GRANDES PROPORÇÕES

SURGICAL TREATMENT OF HUGE AGGRESSIVE MANDIBULAR CYST

LUCAS TEIXEIRA BRITO^{1*}, LAIZ MOREIRA DE PAULA¹, GERMANO ANGARANI CANDIDO², RUBENS JORGE SILVEIRA³

1. Cirurgião-Dentista, Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pelo Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL); 2. Cirurgião-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pelo Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), Mestrando em Clínica Odontológica – Universidade Federal de Goiás (UFG); 3. Cirurgião-Dentista, Especialista e Tutor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pelo Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), Doutorando em Implantodontia pela Universidade São Leopoldo Mandic.

* Avenida T-13, nº. 1390, Edifício Le Quartier, Setor Bueno, Goiânia, Goiás, Brasil. CEP: 74230050. lucasteixeira.95@hotmail.com

Recebido em 15/05/2020. Aceito para publicação em 29/06/2020

RESUMO

O Queratocisto Odontogênico (QO) é um cisto odontogênico do desenvolvimento que acomete principalmente a região posterior da mandíbula. É caracterizado por seu comportamento agressivo, crescimento de forma infiltrativa e alta taxa de recidivas (5 a 62%). O QO foi recentemente realocado à categoria de cisto e o seu tratamento conservador tem sido altamente defendido. O presente trabalho relata caso clínico de paciente não-sindrômico de 25 anos, sexo masculino, que foi encaminhado ao HUGOL após exame radiográfico de rotina evidenciar imagem sugestiva de lesão. Foram realizadas punção aspirativa e biópsia incisinal da lesão cística. Histopatologicamente, foi observado cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado, confirmando a suspeita clínica de QO. O tratamento proposto foi enucleação da lesão, juntamente com a exodontia do 48. Após 12 meses de proervação, paciente evoluiu com bom aspecto cicatricial da ferida cirúrgica e controle imagiológico apresentando regressão significativa e satisfatória da lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Cistos ósseos, patologia bucal, cirurgia bucal.

ABSTRACT

The Odontogenic Keratocyst (OK) is an odontogenic diagnosis of development that mainly occurs in posterior region of the mandible. It's characterized for your aggressive behavior, infiltrative development and high relapse rates (5 to 62%). The OK was recently reallocated to the cyst category and the conservative treatment was highly defended. The present study reports a clinical case of a 25-year-old non-syndromic male patient, who was referred to HUGOL after a routine radiographic examination showing an image suggestive of an injury. Aspiration puncture and incisinal biopsy of the cystic lesion were performed. Histopathologically, a cystic cavity covered by stratified parakeratinized squamous epithelium was observed, confirming the clinical suspicion of OQ. The proposed treatment was enucleation of the lesion, together with extraction of the 48. After 12 months of proervation, the patient evolved with a good healing aspect of the surgical wound and imaging control showing significant and satisfactory regression of the lesion.

KEYWORDS: Bone Cysts; Oral Pathology; Oral Surgery

1. INTRODUÇÃO

As lesões odontogênicas podem ser divididas em cistos (apresentam normalmente membrana epitelial circundando a lesão) e tumores (massa de tecido sólido que não necessariamente é neoplásico). O Queratocisto é originado dos restos celulares da lâmina dentária e apresenta diferente mecanismo de crescimento, bem como comportamento biológico o que lhe confere altos índices de recidiva. Diferentemente do cisto dentígero e radicular que crescem por pressão osmótica dentro da cavidade cística, acredita-se que o Queratocisto cresce decorrente de fatores genéticos inerentes ao seu próprio epitélio ou de atividade enzimática na parede fibrosa do cisto¹.

Queratocistos odontogênicos ocorrem com maior frequência em região posterior de mandíbula (ângulo e ramo ascendente) e de maxila (próximo a região de túber). A localização das lesões é importante no diagnóstico diferencial pois além do queratocisto, temos outras lesões como o ameloblastoma e o cisto dentígero que podem acometer essas regiões e tem aspecto imagiológico semelhantes².

Desde que se iniciaram os relatos das primeiras recidivas em tratamentos dos cistos queratocisto, inúmeros artigos começaram a ser publicados detalhando o que seria a melhor terapêutica cirúrgica, entretanto não há um consenso sobre qual melhor tratamento. O tratamento depende de diversos fatores, dentre eles: localização da lesão, dimensões, idade e estado sistêmico do paciente além do treinamento e experiência do cirurgião; que pode optar por tratamentos do tipo curetagem ou até amplas ressecções o que aumenta a morbidade pós-operatória³.

