

Queratocisto odontogênico em mandíbula: relato de caso

Odontogenic keratocyst of the mandible: clinical case

Queratoquiste odontogênico: reporte de caso

Thauany Vasconcelos Soares da **SILVA**¹

Lucas André Barros **FERREIRA**²

Sirius Dan **INAOKA**³

Davi Felipe Neves **COSTA**⁴

¹Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) 58053-000 João Pessoa – PB, Brasil

²Residente em cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW – UFPB) 58050-585 João Pessoa – PB, Brasil

³Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW – UFPB) 58050-585 João Pessoa – PB, Brasil

⁴Mestre, Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ),

Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW – UFPB) 58050-585 João Pessoa – PB, Brasil

Resumo

Introdução: O queratocisto odontogênico é por definição um cisto de desenvolvimento que apresenta caráter agressivo afetando o complexo bucomaxilofacial. Tendo em vista que muitas vezes são assintomáticos, o seu diagnóstico normalmente é obtido através de exames radiográficos de rotina. Objetivo: apresentar um caso clínico referente ao diagnóstico e tratamento de um queratocisto odontogênico em região posterior de mandíbula. Caso clínico: Paciente do sexo feminino, normossistêmica, feoderma. Observou-se aumento de volume extraoral, lado direito da face em região de ângulo mandibular. Ao exame radiográfico periapical, observou-se uma imagem radiolúcida, bem delimitada, unilocular, associada ao dente 47. Ao exame físico intraoral, observou-se abaulamento ósseo na região do referido dente. Foi então solicitada uma tomografia computadorizada, na qual foi detectada extensa lesão óssea expansiva em ramo mandibular direito. Realizou-se uma punção aspirativa local, detectando presença de conteúdo líquido. Primeiramente foi realizada uma biópsia incisional com instalação de dispositivo descompressivo. O laudo histopatológico foi de cisto odontogênico inflamatório. O dispositivo de descompressão permaneceu por 9 meses, apresentando uma diminuição significativa da lesão. Foi realizada então, a enucleação da lesão remanescente, associado a exodontia dos dentes 47 e 48 e enviado material para histopatológico, que dessa vez, confirmou diagnóstico de queratocisto odontogênico. Ao exame de imagem pós-operatório de 6 meses, observou-se formação óssea completa sem sinais de recidiva. Conclusão: O tratamento proposto se mostrou eficaz no tratamento do queratocisto odontogênico, o acompanhamento com exames de imagem é de extrema importância, tendo em vista a possibilidade de recidiva.

Descritores: Recidiva; Cistos Odontogênicos; Patologia Bucal.

Abstract

Introduction: The odontogenic keratocyst is a developmental cyst that presents an aggressive character affecting the bucomaxilofacial complex. Since they are often asymptomatic, their diagnosis is usually made through routine radiographic examinations. Objective: To present a case report regarding the diagnosis and treatment of an odontogenic procedure in the posterior region of the mandible. Case report: A normossystemic female patient, feoderma. It was observed a volume increase on the right-side of the mandibular angle region. The periapical radiograph detected a well-delimited, unilocular radiographic image associated with the tooth 47. In the intraoral exam, it was noticed a bulging in the referred tooth. A computed tomography was then requested, which was detected an expansile bone lesion of expansive character in the right ramus of the mandible. A local puncture aspiration was performed, detecting the presence of liquid content. First an incisional biopsy was performed and a decompression device was placed. Histopathological report was identified as an inflammatory odontogenic cyst. The decompression device remained for about 9 months after a significant lesion reduction. Then it was performed an enucleation of the remaining lesion, and the removal of teeth 47 and 48. The material was sent for histopathological examination, which this time, confirmed diagnosis of keratocyst. In the image exam of a postoperative care of 6 months, it was observed a complete bone formation and no relapse. Conclusion: The proposed treatment proved to be effective in the treatment of the odontogenic keratocyst, of radiographic examinations is of utmost importance, considering the possibility of relapse.

Descriptors: Recurrence; Odontogenic Cysts; Pathology, Oral.

