

Tumor Odontogênico Queratocístico: Relato de Caso

Odontogenic keratocystic tumor: a case report

Tumor odontogénico queratoquístico: presentación de un caso

José Carlos Garcia **Mendonça**¹
Murilo Moura **Oliveira**²
Ellen Cristina **Gaetti Jardim**²

¹ *Professor Doutor, Disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial I e II Faculdade de Odontologia de Campo Grande
"Prof. Albino Coimbra Filho", UFMS, Brasil
Coordenador do Programa de Residência em CTBMF do
Núcleo de Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian" - UFMS.*
² *Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian"
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, UFMS*

Lesão agressiva dos maxilares com alta taxa de recidiva, o tumor odontogênico queratocístico acomete em maior proporção a mandíbula posterior. O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de uma paciente de 16 anos de idade, que apresenta uma lesão que se estende da região de 1º pré-molar do lado direito até ramo ascendente ipsilateral, envolvendo os elementos 47 e 48, assintomática, a qual foi diagnosticada como Tumor Odontogênico Queratocístico. Esta foi submetida a descompressão e biópsia incisional em mesma sessão, sob anestesia local e após 6 meses, realizada a enucleação da lesão seguida de crioterapia, sob anestesia geral. A paciente está sendo acompanhada desde então, não havendo sinais de recidiva. Desta maneira concluímos que o tratamento ainda é bastante discutido na literatura, sendo assim o cirurgião deve fazer uso das modalidades de tratamento as quais melhor se ajusta, visando sempre o melhor resultado para o paciente.

Palavras Chave: Tumor odontogênico queratocístico, Tratamento, Crioterapia.

INTRODUÇÃO

O Tumor odontogenico queratocistico (TOQ) é uma lesão de comportamento local agressivo e altas taxas de recidiva^{1,2}. O pico de incidência se dá na segunda e terceira décadas de vida, com predileção

pelo sexo masculino, sendo a região posterior da mandíbula o sítio de maior acometimento^{3,4,5,6}. Radiograficamente apresenta-se como uma lesão radiolúcida de margens bem definidas sendo em sua

grande maioria, unilocular podendo alcançar grandes proporções quando multilocular^{7,8}.

Histologicamente o TOQ forma uma cavidade cística revestida por um epitélio escamoso e estratificado, orto ou paraqueratinizado, com cerca de cinco a dez camadas. Camadas estas, bem definidas, com células colunares ou cuboidais, frequentemente dispostas em paliçada, com núcleo hipercromático, voltado para a membrana basal^{2,8,9}.

O tratamento ainda hoje é controverso, haja vista a elevada taxa de recidiva. A técnica conservadora inclui enucleação simples, com ou sem curetagem, e para lesões extensas opta-se por prévia marsupialização e posterior enucleação com ou sem curetagem. A técnica agressiva geralmente inclui ostectomia periférica, curetagem química com solução de Carnoy, crioterapia ou ressecção cirúrgica^{10,11}.

Sendo assim, o presente trabalho tem como

objetivo relatar um caso clínico de um paciente de 16 anos de idade portadora de TOQ em região posterior de mandíbula tratado cirurgicamente.

RELATO DE CASO

Paciente melanoderma, 16 anos, gênero feminino compareceu a clínica de cirurgia da faculdade de odontologia da UFMS para avaliação de 3^{os} molares. Ao exame intrabucal foi observado ausência dos elementos 18, 28, 38, 47 e 48, mucosas integras, sem presença de inflamação, exudato nem tampouco tumefação.

Ao exame radiográfico observou-se uma lesão radiolúcida multilocular, de limites bem definidos e halo esclerótico, na região posterior direita de mandíbula, se estendendo de 1^o pré-molar a ramo ascendente com ausência de sintomatologia dolorosa (Figura 1).