O objetivo deste artigo é relatar caso clínico de extenso queratocisto mandibular tratado de forma individualizada, levando-se em consideração os fatores supracitados.

2. CASO CLÍNICO

Paciente, 25 anos, sexo masculino, procurou Cirurgião-Dentista com queixa de dor há 30 dias na região do corpo e ângulo mandibular lado direito. Foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do HUGOL após realização de exame imaginológico (radiografia panorâmica). A radiografia apresentava imagem radiolúcida multilocular de limites definidos na região de trígono retromolar e ramo ascendente da mandíbula, estendendo-se para o corpo mandibular até a região periapical da raiz distal do 46, sugerindo reabsorção radicular da raiz distal do 47 e rechaçamento do canal da mandíbula em direção a base, levantando a hipótese diagnóstica de ameloblastoma, cisto dentígero ou queratocisto (Figura 1).



Figura 1. Radiografia panorâmica apresentando imagens sugestivas de lesão intraóssea em região de corpo, ângulo e ramo mandibular direito associada ao dente 48 incluso.



Figura 2. Aspecto intraoral prévio à biópsia incisiva.

Ao exame clínico o paciente negou alergia a medicamentos e demais comorbidades sistêmicas. A ectoscopia observamos discreta assimetria facial na região do corpo e ângulo mandibular lado direito, sem limitações de abertura bucal. A oroscopia nota-se aumento de volume em fórnice de vestibulo mandibular lado direito (Figura 2).

Optou-se pela realização da tomografia computadorizada da mandíbula (TCM) para melhor avaliação da extensão da lesão, bem como melhor

planejamento cirúrgico. Na TCM, notou-se imagens sugestivas de lesão óssea expansiva osteolítica com densidade de partes moles no seu interior, ausência de evidências de realce pelo contraste envolvendo corpo/ramo/ângulo mandibular direito. Característica levemente insuflativa, com remodelação da cortical óssea, apresentando em seu maior diâmetro 4,0x3,0x2,5 cm. Dente 48 incluso no interior da lesão com a porção radicular em íntimo contato com a raiz distal do 47. (Figura 3 A e B.)



Figura 3. Imagens em corte axial (A) e coronal (B) da tomografia pré-operatória.

Foi realizado sob anestesia local, punção aspirativa da lesão que apresentou secreção purulenta. (Figura 4)

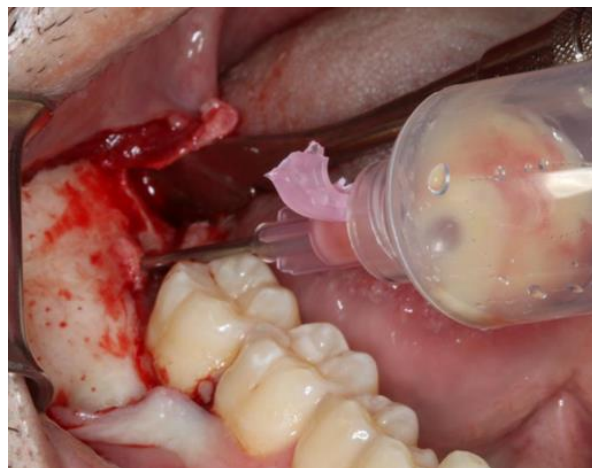


Figura 4. Punção aspirativa com presença de secreção purulenta.

A lesão intraóssea foi abordada com ostectomia em região do 48 incluso e coletado fragmentos ósseos e de tecido mole do interior da lesão, optou-se pela coronectomia do 48 durante a biópsia incisiva. (Figura 5).

Os materiais coletados foram encaminhados para análise. Histopatologicamente, foi observado uma cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado, confirmando a hipótese

diagnóstica de queratocisto. (Figura 6)

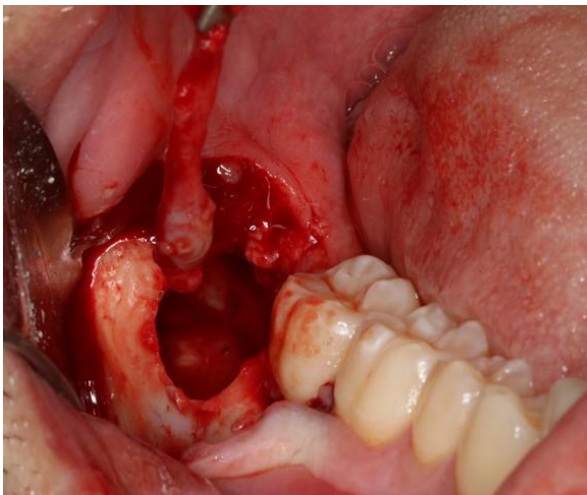


Figura 5. Biópsia incisional.