Resumen

Introducción: El queratoquiste odontogênico es un quiste de desarrollo que presenta un carácter agresivo que afecta el complejo bucomaxilofacial. A menudo asintomático su diagnóstico generalmente se realiza mediante exámenes radiográficos de rutina. Objetivo: Presente un informe de caso sobre diagnóstico y tratamiento de queratociste odontogênico en la región posterior de la mandíbula. Caso clínico: paciente femenina normossistémica, feoderma. Se observó un aumento de volumen en el lado derecho de la región del ángulo mandibular. La radiografía periapical detectó una imagen radiográfica unilocular bien delimitada asociada con el diente 47. En el examen intraoral, se observó un abultamiento en el diente referido. Luego se solicitó una tomografía computarizada, que detectó una lesión ósea expansiva de carácter expansivo en la rama derecha de la mandíbula. Se realizó una aspiración de punción local, detectando la presencia de contenido líquido. Se realizó una biopsia incisional y se colocó un dispositivo de descompresión. El informe histopatológico se identificó como un quiste odontogênico inflamatorio. El dispositivo permaneció durante 9 meses y hubo una reducción significativa en la lesión. Luego se realizó una enucleación de la lesión restante y la extracción de los dientes 47 y 48. El material se envió para un examen histopatológico, que esta vez confirmó el diagnóstico de queratoquiste. En el examen de imagen de un cuidado postoperatorio de 6 meses, se observó una formación ósea sin signos de recurrencia. Conclusión: El tratamiento demostró ser efectivo en el tratamiento del queratoquiste odontogênico. Exámenes radiográficos es de suma importancia, considerando la posibilidad de recurrencia.

Descritores: Recurrencia; Quistes Odontogênicos; Patología Bucal.

INTRODUÇÃO

O queratocisto odontogênico é por definição um cisto de desenvolvimento que apresenta caráter agressivo afetando o complexo bucomaxilofacial¹. Com prevalência em região posterior de mandíbula, em pacientes do gênero masculino, e de idade variável², ocorrendo desde a primeira década de vida até a nona, predominante em pacientes de 20 a 30 anos de idade¹. Sua etiologia não é bem determinada,

contudo, há teorias que sugerem sua origem da multiplicação celular da camada basal do epitélio oral, e de remanescentes da lâmina dentária³.

Esse tipo de patologia tem gerado bastante discussão devido a sua agressividade, alto potencial de crescimento, recidiva, e grande destruição óssea. Em 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS), passou a classificá-lo como um tumor

odontogênico devido as suas características histológicas e clínicas discordantes dos demais cistos dos maxilares, e compatíveis com as de natureza neoplásica³. Porém essa classificação não teve uma aceitação total de patologistas orais alegando que as evidências apresentadas até então não eram suficientes para categorizá-lo como neoplasia. Dessa forma, em 2017 a OMS trouxe uma nova classificação, caracterizando-o novamente como um cisto odontogênico de desenvolvimento, e preconizando o termo queratocisto odontogênico para essa lesão⁴.

Tendo em vista que muitas vezes são assintomáticos, o seu diagnóstico normalmente é obtido por meio de exames radiográficos de rotina, apresentando-se como uma área radiolúcida, margens radiopacas bem definidas e regulares, unilocular ou multilocular, com associação de 25% a 40% dos casos com dentes não erupcionados. Pacientes que apresentam queixas são aqueles que normalmente o queratocisto já atingiu grandes proporções, podendo apresentar associação com sintomatologia dolorosa e assimetria facial⁵.

Histopatologicamente apresenta-se com uma cápsula cística envolvida por uma parede epitelial, composta por epitélio estratificado pavimentoso² com espessura de seis a oito células, e superfície basal hiper cromática em paliça e paraqueratinizada. Em condições inflamatórias essas características se alteram, todavia, quando existe um envolvimento das alterações em toda a extensão do revestimento cístico o diagnóstico poderá não ter confirmação. Dessa forma, o para o diagnóstico é importante avaliar criteriosamente os achados clínicos, radiográficos e histopatológicos⁶.

O tratamento pode ser conservador ou radical a depender da agressividade da lesão. Podendo ser desde uma enucleação e/ou curetagem retirando a lesão em peça única, marsupialização que consiste na descompressão cística, e em casos com potencial de recidiva, a ressecção, ou combinação de mais de uma técnica cirúrgica quando necessário⁷. O objetivo do presente estudo é apresentar um caso clínico referente ao diagnóstico e tratamento de um queratocisto odontogênico em região posterior de mandíbula.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 12 anos, normosistêmica, feoderma, compareceu ao Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley - UFPB apresentando assimetria facial. A paciente portava uma radiografia periapical, onde se observou uma imagem radiolúcida, bem delimitada, unilocular, associada ao dente 47. (Figura 1). Ao exame físico extraoral, observou-se aumento de volume no lado direito da face em região de ângulo mandibular. (Figura 2) Ao exame intraoral, havia um pequeno abaulamento na