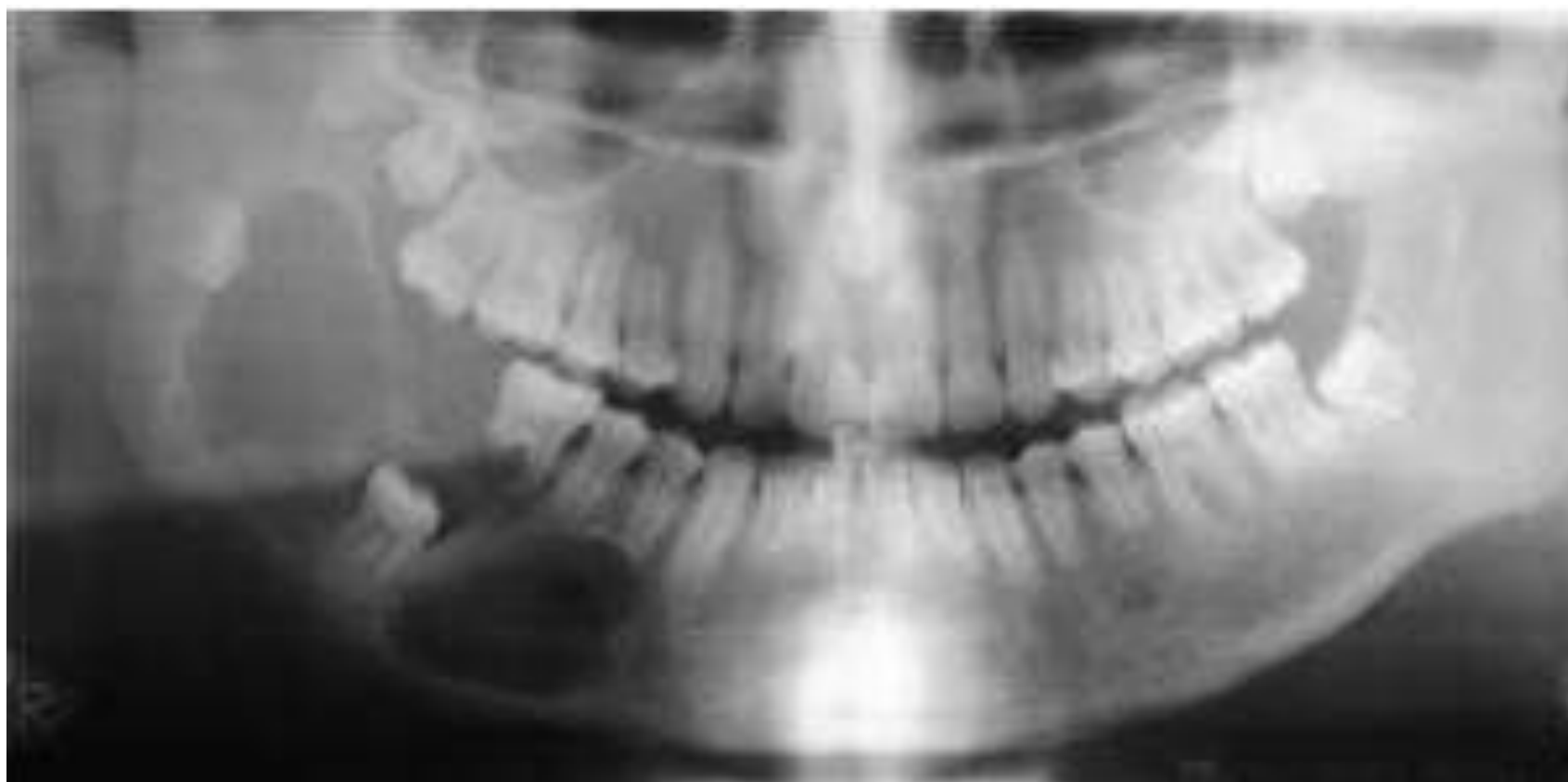


Figura 1. Radiografia ortopantomográfica inicial

Ao exame físico extrabucal, foi observado uma discreta assimetria em região de ramo mandibular a

direita (Figura 2). Deste modo, em virtude das características mencionadas optou-se pelo

planejamento cirúrgico após rigorosa anamnese, seguido de marsupialização e biópsia da lesão em questão, sob anestesia local (Figura 3). Durante o procedimento a punção revelou líquido amarelado com possíveis cristais de ceratina. Para biopsia foi realizada incisão circular em região do dente 48, seguido de

ostectomia e remoção de parte da cápsula da lesão. Seguindo o procedimento de decompressão, foi posicionado dispositivo de decompressão, e então suturado as margens da lesão com nylon 3-0 (Figura 4).