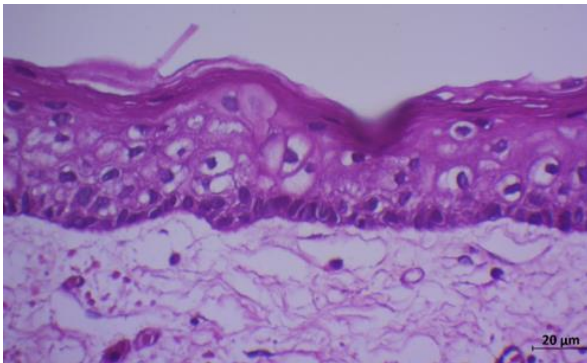


Figura 6. Lâmina do anatomopatológico

Após a confirmação do diagnóstico, foi realizado procedimento cirúrgico de enucleação total da lesão, através de acesso intraoral sob anestesia geral. Após acesso cirúrgico para exposição da lesão, foi realizado ampliação da ostectomia com broca esférica diamantada acoplada à peça reta cirúrgica com irrigação abundante para curetagem de toda loja óssea envolvida. Foram realizados remoção de tecido mole da lesão e remoção do remanescente radicular do 48 incluso e sutura com fio absorvível 4-0 (VICRYL). (Figura 7 A e B).

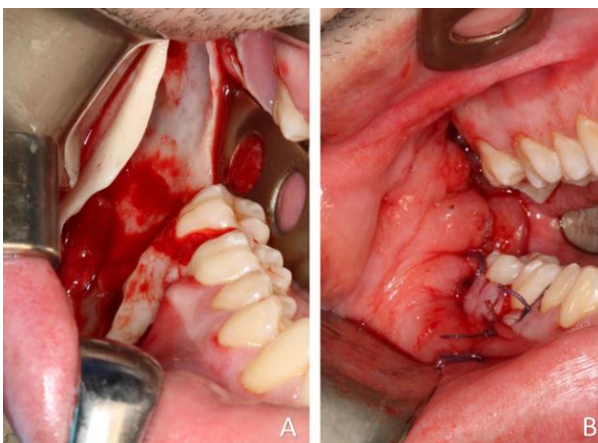


Figura 7. Aspecto da loja óssea após enucleação total da lesão e ostectomia periférica (A) e síntese do retalho cirúrgico (B).

O paciente foi acompanhado à nível ambulatorial, sem apresentar alterações e/ou queixas específicas. Após 12 meses de enucleação percebe-se um aspecto cicatricial satisfatório da área operada (Figura 8).



Figura 8. Aspecto intraoral cicatricial com 12 meses de pós-operatório.

Imaginologicamente apresenta regressão significativa da lesão e neoformação óssea considerável. (Figura 9 A e B).

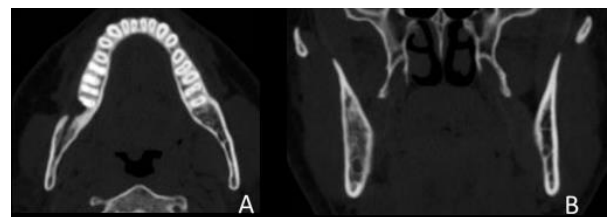


Figura 9. Tomografia computadorizada em corte axial (A) e coronal (B) com 12 meses de acompanhamento.

Através desse relato podemos considerar que a opção cirúrgica escolhida foi resolutive, trazendo menor morbidade se comparado a ressecção e sua eventual necessidade de reconstrução. Outra alternativa como a descompressão iria acarretar um controle mais rigoroso por parte do profissional e do paciente no que se refere a necessidade do uso de dispositivo intraoral, bem como maior dificuldade de higienização e desconforto.

3. DISCUSSÃO

A presença de cistos e tumores odontogênicos em regiões de terceiros molares podem causar danos severos como assimetrias faciais e fraturas patológicas. Não obstante a isso as exodontias de sisos inclusos também podem trazer complicações em aproximadamente 15% dos casos, como infecções pós-operatórias, fraturas de mandíbula e lesões ao nervo alveolar inferior⁴.