região dos molares inferiores direito. Onde foi realizada uma punção aspirativa evidenciando o conteúdo líquido, citrino, no interior da lesão. Uma tomografia computadorizada foi solicitada com a finalidade de estabelecer hipótese diagnóstica, avaliar estruturas anatômicas e planejar adequadamente o tratamento. Foi detectada extensa lesão óssea expansiva no ramo mandibular direito. (Figura 3). As características apresentadas pela lesão sugeriram a hipótese de diagnóstico para queratocisto odontogênico ou ameloblastoma unicístico.



Figura 1: Radiografia periapical apresentada pela paciente na primeira consulta.



Figura 2: Exame físico extraoral apresentando aumento de volume no lado direito da face em região de ângulo mandibular.

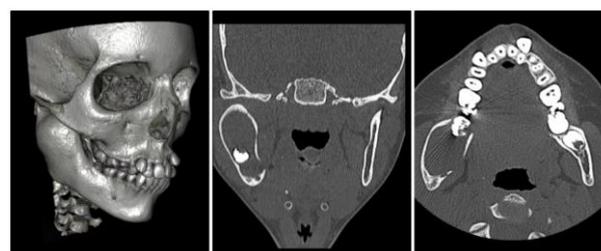


Figura 3: Tomografia computadorizada em reconstrução volumétrica, seções coronal e axial, evidenciando a lesão óssea em região posterior em associação ao dente incluído.

Realizou-se uma biópsia incisional, e por se tratar de uma lesão cística extensa, foi instalado um dispositivo de descompressão. (Figura 4) O laudo histopatológico foi conclusivo de cisto odontogênico inflamado. Os achados clínicos, tomográficos, e histológicos corroboraram com o diagnóstico final de queratocisto odontogênico. O dispositivo para descompressão permaneceu por 9 meses diminuindo significativamente o tamanho lesão, apresentando neoformação óssea local, observada através de exame radiográfico de controle. (Figura 5). Por fim, optou-se pela enucleação da lesão remanescente através de acesso intraoral em região anterior do ramo mandibular e ostectomia periférica com broca

esférica multilaminada, além de exodontia dos dentes 47 e 48. (Figura 6). Nos exames de imagem pós-operatórios de 6 meses, havia formação óssea completa e ausência de lesão (Figuras 7 e 8).

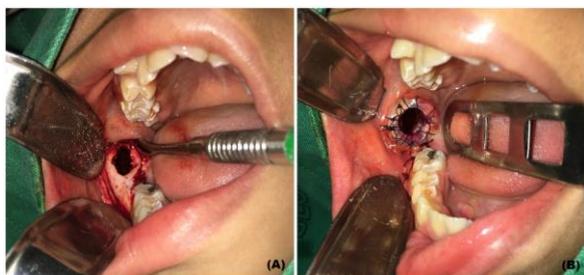


Figura 4: (A) Biópsia incisional. (B) Instalação de dispositivo para descompressão cística.



Figura 5: Aspecto radiográfico após descompressão.



Figura 6: (A) Remoção da lesão remanescente. (B) Exodontia dos dentes 47 e 48 inclusos que estavam próximos à lesão.



Figura 7: Radiografia panorâmica final apresentando neoformação óssea local e ausência de lesão.

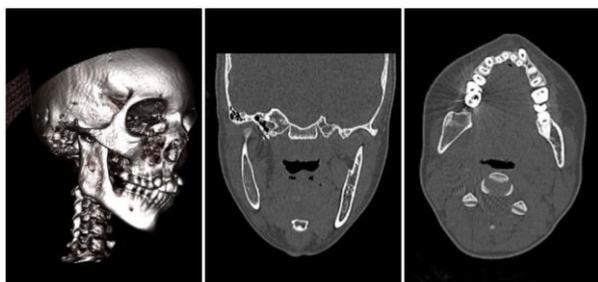


Figura 8. Tomografia computadorizada pós-operatória, reconstrução volumétrica, secções coronal e axial. Evidenciando formação óssea local e ausência de recidiva.