Figura 2 Aspecto inicial

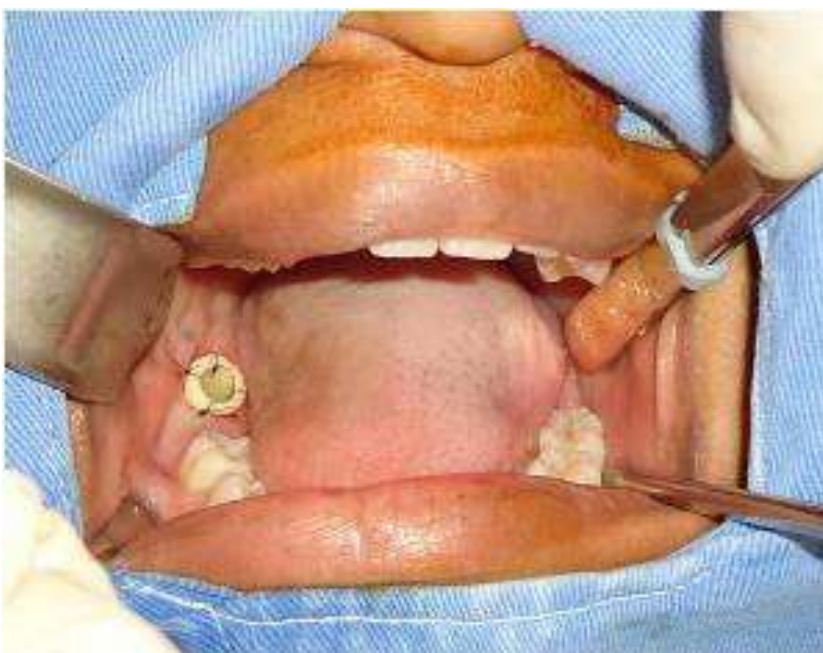


Figura 3. Marsupialização



Figura 4. Punção e biópsia incisional



Figura 5 Após 6 meses de marsupialização



Figura 6 Após 6 meses de marsupialização

O exame histopatológico revelou em se tratar de um tumor odontogênico queratocístico, o que nos levou ao acompanhamento clínico e radiográfico de 6 meses, seguindo o protocolo da descompressão.

Após 6 meses com regressão significativa da lesão decidiu-se pela enucleação completa da mesma,



Figura 7 Após 6 meses de marsupialização

juntamente com exodontia do 47 e 48, seguida de crioterapia em três jatos de 10 segundos cada com intervalos de 5 minutos entre cada aplicação, sob anestesia geral. O procedimento seguiu-se sem intercorrências (Figuras 5 a 7).

O pós-operatório de 7 dias transcorreu sem complicações com a manutenção do retalho em posição e padrão cicatricial normal. O paciente retornou após 15, 30 dias, 3 e 6 meses após a cirurgia com acompanhamento clínico e radiográfico denotando processo de remodelação e formação óssea na cavidade cirúrgica. A avaliação pós-operatória de 18 meses demonstrou trabeculado ósseo normal, sem focos de recidiva (Figuras 8 a 10).

DISCUSSÃO

O queratocisto odontogênico durante muito tempo enquadrou-se como uma das entidades

patológicas mais controversas da região maxilofacial desde que Philipsen (1956) o descreveu. Em 2005 a



Figura 8 Após 18 meses de enucleação

A faixa etária de ocorrência do queratocisto é ampla, porém a maioria dos casos são diagnosticados entre a 2ª e a 3ª décadas de vida, sendo gênero masculino ligeiramente mais afetado que o feminino, numa proporção de 1,44:1^{14,15}. O caso relatado apresenta características compatíveis com o que é descrito na literatura no que se refere a faixa etária, região mais afetada e sintomatologia.

A mandíbula é acometida em 65% dos casos, sendo a região posterior mais afetada. Um dente incluso está envolvido em 25% a 40% dos casos, sendo os 3ºs molares os mais frequentes^{14,15}. Fato este corroborado pelo caso descrito em que a associação de dentes inclusos não só pode ter facilitado o advento da patologia como também foi franco responsável pela indicação de tratamento cirúrgico previamente a intervenção ortodôntica. Clinicamente apesar de um

Organização Mundial de Saúde (OMS) reclassificou a variante paraqueratinizada do queratocisto como uma neoplasia benigna, recomendando o termo "tumor odontogênico queratocístico" (TOQ)^{12,13}.



Figura 9 Após 18 meses de enucleação

caráter benigno geralmente assintomático, é importante notar que o tumor tende a crescer principalmente no sentido ântero-posterior da mandíbula, se expandindo primariamente pelo osso medular, que lhe permite alcançar grande dimensões, sem causar expansão óssea significativa^{16,17,18}.