Há uma tendência cada vez maior pela exodontia dos sisos de forma precoce para minimizar eventuais surgimentos de lesões patológicas associadas, tendo como princípio fundamental a prevenção. Porém, quando tais lesões já se encontram instaladas as alternativas terapêuticas mudam e uma nova modalidade de tratamento deve ser instituída além da exodontia⁵.

Segundo Spivakovsky *et al.* (2018)⁵ os tratamentos relatados com maior frequência para pacientes não sindrômicos são: enucleação, descompressão seguida de enucleação, marsupialização, marsupialização seguida de enucleação e apenas descompressão. Ressecções ósseas tem sido cada vez menos realizadas pois apesar de apresentarem maior índice de cura, geram maior morbidade e deformidade aos pacientes^{5,6}.

Em certos casos terapias adjuvantes podem ser utilizadas com intuito de reduzir os índices de recidivas decorrentes do comportamento biológico dos cistos queratocísticos. Solução de Carnoy's por exemplo, causa neurotoxicidade irreversível além de ser tóxica aos demais tecidos adjacentes, pele e folículos dentários. Danos irreversíveis também atingem o tecido ósseo, impossibilitando reconstruções ósseas imediatas. Crioterapia com nitrogênio líquido causa necrose celular ao tecido ósseo tornando-o mais frágil e propício a fraturas patológicas, além de eventual dano ao tecido mole adjacente^{6,7}. Sendo assim, se justifica o uso da enucleação por curetagem óssea sem terapia adjuvante no caso relatado neste artigo.

Entretanto, autores como Al-Moraissi, *et al.* (2017)⁸ apresentam resultados de tratamentos mais agressivos sendo os mais efetivos. Ressecções mandibulares estão em primeiro lugar, com os menores índices de recidivas seguidos por enucleação associado ao uso de solução de Carnoy's ou crioterapia⁸.

4. CONCLUSÃO

Tratamento do cisto queratocístico sempre foi controverso na literatura, apresentando inúmeras abordagens descritas, cada uma com suas peculiaridades. Os autores deste artigo reforçam a necessidade de tratar cada caso de forma individualizada devendo-se levar em consideração não apenas o aspecto biológico e comportamental da lesão, mas principalmente os fatores inerentes ao paciente e a expertise do cirurgião que trata dessas lesões.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Investig Clin Dent* [Internet]. 2014 Feb;5(1):9–14. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jicd.12044>
- [2] Shusarenko da Silva Y, Stoelinga PJW, Naclério-Homem M da G. The presentation of odontogenic keratocysts in the jaws with an emphasis on the tooth-bearing area: a systematic review and meta-analysis. *Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2019 Mar 2;23(2):133–47. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10006-019-00754-5>
- [3] Blanas N, Freund B, Schwartz M, Furst IM. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology* [Internet]. 2000 Nov;90(5):553–8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S107921040051052X>
- [4] Mello FW, Melo G, Kammer PV, Speight PM, Rivero ERC. Prevalence of odontogenic cysts and tumors associated with impacted third molars: A systematic review and meta-analysis. *J Cranio-Maxillofacial Surg* [Internet]. 2019 Jun;47(6):996–1002. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2019.03.026>
- [5] Spivakovsky S. Surgical treatments for nonsyndromic odontogenic keratocysts. *Evid Based Dent* [Internet]. 2018 Jun 22;19(2):55–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ebd.6401309>
- [6] Mayara de C, Clenivaldo C, Marina de C, Noé R, Marta M, Alessandro P, *et al.* Outcomes of conservative surgical treatments of nonsyndromic odontogenic keratocysts: a systematic review, meta-analysis and clinicopathologic series presentation. 2017; Disponível em: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42017060964
- [7] Diaz-Belenguer A, Sanchez-Torres A, Gay-Escoda C. Role of carnoy's solution in the treatment of keratocystic odontogenic tumor: A systematic review. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal* [Internet]. 2016;21(6):0–0. Disponível em: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/aop/21250.pdf>
- [8] Al-Moraissi EA, Dahan AA, Alwadeai MS, Oginni FO, Al-Jamali JM, Alkhutari AS, *et al.* What surgical treatment has the lowest recurrence rate following the management of keratocystic odontogenic tumor?: A large systematic review and meta-analysis. *J Cranio-Maxillofacial Surg* [Internet]. 2017 Jan;45(1):131–44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2016.10.013>