DISCUSSÃO

As características relatadas no caso apresentado condizem com estudos de prevalência quanto à localização da lesão. Autores afirmam que em mais de 60% dos casos estão localizados em mandíbula, com envolvimento de ramo ascendente e em região posterior^{3,5,8-10}. Em contrapartida, diverge em relação ao gênero mais acometido^{5,6,9}.

O diagnóstico muitas vezes é tardio por se tratar de uma lesão com crescimento lento, assintomático, capaz de atingir os espaços medulares⁶, algumas lesões mais extensas estão associadas com tumefação, drenagem ou sintomatologia dolorosa⁸. Identificar o quanto antes auxilia uma intervenção congruente além de poder definir o prognóstico¹¹. Autores ainda relatam a relação do queratocisto odontogênico com a Síndrome do Carcinoma Nevoide Basocelular, também conhecida como Síndrome de Gorlin-Goltz, também associada com a presença de Costelas Bífidas^{6,12}. As técnicas radiográficas para o diagnóstico são geralmente as intraorais e panorâmicas, porém apenas a tomografia computadorizada permite a avaliação criteriosa da extensão da lesão e sua inter-relação com estruturas adjacentes¹.

O tratamento realizado para o caso supracitado se mostrou eficaz. A descompressão cística é utilizada previamente a enucleação¹³ e tem como finalidade diminuir a amplitude da cavidade cística, pela diminuição da pressão e do conteúdo intralesional. Apresenta uma taxa de sucesso considerável em comparativo aos tratamentos mais invasivos². Essa técnica apresenta vantagens significativas já que sua execução é simples, apresenta menor morbidade que a ostectomia periférica, enucleação e ressecção. Além disso, possibilita a neoformação óssea, poupa estruturas vitais adjacentes de possíveis danos como fratura mandibular e lesões nervosas, minimizando a necessidade de reabilitação^{8,11,14,15}.

A enucleação e curetagem consistem na remoção intacta da lesão remanescente, seguida de instrumentação da cavidade respectivamente¹⁴. Ambas as técnicas utilizadas são consideradas conservadoras, e tem como vantagem a preservação estruturas adjacentes^{6,13}. Outras abordagens de tratamento também podem ser empregadas a depender do caso. A ressecção é feita pela remoção a lesão juntamente com tecidos adjacentes. É considerada uma técnica mais invasiva por remover tecidos próximos à lesão, como margem de segurança⁷, podendo causar prejuízo funcional e estético ao paciente, por outro lado, é a técnica que apresenta a menor chance de recidiva¹³.

Métodos aditivos aos tratamentos anteriormente citados são relatados na literatura, como a solução de Carnoy e crioterapia. Ocasionam a

cauterização e necrose óssea superficial gerando obliteração dos remescentes da lâmina dentária e diminui as chances de recorrência em 9%. A ostectomia periférica é outra técnica terapêutica adjunta que pode ser aplicada com a finalidade de realizar a completa remoção das células que tenham associação com a lesão, diminuindo assim seu potencial de recidiva¹⁰. O epitélio cístico é aderido por uma delgada membrana basal encapsulando-o de tecido conjuntivo fibroso, rica em vascularização e pode conter microcistos. No interior do cisto encontra-se um líquido que se assemelha a exsudato, ou restos de queratina. Relatos de displasia epitelial são encontrados, no entanto, a alteração para o estado de malignidade em carcinoma espinocelular é rara⁹.

O prognóstico é determinado pela remoção total da lesão, incluindo os cistos satélites, que não são vistos por meio de exames de imagem, o que dificulta delimitar a margem cirúrgica, gerando a possibilidade evidente de recidiva. É possível afirmar que os cistos podem se originar em áreas distantes da lesão primária, dessa forma, estudos mostram que pacientes submetidos à ressecção segmentar não apresentaram lesões recidivantes, mostrando que esse tipo de abordagem cirúrgica inclui a retirada de cistos satélites¹¹. Analisar a quão comprometida a cortical óssea está, pode auxiliar na percepção das chances de recidiva. Lesões mais agressivas perfuram a cortical óssea permitindo que a difusão da lesão aos tecidos moles. É fundamental que estes tecidos sejam removidos para eliminar o epitélio cístico¹¹.

A literatura defende a proervação, tendo em vista que esse tipo de alteração tem como característica a alta chance de recidiva em 30 a 60% dos casos. Relatos mostram recidiva após 5 anos de tratamento, em média^{10,11}. As causas podem estar relacionadas à remoção deficiente da lesão, permitindo atividade proliferativa de células remanescentes^{5,16}. Porém, está mais relacionada com natureza da lesão, já que o crescimento gera irregularidades nas bordas da lesão, se tornando um obstáculo para a remoção completa¹¹.