A descompressão consiste na externalização da lesão, através da criação de uma janela cirúrgica na mucosa bucal e na parede da lesão, aliviando a pressão do líquido interno, permitindo a redução do espaço cístico e facilitando a aposição óssea¹⁹. A maioria dos protocolos de descompressão é conduzida por um período de 6 a 12 meses e posteriormente é feita a enucleação^{20,21}. No momento da enucleação, a cápsula encontra-se mais espessa e menos aderente ao osso²¹. Da mesma forma forma como descrito na literatura, a técnica de descompressão foi aplicada no caso



Figura 10 Após 18 meses de enucleação

supracitado para facilitar a cirurgia de enucleação e reduzir o tumor, assim como foi aproveitado o tempo cirúrgico para realização de biópsia incisional.

O TOQ é um lesão agressiva dos maxilares e altamente recidivante, sendo sua completa remoção dificultada pelo fino e friável epitélio de revestimento. Deste modo, os tratamento devem girar em torno de eliminar a possibilidade de recidiva e ao mesmo tempo minimizar a morbidade cirúrgica¹⁰. Devido a dificuldade de acesso a loja cirúrgica, e objetivando completa remoção da lesão, após enucleação foi realizada a técnica de crioterapia como adjuvante ao procedimento cirúrgico.

O emprego de técnicas adjuvantes como a solução de Carnoy e crioterapia, deve ser levado em consideração quando lesão altamente recidivantes são tratadas, pois uma margem de segurança possibilita menores índices de recidiva¹⁰.

O acompanhamento pós-operatório de paciente que apresentaram TOQ deve ser cuidadoso e sistemático, por meio de exame clínico e radiográfico. O caso relatado apresenta até o momento prognóstico favorável, havendo presença de tecido ósseo cicatricial sem indícios de recidiva. Contudo o acompanhamento deve ser feito por longa data, visto que lesões recidivantes podem se manifestar até 10 anos ou mais²².

CONCLUSÃO

Devido a alta taxa de recidiva desse tumor é necessário um longo acompanhamento clínico e radiográfico. O tratamento ainda é bastante discutido na literatura, sendo assim o cirurgião deve fazer uso das modalidades de tratamento as quais melhor se adéqua, visando sempre o melhor resultado para o paciente. Até o presente momento o caso apresentou

resultados satisfatórios necessitando de um acompanhamento em longo prazo.

ABSTRACT

The odontogenic keratocyst tumor is an aggressive lesion of the jaws with a high recurrence rate, affecting a greater proportion of the posterior mandible. This paper aims to report a case of a 16-year-old, which presents a lesion that extends from the region of the 1st premolar on the right side to the ascending limb ipsilateral, involving the elements 47 and 48, asymptomatic, which was diagnosed as odontogenic keratocyst tumor. This underwent decompression and biopsy in the same session under local anesthesia and after 6 months, performed enucleation of the lesion followed by cryotherapy, under general anesthesia. The patient is being followed since then, with no signs of recurrence. Thus we conclude that the treatment is still widely discussed in the literature, so the surgeon must make use of the treatment modalities which best fits, always seeking the best outcome for the patient.

Keywords: Keratocyst Odontogenic Tumor, Treatment, Cryotherapy.

RESUMEN

El tumor odontogénico queratoquístico es una lesión agresiva del maxilar con una alta tasa de recurrencia, que afecta a una mayor proporción de la mandíbula posterior. Este documento tiene por objeto informar de un caso de un joven de 16 años de edad, que presenta una lesión que se extiende desde la región de la primera premolar en el lado derecho de la ipsilateral rama ascendente, con la participación de los elementos 47 y 48, asintomática, diagnosticada como tumor odontogénico queratoquístico. Este se sometió a la descompresión y la biopsia en la misma sesión bajo anestesia local y después de 6 meses, realizó enucleación de la lesión seguida de la crioterapia, bajo anestesia general. El paciente está siendo seguido desde entonces, sin signos de recurrencia. Así llegamos a la conclusión de que el tratamiento está siendo ampliamente discutida en la literatura, por lo que el cirujano debe hacer uso de las modalidades de tratamiento

que mejor se ajusta, buscando siempre el mejor resultado para el paciente.

Palabras clave: Tumor odontogénico queratoquístico, Tratamiento, Crioterapia.

REFERÊNCIAS

1. Cawson RA, Binnie WH, Speight PM, Barrett AW, Lucas Wright JM. Pathology of tumors of the oral tissues. 5th ed. London: Churchill Livingstone; 1998.
2. Slootweg PJ. Odontogenic tumours: keratocystic odontogenic tumour. In: Schröder Gabriele (ed.), Dental pathology e a practical introduction. Berlin: Springer-Verlag; 2007.
3. Brannon RB. The odontogenic keratocyst: a clinicopathological study of 312 cases. Part 1. Clinical features. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976; 42: 54-72.
4. Ahfors E, Larsson A, Sjogren S: The odontogenic keratocyst: a benign cystic tumor. J Oral Maxillofac Surg 1984; 42: 10-9.
5. Myoung H, Hong SP, Hong SD, Lee JI, Lim CY, Choung PH, et al. Odontogenic keratocyst: review of 256 cases for recurrence and clinicopathological parameters. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001; 91: 328-3.
6. EL-Gehani R, Orafi M, Elarbi M, Subhashraj K: Benign tumours of orofacial region at Benghazi, Libya: a study of 405 cases. J Cranio-Maxillofac Surg 2009; 37: 370-5.
7. Regezi SA, Sciubba JJ. Lesões vermelho azuis. In: Regezi AS. Patologia bucal: correlações clínico-patológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.p. 247- 8.
8. Poramate P-A, Chaine A, Oprean N, Dhanuthai K, Bertrand J-C, Bertolus C. Management of odontogenic keratocysts of the jaws: a ten-year experience with 120 consecutive lesions. J Cranio-Maxillofac Surg 2010; 38: 358-64.
9. Finkelstein M.W., Hellstein J.W., Lake K.S., Vincent S.D. eratocystic odontogenic tumor: a retrospective analysis of genetic, immunohistochemical and

- therapeutic features. Proposal of a multicenter clinical survey tool. *Oral Maxillofac Pathol.* 2013; 116(1): 75-83.
10. Teresa MA., Christopher BC. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63:635-9.
 11. Kaczmarzyk T., Mojsa, J. Stypulkowska. A systematic review of the recurrence rate for keratocystic odontogenic tumour in relation to treatment modalities. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2012; 41: 756-7.
 12. Philipsen HP. Keratocystic odontogenic tumors. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, eds. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon (France): IARC; 2005. p. 306-7.
 13. Reichart PA, Philipsen HP, Sciubba JJ. The new classification of head and neck tumours (WHO)-any changes? *Oral Oncol.* 2006; 42:757-8.
 14. Neville BW, Damm DD, Brock T. Odontogenic Keratocysts of the midline maxillary region. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997;55:340-344.
 15. González-Alva P, Tanaka A, Oku Y, Yoshizawa D, Itoh S, Sakashita H, et al. Keratocystic odontogenic tumor: a retrospective study of 183 cases. *J. Oral Sci.* 2008; 50:205-12.
 16. Chow HT. Odontogenic Keratocyst. A clinical experience in Singapore. *Oral Surg Oral. Med Oral. Pathol Oral. Radiol Endod.* 1998; 86:573-7.
 17. Nakamura N, Mitsuyasa T, Mitsuyasa Y, Taketomi T, Higushi Y, Ohishi M. Marsupialization for Odontogenic Keratocysts: Long-term follow-up Analysis of the Effects and Changes in Growth Characteristics. *Oral Sug Oral Med Oral Pathol.* 2002;94(5):543-53.
 18. Shear M. The Aggressive Nature of the Odontogenic Keratocyst: is it a Benign Cyst Neoplasm? Part 1: Clinical and Early Experimental Evidence of Aggressive behavior. *Oral Oncol.* 2002;38:219-26.
 19. Unusual CT. Appearance in an odontogenic keratocyst of the mandible: case report. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2001;22:1887-9.
 20. Pogrel MA: Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic Keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:651-5.
 21. Pogrel MA. Treatment of keratocysts: the case for decompression and marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63:1667-73.
 22. August M, Faquin WC, Troulis MJ, Kaban LB. Dedifferentiation of odontogenic keratocysts epithelium after cyst decompression. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61:678-83.

Correspondência**Ellen Cristina Gaetti Jardim**Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian"
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, UFMS
ellengaetti@gmail.com**Submetido em 24/12/2013****Aceito em 13/01/2014**