Considerando os altos índices de recorrência é de suma importância a proervação do caso por meio de exames clínicos e radiográficos de controle, por cinco a dez anos, tendo em vista que a literatura afirma que os queratocistos odontogênicos podem apresentar recidivas nesse período de tempo^{10,12}.

CONCLUSÃO

A avaliação sob perspectiva clínica, radiográfica e histológica, além da habilidade profissional é indispensável para nortear corretamente o diagnóstico, tratamento e prognóstico. A descompressão prévia associada a posterior enucleação com ostectomia periférica, se mostrou eficaz no tratamento do queratocisto odontogênico em mandíbula.

REFERÊNCIAS

1. Freitas DA, Veloso DA, Santos ALD, Freitas VA. Ceratocistoodontogênico maxilar: relato de caso clínico. *RGO Rev Gauch Odontol*. 2015;63(4):484-88.
2. Antunes AA, Avelar RL, Santos TS, Andrade ESS, Dourado E. Tumor odontogênico ceratocístico: análise de 69 casos/ Keratocystic odontogenic tumor: analysis of 69 cases. *Rev bras cir cabeça pescoço*. 2007;36(2):80-2.
3. Moura BS, Cavalcante MA, Hespanhol W. Tumor odontogênico ceratocístico. *Rev Col Bras Cir*. 2016;43(6):466-71.
4. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol*. 2017;11(1):68-77.
5. Neville BW, Allen CM, Damm DD, Chi A. *oral and maxillofacial pathology*, 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
6. Aciole GTS, Santos MAM, Aciole JMS, Ribeiro Neto N, Pinheiro, ALB. Tumor odontogênico queratocistorecidivante: tratamento cirúrgico conservador ou radical? Relato de caso clínico. *Rev cir traumatol buco-maxilo-fac*. 2010;10(1):43-8.
7. Hupp JR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
8. Marques JAF, Neves, JL, Alencar, DA, Lemos IM, Marques LC. Ceratocisto Odontogênico: relato de caso. *Sitientibus*. 2006;34(1): 59-69.
9. Conceição ACA, Santos AM, Santos GP, Almeida AJ, Dias AMN, Mainenti P. Tumor odontogênico queratocístico: atualidades. *RIEE*. 2012;4(1): 29-35.
10. Pereira CCS, Carvalho ACG de S, Jardim ECG, Shinohara EH, Garcia Júnior IR. Tumor Odontogênico Queratocístico e considerações diagnósticas. *RBCS*. 2012;10(32):73-9.
11. Balmick S, Hespanhol W, Cavalcante MAA, Gandelmann IHA. Recidiva do Tumor Odontogênico Ceratocístico: Análise retrospectiva de 10 anos. *Rev cir traumatol buco-maxilo-fac*. 2011;11(1):85-91.
12. Borghesi A, Nardi C, Giannitto C, Tironi A, Maroldi R, Di Bartolomeo F, Preda L. Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. *Insights Imaging*. 2018;9(5):883-97.
13. Johnson NR, Batstone MD, Savage NW. Management and recurrence of keratocystic odontogenic tumor: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013;116(4):e271-76.
14. Araújo S, Oliveira LKR, Pigatti FM, Mayrink G. Queratocisto odontogênico em região anterior da maxila: relato de caso. *HU rev*. 2019; 45(1):82-6.

15. Oliveira Júnior HCC, Chaves Netto HDM, Rodrigues MTV, Pinto JMV, Nóia CF. Descompressão cirúrgica no tratamento de lesões císticas da cavidade oral. Rev cir traumatol buco-maxilo-fac. 2014;14(1):15-20.
16. Pazdera J, Kolar Z, Zboril V, Tvrdy P, Pink R. Odontogenic keratocysts/keratocystic odontogenic tumours: biological characteristics, clinical manifestation and treatment. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2014;158(2):170-74.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Thauany Vasconcelos Soares da Silva
Rua Augustinho Fonseca Neto, 170 - Bairro Água Fria.
58073-470 João Pessoa-PB, Brasil
Email: vasconcelosthauany@gmail.com

Submetido em 07/04/2020

Aceito em 17/12/2020